

psychiatr. Inst., Univ. of Michigan, Ann Arbor.) Arch. of Neur. 45, 296—303 (1941).

Entsprechend der Mehrzahl der Autoren und entgegen der Ansicht von Hassin wird an Hand eines Falles von klinisch und autoptisch gesicherter amyotrophischer Lateralsklerose die Bedeutung eines Wirbelsäulentraumas abgelehnt, das in seinem Falle erst 3 Jahre nach Beginn der amyotrophischen Lateralsklerose auftrat und autoptisch abgrenzbare Veränderungen am Rückenmark hervorrief. *Domnick* (Stuttgart).^{oo}

Campana, Antonio: *Sclerosi in piastre e traumi.* (Multiple Sklerose und Traumen.) (*Osp. Milit., Bologna.*) *Riv. Pat. nerv.* 55, 260—272 (1940).

Campana berichtet die klinische Geschichte von drei von ihm untersuchten Fällen multipler Sklerose und stellt seiner Beschreibung kurze Hinweise auf die bis heute noch diskutierten Theorien zur Erklärung des ätiopathogenetischen Moments voran. Besonders hält er sich bei den eventuellen Beziehungen zwischen Trauma und multipler Sklerose auf, die er mehr als einmal Gelegenheit hatte, auf praktischem Gebiet zu konstatieren. Bei den drei hier beschriebenen Fällen ist die Episode des Traumas besonders ins Auge springend, die ziemlich ernster Natur ist, mit Verlust des Bewußtseins in 2 Fällen, kranial in einem, dorsal in den beiden anderen, ohne Verletzung des Skelets. Außerdem verdient die Tatsache hervorgehoben zu werden, daß nach Ablauf einiger Monate die Patienten begannen, die ersten Symptome zu beobachten, und zwar der erste nach 6 Monaten, nach fast einem Jahr der zweite und nach wenigen Monaten der dritte. Bei diesem Stand der Dinge findet C. keine Schwierigkeit anzunehmen, daß in seinen 3 Fällen wirklich jene bestimmten Bedingungen vorhanden seien, die erforderlich sind, um eine mehr oder minder direkte Beziehung zwischen Trauma und multipler Sklerose anzunehmen. So war u. a. das Trauma sicherlich heftig, wenn es in 2 Fällen mit Verlust des Bewußtseins verbunden war; in 2 Fällen war es dorsal, in einem kranial. Es verfloss eine Zwischenperiode von mittlerer Dauer, es bestand vollkommene Entsprechung zwischen Sitz des Trauma und Charakter der krankhaften Manifestationen. Abschließend meint C., daß, wenn er auch überzeugt sei, der multiplen Sklerose ein bisher unbekanntes „quid“ zugrunde liege, dennoch auch den heftigen Traumen des Kopfes und des Rückens nicht die Bedeutung eines wenigstens indirekten okkasionellen Faktors abgesprochen werden kann. *Galletto.*

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Sudden death. (Plötzlicher Tod.) *J. amer. med. Assoc.* 116, 953—954 (1941).

Der ungenannte Verf. bringt einen Überblick über neuere Arbeiten zu diesem Thema aus dem englisch-amerikanischen Schrifttum. Im Vordergrund der Ursachen stehen krankhafte Veränderungen des Kreislaufapparates. Entsprechend der Häufigkeit werden angeführt: plötzliche Herzlähmung mit 65%, Hämorrhagien mit 21% und arterielle Embolien bzw. Thrombosen mit 5%. In der Pathologie des Herzodes überwiegen bei weitem Kranzgefäßkrankungen. Ihnen folgen Herzkloppenveränderungen und die Myocarditis. Aortensyphilis wurde in etwa 20% aller plötzlichen Todesfälle gefunden. Bei Coronarerkrankungen ist der Todesmechanismus durch Kammerflimmern bedingt. Die Bedeutung der Einflüsse des autonomen Nervensystems beim Herzod wird hervorgehoben. Neuere Untersuchungen scheinen dafür zu sprechen, daß die Reizwirkung des Sympathicus über eine suprarenin-ähnliche Substanz erfolgt. Es wurden Versuche gemacht, den drohenden Herzod bei kardialgeschädigten Patienten durch ein Antidot, nämlich Chininsulfat, zu verhindern. Seit Anwendung dieser Medikation in einem Hospital soll die Zahl der plötzlichen Herzodesfälle im Vergleich zu zwei vorausgegangenen Jahren weitgehend zurückgegangen sein. *Schrader.*

Din, Badr. El: *Morts naturelles suspectes.* (Verdächtige Todesfälle aus natürlicher Ursache.) (*Laborat. de Méd. Lég., Lyon.*) (22. congr. de méd. lég. de langue fran^ç., Paris, 5.—7. VI. 1939.) *Ann. Méd. lég. etc.* 20, 121—158 (1940).

Bericht über 450 Todesfälle, die aus äußeren Gründen den Verdacht einer unnatür-

lichen Todesursache erweckten und gerichtsärztliche Untersuchung notwendig machten. Es handelt sich um Material, das im Verlauf von 4 Jahren in Alexandrien in Ägypten zur Beobachtung kam. Zunächst wird über eine Reihe von Fällen berichtet, bei welchen äußere Momente, nämlich Erbrechen, Koma oder Konvulsionen, endlich äußere Verletzungen, das Vorliegen einer Vergiftung bzw. eine anderweitige Einwirkung von dritter Hand vermuten ließen. Ein weiterer Abschnitt behandelt Sektionsbefunde bei Leichen, welche auf öffentlichen Wegen oder in abgeschlossenen Räumen gefunden waren und wo Anhaltspunkte für die Vorgeschichte fehlten. Weitere größere Übersichten behandeln rasch zum Tode führende, ärztlich-klinisch nicht geklärte Krankheitsbilder sowie die eigentlichen plötzlichen Todesfälle aus natürlicher Ursache. In der 1. Gruppe werden hauptsächlich Apoplexien und anderweitige, rapid zum Tode führende zerebrale Erkrankungen, wie Hirnabscesse, seröse Meningitis bei Nephritis, Coma uraemicum u. ä., beschrieben. Ferner Fälle mit abdominalen Erscheinungen, Ileus, Volvulus, Thrombose der Mesenterialarterien (hierbei ist erwähnenswert der Fall eines Rauschgifthändlers, der sich große Stücke von Haschisch in das Rectum eingeführt hatte, um es zu verbergen, und der mit ileusartigen Erscheinungen in die Klinik eingeliefert wurde. Bei der Operation fand man das Gift zum Teil in der freien Bauchhöhle und einen ausgedehnten Mastdarmriß. Tod am nächsten Tage durch Peritonitis). Ferner wurden noch ambulatorisch verlaufende Fälle von Pneumonie, Typhus und Diphtherie erwähnt, endlich Myocardschäden, Aortitiden, Nephritis u. ä. — Bei den eigentlichen plötzlichen Todesfällen aus natürlicher Ursache wird auf die große Bedeutung der Magenfüllung hingewiesen. In über 50% der Fälle plötzlichen Todes, besonders aus kardialen Ursachen, war ein voller Magen festzustellen. Einige Fälle von Bolustod werden erwähnt. Auch auf die Bedeutung körperlicher Anstrengung und psychischer Insulte wird hingewiesen. Interessant scheint auch die Rolle von Zirkulationsstörungen bzw. von Blutverschiebungen bei plötzlichen und wiederholten Lageveränderungen des Körpers bei Tod aus kardialen Ursachen, die dem Verf. an mehreren Fällen bedeutsam erscheinen, wo Mohammedaner bei ihren Betübungen plötzlich zum Exitus kamen. Auch auf die unterstützende Rolle des Alkohols sowie auf Fälle plötzlichen Todes beim Coitus wird eingegangen. — Die Arbeit bringt endlich noch eine statistische Übersicht mit prozentualer Auswertung der einzelnen Todesursachen. Bei 88,8% der plötzlichen Todesfälle liegen Herz-Gefäßschädigungen zu grunde. Nichtkardiale Todesursachen, wie Apoplexien oder mit abdominalen Erscheinungen oder Koma einhergehende Erkrankungen treten — im Gegensatz zu den rasch verlaufenden Todesfällen — ganz zurück.

Manz (Göttingen).

Specht, Hans: Über einige bemerkenswerte Todesfälle bei Sportbetätigung Jugendlicher. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1941. 48 S.

In der Einleitung wird allgemein über plötzlichen Tod aus natürlicher Ursache mit seinen Beziehungen zur sportlichen Betätigung berichtet. 4 einschlägige Fälle werden mitgeteilt. Beim ersten war ein 13jähriger Junge beim Fußballspiel von dem Ball aus naher Entfernung in der Gegend des rechten Auges getroffen worden. Dadurch war es zu Verletzungen der Nasenschleimhaut, zu deren eitriger Entzündung, schließlich zu einer septischen Thrombophlebitis mit metastatischen Abscessen in den Lungen gekommen. Auch der 2. Fall behandelt einen Unfall beim Fußballspiel: Tritt gegen die rechte Gesichtsseite eines 18jährigen Mannes. Hierdurch wurde ein Bruch des rechten Orbitaldaches verursacht. Der Tod erfolgte etwa 5 Wochen später. Die Sektion deckte einen großen Absceß im Stirnhirn mit beginnender Meningitis auf. Die Bedeutung einer wenige Tage nach dem Unfall auftretenden Angina für das Zustandekommen der Infektion der rechten Stirnhöhle wird besprochen und eine hämatogene Infektion von hier aus als am wahrscheinlichsten angesehen. Beim 3. Fall war ein 13jähriges Mädchen nach einer Teilnahme an Turnspielen gestorben. Die Sektion ergab Hirndrucklähmung bei großem, subduralem Hämatom über der rechten Hemisphäre. Als Ursache dieser Blutung wurde der Abriß einer Blutader am Hirngrund

festgestellt. Ein letzter Fall bringt den Tod eines 15jährigen Schülers, der beim Fußballspiel sich durch Fall einen Einbruch im linken Schläfenbein sowie eine Verletzung einer Schlagader am Hirngrund zugezogen hatte. Bei den einzelnen Fällen wird auf die Frage des ursächlichen Zusammenhangs zwischen sportlicher Betätigung und Tod und die im jeweiligen Falle vorhandenen zusätzlichen Momente wie insbesondere Status thymicolumphanticus, Status digestionis, Verhältnis von Hirngröße zur Schädelgröße u. ä eingegangen. Es wird eine Reihe weiterer Fälle aus der Literatur erwähnt und die Sonderstellung der Frau beim Sport berücksichtigt. *Manz* (Göttingen).

Hulst, J. P. L.: *Tödliche Hirnblutung, Hypertrophie der linken Herzkammer, eine einseitige Hydronephrose bei einem 27jährigen Mann.* Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1941, 1083—1084 u. dtsch. Zusammenfassung 1084 [Holländisch].

Es wird über einen Todesfall auf der Straße berichtet, der polizeiliche und versicherungsrechtliche Fragen berührte. Als Todesursache konnte eine plötzliche Hirnblutung festgestellt werden, die im Gefolge einer renal bedingten Hypertonie mit Hypertrophie des linken Herzens aufgetreten war. *Geller* (Düren).

Christensen, Erna: *Zwei Fälle von geplatztem Aneurysma der Arteria cerebri media.* (Neurol. Afd., Rigshosp., København.) Ugeskr. Laeg. 1941, 446—447 [Dänisch].

Intrakraniale Aneurysmen werden am häufigsten an der Art. cerebri med. lokalisiert und sind in der Regel angeborenen Abnormitäten in der Gefäßwand zuzuschreiben, weshalb sie auch schon im jugendlichen Alter platzen können. Zumeist sind sie erbsengroß, weshalb sie auch keine fokalen Erscheinungen und intrakraniellen Druck, sondern nur Kopfweh verursachen. Erbrechen, Krämpfe können folgen. Manchmal tritt auch Bewußtlosigkeit ein. Beim Erwachsenen heftige Kopfschmerzen, mit Nackensteife und Kernig. Im Liquor Blut. Manchmal stirbt der Patient im Koma nach der ersten Blutung, aber in vielen Fällen überlebt er auch mehrere Blutungen. Häufig tritt dennoch infolge der Ruptur der Tod ein. Verf. beobachtete zwei Patienten mit Ruptur der Art. cerebri med. Genaue Beschreibung beider Sektionsergebnisse mit Lichtbildern. Beide Fälle können klinisch als kryptogen betrachtet werden. In einem der Fälle hatte Patient wahrscheinlich schon 6 Jahre vorher eine Hämorrhagie aus einem Aneurysma der Art. cerebri med. *Révész* (Sibiu).^{oo}

Sedlmeier, Otto: *Über eine große Mesenterial-Chyluseyste als Ursache plötzlichen Todes bei einem 2½-jährigen Mädchen (mit Bemerkungen über die Pathologie und die Klinik der Mesenterialeysten im allgemeinen).* (Gerichtl. Med. Inst., Univ. München.) München: Diss. 1939. 32 S.

Ein 2½-jähriges Mädchen erkrankte plötzlich mit Erbrechen und später auch Stuhldrang. Keine Schmerzäußerung, das Kind spielte weiter. Nachdem sich das Erbrechen am folgenden Tage wiederholt hatte, trat am 3. Krankheitstag ohne vorhergehenden schweren Eindruck der Tod ein. Sektionsbefund: Großes, intermesenteriales, multilokuläres Lymphangioma im Gebiet des oberen Drittels des Dünndarms mit etwa 350 ccm Inhalt von chylösem Aussehen. Lösbarer Volvulus des Dünndarms an der Gekrösewurzel mit starker Blähung der Dünndarmschlingen und hämorrhagischer Infarzierung fast des ganzen Dünndarms. Akute fibrinöse Peritonitis. Es lag also in gerichtlich-medizinischer Hinsicht ein natürlicher Tod vor. Mikroskopisch bestand die Cyste aus derbem, kollagenem Bindegewebe, das nach beiden Seiten hin mit Endothel bekleidet war. Im Bindegewebe zahlreiche, stark blutgefüllte Gefäße, mehrfach Fettzellen und stellenweise kleine Lymphocytenanhäufungen. Im Zentrifugat des Cysteninhaltes mikroskopisch rote Blutkörperchen, Leuko- und Lymphocyten sowie Endothelien. Chemisch reichlich Cholesterinkristalle in der Cystenflüssigkeit. Im folgenden wird die Pathologie und Klinik dieser Tumoren besprochen. Am Schluß der Arbeit findet sich eine Tabelle, in der die seit 1913 veröffentlichten Fälle von Lymphangioma des Mesenteriums zusammengestellt sind. *Matzdorff* (Berlin).

Frommolt, G.: *Plötzlicher Tod bei „Schwangerschaftspyelitis“.* (Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Evang. Diakonissenhaus, Halle a. d. S.) Zbl. Gynäk. 1941, 775—779.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle verläuft die Schwangerschaftspyelitis ohne Gefährdung des mütterlichen und kindlichen Lebens und kann zur Ausheilung gebracht werden. Die Mortalität wird von deutschen Autoren auf 1,4—2%, im neuen

amerikanischen Schrifttum auf 3,58% der schwangeren Frauen mit Nierenbeckenentzündung veranschlagt. Verf. berichtet nun über 2 Fälle, bei denen es sich allerdings nicht mehr um eine einfache Schwangerschaftspyelitis gehandelt hat, sondern wo bereits der Entzündungs- und Infektionsprozeß vom Nierenbecken auf das Nieren-gewebe übergegriffen hatte. Im 1. Fall handelt es sich um eine 26jährige 6. Schwangere, die mit leicht fiebigen Temperaturen in schwerkrankem Zustand eingeliefert wurde, im Urin massenhaft Leukocyten und vereinzelte rote Blutkörperchen aufwies, und eine offenbar durch Herzmuskelinsuffizienz bedingte Cyanose zeigte. Nach vorübergehender Besserung erfolgte eine spontane Frühgeburt. 56 Stunden post partum plötzlich während der Nacht Kollaps und Exitus. Die Sektion ergab eine schwere doppelseitige akute Pyelonephritis mit mächtiger Nierenschwellung, schwerste urämische Gastritis sowie entsprechende Veränderungen in der Schleimhaut des Dünnd- und Dick-darms (Urämie). — Im 2. Fall handelt es sich um eine 25jährige Erstschwangere im 7. Monat. Hier wurde durch Cystoskopie und Ureterenkatheterismus die mit Erweiterung verbundene Nierenbeckenentzündung festgestellt. Nierenbeckenspülung mehrfach mit Höhlensteinlösung, leichter Abfall des Fiebers, jedoch auffallende Unruhe der Patientin. Am 17. Tage nach der Krankenhausaufnahme plötzlich Exitus. Die Vermutungsdiagnose einer tödlichen Embolie wurde durch die Sektion nicht bestätigt, sondern es fand sich eine allerdings sehr schwere aufsteigende Cysto-Pyelonephritis mit dichtester Durchsetzung beider Nieren mit Abscessen und Urosepsis, urämische Gastritis und Colitis. — In beiden Fällen erlagen die Patientinnen also einer Urämie infolge Versagens der Nierenfunktion mit ausgesprochenem Sektionsbefund für Urämie. Verf. macht aufmerksam auf die Gefahren der Schwangerschaftspyelitis; niemals sollte dabei Ureterenkatheterismus und Reststickstoffbestimmung im Blut unterlassen werden, um rechtzeitig die Schwere der Erkrankung zu erkennen und den Entschluß zu einer Nephrotomie fassen zu können.

Merkel (München).

Schafir, L.: Les ruptures spontanées de la rate normale. (Spontanrupturen der normalen Milz.) *Vestn. Chir.* **60**, 574—582 (1940) [Russisch].

Spontanrupturen pathologisch veränderter Milzen sind nicht sehr selten beobachtet worden. Die Vergrößerung der krankhaft veränderten Milz, verbunden mit Weichwerden des Parenchyms und Herabsetzung der Festigkeit, gestattet unbedeutenden Ursachen, die Zerreißung herbeizuführen. Auch wenig vergrößerte, aber im Gewebe kranke Milzen, reißen mitunter. Demgegenüber sind sehr bemerkenswert die Rupturen an mikroskopisch normalen und durch kein Trauma getroffenen Milzen. Der Autor fand außer der eigenen Beobachtung in der Weltliteratur 34 einschlägige Fälle. Der beschriebene Fall betraf einen 69jährigen Pensionär. Heftige, plötzlich aufgetretene Schmerzen im Bauch, aus vollem Wohlbefinden heraus, ohne vorausgegangene Anstrengung. Im Anfang saßen die Schmerzen im oberen Bauchdrittel, vorwiegend links, weiterhin im ganzen Leib, ausstrahlend in die linke Schulter und zum linken Darmbein. Kein Erbrechen. Seit 10 Jahren Sodbrennen mit Aufstoßen. Anamnestisch kein Typhus, keine Malaria. Befund: mäßiger Ernährungszustand. Hochgradige Haut- und Schleimhautblässe, kalter Schweiß. Puls 98. Bauch bretthart, ausschließliche Brustkorbatmung. Zu denken war an perforiertes Magengeschwür. Operation in Äthernarkose: frisches Blut in der Bauchhöhle. Das ganze kleine Netz blutig imbibiert, Blut offensichtlich von der Milz herrührend. Magen unverändert, ebenso die Leber. Milz atrophisch, an einer Ecke locker verloitet mit dem Netz. Die Quelle der Blutung sitzt unten-aussen an der Milz, die hier einen unregelmäßig sternförmigen Riß von $2 \times 1,5$ cm aufweist. Von der Mitte geht ein Riß nach links unter der Kante parallel dem Rippenbogen. — Die Erfolglosigkeit der Nahtversuche nötigten zur Splenektomie. Blutgruppenbestimmung, Bluttransfusion reaktionslos. Eine postoperative beiderseitige katarrhalische Lungenentzündung führte 4 Tage später zum Tode. Sektionsergebnis: Organe der Bauchhöhle ohne Abweichungen. Beiderseitige katarrhalische Pneumonie. Das Milzgewebe histologisch ohne Besonderheiten. Follikelapparat gut

entwickelt. Die Zentralarterien hyalinisiert, ganz entsprechend dem Lebensalter. Sinuswände stellenweise verdickt. — In dem vom Verf. gesammelten Material schwankte die Größe spontanrupturierter Milzen von $11 \times 7,5 \times 3$ bis zu $17 \times 18 \times 2$ cm, das Gewicht zwischen 67 und 740 g. — Als Ursache sieht der eine anwachsenden Binnen-druck an, abhängig vom Blutstrom von und zur Leber bei Faltung der Kapsel, ein anderer betont das frühzeitige Hyalinwerden der Gefäße, einschließlich der Capillaren der Malpighischen Körperchen. Andere weisen auf erhöhten Bauchdruck bei Schwangerschaft hin, oder auch auf Parallelen zu Hirnblutungen, Aorten- und Milzrissen als Folgen funktioneller Faktoren. Die Mehrzahl der Milzrupturen ohne äußere Ursache erfolgt in Lebensaltern von 20—40 Jahren, also im Beginn morphologischer Veränderungen in der Milz. Am Orte des Risses sitzen Streifen in Richtung zur Kapsel und außerdem zahllose kleine Hämatome zerstreut an der ganzen Oberfläche des Risses. Möglich auch Änderungen der Kreislaufrichtung, so im Falle eines 20jährigen Soldaten, der eine gewaltige Menge kalten Wassers trank und danach einen Milzriß erlitt (Fall von Lundel). — **Diagnose:** Die Zusammenstellung der in der Literatur mitgeteilten 34 Fälle spontaner Milzruptur ergab, daß nicht in einem einzigen Falle die richtige Diagnose gestellt worden ist, vielmehr eine akute Appendicitis oder ein perforiertes Magengeschwür, eine innere Blutung, extrauterine Gravidität, Darmverschluß, Pan- kreatitis, Myokarditis angenommen wurde oder gar keine Diagnose gestellt werden konnte. In dem vom Verf. beobachteten Fall schwankte die Diagnose zwischen innerer Blutung und perforiertem Magengeschwür. — Aus allem Angeführten ergibt sich, daß die Erkennung unzweifelhaft schwierig ist. Kehr hält Schmerzausstrahlung in die linke Schulter für charakteristisch, Pits und Bellance anwachsende Dämpfung links, nicht sich ändernd bei Lagewechsel des Patienten (beschleunigte Blutgerinnung). Dem Verf. erscheint als wesentlich nach Durchsicht der Krankengeschichten der akute Beginn, vorwiegend aus voller Ruhe heraus, auf dem Stuhl sitzend, Karten spielend, im Bett liegend. In einem Falle trat der Riß bei der Defäkation auf, in einem beim Verlassen des Bettes 3 Stunden nach der Kohabitation. — Die Beobachtungen lehren, daß dem üblichen Wunsche, eine erhöhte Bauchpresse als ursächliches Moment zu finden, entsagt werden muß. — Von vorausgegangenen oder begleitenden Störungen fanden sich 1 mal Nasenbluten und Magenbeschwerden, 1 mal Gallensteine, 5 mal Magendarm- störungen, 2 mal Alkoholismus, 7 mal Schwangerschaft; Verdauungsstörungen und Übelkeit gingen dem Ereignis in 5 Fällen voraus. — Durchweg wurde Blässe der Haut und der Schleimhäute beobachtet, vereinzelt mit Cyanose. Bewußtseinsverlust fand sich in 3 Beobachtungen. Sitz des Schmerzes vorwiegend links oben, seltener im ganzen Leib; Ausstrahlung in die linke Schulter öfter, in die rechte und in den Rücken selten. In 7 Fällen waren die Atembewegungen eingeengt. Erbrechen erfolgte bei 13 Fällen. Öfter Leibauftreibung, häufig harte Bauchmuskelspannung; mitunter Nachweis von Bauchflüssigkeit. Allgemeinzustand fast ausnahmslos schlecht; vereinzelt Auftreten von Shock und Kollaps. Zur Therapie: Die einzige nutzbringende Methode ist die Milzentfernung. Alle nichtoperativen Verfahren, aber auch Tamponaden, konnten das Leben nicht erhalten. Dagegen starben von 22 Splenektomierten nur 4. Milznaht mißlingt meist. — Die Mehrzahl der Risse normaler Milzen erfolgte aus voller Ruhe heraus. Wahrscheinlich spielen frühzeitige Altersveränderungen der kleinen Gefäße eine ursächliche Rolle, verbunden mit akutem Blutzustrom aus dem Pfort- adersystem; Apoplexie der Milzgefäße. Frauen ertrugen den Blutverlust besser als Männer. Akuter Beginn, mit möglicherweise vorausgehenden Schmerzen am linken Rippenbogen und im oberen Bauchdrittel, Ausstrahlung in die linke Schulter, Blässe, Übelkeit oder Erbrechen, Bauchmuskelabwehrspannung, besonders links oben, bei Fehlen eines Traumas, sollten auf eine mögliche Milzruptur hinweisen, besonders bei bestehender Schwangerschaft. Unerlässlich ist die sofortige Splenektomie, in manchen Fällen daneben die Bluttransfusion. Angesichts der Seltenheit der Erkrankung sollte jeder Fall spontaner Ruptur einer normalen Milz eingehend beschrieben werden. *Tiling.*