

**Stelzner, Helene Friederike:** Über geistige Entwicklung und körperliche Gefährdung weiblicher Zöglinge. Mitt. dtsh. Ges. Bekämpfg Geschl.krkh. 28, 54—59 u. 74—81 (1930).

Unter den Fürsorgezöglingen findet sich eine große Anzahl mit bemerkenswerten psychischen Abweichungen. Verf. mußte 2% ihrer Zöglinge wegen geistiger Störungen in geschlossenen Anstalten unterbringen. Am genauesten durchforscht sind die schwachsinnigen Zöglinge. Sie sind in der Anstalt leicht zum Guten lenkbar und ohne die große Triebkraft der Psychopathen. Als feststehende Gruppe unter den Schwachsinnigen erwähnt Stelzner die kongenital-syphilitischen. Sehr zahlreich sind auch die Psychopathen; unter ihnen versteckt sich oft das Schizothyme und Cycloide in seinen verschiedenen Graden. Bemerkenswert sind die Beobachtungen der Verf. über das Vorkommen von Geschlechtskrankheiten, die bei den psychisch Abnormen um etwa 13—14% gegenüber den Normalen überwiegen. Die höchste Zahl der venerisch Infizierten finden sich bei den Schwachsinnformen und den mit Schwachsinn verbundenen Psychopathien. Die verschiedenen Psychopathien ohne Schwachsinn stehen, was den Erwerb der Geschlechtskrankheiten anbetrifft, allgemein hinter den Zahlen der Schwachsinnigen zurück. Die Stimmungsschwankungen der körperlich als Pykniker gekennzeichneten Manisch-Depressiven geben häufig den Anstoß zum Erwerb von Geschlechtskrankheiten ab. Gefährdet sind aber auch gesunde Zöglinge, deren körperliche Kraft und Gesundheit sie nicht ruhen läßt. Die allgemeine Herabsetzung der Zahl der syphilitischen Infektionen in der Gesamtbevölkerung wirkte sich auch bei den Fürsorgezöglingen in günstigem Sinne aus.

Többen (Münster i. W.).

**Többen, Heinrich:** „Subjektive“ und „objektive Verwahrlosung“. (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Münster.) Z. Gesdh.verw. 1, 348—350 (1930).

Verf. nimmt in seiner Arbeit kritisch Stellung zu den in der modernen Fürsorgepraxis gebräuchlichen Begriffsbestimmungen „subjektive“ und „objektive“ Verwahrlosung. Durch Wiedergabe der einschlägigen Literatur erbringt er den Nachweis, daß die Anwendung dieser Begriffe zu verschiedenartigen Deutungen und Mißverständnissen Anlaß gibt. Während einige Autoren den Ausdruck „objektive Verwahrlosung“ nur im Hinblick auf das tatsächliche Vorliegen einer Verwahrlosung verwenden, sprechen andere bei einer Gefährdung der Kinder durch das Milieu von „objektiver Verwahrlosung“. Durch die Fassung: „Das Kind ist objektiv verwahrlost“ schreibt man dem Kinde selbst einen Zustand von Verwahrlosung zu, in welchem es sich in Wirklichkeit gar nicht befindet. Ebenso widerspruchsvoll ist die Tatsache, daß manche Autoren bei einer innerseelischen Schädigung des Jugendlichen selbst und der bereits vom Wege der geordneten Lebensführung erfolgten Abweichung von „subjektiver Verwahrlosung“ sprechen, während von anderer Seite die Gefährdung durch das Milieu einer „subjektiven Verwahrlosung“ gleichgesetzt wird. Verf. empfiehlt deshalb, die Begriffe „objektive“ und „subjektive Verwahrlosung“ aus der Terminologie zu streichen, zumal da eine Gegenüberstellung von „Gefährdung“ oder „drohender Verwahrlosung“ und „Verwahrlosung“ genügt.

Többen (Münster i. W.).

### Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

**Neubürger, Karl:** Akute Ammonshornveränderungen nach frischen Hirnschußverletzungen. (Path. Univ. Inst., München-Schwabing u. Prosektur Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Eglfing b. München.) Krkh.forschg 7, 219—236 (1929).

Es wurden 7 Fälle von Hirnverletzungen untersucht (Durchschuß der vorderen Hirnhälfte, Durchschuß der rechten Hemisphäre vom Frontal- bis zum Occipitalpol, Schädelfraktur der rechten Temporal- und Parietalregion nach Treppensturz mit Zertrümmerung der angrenzenden Hirnwindungen, Durchschuß des rechten Stirnlappens, Durchschuß der rechten Hemisphäre vom Occipital- bis zum Frontalpol, Querdurchschuß durch die Schläfenregion, Querschuß durch die Frontallappen). In sämtlichen diesen Fällen war eine Erkrankung des Sommerschen Sektors im Ammonshorn

feststellbar, und zwar unter dem Bilde der ischämischen Zellveränderung und verwandter Prozesse. Das Hirntrauma, welches meist recht entlegene Regionen traf, führte demnach zu einer Störung des Kreislaufs in einem bestimmten Teile des Ammonshornes, welches, nach den Untersuchungen von Spielmeyer und Uchimura, durch seine schlechte und unsichere Gefäßversorgung eine besondere Vulnerabilität aufweist. Da greifbare histologische Veränderungen am Zirkulationsapparat fehlen, kann die in Frage kommende Kreislaufstörung nur eine funktionelle sein. Die zellulären Schädigungen können dabei bereits nach der ersten Stunde färberisch erkennbar sein. Nach kritischer Sichtung fremder (besonders Rickers) und eigener Befunde kommt Verf. zum Schluß, daß die Ursache der Veränderung nicht in einer Stase, sondern in einer Ischämie liegt und daß örtliche Anämie terminaler Strombahngebiete Nekrose erzeugen kann. Da jedes Trauma, das das Gehirn in Mitleidenschaft zieht, auf die Gefäßnerven wirken kann, glaubt der Verf. mit Recht, daß eine geringe Wirkung auch bei relativ leichten Traumen möglich ist. Deshalb sind wirklich Geschädigte nicht ohne weiteres in den großen Topf der traumatischen Rentenneurose zu werfen.

M. Rose (Warschau).

**Grzywo-Dabrowski, Wiktor: Selbstmord oder Mord? Tod durch Schuß aus kurzer Waffe.** Czas. sad.-lek. H. 2, 65—104 (1930) [Polnisch].

Auf Grund ausführlicherer Kasuistik gelangt Grzywo-Dabrowski zu nachstehenden Schlüssen: 1. Die Entscheidung zwischen Selbstmord oder Mord bei Kopfnahschüssen ist unmöglich auf Grund des anatomischen Befundes. 2. Atypische Lage der Einschußwunde und atypischer Verlauf des Schußkanals schließen die Annahme des Selbstmordes nicht aus und lassen sie höchstens für weniger wahrscheinlich erklären. 3. Dasselbe gilt für Nahschußverletzungen der Vorderseite des Körpers. 4. Mehrere Nahschußwunden auch am Kopfe und in der Herzgegend schließen die Annahme des Selbstmordes nicht aus. 5. Für die Entscheidung zwischen Selbstmord und Mord sind von größter Bedeutung die jeweiligen Umstände des Falles.

Wachholz (Kraków).

**Wałęka: Ungewöhnlicher Selbstmordfall durch Halschnitt mit Herausnahme zweier Kehlkopfstücke.** Czas. sad.-lek. H. 2, 105—110 (1930) [Polnisch].

Eine 40jährige Frau versetzte sich in selbstmörderischer Absicht eine 9 cm lange, 5 cm breite und 4 cm tiefe Halschnittwunde. Zwischen den Füßen der Leiche fanden sich 2 je 3,5 und 2,5 cm lange abgeschnittene Kehlkopfknorpelstücke.

Wachholz (Kraków).

**Muhl: Selbsttötungsversuch durch Erstechen.** Kriminal. Mh. 4, 158 (1930).

Verf. teilt einen Fall mit, bei dem entgegen sonstigen Erfahrungen der Täter sich die Stiche in die Herzgegend durch die Kleidung beigebracht hat, wobei er den Rock oberflächlich mehrmals zerstoßen hatte, um die Schärfe des Dolches zu probieren und um die Herzgegend aufzusuchen. Nach seinen Angaben ist er nach dem ersten Stich vorübergehend bewußtlos geworden und hat sich später noch 2 Stiche beigebracht. In der Weste und in der Unterkleidung fanden sich 3 Durchstiche, während nach dem ärztlichen Befund die 3 Stiche in einen Kanal zusammenliefen.

Timm (Leipzig).

**Muck, O.: Wird durch die studentische Schlägermensur das Leben des Sportmannes gefährdet?** Münch. med. Wschr. 1930 I, 271.

Verf. hat mit dem Adrenalin-Sondenversuch [Arch. f. Ohrenheilk. 124, 124 (1929)] Mensurnarbenenträger untersucht und keine Hirnschädigung gefunden. Er verteidigt die Bestimmungsmensur, verweist auf Bismarck und Liebknecht.

W. König (Leipzig).

**Bogdan, Georges: Sur quelques cas de suffocation.** (Einige Fälle von Erstickung.) Ann. Méd. lég. etc. 10, 480—482 (1930).

Je ein Fall von Erstickung durch übergeworfene Kissen und Bettwäsche, durch in Mund und Nase geratene Asche, durch aspirierte Weintrauben, durch eine Kirsche, durch eine im Schlaf erbrochene und aspirierte Pfefferschote.

Wohlgemuth (Chişinău).

**Laird, William R., and Milton C. Borman: Traumatic asphyxia. With report of five additional cases.** (Traumatische Asphyxie.) (Montgomery Clin., Montgomery, West Virginia.) Surg. etc. 50, 578—585 (1930).

Verff. berichten über ein Krankheitsbild, das zuerst von Ollivier (Antwerpen) 1837 beschrieben worden ist; später von Tardieu. Die früheren Fälle stammten gewöhnlich von Massennunfällen, bei denen die Verletzten durch die vorwärts- oder hinausdrängende Menschenmasse zerdrückt wurden; in letzter Zeit sind auch einzelne

Fälle bei Eisenbahn- oder Automobilunfällen beobachtet worden. Heuer brachte im Jahre 1923 eine Zusammenstellung und konnte einschließlich seines eigenen Falles über 127 Fälle berichten. Verff. haben in  $2\frac{1}{2}$  Jahren bei über 32 000 Kranken aus der Industrie 5 Fälle beobachten können. Die traumatische Asphyxie ist also relativ selten. Charakteristisch ist die Angabe, daß unmittelbar vorher durch Zusammenpressen des Thorax oder oberen Abdomens, oder beider zusammen für verschieden lange Zeit die Atmung vollkommen oder doch fast vollkommen unterbunden war. Die leuchtend rote Verfärbung des Gesichtes, des Halses und der oberen Brust, und die blutroten Conjunctiven bieten ein erschreckend charakteristisches Krankheitsbild. Bei genauem Zusehen sieht man, daß die rote Verfärbung der Haut bedingt ist durch kleine Ecchymosen, die miteinander konfluieren. Die subconjunctivale Blutung kann ziemlich ausgedehnt sein; sie hat gewöhnlich Rauten- oder Wetzsteinform. Daneben kann noch ein mehr oder weniger ausgeprägtes Bulbus- und Lidödem bestehen, welches es dem Patienten unmöglich macht, die Augen zu öffnen. Häufig besteht Bewußtlosigkeit. Daneben finden sich mehr oder minder schwere Verletzungen der Weichteile, Knochen (Brüche der Rippen oder des Beckens) und der Eingeweide (Lungen, Leber usw.). Bei den schweren Fällen tritt gewöhnlich der Tod ein. Die Ursache der Hautverfärbung ist nach Ansicht der einen Autoren darin zu suchen, daß beim Aufhören der Atmung infolge des Zusammenpressens des Thorax das Blut in den großen Venen des Thorax, des Halses und des Kopfes gezwungen ist rückwärts zu fließen in die Capillaren der Haut. Nach der Ansicht anderer Autoren handelt es sich um mehr oder weniger ausgedehnte Blutextravasate. Verff. konnten an herausgeschnittenen Hautstückchen keine Blutextravasate feststellen. Dagegen spricht auch die Tatsache, daß die Hautverfärbung bei der Genesung wieder verschwinden kann, ohne die charakteristische Farbenskala zu durchlaufen. Verff. berichten dann kurz über ihre 5 eigenen Fälle.

Zillmer (Berlin-Tempelhof).

● **Ergebnisse der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie des Menschen und der Tiere.** Hrsg. v. O. Lubarsch, R. v. Ostertag u. W. Frei. Jg. 23. München: J. F. Bergmann 1930. IX, 751 S. RM. 98.—.

**Löwenstädt, Hans: Der Tod durch Ertrinken.** S. 502—552.

Auf 52 Druckseiten wird alles, was in allgemein-pathologischer und pathologisch-anatomischer Beziehung über den Ertrinkungstod gegenwärtig bekannt ist, auf Grund mustergültig eingangs zusammengestellter, einschlägiger Literatur klar und übersichtlich dargelegt. Es werden nun zuerst die Definition und dann reihenweise die Ursachen und die Physiologie des Ertrinkungstodes besprochen. Dann folgen praktische Bemerkungen über die Maßnahmen bei der Leichenöffnung Ertrunkener, sowie die Besprechung des äußeren und dann des inneren Sektionsbefundes im Kopf (Schädel- und Paukenhöhle), im Hals, in der Brust, in der Bauchhöhle und im Blut. Weiter folgt die genaue Schilderung aller bisherigen Laboratoriumsmethoden zur Feststellung des Ertrinkungstodes, sowie die Besprechung der Art und Weise der Bestimmung der Zeit, die eine Leiche im Wasser verbracht hat. Zum Schluß werden die Ergebnisse bisheriger Forschungen über den Ertrinkungstod in 13 Sätzen zusammengefaßt. Die wichtigsten dieser Sätze lauten:

1. Die Diagnose „Ertrinkungstod“ kann nur durch Zusammenfassung der mit Hilfe sämtlicher Untersuchungsmethoden erhobenen Befunde entschieden gestellt werden.
2. Die an der Brust und den Brustorganen nachweisbaren Veränderungen, wie Blutungen in die Muskulatur, Pleuratrasssudate, Glottisödem, Schaum, Ertrinkungsflüssigkeit und Fremdkörper in den Atemwegen, Lungenblähung, vermögen den Ertrinkungstod jede für sich allein nicht zu beweisen, da diese Veränderungen auch durch künstliche Atmung an Leichen hervorgebracht werden können. (Ref. kann dieser Behauptung nicht unbedingt beipflichten. Verf. stellt hier wenig charakteristische und beweisende Veränderungen, z. B. Pleuratrasssudate, mit solchen, wie z. B. die Lungenballonierung, zusammen, denen schon für sich allein ein großer diagnostischer Wert zukommt.)
3. Nur die Anwesenheit wohl unterscheidbarer Ertrinkungsflüssigkeit im Darm bei frischen Leichen kann der Diagnose des Ertrinkungstodes eine Stütze geben.
4. Bezüglich des Blutzustandes in den Leichen Ertrunkener, ob flüssig oder

geronnen, können die bisherigen Untersuchungen als nicht abgeschlossen gelten. Sicher ist nur, daß flüssiges Blut keineswegs den Ertrinkungstod beweist. (Ref. glaubt, es wäre hier jedoch angezeigt gewesen, kurz zu bemerken, daß die Mehrzahl der hervorragenden Forscher prozentuell am häufigsten flüssige Blutbeschaffenheit festgestellt hatte.) 5. Alle die Laboratoriumsmethoden, die zum Nachweis der eingedrungenen Ertränkungsflüssigkeit angegeben worden sind, verlieren an praktischer Bedeutung teils durch die Fäulniseinwirkung, teils dadurch, daß sich dieselben wie bei Ertrinkenden so auch an Leichen abspielen können. Was die strittige Frage betrifft des Zeitpunktes des Eindringens der Ertränkungsflüssigkeit in die Atmungsorgane anbelangt, hebt Verf. hervor, daß die Ansichten Brouardels und Loyes, sowie des Ref. und Horoszkiewicz den Sieg davongetragen zu haben scheinen. Laut dieser Ansichten fällt dieser Zeitpunkt mit dem dyspnoischen Stadium und nicht mit dem Stadium der terminalen Atembewegungen zusammen. Wachholz (Kraków).

**Brack: Warum müssen die Leichen Ertrunkener untersucht werden?** Dtsch. Polizeiarch. 9, 185—186 (1930).

Kurzer, für Laien bestimmter Überblick mit Hervorhebung der kriminalistisch und sicherungsrechtlich wichtigen Fragen. Schrader (Halle).

**Takeuchi, Yoshio: Experimentelle Studien über den Einfluß hoher Luftwärme besonders bei Eintreten von Sonnenstich oder Hitzschlag, auf das Gehörorgan.** (*Otorhinolaryngol. Klin., Univ. Fukuoka.*) J. of orient. Med. 12, dtsch. Zusammenfassung 14—15 (1930) [Japanisch].

Bei Versuchstieren (Art nicht angegeben) wurden die Folgen einer verschieden langen Einwirkung hoher Lufttemperatur auf das Gehörorgan festgestellt. Als intravitam zu beobachtendes Symptom ergab sich Abschwächung oder Schwinden des Preyerschen Ohrmuschelreflexes. Histologisch wurden Blutstauung und seröse Entzündungen im Gehörorgan sowie Degeneration bzw. Atrophie im Gebiet des Nervus VIII festgestellt. Die Blutungen sind am beträchtlichsten in den oberen Windungen der Schnecke, die Nervenveränderungen am stärksten im Ganglion spirale und vestibulare, viel schwächer in den peripheren Nervengebieten. Im übrigen sind die Veränderungen in der Schnecke stärker als im Vestibulum. Die Folgen des Hitzschlages unterscheiden sich qualitativ nicht von denen des Sonnenstichs. Sulze (Leipzig).

**Dervieux et Maroun: A propos de l'artérite oblitérante traumatique.** (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 16. VI. 1930.*) Ann. Méd. lég. etc. 10, 551—553 (1930).

Das Wesen und die Ätiologie der genannten Krankheit wird ausführlich besprochen; bei leichterer stumpfer Gewalt nur Zerreißung der Intima (die stets zuerst beschädigt wird), kleiner Thrombus, oft Restitutio ad integrum. Mechanismus: Pressung der Arterie gegen Knochen, oder Überdehnung. Beim 2. Grade: Riß der Intima und Media. Die Folge ist Obliteration des Gefäßes durch Thrombus. Das klinische Bild scheint ähnlich zu sein der senilen oder diabetischen Art. obl., nur ist der Verlauf rascher. Charakteristisch bei der traumatischen Entstehung ist das intermittierende Hinken mit Schmerzanzfällen beim Gehen; die Ursache dafür ist die Ischämie der Muskeln und Nerven infolge der Thrombose, die bei aktiver Muskelanstrengung verstärkt wird. Der periphere Puls fehlt, das Glied ist kalt. Kommt Venenthrombose dazu, so treten Ödeme auf, Verschwinden der Hautreflexe, Abschwächung der elektrischen Erregbarkeit. Vielfach kommen noch andere Faktoren außer dem Trauma in Betracht: Disposition des Individuums zu Art. obl., Senilität, Diabetes, Syphilis. In solchen Fällen wird das Trauma als verschlimmerndes oder lokalisierendes Moment angesehen. Dann folgt die Beobachtung eines Falles:

90jähriger Mann war durch einen Wagen zu Fall gekommen, hatte Verletzungen am rechten Bein (Bluterguß im Kniegelenk, Bruch des äußeren Teiles des Tibiaknorrens und des oberen Endes des Wadenbeins). Der letzte Gipsverband wurde nach 3 Monaten entfernt; von da ab begann Patient am Stock zu gehen. Genau 1 Jahr erst nach dem Unfall bekam er plötzlich heftige Schmerzen an der rechten Großzehe mit violetter Verfärbung, offenbar als Symptom einer Art. obl. Da direkt nach dem Unfall keinerlei Anzeichen einer Arterienverletzung und auch in der langen Zwischenzeit keine Brückensymptome vorhanden waren,

so konnte der Unfall nicht als Ursache der Erkrankung angesehen werden. — In einer vorhergehenden Sitzung war durch Sorel ein Fall mitgeteilt worden, bei dem die Erscheinungen unmittelbar nach dem Unfall begonnen hatten und bei dem es schon nach einer Woche zur Amputation kam. Hier war der Zusammenhang zwischen Trauma und Erkrankung gegeben.

Walcher (München).

**Marcus, Max: Trauma und Organfunktion. (Der Organshock.)** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh. Moabit, Berlin.*) Dtsch. Z. Chir. 224, 158—170 (1930).

Verf. beobachtete einen 19jährigen Mann, der nach einem Stoß vor den Bauch an einer Gangrän eines Teiles des Dünndarmes starb. Eine Ursache für die Gangrän war nicht festzustellen, auch bei der Obduktion nicht. Zur Erklärung des Falles versucht Verf. die Möglichkeit der funktionellen Störung. Er führt zahlreiche Beispiele an, in denen posttraumatische funktionelle Störungen in bestimmten Gefäßprovinzen vernichtende Folgen für die versorgten Organe hatten, ebenso schlimme, wie ein mechanischer Gefäßverschluß. Das Zustandekommen einer solchen funktionellen Störung muß über bulbäre, spinale oder sympathische Zentren gehen, wahrscheinlich auch über Zentren, die in der Gefäßwand selbst liegen. Verf. bezeichnet den Vorgang als Organshock. Daß bei stumpfen Bauchverletzungen ein solcher Shock nicht öfter zustande kommt, liegt daran, daß eine bestimmte Disposition offenbar begünstigend wirken muß. Der Verletzte hatte außer der Bauchverletzung auch einen Stich in den Oberschenkel erhalten, aus dem er heftig geblutet hatte, so stark, daß die Stichverletzung zunächst im Vordergrund der Verletzung stand, bis sich nach vielen Stunden erst schwerere Erscheinungen von seiten des Bauches einstellten. Im weiteren Gang der Arbeit bringt Verf. Beispiele für Funktionsunterbrechung von Organen durch stumpfe Traumen (Ikterus, Niereninsuffizienz) und kommt dazu, wie von einer *Commotio cerebri* so von einer *Commotio renis, hepatis, intestini* zu sprechen.

Vogeler (Berlin).<sup>oo</sup>

**Leibowicz, M.: Subcutane Zwölffingerdarmverletzung.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Offenburg.*) Zbl. Chir. 1930, 1278—1283.

Im vorliegenden Falle war ein stumpfes Bauchtrauma vorausgegangen; die 15 Stunden später vorgenommene Operation deckte am absteigenden Ast des Duodenums an der Überkreuzungsstelle mit dem Mesocolon transversum eine fünfmarkstückgroße grünlich verfärbte Stelle auf. Nach oberflächlicher Incision ergoß sich aus dieser Galle; ein Übernährungsversuch mißlang. Zur Entlastung wurde eine vordere Gastroenterostomie angelegt. 4 Tage später Exitus. Die Obduktion ergab gegenüber der Papilla Vateri ein bohnengroßes Loch im Duodenum. Der Verf. nimmt eine Überdehnung in der Längsrichtung und dadurch bedingt einen Wand einriß in der Querrichtung als Folge des Traumas an; die hierauf bezüglichen Ausführungen sind nicht überzeugend.

Max Budde (Gelsenkirchen).

**Hofer, Rudolf: Eine indirekte und eine direkte traumatische Beckenfraktur.** (*Röntgenabt., Hosp. z. Heiligen Geist, Frankfurt a. M.*) Röntgenprax. 2, 476—478 (1930).

Es wird ein Fall einer indirekten Beckenringfraktur mitgeteilt, der dadurch zustande kam, daß eine Patientin im Begriffe war, auszugleiten und plötzlich eine heftige Gegenbewegung machte. Ein zweiter Fall betrifft eine schwere direkte Beckenfraktur, bei der auch eine Sprengung des Sacro-Iliacalgelenkes vorlag.

Abeles (Frankfurt a. M.).<sup>oo</sup>

**Villata, Giovanni: Sarcoma e trauma.** (Sarkom und Trauma.) (*Istit. di Pat. Gen., Univ. e Sez. Chir., Osp. Magg. di S. Giovanni Battista e d. Città, Torino.*) Minerva med. (Torino) 1930 I, 989—991.

Bei einem 11jährigen Jungen kam es im Anschluß an einen Fall auf die Hüftgegend zunächst zu einem ausgedehnten Hämatom und nach 25 Tagen zu einem mandarinengroßen festen Tumor, der im Röntgenbild einen Schatten gab und sich histologisch als Sarkom erwies. In der Mitte des Tumors war ein abgesprengter Periostknochenstreifen nachweisbar, so daß der sichere Schluß gezogen wird, daß das Sarkom auf der Basis des Traumas entstanden ist und direkt aus dem geschädigten Gewebe hervorging.

M. Strauß (Nürnberg).<sup>oo</sup>

**Mészáros, Károly: Zur Frage der traumatischen Sarkome.** Orvosképzés 19, Bakay-Sonderh., 61—67 (1929) [Ungarisch].

Eine 21 Jahre alte Frau rutscht aus und schlägt mit dem Gesäß auf ein Trittbrett auf. Sie hat Schmerzen, arbeitet jedoch weiter. Nach 6 Wochen sind die Schmerzen unerträglich. 2½ Monate nach der Verletzung kommt sie in die Klinik mit einer faustgroßen Geschwulst der linken Glutaealgegend; die Geschwulst ist auch durch vaginale Untersuchung nachzuweisen in der Form eines cystenartigen, kleinapfelgroßen Tumors in der Gegend des linken Sacro-Iliacalgelenkes; Röntgen weist Fehlen der linken Massa lateralis sacri nach; Probeexcision,

Angiosarkom mit ausgedehnter Nekrose. Röntgenbestrahlung, Sectio caesarea wegen vorgeschrittener Gravidität, die Frau stirbt nach 4 Wochen, bei der Sektion Lungenmetastasen. — Die Möglichkeit eines traumatischen Ursprunges von Sarkomen sollte bei Begutachtungen mehr berücksichtigt werden, als dies zumeist geschieht. *Pólya* (Budapest).

**Franz, Otto: Medizinische Grundlagen für die Beurteilung der zum Führen eines Automobils notwendigen physischen und psychischen Fähigkeiten.** (*Gerichtl. Med. Inst., Univ. Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1930 I, 507—511, 534—541 u. 553—558.

Die Tatsache, daß bei Verkehrsunfällen körperliche und psychische Störungen eine Rolle spielen können, begründet die Forderung nach ausgedehnterer Heranziehung ärztlicher Experten sowohl bei Erteilung von Fahrbewilligungen als auch bei Automobilunfällen. Es werden speziell folgende Gesichtspunkte hervorgehoben: Aufstellung von Normen durch ärztliche Fachorganisationen, ärztliche Untersuchung vor Erteilung einer Fahrbewilligung, Kontrolluntersuchung und Nachkontrolle bei einem bestimmten Alter, obligatorische ärztliche Untersuchung der Fahrer nach jedem Unfall, Alkoholverbot für die Arbeitszeit der Berufschaffeuere, chemische Untersuchung des Blutes auf Alkohol bei Automobilisten und Opfern in allen Verkehrsunfällen, behördliche Maßnahmen zur Verhinderung von Übermüdung (gesetzliche Bestimmung der Arbeitszeit). *Schönberg.*

**Weisz, Márton: Wirbelfrakturen durch Autorütteln.** *Therapia* (Budapest) 7, 193 bis 194 (1930) [Ungarisch].

Verf. berichtet über 2 solche Fälle, bei welchen unter ganz außergewöhnlichen Umständen — während einer Autofahrt in einer Vertiefung das Auto einen größeren Stoß erlitt — der Insasse des Wagens eine schwere Kompressionsfraktur des Wirbels erlitt. Bei größeren Autounfällen sind die Wirbelbrüche keine Seltenheiten. Aber in den mitgeteilten 2 Fällen stand die Schwere der Verletzung nicht im Verhältnis zur Größe des Traumas, und eben deshalb wird die Frage aufgeworfen, ob bei den verletzten Wirbeln aus irgendeinem Grunde die Widerstandsfähigkeit vorher infolge irgendeiner Ursache vermindert war. Die zu diesem Umstand führenden Erkrankungen (wie z. B. Krebs, Sarkom usw.) waren durch den Befund an den Kranken, den Krankheitsverlauf und die begleitenden Symptome ausschließbar, so daß man voraussetzen muß, daß spezielle, individuelle Disposition vorhanden war, bei welcher das relative, geringfügige Trauma nach ähnlichem Mechanismus gewirkt hat, wie wir das bei Sturz aus beträchtlicher Höhe oder Fall in der Tiefe zustande kommen sehen.

*von Lobmayer* (Budapest).

### Vergiftungen.

● **Sammlung von Vergiftungsfällen.** Hrsg. v. H. Fühner. Unter Mitwirkung v. E. Hesse u. E. Starkenstein. Bd. 1, Liefg. 6. Leipzig: F. C. W. Vogel 1930. 24 S. RM. 2.40.

W. Weigeldt berichtet über medizinale Wismutvergiftung durch antiseptische Behandlung nach ungefähr 21 g Bismogenolin in 16 Einzeldosen. Die Erscheinungen bestanden in Stomatitis und Zahnfleischsaum, ferner hämorrhagischer Diathese und Anämie. Durch Verschlimmerung eines bestehenden Nierenleidens kam es zum Exitus. — H. Merkel beschreibt eine medizinale Thalliumacetatvergiftung durch Behandlung einer Mikrosporie bei 3 Knaben, welche nach Brechreiz, Leib- und Muskelschmerzen 13, 14 bzw. 17 Tage nach Beginn der Behandlung starben. Der Sektionsbefund war nicht charakteristisch. — Über weitere medizinale Thalliumacetatvergiftung berichtet auch A. Sluyters bei einem 19jährigen Mädchen, das wegen Favus mit 5proz. Thalliumacetatsalbe 2—3mal innerhalb 3 Tagen eingerieben worden war. Die klinischen Erscheinungen bestanden in Urämie, Nervenentzündungen und psychischen Störungen. Heilung. — G. Funk teilt eine Beobachtung einer medizinalen Schwefel-(Mitigal-) Vergiftung mit bei einem 10 Monate alten Kinde mit schwerer ekzematöser Hautaffektion, welches 2mal mit Mitigal eingerieben wurde. Nach der 2. Einreibung trat plötzlich Kollaps ein mit vollkommener Apathie, kleinem Puls und unregelmäßiger Herztätigkeit, später Erbrechen und Krämpfe. Heilung. — E. H. Cushing berichtet über medizinale Borsäurevergiftung. Einem 72jährigen Manne wurden nach Prostataktomie 1000 ccm einer 4proz. Borsäurelösung an Stelle von Kochsalzlösung subcutan injiziert. Tod nach 7 Tagen. — Bei der Mitteilung von W. B. Champerlin und C. E. Pitkin über medizinale Atropinvergiftungen erhielten 2 Patienten an Stelle einer  $\frac{1}{2}$ proz. Lösung von