

handlungsbericht des I. internationalen Kongresses f. gerichtliche u. soziale Medizin in dieser Z. 31, 317 [Jungmichel].) Anmerkung des Ref.: Der Ton des nichtgenannten Verf.s „M—r“ ist für eine wissenschaftliche Zeitschrift bemerkenswert!

Jungmichel (Göttingen).

Pfeuffer, Karl: Der Einfluß mechanischer Hirnschädigungen auf die Verbrennung des Alkohols im Blut. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Würzburg.*) Würzburg: Diss. 1938. 16 S.

Die Arbeit geht von der Feststellung aus, daß Schädeltraumen und ihre Folgen die vorwiegend schon im Magen erfolgende Resorption des Alkohols stören — wobei möglicherweise die Bettruhe mitwirkt — und auch die Umsetzung des Alkohols erheblich verlangsamen können. Verf. teilt die Ergebnisse der Beobachtung praktischer Fälle mit, die bestätigen, daß bei schweren Hirnschädigungen mit langdauernder Bewußtlosigkeit Resorptionsstockungen und Verlangsamung der Alkoholverbrennung auftreten können. Die Werte für den Konzentrationsabfall des Blutalkohols in der Stunde entsprechen dann etwa den unteren Grenzwerten von Widmark mit 0,08⁰/₁₀₀ und Jungmichel 0,09⁰/₁₀₀. Bei leichten Fällen kann die Blutalkoholkurve einen niedrigeren Verlauf nehmen als normal, weil gestörte Magenmotilität und Erbrechen Resorptionsverlangsamung bedingen. Verf. weist auf die Schlußfolgerungen hin, die sich daraus für die Feststellung der Alkoholeinwirkung zur Zeit des Unfalles ergeben.

Rodenberg (Berlin-Dahlem).

Ijiri, Jojiro: Der Einfluß der Kastration auf die Resistenz gegen Alkohol. Mitt. med. Akad. Kioto 26, 653—672 u. dtsh. Zusammenfassung 813 (1939) [Spanisch].

Verf. untersuchte nach der alten Warburgschen Methode den O₂-Verbrauch der Hirnrinde-, Zwischenhirn-, Nieren- und Lebergewebe bei gesunden sowie kastrierten Ratten in Äthylalkohol-Ringerscher Lösung (A.A.R.) von verschiedenen Konzentrationen. Dann wurde der Prozentsatz der Ab- und Zunahme des O₂-Verbrauches (zwecks Vergleichs mit dem O₂-Verbrauch in Ringerscher Lösung) bei beiden Gruppen festgestellt. 1. Bei Gesunden nimmt der O₂-Verbrauch des Hirnrinde- und Zwischenhirngewebes in 1,0proz. A.A.R. noch mäßig zu, doch wird in 0,5proz. A.A.R. bei Kastraten die O₂-Verbrauchsabnahme bereits sehr auffallend. 2. Der Zu- und Abnahme Prozentsatz des O₂-Verbrauches der Nieren- und Lebergewebe von Kastraten weicht jedoch nicht deutlich von dem der gesunden Tiere ab. Kurz, auch bei Äthylalkohol ist eine antinarkotische Wirkung des Sexualhormons konstatierbar. *Autoreferat.*

Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.

Beck, Alfred: Über Flammenwirkung bei Nitromunition. (*Gerichtsmed. Univ.-Inst., Kiel.*) Kiel: Diss. 1937. 19 S.

Der Verf. hat festgestellt, daß Schwarzpulverschüsse bis zu einer Entfernung von rund 1 m (Jagdgewehr) Verbrennungen hervorrufen, daß dies jedoch bei den meisten Schüssen mit Nitromunition nicht der Fall war (Jagdgewehre, Armeepistole 08, Mauserpistole 7,65). Mit dem Karabiner 98K und Nitromunition entstanden jedoch Versengungen auf Entfernungen bis zu 8 cm und mit einem französischen Militärgewehr und der dazu gehörigen Nitromunition auf Entfernungen bis zu 30 cm. Es ergibt sich also, daß die Angaben früherer Autoren über das gelegentliche Auftreten einer Flammenwirkung bei Nahschüssen mit rauchlosem Pulver zutreffen, daß jedoch im allgemeinen die Verbrennungserscheinungen ein Kennzeichen für Schwarzpulverschüsse sind und also als grundsätzliches Unterscheidungsmerkmal für die verwendete Munition angesehen werden können, wenn man die einzelnen Ausnahmen berücksichtigt. (Dabei wird man besonders auf die Intensität der Flammenwirkung zu achten haben. Ref.).

Elbel (Heidelberg).

Schaffeld, J. M. A.: Zur Kasuistik der im Herzen eingeteilten Geschosse und Geschoßteile. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1938 (1939). 34. S.

Verf. berichtet an Hand einer Krankengeschichte einschließlich autopsischem

Befund über einen Herzsteckschuß. Bei den Schußverletzungen des Herzens unterscheidet man Streif-, Durchschuß- und Steckschußverletzungen. Die Durchschüsse verliefen sämtlich tödlich. Der Herzmuskel zeige eine sehr gute Tendenz, Fremdkörper reaktionslos und folgenlos einzuheilen. Infanteriegeschosse (Stahlmantelgeschosse) und Granatsplitter stellten den größten Anteil zu den Herzsteckschüssen. Bei ihnen sei die Prognose für folgenlose Einheilung am besten. In dem Falle des Verf. war ein linsengroßer Granatsplitter nach Lungensteckschuß mit Hämatothorax von einer Lungenvene aus über den linken Vorhof in den linken Ventrikel gelangt, wo er sich hinter dem Papillarmuskel verfangen und sich ein Thrombengerinnsel um den Fremdkörper gebildet hatte, das zeitweise zu Niereninfarkten Anlaß gegeben hatte. Die Herzwandsteckschüsse machen stets reaktive Erscheinungen, die sich in peri- und epicarditischen Erscheinungen mehr oder minder ausgedehnter, meist schwieriger Prozesse kundtun. Die Pericarditis werde klinisch oft nicht diagnostiziert. Im Augenblick der Verletzung des Herzens sei die Systole günstiger als der Zustand der Diastole. Wenn man in Früh- und Spätkrankheitszeichen trenne, sehe man, daß die Frühsymptome geringer seien als die späten, vor allem, was die subjektiven anbetreffe. Die frühen Gefahren bei Herzsteckschüssen seien sehr mannigfaltig und bedrohten das Leben auch noch nach Überstehen des ersten Kollapses. Die späten Gefahren würden oft durch die subjektiven Beschwerden zu hoch eingeschätzt. Die Spätmortalität nach Herzsteckschüssen sei auch ohne Operation gering. Die Operation sei nur bei zunehmenden Beschwerden und vitaler Indikation angezeigt. Die Resultate nach Operation und nach Spontaneinheilung von Fremdkörpern seien fast gleich. Ein veralteter Herzsteckschuß bedeute im ganzen keine Gefahr für den Träger. Literatur.

Rud. Koch (Münster i. W.).

Szabó, Gábor: Aorta-Perforation durch verschluckten Knochensplitter. Orv. Hetil. 1939, 623—624 [Ungarisch].

40jährige Frau verschluckte am 20. VIII. 1938 während des Abendessens einen Knochen. Nach kurzer Zeit traten heftige Schmerzen im Brustkorb auf. Sofortige ärztliche Untersuchung. Magensonde. Negativer Befund. Am 31. VIII. Röntgenaufnahme. Knochensplitter war nicht zu finden. Nochmals Magensonde; erfolglos. Am 4. IX. Bluterbrechen, Schmerzen, Fieber. Abgabe in ein Hospital. Rachen- und kehlkopfspezialistische Untersuchung ergab nichts Positives. Internist empfahl Gastrostomie. Die Kranke starb vor der Operation, eine Stunde nach der Aufnahme, unter den Zeichen der inneren Verblutung. Obduktionsbefund: Die untere Hälfte der Speiseröhre war von lockerem Blutgerinnsel ausgefüllt; am oberen Ende des Gerinnsels befand sich ein 34 mm langes, 7,5 mm dickes, länglich rhomboides Knochenstück, welches an beiden Enden scharf zugespitzt in der Speiseröhre eingebettet war; dementsprechend befanden sich in der Aortenwand zwei penetrierende Kontinuitätsstrennungen. — An der Hand des Obduktionsbefundes konnte festgestellt werden, daß die unmittelbare Todesursache eine akute Verblutung war, welche infolge einer von der Speiseröhre in die Aorta dringenden Stichverletzung in einigen Minuten erfolgte. Die Stichverletzung wurde von dem 7 Tage vor dem Tode steckengebliebenen Knochensplitter verursacht. Das immer tiefere Eindringen des Knochenstückes in die Speiseröhrenwand wurde durch die wiederholte Sondenuntersuchung sicherlich begünstigt. Zweifellos spielte bei der Perforation auch die Pulsation der Aorta und die bei der Speisenaufnahme stattfindenden Schluckbewegungen eine bedeutende Rolle.

Die klinische Folgerung des Falles ist, daß in jedem Falle von Verschlucken eines Knochensplitters, falls charakteristische lokalisierte Symptome vorhanden sind, die oesophagische Untersuchung, Aufsuchen und Entfernen des Fremdkörpers dringend geboten ist. Vom Standpunkte des Gerichtsarztes ist auch die Frage eines ärztlichen Kunstfehlers von Wichtigkeit. Auch in diesem Falle erfolgte mehrere Monate nach dem Tode der Frau eine Schadenersatzklage. Gegenstand der Klage war der Umstand, daß die Kassenärzte den Knochen nicht fanden, demzufolge derselbe vor der Perforation nicht entfernt werden konnte.

E. Illés (Budapest).^{oo}

Bolt, Wilhelm: Lunge und Trauma. (Wirkungen ausströmender Preßluft auf Thorax und Lungen.) (Med. Klin., Univ. Köln.) Köln: Diss. 1938 (1939). 19 S.

Verf. richtete bei einer Serie von 6 Meerschweinchen einen Preßluftstrahl aus einer Kohlensäurebombe gegen die Thoraxwand der Versuchstiere und untersuchte die

Lungen histologisch. Bolt kommt dabei zu dem Ergebnis, daß die Gewalteinwirkung eines Preßluftstrahles im Bereich des Thorax für die Lunge die gleiche Wirkung wie ein stumpfes Trauma durch Schlag oder Druckwirkung infolge Explosion hat. Nach Ausschaltung eines Teiles der Lunge durch Blutung (insbesondere um die Gefäße und die Bronchien herum) trete eine vikariierende Blähung der Restlunge, besonders in den Rand- und Spitzenpartien auf. Weiterhin trete eine herdförmige Verdickung von Alveolarsepten auf, die auf regenerationsartige Prozesse in der Lunge hindeuten könne. Literatur.

Rud. Koch (Münster i. W.).

Manu, N., und Radu Râmănceanu: Einige Betrachtungen über einen Fall von Simulation: Verbrennung der Haut durch Lampenpetroleum. Rev. San. mil. (Bucureşti) 38, 333—335 u. franz. Zusammenfassung 359 (1939) [Rumänisch].

Ein Soldat brachte sich auf Brustkorb und Bauch durch energisches Einreiben mit Petroleum, welches als Brennstoff für Lampen verwendet wird, Brandwunden bei. Diese Verbrennungen sind zum Teil Läsionen sehr ähnlich, welche durch Yperit hervorgerufen werden. Die Autoren machen die rumänischen Militärärzte auf diese Simulationsart aufmerksam, da Petroleum im Lande für jedermann erhältlich ist.

Michael Kernbach (Cluj, Rumänien).

Marquardt, F.: Zur Frage der Leichtmetallschädigungen. (*Univ.-Hautklin., Göttingen.*) Med. Welt 1939, 1317—1318.

Verf. nimmt auf Grund eigener Beobachtungen, die durch experimentelle Untersuchungen eine Stütze finden, zu der Frage der Leichtmetallschädigungen Stellung. Insbesondere wird die Frage erörtert, ob den Leichtmetallen eine stärkere sensibilisierende Wirkung im Sinne einer Ekzemverursachung zukommt. Die im Schrifttum niedergelegten Beobachtungen und eigene Befunde ließen dies zweifelhaft erscheinen. Versuche des Verf. zeigten nun, daß eine stärker sensibilisierende Wirkung den Leichtmetallen nicht zuzukommen scheint. Bei diesen Versuchen wurde reiner Leichtmetallfeilstaub oder ein Feilstaubvaselinegemisch 21 Meerschweinchen in die rasierte unbeschädigte oder erodierte Bauchhaut eingerieben, ohne daß eine stärkere entzündliche Reaktion oder Erscheinungen der Überempfindlichkeit beobachtet wurden, auch dann nicht, wenn den Tieren vorher oder nachher Leichtmetallsplitter oder eine Dural-Ringerlösung in das Unterhautzellgewebe eingeführt wurde. Ein 14-tägiger Einreibungsversuch mit Duralfeilstaub an der Haut eines Mannes ließ ebenfalls keine Zeichen einer Sensibilisierung erkennen, auch hier wurde ein Splitter in den Bereich der vorbehandelten Haut eingeführt, ohne derartige Erscheinungen auszulösen. Versuche über subcutane Splittereinpflanzung von Elektron und Dural bei 14 Meerschweinchen (Splitter, Feilstaub, Leichtmetall-Ringerlösung) bestätigten die bisherigen Angaben, daß beide Leichtmetalle Eiterinfektionen begünstigen können. Hierbei unterschieden sich Elektron und Dural merklich, während die Duralreaktionen meist nach 2—4 Tagen abklungen, entstanden durch Elektron häufiger Abscesse oder zumindest länger dauernde entzündliche Schwellungen.

Estler (Berlin).

● **Andreesen, Remmer: Erkennung und Behandlung der Hirnschädelbrüche.** (H. Unfallheilk. Hrsg. v. M. Zur Verth. H. 27.) Berlin: F. C. W. Vogel 1939. 48 S. u. 34 Abb. RM. 4.50.

Schädelbrüche sind eine sehr häufige Ursache von tödlichen Verletzungen. Früh-todesfälle sind häufiger als Spättodesfälle; die Früh-todesfälle wegen mechanischer Schädigung des Hirns, die Spättodesfälle besonders bei Schädelgrundflächenbrüchen mit aufsteigender Entzündung der Hirnhäute oder bei auftretender Senkungenunter-entzündung. Bei jedem Verdacht auf Schädelbruch ist eine genaue Röntgenunter-suchung notwendig, die mit den heutigen Mitteln bei Ärzten, die Erfahrungen in Rönt-genuntersuchungen haben, stets zu einer eindeutigen Beurteilung führen müssen. Nach Beschreibung des klinischen Bildes frischer Hirnschädelverletzungen wird auf die Häufung des Vorkommens der Hirnschädelbrüche durch die Steigerung des Verkehrs und die Gefahren in den Fabriken hingewiesen. Die Annahme, daß durch Boxhiebe

häufig Schädelbrüche vorkommen, wird zurückgewiesen; die bei Boxkämpfen auftretenden Schädelbrüche entstehen zumeist durch Fallen auf den Hinterkopf. Bei Jugendlichen werden subdurale Hämatome durch Boxhiebe beobachtet. Es folgen Beschreibungen der verschiedenen Bruchformen am Schädeldache und an der Schädelgrundfläche mit Auseinandersetzung der Möglichkeiten, wie diese verschiedenen Bruchformen zu angreifenden Gewalteinwirkungen in Beziehung stehen. Die Behandlung geschlossener Hirnschädelbrüche ist beschrieben unter kritischer Stellungnahme zu der abwartenden und aktiven Behandlung. Es werden die verschiedenen Maßnahmen angegeben, die einen auftretenden Hirndruck beseitigen können, und das frühzeitige operative Vorgehen erwähnt, wenn die Diagnose gesichert werden muß. Bei Kopfschwartenswunden ist eine Knochenschau notwendig. Bei allen Einbrüchen ist durch Operation festzustellen, ob die Hirnhaut oder das Gehirn verletzt ist oder durch Druck geschädigt wird. Nach einer Besprechung der bei Kindern vorkommenden Hirnschädelbrüche wird die Behandlung offener Schädeldachbrüche besprochen und auf die Wichtigkeit der primären Wundversorgung hingewiesen. Ein längeres Abwarten wird für fehlerhaft gehalten. Bei den Schädelschußverletzungen wird die Entfernung des Geschosses nur bei seinem Sichtbarwerden in der Wunde empfohlen. Eine Sondierung des Schußkanals hat unter allen Umständen zu unterbleiben. Bei allen Grundflächenbrüchen ist an die Verbindung mit den Nebenhöhlen zu denken und entsprechend zu handeln. Es werden weiter die chirurgischen Behandlungsmöglichkeiten bei Späterkrankungen nach Hirnschädelbrüchen besprochen und die Behandlung der Hirnhautentzündung und die von Hirnabscessen erwähnt. Größere Schädellücken bleiben als solche mit abgerundeten Rändern bestehen. Bei kleineren Lücken, insbesondere bei Jugendlichen, tritt zwar ebenfalls keine Knochenüberbrückung ein, aber ein genügender fester Verschuß durch fibrinöse Gewebe. Klaffende Brüche entstehen durch die Drucksteigerung und werden durch Aufhebung der Drucksteigerung erheblich gebesert bzw. führen zur Heilung der Bruchstelle. Das Auftreten von Hirngeschwulsten nach Schädelbrüchen wird als höchst unwahrscheinlich angesehen. Bei Behandlung von Hirnerschütterungen läßt man neuerdings den Verletzten bei Nachlassen des Schwindelgefühls und der Kopfschmerzen aufstehen und nicht, wie früher, wochenlang liegen. Bei einem Schädelbruch wird nach wie vor meistens eine 3wöchige Bettruhe verordnet. *Schackwitz.*

Dabeck, Wilhelm: Selbstmord durch Schläge mit einem kleinen Stein gegen den Kopf. Ein Beitrag zur Frage des Selbstmordes bei Geisteskranken. (*Gerichtsärztl. Inst., Städt. Gesundheitsamt, Köln.*) Köln: Diss. 1939. 26 S.

Ein 66jähriger Mann beging dadurch Selbstmord, daß er sich mit einem ziemlich runden Stein von 250 g Gewicht den Schädel bearbeitete. Der Tod trat durch Zertrümmerung des rechten Schläfenbeins und Blutungen in die Schädelkapsel, sowie Verletzungen des Schläfenpols ein. Eine Vielzahl von Schlägen führte trotz verhältnismäßig geringer Gewalteinwirkung zum Ziel, weil der Turmschädel des Mannes, der im übrigen ein paranoid Schizophrener war, eine sehr dünne Schädelwand aufwies. Am linken Os frontale fand sich außerdem ein 16 mm großes Osteom, das in einen spaltförmigen Substanzverlust des Hirns hineinreichte, der sich als durch Drucknekrose entstanden erklären ließ. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Häussler, G.: Erstes Auftreten von Hirntumorsymptomen nach Schädeltraumen. (*Frankfurt a. M., Sitzg. v. 26.—30. IX. 1938.*) Ber. 8. internat. Kongr. f. Unfallmed. u. Berufskrankh. 2, 734 (1939).

Gar nicht so selten treten die ersten Erscheinungen eines Hirntumors nach einem Schädeltrauma auf, so daß die Patienten zunächst als *Commotio* oder *Contusio* behandelt wurden. Von 60 Hirntumorfällen handelte es sich bei 6 nach dem Unfall entstandenen Hirntumorsymptomen einmal um ein bösartiges Gewächs, einmal um ein sarkomatös entartetes Meningeom der Schädelbasis, ein parasagittales Meningeom, zwei anders lokalisierte Meningeome sowie um ein Angioblast der Dura. Die Ursache des Auftretens der Symptome kann eine Blutung im Tumor sein oder eine Hirnschwellung, die die Reizzunahme des intrakraniellen Druckes bewirkte. Infolge des bereits bestehenden Hirntumors ist die Pufferwirkung des Liquors eingengt. Treten noch lange Zeit nach einem Schädeltrauma neurologische Zeichen auf oder nehmen sie nach

anfänglicher Besserung wieder zu, dann muß an einen Tumor gedacht werden. Im Interesse des Versicherungsträgers wie des Patienten selbst ist die Frühdiagnose außerordentlich wichtig. *Ostertag (Berlin).*

Scolari, Francesco: Su due casi di ascesso cerebrale traumatico in bambini. (Über zwei Fälle von traumatischem Hirnabsceß bei Kindern.) (*Reparto Chir., Osp. dei Bambini, Umberto I, Brescia.*) Clinica chir., N. s. 15, 373—386 (1939).

Kasuistische Mitteilung mit Erörterung der pathologischen Anatomie, Diagnosestellung, Differentialdiagnose, Vorhersage und Behandlungsmethoden.

1. Ein 9jähriger Junge erhielt einen Schrotschuß im Kopf aus allernächster Nähe, welcher eine klaffende, 10 cm lange Wunde an der rechten Frontalgegend unter teilweiser Freilegung der Schädeldecke verursachte. Aus den Eintrittsstellen der Schrotkörner quoll Gehirnmasse heraus. Sofortige Wundversorgung, Tetanus- und Campherspritze. Zur Nackensteifigkeit gesellten sich bald linksseitige Lähmungserscheinungen, im weiteren Verlauf klonisch-tonische Krämpfe, Erbrechen, Bradykardie u. a., so daß wegen Verdacht auf einen Gehirnabsceß zur Operation geschritten wurde. Frontale Knochenlücke von Fünfmarmstückgröße, Duraspaltung und Incision einer etwa 4 cm tief gelegenen Eiteransammlung. Drainage mit 7 mm dickem Gummrohr für 35 Tage. Ausgang in fast völlige Heilung. — 2. Ebenfalls 9jähriger Knabe erlitt einen offenen Schädelbruch an der Occipitalgegend durch Steinschlag bei Explosion einer Mine. Am 7. Tage nach dem Unfall wurde wegen vermuteten Hirnabscesses eine Trepanation in Äthernarkose ausgeführt. Nach Entfernung eines spitzen, in die Hirnsubstanz hineinragenden Knochensplitters ergab sich spontaner Eiterabfluß aus der Tiefe. Drainage mit Gummrohr, 37 Tage lang. Vollständige Heilung. *Gottfried Bonell (Bozen).*

Hinriesson, Harry: Über Sportverletzungen. Nord. hyg. Tidskr. 20, 266—274 (1939) [Schwedisch].

Übersichtliche Darstellung unter Anführung der Frequenzziffer, die das Vorkommen von Sportverletzungen beim schwedischen Militär während der Jahre 1922—1931 zeigen. *Einar Sjövall (Lund).*

Matthes, H. G., und A. Thelen: Ermüdungsbrüche der Rippen mit typischer Lokalisation. (*Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.*) Chirurg 11, 537—542 (1939).

Durch reinen Muskelzug entstandene Rippenbrüche finden sich vorwiegend an den untersten Rippen, von der 9. Rippe abwärts. Diese Brüche werden durch die am untersten Teil des Brustkorbes ansetzenden Muskeln, nämlich Zwerchfell, M. transversus und rectus und durch die obliqui verursacht. Sie liegen im seitlichen Abschnitt der Rippen oder seltener an der Knorpel-Knochengrenze. $\frac{4}{5}$ solcher Fälle sind auf der linken Seite beobachtet worden. Man nimmt an, daß die Leber eine Einwärtsdrehung der rechten Rippen und hiermit die Entstehung von Biegungsbrüchen verhindert. Unter der Geburt oder beim Sport entstandene Rippenbrüche sind meist durch eine verkrümmte Haltung bedingt. Auf der Höhe der Biegung sitzt dann der Bruch. Der Muskelzug ist hierbei von untergeordneter Bedeutung. Am häufigsten ist die 5. bis 9. Rippe betroffen. „Ermüdungsbrüche der Rippen sind äußerst selten und werden meist nicht als solche erkannt.“ Sport, Arbeitsdienst, Wehrpflicht können den Anlaß geben. 4 solcher Brüche der 2. und 3. Rippe konnten die Verff. in den letzten beiden Jahren beobachten. Ein langsam gewachsener, leicht schmerzhafter Knoten im Bereich der Knorpel-Knochengrenze der 2. und 3. Rippe ließ den einweisenden Arzt den Verdacht auf Chondrom, Sarkom, metastatische Osteochondritis oder Tuberkulose aussprechen. 3mal bestand dieser Befund rechts, 1mal links. Betroffen waren sonst gesunde Männer zwischen dem 20. und 35. Lebensjahr. Körperwärme, Senkungsgeschwindigkeit, Blutbild, Kalkspiegel waren normal. WaR. im Blut war negativ. Bewegungen des Armes nach hinten, nach seitlich oben und gegen Widerstand nach vorn bei seitlich waagerecht erhobenem Arm wurden als schmerzhaft angegeben. Röntgenbilder und Tomogramme gaben keinen Aufschluß. Dagegen ergab ein Probeausschnitt bei den ersten beiden Fällen durch feingewebliche Untersuchung Callusbildung. Die 4 Männer konnten berichten, daß sie vor kurzem zu einer für sie ungewohnten schweren Arbeit herangezogen waren. Z. B. gab ein kaufmännischer, zum Heeresdienst eingezogener Angestellter an, daß er beim Turnen 100 Liegestützübungen gemacht habe. Hinterher habe er einen starken Muskelkater in den Schultern gespürt. „10 Tage später

spürte er bei einem mit der rechten Hand ausgeführten Klimmzug plötzlich ein krachendes Geräusch in der rechten oberen Brusthälfte, Schmerzen seien nicht aufgetreten. 2 Tage später stellten sich bei einer neuerlichen anstrengenden Dauerbelastung insbesondere der rechten Schultermuskulatur (Legen von Telefonleitungen mit einer langen Stange in Bäume) starke Schmerzen im Bereich des vorderen Anteils der 2. Rippe ein, gleichzeitig wurde eine Anschwellung an dieser Stelle bemerkt.“ Ähnlich lautete die Vorgeschichte der 3 übrigen Kranken. Ein Vergleich mit der Schipperkrankheit liegt nahe. Hierbei führt die oft wiederholte Beanspruchung der Dornfortsätze durch Muskelzug zu einer Looserschen Umbauzone und zu Ermüdungsbrüchen. Bei den Brüchen der oberen Rippen wirken in diesem Sinne 2 Muskelgruppen, die unter Zwischenschaltung des Schulterblattes mit ihren Ansätzen an den obersten Rippen für die Entstehung in Frage kommen. Es sind dies als Spieler und Gegenspieler vor allem der obere Trapezius und der Pectoralis minor, in zweiter Linie der mittlere Trapeziusanteil und der mittlere Serratusanteil. Für die Behandlung genügt eine 14tägige Ruhigstellung in der Mitella und in den nächsten 14 Tagen Kurzwellendiathermie und Bewegungsübungen. Dann können die Kranken wieder mit leichterer Arbeit beginnen. *Plenz.*

Asperger, Hans: Über einen Fall von Eczema vaccinatum. Wien. klin. Wschr. 1939 II, 826—827.

Der mitgeteilte Fall betrifft ein 9 Monate altes Mädchen, das schon seit Monaten an einem Ekzem erkrankt gewesen war. Nachdem der 12jährige Bruder des Säuglings vor mehr als 14 Tagen unter Bildung einer starken großen und nässenden Impfpustel geimpft worden war, erkrankte das kleine Mädchen, mit dem der Knabe ständig in Berührung gewesen war und gespielt hatte, an einem allgemeinen Eczema vaccinatum, das sich zunächst am ganzen Gesicht ausbreitete, aber in den nächsten Tagen auch trotz subcutaner Impfung über Bauch, Ober- und Unterschenkel in Form von Impfpusteln auftrat. Am 15. Tag der Erkrankung und am 12. Tag des Spitalsaufenthaltes starb das Kind. Die Sektion ergab die klinisch beobachteten Hautveränderungen, eine beginnende Phlegmone am rechten Oberschenkel und ein nicht sehr hochgradiges Hirnödem, daneben eine fettige Entartung der parenchymatösen Organe. Mit dem postmortal abgenommenen Liquor wurde ein positiver Impfversuch an der Cornea des Kaninchens angestellt und wurden in den Pusteln und in der Cornea die Guarnierischen Körperchen nachgewiesen. Am 7. Tag nach der Erkrankung ihres Säuglings bekam auch die Mutter unter Fieber zwei Impfpusteln am Naseneingang und an der Oberlippe, natürlich hatte sie sich bei der Pflege des kleinen Kindes irgendwie infiziert — vielleicht fand sich eine familiäre Überempfindlichkeit gegenüber dem Vaccine-Virus. Der Fall zeigt wieder, wie dringend notwendig es ist für den impfenden Arzt, sich zu vergewissern, daß nicht nur der Impfling selbst, sondern auch Geschwister und sonstige Familienangehörige frei von Ekzemen sind, wie es der Runderlaß des Deutschen Reichsministers des Innern vom 4. IV. 1934 Abs. 2 vorschreibt. *Merkel (München).*

Charles, A. H.: Foreign bodies introduced into the bladder in attempts to procure abortion. With report of a case. (Fremdkörper zur Erzielung eines Abortes versehentlich in die Harnblase eingeführt.) Brit. med. J. Nr 4099, 224—225 (1939).

Ein 25jähriges Mädchen hatte zur Erzielung eines Abortes Ulmenästchen von etwa $2\frac{1}{2}$ Zoll Länge und etwa Bleistiftdicke in die Scheide einzuführen versucht. Bei diesem Versuch hatte sie den Introitus verfehlt, die Stäbchen waren plötzlich verschwunden. Nach 2 Tagen bekam sie Blasenbeschwerden. Bei der Aufnahme in die Klinik wurde eine Schwangerschaft von etwa $4\frac{1}{2}$ Monaten festgestellt, jedoch kein Zeichen eines beginnenden Abortes, dagegen Harnverhaltung und eine vergrößerte Harnblase. Die Cystoskopie ergab neben einer hämorrhagischen Cystitis das Vorhandensein eines in Phosphate inkrustierten Fremdkörpers. Der Fremdkörper wurde in Narkose durch Sectio alta entfernt. Unter der Einwirkung der Operation trat plötzlich die Fehlgeburt ein. Wegen einer Blutung mußte tamponiert werden, es folgte die Geburt eines Fetus und nach Injektion, die Ausstoßung der Placenta. Im Anschluß daran Fieberzustand, der sich aber nach Injektion von Prontosil zurückbildete. In 4 Wochen Heilung der Operationswunde. Völlige Genesung. *Reinhardt (Weissenfels).*

Rocha, Martins: Traumatische Veränderung an der Netzhaut. Arq. Inst. Penido Burnier 5, 88—92 u. dtsh. Zusammenfassung 92 (1938) [Portugiesisch].

Das Berlinsche traumatische Ödem der Netzhaut nach Kontusion des Augapfels stellt eine seröse Transsudation dar. Nach Leber beruht diese auf einer lokalen Gefäßhypertension, die das Gleichgewicht zwischen arteriellem und intraokularem Druck stört. In 2 Fällen, über die berichtet wird, wurde unmittelbar nach dem Trauma eine

Senkung des Binnendruckes auf 8 bzw. 10 mm Hg festgestellt. Gleichzeitig mit dem Verschwinden der Netzhautveränderung und der Wiederkehr des normalen Sehvermögens erreichte auch der Augendruck wieder seine normale Höhe. Es ist deshalb im Gegensatz zu Leber anzunehmen, daß die Gleichgewichtsstörung zwischen arteriellem und intraokularem Druck, die zu Netzhautödem führt, auf der vorübergehenden Verminderung des Augendruckes beruht. Als ebenfalls rasch verschwindende Wirkung der Kontusion wurde eine Myopie von 3 bzw. 1,25 Dptr. beobachtet, die nach Yvert auf eine Störung des Aufhängeapparates der Linse durch Reizung des N. ciliaris zurückzuführen ist.

L. Hüsck (Köln).

Monteiro Sales: Ein Wimperhaar in der hinteren Kammer. Histologische Studie. Arqu. Inst. Penido Burnier 5, 82—87 u. dtsh. Zusammenfassung 86 (1938) [Portugiesisch].

Der 1. Fall von einer Cilie im Auge wurde 1838 von Ruette in Göttingen beobachtet; der 2. Fall von F. Cunier im Jahre 1839 und der 3. Fall von Pamard 1841. Bei dem letzteren Fall handelt es sich um ein Wimperhaar, das nach einer Verletzung in die Vorderkammer geriet und dort 14 Monate vertragen wurde. Es verursachte nur einen Gesichtsfeldausfall in Form eines dichten Streifens. Das Haar wurde operativ entfernt und im Museum Dupuytren in Alkohol aufbewahrt. Aus zahlreichen späteren Beobachtungen geht die relativ gute Verträglichkeit der Cilien, insbesondere in der vorderen Augenkammer, hervor. Es entsteht im allgemeinen nur eine leichte Reaktion, die nach einiger Zeit abklingt. Neben den in der Mehrzahl vorhandenen leichten Fällen gibt es in der Literatur schwere mit Linsentrübungen und Entzündung des vorderen Augenabschnittes. Fehr unterscheidet 2 klinische Formen: akute (septische Cilien) und chronische (aseptische Cilien). Bei den septischen Cilien ist aber in Betracht zu ziehen, daß nicht nur die Cilien Träger von Mikroben sein können, sondern daß bei der perforierenden Verletzung Staub, Epidermistelle usw. zusammen mit den Wimperhaaren in das Auge geraten können, wodurch heftige akute Entzündungen entstehen. Weniger gut als in der vorderen Kammer werden aseptische Cilien in der hinteren Kammer vertragen, wo sie wegen der Enge des Raums und der Nachbarschaft mit der Linse und dem Corp. ciliare schwerere Entzündungen verursachen.

Bei dem Fall des Verf. handelt es sich um einen histologischen Befund. 2 Monate nach einer perforierenden Verletzung durch einen Nagel in der Höhe des Limbus mußte das Auge wegen starker Entzündung enucleiert werden. Es fand sich eine schwere Verletzung des Ciliarkörpers und Wundstar. Genau am Äquator der Linse, der hier besondere Beschädigung aufweist, fand sich eine typische Cilie, die in der Textabbildung transversal getroffen ist. Der Fremdkörper war von einem fibrinös-eitrigen Exsudat umgeben, darunter einige Riesenzellen. Entzündungszellen, besonders polymorphkernige dringen in das Innere der Linse. — Verf. meint, daß sein Fall der erste in der brasilianischen Literatur ist. Kassner (Gelsenkirchen).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Blanchod, Fréd.: Les cas de mort inexplicables. (Die unerklärlichen Todesfälle.) Rev. méd. Suisse rom. 59, 689—691 (1939).

Es wird eine Anzahl von Fällen angeführt, bei welchen Kranke vor irgendeinem kleinen Eingriff starben, und dabei erörtert, wie häufig bei plötzlichen Todesfällen ungerechterweise den behandelnden Ärzten der Tod zur Last gelegt wird, und wie wenig Berechtigung das post hoc ergo propter hoc haben kann.

Spiecker (Trier).

Berner, O.: La mort par inhibition. Contribution à l'étude du mécanisme de la mort dans certains cas de mort subite et énigmatique. (Der Tod „par inhibition“. Beitrag zum Studium des Mechanismus des Todes in gewissen Fällen von plötzlichem oder geheimnisvollem Tod.) (Laborat. d'Anat. Path., Hôp., Oslo.) Skr. norske Vid.-Akad., Oslo Nr 11, 1—31 (1939).

Im französischen Schrifttum findet sich bei der Besprechung des Kapitels „Plötzlicher Tod“ als Unterbegriff der Tod „par inhibition“. Diese Bezeichnung ist nicht recht übersetzbar. Nach einer Definition, die Brouardel im Jahre 1904 gegeben hat, sind hier jene Fälle gemeint, bei denen unter dem Einfluß einer physischen Gewalt