

in verschiedener Richtung zur Prüfung der pharmakodynamischen Wirkung des Bienengifts, nämlich über den Einfluß auf den Blutdruck und die einzelnen Gewebe, wie Skelettmuskel, Dünndarm, Peripherienanteile der motorischen und sensiblen Nerven und die Erythrocyten. — Wichtige Ergebnisse sind folgende: Die Durchströmungsflüssigkeit von 0,5 ccm pro Kilogramm mit Forgenin subcutan injizierten Kaninchen wirkte sich auf das isolierte Froschherz stets hemmend aus, obwohl diejenige vom normalen auf das Herz fördernd wirkte. Das Bienengift wirkt auf die Erythrocyten stark hämolytisch und hat die Kraft, die Endigung des sensiblen Nerven stark und diejenige des motorischen ein wenig zu paralisieren. Die intravenöse Injektion von 0,5 ccm 2- und 4-fach verdünnten Forgenins steigerte den Blutdruck des unter Urethanarkose mit Atropin vorbehandelten Kaninchens und das Versetzen mit einigen Tropfen von 1proz. Forgeninlösung erzeugte Kontraktion des isolierten Dünndarms von Meerschweinchen in der Tyrode-Ringerschen Lösung. *Inouye.*

Trüb, Paul, und Gg. Wundram: Gemeinschaftsverpflegung und Lebensmittelvergiftung. (*Medizinal- u. Veterinärabt., Polizeipräsidium, Berlin.*) Öff. Gesdh.dienst 6, 129—140 (1940).

Verff. berichten zusammenfassend über 42 in den Jahren 1935—1939 in Berlin nach Gemeinschaftsverpflegung aufgetretene Lebensmittelvergiftungen (Massen-, Gruppen- oder gehäufte Einzelerkrankungen). Die Ursache war vorwiegend Fleisch, 2mal Gemüse, 3mal Gewürze, 7mal Milchspeisen usw., 3mal mutmaßlich Fisch usw. Die Beteiligung spezifischer Lebensmittelvergifter an der bakteriellen Ätiologie war gering (3mal Erreger der Paratyphus-Enteritisgruppe, 1mal Bact. Enterit. Breslau + E-Ruhrbacillen, 1mal ein Erreger, der dem Bact. Schottmüller und Breslau nahe stand). In 27 Fällen konnten durch bakteriologische Untersuchungen der Speisereste und der verwendeten Lebensmittel unspezifische, als Lebensmittelvergifter wirkende Bakterien festgestellt werden (Bact. proteus, Vertreter der Kokken-, Mesentericus- und Anaerobier-Gruppe). Mehrere Lebensmittelvergiftungen waren chemischen Ursprungs (2mal Flußsäure enthaltende Aprikosen-Büchsenkonserven, mehrere Fälle fraglicher Zinkvergiftung nach Aufbewahrung fertiger Speisen in zinkhaltigen Gefäßen). Mit dem Ursachenkreis der bakteriellen Zersetzungen in den für Gemeinschaftsverpflegung vielfach verwendeten Thermophoren beschäftigte sich eine besondere Arbeitsgemeinschaft, über deren Untersuchungsergebnisse Verff. ebenfalls berichten. Auf Grund dieser vielfältigen Erfahrungen geben Verff. Richtlinien für eine sachgemäße hygienische Überwachung der Gemeinschaftsverpflegung. *Kärber (Berlin).*

Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.

Thöle: Die Wirkung von Dum-Dum-Geschossen. Nach Schießversuchen und klinischen Beobachtungen. Veröff. Heeressan.wes. H. 110, 147—260 (1939).

Die gründlichen Untersuchungen des Verf. sind während des Weltkrieges durchgeführt worden und beziehen sich auf die im Weltkriege gebräuchlichen deutschen, englischen und französischen Infanteriegeschosse. Die Veröffentlichung war dem Verf. während des Weltkrieges nicht erlaubt worden, sie erfolgte kurz vor Beginn des gegenwärtigen Krieges. Aus den Ausführungen ergibt sich, daß das französische Infanteriegeschosß ein Messingvollgeschosß darstellt, während die deutschen und englischen Infanteriegewehre im allgemeinen Mantelgeschosse verfeuern. Dum-Dum-Geschosse zu Versuchszwecken wurden durch Abfeilen oder auch durch Anfeilen der Geschosßspitze hergestellt. Die Schießversuche wurden durchgeführt aus einer Entfernung von 50 m. Geschossen wurde auf Marmorplatten, auf Säcke, die mit feuchtem Straßenschmutz gefüllt waren, auf Eichenholzbohlen, auf ungefüllte und auch mit Wasser gefüllte Konservedosen, auf aufgehängte Organe (Lungen, Herz, Muskulatur, parenchymatöse Organe, Hohlorgane), sowie auf Röhrenknochen und Schädel. Auch wurden klinische Beobachtungen und Röntgenbilder in die Untersuchungen einbezogen. Zwischen dem Zerschellen des gewöhnlichen Geschosses und dem des Dum-Dum-Geschosses

besteht der grundsätzliche Unterschied, daß beim gewöhnlichen Geschöß die Spitze erhalten bleibt, daß der Kern infolge des Widerstandes in dem Schußobjekt nach hinten zu austritt und daß die Basis des Geschosses aufgerollt oder sonst deformiert ist. Beim Dum-Dum-Geschöß tritt dagegen der Bleikern nach vorne zu aus, der Mantel reißt von vorne her auf, die Mantelteile biegen sich vielfach in Streifen nach hinten zu um, während die Basis des Mantels erhalten bleibt. Verf. nennt diese Deformation Mantelspinne und bezeichnet sie als typisch für ein Dum-Dum-Geschöß. Aus den zahlreichen Einzelheiten der Versuchsergebnisse sei folgendes hervorgehoben: bei Beschuß von Marmorplatten zerschellte das deutsche und englische Geschöß, die Spitze blieb jedoch heil. Das französische Vollmetallgeschöß wurde wenig deformiert. Das Dum-Dum-Geschöß zerschellte gleichfalls, ein sicherer Unterschied zum Verhalten des deutschen Normalgeschosses bestand nicht. Beim Beschuß von Schmutzsäcken blieb das französische Geschöß unbeschädigt stecken, die englischen und deutschen Geschosse zerschellten, drangen jedoch tief in den Schmutzsack ein. Die Dum-Dum-Geschosse zerschellten sofort und verursachten nur eine flache Mulde. Beim Beschießen von Eichenholz deformierte die Basis des deutschen Geschosses, während die Spitze heil blieb, das englische Geschöß zerfiel in viele Teile. Dum-Dum-Geschosse hatten geringe Durchschlagskraft und zerschellten bei erhaltener Geschößbasis. Beim Beschießen von Konservendosen war der hydrodynamische Effekt bei Verwendung von Normalgeschossen bei Wasserfüllung sehr groß, bei Schmutzfüllung und Tonfüllung geringer, bei Benutzung von Dum-Dum-Geschossen war die Sprengwirkung im Gegensatz hierzu größer bei einer Füllung mit festeren Bestandteilen und geringer bei Wasserfüllung. Beim Durchschießen von Muskulatur kam es vor, daß Normalgeschosse durch Sehnen innerhalb der Muskulatur abgelenkt und zu Querschlägern wurden. Dum-Dum-Geschosse zerschellten auch bei gewöhnlichen Muskelschüssen regelmäßig. Bei Knochenschüssen deformierten Normalgeschosse im allgemeinen wenig, der Schußkanal war niemals bleigrau. Dum-Dum-Geschosse zerschellten und färbten den Schußkanal im Knochen bleigrau. In klinischer Beziehung hält Verf. als charakteristisch für eine Verletzung durch Dum-Dum-Geschosse die Graufärbung von Hautausschußfetzen durch ausgetretenes Blei, das Vorhandensein zahlreicher kleiner Wunden in der Gegend des Ausschusses (Knochensplitter, Zerschellung infolge Gellern? der Ref.), das Vorhandensein einer Mantelspinne mit erhaltenem Bodenring, die Graufärbung des Schußkanals bei Knochenschüssen, im Röntgenbilde das Vorhandensein von erheblichen Bleimassen in der Muskulatur vor Eintritt des Geschosses in den Knochen. Verf. läßt durchblicken, daß es sich aber hier nur um Richtlinien handeln könne, und daß die Beurteilung im einzelnen manchmal recht schwierig sei.

B. Mueller (Heidelberg).

Hellström, John: Schußverletzungen der Urogenitalorgane im Kriege. Sv. Läkartidn. 1940, 285—293 [Schwedisch].

Sie sind nach den Erfahrungen des Weltkrieges selten, haben eine sehr ernste Prognose und stellen große Anforderungen an den behandelnden Arzt. Die Nieren- und Blasenverletzungen machten im Weltkriege aus: 7% aller Bauch- und Beckenverletzungen — die beiden letzteren betrug höchstens 4,3% der gesamten Verletzungen. Die Mortalität (nach einer französischen Statistik): Bei Nierenverletzungen 36%; bei Blasenverletzungen (außerhalb des Bauchfelles) 11%, bei Blasenverletzungen innerhalb des Bauchfells 80% (allerdings bei gleichzeitiger Verletzung anderer Bauchorgane), aber auch ohne letztere veranlassen sie Todesfälle. Verblutung, Urosepsis u. a., und führen zu Folgezuständen, wie Strikturen, Steinbildung u. a. Alle Übergänge von kleinen Rißwunden bis zur völligen Zerfetzung der Niere sind beobachtet. Gewehrgeschosse, Schrapnellkugeln, Granatsplitter, Kleiderfetzen u. a. Fremdkörper können in ihr zurückbleiben. Für die Diagnose außer Schußrichtung und Lage der Wunde wichtig: Hämaturie, Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Nierengegend und Urinausfluß aus der Wunde. Gleichzeitige Verletzung von Brust- und Bauchorganen können das Krankheitsbild beherrschen und die Nierenverletzung verschleiern. Von

großem Werte ist die Röntgenuntersuchung mit Pyelographie (intravenös oder rückläufig) nach Transport in ein Etappenlazarett. — Unter 27000 Verletzten des Weltkrieges (nach einer deutschen Statistik) nur zwei Verletzungen des Harnleiters, infolgedessen ganz selten Harnleiterfisteln (die sich übrigens oft von selbst schließen). Blasenverletzungen (7% aller Bauch- [Abdominal-] Verletzungen): Sind begleitet von Beckenbrüchen, von anderen Bauchorganverletzungen in 312 Fällen von 367 (also nur 55 glatte Blasenverletzungen nach der französischen Statistik [Tantons]). Bei 47 Fällen fand Kielleuthner 13 Blasenverletzungen innerhalb, 34 außerhalb des Bauchfells; manchmal findet sich eine Gleichzeitigkeit der Verletzungsarten. Schrapnellkugeln und Granatsplitter bleiben nicht selten in der Blase liegen. Sterblichkeit der intraperitonealen Verletzungen 80%, meist infolge von Urinphlegmone. Diagnose (Schußrichtung, Lage der Wunde, Urinausfluß aus ihr, schmerzhaftes Drängen Blutharnen), manchmal leicht; doch manchmal tritt Urinausfluß aus der Wunde erst nach Tagen auf; evtl. Erleichterung der Diagnose durch Füllung der Blase mit Luft oder antiseptischer Flüssigkeit. Oft Diagnose erst durch Bauchschnitt möglich. Harnröhrenverletzung. Falls solche im oberen Teile vorliegt, Urindrang mit blutigem Urin oder Unvermögen zu urinieren — dabei kann die Blase stark ausgedehnt sein (im Gegensatz zur Blasenverletzung). Auftreten von Urinfiltration am Damm. Verletzungen am Scrotum und Hoden die häufigsten der in Frage stehenden; nach Angabe des amerikanischen Expeditionskorps Sterblichkeit 9%; gute Heilungsneigung. Bei Hodenverletzungen fand 54mal die einseitige, 2mal die doppelseitige Entfernung des Organs statt.

Richter (Godesberg).

Thomson, F. G.: Notes on penetrating chest wounds. (Bemerkungen über Brustdurchschüsse.) (*Roy. Unit. Hosp., Bath.*) Brit. med. J. Nr 4123, 44—46 (1940).

Nachträglicher Bericht über 250 Brustschüsse, die im Weltkrieg von dem Verf. beobachtet wurden. Einfachen Luft- und Blutgehalt des Brustkorbes stellte der Verf. in 57% der Fälle fest, infiziert wurde er in etwa 16% der Fälle. Reines Empyem und Pneumothorax ohne Blutung sah er nur bei 9 bzw. 3 Fällen. Kollaps auf der Verletzungsseite kam in 10%, auf der Gegenseite in 6% der Fälle vor. Die einzelnen Formen mit ihrer klinischen Erscheinung werden besprochen. Bei den Fällen von infiziertem Hämothorax betrug die Sterblichkeit 30%. Der frühe Verschuß von Brustwunden wird abgelehnt und der besondere Wert des Morphium unterstrichen. *Gerstel.*

Hahn, Ludwig: Zur Frage der Lungenschüsse. Dtsch. med. Wschr. 1940 I, 170 bis 171.

Bei den vom Verf. beobachteten Lungenschüssen war das subjektive Befinden relativ wenig gestört, die Verwundeten konnten nach der Verletzung noch kilometerweit marschieren. Das 1. Symptom war Bluthusten und Wärmegefühl in der Brust. Ziehende und stechende Schmerzen traten erst am 2. Tage auf. Das Röntgenbild war nicht charakteristisch. Bei einem Patienten hatte sich in Höhe des Ausschusses ein Seropneumothorax gebildet, bei einem anderen zeigte das Röntgenbild vermehrte, fleckige Zeichnung in der Ausschußgegend. Der Verlauf der Kugel konnte röntgenologisch nicht festgestellt werden. Die Prognose bei den 4 Patienten war gut. *Hillenberg.*

Margarucci, Oreste: Ferita d'arma da fuoco al torace. Successiva non comune migrazione del proiettile; estrazione; guarigione. (Thoraxschußverletzung. Ungewöhnliche allmähliche Geschoßwanderung; Extraktion; Heilung.) Atti e Mem. Soc. Rom. Chir. 2, 148—157 (1940).

1922 Einschuß mit 9 mm Pistole im vierten linken Intercostalraum knapp innen neben der Brustwarzenlinie. Hämoptoe, Hämato-pneumothorax, konservative Behandlung. Empyem, zweimalige Thorakotomie. Es blieb eine Fistel zurück, die 17 Jahre bestand. In der letzten Zeit traten Schmerzen im linken Bein auf. Aus der Fistel entleerte sich außer Eiter Luft oder Gas, besonders bei forciertem Expiration und geschlossenen Atemöffnungen. Klinikaufnahme 1939 wegen der heftigen Hüft- und Kreuzschmerzen und wegen Hinkens. Die Röntgenaufnahme zeigte das Geschoß knapp links außen vom unteren Ende des Ileosacralgelenkes. Durch Kontrastfüllung von der Fistel aus konnte ein Kanal dargestellt werden, der von der Hautöffnung aus bis zum Geschoß führte; das blinde Ende war sackförmig er-

weitert. Das Projektil hatte also den von Senkungsabscessen her bekannten anatomischen Weg durch den lumbalen muskulären Anteil des Zwerchfells und durch den M. psoas genommen. Es handelte sich also nicht, wie vorher angenommen war, um eine Bronchialfistel und die bei Expiration aus der Wunde strömende Luft war lediglich bei der Inspiration in den Kanal eingesaugt worden. Nach operativer Entfernung des Geschosses erfolgte glatte Heilung und Verschluss der Fistel.

Elbel (Heidelberg).

Hinricsson, H.: Über die Geschoßwirkung. Sv. Läkartidn. 1940, 321—327 [Schwedisch].

Die Ausführungen bringen nichts Neues.

Gerlach (Salzburg).

Kiener, Hans: Schistockverletzungen, ein Fall mit tödlichem Ausgang. (*Chir. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Zbl. Chir. 1940, 1012—1014.

Schistockverletzungen sind oft ernster Natur. Die metallene Spitze dringt weit in den Körper ein, schafft tiefe Wundkanäle und kann so schwere Verletzungen setzen. Durch ungeschickte Handhabung der Schlaufe kommt es zum Schidaumen und zur Metakarpalfaktur. Auch der Stockgriff oder Teile des gebrochenen Stockes können schwer gefährden, wobei der Griff auch durch die Mundhöhle eindringen kann.

Verf. beschreibt eine tödlich endende Verletzung der Rachenwand. Der unüberzogene Griff des Stockes riß beim Sturz ein fünfmarkstückgroßes Loch in den Rachen in der Gegend des rechten Gaumenbogens, die Tonsille war eingerissen. Das Loch wurde vernäht. Am nächsten Morgen war der Patient bewußtlos, hatte Stuhl und Harn unter sich gelassen. Neurologisch bestand eine schlaaffe Lähmung links mit Babinsky und Fußklonus. Ein subdurales Hämatom konnte ausgeschlossen werden, der Liquor war klar. Röntgen des Schädels war ohne Befund. Probebohrungen nach Neisser-Pollak lassen kein epidurales Hämatom auffinden. In der Nacht trat dann Atemstörung und Pulsverschlechterung ein, gegen Morgen kam es zum Exitus. Die Obduktion ergibt einen Intimariß der Carotis interna knapp vor dem Eintritt in den Schädel mit Thrombosierung. Im Stammteil der Art. cerebri media dextra ein vom Thrombus herührender Embolus. Das gesamte Versorgungsgebiet der Art. cerebri media dextra ist erweicht, der rechte Streifenhügel hämorrhagisch infarziert. Trotz der ernsten Natur der Schistockverletzungen enden nur vereinzelte Fälle tödlich. Häufiger kommt es zu Dauerschäden, besonders am Augapfel. Der größte Teil dieser Unfallart bringt aber völlige Wiederherstellung, was von Wichtigkeit für den Schisport ist.

Gregora (Prag).

Valega, Juan Francisco: Nervös-psychische Wirkungen des elektrischen Traumas. Rev. Neuro-Psiquiatr. 2, 363—372 (1939) [Spanisch].

Kasuistischer Bericht über einen elektrischen Unfall bei einem jungen Arbeiter, der neben den üblichen körperlichen Läsionen auch eine Angstneurose im Gefolge hatte, die aber 50 Tage später bereits abgeklungen war, so daß der Patient wieder zur Arbeit zurückkehren konnte.

H. Urban (Wien).

Tarsitano, Francesco: Sulle alterazioni delle cellule nervose della corteccia cerebrale nella morte per asfissia meccanica. (Über Befunde an den Nervenzellen der Hirnrinde bei Tod durch mechanische Erstickung.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assi-curaz., Univ., Napoli.*) Arch. di Antrop. crimin. 60, 102—112 (1940).

Kaninchen werden durch ein vor die Schnauze gehaltenes Tuch zum Ersticken gebracht, eine Gruppe von Tieren schnell, eine zweite Gruppe langsam. Die Ganglienzellen der Hirnrinde werden untersucht. Es werden vielfache Befunde an den Ganglienzellen erhoben, die aber für die Art der Tötung uncharakteristisch sind. Bei den langsam erstickten Tieren waren die Befunde intensiver. Die Ergebnisse der Untersuchungen werden zwar nicht als diagnostisch wertvoll bezeichnet, könnten aber von pathogenetischem Interesse sein.

Reinhardt (Weißenfels).

Stier, Ewald: Kopfprellung. Mschr. Unfallheilk. 47, 150—154 (1940).

Wegen der ungünstigen psychologischen Wirkung auf die Kranken schlägt Verf. vor, die beim Laien gefürchteten Diagnosen Schädelbruch und Gehirnerschütterung durch den allgemeineren und sachlich stets richtigen Begriff der „Kopfprellung“ zu ersetzen, der beim Verletzten keine überflüssigen Befürchtungen und unangebrachten Entschädigungsansprüche entstehen lassen würde. Verf. begründet diese Anregung auch damit, daß das Vorhandensein eines Schädelbruches ja in der Regel für die Folgen eines Kopftraumas bedeutungslos ist und auch die Gehirnerschütterung nur eine von verschiedenen Reaktionsformen des Hirnstammes auf das Trauma darstellt. Diese Diagnosen sollten daher nur, wenn sie wirklich gesichert sind, gestellt, und

auch dann nach Möglichkeit dem Kranken selbst nicht mitgeteilt werden. Die kurze Arbeit geht nicht darauf ein, wie innerhalb des Sammelbegriffs der Kopfprellung die für die Beurteilung der Spätfolgen so wichtige exakte Differenzierung des initialen cerebralen Geschehens erfolgen soll. Bay (Berlin).

Visalli, Felice: Ematoma sottodurale post-traumatico con sintomatologia piramidale omolaterale. (Posttraumatisches subdurales Hämatom mit gleichseitigen Pyramiden-symptomen.) (*Clin. Chir., Univ., Roma.*) Atti e Mem. Soc. Rom. Chir. 2, 333—340 (1940).

20 Tage nach einem heftigen Trauma der rechten Stirnscheitelregion treten Erscheinungen erhöhten Hirndrucks: Kopfschmerz, Erbrechen auf. Neurologisch werden linksseitige Pyramidensymptome gefunden. Röntgenologisch sind 2 Frakturlinien im rechten Stirnbein nachzuweisen. Bei der Operation wird rechts eine Meningitis serosa, links ein subdurales Hämatom gefunden, das im Bereich der Scheitel-Hinterhauptregion gelegen war. Reinhardt.

Voss, Steffen: Die Verwertbarkeit der Zuckerbelastungskurven bei frischen Schädeltraumen. (*Chir. Univ.-Klin., Erlangen.*) Münch. med. Wschr. 1940 I, 636—639.

Auf Grund zahlreicher Zuckerbelastungskurven kann Verf. nachweisen, daß diese auch bei der kleinsten traumatischen Hirnschädigung einen atypischen Verlauf aufweisen und in jedem Falle nicht nur einen Indicator für das Vorhandensein einer frischen Hirnschädigung überhaupt, sondern auch durch ihr jeweils typisches Bild für den Grad der Schwere bzw. den Zeitpunkt des Abklingens darstellen. Durch Anstellung der Zuckerbelastungskurven gelingt ferner klinisch die Unterscheidung zwischen einer Commotio cerebri und einer psychisch bedingten Ohnmacht, sowie, bei einer vorhandenen Verletzung eine solche des Gehirns auszuschließen. Die Befunde sind durch 8 Kurvenabbildungen belegt. Einschlägige Arbeiten anderer Autoren werden kritisch betrachtet. Schädelverletzte werden an der Erlanger Chirurgischen Klinik u. a. grundsätzlich folgendermaßen versorgt: 1. Möglichst baldige Anstellung einer Zuckerbelastungskurve, deren regelmäßige Wiederholung alle 5—8 Tage, 2. sofortige neurologische Untersuchung, 3. am 2. Tag Lumbalpunktion. Bei Druckerhöhung Ablassen um $\frac{2}{3}$ des über die Zahl 100 hinausgehenden Wertes, bei Unterdruck Auffüllen bis 100 mit physiologischer Kochsalzlösung oder Injektion von 10 ccm einer 10proz. Glucoselösung in den Liquor, 4. bis 8 Tage nach Erreichung einer normalen Blutzuckerkurve absolute Bettruhe. Jungmichel (Göttingen).

Rizzatti, Ennio: Considerazioni critiche sui rapporti fra trauma e sclerosi laterale amiotrofica. (Kritische Betrachtungen über die Beziehungen zwischen Trauma und amyotrophischer Lateralsklerose.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Bologna.*) Arch. di Antrop. crimin. 60, 1—23 (1940).

Verf. teilt die Krankheitsgeschichten von 4 Fällen mit, in denen eine amyotrophische Lateralsklerose nach einer Kontusion des Knies, nach einer Rippenfraktur, nach starker Anstrengung und nach Clavikelfraktur zum Ausbruch kam. Er macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die in dem Nachweis völliger Gesundheit vor dem Trauma liegen, da bereits an den noch scheinbar gesunden Muskeln Chronaxie und elektrische Erregbarkeit krankhaft verändert sein können. Das Stadium der Latenz der Krankheit bietet zu wenig alarmierende Symptome. So ließ sich in einem Fall auch durch die Autopsie das Vorhandensein eines alten, prätraumatischen Herdes in der Medulla oblongata nachweisen. Die verschiedenen pathogenetischen Theorien werden erörtert. Man wird dem Trauma höchstens eine den Prozeß aktivierende Wirkung zubilligen dürfen. Das dürfte auch nur bei schweren Traumen der Fall sein. Arno Warstadt (Berlin-Wuhlgarten).

Meyer, Hans-Hermann: Über die Bedeutung des Schädeltraumas für die Entstehung organischer Hirnveränderungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1940 I, 316—318.

Bericht über 2 Fälle, in denen sich ein Mißverhältnis zwischen der Schwere des Unfalles und seinen Folgen herausstellte. Im ersten Fall hatte ein 33jähriger Kaufmann einen Sturz auf der Treppe vollständig vergessen. Die Untersuchung ergab dennoch eine schwere Hirnschädigung im Bereich der linken Schläfen- oder Scheitelregion. Es handelte sich um atrophische Vorgänge, von denen klinisch nicht festgestellt werden konnte, ob es sich um die Folgen

einer Blutung oder Erweichung handelte. Bei dem zweiten Kranken handelte es sich um das Aufschlagen mit dem Kopf auf ein Eisenstück, wobei eine Quetschwunde entstand und unter geringfügigen Beschwerden unbestimmter Art die Arbeit nur 8 Tage unterbrochen wurde. 3 Monate nach dem Unfall trat eine Lähmung der rechten Körperseite und ein völliger Sprachverlust ein. Es wird angenommen, daß es sich um Nachblutungen gehandelt habe, die nach 3 Wochen zu ausgedehnten Gewebszerstörungen führten. Der Blutdruck war bei dem letzteren Kranken leicht erhöht.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Gross, Dieter: Hypophyse und Schädeltrauma. (*Univ.-Nervenklin., München.*) Arch. f. Psychiatr. **111**, 619—651 (1940).

Bei einer 27jährigen Frau war nach einem Unfall das Bild einer beginnenden Simmondschen Kachexie entstanden. Es wird dargelegt, warum nach Schädelbrüchen nur selten eine traumatische Schädigung der Hypophyse vorkommt.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Koch, Franz Xaver: Über Brüche der Schädelbasis und ihre Beziehungen zu Ohr und Nase. (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Graz.*) Wien. med. Wschr. **1940**, 417—420.

Schädelbasisbrüche gehören in den Behandlungsbereich der operativ geschulten Ohren- und Nasenärzte. Diese Forderung belegt Verf. mit einer Übersicht von 9 Schädelbasisbrüchen im Bereiche der Ohren und 4 Schädelbasisbrüchen im Bereiche der Nase und deren Nebenhöhlen. In den meisten der Fälle waren eiternde Sequester, Extraduralabszesse, Tegmenzerstörungen vorhanden, so daß der rechtzeitige operative Eingriff (Totalaufmeißelung, Sequestrotomie usw.) die früher oder später auftretende Meningitis vermied. Verf. betont, daß die Wirkung eines Schädeltraumas nicht auf den Einwirkungsort beschränkt bleibt, sondern, dem Bau und der Beschaffenheit des Schädelknochens entsprechend, die paranasalen oder Mittelohrräume zumeist in Mitleidenschaft gezogen werden. Dadurch wird aber ein an und für sich geschlossener Schädelknochenbruch in einen offenen verwandelt. Damit ist die Gefahr der Infektion gegeben, die besonders groß ist, wenn noch durch die Zerreißung der Hirnhäute der Liquorraum geöffnet wird, der Liquor abfließt und nun eine direkte Verbindung mit dem Mittelohr- oder paranasalen Räumen besteht. Abschließend betont Verf., daß nur der mit der feinen Liquor- und der feinen Gehör- und Gleichgewichtsdiagnostik, sowie mit der ganz genauen Topographie von Ohr, Nase und deren Nebenhöhlen Vertraute in der Lage ist, nachfolgende Komplikationen zu vereiteln und zu beherrschen.

Beck (Krakau).

Haecker, R.: Beitrag zur Verletzung der Speiseröhre durch stumpfe Gewalt. Dtsch. Z. Chir. **253**, 557—559 (1940).

Kraftwagenunfall. Der Verletzte wurde mit einem plötzlichen Ruck gegen das Schaltbrett und gegen die Windschutzscheibe geschleudert und war sofort bewußtlos. 3 Tage später Exitus bei unklaren Allgemeinerscheinungen, teilweise Atemnot. Bei der Leichenöffnung fand sich eine eitrig-phlegmonöse Entzündung des vorderen Mediastinums und eine perforierende Verletzung der Speiseröhre dicht unterhalb des Kehlkopfes. Offenbar war bei dem Stoß die Speiseröhre gegen die Halswirbelsäule gedrückt und gequetscht worden. Die Perforation wurde offenbar begünstigt durch ein besonders starkes Vorspringen des linken Querfortsatzes des 5. Halswirbels nach vorne zu. Wenigstens befand sich die Perforation an entsprechender Stelle.

B. Mueller (Heidelberg).

Ehrlich, Werner: Spontanfraktur des Schienbeins nach Beckscher Bohrung. (*Krankenb. Bergmannsseggen, Hindenburg, O.-Schl.*) Zbl. Chir. **1940**, 1010—1014.

Am 2. XI. 1938 hatte sich ein Mann durch Kohlefall einen Bruch des rechten Schienbeins sowie einen Querbruch des rechten Wadenbeins zugezogen. Die Behandlung, die in einem anderen Krankenhaus geschah, dauerte 9 Monate. Es war wegen schlechter Heilungstendenz eine Becksche Bohrung durch die Haut am rechten Schienbein vorgenommen worden. Die Nachuntersuchung am 12. XII. 1939 ließ im Röntgenbild neben einigen wenigen Bohrkanälen im Bereich des Bruches auch noch reichliche Bohrkanäle unterhalb des Bruches erkennen. Am 8. I. 1940 kam der Patient mit einer Unterschenkelspontanfraktur rechts zur Aufnahme. Bei der blutigen Einstellung des Bruches wurde der Röntgenbefund bestätigt, daß nämlich die neue Fraktur des Schienbeins direkt im Bereich der Bohrlöcher unterhalb der alten verheilten Fraktur

lag. Das Wadenbein war jetzt im Bereich der alten Fraktur wieder gebrochen. Auf Grund dieses Falles stellt Verf. die Forderung auf, daß bei Anwendung der Beck-schen Bohrung genauestens darauf zu achten ist, daß die Bohrkanäle im Bereich der Bruchstelle liegen. *Matzdorff* (Berlin).

Eiken, Th.: Verkehrsunfälle. Ugeskr. Laeg. 1939, 1097—1105 u. dtsh. Zusammenfassung 1105 [Dänisch].

Der Verf. gibt einen Überblick über die tödlichen Verkehrsunfälle in Dänemark während der Jahre 1932—1936 (im Jahresdurchschnitt 323). In Übereinstimmung mit der deutschen zeigt auch die dänische Unfallstatistik, daß die tödlichen Verkehrsunfälle etwa $\frac{1}{3}$ aller Unfälle mit tödlichem Ausgang ausmachen und daß $\frac{2}{3}$ aller tödlichen Verkehrsunfälle durch Kraftfahrzeuge verursacht werden. Bei einer Zusammenstellung von 319 gerichtsarztlichen Obduktionen nach Verkehrsunfällen mit bekanntem Hergang (Knudtzons Untersuchungsgut) wurden äußere Schäden am Kopfe in 264 Fällen verzeichnet, am Halse in 22 Fällen, am Rumpfe in 121 Fällen, an den Armen in 223 Fällen und an den Beinen in 242 Fällen (= 2,7 Verletzungen pro Fall). Die Verteilung steht in gutem Einklang mit der Kirschnerschen Statistik. Das Risiko eines tödlichen Verkehrsunfalls steigt prozentual (im Verhältnis zur Bevölkerungszahl) mit zunehmendem Alter an. *Einar Sjøvall* (Lund).

● **Gruhle, Hans W.: Selbstmord.** Leipzig: Georg Thieme 1940. 166 S. u. 44 Abb. R.M. 12.—

Es fällt dem Leser schwer, sich zu entscheiden, was an dem Buch am meisten zu schätzen sei: die Fülle des literarischen Materials, das mit außergewöhnlicher Gründlichkeit durchgearbeitet ist, oder die haarscharfe und mit Temperament vorgetragene Kritik, die erbarmungslos mit alten Zöpfen aufräumt und nur wirklich stichhaltige Ergebnisse gelten läßt. Jeder wird diese Vorzüge gerade auf einem Gebiet begrüßen, das, wie wenig andere, den Tagesmeinungen unterworfen ist und dem Zugriff mehr oder weniger schöngestiger Literatur offen war. So ergibt sich eine umfassende und gründliche Darstellung aller mit dem Selbstmord zusammenhängenden Probleme, um die niemand, der sich ernsthaft damit beschäftigt, herumkommen kann. Einzelergebnisse hier gesondert anzuführen, würde das Gesamtbild der Arbeit beeinträchtigen. Man nehme sie selbst zur Hand. *Arno Warstadt* (Berlin-Wuhlgarten).

Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.

Tarsitano, Francesco: Malformazioni a carico dell'apparato uro-genitale in un feto nato-morto. (Mißbildungen der Harn- und Geschlechtsorgane bei einem totgeborenen Fetus.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Napoli.*) *Zacchia*, II. s. 4, 37—56 (1940).

Bei einem ausgetragenen, totgeborenen und zur Sektion zwecks Klärung des Geschlechtes eingelieferten Fetus wurden mannigfache Mißbildungen festgestellt. Die äußeren Geschlechtsteile fehlten gänzlich. An Stelle der Harnröhre und Scheide bestand ein einziger Kanal, der nicht frei an der Hautoberfläche mündete, sondern zusammen mit der Mastdarmöffnung eine Art Tasche bildete. Die Blase war in Form einer sackartigen Hülle vorhanden, in der die 2 Harnleiter, der obengenannte Kanal sowie ein Gang zur Gebärmutter, mündeten. Letztere war mit dem blasenähnlichen Gebilde verwachsen und nur durch ein dünnes Gewebe getrennt. Beide Nieren zeigten starke Unterentwicklung. Außerdem konnte eine Spina bifida occulta gefunden werden. — Vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus bietet der beschriebene Fall kein besonderes Problem, da bei den gegebenen Mißbildungen die Lebensunfähigkeit feststeht. *G. Bonell* (Heidelberg).^{oo}

Kemper, W.: Zum Frigiditätsproblem. Geburtsh. u. Frauenheilk. 2, 180—206 (1940).

Die weitverbreitete Unkenntnis über Entstehung und Behandlung der Frigidität gerade unter den Ärzten, die es in erster Linie angeht, gibt Verf. Anlaß, über die Ursachen und Formen der Frigidität Näheres auszuführen. In der Ätiologie unterscheidet er phylogenetische, ontogenetische und soziologische Faktoren. In der Phylogenie ist wichtig, daß die Vagina entwicklungsgeschichtlich ein junger Erwerb ist, und daß