

war 1 Tag bis 90 Jahre. Es wurden nach makroskopischer Betrachtung und Beschreibung von verschiedenen Stellen Paraffinschnitte angefertigt, mit Hämatoxylin-Eosin gefärbt, gelegentlich wurden Spezialfärbungen angewandt. In 77% der Fälle wurden überhaupt Cysten gefunden, und zwar stets in beiden Ovarien. Hohlrumbildungen durch autonome Gewebswucherung wurden nicht berücksichtigt. Größeres Schrifttumverzeichnis. Besondere Bevorzugung eines bestimmten Lebensabschnittes ergab sich nicht, ein Schluß auf Sterilität infolge Beeinträchtigung des übrigen Eierstockgewebes ergab sich nicht in positiver Weise.

Walcher (Würzburg).

Vonessen, Alex.: Über Beobachtungen an Tuben sterilisierter Frauen. (*Path. Inst., Univ. Bonn.*) Zbl. Gynäk. 1937, 613—615.

Vonessen untersuchte 132 Tubenpaare geschlechtsreifer, lebender Frauen, die auf Grund des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses unfruchtbar gemacht worden waren. In 70 Fällen fand Verf. Veränderungen an den Organen und zwar: 50 leichte Infiltrationen, 6 mittelschwere bis schwere Salpingitiden, 3mal Reste einer alten schweren Salpingitis, 3mal beiderseitige Tuberkulose, 2mal Cysten am Ende einer Tube, 3mal starke Hypoplasien, 1mal lymphoektatische Serosacysten und 2mal Tubenwinkeladenome. Verf. weist auf die schwierige Beurteilung der „leichten Infiltrationen“, zu denen die geringgradigen, subepithelial oder im Tubenbindegewebsapparat gelegenen Infiltrationen gerechnet wurden, hin. Im allgemeinen habe man wohl lympho- und leukocytaire Infiltrationen als etwas pathologisches anzusehen, doch könnten die meist lymphocytären Infiltrationen bei den Eileitern vielleicht mit dem cyclischen Geschehen am Tubenepithel in Verbindung stehen, also eine „normale Entzündung“ im Sinne Rössles sein. Die Frage sei noch nicht endgültig zu beantworten. Literaturangaben.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Dick, Walter: Hodenatrophie bei Störungen des scrotalen Wärmehaushaltes. (*Chir. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) Bruns' Beitr. 165, 299—326 (1937).

Die in der Weltliteratur des öfteren geäußerte Meinung, daß der Hoden nur in der kühlen Umwelt des Scrotums und nirgendwo anders die Vorbedingungen für seine Funktion als Zeugungsorgan findet, glaubt Verf. mit gutem Grund durch den Hinweis stützen zu können, daß es seiner Erfahrung zufolge nach Verlust des Hodensackes, wie er sich bei Transmissionsverletzungen ereignet, bei Scrotalhernien und nach Eingriffen am lumbo-sacralen Grenzstrang durch die Erhöhung der Scrotaltemperatur häufig zu einer Hodenatrophie kommt. Tatsächlich führen die genannten Zustände, wie sich bei Temperaturmessungen vor, unmittelbar und einige Wochen nach erfolgten Grenzstrangresektionen ergab, zu Steigerungen der Scrotalinnentemperatur bis zu 2,8°. Es scheint also wirklich für die Funktion des Hodens die Erhaltung der Scrotaltemperatur auf einem bestimmten niedrigen Wärmestand notwendig zu sein. Bei einer Scrotalplastik, die zum Ersatz des verlorengegangenen Hodensackes vorgenommen wurde, ist diese nicht gewährleistet, weshalb sie auch in praxi mit dem Verlust der Zeugungsfähigkeit verbunden ist.

v. Neureiter (Berlin).

Verletzungen. (*Schuß, Hieb, Stich, stumpfe Gewalt.*)

Rojas, Nerio, und Eusebio A. Castro: Entmannung durch Schußverletzung. Rev. Asoc. méd. argent. 49, 1617—1622 (1936) [Spanisch].

Ein Mann, der bei einem Diebstahl ertappt wurde, erhielt auf der Flucht einen Schuß, wobei die Kugel an der rechten unteren Glutäalfalte eindrang und vorn in der Scrotalgegend austrat. Hoden und Penis wurden zerrissen. An diese Art der Entmannung knüpfen die Verf. Betrachtungen über die etwaigen eintretenden Folgen für die Psyche und den Körper des Verletzten.

Ganter (Wormditt).

Sentzke, Hans: Leberverletzungen. (*Chir. Univ.-Klin., Leipzig.*) Leipzig: Diss. 1936. 17 S.

Bei den subcutanen Leberverletzungen ist für die Diagnose die Anamnese sehr günstig. Von 19 beobachteten Fällen waren allein 8 durch Autounfälle hervor-

gerufen; bei den anderen handelte es sich um Fall und Sturz aus mehr oder weniger großer Höhe, Hufschlag, Schlägerei, Quetschung gegen die Mauer usw. Häufig ist der Shock hierbei anzutreffen, der oft schwer vom Kollaps bei mitbestehender intra-abdomineller Blutung zu unterscheiden ist. In 5 Fällen konnte die Diagnose nicht gestellt werden, nur intraabdominelle Blutung. Ein wichtiges Symptom bildet auch die Bauchdeckenspannung mit heftigen Schmerzen. Trotz aller therapeutischen Maßnahmen ist die Prognose sehr schlecht. Von den 19 Fällen konnte nur einer, den Verf. ausführlicher bespricht, durch Operation gerettet werden (Verletzung bei einer Schlägerei). Von den 14 penetrierenden Leberverletzungen waren 11 Schußverletzungen (davon 4 Suicidversuche) und 3 Stichverletzungen. Als mitverletztes Organ stand an erster Stelle der Magen; nur 4 Verletzungsfälle waren unkompliziert. Die Diagnose ist hier leichter als bei den subcutanen Verletzungen zu stellen, da die Wundrichtung und der Sitz der äußeren Verletzung auf die Leberverletzungen hindeuten. Die Symptome sind sonst im allgemeinen die gleichen. Von 14 Fällen wurden 13 operiert. 3 starben kurz nach der Operation, 3 zeigten frühere oder spätere Komplikationen (Pleuraempyem, Bauchdeckenabsceß), 7 hatten glatten Verlauf. Die Prognose der penetrierenden Leberverletzungen ist günstiger als die der subcutanen. *Matzdorff*.

Feldmann, S.: Eigenartiger Fall einer nicht diagnostizierten Spätverletzung des Herzens. (*III. Chir. Klin., II. Med. Inst., Leningrad.*) *Zbl. Chir.* 1937, 68—70.

Ein 37jähriger Mann, der 2 Jahre zuvor einen Messerstich in die Brust erhalten hatte und damals nur kurze Zeit stationär behandelt worden war, wurde mit der Diagnose „akute Herzinsuffizienz“ in das Krankenhaus eingeliefert. Es wurde festgestellt, daß er zu Hause, wo er bereits 4 Tage lang mit hohem Fieber gelegen hatte, aus dem Bett gefallen war. Bei der Obduktion wurde eine 0,5 cm lange, weißliche, verschiebliche Narbe im Bereich der Ansatzstelle der 2. Rippe am Brustbein gefunden. Von innen sah man hier eine kegelförmige, in das Mittelfell hineinragende Vorwölbung, deren Spitze mit dem Herzbeutel verwachsen war. Diese Vorwölbung enthielt eine 1,5 cm lange von Bindegewebe umhüllte Messerspitze. Die Vorderwand der rechten Herzkammer zeigte längsverlaufende, 2 cm lange Einkerbungen mit einer Perforation. Dementsprechend fand sich im Herzbeutel eine große Menge Blut. Die Durchstoßung des Herzmuskels wird mit dem Sturz aus dem Bett in Zusammenhang gebracht.

Plenz (Berlin-Zehlendorf).

Vogeler, K.: Behandlung der Schädelverletzungen in der Praxis. (*Chir. Klin., Städt. Krankenh., Stettin.*) *Ther. Gegenw.* 78, 115—120 (1937).

Kurzer Übersichtsaufsatz: „Nullum capitis vulnus condemnendum.“ Zunächst genaue Allgemeinuntersuchung, dann wichtigste Frage: Beteiligung des Gehirns? Steriler Tupfer auf die Wunde, Prüfung der geistigen Funktionen, besonders auf Erinnerungsverlust, Schluß auf Bewußtseinsverlust. Kritische Beurteilung der landläufigen Antworten, womöglich weitere Klärung durch Zeugenaussagen in Zweifelsfällen. Hinweis auf die so häufig ungenügende Klärung der Frage der Bewußtlosigkeit durch den erstbehandelnden Arzt und die damit zusammenhängende Erschwerung sowohl der medizinischen wie der forensischen Beurteilung des Verletzten, weiterhin Fragen nach Übelkeit und Erbrechen, Untersuchung auf Ausfallerscheinungen zwecks topischer Diagnostik. Hinweis auf Stier, der besonders den Krankenhausärzten häufige ungenaue Untersuchung in neurologischer Hinsicht vorhält.

Hinweis auf einen didaktisch besonders wichtigen Fall, wo nach einem Stockschlag auf den Kopf erst nach 7 Wochen schwerere Erscheinungen, insbesondere Ohnmachtsanfälle, auftraten. Im Krankenhaus lediglich Befund einer gewissen Schwäche in der linken Hand am Kraftmesser. Bei Trepanation rechts Befund eines alten, sehr großen subduralen Hämatoms, mit hochgradiger Kompression der rechten Hirnhälfte. Heilung.

Hinweis auf das Übersehen weiterer Verletzungen infolge Feststellung einer Schädelverletzung (besonders Wirbelbrüche, Luxationen u. a.), Besprechung der geschlossenen und offenen Schädelverletzungen, therapeutische Angaben mit Einschluß der Anästhesierung, der Naht in einer einzigen Schicht, sowie der Tetanusinjektion. Schließung der Wunde nur, wenn sie vollkommen blutrocken ist. Dem praktischen Arzt wird die persönliche Behandlung der einfachen Kopfhautwunden, die im allgemeinen gute Heilungsaussichten haben, empfohlen. Wichtig ist noch der Hinweis auf das Ein-

dringen von Haaren und Fremdkörpern durch eine im Augenblick des Trauma stärker klaffende Fissur, oft mit Einklemmung. In diesen Fällen sofortige Trepanation und Entfernung aller Fremdkörper. Bei stärkerer Splitterung der inneren Knochentafel ebenfalls Trepanation und Entfernung der Splitter. Wenn längere Transporte zum Chirurgen nicht zu vermeiden sind, sollen offene Wunden vorher vorläufig versorgt werden, da das Offenbleiben der Wunde über längere Zeit schlecht vertragen wird. Die geschlossenen Konvexitäts- und Basisbrüche werden ebenfalls besprochen, die wichtigsten Zeichen von Gehirnverletzungen dabei sind der Austritt von Gehirnteilchen aus Nase, Mund oder Ohr (selten), von Liquor (selten) und schließlich von Blut; letzteres kann auch anderswoher stammen. Wichtigkeit der Spiegelung des Ohres zwecks Feststellung auch geringer Blutungen im Gehörgang. Zum Schluß Betonung, daß der praktische Arzt außer der Sorge für den Verletzten besonders auch den objektiven Befund zwecks Erleichterung der später notwendig werdenden Begutachtung festlegen soll.

Walcher (Würzburg).

Rossier, Jean: Contribution à l'étude des traumatismes cranio-cérébraux. (Beitrag zur Kenntnis der Schädelhirnverletzungen.) (*Clin. Chir., Univ., Lausanne.*) Rev. méd. Suisse rom. **56**, 830—856 (1936).

Auf Grund von 11 eingehend mitgeteilten Beobachtungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß das klinische Bild nach Schädelhirnverletzung beherrscht wird von einem intrakraniellen Überdruck, der durch ein traumatisches Hirnödem verursacht wird. Die physiologischen und pathologischen Bedingungen hierfür werden an Hand des Schrifttums unter besonderer Berücksichtigung der Forschungen von Schade erörtert. Einen Gradmesser für die Höhe des intrakraniellen Drucks gibt die Bestimmung des Liquordrucks. Die Behandlung kann demnach nicht eine operative sein, sie muß aber aktiv vorgehen, und zwar mit der Dehydratation. — Die Schädelhirnverletzungen sind in 3 Gruppen einzuteilen: I. Gruppe, alle ossären Komplikationen umfassend; II. Gruppe: Hirndruck durch epi- oder subdurale, u. U. auch intracerebrale und intraventriculäre Blutungen verursacht. In diesen beiden Gruppen ist im Dringlichkeitsfalle chirurgische Behandlung notwendig. Die III. Gruppe, alle Fälle von traumatischem Hirnödem umfassend, ist die größte, sie gehört der nichtoperativen Behandlung.

Wanke (Kiel).

Stier, Ewald: Kopftrauma und Hirnstamm. (Unter Mitbenutzung otologischer Befunde von Prof. Beyer.) Arch. f. Psychiatr. **106**, 351—406 (1937).

Durch Sammlung und Sichtung eines reichhaltigen Beobachtungsmaterials wurde versucht, eine breitere Basis für die Begutachtung von Kopftraumafolgen zu gewinnen. Hierfür erwies sich die sorgfältige Auswertung von Zeichen, die auf Schädigung des Hirnstamms deuten, besonders bedeutungsvoll. Für eine solche Begutachtung ist die Mitarbeit von Fachärzten anderer Disziplinen, insbesondere erfahrenen Ohrenärzten, notwendig, da nur durch Heranziehung sowohl otologischer als auch neurologischer Gesichtspunkte eine sichere Deutung der vielgestaltigen Bilder möglich ist. Diese hat mit größter Sorgfalt zu erfolgen. Bei der Prüfung des Gleichgewichtsapparates ist in erster Linie auf Differenzen in der Dauer des experimentellen Nystagmus zu achten, die sehr erheblich und gleichbleibend sein müssen. Des weiteren sind Abweichungen in Form und Intensität des Nystagmus bedeutungsvoll für zentral bedingte Störungen. Wichtig ist die Beachtung leichter Blickparesen bei scharfem seitlichem Blick. Als Nachbarschaftssymptome werden vom Verf. gleichseitige Hörstörung (Ausdruck einer Schädigung des betreffenden Labyrinths, vor allem bei Basisbrüchen) sowie vasomotorische Störungen als Ausdruck einer zentralen Schädigung genannt, besonders, wenn sie nur bei einseitig erzeugtem Nystagmus auftreten. Weiterhin sind Schweißausbrüche, vermehrte Speichelabsonderung, das Auftreten von Übelkeit und Brechreiz sowie Darmstörungen bemerkenswert, da die Zentren für diese Funktionen offenbar in unmittelbarer Nähe der bei der Untersuchung des Gleichgewichtsapparates aktivierten Zentren liegen. Durch Stöße gegen den Kopf wird

vielfach in erster Linie der Hirnstamm betroffen, wodurch häufig eine Schädigung der im Zwischenhirn gelegenen vegetativen Zentren zustande kommt. Verf. beobachtete in dieser Hinsicht kurz dauernde Polyurie, Diabetes-insipidus, Glykosurie. Seltener fanden sich zentral bedingtes Fieber, Schlafsucht oder Schlafanfalle, wohingegen Störungen des Fettstoffwechsels und prognostisch wenig günstige sexuelle Störungen (meist Verlust oder Herabsetzung der Libido) häufiger auftraten. Die Gesamtheit der nach Kopftraumen geäußerten Klagen sowie die Befunde am Gleichgewichtsapparat, im Gebiete der Augenbewegungen und im Zwischenhirn, nehmen fast ausnahmslos einen regressiven Verlauf. Verf. schließt daraus, daß alle diese Symptome durch Störungen des Blutumlaufes im Hirnstamm hervorgerufen werden, wozu offenbar Stöße gegen den Hinterkopf in besonderem Maße Anlaß geben. *Schrader.*

Petit-Dutaillis, D., et J. Sigwald: À propos d'un cas d'hydropisie subdurale posttraumatique, manifestée cinq mois après l'accident. (Über einen Fall von subduralem posttraumatischen Hydrops, der 5 Monate nach dem Unfall manifest geworden ist.) (*Soc. de Neurol., Paris, 4. II. 1937.*) *Revue neur.* **67**, 224—227 (1937).

Ein 33jähriger Mann fiel vom Fahrrad und stieß sich an der linken Fronto-Parietalgegend. Er zog sich ein kleines, lokal begrenztes leichtes Hämatom zu, war vorübergehend leicht benommen und hatte etwas Kopfschmerz, aber keinen Bewußtseinsverlust. In den folgenden 5 Monaten fühlte er sich völlig gesund. Dann trat unvermittelt heftigster Kopfschmerz in der linken Stirnseite auf, der hinter dem Auge lokalisiert wurde. Besonders heftig war er morgens, wo er auch von Brechreiz begleitet war. Links trat gleichzeitig eine leichte Verminderung der Sehkraft auf. Neurologisch fand sich in diesem Zustand nur links Mydriasis mit Verlust der Licht- und Konvergenzreaktion und eine leichte temporale Abblässung am Augenhintergrund. Die Röntgenaufnahme des Schädels ergab nichts. Bei der Ventrikulographie ließen sich die Ventrikel nicht finden. Bei der Encephalographie füllte sich der linke Ventrikel nicht. Vermutungsdiagnose: Subdurales Hämatom. Nunmehr wurde in der linken Frontalgegend eine Suchtrepanation vorgenommen. Beim Durchstoßen der Dura floß unter Druck Liquor ab. Zwischen Dura und Leptomeningen wurde dann weiterer Liquor von der Menge eines Weinglasinhalts sichtbar. Darunter lag der zusammengepreßte Frontallappen mit weißen anämischen Windungen. Ein Hirn- oder Meningenödem bestand nicht. Jetzt wurde der Liquor abgesaugt, subtemporal nochmals trepaniert, die Dura auch dort geöffnet. Hier fand sich ebenfalls viel Liquor. Es wurde ein Drain gelegt. Durch diesen floß so viel Liquor ab, daß 3 Tage lang der Verband dauernd triefte. Dann Entfernung des Drains. Der Kopfschmerz war mit der Operation verschwunden. Nach 4 Tagen fühlte der Patient sich wohl; links bestanden noch Anisocorie und Mydriasis, die Pupillenreaktionen waren besser. Nach 8 Tagen trat ein Schüttelfrost mit 39° Fieber auf, der sich aber nach Chinin nicht wiederholte und auf eine alte Malaria zu beziehen war. Am 10. Tag stand der Patient auf und konnte am 18. Tag ohne Beschwerden entlassen werden. Clovis-Vincent empfiehlt in der Aussprache seine neuro-chirurgische Methode, bei der er im allgemeinen 2 occipitale und 2 frontale Trepanationsöffnungen setzt. Auf diese Art könne er erst die Ventrikel untersuchen, dann durch Ableuchten eine direkte Übersicht über die Dura und nach deren Resektion über die Arachnoidea gewinnen. 8 Tage später lasse er dann die Ventrikulographie folgen, die seiner Meinung nach der Encephalographie überlegen sei. *Warstadt.*

Meyer zum Gottesberge: Über Spätmeningitis nach Frakturen der vorderen Schädelgrube. (*Klin. f. Hals-Nasen-Ohrenkrankh., Univ. Köln.*) *Arch. Ohr- usw. Heilk.* **142**, 299—303 (1937).

Bei unvollkommenem Heilungsprozeß von Basisfrakturen kann es zum Eindringen der Infektion von einem in der Nachbarschaft sich abspielenden Entzündungsprozeß kommen. Die 2. Möglichkeit ist die, daß Keime, die bei einer Verletzung eingeschleppt wurden, im Gewebe ruhen, ohne ihre Virulenz zu verlieren. Im 1. Falle handelt es sich um eine verspätete Sekundärinfektion, im 2. um eine verspätete Primär-

infektion. Die Spätmeningitis ist also nur die Spätform der gewöhnlichen Anschlußmeningitis. Zange fand bei 432 Basisbrüchen 4 Todesfälle an otogener, 6 an rhinogener Meningitis; Voss hatte unter 122 Basisfrakturen 7 Meningitiden nach Frakturen der seitlichen, 6 nach Frakturen der vorderen Schädelgrube. Da die Frakturen der seitlichen Schädelgrube nach Voss sich zu denen der vorderen zahlenmäßig wie 104:18 verhalten, so ist die vordere Schädelgrube das bevorzugte Gebiet der traumatischen Meningitis; Hauptgrund dafür ist die Nähe der Nasenhöhle mit ihrem Keimgehalt.

Es wird über 2 Fälle berichtet: 1. 6jähriger Junge bekam 4 Wochen nach einem Verkehrsunfall mit mehreren feinen Frakturlinien im Röntgenbild des rechten Stirnbeins erstmals Kopfschmerzen und Erbrechen. 11 Monate nach dem Unfall tödliche Meningitis. Kurz nach der Trepanation Exitus. Sektionsbefund: Leptomeningitis besonders an der Basis, Frakturlinie durch die Lamina cribrosa, außerdem gut verheilte Längsfraktur des rechten Felsenbeins. — 2. 21jähriger Mann starb 14 Jahre nach einer alten Splitterfraktur der Hinterwand der Stirnhöhle plötzlich an Meningitis, nach anscheinend jahrelanger völliger Gesundheit. Sektionsbefund: Ausgebreitete Leptomeningitis an der Basis, besonders am Stirnhirn. Die Gegend der rechten Stirnhöhle ist im Umfang eines Dreimarkstückes vollkommen eingesunken, das Lumen durch Bindegewebe ersetzt, der eingesunkene Knochen rau und von Granulationen bedeckt, stark mit der Dura verwachsen. Alle übrigen Nebenhöhlen frei.

Es folgt noch eine Übersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von Spätmeningitis nach Frakturen der vorderen Schädelgrube; am häufigsten sind Splitterfrakturen der hinteren Stirnhöhlenwand, seltener des Siebbeins, der Lamina cribrosa oder des Stirnbeins. Die Zeitspanne beträgt gelegentlich bis zu 15 Jahren, solche Fälle sind natürlich außerordentlich selten. Im Einzelfall ist die Frage, ob die Erreger durch Neuinfektion eingedrungen oder schon bei der Verletzung eingeschleppt sind, schwer oder unmöglich zu entscheiden. Im klinischen Bild fiel in den beiden Fällen eine charakteristische Rötung und Schwellung des Oberlides der befallenen Seite auf, wie es auch sonst bei Nebenhöhlenerkrankungen vorkommt. Im allgemeinen wird eine Indikation für Operation gegeben sein, sobald irgendwelche Zeichen eines schleichenden Entzündungsprozesses in der Umgebung der Frakturlinie vorhanden sind. *Walcher*.

Bauer: Schädeldachverletzung mit Sinusblutung durch Propellerschlag. (*Abt. f. Chir. Kranke, Marinelaz., Kiel-Wik.*) Dtsch. Mil.arzt 2, 112—115 (1937).

Kasuistische Beobachtung: Maschinist wurde durch einen soeben angeworfenen Propeller eines Flugzeuges beim Hineinlaufen in denselben verletzt. Große Wunde, Blutverlust etwa 1 l. 15½ cm lange schnittartige Wunde über die Mitte des Schädels. Die Knochen des Schädeldaches sind in gleicher Ausdehnung glatt durchschlagen. In der Bruchlinie Hirnsubstanz eingeklemmt, keine Depression. Bei Operation starke Nachblutung, Tamponade. Heilung.

Es folgen klinische Beobachtungen des Falles (u. a. Gehirnnervenstörungen, zeitweise Ausfall beider Nervi optici, vermutlich durch ein Ödem im Bereich der Sehnerveneintritte, vielleicht infolge Drucksteigerung im Schädel durch Diapedesisblutungen infolge der Hirnerschütterung). Weiterhin therapeutische Bemerkungen sowie Hinweis auf die Gefahr der Luftembolie, besonders beim Aufsetzen der Patienten.

Walcher (Würzburg).

Étienne-Martin, Pierre, et Raymond Péchoux: Méningites aiguës à pneumocoques survenues six mois après un traumatisme cranien avec fracture du rocher. (Akute Pneumokokkenmeningitis 6 Monate nach einem Schädeltrauma mit Felsenbeinbruch.) (*Soc. de Med. Leg. de France, Paris, 8. III. 1937.*) Ann. Méd. lég. etc. 17, 355—366 (1937).

Ein Kind erlitt bei einem Unfall einen Bruch des Felsenbeines. Blutung, Liquorerguß und Austreten von Hirnsubstanz aus dem Ohr. Blutiger Lumbaliquor. Röntgenologisch konnte kein Befund erhoben werden. Der Zustand besserte sich wider Erwarten. Es blieb jedoch ein eitriger Ausfluß aus dem Ohr bestehen, außerdem zeigte sich eine Neigung zu Kopfschmerzen und Schwindelanfällen und eine gewisse Charakterveränderung. — 6 Monate später Tod an einer akuten Pneumokokkenmeningitis. Autoptisch konnte die unverheilte Längsfraktur des Felsenbeines festgestellt werden.

Für den Kausalzusammenhang ist es wichtig, daran zu denken, daß der Felsenbeinbruch klinisch in einer großen Zahl der Fälle nicht erkannt werden dürfte. Außerdem müssen nicht immer Brückensymptome (Otitis) vorhanden sein. Ebenso gestattet die

bakteriologische Natur der Meningitis keinen Schluß auf den ursächlichen Zusammenhang mit einem Trauma.
H. Elbel (Göttingen).

Carrillo, Ramón, Horacio Williams und Manuel Oribe: Wichtigkeit der Encephalographie bei der gerichtlich-medizinischen Beurteilung des Krankheitsbildes nach Gehirnerschütterung. (*Inst. de Clín. Quirúrg., Med. Leg., Univ., Buenos Aires.*) *Semana méd.* 1936 II, 1716—1724 [Spanisch].

Der Mann erlitt eine Gehirnerschütterung mit 24 Stunden dauernder Bewußtlosigkeit. Blut floß aus der Nase. Weiterhin kam es zur Ausbildung folgender Symptome: Kopfschmerzen, Gehörstörungen vestibulären Charakters, Gedächtnisstörungen, Asthenie, Anosmie, Ageusie, vorübergehende Bewußtseinstörungen, Charakterveränderungen, so daß völlige Arbeitsunfähigkeit bestand. Die Untersuchung ergab: Erhöhung des Liquordruckes, Druckerhöhung der Arteria centralis retinae, encephalographisch Hydrocephalus der Ventrikel, Erweiterung der Subarachnoidealräume, anormale Luftanhäufung in den Hemisphärenzwischenräumen. Die Verff. weisen auf die Wichtigkeit der Encephalographie in derartigen Fällen hin, die früher oft ohne diese Untersuchung in ihrer wahren Natur verkannt und als hysterisch oder simuliert aufgefaßt worden waren.
Ganter (Wormditt).

Kernbach, M., e V. Hurghisiu: Contributo allo studio della caduta. (Beitrag zum Studium des Fallens.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cluj.*) *Arch. di Antrop. crimin.* 57, 26—43 (1937).

Es werden 8 Gutachten berichtet, von denen 4 auf vermutlich tödlichen Unglücksfällen von Sturz aus kleiner Höhe und 4 auf tödlichem Fallen am Boden beruhen. Die Bedeutung der einzelnen an den Leichen gefundenen Verletzungen in bezug auf die Differentialdiagnosen zwischen Mord und Selbstmord wird sorgfältig erörtert. Verff. kommen zu dem Schluß, daß der Mechanismus von Sturz und Fall mittels der genauen Kenntnis der verschiedenen das Gleichgewicht des Verunglückten verändernden Faktoren, der Verletzungen und der Lokalität des Unfalles wiederhergestellt werden könnte. Die Faktoren können innerlich (physische, physiologische, physiopathologische und psychologische), die physischen Gesetze und die Funktionen des menschlichen Körpers betreffend, oder äußerliche (Verhältnisse der Örtlichkeit, der Zeit und des Wetters) sein. Besonders das Studium der Örtlichkeit in Beziehung mit den gefundenen Läsionen gestattet zu beurteilen, ob diese durch Fall, Sturz oder aktiv, durch anderen Mechanismus hervorgerufen sind.
Romanese (Turin).

Paiva, Jessé de: Gerichtlich-medizinische Bedeutung der Röntgenuntersuchung, besonders in den Arbeitsunfällen über einen Fall von „Kienböckseher Krankheit“. (*Labo- rat. de Radiol., Inst. Med.-Leg., Univ., Rio de Janeiro.*) *Arch. Med. leg.* 7, 77—89 (1937) [Portugiesisch].

Ein 41 Jahre alter Zimmermann empfand plötzlich bei einer heftigen Bewegung mit dem Beil einen starken Schmerz in der Gegend des Radiokarpalgelenkes auf der Vorderfläche der rechten Hand, so daß er die Arbeit aufgeben mußte. Er wurde mit Massage und warmen Bädern behandelt, ohne Erfolg. 7 Monate nach dem Ereignis stellte er sich im gerichtsarztlichen Institut zur Untersuchung vor. Die Gelenkgegend war geschwollen, die Bewegungen beschränkt. Röntgenologisch fand sich eine Osteoporose des Endes der Vorderarmknochen und des Carpus. Die nach 5 Monaten wiederholte Untersuchung ließ die Diagnose auf eine posttraumatische sekundäre Osteomalacie des Os semilunare stellen (Kienböckseher Krankheit). Aus der Art des Schmerzes, über den Patient klagte, und aus der langen Entwicklungszeit des Leidens glaubt Verf. auf das Vorhandensein kleiner Fissuren, Hämorrhagien im Mark und kleinster Brüche der Trabekel der Knochen schließen zu können, entstanden bei der heftigen Bewegung. Ohne Röntgenuntersuchung wäre das Leiden zum Nachteil des Patienten verkannt worden.
Ganter (Wormditt).

D'Erchia, Florenzo: Le lesioni della parte pelvica dell'apparato urinario nelle conseguenze giuridiche. (Die Verletzungen des Beckenteiles des Harnapparates in bezug auf die gerichtlich-medizinischen Folgen.) Clin. ostetr. **39**, 169—174 (1937).

Ausschließlich kleinliche Beschreibung einer Hysterektomie wegen Krebs der Gebärmutter. Verf. betont, daß auch seitens der besten Operateure die zufällige Verletzung der Harnorgane im Beckenteil bei dieser und ähnlichen radikalen Operationen nicht selten ist; deswegen schließt er, daß jene zufälligen Verletzungen kein Grund für gerichtlich-medizinische Verhandlungen darstellen können. *Romanese.*

Suberg, Marie: Mißhandlung und Tod durch Mißhandlung im Strafprozeß. (*Gerichtsärztl. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.*) Düsseldorf: Diss. 1936. 28 S.

Verf. beschreibt an Hand von Fällen des Düsseldorfer Instituts und der Literatur die verschiedenen Arten und die Erkennung der Mißhandlungen. Auch auf die gesetzlichen Schutzmaßnahmen durch das RStGB. und das BGB. wird eingegangen. Nichts wesentlich Neues. Anführung der verwandten Literatur. *Koch* (Münster i. W.).

Benon, R.: Asthénie post-traumatique, crises nerveuses spéciales. (Posttraumatische Asthenie, nervöse Krisen.) (*Quartier des Maladies Ment., Hosp. Gén., Nantes.*) Arch. Med. leg. **7**, 26—33 (1937).

Krankengeschichte von 2 Frauen, die bei einem Autounfall Kopfverletzungen erlitten hatten und 45 Minuten bewußtlos gewesen waren. In der Folgezeit entwickelte sich das Bild einer psychischen und körperlichen Asthenie: Leichte Ermüdbarkeit, Unfähigkeit zur Arbeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, „nervöse Krisen“, bestehend in zeitweise auftretender Bewußtlosigkeit mit folgender Amnesie. Diese Krisen sind nach Verf. hysterischer Natur und finden sich etwa in 10% der Fälle, während epileptische Krisen nur in 1—2% vorkommen. *Ganter* (Wormditt).

Hamperl, H.: Akute und chronische, tödliche Strahlenschädigung beim Menschen. (2 Fälle.) (*Path. Inst., Charité-Krankenh., Univ. Berlin.*) Virchows Arch. **298**, 376-393 (1936).

Der Verf. beschäftigt sich mit den allgemeinen Strahlenschädigungen, die er in akute und chronische Formen einteilt. 1. Fall: 26jähriges Mädchen trank in selbstmörderischer Absicht 40000 elektrostatische Einheiten Thorium X. Nach anfänglicher Steigerung der Zahl der roten und weißen Blutkörperchen anhaltender Leukocytensturz bis fast auf Null. Sektion ergab hämorrhagische Diathese, starke Parenchymschädigung der Organe und schwerste pseudomembranöse nekrotisierende Colitis. Besprechung der Blutveränderungen, wobei sich eine weitgehende Übereinstimmung der im Tierversuch gewonnenen Ergebnisse und der am Menschen beobachteten Verhältnisse fand. Die chronischen Veränderungen, die diese Schlußfolgerungen bestätigen, werden durch Mitteilungen aus dem Schrifttum belegt und durch die neue Beobachtung bei einem 35jährigen Röntgenarzt erweitert. Erkrankung unter dem Bild einer schweren aplastischen Anämie und Sepsis. Wiederholte Blutübertragungen hatten die Erythrocytenzahl auf 2 Millionen vorübergehend gebracht. 1 Monat vor dem Tod völliger Schwund der Granulocyten. *Heinz Lossen* (Frankfurt a. M.).

Vergiftungen. (*Gewerbliche auch unter Gewerbehygiene.*)

● **Fühner-Wielands Sammlung von Vergiftungsfällen.** Hrsg. v. B. Behrens. Unter Mitwirkung v. E. W. Baader, A. Brüning, F. Flury, F. Koelsch, V. Müller-Hess, E. Rost u. E. Starkenstein. Bd. 8, Liefg. 4. Berlin: F. C. W. Vogel 1937. 32 S. RM. 4.—

Vergiftung mit blauen Chenopodii anthelmintici, von E. Neumann: Vergiftung eines Kindes durch rectale Applikation von 4 g Oleum Chenopodii bei einem 1 Jahr 4 Monate alten Kind. Nach vorherigem Brechdurchfall stellten sich Trübung des Sensoriums, Hypotonie, klonische Krämpfe und verschiedene Lähmungserscheinungen ein. Heilung. — Strychninvergiftung (Abtreibungsversuch), von Z. Stary: Tödliche Vergiftung durch Einnahme von Strychnin, vermutlich zu Abtreibungszwecken. — Akute Vergiftung nach Einspritzung einer Lösung von Seife, Lysoform und Alkohol in den Uterus, von G. Gander: Plötzlicher