

mit akuten leichten Alkoholvergiftungen und bestimmtem klinischem Bild. Die vor kommenden Persönlichkeitsveränderungen in diesem Vergiftungszustand werden beschrieben und in Beziehung gesetzt zu den Abweichungen der Untersuchungsergebnisse von den Rorschachschen Musterantworten. Es wird festgestellt, daß die Rorschachschen Ergebnisse keinen pathognomonisch-diagnostischen Wert für das klinische Bild haben und daß keine spezifischen Veränderungen im Rorschachschen Versuch die Diagnose akuter leichter Alkoholvergiftungen ermöglichen. Die Versuche geben lediglich einen Einblick in den Mechanismus der klinischen Reaktionen und haben hauptsächlich Wert als Forschungshilfsmittel.

Dubitscher (Berlin).

Brown, Thomas McP., and A. M. Harvey: Spontaneous hypoglycemia in „smoke“ drinkers. (Spontane Hypoglykämie nach Genuß von denaturiertem Alkohol.) (*Johns Hopkins Univ. School of Med. a. Johns Hopkins Hosp., Baltimore.*) J. amer. med. Assoc. 117, 12—15 (1941).

Es werden 6 Krankheitsfälle beschrieben, bei denen schwere hypoglykämische Zustände nach dem Genuß von denaturiertem Alkohol auftraten. Die Kranken hatten sämtlich vorher längere Zeit keine Nahrung zu sich genommen. Der Blutzucker war zwischen 15 und 43 mg%. Auffallend waren verschiedene neurologische Zeichen wie Starre der Extremitäten, spastische Zeichen (Babinski u. a.), Trismus. Die Kreislaufverhältnisse waren unterschiedlich. Sehstörungen wurden niemals beobachtet. In 4 Fällen wurde Traubenzucker gegeben, wonach der komatöse Zustand sofort verschwand, bei den anderen 2 Kranken verschwand der hypoglykämische Zustand langsam spontan. Einige verwendete Alkoholproben wurden später untersucht, sie enthielten sämtlich über 4% Methylalkohol.

Pflug (Berlin).

Sonstige Körperverletzungen. Gewaltsamer Tod.

Rogari, Ernesto: Contributo allo studio delle lesioni in casi mortali per colpi d'arma da fuoco. (Beitrag zum Studium der tödlichen Verletzungen durch Feuerwaffen.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Roma.*) *Zacchia*, II. s. 5, 219—247 (1941).

Verf. bringt aus dem Material des Gerichtl.-Medizin. Instituts Rom eine statistische Zusammenstellung über 542 tödliche Schußverletzungen (innerhalb welches Zeitraumes? Ref.) mit Einteilung nach Verletzungen aus langläufigen und kurzläufigen Waffen; nach Selbstmord, Mord und Unfall, hinsichtlich des Geschlechtes, der Lage des Einschusses und Richtung des Schußganges sowie der Anzahl der Schüsse. Schließlich geht er auf Umstände, die der Unterscheidung von Mord, Selbstmord oder Unglücksfall dienen können, ein. Die Arbeit ist als statistischer Beitrag wertvoll, bringt aber dem Gerichtsmediziner nichts wesentlich Neues.

Fritz (Hamburg).

Winter, Reinhold: Tödliche Schußverletzung durch Platzpatrone. Kriminalistik 15, 116 (1941).

Durch unglücklichen Zufall Platzpatronenschuß vor die Stirn aus unmittelbarer Nähe. Entfernung nicht angegeben. Bei der Einlieferung ins Lazarett benommen. Obere Augenlider stark geschwollen, blutunterlaufen. Augäpfel äußerlich unversehrt. An der Stirn fünfmarkstückgroße zerfetzte Weichteilwunde, in der Tiefe Hirnbrei. Vorübergehende Besserung. 20 Tage nach der Verletzung Eintritt des Todes. Sektionsbefund: 5 cm langer und 3 cm breiter Defekt des Stirnbeins oberhalb der Nase. Von dort 2 Sprunglinien nach hinten oben von 10 cm Länge, verbunden durch einen Quersprung von zackigem Verlauf. In der harten Hirnhaut ein großer Defekt. Im rechten Vorderhirnlappen eine große Höhle. An der Schädelbasis schwere eitrige Hirnhautentzündung. Hier eine Bruchlinie bis zum linken großen Keilbeinflügel. Die knöcherne Bedeckung der Augenhöhlen war eröffnet. Hinweis auf die Gefährlichkeit der Platzpatronen (wobei der Hinweis auf die große Infektionsgefahr mit Tetanus vermißt wird; Ref.). Bei Unkenntnis des Tatherganges besteht die Möglichkeit der Verwechslung mit einem scharfen Schuß.

Rogal (Bremen).

Meessen, Hubert: Arterielle Thrombosen nach Lungenschuß. (*Ludwig Aschoff-Haus, Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Beitr. path. Anat. **105**, 432—440 (1941).

Verf. hat bereits vor kurzem über Coronarthrombose nach Unfall berichtet (vgl. diese Z. **34**, 48). Der vorliegenden Arbeit, die in gleicher Weise den Gerichtsmediziner wie den Gutachter in der Versicherungsmedizin interessiert, ging dem Auftreten von verschiedenen arteriellen Thrombosen ein Lungendurchschuß voraus.

Ein 41 Jahre alter Oberleutnant erhielt einen Lungendurchschuß mit Einschuß unter dem rechten Schlüsselbein und Ausschuß unter dem Schulterblatt. Die 8. Rippe wurde reseziert. Ohne das Bewußtsein erlangt zu haben, trat der Tod unter zunehmender Kreislaufschwäche etwa 48 Stunden nach der Verletzung ein. Bei der Leichenöffnung war die rechte Lunge völlig kollabiert, in der rechten Brusthöhle fand sich nur wenig flüssiges Blut. Die 3. bis 9. Rippe waren gebrochen, das Lungenfell mehrfach durchgespießt. In den Lungenschlag- und -blutadern, auch bei Präparation bis in die feinsten Äste, nirgends thrombotisches Material. Vollkommen zarte Herzklappen, geschlossene Vorhofscheidewand, Herzohren ohne besonderen Inhalt. Die Kranzschlagadern weisen stärkere Atheromatose auf, die linke Kranzschlagader zeigt an der Teilungsstelle ein großes atheromatöses Polster mit Einengung der Lichtung. 7,5 cm unterhalb der Teilungsstelle des Ram. desc. ein die Lichtung völlig verschließender Blutpfropf (mikroskopisch im Herzmuskel der Umgebung an verschiedenen Stellen Muskelfasern ohne Querstreifung, Fasern verquollen, teils bröckelig zerfallen, einzelne Kerne pyknotisch, keine Leukocyteninfiltrate. In anderen Herzabschnitten keine Nekrosen oder Schwielen). Die Aorta weist starke Atheromatose in Brust- und Bauchteil auf, zum Teil mit geschwürigem Zerfall. Die rechte Iliaca an der Teilungsstelle der Aorta durch einen großen, einem Atheromgeschwür aufsitzenden Blutpfropf verlegt. Auch in der Art. fem. unter dem Leistenband ein grauer Kopfteil eines Blutpfropfes. Blutpfropfe überdies in der linken Carotis com., sowie an der Hirnbasis in der linken Carotis int. und endlich in der linken Art. cereb. media. Verquellung der linken Gehirnhälfte mit verwaschener Zeichnung der linken Stammganglien und unscharfer Abgrenzung der Hirnrinde gegen das Mark. Alle übrigen Organe ohne besonderen Befund. Mikroskopisch nur geringe Fettembolie der Lungen.

Für die Thrombosen der linken Art. cereb. media wird Embolie aus abgeschwemmtem Material der Carotis angenommen, desgleichen auch für den Thrombus in der Art. fem. bei primärer Thrombose in der Iliaca. Für die übrigen Thrombosen ist embolische Verschleppung nicht anzunehmen, paradoxe Embolie scheidet nach dem geschlossenen Foramen ovale und dem Fehlen von primärer Thrombenbildung in linker Herzkammer und linkem Herzohr aus. Verf. faßt die arteriellen Thrombosen als mittelbare Folgen der Lungenschußverletzung auf und mißt dem Kollaps der rechten Lunge mit ihrem plötzlichen Ausfall für die Atmung und der dadurch bedingten Erschwerung und Verminderung der Sauerstoffversorgung des Blutes (Hypoxämie) eine entscheidende Rolle für das Zustandekommen der arteriellen Thrombosen zu. *Fritz (Hamburg).*

Nagy, Károly: Eingeklemmter Zwerchfellbruch aus dem Weltkriege. Orv. Hetil. **1941**, 319—321 [Ungarisch].

Im Jahre 1937 wurde der Anstalt ein 52-jähriger Mann unter den Zeichen des akuten Darmverschlusses zugeführt, der im Weltkriege einen penetrierenden Brustschuß erlitt. Einschuß oberhalb der linken Brustwarze, Ausschuß unter der linken Scapula. Die Operation ergab, daß der in der Querachse um 180° gedrehte Magen samt Netz durch eine 2 Finger mühelos durchlassende Öffnung des Zwerchfelles durchgetreten und dort eingeklemmt war. Die Lösung gelang leicht; der Magen wurde in die richtige Lage gebracht, der Substanzverlust des Zwerchfelles vernäht.

Die Kriegsverletzungen des Zwerchfelles sind, zum überwiegenden Teile von Schußwunden herrührend, im Gegensatz zu den Friedensverletzungen, die zumeist Folgen von Messerstichen sind. Der größte Teil der Kriegsverletzungen, die von Granat- und Minensprengstücken herrühren, führt infolge schwerer Schädigung der Brust- und Bauchorgane bald zum Tode. Ein Teil der Verletzungen, und zwar die Stichverletzungen und die von Kleingewehrprojektilen herrührenden, heilen oft ohne operativen Eingriff. Eine stattgehabte Zwerchfellschädigung wird erst manifest, wenn sich an der Stelle der Penetration ein Zwerchfellbruch bildet, der entsprechende Erscheinungen erzeugt. Die Zwerchfellhernien sind zum größten Teile linksseitig; rechts wirkt die Leber pelottenartig und verhindert die Entwicklung der Hernie. Die Zwerchfellhernien haben zumeist keinen Bruchsack, da das Bauchfell fehlt. *E. Illés (Budapest).*

Hartung, H.: Kontralaterale Geschwüre nach Granatsplitterverletzungen. (*Knappschachtskrankenh., Eisleben.*) Arch. klin. Chir. **202**, 320—328 (1941).

Es handelt sich nicht etwa um Geschwüre an der andern, sondern an derselben Gliedmaße, aber an der gegenüberliegenden Seite. Derartige Geschwüre sind bisher noch nicht in der Kriegschirurgie beschrieben. Es handelte sich immer in den 3 Fällen um Granatsplittersteckschüsse in den Weichteilen, 2mal im Oberschenkel, 1mal im Unterschenkel. Nach den Entfernungen der Steckgeschosse trat an der gegenüberliegenden Seite zunächst eine Dermatitis auf, aus der sich eine Blase und dann ein torpides Geschwür entwickelte, das ungemein langsam heilte, sehr schmerzhaft war und starke ausstrahlende Neuralgien machte. Diphtheriebacillen wurden nicht gefunden. Die Erklärung für die Entstehung ist sehr schwierig. Verf. zieht den Vergleich mit dem Herpes zoster heran. Verf. sucht die Erklärung darin, daß die Veränderungen in der Muskulatur in der Nähe der großen Gefäße und Nerven eine Reizung von sympathischen Fasern hervorgerufen haben könnten. 5 Abbildungen. Franz (Berlin).

Siebert, Peter: Augenverletzungen durch Fliegerbomben. (*Univ.-Augenklin., Hamburg.*) Med. Welt **1941**, 941—944 u. 965—969.

In die Universitätsklinik Hamburg wurden 1938 insgesamt 60, 1940 insgesamt 70 perforierende Augenverletzungen aufgenommen, davon 1940 als Folgen von Fliegerbomben nur 5. In beiden Jahren waren etwa 70% der F.K. metallisch, und davon wieder $\frac{3}{4}$ magnetisierbar (im Gegensatz zu den von Gasteiger und Schmidt an Kriegsverletzungen des Polenfeldzuges gemachten Erfahrungen). Im ersten Teil des Aufsatzes werden die perforierenden Verletzungen und ihre Folgen allgemein statistisch ausgewertet, wobei sich herausstellt, daß kein wesentlicher Unterschied zwischen dem Friedensjahr 1938 und dem Kriegsjahr 1940 besteht. Die Gesamtzahl der bis 1. VII. 1941 behandelten Bombenverletzungen beträgt 35 (selbstverständlich nur in der Universitätsklinik). Bei den Verletzungen überwiegen die Männer, aber Frauen sind natürlich trotzdem wesentlich öfter betroffen als bei Friedensverletzungen. 1941 haben auf Grund bisher vorliegenden Materials die Verletzungen, vor allem auch die perforierenden, erheblich zugenommen. Das Fremdkörpermaterial bestand fast ausschließlich aus Glassplittern. Schuttpartikel hatten nur in einem Falle perforiert. Die Prognose ist wesentlich ernster als bei Friedensverletzungen, sowohl wegen des Materials als auch wegen der Verschmutzung. 50% der perforierenden Glasverletzungen sind schon jetzt als verloren zu betrachten. Alsdann stehen schwere Kontusionen im Vordergrund, meist vergesellschaftet mit verschmutzten Hornhauterosionen, wenn auch deren Folgen nicht so schwer waren wie zunächst zu erwarten. Verf. rät, aus Schutzräumen jegliches Glas zu entfernen, elektrische Birnen durch Leinensäckchen zu schützen. Reinigungsversuche und Schutzverbände sollen vor der Überweisung zum Augenarzt tunlichst unterbleiben. Wenn Verband unvermeidbar, stets binoculus, Druckverband ist Kunstfehler! Gefahr der Bulbusschädigung bei Lidverletzungen. Perforierende Augenverletzung geht jeder anderen nicht lebensbedrohenden Verletzung vor, sofortiger Kliniktransport! Schicksal entscheidet sich bei erster Versorgung. Liegender Transport nicht nötig. Personenwagen genügt. Sedativa, besonders Opiate, sind zu vermeiden, höchstens 1 Amp. Scopolamin-Eucodal-Ephetonin. Keine Tropfen, vor allem keine Salben. Spülen nur bei Verätzungen einschließlich Kampfstoff. Verf. empfiehlt Einführung von Wundtäfelchen nach Wehrmachtmuster, mindestens ist Zettel „Augenverletzung“ mitzugeben. Verf. betont, daß es auf Grund der bisherigen Erfahrungen und der Einbuße an Arbeitskraft und Berufsfähigkeit auch bei nur einseitiger Erblindung nicht zu weitgehend ist, die Primärbehandlung der perforierenden Augenverletzungen einschließlich der Verdachtsfälle durch den klinischen Augenarzt zu fordern. Die Arbeit enthält ein eindrucksvolles Photo von doppelseitiger Hornhauttrübung infolge von Narbenkolobomen der Lider. Der Kranke wurde erst in diesem Zustand der Augenklinik überwiesen. Caanitz (Berlin).

Weber, Rolf Günter: Zum Tode führender „Verfall in Siechtum“ nach einem zunächst mit Erfolg operierten Bauchstich mit juristischer, klinischer und gerichtlich-medizinischer Würdigung. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 61 S.

Der Dissertation liegt folgender Tatbestand zugrunde:

Gelegentlich einer Wirtshausrauferei erhielt ein 27-jähriger Schlosser neben einem oberflächlichen Stich in den linken Oberschenkel auch noch einen Stich in die linke Oberbauchgegend, der eine Operation am nächsten Tag erforderlich machte. Dabei zeigte sich, daß zwar der Magen-Darmkanal selbst völlig unverletzt, dagegen eine Arterie im großen Netz durchtrennt war, aus der es zu einer erheblichen Blutung ($\frac{3}{4}$ l) in die Bauchhöhle gekommen war. Nach erfolgreicher Operation trat nun im Gefolge einer bereits bestandenen Bronchitis — und durch diese begünstigt — eine Pneumonie auf, die durch starken Husten bereits am 3. Tage eine Sprengung der Operationswunde und damit einen Dünndarmvorfall zur Folge hatte, der schließlich zu einer im oberen Dünndarmabschnitt gelegenen Fistel führte. Noch während des Bestehens der Pneumonie entwickelten sich am 7. Tage nach der Verletzung am linken Knie und am Oberschenkel auf metastatischem Wege schwere Eiterungsprozesse (bakt. Pneumokokken). Durch die hochstehende Darmfistel war es zu einer schweren Störung der Ernährung und im Verein mit den dauernden Eiterbildungen zu einem Verfall in Siechtum gekommen; das Körpergewicht betrug bei der Leichenöffnung (82 Tage nach der Verletzung) nur 31 kg.

In einer etwas weit ausholenden, aber bemerkenswerten Erörterung wird zum Kausalzusammenhang, sowie zur klinischen, gerichtsärztlichen und strafrechtlichen Beurteilung Stellung genommen. Ausführliches Schrifttum! *Fritz* (Hamburg).

Cauchoux, Jean: *Pneumopéricarde traumatique et plaies isolées du péricarde.* (Traumatisches Pneumoperikard und isolierte Perikardverletzungen.) *Presse méd.* 1941 II, 924—925.

Bei einem 26-jährigen Araber, der durch einen von unten nach oben geführten Messerstich im linken Chondroxiphoidwinkel verletzt war, fand sich röntgenologisch bei sonst normalem Bild ein schmales, den Herz- und Gefäßschatten umgebendes helles Band als Zeichen eines isolierten Pneumoperikards. Sind schon isolierte, meist mit starker Blutung einhergehende Perikardverletzungen selten, so wurde das Bild eines isolierten Pneumoperikards bisher nicht beobachtet. Für das operative Vorgehen war der Befund, der eine Blutung ausschloß, von großer Bedeutung. Neben der Sanierung der äußeren Wunde war nur die Naht des Perikards notwendig. In einem anderen Falle mit Verletzung des Perikards und rechten Brustfelles konnte durch röntgenologische Überwachung von einem operativen Eingriff Abstand genommen werden. Wenn der Zustand des Verletzten es irgend erlaubt, sollte daher die Röntgenuntersuchung in ähnlichen Fällen zu Hilfe genommen werden. *de Veer* (Beelitz).

Kübler, Hedwig: *Über die Verletzungen der Harnblase.* (*Chir. Univ.-Klin., Basel.*) Zürich: Diss. 1940. 57 S.

Verf. behandelt an Hand eines ausführlichen Schrifttums und unter Zugrundelegung von 24 eigenen Fällen aus der Chirurgischen Universitätsklinik Zürich nahezu die gesamte Fragestellung der Blasenruptur nach Entstehungsmechanismus, Lokalisation, Symptomatologie, Differentialdiagnose, Prognose und Therapie. Unter ihren eigenen 24 Fällen, die einen Zeitraum von 20 Jahren (1918—1938) erfassen, sind als Entstehungsursache angegeben: 2 Schußverletzungen, 3 instrumentelle Verletzungen durch Metallkatheter und Cystoskop, 2 Pfählungsverletzungen durch Sturz auf Holzpfähle, 1 Stich mit Heugabel, 9 Verkehrsunfälle, darunter 7 mal mit Beckenbruch verbunden, 3 Stürze auf den Bauch oder Rücken und 2 Spontanrupturen nach reichlichem Alkoholgenuß. Betroffen waren 21 Männer und 3 Frauen, 10 Todesfälle. Einzelheiten sind im Original nachzulesen. Die Arbeit zeigt eine übersichtliche Einteilung und ist durch reichhaltiges Schrifttum (181 Namen) ausgezeichnet (vgl. Orthner, diese Z. 33, 143). *Fritz.*

Brumstein, M. S.: *Zur pathologischen Anatomie des Elektrotraumas.* *Nevropat. i t. d.* 9, Nr 11, 27—33 (1940) [Russisch].

Allgemein beträgt die Sterblichkeit nach Elektrotraumen etwa 10—15%. Verf. hat 45 Fälle beobachtet. Von ihnen zeigten 39 charakteristische Hautveränderungen. In 3 Fällen nahmen die äußeren Veränderungen mehr als $\frac{1}{3}$ des Körpers ein, in manchen

fehlten äußere Merkmale völlig. Autoptisch ist große Vorsicht am Platze, um Folgen vorausgegangener Krankheiten, agonaler Zustände, reiner Leichenveränderungen und im mikroskopischen Bild Einflüsse unzulänglicher Fixation, schlechter Färbung usw. auszuschließen. Es fand sich regelmäßig eine Hyperämie und Stase im Hirn, in den Lungen, Nieren, Bauchorganen und oft eine punktförmige Blutung in Pleura und Epicard, in der Hirnrinde, den Hirnknotten, den Hirnkammern; Durchlässigkeit der Gefäßwände. Die peripherischen Nervenendigungen zeigten an den Stromeintrittsstellen destruktive Veränderungen. Am Herzen fand sich eine Fragmentation des Myocard, Blutaustritte zwischen den Muskelfasern, an den Nervenapparaten des Herzens, Ganglienverdickung, Tigrolyse, Verbreiterung der Schlingen, die Abweichungen am vegetativen Nervensystem gehen einher mit Funktionsstörungen des Herz- und Gefäßsystems. Das Zentralnervensystem dagegen wird offenbar erst sekundär, im Zusammenhang mit den vasomotorischen Störungen, geschädigt, als Folge der Gefäßdurchlässigkeit und auch als Folge der primären Beschädigung des vegetativen Nervensystems. — Verf. erklärt, daß seine Mitteilung nur eine vorläufige sei und nicht Anspruch auf eine Erklärung des elektrotraumatischen Todes erhebe. *Töling (Posen).*

Roth, Nathan: Encephalopathy due to burns. Report of a case. (Encephalopathie im Gefolge von Verbrennung. Bericht über einen Fall.) (*Psychiatric Div., Bellevue Hosp. a. Dep. of Psychiatry, New York Univ. Coll. of Med., New York.*) Arch. of Neur. 45, 980—983 (1941).

8jähriges Mädchen erlitt am 4. IV. 1940 durch siedendes Wasser am ganzen Rücken, an der Brust linkerseits, am rechten Arme, an der linken Hand und am rechten Oberschenkel Brandwunden 2. und 3. Grades. Bei der Aufnahme Erbrechen, die nächsten 12 Tage septisches Fieber und Schüttelfröste. Unter Tanninbehandlung und reichlicher intravenöser Flüssigkeitszufuhr guter Allgemeinzustand und allmählicher Heilungsprozeß der Brandwunden. 20 Tage nach der Verbrennung (24. IV.) plötzlich Koma und eine Reihe epileptiformer Anfälle, unter Temperaturanstieg. Nach Wiedererlangung des Bewußtseins zeigte sich die Kleine auffallend reizbar, konnte nicht sprechen, erkannte Gegenstände nicht. Bei der Aufnahme auf psychiatrische Abteilung (24. VII.) guter Allgemeinzustand, die im Verheilen befindlichen Brandwunden nahmen etwa 30% der Körperoberfläche ein. Psychischerseits außerordentlich unruhig, lärmend, schreiend; Wortverständnis und Sprachvermögen fehlen; Apraxie. Nur geringgradige Besserung während Spitalsaufenthaltes (bis 3. VIII.). Außer der Alexie, Agraphie und Aphasie zeigten sich in der rechten Hand athetoide Bewegungen; es wurde fast ausschließlich die linke Hand benützt; im übrigen keine Halbseitenerscheinungen, auch nicht seitens der Reflexe. Harn befundlos, ebenso Liquor. Hämoglobin 95%; 9200 weiße Zellen mit 74% polymorphonucleären Leukocyten und 26% Lymphocyten. Chloride im Blute 479, Cholesterolgesamtmenge 184 mg. Bei der Pneumoencephalographie zeigte sich beträchtlicher Hydrocephalus internus; in Stirn- und Scheitellappengegend corticale Atrophie. Verf. führt die psychisch-neurologischen Symptome auf durch die Verbrennungen herbeigeführte Veränderungen im Blut- und Gefäßapparate zurück, und betont das so verspätet eintretende Erscheinen der Symptome seitens des Zentralnervensystems, welcher Umstand gegen die Annahme einfach toxischer Wirkung spricht. *Alexander Pilcz (Wien).*

Bang, Fridtjof: Über „latenten Krebs“ und die sogenannten „späten Rezidive“. Ugeskr. Laeg. 1941, 411—412 u. franz. Zusammenfassung 412 [Dänisch].

Bei einem Patienten, der mit 4 Jahren eine schwere Verbrühung beider Beine, besonders in der Kniekehle, durchgemacht hatte, trat 39 Jahre später in der Narbe einer Kniekehle eine oberflächliche Ulceration auf, die in den folgenden Jahren wuchs. 10 Jahre später wurde eine Probeexzision vorgenommen und das Bestehen eines Carcinoma solidum spinocellulare festgestellt. 1 Jahr später mußte eine Femuramputation durchgeführt werden. Einige Zeit später traten Schwellungen der Inguinaldrüsen, dann Zeichen von Pleurametastasen auf, nach einem weiteren Jahr etwa kam es zum Exitus. Histologisch erwiesen die Metastasen sich als Metastasen eines verhornenden Plattenepithelcarcinoms der Haut.

Verf. weist kurz auf ähnliche Fälle hin, die von Ducuing (Bull. Cancer 1938, 522)

und von Hartmann (ebda. S. 541) beschrieben wurden, und auf 3 Fälle aus der Radiumstation Kopenhagen (Rezidive nach 14, 25 und 29 Jahren). — Wenn man annimmt, daß wirklich die Verbrennung die krebsige Entartung des Gewebes verursacht hatte, so kann man eine lange Latenzzeit wie beim Narbenrezidiv nach Krebsoperation annehmen. Man muß auch für den Verbrennungskrebs ein präcanceröses Stadium voraussetzen, während dessen sich die Zellen zwar teilen, aber noch nicht in das Gewebe einzudringen vermögen.

K. Rintelen (Berlin).

Elo, Oiva: Über die Verletzungen des Herzens und der großen Gefäße durch stumpfe Gewalt. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Helsinki.*) Acta Soc. Medic. fenn. Duodecim, B 30, 36—59 (1941).

In der vorliegenden Abhandlung wird das Material des Gerichtlich-medizinischen Instituts von Helsinki bearbeitet. Vom Januar 1930 bis Juli 1940 wurden 259 Fälle von Brustkorbquetschungen durch stumpfe Gewalt seziert, unter denen sich 67 Fälle (= 25,87%) von Verletzungen des Herzens und seiner großen Gefäße befanden, was sich also ungefähr mit dem Material und der Prozentzahl von Hallermann deckt. Von den 259 Fällen waren 67 durch Sturz aus der Höhe bedingt, und von dieser Zahl wiesen 29, also = 43,3% ebenfalls Verletzungen des Herzens oder der größeren Gefäße auf. Somit ergibt sich auch aus dem dortigen Material, daß bei Sturz aus der Höhe Herzverletzungen relativ häufiger entstehen als bei Verkehrsunfällen; Verf. nimmt allerdings unter seine Herzverletzungen auch 11 Fälle auf, in denen lediglich kleinere Blutungen im Herzbeutel oder im Herzen als Begleiterscheinungen anderer Organverletzungen vorkamen. Auch bei Sturz aus der Höhe sind 7 mal solche Blutungen als einziger Herzbefund festgestellt worden. Rupturen des Herzens und der großen Gefäße sind bei Sturz aus der Höhe in 35,82%, bei den Verkehrsunfällen nur in 14% beobachtet worden. Verf. bringt dann allgemeine Betrachtungen über diese beiden Verletzungsursachen, Sturz aus der Höhe und Verkehrsunfälle, und schließt daran eine Kasuistik bemerkenswerter eigener Beobachtungen. Interessant ist ein mitgeteilter und abgebildeter Fall, in dem bei einem 29jährigen jungen Mann infolge einer Überfahung durch einen Autobus ein ganz großes Stück (9 : 5 cm groß) aus der linken Kammerwand abgequetscht worden ist und frei mit $1\frac{1}{2}$ l Blut im linken Brustraum sich vorfand. 5 Fälle betrafen Rupturen der rechten Herzkammer, 2 Fälle Rupturen beider Herzkammern, wobei das Herz fast vollständig von den großen Gefäßen abgerissen worden ist, was auch in weiteren 4 Fällen festgestellt werden konnte. Ferner wird von 14 Fällen berichtet, bei denen eine tödliche Aortenruptur zustande gekommen ist, die in der Mehrzahl der Fälle entweder oberhalb der Klappen, seltener am Isthmus ihren Sitz hatte, nur 2 mal war gleichzeitig ein Wirbelsäulenbruch neben der Aortenruptur vorhanden. Von Vorhofrupturen werden von der linken Seite 5 Fälle aufge zählt, von der rechten Seite 8 Fälle und 2 mal von beiderseitiger Vorhofruptur berichtet, ferner 2 Fälle von Verletzung der Kammerscheidewand, von denen der eine penetrierend von der Vorderfläche des Herzens aus erfolgt ist, im 2. Fall fanden sich nur bei einer tödlichen Leberruptur nebenbei noch Blutungen in der Kammerscheidewand. 3 Fälle von Herzbeutelriß bei intaktem Herzen beschließen die Kasuistik. In der epikritischen Darstellung werden die einzelnen Verletzungsformen hinsichtlich ihrer Entstehungsweise besprochen, im allgemeinen schließt sich Verf. den Anschauungen von Revenstorf an, der bekanntlich die Herzverletzungen durch stumpfe Gewalteinwirkung in Quetschungs-, Zerrungs- und Berstungsverletzungen eingeteilt hat; oft sind sicher mehrere Mechanismen für die Entstehung gleichzeitig verantwortlich zu machen. Die Aortenrupturen entstehen zum Teil durch Platzen oder durch Zerrung, fast alle sind Querrupturen, mitunter kommt es zu einem Aneurysma dissecans. Daß die jeweilige Phase der Herzfunktion im Augenblick der Gewalteinwirkung von großer Bedeutung für die Form der Herzverletzung ist, wird noch besonders — zumal bei den Berstungsrupturen (Diastole!) unterstrichen. Die Rupturen der linken Herzkammerwand führt Verf. fast ausschließlich auf Quetschung, die der rechten

Herzkammerwand auf Berstung zurück, wobei allerdings auch das eingedrückte gebrochene Sternum eine wesentlich mitwirkende Rolle spielen kann. Die direkten, durch abgesprengte Knochen splitter oder scharfe Rippenfragmente bedingten Rupturen werden in der Arbeit nicht besonders erwähnt. Die Darstellungen des Verf. über die Mechanik der Herz- und Aortenverletzung dürfte auch im ganzen allgemeine Zustimmung erfahren.

Merkel (München).

Braun, Herbert: Über Verletzungen des Duodenums durch stumpfe Gewalt. (*Chir. Univ.-Klin., Graz.*) Zbl. Chir. 68, 1102—1109 (1941).

Am häufigsten führt Hufschlag und damit die Quetschung als häufigste Entstehungsart einer Ruptur zur Verletzung des Duodenum, gegenüber Berstung und Abriß durch Zug, die bei den anderen Darmabschnitten häufiger für eine Ruptur verantwortlich zu machen sind. Bei der Berstung reißt zuerst die Serosa ein, während bei der Quetschung zunächst die eigentliche Darmwand einreißt und erst dann die Serosa, die bei dieser Entstehungsart auch unverletzt bleiben kann. Bei den Rupturen dicht vor der Flexura duodeno-jejunalis kommt in erster Linie der Abrißmechanismus in Frage. Der Verf. bringt 2 Fälle:

1. Fall. 18jähriger landwirtschaftlicher Arbeiter, einige Stunden vor Klinikaufnahme Hufschlag gegen die Mitte des Oberbauches, sofort starke Schmerzen, die nachher etwas nachließen. Kein Erbrechen. Äußerer Befund: Streifenförmige Blutunterlaufung der Haut unterhalb des Schwertfortsatzes, Abdomen weich, im Oberbauch mäßiger Druckschmerz, nirgends Abwehrspannung. Röntgenleerdurchleuchtung im Stehen: ohne Besonderheiten. In den nächsten Stunden subjektive Besserung, dann plötzliches Auftreten von heftigen Bauchschmerzen mit Erbrechen, jetzt Muskelabwehrspannung im ganzen Oberbauch. Mediane Oberbauchlaparatomie. Unmittelbar vor der Radix mesenterii ein fünfmarkstückgroßer grün verfärbter Bezirk, der von Serosa überzogen ist, unter der letzteren zahlreiche kleine Luftblasen, letztere auch in der Hinterwand der Bauchhöhle, in der weiteren Umgebung. Unter der grün verfärbten Stelle der Serosa quere Abquetschung der Vorderwand des Duodenum, der Defekt ist für die Fingerkuppe bequem durchgängig. Heilung durch ausgedehnte Operationen, Blindverschluß des Duodenum, halbe Resektion des Magens nach Billroth II mit vorderer Gastroenterostomie und Braunscher Anastomose. — 2. Fall: 3 Stunden vor Klinikaufnahme Hufschlag gegen den Oberbauch. Sofort heftigste Bauchschmerzen. Vor 3 Jahren Magenoperation wegen Geschwür. Befund: In der Haut des Oberbauches blutunterlaufener Abdruck eines Hufes. Brettharte Muskelabwehrspannung im Oberbauch, mit stärkstem Druckschmerz usw. Operation: Alte Verwachsungen, in der Bauchhöhle reichlich Blut. Großer Leberriß. Bauchfell der hinteren Bauchwand sulzig, gallig verfärbt, mit kleinen Luftblasen durchsetzt. Serosa reißt leicht ein. Vorderwand des Duodenum zeigt dreimarkstückgroße Zerreißung. Befund einer alten Magenresektion nach Billroth II mit hinterer Gastroenterostomie. Vernähung des Loches im Duodenum durch Einstülpung (alter Blindverschluß von früher her). Trotz Störung des Wundverlaufs durch Pneumonie und Fasciennekrose schließlich Heilung.

Kurze Besprechung des Schrifttums, besonders nach chirurgischen Gesichtspunkten, mit Hinweis auf die sehr hohe Mortalität der Verletzung. Walcher.

Becker, J.: Über stumpfe Bauchverletzungen bei Bergleuten. (*Chir. Abt., Knappschaftskrankenh., Beuthen O/S.*) Med. Klin. 1941 II, 861—864.

Die stumpfen Bauchverletzungen sind im Bergwerksbetrieb nicht selten. Zur Sicherung der Frage, ob ein chirurgischer Eingriff bei derartigen Verletzungen notwendig ist, gehört eine eingehende Anamnese, die sich vornehmlich auf die Intensität der Gewalteinwirkung und sodann besonders auf die Richtung des den Bauch betreffenden Traumas zu erstrecken hat. Im Bergwerksbetrieb und auch bei sonstigen Unfällen entstehen die stumpfen Bauchverletzungen gewöhnlich dadurch, daß der Körper eine Einklemmung erfährt; aber auch das Auffallen schwerer Gegenstände auf den Bauch kann zu Verletzungen des Bauchinnenraumes führen. Meistens werden derartig Verletzte in schwerem Shockzustand eingeliefert. Fast immer findet sich brettharte Spannung der Bauchdecken. Die Druckempfindlichkeit läßt oft einen direkten Schluß auf den etwaigen Sitz der Läsion eines Bauchorganes zu. Etwaiger Austritt von Gas in die Bauchhöhle führt zur Verschmälerung oder Aufhebung der Leberdämpfung, Seitendämpfung in den Flanken weist auf einen Flüssigkeitserguß im Bauch hin. Besonders wichtig ist die Kontrolle des Pulses und des Blutdruckes. Das Sinken des letzteren ist als ein bedrohliches Zeichen zu werten. Es werden die

einzelnen Verletzungsarten des Oberbauches, der Leber-, Milz- und Darmzerreißung besprochen. Das Wichtigste ist stets, den Shockzustand und die Blutungen zu beherrschen. Zur Frage der sog. traumatischen Appendicitis steht Verf. auf dem Standpunkt, daß die veröffentlichten Fälle einer strengen Kritik nicht standhalten.

Zwerg (Berlin).°

Siemens, W.: Hufschlagverletzungen in Krieg und Frieden. Münch. med. Wschr. 1941 II, 1029—1033.

Nach den eigentlichen Kampfhandlungen im Westen kamen bei einem Feldlazarett während des weiteren Einsatzes unter 110 Unfallverletzten 24 mit Hufschlagunfällen (= 21,8%) zur Behandlung, von denen 3 (12,5% der Hufschlagverletzten) starben. Die Hufschlagverletzung des menschlichen Körpers hat eine blutige oder stumpfe Quetschung zur Folge und ist meistens schwerer Art. Besonders betroffen sind Schädel und Leib. Gesichtsverletzungen sind selten ohne gleichzeitige Knochenbrüche. Die stumpfe Bauchquetschung mit einem Riß des Magen-Darm-Kanals, der Leber oder der Milz ist wegen der drohenden Bauchfellentzündung oder Verblutung besonders gefährlich. Die Verletzungsfolgen sind abhängig von mechanischen Momenten, d. h. von Kraft und Landung des Schlages, von Art und Elastizität des getroffenen Gewebes, knöcherner Unterlage, Füllungszustand innerer Organe. *Werner Block.*

Wengen, Hans C. à: Ein seltener Fall von Schädeldachberstungsfraktur. (*Chir. Univ.-Klin., Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1941 II, 833—834.

26jährige gesunde Frau wird mit großer Wucht vom Soziussitz eines Motorrades nach vorne geschleudert und schlägt mit dem Schädeldach auf der harten Fahrbahn auf. Das Röntgenbild zeigt starke Sprengung der Schädeldachnähte, besonders der Sagittal- und Lambdanaht. Ein Jahr nach dem Unfall ergibt das Röntgenbild wieder vollständige knöcherne Verwachsung der ehemals gesprengten Nähte. Bei der genauen Untersuchung der Nahtkonfiguration und Epiphysenlinien konnte festgestellt werden, daß der Schädeldachnahtcharakter einfache, spitzzackige, infantile Linienführung zeigte. An den übrigen untersuchten Knochen konnten keine offenen Epiphysen beobachtet werden. Anhaltspunkte für persistierende Schädelknochennähte konnten weder aus früheren Untersuchungen noch aus dem gegenwärtigen Befund gewonnen werden. Demzufolge muß angenommen werden, daß es sich in dem geschilderten Fall um eine relativ verspätete Synostose der Schädelknochennähte gehandelt hat. Die Fraktur erfolgte entlang der relativ jungen Nahtsynostosen, speziell in der Sagittal- und Lambdanaht. Frakturen in Knochenplatten oder anderen Nähten kamen dabei nicht zustande, da durch die Nahtsprengung die dynamische Kraft des Traumas zum Ruhepunkt gekommen war.

Zwerg (Berlin).°°

Ors6, László: Die Verletzungen der Keilbeinhöhle. Orv. Hetil. 1941, 467—468 [Ungarisch].

Ein 22jähriger Mann erlitt im Jahre 1932 beim Holzfällen einen Unfall: ein Stamm fiel ihm aufs Gesicht. Die Untersuchung der Nase ließ eine durch Bruch eröffnete Keilbeinhöhle erkennen, vor derselben lag ein Knochensplitter — der als Fremdkörper figurierte — und Schleimhautfetzen. Die Operation schaffte Ordnung; Reposition der äußeren Nase, Nähte. Man gab Urotropin, Adigan, Campher, Eisbeutel. Es entstand eine Meningitis, welche in 6 Wochen abklang. — Heilung. Man untersuche Unfallverletzte also auch rhinologisch.

Liebermann v. Szentlörincz (Budapest).°

Tejerina González, F., und J. Botella Llusia: Bemerkung über die Zuckerregulierung bei Schädelverletzungen. Rev. españ. Med. 4, 213—221 (1941) [Spanisch].

Bei Schädelbrüchen und Kompressionen wurden die Blutzuckerwerte laufend bestimmt, nachdem die Kranken 20 Einheiten Insulin und 50 g Traubenzucker erhalten hatten. Zudem mußten sie noch etwa 1½ Liter Wasser zu sich nehmen. Es ergab sich nun, daß bei Frakturen ohne Druckerscheinungen keine wesentlichen Schwankungen der Kurve erschienen, während begleitende Druckerscheinungen einen ziemlichen Anstieg, etwa 40—50 mg%, und darauf innerhalb der ersten 3 Stunden einen starken Abfall unter das Anfangsniveau zeigten. Diese Kurven sollen pathognomonisch sein für eine Glykogenverarmung der Leber.

Geller (Düren).

Oppikofer, E. K.: Spätmeningitis nach Schläfenbeinfraktur. (*Otolaryngol. Univ.-Klin., Basel.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 149, 156—170 (1941).

Ein 45jähriger Mann stürzt 1925 vom fahrenden Zug und erleidet eine Längs-

fraktur der rechten Schädelbasis mit Querbruch des rechten Felsenbeins, Rippenbrüchen und Darmbeinbruch. Als bleibende Folgen stellen sich Schwindel, Gangstörungen und als wesentlichster objektiver Befund Taubheit und calorische Unerregbarkeit rechts ein. 1937 erliegt er einer Spätmeningitis. Der histologische Befund ergibt eine alte, zum Teil knöchern verheilte Schrägfraktur quer durch das rechte Felsenbein, die den hinteren und oberen Bogengang, das Vestibulum und beide Fenster berührt. Der vestibuläre Anteil des Labyrinths zeigt eine ausgedehnte Labyrinthitis ossificans, der cochleare Teil eine frische akute Entzündung. Im Gebiet beider Fenster ist ein chronisch-entzündlicher Prozeß erkennbar. Die Infektion hat aus der Gegend des runden Fensters akut auf die Schnecke übergegriffen und ist von hier aus durch den Modiolus und den Ductus perilymphaticus zum Schädellinnern vorgedrungen. Verf. erklärt den Fall also im Sinne von Brock, indem eine frühzeitige Infektion des Labyrinths einen chronisch-entzündlichen Prozeß im Gebiet beider Fenster und des Vestibulums zur Folge hatte, der beim Wiederaufflackern der Infektion sich akut ausbreitend durch die Schnecke zu den Meningen vordrang. *Weimann* (Berlin).

Vela, Luis, und Eusebio Núñez: Die Bewertung der psychischen Spätstörungen bei Schädelverletzungen. (*Clin. Milit. Psiquiátr., Palencia.*) Rev. españ. Med. 4, 199—212 (1941) [Spanisch].

An Hand zweier ausführlicher Krankenberichte wird dargelegt, daß verschiedenen schwere Hirntraumen bei verschiedenen Personen fast identische Bilder in den Folgezuständen liefern können. Für die Beurteilung des Zustandes, vor allem für die Ausscheidung rein funktioneller Erscheinungen ist die Kenntnis der Vorgeschichte ausschlaggebend, es genügt weiterhin nicht die genaue Feststellung der neurologischen Ausfallerscheinungen, vielmehr gibt erst die ausführliche psychologische Untersuchung den rechten Maßstab für den Arzt, der die versicherungstechnischen Fragen zu entscheiden hat. *Geller* (Düren).

Saar, Heinrich: Zur Entstehung des Magengeschwürs nach Hirnverletzungen. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalistik, Univ. Bonn.*) Arch. orthop. u. Unf.-Chir. 41, 309—314 (1941).

Es wird zur Frage der ursächlichen Beziehung Gehirnverletzung—Magengeschwür an Hand von 7 selbst beobachteten Fällen Stellung genommen. Für das akute und perforierende Ulcus müsse die Frage bejaht, im übrigen verneint oder allerhöchstens für die Entstehung zugegeben werden, aber nicht für den weiteren Verlauf des callösen, penetrierenden Geschwürs. Brückensymptome, die auch fehlen können, seien nicht Voraussetzung für die Bejahung des ursächlichen Zusammenhanges. *Beil.*

Jacques: Épistaxis graves et répétées d'origine caverneuse complication tardive de traumatismes cranio-faciaux. (Schwere und sich wiederholende Blutungen durch die Nase, aus dem Sinus cavernosus als späte Komplikation von Gesichtsschädeltraumen.) Rev. de Laryng. etc. 61, 233—239 (1940).

Eine 29jährige, gesunde und gutgebaute Frau fiel am 18. X. 1939 vom Fahrrad, verlor für mehrere Stunden die Besinnung. Sie hatte starkes Nasenbluten links, wurde in eine chirurgische Anstalt gebracht und verließ diese nach 2 Wochen scheinbar völlig geheilt. Am 10. I. 1940 wurde sie schwerer Nasenblutungen wegen in die Klinik eingeliefert. Eine gesternte Narbe im Gesicht und eine Eindellung des Orbitalrandes mit unverschieblicher Haut sind die einzigen Zeichen des erlittenen Unfalles. Nach der Entlassung aus der Chirurgischen Klinik hatte sie sich bis zum 12. XII., also etwa 6 Wochen, völlig wohl gefühlt. Da begannen schwere Blutungen aus der linken Nasenhälfte, diese führten zu einer akuten Anämie und großer Hinfälligkeit. Bei der Aufnahme hatte sie 40,4° Fieber. Das linke Auge ist etwas vorgewölbt. Keine Motilitätsstörung, jedoch neuralgische Schmerzen in den linken Oberzähnen. Blutspuren und Ödem in der Gegend der linken Rosenmüller-Grube. Bluttransfusionen und internistische Maßregeln gegen die Blutung. Am 15. XII. hochfiebernd, teigige Schwellung der Schläfengegend, Papillenödem. Am 25. erfolgreiche Punktion des Planum sphenoidaleum, danach Spaltung der Weichteile bis unter das Periost. Trotz Drainage verschlimmert sich der Zustand der Kranken. Am 2. II. wird die Incision vergrößert, eine Trepanation durchgeführt und ein Extraduralabsceß gefunden und drainiert. Der Eingriff konnte aber den Verlauf der Krankheit nicht mehr ändern. Bei der Autopsie (Prof. Hoche) zeigte sich eine dritte Eiteransammlung. Den Ausgang der Krankheit fand man in einem Sprünge

des Sinus cavernosus, welcher mit der Eiteransammlung in Verbindung war. Es hatte sich eine Meningo-Encephalitis entwickelt, die ihrerseits durch sekundäre Infektion eines traumatischen Hämatoms entstanden ist. Vor 30 Jahren hatte Verf. einen ähnlichen Fall nach Sturz vom Motorrad zu behandeln. Die Öffnung des Sinus sphenoides wurde erweitert und durch dieselbe eine erfolgreiche Tamponade durchgeführt. In diesem Falle war die Inkubationszeit 3 Wochen. Die schleichende Art, in der sich die Blutungen entwickeln, die Spärlichkeit der Symptome legt den Gedanken nahe, daß es sich nicht um einen eigentlichen Bruch der Schädelbasis handelte, sondern um eine Lockerung der Verbindung zwischen der Pyramide und dem Flügel des Os sphenoidale. Bei der in extenso geschilderten Beobachtung konnten so bei den Operationen wie bei der Autopsie Feststellungen gemacht werden, welche diese Annahme bestätigen, ohne sie aber absolut sicherzulegen.

Liebermann von Szentlörincz. °°

Wachsmann, Rudolf: Über einen akuten Todesfall durch Eintritt von Preßluft in die natürlichen Körperöffnungen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 29 S.

Verf. hat die im Schrifttum bekanntgegebenen Fälle von Gesundheitsschädigung (meist mit tödlichem Ausgang) mittels Preßluft zusammengestellt und behandelt eingehend einen im Gerichtlich-Medizinischen Institut München zur Begutachtung gelangten derartigen Preßluft-Todesfall.

Zwei in einem Betrieb mit Reinigen von Gußformen mittels Preßluft (Druck von 5—7 Atmosphären) beschäftigte Arbeiter neckten einen Arbeitskameraden dadurch, daß sie diesen mit Preßluft schräg von vorne anbliesen. Bei der daraus entstandenen Balgerei hielt ihm der eine das Preßluftgerät an die Hose in die Nähe des After, der andere gegen den Mund. Der Gekneckte riß sich plötzlich mit einem lauten Aufschrei los, taumelte gegen die Tür und verschied nach wenigen Sekunden. Als Todesursache ergab sich doppelseitiger Pneumothorax und ausgedehntes Hautemphysem der oberen Körperhälfte bis zum Nabel. Als bemerkenswerter Befund wurde eine breite, fetzige Zerreißung der rechten Zwerchfellhälfte dicht neben dem sehnigen Ansatz, sowie freie Luft im Bauchraum, jedoch keine Zerreißung des Dickdarms festgestellt. Ein bei nachträglicher Untersuchung der Leiche festgestelltes Loch im Mastdarm (im gerichtlichen Leichenöffnungsprotokoll ist davon nichts erwähnt!) konnte mit einem Versehen bei der Leichenöffnung zusammenhängen (Verf.).

Verf. nimmt an, daß bei seiner Mitteilung die „mechanische Gewalteinwirkung von Luft über die oberen Luftwege“ als alleinige Todesursache in Frage kommt, im Gegensatz zu den tödlich verlaufenen Fällen des Schrifttums mit ausschließlicher Eintrittsporte der Preßluft durch den After. Die in der 1. Instanz freigesprochenen Angeklagten wurden in der Berufungsverhandlung wegen berufsfahrlässiger Körperverletzung mit Todesfolge zu je 2 Monaten Gefängnis verurteilt, da nach dem technischen Sachverständigengutachten die Schlauchmündung des Preßluftgerätes in nächste Nähe der Körperöffnungen herangebracht worden sein muß.

Fritz (Hamburg).

Leger, L.: Les lésions intestinales dues à l'air comprimé. (Eingeweideverletzungen mit komprimierter Luft.) *J. de Chir.* 57, 189—210 (1941).

Nach ausführlicher, bebildeter Mitteilung einer eigenen Beobachtung, bei der einem 35jährigen ♂ Teile des Sigmoideums am Gekröseansatz dadurch zerrissen wurden, daß ihm aus Übermut durch die Kleidung hindurch bei hockender Stellung ein Preßluftstrahl gegen den After geleitet wurde, und kurzen geschichtlichen Darlegungen über 81 bisher bekannt gewordene Fälle erörtert der Verf. eingehend die Vorgangsmöglichkeiten eines derartigen Unfalles, die pathologisch-anatomischen Veränderungen, das klinische Bild und seine Formen, die Diagnose und schließlich die Behandlung, die grundsätzlich eine operativ-chirurgische sein muß. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Von 77 genügend zu beurteilenden Fällen starben 34 unoperiert. Unter 20 innerhalb 6 Stunden Operierten wurden 17 geheilt, unter 11 nach 6 Stunden nur 4 und von 12, deren Operationszeit nicht festzustellen ist, 6. Von allen 43 Operierten starben 16 gleich 37%. Das beweist die Notwendigkeit möglichst zeitigen Eingreifens. Die Spätergebnisse bei den Operierten sind sehr gut. Schrifttumsangabe. Heinemann-Grüder (Potsdam).°.

Hughes, John E.: Penetration of tissue by Diesel oil under pressure. (Eindringen von Dieselöl in das Gewebe unter Druck.) *J. amer. med. Assoc.* 116, 2848—2849 (1941).

Nachdem bereits 2 gleiche Fälle beschrieben wurden, wird jetzt ein 3. Fall mit-

geteilt. Es handelt sich um eine Verletzung, die dadurch entsteht, daß mit einem, seit einigen Jahren in Gebrauch gekommenen Instrument in diesen Fällen Handverletzungen entstehen, bei denen Öl durch eine Nadel mit 5 feinen Öffnungen meist in die Hand des mit dem Instrument Tätigen eindringt. Das Instrument dient dazu, Öl oder graphithaltiges Öl fein zu verstäuben. Wie in den beiden früheren Fällen, so trat auch bei diesem 31jährigen Mann eine derartige Verletzung ein, als er mit der Hand die Nadel hielt, während sein Helfer den Kompressor in Tätigkeit setzte. Es entstand eine ganz geringe, kaum erkennbare Hautverletzung, aus der 3 Tropfen Blut heraustraten. Bald darauf stellten sich jedoch ungeheuer starke Schmerzen in der linken Hand ein, die selbst durch höchste Dosen Morphinum kaum beseitigt werden konnten. Nach 2 Tagen wurde schließlich eine Absetzung der Finger vorgenommen, nachdem Einschnitte keine Entlastung gebracht hatten und eigentümlicherweise auch keine Blutungen auftraten. Schließlich mußte die Hand abgenommen werden. Die Ursache der Veränderung wird in dem Einpressen von Dieselöl unter der Haut gesehen, das zu einer Stase der Blutgefäße führt, wodurch eine Gangrän nicht nur an der Einstichstelle, sondern der ganzen Hand eintritt.

Reinhardt (Weißenfels).

Hansen, Jens L.: Über einen Todesfall nach Novocain im Anschluß an eine Infiltration des Ganglion stellatum. (*Gynaekol.-Obstetr. Afd., Statshosp., Sønderborg.*) Ugeskr. Laeg. 1941, 159—166 u. engl. Zusammenfassung 165—166 [Dänisch].

Bei einer 52jährigen bestand seit 16 Jahren schweres, erfolglos behandeltes Bronchialasthma. Es war beabsichtigt, nunmehr das Ganglion stellatum zu extirpieren. Vorher wurde mehrmals eine 1proz. Novocain-(Procain-)Lösung ins Ganglion injiziert. Innerhalb von 20 Tagen wurden 5 solche Injektionen während eines Asthmaanfalles mit sehr gutem Erfolg und ohne Nebenwirkungen durchgeführt. Insgesamt wurden 2,3 g, davon 1,9 g in den letzten 10 Tagen vor der 6. Injektion verabfolgt. Bei dieser wurden 0,35 g unter denselben Vorsichtsmaßnahmen wie immer gegeben. In den ersten 5 min nach der Infiltration besserten sich die Atembeschwerden deutlich, dann trat jedoch eine Atemlähmung ein und trotz künstlicher Atmung, Coramingaben und intrakardialer Adrenalininjektion starb die Kranke innerhalb 10 min nach der Infiltration. — Eine Erklärung hierfür wurde nicht gefunden. Die chemische Untersuchung der Lösung ergab keine Anhaltspunkte. Verf. bespricht 5 Möglichkeiten des Hergangs des Unglücksfalles: 1. Schnellere Resorption als gewöhnlich. 2. Einfluß auf den Vagus. 3. Hirnanämie infolge perivaskulärer Infiltration. 4. Möglicherweise endoneurale Injektion und Transport entlang dem Nerven zum Zentrum. 5. Schwächung der Novocainausscheidungsfähigkeit der Leber, vielleicht infolge der 5 vorhergehenden Infiltrationen.

K. Rintelen (Berlin). -

Pierangeli, C. E.: Idropneumotorace spontaneo da corpo estraneo bronchiale. (Spontaner Hydropneumothorax bei Fremdkörper im Bronchus. Bericht über 1 Fall.) (*Clin. Otorinolaringol., Univ., Bologna.*) Arch. ital. Mal. Trach. ecc. 9, 60—78 (1941).

12jähriges Kind mit metallischem Fremdkörper (Teile einer Zungenpfeife) im rechten Unterlappenhauptbronchus. Es entwickelt sich spontan ein kompletter Pneumothorax mit deutlichem Erguß. Eitriger Auswurf. Extraktionsversuch erfolglos. Nach mehr als 3 Monaten spontaner Auswurf des Fremdkörpers bei einem heftigen Hustenanfall. Abheilung. Sander. °°

Gustavson, Esther: Drei Fälle von Wanderung von Fremdkörpern in den Bauchorganen. (*Sjukh., Nickby.*) Nord. Med. (Stockh.) 1941, 444—446 u. deutsch. Zusammenfassung 446 [Schwedisch].

Schilling hat über 50 Fälle von Fremdkörpern im Zwölffingerdarm, dessen absteigender Teil ein Lieblingssitz besonders der spitzen ist, berichtet. Die meisten hatten, operiert, einen guten Verlauf infolge von Durchbohrung der Darmwand stieg die Sterblichkeit auf 80% (zum Teil durch Verletzung der großen Bauchschißlagader). Ein solches Fremdkörperverschlucken war in Strafanstalten einmal epidemieartig, z. B. in preußischen Gefängnissen 722 Fälle in den Jahren 1929—1931 (Schilling). Backer-Gröndal in Bergen entfernte mittels eines Magneten in einem derartigen Falle 796 metallische, zum Teil spitze Fremdkörper aus einer Magenöffnung. Verf. sah in einer

Anstalt Londons 39 Steine, die ein Geisteskranker verschluckt hatte, die alle auf natürlichem Wege abgegangen waren (ohne Folgen). Er führt 3 Fälle von Fremdkörpern aus seinem Krankhause Nickby (bei Helsingfors) bei Geisteskranken an, die zum Teil große Wanderungen gemacht hatten.

Im Fall 1 handelte es sich um eine 37jährige Frau mit Schizophrenie, die einen Häkelhaken vor mehreren Jahren (heimlich) verschluckt hatte. Erst bei der Obduktion kam dieser ans Tageslicht. (Der Tod war an einer etwa 3 Wochen alten Nierenbeckenentzündung erfolgt.) Der 7 cm lange, verrostete, an beiden Enden spitzgewordene Gegenstand steckte im vorderen Teil der rechten Niere. Je eine alte Narbe im Zwölffingerdarm, im Blinddarm und eine in dessen Nähe in der vorderen Bauchwand zeigten den Weg, den der Fremdkörper durchwandert hatte. Er hatte nach Durchbohrung des Zwölffingerdarmes den Blinddarm und die vordere Bauchwand verletzt, dort eine als periappendizitischen Absceß gedeutete Eiterung und später eine Bauchwandfistel längere Zeit hervorgerufen, war dann — vielleicht durch öfter wiederholten Druck des Bauches gegen ein Waschgefäß — beim Wäschewaschen in die Niere eingedrungen. — In einem 2. Falle traten bei 24jährigem Schizophrenen 4 Monate nachdem er zum ersten Male über Leibschmerzen geklagt hatte, Erscheinungen auf, die als Wurmfortsatzentzündung gedeutet waren und zur Operation geführt hatten, der lange, starke Eiterung folgte. Röntgenuntersuchung zeigte alsdann einen 20 cm langen Eisennagel und drei andere in der Nähe der Wunde. Patient gab zu, die Nägel früher verschluckt zu haben, ohne Schmerz dabei zu empfinden. — In einem 3. Falle hatte eine Psychopathin, wie bekannt war, zweimal je eine Nadel, von denen eine bei der Röntgenuntersuchung im Bauch gesehen (aber aus besonderen Gründen nicht entfernt) war, verschluckt und viel über Leibschmerzen jahrelang geklagt. Nach ihrem durch einen Unfall erfolgten Tode fand man im rechten Nierenbecken eine eiterähnliche Masse und in dem benachbarten Teil des aufsteigenden Dickdarms einen alten Wandabsceß, in dessen Mittelpunkt ein 1 cm langer, scharfer Stift (wie ein Grammophonstift aussehend) steckte — von den Nadeln wurde keine gefunden. Braun fand unter 716 Schizophrenen 134 solche mit Trieb zum Selbstmord.

Richter (Godesberg).^o

Orth, O.: Sarkom und Trauma. (*Chir. Abt., Landes-Krankenh., Homburg a. d. Saar.*) Zbl. Chir. 1941, 1790—1793.

Wenn eine Geschwulst auf ein Trauma zurückgeführt werden soll, muß zunächst sichergestellt werden, daß überhaupt ein erhebliches Trauma stattgefunden hat. Der zeitliche Zusammenhang zwischen Trauma und Geschwulstbildung ist zu prüfen. Ferner ist zu berücksichtigen, ob eine erbliche Geschwulstbelastung nachweisbar ist. Schließlich ist durch Röntgenuntersuchung und am sichersten durch Probeexzision zu erweisen, ob eine Geschwulstbildung vorliegt.

Birkenfeld (Gotha).^{oo}

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Schrader, G.: Über plötzliche Todesfälle. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalistik, Univ. Halle a. d. S.*) Med. Klin. 1941 II, 1121—1125.

Plötzliche Todesfälle werden, da sie den Verdacht fremden Verschuldens häufig erwecken, oft von gerichtsmedizinischer Seite bearbeitet. Der gegebene Überblick eignet sich wenig für ein Referat, da er selbst in referierender Form abgefaßt ist. Es wird darauf hingewiesen, daß der Begriff „plötzlicher Tod“ nicht zu eng gefaßt werden darf. Neben dem Sekunden-Herztod sei auch noch der tödliche Krankheitsverlauf mit einzubeziehen, der praktisch aus voller Gesundheit nach kurzer Frist zum Tode führe. Im Kindesalter spielen zunächst Geburtstraumen und Mißbildungen, etwas später Erkrankungen der Atmungsorgane, des Magen-Darmkanals und die Säuglingstetanie eine Rolle, im Schulalter vor allem perakut verlaufende Infektionskrankheiten, während der Status thymolympathicus zurückhaltend beurteilt wird. Beim plötzlichen Tode Erwachsener stehen die Herz- und Kreislauffodesfälle im Vordergrund. Es wird vor allem auch auf den maßgeblichen Einfluß der toxischen Einwirkungen durch Nicotin hingewiesen. Von amerikanischer Seite ist z. B. in einer Morbiditätsstatistik überzeugend nachgewiesen, daß Tabakgenuß einen Einfluß auf die frühzeitige Entwicklung des Coronarschadens hat und die Morbidität unterhalb des 50. Lebensjahres proportional dem Rauchen verläuft. Die Bedeutung der Klappenfehler, der Herzwandaneurysmen und der Aortenaneurysmen wird besprochen. Dann folgen die Hirnblutun-