

Dornicker, Ch. G. J.: Nahrungsmittelvergiftungen. Mil. geneesk. Tijdschr. 28, 47—66 (1939) [Holländisch].

Unter wehrhygienischen Gesichtspunkten wird im 1. Teil zunächst die Verursachung von Nahrungsmittelvergiftungen behandelt. Die Ursachen werden eingeteilt in 1. Bakterien und durch diese gebildete Giftstoffe; 2. chemische Stoffe, wie sie besonders durch unzweckmäßige Küchengeräte in Speisen gelangen können; und 3. unbekannte pathogene Stoffe, unter denen unter anderem Käse (wohl infolge von Anomalien des Reifungsprozesses) und Bratfische, die warm transportiert werden, in Holland eine Rolle spielen. Der 2. Teil enthält Anweisungen zur Diagnose, Therapie und Prophylaxe. Für die Differentialdiagnose zwischen einfacher akuter Gastroenteritis und Paratyphus ist wichtig, daß das Intervall zwischen Nahrungsaufnahme und Auftreten der Vergiftungerscheinungen bei Paratyphus erheblich länger ist; ferner tritt beim Paratyphus stets Fieber auf. Aus den 11 Leitsätzen zur Prophylaxe sei unter anderem hervorgehoben: Speisen sind nach Möglichkeit am Tage des Verzehrs zuzubereiten, besonders Fischgerichte; in jede Küche gehört eine Kühlraum; Enten- und Taubeneier dürfen nur genossen werden, wenn sie mindestens 8 min gekocht sind; in Kasernen dürfen keine bakterienhaltigen Ratten- und Mäusevertilgungsmittel verwendet werden; bei Erkrankung von Küchenpersonal ist stets an die Gefahr für die Mannschaft zu denken. *H. von Bracken.*

Corinth, Hans: Über Ursachen, Schäden und Geschichte des Alkoholismus und die Möglichkeiten seiner vorsorglichen Bekämpfung. Bleicherode a. Harz: Carl Nieth 1939. 64 S. RM 2.80.

Verf. beschäftigt sich zunächst mit dem Rausch an sich, den er als „Rausch aus der Leere“ bezeichnen möchte. Als Grundlage des Rausch- und des Suchtverlangens sieht er psychische Vorgänge an, die dem Betreffenden eigentümlich sind. Er kommt dann auf die Typen Kretschmers zu sprechen, deren innere Beziehungen zum Alkoholismus er sowohl für den schizothymen als für den cyclothymen Typ darlegt. Damit sind aber die Ausführungen über die endogenen Faktoren als Ursache des Alkoholismus erschöpft. Das Hauptgewicht wird auf die exogenen Faktoren als Entstehungsursache der Süchtigkeit gelegt. — Es folgt eine kurze Darstellung der Folgen des Alkoholismus und ein Abriß aus der Geschichte des Alkohols. — Wesentlich Neues enthält die Abhandlung nicht, auch nicht bezüglich der aufgestellten Forderungen, die in einem Kampf gegen die Trinksitten, Drosselung der Alkoholproduktion, und Förderung der alkoholfreien Getränke bestehen. *Reinhardt* (Weißenfels).

Busatto, Santo: La ubriachezza della vittima nella provocazione degli investimenti automobilistici. (Die Trunkenheit der Opfer von Automobilunfällen.) (*Istit. di Med. Leg. e. d. Assicuraz., Univ., Torino.*) *Zacchia*, II. s. 3, 317—329 (1939).

Bei 13 von 50 Opfern von Automobilunfällen fand der Verf. durch die Blutuntersuchung nach Widmark Werte über 1,5 pro Mille, die nach seiner Auffassung für Alkoholbeeinflussung beweisend sind. Bei Radfahrern können wegen der erregenden Wirkung des Alkohols auch niedere Alkoholblutwerte sich verhängnisvoll auswirken. *Mayser.*

Deekert, W.: Die analytisch bedingte Fehlgröße bei der Blutalkoholbestimmung nach Widmark und der Fehlereinfluß durch die Art der Blutentnahme. (*Städt. Hyg. Inst., Hamburg.*) *Klin. Wschr.* 1939 II, 1193—1195.

Verf. hat die Fehlerquellen der Blutalkoholbestimmung bei Anwendung der Capillare untersucht und das Ergebnis mit den Erfolgen bei Anwendung von Natriumfluoridvenülen verglichen. — Verf. kommt zu dem Schluß, daß der Venule der unbedingte Vorzug zu geben sei. — Näheres ist der Arbeit selbst, insbesondere den in ihr enthaltenen Tabellen zu entnehmen. *Max H. Rubner* (Berlin-Südende).*o.*

Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.

Kellhammer, Günter: Geschoßwanderung im Ventrikelsystem. (*Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Essen.*) *Zbl. Chir.* 1939, 1773—1776.

Echte Geschoßwanderungen sind solche, bei denen aseptisch eingeheilte Geschosse

ihre Lage sekundär verändern. Diese sind sehr selten. Geschosse, die in vorgebildeten Hohlräumen wandern, sind davon abzutrennen; als solche kommen in Betracht der Schlund, die Luft- und Speiseröhre, die Brust- und Bauchhöhle, die Gelenkhöhlen und die Gehirnventrikel. Flesch-Theberin hat 1922 das Wandern eines Revolvergeschosses innerhalb eines Seitenventrikels beschrieben. Seither kein neuer Fall.

Schrotschußverletzung im Gesicht und Hals. Eine Schrotkugel wird bei der Aufnahme in zwei Ebenen als im Seitenventrikel dicht neben dem Foramen Monroe oder im 3. Ventrikel angenommen. Nach 12 Tagen zeigen Röntgenaufnahmen, daß das Geschoß nicht mehr im Gehirn sitzt, sondern im Rückenmarkkanal in Höhe des 2. oder 3. Kreuzbeinwirbels. Das Geschoß muß also aus dem 3. Ventrikel durch den Aquaeductus Sylvii in den 4. Ventrikel und den Rückenmarkkanal gekommen sein. Beschwerden bestanden auch nach 5 Monaten nicht.

Franz (Berlin).^o

Lossen, W.: Verblutungen aus Intercostalarterien in die Pleurahöhle. Bruns' Beitr. 170, 416—421 (1939).

Verblutungen aus Intercostalarterien sind sicher ein sehr seltenes Ereignis; bekanntlich sind die Intercostalarterien am größten nahe der Wirbelsäule und werden nach vorne zu bei ihrem Verlauf innerhalb der geschützten Sulci der Rippen sehr rasch ziemlich klein, dann treten sie vorne mit der Arteria mammaria interna in Verbindung ein. Es wird daher am meisten und am leichtesten eine schwere oder gar tödliche innere Verblutung aus einer Intercostalarterie dann erfolgen können, wenn die Verletzungsstelle nahe ihrer Ursprungsstelle aus der Aorta gelegen ist. Daß bei Pleura-Raumpunktionen mitunter auch trotz ihrer geschützten Lage Intercostalarterien und Venen getroffen werden können, ist bekannt. Verf. erwähnt eine tödliche Blutung bei dieser Gelegenheit, die Naunyn beschrieben haben soll, Ref. hat selbst auch einen solchen Fall seziert als Folge einer Pleurapunktion, hinten am Rücken. In der vorliegenden Arbeit soll es sich aber um lebensgefährliche Blutungen aus Intercostalarterien handeln, die im vorderen Teil der Brustwand zustande gekommen seien. Im 1. Fall (Messerstichverletzung eines 38jährigen Mannes) war oberhalb der linken Brustwarze der 3. Rippenknorpel und der ganze 3. Zwischenrippenraum durchtrennt und der obere Rand der 4. Rippe noch eingekerbt. Man nahm klinisch eine Blutung in den Herzbeutel und gleichzeitig in die linke Brusthöhle an. Operation wegen der Schwäche des Patienten unmöglich, bei der gerichtlichen Sektion fand sich ein großer Bluterguß im linken Brustraum, der — wie das fast die Regel ist — (Verf. findet das sehr auffallend. Ref.) in seinen oberen Teilen nur seröse Flüssigkeit abgesetzt hatte. Die Lunge zeigte eine Stichverletzung, das Herz war nicht verletzt. Verf. meint, daß eine Stichverletzung der 3. Intercostalarterie die Ursache der Blutung gewesen wäre (Ref. hat Bedenken gegen diese Auffassung aus den oben angeführten anatomischen Gründen und glaubt, daß es sich entweder doch um eine Blutung aus dem Lungenstich handelte, oder aus der Arteria mammaria interna). — In einem 2. Fall handelte es sich um einen Selbstmordversuch mit einer 7,65 mm Pistole (Brustkorbdurchschuß) in die Herzgegend mit starker Blutung in die linke Brusthöhle. Verdacht auf Lungenverletzung und Mitverletzung einer Intercostalarterie, evtl. Mitverletzung des Herzens. Operation, Entleerung des Blutes, Umstechung der Durchschußstelle am Einschuß durch den Intercostalraum an der vorderen Brustwand. Der Ausschuß fand sich fingerbreit unter der Spitze des linken Schulterblatts mit starker Splitterung der 7. Rippe daselbst. Ausgang in Heilung. Verf. glaubt, daß es sich auch hier um eine Verletzung einer Intercostalarterie gehandelt hätte, daß aber der günstige Ausgang dieses Falles der Unterbindung an der Einschußstelle zu danken wäre (?? Ref.).

Die Beobachtungen des Verf. und besonders die erste bringt ihn auf den merkwürdigen Gedanken, daß nach den biblischen Berichten der Tod Christi am Kreuz ebenfalls als innere Verblutung aufgefaßt werden müßte, weil bekanntlich nach dem biblischen Bericht der Lanzenstich des römischen Soldaten Blut und Wasser aus der Seite Christi zutage förderte. Lossen meint, die innere Verblutung müsse auch in diesem Fall höchstwahrscheinlich aus einer Verletzung einer Intercostalarterie zustande gekommen sein und zwar nimmt er an, daß dies gelegentlich der schweren Geisellungen des Verurteilten zustande gekommen sein müßte. (Die Ausführungen des Verf. zu diesem Punkt sind mir reichlich unwahrscheinlich. Ref.)

Merkel.

Mijnlieff, C. J.: Die Klinik der Ertrinkung. (Inn. Abt., Binnen-Krankenh., Amsterdam.) Münch. med. Wschr. 1939 II, 1031—1035.

Der Tierversuch hat ergeben, daß bei Katzen und Hunden 5 Stadien im Ertrinkungsprozeß zu unterscheiden sind: 1. die Überraschungsphase mit 1—2 kleinen Atmungen (etwa 10 sec), 2. die Widerstandsphase mit tonischer Ausatmungsstellung des Thorax (etwa 1 min), 3. die Phase der großen Atmung mit 8—15 tiefen Atemzügen (etwa 1 min), 4. die Phase der Atmungsunterbrechung mit unbewegt bleibendem Thorax (etwa 1 min) und 5. die Phase des letzten Atemzuges mit 3—4 tragen Atmungen (etwa $\frac{1}{2}$ min). Verf. nimmt an, daß der Mensch bei der freien Ertrinkung im wesentlichen dieselben Phasen durchmacht. Aus den Beobachtungen von Verf. und anderen Autoren geht hervor, daß die aspirierte Flüssigkeit im 3. Stadium der tiefen Atmung sich sehr schnell über alle Lappen verbreitet und dann die Alveolarwände schnell und in großer Zahl zerrissen werden. Verf.s Beobachtungen erstrecken sich auf 774 dem Ertrinkungstod entronnene Personen. Bezüglich der Klinik fand er, daß auch diejenigen, die nicht bewußtlos gewesen sind und damit nur die beiden ersten Stadien des Ertrinkens durchgemacht haben, in den Lungen noch mäßig bis ernst erkranken können. Fieber, Anginen und Enteritis können durch das aufgenommene infektiöse Wasser erklärt werden. Die Bronchitis und Pneumonie der nicht bewußtlos Gewordenen sind ebenfalls auf das meist sehr keimhaltige Wasser zurückzuführen. Mit einer Ausnahme handelte es sich um eine lobuläre Pneumonie, und zwar meistens nur eines Lappens. Die einzige Lobarpneumonie wird als Besonderheit bezeichnet. Die durchschnittliche Krankheitsdauer betrug 20,3, bei den Männern allein 23,0 Tage. Unter den Bewußtlosen des 3. Stadiums mußte in einigen Fällen künstliche Atmung eingeleitet werden. Keiner von ihnen starb, wenn Lungenentzündung und Ödem ausblieben. Die mittlere Krankheitsdauer betrug 51,8 Tage, bei den Männern allein 39,3 Tage. Für die betrunken gewesenen Männer war die Zeit allerdings erheblich verlängert, nämlich auf 54,4 Tage. Das Auftreten einer lobaren oder lobulären Pneumonie ist offenbar davon abhängig, ob nur wenig Wasser eingedrungen ist oder ob eine große Wassermenge durch kraftvolle Inspiration in die Bronchioli und Alveolen eines oder mehrerer Lappen gelangt ist. Die dann erfolgende Zerreißung der Capillaren und Alveolarwände ist leicht zu erklären, da sowohl die Vitalität der Alveolen und Capillaren beträchtlich geschädigt ist. Spezifische Bakterien scheinen für die 3 entzündlichen Prozesse nicht allein ausschlaggebend zu sein, das gleiche gilt für die Abkühlung. Bei Fällen von Ertrinkungspneumonie wird eine systematische chemische, morphologische und bakteriologische Untersuchung vorgenommen. Bei einem größeren Teil der Bewußtlosen mußte künstliche Atmung angestellt werden. Diese nach physiologischen Gesichtspunkten auszuführenden Wiederbelebungsversuche müssen ohne schädigende Gewalt vorgenommen werden. Sobald das 3. Stadium eingetreten ist oder sogar schon fortgeschritten ist, wird die Prognose schlecht.

Haagen (Berlin).

Claus, G.: Offene, gebogene Sicherheitsnadel in der Speiseröhre. (Hals-, Nasen-, Ohrenabt., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.) Mschr. Ohrenheilk. 73, 669—672 (1939).

Die Sicherheitsnadel lag im Hypopharynx in der Höhe des 4. bis 6. Halswirbels mit der offenen Spitze nach oben. Der Brüningssche Röhrenspatel konnte soweit vorgeschoben werden, daß die Nadelspitze darin war. Dann wurde das Verschlußstück der Nadel mit einer kräftigen Zange gefaßt und die Nadel unter Beobachtung der durch den Röhrenspatel gesicherten Spitze herausgezogen.

Erich Wirth (Heidelberg).

Csillag, Sándor: Seltene Fremdkörper in den Bronchien und in der Speiseröhre. Orv. Hetil. 1939, 887—890 [Ungarisch].

Kasuistische Mitteilung. Es werden kurz die Krankengeschichten zweier Patienten mitgeteilt, deren jeder seltene Fremdkörper in der Luftröhre bzw. in der Speiseröhre eingekeilt hatte. Der eine schluckte aus selbstmörderischer Absicht 10 Stück 6 cm lange Hufnägel; 8 entfernten sich per vias naturales, einer wurde aus dem Rachen, ein zweiter — mit der Hilfe der Bronchoscopy superior — aus dem rechten Hauptbronchus entfernt. — Der zweite Patient schluckte aus Versehen im betrunkenen Zustande Fischwirbel, er war aber dessen nicht bewußt. — Beide Kranke heilten glatt, dank der Verwendung der Kilianschen Tracheobronchoscopy directa.

St. Krepuska (Budapest).^o

Majer, Ernst: Ein Beitrag zur Frage der sogenannten traumatischen Achselvenenthrombose. (Unfallabt., Chir. Klin., St. Marien-Krankenh., Frankfurt a. M.) Med. Klin. 1939 II, 1106—1107.

Verf. berichtet über einen Fall bei einem 31 jährigen, sehr kräftigen Mann, der ohne jedes Trauma entstanden war und unter Behandlung mit Eupaverin, Diathermie und Hochlagerung in 12 Tagen heilte. Als Name schlägt Verf. akuter Venenstau vor. Die Ursachen sind verschiedene. Hier wird vom Verf. ein Venenkrampf als Ursache angenommen. Nur bei ganz offensichtlichem Trauma soll Unfallfolge angenommen werden. Wenn konservative Behandlung nicht rasch Besserung bringt, soll die Vene freigelegt werden. *Hubmann* (Wolfenbüttel).,

Orthner, Hans: Über Risse der Harnblase. Ein forensisch bemerkenswerter Fall. (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Innsbruck.) Wien. klin. Wschr. 1939 I, 503—505.

Nach einer Zusammenstellung von selten zu beobachtenden BlasenrisSEN nach äußerer stumpfer Gewalteinwirkung wird ein Blasenriß bei einer Frau beschrieben, die aus dem fahrenden Zuge gestürzt war, ohne daß der Beckenring Bruchstellen aufwies. Eine übermäßige Füllung der sonst gesunden Blase mußte vorausgesetzt werden.

Schackwitz (Berlin).

Pelkonen, Aarne: Über die traumatischen Blasenrupturen mit besonderer Berücksichtigung des Berstungsmechanismus der subcutanen Rupturen. Acta Soc. Medic. fenn. Duodecim, B 26, H. 2, Nr 4, 1—104 (1939).

Die durch den modernen Verkehr bedingte Häufigkeit von Blasenrupturen kommt am zahlreichsten bei Personen unter 40 Jahren vor, nimmt dann ab und sinkt im späteren Alter erheblich. Bei Frauen und Kindern sind die Blasenrupturen meist nur Folgen großer Unfälle. Vorbedingung für die Ruptur ist eine mehr oder weniger erhebliche Füllung der Blase, demzufolge neben Störungen des Nervensystems der Alkohol eine große Rolle spielt, und zwar durch Überdehnung der glatten Muskulatur und Herabsetzung der Empfindlichkeit der Schleimhaut. Eine weitere Ursache für die Ruptur ist die Inkompresibilität der Flüssigkeit. Bei der gefüllten Blase sind die oberen und hinteren Teile am meisten gefährdet. Der Riß ist hier gewöhnlich intraperitoneal. Erfolgt der Riß vorne, so ist er gewöhnlich extraperitoneal. Ein Ausweichen der gefüllten Blase ist nur nach der freien Bauchhöhle möglich. Bei den Beckenbrüchen sind annähernd zwei Drittel extraperitoneal mit Lokalisation vorn hinter der Symphyse. Die Blasenrupturen sind als meridional anzusehen. Sie beginnen von innen her. Der eine Kompressionspunkt besteht in der Vorderwand der Blase, der andere in dem Vorberg und der Hinterwand des Beckens, so daß Berstungsrupturen entstehen, die durch die Meridiane verlaufen, welche durch die Kompressionspunkte gelegt werden. Die Diagnose wird gesichert durch makroskopischen oder mikroskopischen Blutgehalt. Eine deutliche peritonitische Reizung war stets vorhanden bei allen intraperitonealen Rupturen. Der Katheterismus wird als natürlichste und unbedingt notwendige Untersuchungsmethode mit wertvollsten Resultaten bezeichnet. Andere Methoden sind sämtlich gefährlicher. Die intraperitonealen Rupturen kommen fast sämtlich durch, wenn sie zwischen 1—14 Stunden operiert werden. Die mit Beckenbrüchen verbundenen Rupturen verursachen Heilungsschwierigkeiten bei großer Sterblichkeit.

Specker (Trier).

Spilsbury, Bernard: The medico-legal significance of bruises. (Die gerichtsmedizinische Bedeutung der Spuren von groben äußeren Traumen ohne Durchtrennung der Haut.) Med.-leg. a. criminol. Rev. 7, 215—227 (1939).

In dem Festvortrag wird die Entstehung von Unterhautblutungen besprochen. Der Vortragende geht auf die Möglichkeit der Feststellung der Tatumsstände aus den Spuren am Körper ein. Er erwähnt hierbei Fälle, bei denen es gelang, aus der Hautverletzung genau diejenige Stelle eines Kraftfahrzeuges festzustellen, welche die Verletzung hervorrief. In Fällen schwerster Gewalteinwirkung kann eine Hautblutung ausbleiben, wenn der traumatische Druck bestehen bleibt. So zeigte sich keinerlei äußere Verletzung und Blutung bei einem Jungen, der von einem Autobus überfahren wurde und bei dem ein Rad auf der Brust stehen blieb. Untersuchungen an den Lid-

hämatomen zeigten dem Vortragenden, daß man aus dem „blauen Auge“ nicht schließen darf, daß ein Trauma den Augapfel selber getroffen haben muß. Die Blutung kann vielmehr durch grobes Herüberstreifen der Haut über die obere Kante der Augenhöhle bewirkt werden. Die einzelnen Hautblutungen am Körper sind verschieden, so ist am Rücken die Blutungsneigung und Ausbreitung von Blutungen besonders gering. Ebenso eigenartig ist das Verhalten der Haut an der Kinnspitze. Größte Stöße gegen das Kinn, die einen Mann nach hinten umwerfen und zum Schädelbruch führen können, hinterlassen manchmal keine Spuren in der Kinnhaut. Das Gewebe ist hier ähnlich der Handinnenfläche gebaut. Menschen, die in ihrer Nahrung viel weiche Fette zu sich nehmen, neigen besonders zu schweren Blutungen, so auch fette alte Frauen. Boxer können größte Stöße durch Muskeltraining folgenlos aushalten. Bei Strangulation werden Hautblutungen nicht nur am Hals, sondern besonders auch über den Wirbeldornfortsätzen und den Schulterblättern gefunden. Der Vortragende zerschneidet die Haut in unklaren Fällen in ganz schmale Streifen, da die Blutungen sich äußerlich oft kaum abheben. In der Aussprache wurde noch darauf hingewiesen, daß die Untersuchung im infraroten Licht oder mit der panchromatischen Platte die Ausdehnung von Hautblutungen viel genauer zeigt als die Betrachtung mit dem bloßen Auge.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Tappeiner, Sepp: Sarkomgenese und Trauma. (*Univ.-Klin. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Wien. klin. Wschr. 1939 II*, 812—814).

Nach einer kurzen Übersicht über das Schrifttum zur Entstehung bösartiger Tumoren im Anschluß an eine einzige Verletzung wird an der Hand zweier einschlägiger Fälle zu dieser Frage Stellung genommen. Der 1. Fall betrifft einen 44jährigen Mann, bei dem es 14 Jahre nach einer mit tiefen Narben ausgeheilten Granatsplitterschussverletzung am Rücken zum Auftreten eines Spindelzellensarkoms kam. Der 2. Fall betrifft einen 49jährigen Mann, der 3 Monate nach einer Quetschung des Rückens an dieser Stelle ein großzelliges Rundzellensarkom bekam. Sarkomentstehung nach einmaligem Trauma ist erwiesen und zwar gibt es 2 Typen; bei dem einen tritt die Geschwulst nach einem oft sehr langen, bei dem anderen nach relativ kurzem Zeitraume auf. Da bei der Häufigkeit der verschiedensten Traumen das Entstehen einer Geschwulst eine Seltenheit darstellt, ist in solchen Fällen eine Geschwulstdisposition (Mesenchym-schwäche) anzunehmen.

H. Fuhs (Wien). °°

Lommel, F.: Über die durch Trauma hervorgerufene Zuckerkrankheit. (*Med. Univ.-Poliklin., Jena.*) Med. Welt 1939, 836—838.

An Hand eines Falles (!) versucht der Verf. die herrschende Lehre über die Zusammenhänge von Diabetes mell. und Trauma anzugreifen. Die Beweisführung beschränkt sich auf Anführung längst bekannter Tatsachen und ist als mißglückt zu betrachten. *Tietze (Berlin).* °

Schauren, Josef: Netzhautablösung und indirektes Trauma. (*Univ.-Augenklin., Gießen.*) Graefes Arch. 141, 72—98 (1939) u. Gießen: Diss. 1939.

Schauren erörtert die Zusammenhänge zwischen Netzhautablösung und indirektem Trauma, wobei er die verschiedenen Ansichten über die Entstehung der Ablösung damit in Einklang zu bringen sucht. Unter indirektem Trauma versteht er leichte Erschütterung des Kopfes oder des Gesamtkörpers, also z. B. keinen Schädelbruch, ferner körperliche Anstrengungen. Die verschiedenen Theorien werden erörtert. Nach Gonin und Voigt kann z. B. Husten und Niesen an der schon geschädigten Netzhaut einen Riß bewirken, so daß also durch geringes Trauma Ablösung entstehen konnte. Die Ansichten Kümmells über die Entstehung der Netzhautablösungen durch Druckgefälle lehnt er im wesentlichen ab. Arruga stellt die Veränderungen der Netzhaut selbst in den Vordergrund. Rollet sieht das Wesen der Ablösung in einer Lockerung der Verbindung der Netzhaut mit ihrer Unterlage, der Riß ist ohne ursächliche Bedeutung, eine Ansicht, die auch Deutschmann vertritt. Es gibt viele Netzhautrisse, die nicht von Ablösungen gefolgt sind. Deutschmann hält den Riß für günstig zur Heilung, da dadurch die abgelöste Netzhaut entspannt wird, auch er hält die Transsudation der Aderhaut für wichtig. Dafür spricht, daß eine Senkung der subretinalen

Flüssigkeit nur möglich ist bei höherem spezifischem Gewicht als es die Glaskörperflüssigkeit hat. Es wird von den Anhängern eines Zusammenhangs von indirektem Trauma mit Ablösungen angenommen, daß durch Veränderungen des Glaskörpers oder durch Muskelzug oder durch Blutüberfüllung der Aderhaut die Netzhaut einreißen kann. Das ist aber nur bei vorher erkrankten Augen möglich, wobei oft die kleinste Erschütterung genügt, so daß dann anzunehmen ist, daß auch ohne dies Ereignis die Ablösung eingetreten wäre. Orarisse wurden in 10% der Fälle beobachtet, meist bei jüngeren Leuten. Sie werden von Gorin als traumatisch angesehen, von Weve als Folge von Cystenbildung. Die Häufigkeit der Risse nach den verschiedenen Autoren wird nochmals angeführt, Myopie spielte mehr als in 50% eine Rolle, fast ebenso wichtig ist das höhere Alter. Viele Beobachter haben nie Ablösung nach körperlicher Anstrengung gesehen, auch nicht bei der starken Zunahme des Sportes in der Jetztzeit. Stets besteht eine schwere Erkrankung des Auges, bei denen der auslösende Anlaß oft so gering ist, daß er einen Anspruch auf Rente nicht begründen kann. Es handelt sich bei der Netzhautablösung um ein selbständiges, langsam fortschreitendes Augenleiden, das mit zunehmendem Alter häufiger wird. Netzhautriß und Ablösung sind nur Symptome eines Krankheitsgeschehens, das in der Ablösung allein noch nicht sein Ende gefunden hat.

Kümmell (Hamburg).

Lapidari, Mario, Ludovico Mucchi e Virginio Porta: *Criteri diagnostici e curativi nei traumi crano-cerebrali acuti. V. Edema cerebrale traumatico colasso ventricolare idrocefalo traumatico.* (Diagnostische und therapeutische Kriterien in den akuten Schädel-Hirn-Traumen. V. Traumatisches Hirnödem. Ventrikellkollaps. Traumatischer Hydrocephalus.) (*Clin. Chir. e d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) Riv. ital. Endocrino e Neurochir. 4, 213—229 u. 405—428 (1938).

Verff. haben auf Grund encephalologischer Untersuchungen in Patienten mit Gehirntraumen den Eindruck gewonnen, daß das Gehirnödem besonders stark ausgeprägt ist, wenn ein Schädelbruch vorliegt. In diesem Fall ist der Seitenventrikel der gleichen Seite oft deformiert und verkleinert. Ebenfalls kann man dann oft ein Fehlen der Luftfüllung der subarachnoidal Räume feststellen. Die neurologischen Folgeerscheinungen dieser cerebralen Ödeme sind im allgemeinen gering. — Das Ödem kann in einigen Fällen derartige Ausmaße annehmen, daß auf einer Seite der ganze Seitenventrikel obliteriert wird, oder zumindest das Foramen Monro geschlossen wird. In diesen Fällen ist eine genaue Diagnose nur durch operativen Eingriff möglich. — Die Arteriographie ist dann oft der sicherste Behelf, ein Hämatom auszuschließen. — Umschriebene Gehirnödeme sind nach den Befunden der Verff. häufiger als generalisierte. So konnten sie begrenzte Ödeme in einer Gehirnhälfte, ein solches der Ventrikellwandungen ohne Beteiligung der Cortex, ein Ödem der ganzen Hemisphäre, das sich zuerst nach der Tiefe und dann erst in den oberflächlichen Partien löste, sowie ein Ödem einer Hemisphäre mit Hydrocephalus primitivus oder infolge einer Schrumpfung der anderen Gehirnhälfte feststellen. (Vgl. diese Z. 31, 327.)

Selzer (Lahore [Indien]).

Lapidari, Mario, Ludovico Mucchi e Virginio Porta: *Criteri diagnostici e curativi nei traumi crano-cerebrali acuti. XII. Il problema dei postumi della commozione cerebrale.* (Diagnostische und therapeutische Kriterien in den akuten kranio-cerebralen Traumen. XII. Das Problem der Spätfolgen der Gehirnerschütterung.) (*Clin. Chir., Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) Riv. ital. Endocrino e Neurochir. 4, 375 bis 428 (1938).

Die Folgen der kranio-cerebralen Traumen, auch wenn sie ausgesprochen leichter Natur sind, sollten niemals unterschätzt werden, sei es vom klinischen Standpunkt, sei es von dem der Unfallbegutachtung. Man sollte möglichst weitherzig und alle Wahrscheinlichkeiten und Möglichkeiten umfassend an einen Fall mit Spätfolgen nach einer Gehirnerschütterung herantreten. Unsere Kenntnisse sind noch sehr beschränkt; jedes Jahr bringt uns neue Erfahrungen über die Organgebundenheit der neurologischen und psychischen Symptome. Es würde jedoch als Kunstfehler auf-

zufassen sein, das soziale, psychologische und konstitutionelle Milieu des Verunglückten in der Darstellung und Schilderung der Krankheitssymptome nicht mit in Betracht zu ziehen. *Selzer (Lahore, Indien).*

Helfand, Max: *Cerebral lesions due to vasomotor disturbances following brain trauma.* (Cerebrale Läsionen infolge vasomotorischer Störungen nach Hirntraumen.) (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie, München a. Neurol. Dep., Post Graduate Med. School, Columbia Univ., New York.*) *J. nerv. Dis.* **90**, 157—179 (1939).

Verf. berichtet über die Hirnbefunde von 22 traumatischen Fällen, bei denen in systematischer Weise außer der traumatischen Zone bestimmte Hirngegenden mit verschiedenen Methoden mikroskopisch untersucht worden waren. Es handelte sich — bis auf einen Fall — um schwere Schädelfrakturen mit Zertrümmerung der Hirnsubstanz. Verf. beschreibt die bekannten ischämischen und hämorrhagischen Hirnläsionen — alles um die Existenz funktioneller Zirkulationsstörungen zu erweisen.

Hiller (München).

Melissinos, I.-C.: *Sur deux cas de tumeurs post-traumatiques du cerveau.* (Über zwei Fälle von Gehirngeschwüsten nach Schädelverletzung.) (*22. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 5.—7. VI. 1939.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **19**, 569—574 (1939).

Im 1. Fall handelte es sich um ein Fibrosarkom, welches sich im Laufe von 5 Jahren nach einem erheblichen Kopftrauma am Orte der Verletzung mit fortlaufenden Krankheitserscheinungen entwickelte. Es ging offenbar von der Hirnhaut aus, hatte die Schädelkapsel durchbrochen und auf das Gehirn übergegriffen. Vor dem Unfall hatte der Verletzte keinerlei Erscheinungen geboten, welche auf das Bestehen einer Geschwulst zu schließen berechtigten. Die Geschwulst bot nichts Gliomatöses. Sie nahm ihren Ausgang bei wahrscheinlichem Einriß der harten Hirnhaut von einem meningealen Hämatom. Im Verlauf der Vernarbung bildeten Fibro- und Angioblasten ein verzweigtes, capilläres Netz. Durch reichliche und anormale Mitosen entstand das Antrum, von dem aus die Geschwulst wuchs. — Im 2. Fall entwickelte sich bei einer 50-jährigen, welche einen bis dahin unerkannten Lungentumor trug, 4 Monate nach einem Fall auf das Hinterhaupt unter allmählich zunehmenden klinischen Erscheinungen eine nußgroße Geschwulst in der Pia mater des rechten Kleinhirnlappens, welche feingeweblich den gleichen Bau wie das linkssseitige Lungencarcinom aufwies. Wahrscheinlich hatte der Sturz eine meningeale Blutung veranlaßt, welche zur Ansiedelung im Blute zirkulierender Krebszellen Veranlassung gab. Es gibt also offenbar Fälle, in denen ein Trauma mit der Entstehung oder Ansiedelung einer echten Geschwulst in ursächlichem Zusammenhang steht. Die Anerkennung solchen Zusammenhangs muß an restlose Erfüllung strenger Voraussetzungen geknüpft bleiben.

Heinemann-Grüder (Potsdam).

Conkey, Ruth Clark: *Psychological changes associated with head injuries.* (Psychische Veränderungen bei Kopfverletzungen.) *Arch. of Psychol.* Nr **232**, 1—62 (1938).

In dieser Studie wird der Versuch gemacht, ein quantitatives Maß für die Besserung der psychischen Schädigung nach Kopfverletzungen zu finden. Zu diesem Zweck wurden die Kranken während ihrer Rekonvaleszenz in gewissen zeitlichen Abständen mit einer ausreichenden Auswahl von Testserien psychologisch untersucht. Die Schädigung der psychischen Funktionen, das Verhalten der Kranken und ihre psychische Leistungsfähigkeit wurden festgestellt und in Beziehung zu dem physischen Status der Kranken gebracht. Die Kopfverletzungen waren traumatischer Art und rührten von Unfällen her. Neurologisch waren an diesen Kranken Kontusionen und Kommotionen, aber keine umschriebenen Hirnverletzungen festgestellt worden. An Hand dieses Untersuchungstests konnten auch Verstellungen (malingering) und psychogene Übertreibungen festgestellt werden. Mit den gleichen Testserien wurden, zum Vergleich der Ergebnisse, eine Gruppe von gesunden Vpn. und eine Gruppe von rekonvaleszenten Kranken mit internen Krankheiten, untersucht. Die Ergebnisse der Untersuchungen zeigten, daß die Kopfverletzten in ihrer psychischen Leistungsfähigkeit zunächst unter den anderen untersuchten Gruppen zu stehen kamen; die am meisten geschädigten Funktionen waren die Aufmerksamkeit und das Gedächtnis, auch die Ausdauer und die Ermüdbarkeit waren betroffen; bei den späteren Untersuchungen wirkte sich die Besserung deutlich aus. Verf. ist der Ansicht, daß ein kopfverletzter Kranke erst dann als völlig genesen zu betrachten sei, wenn die psychische Besserung

ihr Maximum erreicht hat. Die Ergebnisse der Studie werden in Einklang mit Goldsteins theoretischen Auffassungen über die Verhaltungsweisen der Kranken bei Kopfverletzungen gebracht.
von Kuenburg (München).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Windorfer, A.: *Plötzliche Todesfälle im Kindesalter.* (Univ.-Kinderklin., Frankfurt a. M.) Med. Welt 1939, 1253—1256 u. 1277—1280.

Der Verf. übernimmt die Weyrichsche Tabelle (24% aller plötzlichen Todesfälle im 1. Lebensmonat, 48% im 2. bis 12., 7% im 2. Lebensjahr, 5% im 3. Lebensjahr, danach weiteres Absinken). Über die in Betracht kommenden Ursachen plötzlichen Todes berichtet er getrennt nach den verschiedenen Lebensperioden: In der Neugeborenenperiode stehen im Vordergrund katarrhalische Infekte und Pneumonien, die ohne Fieber verlaufen können, begünstigt durch die Atelektase von Teilen der Lungen und durch die Aspiration von Fruchtwasser oder Nahrung, und Magen-Darm-Erkrankungen (akute Dyspepsie, alimentäre Intoxikationen), außerdem kommen Geburtstraumen, Nabelinfektionen, Lues connata, Mißbildungen in Betracht. — Im Säuglingsalter sind ebenfalls Magen- und Darmerkrankungen und Erkrankungen der Respirationsorgane die hauptsächlichen Todesursachen, nur stehen hier die Magen- und Darmerkrankungen an erster Stelle. Plötzlicher Tod wird wahrscheinlich durch toxische Schädigung herbeigeführt, bei den Erkrankungen der Atmungsorgane kann es sich auch um eine einfache Erstickung (bei eitrigen Bronchitiden oder Capillarbronchitis durch Mangel an Aushustungsmöglichkeit) handeln. Hinzu kommen im Säuglingsalter die Infektionskrankheiten. Eitrige Meningitis kann, da Nackenstarre fehlt, ohne besondere klinische Anzeichen in einigen Stunden bis Tagen zum Tode führen, Schreck als Ursache akuten Todes ist für die Säuglingszeit in der Literatur belegt. Gefürchtet ist vom Kinderarzt die Spasmophilie, die zwischen dem 3. und 14. Lebensmonat häufig ist und zu akutem Atemstillstand führen kann, der Stimmritzenkrampf mit Herzstillstand durch diastolische Erschlaffung und der im Verlauf der Besserung eines Ekzems plötzlich auftretende Ekzemtod, der nach der Moroschen Aufstellung am häufigsten im Frühjahr erfolgt, und für den Verf. außer literarischen ein eigenes Beispiel bringt. Schließlich kommen in der Säuglingszeit, aber seltener, Tod durch Invagination und Retropharyngealabsceß vor. — Für das Kleinkindesalter sind plötzliche Todesfälle schon wesentlich seltener. Hier sind die Ursachen Erkrankungen der Atmungsorgane, Infektionskrankheiten, Gastroenteritiden, Appendicitiden, Nebennierenapoplexie (eigener Fall; Erbrechen, dünner Stuhl, Blässe, Cyanose, Purpura-Effloreszenzen, die manchmal erst nach dem Tod zum Vorschein kommen), Aspiration von Fremdkörpern und Vergiftungen. Den Status thymicolumphanticus lehnt Verf. als plötzliche Todesursache mit Richter, Kolisko und Hammar ab, da die vermeintliche Thymushypertrophie nur durch fehlenden Thymusschwund vorgetäuscht ist. — Für das Schul- und jugendliche Alter ist der Anteil an plötzlichen Todesfällen noch geringer. Ursachen: Infektionskrankheiten, ferner Myokarditis, anaphylaktischer Shock, Nephritis, Diabetes, Herzdilatation und Epilepsie. Verf. empfiehlt die intrakardiale Injektion und bringt 2 eigene Fälle, in denen die intrakardiale Lobelinjektion lebensrettend gewirkt hat.
Hahn (Gießen).)

Redfield, R. L., and H. R. Bodine: *Air embolism following the knee -chest position.* (Luftembolie nach Knie-Brustlagerung.) (Dep. of Obstetr. a. Path., Millard Fillmore Hosp., Buffalo.) J. amer. med. Assoc. 113, 671—673 (1939).

Verff. berichten über 2 Fälle von Luftembolie mit tödlichem Ausgang, die als Folge der sog. Knie-Brustlagerung im Wochenbett auftraten; 2 weitere Fälle aus der Literatur werden erwähnt. — Eigene Fälle: a) Eine 33jährige Zweitgebärende führte am 11. Tage nach einer normalen Geburt die Knie-Brustübungen aus. 5 min nach Beendigung der Übungen traten krampfartige Erscheinungen auf, die nach weiteren 12 min zum Tode führten. Die Autopsie ergab bei normalen Organen eine pralle Füllung des Venensystems mit Luft bis zum rechten Herzen. — b) Eine 30jährige Multipara überstand den 7. Partus — Extraktion —, nachdem