

schniebare Wunden angewendet wissen wollte, zu unterlassen, wenn Erdinfektionen ziemlich sicher ausgeschaltet werden können. Die „operative Wundversorgung“ ist aber so früh wie möglich von der größten Bedeutung. Das sicherste Mittel, das Vordringen der Eiterung zu verhüten, ist der frühzeitige Einschnitt, der die Gewebe entlastet, daneben weitere Abwehrsteigerung und vollständige Ruhestellung des befallenen Gebietes. Die putride Wundinfektion ist nach Entstehung, Erregern, Verlauf, Formen und Folgen von der pyogenen streng zu trennen. Die Erreger sind fast alle Anaerobier, die bei Erdinfektionen am häufigsten in Verletzungswunden gelangen, aber auch bei entsprechend besiedelten Schleimhautoberflächen (jauchige Carcinomoperationen) in die Gewebe eindringen können. Besonders häufig sind es Staphylokokken und Streptokokken, Proteus- und Colibacillen, ganz schwer verlaufende Infektionen bei Gasbrand und Pararauschbrandbacillen. Die derart infizierten Wunden fallen durch ihre Aussehen auf, haben hohes Fieber mit Schüttelfrost und zeichnen sich durch ihren Geruch und die jauchige Absonderung aus. Dabei reichlicher Gewebszerfall und toxische Allgemeininfektion, wobei fraglich ist, ob dies den Toxinen oder den toxischen Zerfallsprodukten der Gewebe zuzuschreiben ist. Die möglichst frühzeitige Wundausschneidung nach Friedrich ist hier am Platz, aber stets ohne primäre Naht. Anaerobenserum schützt sicher nur vor dem Vorwurf der Unterlassung der nötigen Sorgfalt. Auch hier wieder ausgiebige Steigerung der Abwehrkräfte durch die verschiedensten Mittel. Nie darf die Gefahr der Verschleppung der Infektion vergessen werden. Jedes Zuviel in der Behandlung ist zu verwerfen, die Wunde muß Ruhe haben und genügend Luftzutritt. Die ersten Anzeichen der toxischen Allgemeininfektion nötigen zur Amputation. Bei der spezifischen Infektion steht die Tetanusinfektion an erster Stelle. Wo öfter Tetanus beobachtet ist, soll bei der ersten Wundversorgung grundsätzlich Antitoxin gegeben werden, desgleichen bei allen erdinfizierten Wunden. Eine Schutzdosis kann auch einmal versagen oder bei Überempfindlichkeit anaphylaktische Störungen hervorrufen. Gerade bei vermuteten Tetanusinfektionen ist die Nichtvornahme der Wundausschneidung ein grober Fehler. Weiter wird die Behandlung der Wunddiphtherie, des äußeren Milzbrands und der Tuberkuloseinfektion bei Operationen und Sektionen an tuberkulösem Material besprochen. Sind auch die einzelnen Infektionsarten nach Wundinfektionen verschieden, so haben sie doch für die frühe Behandlung 3 wichtige Mittel gemeinsam: die Beseitigung oder Schwächung der Infektionserreger, die örtliche Steigerung der Abwehrkräfte und die völlige Ruhigstellung der befallenen Gebiete. Diese Maßnahmen sollen aber nicht rein schematisch angewandt werden, denn bald spielt die eine, dann die andere Maßnahme eine wesentlichere Rolle. Die genaue Kenntnis vom Wesen und Wirken aller Wundinfektionen ist Voraussetzung auch zum Vermeiden von Fehlern. Gewaltig ist der Fortschritt seit Billroths Zeiten. *Bode (Köln).*

### Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

**Berner, O.: Plötzlicher Tod. Ein ungewöhnlicher Fall von Poliomyelitis mit einigen Bemerkungen über den Begriff der „allgemeinen Erstickung“.** (*Pat.-Anat. Laborat., Ullevål Sykehus, Oslo.*) Norsk Mag. Laegevidensk. 98, 484—492 (1937) [Norwegisch].

An die Beschreibung des Falles und seiner pathologischen Anatomie wird eine eingehende Besprechung der Literatur angeknüpft. An Stelle der Bezeichnung „Erstickung“ oder „Erstickungstod“ sei besser von Asphyxie oder von Erstickungszeichen in anatomischem Sinn zu sprechen, um Mißverständnissen infolge rechtsmedizinischen Deutungen vorzubeugen.

*F. Stumpf (München).*

**Ballif, L., M. Briese et A. Moruzi:** Un nouveau cas de mort subite au cours d'une tumeur cérébelleuse. Étude d'un hémangioblastome. (Ein neuer Fall von plötzlichem Tod im Gefolge eines Kleinhirntumors. Studie über ein Hämangioblastom.) Bull. Soc. roum. Neur. etc. 17, 24—31 (1936).

Die Verff. beschreiben ausführlich den klinischen und pathologisch-anatomischen Befund bei einem Falle von Kleinhirntumor. Der 24jährige Patient kam nach kurzem Kranken-

lager plötzlich zum Exitus; die Autopsie ergab das Vorliegen eines Hämangioblastoms im Kleinhirn.  
*Laruelle* (Brüssel).

**Concetti, Fulvio:** *Emorragia sottoendocardica con morte improvvisa in puerperio.* (Subendokardiale Blutungen bei unvorhergesehener Tod im Puerperium.) (*Clin. Ostetr.-Ginecol., Univ., Firenze.*) *Riv. Ital. Ginec.* 20, 405—416 (1937).

Eine 28jährige Gebärende kommt in der Eröffnungsperiode in die Klinik. Nicht der geringste Befund, keinerlei Hinweis in der Vorgeschichte. Nach kräftigen und häufigen Wehen völlig spontane Entbindung in 3 Stunden. Eine  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  Stunde nach Geburt des gesunden Kindes tritt plötzlich Unruhe, Cyanose, etwas Auswurf ein; Tod in wenigen Minuten. Die Obduktion ergab eine frische, 3:1 cm große, 1 cm vom Unterrand des Septum membranaceum entfernte Blutung, die auf die Fasern des linken Schenkels des Hisschen Bündels drückt. Ferner fanden sich petechiale Blutungen am Bauchfell, Magenschleimhaut, Leber, Hirnödem und eine umfänglichere Nebennierenblutung. Mikroskopisch bestanden toxisch bedingte, als präekklamptisch anzuschende Degenerationsscheinungen an dem Leberparenchym, den Nieren und Nebennieren, ferner vakuoläre Degenerationen und fibrilläre Dissoziation am Hisschen Bündel. Erörterung der Pathogenese, Literaturübersicht.  
*Gerstel* (Bonn).

**Oliveira, João Baptista de, Costa Junior e Flaminio Favero:** Über einen interessanten Todesfall nach Neosalvarsaninjektion. *Arch. Soc. Med. leg. e Criminol. S. Paulo* 7, 171—178 (1936) [Portugiesisch].

Der 27 Jahre alte Kranke hatte die 5. Neosalvarsaneinspritzung in einer Dosis von 0,75 g erhalten. Gleich darauf traten heftige Kopfschmerzen und Schmerzen in der Nierengegend auf, die Extremitäten fühlten sich kalt an, großer Durst stellte sich ein, der Puls war klein, fadenförmig. Nach 2 Stunden erfolgte der Tod. Nach den Verff. wurde der Tod durch eine Nitritkrise, vergleichbar dem Auftreten eines Shockes, hervorgerufen. Bei der Sektion fand sich Ödem des Gehirns. Die ärztliche Behandlung trifft keine Schuld an dem Todesfall.  
*Ganter* (Wormditt).

**Pilcher, Robin:** Pulmonary embolism. A statistical investigation of its incidence in twelve London hospitals in the decade 1925—34. (Lungenembolie. Eine statistische Untersuchung über ihre Häufigkeit in 12 Londoner Krankenhäusern in der Zeit von 1925—1934.) (*Surg. Unit, Univ. Coll. Hosp., London.*) *Brit. J. Surg.* 25, 42—56 (1937).

Statistische Untersuchung über 731 Fälle von tödlicher Lungenembolie in den Jahren 1925—1934, die autoptisch bestätigt wurden. Es fand sich hierbei weder eine jahreszeitliche noch eine epidemische Häufung.

Bei 573 Fällen war ein Trauma vorhanden, was auf die chirurgischen Fälle zu beziehen ist. Bei den chirurgischen Fällen betrug die Häufigkeit der tödlichen Lungenembolie 0,105%, bei den internistischen 0,064%. Die Hauptursache für das Auftreten der Lungenembolie ist nicht so sehr die Krankheit oder das Trauma, sondern der Bewegungsmangel der Patienten. Bei den traumatischen Fällen war die zeitliche Differenz zwischen Trauma und Lungenembolie 1 Tag bis mehrere Wochen. Die primäre Thrombose fand sich meist häufiger in den Venen des rechten als des linken Beines. Die Alterskurve erreicht in den Jahren von 55—59 ihren Höhepunkt mit der Zahl der tödlichen Lungenembolien. Bei den traumatischen Fällen waren die Frauen zahlreicher vertreten, während das Verhältnis bei den nichttraumatischen Fällen zwischen Männern und Frauen gleich war.  
*H. Schwiegk* (Berlin).

**Richardson, H. F., B. C. Coles and G. E. Hall:** Experimental gas embolism: I. Intravenous air embolism. (Gasembolieversuche: I. Intravenöse Luftembolie.) (*Dep. of Med. Research, Banting Inst., Univ. of Toronto, Toronto.*) *Canad. med. Assoc. J.* 36, 584—588 (1937).

Versuche an 10 Hunden in Nembutalanästhesie; Luft wurde durch eine in die Schenkelvene eingebundene Nadel eingeführt — pro Kilogramm und Minute 0,12 bis 2,2 ccm. Wurde weniger als 1 ccm pro Kilogramm und Minute eingespritzt, so konnte das Tier eine ganz ansehnliche Luftpumpe vertragen, ein Hund z. B. 3910 ccm Luft in 87 Stunden. Innerhalb 20—30 Sekunden waren aber schon 100 ccm Luft tödlich. Ohne Anästhesie vertragen die Versuchstiere etwas weniger Luft. Als effektive Barriere gegen die eingeführte Luft wirkt das Capillarsystem der Lunge; schließlich gehen die Tiere infolge Versagen der Lungenzirkulation ein. Wenn auch der Zustand der Tiere nach Lufteinführung sich manchmal zu verbessern scheint, kann ein akutes Lungenödem in einigen Stunden oder eine nachfolgende Bronchopneumonie nach mehreren Tagen tödlich sein. Von bedeutender Wichtigkeit ist der Allgemeinzustand der

Tiere: solche mit niedrigem Blutdruck ertragen eine viel geringere Luftmenge als Hunde mit normalem Blutdruck.  
*Endre Makai* (Budapest).<sub>o</sub>

**Coles, B. C., H. F. Richardson and G. E. Hall:** Experimental gas embolism: II. Factors other than air as a cause of death in some cases diagnosed „air embolism“. (Experimentelle Gasembolie. II. Anderweitige Faktoren außer Luft als Todesursache in einigen Fällen diagnostizierter „Luftembolie“.) (*Dep. of Med. Research, Banting Inst., Univ., Toronto.*) Canad. med. Assoc. J. 37, 24—25 (1937).

Die Verff. hatten in einer vorausgehenden Arbeit (vgl. vorstehendes Referat) in experimentellen Studien zeigen können, daß außerordentlich große Luftpengen Hunden intravenös ohne tödliche Wirkung beigebracht werden können. Es muß deshalb damit gerechnet werden, daß bei tödlichen Abtreibungszwischenfällen nicht nur der Lufteintritt in das Gefäßsystem, sondern auch toxische Wirkungen der Uterusspülflüssigkeit für den verhängnisvollen Ausgang eine Rolle spielen. Zur Klärung wurden experimentell verschiedene in Frage kommende Lösungen geprüft. Dabei erwiesen sich bei den Versuchstieren (Hunden) Seifenlösungen in verhältnismäßig schwacher Konzentration als auffallend toxisch und waren schon in wesentlich kleineren Mengen als Luft von verhängnisvoller Wirkung. Es muß deshalb auch bei einem tödlichen Luftemboliebefund nach Abtreibungseingriff an eine Mitwirkung solcher toxischen Einflüsse gedacht werden.

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

### **Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.**

● **Chiavacci, Ludwig:** Die Störungen der Sexualfunktion bei Mann und Weib. Mit einem Geleitwort v. Otto Pötzl. Leipzig u. Wien: Franz Deuticke 1938. VI, 145 S. RM. 4.60.

Dem um Rat gefragten Arzt wird mit vorliegendem Buch ein Werk in die Hand gegeben, das in straffer, übersichtlicher Form einen Überblick über ein besonders soziologisch sehr bedeutungsvolles Gebiet gibt. Nach einer klaren Abhandlung von Anatomie und Physiologie wird ein Abriß der Pathogenese — sie nimmt den größten Raum ein — der Diagnose und Therapie gegeben. Ein abschließendes Kapitel behandelt die Sterilität, die Impotentia generandi. Daß manche Fragestellungen nur kurz gestreift werden, folgt aus dem Aufbau der Arbeit; daß längeres Eingehen auf theoretische Streitfragen völlig vermieden wird, gereicht ihr zum Vorteil. Der einleitend betonte Zweck der Abhandlung kann als vollauf erreicht angesehen werden.

*Günther* (Berlin).<sub>o</sub>

**Sdravomyslov, W.:** Hygiène sexuelle et stérilité. (Sexuelle Hygiene und Unfruchtbarkeit.) Bull. de la Soc. Sexol. 3, 497—504 (1936).

Die Arbeit weist an russischem Untersuchungsmaterial (1568 Frauen, meist 26 bis 35 Jahre alt) aus den Jahren 1931—1934 auf die wichtige Rolle hin, welche die sexuelle Hygiene für Prophylaxe, Ätiologie und Verlauf der Frauenkrankheiten spielt. Die aus ästhetischen und hygienischen Gründen selbstverständliche Forderung, daß die Frau sich während der Menstruation des Geschlechtsverkehrs enthalte, wird in Rußland durchaus nicht allgemein beachtet. Dabei ist die Nichtbeachtung häufig Ursache gynäkologischer Erkrankungen, da sich der Blutandrang zu den schon überfüllten Sexualorganen noch steigert, den Blutverlust verlängert und verstärkt. Die Zahl der Frauen, die nach eigener Angabe während der kritischen Tage Geschlechtsverkehr meiden, ist viel kleiner als die Zahl derer, die ihn bisweilen austüben, auch kleiner als die Gruppe derer, welche die Periode in dieser Hinsicht überhaupt nicht beachten, sowie jener, die ihn gerade während dieser Tage pflegen. Zweifellos wächst die Zahl der Unfruchtbarkeiten mit dem Mangel an Hygiene. Aber von den durch eine gynäkologische Krankheit gewarnten Frauen haben nur 15% ihre sexuelle Hygiene verbessert, 4% sogar noch verschlechtert. Es sei nötig, die Maßnahmen sanitärer Erziehung auf dem Gebiete der sexuellen Hygiene in Rußland wirksamer zu gestalten.

*Haubold* (Berlin).<sub>o</sub>