

O. Szücs und A. Arvay: Über die Bewertbarkeit des Ammoniakgehaltes der Magenschleimhaut in der postmortalen Diagnose der Urämie. *Kisérletes Orvostud.* 1, 110—113 (1955) [Ungarisch].

Verf. überprüften in 102 Fällen die von FOSSET angegebene Methode zur Bestimmung des Ammoniakgehaltes der Magenschleimhaut an Leichen [Zbl. Path. 83, 363 (1947)], bei denen eine Urämie nicht vorgelegen hatte. Die Methode ist nur an frischen Leichen anwendbar; besteht eine vorgeschrittene Fäulnis, so muß man mit nichtspezifischen Fehlresultaten rechnen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **Klaus Papendick: Spurenelemente und Mangelkrankheiten.** (Beih. z. Archiv f. Tierernährung. H. Nr. 6.) Berlin: Akademie-Verlag 1955. 99 S. DM 12.—.

Unter dem Begriff „Spurenelemente“ sind die in der Pflanze und den Böden in geringen Mengen vorkommenden und für die Ernährung bedeutsamen metallischen Mineralstoffe wie Kobalt, Kupfer, Mangan, Eisen, Nickel, Molybdän, Zink sowie nichtmetallische wie Jod, Bor zu verstehen. Auf Grund der Forschungen der letzten Jahrzehnte sind sie zur Deutung von Mangelkrankheiten beim Stoffwechsel von Tier und Pflanze von großer Wichtigkeit und stehen damit in ihrer Wirkungsart neben den Vitaminen, Hormonen und Antibiotica. Die vorliegende, ausgezeichnete Literaturarbeit über Spurenelemente und ihre Beziehungen zu den Mangelkrankheiten beim landwirtschaftlichen Nutztier gibt Aufschluß und Anregung über die noch im vollen Fluß befindlichen Forschungen. Dem Verf. lag es hauptsächlich daran die heutigen Erkenntnisse kritisch zu sichten und außer den nahezu erschöpfenden Literaturangaben, vor allem auch Zusammenstellungen von reichlich Zahlenmaterial über Gehalte von Futtermitteln und Böden an Mineralstoffen zu veröffentlichen. Als Beiheft zum Archiv für Tierernährung wurde die Arbeit prägnant gefaßt. Dadurch erlaubt sie aber gerade dem, der sich mit diesem Forschungsgebiet neu befaßt, sich schnell und sicher darin orientieren zu können. Die einzelnen Spurenelemente sind jeweils mit einer Zusammenfassung und einem Literaturverzeichnis in getrennten Kapiteln behandelt.

BURGER (Heidelberg)

● **Kurt Stucke und Helmut Bayreuther: Die Chirurgie des Sägeunfalles.** (Hefte z. Unfallheilkde. Hrsg. von A. HÜBNER. H. 49.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. 73 S., 53 Abb. u. 29 Tab. DM 12.20.

Die interessante Monographie zerfällt in einen arbeitsmedizinischen und einen klinischen Teil. Im Rahmen des arbeitsmedizinischen Teiles werden die beobachteten Unfälle nach ihren Ursachen eingeteilt (Mängel der Maschinen, unsachgemäße Arbeitsweise, Nichtgebrauch vorhandener Schutzvorrichtungen, verminderte Leistungsfähigkeit und Selbstbeschädigung). Der Abschnitt Selbstbeschädigung ist vielleicht etwas kurz gefaßt. Er enthält eine Kasuistik von 2 Fällen ohne Wiedergabe von Einzelheiten des Befundes. Bei der statistischen Aufschlüsselung ergibt sich ein sommerliches und ein winterliches Maximum; das Tagesmaximum liegt in der Zeit um 17 Uhr. Auch das Lebensalter hat einen Einfluß; im 3. Lebensjahrzehnt besteht die größte Unfallneigung. Bei den eigentlichen Sägeverletzungen handelt es sich vielfach um den Totalverlust eines oder mehrerer Finger, doch kommen auch Längsverletzungen vor, bei denen Teile des Handrücken herausgetrennt wurden; vereinzelt ist auch die Abtrennung der ganzen Hand als Unfall bekannt und abgebildet worden; allerdings hat es sich hier um eine besonders fahrlässige Arbeitsweise gehandelt. Die Lektüre der Monographie wird erforderlich sein, wenn man sich als Gutachter gelegentlich mit Selbstverletzungen zu befassen hat.

B. MUELLER (Heidelberg)

Mario Vinci: Il fenomeno della termocoagulazione serica e le sue applicazioni nella diagnostica medico-forense. (Das Phänomen der Serumwärmegerinnung und seine Anwendung in der gerichtlich-medizinischen Diagnostik.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Napoli.] *Fol. med. (Napoli)* 38, 485—493 (1955).

Ergebnisse experimenteller Untersuchungen an Meerschweinchen, bei welchen der Tod durch Ertrinken, Rückenmarkscheidung und Leichenversenkung, Erwürgung, Erdrosselung, Einwirkung des Wechselstromes, akuter Vergiftung mit Anilinöl, Erfrierung, Hyperthermie verursacht wurde. Die Wärmegerinnungszeit des Serums und die optimale Temperatur wurden nach 1 Std, 2 und 6 Tagen nach dem Tod studiert. Es gibt keinen besonderen Unterschied zwischen

den verschiedenen Todesmechanismen mit Ausnahme des Ertrinkens, bei dem eine höhere Temperatur längere Zeit hindurch nötig ist. Die Fäulnis spielt keine Rolle. Der Verf. schreibt die Entstehung des Phänomens einer Störung (Nebennierenübersekretion) des Gleichgewichtes zwischen K- und Na-Ionen zu und erkennt seine geringe Anwendbarkeit in der gerichtlichen Medizin an.

M. PORTIGLIATTI-BARBOS (Turin)

J. A. Armstrong, D. I. Fryer, W. K. Stewart and Sir Harold E. Whittingham: Interpretation of injuries in the comet aircraft disasters. An experimental approach. (Experimentelle Untersuchungen zur Deutung der bei den Comet-Flugzeugunfällen entstandenen Verletzungen der Passagiere.) *Lancet* 1955I, 1135—1144.

Verf. kommen auf Grund der pathologisch-anatomischen und feingeweblichen Befunde an den Leichen der Passagiere, die mit den Flugzeugen vom Typ Comet am 10. 1. 54 bei der Insel Elba und am 8. 4. 54 bei Neapel verunglückten, sowie auf Grund tierexperimenteller Untersuchungsergebnisse bei der Rekonstruktion der Unfälle zu folgenden Schlüssen: 1. Die Verletzungen sind zu verschiedenen Zeiten gesetzt worden. Im Flugzeug selbst nämlich, beim Aufprall der Körper auf die Wasseroberfläche und während die Körper im Wasser schwammen. 2. Die zahlreichen Brüche des knöchernen Schädeldaches und der -basis sind im Flugzeug durch Anprall an die Innenwand der Kabine entstanden und haben in jedem Fall den Tod herbeigeführt. 3. Der Anprall gegen die Kabinenwand wurde durch heftigstes Vor- und Aufwärtsschleudern der Körper der Passagiere infolge plötzlicher Druckänderung in der Überdruckkabine hervorgerufen. 4. Die inneren Verletzungen einschließlich der Lungenverletzungen (Stauungen, Quetschungen, Zerreißen, Blutungen, Blähung und subpleurale Blasenbildung) können teilweise möglicherweise schon beim Anstoß im Flugzeuginnern entstanden sein; mit größter Wahrscheinlichkeit sind sie jedoch vorwiegend durch den Sturz der toten Körper aus großer Höhe und durch den Aufschlag auf die Wasseroberfläche bewirkt worden, worauf auch der zum Teil völlige Verlust der Kleidung zurückzuführen ist. 5. Die Veränderungen der Haut (Verbrennungen der bei Elba und Dunkelfärbungen der bei Neapel gefundenen Körper) sind durch einen brennenden Kerosinfilm auf der Wasseroberfläche, in den die Körper fielen bzw. der nach dem Sturz der Körper in die See auf diese ausgebreitet wurde, entstanden, während die Dunkelfärbungen durch stärkere Sonnenbestrahlung (MEIROWSKISCHES Phänomen) hervorgerufen wurden. — Die sehr ausführliche Darstellung, insbesondere auch die eingehende Besprechung der Tierexperimente enthält eine Fülle interessanter Einzelheiten und wertvoller Hinweise, die für die Todesermittlung in ähnlichen Fällen von Bedeutung sind. SACHS (Kiel)

Clemente Puccini: Morte per lesione dell'arteria silviana da unico pallino da caccia penetrato attraverso la cavità orbitaria. [Ist. di Med. Leg., Univ., Firenze.] *Minerva medicoleg.* (Torino) 75, 53—55 (1955).

James L. Poppen: Chronic subdural hematomas. (Chronische subdurale Hämatome.) [Dep. of Neurosurg., Lahey Clin., Boston.] *Geriatrics* 10, 49—51 (1955).

Klinische Beschreibung von 119 Patienten, die Mehrzahl über 40 Jahre alt. Häufung in der 5. und 6. Lebensdekade. In nicht ganz der Hälfte der Fälle war ein Schädeltrauma zu erheben, in 15 Fällen auch Bewußtlosigkeit. Die andere Hälfte erinnerte sich überhaupt nicht an ein Schädeltrauma oder hielt ein solches für harmlos. Es sollte stets beiderseits trepaniert werden, weil die subduralen Ergüsse häufig doppelseitig sind. Gewisse Hirnvenen werden bei älteren Leuten gegenüber Traumen für empfindlicher gehalten. Dreimal stammte die Blutung aus einem Aneurysma, 1mal aus einem Hämangiom. Bei traumatischen Hämatomen ist die Prognose gut.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

J. Warin et L. Quinet: Un cas de méningite aseptique traumatique sans blessures extérieures. [Sitzg., Luxembourg, 27.—29. V. 1953.] *Travaux du 26. Congr. Internat. de Méd. lég., Méd. soc. et Méd. du Travail de Langue franç.* 1953, 370—372.

R. Brun: Katamnestiche Untersuchungen über Verlauf und Spätfolgen von Schädel- und Gehirntraumen auf Grund eines Krankengutes von 1648 Fällen. *Z. Unfallmed. u. Berufskrh.* (Zürich) 47, 243—273 (1954); 48, 21—48 (1955).

Rogelio Lacaci: Traumatismos eráneo-encefálicos y síndromes hipotalámicos. *Rev. Med. legal* (Madrid) 10, 279—301 (1955).

P. Rottgen: Sobre las lesiones post-traumaticas de la irrigacion sanguinea del cerebro, especialmente despues de lesiones producidas en el boxeo. (Über die posttraumatischen Schäden der Gehirndurchblutung, insbesondere nach Beschädigungen beim Boxen.) [Dep. de Neurocir., Univ., Bonn.] [Neurochirurg. Abt., Univ. Bonn.] Med. españ. 34, 35—40 (1955).

Unter den posttraumatischen Hirnschäden haben in den letzten Jahren die der Großhirndurchblutung eine besondere Wichtigkeit erreicht. Fallbeschreibung: 20jähriger Amateurboxer. In seinem 74. Kampfe schwer getroffen, ohne k. o. Büste danach seine Fähigkeiten ein. Noch 4 verlorene Kämpfe, den letzten in größter Not beendet. Mehrere Stunden später tief bewußtlos in die Klinik eingeliefert. Fortschreitende Verschlechterung. Hibernation (Winterschlaf). Trotz anscheinender Besserung jedesmal Rückfall, wenn die Hibernation unterbrochen wurde. Exitus 20 Tage nach dem Kampfe. Hirnsektion: An verschiedenen Stellen winzige, subdurale, leicht abzulösende Blutgerinnsel. Weiche Hirnhäute, Cortex, subcorticale weiße Substanz, Brücke, Kleinhirn und verlängertes Mark weisen erweiterte, blutgefüllte Gefäße auf. Die Gegend um den linken Nucleus amygdalae scheinbar weicher. Mikroskopisch zahlreiche Erweichungsherde in der Rinde und in den Stammganglien. Sämtliche im 2. Stadium, doch verschiedenen Alters. Bei manchen Ganglienzellen- und Gliaschwund, bei anderen starke Gliawucherung. Zelllösung und Neurophagie nur in den hypothalamischen Nuclei. Starke Gliaproliferation umgab die Erweichungsherde. Im Dome der zweiten linken Temporalwindung mikroskopischer Kontusionsherd. — Als Ursache der beim Boxen entstandenen Hirnschäden soll dem Sauerstoffmangel vasculärer Ursache eine besondere Rolle beigemessen werden. Gewöhnlicher k. o. entstammt wahrscheinlich außer der üblichen Hirnkomotion auch reflexen vasomotorischen Ursachen wie Sinocarotisreflex und Stößen auf peripherischen reflexerregenden Zonen (Plexus solaris). Diese Störungen können gewiss bleibende Schäden erzeugen. Die Wichtigkeit und Ausdehnung der Gefäßdefekte hängen nicht nur von der Art und Schwere des Traumas ab, sondern auch von Alter, Konstitution und Traumawiederholung. Sie sind mit den Extremitätenschäden bei Erfrierungen zu vergleichen. — Genaue klinische Untersuchungen nach den Boxkämpfen ergaben bei 42,7% der Fälle deutliche pathologische Befunde, bei 20,5% leichte, doch bestimmte Befunde die noch näher aufgeschlüsselt werden.

FERNANDEZ-MARTIN (Madrid)

G. Quadbeck und H. Helmchen: Steigerung des Phosphat-Übertrittes vom Blut in das Zentralnervensystem nach schweren Gehirnerschütterungen bei der Katze. [Inst. f. Chemie, Max-Planck-Inst. f. Med. Forschg., Heidelberg.] Z. Naturforsch. 10b, 328—331 (1955).

Die Blut-ZNS-Schranke (BZS) ist normalerweise für verschiedene Substanzen, etwa Astraviolett FF, undurchlässig. Nach Gehirnerschütterung tritt dies über. Auch Cocain wird nach Schädeltrauma von der BZS nicht in dem Maße wie normal zurückgehalten. Zur Untersuchung der BZS ist Methylenblau, da seine Reduktionsgeschwindigkeit zur Leukoform beträchtlich ist, ungeeignet. P³² markiertes Phosphat erscheint deshalb geeignet, weil die Konzentration erst nach 7—10 Tagen im Gehirn einen Maximalwert erreicht. Die mit P³² durchgeführten Untersuchungen — Einzelheiten und methodische Aufarbeitung aufschlußreich — werden ausführlich beschrieben. Die nach einem Schädeltrauma im Verlauf von 24 Std übertretenden Phosphatmengen sind wesentlich größer. Die Durchlässigkeitssteigerung der BZS nach Gehirnerschütterung wird durch Rutin nicht beeinflußt. Eine Schrankenabdichtung erwies sich unter den gegebenen Bedingungen durch Ammoniumchlorid als möglich. Weitere Untersuchungen über den Phosphatübergang zwischen Blut und Liquor. Durch 2,4-Dinitrophenol wird der Phosphatübertritt nicht beeinflußt.

H. KLEIN (Heidelberg)

Cesare Dal Palu e Baldo Viterbo: Effetti cardiocircolatori del trauma cranico dopo vagotomia e somministrazione di simpaticolitici. Ricerche sperimentali. (Wirkungen des Schädeltrauma auf das Herz und den Kreislauf nach Vagotomie und Verabreichung sympathicolytischer Stoffe. Experimentelle Forschungen.) [Ist. di Pat. Spec. Med. e Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Padova.] Minerva medicoleg. (Torino) 75, 59—67 (1955).

Um vorangegangene Nachforschungen [Zacchia 27, 952 (1953)] zu vervollkommen, haben Verff. die Wirkung der Vagotomie und der Verabreichung sympathicolytischer Stoffe studiert,

die vom Mutterkorn und Hexamethonium abgeleitet sind. — Die Ergebnisse der Untersuchung können folgendermaßen zusammengefaßt werden: 1. Nach Vagotomie verursacht die Erregung der Zentren keine Rhythmusveränderungen, während Veränderungen des Blutdruckes und coronarartige EKG-Zeichen beobachtet werden. 2. Es gibt keine genaue und konstante Beziehung zwischen Blutdruckerhöhungsgrad und dem Grad der beobachteten EKG-Veränderungen: im allgemeinen bemerkt man jedoch, daß sich den höhergradigen Hypertensionen stärkere EKG-Variationen zugesellen. 3. Ein Myokardschaden (z. B. durch akute Anämie verursacht), der vor dem Trauma bestand, scheint das Auftreten wichtiger coronarartiger EKG-Veränderungen zu begünstigen. 4. Nach einer Injektion von Hexamethonium-Tartrat (10 mg intravenös) verursacht die Gehirnkompensation sofort oder gleich nach beendeter Erregung einen Abfall des Blutdruckes auf Null. Verff. besprechen zum Schluß die Bedeutung der coronarartigen EKG-Veränderungen und geben die Möglichkeit einer nicht einheitlichen Pathogenese zu.

M. PORTIGLIATTI-BARBOS (Turin)

B. Ostertag: Die Traumen der Körperachse unter besonderer Berücksichtigung der Fernwirkungen und Regulationsstörungen. [18. Tagung, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Stuttgart, 3. u. 4. VI. 1954.] Hefte Unfallheilk. 1955, H. 48, 131—138.

Darstellung von Contrecoup-Herden im Bereiche des Rückenmarkes. Bei solchen Untersuchungen empfiehlt sich eine Eröffnung des Rückenmarkes an der Leiche durch Paramedian-schnitte. Von Einzelheiten sei hervorgehoben, daß in jüngeren Lebensjahren auch Durchblutungen der in diesem Alter noch von Gefäßen versorgten Bandscheiben vorkommen. Derartige Bandscheiben neigen späterhin zur Protusion unter das hintere Längsband der Wirbelkörper, so daß auch auf diese Weise eine Einengung des Wirbelkanales zustande kommen kann. Die Bedeutung des „Hüllraumes“ wird in diesem Zusammenhang besprochen, das ist der Raum zwischen Hirn bzw. Rückenmarksoberfläche und Knochen.

B. MUELLER (Heidelberg)

K. J. Strauss: Über den seltenen Fall einer Querschnittslähmung durch posttraumatische Knorpelbildung im Periduralraum. [Chir. Klin. d. Med. Akad., Erfurt.] Ärztl. Wschr. 1955, 307—309.

M. A. Zehnder: Zerreißfestigkeit und Elastizität der Aorta. Beitrag zur traumatischen Aortenruptur. Schweiz. med. Wschr. 1955, 203—208.

Verf. setzt sich mit den Entstehungsmöglichkeiten von Aortenrupturen auseinander. Er geht von der Annahme aus, daß eine Berstung des Aortenbogens durch Überbiegung infolge Thoraxkompression zusammen mit der Schleuderung im Decelerationsvorgang stattfindet und untersucht eine Reihe von Aorten auf Zug- und Dehnungsfestigkeit der Gefäßwand nach der in der Textilindustrie standardisierten Methode mit der Schopper-Apparatur. Die hierbei ermittelten Werte liegen teilweise erheblich auseinander, abgesehen von der Altersabnahme der Festigkeit und dem proportionalen Rückgang der Zerreißtoleranz mit der Entfernung vom Herzen. Als häufigste Rupturlokalisation ist ein Querriß an der Konvexität des absteigenden Aortenschenkels anzusehen. Verf. gibt an, daß an der kritischen Stelle (Übergang vom freien Aortenbogen in die fixierte Thoraxaorta) eine Querschnittsfestigkeit von etwa 8,8 kg besteht. Er nimmt eine mittlere Zerreißfestigkeit von 800 g für einen 5 mm-Streifen aus diesem Gefäßgebiet an. Schließlich wird noch bemerkt, daß der Hinweis auf die häufigste Lokalisation der Aortenruptur eine klinische Bedeutung haben kann.

BOHNE (Frankfurt a. M.)

J. Lange und E. Mundt: Sepsis lenta aus äußeren Ursachen. [Med. Univ.-Klin., Bonn.] Z. klin. Med. 151, 493—502 (1954).

Im Zusammenhang mit der Darstellung eines Falles von Endocarditis lenta (E.l.) nach traumatischem AV-Aneurysma am Oberschenkel wird die Bedeutung des mechanischen Stress für die Entstehung der E.l. erörtert, der in einer früheren Arbeit bei kongenitalen Herzfehlern schon als wegweisend angesehen wurde. Weitere Entstehungsweisen sind unmittelbares Trauma der Herzklappen, etwa durch Perforation von außen oder die Injektion hoher Bakterien-dosen, bei der wahrscheinlich auch an intakten Klappen eine E.l. entstehen kann. Für die Bedeutung des mechanischen Faktors sprechen sowohl Versuche mit künstlich angelegten AV-Fisteln bei Hunden wie die Häufung von E.l. bei Bakterieninjektion unter gleichzeitiger Drucksteigerung im arteriellen System durch Pitressin.

SCHÖLMEICH (Marburg a. d. Lahn)^{oo}

H. Kahle: Zur Pathogenese des traumatischen Pneumothorax. [Städt. Krankenh., München-Oberföhring.] Mschr. Unfallheilk. 58, 119—123 (1955).

Nach einer Gewalteinwirkung gegen eine Halsseite entstand ein Pneumothorax auf der gleichen Seite, für den Verf. den Ausdruck „indirekt traumatischer Pneumothorax“ vorschlägt. Die Möglichkeit einer Entstehung ist nach dem Ergebnis seiner Ausführungen und der von ihm vorgenommenen experimentellen Untersuchungen dann möglich, wenn unregelmäßige Pleuraadhäsionen vorhanden sind, die auch bei indirekter Gewalteinwirkung zu einer Zerrung der Pleura führen können.

B. MUELLER (Heidelberg)

Rolf Aigner: Gangrän des Magens bei traumatischer Zwerchfellhernie. [Chir. Abt., Landeskrankenh., Müzzzuschlag.] Wien. klin. Wschr. 1955, 843.

William Burnett: Traumatic rupture of the pancreas. Brit. Med. J. No. 4928, 1455 bis 1457 (1955).

Simon Sevitt: Post-traumatic adrenal apoplexy. (Posttraumatische Apoplexie der Nebennieren.) [Path. Dep., Accident Hosp., Birmingham.] J. Clin. Path. 8, 185 bis 194 (1955).

Die erste Beschreibung der Nebennierenapoplexie soll GRISELIUS (Wien, 1670) gegeben haben. Kurzer Überblick über das bisherige Schrifttum. Bericht über 14 in einer Tabelle zusammengestellte Fälle, im Anhang 3 weitere Beobachtungen, Einteilung in totale, subtotale und partielle Apoplexie. Die ein- oder doppelseitige Blutung scheint am häufigsten bei Brust-, Bauch- oder Beckenverletzungen zu sein. Nur in einem Falle wurde eine, wahrscheinlich aber nach dem Trauma entstandene, Thrombose einer zentralen Vene gefunden. Die Häufigkeit betrug in dem untersuchten Material bei 60 Brust-, Bauch- und Beckenverletzungen annähernd 27%. In 10 Fällen wurde die Zahl der eosinophilen Leukocyten in der Milz sowie der Lipoidgehalt der Nebennierenrinde bestimmt. Die (nicht ganz einheitlichen, Ref.) Beobachtungen an Eosinophilen und Nebennierenrinde werden im Sinne einer Hyperaktivität aufgefaßt.

H. KLEIN (Heidelberg)

W. Beck: Traumatische Thrombose einer Nierenarterie mit weitgehender Infarzierung des Organes. [Path.-Bakteriol. Inst., Aachen.] Zbl. Path. 92, 260—265 (1954).

Bei einem 23jährigen Mann finden sich bei der Obduktion nach schwerem tödlichem Motorradunfall Überreste eines zweiten, 4 Monate zurückliegenden Unfallgeschehens in Form eines vernarbten Leberberrisses, eines älteren Rindenprellungsherdens im Gehirn, einer vernarbten Nebennierenruptur und einer alten Zerreißung der rechten Nierenarterie mit organisierter Thrombose und nachfolgender Nierenatrophie. Das bemerkenswerte dieses Falles besteht darin, daß sämtliche alten Verletzungen nach dem ersten Unfall unbemerkt geblieben waren und das Nierenparenchym bereits innerhalb von 4 Monaten eine so weitgehende Rückbildung erfahren hat.

HOLLE (Greifswald)^{oo}

A. H. C. Walker: A case of rupture of the bladder resulting from vaginal trauma. (Ein Fall von Blasenruptur als Folge eines vaginalen Trauma.) J. Obstetr. 61, 497—498 (1954).

Eine 29jährige, unverheiratete Patientin fiel beim Tanzen rückwärts auf einen Mikrophonständer. Sie empfand sofort einen heftigen Schmerz im Unterbauch, verbunden mit Übelkeit. — Es erfolgte sofortige Krankenhausaufnahme. Am nächsten Morgen wurde nach Bemerkenswerten blutgefärbten, vaginalen Ausflusses gynäkologisch untersucht, wobei man einen kleinen Riß rechts vor der Cervix fühlte; bei Zurückziehen des Fingers quoll Urin heraus. Bei Speculumeinstellung stellte sich eine Blasen-Scheidenfistel dar. Keine Traumazeichen am äußeren Genitale. Die Patientin war sehr schwach, die Temperatur betrug 38,0°, der Puls 120/min, der RR 130/80 mm Hg, die Zunge war trocken. Der Hauptschmerz wurde im rechten Unterbauch angegeben, wo eine allgemeine Empfindlichkeit bestand. — Bei der Laparotomie kam ein etwa 1,25 cm langer Riß am rechten Blasenfundus zur Darstellung, aus dem sich Urin entleerte. Das Peritoneum zwischen rechten Lig. rotundum und Lig. ovarico-pelvicum über der A. ilica ext. war in einem Ausmaß von etwa 2,5 cm zerrissen. — Nach typischem Verschuß unter Applikation von Penicillin und Sulfathiazolpuder Einlegen eines Foley-Katheters. Die Patientin erhielt 10 Tage lang täglich 1 g Streptomycin und 450000 E Penicillin. 3000 E Antitetanusserum waren vor der Operation gegeben. — Am 5. Tage p. op. entwickelte sich oberhalb der Crista ilica ein Absceß, bei dessen Incision sich stinkender Eiter entleerte. — Der weitere Verlauf war komplikationslos; die

Entlassung erfolgte am 24. Tage. — Der zunächst vorhandene Verdacht eines kriminellen Abortes war durch die eindeutigen Befunde widerlegt. — Kontrolluntersuchungen nach $\frac{1}{4}$ und $\frac{1}{2}$ Jahr zeigten einen vollen Operationserfolg. WEISSERMEL (Berlin)^{oo}

G. Circella: Sulle fratture del pene. (Über die Fraktur des Penis.) [Clin. Chir., Univ., Bari.] *Urologia* (Treviso), Ser. III, 2, 59—68 (1955).

Verf. berichtet über einen Fall, in dem es beim eiligen Anziehen der Hose bei dem Patienten zu einer Penisfraktur kam. Die vorhandene Erektion ging sofort zurück, gleichzeitig bildete sich ein etwa hühnereigroßes Hämatom. Im weiteren Verlaufe kam es zu blauer Verfärbung und Anschwellung des ganzen Gliedes. Nach der Einweisung in das Krankenhaus wurde das Glied eröffnet, die Blutcoagula ausgeräumt und die Corpora cavernosa mit Catgut genäht, sowie anschließend für einige Tage ein Dauerkatheter gelegt. Zu einer Hämaturie ist es zu keiner Zeit gekommen. — Verf. stellt anschließend die verschiedenen Arten von Penisverletzungen zusammen und befaßt sich insbesondere mit der klinischen Symptomatik und Behandlung. GREINER (Düsseldorf)

T. J. Constance: An experimental study of the reaction of skeletal muscle to injury. (Experimentelle Untersuchung der Reaktion des Skelettmuskels nach Verletzungen.) [Dep. of Path., Univ., Leeds.] *Austral. J. Exper. Biol. a. Med. Sci.* 33, 257—274 (1955).

Die unterschiedlichen Reaktionen des Skelettmuskels nach stumpfem Trauma, Verbrennung und unter Einwirkung verschiedener chemischer Substanzen werden unter Berücksichtigung der Zeitverhältnisse, Art und Geschwindigkeit der Regeneration beschrieben. Die Phagocytose nekrotischer Muskelfasern war nach 3 Tagen nach allen Einwirkungen vorhanden. Nach 3, 6, und 9 Tagen lassen sich eindeutige Unterschiede je nach Verletzungsart erkennen. Über die (häufig bearbeitete, Ref.) Frage der Regeneration werden keine neuen Gesichtspunkte gebracht. H. KLEIN (Heidelberg)

Karl-Heinrich Knese, Otto H. Hahne und Hans Biermann: Festigkeitsuntersuchungen an menschlichen Extremitätenknochen. [Anat. Inst., Univ., Kiel.] *Gegenbaurs Jb.* 96, 141—209 (1955).

Verf. wertet für seine Festigkeitsuntersuchungen neben eigenem Material Befunde von RAUBER und MESSERER aus. Insgesamt standen ihm 60—80 Werte zur Verfügung; diese Werte wurden nach der Methode von DAEVES und BECKEL variationsstatistisch untersucht. An regelmäßigen geometrischen Figuren werden zuerst die Flächenmomente dargestellt und die Bedeutung der Querschnittsform des Knochens erörtert. Es wird darauf hingewiesen, daß das kreisgehöhlte Dreieck in bezug auf sämtliche Flächenmomente die günstigsten Werte liefert. Auf den dreieckigen Querschnitt der meisten Knochen im Bereiche der Diaphyse wird aufmerksam gemacht. Für einzelne Knochenquerschnitte werden Trägheits- und Widerstandsmomente berechnet. Die Compactadichte auf der Länge eines ganzen Knochens wird beschrieben. Der Elastizitätsmodul und die Spannungen bei verschiedenen Belastungsformen werden im einzelnen ermittelt und die statistisch ausgewerteten Ergebnisse für die verschiedenen Knochen in Tabellen angegeben. In mittlerem Alter ist mit der größten Knochenfestigkeit zu rechnen. Die Festigkeitswerte bei Frauen liegen etwas tiefer als bei Männern. Ausgezeichnete schematische Darstellungen und Fotos beleben den im wesentlichen mathematischen Inhalt der Arbeit. Umfangreiche und erschöpfende Literaturangaben ermöglichen einen Einblick in das auf diesem Gebiet vorhandene Schrifttum. SCHWETZER (Düsseldorf)

E. Wojtek: Entzündungshochdruck durch Fettembolie. [Chir. Univ.-Klin. u. Poliklin., Greifswald.] *Medizinische* 1955, 544—545.

30jähriger Mann, Oberschenkelfraktur rechts und einige Quetschwunden nach Kraftwagenunfall. Keine Bewußtlosigkeit. Bei der Einlieferung Puls 72, Blutdruck RR 125/80. Nach Einrichtung des Oberschenkelbruches stieg die Pulsfrequenz auf Tageswerte von 108—136, der Blutdruck auf Tageswerte von 170/90 bis 240/170 und blieben mehrere Wochen in dieser Höhe. Die Carotissinusblockade brachte keine weitere Steigerung des Blutdruckes. Darin wird ein Beweis für das Bestehen eines sog. Entzündungshochdruckes gesehen. Dieser wird auf seine zufällige symmetrische Fettembolie im Kerngebiet der 9. und 10. Hirnnerven zurückgeführt. Halbschmerzen ohne lokalen Befund deutet Verf. ebenfalls mit einer bilateralen Irritation im Kerngebiet der 9. Hirnnerven. Bei der Verlegung des Kranken nach einer anderen Stelle: Wohlbefinden, Blutdruck 160/85, Puls 96. W. KRAULAND (Münster i. Westf.)

G. Säker: Fettembolie bei Verkehrsunfällen. [Neur. Klin. d. Allg. Krankenh., Barmbek-Hamburg.] Münch. med. Wschr. 1955, 625—628.

Verf. meint, daß dem so außerordentlich häufigen Vorkommen (nach anatomisch-histologischer Feststellung) der Fettembolie viel zu wenig Bedeutung von seiten der Kliniker beigegeben würde besonders bei der Beurteilung der mit Hirntrauma verbundenen schweren stumpfen Gewalteinwirkungen (Verkehrsunfälle); denn keineswegs ist nur bei den mit Frakturen der großen fettmarkhaltigen Röhrenknochen verbundenen Unfällen die FE so häufig, sondern schwere mit Quetschung des Körperfettgewebes verbundene Gesamterschütterung des Körpers bedingt solche FE oft starken Ausmaßes, wie die mitgeteilte Statistik zeigt (unter 100 letalen Verkehrsunfällen = 95 erwiesene FE-Fälle, davon 59mal massive und 36mal mäßige bis leichte FE), so daß man zu der „Faustregel“ kommen müßte, daß bei jedem schwereren Verkehrsunfall selbstverständlich eine FE mit vorläge, die man eben heute durch eine serologisch-chemische Nachweismethode am Lebenden noch nicht erfassen kann. Nach Extraktionsergebnissen sind 6—9 g Fetteinschwemmung in die Lungen noch erträglich, aber 12—20 g letal. Die klinischen cerebralen FE-Symptome (bei pulmonaler wie bei transpulmonal-peripherer und bei sog. paradoxer For. ovale apertum-FE) werden nach Verf. bei gleichzeitigen Hirnverletzungen vom Komotionssyndrom vielfach überdeckt oder als direkte Hirntraumafolge mißdeutet. Spätfolgen cerebraler und nervöser Art können bei nichtletalen Fällen auch auf cerebrale FE zurückgeführt werden. Möglicherweise kann durch hohe Dosen von Decholin und ACTH/Cortison u. ä. die FE in ihren Anfängen (wie feststellbar? Ref.) und damit vielleicht auch in ihren verderblichen Auswirkungen therapeutisch beeinflußt werden. H. MERKEL (München)

H. Fiorentini: Un cas de rupture traumatique du rectum par air comprimé. (Traumatische Mastdarmeruptur durch komprimierte Luft.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 25. IV. 1955.] Ann. Méd. lég. etc. 35, 125—126 (1955).

Durch leichtfertigen Umgang mit einem Scherzgerät, einem Gummiballon, aus dem Luft unter einem Druck von 7 kg entweichen kann, kam es bei einem 37jährigen Mann, bei dem das Gerät in der Nähe des Anus entleert wurde, zu einer pfenniggroßen Durchtrennung des Mastdarms und Entstehung eines Pneumoperitoneums, die operative Behandlung erforderlich machte. Verf. weist auf die forensische Bedeutung derartig harmlos erscheinender Scherzgeräte hin. SACHS (Kiel)

A. Stöckly: Asphyxieschäden beim Stollenbau infolge Sauerstoffverarmung der Atemluft. [Med. Abt. (gewerbeärztl. Dienst) d. Schweiz. Unfallvers.-Anst., Luzern.] Arch. Gewerbepath. 13, 584—600 (1955).

Ausführliche Beschreibung eines tödlichen Unfalles anlässlich einer Kontrollersteigung eines noch nicht vollendeten und seit längerer Zeit nicht mehr ventilierten Vertikalschachtes beim Bau einer unterirdischen Kraftwerkanlage mit kritischer Besprechung der bei den Rettungsmannschaften nachträglich aufgetretenen klinischen Beschwerden. Die Autopsie des tödlich Verunfallten ergab die Zeichen des Erstickungstodes. Anschließend bespricht Verf. ein ähnliches Unfallereignis, bei dem 3 mit Sauerstoffgeräten ausgerüstete Mitglieder einer Explorationsgruppe auf dem Rückweg aus einem teilweise eingebrochenen Wasserstollen durch unsachgemäßes Verhalten den Tod fanden. Die Autopsie des einen Verunfallten zeigte die klassischen Zeichen des Erstickungstodes. Diese Todesfälle werden auf den in den betreffenden Schächten herrschenden Sauerstoffmangel zurückgeführt. Zum Schluß wird noch ein tödlicher Zwischenfall infolge falscher Bedienung des Sauerstoffgerätes beschrieben M. LÜDIN jr. (Basel)

D. Cless und R. Anger: Erstickungstod durch Aspiration von Kinderpuder. [Kinderklin. u. Path. Inst., Stuttgart.] Kinderärztl. Prax. 22, 506—508 (1954).

Bericht über den Erstickungstod eines 10 Monate alten Säuglings innerhalb von 27 Std nach der Aspiration von Kinderpuder, der sich aus einer vollen Puderdose beim Spielen des Kindes über dessen Gesicht entleert hatte. Nachdem zunächst kein besorgniserregender Eindruck bestanden hatte, erfolgte später in der Klinik eine plötzliche Verschlechterung des Zustandes des Kindes mit den Erscheinungen einer beginnenden Aspirationspneumonie, Lungenödem und Herzversagen. Die Sektion ergab eine Ausfüllung der unteren Luftröhre und ihrer großen Äste durch gequollene Pudermassen, die bis in die Bronchiolen reichten und von Leukozyten durchsetzt waren. In therapeutischer Hinsicht wird für solche Fälle die Frage der eventuellen Wirkung einer Bronchialtoilette mit fortgesetztem Absaugen des Bronchialsystems diskutiert. Eine volle Puderdose gehört nicht in spielende Kinderhände! ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)^{oo}

V. P. Kurkovskij: Über den morphologischen Zustand des Rückenmarks und der Rückenmarksganglien bei Sauerstoffhunger. (Experimentell-morphologische Untersuchung.) Arch. Pat. (Moskau) 17, H. 1, 10—22 (1955) [Russisch].

Nach einem ziemlich ausführlichen Überblick über die ältere Literatur wird über das eigene Material und die angewandte Methode zur Erzeugung einer Hypoxie im Rückenmark berichtet. Die Versuchstiere (5 Katzen) kamen 1—3mal auf 1—2 Std in eine Barokammer, in der sie einem atmosphärischen (Unter-)Druck ausgesetzt wurden, der einer Höhe von 9000—13000 m entspricht (O_2 -Partialdruck 48,4—27,2). Unter den angegebenen Bedingungen kam es wohl zu degenerativen, teilweise reversiblen (bei nur einmaligem Aufenthalt in der Barokammer) Schädigungen im „Parenchym“, an der Neuroglia, dem Ependym des Rückenmarkes wie den Spinalganglien, es fehlen hier aber ausgedehnte Nekrosen, wie sie sich nach zeitweiliger Unterbrechung des Körperkreislaufes zur Erzeugung eines Sauerstoffhungers des Rückenmarkes einzustellen pflegen. Die gefundenen und an Hand dreier Abbildungen illustrierten Veränderungen traten zuerst im Bereich der Intumescencia caudalis auf, wo sie auch stets am stärksten waren. An zweiter Stelle folgte in dieser Beziehung die obere Rückenmarksanschwellung und erst an dritter das Brustmark. Diese Reihenfolge stimmt — wie der Autor hervorhebt — sehr gut mit klinischen Befunden bei der Höhenkrankheit des Menschen überein. HACKENSELLNER (Wien)^{oo}

W. Thorn, G. Pfeleiderer, R. A. Frowein und I. Ross: Stoffwechselfvorgänge im Gehirn bei akuter Anoxie, akuter Ischämie und in der Erholung. [Stiftg. z. Erforschg. d. spinalen Kinderlähmung, Hamburg-Eppendorf u. Inst. f. normale u. path. Physiol., Köln.] Pflügers Arch. 261, 334—360 (1955).

An trepanierten Kaninchen wurde am Gehirn durch Zuführung eines sauerstoffarmen Atmungsgases eine Anoxie herbeigeführt und auf der anderen Seite durch Anlegen einer Halsmanschette eine Ischämie. Während der Exponierung wurde das Elektrencephalogramm und das Elektrokardiogramm aufgenommen. Die Gehirne wurden nach Abschluß des Versuches nach biochemischen Gesichtspunkten analysiert. In der Anoxie stieg der Blutdruck zunächst an, fiel dann ab und stieg später trotz Fortdauer der Schädigung wieder an. Bei der Ischämie wurden Änderungen der Kreislaufgrößen von Bedeutung nicht vorgefunden. Bei der Ischämie fiel der Gehalt an Adenosintriphosphat langsam und stetig ab. Der Milchsäuregehalt stieg an. B. MUELLER (Heidelberg)

Enrico Clerici: Glicogeno epatico e degenerazione vacuolare. I. Destino del glicogeno in corso di vacuolizzazione sperimentale. II. La depolimerizzazione del glicogeno come fattore di vacuolizzazione. (Leberglykogen und Vacuolisierung der Leberzellen. I. Das Schicksal des Glykogens im Verlauf experimenteller Vakuolisierung. II. Die Depolymerisation des Glykogens und seine Rolle bei der Vacuolisierung.) [Ist. di Pat. Gen., Univ., Milano.] Sperimentale 104, 213—222 (1954).

Auf Grund von Tierversuchen mit weißen Ratten kommt der Autor zu folgenden Schlüssen: Das Verschwinden des Glykogens im Verlauf einer durch Hypoxie experimentell erzeugten Vacuolisierung der Leberzellen ist zurückzuführen auf seine Depolymerisation, nicht etwa auf eine intensivierte Glykolyse. Diese Depolymerisation stellt keinen pathogenetischen Faktor für die Bildung der Vacuolen dar. Die frühere Auffassung des Autors über das Fehlen eines Zusammenhanges zwischen Höhe des Glykogenspiegels in der Leber und dem Wesen der zur Vacuolisierung führenden Vorgänge wird dadurch bestätigt. SCHWARZ (Zürich)

Irmgård Schlicht: Experimentelle Untersuchungen über den Ablauf der Leberverfettung bei Hunger und Sauerstoffmangel. [Path. Inst., Rudolf-Virchow-Haus d. Charité, Humboldt-Univ., Berlin.] Virchows Arch. 326, 568—581 (1955).

Die verschiedenen Verfettungsarten des Leberläppchens — oft unter gleichartigen Bedingungen — werden experimentell an 203 männlichen weißen Mäusen unter dem Gesichtspunkt der Hunger- und Sauerstoffmangelwirkung geprüft. Der kontinuierliche Ablauf der Zellverfettung wurde dabei besonders zu erfassen versucht. Ein wellenförmiger Verlauf der Kurve des histologisch nachweisbaren Fettgehaltes wurde, eines der Hauptergebnisse, insofern festgestellt, als in den ersten Stunden der Fettgehalt stark ansteigend, nach 2 Tagen bei absolutem Hunger soweit zurückgegangen ist, daß meist kaum noch histologisch Fett vorhanden gewesen ist. Ein beträchtlicher Wechsel der Verfettungstypen wurde dabei gleichzeitig festgestellt. Eine

zentrale Verfettung kann nicht als charakteristisch für Hypoxämie angesehen werden. Bei der Hungerverfettung der Mausleber handelt es sich nicht um eine einfache Infiltration, ein Zusammenhang mit der Erschöpfung der peripheren Fettlager wurde nicht festgestellt. Der wellenförmige Verlauf der Kurve steigt nach 2 Tagen, nachdem innerhalb einer bestimmten Periode kein Fett mehr vorhanden war, wieder an. Die für Sauerstoffmangel als spezifisch angesehene zentrale perivasculäre Fetteinlagerung wurde teilweise auch in den Hungerstadien gefunden. Umgekehrt fanden sich im Sauerstoffmangelversuch nicht nur zentrale, sondern ebenso periphere wie intermediäre Verfettungen. Kurze Bemerkungen über die Einzellverfettung: Ursache nicht einheitlich, teilweise degenerativ, teilweise physiologisch. Mindestens bei der Maus ist es demnach nicht möglich, aus bestimmten Formen der Leberverfettung eine pathogenetische Deutung im klassischen Sinne beizulegen. Beim absoluten Hungerzustand wurden verhältnismäßig häufig zentrale Nekrosen gesehen.

H. KLEIN (Heidelberg)

Gyula Inze e László Harsányi: Dimostrazione del plancton nelle arterie della pia madre in casi di annegamento. [Ist. di Med. Leg., Univ., Budapest.] *Zacchia* 30, 129—134 (1955).

Verff. finden bei Ertrinkungsfällen Diatomeen auch im Gefäßnetz der weichen Hirnhaut und der Hirnrinde in erheblicher Anzahl.

B. MUELLER (Heidelberg)

Aldo De Bernardi: Particolare reperto di lesioni ossee sul cadavere di un annegato. (Besonderer Befund knöcherner Verletzungen in der Leiche eines Ertrunkenen.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Torino.] *Minerva medicoleg.* (Torino) 75, 85—87 (1955).

Kasuistische Mitteilung: Bei einer Wasserleiche aus dem Po wiesen beide Oberschenkelknochen zahlreiche (5 rechts, 11 links), quere, gleichlaufende, naheliegende, glatte, 1—4 mm tiefe Furchen auf, welchen nur eine kleine senkrechte Wunde entsprach; sie wurden durch längere Reibung gegen die Rechen einer Dammschleuse verursacht. M. PORTIGLIATTI-BARBOS (Turin)

Henry C. Freimuth and Henry E. Swann jr.: Plasma specific gravity changes in sudden deaths. Observations with specific reference to drowning. (Veränderungen des spezifischen Gewichtes des Plasma bei plötzlichen Todesfällen. Beobachtungen mit besonderer Berücksichtigung des Ertrinkungstodes.) *Arch. of Path.* 59, 214—218 (1955).

Verff. stützen sich auf 80 Fälle von Ertrinkungstod und 80 Fälle mit verschiedenen, größtenteils gewaltsamen Todesursachen. Auf Grund von früheren Erfahrungen halten Verff. die algebraische Differenz des spez. Gew. vom Blutplasma aus dem linken und rechten Vorhof für zuverlässiger als andere Verfahren, z. B. die Bestimmung der Plasmachloride. Bei Hämolyse des Blutes ist eine Korrektur der Werte nach Bestimmung des Hämoglobingehaltes nötig. Bei dem Ertrinkungstod waren so in allen Fällen negative Werte festzustellen (vor der Korrektur eine Ausnahme); bei den Kontrollfällen blieben in 45 Fällen die Differenzen trotz Korrektur negativ. Es wird vermutet, daß dies seine Ursache entweder in agonalen oder postmortalen Vorgängen hat, z. T. infolge des so häufig festzustellenden Lungenödems. Eine positive Differenz zwischen den Werten aus linken und rechten Vorhof spricht gegen den Ertrinkungstod. Die Ergebnisse sind aus 2 Tabellen zu entnehmen; unter anderem ist leider das Leichenalter nicht angegeben.

KRAULAND (Münster i. Westf.)

Wolfgang v. Nathusius: Zur Therapie der allgemeinen Unterkühlung. *Medizinische* 1955, 282.

Verf. schildert Beispiele aus russischer Gefangenschaft. Dystrophische Gefangene, die bei einer Außentemperatur von -45°C an Öfen von Ziegeleien bei $+75^{\circ}\text{C}$, also bei einem Temperaturunterschied von 120°C arbeiten mußten, erlitten häufig tödliche Kreislaufkollapse. Gut genährte Gefangene, die in gebirgigen Gegenden einem Temperaturunterschied von 40° ausgesetzt waren, vertrugen den Temperaturwechsel viel besser.

B. MUELLER (Heidelberg)

I. F. Šenger: Die Rolle des Nervensystems in der Entwicklung der pathologischen Veränderungen in den Lungen bei Abkühlung eines Tieres. *Arch. Pat.* (Moskau) 17, H. 3, 41—44 (1955) [Russisch].

Versuche an 140 weißen Mäusen: durch 3—24stündigen Aufenthalt bei Temperaturen von $0-3^{\circ}$ entstehen häufig Pneumonien. Durch Entfernung des Halsympathicus wird die Anzahl der Pneumonien herabgesetzt, dasselbe bewirkt auch eine Hypophysektomie. Nach einer intra-

venösen Einspritzung von 0,15—0,25 g einer 0,1%igen Lösung phosphorsauren Histamins kommt es bei Abkühlung ebenfalls nicht zur Pneumonie. Der Verf. meint, daß die Pneumonie bei Abkühlung einen Reflex darstellt, dessen efferente Bahn die sympathischen Halsnerven und dessen Zwischenglied die Hypophyse darstellt.
M. BRANDT (Berlin)

G. Joppich und H. Schäfer: Unterkühlung bei Frühgeborenen. [Univ.-Kinderklin., Göttingen u. Kinderklin., Freie Univ., Berlin.] Dtsch. med. Wschr. 1955, 73—75.

Die Beobachtung, daß Frühgeborene (Fg) häufig nicht im Stadium der Untertemperatur, sondern erst nach Erwärmung starben, gab neben den theoretischen Erwägungen über die relativ bessere Verträglichkeit der Unterkühlung bei Fg den Anlaß, 45 Fg, die unterkühlt aufgenommen wurden, ohne zusätzliche Wärmezufuhr zu pflegen. — Diese Fg wurden in einer Decke eingewickelt in ein Körbchen gelegt und mit Wolldecke und Federbett bedeckt. Wärmflaschen wurden dann zugelegt, wenn die Körpertemperatur unter 32° C zu sinken drohte. Verff. betonen, daß auf diese Weise keine der früher oft beobachteten Überhitzungen auftraten. Bemerkenswert ist in den mitgeteilten Kurven der langanhaltende Gewichtsstillstand bei den so gepflegten Fg. Stabile Temperaturen zwischen 36 und 37° C wurden bei der Mehrzahl der Fg in der 4. Lebenswoche erreicht. — Die Sterblichkeit lag mit 7 von 45 niedriger als bei 527 Fg (30%, 1952 und 1953, Berlin und Göttingen), allerdings hatten 3 der 6 autopsisch untersuchten Todesfälle seltener beobachtete bakterielle Komplikationen (1mal Pyocyaneus-Meningitis, 1mal abscedierende Pneumonie und 1mal mykotische Bronchopneumonie), wobei offengelassen wird, ob durch die passive Unterkühlung die biologischen Abwehrfunktionen verändert werden. Die Verff. folgern, daß es anscheinend vorteilhaft sei, unterkühlte Fg nicht zu erwärmen.

GLEISS (Düsseldorf)°°

R. Campell: Sonnenstich und seine Folgen. Arch. Gewerbepath. 13, 412—418 (1955).

Ausgangspunkt bildet ein von CAMPPELL genau beobachteter Fall sowie Erfahrungen, die er an zahlreichen nichttödlichen Fällen machen konnte. Beim Sonnenstich stehen die zentralen, beim Hitzschlag die Herz- und Zirkulationsstörungen im Vordergrund. Symptomatologie: Kopfschmerz, Schwindelgefühl, dann Übelkeit, Erbrechen. Bei weiterer Bestrahlung: Frösteln, Temperatursteigerung. Brechreiz nimmt zu, es folgen Benommenheit, Muskelzuckungen, Nackenstarre. Kopfschmerz wird rasant. Apathie, Bewußtlosigkeit, Koma nur in sehr schweren Fällen. Eventuell Tod unter Cheyne-Stokes. Die schweren Störungen machen sich also erst Stunden bis Tage nach Aufhören der Insolation geltend. Wichtig ist die richtige Deutung der ersten Symptome zur Verhinderung weiterer Bestrahlung. Therapie: Bettruhe, Eisbeutel, Schmerzstillung (Suppositorien), Alkoholverbot, viel Schlaf. Rekonvaleszenz kann Wochen dauern. Sektionsbefunde selten (Gehirnpurpura, Nekrosen im Capillarbereich des Markes, Blutungen in die Gehirnschubstanz, Hirnschwellung). Zum Schluß prophylaktische Hinweise einschließlich Augenschutz.
SCHWARZ (Zürich)

Georg Dambow: Der medizinische Nachweis des Hitzschlages. Medizinische 1955, 1189—1190.

Werner Baerlocher: Beitrag zum Problem der Wärmestauung und des Hitzschlages. [II. Chir. Abt., Bürgerspit., Basel.] Praxis (Bern) 1955, 457—465.

Nach eingehender Erörterung der physiologischen Probleme des Wärmehaushaltes, d. h. der Wärmeproduktion, der Wärmeabgabe und Regulation werden 3 Hauptgruppen von Hitzserkrankungen unterschieden: die Hitzeerschöpfung mit Kollaps, Bewußtlosigkeit, niedrigem Blutdruck und unregelmäßiger Atmung. Der eigentliche Hitzschlag mit vorwiegend zentralen Störungen, häufig verbunden mit Erregungszuständen und schließlich die tonisch-klonischen Hitzekrämpfe, ausgelöst durch zu reichliches Trinken und Überlastung des Magen-Darmkanals. Als Folgen der Wärmestauung an Herz und Kreislauf werden erwähnt: Vermehrung der Durchblutung der Haut, Senkung des Blutdruckes, Pulsfrequenzsteigerung und relative Verminderung der Blutkörperchenzahl infolge Füllung der erweiterten Gefäße durch eiweißhaltige Flüssigkeit in Form von Schweiß. Durch die Wasserabgabe des Organismus erfolge eine Mehrbeanspruchung des Herzens. Entsprechende EKG-Untersuchungen ergaben neben Arrhythmien T-Abflachungen, Senkungen der Endschwankung und positive P-Zacken. Infolge der vermehrten Atemtätigkeit werde mehr Kohlensäure abgegeben als Sauerstoff aufgenommen, besonders da die Sauerstoffbindungsfähigkeit des Blutes bei erhöhter Temperatur vermindert ist. Bezüglich des Wasser- und Salzhaushaltes wird erwähnt, daß neben einem Verlust von Wasser auch eine Veränderung des Salzgehaltes zu erwarten ist. Der Befund bei der Sektion ist uncharakteristisch, es kommen

sowohl petechiale Blutungen als auch Veränderungen am Organparenchym vor. Bezüglich der Ursache des Hitzschlages werden außer der individuellen Voraussetzung die Witterungs- und klimatischen Verhältnisse erwähnt, so vor allem das Hitzebad, die Arbeit in trockener Wärme und Arbeitsleistung in unbewegter Luft. Auch der Hitzschlag im Operationssaal durch eine Wärmestauung, besonders bei den Narkotisierten, sei nicht selten, wobei auch präoperativ und intraoperativ gegebene Belladonna-Alkaloide eine Bedeutung haben sollen. Nach einer nochmaligen Zusammenstellung der Symptomatologie des Hitzschlages wird die Prophylaxe, vor allem im Rahmen der arbeitshygienischen Problematik durch Verbesserung entsprechender Arbeitsbedingungen, in bewegter Luft, Verlegen der Arbeit in die Morgen- und Abendstunden, im Freien und Vermeidung der alkoholischen Getränke erwähnt. Hinsichtlich der Therapie wird hervorgehoben, daß grundsätzlich die Zufuhr von Kochsalz und Flüssigkeit notwendig sei. Eine Kontrolle des Kochsalzgehaltes und der Wärmeabgabe durch die Nieren wird für erforderlich gehalten, außerdem die Verwendung von Kreislaufmitteln, Cardiazol, Coffein und Coramin. Bei schweren Erregungszuständen wird eine symptomatische Behandlungsfolge empfohlen. PETERSON

Johann-Georg Detmold: Schwere Hirnschädigung nach Verbrennung. [Univ.-Kinderklin., Göttingen.] *Ärztl. Wschr.* 1955, 831—833.

Etwa 25 Std nach ausgedehnter Verbrühung eines 1½ Jahre alten Knabens kam es zu Krampfanfällen und weiteren Anzeichen einer organischen Hirnerkrankung. Die später durchgeführte Untersuchung ergab einen Hydrocephalus externus und internus, der nach dem Ergebnis sorgfältiger Erhebungen vorher nicht recht bestanden haben konnte. Verf. führt die Veränderungen auf eine Hypoxämie des Gehirns infolge Stase in den Gefäßen nach der Verbrennung zurück; bisher ist derartige noch nicht beobachtet worden.

B. MUELLER (Heidelberg)

Wolf Wittels: Lebensbedrohende Melaena bei einem schwerverbrannten Kleinkind. Ein Beitrag zur Pathogenese und Therapie. [Univ.-Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Wien.] *Wien. klin. Wschr.* 1955, 418—420.

Es wird der Krankheitsverlauf einer Verbrennung von 20% der Körperoberfläche bei einem 1½-jährigen Jungen geschildert. Am 3. Tag nach der Verbrennung, nachdem die Schockphase durch entsprechende Infusionstherapie bereits komplikationslos überstanden war, trat eine 6 Tage dauernde heftige Melaena auf, die durch täglich mehrmalige Entleerung von voluminösen breigen bis dünnflüssigen Teerstühlen gekennzeichnet war. Durch Anwendung von Haemostyptica (Clauden, Sangostop, Strychnon, Retroplacentarserum, Topostasin, Vitamin C und K) bei Fortsetzung der Infusionen konnte die Blutung aus dem Magen-Darmtrakt zum Stehen gebracht und der lebensbedrohliche Zustand überwunden werden. Der anschließende Heilungsverlauf war glatt. Blutungen aus dem Magen-Darmtrakt bei Verbrennungen sind eine seltene, aber schwere Komplikation. Die pathologisch-anatomischen Befunde der bisher im Schrifttum mitgeteilten Fälle zeigen, daß die Blutungen überwiegend als akut entstandenen Ulcera des Duodenums erfolgen. Der ätiologische Zusammenhang dieser Ulcera mit der Verbrennung wird heute nicht mehr bestritten. Dagegen ist die Pathogenese der Ulcera noch nicht geklärt. Die zum Teil auf tierexperimentelle Ergebnisse sich stützenden Hypothesen vermuten einen neurogen-spastischen Wirkungsmechanismus oder eine Andauung der Schleimhaut, welche durch die Kongestion der Blutgefäße für die Verdauungssäfte angreifbar gemacht wird. Neuerdings wird auch die Stresstheorie SELYES mit der Annahme einer Hypoadaptation des Organismus auf den Stress als Erklärung herangezogen. Verf. nimmt an, daß auch bei diesem Kind die Blutung vom Duodenum ihren Ausgang nahm. Von den 37 bisher aus dem Krankengut der Wiener Universitätsklinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten veröffentlichten Fällen von schwerer Verbrennung mit Melaena war dieses Kind der erste Patient, der dieses Ereignis überlebte.

REIDENBACH (Heidelberg)^{oo}

Lars Torell, Olof Norlander and Bengt Johanson: Red cell destruction in burns. With special reference to changes in the endogenous formation of carbon monoxide. (Erythrocytenzerstörung nach Verbrennungen. Mit besonderer Berücksichtigung des Wechsels in der endogenen Entstehung von Kohlenmonoxyd.) [Dep. of Surg., Dep. of Clin. Physiol., Dep. of Clin. Biochem. and Dep. of Anesthesiol., Karolinska Sujukh., Stockholm.] *Acta chir. scand.* (Stockh.) 109, 158—168 (1955).

Die bei 8 Fällen von mehr oder weniger ausgedehnter Verbrennung unter Berücksichtigung der Ausdehnung der Verbrennung, ihres Zeitpunktes, des Körpergewichtes, des Gesamt-Hb,

Hb in 100 ml Blut, Gesamtblutvolumens, Transfusionen, Proteingehaltes des Serums, Gesamtplasma-proteingehaltes bestimmte CO-Hb im Serum ergibt eine Reihe aufschlußreicher Feststellungen. Nach Verbrennungen wurden regelmäßig zwischen 0,5—1,25% CO-Hb nachgewiesen. Diese kann durch Transfusionen aufrechterhalten werden. Einzelheiten, meist unter klinischen Gesichtspunkten, im Original einzusehen.
H. KLEIN (Heidelberg)

Kentaro Shimizu, Koichi Ishikawa, Toho Sato, Tadashi Sugiyama, Shigenobu Takayama, Hiroshi Furuya and Mosuke Ono: *Studies on the Bikini victims*. [55. Ann. Meet., Kyoto, 2.—5. IV. 1954.] Jap. J. Surg. Soc. 56, S. 3 engl. Zus.fass. (1955) [Japanisch].

Åke Nyström: *Über Schäden am zentralen Nervensystem bei elektrischen Unfällen (im Anschluß an einen beobachteten Fall von Encephalopathia electrica)*. Sv. Läkartidn. 1955, 569—572 [Schwedisch].

Ein 20jähriges Mädchen, das ungefähr 1 min lang einem 127 V-Wechselstromdurchgang von einer in die andere Hand ausgesetzt war. Es trat eine 1stündige Bewußtlosigkeit ein. Die unmittelbar daran anschließende neurologische Routineuntersuchung ergab keinerlei Abweichungen. Einige Tage später begann die Patientin über Kopfschmerzen zu klagen, gleichzeitig fühlte sie sich unruhig und rastlos, und zeigte wiederum einige Tage später deutliche Zeichen einer depressiven Verstimmung. Ihre Arbeit konnte sie nicht fortführen und bedurfte in den folgenden 2 Jahren nahezu regelmäßiger klinischer und poliklinischer Behandlung sowohl von psychiatrischer wie berufsmedizinischer Seite. Ein EEG wurde angefertigt und wies grob-pathologische Veränderungen mit Zeichen für einen Occipitalfocus auf. Encephalographie konnte leider nicht durchgeführt werden. Bei späterer Kontrolle traten die EEG-Veränderungen immer mehr zurück, gleichzeitig besserten sich die Kopfschmerzen und die psychischen Abweichungen. Und ungefähr 3 Jahre danach war sie wieder völlig beschwerdefrei und arbeitsfähig. An dem Vorliegen einer Encephalopathie war nicht zu zweifeln. Sie wird als Encephalopathia electrica bezeichnet.
PIPKORN (Göteborg)^{oo}

Emilio Sartorelli: *Emisindrome piramidale da elettrocuzione*. (Pyramidale Hemiparese durch Elektrounfall.) [Centro di Studi e Ricerche sulle Mal. Prof. sotto il Patron. d'INAIL, Clin. d. Lav. „L. Devoto“, Univ., Milano.] Med. Lav. 46, 474—479 (1955).

Nach allgemeinen Hinweisen auf Störungen des ZNS durch elektrischen Strom, die meist dem Typ einer Hirnerschütterung entsprechen, wird ein Fall mit Pyramidensymptomen im Anschluß an die Einwirkung eines Wechselstromes von 160 Volt beschrieben. Der Strom war von der linken Hand zur rechten geflossen. Das Fehlen von Strommarken wird darauf zurückgeführt, daß der 45 Jahre alte Bakelitpresser an den Händen schwitzte. Mit der linken Hand hatte er zufällig den Leiter erfaßt, die rechte Hand an der Metallpresse. Der Strom wirkte 2—3 min ein ohne daß der Mann die Hand vom Draht zurückziehen oder um Hilfe rufen konnte. Als die Presse die Temperatur von 150° erreichte wurde der Strom automatisch unterbrochen, worauf der Arbeiter zu Boden stürzte und für einige Minuten das Bewußtsein verlor. Hernach Muskelzittern, Kopfweh, Schwindel, motorische Schwäche, besonders in den rechten Gliedern, doch wollte der Mann $\frac{1}{4}$ Std nach dem Unfall die Arbeit wieder aufnehmen, die nervösen Beschwerden, Verwirrung, Kopfweh, motorische Schwäche und Trübung des Sensoriums nahmen indes wieder zu. Im Krankenhaus besserte sich der Zustand und auch das CLAUDE-BERNARD-HORNERSche Syndrom bildete sich zurück. Einen Monat nach dem Unfall bestand nur noch mäßige motorische Schwäche der rechten Hand. Neben Vitamin B und Nervenstärkungsmitteln wurden zur Behandlung der rechten Gliedmaßen galvanische Ströme angewendet. Die Parese führt der Autor eher auf zirkulatorische Störungen (Hirnödem, kleine punktförmige Blutungen und Gefäßspasmen) mit zahlreichen kleinen Schädigungen als auf eine einzige lokalisierte Veränderung der Pyramidenbahn etwa durch eine Blutung oder Thrombose zurück.
HOLZER (Innsbruck)

U. Gottstein und O. Wilcke: *Untersuchungen über die Wirkung von Gleich- und Wechselstrom auf den Kreislauf und die Coronardurchblutung*. [Physiol. Inst., Univ., Heidelberg.] Z. exper. Med. 125, 331—344 (1955).

Bei Versuchen an Hunden (die Versuchsanordnung muß im Original nachgelesen werden) war beim Stromweg Vorderlauf-Hinterlauf ein größeres Absinken des coronaren Stromvolumens

zu beobachten als beim Stromweg Vorderlauf-Vorderlauf und Hinterlauf-Hinterlauf (Gleichstrom). Bei Wechselstrom ergaben sich diese Durchblutungsstörungen nur beim Stromweg Vorderlauf-Hinterlauf.

B. MUELLER (Heidelberg)

Friedrich Ernst Schmengler und Dorle Seiler: Über Leberveränderungen nach Hungerdystrophie. [I. Med. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.] *Med. Klin.* 1955, 805—807.

Heinz-Harro Rauschelbach: Zur versorgungsrechtlichen Beurteilung der Spätheimkehrer, unter besonderer Berücksichtigung der Dystrophiefolgezustände. [Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. u. Neurol. Abt., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.] *Medizinische* 1954, 1678—1682.

Die Arbeit bringt Richtlinien darüber, unter welchen Voraussetzungen man bei der versorgungszärztlichen Begutachtung aufgetretene hirnatrophische Prozesse auf im Kriege oder in der Gefangenschaft entstandene alimentäre Dystrophien zurückführen könne. Auch die Frage des psychischen Traumas wird berührt, wobei Verf. sich dafür einsetzt, es in Ausnahmefällen anzuerkennen.

B. MUELLER (Heidelberg)

H. Ollivier, G. Bobis et F. Robert: A propos d'un cas de suicide par fusil de chasse. (Selbstmord mit einem Jagdgewehr.) [Chaire de Méd. lég., Fac. de Méd. et Laborat. Interrég. de Pol. Sci., Marseille.] [Séance, 11. VII. 1955.] *Ann. méd. lég. etc.* 35, 210—213 (1955).

Ein 66jähriger Bauer wurde tot aufgefunden, neben ihm ein doppelläufiges Hammerless-Jagdgewehr mit abgeschossenem linken Lauf (keine Kaliber-Angabe), ein zweites blutbeflecktes Gewehr in geringer Distanz. An der Vorderseite der Kleidung zu den Füßen weisende, an der rechten Gesichtseite zum Hinterhaupt hinweisende Blutabrinnsuren. Einschuß (30—35 mm Durchmesser) unter dem Kinn, Schmauchablagerung. Ausschuß an der linken Gesichtseite (Jochbeingegend), abgeirrte Schrote (Röntgenaufnahme) in der linken Nasopharyngeal- und Orbitalgegend und im Schädeldach. Aus dem Verlauf der Blutabrinnsuren wird auf Lagewechsel während der Agonie und auf kurzdauernde Handlungsfähigkeit nach dem Schuß geschlossen. Auf gleichartigen Fall (PIÉDELÈVRE) wird verwiesen.

ABELE (Münster)

Bernhard Steinberg: Gunshot wounds. (Schußwunden.) [Laborat. and Inst. of Med. Res., Toledo Hosp., Toledo.] [Seminar of Ohio State Coroner's Assoc., Toledo, 21.—24. V. 1954.] *Arch. of Path.* 59, 263—268 (1955).

Kurze Übersicht der bekannten Feststellungsmöglichkeiten von Schußentfernung, Ein- und Ausschuß, Auftreffwinkel, Kaliber, ante- oder postmortem-Verletzung. Einteilung der Schußentfernung: 1. Contact; 2. Close distance (bis 15 cm); 3. Intermediate distance (von 15—36 cm); 4. Long distance. Bei jedem Tod durch Schußverletzung ist eine vollständige Sektion zu fordern.

Gg. SCHMIDT (Erlangen)

J. A. Churchman: Gewinnung von Vergleichsgeschossen. *Internat. kriminalpol. Rev.* 10, 109—119 (1955).

Nach einigen historischen Betrachtungen über das Thema werden 2 Auffangapparaturen beschrieben. Einmal ein Behälter für trockene Stoffe (Baumwollabfälle oder ölgetränktes Sägemehl), andererseits eine Einrichtung zum Auffang in Wasser. Illustrierte Erklärungen und Maßskizzen sind beigegeben. Alle 3 Möglichkeiten sollen Vergleichsgeschosse unbeschädigt auffangen, gleich, aus welchem Metall das Geschöß besteht. Die Methode eignet sich für kurze Distanzen, besonders gut für Pistolen und Kleinkaliberwaffen. (Versuche mit Schaumgummi oder Polyamidwatte wurden nicht durchgeführt, Ref.)

K. BOSCH (Heidelberg)

E. Menninger-Lerchenthal: Plötzliches Ergrauen der Haare durch Schreck. *Wien. Arch. f. Psychol.* 5, 73—90 (1955).

Unter Benutzung eines selbst beobachteten, bereits früher im Schrifttum mitgeteilten Falles berichtet Verf. über etwas mehr als 20 einschlägige Vorfälle aus dem Schrifttum. Sie sind mehr oder minder gut fundiert. Der Anlaß zum plötzlichen Ergrauen, das sich mitunter aber auch über Stunden hingezogen haben mag, waren Schädeltraumen oder schwere Gemüterschütterungen oder psychotische Jaktationen. Das zunächst weiße Haar wurde später vielfach wieder grau. Die mitgeteilten Beobachtungen halten freilich nicht jeder Kritik stand. Verf. vertritt aber die Auffassung, daß das Erstaunen der Umgebung über die unerwarteten Haarveränderungen vielfach so charakteristisch geschildert werde, daß man die Richtigkeit vieler Fälle nicht

abstreifen könne. Klinisch gut beobachtet ist ein von H. HOFF mitgeteilter Fall, bei dem ein Bergmann plötzlich mit Kopfschmerz und Bewußtlosigkeit ergraute und späterhin Schüttelfrost, Fieber und Durst hatte. Nach Gesundung erlöschende Libido und Potenz und starke Gewichtsabnahme. Der Zustand wird als Encephalitis gedeutet. In der Zeit des Beginns der Krankheit wurde das Kopfhaar plötzlich weiß, so daß Kameraden, die den Kranken besuchten, ihn zunächst nicht erkannten, und seine Frau, als sie ihn erblickte, vor Schreck das Wasserglas aus der Hand fallen ließ. Im Laufe eines Monats entfärbten sich auch die übrigen Körperhaare, die früher dunkle Körperhaut und die früher dunklen Augen wurden hell. Verf. neigt der Auffassung zu, daß solche Pigmentverluste mit hormonellen Störungen der Hypophyse und der Nebennieren zusammenhängen. Exakte Untersuchungen nach dieser Richtung hin liegen jedoch nicht vor.

B. MUELLER (Heidelberg)

Vergiftungen

● **Sven Moeschlin: Klinik und Therapie der Vergiftungen.** 2. neubearb. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1956. XI, 521 S. u. 64 Abb. Geb. DM 59.—.

Das vorzugsweise auf den Kliniker ausgerichtete, beliebt gewordene Werk ist nunmehr in 2. vermehrter Auflage erschienen. Hinzugekommen sind Angaben über Giftwirkung von Vitaminen, Hormonen, Antibiotica, Insektiden u. a. Die Insecticide von Art der Wirkung des E 605 sind unter der Bezeichnung Cholinesterase-Blocker zusammengefaßt worden. Die Darstellung ist knapp, die pathologisch-anatomischen Veränderungen werden kurz und prägnant zusammengefaßt, Klinik und Therapie stehen naturgemäß im Vordergrund. Die Nachweismethoden werden nur gestreift. Literatur ist nicht gerade erschöpfend (was angesichts des Umfangs des toxikologischen Schrifttums fast unmöglich wäre) zitiert worden, aber immerhin soweit, daß der Leser beim Suchen von Literatur weiterkommen kann. Spezielle gerichtsmedizinische Belange werden hier und da gestreift, z. B. bei der Alkoholvergiftung; doch ist hier die in der Tabelle gegebene Darstellung allzu schematisch. Das Buch wird als Nachschlagewerk allen denen gute Dienste leisten, die sich als Kliniker, Toxikologen, Psychiater, Gerichtsmediziner und Pathologen mit Vergiftungen zu beschäftigen haben.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Ludwig Teleky: Gewerbliche Vergiftungen.** Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. VIII, 414 S. u. 16 Abb. Geb. DM 69.—.

Die ursprünglich wohl als Handbuchabschnitt geplante Darstellung läßt die große Erfahrung, die der Autor seit langen Jahren auf diesem Gebiet besitzt, nicht nur in sachlicher Hinsicht, mehr noch in der durchdachten Beschränkung auf die wichtigsten Gesichtspunkte erkennen. Wenn auch einzelne Vergiftungen (Blei, Phosphor, Quecksilber, Arsen) in den letzten 50 Jahren bedeutend zurückgegangen sind — 1900 in England: 1058, 1953 nur noch 52 gemeldete Fälle von Bleivergiftungen; 1900: 22, 1953 4 Fälle von Arsenvergiftung — so sind auf anderen Gebieten, etwa der CO-Vergiftung oder der Schädlingsbekämpfungsmittel neue Substanzen in den Vordergrund getreten. Das Schrifttum über DDT, Benzolhexachlorid = Lindan, Chlordan, Aldrin, Dieldrin, Gammexan sowie Dichlorbenzol und Pentachlorphenol wird einschließlich der organischen Phosphorverbindungen ausführlich, unter kritischer Stellungnahme — vor allem zu zweifelhaften Fällen — berücksichtigt. Auch die in Gewerbebetrieben selteneren Vergiftungen mit Toluylendiamin, Chloranilin, Nitronaphthalin, 5-Chlororthotolidinhydrochlorid, Paraphenyldiamin, 2-Chlor-1,3-butadien, Orthotrikresylphosphat und Äthylenglykol werden unter Berücksichtigung auch neuerer Arbeiten, ohne daß der Zusammenhang mit älteren Darstellungen vollkommen unterbrochen wird, behandelt. Der Sachkenner einzelner Gebiete, etwa über Glykole, wird mit der Kürze verschiedener Abschnitte — die gerade ihm besonders wichtig erscheinen — kaum einverstanden sein, doch wird er berücksichtigen müssen, daß eine zusammenfassende Darstellung nur die wichtigsten, nichtspeziellen Fragestellungen berücksichtigen kann. Die Monographie wird zur einschlägigen Unterrichtung für lange Zeit von Wert sein.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Blutalkohol bei Verkehrsstraftaten.** Gutachten des Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes, Redig. u. Komment. von WERNER BORGMANN. Bielefeld: Kirschbaum-Verlag 1955. 64 S. DM 1.60.

Ausgelöst durch das Ergebnis der „Bonner Blutalkoholversuche“ vom Januar 1954 und auf Veranlassung des Herrn Bundesministers der Justiz wurde zu 4 gestellten Fragen durch eine Kommission von wissenschaftlichen Mitarbeitern ein Gutachten mit folgenden wichtigen Ergebnissen erstattet: Die richtige, mit Kontrolluntersuchungen von Alkoholestlösungen durchge-