

Verletzungen. (Schuß-, Hieb-, Stich-, stumpfe Gewalt.)

Sowiakowski, Jeremiasz: Operative Entfernung eines Projektils aus dem Herzmuskel. Polska Gaz. lek. 1936, 21—24 [Polnisch].

Sowiakowski entfernte einem 24jährigen Mann ein rundes Bleigeschoß von 1 cm Durchmesser aus dem Herzmuskel. Der Mann bekam einen Schuß, wobei das Projektil an der Hinterwand des Herzens 5 cm oberhalb der Herzspitze und $2\frac{1}{2}$ cm oberhalb des Zwerchfells stecken blieb. Der Mann verlor nach erlittener Verletzung sofort das Bewußtsein, was S. als charakteristisches Symptom für Herzverletzungen betrachtet. Erst 2 Monate nach der Verletzung unterzog sich der Mann der Operation, und zwar wegen heftiger Schmerzen in den Schultern und besonders in der linken Brustseite und der linken Oberextremität. Diese Schmerzen, sodann starkes Bluten aus Mund und Nase, Angstbeklemmungen, Druckgefühl in der Herzgegend, Dyspnoe und Herzklopfen bilden Symptome, die für eine Herzverletzung laut S. pathognomisch sein sollen. Der Puls war kaum beschleunigt. Nach Projektilentfernung genas der Verletzte vollkommen.

L. Wachholz.

Schüler, Gerhard: Über Friedensschußverletzungen des Bauches. (Städt. Krankenanst., Landsberg a. d. Warthe.) Königsberg i. Pr.: Diss. 1935. 23 S.

Von 46 Friedensschußverletzungen waren 18 Bauchwandschüsse, 26 hatten die Bauchhöhle geöffnet und 24 intraperitoneal gelegene Organe verletzt. 3 Fälle waren Bauchbrustschüsse, 2 extraperitoneal verlaufende Beckenschüsse. Meist bestand in den ersten Stunden ein schwerer Shock durch Blutung, vasomotorische Wirkung oder beginnende Peritonitis. 23 Fälle wurden operiert, davon 12 = 52,5% geheilt. Je früher operiert wurde, um so aussichtsreicher war die Heilung. Bei der Operation wurde auch immer, besonders bei Verletzungen der Hohlorgane, nach dem Ausschuß gesucht. Die häufigste Todesursache waren Herzschwäche und Peritonitis. Im allgemeinen wurde früh oder gar nicht operiert. 17 Fälle waren durch Revolvergeschosse 6—7,5 mm, 11 durch Tesching oder Terzerol, 9 durch Infanteriegewehr, 4 durch Schrot verletzt. Die Nahschüsse zeigten zum Teil stark zerstörte Wundränder und bedeutend größere Schußlöcher, als dem Kaliber entsprach (hydro-dynamische Sprengwirkung). Die genaue Feststellung, welche Organe verletzt waren, erwies sich als äußerst schwierig, zum Teil ganz ausgeschlossen.

Weimann (Berlin).

Gatersleben, H.: Über Stichverletzung der Niere. (Chir. Abt., Marienhosp., Aachen.) Zbl. Chir. 1935, 2312—2313.

9jähriger Knabe, im Zimmer auf einem Teppich ausgerutscht und rücklings auf eine große Schneiderschere gefallen, deren eine Hälfte ihm in den Rücken eindrang. Zunächst Verband durch Arzt und Bettruhe. Am folgenden Tage wegen plötzlich aufgetretenen Blutbahnens dem Krankenhouse überwiesen. Zunächst konservative Behandlung. Intravenöse Pyelographie ergab beiderseits ein normales Nierenbecken, das links nur stark verschwommen dargestellt werden konnte. Am 13. Tage nach der Verletzung plötzlich starke Hämaturie mit bedrohlichen Erscheinungen. Sofortige Nephrektomie. Heilung. Es zeigte sich, daß die Stichverletzung in schräger Richtung von oben hinten nach unten vorne die ganze Niere bis in das Nierenbecken durchdrang, wo man im vorderen Nierenkelch ein freiliegendes, mit Blutgerinnel bedecktes Gefäß nachweisen konnte. Bei Stichverletzungen der Niere sei eine möglichst frühzeitige Operation angezeigt, bei der unter Umständen die Nieren erhalten bleiben können. (1 Abb.)

Colmers (München)._o

Aiello, S. G.: Sintomatologia immediata ed a distanza presentata dai colpiti da corrente elettrica. (Unmittelbar und nach einem gewissen Zeitraum von Starkstromverletzten dargebotene Erscheinungen.) (Brüssel, Sitzg. v. 22.—26. VII. 1935.) Verh. 7. internat. Kongr. Unfallheilk. u. Berufskrkh. 1, 99—142 (1935).

Verf. gibt ein vollständiges Referat über das Schrifttum zur Frage der Starkstromverletzungen. Man erfährt aus dieser interessanten Zusammenstellung die Vielheit der Erscheinungen, die von den Autoren beschrieben wurden. Es werden dann kurz 16 Fälle berichtet, aus denen als hervorspringend folgende Eigenheiten abgelesen werden: Langsame Vernarbung und träger Heilungsprozeß bei der Mehrheit der Hautläsionen; die Patienten kommen auch ohne künstliche Atmung leicht wieder zu sich. Folgeerscheinungen sind selten, und zwar auch am Zentralnervensystem; bei Todesfällen war häufiger ein Schädeltrauma die Ursache als die elektrische Verletzung an sich. Es wird sodann eine Übersicht über die Veränderungen an den einzelnen Geweben und Organen gegeben, und zwar an der Haut, am Muskelgewebe, am Knochen; von Organen werden eingehender besprochen die Schädigungen von Herz, Gefäßen, dem Blut, den Augen und dem nur selten direkt getroffenen Gehörorgan.

Fumarola (Rom)._o

Steel, W. Arklay: Rupture of the popliteal artery and vein. (Riß der Art. und Vena poplitea.) *Brit. med. J.* Nr. 3883, 1165—1167 (1935).

Arbeiter erleidet schwere Quetschung der Kniegegend. Sofortige Aufnahme in das Krankenhaus. Dort wird ein Kniestabsbruch festgestellt. Weiterhin wird aus allen anderen Begleitumständen ein Riß der Vena popl. angenommen. Abwartende Behandlung. Nach 4 Tagen beginnende Gangrän, nach weiteren 2 Tagen Demarkationslinie unterhalb des Kniegelenks. Entschluß zur Operation; dabei Esmarchsche Blutleere. Nach Beendigung der Amputation und Versorgung der Gefäßstümpfe Lockerung des Esmarch-Schlauches und — plötzlicher Tod des Patienten. Man fand dann, daß die Vene und Arterie quer durchgerissen war. Epikritische Betrachtungen. Da der Tod unmittelbar nach Abnahme des Tourniquets eintrat, wird angenommen, daß ein infiziertes Blutgerinnel dadurch in den allgemeinen Kreislauf geschwemmt wurde.

Gerlach (Sommerfeld, N.-L.).

Compere, Edward L.: Growth arrest in long bones as result of the fractures that include the epiphysis. (Wachstumsstillstand an langen Knochen als Folge von Brüchen, die die Epiphyse mit betreffen.) *(Div. of Orthop. Surg., Dep. of Surg., Univ. of Chicago, Chicago.) J. amer. med. Assoc.* 105, 2140—2146 (1935).

Im Laufe von 7 Jahren wurden 692 Patienten mit insgesamt 819 Brüchen beobachtet. 211 davon betrafen Kinder im Alter von und unter 14 Jahren mit 290 Frakturen. In 37 Fällen durchsetzte der Bruch den Wachstumsknorpel; im ganzen wurden 42 solche Frakturen bei Jugendlichen beobachtet. Das Resultat war in 95% der Fälle Wachstumsstillstand. Am häufigsten war das distale Humerusende betroffen. Den Klinikern wird daher Vorsicht bei der Prognose solcher Brüche empfohlen und nahegelegt, diese Patienten periodischen Röntgenkontrollen zu unterziehen noch 1—2 Jahre nach Konsolidierung des Bruches.

Lilly Pokorny (Komotau).

Nikolaew, N. A.: Schädelfraktur mit Austritt von Gehirnsubstanz in den äußeren Gehörgang. *Acta oto-laryng.* (Stockh.) 23, 227—235 (1935).

Bei einem 8jährigen Jungen, der sich durch Sturz vom Baume einen Schädelbruch zuzog, wurde zunächst neben einer mäßigen Blutung aus Nase und dem linken Ohr im linken äußeren Gehörgang eine weiße Masse festgestellt, die an Gehirnsubstanz erinnerte. Später wurde auch durch histologische Untersuchung dieser Befund bestätigt. Vorübergehende geringe meningeale Erscheinungen. Konservative Behandlung. Nach etwa 7 Wochen zeigte das Trommelfell links ein normales Aussehen. Es fand sich nur eine kleine Narbe in der Membrana Shrapnelli sowie eine Narbenbildung (Frakturlinie) an der hinteren Gehörgangswand. Geringe Innenohrschwerhörigkeit. Gleichgewichtsstörungen, die allmählich abklangen. Hervorzuheben ist, daß beim Weinen eine Tränenabsonderung auf der geschädigten Seite fehlte. Hier wird eine Störung des psychischen Zentrums oder seiner Leitungswege angenommen. Der Junge wurde gesund.

Barth (Berlin).

Traquair, H. M., Norman M. Dott and W. Ritchie Russell: Traumatic lesions of the optic chiasma. (Traumatische Verletzung der Sehnervenkreuzung.) *Brain* 58, 398 bis 411 (1935).

Fall 1: 24jähriger Mann, Sturz vom Dach. Bruch des Stirnbeins, der sich nach der rechten Augenhöhle fortsetzt. Beidseits subconjunctivale Blutung schlafewärts. Lähmung des rechten dritten Hirnnerven in seinen Ästen für die Bewegung des Augapfels. Vollständige bitemporale Hemianopsie für Rot. Endausgang: leichte Ablassung der Sehnervenscheiben. Sehschärfe rechts Vis = $6/60$, links Vis = $6/20$. Wernickes Pupillenreaktion positiv. — Fall 2: 27jähriger Mann. Autozusammenstoß. Blutungen aus der Nase. Bruchlinien am Schädelknochen nicht feststellbar. Nach 2 Wochen: Erblindung des linken Auges, rechts temporale Hemianopsie. Endausgang: Rechts Vis = $6/6$, Gesichtsfeld unverändert, Wernickes Pupillenreaktion positiv. Links Erblindung (Augenhintergrundsbefund nicht angegeben. Der Ref.), keine direkte Pupillenreaktion auf Lichteinfall. Lähmung des 6. Hirnnerven. — Fall 3: 40jährige Frau. Autounfall. Blutung aus der Nase. Bitemporale Hemianopsie. Röntgenaufnahme unterblieben. Rechts leichte Ablassung der Papille. Links o. B. Sehschärfe rechts Vis = $6/36$, links Vis = $6/9$. Wernickes Pupillenreaktion negativ. — An der Hand dieser untersuchten Fälle und einer tabellarischen Übersicht von 27 Fällen des Schrifttums werden noch klinische Erläuterungen allgemein bekannten Inhalts vorgenommen.

Karbe (Dresden).

Marenholtz, Frhr. v.: Traumatische Hirnschädigungen. Mschr. Unfallheilk. 43, 130—136 (1936).

Verf. teilt einige besonders instruktive Fälle mit, wo zum Teil trotz bester, eingehendster, auch fachärztlicher Untersuchung das Vorhandensein traumatischer Hirnschädigungen, bei einem Fall in Form allerschwerster Gehirnzertrümmerung, verkannt war. Bei allen Fällen sog. „Commotio cerebri“ ist die frühzeitige Hinzuziehung des Neurologen, Augen- und Ohrenarztes erforderlich. Besonders ist auf Nebenhöhlenaffektionen, krankhafte Befunde am Augenhintergrund, Doppelbilder, Störungen der Pupillenreaktionen, der Riech- und Geschmacksempfindung, auf das Auftreten von Zucker im Urin und Blut zu achten. Der sog. „Greifreflex“ ist vielleicht für die Diagnose von Stirnhirnrendenschädigungen zu verwerten. Besonders beim Fall auf den Hinterkopf mit oder ohne Knochenriß wird häufig nur eine einfache Commotio angenommen, da organische Störungen durch intrameningeale Blutungen, Gehirnkontusionen usw. wegen Fehlens objektiv nachweisbarer Ausfallserscheinungen oft schwer erkennbar sind. Jahrelang gleichbleibend bestehende Geruchs- und Geschmacksstörungen können auch rein organisch durch schwerste Schädigung der Riech- und Geschmacksnerven an der Hirnbasis bedingt sein. Die Diagnose auf sog. „psychogene Reaktionen“ nach Unfällen wird oft unbegründet gestellt, vielfach aus Verlegenheit und weil eine fachärztliche Zusammenarbeit nicht stattgefunden hat, in manchen durchaus nicht seltenen Fällen auch dadurch, daß es bei bester Untersuchungstechnik vorläufig noch öfter nicht gelingt, Gehirnschädigungen, besonders leichte Blutungen zwischen die Hirnhäute und Zerstörungen in sog. „stummen“ Gehirnteilen, z. B. die durch Contrecoup so außerordentlich häufig eintretenden Zerstörungen an den Stirnhirnpolen, mit Sicherheit festzustellen.

Weimann (Berlin).

Passarge, Edgar: Über traumatischen Pneumocephalus. (Hafenkrankenb., Hamburg.) Zbl. Chir. 1935, 3014—3019.

Die Entstehung des rein traumatischen Pneumocephalus ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft, wodurch die Seltenheit seines Vorkommens erklärt wird. Es muß eine lufthaltige Schädelknochenhöhle mit einem größeren Subarachnoidalraum kommunizierend eröffnet sein. Die eingedrungene Luft kann auf dem natürlichen Wege über die Foramina Magendie und Luschkae in das Ventrikelsystem gelangen. Der bisher bekannte direkte Weg der Luft (Subarachnoidalraumzerstörte Hirnsubstanz mit Durchbruch in die Ventrikel) kommt nur für sehr schwere Schädelverletzungen in Frage. — Fall 1. 45jähriger Mann. Das Ende eines geplatzten Drahtseils schlug gegen seinen linken inneren Augenwinkel. Gleich nachher Schwindel und Kopfschmerz und aus dem linken Nasenloch fließt reichlich wäßrige Flüssigkeit. Einige Stunden später plötzliche Bewußtlosigkeit, die allmählich in eine leichte Benommenheit übergeht. Neurologisch o. B. Am nächsten Tage war er völlig klar und beschwerdefrei. Die Röntgenaufnahme zeigte, daß das Hinterhorn des linken Seitenventrikels Luft enthielt und auch in der Rinne der Falx cerebri sowie in den Subarachnoidalräumen fand sich Luft. Es bestand der dringende Verdacht auf eine Fissur im linken Siebbein. Es entstand eine Meningitis (trüber Liquor unter hohem Druck, 3000/3 Zellzahl), die aber in einigen Tagen abklang. Verf. deutet den Fall folgendermaßen: Durch den heftigen Schlag wurden die Siebbeinzellen und die Keilbeinhöhle sowie die Cysterna chiasmatis eröffnet, so daß Liquor aus der Nase abfließen und Luft in die Cysterna chiasmatis eindringen konnte. Jedenfalls wurde durch eine Fraktur im Bereich lufthaltiger Schädelknochen der Subarachnoidalraum mit diesen kommunizierend verbunden. — Fall 2. Ein 51jähriger Mann stürzt vom Rade und erleidet einen Schädelbruch. Die Röntgenaufnahme ergibt eine Frakturlinie im Stirnbein. Nach 5 Wochen steht er auf und stürzt, offenbar bei einem Schwindelanfall, zu Boden. Rasche Verschlechterung des Allgemeinbefindens. Kopfschmerzen, Erbrechen, Verwirrtheit, Benommenheit. Eitrige Meningitis. Exitus. Die nach dem zweiten Unfall angefertigte Röntgenaufnahme des Schädelns ergab einwandfrei einen echten traumatischen Pneumocephalus

und eine Fissur des rechten Stirnbeins. Die Sektion ergab außer der Fissur im Stirnbein eine Fraktur im Bereich der Sella, von der aus man in die Keilbeinhöhle und in die oberen rechten Siebbeinzellen mit einer Sonde mühelos gelangen konnte.

F. Klauber (Budapest)._o

Houtrouw, O.: Ein Beitrag zur Frage der Sportschäden. (Inst. f. Leibesübungen, Univ. Hamburg.) Mschr. Unfallheilk. 42, 551—564 (1935).

Im wesentlichen Auseinandersetzung mit den Anschauungen Baetzners und Heiß über die Veränderungen an den Gelenken der Sportler, über die „Sportschäden“. Verf. kommt auf Grund verschiedener Überlegungen zu dem Ergebnis, daß die Ansichten dieser Autoren einseitig und nicht haltbar seien. Erst nach Ausschließen aller außerhalb des Sports liegenden Möglichkeiten, die ebenfalls zu Gelenk- und Knochenveränderungen bei Sportlern führen könnten, dürfte für den Rest der Sport, insbesondere die sportliche Höchstleistung verantwortlich gemacht werden. Die Anzahl dieser Befunde sei aber äußerst gering, so daß die Bezeichnung „Sportschäden“ recht wenig glücklich gewählt sei. (Heiß, vgl. Klin. Wschr. 1929 I, 648.) Hartung (Magdeburg)._o

Vergiftungen. (Gewerbliche auch unter Gewerbehygiene.)

● Fühner-Wielands Sammlung von Vergiftungsfällen. Hrsg. v. B. Behrens. Unter Mitwirkung v. E. W. Baader, A. Brüning, F. Flury, F. Koelsch, P. Morawitz, V. Müller-Hess, E. Rost u. E. Starkenstein. Bd. 6, Liefg. 9. Berlin: F. C. W. Vogel 1935. 24 S. RM. 3,60.

Vergiftung durch Wasserschwertlilie (*Iris pseudocorus* L.), von O. Gessner: Nach Halten von 5 Blütenstengeln im Munde stellten sich nachts Zeichen von Vergiftung ein, Schmerzen in der Magengegend, Erbrechen, Durchfälle, Herzbeschwerden und Trübung des Bewußtseins. — Vergiftung durch Seidelbast, von O. Gessner: Nach Einwirkung von Seidelbastsaft auf der Zunge entwickelte sich starke zunehmende Schwellung und Rötung im Munde und Gesicht, ferner Kopfschmerzen und Benommenheit. — Morphinscopolaminvergiftung, von G. M. Krause: Nach Injektion von 0,55 g Morphin und 0,004 Scopolamin Auftreten von schweren Kreislauf- und Atmungsstörungen, die durch Coramin behoben wurden. — Tödliche Atropinvergiftung, von K. Wagner: Medizinische Atropinsulfatvergiftung bei einem 61jährigen Manne infolge irrtümlicher Eingabe von 0,15 g Atropinsulfat an Stelle Chloralhydrat. Tod nach etwa 20 Stunden. Bei 2 weiteren Patienten, die ebenfalls irrtümlicherweise 0,15, bzw. 0,05 g Atropinsulfat erhielten, stellten sich keine Vergiftungssymptome ein. — Coffeinnatrium salicylicum-Vergiftung, von H. Langecker: Bemerkung zum gleichnamigen Beitrag von G. Szemzöe (vgl. diese Z. 26, 60). Die von Szemzöe auf eine Coffeinwirkung bezogenen Vergiftungserscheinungen sind teilweise auf Salicylwirkung zurückzuführen: Gastritis, Schädigung der Nieren, Acetonurie und Acidosis, sowie die Miosis. — Resorcinvergiftung im Säuglingsalter, von L. Liebenam: Tödliche Vergiftung bei einem 1 Monat alten Säugling nach wiederholter Applikation einer 20proz. Resorcinpaste auf die Haut. Starke motorische Unruhe nach vorhergehender Bewegungslosigkeit und Schlaffheit, Opisthotonus, Kieferklemme, Krampfanfälle. Sektion ergab als Todesursache eine eitrige Meningitis (!). — Tödliche Thalliumvergiftung, von Ph. Schneider (vgl. diese Z. 26, 64). — Schädigung bei Solganal-B-Behandlung, von J. Halberkann: Im Anschluß an eine 2. Kur mit 3 g Solganal B trat eine schnell zunehmende Anämie mit rapidem Körperverfall ein. Bei der Sektion fand sich ein großer Erweichungsherd im Stirnhirn. Die Untersuchung der Organe auf Goldgehalt ergab fast überall Goldablagerung. — Gewerbliche Cyanvergiftung, von R. Wicke: Nach wiederholten leichten Cyanvergiftungen entwickelte sich bei einem 47jährigen Arbeiter ein parkinsonartiges Zustandsbild mit Tremor der Hände und des Kopfes, unbeholfener Gang, Nachlassen des Gedächtnisses und verschiedenen nervösen Störungen. — Gutachten: Angebliche medizinale Dilaudidvergiftung und Atroplexie bei Lues, von W. Blum.