

sind, und auf eine gesteigerte nervöse Belastung zurückgeführt werden, hingewiesen. Seit 1948 sei zwar ein Absinken der Erkrankungszyiffer an Addisonismus beobachtet, dessen absolute Häufigkeit aber noch immer über dem Vorkriegsniveau gelegen. ILLCHMANN-CRIST (Kiel).

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache.

● **Walter Osterchrist: Das patho-physiologische und klinische Problem der stumpfen Schädeltraumen.** (Samml. zwangl. Abh. a. d. Geb. d. Chirurgie. Hrsg. v. HEINRICH KLOSE. H. 4.) Halle a. S.: Carl Marhold 1952, 139 S., 17 Abb., 4 Kurv. u. 3 Tab. DM 9.70.

Die bescheiden ausgestattete Monographie überrascht durch die Fülle des Gebotenen. Der Verf. gibt nämlich eine zwar gedrängte, aber umfassende Darstellung der Pathophysiologie, der Symptomatik und Therapie sowie der gutachtlichen Beurteilung. Besonders ausführlich wird auf die posttraumatisch-vegetativen Störungen eingegangen, zu denen Verf. reiche eigene experimentelle Erfahrungen vorzutragen hat, vor allem über die postcommotionelle KH-Stoffwechselstörung. Im Kernpunkt der Darstellung steht funktionell die zentralgestörte Vasomotorik und morphologisch der Hypothalamus. Die Gedankengänge werden unter Heranziehung der Literatur und der eigenen Erfahrungen bis zur letzten Konsequenz durchgeführt, der Verf. kommt so zu konkreten Schlußfolgerungen für die Pathologie, die Klinik und die Begutachtung (Trennung des Commotionssyndroms in Bewußtlosigkeit und Schock; diagnostische Bedeutung einzelner Hirnstammsymptome, z. B. des Nystagmus und der veränderten Zuckerbelastungskurve; sekundärer Charakter der Contusionsblutungen, also Identität des primum agens bei Commotio und Contusio). — Wer überhaupt mit Schädeltraumen zu tun hat, besonders aber, wer sich einen gedrängten und gleichzeitig vollständigen Überblick über den modernsten Stand des Schädeltraumaproblems verschaffen will, wird aus dem Buch großen Nutzen ziehen.

ELBEL (Bonn).

H.-W. Wedler und K.-D. Bock: Untersuchungen zur Vasolabilität Hirnverletzter. [Med. Univ.-Klin. (Rudolf Krehl-Klin.), Heidelberg.] Dtsch. Arch. klin. Med. 199, 206—221 (1952).

Um mit statistischen Methoden der Frage der Vasolabilität chronischer Hirnverletzter nachzugehen, wurde Blutdruck, Puls, emotionelle Vasolabilität, Schwindel, Bückversuch, Dermographismus, Akrocyanose, Schweißsekretion und Tremor geprüft. Die Ergebnisse der Untersuchungen von 789 Soldaten des letzten Krieges, bei denen die Hirnverletzung (nur 26 offene) 3—18 Monate zurücklag, wurden nach Sitz, Schwere und Komplikation der Hirnverletzung sowie nach Konstitution und Alter aufgeschlüsselt und mit den Ergebnissen, die von anderen Autoren bei 400 Gesunden und bei 400 Rekonvaleszenten erhalten wurden, verglichen. Ein für die chronischen Hirnverletzungen spezifisches Verhalten konnte dabei nicht ermittelt werden. Hinsichtlich der Neigung zur Erniedrigung und Labilität des Blutdruckes sowie zur Pulsabilität und Tachykardie unterschieden sich die chronischen Hirnverletzten in ähnlicher Weise wie die Rekonvaleszenten von den Gesunden. Sie zeigten aber häufiger als die Rekonvaleszenten ein hypotones Regulationsverhalten und klagten häufiger über Schwindel. Es ist dabei zu beachten, daß bei Rekonvaleszenten die erwähnten Störungen bald vorübergehen dürften, während sie bei den chronisch Hirnverletzten zum Teil eine Dauererscheinung sind. Allein das jugendliche Alter (in geringem Maße auch die Konstitution) sind maßgebende Faktoren, die das vasomotorische Verhalten der chronisch Hirnverletzten bestimmen können. Dies hängt mit der größeren Reaktionsbereitschaft jugendlicher Individuen zusammen und spricht für weitgehende endogene Momente, die über derartige vegetative Äußerungen entscheiden. Abgesehen davon, daß Frontalhirnverletzte weniger zu Schweißen neigten, hatte der Sitz, die Schwere und die Komplikation der Hirnverletzten keinen Einfluß auf die untersuchten Phänomene (auch die 53 Stammhirnverletzten machten keine Ausnahme). Die Untersuchungen sind also keine Stütze für die Annahme einer engen Lokalisationslehre der vegetativen Funktionen.

KRAULAND (Münster i. Westf.).

M. Marchand et P. Warot: Un cas de diabète traumatique. (Ein Fall von traumatischem Diabetes.) Ann. Méd. lég. etc. 32, 50—55 (1952).

Ein 26jähriger Mann trug von einem Verkehrsunfall eine Schädelfraktur in der li. Scheitelschlafengegend davon. Postcommotielle Beschwerden blieben zurück; auch resultierten eine Zeit lang Sprachstörungen. Zwei Monate danach setzte ein schwerer Diabetes, jedoch ohne

Acidosis ein, der sich auf Insulin kaum besserte. Verff. schlossen bei der Begutachtung eine gewöhnliche traumatische Hyperglykämie aus. Das Encephalogramm ergab bei der Untersuchung noch Veränderungen. Anhaltspunkte für eine familiäre Hyperglykämie bestanden nicht. Verff. nehmen nach sorgfältigen schlüssigen differentialdiagnostischen Erörterungen Kausalzusammenhang zwischen dem Hirntrauma und der Entstehung des Diabetes an, der wohl durch Reizung der nervösen Zentren des Hypothalamus und sekundäre Beeinflussung der Hypophyse und der Zirbeldrüse zustande gekommen war. Auf die über dieses Thema bestehende Literatur wird hingewiesen, doch werden die Literaturstellen nicht zitiert.

B. MUELLER (Heidelberg).

Gernot Eibert: Über einen Fall von Hämatomyelie. [Neurol. Abt., LKH Pfafferoede.] Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. 4, 18—22 (1952).

Der Verf. beschreibt einen Fall von schwerer Hämatomyelie bei einem 18jährigen, einschließlich klinischem Verlauf und Sektionsbefund, der bei der Einweisung eine schlaaffe Lähmung beider Beine mit Blasen- und Mastdarmlähmung und Sensibilitätsstörungen hatte. Die Blutung hatte das Rückenmark vom Lumbo-Sakralteil bis in die Cervicalregion betroffen mit Hauptblutungs-herd im Lumbosakralmark. Dort war nicht, wie gewöhnlich, nur die graue, sondern auch die weiße Substanz erfaßt. Der klinische Verlauf war fortschreitend, an eine Landry'sche Paralyse erinnernd. Zuerst war an eine Poliomyelitis später an eine aufsteigende Myelitis gedacht worden. Nichttraumatische Hämatomyelien sind sehr selten. Sie kommen bei allgemeiner hämorrhagischer Diathese, Hämophilie, Purpura, perniziöser Anämie, Skorbut und septischen Prozessen vor, während bei Typhus, Gelbfieber und Malaria besser von einer hämorrhagischen Myelitis gesprochen wird. Diese Erkrankungen waren hier sämtlich auszuschließen. Wahrscheinlich ist, wie in 90% der Fälle, ein Trauma die Ursache der Erkrankung gewesen, das aber weder bei der Anamnese noch durch nachträgliche Befragung der Eltern eruiert werden konnte. Der 7. Halswirbel war gegenüber dem 1. Brustwirbel mit dem Dornfortsatz um 0,5 cm nach rückwärts verschoben. Patient liebte Hechtsprünge an die Decke und soll etwa einen Monat vor der Erkrankung einen Amboß gehoben haben, wobei er gefürchtet haben soll, zu Schaden gekommen zu sein, was Verf. als Ursache aber aus zeitlichen Gründen ablehnt. Vor Beschreibung des Falles wird ein Überblick über die anatomischen Verhältnisse und das Krankheitsbild der Hämatomyelie mit einigen Literaturbeispielen gegeben. Schrifttumsnachweise.

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).

Sonja Filling: Drei Fälle von Oesophagitis acuta mit Vortäuschung von Fremdkörpern. [Øre-, naese-, halsafd., Odense.] Ugeskr. Laeg. 1952, 185—186 [Dänisch].

Nach dem Einführen der Oesophagoskopie hat es sich gezeigt, daß akute Entzündung in der Speiseröhre nicht so selten vorkommt wie früher angenommen. Sekundär wird sie durch infektiöses oder lokal reizendes Material oberhalb einer Stenose verursacht. Primär kann sie spezifischer Natur sein; unspezifische Ursachen sind: bakterielle Infektion, aus Entzündung in den Tonsillen, Zähnen oder der Nase und ihren Nebenhöhlen stammend; weiter lokal traumatische Schädigung; auch Einwirkung regurgitierendes Magensafts. Im Falle 1 traten die Symptome nach Verschlucken eines kleinen Kücheknochens auf; in den beiden übrigen wurde mehr unbestimmt angegeben, daß beim Essen irgend etwas verkehrt in den Hals geraten sei. Keine Fremdkörper wurden bei der Oesophagoskopie gefunden, aber deutliche Entzündung.

EINAR SJÖVALL (Lund).

Pierre-Louis Klotz et Jacob Fisher: L'expertise des larynx traumatisés chez le vivant. (Die Untersuchungen von Larynxverletzungen beim Lebenden.) Ann. Méd. lég. etc. 32, 62—75 (1952).

Während für die oto- und stomatologische Untersuchung unter gerichtsmedizinischen Gesichtspunkten sich bewährte Regeln bereits eingebürgert haben, fehlen diese für die Untersuchung und Beurteilung von Larynxverletzungen. Es wird eine anatomische und physiologische Untersuchung — auf der sich dann die qualitative Beurteilung der Verletzungsfolgen aufbaut — mit ausführlicher Wiedergabe aller zu berücksichtigender Einzelheiten vorgeschlagen. Nach einer sorgfältigen Bestandaufnahme der einfach erfassbaren Veränderungen der gesamten Region soll eine Kehlkopfspiegelung, dann eine Röntgenaufnahme, außerdem eine endoskopische Untersuchung durchgeführt werden. Nur alle zusammen, keine Einzeluntersuchung allein erlaubt eine sichere Beurteilung. Die röntgenologische ist von geringstem Wert. Am schwierigsten ist die unerläßliche — wohl nur vom Facharzt durchführbare — physiologische Untersuchung. Aus dem letzten Abschnitt der ungewöhnlich systematisch dargestellten Mitteilung sei hervor-

gehoben, daß die Invaliditätssätze für eine leichte Dysphonie mit 5. eine schwere mit 10—15, eine wirkliche Aphonie mit 25% angesetzt werden. H. KLEIN (Heidelberg).

J. Fabricius und Knud Erik Sørensen: Drei Fälle von traumatischer Herzschiädigung. [Med. afd., Kommunehosp., Aalborg.] Ugeskr. haeg. 1952, 213—215 m. engl. Zus.-fass. [Dänisch].

In sämtlichen Fällen hat es sich um stumpfe Gewalt schwerer Art gegen das Praecordium gehandelt: Quetschung, heftiger Stoß. Fall von Fahrrad. In den beiden ersten Fällen folgte Coronarocclusion und Herzinfarkt; Tod nach 3 Wochen bzw. 1½ Jahren. Im 3. Falle vorübergehendes Vorhofflimmern; völlige Genesung. EINAR SJÖVALL (Lund).

G. Horn: Über stumpfe Bauchverletzungen. [Path. Inst., Hafenkrankeh. Hamburg.] Ärztl. Wschr. 1952, 178—182.

Jeder Arzt, der sich häufiger mit der Frage des ursächlichen Zusammenhanges von äußerer Gewalteinwirkung und dieser etwas später folgendem Tod zu beschäftigen hat, wird wissen, daß derartige Fragen nicht immer leicht zu beantworten sind. Diese Fragen waren auch schon für die Gerichtsärzte des Altertums und des Mittelalters als schwierig bekannt (§ 147 der Carolina prägte zuerst die Bezeichnung „sachverständiger Wundarzt“). Der Aufsatz von HORN geht aus von Milzverletzungen und ihren Spätfolgen. Er streift aber auch Verletzungen fast aller Leiborgane und deren eventuelle Folgen: Zusammenhang von Verletzungen und Nierentuberkulose, von Verletzung des Pankreas und Diabetes. — Nach den Erfahrungen des Hamburger Hafenkrankehauses muß man sich darüber wundern, daß aus den gerichtsmedizinischen Universitätsinstituten nicht mehr Arbeiten über Verletzung des Bauches durch stumpfe Gewalt (insbesondere bei Fehlen äußerlich sichtbarer Gewalteinwirkung) hervorgegangen sind.

KOOPMANN (Hamburg).

R. Struckmann: Über das sogenannte „spontane Bauchdeckenhämatom“. [Med. Abt., Marienkranken. Hamburg.] Med. Klin. 1952, 399—401.

Das spontane Bauchdeckenhämatom ist für Innere Klinik und auch für Gerichtsmedizin eine seltene Angelegenheit, weniger für die Chirurgen. In dem Lehrbuch von STICH-BAUER 1944 Berlin, Springer-Verlag, Seite 301, wird das spontane Bauchdeckenhämatom genügend ausgiebig abgehandelt. Trotzdem ist die Veröffentlichung der beiden im Hamburger Marienkrankenhaus beobachteten Fälle gerechtfertigt, wenn auch die gutachterliche und forensische Bedeutung der spontanen Bauchdeckenhämatome gering ist. STRUCKMANN unterscheidet traumatische und nicht traumatische Bauchdeckenhämatome. Die traumatischen hätte er nicht erwähnen brauchen bei einer Arbeit über spontane (nicht traumatische) Bauchdeckenhämatome. Allerdings wird auch ein spontanes Bauchdeckenhämatom kaum ohne irgendeine Gewalt entstehen (Hustenstöße nach STICH-BAUER). Den pathologischen Anatomen sind kleinere spontane Blutungen in die Muskuli recti bekannt (z. B. bei Grippe). Das spontane Bauchdeckenhämatom kommt zustande durch Ruptur der Mm. recti oder Bersten der Vasa epigastrica. Für die Diagnose von ausschlaggebender Bedeutung ist die Punktion, die allerdings nicht ganz ungefährlich ist. Behandlung größerer Hämatome chirurgisch. Prognose günstig. Bei STRUCKMANN'S Fällen handelt es sich um eine 73jährige Frau mit Hepatitis epidemica und Sklerose und um einen 72jährigen Mann mit Herzinsuffizienz und Rheuma. In beiden Fällen Auftreten der Erscheinungen plötzlich und mit heftigen Schmerzen. In dem 1. Fall Hämatom kindskopfgroß, in dem 2. Fall faustgroß. In dem 1. Fall Behandlung chirurgisch, in dem 2. Fall konservativ. In beiden Fällen Heilung.

KOOPMANN (Hamburg).

Lester Persky and Edward D. Frank: Foreign-body perforations of the gastrointestinal tract. A report of six cases. (Fremdkörperperforation des Magen-Darmtraktes. Bericht über 6 Fälle.) [Surg. Res. Dept., Beth Israel Hosp. and Dept. of Surg., Harvard med. School, Boston.] New England J. Med. 246, 223—224 (1952).

6 chirurgische Beobachtungen bei Kranken, die mit akut-abdominalen Erscheinungen eingeliefert worden waren. Im einzelnen fand sich: einmal ein (von Bindegewebsmassen ummauerter) 4 cm langes Holzstück im perirektalen Gewebe, einmal ein aus einer Dünndarmschlinge ragender Zahnstocher, einmal eine Fischgräte in einem subhepatischen Absceß, einmal ein Zahnstocher im Zentrum eines perianalen Abscesses, einmal eine 3 cm lange Fischgräte in der Mastdarmwand, einmal eine durch das Colon transversum perforierte Gräte, die einen Absceß der vorderen Bauchwand verursacht hatte.

SCHLEYER (Bonn).

Fritz Felsenreich: Zwei Beiträge zu den Verletzungen der Bauchspeicheldrüse, nebst Vorschlag zur Vorverdauung der Nahrung durch den Duodenalsaft Verwandter bei Ausfall der Verdauungsfermente von Magen, Leber und Pankreas. Wien. med. Wschr. 1952, 217—218.

Dem einen der beiden Fälle kann gerichtsmedizinisches Interesse zukommen. Ein 55jähriger Lastkraftfahrer erleidet nach Blendung durch ein anderes Fahrzeug und Aufprall seines Wagens auf einen Baum durch Aufschleudern seines Körpers auf das Lenkrad außer Hautabschürfungen in der rechten Rippenbogengegend und an der Stirn einen Leberriß und eine über der Wirbelsäule gelegene totale Durchtrennung der Bauchspeicheldrüse. Bei der operativen Versorgung der Bauchspeicheldrüse begnügt man sich wegen des schlechten Allgemeinbefindens mit Drainage und Tamponade. Aus dieser Drainage erfolgt täglich ein Abfluß von 700—3200 cm³ Flüssigkeit, die zur Vorverdauung der Speisen des Patienten verwendet wird. Nach 3 Wochen wird die auch anfänglich angelegte Leberdrainage entfernt. Darauf entwickelt sich ein subphrenischer Absceß, der sich in der 4.—7. Woche nach außen entleert. Infolge der unter Fieber und mit Reizwirkungen auf den Magen und mit acholischen Stühlen einhergehenden Absceßbildung unter dem Zwerchfell, der dann folgenden Vereiterung der Bauchspeicheldrüse mit dem totalen Ausfall des Sekretes derselben, des Auftretens bedrohlicher Reaktionszuständen nach mehrfachen Bluttransfusionsversuchen und anderem kommt es zu einem hochgradigen körperlichen Verfall des Patienten. Dieser wird aber nach Ernährung vermittels der Duodenalsonde mit Speisen, die durch mehreren Verwandten entnommenen Duodenalsaft vorverdaut worden sind, und nach der dadurch hervorgerufenen raschen körperlichen Ertüchtigung am Ende der 8. Krankheitswoche durch die jetzt möglich gewordene operative Entfernung des sequestrierten Pankreasschwanzes gerettet.

RAESTRUP (Göttingen).

H. Hinricsson: Neue Gesichtspunkte zur Geschoßwirkung. Nord. Med. 47, 185—186 u. dtsh. Zus.fass. (1952) [Schwedisch].

In letzter Zeit wurden mit Hilfe der Kinematographie (bei einer Frequenz von etwa 5000 Bildern/sec) vor allem die endballistischen Faktoren des Projektils bei Fernschuß untersucht, wobei eine Reihe bisher unbekannter aerodynamischer und mechanischer Phänomene zur Beobachtung gelangten. Um die Spitze eines abgefeuerten Geschosses entstehen sog. Bugwogen, wobei gleichzeitig ein Überdruck (positiver Druck) zu verzeichnen ist. In natürlicher Folge bildet sich ein Unterdruck (negativer Druck) am Geschoßende. Beim Auftreffen des Geschosses wird die kinetische Energie umgewandelt, teils in Forcierungsarbeit, teils in Wärme und schließlich in „sekundäre Bewegungsenergie“, welche sich unter anderem im Auftreten von Druckwogen äußert. Im Anschluß an den Weg des Projektils im Ziel wirken sich diese Druckverhältnisse in den verschiedenen Teilen des Schußkanales aus. Nach amerikanischen Untersuchungen erzeugt der positive Druck eine kräftige Auseinandersprengung der Wände des Schußkanales innerhalb einer bestimmten Zeit, während der negative Druck eine sehr kurz dauernde Saugwirkung nach außen an der Eingangsöffnung bewirkt, welche also gegen die Schußrichtung gewendet ist. Diese Saugwirkung nach außen geht rasch in eine Saugwirkung nach innen über. Die ausgezogenen Ränder der Einschußöffnung gleichen in ihrer Form einem „Kirchturm“, von den Angelsachsen „dome“ bezeichnet. Die Auseinandersprengung der Wände des Schußkanales, welche der Wirkung eines zeitlich begrenzten Sprengpols entspricht, geht unmittelbar nach Passage des Geschosses in ein Zusammenfallen der Wände über. Durch die Gewebselastizität entsteht jedoch unter einer kurzen Zeit eine Pendelbewegung der Wände, welche als „Pulsation“ bezeichnet wird. Im Zusammenhang damit konnten auch ärodynamische Phänomene nachgewiesen werden, welche sich in wechselnden Gasströmungen äußern. Dadurch ergibt sich für Virus und Bakterien die Möglichkeit, in den Schußkanal eingeblasen zu werden, was kriegschirurgisch von Bedeutung sein kann. Die Überführung der kinetischen Energie am Zielpunkt ist als synchron mit den Geschoßvibrationen unter der Drehbewegung aufzufassen, welche jedes Geschoß ausführt. Verf. hält dabei für plausibel, daß nicht bloß ein Einmalimpuls vorliegt, sondern damit gleichzeitig und gemeinsam die durch Druckdifferenz erzeugten Pulsationen im Schußkanal und die durch Geschoßvibrationen herbeigeführten Massenschwingungen von Bedeutung sind. Verf. verweist auf eigene und amerikanische Schießversuche, bei welchen Schäden und sogar Frakturen in einer Entfernung von mehr als 1 cm vom Schußkanal beobachtet wurden, so daß von einer „Fernwirkung“ des Projektils gesprochen werden kann, die sich durch die raschen Druckveränderungen erklären läßt. Schon bei geringer Frequenz der Pulsationen ist mit gewissen Alterationen des an sich meist flüssigkeitsreichen Gewebes in Umgebung des

Schußkanales zu rechnen. Im Gewebe entsteht das physikalische Phänomen der „Kavitation“, welche der Verf. schematisch gesehen als „Auseinandersaugen“ bezeichnet, welches der Propellerwirkung in Gasen und Flüssigkeiten entspricht. PHILIPP SCHNEIDER (Stockholm).

H. Zettel und M. G. Giebel: Operative Spätbehandlung von Herzsteckschüssen, gleichzeitig ein Beitrag zur Frage der Geschoßembolie. [Chir. Abt., Zentralklin. Göppingen.] Zbl. Chir. 77, 481—488 (1952).

Die Verf. berichten nach entsprechender Einleitung über die erfolgreiche Operation von 3 Herzsteckschüssen, 3 herznahen Stecksplintern (Perikard, das sehr empfindlich ist) und 1 embolisch ins Herz verschleppten Infanteriegeschöß. Wesentliche Komplikationen (Nachblutung, Infektion) traten in keinem der 7 beschriebenen Fälle auf. Pleuraergüsse waren leicht zu beherrschen. Eine Indikation zur Operation besteht nur dann, wenn die Geschoße Beschwerden machen oder die Ursache objektiv nachweisbarer Schäden sind. Das EKG ist uncharakteristisch, was besonders für alte Verletzungen gilt. Durch die veränderte Narkosetechnik, die verbesserte Schockbekämpfung, die modernen chemotherapeutischen und antibiotischen Mittel ist die Spätoperation bedeutend gefahrloser geworden. Embolisch ins Herz verschleppte Geschoße (7 Fälle im Schrifttum) werden meist an der Herzwand fixiert, was die häufige Beschwerdefreiheit erklärt. Sie können aber auch frei beweglich bleiben (Fall der Verf.). Die embolische Verschleppung aus dem Herzen ist etwas häufiger. Nur wenige Verletzte mit embolisch ins Herz verschleppten Geschoßen überleben. Bei meisten sterben direkt an der Verletzung oder die Embolie des meist infizierten Geschosses löst eine Sepsis mit tödlichem Ausgang aus. Schrifttum.

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).

M. et P. Muller: Un cas curieux de mort sous l'eau par action d'une énorme ventouse. (Ein merkwürdiger Tod unter Wasser durch Einwirkung eines großen Abflußblockes.) Ann. Méd. lég. etc. 32, 48—50 (1952).

Ein 14jähriger Knabe schwamm in einem Schwimmbassin unter Wasser und kam nicht mehr zum Vorschein; als man ihn fand, stellte sich heraus, daß er mit dem re. Arm und dem re. Schultergürtel unbeweglich im Abflußloch des Bassins eingeklemmt war; das Wasser wurde in der Zeit, in der er schwamm, gerade mit Hilfe eines Saugmotors erneuert. Die Leichenuntersuchung ergab weder Ertrinkungslungen (also kein trockenes Ödem), noch Wasserbestandteile in den Alveolen, noch Verdünnung des Blutes des li. Ventrikels, noch sonstige Merkmale des Ertrinkungstodes; festgestellt wurden eine akute Lungenblähung, eine starke Füllung des Magens, kleine Risse im Zwerchfell und ein hämorrhagisches Ödem der eingeklemmten Körperteile, also im Bereich des re. Armes bis hinauf zum Schultergürtel. Nach Ablehnung eines Ertrinkungstodes werden differentialdiagnostisch als Todesursache eine Anoxie (wohl herbeigeführt durch mechanische Behinderung der Atmung infolge der Einklemmung), ein Tod infolge Quetschung der Weichteile und ein Reflextod infolge der starken Füllung des Magens erwogen. Da der Tod schnell erfolgte, entschieden sich Verf. für das Vorliegen eines Reflextodes.

B. MUELLER (Heidelberg).

G. Schallock: Über eine ungewöhnliche Form von Blitzschlagfolgen. [Path. Inst., Städt. Krankenanst. Mannheim.] Zbl. Path. 88, 245—246 (1952).

Bei einem 16jährigen Jungen, der beim Fußballspiel vom Blitz getroffen wurde, befand sich die Eintrittsverletzung in der Schwimnhaut zwischen 1. und 2. Zehe des re. Fußes, eine Metallöse des (zerrissenen) Schuhs zeigte Veränderungen „wie beim Schweißen“. Das lymphatische System war stark entwickelt (Thymusgewicht 32 g), die Nebennieren waren recht klein (Rindbreite 1 mm). Im übrigen bestand Hyperämie der (vor dem Tode) „tätig“ gewesenen Organe (Lungen, Luftröhrenschleimhaut, Muskulatur, Gehirn, Leber, Milz, Nieren) bei auffallender Blässe des Darmes und des Mesenteriums. Der Tod wird als „Schocktod“ bezeichnet.

SCHLEYER (Bonn).

Karl H. Sroka: Zur Therapie der elektrischen Nierenschädigungen. Med. Klin. 1952, 81—83.

Verf. beschäftigt sich mit der Behandlung der Niereninsuffizienz nach elektrischem Unfall. Hierbei handelt es sich um Folgen des toxisch wirkenden Eiweißzerfalls. Histologisch ist bei tödlichen Nierenschädigungen der Frühfodesfall herauszuschälen, bei dem Nephrose, hyalintropfige Degeneration, wabige Degeneration und nekrotisierende Nephrose im Vordergrund stehen. Bei den Spätfodesfällen soll zur Nephrose die Sklerose verbunden mit Glomerulusverödung hinzukommen.

FÖRSTER (Marburg a. d. Lahn).

E. Baumann: Basedow nach elektrischem Unfall. [Bezirksspit., Langenthal.] Schweiz. med. Wschr. 1952, 154—156.

Verf. geht davon aus, daß die BASEDOWSche Krankheit als sichere Unfallfolge umstritten sei, und berichtet über einen Fall, in dem er die Ursache eines elektrischen Unfalls für BASEDOWSche Krankheit als erwiesen ansieht. 26jährige Operationsschwester (Gewicht 62 kg) am 21. 9. 48 mit Bereitstellung einer Apparatur beschäftigt. Sie erlitt dabei infolge Defektes eines äußerst mangelhaft ausgeführten Kleintransformators einen elektrischen Unfall. Der Lichtstrom von 220 Volt wirkte von einer „Kleinleuchte“ aus zuerst durch die li., dann auch durch die re. Hand während weniger Sekunden völlig unerwartet auf sie ein, so daß ein schweres „Schreck-erlebnis“ eintrat. Es entstanden Strommarken an beiden Händen. Die örtliche Beschädigung heilte rasch. Es traten aber zunehmend Allgemeinsymptome auf, die zur Diagnose Hyperthyreose und schließlich zur Diagnose BASEDOWSche Krankheit führten. Nachdem diese Diagnose gestellt war, am 132. Tag nach dem Unfall Operation, doppelseitige Resektion der Schilddrüse nach von ENDERLEN und HOTZ. Die mikroskopische Untersuchung des pathologisch-anatomischen Institutes Bern ergab die Diagnose Struma diffusa parenchymatosa et colloides Basedowiana. Entlassung der Patientin 16 Tage nach Operation bei sehr viel besserem Befinden. Januar 1952 Wohlbefinden der Patientin. Verf. faßt, wie anfangs gesagt, den beschriebenen Fall als Beweis für Zusammenhang des Basedow mit dem Unfall am 21. 9. 48 auf. Er hebt auch den beweisenden Wert von experimentellen Untersuchungen hervor (Wildkaninchen) und vertritt die Auffassung, daß die bisherige Beurteilung eines ursächlichen Zusammenhangs von elektrischem Unfall und Basedow einer Modifikation bedarf. KOOPMANN (Hamburg).

Baldo Viterbo: Ferite agoniche ed infiltrazioni emorragiche. Contributo alla diagnosi differenziale tra ferite vitali e post-mortali. (Blutablagerungen bei Verletzungen im Todeskampf. Beitrag zur Differentialdiagnose zwischen vitalen und postmortalen Verletzungen.) [Ist. di Med. Leg. ed Assicur., Univ., Padova.] Atti Ist. Med. legale (Padova) 2, 131—134 (1952).

Am gerichtlich-medizinischen Institute von Padua wurden, zur Abklärung dieser Frage, Versuche an Hunden vorgenommen. Die vitalen Verletzungen bewirkten Blutunterlaufungen im anliegenden Gewebe. Postmortale Verletzungen können aber ausnahmsweise auch durch passive Blutfülle in den tieferliegenden Körperteilen eine gewisse, doch weniger starke und durchdringende Blutablagerung im Bereiche der Wunde verursachen. — Die Gruppenversuche an Hunden wurden in folgender Weise ausgeführt: 1. Schlag mit einem Hammer auf den Kopf. 2. Durchschneiden der Halsschlagadern. 3. Pistolenschuß ins Genick. 4. Verblutung bis zur Hälfte der normalen Blutmenge. 5. Der arterielle Maximaldruck wird durch intravenöse Pantoponeinspritzungen auf 15 herabgesetzt. 6. Der Blutdruck wird mit dem gleichen Medikament bis Null herabgesetzt. 7. Gleiche Vorbereitung wie bei Gruppe 6, doch wird hierauf bis zum Beibringen der Verletzung 2 min gewartet. — Sobald in den verschiedenen Gruppen der todesnahe Zustand erreicht war, wurden die Hunde mittels einer Feuerwaffe an verschiedenen Körperstellen verletzt. Der Bericht gibt genaue Angaben über die Autopsiebefunde in den verschiedenen Gruppen. Zusammenfassend kann aber festgestellt werden, daß die in der Agone beigebrachten Schußverletzungen die Bildung von hämorrhagischen Infiltraten nicht verhindern. Blutablagerungen können auch entstehen, wenn der arterielle Blutdruck gleich Null ist. Kopfverletzungen sind geeignet, Blutunterlaufungen in den Eingeweiden und in der Gallenblase zu erzeugen. SCHIFFERLI (Fribourg).

K. Bujniewicz: A propos des maladies artificielles des simulateurs (observées dans les hôpitaux militaires). (Über artifizielle Erkrankungen bei Simulierenden [Beobachtungen in Militärhospitalen].) Semaine Hôp. 1952, 759—760.

Verf. gibt einen kurzen Überblick über die von ihm beobachteten Selbstverstümmelungen: Schußverletzungen, Ulcera durch Verbrennungen, Phlegmonen durch Injektion von Terpentinöl oder Petroleum. Die Vortäuschung eines Tumors geschieht durch Injektion von Paraffin. Inguinalhernien werden durch Ausweiten des Leistenkanals mit dem Finger oder einem Instrument erhalten. Zur Erzeugung eines Analprolapses wird ein mit Erbsen oder Bohnen gefüllter kleiner Sack in das Rectum eingeführt, nach Quellen der Früchte wird der Sack schnell herausgezogen. Rheumatische Beschwerden, Taubstummheit oder Epilepsie werden mitunter simuliert. Der Erzeugung einer Bronchitis dient die Einatmung ätzend wirkender Gase, so auch der beim Verbrennen eines dicken Stückes Papier, in dem Zucker eingewickelt ist, entstehende

Qualm. Rhythmusstörungen der Herzautomatie werden durch Genuß starken Kaffees, Tees usw. erzeugt. Bekannt sind auch die Beobachtungen über Vortäuschung einer Tuberkulose, einer Anämie oder von Ödemen an Gliedmaßen. Ikterus läßt sich durch Einnahme von Pikrinsäure hervorrufen. Diese wird im Urin nach einiger Zeit als Pikraminsäure ausgeschieden, die sich folgendermaßen nachweisen läßt: Der Urin wird mit einigen Kubikzentimeter Salzsäure versetzt gekocht. Das ganze wird mit Äther ausgeschüttelt, hier hinein bringt man etwas Baumwolle und Wolle. Bei positivem Ausfall färbt sich nur die Wolle, nicht die Baumwolle.

G. E. VOIGT (Jena).

Vergiftungen.

M. Mosinger: Glandes endocrines et toxicologie. [Soc. de Med. du Travail de Provence, 29. VI. 1951.] Arch. Mal. profess. 13, 14—19 (1952).

Verf. bespricht in seiner Arbeit die Rolle, welche die innersekretorischen Drüsen bei Vergiftungen, insbesondere bei gewerblichen Vergiftungen, spielen. Unter kritischer Betrachtung der bereits in der Literatur niedergelegten Beobachtungen (BERNARD, BIGARD, JOSUÉ, SELYE u. a.) geht er auf die äußerst komplizierten Wirkungsmechanismen des endokrinen Systems bei verschiedenartigen Vergiftungen ein und unterscheidet direkte, unmittelbare („arerelative“) und indirekte, mittelbare („korrelative“) Prozesse, die verschiedene Phänomene und Vorgänge im Gefolge haben. Unter Würdigung der Funktion der einzelnen innersekretorischen Drüsen stellt er die Gesamtbeeinflussung des ganzen endokrinen Apparates in den Vordergrund und kommt zu der Forderung, bei allen Arbeitern, die bestimmten toxischen Einwirkungen ausgesetzt sind, die endokrine Reaktionsbereitschaft zu studieren. Verf. weist auf den Nutzen hin, den antiphlogistische und antisklerosierende Hormone bei der Behandlung von Berufskrankheiten haben können, erinnert jedoch auch an die Rolle des Nervensystems, die Beziehungen des endokrinen Systems zu allergischen Vorgängen und die im gewissen Umfang möglich erscheinende Verhütung von toxischen Leberkrankheiten durch Vitamine.

KREFFT (Leipzig).

Otto Prokop und Franz Schleyer: Zur Frage der vitalen Reaktion bei Säurevergiftungen. Beitrag zur pathologischen Anatomie der akuten Schwefelsäurevergiftung. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Bonn.] Frankf. Z. Path. 63, 138—142 (1952).

Ein 28jähriger Arbeiter war in seinem Betrieb in 12%iger Schwefelsäure ertrunken. Dieser außergewöhnliche Vergiftungsvorgang gab Gelegenheit, die vitalen Verätzungserscheinungen in den Atemwegen, in der Lunge, am Herzen und in der Leber zu untersuchen. Histologisch fand sich im Lungengewebe eine allgemeine starke Hyperämie einschließlich des Capillargebietes, eine Quellung der Alveolarepithelien mit Einrissen der Alveolarwände, hyperchromatisch-basophile Ring- und Halbmondbildungen der Bronchialknorpelzellen und Kernschwund im Parenchym. In der Leber zeigte sich ebenfalls eine Capillarhyperämie, sowie Vacuolisierung des Zellprotoplasmas. Durch Modellversuche konnte festgestellt werden, daß die sehr eindrucksvollen dunkelbraunen „Blutzylinder“ in den Blutgefäßen der verätzten Bezirke (einschließlich eines Kranzgefäßes), die infolge der durch die Säure bewirkten Eiweißfällung entstehen, auch postmortal auftreten können.

ROMMENEY (Berlin).

Huntington Williams, Emanuel Kaplan, Charles E. Couchman and R. R. Sayers: Lead poisoning in young children. (Die Bleivergiftung bei Kleinkindern.) [Health Dep., Div. of Chem., Bureau of Industr. Hyg., and Publ. Health Serv., Baltimore City.] Publ. Health Rep. 1952, 230—236.

Die Verf. schildern die Diagnose, Prognose und Folgen der Bleivergiftung bei Kleinkindern, die insbesondere durch das Essen von bleihaltigem Material (gefärbte Oberflächen von Spielzeug, Wänden, Bettstellen usw.) hervorgerufen wird. In vielen Teilen der USA sind derartige Vergiftungen offensichtlich noch häufig, da die Gesetzgebung z. B. der deutschen und französischen hinterherhinkt. So wurden viele Fälle in der Stadt Baltimore, insbesondere bei der Negerbevölkerung, die in alten, verwahrlosten, noch mit Bleifarbe außen und innen gestrichenen Häusern wohnen, beobachtet. Die getroffenen Maßnahmen der Erkennung und Verhütung weiterer Vergiftungen werden ausführlich besprochen. Die öffentliche Gesundheitserziehung verbunden mit dem „Bleibewußtsein“ der Ärzte der Stadt und der pädiatrischen Abteilungen, sowie ein dem städt. Gesundheitsamt angegliedertes Blutlaboratorium hat viele Fälle rechtzeitig klären können. Nach Erlaß entsprechender Vorschriften ist mit einer Ausrottung des Gebrauchs von Bleifarben und dieser Vergiftungsbilder bei Kleinkindern zu rechnen. Statistische Tabellen, 1 Lichtbild und angelsächsische Literatur.

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale).