

Handlung besteht. Die gerichtsärztliche Erfahrung des Verf. stimmt in dieser Beziehung mit der Strohmeiers überein, und zwar sowohl grundsätzlich als bezüglich alkoholischer Beeinflussung schon bei einem Alkoholgehalt von etwa  $1^0/_{00}$ . Hinsichtlich der Gefährdungsdelikte hält es der Verf. — gestützt unter anderem auf die von H. Bauer (Würzburg) ausgeführten Versuche über etwaige Beeinträchtigung der Fahrgeschicklichkeit bei einem Blutalkoholgehalt von  $0,7-0,9^0/_{00}$  — für gerechtfertigt, einen Gehalt von  $0,5^0/_{00}$  statt des von Bergquist vorgeschlagenen  $1^0/_{00}$  als unteren Grenzwert anzusetzen. Gleichzeitig ist jedoch die Strafbemessung stärker abzustufen, als es jetzt geschieht, und in größerem Maße ist die Bewährungsfrist einzuräumen. Sollte die Gesetzesvorlage angenommen werden, so verschärft sich damit für Polizisten und Ärzte die Überwachungspflicht, daß die Blutproben entnommen werden, und die Polizei muß ausdrücklich das Recht erhalten, bei Verkehrsunfällen auf der Entnahme von Blutproben zu bestehen auch in Fällen, wo der Führer des Kraftfahrzeuges nicht sichtlich durch Alkoholgenuß beeinflusst ist. Die Blutprobe ist unter sicherer Gewähr zu entnehmen und der Alkoholgehalt schnell zu bestimmen; der Verf. empfiehlt diesbezüglich eine Dezentralisation der Untersuchungsstellen. *Autoreferat.*

**Gaifami, Paolo: Alcoolismo e maternità.** (Alkohol und Mutterschaft.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Roma.*) Atti Soc. ital. Ostetr. **36**, Suppl.-Nr 4, 376—378 (1940).

Es wird gegen den Alkoholgenuß und -mißbrauch Stellung genommen, besonders gegen den Genuß hochprozentiger Liköre. Die Nachteile für die Nachkommenschaft werden in den Vordergrund gestellt und in einer EntschlieÙung das Verbot aller alkoholischen Getränke mit einem höheren Alkoholgehalt als 25% gefordert. *Reinhardt.*

**Zurukzogl, St.: Rückgang der Alkoholschäden in der Schweiz?** Gesdh. u. Wohlf. (Zürich) **21**, 81—83 (1941).

In der Zeit von 1926—1938 sind die typischen „Schnapskrankheiten“, wie Delirium tremens und Korsakowsche Psychose, in der Schweiz deutlich zurückgegangen. Während im Jahre 1929 von 1000 Anstaltsaufnahmen 54 auf Delirium tremens entfielen, waren es im Durchschnitt der Jahre 1937/38 nur noch 17—18. Ähnlich verhält es sich bei der Korsakowschen Psychose. Im Jahre 1931 wurden von 1000 Patienten 18 wegen Korsakowscher Psychose aufgenommen, im Durchschnitt der Jahre 1937/38 dagegen nur noch 3—4. Auch die Schweizerische Todesursachen-Statistik läßt einen Rückgang der „Schnapskrankheiten“ erkennen. Starben doch im Jahre 1926 83 Männer an Delirium tremens, im Jahre 1937 nur noch deren 32. *v. Neureiter.*

### Sonstige Körperverletzungen. Gewalttamer Tod.

**Flämrich, Erwin: Schußverletzung des schwangeren Uterus.** (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zbl. Gynäk. **1941**, 25—29.

Verf. berichtet über einen Fall, bei welchem sich ein 16 Jahre altes schwangeres Mädchen, das 14 Tage vor der Geburt stand, mit einem Flobertgewehr anläßlich einer Auseinandersetzung mit ihrem Vater in den Bauch schoß, so daß die 50 cm lange Frucht in den Schädel getroffen wurde. Das Projektil lag in der mittleren Schädelgrube. Das Kind wurde getötet. Heilung der Mutter ohne irgendwelche Komplikationen.

*Rud. Koch (Münster i. W.).*

**Barón, Abilio G.: Pistolenkugel in einem sechs Monate alten Fetus.** (*Serv. de Digest., Casa de Salud Valdecilla, Santander.*) Rev. españ. Med. y Cir. Guerra **3**, 392 bis 393 (1940) [Spanisch].

Bei der röntgenologischen Untersuchung einer im 6. Monate schwangeren Frau, die eine Schußverletzung erlitten hatte, konnte das Geschöß im Fetus entdeckt werden.

*v. Neureiter (Hamburg).*

**Negele, Stephan: Gesichtspunkte für die Begutachtung fraglicher Selbstmordfälle mit Einschuß im Bereich der hinteren Schädelhälfte.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1938. 56 S.

Die Arbeit bringt eine recht wertvolle Zusammenstellung der bisher in der Literatur

mitgeteilten einschlägigen Fälle und berichtet über 6 weitere Selbstmorde mit Einschuß in der hinteren Schädelgrube aus dem gerichtsärztlichen Institut München, darunter einer mit mehreren Einschußöffnungen, zwei mit Einschuß hinter und über dem Ohr, einer auf dem Tuber parietale und einer in dem Hinterhauptbein. Am Schluß der Arbeit sind die gesamt 28 verwerteten Fälle übersichtlich zusammengestellt. Auf die besondere Bedeutung der Zusammenarbeit von Polizei und Gerichtsarzt bei der Ermittlung derartiger unklarer Schußfälle wird besonders verwiesen. Durch sie war es bei 18 Fällen möglich, einwandfrei Selbstmord nachzuweisen. Die schwierigsten Aufgaben stellen diejenigen Fälle, bei denen die Frage eines Selbstmordes oder Unfalles auf der Jagd gegebenenfalls mit Versicherungsbetrug zu entscheiden ist.

Weimann (Berlin).

**Jordano Barea, José: Beitrag zum Studium der Sehstörungen bei den perforierenden Schädelverletzungen.** (*Hosp. de la Cruz Roja, Córdoba.*) Rev. españ. Med. y Cir. Guerra 3, 331—351 (1939) [Spanisch].

Schädelverletzungen machen 17% aller Kriegsverletzungen aus, 65% davon sind perforierende Verletzungen. Sie bilden 28% aller schweren Verletzungen. Anatomische Bemerkungen über den Bau des Schädels, der Hirnhäute, den Verlauf der Sehbahn und die Sehzentren, besonders die Netzhautprojektion auf den Hinterhauptsappen. Unterschiede zwischen prächiasmatischen, chiasmatischen und retrochiasmatischen Schädigungen. Bemerkungen über den Wirkungsmechanismus der Schußverletzungen.

Beschreibung eigener 6 Fälle: 1. Einschuß in der linken Schläfengegend, Ausschuß im linken Hinterhaupt. Ausgang: S. = 0,1, linksseitige Hemianopsie. 2. Einschuß im linken Jochbein, Ausschuß in der rechten Schläfen-Hinterhauptsgegend. Hemianopische Pupillenreaktion. Linksseitige Hemianopsie. Sehnervenschwund nach Stauungspapille. 4. Einschuß links im Hinterhaupt, Ausschuß in der linken Temporoparietalgegend. Anisokorie, Stauungspapille. Heilung mit S. = 0,1 und Hemianopsie. 4. Durchschuß des Hinterhauptes. Vollständige Blindheit. Heilung mit Fingerzählen in 2 m, kleinen Gesichtsfeldresten in den rechten Gesichtsfeldhälften. 5. Streifschuß 2,5 cm über der Protuberantia occipit. externa. Nach der Entfernung zahlreicher Knochensplitter vollständige Blindheit. Heilung mit S. = 0,2, Quadrantenausfall links unten in beiden Gesichtsfeldern. 6. Steckschuß mit Eintritt rechts vom hinteren Schädelpol. Vollständige Blindheit. Heilung mit S. = 0,1 rechts und Fingerzählen in 1 m links. Kleine zentrale Gesichtsfeldreste.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: Jede durchdringende Verletzung des Schädels kann durch direkte oder indirekte Wirkung zu Sehstörungen führen. Diese stellen die schwersten Verletzungsfolgen dar. Die Sehstörungen haben in der ersten Zeit keine so große Bedeutung wie in den späteren Perioden der Heilung. Auch bei ausgedehnten Verletzungen des Hinterhauptsappens bleibt das zentrale Sehen erhalten, was für die ausgedehnte Vertretung der Macula in der Sehrinde spricht. Die beobachteten Sehstörungen stimmen mit der Netzhautprojektion von Holmes überein. Stauungspapille tritt in allen Fällen von traumatischem Hirnödem auf, es sei denn eine große Öffnung in der Hirnschale vorhanden, die als Ventil wirkt. Lauber (Krakau).

**Schnitzler, Jakob: Kombierter Selbstmord: Schwefelsäurevergiftung und Herzstiche.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 25 S.

Ein 28 Jahre alter Mann wurde auf Hilferufe hinter verschlossener Zimmertür im Bett liegend aufgefunden. Er stöhnte, röchelte und schäumte aus dem Munde. Am Bettüberzug fand sich Blut. Auf dem Nachttisch lag eine mit wenig Blut befleckte Schere. Die Untersuchung ergab 3 Stichwunden zwischen Brustbein und linker Brustwarze. Trotzdem der Mann noch ansprechbar war, verweigerte er die Auskunft über die Ursache der Stichwunden. Röntgenologisch fand sich Luft unter dem Zwerchfell = vitaler Magendurchbruch. 3 Stunden später Exitus. Sektionsergebnis: Primäre (grauweiße) Schleimhautverätzung des hinteren Zungenabschnittes, der Gaumenbögen und Mandeln, des Kehlkopfengangs und der Speiseröhre; starke sekundäre (schwarzbraune, hämatinhaltige) Säureverätzung des Magens mit ausgedehnter Zerstörung der Magenwand und Perforation in die Bauchhöhle; Mageninhalt und braunschwäzliche Flüssigkeit mit Schwefelsäurenachweis in der freien Bauchhöhle; schwarzbraune Ver-

ätzung des oberen Dünndarmabschnittes; 3 Stichverletzungen der linken Brustwand; 1 Stichverletzung der rechten Herzkammer etwas oberhalb der Herzspitze; Hämoperikard, Hämothorax links; oberflächliche Schnittwunde zwischen Kleinfinger- und Daumenballen der rechten Hand; petechiale Pleurablutungen über dem linken Lungenunterlappen; Hypostase beider Lungenunterlappen; Magenschleimhautinseln im Oesophagus. Es handelte sich auf Grund der Leichenöffnung in Verbindung mit der Situation um eine Schwefelsäurevergiftung kombiniert mit Herzstich bei Selbstmord.

*Matzdorff* (Berlin).

**Saigushkina, V. N.:** **Two cases of wounds with knife of the spinal cord.** (Zwei Fälle von Messerstichverletzungen des Rückenmarks.) *Nevropat. i t. d.* **9**, Nr 9, 66—72 (1940) [Russisch].

Das klinische Bild der Messerstichverletzung des Rückenmarks hängt von der Richtung und der Tiefe des Messerstoßes ab. Die Wiederherstellung der motorischen Störungen beginnt früher als die der sensiblen. Oft ist die obere Grenze der Sensibilitätsstörung nicht für alle Arten der Oberflächensensibilität die gleiche. Die taktile Sensibilität wird früher als alle anderen Arten der Störung der Oberflächensensibilität wiederhergestellt. Der Verlauf der Stich- und Schnittverletzungen des Rückenmarks wird durch das Niveau der Verwundung bestimmt. Verletzungen des Brust- und Lendenabschnitts des Rückenmarks verlaufen meistens gutartig, Verletzung des Halsgebietes geben einen hohen Prozentsatz von Todesfällen. Bei der Behandlung der Residualerscheinungen der Stich- und Schnittwunden des Rückenmarks verdient die Jodiontophorese im Verein mit der Diathermie größte Beachtung.

*F. Dörbeck* (Berlin).

**Palmieri, Carlo Barbieri:** **Su due casi di impalamento perineale.** (Über 2 Pfählungsverletzungen der Dammregion.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicurazioni, Univ., Modena.*) *Giorn. Clin. med.* **21**, 1465—1471 (1940).

Im 1. Fall war durch die Verletzung der vordere Abschnitt des Dammes betroffen mit Verletzung eines Schwellkörpers, der Cowperschen Drüse bis direkt an die Harnröhre heran sowie der vorderen Muskelschichten. In die Tiefe hinein reichte sie bis zur Samenblase und betraf auch den *M. elevator ani*. Sie heilte ohne Folgen. — Im 2. Fall hatte die Pfählung den äußeren und inneren Sphincter zerrissen und das Rectum extraperitoneal verletzt. Incontinentia ani und völlige Erwerbsunfähigkeit für längere Zeitdauer war die Folge.

*Reinhardt* (Weißfels).

**Groos, Josef-Albert:** **Über Fälle von instrumenteller Uterusperforation der Universitäts-Frauenklinik Kiel in den Jahren 1922—1935 (1. X. 1922—1. X. 1936).** Kiel: Diss. 1938. 19 S.

Die Arbeit behandelt 70 Fälle von Uterusperforationen, und zwar abortive und gynäkologische Fälle. Perforationen des schwangeren Uterus finden sich am häufigsten bei Frauen im 3. Lebensjahrzehnt bis zum 35. Lebensjahr und nach dem Kieler Material viel häufiger bei Verheirateten als bei Ledigen. Meist sind zum erstmalig gravide Frauen betroffen, bevorzugt ist der 2. bis 4. Schwangerschaftsmonat. Die Perforation erfolgt am häufigsten bei Anwendung der Kurette (52% der Fälle), dann folgen Eizange (17%) und Dilatator (10%), dann erst Spritze und Stift bei krimineller Abtreibung (8%). Die operativ-konservative Behandlung der Uterusperforation hat an der Kieler Frauenklinik die besten Ergebnisse gezeitigt.

*Manz* (Göttingen).

**Alpers, Bernard J.:** **The occurrence of complications of the nervous system following the extraction of teeth.** (Das Vorkommen von Komplikationen am Nervensystem im Gefolge von Zahnextraktionen.) (*Dep. of Neurol., Jefferson Med. Coll., Philadelphia.*) *J. nerv. Dis.* **92**, 752—761 (1940).

An Hand des Schrifttums (nur ausländische Arbeiten) werden die verschiedenen Arten von Komplikationen am Zentralnervensystem besprochen und 3 eigene Beobachtungen des Verf. (metastatische Encephalitis bzw. Encephalo-Myelitis) angeführt. Nach Zahnextraktionen sind außer metastatischen Encephalitiden beobachtet worden: Hirnabszesse, Meningitis (ungewöhnlich, wahrscheinlich im Rahmen einer Allgemeininfektion), eitrige Thrombose des Sinus cavernosus, Neuroretinitis, akute Bulbärparalyse (1 Fall). In den meisten Fällen handelte es sich entweder um Granulome oder

um chronische Spitzenabszesse. In einigen Fällen erfolgte die Extraktion während des akut-entzündlichen Stadiums. Vereinzelt war nach der Zahnentfernung eine örtliche Eiterung oder sogar Osteomyelitis aufgetreten. Durchweg handelte es sich um Molaren oder Prämolaren. Die Sinusthrombose scheint häufiger nach Extraktion oberer Zähne aufzutreten. Ein Zusammenhang mit der Art der Betäubung war nicht festzustellen. — Die Entstehungsweise der Komplikationen ist nicht immer klar. Für die metastatischen Encephaliden wird eine Keimverschleppung auf dem Blutwege von einer vereiterten Alveolarhöhle aus angenommen, ohne daß es gleich zu einer Allgemeininfektion kommt. Die Sinusthrombose erklärt sich durch Fortleitung einer Thrombophlebitis der die entzündete Zahnhöhle umgebenden kleinen Venen. (Fraglich bleibt immerhin, ob überhaupt die Extraktion in allen Fällen für das Zustandekommen der Komplikationen angeschuldigt werden kann und nicht vielmehr die zugrunde liegenden Granulome oder chronischen Spitzenabszesse an sich. Ref.) *Zech* (Wunstorf i. H.).

**Giertz, G.: Zahnärztliches Instrument als Fremdkörper im Verdauungskanal.** Nord. Med. (Stockh.) 1940, 2201—2202 [Schwedisch].

Drei Fälle, wo das Instrument (sog. Kerr-Bohrer) verschluckt worden war. In dem einen Falle bohrte sich die Spitze des Instruments hinter dem Introitus laryngis in den Hypopharynx, in dem zweiten hatte die Spitze die Magenwandung perforiert und in dem dritten die Wandung der Pars descendens duodeni. In allen 3 Fällen mußte der Fremdkörper operativ entfernt werden. Die Eingriffe verliefen glücklich.

*Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

**Greifenstein, A.: Speiseröhrenfremdkörper.** Med. Welt 1941, 86—90.

Etwa 70% aller Fremdkörper (F.K.) finden sich in oder unterhalb der Ringknorpelenge bzw. im oberen Speiseröhrendrittel. In höherem Alter kann der F.K. Frühsymptom eines Carcinoms sein. Im allgemeinen auch für den Betroffenen ohne weiteres sinnfällige Beschwerden, deshalb „chronische F.K.“ selten und im Gegensatz zu den „akuten F.K.“ überwiegend im Kindesalter. Die Gefährlichkeit liegt in den sich an die Schädigung der Speiseröhrenwand anschließenden Folgen: Submuköse, intramurale und perioesophageale Abszesse sowie phlegmonöse Entzündungen mit häufig jauchiger Mediastinitis. Hautemphysem ist immer Zeichen einer perforierenden Verletzung (als prävertebrales Emphysem bei Verletzung der hinteren Speiseröhrenwand häufig nur röntgenologisch nachzuweisen). Nicht so selten septische Allgemeininfektion, sekundäre Arrosionsblutungen und Ausbildung einer Oesophago-Trachealfistel. Die diagnostische Sondierung ist unsicher und nicht ungefährlich. Bei der in verschiedenen Ebenen vorzunehmenden Röntgenuntersuchung sind nur positive Befunde beweisend, falls nicht ein sicher stark schattengebender F.K. verschluckt wurde. In Bifurkationshöhe ist die Lagebestimmung (Speise- oder Luftröhre) gelegentlich schwierig. Wichtigstes diagnostisches Hilfsmittel und zugleich Methode der Wahl für die Extraktion ist die Oesophagoskopie. Nur in den sehr seltenen Fällen von Extraktionsunmöglichkeit operatives Eingreifen erforderlich. Alle Versuche medikamentöser und instrumenteller Art, den F.K. zu mobilisieren, sind wegen der Möglichkeit weiterer Wandschädigung streng verboten; „Blindlingsmethoden“ bei scharfkantigen oder spitzen, sog. verletzenden F.K. müssen auch im juristischen Sinne als ärztlicher Kunstfehler angesehen werden.

*Zech* (Wunstorf i. Hann.).

**Wulff, Helge B.: Verschluckter Fremdkörper mit ungewöhnlicher Komplikation.** (Chir. Klin., Univ. Lund.) Chirurg 13, 20—23 (1941).

11 Monate alter Knabe erkrankte an schleimigen, übelriechenden Diarrhöen und entleerte einige Tage später ein kleines Blutgerinnsel aus dem Darm. Am gleichen Tage wurden die Windeln voller Blut gefunden; allgemeine Mattigkeit. In der Klinik wurden schlechter Zustand des Kleinen, 50% Hämoglobin, 2,7 Millionen rote Blutkörperchen festgestellt. Leichte Druckempfindlichkeit im Epigastrium, keine Peritonitis. Mehrere Schmerzattacken. Bei der Röntgenuntersuchung fand sich mitten im Bauch eine etwa 10 cm lange Haarspange, nicht verschiebbar. Bei der Operation nach

intraglutealer Bluttransfusion fand sich der Fremdkörper in der Pars descendens des Duodenum unmittelbar oberhalb von dessen retroperitonealem Verlauf. Bei Extraktion der Spange bedeutende venöse Blutung aus der arrodiierten Darmwand, trotzdem Heilung.

Walcher (Würzburg).

**Wehrlin, H.: Über einen eigenartigen Fall von Fremdkörper-Aspiration. (Kasuist. Mitt.)** (*Zentr. Krankenabt., Festung Sargan.*) Schweiz. med. Wschr. 1941 I, 41.

Verf. berichtet über einen seltenen Fall von Fremdkörperaspiration gelegentlich eines Unfalls, der unter dem Bilde einer Bronchitis verlief. Er konnte diagnostisch zunächst nicht geklärt werden, bis plötzlich eines Tages nach ausgiebigem Inhalieren unter stechenden Schmerzen in der Gegend der linken Brustwarze die Expektoration einer abgebrochenen scharfzackigen 6 cm langen Pfeifenspitze aus Bernstein erfolgte. Nach dieser Expektoration klangen die Krankheitssymptome und Beschwerden schnell ab. — Nach der Schmerzlokalisation und der Form der aspirierten Pfeifenspitze konnte nachträglich darauf geschlossen werden, daß diese in den linken Hauptbronchus gelangt war, ihn infolge der flachen Form aber nicht völlig verschlossen hatte. Röntgenologisch war der Fremdkörper nicht erkannt worden, weil er seiner Lage nach in den Herzschatten fiel und Bernstein überhaupt nur einen ganz geringen Röntgenschatten macht. — Verf. empfiehlt, in ähnlichen unklaren Fällen die Möglichkeit einer Fremdkörperaspiration in Erwägung zu ziehen und die Diagnose unter Umständen auf dem Wege der Tracheobronchoskopie zu versuchen.

Buhtz (Breslau).

**Lisch, Karl: Das Vorkommen von Kalkkrystallen in der Hornhaut nach Kalkverätzung.** (*Univ.-Augenklin., München.*) Graefes Arch. 142, 503—506 (1940).

Nach Kalkverätzungen bleiben meist irreparable Hornhauttrübungen zurück. Die Kalkmassen selbst werden fast restlos abtransportiert. — Nur in seltenen Fällen, wie z. B. in dem vom Verf. beschriebenen, ist der Abtransport des Kalkes aus der Hornhaut gestört, und es bleiben kreidenweiße sternförmige Krystalle infolge von Ausfällung zurück. Das betroffene Auge war erblindet.

v. Marenholtz (Berlin).

**Luzi, Arnold: Über Haut-Verbrennungen der Universitätskinderklinik Zürich in den Jahren 1926—1937. Klinisch-statistische Studie.** (*Chir. Abt., Univ.-Kinderklin., Zürich.*) Zürich: Diss. 1939. 80 S.

Bei den in den 12 Jahren beobachteten 73 Verbrennungen standen die durch Wasser oder in erster Linie Wasser enthaltenden Flüssigkeiten mit 73,9% im Vordergrund; die elektrischen Verbrennungen betragen 2,73%. Während bei Erwachsenen Beruf und Arbeit vorwiegend den Unfall bedingen, liegt bei den Kindern die Schuld eindeutig bei der Umgebung (kleine, ärmliche Wohnungen, Kinder sich selbst überlassen): kein einziges Kind aus sozial hochstehendem Milieu! Mehr als die Hälfte unter 3 Jahren; 83,5% unter 5. Die meisten Kinder vorbehandelt (Mehl, Öl oder beides): besser wäre steriler Verband. Schwere des Verlaufs in erster Linie von der Ausdehnung, in geringerem Grade vom Verbrennungsgrade und von Alter und Allgemeinzustand abhängig. Verbrennungen von mehr als 21% der Körperoberfläche ausnahmslos tödlich. Gesamt mortalität 26%, die der Kinder unter 2 Jahren 30,3%, die der Knaben höher als die der Mädchen. In den ersten 12 Stunden starben diejenigen Kranken, die eine Verbrennungsausdehnung zwischen 30 und 44% aufwiesen, im Stadium des akuten Shocks. Zwischen 12 und 26 Stunden kein Todesfall, dann bis zur 60. wieder Häufung im Stadium des sekundären toxämischen Shocks: Prozentzahlen der Brandausdehnung bewegen sich zwischen 18 und 40%. Eine 3. Gruppe von 6 Kindern starb später nach 6, 14, 29 und 40 Tagen (Ausdehnung 6,9—21%). Komplikationen, die post mortem festgestellt wurden: Ulcus ventriculi (2), Pleuritis, Peritonitis und Endokarditis (je 1), Sepsis (2) und Pneumonien (3 Fälle). Verf. unterscheidet drei Behandlungsperioden: zwischen 1926 und 31 Salbenbehandlung: 41 Kinder mit 9 Toten, 1932—1934 Tanninbehandlung: 16 mit nur 1 Todesfall und seit 1935 „Tschmarken“ 11 mit 9 Todesfällen. Da aber nur die schwersten damit behandelt wurden, können sie nicht mit den anderen ver-

glichen werden. Die Tanninbehandlung (teils 5—10% Salbe: 13mal, teils 2—2½% Lösung: 3mal) scheint bei ausgedehnten Verbrennungen der Salbenbehandlung überlegen, während bei den leichteren diese sogar schneller zur Heilung führte. Die Kinder wurden grundsätzlich bis zur vollständigen Heilung im Krankenhaus behalten. Auszugsweise Mitteilung von 43 Krankengeschichten.

*Sievers* (Leipzig).

**Emminghaus, Jobst: Röntgenhautähnliche Veränderungen ohne Röntgenstrahlenwirkung.** (*Univ.-Hautklin., Freiburg i. Br.*) Freiburg i. Br.: Diss. 1940. 23 S., 1 Taf. u. 3 Abb.

Eingehende Besprechung einer schweren Hautschädigung nach Diathermieanwendung bei „Nierenkoliken“. In der 11. Sitzung zweifellos unsachgemäße (Ref.) Versorgung der Patientin. Am folgenden Tage in der Nabelgegend unter der als reduziert anzunehmenden Kontaktfläche Auftreten von Bläschen, zuweilen stechender Schmerz. 3 Tage später Aufbrechen der Haut. Nach vorübergehendem Schluß der Wunde bei klinischer Behandlung größere Zerstörungen: Inmitten einer atrophischen Narbe wie nach Verbrennungen dritten Grades an Stelle des Nabels tiefes, eiterndes Geschwür mit jahrelangem Bestand. Typisches Bild der gesamten Hautveränderung wie nach einer Röntgenspättschädigung. Verf. gibt bei dieser als Diathermieverbrennung völlig atypischen Schädigung die Möglichkeit der Entstehung durch Diathermieanwendung zu, vielleicht mit absichtlicher Verzögerung der Heilung im Rentenverfahren.

Erklärung der Diathermieschädigungen durch die ungleich große Tiefendurchwärmung bei der Thermopenetration. Bei transversaler Durchströmung ist die Durchwärmung der Haut wegen ihres größten Widerstandes am stärksten und nimmt in der Reihenfolge Knochen, Haut, Fett, Muskeln, Nerven, Blutgefäße ab (umgekehrt bei longitudinalem Stromverlauf). Maß der verträglichen Wärme lediglich die subjektive Einschätzung des Patienten, der normal auf Schmerz- und Temperaturreize reagieren muß. Im besprochenen Fall fehlen Angaben über das Ergebnis einer neurologischen Nachuntersuchung, die wegen des Rentenverfahrens doch unbedingt geboten gewesen wäre (Ref.), zumal Zweifel an der Intaktheit des Wärme- und Schmerzempfindens bei der Patientin geäußert werden. Zu berücksichtigen ist, daß die Gewöhnung an die diathermische Wärme zu Toleranzsteigerung führt; bei heroischer Einstellung des Patienten kommt es zu Überwärmung. Zwei Arten der Diathermieverbrennung: Selten keine besondere Hautschädigung, teigige Infiltration durch Hyperämie mit Ödem bei fettleibigen, hellhäutigen Patienten. Sonst wie gewöhnliche Verbrennungen. Tiefgreifende Veränderungen fast nur bei Sensibilitätsstörungen. Daher Forderung nach Unterrichtung des Patienten und vorheriger Sensibilitätsprüfung. Für die Begutachtung von Schäden ist Kenntnis der Apparatur (Elektroden) und der technischen Bedingungen erforderlich, die im vorliegenden Fall nicht mehr zu ermitteln waren. Ob die Annahme einer Gefäßschädigung im erörterten Fall (in Analogie zur Röntgenstrahlenschädigung) berechtigt ist und ob — für das Rentenverfahren wichtig — krebsige Entartung zu befürchten ist, hätte die histologische Untersuchung einer Probeexcision ergeben können — wenn diese zu verantworten gewesen wäre. Weiter vermißt Ref. eine Klärung der Grundkrankheit sowie Nachforschungen nach deren Weiterbehandlung und Erörterung ihres etwaigen Einflusses auf die Heilungsverzögerung. *Kresiment* (Berlin).

**Jensen, Sig.: Ein eigentümlicher Selbstmord.** Nord. kriminaltekn. Tidsskr. 10, 94—97 (1940) [Norwegisch].

Ausführlicher Bericht über einen sorgfältig vorbereiteten und durchgeführten Selbstmordversuch einer gerade menstruierenden Patientin, die unter präklimakterischen Beschwerden sowie unter leichten depressiven Symptomen und unter der Furcht vor einer erneuten Strumaoperation litt. Nachdem sich die Patientin eine große Anzahl, wenn auch meist oberflächlicher Verletzungen mit einer Axt zugefügt hatte, versuchte sie sich im Keller durch angestecktes Paraffin zu verbrennen, wobei sie sich selbst noch die Beine lose mit Stricken umschnürt hatte, und wurde 50 min, nachdem der erste Brandgeruch bemerkt worden war, mit ausgedehnten Brandwunden, moribund aufgefunden. Ob dieser Suicid sich durch die nachweisbaren Störungen

ursächlich ganz deuten läßt und inwieweit es sich um einen Verwirrtheitsanfall handelt, läßt sich nicht sicher entscheiden. *H. D. Müller* (Danzig-Langfuhr).

**Brull, L., et A. Lambrechts: Aspect social des tentatives de suicide traitées à la clinique médicale universitaire de Liège depuis dix ans.** (Soziale Gesichtspunkte zu den in den letzten 10 Jahren in der medizinischen Universitätsklinik zu Lüttich behandelten Selbstmordversuchen.) (*Journées internat. de Méd. Soc., Liège, 23.—25. VI. 1939.*) Arch. Méd. soc. et Hyg. etc. **3**, 20—30 (1940).

Die Arbeit wertet die 169 Suicidversuche aus (davon 96 Frauen), die 1929—1939 aufgenommen wurden (1,34% der Aufnahmen bei den Frauen, 0,9% bei den Männern). Alterskurve nur bei den Frauen deutlich: Maximum im 3. Lebensjahrzehnt. Mittelwahl: Ertränken, Gas und Erhängen häufiger bei den Männern, Gift — wie anderswo — von den Frauen bevorzugt (chirurgische Fälle — Erschießen, Öffnen der Adern usw. — bei der Art des Materials nicht mit erfaßt!). Motivstatistik — mit Recht — vorsichtshalber nicht versucht. Stärkere Beteiligung der unteren Schichten. Vielsagend die — mit den anderwärts errechneten einigermaßen übereinstimmenden — Zahlen über die Mortalität: 8% geglückten Suiciden bei den Frauen standen 16% bei den Männern gegenüber. Verff. bemerken abschließend, daß die Selbstmorde in ihrer Berichtszeit im ganzen zugenommen haben; sie fordern nicht nur Vorsicht bei der ärztlichen Verordnung von Schlafmitteln, sondern auch bei der von gewissen Medikamenten in der gynäkologischen Praxis. Zur Therapie bemerkenswert, daß Verff. auch gute Erfolge in der Behandlung der Quecksilbervergiftungen gehabt haben wollen. *Donalies* (Eberwalde).

**Siegmund, H.: Über die Fettembolie nach Verletzungen.** (*Path. Inst., Univ. Kiel.*) Jkurse ärztl. Fortbildg **32**, 8—18 (1941).

Übersicht über den Gegenstand mit Hinweisen auf einige, darunter größere, Darstellungen. Fettembolie aus verfetteten Organen (Leber) hat Verf. nie gesehen. Versuche mit körperfremdem Fett lehnt er ab. In Lymphgefäße aufgenommenes Fett käme für die regionären Lymphdrüsen nicht hinaus. Verf. hält die Fettembolie für die Hauptursache des Shocks nach Verletzungen. Er kündigt Berichte über neue eigene Untersuchungen an. *Meixner* (Innsbruck).

**Mucchi, Ludovico: Sulla diagnosi radiologica di ematoma endocranico traumatico.** (Röntgendiagnose traumatischer endokranieller Blutungen.) (*Clin. Chir. Gen., Univ., Milano.*) Radiol. med. **28**, 92—98 (1941).

Zwei kasuistische Beiträge im Anschluß an eine frühere Veröffentlichung des Verf. (vgl. diese Z. **33**, 145). Der eine Fall zeigte bei charakteristischen klinischen Herderscheinungen encephalographisch die entsprechende Verdrängung der Ventrikel; Bestätigung durch Operation. In dem anderen Falle deuteten der klinische Befund und die Ventrikulographie auf ein linksseitiges, subdurales Hämatom hin, während sich bei der Operation lediglich die Residuen einer mäßigen, nicht umschriebenen, intermeningealen Blutung vorfanden. Verf. meint, es könnte durch die Encephalographie (welche 15 Tage vor der Operation stattfand) die Resorption des tatsächlich vorhanden gewesen Ergusses veranlaßt worden sein, wahrscheinlicher aber sei der röntgenologische Befund durch traumatisches Hirnödem, vielleicht kombiniert mit einer geringen Blutung, entstanden. Nach der Erfahrung des Verf. ist durch das encephalographische Bild das Ödem von einer Blutung ziemlich eindeutig zu unterscheiden. Der Fall 2 bot alle Zeichen der Blutung, es hat also wohl tatsächlich eine solche vorgelegen, und das atypische Röntgenbild ist durch das begleitende Ödem zustande gekommen. *Etbel* (Heidelberg).

**Tátrallyay, Zoltán: Indikation und Gefahren der intranasalen Stirnhöhleneröffnung.** (*Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfabt., „Rotes Kreuz“-Spit., Budapest.*) Mschr. Ohrenheilk. **74**, 626—629 (1940).

Ref. gibt eine neue Methode zur Behandlung eitriger Stirnhöhlenentzündung an, wobei intranasal der Agger nasi abgemeißelt wird, wodurch eine vorteilhafte Entleerungsmöglichkeit der Stirnhöhle geschaffen und praktisch eine Ausheilung erzielt wird, auch

ohne entstehende Radikaloperation oder den nicht ganz gefahrlosen Hallerschen Eingriff, bei dem die Verletzung der hinteren Wand der Stirnhöhle nicht sicher zu vermeiden ist. Unter Umständen besteht dabei auch die Gefahr der sekundären Osteomyelitis, welche durch Einwirkung der Fräse auf den Knochen entsteht. *v. Marenholtz.*

**Fleischmann, Ladislaus:** Über Luftembolie bei Ohroperationen. *Pract. ot. etc.* (Basel) **3**, 295—309 (1940).

Verf. berichtet über 14 Fälle aus der Literatur und 3 eigene Beobachtungen. Die unbeabsichtigte Verletzung des gesunden oder erkrankten Sinus bei Ohroperationen — die nicht zu Lasten des Operateurs geht — und namentlich das Einreißen der manchmal infizierten Sinuswand beim Verband können zu Luftaspiration und Luftembolie führen. Bei normaler Zirkulation und positivem Druck in dem Sinus ist die Verletzung ungefährlich. Aufsetzen des Patienten beim Verbandwechsel begünstigt die Entstehung; daher Operation und Verbandwechsel in horizontaler Lage erforderlich. Die Luftembolie macht sich durch ein schlürfendes Geräusch, Husten, Cyanose, Herzschwäche mit Beklemmungen bemerkbar. Bei sofortigem Eingreifen, das in Kompression der Jugularis und evtl. Unterbindung desselben sowie Anwendung von Herzmitteln usw., besteht, ist die Mortalität sehr gering. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Herrenschwand, F. v.:** Die Schädigungen und Verletzungen des Auges beim Sport. *Med. Welt* **1941**, 34—38 u. 59—63.

Der Aufsatz stellt in erster Linie Betrachtungen darüber an, in welcher Weise das Zustandekommen von Augenschädigungen beim Sport vermieden oder verhindert werden kann: Durch richtige Betreuung und Beratung. — Der Prozentsatz der Augenverletzungen dabei ist sehr gering (0,08%). Augenranke und höhergradig Kurzsichtige sind von der Ausübung jeden Sports auszuschließen. Beim Jagdsport sind wiederholt schwere Schädigungen beobachtet, wenn der Schuß rückwärts schlägt, wenn z. B. der Verschuß nicht in Ordnung oder im Verhältnis zur Ladung zu schwach ist. — Schneeophthalmie durch Einwirkung kurzweiliger ultravioletter Strahlen mit Hornhautschädigung ist nicht selten, auch Schädigungen der Fliegeraugen sind hierdurch vorgekommen. — Skisport verursacht schwere, häufig mit Verlust des Auges einhergehende Verletzungen durch Einbohrung des Stockes, wobei sogar durch Zertrümmerung der die Augenhöhle begrenzenden Knochen Meningitis auftreten kann. — Beim Schwimmsport ist in letzter Zeit die sog. Schwimmbadconjunctivitis, die auch die Hornhaut befällt, und sehr hartnäckig ist, beobachtet worden. — Kontusionsverletzungen beim Boxen sind nicht selten mit Abreißung der Trochlea vom oberen Orbitalrand und Lähmung des Muskels obliquus verbunden. — Bei einem Flugunfall — Absturz aus 10 m Höhe — kam es zu Netzhautblutungen und anschließender Sehnervenatrophie ohne Kopf- und Augenverletzung. Zur Klärung mußte angenommen werden, daß durch den plötzlichen Ruck beim Anprall des Flugzeuges am Boden eine Thoraxkompression eingetreten war, wodurch eine Rückstauung des Blutes in die obere Körperhälfte und in den Kopf bis in die kleinsten Venen hinein erfolgte. Diese Kompression des Thorax wäre wahrscheinlich nicht eingetreten, wenn der Kläger nicht angeschnallt gewesen wäre. Er wäre sonst aus dem Flugzeug herausgeschleudert worden. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Fortunato, Amelio:** Fisiopatologia della „picchiata“. (Physiopathologie des Sturzfluges.) *Rinasc. med.* **18**, 91—92 (1941).

Die gesundheitlichen Gefahren des Sturzfluges sind hauptsächlich durch die Plötzlichkeit bedingt, mit der die Maschine aus dem horizontalen Flug in den vertikalen Sturz übergeht und dann in vertikaler Richtung aus großer Höhe in die Tiefe vorstößt. *v. Neureiter* (Hamburg).

**Romberg, H. W.:** Über die Entstehungsweise einiger tödlicher Verletzungen bei Flugunfällen. (*Abt. Flugmed., Dtsch. Versuchsanst. f. Luftfahrt, E. V., Berlin-Adlershof.*) *Luftf.med.* **5**, 24—31 (1940).

Verf. zeigt an Hand von 2 Fällen tödlicher Verletzungen bei Flugzeugunfällen,



welche große Bedeutung der richtigen Konstruktion der Sitze und Ansnallvorrichtungen sowie der Bauart des Sitzraumes zukommt. In beiden Fällen entstanden die tödlichen Verletzungen durch Ausbrechen des Sitzes bzw. Stauchung des Sitzraumes. — Im 1. Fall flog ein Flugzeug bei einem Orientierungsflug ohne erkennbaren Grund plötzlich nach unten und schlug auf. Das Flugzeug war stark zerstört, unter anderem war der Rumpf am Führersitz zusammengestaucht. Hierdurch wurde die Entfernung zwischen Führersitz und vorderer Sitzraumbegrenzung so verringert, daß der Flugzeugführer trotz der festen Ansnallung mit dem Kopf auf die Windschutzscheibe und dem Hals auf die Polsterung der Sitzraumwandung aufschlug, wodurch es zu einer Kehlkopffraktur mit tödlichem Ausgang kam. Das völlige Fehlen von sonstigen erheblichen Verletzungen bewies, daß nur ein geringer Teil der gesamten beim Absturz entwickelten Kraft auf den Körper des Flugzeugführers eingewirkt hatte — ein wesentlicher Teil dieser Kraft wird beim Bruch der zuerst aufschlagenden Flugzeugteile aufgezehrt (gedämpft). Tödlich war also nicht die Größe der einwirkenden Kraft bzw. die Schwere der Verletzung, sondern ihre besondere Lokalisation. — Ähnlich beim Beobachter, dessen Sitz mit sämtlichen Anschlußstellen am Rumpferüst und sämtlichen Verbindungsstreben herausgebrochen war. Da Bauchgurt und Schultergurt am Sitz bzw. der Rückenlehne befestigt sind, wurde der Sitz mit dem Körper nach vorn gerissen. Der Kopf schlug auf das Armaturenbrett auf, während der übrige Körper mit dem Sitz noch weiter nach vorn geschleudert wurde. Dadurch kam es infolge kombinierter Biegungs- und Scherbeanspruchung der Wirbelsäule zu einem tödlichen Wirbelsäulenbruch in der Gegend des 7. Halswirbels. — Im 2. Fall stürzte ein Flugzeug aus 50 m Höhe ab, weil der Flugzeugführer, um sich über den Ort zu orientieren, in zu geringer Fahrt über einem Bahnhof gekurvt hatte. Das Flugzeug war ziemlich stark zerstört. Der 2. Flugzeugführer trug nur leichte Prellungen und einen Knie-scheibenbruch davon. Daß auch auf den 1. Flugzeugführer nur eine verhältnismäßig kleine Kraft eingewirkt hatte, zeigten die geringen Aufschlagverletzungen: Abbruch von zwei Schneidezähnen mit Lippenverletzungen und eine kleine Platzwunde am Kinn, entstanden durch Aufschlag auf das Armaturenbrett infolge Ausbrechens des Sitzes. Auch in diesem Fall kam es zu einem Wirbelsäulenbruch (Abbruch des Dornes des Epistropheus), weil der Körper mit dem Sitz noch weiter nach vorn geschleudert wurde als der durch das Armaturenbrett fixierte Kopf. — In beiden beschriebenen Fällen konnten also die Ansnallgurte ihre Aufgabe, die Gewalt des Absturzes auf eine möglichst große Fläche des Körpers zu verteilen und ihn vor gefährlichen Aufschlägen zu bewahren, nicht erfüllen, weil der ganze Sitz herausbrach bzw. der Sitzraum nicht standhielt. — Verf. stellt daher die Forderung auf, daß bei der Konstruktion eine möglichst feste Bauart des Sitzraums angestrebt werden müsse, daß ferner alles dafür getan werden müsse, um nicht nur ein Abreißen der Ansnallgurte, sondern auch ein Ausbrechen der Sitze zu verhindern.

*Buhtz* (Breslau).

**López Ibor, J.: Störungen der Libido bei den Schädelverletzungen.** Acta españ. Neur. y Psiquiatr. 1, 30—35 (1940) [Spanisch].

Aus seinen Erfahrungen bei Schädelverletzungen schließt Verf., daß zwar die genaue Lokalisation eines Sexualzentrums in der Hypothalamusgegend bisher nicht möglich sei, die Annahme eines solchen nach den Beobachtungen von Potenzstörungen in Verbindung mit anderen vegetativen Veränderungen, besonders nach indirekten Schädigungen, gestattet sei. Bedeutsamer erscheint ihm aber die Rolle, die Rindenverletzungen für die Libidostörungen haben können. Man schreibt der Rinde im allgemeinen einen hemmenden Einfluß zu, so daß sexuelle Enthemmungen am ehesten nach Rindenverletzungen zu erwarten wären. Dies ist auch beschrieben, jedoch fand sich unter den Kranken des Verf. immer das Gegenteil. Sie verloren ihr Interesse an Frauen, neben einem merklichen Verlust an Aktivität ging auch der sexuelle Appetit zurück. Die Erklärung für die Rolle der Rindenverletzungen bei Störungen in der Sexualsphäre liegt in der wachsenden Bedeutung der Psychosexualität mit zunehmenden

dem Alter gegenüber den hormonalen Faktoren. Dies erklärt auch, warum die Aussichten mit zunehmendem Alter für die Heilung schlechter werden. Während die begleitenden sonstigen vegetativen Störungen verschwinden können, bleibt die Potenzstörung, woraus geschlossen werden darf, daß der Psychosexualität die ausschlaggebende Rolle zuzuweisen ist. *Geller* (Düren).

**Gori Savellini, Alvaro: Due casi di rottura traumatica del cuore per precipitazione dall'alto.** (2 Fälle von traumatischer Ruptur des Herzens bei Sturz aus der Höhe.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Perugia.*) *Infortun. e Traumat. Lav.* **6**, 22 bis 30 (1940).

Kasuistik. Im ersten Falle fand sich an der Leiche eines 26jährigen Arbeiters, der aus 14 m Höhe abgestürzt und sofort verstorben war, neben zahlreichen Rippen- und anderen Knochenbrüchen eine Ruptur des Herzens in der Gegend der Kammercheidewand. Auch im zweiten Falle, bei dem es sich um den Sturz eines 48jährigen Mannes aus 20 m Höhe gehandelt hat, konnten bei der Sektion Rippenbrüche festgestellt werden. Außerdem wies das rechte Herz an seiner Vorderfläche einen 28 mm langen Riß auf, der bis in die Kammer hineinreichte. *v. Neureiter* (Hamburg).

**Romeiková, N.: Un cas rare de la rupture du muscle du ventricule gauche du cœur après contusion.** (Seltener Fall von Zerreißung des linken Herzkammermuskels nach Kontusion.) *Chirurgija* Nr **10**, 151—152 (1940) [Russisch].

Ein operativer Eingriff bei verdeckten Herzverletzungen ist bisher nicht bekannt. In der Literatur findet sich nicht ein einziger Hinweis darauf, daß bei einer solchen Verletzung ein Eingriff Erfolg verspräche. Bekanntlich gibt es nicht bestimmte Merkmale für verdeckte Herzverletzungen; um so schwieriger ihre Erkennung. Nach Wilms wird vermutet, daß bei einem verdeckten Trauma der Betroffene alsbald zugrunde geht. In leichteren Fällen folgen Einrisse an Klappen- und Sehnenfäden und unvollständige Muskelzerreißen mit nachfolgender Perikarditis. Das Bild der Herzverletzung ist sehr oft verwickelt, und ihm ähnlich sind manche Verletzungen der Lunge und sogar der Brustkorbarterien. — Wichtig ist: 1. die Lage der Wunde als Wegweiser für den Chirurgen, 2. die äußere Blutentleerung aus der Wunde, zumeist systolisch, bemerkenswert gering und nicht entsprechend der mitunter mächtigen inneren Blutung, 3. Schmerz und Beklemmung, Angst, Schwäche, Schwindel, Atemnot, anwachsend, 4. sehr wichtig die Muskelabwehr am Bauche und abwärts ausstrahlende Schmerzen, Bauchdehnspannung. Diese Merkmale veranlaßten die Chirurgen öfters zum Bauchschnitt. Djanelidse vermerkt in seiner Monographie 21 Fälle vergeblichen Bauchschnittes. Die Schmerzen erscheinen hin und wieder als Verletzungen von Intercostalnerven und geraden Bauchmuskeln. Mitunter läßt der Schmerz sich als Leberstauung bei Herzschwäche deuten, 5. Shock, 6. anwachsende innere Blutung. Bei isolierter Herzverletzung ergießt sich Blut in den Herzbeutel; Hämoperikard oder Herztamponade; bei Füllung auf 150 ccm vergrößert sich die Herzdämpfung, bei 400 ccm Zusammenpressung des rechten Vorhofs und Aufhören des Blutzulaufes aus den Jugularvenen. Atemnot, Unregelmäßigkeit und Schwäche des Pulses. Bisweilen Pulslosigkeit, Venenanschwellungen, Cyanose des Gesichts oder bloß der Lippen oder Fingerspitzen. — In diesen Fällen bedarf es sofortigen Eingriffes, Operation oder Durchstich durch den Herzbeutel, zur zeitweiligen Erleichterung. Bei Herzverletzungen wird Herztamponade öfter, nach Djanelidse in 96,2% beobachtet. Sehr stark ist die Blutung bei gleichzeitiger Pleuraverletzung mit breiter Verbindung zum Herzbeutel. Hämothorax. 7. Akustisch: Geräusch eines Rades, Sausen, Reiben und Geräusch von platzenden Bläschen (durch Luft und Blut). Dies Zeichen aber findet sich auch bei Pneumo- und Hämothorax. 8. Röntgenuntersuchung ist selten anwendbar wegen des schlechten Zustandes. Ein wichtiges Zeichen ist die Unbeweglichkeit des Perikard-Herzschattens. — Bei verdeckten Herzverletzungen fehlen immer: 1. Wunden, 2. äußere Blutung, 3. von akustischen Merkmalen bei Kontusionswunden des Herzens wird in keiner Statistik berichtet. Nach Djanelidse entfallen auf Stich- und Schnittwunden 72,7%, Feuer-

waffen 27,8%, Rißwunden (darunter auch Pfählungen) 0,5%. Daher bildet nachfolgender Fall eine Ausnahme. Ein 10jähriges Kind stürzt am 25. VI. 1938 von der Schaukel zu Boden auf die Brust. Kontusion der Brust und des rechten Beins. Subjektiv zunächst nicht sehr schlecht, am folgenden Tage starker Schmerz am Schwertfortsatz, besonders aber am rechten Schienbein und Knie. Schmerzzunahme. Am 1. VII. Einlieferung ins Krankenhaus mit der Diagnose: Riß des rechten Schienbeins. Befund: Mäßiges Fettgewebe, Haut blaß, angedeutet gelblich; Schwäche, Temperatur abends am 1. VII.: 39°. Linke Herzgrenze in der linken M.L. Reiben, Herzstoß schwach, Puls beschleunigt, Atmung oberflächlich, beschleunigt, kurzatmig. Trockene Heiserkeit. Bauch aufgetrieben, Bauchdeckenspannung, Blumbergsches Symptom negativ. Schmerzhaftigkeit, besonders im Oberbauch und bei Berührung nach dem Schwertfortsatz zu. Leber und Milz o. B. Stuhl nach Einlauf. Zunge belegt, trocken, Harn-Organ o. B. Entzündungsröte am rechten Bein. — Verordnung: Campher, Streptocid. Wein. Schröpfen. — Folgende Tage zunehmende Verschlechterung. Zunahme der Schmerzen, der Spannung, der Bauchauftreibung. Empfindlichkeit gegen die geringste Bewegung. Temperatur 38,5—38,7°. Röntgenologisch nichts Krankhaftes am Schienbein und an den Gelenken. Perikardreiben. Verschlechterung, scharfer Schmerz im Brustkorb vorne und im Bauch, unregelmäßiger Puls, Temperaturanstieg. Atmung oberflächlich, beschleunigt. Verordnung: Calcium, Glykoseeingießungen. Campher. — Schlechter Puls. Am 3. VII. abends Tod. — Obduktion am 4. VII. Zerreißen des linken Herzkammernuskels und der rechten Niere. Ausgedehnte Blutung in den Herzbeutel. Todesursache: Hämoperikard und Sepsis. Die Muskelspannung und ausstrahlenden Schmerzen des Bauches und des Brustkorbes bezogen wir auf Perikarditis septischen Ursprunges, und als Ursache der Sepsis erschien die posttraumatische Osteomyelitis des Schienbeines. Erschwert war die Diagnose durch das Ausbleiben subjektiver Merkmale und des Shocks am 1. Tage, sowie die äußerst langsam anwachsende Herztamponade. Eintritt des Todes erst nach 9 Tagen. Späte Blutung bei Herzverletzung läßt sich durch den sehr verschiedenartigen Verlauf der Herzmuskelfäden erklären, die sich schnell zusammenziehen. Gewöhnlich zieht sich ein solcher Zustand 1—2—3 Stunden hin. Es gibt Fälle später Herztamponade infolge Fähigkeit des Herzbeutels, sich auszudehnen. Aber alle diese Ablauffristen waren immer weit kürzer als in dem hier mitgeteilten Falle. — Zusammenfassung: Die Diagnose der Herzverletzung ist noch sehr ungenau und bedarf weiterer Ausarbeitung. Im allgemeinen wird sie auf Vermutung beruhen. Zuverlässige Merkmale sind Herztamponade, anwachsende Blutatmut und die Lage der äußeren Wunde sowie die Erscheinung des Spitzbauches. Die Mehrzahl der Autoren rechnet akustische Zeichen als nicht überzeugend, da solche Merkmale auch bei Verletzungen der Lunge, der Pleura und sogar der Bauchorgane beobachtet werden. Gleichzeitige Verletzung des Herzens und der Pleura halten die Autoren für günstig, weil es hierbei kaum zur Herztamponade kommt und das Blut sich in die Pleura ergießt.

*Tiling* (Posen).

**Meyer, Ovid O., and Ethel W. Thewlis: Traumatic cyst of the spleen.** (Traumatische Milzcyste.) (*Dep. of Med., Univ. of Wisconsin, Madison.*) *Fol. haemat. (Lpz.)* **64**, 337—347 (1940).

Eine 23jährige Frau erlitt vor 6 Jahren bei einem Autounfall einen schweren Stoß gegen die linke Seite, wodurch eine starke Verfärbung der Haut im Hypochondrium und Schmerzen hervorgerufen wurden. Allmählich traten Druckgefühle links unter dem Rippenbogen und Auftreibung des Leibes sowie verstärkte Blutungsneigung bei kleinen Verletzungen auf. Es fand sich eine leichte Leukocytose. Operativ wurde eine Milzcyste von 16:12:10 cm entfernt, die zu einem Drittel von einer Milzgewebsschicht von 2 cm Dicke umschlossen war. Nach der Operation stiegen die weißen Blutkörperchen auf 28000, darunter 17% Monocyten. Es entwickelte sich im Laufe der Zeit eine makrocytäre hyperchrome Anämie.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Pontrelli, Ennio: Rottura intestinale traumatica per violenza indiretta. Contributo casistico.** (Traumatische Dünndarmruptur durch indirekte Gewalteinwirkung.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz. Soc., Univ., Torino.*) Infortun. e Traumat. Lav. **6**, 12—21 (1940).

18jähriger gesunder Arbeiter überspringt einen etwa 60 cm hohen Karren, landet dabei mit den Fußspitzen am Boden und klagt sofort über einen äußerst heftigen Schmerz im Abdomen. Eine Stunde darauf erbricht er und fühlt sich schwerkrank. 2 Tage später erfolgt die Überführung ins Spital, wo er alsbald unter den Zeichen einer allgemeinen Bauchfellentzündung verstirbt. Bei der Sektion fand sich eine 4 : 3 cm große ovale Ruptur einer Dünndarmschlinge 2,5 m oralwärts von der Ileo-coecalklappe mit blutig infiltrierten, fetzig gerissenen Rändern. Die Darmwand wies nirgends Zeichen einer Erkrankung auf, lediglich in der Bauchhöhle fanden sich im Eiter 4 Ascariden. Die Dünndarmzerreißung wird auf die mit dem Sprung im Zusammenhang stehende indirekte Gewalteinwirkung auf den Darm zurückgeführt.

v. Neureiter (Hamburg).

**Maddaloni, Francesco: Trauma e tumore del testicolo.** (Trauma und Hodentumor.) (*Istit. di Clin. Chir. e Terapia Chir. ed Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Torino.*) Infortun. e Traumat. Lav. **6**, 1—11 (1940).

Einen bisher gesunden 44jährigen Mann trifft am 27. VII. bei der Arbeit ein heftiger Schlag mit einer Weidenrute am Hodensack. Er verliert daraufhin sofort für wenige Minuten das Bewußtsein, erholt sich aber bald und setzt die Arbeit fort, wobei er lediglich über geringe Schmerzen im Hoden klagt. 4 Tage später wird der Schmerz heftiger, ferner macht sich eine Vergrößerung des linken Hodens bemerkbar. Da trotz Behandlung die Schmerzen nur vorübergehend nachlassen, erfolgt am 30. X. Aufnahme in eine chirurgische Klinik. Hier wird eine Geschwulst des linken Hodens festgestellt, und am 4. XI. eine Orchiectomie vorgenommen. Die histologische Untersuchung ergab eine Mischgeschwulst, die am ehesten als Seminom anzusprechen war. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Tumorentwicklung und dem Trauma wird als gegeben erachtet.

v. Neureiter (Hamburg).

**Roth, Hans: Über Spätfolgen traumatischer Hüftgelenkluxationen.** (*Chir. Univ.-Klin., Zürich.*) Zürich: Diss. 1940. 27 S.

Über die Prognose der traumatischen Hüftgelenkluxationen besteht im Fachschrifttum keine einheitliche Meinung. Überprüfung der in den Jahren 1919—1938 an der Chirurgischen Universitätsklinik Zürich beobachteten 41 Fälle traumatischer Hüftgelenkluxationen einschließlich der Luxationsfrakturen mit 18 klinisch-röntgenologischen Nachuntersuchungen wendet sich gegen die bisherige meist zu optimistisch gehaltene Auffassung über die Endausgänge dieser Verletzungen. Eine absolute Restitutio ad integrum, d. h. klinisch und röntgenologisch keine Veränderungen zeigten sich nur in 16%. Sämtliche anderen Nachuntersuchten zeigten Veränderungen aller Abstufungen entweder im Sinne der Arthronosis deformans (Perthes) oder des ossifizierenden Typs (Myositis ossificans, paraartikuläre Verkalkungen u. ä.) bzw. des Mischtyps der beiden Formen. Intraartikuläre Nebenverletzungen, besonders Pfannenwandabsprengungen, fanden sich in 47% der Fälle. Die dadurch bedingte längere Behandlungsdauer wirkte verschlechternd auf den Endausgang, und zwar hauptsächlich im Sinne deformierender Gelenkveränderungen. Erschwerte oder verspätete Reposition begünstigt das Auftreten ossifizierender Prozesse, damit ist der Weg für eine möglichst frühzeitige und vor allem möglichst schonende Reposition vorgezeichnet. Nach den an der Züricher Klinik gemachten Beobachtungen ist die Fixationsdauer der reinen Luxationsfälle von geringer Bedeutung, intraartikuläre Nebenverletzungen erfordern dagegen genügend lange Fixationsdauer. In jedem Falle ist das Gelenk möglichst lange zu entlasten, d. h. nicht unter 2—3 Wochen bei reinen Luxationen und mindestens 4 Wochen bei intraartikulären Nebenverletzungen, am besten im Streckverband fixiert. Die Art der Nachbehandlung scheint für das Spätergebnis von untergeordneter Be-

deutung zu sein. Die Prognose der zentralen Luxationsfrakturen muß als besonders schlecht bezeichnet werden, da es bei den beobachteten Fällen in 100% zu Veränderungen vom deformierenden Typ kam. Bezüglich der Altersklassen zeigte sich, daß die Luxationen der 40—70 Jahre alten sowie der 5—30 Jahre alten Verletzten zu Veränderungen vom deformierenden Typ zu führen geneigt sind, während die Altersklasse von 30—40 Jahren eher zu Veränderungen vom ossifizierenden Typ neigt. *Schenk.*

**Becker, Wilhelm: Handlungsfähigkeit vor dem Tode nach Verletzungen mit tödlichem Ausgang.** (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Münster i. W.*) Münster i. W.: Diss. 1939. 38 S.

Verf. bespricht mit erschöpfender Zusammenstellung der Literatur die Frage der Handlungsfähigkeit bei Kopf-Herzverletzungen, bei Verletzungen der großen Gefäße, der Lungen, Bauchorgane und des Halses. Es werden außerdem ein eigener Fall von Handlungsfähigkeit bei einer umschriebenen Schädelzertrümmerung durch stumpfe Gewalt und bei einer Schußverletzung der linken Lunge und der Bauchorgane mitgeteilt.

*Weimann (Berlin).*

**Angerer, H.: Über Leistungsfähigkeit von Bergsteigern nach erlittenen Unfällen.** (*Chir. Abt., Krankenh., Solbad Hall i. T.*) Zbl. Chir. 1940, 2250—2251.

Sportsleute erreichen nach schweren Körperschäden oft wieder ein erstaunliches Maß von Gebrauchsfähigkeit der Glieder. Es wird über Männer berichtet, die nach Verlust von zahlreichen Zehen und Mittelfußknochen sowie nach Beinabsetzungen wieder imstande sind, große Marschleistungen, Bergtouren und auch Skifahrten zu unternehmen.

*Schütz (Regensburg).*

#### Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

**Jeckeln, E.: Über plötzliche Todesfälle.** (*Path. Inst., Allg. Krankenh., Lübeck.*) Dtsch. med. Wschr. 1940 II, 1246—1249.

Aus den vorliegenden Beiträgen eines pathologischen Instituts ergibt sich, wie mit Recht betont wird, die große Wichtigkeit der Sektion für plötzliche Todesfälle bei Erwachsenen und im Kindesalter.

Besonders bemerkenswert ist, daß die Herztodesfälle auch, wie ein Beispiel zeigt, bei Coronarsklerose schon zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr vorkommen können, ferner Myokarderkrankungen im Reizleitungssystem, weiter wird auf die supravulvuläre Aortensyphilis hingewiesen, ferner auf die endokarditischen Klappenfehler. Auch bei chronischen Erkrankungen des kleinen Kreislaufs kann der Tod durch Überbeanspruchung des nicht hypertrophischen rechten Herzens zustande kommen. Als weitere Ursache wird auf den Herztod bei Hypertonie aufmerksam gemacht, auf akute Erkrankungen der Luftwege, auf Ruptur von Blutgefäßen (Aneurysma dissecans mit Perforation in den Herzbeutel) usw. Die Hirntodesfälle werden erwähnt (tödliche Hirnblutung bei einem 17jährigen Mädchen wegen chronischer Nierenerkrankung und Hypertonie), ferner Todesfälle im Status epilepticus, solche bei Rupturen von Basisaneurysmen. Bei zwei anderen plötzlichen Todesfällen fand sich das eine Mal ein Schädelbruch mit extraduralem Hämatom (als Totschlag festgestellt), im 2. Fall eine Kohlenoxydvergiftung durch schlecht funktionierenden Badeofen — gerade diese beiden Fälle zeigen die Notwendigkeit nicht nur der Sektion, sondern auch der weiteren Erforschung des Tatbestandes. Schließlich werden auch die plötzlichen Todesfälle im Kindesalter besprochen, wo u. a. auf die akuten Ernährungsstörungen der Säuglinge, auf die Bedeutung der Rachitis mit Anämie, der katarrhalischen Erkrankungen der Luftwege und dann auf die katastrophalen Herztodesfälle infolge von Diphtherie eingegangen wird. Zum Schluß wird noch über 2 Fälle berichtet, die zunächst ganz unklar waren: Bei einem 3<sup>3</sup>/<sub>4</sub>jährigen Knaben (Tod unter Erstickungserscheinungen) fand sich eine, wie Verf. vermutet, grippöse Phlegmone des Kehlkopfes, im 2. Fall (7<sup>1</sup>/<sub>2</sub>jähriger kräftiger Junge) Tod an akuter Polyomyelitis spin. und cerebralis.

Die Zusammenstellung aus den Erfahrungen des Verf. zeigen wieder von neuem die ungeheure Mannigfaltigkeit der Sektionsbefunde bei solchen unklaren Todesfällen.

*Merkel (München).*

**Müller, Hans Kurt: Plötzlicher Herztod als Spätfolge nach elektrischem Unfall.** (*Med. Klin., Bürgerspit., Basel.*) Basel: Diss. 1939. 15 S.

33jähriger Mann erleidet einen Unfall durch elektrischen Schlag beim Berühren eines Schalthebels. Nach 2 Tagen Magenkrämpfe und Erbrechen sowie ausgesprochene