

erscheinung, die mit Koma und dem Tod endet. Die Diagnose konnte er nach dem Befund der H. n.-Körnchen im Magen der Leichen feststellen. Die Mortalität ist 40%.

*Kernbach* (Sibiu).

**Piga Pascual, A.:** Neue Tatsachen zur genetischen Lehre der Giftsucht. (Die berauschedenden Getränke bei den primitiven ozeanischen Völkern.) (*Inst. de España, Univ., Madrid.*) *Clín. y Labor.* 32, 401—407 (1941) [Spanisch].

Aus dem aktiven Prinzip verschiedener Pflanzen der Piperaceen-Familie haben die primitiven ozeanischen Völker eine berauschedende Substanz gezogen, welche gekaut oder Kokosmilch und anderen Flüssigkeiten beigemischt wird. Diese berauschedenden Liköre werden bei bestimmten Familien- und Religionsfesten reichlich getrunken. Der Verf. berichtet zusammenfassend über die sehr merkwürdigen Heiratszeremonien bei den Polynesiern, bei welcher Gelegenheit große Mengen von Kava getrunken werden. Die toxikophilen Eigenschaften dieser primitiven Rassen zu studieren, kommt einer Untersuchung der Anfangsformen der menschlichen Toxikomanie gleich. Die Beschreibung der Sitten dieser Völker ist eines eingehenden anthropologischen und sozialen Studiums wert.

*Dumont* (Brüssel).

#### Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.

● **Brack, E.:** Form und Wesen des gerichtlich wichtigen Todes. (Ein Leitfaden zur forensischen Beurteilung besonders von schnell erfolgten Todesfällen.) Für Juristen, Gerichtschemiker, Polizei- und Versicherungsbeamte und Medizinstudierende. 2. Aufl. Lübeck: Verl. f. polizeil. Fachschrifftum 1942. 80 S. u. 26 Abb. RM. 2.20.

Das Büchlein soll dem im Untertitel näher bezeichneten Leserkreis die Möglichkeit geben, sich mit den plötzlichen und gerichtlich wichtigen Todesursachen vertraut zu machen, da das Hineinfinden in diese Materie dem medizinischen Laien vielfach durch die Breite der Darstellung medizinischer Lehrbücher und reichliche Verwendung von Fachausdrücken so erschwert wird, daß er selten ein abgerundetes Bild bekommt. Diesem Übelstand soll das Buch abhelfen, das im Jahre 1931 im Anschluß an eine in der polizeiwissenschaftlichen Vereinigung Hamburgs gehaltener Vortragsreihe über die Tätigkeit des anatomischen Instituts des Hafenkrankehauses entstanden ist. In erster Linie ist es für den Polizeibeamten geschrieben, für den tatsächlich eine gewisse Vorkenntnis auf anatomischem Gebiet nicht nur zur schnellen und sicheren Beurteilung eines plötzlichen Todesfalles, sondern auch für die spätere genauere Aufklärung des Sachverhaltes von Bedeutung ist. Das Buch soll auch in Laienkreisen darüber aufklärend wirken, daß Leichenöffnungen plötzlich Verstorbener für die Angehörigen besonders wichtig sind, vor allem auch um Entschädigungsfragen zu regeln. In dem Buche wird in besonderen Kapiteln der plötzliche Tod durch Ertrinken, Erhängen, Gasvergiftung, die übrigen Arten der Erstickung, durch Verblutung bei Verkehrsunfällen, Verwundungen, aus innerer Ursache, durch Kreislaufstörungen und Einwirkungen auf das Nervensystem besprochen. In weiteren Kapiteln geht Verf. auf den schnellen Tod durch elektrischen Strom, Verbrennung, Erfrierung, Vergiftung, Abtreibung, sonstige Infektionen, auf besondere Todesarten bei Kindern und alten Leuten, durch „Kunstfehler“ und Hinrichtung ein. Besondere Kapitel sind der Begutachtung aufgefundenener oder exhumierter Leichen und der Bedeutung von Leichenöffnungen unerwartet Verstorbener zur Klärung von Rechtsstreiten gewidmet. Eine Reihe instruktiver Abbildungen sind dem Buch beigegeben, so daß es den von dem Verf. gewünschten Zweck erfüllen dürfte.

*Weimann* (Berlin).

● **Rothmann, A.:** Spättod nach Kriegsverletzungen. (Veröff. a. d. Konstit.- u. Wehrpath. Hrsg. v. L. Asehoff †, W. Ceelen, W. Koch u. P. Schürmann †. Geleitet v. W. Koch. H. 50.) Jena: Gustav Fischer 1942. 60 S. u. 15 Abb. RM. 7.50.

Verf. unterzieht sich der dankenswerten Aufgabe, 18 am Pathologischen Institut der Universität Gießen zur Sektion gekommene Fälle von Spättod nach Kriegsverletzungen zu bearbeiten. Zur Abhandlung kommen 7 Fälle von Schädel- und Gehirn-

verletzungen mit teilweise spät aufgetretenen Folgeerscheinungen, 3 Fälle von Erkrankungen der Harnorgane infolge verschiedener Verletzungen, 3 Fälle von Gefäßverletzungen, 3 Fälle von Knochenschüssen und 2 Fälle von Erkrankungen der Luftorgane (davon 1 Fall von Bronchiolitis obliterans und chronischer Pneumonie nach Gelbkreuzgasvergiftung). Von den 18 Kriegsverletzten waren 14 bei ihrem Tode noch nicht 50 Jahre, 10 sogar unter 45 Jahre alt. Verf. hebt hervor, daß in seinem Beobachtungsgut, besonders nach Schädel- und Gehirnverletzungen, der Tod öfters plötzlich ohne vorherige stärkere Beschwerden eintrat, einige Fälle hätten bei frühzeitiger fachärztlicher Behandlung mit größter Wahrscheinlichkeit völlig geheilt werden können. Mit Recht weist Verf., gerade auch mit Rücksicht auf die Mannigfaltigkeit der Spätfolgen, auf die Wichtigkeit einer sachverständig ausgeführten rechtzeitigen Sektion hin. Mit der Deutung des Krankheitsgeschehens und des Kausalzusammenhanges kann sich Ref. nicht überall einverstanden erklären. Die vom Verf. angeschnittenen, zum Teil sehr wichtigen Fragen, z. B. die in einem Fall mit „sehr großer Wahrscheinlichkeit“ angenommene hirntraumatische Entstehung eines zentralen Hochdruckes oder der mit „großer Wahrscheinlichkeit“ angenommene ursächliche Zusammenhang zwischen Gehirnverletzungen und dem 18 Jahre später eingetretenen Tod an Konglomerattuberkeln des Kleinhirns wären besser und ohne Schaden für die Gesamtdarstellung unter Anlegung eines kritischeren Maßstabes und unter Berücksichtigung der wichtigsten Literatur abgehandelt worden. Der kasuistischen Besprechung der Einzelfälle sind gute Abbildungen beigegeben. Die Beurteilungsunterlagen sind unter Zuhilfenahme der Versorgungsakten und klinischen Befunde sorgfältig zusammengetragen. Die Arbeit gibt durch die Verschiedenartigkeit des Beobachtungsgutes manche Anregung und verdient deswegen von einschlägig Interessierten gelesen zu werden. *Hausbrandt.*

**Demmer, Fritz:** Über die primären Todesursachen nach Verletzungen im Felde. (Bemerkungen aus der Pathologie und pathologischen Anatomie nach klinischen Beobachtungen und mehr als 200 Obduktionen an der Front.) Mitt. Grenzgeb. Med. u. Chir. 45, 241—266 (1942).

Die Arbeit befaßt sich mit den Erfahrungen des Autors im Weltkrieg 1914—18. Wesentlich neue Anschauungen und Erfahrungen gegenüber den schon längst ausgewerteten zahlreicher anderer Autoren (vgl. insbesondere das Handb. d. ärztlichen Erfahrungen im Weltkrieg von Schjerning) scheinen in der Arbeit nicht enthalten zu sein. Auf Schriftumsangaben ist völlig verzichtet. *Walcher* (Würzburg).

● **Tönnis, W.:** Richtlinien für die Behandlung der Schußverletzungen des Gehirns und die Beurteilung ihrer Folgezustände. Berlin u. München: J. F. Lehmann 1942. 74 S. RM. 1.20.

Das kleine Buch wendet sich an alle, die in der Betreuung der Hirnverletzten tätig sind. Es stützt sich auf die persönlichen hirnchirurgischen Erfahrungen des Verf. und die zusammengefaßte Mitarbeit eines ganzen Kreises von Fachärzten. Nach allgemeinen Vorbemerkungen über die Hirnwunde sowie über Entstehung und Auswirkung der intrakraniellen Drucksteigerung und Infektion werden in weiteren Kapiteln behandelt: Einteilung der Schußverletzungen des Gehirns. Erste Versorgung bei vorderen Sanitätseinheiten und im Fachlazarett. Transport Hirnverletzter. Weiterbehandlung im rückwärtigen Lazarett oder Heimatlazarett. Betreuung der Hirnverletzten und Nachbehandlung der Ausfallserscheinungen. Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Hirnverletzten im Hinblick auf Wiedereinsatz bei der Wehrmacht oder DU.-Entlassung. — Eine Reihe von Abbildungen erläutern die Ausführungen.

*Schrader* (Halle a. d. S.).

**Malice, Alessandro:** Ferita d'arma da fuoco traslossa nella regione glutea interessante il sigma colico ed il retto. (Penetrierende Feuerwaffenwunde der Glutäalgegend mit Verletzung des Sigma und Mastdarms.) (*Osp. Milit., Genova.*) Accad. med. 57, 211—212 (1942).

Ein Soldat wurde von dem Projektil einer zufällig explodierenden Pistole getroffen,

sofort vom Verf. gesehen, der eine punktförmige Einschußöffnung in der linken Glutäalgegend und eine Ausschußöffnung in der rechten, etwas tiefer fand. Keine Zeichen innerer Verletzung. Aber in weniger als einer Stunde zeigte sich ein leichter Angstzustand und leichte Leibscherzen; Leib etwas druckschmerzhaft, Puls zeigt Tendenz zum kleinerwerden. Sofortige Laparotomie: Etwas Blut mit Darminhalt im kleinen Becken, zwei Wunden am Sigma, eine andere an der rechten Seite des endoperitonealen Rectums. Naht, Entfernung des Bauchinhaltes, Drainage. Keine Temperaturerhöhung. Heilung. Das Projektil ist also durch das Foramen ischiad. maj. durchgegangen. *Goebel (Breslau).*

**Schmuckert: Über Bedeutung und Bewertung von Schoek und Kollaps beim Verblutungstod, dargetan an einem einzigartigen tödlichen Unglücksfall. (Verblutung nach außen aus der Arteria tibialis durch Schnitt- und Stichverletzung infolge Sturzes in Nachttopfscherben.)** München: Diss. 1943. 30 S.

Auf besonders tragische Weise verunglückte eine 45jährige Frau tödlich durch Sturz in Nachttopfscherben mit Verblutung aus der Arteria tibialis. Der Tatbestand konnte ziemlich eindeutig aus den Blutspuren geklärt werden. Offenbar war die Frau bei Benutzung des Steingutnachtsopfes auf dem Bettvorleger ausgerutscht, wobei der Nachttopf zerbrach, in die Scherben gestürzt, dann unmittelbar nach Verletzung in dem durch Schreck, Angst, Ekel und Schmerz bedingten Schock einige Zeit liegengeblieben, wie aus der etwa 600 ccm großen Blutpfütze vor dem Bett geschlossen werden kann. Dann hatte sich die Frau scheinbar wieder erholt, versuchte die Blutung durch fälschlicherweise unter dem Knie angelegte Unterbindung zu stillen, ging in das Wohnzimmer, machte sich an einem Schrank zu schaffen, begab sich dann auf das Klosett, verlor dabei unterwegs einen Kotballen und wurde schließlich auf der Klosettschüssel nach hinten angelehnt, tot aufgefunden. — Die Leichenöffnung ergab Durchtrennung der Arteria tibialis und der Venen, aber keine Luftembolie. Der Tod war durch Verblutung erfolgt. Hinweis auf einige nichttödliche Unfälle aus der Erfahrung von Merkel ergänzen den interessanten Bericht. Durch Verwendung von Nachtgeschirren aus unzerbrechlichem Material ließen sich solche Unglücksfälle vermeiden. *Holzer.*

**Klein, Fr.: Selbstmord durch Nackenabschneiden. (Prosektur, Staatskrankenhaus, Zilina, Slowakei.)** Schweiz. med. Wschr. 1942 II, 1044.

Entsprechende Fälle sind äußerste Seltenheiten; es sind — außer einem Hinweis von Hofmanns — nur die von Flintzer (1881) und von Wengler (1904) veröffentlichten bekannt. Hier handelte es sich um einen 60jährigen Mann, der an chronischer Lungenblähung und deren Folgeerscheinungen litt, übrigens Trinker war. Der Tod trat infolge Verblutung aus den Nackengefäßen ein, die durch den mit einem Rasiermesser geführten Schnitt sämtlich durchtrennt waren. Das Fehlen aller Abwehrzeichen und die Art des (einzigen) Schnittes ließen einen Mord ausschließen. Für die eigenartige Wahl des Selbstmordmittels ließ sich ein Grund nicht finden. *Donalies.*

**Brebeck: Tödlicher Nackenschuß und doch Selbstmord.** Kriminalistik 16, 124 (1942).

Ein Schüler tötete sich im Klassenzimmer, als die anderen Schulknaben auf dem Korridor waren, durch einen Schuß mit einer automatischen Repetierpistole in den Nacken. Der als erster hinzugerufene Arzt erklärte Selbstmord angesichts der ungewöhnlichen Lage des Einschusses für höchstunwahrscheinlich. Die Ermittlungen der Kriminalpolizei ergaben die Unmöglichkeit, daß ein anderer den Schuß abgegeben haben konnte. Bei der Rekonstruktion ließ sich feststellen, daß der Schuß in den Nacken dann abgegeben werden konnte, wenn die Pistole atypisch angefaßt und mit Daumen und Zeigefinger, vielleicht noch Mittelfinger hantiert wurde. Genaue medizinische Befunde waren allem Anscheine nach nicht erhoben worden. Verf. schließt seine Mitteilungen mit dem Hinweis, daß bei tödlichem Nackenschuß nicht immer die Schuld eines Dritten vorzuliegen braucht (trotzdem war es Pflicht des hinzugerufenen Arztes, Verdacht auf fremdes Verschulden zu äußern; d. Ref.). *B. Mueller.*

**Tholuek, Hans Joachim: Selbstmord und Wetter. (Univ.-Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Frankfurt a. M.)** Beitr. gerichtl. Med. 16, 121—151 (1942).

Verf. geht ein Thema, über das schon viel geredet worden ist, mit exakter Methodik an: er setzt die im Institut innerhalb eines Jahres (1939) obduzierten 200 Selbstmorde,

bei denen der Zeitpunkt einwandfrei feststand (aus einem Gesamtmaterial von 220 Fällen), in Beziehung zu Luftdruck, Temperatur, Feuchtigkeit, Niederschlag, Sonnenschein, Mondphasen und -stellungen und Frontendurchzügen, wofür er dann genaue tabellarische Zusammenstellungen und graphische Darstellungen nach der „n-Methode“ (Düll) gibt. Es ergibt sich ihm, daß lediglich ein Zusammenhang von Selbstmordtaten und Frontendurchzug (mit geringer Überlegenheit der Warmfronten) festzustellen ist, alle übrigen meteorologischen Faktoren dagegen offenbar ohne Einfluß sind. Vielleicht kommt noch die Mondstellung in Erdnähe in Frage, doch reichte hier das gegebene Material nicht aus. — Die Arbeit stützt sich leider nur auf vollendete Suicide und läßt die Versuche außer Ansatz. *Gustav Donalies (Eberswalde).*

**Oehlecker, F.:** Die Sudecksche Krankheit, insbesondere nach Erfrierungen. 1. Tl. Chirurg 14, 422—428 (1942).

Entschattung der Knochen einige Zeit nach Erfrierungen wurde schon im Weltkrieg beobachtet und zunächst als Folge der Kälteeinwirkung, später als Knochenatrophie angesehen. Wenn die Finger und Zehen gangränös werden, so lassen sich 4 Wochen und auch später auf der Röntgenaufnahme des Knochens keine krankhaften Veränderungen nachweisen. Als Zeichen eines Absterbens des Knochens kann das bessere Hervortreten der Struktur gegenüber dem lebenden Knochen der Umgebung mit Kalkschwund und Atrophie angesehen werden. Wenn auch die in der ersten Zeit nach der Erfrierung aufgenommenen Röntgenbilder keinen krankhaften Befund zeigen, so sind sie doch später zum Vergleich mit folgenden Aufnahmen wertvoll. Das abgestorbene Hartgewebe des Knochens wird, wenn es von Weichteilen bedeckt ist, von osteoider Substanz und von neu sich bildendem Knochen umgeben. Diese Beobachtung ist Veranlassung, bei Erfrierungsnekrosen mit chirurgischen Maßnahmen abzuwarten. Unter Erfrierungen 2. Grades kann es zur Knochennekrose kommen, die durch neuen Knochen wieder ersetzt werden kann. Von der direkten Kälteeinwirkung ist die unmittelbare Folge einer Erfrierung auf den Knochen, die Atrophie zu trennen, die auch schon bei geringer Schadeneinwirkung auftreten kann. *Kohler (München).*

**Knoll, W.:** Allgemeine Hitzeschädigungen. (*Sportmed. Inst., Univ. Hamburg.*) Med. Klin. 1942 II, 677—680.

Verf. unterscheidet Hitzeerschöpfung, Hitzschlag und Sonnenstich. Die wichtigsten Faktoren sind der physikalische Wärmeausgleich, die Wärmestrahlung, auch ultravioletter Strahlen, die Luftbewegung und der Wasserdampfgehalt. Die Symptome der Hitzeerschöpfung (Hitzekrampf) sind: Kollapszustände, Herzbeschwerden, Pulsbeschleunigungen, klonische Krämpfe ohne Bewußtseinsstörungen. Es kann sich dabei um eine Blutverschiebung und eine Blutleere der inneren Organe und des Gehirns handeln. Eine Belastung des Herzens und des Kreislaufs wird auch mitwirken. Andere machen den Wasserverlust und die Erschöpfung an NaCl verantwortlich. Eine Mitwirkung von ultravioletten Strahlen nimmt Verf. nicht an. Beim Hitzschlag, welcher vorwiegend bei Leuten vorkommt, die in der Kolonne marschieren, ist die Unmöglichkeit der Wärmeregulation der wesentliche Vorgang. Verf. weist auf die Arbeiten hin, welche eine Insuffizienz des Nebennierenrindensystems als Ursache vermuten. Ungeklärt bleiben die Fälle, welche bei Einzelpersonen und nicht bei der Arbeit, sondern erst am Abend auftreten, wie sie bei den New Yorker Hitzschlag-epidemien beobachtet worden sind. Die Erscheinungen des Sonnenstichs nach starker direkter Sonnenbestrahlung pflegen nicht schon während der Bestrahlung, sondern erst einige Zeit nach der Bestrahlung aufzutreten. Verf. sah die häufigsten Sonnensticherkrankungen in den Monaten März und April, in denen die Wirkung der ultravioletten Strahlen im Hochgebirge am stärksten sein soll. Neue Gesichtspunkte und neue therapeutische Vorschläge enthält die Mitteilung nicht. *Rosenfeld (Berlin).*

**Larsen, Gerhard:** Hitzekrämpfe. (*Med. Avd., Sykeh., Aker.*) Nord. Med. (Stockh.) 1942, 1235—1237 u. engl. Zusammenfassung 1237 [Norwegisch].

Ausführliche Schilderung einer Beobachtung bei einem 22jährigen sonst gesunden

Mann, der im Anschluß an eine Segelfahrt bei großer Hitze und ausschließlichem Genuß von klarem Wasser Krämpfe bekam, die durch i.v. Zufuhr von Calcium-Sandoz, Tropfklystiere mit Kochsalzlösung und reichlich Salzzusatz zum Trinkwasser günstig beeinflusst werden konnten. Trotz der reichlichen Salzzufuhr sind in den folgenden 36 Stunden keine Chloride im Urin nachweisbar. Auch noch einen Monat später war der Chloridspiegel (92,2 m. eqv.) noch erniedrigt. Wahrscheinlich ruft nicht der Chlorverlust als solcher, sondern die Verschiebung des osmotischen Gleichgewichts durch die Verminderung der gesamten Elektrolytenmenge die Krämpfe hervor, da dann der osmotische Druck im Plasma steigt. Die wechselnde Tendenz der Krämpfe ist abhängig von den Chlordepots im Gewebe und diese wieder von der Salzzufuhr durch die Ernährung, so daß man z. B. Arbeitern, die in starker Wärme arbeiten müssen, prophylaktisch Salz (Salztabletten, Seewasser, Hafermehlsuppen, leichtes Bier, Salzheringe) gibt.

H. D. Müller (Danzig-Langfuhr).<sup>oo</sup>

**Ehlers, Georg: Brände und Explosionen bei der Narkose.** (*Frauenklin., Univ. Würzburg.*) Dtsch. Z. Chir. 255, 485—522 (1942).

Verf. beleuchtet recht eindrucksvoll durch Zusammenstellung zahlreicher Fälle der in- und ausländischen Literatur die Gefahrenquellen für die Entstehung von Bränden und Explosionen bei der Narkose. Im Vergleich zu der Gesamtzahl der durchgeführten Narkosen sind die vorgekommenen Unglücksfälle zahlenmäßig gering, sie haben jedoch sehr häufig schwerwiegende Folgen gehabt. Die Brände bzw. Explosionen sind durch Vorhandensein offener Feuer und funkengender Apparate sowie durch statische Elektrizität hervorgerufen worden. Außerdem ereigneten sich einige Unglücksfälle durch Ölexplosionen. Die Besprechung der Maßnahmen zur Verhütung derartiger Brände und Explosionen nimmt einen breiten Raum ein. Es wird schließlich betont, daß bei genauer Einhaltung aller Sicherungsmaßnahmen praktisch sich keine Unglücksfälle ereignen werden. Ihr Vorkommen müsse deshalb auch in Zukunft als ein Kunstfehler gewertet werden.

Wagner (Frankfurt a. M.).

**Marenholtz, Frhr. v.: Die Gefahren des elektrischen Stromes.** *Ärztl. Sachverst.ztg* 48, 141—144 (1942).

Kurze Übersicht über die Gefährlichkeit technischer Elektrizität. Nichts Neues. Pietrusky (Heidelberg).

**Albrecht, H.: Schwangerschaft und elektrische Traumen.** *Münch. med. Wschr.* 1942 II, 856.

Einwirkung von 1000 Volt im 5. Monat der Schwangerschaft. Rechtzeitige Geburt eines mikrocephalen Kindes. Die Elektrizität als Ursache der Mißbildung darf nur dann angenommen werden, wenn Erbeinflüsse und Geburtstraumen ausgeschlossen werden können.

Pietrusky (Heidelberg).

**Weissel, Werner: Probleme der Deutung des Elektrokardiogramms nach Unfällen durch Elektrizität.** (*II. Med. Klin., Univ. Wien.*) *Z. klin. Med.* 141, 399—417 (1942).

Schilderung von 3 Fällen von elektrischem Unfall, in denen interessante Ekg.-Befunde aufgenommen werden konnten. Weissel unterscheidet primär durch die Einwirkung von Elektrizität hervorgerufene Veränderungen im Ekg. von sekundär entstandenen pathologischen Ekg. „durch die Einwirkung anderer im Körper und an der Körperoberfläche durch die Elektrizität gesetzte Schädigungen“. Er macht auf den Gegensatz aufmerksam, der zwischen den positiven Ekg.-Befunden und dem Fehlen autoptisch nachweisbarer Herzveränderungen besteht. Interessante Arbeit, die viele Anregungen gibt. Übersicht über das bisherige Schrifttum.

Hallermann (Kiel).

**Godtfredsen, Erik: Cataracta electrica and electrocardiographic changes after electric shock.** (Elektrizitätsstar und elektrokardiographische Veränderungen nach Starkstromschlag.) (*Eye Dep., St. Hedvig Hosp., Kolding.*) *Acta ophthalm.* (Københ.) 20, 69—79 (1942).

Es wird darauf hingewiesen, daß nach dem jetzt in der Psychiatrie eingeführten therapeutischen Elektroschock bereits ernste Herzstörungen beobachtet wurden, Linsenveränderungen allerdings noch nicht. Nach einem kurzen Überblick über vorliegende klinische und experimentelle Arbeiten über Blitzschäden an der Linse und am Herzen

wird über einen Fall von Elektrizitätsverletzung eines 23jährigen Patienten berichtet, bei dem sich typische Linsentrübungen ausbildeten und das Elektrokardiogramm eine Coronarläsion und Störung des Reizleitungssystems erkennen ließ. *Jess.*°°

**Hesse, Erich:** Über „Weiße Ringe“ der Hornhaut. (*Univ.-Augenklin., Graz.*) *Graefes Arch.* 145, 253—274 (1942).

Verf. sieht in den Hornhautringen Veränderungen als Folgezustand eines Traumas, und zwar durch Verbrennungen heißer Fremdkörper, die in der Baumannschen Membran feine Punkte zurücklassen, während in ihrer Umgebung eine ringförmige Gewebskoagulation entsteht. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Grøn, Kristian F.:** Ein eigentümlicher Todesfall. *Nord. kriminaltekn. Tidskr.* 12, 101—102 (1942) [Norwegisch].

Ein 47jähriger Landmann wurde in der Nähe des Weges nach seiner Sennhütte, wohin er seine Kühe führen sollte, tot aufgefunden. Er lag auf dem Rücken, mit der linken Schläfe auf einem festliegenden Stein ruhend. Spuren auf dem Boden zeigten an, daß er gelaufen und wahrscheinlich gefallen war. Die Sektion bestätigte die Fallverletzungen: Bluterguß in der linken Schläfe; linksseitige Rippenbrüche. Die Todesursache war ein Bruch an der Halswirbelsäule und Quetschung des Rückenmarks, was durch eine starke Rückwärtsbiegung des Kopfes erklärt werden konnte. Kein Verdacht auf fremde Gewalt. *Einar Sjövall* (Lund).

**Chvojka, J.:** Durchbohren des Gaumens durch Fremdkörper als besonderer Typus von Mundhöhlenverletzungen. *Čas. lék. česk.* 1942, 544 [Tschechisch].

Es wird über eine Pfählungsverletzung am Gaumen berichtet, die ein 64jähriger erlitt, als er mit einer Pfeife im Mund stürzte. Der Weichteillappen, an dem 2 Knochenstückchen (vom Vomer) hängen, wurde primär genäht und heilte gut an. *Link* (Prag).

**Popescu, N. Gheorghe:** Verschluckter und per vias naturales ausgestoßener umfangreicher Fremdkörper. *Spital.* 62, 169—170 u. dtsh. Zusammenfassung 192 (1942) [Rumänisch].

Ein Deserteur verschlingt ein Löffelstück aus Metall, 15½ cm lang und 3 cm breit. Er hatte Bauchschmerzen, Blähungen und Erbrechen. Verfolgt unter dem Röntgenschild, hat man festgestellt, daß der Gegenstand nach 3 Tagen an der Zwölffingerdarm-Dünndarmgrenze angekommen war. Am 4. Tag im aufsteigenden Dickdarm, am 5. Tag im Querdickdarm, am 6. Tag im absteigenden Dickdarm sich befunden hat. Am 8. Tag wurde er ausgeschieden, wonach sich das Allgemeinbefinden des Patienten wieder herstellte. *Kernbach* (Sibiu).

**Köster, Karl:** Fremdkörper in Harnröhre und Blase. *Z. Urol.* 36, 175—180 (1942).

Es werden 7 Fälle von Fremdkörpern in der Blase oder Harnröhre veröffentlicht, 2 bei Frauen und 5 bei Männern. Die Ursache für die Einführung der Fremdkörper in die Blase oder Harnröhre war in einem Fall eine Hysterie, in 5 Fällen Onanie und in einem Fall ein perverser geschlechtlicher Verkehr zwischen Mann und Frau. Die Therapie war in 3 Fällen operativ, in 2 Fällen leichte Entfernung durch den Lithotriptor, in einem Fall das Herausdrücken aus der Harnröhre nach Meatotomie und in einem Fall die Zerstückelung eines Paraffinklumpens durch den Lithotriptor, Entfernung der meisten einzelnen Stücke durch diesen und der restlichen zwei durch Urinlassen im Kopfstand. *Pierach* (Memel).

**Hennig, Otto:** Das Röntgenbild einer versteinerten Mullkompressen in der Blase. *Z. Urol.* 36, 241—243 (1942).

Bericht über einen 70jährigen Mann, der im November 1939 anderenorts auf transvesicalem Weg prostatektomiert worden ist, und bei dem sich schon bald nach dem Eingriff sehr häufiges und schmerzhaftes Urinieren einstellte. Der Urin war jauchig-trüb, manchmal blutig. Cystoskopisch ließ sich ein großes Konkrement in der Blase nachweisen; eine Lithotripsie mißlang. — Im Oktober 1940 bekam Verf. den Kranken in Behandlung. Ein Hindernis in der Pars prostatica der Harnröhre verhinderte die Einführung eines Katheters oder eines Cystoskops. Ein Röntgenbild zeigt einen rundlichen, kinderfaustgroßen, steinverdächtigen Schatten in der Blasengegend mit „knittriger“ Oberfläche. Es besteht ein kalkdichter Mantel, währenddem das Zentrum eine wolkige Struktur aufweist. Differentialdiagnostisch kamen ein Solitärstein und eine inkrustierende Cystitis in Frage. Die starken Beschwerden, die jauchige Cystitis, die rasche Entwicklung eines großen Steins nach dem Eingriff, dabei die Unmöglichkeit, ihn zu zertrümmern, diese Eigentümlichkeiten ließen neben dem Röntgenbefund an einen zurückgebliebenen Tupfer denken. — Ein zurückgebliebener Fremdkörper in der Blase pflegt erst Symptome zu machen, wenn der Katheter entfernt und die Blasenwunde abgeheilt ist. Eine frühe Cystoskopie läßt meist noch Mullgewebe erkennen, währenddem später nur noch ein kugeliges, inkrustiertes und deshalb steinähnliches Gebilde vorliegt. Das Röntgenbild

kann da Aufschluß geben. Auffallend ist die knittrige Oberfläche, dann die oberflächliche Kalkkruste bei wolkiger Struktur des Zentrums. Im Gegensatz zur echten Steinbildung erfolgt hier die Kalkeinlagerung von außen nach innen. — Zu verschiedenen Zeiten hergestellte Röntgenaufnahmen lassen das Krankheitsbild von der inkrustierenden Cystitis abgrenzen. Bei dieser bleibt das Bild unverändert, bei einer inkrustierten Kompresse kommen durch den Lagewechsel voneinander abweichende Bilder zustande. — Heilung des mitgeteilten Falles nach Entfernung des Fremdkörpers durch hohen Blasenschnitt. (Abbildungen.) *Egger.*

**Lange, K.: Stumpfes Bauchtrauma und Magenruptur.** (*Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Dessau.*) *Chirurg* 14, 172—176 (1942).

Bei stumpfen Bauchtraumen kommt es in manchen Fällen zu einer Verletzung der Eingeweide. In erster Linie wird die Leber betroffen, dann Milz, Nieren, Darm. Eine isolierte Magenruptur ist verhältnismäßig selten. Ihre Klinik wird besprochen. Die Symptome ähneln denen eines perforierten Ulcus. Es wird über 2 Fälle von isolierter Magenruptur berichtet. Bei einem 3. Fall handelte es sich um ein Hämatom der Magenwand. Dieser Patient gab Beschwerden an, die an die Möglichkeit einer Ulcusentstehung auf traumatischer Grundlage denken ließen. In diesem Zusammenhange wird das Kausalverhältnis Trauma—Ulcus besprochen. Der Autor verneint den Zusammenhang nicht unbedingt. Er weist aber auf Voraussetzungen hin, die gegeben sein müssen, wenn der Zusammenhang bejaht werden soll. Dabei ist auch die Ulcusdisposition in Betracht zu ziehen. *Jacobi (Hamburg).*

**Lomazov, M. G.: Über subcutane isolierte retroperitoneale Zerreißen des Zwölffingerdarms.** *Nov. chir. Arch.* 48, 239—241 (1941) [Russisch].

An Hand der Beschreibung eines Falles einer nach Kontusion beim Ankurbeln eines Autos erfolgten retroperitonealen Ruptur des Zwölffingerdarmes berichtet der Verf. über diagnostische Schwierigkeiten selbst während der Laparotomie. Obgleich ein subperitoneales Hämatom in der rechten Bauchseite bald festgestellt werden konnte, beanspruchte das Suchen nach seinem Ausgangspunkt viel Zeit. Die Diagnose wurde erst nach sorgfältiger Untersuchung fast aller Bauchorgane gewissermaßen per exclusionem gestellt. Der Zustand des Patienten war inzwischen so schlecht, daß eine Naht des verletzten Darmes nicht mehr in Frage kam. Der Verletzte verstarb 30 Stunden nach dem Eingriff. Die Autopsie ergab einen 5 cm langen Querriß retroperitoneal im vertikalen Teil des Zwölffingerdarmes. In Übereinstimmung mit dem einschlägigen Schrifttum stellt der Verf. fest, daß die Symptomatologie der retroperitonealen Ruptur des Zwölffingerdarmes so wenig charakteristisch sei, daß in keinem Fall die Diagnose vor der Operation gestellt werden konnte. Immerhin werden folgende Symptome, die auch der beschriebene Fall darbot, als charakteristisch aufgeführt: 1. Zwischen dem schweren Zustand unmittelbar nach der Gewalteinwirkung und dem Auftreten sicherer peritonealer Symptome tritt eine Art lichtetes Intervall von etwa 10 Stunden ein, innerhalb dessen sich der Verletzte relativ wohl fühlt. 2. Es besteht rechts ein retroperitoneales Hämatom, das auf die Ruptur zahlreicher kleiner Gefäße des retroperitonealen Gewebes zurückgeführt wird. 3. Emphysem im Bereich des Hämatoms, das unter dem tastenden Finger deutliches Knistern wahrnehmen läßt. 4. Auf dem Hämatom gelblich-grüne, münzenförmige Flecke, die durch das Bauchfell durchschimmern und von dem gallehaltigen Duodenalinhalte herrühren. — Die Bedeutung der rechtzeitigen Diagnosestellung wird durch die Tatsache erhellt, daß eine Heilung nur bei sorgfältiger Naht des verletzten Darmteils bekannt geworden ist. Auch dann sind es nur Einzelfälle, die nach der erfolgreichen Operation noch ein Empyem, einen Lungen-, Leber- oder subphrenischen Absceß und dergleichen überstehen mußten. *v. Reibnitz (Stade).*

**Siede, Werner: Trauma als Ursache parenchymatöser Leber- und Bauchspeicheldrüsenkrankungen.** (*Med. Univ.-Klin., Leipzig.*) *Dtsch. Z. Verdgs- usw. Krkh.* 6, 92—101 (1942).

Da die Rolle des Traumas für die Ätiologie diffuser Erkrankungen der parenchymatösen Organe noch umstritten ist, aber andererseits dieser Frage mit Rücksicht auf die Kriegsverhältnisse und die Frage der Wehrdienstbeschädigung große Bedeutung zukommt, werden zwei Beobachtungen mitgeteilt, bei denen es sich in dem 1. Falle um eine traumatische Leberschädigung, im 2. Falle um eine traumatische Pankreaschädigung handelt.

Die Leberschädigung entwickelte sich bei einem völlig gesunden Bobfahrer, der beim Training mit der rechten Körperseite gegen einen Baumstamm geworfen wurde. Danach dumpfe Schmerzen in der Lebergegend, 3 Tage später das Bild einer Leberparenchymschädigung mit Ikterus, Anschwellung der druckschmerzhaften Leber, Bilirubin- und Urobilinurie. Dieser Zustand hielt etwa 9 Tage an, dann rasche Besserung, nach weiteren 10 Tagen verschwindender Ikterus und der Leberschwellung. Es wird angenommen, daß die Gewalteinwirkungen in der Leberzelle Parenchymveränderungen im Sinne der „proteinogenen Kachexie“ hervorgerufen haben. Es wird von einer „Commotio hepatis“ und nachfolgender Resistenzverminderung der Leberzelle gesprochen. Die zweite Beobachtung bezieht sich auf einen 43 jährigen Mann aus erbgesunder Familie, der bis auf ein rasch zur Abheilung gekommenes Ulcus ventriculi niemals ernstlich krank gewesen ist. Bei voller Gesundheit traf ihn ein schweres Bauchtrauma: Sturz auf die Fußschrauben eines Schwellenmastes. Wenige Tage danach heftige Durchfälle, die im Laufe der nächsten Monate anhielten und zu 20 kg Gewichtsabnahme führten. 1 Jahr später trat wiederum ein schweres Bauchtrauma auf, infolge eines Sturzes vom Telegraphenmast, der vom Sicherungsgurt aufgefangen wurde, wobei der Oberbauch tief eingeschnürt wurde. Hämatom der Bauchdecken, Zeichen der exkretorischen Pankreasinsuffizienz mit Steatorrhöe, Kreatorrhöe bei nahezu völligem Fehlen der Pankreasenzyme und die Symptome des echten insulären Diabetes. Dieses Krankheitsbild hatte sich während der 2 jährigen Beobachtung bis jetzt im wesentlichen unverändert gehalten.

Es wird für beide Fälle die traumatische Genese der Organveränderungen als sicher angenommen und die damit im Zusammenhang stehenden Fragen werden ausführlich erörtert.

R. Mancke (Leipzig).

**Skogstad, Reidar: Traumatische Achselvenenthrombose.** (*Röntgen Avd., Sykeh., Drammen.*) Nord. Med. (Stockh.) 1942, 2362—2365 u. engl. Zusammenfassung 2365 [Norwegisch].

2 Fälle mit Erscheinungen einer Achselvenenthrombose werden besprochen. Bei beiden Patienten wurde eine Venographie vorgenommen, und zwar 2 und 14 bzw.  $\frac{1}{2}$  und 12 Monate nach Beginn der Krankheitssymptome. Bei dem einen Patienten wurde ein Thrombus in der Vena basilica und mit Wahrscheinlichkeit ein weiterer Thrombus in der Vena axillaris gefunden. In den anderen Fällen erschien die Vena axillaris thrombosiert. Im Verlaufe des ersten Beobachtungsjahres fand bei beiden Patienten eine weitgehende Besserung sowohl des klinischen als auch des venographischen Befundes statt. Im 2. Jahre blieb der Zustand jedoch unverändert. Es kam zu einer erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Als Ursache der Thrombosen wird teils eine traumatische Reizung der Venenadventitia und der zugehörigen sympathischen Nervenfasern, teils eine unmittelbare Reizung der Gefäßnerven angenommen. Zur Behandlung kommt eine Lösung der Gefäßspasmen durch perivascularäre Sympathektomie oder eine Blockierung des N. sympathicus über das Ganglion stellatum in Frage. Auch die Auslösung des Gefäßes aus dem Scalenuswinkel mit etwaiger Durchschneidung des M. scalenus anticus findet Erwähnung.

Haagen (Straßburg).

**Tönnes, W.: Veränderungen an den Hirnkammern nach Verletzungen des Gehirns.** (Ein Beitrag zur Bedeutung der Encephalographie für die Beurteilung der Folgezustände nach Hirnverletzungen.) (*Forschungsstelle f. Hirn-, Rückenmarks- u. Nervenverletz. u. Luftwaffenlaz., Berlin.*) Nervenarzt 15, 361—363 (1942).

Bei Kriegsverletzungen des Gehirns im Frühstadium bis zu höchstens 2 Jahren nach der Verwundung kommen örtliche Erweiterungen eines Ventrikels, einseitige Ventrikelerweiterungen, doppelseitige unterschiedliche und doppelseitige gleichmäßige Erweiterungen vor, wobei neben den Seitenventrikeln meistens auch der 3. Ventrikel, seltener auch der 4. erweitert zu sein pflegt. Die örtlichen Erweiterungen sind bei offenen Schädelverletzungen mit Duraeröffnung am stärksten. Sie sind Folgen des Substanzverlustes durch Markzertrümmerung, besonders bei Impressionsschüssen mit Duraeröffnung ohne Prolaps, und geben wichtige prognostische Hinweise. Die bindegewebige Hirnduranarbe bei Impressionsschüssen ist die Ursache des sekundären Markschwundes, der zur Ventrikelausweitung führt, und zwar durch Zirkulationsstörungen, die eine allmähliche Zunahme des örtlichen Markschwundes bewirken. Diffuse Ventrikelerweiterungen stellen bei Hirnverletzungen entweder einen Hydrocephalus ex vacuo infolge Markschwund oder hydrocephalische Störungen durch Mißverhältnis zwischen Resorption und Produktion des Liquors dar. Die Encephalographie ist daher neben dem neurologisch-psychiatrischen und psychologischen Befund, dem Aktionsstrombild und Ergebnis der Belastungsprüfungen verschiedenster Art eine notwendige Unterlage für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit von Hirnverletzungen. Weimann (Berlin).

**Malice, Alessandro: Proliferazioni osteofitose particolari del ginocchio di origine traumatica.** (Osteophytenartige Wucherungen an Teilen des Knies durch Trauma.) (*Osp. Milit., Genova.*) *Accad. med.* 57, 257—263 (1942).

Bei 31 jährigem Infanteristen, der im August 1940 durch Sturz von einem Holzstapel mit gleichzeitigem Schlag eines balkenartigen Stückes gegen die Innenseite des linken Kniegelenkes eine Verstauchung dieses und einen Wadenbeinbruch im mittleren Drittel erlitten hatte, zeigte das Röntgenbild etwa 11 Monate später Knochenbildungen (Ossifikationen), und zwar eine in Höhe der Oberschenkelknorren sowohl des medialen wie lateralen zu beiden Seiten des Gelenkes (nach oben und unten sich erstreckende), ferner eine solche in der Verlängerung des Schienbeinschattens fast senkrecht bis über die Oberschenkelgelenklinie verlaufend, und endlich eine hinten (in der Kniekehle) gelegene, die von der Schienbeinepiphyse ausgeht und sich in die Gelenkhöhle erstreckt (man hatte sie schon bei der klinischen Untersuchung deutlich gefühlt); am äußern Knorren sah man außerdem eine alte Absprengung und es war ein alter Bruch des Wadenbeins im mittleren Drittel sichtbar. Das gleichzeitige Vorhandensein von Knochenbildung (nach Knieverletzung): sowohl zu beiden Seiten — Pellegrini-Shedesche Erkrankung — wie auch an der Hinterfläche des Gelenkes ist etwas Ungewöhnliches, auch das Vorkommen des Zustandes an der Außenseite ist sehr selten. Verf. meint diesen Befund nur so erklären zu können, daß das an der Innenseite von einem Schläge getroffene Kniegelenk sich gerade in einem überdehnten Zustande mit Winkelbildung nach der lateralen Seite hin befunden habe; für die Entstehung der Knochenbildung in der Kniekehle und des gleichzeitigen Wadenbeinbruchs nimmt er außerdem noch eine Drehbewegung (Torsion) an. Er erklärt die Verknöcherung an der Innenseite als Knochenbildung im medialen Seitenband und im Ansatz des kleinen Adduktors, die an der Außenseite als Knochenablagerung im Peroneussehnenansatz und die hinten gelegene mit größter Wahrscheinlichkeit als teilweise Knochenbildung in der fibrösen Gelenkkapsel. *Richter (Godesberg).*

**Tonkes, E.: Ruptura vaginae sub Coitu.** (Scheidenverletzung beim Beischlaf.) *Nederl. Tijdschr. Verloskde* 45, 8—18 (1942) [Holländisch].

Scheidenverletzung infolge Beischlafs bei einem 22 jährigen Mädchen, die oben im hinteren Scheidengewölbe lag und etwa den halben Umfang der Scheidenwand betraf. Naht, Tamponade, ungestörte Heilung. Das Mädchen hatte eine enge Vagina und hatte immer Schmerzen beim Coitus empfunden. Hinweis auf die Häufigkeit ähnlicher Beobachtungen im ost- und südosteuropäischen Raum, vor allem bei Frauen der slawischen Rasse, und die Seltenheit entsprechender Mitteilungen aus Westeuropa und Amerika. Ursache ist meist, daß der Coitus in roher Weise oder ungewöhnlicher Stellung ausgeführt wird. *Böhmer (Düsseldorf).*

**Peruccio, Luigi, e Filippo Franchi: Asportazione parziale del prepuzio da morsicatura di pesce (mare di Sollum, Marmarica).** (Teilweiser Verlust der Vorhaut durch den Biß eines Fisches. Meer von Sollum-Marmarika.) (*Clin. Dermosifilopat., Univ., Torino.*) *Arch. ital. Sci. med. colon. e Parassitol.* 22, 410—412 (1941).

Ein Soldat erleidet beim Baden im Meere durch den Biß eines Fisches den teilweisen Verlust der Vorhaut. Heilung der Wunde nach 12 Tagen. Welcher Art das verletzende Tier angehörte, konnte nicht ermittelt werden, da die Fischfauna des Meeres von Sollum noch zu wenig erforscht ist. *v. Neureiter (Straßburg).*

#### Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

**Hultkvist, Gustaf: Über plötzlichen unerwarteten Herztod vom gerichtsarztlichen Standpunkt.** *Nord. Med. (Stockh.)* 1942, 1889—1895 u. franz. Zusammenfassung 1895 [Schwedisch].

In der Regel sind die bei der Obduktion festgestellten krankhaften Veränderungen des Herzens nicht schwerwiegend genug, um allein schon die Diagnose des plötzlichen Herztodes zu sichern; die näheren Begleitumstände des Todesfalles müssen mit in Betracht gezogen werden. Der Verf. hat seit mehreren Jahren seine Aufmerksamkeit darauf gerichtet, wie die von einer plötzlichen Herzattacke befallenen Menschen zu Boden sinken. Sie stürzen ganz einfach, ohne daß die geringste Bewegung den Versuch verriete, die Wucht des Falles zu mildern, und man sieht nie, daß nach dem Sturz sich die Hände in Höhe des Kopfes oder darüber befänden. Eine agonale Fallverletzung ist ein oft erhobener Befund, mit typischer Ausbreitung im Gesicht, bisweilen an der Außenseite der Hände (die gleiche Lokalisation auch bei Epilepsie). Herzvergrößerung