

wird durch die Annahme eines Konzentrationsgleichgewichtes von Kaliumionen zwischen Geißel und Umgebung, das Einsetzen der Bewegung bei der Verdünnung des Spermas mit Wasser als Folge einer Verminderung des Kaliumgehaltes der Spermatozoengeißeln gedeutet. Nach der hypothetischen Ansicht der Verff. stellt die angenommene Beladung mit Kalium den Inhalt der Geißeln an potentieller Energie und der bei der Verdünnung des Spermas mit Wasser geschaffene Konzentrationsunterschied des Kaliums zwischen Geißel und Umgebung die Quelle der kinetischen Energie des Bewegungsmechanismus dar. Durch vorübergehendes Einbringen der Spermatozoen in einen künstlichen Liquor, der bezüglich der relativen Mengen der gelösten Salze dem natürlichen gleicht, jedoch eine höhere Absolutkonzentration aufweist, läßt sich erreichen, daß die Spermatozoen beim Zurückbringen in ihren normalen Ruheliquor in Bewegung geraten. Die gewonnenen Ergebnisse lassen sich nicht ohne weiteres auf die Verhältnisse bei anderen Tieren übertragen, z. B. schon allein aus dem Grunde, weil die von den Verff. angegebenen Bewegungszeiten der Forellenspermien so ungeheuer kurz sind, verglichen mit denen von anderen Lebewesen.

Belonoschkin (Danzig).^o

Riehling, Carl: Die Salzsäure-Kollargol-Reaktion, eine neue Liquorreaktion. (*Serol.-Bakteriol.-Chem. Abt., Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Hamburg.*) Klin. Wschr. 1938 I, 501—504.

Zur Charakterisierung der Eiweißkörper wurde das Goldsol angewendet. Mit sog. Goldzahlen wird ausgedrückt, wieviel von einem bestimmten Eiweiß nötig ist, um hochrotes Goldsol gegen die ausfällende Wirkung einer bestimmten Menge Kochsalz zu schützen. Durch Anwendung dieses Prinzips auf die Liquordiagnostik ergab sich, daß die beiden Kolloide Gold und Eiweiß sich gegenseitig teilweise auszufällen vermögen, und zwar so, daß nur bestimmte Eiweiße in bestimmten Konzentrationen dies tun, während andere die gegenseitige Ausfällung hemmen können. — Es wird nun eine neue Methode angegeben, bei der von einer Kollargollösung von 1 : 10000 ausgegangen wird, die durch Verdünnung von konzentrierter Lösung herzustellen ist. Absteigende Liquormengen sollen das Kollargolsol schützen gegen die ausfällende Wirkung von $n/500$ Salzsäure. Die genaue Reaktion, die im Original nachgelesen werden muß, scheint für eine Laboratoriumsuntersuchung brauchbar, da sie billig ist und das Kolloid in gleicher Beschaffenheit leicht hergestellt werden kann. Die Ablesung der Reaktion ist einfach, da man in den Röhrchen entweder eine deutlich positive oder aber eine deutlich negative Reaktion erhält. Die Reaktion ist außerdem gut verwertbar in Fällen, wo z. B. eine Unterscheidung zwischen Paralyse und Lues cerebri bei der Mastix- oder Goldsolreaktion nicht möglich ist, oder in Fällen, wo z. B. eine Paralysekurve durch Tumorkoliquor vorgetäuscht wird, da die Salzsäure-Kollargol-Reaktion deutliche Differenzierungen zeigt. Es gibt auch Fälle, wo mit der Salzsäure-Kollargol-Reaktion ein positives Resultat erhalten wird, ohne daß die Mastix- oder Goldsolreaktion Liquorveränderungen anzeigte. Diese Salzsäure-Kollargol-Reaktion scheint auch weniger auf Blutbeimengungen anzusprechen wie die übrigen Kolloidreaktionen. *Scheidegger* (Basel).^o

Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

Scholtz, Hans: Die Formbeeinflussung des Gesichtsschädels durch vorzeitige Nahtsynostosen am Hirnschädel. (*Path. Inst., Univ. Greifswald.*) Beitr. path. Anat. 98, 507—520 (1937).

Es werden 3 Schädel mit einseitigen Coronarnahtsynostosen, 6 Schädel mit Temporalnahtsynostosen, ferner Schädel mit Sagittalnahtsynostosen und außerdem solche mit Sagittalnaht-Coronarnahtsynostosen beschrieben. Die Messungen ergaben folgendes: Bei partiell oder total synostosierten Sagittalnähten findet sich eine Vergrößerung des Gesichtswinkels. Bei totalen Synostosen der Coronarnaht kommt es zur Bildung eines langen Gesichtes, einer fliehenden Stirn und einer Verschiebung der Kiefer nach vorn. Sind sie einseitig partiell, so treten Gesichtsschädelasymmetrien auf, wobei die Maxilla mehr verändert ist als die Mandibula. *F. E. Lehmann* (Bern).^{oo}

Materna, A.: Zur Formbeeinflussung des Gesichtsschädels durch die vorzeitige einseitige Kranznahtverknöcherung. (*Prosektur, Landeskrankenh., Troppau.*) Beitr. path. Anat. 100, 42—61 (1937).

Eine sehr eingehende Beurteilung von 14 skeletierten Schädeln mit vorzeitiger ein-

seitiger Kranznahtverknöcherung und zugleich eine Auseinandersetzung mit einer Arbeit von Hans Scholtz über das gleiche Thema. (Vgl. vorsteh. Ref.)

Göllner (Berlin).

Eugster, J.: **Wie sieht die Schilddrüse eines Kretinen aus zur Zeit der Geburt?** (*Path.-Anat. Inst., Univ. Bern u. Path. Anat. Inst., Univ. Innsbruck.*) *Beitr. path. Anat.* **100**, 392—412 (1938).

Die Untersuchungen des Verf. gründen sich auf 3 Gruppen von Beobachtungen: Klinische, bei denen auf Grund der Abstammung und der Verwandtschaft oder des späteren Lebens Kretinismus angenommen werden mußte und bei denen die Schilddrüse bei der Geburt klinisch untersucht wurde, in einem Fall auch histologisch. Ferner eineiige Zwillinge, von denen der eine Paarling bei oder kurz nach der Geburt verstorben ist und zur Sektion kam, während der andere lebt und kretinische Merkmale aufweist. Schließlich auf den Sektionsbefund bei einem Fall von angeborenem Kretinismus aus Innsbruck. Es handelte sich um ein nach seinem Aussehen stark kretinisches, 2 Monate altes Mädchen, dessen Mutter allerdings bei etwas kretinischem Aussehen intelligent war, während der Vater und die Geschwister vollkommen normal waren. Das früher von Gämper beschriebene Kind (aus Inzest einer ausgesprochenen Kretine und deren jüngsten Bruder, ebenfalls Kretine, hervorgegangen und bei der Geburt kretinisch aussehend, wurde als singulärer Fall an Hand der Unterlagen am Geburtsort genauer studiert. Die spärlichen Beobachtungen der Literatur, aus denen über den Zustand der Schilddrüse bei neugeborenen Kretinen etwas geschlossen werden kann, finden Besprechung. Einheitliche Veränderungen bestehen anscheinend weder beim kretinischen Neugeborenen, noch beim kretinischen Erwachsenen. Offenbar überwiegen Vergrößerungen, doch kommen auch Verkleinerungen vor (Atrophie) mit degenerativen Veränderungen, die für die Möglichkeit einer intrauterinen Schädigung des Schilddrüsenparenchyms sprechen, vor. (Beim Kretinismus ist das Gehirn noch wichtiger! Ref.) *Thomas.*

Soith, Károly: **Die Wirkung der Vererbung und der Umgebung auf die Pathologie des Alters.** *Orvosképzés* **28**, 122—130 (1938) [Ungarisch].

Nach einer, 19 Generationen einer chinesischen Familie in Betracht ziehenden Genealogie können alte Leute ihr hohes Alter hauptsächlich der Vererbung verdanken. Während Frauen im allgemeinen älter werden als Männer, so gibt es dennoch Krankheiten, welche ältere Frauen leichter angreifen als ältere Männer. Presbyopie erscheint bei Frauen früher als bei Männern. Dies kommt daher, daß bei Frauen alle Lebensphänomene früher eintreten als bei Männern, so Pubertät, Klimakterium, Altern. Hingegen sterben an Krankheiten der Atmungsorgane, des Nervensystems und der Geschlechtsteile mehr Männer als Frauen. An Nierenerkrankungen sterben mehr Neger als Weiße, während diese letzteren mehr an Hautkrankheiten und ihren Folgen sterben. Auch das Milieu spielt eine große Rolle. In den USA. starben in den Städten viel mehr Menschen als auf dem Lande. Auch die soziale Lage spielt eine große Rolle. In England starben desto mehr Leute an Bronchialkatarrh, je ärmer sie waren. Ebenso steht es mit den an Pneumonie und Lungentuberkulose Erkrankten. Die sozialen Unterschiede zwischen an Krebs Erkrankten sind jedoch nicht so groß, ebenso bei Todesfällen infolge von Gehirnhamorrhagie. Herzranke kommen im höheren Lebensalter mehr bei Vermögenden vor. Tbc. kam in England am meisten bei Geistesarbeitern vor, weniger bei gelernten und noch weniger bei ungelernten Arbeitern. Dasselbe Verhältnis beobachtete man in England bei Diabetikern. Die Geistesarbeiter erkrankten zumeist im höheren Alter an Gicht. Angina pectoris und Ateriosklerose nehmen im höheren Alter rapid zu, und zwar am meisten bei Geistesarbeitern. Wenn man fragt, welcher der beiden Faktoren im höheren Alter mehr Erkrankungen hervorbringt, die Vererbung oder äußere Ursachen, so ist die Antwort: Die Verlängerung des Durchschnittsalters und gesundes Alter hängen mehr von der Verminderung der durch das Milieu herbeigeführten Ursachen ab. Eine äußerst wertvolle Studie, als Glied einer Reihe von anderen Studien über das Thema „Altern“.

Révész (Sibiu).

Kirschner, Martin: Der Kollaps in der Chirurgie. A. Allgemeiner Teil. (*Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.*) *Chirurg* 10, 249—256 (1938).

Kirschner spricht — und das kann man nur begrüßen — ganz scharf aus, daß es einen Unterschied zwischen Shock und Kollaps nicht gibt. Er ist nicht einverstanden damit, den Shock als das „Plötzliche“ und den Kollaps als das „Allmähliche“, oder den Shock von „außen“ und den Kollaps von „innen“ kommand oder den Shock als „Ursache“ und den Kollaps als „Folge“ zu bezeichnen. Wohl aber erkennt er vom Standpunkt des Chirurgen aus einen besonderen Shockzustand beim Verletzten an, bei dem der Betroffene euphorisch erregt ist, seine Schmerzen nicht empfindet, normalen Blutdruck, einen kleinen, aber gut gefüllten Puls hat. Hier handelt es sich aber nur um eine erethische Anfangsphase des Kollaps mit krampfartiger Gefäßkontraktion, der einer Adrenalinvergiftung ähnlich ist. Er sagt: „Als Kollaps ist jener mehr oder weniger akut einsetzende Zustand zu verstehen, wo der Kreislauf nicht ausreicht, um in den lebenswichtigen Zentren einen ordnungsmäßigen Stoffwechsel aufrechtzuerhalten.“ Der Gefäßkollaps ist aber nicht eine ausschließliche Angelegenheit des Gefäßsystems. K. geht des Genaueren auf die einzelnen Faktoren, die den Blutumlauf regeln, ein. 1. Die Summe der das Blut aktiv bewegenden Kräfte — Herz, Windkesselwirkung der großen Gefäße, Skelet-Darmmuskulatur, Atmung. 2. Tonus der Gefäße. Das Pfortadergebiet ist von besonderer Bedeutung, das $\frac{2}{3}$ des Gesamtblutes (die Milz allein sogar $\frac{1}{5}$) aufnehmen kann. Gefäßkollaps — erniedrigter Blutdruck. 3. Der nervöse Regulationsapparat des Herz-Gefäßsystems. Hirn- oder zentraler Kollaps. 4. Ausreichende Füllung des Gefäßsystems. — Blutkollaps. Wenn er damit eine theoretische Trennung schildert, so bilden doch alle einzelnen Faktoren eine unzutrennliche Einheit. Vielleicht kann man im Anfang noch die Bilder auseinanderhalten. Aber dann ist es ein Circulus vitiosus, der genau geschildert wird und schließlich jede Zelle und jedes Organ einbegreift. Die Ursachen können innere oder äußere sein. Der chirurgische Eingriff nimmt unter den äußeren eine besondere Stellung ein. Hier entwickeln sich prophylaktische Möglichkeiten in planmäßiger Voruntersuchung, planmäßiger Vorbereitung und planmäßiger Operation. Aber da die individuelle Kollapsbereitschaft nicht immer methodisch zu erfassen ist, trotz Berücksichtigung aller Faktoren, so bleibt der Blick des erfahrenen Arztes doch sehr maßgeblich. Anführung der verschiedenen planmäßigen Untersuchungsmethoden. Hinweis auf die verschiedenen Konstitutionen und Rassen, auf den jeweiligen Zustand, wie Durst, Hunger, Übermüdung, muskuläre Überanstrengung; Wärme, Kälte. Starkes Abführen oder Hungern vor Operation ist falsch. Nur Reinigungseinlauf oder mildes Abführmittel. Abgesehen von besonderen Fällen Frühstück 2 Stunden vor Operation. Beim Verunglückten muß vor Narkose nicht immer der Magen ausgepumpt werden. An sich ist K. kein Gegner der prophylaktischen Digitalisgaben, nur tut er es selten, weil er sich sonst die Anwendung von Strophanthin beim manifesten Kollaps versperrt. Jede unnötige körperliche Anstrengung vor der Operation wird vermieden, so also auch der Weg zum Operationssaal. K. ist ein absoluter Gegner des sofortigen Aufstehens nach großen Operationen. Man vermeidet damit vielleicht Thrombosen, vergrößert aber die Kollapsgefahr.

Franz (Berlin).^{oo}

● **Strömbeck, J. P.: Ileitis terminalis.** (*Chir. Klin., Seraphimerkrankenh., Stockholm.*) (*Acta chir. scand.* [Stockh.] Bd. 80, Suppl.-Nr. 50.) Stockholm: 1937. 59 S. u. 23 Abb.

Unter dem Titelnamen versteht Verf. eine Form der chronischen Enteritis, die im unteren Ileum und manchmal auch im angrenzenden Colon lokalisiert ist. Amerikanische Autoren haben diese Form 1932 zum erstenmal beschrieben als „regional ileitis“ [Chron, Ginzburg, Oppenheim, *J. amer. med. Assoc.* 99, 1323 (1932)]. Verf. bringt eine monographische Darstellung der Krankheit, die hauptsächlich bei jüngeren Individuen, mit Hyperämie und Ödem, mitunter Fibrin auf der Serosa, mit ulcerierter

Schleimhaut und auch phlegmonösen Wandveränderungen beginnt; dabei Drüsen-schwellung im Mesenterium. Späterhin, wenn der Prozeß chronisch wird, kommt zu den Schleimhautulcerationen noch eine ausgesprochene Fibrose, besonders in der Submucosa, Rundzellen- und Plasmazellenanhäufung. Manchmal trifft man ein tuberkuloseähnliches Granulationsgewebe mit Fremdkörperriesenzellen, aber ohne Nekrose, ohne käsige Umwandlung und ohne Verkalkung. Schon im Frühstadium kann es durch Exsudation und Ödem zu Stenose des untersten Ileum kommen, besonders aber späterhin, wenn Fibrose, Infiltrate und Muskelhypertrophie sowie Schrumpfung und Wandverdickung zustande gekommen sind. Chronische Perforationen mit Abscessen, Fisteln vom Ileum aus in die angrenzenden verwachsenen Darmteile kommen späterhin dazu. Der klinische Verlauf zeigt ungefähr folgende Stadien: 1. Akute Bauchsymptome, die meist als Appendicitis gedeutet werden, 2. Symptome, die an ulceröse Colitis erinnern: Diarrhöe, krampfartige Schmerzen in der Nabel- und Unterbauchgegend, Gewichtsabnahme, subfebrile Temperatur, leichte sekundäre Anämie, 3. Stenosesymptome, 4. Fisteln. Die Abgrenzung gegenüber Tuberkulose ist offenbar nicht immer einfach. Auch Aktinomykose muß ausgeschlossen werden. Gelegentlich sollen ähnliche Veränderungen auch im Jejunum vorkommen. Die Ätiologie ist im großen ganzen immer noch als unbekannt zu betrachten, trotz zahlreicher bakteriologischer Studien. Der Krankenkreis betrifft auffallend viele Juden. Auch konstitutionelle Momente kommen in Betracht (einmal 2 Schwestern), doch ist gemeinsame Infektion nicht ausgeschlossen. Das von Läden [Dtsch. Z. Chir. **129**, 221 (1914)] so genannte Krankheitsbild der Appendicitis fibroplastica hat histologisch größte Ähnlichkeit mit der Ileitis terminalis. Aus der Besprechung der Pathogenese ist noch wichtig, daß sehr häufig die Ulcerationen in der Gegend des Mesenterialansatzes liegen, wahrscheinlich spielt außer den Beziehungen zum Eintritt der Darmgefäße ein Lymphgefäßschaden pathogenetisch eine Rolle; es wurden ausgedehnte thrombosierte Lymphgefäße in klinischen und tierexperimentellen Fällen gefunden. Verf. bringt anschließend 6 selber beobachtete Fälle, die alle operiert wurden (am besten Eingriff in 3 Sitzungen: Drainage, Ileocolostomie und schließlich Resektion), mit sehr eingehenden histologischen Befunden, dazu eine große Anzahl von makroskopisch-anatomischen, histologischen und Röntgenbildern.

Walcher (Würzburg).

Schaltenbrand, Georg: Neuere Anschauungen über die Ursachen und Behandlung der multiplen Sklerose. (*Neurol. Abt., Med. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Med. Welt **1938**, 435—441.

Übersichtsreferat über die Gruppe der m. S., in dem auch kurz auf andere Krankheiten mit Entmarkungsherden eingegangen wird. Von den Anschauungen des Verf. interessiert, daß er die dissimierte Myelitis am ehesten für eine unspezifische, allergische Reaktion ansehen möchte. Die hereditäre Komponente der m. S. erschöpft sich auch seiner Meinung nach darin, daß eine besondere Anfälligkeit des Nervensystems in den Familien vorhanden ist, in denen die m. S. auftritt. Über die sonstigen Entstehungsmöglichkeiten äußert er sich sehr vorsichtig. Eine Diffusion von Fermenten aus der Blutbahn und den Liquorräumen in die Marksubstanz ist als Ursache nicht unbedingt abzulehnen. Jedoch ist sicher der Lecithingehalt des Liquors nicht größer als bei anderen entzündlichen Erkrankungen und eine einfache Lipasenvermehrung im Liquor kommt als Ursache nicht in Frage. Über die Rolle der Infektion ist zu sagen, daß die ursächliche Bedeutung der Spirochäte und Sphaerula insularis mehr als unwahrscheinlich ist, hingegen ein filtrierbares Virus durchaus in Frage kommen kann. Die Hypothese einer metatuberkulösen Erkrankung ist durch nichts gestützt, ebenso wenig wie ein Zusammenhang mit Blutkrankheiten. Von Vitaminen spielen A, B, C und D bestimmt keine Rolle. Das Trauma kommt ebensoviel und wenig in Frage wie bei Infektionskrankheiten und anderen Leiden. Bemerkenswert ist sein Hinweis auf die Ähnlichkeit der Entmarkungsherde mit manchen herdförmigen Hautkrankheiten, so daß der vom Verf. aufgestellte Begriff eines „unspezifischen neuroektodermalen

Reaktionstypus“ als Ursache für die formale Gestaltung mancher Haut- und Nervenleiden dem Ref. eine beachtliche Hypothese erscheint, wengleich mancherlei Einwände gegen sie gemacht werden können. Hinweis auf die Wichtigkeit der Liquoruntersuchung, gegebenen Falles der Encephalographie. Außerdem zu beachten ist auch das Ergebnis der vom Verf. eingeführten myographischen Untersuchungen, das z. B. in einem kurz mitgeteilten Falle das einzig objektive Zeichen war, das zur Liquoruntersuchung veranlaßte, und auf diese Weise eine sehr frühe Diagnosenstellung ermöglichte. Ferner fand er, daß die besten Heilungsaussichten diejenigen Kranken haben, die in früher Jugend erkranken. Bei der Behandlung, die an 103 Kranken nachgeprüft wurde, scheint der entscheidende Faktor die Ruhestellung zu sein. Außerdem empfiehlt er vegetarische Kost zur Herabsetzung der Entzündungs- und allergischen Reaktionsbereitschaft sowie eine Schmierkur mit Jod. Warnung vor differenten Mitteln.

Matzdorff (Hamburg)._o

Druckrey, Hermann, und Emma Schreiber: Die Wirkung des Coffeins auf die Zellteilung und das Wachstum. (*Pharmakol. Inst., Univ. Berlin u. Zool. Stat., Aquarium, Neapel.*) Naunyn-Schmiedebergs Arch. 188, 208—214 (1938).

Nach Stieve und Eichler führen Coffeindosen von über 100 mg/kg zu einem Wachstumsstillstand bei Kaninchen und Ratten. Die Verff. konnten nun an Seeigeleiern wie auch an den Gewebskulturen von Hühnerherzfibroblasten feststellen, daß auch das Wachstum dieser einfachen Lebewesen durch Coffein gehemmt wurde, und zwar bemerkenswerterweise in Konzentrationen, die denjenigen an Katzen und Kaninchen gefundenen entsprachen. In Versuchen am Blastulastadium der Seeigeleier konnten sie zeigen, daß es sich bei dieser Hemmung um einen spezifischen Einfluß auf das Wachstum handelt und nicht nur um eine Folge der Allgemeinschädigung. Auch an Samenzellen läßt sich diese Unterscheidung durchführen. Es kann also keine Rede davon sein, daß das Coffein die Gonaden spez. schädigt. Für ein gleichartiges Verhalten der verschiedenen Gewebe und Tierarten dem Coffein gegenüber spricht auch der Befund, daß die erregende Coffeindosis für Maus und Mensch pro Kilogramm die gleiche ist. An den Gewebskulturen der Hühnerherzfibroblasten konnten geringe Dosen oder kurzdauernde Behandlung mit Coffein zu einer starken Wachstumssteigerung führen. Eine Erklärung für diese Erscheinung kann noch nicht gegeben werden. R. Richter._o

Mulazzi, Gualtiero, ed Alessandro Zanini: Contributo anatomopatologico allo studio della patologia aortica giovanile. (Anatomisch-pathologischer Beitrag zum Studium der Aortenveränderungen bei Jugendlichen.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Milano.*) Arch. Ist. biochim. ital. 9, 131—170 (1938).

In 100 Fällen, die aus dem Obduktionsmaterial ausgewählt wurden und die Tote unter 30 Jahren betrafen, wurden die Länge und der Umfang der Aorta an je 3 Stellen gemessen. Ferner wurden ausgedehnte histologische Untersuchungen angestellt. Es wurden dabei nur 5 mal, bei Kindern unter 9 Monaten, völlig normale Gefäßwandungen festgestellt. Die krankhaften Befunde bei den anderen 95 Fällen werden in einem Schema von 4 Gruppen mitgeteilt, die erste Gruppe zeigt 28 mal einfache degenerative Aortopathien, die zweite mit 32 Fällen Degenerationen in Verbindung mit akuten entzündlichen Veränderungen, die dritte 26 Beobachtungen von ausgedehnten subakuten entzündlichen Veränderungen mit schweren sekundären Degenerationen, die vierte 9 Kombinationen von chronischen entzündlichen Vorgängen mit atheromatösen Zerstörungen. Je älter die Kranken waren, um so schwerer waren die Befunde. Gelenkrheumatismus und Viridanssepsis bewirken häufiger Läsionen vom Typ 3, ferner machten besonders Tuberkulose, Enterokolitis, eitrige Meningitis, Diphtherie und Lues solche degenerativen Veränderungen, die sich in Verquellungen der elastischen Fasern, Lichtungsherden und Lamellenauflösungen anzeigen. Die Verteilung der Befundarten auf die Grundleiden wird mitgeteilt und ein Zusammenhang zwischen der Arteriosklerose und diesen Bildern angenommen. Gerstel (Gelsenkirchen).

Albertini, A. v.: Studien zur Ätiologie der Arteriosklerose. I. Arteriosklerose der Aorta: Die Bedeutung entzündlicher Aortenerkrankungen (im besonderen der Mes-aortitis „en plaques“) für die Pathogenese der Arteriosklerose. (*Path. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. Z. allg. Path. 1, 3—22 (1938).

Verf. geht von der Feststellung aus, daß auch die Kongreßverhandlungen 1934

in Utrecht (Internationale Gesellschaft für geographische Pathologie) mit ihren Referaten und Wechselreden das Problem der Arteriosklerose einer restlosen Klärung zuzuführen nicht in der Lage gewesen seien. Doch faßte der Vorstand die Definition der A. zusammen: Eine chronische Erkrankung der größeren Arterien, deren morphologische Hauptmerkmale sind: herdförmige, bindegewebige Verdickungen (Platten) der Intima mit mehr oder weniger reichlicher Lipoidanhäufung, häufig auch mit Verkalkung und Geschwürsbildung. Verf. betont für die A. die Polyätiologie, unter welcher neben dem Alter sicher auch Infektionen eine große Rolle spielen, man denke nur an die Mesaortitis syphilitica, auf deren morphologisch charakterisierter Wandveränderung sich noch sekundär eine typische A. gar nicht so selten entwickelt. Die Anschauung Klingses, daß für die A. „der Rheumatismus einen der wichtigsten Faktoren — vielleicht den wichtigsten — darstellt“, möchte Verf. nicht beipflichten, wenn er diese These auch nicht so schroff ablehnt wie Wegelin u. a. Sicher kommen bei der Entstehung der A. zwei Faktoren in Betracht, nämlich irgendeine Form der primären Wandschädigung (Media und Intima), und 2. die sekundäre Fett-, Lipoid- und Kalkinfiltration des geschädigten Gewebes. Zum Beweis, daß in der Polyätiologie der A. infektiös-entzündliche Aortenerkrankungen eine wichtige Rolle als vorbereitendes Leiden spielen, auf das sich sekundär die degenerativen Prozesse der A. aufpfropfen können, bringt Verf. 5 Fälle von sog. „Mesaortitis en plaques“, einer, wie Verf. meint, sicher nicht luischen Mesaortitis (Abbildungen und Beschreibungen erinnern zum Teil freilich sehr stark an Syphilis! Ref.), die bei Männern zwischen 20 und 41 Jahren gefunden wurden, zum Teil in der Brustaorta, zum Teil auch gleichzeitig in der Bauchaorta entwickelt, in einem Fall kombiniert mit Pneumonie und Pericarditis (letztere stellenweise direkt von außen auf die Aorta ascendens übergreifend). Diese „Mesaortitis en plaques“ kann sich als einzelner Herd in der sonst gesunden Aorta vorfinden (2 Fälle), sie kann sich aber auch über größere Bezirke mit zahlreichen Herden ausdehnen; nach Verf. handelt es sich dabei um „eine hämatogene oder lymphogene Ausbreitung des entzündlich-infektiösen Prozesses, die sich vorwiegend von der Adventitia und Media nach innen zu entwickelt, nur selten in umgekehrter Richtung“. In dem 2. Fall seiner Beobachtung (39-jähriger Mann mit chronischer Tonsillitis, Muskelabszeß, Thrombophlebitis usw.) war es sogar zu einem umschriebenen Aneurysma in der Brustaorta gekommen. Verf. beruft sich auch u. a. auf die Forschungsergebnisse von Beitzke, der ja mehrfach darauf hinwies, daß es bei rheumatischen wie auch sonst bei chronischen Infektionszuständen Bilder von Aortitis gibt, die makroskopisch und mikroskopisch der syphilitischen Mesaortitis weitgehend ähnlich sein können.

H. Merkel (München).

Schönberg, Hildegard: Über Vorhofsthromben bei Mitralklappenstenosen. (Städt. Prosektur, Berlin-Wedding u. Weißensee.) Med. Welt 1937, 1777—1781.

Schilderung der klinischen und pathologisch-anatomischen Befunde bei einer 59-jährigen und einer 64-jährigen Frau mit Mitralklappenstenosen nach abgelaufenen rheumatischen Klappenaffektionen, bei denen die linken Vorhöfe stark erweitert und mit Thromben erfüllt waren. Die Besonderheit des 1. Falles ist darin zu sehen, daß außer einer Pankarditis rheumatica noch die Innenfläche der Vorhöfe und beider Pulmonalgefäße befallen waren. In ihnen war es zur Bildung mykotischer Aneurysmen und zur Thrombose in Pulmonalarterie und -vene gekommen. Im 2. Falle lag ein kindskopfgroßes Aneurysma des linken Vorhofes vor, das weitgehend von Dilatationsthromben erfüllt war, seine Wand war nach Art einer Arteriosklerose verdickt. Gerstel.

Thomassen, K.: Ein Fall von paradoxer Luftembolie. Norsk Mag. Laegevidensk. 99, 470—474 u. dtsh. Zusammenfassung 474 (1938) [Norwegisch].

25-jährige Frau. Um einen Abort hervorzurufen, blies sie mit einer Spritze Luft in die Gebärmutter. Es stellten sich Krämpfe mit anschließender Bewußtlosigkeit ein. Am 3. Tag Besserung; die Kranke klagte nun über ein Schwächegefühl im linken Arm, und der Handdruck war leicht herabgesetzt. Später Tod infolge Septicopyämie. Bei

der Obduktion wurde ein weit offenes Foramen ovale konstatiert. Der Befund steht im Einklang mit der Ansicht, daß Luft die Lungen in schädlicher Menge nicht zu passieren vermag.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Moeschlin, Sven: Die traumatische Thrombose und Lungenembolie. (*Path. Inst., Univ. Zürich.*) Helvet. med. Acta 5, 162—194 (1938).

Das vom Verf. kritisch bearbeitete Material ist insofern vielleicht etwas uneinheitlich, als der Beurteilung zugrunde liegen: 110 verwertbare Sektionsfälle des pathol. Instituts, ferner das Material der Schweizer Unfallversicherungsanstalt, von dem 263 Fälle verwertet wurden, darunter nur 33 durch Sektion geklärte Fälle.

Verf. versucht eine Unterteilung der traumatischen Thrombosen und der traumatischen Thrombophlebitiden, die nicht ganz leicht durchzuführen ist; sie muß sich zum Teil auf klinische Beobachtungen stützen. Er unterscheidet: A. Thrombosen mit Entzündungszeichen, und zwar lokale und fortschreitende Thrombophlebitis, bei der ersteren Form die primäre nichteitrige und die primäre eitrige Form, sowie die sekundäre metastatische. Weiter B. Thrombosen ohne Entzündungszeichen (blande Thrombosen), die wieder unterteilt werden in a) lokale Wundthrombosen — fortschreitende direkt traumatische Thrombosen — b) fortschreitende indirekt traumatische oder statische Fernthrombosen — c) Thrombose „par effort“. Dabei ist wohl zu berücksichtigen, daß eine scharfe Trennung zwischen Thrombosen mit und solchen ohne Entzündungszeichen nicht möglich ist. — Was die Rolle des Traumas anbetrifft, so wird festgestellt, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die traumatische Thrombose ihren Ursprung in der mechanisch geschädigten Gewebsstelle selbst nimmt oder sich wenigstens in der gleichen Körperregion, die vom Trauma betroffen wurde, entwickelt, doch will Verf. auch die traumatische Entstehung dann anerkennen, wenn im Anschluß an eine infizierte Verletzung eine Thrombophlebitis an einer anderen Körperstelle auftritt — aber nur wenn keine anderen Infektionsquellen vorliegen. Es wird aber nicht immer ganz leicht sein, diese Behauptung zu stützen. Was die Natur des Traumas, das zur Thrombose führt, anbelangt, so ist auch nach der vorliegenden Statistik die Zahl der ausgedehnten fortschreitenden Thrombosen bei Frakturen bedeutend größer (in den tiefen Gefäßen beginnend) als wie bei Quetschungen (hier meist in den oberflächlichen Venen auftretend). Wenn bei Embolien oft große Gerinnsel verschleppt werden, so läßt sich manchmal noch im Wurzelgebiet der Restthrombus nachweisen. Selbst leichte Kontusionen können zu Thrombose führen, aber erfahrungsgemäß nur selten zu Embolien; Distorsionen sind auch mitunter, wenn auch seltener, die Ursache von Thrombosen, ebenso auch Muskelrisse. Dabei wird ein sehr interessanter Fall eines 40jährigen Mannes berichtet, der sich beim Kegeln — durch indirekte Gewalt — einen Wadenmuskelriß zuzog, von dem aus es im Verlauf von Wochen nicht nur zu Thrombosen und Lungenembolien, sondern schließlich zu einer tödlichen fulminanten Lungenembolie kam. Als Beispiel für die „Thr. par effort“ wird ein 38jähriger Mann angeführt, von Beruf Maler, der gelegentlich des Arbeitens an der Decke mit gestrecktem Arm am 11. Arbeitstag eine Thrombose bekam, die noch monatelang subjektive und objektive Störungen hervorrief. Ähnliche Fälle sollen bei heftigen Armbewegungen usf. in der Literatur niedergelegt sein. Im allgemeinen kommen traumatische Thrombosen natürlich bei schweren Traumen häufiger vor wie bei leichten; die Hauptlokalisation des Traumas ist immer auch nach den vorliegenden Statistiken in den unteren Gliedmaßen (Oberschenkel und Unterschenkel, dann erst Bauch und Becken, dann Thorax usw.) zu suchen. Ob diese Bevorzugung der Lokalisation damit zusammenhängt, daß eben die untere Körperhälfte häufiger von schweren Traumen befallen ist als wie die obere, oder damit, daß in der unteren Körperhälfte schlechtere Kreislaufverhältnisse bestehen (verlangsamte Blutströmung), ist nicht absolut sicher zu entscheiden. Selten sind arterielle traumatische Thrombosen (unter 143 Sektionsfällen nur 2mal); ob ein traumatischer Intimariß in einer Arterie allein zu einer Thrombose führen kann, bleibt dahingestellt, wahrscheinlich spielen noch andere Momente (Blutveränderung, Kreislauf usw.) dabei eine Rolle. Bei der Bewertung der Kreislaufstörungen für das Zustandekommen der traumatischen Thrombose muß man unterscheiden zwischen den bereits vor dem Trauma bestehenden Kreislaufstörungen (Herz- und Lungenkrankheiten usw.) und den erst durch das Trauma bedingten. Die ersteren spielen bei dem vorliegenden Material der traumatischen Thrombose und der Lungenembolien jedenfalls keine größere Rolle (nur 30—40%). Viel wichtiger sind die durch das Trauma erst bedingten nicht auf Herzerkrankungen allein beschränkten sondern allgemeinen Kreislaufstörungen; ein besonders kreislaufscheidendes Moment bilden natürlich wiederholte, wenn auch kleinere Lungenembolien. In einem weiteren Abschnitt wird das Infektionsmoment bei Entstehung der traumatischen Thrombose besprochen, wobei eine exogene und eine endogene Infektion unterschieden wird. Für die letztere stellt Verf. das Auftreten von pneumonischen Lungenprozessen während des Krankenlagers als eine wesentliche Quelle für eintretende Thrombophlebitis in den Vordergrund. Das Vorhandensein von Varicen führt bei Traumen nicht selten zu Thrombose, aber nach der Er-

fahrung des Verf. dann nur selten zu Embolien. Tödliche Lungenembolien kommen überhaupt und traumabedingt im ersten und zweiten Lebensjahrzehnt bekanntlich fast gar nicht zur Beobachtung, mit dem zunehmenden Alter jedoch um so mehr, bei Männern häufiger (Berufe!) als wie bei Frauen. Die Hälfte der traumatischen Lungenembolien verläuft tödlich, teils fulminant, teils durch mehrere Embolieschübe.

Aus all seinen Untersuchungen und Berechnungen kommt Verf. zu der auch allgemein geltenden Ansicht, daß die traumatischen Thrombosen in den meisten Fällen durch ein Zusammenwirken verschiedener, die Thrombose begünstigender Faktoren ausgelöst werden (Kreislaufveränderungen) meist durch schwere Traumen und Infektionsherde.

H. Merkel (München).

Terbrüggen, A.: Nebenniere und operatives Trauma. (*Path. Inst., Univ. Greifswald.*) Zbl. Path. **70**, 81—84 (1938).

Mitteilung zweier Obduktionsbeobachtungen von Kreislaufkollaps nach relativ geringen operativen Eingriffen bei erheblicher Zerstörung der Nebennieren. Der 1. Fall betraf einen 32jährigen mittelkräftigen Handarbeiter, der wegen chronischer Appendicitis operiert wurde und, ohne vorher Anzeichen der Nebenniereninsuffizienz gegeben zu haben, in der 2. Nacht 1 Stunde nach einer Stuhlentleerung an einem Zusammenbruch der Kreislaufregulation starb. Der 2. Kranke war ein 43jähriger, vorher stets gesunder Beamter, bei dem 3 Tage vor dem Tode eine Tonsillektomie wegen nekrotisierender Angina vorgenommen wurde. Einen Tag nach dem Eingriff trat eine schwerste, völlig unbeeinflussbare Kreislaufschwäche ein. Bei beiden Kranken fand sich eine fast vollständige Verkäsung der Nebennieren mit weitgehendem Lipoidschwund. Bei beiden war noch ein kleines Restchen Nebenniere vorhanden, es ist anzunehmen, daß dieser Rest wohl für die Zeit der Gesundheit ausreichte, in der vermehrten Beanspruchung durch die Erkrankungen und die Operationen jedoch nicht mehr genügte.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Schmidt, M. B.: Trauma und Gewächsbildung. Z. Krebsforsch. **47**, 91—107 (1938).

Der Verf. hat ein Material von 80 Fällen (d. h. die im Laufe der letzten 30 Jahre erstatteten Gutachten über diese Fälle), in welchem der Zusammenhang zwischen Unfall und Tumor bejaht wurde (6 Fälle ausgenommen), einer kritischen Durchsicht unterzogen. Bei der Begutachtung sind folgende Gesichtspunkte zu berücksichtigen: Art und Schwere des Traumas bzw. der beruflichen Schädigung, örtliche Übereinstimmung von Schädigung und Geschwulst, Länge der Zwischenzeit bis zur Manifestation, Brückensymptome, lokale und allgemeine Disposition, die eine Determinierung oder nur eine Realisierung annehmen lassen. Feste Regeln lassen sich für die Beurteilung nicht aufstellen. Verf. schlägt vor, durch eine gesetzliche Regelung dem Gutachter vorzuschreiben, die obenerwähnten Gesichtspunkte sorgfältig zu berücksichtigen. Bezüglich der Hirngliome wird nur einer ausgesprochen schweren Verletzung die Fähigkeit zuerkannt, einen vorhandenen Keim zum Wachsen anzuregen; ist nur ein leichtes Kopftrauma dem Gliom vorausgegangen, so ist der Zusammenhang abzulehnen und ein zufälliges Zusammentreffen anzunehmen. Verf. weist darauf hin, daß bei der allgemeinen Neurofibromatose die eine oder andere Geschwulst in den peripheren Nerven nach einer Verletzung des betreffenden Körperabschnittes zur Entwicklung gekommen ist.

Rosenfeld (Berlin).^{oo}

Duvoir, M., L. Pollet, P. Pizon, M. Gaultier et V. Goutner: Calcifications ou osselets périarticulaires de la hanche? (Verkalkungen und periartikuläre Knochenbildungen in der Hüfte.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. V. 1938.*) Ann. Méd. lég. etc. **18**, 464—470 (1938).

Bericht über 2 Fälle. Bei einem 28jährigen Arbeiter, der plötzlich mit heftigen Schmerzen in der rechten Hüfte zusammengebrochen war, zeigte das Röntgenbild zwei kleine unscharfe Schatten am oberen Pfannenrand bei sonst völlig normalem Befund. Es wird vermutet, daß es sich um eine periartische Verkalkung handelt. Im anderen Falle wurde bei einer Frau, die keinerlei Gelenkbeschwerden hatte, radiologisch zufällig ein oberes Sesambein entdeckt.

Giese (Jena).

Mauclaire: Calcifications et ossifications périarticulaires et osselets périacétyloïdiens et intracétyloïdiens de la hanche. (Verkalkungen und periartikuläre Knochenbildungen sowie Knöchelchen in der Umgebung und im Inneren der Hüftgelenkpfanne.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. V. 1938.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **18**, 471—479 (1938).

Verkalkungen sind im allgemeinen ziemlich selten und finden sich ein Schleimbeutel am großen Rollhügel, im Unterhautzellgewebe, in den Muskeln, Sehnen und der Gelenkkapsel. Knochenbildungen haben denselben Sitz wie die Verkalkungen und sind häufig Begleiterscheinungen des chronischen Rheumatismus. Beide Arten von Veränderungen treten sowohl spontan wie posttraumatisch auf. Die Knöchelchen am oberen oder unteren Rand der Pfanne sind Sesambeine. Sie können Schmerzen verursachen und operative Behandlung erfordern, differentialdiagnostisch kommt Abriß des Pfannenrandes in Betracht. Die innerhalb der Pfanne vorkommenden Bildungen sind sehr verschieden in bezug auf Sitz und Form, für den Italiener Perna sind sie Ergänzungsepiphysen der drei die Pfanne bildenden Knochen. *Giese (Jena).*

Puusepp, L.: Die traumatischen Schädigungen des Gehirns und seiner Hüllen. (Auf Grund eigener Beobachtungen.) *Fol. neuropath. eston.* **17**, 1—38 (1938).

Verf. berichtet über seine Erfahrungen im Russisch-Japanischen Kriege 1904—1905, im Weltkriege 1914—1918 und während der Friedenszeit der letzten 15 Jahre, und zwar unter Ausschluß der in der Literatur bereits erschöpfend behandelten Schußverletzungen. Die Arbeit umfaßt 1. die Schädelbrüche; 2. die Verletzungen des Gehirns, und zwar a) Commotio cerebri, b) Contusio cerebri, c) Hirnblutungen, von denen intracerebrale und meningeale unterschieden und diese wieder in subdurale, piaie bzw. subarachnoidale, extradurale und Sinusblutungen eingeteilt werden. Einzelne Krankengeschichten werden mitgeteilt. Hauptgegenstand der Arbeit ist die Behandlung der Frischverletzten. Die Ergebnisse bringen nichts wesentlich Neues. *Hans Baumm (Königsberg i. Pr.).*

Stier, Ewald: Riechstörungen und Hornerisches Syndrom nach Kopftrauma. *Mshr. Psychiatr.* **99**, 201—227 (1938).

Auch bei Parosmien und subjektiven Geruchswahrnehmungen muß erst nasenärztlich der Befund geklärt werden; an Grippe als Ursache muß immer gedacht werden. Einfache Anosmien und Hyposmien, vor allem einseitige, deuten auf Schädigung der Bulbi (Zerreißen, Quetschung, Blutungskompression). Bei den beschriebenen Fällen handelte es sich 6mal um Frakturen des Vorderschädels, 5mal um Stoß gegen den Hinterkopf. Doppelte Schädigung trat 7mal, einseitige 3mal auf. Dabei traten 5mal psychische Stirnhirnsymptome, 3mal Horner-Syndrom, einmal striäre Symptome, keine aphasischen, 4mal Geschmacksstörungen, 3mal Reflexdifferenzen und 2mal Tiefensensibilitätsstörungen einseitiger Natur auf. Plötzliche Geruchssensationen ohne äußeren Reiz sprechen für Rindenläsion. Ein Fall von Parosmien mit intakter Geruchswahrnehmung deutete auf Kombination mit Felsenbeinbruch links und Parageusie auf linke Hemisphäre einschließlich Inselgegend. 3 Fälle von Kombination subjektiver Geruchswahrnehmungen mit gleichseitigem Horner sprachen für Schädigung des Plexus caroticus und Gegend des Trigonum olfactorium (bzw. Tractus). Bei allen 12 Fällen handelte es sich um schwere Läsionen (Vorderschädelfrakturen, schwerste Commotio, aber nie Fraktur der Scheitelhöhe oder der oberen seitlichen Partien des Schädeldachs). Gut ausgleichbar waren die durch Rindenprellung entstandenen Riechstörungen; schwieriger verhielten sich die Bulbusläsionen. *Leibbrand (Berlin).*

Brenner, Franz: Zur Kenntnis der Hirnveränderungen bei Periarteriitis nodosa. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Wien.*) *Frankf. Z. Path.* **51**, 479—503 (1938).

Unter ausführlicher Beschreibung zweier Fälle von Periarteriitis nodosa mit Hirnbeteiligung werden die im Schrifttum niedergelegten Erfahrungen zusammenfassend dargestellt. Die makroskopischen Erscheinungen sind oft gering, demgegenüber können die histopathologischen Veränderungen recht ausgedehnt sein. Bevorzugt sind Hirnstamm und das Marklager, die Rinde bleibt zumeist ausgespart. Die klinischen Symptome, die auf eine Hirnbeteiligung hinweisen, sind mannigfaltig und nicht charakte-

ristisch, nicht selten leiten sie das letzte Stadium der eigenartigen Krankheit ein. Das männliche Geschlecht bleibt auch hier bevorzugt. Tabellarische Übersichten geben einen guten Einblick über das bisher Bekannte. Waren in dem 2. der beschriebenen Fälle die Gefäße frisch, aber nur spärlich erkrankt, so fanden sich im 1. an sehr zahlreichen Arterien die Zeichen älterer und frischer „Periarteriitis“ mit filigranartiger Auflockerung des umgebenden Gewebes durch Ödem und von den Gefäßveränderungen abhängigen Erweichungsherden. Als auffälliger Befund werden große, an Pseudoxanthomzellen erinnernde Zellen in der Intima der betroffenen Gefäße beschrieben. Auf pathogenetische Fragen wird nicht eingegangen. *Gaupp* (Freiburg i. Br.).

● **Anastasopoulos, Georg:** **Klinische Untersuchungen an Hirntumoren zur Frage der Entstehung der Stauungspapille.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) (**Abh. Neur. usw. Hrsg. v. K. Bonhoeffer, H. 81.**) Basel: S. Karger 1937. 115 S. RM. 14.10.

Verf. fand bei 329 Hirntumoren in 205 Fällen (62,1%) eine Stauungspapille. Die Lokalisation des Tumors, die Art desselben und die Hirnreaktion in verschiedenen Kombinationen zusammenwirkend, bestimmen das Auftreten der Stauungspapille, ihre Prominenz, die Seitendifferenzen, die Herabsetzung der Sehkraft, den Übergang in Atrophie. Vorbedingung der Stauungspapille ist ein rasches Tempo der Drucksteigerung, was durch Veränderungen im Tumor selbst (Blutungen, Wachstumsgeschwindigkeit) bedingt sein kann oder durch solche außerhalb: Ödem, Schwellung, Hydrocephalus als Folge von Zirkulationsstörungen, Blutungen usw. Die Stauungspapille ist Folge der Steigerung des Druckes auf die Basis; sie ist nicht allein von dem Tempo der Drucksteigerung abhängig, sondern auch von deren Ausdehnung und Entwicklung. Tumoren der Rinde und der harten Hirnhäute rufen intensivere und frühere Reaktionen hervor. *v. Marenholtz* (Berlin-Schmargendorf).

Miklós, Andor: **Über einen Fall von willkürlichem Nystagmus.** (*Univ.-Augenklin., Debrecen.*) *Klin. Mbl. Augenheilk.* **100**, 186—191 (1938).

26jähriger Arzt produziert einen Pendelnystagmus von 500—600 Wellen in der Minute beim Blick geradeaus, erlernt ihn dann auch in Seitwärts- und Aufwärtsstellung der Bulbi, während er bei Abwärtsstellung nur unvollkommen gelingt. Bei mehreren aufeinanderfolgenden Versuchen nimmt die Zahl der Schwingungen ab, die Vp. gibt Ermüdungsempfindungen an. Die Auslösung des Nystagmus auf einem Auge ist nicht möglich. Während des willkürlichen Nystagmus sind die Lidspalten erweitert, die Bulbi etwas konvergiert und die Pupillen leicht verengert. Vis. $5\frac{1}{3}$, sonst weder an den Augen noch am Nervensystem Ausfallserscheinungen. In der Familie keine ähnlichen Fälle. Verf. neigt zu der Ansicht Brückners, daß es sich um eine oszillierende Innervation tetanisierter Augenmuskeln handelt.

Meumann (Meseritz-Obrwalde).^{oo}

● **Thies, Oskar:** **Die Verätzungen des Auges. Neue Wege zu ihrer Beurteilung und Behandlung.** (*Bücherei d. Augenarztes. H. 2.*) Stuttgart: Ferdinand Enke 1938. 103 S. u. 60 Abb. RM. 4.60.

Verf., der im Zentrum einer chemischen Industrie schon sehr lange als Augenarzt tätig ist, besitzt sehr große Erfahrungen, die durch diese Veröffentlichung der Allgemeinheit zugute kommen. — Bei allen Verätzungen, insbesondere bei Ammoniak, hängt das Schicksal des betroffenen Auges von der sofortigen Ausspülung ab. Mit der möglichst gleich nach der Einlieferung des Verletzten vorgenommenen Lippen-schleimhautplastik hat Verf. die besten Resultate erzielt. Auch bei Schädigungen der Augen durch Kampfgase kann sofortige Spülung mit Borwasser oder physiologischer Kochsalzlösung schwere Folgeerscheinungen verhüten. Das Heft wird nicht nur für den Augenarzt, sondern auch wegen der Gefahr der Kampfgasschädigungen jedem praktischen Arzt von Nutzen sein. *v. Marenholtz* (Berlin).

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

Johannsen, P.: **Orientierende Blutgruppenuntersuchung bei Mentawiern.** *Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië* **1938**, 1138—1139 [Holländisch].

Von den Bewohnern der Mentawai-Inseln wurden vom Verf. 311 Personen auf