

Darreichung (nach etwa 20 Stunden) zu ihrer Vermehrung einen ausgezeichneten Nährboden.
(2 Todesfälle.)
Kärber (Berlin).

Gösser, Hans: Erfahrungen über Blutalkoholbestimmungen bei Verkehrsunfällen in den Jahren 1935—1937. (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.) Göttingen: Diss. 1940 (1941). 23 S.

Verf. schneidet die Trage an, bei wieviel Verkehrsunfällen der Alkohol am Zustandekommen eine wesentliche Rolle spielt. Für Hannover und Göttingen beträgt dieser Wert, wie Elbel schon früher fand, etwa 10%, wobei allerdings zu berücksichtigen ist, daß die Erfassung aller unter Alkoholwirkung stehender Verkehrsteilnehmer nur unvollkommen war. Am weitaus häufigsten waren am Unfallereignis Verkehrsteilnehmer mit Alkoholgehalten von 1,0—2,0% beteiligt. Die Alkoholwirkung muß bei diesen Konzentrationen keineswegs äußerlich in Erscheinung treten. Das Fehlen klinischer Zeichen einer Alkoholbeeinflussung schließt nicht aus, daß infolge Verminderung der Urteilskraft und des Verantwortungsgefühls die Richtigkeit der Handlungsweise beeinflußt sein kann. Auf die Ursachen der falschen klinischen Diagnosen wird kurz hingewiesen. Es wird gefordert, daß nicht ein bestimmter Alkoholgrenzwert allgemeine Gültigkeit hat, sondern daß auch das Unfallgeschehen und der klinische Befund bei der Erstattung des Gutachtens berücksichtigt werden. Zur Vermeidung fehlerhafter Desinfektion wird die Anwendung der Venüle nach Koller vorgeschlagen. Huber.

Sonstige KörpERVERLETZUNGEN. Gewaltsamer Tod.

● Handbuch der inneren Medizin. Begr. v. L. Mohr † u. R. Staehelin. 3. Aufl. Hrsg. v. G. v. Bergmann u. R. Staehelin. Unter Mitwirkung v. V. Salle. Bd. 6, Tl. 1. Innere Sekretion. Fettsucht und Magersucht. Knochen. Gelenke. Muskeln. Erkrankungen aus physikalischen Ursachen. Berlin: Springer 1941. X, 1077 S. u. 265 Abb. RM. 68.—

Lucke, Hans: Erkrankungen aus äußeren physikalischen Ursachen. 1. (Kälte, Hitze, Licht, Röntgen- und Radiumstrahlen, Elektrische Energie, Lärm, Erschütterung, Passive Bewegung [Seekrankheit und ähnliche Zustände], Preßluft.) S. 796—965.

Das umfangreiche Stoffgebiet ist erschöpfend und dabei in übersichtlich-straffer Zusammenfassung dargestellt. Neben den klinisch wichtigsten Fragen der Pathogenese, Symptomatik, Diagnose, Prognose, Therapie und Prophylaxe sind die physikalisch-physiologischen Voraussetzungen der einzelnen Schädigungen, sowie die pathologische Anatomie derselben eingehend gewürdigt und ebenso unfallrechtliche, gewerbehygienische als auch gerichtlich-medizinische Fragestellungen berücksichtigt. Im einzelnen gliedert sich der Beitrag folgendermaßen: Nach einem kurzen Überblick über die Physiologie der Wärmeregulation des menschlichen Organismus werden die örtlichen und allgemeinen Schädigungen durch hohe und tiefe Temperaturen unter Berücksichtigung der Beziehungen zwischen anatomischer Veränderung einerseits und Störung der Funktion andererseits, sowie besonders hinsichtlich der Abwehrreaktionen des Organismus besprochen. Besonders bemerkenswert ist die ausführliche Darstellung der Frage der Kälteüberempfindlichkeit, die wegen des engen Zusammenhangs mit plötzlichen Todesfällen beim Schwimmen und Baden auch für die gerichtliche Medizin von besonderer Bedeutung ist. Der als Gutachter tätige Arzt wird aus der zusammenfassenden Darstellung der Erkältungskrankheiten und der kritischen Besprechung der Wechselbeziehungen zwischen Erkältung und Krankheitszuständen Nutzen ziehen. In dem Abschnitt über die örtlichen und allgemeinen Hitzeschädigungen und der Überwärmungskrankheiten ist der Hitzschlag besonders herausgearbeitet. Es wird darauf hingewiesen, daß eine grundsätzliche Abgrenzung des Sonnenstiches von diesem Krankheitsbild weder klinisch noch pathologisch-anatomisch möglich ist. Bei den Erkrankungen durch Lichtstrahlen werden das Lichterythem, die Lichttumoren der Tiere und Überempfindlichkeitsreaktionen besprochen, sodann folgen die Schädigungen von Organen und Organsystemen durch Röntgenstrahlen, Radium und radioaktive Substanzen. Der Abschnitt der Schädigungen durch elektrischen Strom und Blitz-

schlag bringt eine klare Darstellung des elektrischen Unfalls unter Berücksichtigung der Differentialdiagnose Selbstmord — Unfall und des gerichtlich-medizinischen Schrifttums, insbesondere der experimentellen Ergebnisse von Pietrusky, Schrader und anderen. Die Frage der Todesursache beim elektrischen Unfall wird dahin beantwortet, daß infolge der Fülle von Möglichkeiten bezüglich Art, Eintritt und Durchfluß des Stromes keine „Schablone“ angewandt werden könne; es gibt die Möglichkeiten einer letalen Störung der Atmung, des Herzens und einer Kombination dieser beiden. Bei der Besprechung der Störungen infolge Lärmeinwirkung oder durch Er-schütterung beim Gebrauch mechanischer Werkzeuge (Preßluft hämmer, sog. Anklopfmaschinen der Schuhfabriken) werden die unfallrechtlichen und gewerbehygienisch bedeutsamen Fragen erörtert. Hieran schließen sich eingehende Ausführungen zum Problem der Seekrankheit und anderer Kinetosen an. Der letzte Abschnitt behandelt die Gesundheitsstörungen durch Aufenthalt in Preßluft bzw. bei Arbeit unter erhöhtem Luftdruck, wobei besonders auf die Caisson- und auf die Taucherkrankheit (die sog. Dekompressionskrankheiten) sowie auf die Absturzerkrankung der Taucher eingegangen wird.

Beil (Göttingen).

● **Handbuch der inneren Medizin.** Begr. v. L. Mohr † u. R. Staehelin. 3. Aufl. Hrsg. v. G. v. Bergmann u. R. Staehelin. Unter Mitwirkung v. V. Salle. Bd. 6, Tl. 1. Innere Sekretion. Fettsucht und Magersucht. Knochen. Gelenke. Muskeln. Erkrankungen aus physikalischen Ursachen. Berlin: Springer 1941. X, 1077 S. u. 265 Abb. RM. 68.—.

Benzinger, Th.: Erkrankungen aus äußeren physikalischen Ursachen. 2. Krankheiten durch verminderten Luftdruck und Sauerstoffmangel. S. 966—1006 u. 6 Abb.

Der Handbuchbeitrag umfaßt in der Hauptsache die wichtigsten Probleme der Luftfahrtmedizin: Unterdruck und Sauerstoffmangel. Als Ersatz für den gewerbehygienischen Begriff Caissonkrankheit (vgl. hierzu den Beitrag von Lucke im gleichen Handbuch) wird als übergeordnete Bezeichnung der Ausdruck Druckfallkrankheit vorgeschlagen, und zwar für die Erscheinungen, welche durch das Freiwerden von Gasen in Körperflüssigkeiten und Geweben bedingt sind. Ätiologie, Symptomatologie, Vorbeugung und Behandlung dieser Erscheinungen werden besprochen und auf die Abgrenzung gegenüber der eigentlichen, durch O₂-Mangel bedingten Höhenkrankheit hingewiesen. Getrennt davon wird die Unterdruckwirkung infolge Ausdehnung vorgebildeter Gasvolumina in abgeschlossenen Körperhöhlen (Mittelohr, Darm) besprochen. Sehr ausführlich sind die Erkrankungen infolge ungenügenden Sauerstoffpartialdrucks der eingeatmeten Luft abgehandelt. Neben den physikalisch-physiologischen Grundlagen werden Höhenwirkung und Höhenanpassung dargestellt, wobei u. a. auch die Ergebnisse der deutschen Himalajaexpedition verwertet sind. Es folgt eine Besprechung derjenigen physiologischen Ausnahmezustände (Schwangerschaft!) und krankhaften Veränderungen, bei welchen eine besondere Gefährdung durch O₂-Mangel vorliegt, sowie andererseits derjenigen Erkrankungen, welche durch das Höhenklima günstig beeinflußt werden (Anämien, hämolytischer Ikterus). Im Anschluß an die Besprechung der Bergkrankheit folgt die eingehende Darstellung der Höhenkrankheit der Flieger, wobei die neuesten luftfahrtmedizinischen Erkenntnisse und auch die Ergebnisse diesbezüglicher pathologisch-anatomischer Forschungen verwertet sind. Der sog. Sauerstoffmangelkollaps wird als Sonderreaktionsform getrennt besprochen, ebenso die weitere, heute in der Hauptsache für Flieger bedeutsame Frage der Beschleunigungswirkung auf den menschlichen Organismus. Daneben wird schließlich noch auf die Erhöhung des Sauerstoffpartialdrucks als Krankheitsursache eingegangen. Den Abschluß bildet eine Zusammenfassung der physiologischen und psychologischen Voraussetzungen der Fliegerauslese.

Beil (Göttingen).

Sjövall, Helge: Ein Spättodesfall nach Blitzschlag-Verbrennung. Kasuistische Mitteilung. (*Chir. Klin., Univ. Lund.*) *Acta chir. scand. (Stockh.)* 85, 455—472 (1941).

Ein 67-jähriger Müller war von einem Blitz getroffen worden, hatte 5 min lang völlig

besinnungslos gelegen, ohne um Hilfe rufen zu können. Nach dem Blitzschlag selbst völlige Amnesie, totes Gefühl im ganzen Körper. Linker Arm und rechtes Bein bewegungsbehindert. Brandschäden am linken Bein der Unterhose und der Unterjacke rechts. In diesen Gebieten unspezifische Brandwunden I. und 2. Grades ohne Beziehung zu größeren Gefäßstämmen. Die Brandverletzungen erweisen sich im ganzen als leichterer Natur. Nur in der rechten Schulterhöhle und an der Außenseite des linken Oberschenkels tiefere Verbrennungen 3. Grades. Keine neurologischen Symptome. Nachdem die ersten 3 Tage der Allgemeinzustand anscheinend unberührt geblieben war, erbrach der Patient nach 4 Tagen, was sich nach 8 Tagen steigerte. Alsdann allgemeine Besserung. Der Puls zeigte diese ganze Zeit über eine Arrhythmia perpetua. Der Harn enthielt schon bei der Aufnahme reichlich Eiweiß (3 Stunden nach dem Blitzschlag), war in den nächsten Tagen dunkler, allmähliche Besserung. Der Rest-N betrug 10 Tage nach der Verletzung 210 mg %, stieg in den folgenden Tagen bis 282 mg %, fiel dann wieder ab. 13 Tage nach dem Blitzschlag befand sich der Kranke in bester Rekonvaleszenz, völlig regelmäßiger und gut gefüllter Puls, kein Erbrechen mehr, guter Appetit, fehlender Rest-N, kein Harneiweiß mehr. Kurze Zeit nach Besuch eines Angehörigen wird er unerwartet tot aufgefunden. — Der Verf. reiht den Fall in die hepatorenalen Insuffizienzzustände ein und vertritt die Auffassung, daß die Nierenveränderungen durch direkte Resorption toxischer Stoffe, also nicht infolge Überempfindlichkeitsreaktion, entstanden wären. Die Frage: reine Blitzeneinwirkung, Spätodesfall nach Verbrennung kann nicht geklärt werden.

Ostertag (Berlin).^{oo}

Slavik, Jaroslav: Verbrennungen und Verbrühungen bei Kindern. (*Chir.-Orthop.-Abt., Böhm. Kinder-Krankenh., Prag.*) Wien, med. Wschr. 1942 I, 146—150.

In den Jahren 1936—1939 wurden am böhmischen Kinderkrankenhaus in Prag 289 verbrannte oder verbrühte Kinder behandelt, von ihnen wurden 45% aufgenommen. Verf. stellte die Fälle nach den Ursachen, dem Alter der Kinder, der Ausdehnung der Brandwunden, ihrem Grad und dem Behandlungserfolg zusammen. 47% waren Kleinkinder des 2. und 3. Lebensjahres. Die Sterblichkeit betrug im ganzen 6,6%. Durch die Behandlung, mit der sich die Mitteilung eingehend befaßt, konnten 6 Kinder von 7 Monaten bis zu 3 Jahren, bei denen Brandwunden I. und III. Grades 30—40% der Körperoberfläche einnahmen, gerettet werden. Neben vielen anderen Maßnahmen empfiehlt Verf. Nebennierenpräparate und wiederholte Transfusionen als besonders wirksam. — Daß es bei Erfrierungen im Gegensatz zu den Verbrennungen nicht zu toxischen Erscheinungen kommt, wird auf ein Überwiegen gefäßverengernder Stoffe in den Blasen auf gefrorener Haut zurückgeführt. Hierbei beruft sich Verf. auf eigene Versuche, ohne näheres darüber anzugeben.

Meixner (Innsbruck).

Kulitzky, G.: Die Strahlenschädigung der Blase. (*Frauenklin., Univ. Szeged.*) Z. urol. Chir. u. Gynäk. 46, 125—134 (1941).

Die bei der Röntgen- und Radiumbehandlung der Genitalcarcinome verursachten Schädigungen der Blase sind in Früh- und Spätschäden zu unterscheiden. Die Frühschädigung wird unmittelbar nach der Strahlenbehandlung beobachtet und besteht in einer mehr oder weniger hochgradigen Cystitis, die auch hämorrhagisch sein kann; ihre Lokalisation ist vornehmlich der Blasenboden bzw. das Trigonum. Nur ausnahmsweise kommt es zur Geschwürsbildung. Die Spätschädigung macht sich erst Monate oder Jahre, durchschnittlich 2,25 Jahre nach der Strahlenbehandlung bemerkbar. Aus technischen Gründen ist durch die Röntgenstrahlen mehr der Blasenscheitel, durch Radium besonders der Blasenboden betroffen. Bei der Spätschädigung durch Röntgenstrahlen zeigt fast immer auch die Haut charakteristische Veränderungen (Atrophie, Teleangiektasien, subcutane Induration). Die Spätschädigung der Blase ist charakterisiert durch Gefäßveränderungen: Am Scheitel unregelmäßige, scheinbar unterbrochene, verhältnismäßig weite Gefäße, mitunter deutliche Capillaraneurysmen, an den Seitenwänden und am Boden noch stärker erweiterte Gefäße und atrophische Schleimhaut. Die Gefäßerweiterungen und Capillaraneurysmen können, besonders bei Überdehnung der Blase, zu Blutungen führen, vor allem aber kommt es zu Zirkulations- und trophischen Störungen und schließlich zur Geschwürsbildung. Das Spätschwür ist meist inkrustiert. Es muß unterschieden werden von einem etwa in die Blase durchbrechenden Krebsgeschwür: Dieses sitzt meist am Blasenboden, ist nicht scharf umgrenzt und stets von einem bullösen Ödem umgeben, während das Spä-

geschwür meist oberhalb des Lig. interuretericum zu finden und scharf begrenzt ist und das bullöse Ödem fehlt. Die Ursache der Strahlenschädigung ist immer die Überdosierung. Bei der Radiumbehandlung ist die einmalige zu hohe Dosis gefährlich, weshalb Verf. eine einmalige Dosis von 1440 mgelh (60 mg RaEl für 24 Stunden) nicht mehr überschreitet. Bei der Röntgenbestrahlung sah er die meisten Blasenschädigungen bei der sog. Intensivbestrahlung („modifiziertes Coutardsches Verfahren“, bei dem die Gesamtdosis — aus Zeitmangel oder wegen drohender Gefahr — in höheren Teil-dosen [300—400 r] in kürzerer Zeit verabreicht werden mußte); er wendet diese jetzt nur noch in fortgeschrittenen Fällen mit starker Infiltration der Parametrien an, bei denen um den Preis der Strahlenschädigung mitunter doch noch eine wesentliche Lebensverlängerung zu erreichen ist. Die Prognose der Frühschädigung ist gut, die der Spätschädigung zweifelhaft; die einmal geschädigte Stelle bleibt auch nach erfolgter Heilung stets ein Locus minoris resistantiae, die Gefahr der Geschwürsbildung bleibt bestehen. Das Spätschwür kann zur Fistelbildung führen. Die Therapie der Frühschädigung ist die übliche Cystitisbehandlung, wobei jedoch stark wirkende Mittel, wie AgNO_3 -Lösung, zu vermeiden sind. Bei Spätschädigung mit Hämaturie ist die Blase, ohne Harndrang abzuwarten, alle 2—3 Stunden zu entleeren, um einer Überdehnung vorzubeugen. Bei stärkerer Blutung aus einem Spätschwür kommt die endovesicale Elektrokoagulation in Frage. (Im übrigen wird die Behandlung des Spätschwürs nicht besprochen!)

Erich Lorenz (Berlin).^{oo}

Rogal, Otto: Eine ungewöhnliche Todesursache. (*Städt. Hauptgesundheitsamt, Bremen.*) Arch. Kriminol. 110, 34—38 (1942).

Eine Frau fiel in stark betrunkenem Zustand auf den Boden des Zimmers, auf dem mehrere zerbrochene Gläser lagen. Sie wurde von den Zeugen mit dem Kopfe in einer Blutlache liegend gesehen. Vom Leichenöffnungsbefund ist bemerkenswert: Körpergewicht 50,5 kg, Körperlänge 153 cm, an der linken Halsseite 2 Finger breit über dem Schlüsselbein in der Richtung des Kopfnickermuskels eine ovale, verklebte, tiefe Wunde von 0,6 cm Breite und 1,5 cm Länge, mit scharfen und glatten Wundrändern. Bei der Leichenöffnung fand sich Blutunterlaufung des Unterhautzellgewebes mit Gerinnung und ausgepreßtem Serum in der Umgebung, sowie Luftemphysem im lockeren Bindegewebe. Im Herzen einige Luftblasen, kein schaumiges Blut. Hinter der Speiseröhre und der Rachenwand ein gut fingerdicker Bluterguß, der in das hintere Mittelfell fast bis zum Zwerchfell hinabreicht. Die linke Halsschlagader ist 6 cm oberhalb der Abgangsstelle breit aufgerissen. In der Umgebung dieser Rißstelle ein ovaler, 1,3:0,7 cm breiter Stichkanal, der sich in den Weichteilen bis in den Kopfnickermuskel verfolgen läßt. Nach Säuberung der Hautwunde erschien ihr oberer Rand halbmond förmig und ganz scharf, der untere mehr ausgefranzt und quer verlaufend. Im Leichenblut 2,2% Alkohol. Die Polizei fand an der Stelle, wo der Kopf lag, ein zerbrochenes Likörglas, dessen Fuß mit dem scharfkantig und spitz abgebrochenen Stil in seiner normalen Lage am Boden stand und völlig mit geronnenem Blut verschmiert war. Ein Versuchsstich mit diesem Objekt in das „Bauchfell der Bauchdecken“ ergab eine völlig gleichartige Verletzung. Die zwei beteiligten Männer und zwei Frauen waren alle unter beträchtlicher Alkoholwirkung gestanden.

Walcher (Würzburg).

Sommer, Karl: Todesfälle durch Lumbal-Anästhesie (mit Verwertung des Materials der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen in der Zeit vom 1. 4. 1918 bis 1. 1. 1940). Gießen: Diss. 1941. 29 S.

Übersicht über die Mortalität bei der Lumbalanästhesie (LA.) in den verschiedenen Kliniken, die zwischen 0,1 und 0,01% schwankt. Von einigen Chirurgen wird sogar behauptet, daß die postoperative Mortalität bei den sonst gebräuchlichen Narkosemethoden eine höhere sei, von anderen wird sie für beide Verfahren gleich bewertet. Als Ursache der Todesfälle wird zunächst die ungenügende Beachtung bestehender Kontraindikationen angeführt. Unter diesen sind vor allen Dingen alle Zustände und Krankheiten gefürchtet, die mit einer Erniedrigung des Blutdruckes einhergehen, also ist die LA. nicht angezeigt bei Schwerverwundeten mit schweren Blutverlusten oder mehreren Frakturen oder schwerem Shock oder bei Unterdruck, wenn gleichzeitig Neigung zu Cyanose und Dekompensation besteht. Als untere Grenze wird ein systolischer Druck von 100 mm Hg betrachtet. Ebenso sind alle Jugendlichen wegen ihrer Empfindlichkeit gegen toxisch wirkende Substanzen gefährdet. Weiter kommen in

Betracht: Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Sepsis, Herz- und Kreislaufschäden, Lues und endokrine Störungen, akute Anämien, Fettsucht, Ikterus, große abdominelle Tumoren und Ascites. Bei Lungentuberkulose nur die schweren beiderseitigen Fälle. Bei Schwangeren ist eine raschere und ausgedehntere Giftwirkung zu bedenken, so daß von einigen Kliniken Herzfehler in der Schwangerschaft als absolute Kontraindikation gewertet werden. Des weiteren können Fehler in der Dosierung gefährlich werden, die niemals schematisch angewandt werden darf. Die Durchschnittsdosis von 110—150 mg Novocain darf nicht wahllos auf 1200 mg heraufgesetzt werden. Bei schwangeren Frauen wird eine Dosis von 0,04 Tropaccain gegen 0,08 bei Nichtschwangeren empfohlen. Bei der Technik ist zu beachten, daß vollkommene Alkalifreiheit des ganzen Instrumentariums gefordert werden muß, ebenso Nichtbenutzung von Jod oder Alkohol. Die meisten Autoren punktieren in Sitzstellung zwischen dem 2. und 3. Lendenwirbel. Tiefere Einstiche sind selten, höhere werden zum Teil verworfen. Bei blutigem Liquor soll niemals injiziert werden. Über die Lagerung nach der Injektion gehen die Ansichten weit auseinander. Postlumbale Kopfschmerzen werden durch Verzicht auf Kochsalzzusatz vermieden. — Die LA. wird als die ideale Methode für alle Eingriffe in der Chirurgie der Abdominal- und Genitalorgane sowie der unteren Extremitäten bezeichnet, besonders wenn Herz-Lungenerkrankungen, Nierenerkrankungen oder Diabetes vorliegen. Als Vorteile gegenüber anderen Verfahren werden genannt: Geringste Schädigung des Gesamtkörpers, absolute Muskelentspannung, geringe Blutung, keine Verminderung der Darmtätigkeit und gute Funktion der Harnblase.

Specker (Trier).

Klobé, Gottfried: Überfahrungen durch die Eisenbahn. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalistik, Univ. Würzburg.*) Würzburg: Diss. 1941. 44 S.

Der Selbstmord durch Überfahrenlassen von der Eisenbahn ist nicht häufig. Verf. teilt im ganzen 12 derartige Fälle, die im Laufe von 4 Jahren seziert wurden, mit, darunter 2 Frauen. Das Motiv bei den letzten war die Furcht vor der Verantwortung für strafbare Handlungen. Bei 1 Fall ergab die Sektion einen Hirntumor. Bei 10 Fällen fanden sich die nach Dittrich typischen Kopfverletzungen: Abfahren, Abquetschen, teilweise Zertrümmerung des Schädels, Luxation des Kopfes vor die Wirbelsäule, Halswirbelfrakturen; bei 1 Fall als einzige Verletzung eine Zertrümmerung der unteren Gliedmaßen. Bei 2 Fällen waren außer den Kopfverletzungen auch die Beine schwer verletzt und die Bauchhöhle eröffnet. Auch ein Unfall zeigte neben Verletzungen der Extremitäten eine Schädelzertrümmerung. Die Klarstellung, ob es sich um Selbstmord, Unfall oder Tötung von dritter Hand handelt, ist nur auf Grund der Erhebungen, Verletzungen und vitalen Reaktionen möglich, unter denen die blasse Haut, Anämie der Organe, schwach ausgeprägte Totenflecke, Abschürfungen oder Vertrocknungen mit Blutunterlaufungen, Blutungen in verschiedenen Geweben, besonders Ansatzblutungen (Wirbelsäulenmuskulatur) und Bluteinatmen am wichtigsten sind. Mehrere Selbstmörder hatten vor ihrem Tode reichlich Alkohol genossen. Das Alter der Selbstmörder bewegte sich zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr. Alle beobachteten Fälle betrafen mehr oder weniger ausgesprochene Psychopathen. *Weimann* (Berlin).

Schneider, Otto: Über Ursachen und Häufigkeit der Kieferbrüche unter besonderer Berücksichtigung der Gelenkfortsatzfrakturen. *Dtsch. zahnärztl. Wschr.* 1941, 351—353.

Verf. gibt zunächst einen statistischen Überblick seines Krankengutes von 382 Kieferbrüchen. Davon entfallen auf Oberkieferfrakturen 33 Fälle, Ober- und Unterkieferverletzungen 6 und Unterkieferbrüche 343. Das Durchschnittsalter liegt etwa im 30. Lebensjahr. Das männliche Geschlecht ist mit 90, das weibliche mit 10% beteiligt. Als Ursachen der Kieferverletzungen werden Verkehrsunfälle mit 42%, Betriebsunfälle mit 19%, Verletzungen durch Hufschlag mit 13%, Schlag oder Hieb, sportliche und kriminelle Unfälle mit 19%, Sturz und Fall mit 10% angegeben. Am häufigsten fanden sich Frakturen der Kinnpartie, dann folgte zahlenmäßig der Gelenkfortsatz. Verf. bespricht eingehend die Gelenkfortsatzfrakturen und weist darauf hin, daß eine

Reihe von Kondyloidbrüchen klinisch kaum in Erscheinung treten. Bei 89 Gelenkfortsatzbrüchen sind 5 durch direkte Gewalteinwirkung, 84 durch Fernwirkung entstanden. Besonders wichtig sind die Gelenkfortsatzbrüche des Kindesalters wegen der Schwierigkeit röntgenologischer Darstellung und der Gefahr der knöchernen Ankylose. Verf. bespricht vorkommende Formen der Gelenkfortsatzbrüche, ihre Entstehungsweise mit den sich abspielenden pathol.-ant. Veränderungen und geht ausführlich auf die chirurgische Therapie ein.

Beck (Krakau).

Cotlier, I.: Orbito-palpebrales Emphysem durch Brüche im Os planum des Siebbeins. (*Cátedra de Oft., Univ., Rosario.*) An. argent. Oftalm. 1, 335—340 (1940) [Spanisch].

Ein 37jähriger Patient bemerkt nach Nasenschneuzen ein Knistern am linken Auge, das sich bei weiterem Schnäuzen jedesmal wiederholt. Zugleich tritt eine Schwellung der Lider des linken Auges ein mit Verschluß der Lidspalte. Bei der Untersuchung findet Verf. die Lidhaut von normaler Farbe. Beim Palpieren zeigt sich deutliches Knistern von Luftbläschen unter der Augapfelbindehaut und der Haut der Lider. Es besteht ein zurückbringbarer Exophthalmus mit Hertel: rechts 15, links 19. Intakte Beweglichkeit der Augen. Das im Text beigelegte Röntgenbild weist eine Knochenfissur im Os planum der Siebbeinzellen auf. Das orbitopalpebrale Emphysem infolge Eindringen von Luft aus einer benachbarten Höhle ist ziemlich selten. Es kann nur durch eine Verbindung der Augenhöhle mit einer benachbarten lufthaltigen Höhle entstehen und nur, wenn die Luft durch Druckzunahme wie beim Nasenschneuzen durch diese Verbindung getrieben wird.

Kassner (Gelsenkirchen).

Keeskés, Zoltán: Interessante Ohrenkomplikation des Schädelbruchs. Orv. Hetil. 1942, 40—41 [Ungarisch].

Ein 6jähriger Knabe hatte einen Hufschlag an die Stirn erlitten, der einen mit Röntgenstrahlen sichtbaren Schädelbruch hervorrief. Dieser war kreuzförmig und erstreckte sich auf die Stirn und Schlafengegend. Es entwickelte sich eine Meningitis. 12 Tage nach dem Unfall erfolgte die ohrenärztliche Untersuchung bei bestehender Besinnungslosigkeit, welche trotz Ulraseptylgaben (eine Art Uliron) aus der bis dahin bestandenen Sömnolenz hervorgegangen ist. Das rechte Trommelfell ist glänzend, wölbt sich stark vor, ist etwas hyperämisch. Eine ausgiebige Paracentese ergibt starken Liquorfluß. Es entleert sich etwa 20 ccm Liquor innerhalb von Minuten, um einem 6 Tage langen Sickerweg zu geben. Der Patient erwacht sofort nach der Paracentese aus dem Koma; hat weder Schwindel noch Nystagmus. Heilung mit 2 m Flüstersprache und erregbarem Labyrinth. — In der Epikrise meint Verf. annehmen zu dürfen, daß sich ein Sprung von der Dura durch die Schnecke hindurch in das Mittelohr erstreckt habe. Es soll der Perilymphraum verletzt sein. Der durch den Hufschlag entstandene hydrodynamische Effekt könne sich auf den Saccus endolymphaticus übertragen haben, von hier auf die Endoperilymphe übergegangen sein, um als Schlußeffekt das Platzen des runden Fensters zu verursachen. Der glückliche Erfolg der Paracentese wirft den Gedanken auf, ob eine künstliche Zisterne fistel bei Meningitis nicht lebensrettend wirken könne. Das konservative Vorgehen wurde durch das Aufkommen des Kranken gerechtfertigt.

Liebermann v. Szentlörincz (Budapest).

Portmann, Georges: Les corps étrangers du naso-pharynx. (Die Fremdkörper des Nasen-Rachenraumes.) Rev. de Laryng. etc. 62, 597—605 (1941).

Einleitend wird ein entsprechender Fall erörtert, bei dem vorerst den Erscheinungen nach ein maligner Tumor diagnostiziert worden war. Bei der Digitaluntersuchung ließ sich aber eine umschriebene Druckempfindlichkeit der Rosenmüllerschen Grube der einen Seite, sowie eine knochenharte spitzige Resistenz nachweisen, was Verdacht auf Fremdkörper gab. Bei hängendem Kopf erfolgte die Entfernung eines Knochenstückes, das vor 2 Monaten verschluckt worden, bei dem heftigen Reizhusten aber unbemerkt in den Epipharynx geraten war. Die Symptome, Diagnose, Prognose und Therapie werden besprochen.

Schlittler.

Zupfinger, A.: Richtlinien für die Fremdkörper-Lokalisation und -Entfernung bei Kriegsverletzungen. Schweiz. med. Wschr. 1941 I, 716—719.

Es wird die Technik zur Durchleuchtung der Fremdkörperlokalisierung besprochen. Die geometrische Lokalisation erlaubt Festlegung der genauen Tiefenlage des Fremdkörpers. Ein senkrecht durch den Körper laufender Durchleuchtungsstrahl, der den Fremdkörper trifft, ist die Lokalisationsgerade, ihr Auftreffen auf der Haut wird markiert und Fußpunkt genannt. Der Punkt auf der gegenüberliegenden Seite ist der Fußgegenpunkt. Sind diese beiden und der Abstand des Fremdkörpers vom Fußpunkt

bekannt, so ist seine Lage fixiert. Beschreibung eines einfachen Hilfsgeräts, das eine genaue Berechnung gestattet. Weiter wird die Methode der Fremdkörper-Harpunierung und das Verfahren nach Strobl-Gilbert besprochen. v. Knorre (Magdeburg).^{oo}

Remaggi, Pier Luigi: Osservazioni sulla diagnosi radiologica dei corpi estranei trasparenti ai raggi Roentgen penetrati nell'albero tracheo-bronchiale. (Beobachtungen zur Röntgendiagnose von röntgenlichtdurchlässigen Fremdkörpern im Tracheobronchialbaum.) (*Clin. Otorinolaringoiatr., Univ., Modena.*) Polyclinico infant. 9, 295—307 (1941).

Drei Beobachtungen unterschiedlicher Lokalisation des Fremdkörpers bei Kleinkindern von 17, 16 bzw. 22 Monaten. In einem 1. Fall hatte das Kind 10 Monate vor der Untersuchung beim Spielen plötzlich einen Hustenanfall bekommen. Röntgenologisch fand sich eine völlige Verschattung der rechten Brustkorbhälfte. Bei der Operation fand sich ein Bohnenstück, das den rechten Bronchus verschlossen hatte. In tieferen Abschnitten gelang es, das andere Bohnenstück zu entfernen. Differentialdiagnostisch ließ sich an eine Pleuritis denken, zumal einige Tage lang die Körpertemperatur erhöht war. Es hatte sich aber um eine Atelektase der rechten Lunge gehandelt. In einem 2. Fall fand sich röntgenologisch rechts ein scharf begrenzter paravertebraler dreieckiger Schatten an der Lungenbasis. 24 Stunden vorher war plötzlich Husten mit Dyspnoe eingetreten. Unter der Vorbereitung zur Extraktion eines im rechten unteren Hauptbronchus vermuteten Fremdkörpers wurde ein Apfelsinenschalenstückchen bei einem heftigen Hustenstoß expektoriert. Daraufhin Genesung. Differentialdiagnostisch war an einen Ventilverschluß eines Bronchus zu denken oder an ein umschriebenes Lungenemphysem, das zum Verschluß eines Bronchus zweiter Ordnung mit nachfolgender Atelektase geführt hat. War in den ersten beiden Fällen die Diagnose auf Fremdkörper nicht ohne weiteres aus der Anamnese zu stellen, so hatte der 3. Fall beim Essen ein Stückchen von einem Nußkern inspiriert. Im Röntgenbild hatte sich bis zur klinischen Aufnahme nur eine halbseitige geringe Abschattung entwickelt mit Verlagerung des Herzens nach der erkrankten Seite. Der Fremdkörper hatte wie ein Ventil gewirkt, das die inspirierte Luft retinierte und hermetisch abschloß. So kam es zum Obstruktionsemphysem. Tracheotomie und anschließend Bronchoskopie führten zur Heilung. Die Fälle zeigen die Bedeutung genauer Diagnose und Lokalisation. Lossen.^o

Sturm, Alexander: Cerebrale Anaphylaxie und Hirnschädigung. (*Med. Univ.-Klin., Jena. Klin. Wschr.* 1941 II, 1139—1145.)

Unter Anaphylaxie versteht der Verf. mit Richet die Reaktionsänderung (Allergie) eines Organs gegen bestimmte rezidivierende Reize in Form einer Steigerung der Normalreaktion (Hyperergie). Die Reaktion zeigt eine Mischung spezifischer und unspezifischer Faktoren. Die somatischen Ausdrucksformen dieser Allergie werden nach Berger in die nichtklassische Symptomengruppe (anhaltende entzündliche Veränderungen mit Herd- und Granulombildungen) und in die klassische (Gefäßshocks, Asthma bronch., Spasmen, Polyarthritis, Urticaria, Ekzem, epileptiforme Anfälle) eingeteilt. Migräne und Epilepsie gelten als spezielle zentrale Anaphylaxieformen, sobald anderweitig gesicherte allergische Begleitphänomene vorhanden sind. Klinische Erfahrungen und insbesondere Bélaks experimentelle Ergebnisse sprechen für die vegetativ-nervöse Steuerung des humoral-cellulären Allergiegeschehens, dessen zentrale Beeinflussung durch den Hypothalamus geregelt wird. Ist somit das Zentralnervensystem bei jedem allergischem Vorgang maßgeblich mitbeteiligt, so führen andererseits besondere Umstände zu besonderen cerebral-anaphylaktischen Erscheinungen deutlicher Ortsgebundenheit. Das Hirntrauma rückt damit in den Vordergrund der Betrachtung und es ergibt sich die Möglichkeit, daß bei chronischer Herdinfektion durch infizierte Hirnverletzungen Störungen im autonomen Hirnstammsystem eintreten und zur Mikrobenallergie allgemeiner Art führen mit klassischen zentralen Ausdrucksformen. Oder aber der gleiche Endeffekt wird durch Hirnantigene bei langjährig progredientem Hirnsubstanzabbau im Sinne einer Selbstallergisierung erzielt. Über die funktionellen Störungen erheben sich mit der Zeit pathologisch-

anatomische Veränderungen. So wird die cerebrale Form der Winiwarter-Bürgerlichen Erkrankung als hyperergische Gefäßwandentzündung angesehen und gleichen Veränderungen eingeordnet, die später zu schweren Gefäßsklerosen führen. Apoplektische Insulte und Massenblutungen werden somit zum Teil Erscheinungsformen der nichtklassischen Symptomengruppe der mikrobenallergischen cerebralen Anaphylaxie, was auch insbesondere gutachtliche Bedeutung haben kann. Als Ausdrucksformen endogen-allergischer ortsgebundener Vorgänge werden migränöse und epileptiforme Zustandsbilder (Folgen einer Auto-Allergisierung) angesprochen. Cerebral-anaphylaktische Vorgänge können Krisenzustände in anderen prädisponierten Organgebieten bewirken und bronchial- oder darmasthmatische Bilder zeigen, zu ulcusbildenden Krisen im Darmgebiet führen, zu hypertonischen eklamptiformen Erscheinungen und zur Alkohol-, Tabak- und Gewürzallergie. Isolation intensiviert als exogener Reiz, ähnlich der Schilddrüsenerregung als endogener, die Reaktionslage. Diese Ausführungen sind als Anregungen zu einer neuen Betrachtungsweise der Folgen von Hirnschädigungen gedacht. Die neueren Ansichten über die vegetative Pathogenese des epileptischen Anfalls sind hier noch nicht verwertet.

Selbach (Berlin).^o

Kästner, H.: Osteomyelitis und Trauma. (*Chir. Abt., Städt. Krankenanst., Bautzen.*) Med. Klin. 1942 I, 126—128.

Die alten vor allem auf den Ergebnissen der experimentellen Erzeugung der akuten hämatogenen Osteomyelitis im Tierversuch beruhenden Auffassungen über die Häufigkeit des ursächlichen Zusammenhangs zwischen einmaligem Trauma und Osteomyelitis sind heute nicht mehr haltbar. Gegen sie sprechen viele statistische Erhebungen und klinische Erfahrungen. Theoretisch wäre die Mitwirkung eines Traumas auf die Entstehung einer Osteomyelitis nach drei verschiedenen Möglichkeiten denkbar. 1. Erhebliche Schädigung des Knochens durch das Trauma, so daß im Blut kreisende Keime einen besonders günstigen Nährboden finden oder daß der vitale Widerstand des Knochens gegen die Infektion sinkt. 2. Die Keime sind bereits latent im Knochen. Das Trauma, das den Knochen trifft, bringt irgendwie diese Keime zum Wachstum und zur Anregung einer Entzündung. 3. Ein bereits latent vorhandener Krankheitsherd in Knochen wird durch das Trauma zum Aufflackern gebracht. Das wäre dann eine Verschlimmerung einer Osteomyelitis. Diese theoretischen Konstruktionen kommen in der Wirklichkeit offenbar nur sehr selten vor. Verf. hat in 17jähriger Gutachtertätigkeit nur einmal den Zusammenhang zwischen einer Osteomyelitis und einem Unfall bejaht. Er gibt dann die heute geltenden Anschauungen über die Bedingungen wieder, die zur Anerkennung des ursächlichen Zusammenhangs erfüllt sein müssen. In der übergroßen Mehrzahl der Fälle entsteht die akute hämatogene Osteomyelitis ohne Mitwirkung eines einmaligen Traumas. Der Unfallzusammenhang kann nur bejaht werden, wenn ein Trauma, sicher nachgewiesen, die später erkrankte Knochenstelle erheblich geschädigt hat und die Zeit zwischen Trauma und Ausbruch der Erkrankung nicht kürzer als 24 Stunden und nicht länger als 3 Tage ist. Welcker.^o

Müller, M.: Zur Frage Trauma und Meningeom. (*Path. Inst., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Z. Krebsforsch. 52, 113—123 (1941).

Zur Frage Trauma und Meningeom werden 3 Fälle klinisch und pathologisch-anatomisch mitgeteilt, die aus dem Sektionsgut des Rudolf Virchow-Krankenhauses, Berlin, innerhalb der letzten 15 Jahre beobachtet wurden. Dieses so seltene Vorkommnis stimmt mit der Erfahrung der größten Seltenheit einer posttraumatischen Entstehung von Hirngewächsen überein. In den beiden ersten Fällen entwickelten sich die Tumoren viele Jahre (18 bzw. 21 Jahre) nach schweren Schädelverletzungen in zweifellos engen örtlichen Beziehungen zu diesen. Dabei zeigte die Wachstumsart gewisse Abweichungen gegenüber den üblichen, nicht mit einem Trauma in Verbindung zu setzenden Meningeomen. Der 3. Fall zeigte 9 Jahre nach einer operativ angegangenen Schädelfraktur im exzidierten Narbengewebe „einzelne Wachstumszentren meningeaer Zellen — deren Aufbau und Zellcharakter denen der Meningome weitgehend

gleichen“. Stets hatte das Trauma eine Gewebszertrümmerung verursacht. Die örtliche Konkordanz von Trauma und Blastom war stets nachweisbar. Vor der Einwirkung des Traumas waren die Patienten vollkommen gesund. Zwischen Trauma und Gewächsentwicklung wurden kontinuierliche Beschwerden beobachtet. Die Latenzzeit zwischen Trauma und den ersten klinischen Erscheinungen war eine sehr lange, was erfahrungsgemäß um so eher für einen Zusammenhang spricht. Gegen die Annahme einer zufälligen Keimzersprengung spricht der Nachweis, daß an keiner anderen Stelle eine Proliferation meningealer Zellen gefunden wurde. Für den blastomatösen Wachstumsexzeß ist ursächlich nicht nur die durch den traumatischen Hirnschaden bedingte unablässige Irritation des geschädigten Gewebes, sondern ebenso eine gewisse Disposition des Organismus, „die eine über lange Zeit hinweg verzögerte Wundheilung aufrecht erhält und die Regeneration nicht der Norm entsprechend ablaufen läßt“ notwendig.

Jacob (Hamburg).

Dietrich, A.: Krebs nach Kriegsverletzungen. Z. Krebsforsch. 52, 91—103 (1941).

Die Abhandlung ist die Niederschrift eines militärärztlichen Vortrages. Im ganzen konnte Dietrich 40 Fälle ermitteln, in denen die Abhängigkeit einer bösartigen Neubildung mit ausreichender Wahrscheinlichkeit erwiesen schien. Unzureichende Angaben oder ungenaue Beschreibungen, wie die 3 Fälle von Schadt, wie auch die 3 Fälle von Beckmann, werden ausgeschaltet. Unter den 40 Fällen befanden sich 9 Hautcarcinome einschließlich Lippen und Wangen, 5 Fistelcarcinome im Zusammenhang mit der Haut, 4 Carcinome des Magen-Darmkanals, 1 Hodengewächs (Seminom), dazu 6 Weichteil-, 8 Knochensarkome, 7 Hirngewächse, Gliome und Meningome. Mit dieser Übersicht, die sich auch mit der anderer Autoren (Ostertag, Scheidt) deckt, kann schon das Ergebnis des 1. Weltkrieges als abgeschlossen gelten. Noch einmal weist D. darauf hin, daß Gewächsentstehung nicht von einer Alleinursache her angenommen werden darf. Erforderlich sind die örtlichen Geschwulstanlagen, der Determinationsfaktor, z. B. regenerative Fehlbildungen. 2. der Realisationsfaktor. Erst aus diesen beiden entsteht die Abartung, die Entdifferenzierung. Hinzu kommt als letztes, aber nicht weniger wichtiges Glied in der Kette die allgemeine Geschwulstbereitschaft (Krebsdisposition). Konstitutioneller Faktor. Eine Verletzung kann die Anlage schaffen. Im Verletzungsgebiet kann Anlage und Auslösung nicht zu trennen sein. Der ursächliche Zusammenhang von Verletzung und Geschwulstbildung kann nur anerkannt werden, wenn die Neubildung am Ort der Verletzung auftritt, die Verletzungsfolgen erheblich waren und auch der zeitliche Zusammenhang dafür spricht. Von den 40 der von D. anerkannt und als wahrscheinlich angesehenen Fällen werden 25 Beispiele kritisch besprochen. Ein Appell, alle Krebsdispositionen zu vermeiden, und die Anregung der Schaffung einer Zentralstelle für einschlägige Einzelbeobachtungen schließt die Ausführungen.

Ostertag (Berlin).

García Cosio, J.: Über einen Fall von hypophysärem Zwergwuchs, wahrscheinlich traumatischen Ursprungs. (*Benefic. Municip.*, Oviedo.) Rev. Clin. españ. 2, 365—367 (1941) [Spanisch].

Es handelt sich um einen 15jährigen Knaben, der ein vollkommen typisches Bild von Hypophysennanosomie aufweist, mit lipos-genitalem Syndrom, das sich nach einem starken Trauma des Kopfes im Alter von 5 Jahren zeigte, mit Schädelgrundbruch und derartiger lokaler Symptomatologie, daß die ätiologische Prognose gestellt werden konnte, und zwar in dem Sinne tumoralen Ursprungs von einem Kranio-pharyngiom, das sich innerhalb des Ephippiums entwickelte. *Galletto (Florenz).*

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Wennekes, Hermann: Statistisches, Kasuistisches und Vergleichendes über „Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache“. (*Gerichtsmed. Inst., Würzburg.*) Würzburg: Diss. 1941. 44 S.

Auch in der zweiten Arbeit wird die reichseinheitliche Regelung des Sektionswesens