

der Lichtreize ergibt. Die Farbensinnstörungen erklären sich sehr wahrscheinlich aus Anomalien der Hornhautkrümmung, besonders der relativen Größe der optischen Zone der Hornhaut, haben ihren Ursprung also in dioptrischen Erscheinungen. Verf. baut darauf eine neue Einteilung der Farbensinnstörungen auf. Die Fusionsbewegungen und die Wahrnehmung der ersten Raumdimension sind durch die Zusammenfassung vieler Stäbchen und Zapfen zu je einer bipolaren Ganglienzelle zu erklären und durch die Zusammenleitung vieler bipolarer Ganglienzellen zu je einer großen Ganglienzelle, insbesondere aber durch die Querverbindungen, welche außerdem von den horizontalen und den amakrinen Ganglienzellen mit ihren Neuriten hergestellt werden: jede Stelle der Stäbchen- und Zapfenschicht ist jedoch zu beiden Hirnhälften abgeleitet. Für das binokulare Scharfsehen sind die erforderlichen Bedingungen: Symmetrie der sphärischen Hornhautaberration und Kongruenz der Mengenverhältnisse linkshirniger und rechtshirniger Reize bei beiden Augenbildern im binokularen Sehen. Die zweite Raumdimension wird dadurch erklärt, daß das Auge als statisches Organ wirkt, selbst bei keinerlei Belichtung der Netzhaut von den unteren Teilen desselben Reize ausgehen, welche auf den Druck des Bulbusgewichtes zurückzuführen und genau so beschaffen sind wie die labyrinthären Statolithenreize. Hierdurch will Verf. auch das Aufrechtsehen erklären. Zum Schluß wird noch das Minimum visibile und Minimum separabile auf Grund der theoretischen Vorstellungen erörtert. Brückner (Basel).<sup>oo</sup>

### **Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.**

**Gerstenberger, Helmut:** Ein Fall von Situs inversus totalis mit multiplen Mißbildungen des Herzens und der Gefäße. (*Path. Inst., Univ. München.*) Frankf. Z. Path. 52, 243—254 (1938).

Bei der Obduktion des 6 Monate alt gewordenen Mädchens fand sich neben Aplasie der Milz, Dreilappigkeit der rechten, Fünflappigkeit der linken Lunge eine Reihe schwerer Mißbildungen des Herzens: mangelhafte Ausbildung des Septum atriorum, Nichtteilung des Septum atriculare commune, unvollständige Drehung des Septum bulbi und hochgradige Stenose des Pulmonalostiums, so daß also ein Cor biloculare vorlag. Es fehlte auch die zweite Kranzarterie. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Kitamura, Tamotsu:** Über die sogenannten Leukocytenbefunde der Tonsille. (*Path. Inst. u. Oto-Rhino-Laryngol. Klin., Univ. Keijo.*) J. Chosen med. Assoc. 28, Nr 8, dtsh. Zusammenfassung 274—276 (1938) [Japanisch].

Verf. untersuchte Tonsillen von Sektionsfällen und operativ entfernte Tonsillen auf ihren Leukocytenbefund. Dieser besteht nicht nur aus echten, polynucleären Blutleukocyten, sondern auch aus fertigen oder werdenden Speicheldrüsenkörperchen, wie aus Oxydase- und Sudan III-Färbungen nach Kawamura hervorgeht. Sie nehmen von den Lymphocyten in den Tonsillen ihren Ursprung (Okuno), erfahren gewisse morphologische Abänderungen in bezug auf Lappung der Kerne, Auftreten von Oxydase und sudanophilen Granula, Größenzunahme, Verquellung u. a. Auch ist die Haltbarkeit und Färbbarkeit der Granula bei den Speicheldrüsenkörperchen meist geringer. Verf. kommt zu dem Schluß, daß bei dem sog. Leukocytenbefund der Tonsillen zwei genetisch und wohl auch funktionell verschiedene Zellarten zu unterscheiden sind. Oxydasegranulathaltige Zellen fanden sich in sämtlichen Tonsillen, wenn auch die operativ gewonnenen fast gar keinen Leukocytenbefund in den oberflächlichen Gewebsbezirken im Gegensatz zu den Leichentonsillen zeigten. Riecke (Kiel).

**Weese:** A proposito del meccanismo degli incidenti da narcosi nei casi di flemmoni del fondo della bocca. (Der Mechanismus der Betäubungszwischenfälle bei Phlegmonen des Mundgrundes.) Giorn. ital. Anest. 4, 211—213 (1938).

Immer handelt es sich bei den Narkosezwischenfällen, die sich bei Operationen in der Mundhöhle oder am Hals ereigneten, um einen kürzeren oder längeren Atemstillstand und nicht etwa um eine primäre Kreislaufschwäche. Auch sind diese Zwischenfälle nicht etwa für die Kurzsnarkosen (Evipan) bezeichnend, sondern kommen auch

bei Lokalanästhesie vor (Fischer, Brunner, le Mée). Es ist bekannt und konnte in Kaninchenversuchen bestätigt werden, daß Druck auf das obere Halsdreieck und besonders auf die Carotisgegend Atemstillstand bewirken kann. Dieser Druck wird aber in dem Augenblick weniger wirksam, in dem auch diese Gegend wirksam von dem Anaestheticum ergriffen ist. Operationen in dieser Gegend sind offenbar von stärkerer Wirkung als einfacher Druck, so daß es also der Eingriff selbst und nicht das Narkoticum ist, welches zu den beklagenswerten Zwischenfällen führte. Will man sie vermeiden, so ist ruhiges Abwarten, bis die Narkose tief genug ist bzw. auch die durch die Entzündung abgekapselten Gewebsteile am Hals durchtränkt hat, die Hauptsache. Es ist kein Wunder, daß die Fachärzte für Laryngologie dank ihrer besonderen Erfahrung wesentlich seltener solche Zwischenfälle erlebten als die mit lebhafterem Temperament ausgestatteten Chirurgen.

Ruge (Frankfurt a. d. O.).

**Link, A.: Über spontane Blutungen aus den Gaumenmandeln.** (*Univ.-Klin. f. Ohren-Nasen-Halskrankh., Greifswald.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 145, 143—149 (1938).

Mit „spontanen“ Gaumenmandelblutungen will Verf. solche Blutungen kennzeichnen, welche in den Gaumenmandeln selbst ihren Ursprung nehmen und ohne jedes von außen kommende artifizielle Moment entstehen. Verf. bespricht den 2. Fall dieser Art in der Weltliteratur bei einem 18jährigen Mädchen. Die Kranke hatte eine besonders schwere und ausgedehnte Scharlachangina durchgemacht, nach deren Abheilung an den Tonsillen äußerlich nichts Krankhaftes mehr beobachtet wurde. Danach war es um so überraschender, als sie aus den Mandeln so bedrohlich blutete, daß sie in die Klinik überwiesen werden mußte. Es wurden sofort beide Mandeln entfernt und die Kranke nach 10 Tagen geheilt entlassen. An den Operationspräparaten fanden sich ausgedehnte entzündliche Nekrosen und Epithelverluste der Kryptenwandungen bis in die blutreichen subepithelialen Schichten hinein, wobei die Nekrosen vielfach bis in die Gefäße selbst hineinreichten. Es wird streng anempfohlen, in solchen Fällen die Tonsillen zu entfernen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Cordier, V., et P. L. Mounier Kuhn: Sur une forme d'hémoptysie non pulmonaire. Les hémorragies trachéales (trachéite hémorragique).** (Über eine Form nichtpulmonaler Hämoptysen. Die trachealen Hämorrhagien [hämorrhagische Tracheitis].) Presse méd. 1938 II, 1065—1068.

Den Ausdruck tracheale Hämorrhagien sollte man nur für jene Hämoptysen anwenden, deren Ursprung bronchoskopisch festgestellt ist. Es handelt sich dabei meist um reinen Blutausswurf, der mehrmals am Tage erfolgt. Die Bronchoskopie deckt entweder maligne oder gutartige Neubildungen auf, seltener syphilitische oder tuberkulöse Veränderungen der Trachea. Oder es handelt sich um autochthone Trachealblutungen durch Veränderungen der Blutgefäße bei trachealer Purpura oder Oslerscher Angina. Und schließlich gibt es eine besondere hämorrhagische Tracheitis, die meist mit einer tuberkulösen Mediastinaldrüsenenerkrankung in Zusammenhang steht, welche eine Erweiterung der Capillaren in der Nachbarschaft hervorgerufen hat, ähnlich dem „Medusenhaupt“ bei alter fibröser Tuberkulose. Die zugrunde liegenden Veränderungen sind alt und latent und erfordern keine spezielle Behandlung, wenn auch die hämorrhagische Tracheitis strengste Aufmerksamkeit verlangt. Außer diesen erwähnten Ursachen kommt noch ein Trachealbluten vor, dessen Ursache man nicht kennt.

Köstler (Berlin).<sup>oo</sup>

**Brosig, Wilhelm: Zuckerguß der Pleura.** (*Gerichtl. Med. Inst., Dtsch. Univ. Prag.*) Zbl. Path. 71, 52—55 (1938).

Als Nebebefund (Tod an Herzruptur nach Autounfall) finden sich bei einer 87jährigen Frau auf der Pleura parietalis beiderseits zahlreiche weißliche knorpelartige, teils langgestreckte, teils rundliche Gebilde, die an Chondromatose denken lassen. Histologisch handelt es sich um hyalin umgewandeltes, derbfaseriges, kollagenes Bindegewebe mit Verkalkungen. Am Übergang in die Pleura Hyperämie der Gefäße und mäßige plasmocytäre Infiltration. Pleuraverwachsungen bestanden nicht. Die Pleura

pulmonalis war völlig frei von Veränderungen. Eine Entstehung dieser Gebilde auf chronisch-entzündlicher Grundlage wird abgelehnt. Auf Ähnlichkeit mit dem sog. Zuckerguß der Milz und der Leber wird hingewiesen und angenommen, daß es sich auch hier um die gleichen, ihrer Ätiologie nach nicht restlos geklärten Veränderungen handelt.

Manz (Göttingen).

**Seadding, J. G.: The chronic pneumonias.** (Die chronischen Lungenentzündungen.) (*Sect. of med., London, 24. V. 1938.*) *Proc. roy. Soc. Med.* **31**, 1259—1271 (1938).

Nach Erläuterung der geschichtlichen Entwicklung wird über 8 eigene Beobachtungen in den letzten 3 Jahren berichtet. Es wird eingeteilt in: chronische umschriebene nichteitrige Pneumonien, die Folgezustände unvollständiger Resolution nach lobärer Pneumonie. Die zweite Gruppe bilden die chronischen eitrigen Pneumonien, bei ihnen beherrscht die Eiterbildung mit oder ohne Absceßbildung die Erscheinungen. Bakteriologisch wurden im Auswurf 7mal *Streptococcus viridans*, 5mal Gram-negative Diplokokken, 3mal nichthämolytische Streptokokken, 3mal *Staphylococcus aureus*, 1mal Pneumokokken und *H. influenzae* sowie 4mal Plaut-Vincent-Spirochäten und fusiforme Bacillen nachgewiesen. Keine neuen Behandlungsverfahren; Arsen und Sulphanilamid enttäuschten.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Naegeli, Th.: Bewegungsablauf der experimentellen Lungenembolie.** *J. internat. Chir.* **3**, 441—448 (1938).

Röntgenkinematographische experimentelle Untersuchungen über den Ablauf einer „Lungenembolie“ (aus Barium, Eisenchlorid und Kochsalzlösung) an Katzen. Die Bewegungen eines solchen in die linke oder rechte V. femoralis gesetzten „Embolus“ sind nicht nur im Sinne eines Transportes im Blutstrom aufzufassen; der Marschablauf ist vielmehr weitgehend von der Funktion des rechten Herzens abhängig. Ferner können die Bewegungen des Zwerchfelles und die Druckverhältnisse im Brustraum den Ablauf einer Embolie beeinflussen. Es gelang nie, den sog. primären Shocktod durch kleinere Emboli nachzuahmen. Ein akuter Tod durch Verstopfung des Stammes der Art. pulmonalis ließ sich gleichfalls nicht erzielen. Schwerere Embolien führten zu einer mehr oder weniger baldigen Überdehnung des rechten Herzens mit sekundärer Insuffizienz der Vorhof- und Kammerklappen. Mit der vom Verf. benutzten Methode konnte der eindeutige Beweis des Ablaufs einer retrograden Embolie als Folge einer akuten Erweiterung des rechten Herzens erbracht werden.

Pfaffenberg.

**Hadfield, Geoffrey: The rheumatic lung.** (Die rheumatische Lunge.) (*St. Bartholomew's Hosp., London.*) *Lancet* **1938 II**, 710—712.

Unter „rheumatischer Lunge“ wird eine massive Verfestigung der Lunge während der akuten infektiösen Phase einer rheumatischen Carditis verstanden. Hierbei pflegen gleichzeitig fibrinöse Pericarditis und Pleuritis vorhanden zu sein, die mikroskopisch durch Aschoffsche Knötchen im Herzen und mononucleäre Infiltration an der Pleura charakterisiert werden. Die Lungenprozesse werden als Splenisation bezeichnet, sie sind die Folge von Ödem, Stauung und Atelektase. Die Lungeninfiltrate selbst haben keinen spezifischen Charakter, sie beginnen mit einer allgemeinen fibrinösen Alveolitis, worauf eine langsame zellige Durchsetzung mit Mononucleären einsetzt. In tödlichen Fällen findet sich außerdem noch meist eine hyaline Pseudomembran in den meisten Alveolargängen der hepatisierten Abschnitte. Manchmal finden sich aber auch dickliche Eiweißexsudate in den Luftröhrenästen. Die im klinischen Bild besonders vorstechende Atemnot setzt mit der Entwicklung der Membranen in den Bronchien ein, ist wahrscheinlich Folge einer kardialen Insuffizienz.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Brenner, F.: Freie muskulöse Strangbildungen in den Vorhöfen des Herzens.** (*Path.-Anat. Inst., Univ. Wien.*) *Beitr. path. Anat.* **101**, 417—428 (1938).

Bei der Obduktion einer 68jährigen, an Colitis verstorbenen Frau fand sich als Nebenbefund ein muskulöser, frei durch die Lichtung des rechten Vorhofes ziehender, 35 mm langer, 3,5 mm dicker Strang, der aus Teilen der Valvula venosa dextra und

des Septum spurium abgeleitet wird. Außerdem wies das Herz noch eine abnorme trichterförmige Einmündung des Sinus coronarius auf. Im 2. Falle fand sich im Herzen eines 80jährigen, an Lungenentzündung verstorbenen Mannes ein quer durch den linken Vorhof verlaufender, sonst gleicher, muskulöser Strang, der von der oberen Umrandung des linken Herzhohes zur Ansatzlinie des Aortensegels der Mitralklappe zog. Dieser Strang wird als erhalten gebliebener unterer Rand eines ursprünglich fehlerhaft angelegten Septum I gedeutet. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Cattabeni, C. Mario:** *Rottura spontanea d'aorta concomitante a necrosi emorragica acuta del pancreas. (Considerazioni medico-legali.)* (Spontanruptur der Aorta, begleitet von akuter hämorrhagischer Pankreasnekrose. [Gerichtsmedizinische Betrachtungen.]) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Milano.*) Infortun. e Traumat. Lav. 4, 72 bis 78 (1938).

Als Ursache der Vereinigung beider Leiden wird in dem besonderen Fall eines 66jährigen Mannes mit Nekrosen der Aortenmedia und Aortenruptur die davon bewirkte plötzliche Herabsetzung des Blutdruckes im Pankreas angenommen. Hierdurch kam es zum Absterben von Pankreasgewebe und dadurch zur hämorrhagischen Pankreatitis. Die Aortenveränderungen sind somit die Ursache der Pankreaserkrankung. Die Folgerungen dieser Vermutung für die gerichtliche Begutachtung werden gezogen. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Benešová, Dagmar:** *Sogenannte spontane Aortenrupturen. (Ústavu pro pat. anat. a histol., univ., Praha.)* Čas. lék. česk. 1938, 711—718 u. engl. Zusammenfassung 717—718 [Tschechisch].

In der Beifügung des Wortes „sogenannte“ zu den schlechthin als spontan bezeichneten Aortenrupturen folgt Autor der von E. Kaufmann gegebenen Einteilung, der damit zum Ausdruck bringen will, daß jede Aortenruptur durch ein Trauma teils ein äußeres, teils ein inneres — Anschlagen der Blutsäule an die Aortenwand — entsteht. Nach einem historischen Überblick über die verschiedenen Auffassungen der Ätiologie der durch inneres Trauma bedingten sog. spontanen Aortenruptur wird die Erdheim'sche Lehre über die Bedeutung der Medianekrose besprochen und der makroskopische und mikroskopische Befund von 2 einschlägigen Fällen eingehend mitgeteilt, welche die Befunde Erdheims voll bestätigten. In weiterem sucht Autor nach einer Erklärung für diese Mediaveränderungen. Unter Zugrundelegung der Auffassung ihrer toxischen Genese meint sie hypothetisch, daß im 1. Fall die Tbc.-Infektion, an welcher der Patient litt, als ätiologisches Moment in Betracht kommen könnte, im 2. Falle könnte allerdings höchstens die chronische, mit Steinbildung verbundene Cholecystitis auf eine toxische Genese hinweisen. *Marx* (Prag).

**Spath, Franz:** *Über die Verletzung und das Aneurysma der Arteria vertebralis.* Zbl. Chir. 1938, 2257—2266.

Die Arteria vertebralis liegt so geschützt, daß Verletzungen und traumatische Aneurysmabildungen zu großen Seltenheiten gehören. Erfolgreiche Operationen dieser Schäden werden vielfach veröffentlicht. Für die schwierige operative Behandlung des Aneurysmas hat Küttner ein besonderes Verfahren ausgearbeitet, das in dem vorliegenden Fall der Operation einer 3 Wochen nach einer Halsstichverletzung auftretenden Aneurysmabildung modifiziert werden mußte. Man hatte die pulsierende Geschwulst zunächst als Aneurysma der Carotis angesprochen und war bei der Operation ungewollt vorzeitig in den Aneurysmasack geraten. Durch die Methode der Aneurysmographie gelang ein Dauererfolg unter Beseitigung der durch Nervendruck eingetretenen Atrophie der Schulter- und Oberarmmuskulatur. *Schackwitz* (Berlin).

**Maggio, Pietro:** *A proposito di nuove vedute sulle cause e sul meccanismo della trombosi post operatoria.* (Neue Gesichtspunkte hinsichtlich der Ursachen und des Mechanismus der postoperativen Thrombose.) (*Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Napoli.*) Clin. chir., N. s. 13, 637—642 (1937).

Verf. bringt einen experimentellen Beitrag zu der neuen Auffassung von Havlicek

betreffend die Ätiopathogenese der Thrombose, indem er die gerinnungsbildende Fähigkeit des portalen Blutes im peripherischen Blute nachgewiesen hat. — Dieser Einfluß des portalen Blutes auf das peripherische Blut ist während der Verdauungsperiode sehr deutlich; das bedeutet, daß sie von besonderen aus dem Darm absorbierten Stoffen abhängt. *Romanese (Turin).*

**Bähr, Ernst:** Die Atherosklerose der Herzkranzgefäße in ihrer Beziehung zu Alter, Krankheit und Konstitution. (*Path. Inst., Krankenh., München-Schwabing.*) Arch. Kreislforsch. 3, 95—124 (1938).

Unter besonderer Berücksichtigung der makroskopischen Befunde wurden die Coronararterien von 308 Menschen im Alter von 4 Monaten bis zu 92 Jahren untersucht. Nach Härtung des ganzen Herzens wurden die Kranzgefäße aufgeschnitten und die Befunde in ein Schema eingetragen. Es wird dabei getrennt in Lipoidosen, in mit Bindegewebsverdickung einhergehende arteriosklerotische Veränderungen und sekundär verkalkte atherosklerotische Platten. Die einzelnen Befundblätter wurden nun je nach der Schwere der krankhaften Veränderungen verschieden stark mit einem Röntgenkontrastmittel bemalt, dann wurden die Einzelschemen übereinander gelegt und eine Sammelstatistik gemacht. Es ergab sich, daß der absteigende Ast der linken Kranzschlagader am frühesten und stärksten befallen wird, an der rechten Kranzschlagader finden sich nur dann stärkere Befunde, wenn die Arterie abnorm lang oder die rechte Herzkammer hypertrophisch ist. Mit erhöhter Herzleistung findet sich auch eine stärkere Coronarsklerose. Bei Geistesarbeitern wurden stärkere Alterserscheinungen beobachtet als bei Handarbeitern. Kranke mit Carcinom und Tuberkulose haben zarte Coronararterien, ebenso Astheniker, während Pykniker und robuste Körperbautypen häufiger von der Coronarsklerose befallen werden. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Elio, Ferri, e Cesare Ferroni:** Alterazioni delle arterie delle ovaie in rapporto con l'età. (Befunde an den Ovarialarterien in Beziehung zum Alter.) (*Istit. di Anat. Umana Norm., Univ., Bologna.*) Boll. Soc. ital. Biol. sper. 13, 802—803 (1938).

Es wird auf den Mangel einer systematischen Untersuchung des Verhaltens der Ovarialarterien in den verschiedenen Stadien der sexuellen Entwicklung hingewiesen und eigene Untersuchungen aus verschiedenen Lebensaltern, zwischen 14 und 86 Jahren, an 20 Personen mitgeteilt. — Im einzelnen wird festgestellt, daß der äußere Durchmesser der Ovarialarterien mit zunehmendem Alter erheblich zunimmt, von 0,06—0,08 mm bei den jüngsten Frauen auf bis 5 mm bei den Greisinnen ansteigt. — In den Arterien, besonders der Rindenmarkgrenze, finden sich bereits bei den jüngsten untersuchten Mädchen kleine, umschriebene Wandveränderungen, bestehend in Infiltraten der Intima und Media, Verdichtung der Elastica und umschriebener Lumenverengung. — Mit zunehmenden Alter nimmt die Zahl und Ausdehnung dieser Veränderungen zu, bis schließlich bei den Greisinnen ausgesprochene Sklerosebefunde mit Obliteration der Arterien festgestellt werden. *Reinhardt (Belzig).*

**Kurz, Otto:** Bluteyste der Orbita. (*Dtsch. Univ.-Augenklin., Prag.*) Klin. Mbl. Augenheilk. 101, 405—412 (1938).

Es wird über einen Fall von umschriebenem Orbitalhämatom berichtet als Folgezustand einer Thrombose in einem ektatischen Venenconvolut, wobei höchstwahrscheinlich vasomotorisch-menstruelle Störungen bei angestrengter Arbeit im Bücken eine Rolle spielen. Völlige Heilung nach Exstirpation. *v. Marenholtz (Berlin).*

**Beutel, A.:** Röntgenologische Beobachtungen bei frischen Oesophagusverätzungen. (*Röntgenabt., II. Med. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) Fortschr. Röntgenstr. 58, 223—227 (1938).

Unter Berücksichtigung der ganz vereinzelter Mitteilungen aus der Literatur werden die röntgenologischen Befunde von 3 frischen Laugen- und einer Säurevergiftung der Speiseröhre beschrieben. „Die frische Laugenvergiftung zeigt eine Weitstellung des Oesophagus auf Grund einer Atonie und einen weitgehenden Verlust der Schleimhaut, so daß die Längsfalten nicht mehr erkennbar sind. Die Säureverätzung

dagegen zeigt eine eigenartige Granulierung, deren Ursache Schleimflocken, Veränderungen im Sinne einer granulierenden Entzündung sein können.“ Bei einer weiteren allgemeinen Beachtung derartiger Veränderungen seitens der Röntgenologen kann vielleicht allmählich eine diagnostisch einwandfreie und sichere röntgenologische Differenzierung ermöglicht werden.

M. Werner (Frankfurt a. M.).

**Phillips, Charles E.: Mediastinal infection from esophageal perforation.** (Die Infektion des Mediastinalraumes durch Oesophagusperforation.) J. amer. med. Assoc. **111**, 998—1004 (1938).

Die Prognose bei Oesophagusperforation ist im allgemeinen sehr schlecht. Demgegenüber werden jedoch aus eigener Beobachtung 20 Fälle mitgeteilt, bei denen nur 3 Todesfälle beobachtet wurden. Die Vorgeschichte, der Krankheits- und Operationsverlauf sämtlicher Fälle werden eingehend geschildert. Verletzungen der oberen Speiseröhrenabschnitte finden sich am häufigsten.

O. Schmidt (Bonn).

**Ergüder, Recai: Corps étrangers multiples dans l'estomac.** (Multiple Fremdkörper im Magen.) (*I. Clin. Chir., École Milit. d'Applicat. et de Méd., Gülhane, Istanbul.*) J. de Chir. **52**, 640—642 (1938).

Beschreibung dreier einschlägiger Fälle: 1. Im Schlaf verschlucktes Gebiß des Oberkiefers geht anstandslos per vias naturales ab. — 2. Versuchter Selbstmord durch Verschlucken von 23, 10—15 cm langen geraden Nägeln. Alsdann Selbstmord durch Erhängen. — Ausführlich (mit 2 Abbildungen) ist der 3. Fall behandelt: 16jähriger geistesgestörter junger Mann, seit 2 Monaten Erbrechen, klagt über unerträgliche Schmerzen im Oberbauch. Im Röntgenbild kompakte Masse, welche unregelmäßige Schatten in der Magengegend ergibt, einzelne längliche Schatten in der Gegend des Coecum und Colon transversum. Diagnose: Zahlreiche Fremdkörper im Magen, die teilweise in den Darmkanal weitergelangt waren. Während einer Beobachtungszeit von 6 Monaten Dauer ging kein Fremdkörper durch Kot ab, auch durch das fortdauernde Erbrechen wurde nichts zutage gefördert. Bei der Operation fand sich schließlich in der freien (!) Bauchhöhle zwischen rechter Colonflexur und Leber die eine Hälfte einer Stecknadel und ein Stück Draht. Aus dem Magen wurde entnommen: 8 Stecknadeln, 2 Glasstücke, 1 dünne Metallplatte, 222 Nägel und Drahtstücke verschiedener Länge und Dicke (das größte 14 cm lang und 3 cm breit). Gesamtgewicht 347 g. Magenschleimhaut verdickt, gerötet, brüchig, mit zahlreichen Defekten. Am 7. Tage nach der Operation ging noch ein, am 10. Tage noch 3 Drahtstücke ab. Trotz Perforation der Magenwand war keinerlei peritoneale Reaktion aufgetreten, ein Umstand, der mit relativer Sterilität des sauren Mageninhaltes erklärt wird.

Manz (Göttingen).

**Burghale, T., und A. Bora: Perforationslose gallige Peritonitis.** (*Urol. Klin., Univ. Bukarest.*) Wien. klin. Wschr. **1938 II**, 1059—1060.

Es handelt sich um ein sehr seltenes Krankheitsbild, das erstmalig 1911 von Clairmont und Haberer beschrieben wurde. In diesem Fall lag eine „chronische Cholecystitis mit Verschuß des — die Gallenblase völlig ausschaltenden — Cysticus, eine Gallensteinkrankheit mit ausgesprochener Stauung der Hauptgallengänge und eine abgekapselte gallige Peritonitis mit wenigstens scheinbar völliger Integrität der Gallengänge“ vor. Zur Erklärung der Pathogenese wird ein Pankreasreflux angenommen, der zu einer kleinen Nekrose des Choledochus und damit zu einer Perforation und dem Ausfließen der Galle ins Peritoneum geführt hat. Die Operation verlief erfolgreich.

M. Werner (Frankfurt a. M.).

**Wyler, Josef: Steinbildung nach direktem Nierentrauma.** (*Chir. Klin., Univ. Zürich.*) Z. Unfallheilk. u. Berufschr. (Bern) **32**, 90—96 (1938).

Ein 34jähriger Mann glitt mit dem Fahrrad bei Nässe aus und erlitt eine Schürfung der linken Hüftgegend. Nach 1 Tage hatte er noch geringe Schmerzen in der linken Lendengegend, am nächsten verfärbte sich der Harn rostbraun. Eine urologische Untersuchung am 5. Tage ergab keine besonderen Befunde, so daß eine leichte traumatische Nierenblutung angenommen wurde. Unter leichten ständigen Beschwerden traten 5 Monate nach dem Unfall Fieber und Anzeichen eines eingeklemmten linksseitigen Uretersteins auf, der nach weiteren 3 Wochen operativ entfernt wurde. Die mikroskopische Untersuchung des Steines zeigt, daß der reine Oxalatstein innen als Kern ein doppeltstecknadelkopfgroßes Blutklümpchen enthielt. Es wird ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Steinbildung und dem Unfall anerkannt.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Fahr, Th.: Zur Frage der Nephrose.** (*Path. Inst., Univ. Hamburg.*) Z. klin. Med. 134, 533—562 (1938).

Der in der Nierenforschung besonders bekannte pathologische Anatom setzt sich mit neueren Anschauungen über die Frage der Nephrose eingehend auseinander, und zwar besonders mit den Arbeiten von Randerath [Z. klin. Med. 127 (1934); Beitr. path. Anat. 95 (1935); Zbl. inn. Med. 57 (1936); Erg. Path. 32 (1937)], schließlich auch mit einigen Meinungsäußerungen des klinischen Nierenforschers Volhard, mit dem zusammen er in früheren Jahren den Begriff der Nephrose hauptsächlich geprägt hat. Weiterhin sind die Versuche von Krylow, die Lipoidnephrose durch Fütterung beim Frosch experimentell zu erzeugen, Anlaß zu der interessanten Abhandlung. Diese in extenso zu besprechen, würde vielleicht den Rahmen eines Referates an dieser Stelle überschreiten. Deshalb nur einige Schlaglichter. Verf. wehrt sich dagegen, daß von Randerath die Eiweißausscheidung als extrarenales Problem, wie es auch von ihm selber für die Lipoidnephrose angenommen wird, auf alle Nephrosen ausgedehnt wird, weiterhin gegen die Verteidigung der Filtrations-Resorptionshypothese. Für Randerath ist die Nephrose eine Dyskrasie. Die Stoffwechselstörung vor der Niere soll das klinische und anatomische Bild der Nephrose beherrschen. Das Primäre sei nach Randerath die Eiweißausscheidung als Folge einer Änderung der Zusammensetzung des Blutplasmas. Dieselbe erfolge lediglich im Glomerulus und führe allmählich zu der Veränderung der Schlingenwand, die man als Glomerulusnephrose bezeichnet. Diese Veränderungen sollen hauptsächlich durch Eiweißresorption, nur wenig dagegen durch Giftresorption entstehen. Nach Fahr spricht gegen die Filtrationsresorptionshypothese hauptsächlich die Schwierigkeit der Vorstellung, daß durch die doppelte Lage lebendiger Zellen (Endothelien und Epithelien des Glomerulus) ein reiner passiver Vorgang wie die Filtration statffinde. Filtrieren könne man nur durch eine Membran, aber nicht durch lebende Zellen. Zum Vergleich erinnert er an die Gallebereitung durch die Reticuloendothelien. Auch die Behauptung Randeraths, daß das Fehlen einer Membrana propria zwischen Glomerulusschlinge und Deckzellen für die Filtrationshypothese spräche, hält Verf. für eine Überbewertung grob morphologischer Erscheinungen. Die Epithelnatur der genannten Gebilde kann nicht bestritten werden. Im Prinzip sind die Verhältnisse am Glomerulus und am Tubulus ähnlich; das Grundhäutchen nach Möllendorff zwischen Glomerulusepithel und Endothel erlaubt zwar beim Erwachsenen keine so deutliche Scheidung wie bei der Tunica propria der Drüsenepithelien und der umspinnenden Capillaren, aber das Prinzip ist dasselbe; vgl. auch die Befunde an der älteren Placenta, bei der man die 2 Schichten des Syncytiums und der Langhansschen Zellschicht auch nicht mehr so isolieren kann wie an der ganz jungen Chorionzotte, aber die Funktion bleibt im Prinzip dieselbe. Weiterhin führt Verf. gegen die Annahme der primären Bedeutung der Eiweißausscheidung die häufige Albuminurie bei Stauung an. Gerade hierbei treten die Veränderungen am Glomerulus und Tubulus besonders wenig hervor. Verf. hat 15 Fälle von zum Teil sehr chronischer Nierenstauung mit starker Eiweißausscheidung in Kapseln und Kanälchen durchgesehen. Niemals bestand dabei eine Glomerulonephrose und in keinem Fall war es zur Tropfenbildung im Sinne der hyalintropfigen Degeneration wie bei Diphtherie und Amyloidnephrose gekommen. Auch auf die Anschauungen Terbrüggens (Klin. Wschr. 1935, 2) weist Verf. hin. Weiterhin verglich Verf. seine 11 Fälle von Lipoidnephrose mit 20 Fällen von Amyloidnephrose und 4 Fällen von Bence-Jonesscher Albuminurie. Die stärkste Eiweißausscheidung bestand bei der Lipoidnephrose und der Bence-Jonesschen Albuminurie. Bei der ersteren tritt vielfach die Tropfenbildung völlig zurück, oft auch bei der Amyloidnephrose. Ferner findet man bei der Lipoidnephrose an vielen Hauptstücken eine starke Epitheldesquamation, die doch nicht Folge einer Eiweißresorption sein könne, ebensowenig wie die ausgesprochen basale Lipoidspeicherung dabei und ebensowenig wie das Verhalten der Fettspeicherung bei der diabetischen Lipämie. Diese Erscheinungen sind ähnlich wie die bei Diphtherie

nach Verf. die Folgen einer toxisch bedingten Zellschädigung, eine „intrazellulär bedingte Fettspeicherung durch regressive Zelltätigkeit“ (Aschoff, Kawamura). Im weiteren Verlauf der Arbeit führt Verf. noch die Sublimatvergiftung zur Stütze seiner Anschauungen an; Schlüsse aus den Tierversuchen von Gérard und Cordier, sowie von Lambert und Hein an Amphibien, die das Auftreten von hyalinen Tropfen in den Epithelien als Folge einer Eiweißresorption beweisen sollen (Aufnahme des eingespritzten Eiweißes aus der Bauchhöhle durch die Flimmertrichter in das Nephron des Amphibiums) erkennt Verf. wegen der Möglichkeit einer anderen Deutung (Resorption durch die Bauchhöhle und Zufuhr durch die Pfortader beim Amphibium zur Niere) nicht an. — Verf. unterscheidet wie früher eine aktive und eine passive Albuminurie: die erstere führt an der Niere morphologisch entweder zu gar nichts oder höchstens zu einer sog. „geordneten Tropfenbildung“. Wenn es bei der aktiven Eiweißausscheidung wie bei Zwangsfütterung zu hyalin-tropfiger Degeneration kommt, so liegt immer auch eine Schädigung der Niere vor (Ausscheidung von blut- oder gar körperfremdem Eiweiß). Bei der passiven Albuminurie können Veränderungen an der Niere ausbleiben (Durchtritt bluteigenen Eiweißes), wie bei der Stauungsalbuminurie. Dagegen kommt es zu morphologischen Veränderungen bei der passiven Albuminurie, wenn eine Schädigung der Tubulus- oder Glomerulusepithelien zugrunde liegt, wodurch die Gefäße beeinflusst und Eiweißaustritt aus den geschädigten Capillaren bewirkt wird, zumal bei der Entzündung. — Weitere Einzelheiten sind im Original nachzulesen.

Walcher (Würzburg).

**Walters, Waltman, and Edwin J. Kepler: Surgical lesions of the adrenal glands.** (Chirurgische Erkrankungen der Nebennieren.) (*Div. of Surg. a. Med., Mayo Clin., Rochester, Minn.*) J. amer. med. Assoc. **111**, 1061—1065 (1938).

Bericht über die Erfahrungen an 50 operativ entfernten Nebennierentumoren. Die klinischen Erscheinungen der 40 Rindentumoren, die hauptsächlich bei Frauen vorkommen, hängen vom Alter der Kranken ab. Es sind meist Aufhören der Menses, Änderungen des Haarwuchses, Acne des Gesichts und rote Striae am Leibe. Beim Mädchen tritt weibliche Frühreife ein, bei Knaben männliche Frühreife; während bei erwachsenen Männern Verweiblichung entsteht. Das klinische Bild ist nicht pathognomonisch, denn Hyperplasie der Nebennierenrinde, Thymustumoren, Keimdrüsen- geschwülste und intrakraniale Prozesse bewirken ähnliche Bilder, auch die Laboratoriumsuntersuchungen halfen wenig, wenn auch das Vorhandensein großer Mengen östrogenen Substanz im Harn bei ausgeschlossener Schwangerschaft für das Vorhandensein eines Nebennierenrindenkrebses spricht. Luftinjektion in die Umgebung der Nebennieren ermöglichte in einigen Fällen die Lokalisation. In der 1. Reihe starb die Hälfte aller Operierten, unter 7 neuen Fällen kam es zu keinem Todesfall, weil ein neues Verfahren den Übergang zu einer neuen Gleichgewichtsbildung im innersekretorischen Apparat ermöglichte: Dies waren Verabreichung großer Mengen von Kochsalz und Natriumcitrat, Nebennierenrindenextrakt und kaliumarme Diät. — Der wichtigste Marktumor der Nebennieren ist gutartig und bewirkt Anfälle von paroxysmaler Blutdrucksteigerung. In 3 Fällen von 4 wurde der Tumor mit großem Erfolge entfernt. Als Zugangsweg zur Nebenniere wird der retroperitoneale und posterolumbale Einschnitt empfohlen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Weiner, H. A., and Robert Tennant: A statistical study of acute hemorrhagic pancreatitis (hemorrhagic necrosis of pancreas).** (Statistische Untersuchungen über die akute hämorrhagische Pankreatitis [hämorrhagische Pankreasnekrose].) (*Laborat. of Path., Yale Univ. School of Med., New Haven.*) Amer. J. med. Sci. **196**, 167—176 (1938).

Unter 4000 Sektionen wurden bei 38 Fällen (1%) akute hämorrhagische Pankreatitis und 97 Fälle von chronischer Pankreatitis (2,4%) gefunden. In 25 (66%) der akuten Fälle war Alkohol ein begleitender Faktor. In 6 (15,8%) bestanden Erkrankungen der extrahepatischen Gallenwege. Bei 51 Todesfällen im akuten alkoholischen



Zustand wurde 27 mal (53%) ein Pankreasschaden (25 akute, 2 chronische) gefunden. In 41 Fällen von chronischem Alkoholismus wurde in 19 Fällen (47%) Pankreasschäden chronischer Natur gefunden. Bei 51 Fällen von Lebercirrhose bestanden 25 mal (49%) Pankreasschäden. Unter 343 Fällen von Krankheiten der extrahepatischen Gallenwege fanden sich 6 mit akuter und 21 mit chronischer Pankreatitis (1,8 und 6,1%).

*Brinck* (Schwerin).

**Pringle, J. Hogarth:** Two cases of pneumocranium. (Zwei Fälle von Pneumocranium.) (*Roy. Infirm., Glasgow.*) *Lancet* 1938 II, 724—726.

Eingehende Beschreibung des klinischen Verlaufs und der Befunde in 2 Fällen von Pneumocranium nach schwerem Schädeltrauma. Die Luftansammlung war im 1. Fall, der ad exitum kam, epidural. Bei der Autopsie fand sich die Lamina cribrosa und das Dach der Orbita frakturiert, so daß die Luft auf dem Wege über die Siebbeinzellen in die Schädelhöhle eingetreten war. Im 2. Fall war durch einen Riß der oberen Wand der Paukenhöhle und der darüberliegenden Dura die Luft in den Subduralraum eingetreten. In beiden Fällen zeigte eine Veränderung des Klopfschalls die unter der Schädeldecke liegende Luftansammlung an.

*Portius* (Hildburghausen).

**Nicolajev, V.:** Ausgedehnte Entwicklungsstörung der Großhirnrinde als unerwarteter Sektionsbefund. (*Histopath. Laborat., Staatl. Anst. Gintermuischa, Jelgava, Lettland.*) *Z. Neur.* 163, 565—574 (1938).

Bei der Obduktion einer nur mäßig debilen 71jährigen Frau zeigte sich an den Windungen des Großhirns eine hochgradige verruköse Pachygyrie mit stärkster Ausprägung zum Stirnpol hin und eine Agyrie in den hinteren basalen Hirnteilen, sowie eine ausgesprochene Vermehrung der Neuroglia und des mesodermalen Gewebes. Die Prozesse beruhen auf einer Entwicklungsstörung der Großhirnrinde, die in einer späteren fetalen Periode begonnen haben muß.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Crinis, Max de:** Über die Hirnschwellung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) *Z. Neur.* 162, 646—670 (1938).

Verf. weist nach eingehender Erörterung des Schrifttums über Hirnschwellung und Hirnödem auf neuere Untersuchungen hinsichtlich des Harnstoffgehaltes des Gehirns hin, die unter seiner Leitung gemacht wurden. Es zeigte sich, daß die Befunde Östreichers [Virchows Arch. 257, 614 (1925)] über den Harnstoffnachweis mit der Xanthhydromethode bei einer Reihe von Todesursachen bestätigt werden konnten. Die in Betracht kommenden Todesursachen sind freilich derartig verschieden, daß eine eigentliche gerichtsärztliche Bedeutung noch fraglich erscheint. Die Krystalle von Xanthidrol-Harnstoff wurden, außer bei Urämie, auch bei Hirntumoren, Cysten, Abscessen, Encephalitis und bei einem Coronarinfarkt gefunden. Verf. kommt zu der Feststellung, daß das durch irgendeinen krankhaften Vorgang vorgenannter Art, ja auch durch Verblutung und toxische Schädigung oder Trauma geschädigte Gehirn auch bei experimenteller Betäubung von Tieren, Harnstoff zurückhält. Dadurch steigt der osmotische Druck und kommt es zu einer Hydratation des Eiweißes, somit zu vermehrter Wasseraufnahme und Hirnschwellung. Verf. denkt an die Möglichkeit des Vorliegens einer Harnstoffphanerose ähnlich wie die Fettphanerose. Auf Versuche von Heim [Biochem. Z. 291, 88 (1937)] wird hingewiesen: In Gegenwart von Harnstoff wird die Wasseraufnahme und Wasserbindung der die Zellgrenzschicht bildenden Kolloide begünstigt. Dadurch quellen sie stärker und werden löslicher. Die Folge kann eine Auflockerung und erhöhte Durchlässigkeit der Plasmagrenzschicht sein. — Die Hirnschwellung ist nach Verf. ein Problem, das nicht nur auf pathologisch-anatomischem, sondern auch auf humoral-pathologischem Gebiet liegt. Deshalb können auch Veränderungen der Körpersäfte zu Hirnschwellung führen, nicht nur Schädigungen der Hirnrinde. Wie schon Reichardt annahm, kommen physikalisch-chemische Vorgänge in Betracht, nach Verf. besonders Übergang von Quellung der Kolloide zur Entquellung. Nur Untersuchungen am lebenden oder überlebenden Organ können Klärung bringen. Der Harnstoff spielt bei der Quellung eine besondere Rolle.

*Walcher* (Würzburg).

**Voss, O.: Beitrag zur Hirnblutung an der Schädelbasis. Intrakranielle basale Blutungen.** (*Chir. Univ.-Klin., Rostock.*) Dtsch. Z. Chir. **250**, 727—735 (1938).

Bericht über 2 Fälle von intrakranieller Blutung. Im 1. Fall hat es sich um eine spontane Blutung eines Hypophysentumors gehandelt. Im 2. Fall lag ein subdurales Hämatom unter der Basis des rechten Stirnlappens als Folge einer Schlägerei vor, das nach dem 13. Krankheitstage erfolgreich operativ entfernt wurde.

v. Neureiter (Berlin).

**Müller, Wilhelm: Ungewöhnliche Liquorbefunde bei Hirnblutungen und Erweichungen.** (*Neurol. Abt., Allg. Krankenh., Barmbeck.*) Nervenarzt **11**, 358—361 (1938).

Verf. berichtet über 2 Fälle, die klinisch das Bild einer Hirnblutung und eines Hirnabscesses boten, während der Liquor mit starker Zell- und Eiweißvermehrung für einen meningitischen Prozeß sprach. Die Autopsie ergab bei dem einen Fall einen großen Blutungsherd, bei dem andern eine Erweichung. Als Ursache für die Liquorveränderungen konnte der histologische Befund einer bis an die Meningen reichenden leukocytären Reaktion angesehen werden. Unerklärlich blieb dagegen das Fehlen der Pleocytose bei einem 3. Fall mit großem Erweichungsherd und gleichem histologischem Bild. Verf. weist auf die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten hin, die solche Liquorsyndrome zwischen lokalisierter Meningitis und Hirnabsceß oder -blutung hervorrufen.

H. Daube (Hamburg).

**Decker, P.: La pression rachidienne différentielle dans les traumatismes cérébraux.** (Der unterschiedliche Druck des Liquor cerebrospinalis bei Schädeltraumen.) (*Clin. Chir., Univ., Lausanne.*) Schweiz. med. Wschr. **1938 I**, 588—591.

In vielen Fällen von Hirnerschütterung gibt die Autopsie keinen hinreichenden Anhalt für den eingetretenen Exitus. Die Annahme Durets, daß es sich hier um einen Liquorshock handle, ist bisher noch immer eine hypothetische geblieben. Verf. konnte bei Fällen von Contusio cerebri vielfach die langsame Entwicklung allerdings unspezifischer Hirnsymptome beobachten, die eine Lokaldiagnose einwandfrei nicht zuließen. In Verbindung mit diesen Beobachtungen hat er unter dem Gesichtspunkt 3 verschiedener Hypothesen experimentelle und pathologische Untersuchungen durchgeführt. Nach der ersten würden die beobachteten klinischen Symptome durch die Resorption der beim Zerfall von Blut und Hirnsubstanz entstehenden Eiweißprodukte verursacht. Diese Annahme wurde vom Verf. aber schließlich fallengelassen und nicht weiter untersucht. Die zweite Hypothese nimmt als Ursache eine Vermehrung des intrakraniellen Druckes bei allgemeinen Hirnschädigungen nach dem Trauma an. In unmittelbarem Zusammenhang mit dieser Annahme steht die dritte Hypothese, nach der ein Hirn-ödem, also eine Funktionsänderung der Ganglienzellen, zugrunde läge, ohne daß damit eine Liquorvermehrung und eine daraus resultierende Druckerhöhung entstünde. Beide Vorgänge könnten kombiniert wirksam sein, dann würden sie sich aber gegenseitig in ihren Wirkungen begrenzen. Die bisherigen Theorien über das Zustandekommen der intrakraniellen Druckerhöhungen gehen zum Teil von falschen Voraussetzungen aus. Die Annahme Kochers, daß das Gehirn ein fixiertes Volumen habe, ist widerlegt. Andere, Mosse, Müller und Sibeck, schuldigen die Innervation der cerebralen Gefäße an. Pfaundler nahm an, daß die Druckerhöhung das Ergebnis der hydrostatischen Verhältnisse im Gehirn, der Elastizität der Meningen und des peripheren arteriellen Druckes sei. Ayala widerlegte diese Hypothese. Gegenüber diesen Annahmen betont der Verf., daß das Hirngewebe auf das Trauma mit einer ödematösen Schwellung antworte, deren Umfang durch die physiologischen und anatomischen Bedingungen des Hirngewebes bestimmt sei. Die ersten sicheren Untersuchungen in dieser Richtung wurden von Dixon und Reichardt gemacht. Die Veränderlichkeit des Liquordruckes wurde nachgewiesen. Cannon und Reynald zeigten, daß dies auf dem Wege der intravasculären Darreichung anisotonischer Lösungen möglich sei und daß Änderung der osmotischen Vorgänge sich dabei abspiele. Dehydrierung durch hypertonische

Lösungen, am besten intravenös, aber auch per os oder rectal verabreicht, führt zu einer Verminderung des Hirnvolumens. Die Erhöhung des Liquordruckes kann durch die Lumbalpunktion gemessen werden, die Volumenvermehrung durch den Erfolg der Dehydrierung. Bei letzterer sind gewisse Gefahrenmomente zu beachten. Die bei starker Dehydrierung auftretenden toxischen Reizerscheinungen (dehydration toxique) sind nicht ungefährlich. Weiter ist zu bedenken, daß die Volumenvermehrung mit einer Verminderung des Liquors einhergehen muß. Unter diesen Umständen muß die Abnahme einer gewissen Liquormenge einen Druck, der der Weite der freien Hirnräume (Arachnoidalraum, Zisternen usw.) entspricht, anzeigen. Außerdem geht die Erhöhung des Liquordruckes in gewisser Weise und bis zu einem gewissen Grad der Erhöhung des Blutdruckes parallel. Ayala hat auf Grund dieser Betrachtungen ein differentialdiagnostisches Mittel angeben können. Verf. überträgt diese Überlegungen auf die Vorgänge bei den posttraumatischen Hirnschädigungen. Bei entsprechenden Patienten führt er den Nachweis, daß nach einem Hirntrauma nach anfänglicher Erholung im Laufe von meist 3 Wochen allmählich eine Abnahme des Liquordruckes auf unternormale Werte zu beobachten ist. Dieser gehen parallel die klinischen Symptome. Nach ungefähr 5 Monaten stellt sich erst die Stabilität in den Druckverhältnissen wieder ein.

*W. Lungwitz (Bernau).*

*W. Lungwitz* (Bernau).<sub>o</sub>

**Süsser, Ignaey: Schädliche Wirkungen von Lumbal- und Suboccipitalpunktionen auf das Nervensystem.** (*Klin. neurol.-psychiatr., uniw., Kraków.*) Now. psychjatr. 14, 60—112 (1937) [Polnisch].

Die Arbeit stützt sich auf die Literaturergebnisse wie auch auf eigene Zusammenstellungen, welche die Kranken der Krakauer Klinik während 17 Jahren betrifft. Von den Symptomen, die nach der Suboccipital- und Lumbalpunktion aufgetreten sind, bespricht der Verf. folgende: Das Syndrom der Meningealsymptome, Entzündungszustände der Meningen (septische und aseptische), das vagotonische Shocksyndrom, Störungen im Bereiche der Schädelnerven, Rückenmarkssymptome, mechanische Schädigungen der Knochen, des Nervengewebes und der Gefäße, humorale Symptome. Weiterhin erwägt der Verf. die Ätiologie und Pathogenese dieser Komplikationen: Das mechanische, toxische, infektiöse Agens, Liquordrainage, die Theorie der Senkung und Steigerung des Druckes des Liquor cerebrospinalis, die Gefäßtheorie. Das Material des Verf. umfaßt 2817 Lumbal-, 73 Suboccipital-, 23 Ventrikular-Punktionen. Unerwünschte Komplikationen traten bei 216 Fällen (7,4%) auf; Exitus: bei 9 Fällen von Lumbalpunktion (0,3%), bei einem Falle von Schädel Lufteinblasung (0,9%), bei 2 Fällen von Ventrikularpunktion (9%). Von 10 Todesfällen nach der Lumbalpunktion betrafen 8 Tumoren der hinteren Schädelhöhle, 1 Tumor der mittleren Schädelhöhle und 1 Urämie. Von den 2 Todesfällen nach der Ventrikularpunktion betraf 1 einen Cysticercus, der das Foramen Magendii verstopfte, 1 eine Blutung aus einem durch die Nadel angestochenen Gehirngefäß. *E. Herman (Warschau).*

*E. Herman* (Warschau).<sub>o</sub>

**Wieneke, Franz:** Über traumatische Hämatomyelie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Münster i. W.*) Münster i. W.: Diss. 1938. 22 S.

Nach kurzer Einleitung Mitteilung dreier Fälle von traumatischer Hämatomyelie mit eingehender Würdigung der Krankengeschichten.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Heinemann, K.: Historisches zur Begriffsbestimmung von Schock und Kollaps.**  
(*Med.-Histor. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Münch. med. Wschr. 1938 II, 1319—1322.

Verf. erörtert an der Hand der sehr umfangreichen Literatur die Frage, ob es zweckmäßig oder gar notwendig ist, die klinischen Tatbestände, welche man teils als Shock, teils als Kollaps zu bezeichnen pflegt, scharf auseinander zu halten. Die Literatur, die es über diese Frage gibt, wird in erschöpfender Weise und in knapper Form wiedergegeben. In neuerer Zeit neigt man dazu, keinen Unterschied zwischen Shock und Kollaps zu machen. Für das Anaphylaxieproblem wird neuerdings die Bezeichnung Shock abgelehnt. Über den Begriff Kollaps herrscht Einigkeit: Kollaps ist das mit Verminderung der zirkulierenden Blutmenge einhergehende Kreislaufversagen.

in welchem das Herz leer arbeitet. Ist Shock etwas anderes? Shock ist ein durch ein Trauma ausgelöste, plötzliche Kreislaufstörung, bei der die Herzkraft nicht beeinträchtigt ist. Die Bezeichnung Shock kann den Ausgangspunkt oder das Initialstadium des Vorganges charakterisieren, die Bezeichnung Kollaps das Resultat bezüglich des Kreislaufes. Rosenfeld (Berlin).

**Wohlfart, Gunnar:** Zur Kenntnis der Altersveränderungen der Augenmuskeln. (*Histol. Abt., Karolín. Inst., Stockholm.*) Z. mikrosk.-anat. Forsch. 44, 33—44 (1938).

Nach den Untersuchungen des Verf. zeigen die Augenmuskeln Abweichungen gegenüber allen andern quer gestreiften Muskeln; es gibt a- und b-Fasern, der Unterschied tritt besonders im Alter hervor, wobei die a-Fasern, die etwa 90% der Fasermenge ausmachen, typische Veränderungen in Gestalt von Fibrillenschwund, Pigmenteinlagerung und vermehrtem interstitiellem Bindegewebe aufweisen. v. Marenholtz.

**Wölfflin, E.:** Über die zeitliche Abhängigkeit des Auftretens von Linsentrübungen bei Bestrahlung mittels verschiedener Wellenlängen. Klin. Mbl. Augenheilk. 101, 321—327 (1938).

Die Latenzzeiten bis zum Auftreten der degenerativen Linsenschädigung sind umgekehrt proportional der angewandten Wellenlänge, d. h. beim Infrarot betragen sie gewöhnlich nur einige Stunden, beim Ultraviolett einige Tage und bei den kurzwelligeren Röntgen- bzw. Radiumstrahlen mehrere Monate bis Jahre. — Die scheibenförmige Linsentrübung am hinteren Pol betrifft meist Leute, die mit überschwelligem Dosen behandelt wurden. Die Schädigung kommt, ähnlich wie bei Spätschädigungen nach Gelbkreuzvergiftungen, auf dem Umwege über den Strahlenkörper, das ernährende Organ der Linse, zustande. v. Marenholtz (Berlin).

**Dide, Maurice, et Ludo van Bogaert:** Sur l'idiotie amaurotique juvénile. (Type Spielmeyer-Vogt.) (Contribution à l'étude de sa sémiologie extra pyramidale, de la répartition et de la cytologie de ses lésions.) (Über die juvenile Form der amaurotischen Idiotie [Typ Spielmeyer-Vogt]. [Beitrag zum Studium der extrapyramidalen Semiotologie, der Verteilung und der Cytologie der Veränderungen.]) (*Asile Braqueville-Toulouse et Sect. d'Anat. Path., Inst. Bunge, Anvers.*) Revue neur. 68, 1—42 (1938).

An Hand zweier Fälle, von denen der eine von Frenkel-Dide-Guirand-Michel früher (1913 und 1920) bereits beschrieben wurde, weisen die Verff. darauf hin, daß auch für pathogenetische Fragen es nicht unnütz sei, die klinische Symptomatik mit der Ausbreitung des degenerativen Prozesses in Beziehung zu setzen. Das Krankheitsbild erschöpft sich ja nicht mit der Erblindung und den Augenhintergrundveränderungen, den epileptischen Anfällen und dem Rückgang der geistigen Fähigkeiten. Die extrapyramidalen Symptome verdienen neben den cerebellaren besondere Beachtung. Stand in dem Fall von van der Scheer und Winkler eine Hyperkinese mit torsionsdystonischen Zügen im Vordergrund, so hier eine Hypo- bzw. Akinese, die Verff. auf das stärkste Betroffensein des Neostriatum und der Substantia nigra zurückführen. (Bei der ubiquitären Ausbreitung des Prozesses wird man bei solchen Ableitungen allerdings stets sehr vorsichtig sein müssen! Ref.) Histopathologisch bemerkenswert sind ein Status marmoratus (recte fibrosus! Ref.) des dorsolateralen Putamens, eine Gliose mit Markscheidenzerfall im mittleren Abschnitt der Substantia nigra, sowie eine leichte diffuse Aufhellung des Centrum ovale im Weigert-Pal-Präparat, besonders frontal. Die Faser gliose ist wenig ausgeprägt, in Gebieten stärkerer Lipoidinfiltration sahen Verff. Kontaktbeziehungen zwischen den Gliafasern und den Nervenzellen, „was diese Bilder interpretieren läßt als eine biotrophische Schwäche der neugebildeten Fasern“. In der Rinde erwiesen sich die Schichten IIIb, V und VI am stärksten betroffen. Die Körperorgane wurden bedauerlicherweise nicht untersucht, auch klinisch sind Stoffwechselerhebungen nicht vorgenommen worden. Bemerkenswert sind die Ansichten der Verff., die sich im übrigen Schaffer anschließen, über die Zellveränderungen. Sie vermuten zufolge des Nachweises safranophiler präpigmentärer Körnchen in den Zellen und der geringen oder fehlenden Ausbildung der „dunklen“ Lipoidpigmente

bei gleichzeitiger Auflösung der vorhandenen, in den vegetativen Kernen des Zwischen-Mittelhirns, daß die Störung als eine Art von Zellentwicklungshemmung ohne Tendenz der Reifung, sehr früh, möglicherweise kongenital, einsetze. Unter diesem Gesichtswinkel erfährt die These von Sjoevall, daß die a. I. nichts anderes als ein vorzeitiger Altersprozeß sei, eine Ablehnung, wie die Verff. — und dies mit vollem Recht — es nicht für angängig halten, die Lipoiddystrophien durch Einbeziehung seniler Demenzen und gewisser Schizophrenie- und Epilepsieformen zu erweitern. *Gaupp* (Freiburg i. Br.).<sup>oo</sup>

**Marinesco, G.: Sur l'idiotie amaurotique juvénile. (À propos d'un travail de MM. Dide et L. van Bogaert.)** (Über die juvenile amaurotische Idiotie. [Bemerkungen zu einer Arbeit von Dide und van Bogaert.]) *Revue neur.* **69**, 449—458 (1938).

Die spätinfantile Form der amaurotischen Idiotie nach Bielschowsky liegt zwischen der Idiotieform nach Tay-Sachs und der nach Spielmeyer-Vogt. Sie tritt zwischen dem 2. und 6. Lebensjahr auf und ist klinisch-anatomisch besonders durch Kleinhirnstörungen gekennzeichnet. Zu diesen 3 Formen muß man noch die amaurotische Idiotie der Erwachsenen nach Kufs hinzurechnen. Doch sind die klinischen Erscheinungen so mannigfaltig, daß Muggia von 5 Typen spricht, nämlich noch von einem Typ Mühlberger, einem Typ Majon und einem Typ Higier-Freud-Vogt. Es wird weiterhin auf zahlreiche histologische Einzelheiten Bezug genommen.

*Ganter* (Wormditt).<sup>oo</sup>

**Schwarzbart, Adolf: Otitis media foetalis.** (*Zaklady anat. pat., univ., Kraków.*) *Polski Przegl. otol.* **13**, 7—19 u. franz. Zusammenfassung 19 (1937) [Polnisch].

Historischer Rückblick auf den histologischen Bau der Paukenhöhlenschleimhaut des Fetus beweist, daß in den betreffenden Arbeiten nur normale Zustände in Betracht kamen. Somit ist Verf.s Aufsatz der erste, der sich mit histologischen Veränderungen der entzündeten fetalen Schleimhaut der Paukenhöhle beschäftigt. Zur Untersuchung kamen 22 Schläfenbeine von 6—10monatigen menschlichen Früchten. 5 beigegebene Mikrophotographien veranschaulichen den histologischen Bau einer entzündeten, eine der normalen Paukenhöhlenschleimhaut. Aus der gefundenen kleinzelligen Infiltration schließt Verf., daß es sich vermutlich um entzündliche Prozesse gehandelt hat.

*Z. Srebrny* (Warschau).<sup>oo</sup>

**Irsigler, F. J.: Über Dornfortsatzmißbildungen.** (*Clementinenhaus, Hannover.*) *Arch. orthop. Chir.* **38**, 593—598 (1938).

Fehlen oder Unterentwicklung von Dornfortsätzen bei regelmäßig geschlossenen Wirbelbögen sind äußerst selten. In dem berichteten Falle handelt es sich um eine Verkümmernng des 3. Brustwirbelfortsatzes mit grubiger Einziehung der Haut ohne funktionelle Ausfälle. Nebenbei um unvollkommene Blockwirbelbildung zwischen 5. und 6. Brustwirbel.

*Regele* (Bozen).<sup>oo</sup>

**Poerschke, A.: Fortschreitende Hautnekrosen nach Operationen.** (*Chir. Abt., St. Norbert-Kranken., Berlin-Schöneberg.*) *Zbl. Chir.* **1938**, 2283—2286.

Beschreibung einer 3 Wochen nach einer Appendektomie an den frisch verheilten Wundrändern schlagartig auftretenden Hautinfiltration mit nachfolgender Nekrotisierung, die unbeeinflußt von den verschiedensten monatelang fortgesetzten konservativen Heilmaßnahmen sich flächenhaft bis zum Rippenbogen und zur Leistenbeuge mit Verschlechterung des Allgemeinbefindens ausbreitete. Erst nach Ausschneidung der Wundränder und Reinigung des Geschwürgrundes mit scharfem Löffel gelingt es, den Prozeß zum Stillstand zu bringen. Eine sich monatelang hinziehende Epithelisierung von den Wundrändern her setzt ein. Wie bei den früher von verschiedenen Beobachtern beschriebenen Fällen dieser an den Hospitalbrand erinnernden Krankheit gelang es trotz eingehendem Verfolg des Verlaufes und histologischen Untersuchungen nicht, die Ursache der Nekrotisierung festzustellen. *Schackwitz.*

**Constantinescu, Mircea N., und J. Săhăilă: Beitrag zum Krankheitsbild der postoperativen fortschreitenden Hautnekrose.** (*II. Chir. Univ.-Klin., Bukarest.*) *Zbl. Chir.* **1938**, 1997—2000.

21jähriger Mann wird wegen durchgebrochenem Pylorusgeschwür und eitriger Bauchfell-

entzündung mit Magenresektion operiert. Drainage in Höhe des Zwölffingerdarmstumpfes und über dem Schambein. Normaler Verlauf bis zum 17. Tage, abgesehen von Temperaturen zwischen 38 und 39° und Schmerzen in Lebergegend. Röntgenbild zeigt Luftblasenbildung mit Flüssigkeitsspiegel unter der Leber. Am 19. Tage Eröffnung dieses Abscesses mit übelriechendem Eiter. Zunächst Besserung, dann Verschlimmerung. Temperatur zwischen 38 und 39° und entzündlich nekrotischer Prozeß um die Hautwunde. Derselbe schreitet täglich fort und ist mit unerträglichen Schmerzen verbunden, die durch Betäubungsmittel nicht zu bekämpfen sind. Um eine nekrotische liegt eine Purpura- und dann eine erysipeloid Zone. Prozeß ist schnell zur rechten Flanke, zur rechten Darmbeingrube fortgeschritten und greift auch auf die linke Bauchwand über. Daher Ausschneidung mit dem elektrischen Messer weit im Gesunden. Nach 2 Monaten fast geheilt entlassen. Über bakteriologische Untersuchung ist nichts gesagt.

Die Krankheit ist von Cullen zuerst 1924 beschrieben, weitere Arbeiten finden sich von Shelton Horsley, Lynn (30 Beobachtungen), Stewart Wallace (37 Fälle), Kappis, Diebold, Tixier, Polloson und Arnulf, Tavernier Santy. Sein Fall ist demnach ein typischer. Differentialdiagnostisch unterscheidet sich die Krankheit 1. von der septischen Hautnekrose, die nicht fortschreitet; 2. vom Hospitalbrand, der einen langsamen Verlauf hat, die Muskulatur ebenfalls ergreift, übel riecht und ansteckend ist; 3. von der Wunddiphtherie durch das Fehlen des Klebs-Löffler-Bacillus. Hinweis auf die bakteriologischen Untersuchungen von Meleney, der eine Symbiose eines schwach anaeroben Streptococcus mit unspezifischen Staphylokokken annimmt, während Kappis eine Symbiose verschiedener Mikrokokken mit dem *Proteus vulgaris* anschuldigt. Die Behandlung kann nur in Ausschneidung im Gesunden bestehen; denn diese Fälle sind alle geheilt, während alle anders behandelten tödlich endigten. Santy hat Quarzlampe nach vorherigen Bestreichen mit 2proz. Silbernitratlösung empfohlen, die mit der chirurgischen Behandlung zu verbinden wäre.

Franz (Berlin).°°

**Vasilu, T., D. Grigorescu und S. Axente: Gerichtlich-medizinische Studie über durch Gehirngeschwülste hervorgerufene Todesfälle.** Rev. Med. leg. 2, Nr 3/4, 113—123 (1938) [Rumänisch].

Im Gerichtsärztlichen Institut von Bucureşti wurden in einem Zeitraum von 10 Jahren bei 8000 gerichtlichen Sezierungen 9 Fälle von plötzlichem Tod infolge von Gehirngeschwülsten verzeichnet. Verff. beschreiben diese Fälle. Die Beobachtungen sind nicht durch histopathologische Untersuchung ergänzt. Der 1. Fall ist der einer Frau von 45 Jahren, bei welcher man ein Ependymogliom (?) des Kleinhirns fand, das in den Raum der 4. Kammer hineinragte. Die Geschwulst war von der Größe einer Nuß. Die Frau war syphilitisch. Es folgt der Fall eines 27jährigen Mannes, bei dem sich eine Geschwulst des Türkensattels vorfindet, die sich auch auf die Optico-striatumkerne ausdehnt. Die Natur der Geschwulst wird nicht erwähnt. Bei einer 50jährigen Frau konstatiert man eine Geschwulst des Kleinhirns in der rechten Hemisphäre. Es folgt der Fall eines 37jährigen Mannes mit einer Geschwulst der Frontalgegend, dann jener einer 30jährigen Frau mit einem mandarinengroßen Gliom des Lobus frontalis. Es wird ein anderer Fall eines Mädchens von 15 Jahren mit einem Meningeom der linken Temporo-Parietalgegend beschrieben; eine ähnliche Geschwulst bei einem Mann von 37 Jahren, bei dem man ein Meningeom des linken Lobus parietalis in der Größe einer Orange fand. In den anderen 2 Fällen handelt es sich um 2 Männer, der eine 21, der andere 30 Jahre alt. Bei dem ersten fand man eine Geschwulst von der Größe einer Mandarine, lokalisiert in dem rechten Lobus occipitalis, bei dem zweiten in der rechten Temporo-Parietalgegend.

Kernbach (Cluj).

**Lampiris, Spyros: Die Carotisdrüsentumoren.** (I. Chir. Univ.-Klin., Athen.) Arch. klin. Chir. 192, 687—696 (1938).

Übersicht über die Symptomatologie und chirurgische Technik der Exstirpation bei Carotisdrüsentumoren an Hand eines eigenen Falles. Der 29jährige Mann hatte einen mandarinengroßen, derben und unbeweglichen Tumor im oberen Drittel der linken Halsseite seit 8 Jahren. Das exstirpierte Präparat war hühnereigroß und zeigte eine tiefe Furche, in der die Carotis communis gelegen hatte. Mikroskopisch fand sich ein Angiosarkom der Drüse

mit zahlreicher Kernteilung und reicher Zellpolymorphie. Bei einer Nachuntersuchung nach 4 Jahren war der Kranke beschwerdefrei. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Milian et Devillers: Ostéite gommeuse des deux clavicules. Syphilis héréditaire tardive.** (Gummöse Ostitis beider Schlüsselbeine bei Syphilis hereditaria tarda.) *Rev. franç. Dermat.* 14, 312—317 (1938).

Ein 36jähriger Chauffeur hatte seit 7 Jahren unbestimmte Schmerzen in der linken Schulter, die zu einer deutlichen Atrophie des Armes geführt hatten. Röntgenologisch wurde eine Zerstörung des äußeren Teiles beider Schlüsselbeine gefunden, die fast wie eine Ostitis fibrosa aussah. Die Infektion soll von der Mutter her entstanden sein. Der Kranke ist seit 15 Jahren verheiratet, hat 8 Kinder, von denen 2 schwächlich sind. In der ganzen Familie sind die Blutreaktionen normal. Auf eine gemischte Behandlung mit Arsen und Wismut besserte sich der Zustand erheblich. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Uehlinger, E., und O. Schürch: Über experimentelle Erzeugung von Sarkomen mit Radium und Mesothorium.** (*Path. Inst. u. Chir. Klin., Univ. Zürich.*) *Dtsch. Z. Chir.* 251, 12—33 (1938).

Bei 107 Kaninchen wurden im Laufe von 7 Jahren die Folgen der Einverleibung von Vaseline mit 0,005 mg Mesothorium in die Brusthöhle, in den Femurschaft, Milz, Leber, Magenwand oder Hoden beobachtet. Von 21 Kaninchen, denen das Gemisch in das Oberschenkelknochenmark eingebracht worden war, und die das Sarkomalter erreichten, zeigten 14 metastasierende Sarkome. Bei den anderen Tieren waren Sarkome seltener. Die Letalzeiten schwanken zwischen 21 und 50 Monaten bei den Knochen-sarkomen und bei den Sarkomen der inneren Organe zwischen 21 und 29 Monaten. Es scheint, daß sowohl der  $\alpha$ - und  $\beta$ -, als der  $\gamma$ -Strahlung krebserzeugende Wirkung zukommt. Bei den Versuchen scheinen sich aber die Wirkungen aller 3 Strahlenarten vereinigt zu haben, die  $\alpha$ -freie Mesothoriumstrahlung hat die gleiche krebserzeugende Wirkung wie das Radium, so daß die  $\beta$ - und  $\gamma$ -Strahlen wohl die wesentliche Verursachung darstellen. Bemerkenswert ist, daß die in den Spontantumoren entsprechenden Strahlensarkome ganz gleich blieben, ob man den Tieren 0,1  $\gamma$  oder 5  $\gamma$  Mesothorium einverleibte. Der Strahlenschaden trifft besonders das Stützgewebe, weniger das Epithel. Die Arbeit schließt mit der für die Strahlentherapie sehr wichtigen Befürchtung, daß mit der Zunahme der Strahlenbehandlung bösartiger Geschwülste in Zukunft mit einer Zunahme von Sarkomen als Bestrahlungsspätschäden zu rechnen sei. (Uehlinger hat bereits in der Schweiz. Med. Wschr. 1937, 214 über ein osteogenes Sarkom des Siebbeins bei einem 48jährigen Mann nach Röntgen-Radiumbestrahlung eines Hypophysentumors berichtet und beschreibt in der vorliegenden Arbeit noch ein Spindelzellensarkom der Zunge nach Bestrahlung eines Plattenepithelcarcinoms.)

*Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Contini, Valentino: Contributo allo studio delle cisti del funicolo spermatico e del sacco erniario. (A proposito di due pseudocisti connettivali.)** (Beitrag zur Kenntnis der Cysten des Samenstranges und des Bruchsackes. [Anschließend an 2 bindegewebige Pseudocysten.]) (*Istit. di Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Siena.*) *Clinica chir.*, N. s. 13, 443—456 (1937).

Mitteilung zweier Fälle von taubeneigroßen Cysten an einer Leistenhernie bzw. am Samenstrang. Die Cyste am Samenstrang war bei einem 62jährigen Mann aufgetreten, die Bruchwandcyste bei einem 22jährigen. Die Besonderheiten der Beobachtungen liegen in dem Cysteninhalt, der nicht wäßrig-flüssig, sondern breig war und aus Detritus bestand. Es ist anzunehmen, daß diese Neubildungen durch Degenerationen des Bindegewebes entstehen, es fehlte den Säcken auch eine epitheliale oder endotheliale Auskleidung. Es wird daher die Bezeichnung conjunctivale Pseudocysten vorgeschlagen. *Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Goldhahn, Richard: Einspritzungsbehandlung von Brüchen und Fortpflanzungsfähigkeit.** (*Kreiskrankenh., Liegnitz.*) *Münch. med. Wschr.* 1938 II, 1475—1476.

Es wird dringend vor Anwendung der operationslosen Bruchbehandlung durch Einspritzung von Alkohol oder anderen, die Verklebung der Bruchpforte bezweckenden Mitteln gewarnt, weil abgesehen von der Unzweckmäßigkeit der Methode eine sichere Schonung des Samenleiters nicht möglich ist. Somit kann eine Schädigung der Fortpflanzungsfähigkeit erfolgen (in einem Fall sogar völlige Atrophie beider Hoden). Der

Kranke, der den Arzt wegen der Aussichten der Injektionsbehandlung befragt, muß auf jeden Fall auf die Gefahren der Methode hingewiesen werden. Soll der Eingriff bei Minderjährigen vorgenommen werden, wäre vormundschaftliche Operationserlaubnis nötig, da die Bruchheinspritzung rechtlich in die Gruppe der Operationen zu rechnen ist. *Jungmichel* (Göttingen).

**Benda, R., E. Orinstein, M. Thaon, J. Nicolas et D. A. Urquia:** Présence du tréponème dans le suc médullaire prélevé par ponction sternale au cours d'une syphilis primaire. (Die Gegenwart von Spirochäten im Knochenmark bei primärer Syphilis.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 54, 1363 (1938).

Am 13. Tage nach Auftreten des Geschwürs wurden im Knochenmark Spirochäten gefunden. Im Geschwür selbst konnten dagegen Spirochäten nicht nachgewiesen werden. *Förster* (Marburg).

**Tunze, W.:** Ein Fall von Tetanus trotz prophylaktischer Injektion. (*Heinrich Lanz-Krankenhs., Mannheim.*) Zbl. Chir. 1938, 2319—2325.

Verf. kommt auf Grund eines Falles, der trotz frühzeitiger und nach Ausbruch des Tetanus am 12. Tage wiederholter Tetanusinjektion verstarb, zu der Überzeugung, daß bei allen verdächtigen größeren Wunden — besonders an den Unterextremitäten — eine Wiederholung der prophylaktischen Injektion etwa am 7. bis 9. Tage erforderlich ist. Im übrigen stellt er sich auf den, jetzt wohl von allen Chirurgen angenommenen Standpunkt, daß die Friedrichsche Wundexcision, die aber leider nicht in allen Fällen möglich ist, an erste Stelle zu setzen und der Nurprophylaxe vorzuziehen ist, daß aber bei allen größeren verschmutzten Wunden die prophylaktische Tetanusseruminjektion gemacht werden muß. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Lange, Cornelia de:** Die Diagnose „Encephalitis“ im Säuglings- und Kleinkindesalter. (*Univ.-Kinderklin., Amsterdam.*) Mschr. Kinderheilk. 75, 264—285 (1938).

Encephalitis im Sinne eines Entzündungsprozesses im Gehirn kommt im Säuglingsalter zweifellos vor. (Epidemische und sporadische Formen, besondere Epidemien in der Schweiz, Japan, Australien, Heine-Medinsche Krankheit, Grippeencephalitis, durch Protozoen verursachte und postinfektiöse Formen, wo neben perivacuulären Entmarkungsherden auch perivacuuläre Infiltrate auftreten.) Viel öfter entwickelt sich jedoch im Säuglingsalter eine Encephalopathie auf toxisch-infektiösem Boden, die mit einem eigentümlichen Krankheitsbild einhergeht und entweder völlig ausheilt oder zu psychischen Defekten führen kann. Es ist bei diesen Fällen oft klinisch nicht zu entscheiden, ob es sich um eine akute Encephalitis, Encephalopathie, ein Geburtstrauma oder den Anfang einer degenerativen Gehirnkrankheit handelt. Bisweilen gelingt es bei eingehender Gehirnuntersuchung auch nicht, ein pathologisch-anatomisches Substrat für das Krankheitsbild, das im Leben als ein cerebrales imponiert hat, zu finden. Im ganzen ist daher der Encephalitisdiagnose im Säuglingsalter gegenüber Zurückhaltung am Platze. *Weimann* (Berlin).

**Stockert, F. G. von:** Ursachen und Behandlung des kindlichen Bettnässens. (*Univ.-Nervenklin., Frankfurt a. M.*) Med. Klin. 1938 II, 1156—1159.

So vielfältig die Entstehungsbedingungen des kindlichen Einnässens sind, so verschiedenartig müssen auch die therapeutischen Maßnahmen sein. Verf. erörtert erstere und gibt unter Hinweis auf einige Fälle, die die Möglichkeit therapeutischer Erfolge auch bei lange bestehender Enurese erweisen, einen lesenswerten Überblick über die Gesichtspunkte und Maßnahmen zur Beseitigung des Leidens. *H. Pfister.*

**Köstlin, H.:** Das zirkulationsgestörte Glied und die physikalische Behandlung. Was ist „Verbrennung“? Med. Klin. 1938 II, 1222—1225.

Ein nach Diathermiebehandlung an der Stelle der angelegten Elektrode aufgetretenes Ulcus führte zur Annahme einer Diathermieverbrennung. Erst aus der Vorgeschichte ergab sich, daß in diesem Fall seit Jahren eine rezidivierende Endarteriitis obliterans bestand, und daß daher das krankhaft veränderte Gewebe auf den thermischen Reiz anders und später reagiert hatte als sonst bei normaler, ungestörter Zirkulation. Es handelt sich daher in diesem Fall nicht um einen Kunstfehler, sondern um eine krankhafte Reaktion. *Förster.*



**Schröder, Hein:** Haben gynäkologische Erkrankungen eine Bedeutung für die Genese des Mongolismus? (*Abt. Lehre u. Forsch., Thüring. Landesamt f. Rassewesen in Weimar, Jena u. Kaiser Wilhelm-Inst. f. Geneal. u. Demogr., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, München.*) Z. Neur. **163**, 390—396 (1938).

Durch Umfrage mittels Fragebogen erhielt Verf. von 97 Müttern Mongoloider Auskunft über die gynäkologische Anamnese. Schwangerschaftsblutungen während der Tragzeit von Mongoloiden kamen bei 17 (= 17,5%) vor, in einer gleichfalls untersuchten Serie von Müttern normaler Kinder bei nur 1%. Bei 26 (= 26,5%) Frauen, die ein mongoloides Kind geboren hatten, lagen Gebärmutterknickung (Retroflexio) oder Senkungsbeschwerden vor (in der Normalbevölkerung 5,5%). Der Eintritt der Menarche lag mit 14,8 Jahren durchschnittlich genau so hoch wie in 76 Vergleichsfällen. Für das Vorliegen einer ovariellen Insuffizienz hat Verf. keine sicheren Anhaltspunkte finden können. 29 von 97 (= 29,9%) Mongoloiden wurden mindestens 14 Tage vor dem errechneten Geburtstermin geboren. Das Geburtsgewicht lag mit 2850 g deutlich unter der Norm, die mit 3400 g angegeben wird. — Empfängnisverhütende Mittel können nach den erhobenen Befunden keine Bedeutung in der Ätiologie des Mongolismus haben.

*Portius (Hildburghausen).*

**Ufer, Rudolf:** Über Todesursachen bei Greisen. Kiel: Diss. 1937. 23 S.

Die Todesursachen von 2486 Personen über 55 Jahren werden statistisch untersucht. Es ergibt sich, daß selten ein einzelner Vorgang als die Todesursache angeschuldigt werden kann, sondern daß meistens ein Komplex verschiedener Ursachen vorliegt. Von einem natürlichen Alterstod konnte höchstens bei 5 Fällen die Rede sein, aber auch bei diesen waren die Befunde nicht vollständig und befriedigend genug zu erheben. Die Krankheiten werden in 12 Gruppen, für Männer und Frauen getrennt, mitgeteilt. Hierin fallen die hohen Werte für Erkrankungen an Tumoren (etwa 35%) und die geringen Zahlen für Erkrankungen des Nervensystems (etwa 2%) und septische Erkrankungen (etwa 5%) auf. Ähnlich geringe Zahlen finden sich für Unfallfolgen und Selbstmord, Lues, Tuberkulose, Blutkrankheiten und Stoffwechselerkrankungen. Je etwa 15% der Fälle beanspruchten die Erkrankungen der Harnorgane, Verdauungsorgane und die Herz- und Gefäßerkrankungen. Lungenprozesse als Komplikationen anderer Erkrankungen fanden sich bis zu 31%.

*Gerstel (Gelsenkirchen).*

**Poniemunski, Alexander:** Medizin und Chiropraktik in ihren Beziehungen zueinander. Eine kritische Studie. Gesdh. u. Wohlf. **18**, 469—488 (1938).

Die Grundanschauung der Chiropraktik, daß Schädigungen der Wirbelsäule und der intervertebralen Nerven subjektiv wie objektiv mannigfaltige Krankheitserscheinungen hervorrufen können, ist richtig, auch im wissenschaftlichen Sinne. Doch ist falsch die Behauptung der Ch., daß allgemein die Schädigung der intervertebralen Nerven eine Erkrankung der inneren Organe zur Folge habe, wenn dies auch als möglich im Einzelfalle zuzugeben sei. Falsch ist auch die Anschauung, daß derartige Schädigungen der intervertebralen Nerven ganz allgemein durch eine Verschiebung oder Verrenkung von Wirbelkörpern hervorgerufen seien; daß man fernerhin durch die der Ch. eigentümlichen Manipulationen an der Wirbelsäule die Wiedereinrenkung des verschobenen Wirbels bewirken könne. Das Körnchen Wahrheit in der Ch. sieht Verf. in einem häufigen Auftreten von Neuritiden der Intervertebralnerven auf toxisch-infektiöser Basis (sehr häufig nach Grippe), die er für eine große Anzahl von Beschwerden für verantwortlich hält. An Hand von einzelnen Fällen weist Verf. auf ein angeblich häufiges Verkennen solcher Pseudokrankheiten durch Intervertebralneuritiden hin, die als Organkrankheiten des Brustkorbs oder der Bauchhöhle diagnostiziert werden. Die nach Angabe des Verf. tatsächlich vorhandenen Erfolge der Ch. erklären sich durch Massagewirkung auf die Nerven an ihrer Austrittsstelle, nicht durch die angebliche Einrenkung von Wirbeln. Sachgemäße Massage ist das souveräne Mittel zur Heilung dieser Pseudokrankheiten. Gefahrmomente sind bei der Ch. gegeben in der Verkenntung der vorkommenden wirklichen Organkrankheiten und in dem Verabsäumen des richtigen

Zeitpunktes für die sachgemäße medizinische Behandlung, ferner in der Gewaltanwendung bei der angeblichen Einrenkung, durch die schwere Schädigungen hervorgerufen werden können. Die Ch. soll die Anregung zu einer wissenschaftlichen Erforschung der Intervertebralnervenpathologie geben. *Heidemann.*

**Schmidt, Rudolf: Das Rauchen in der Pathogenese innerer Krankheiten.** (*I. Med. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) *Med. Klin.* 1938 I, 665—669.

In einem Vortrag vor einer bezirksärztlichen Vereinigung besprach Verf. die Bedeutung des Nicotins in der Pathogenese innerer Krankheiten, nicht so sehr vom theoretisch-toxikologischen Standpunkt, als vielmehr von klinischen Fragestellungen ausgehend: welche Konstitutionstypen sind nicotinerethisch, welche nicotintorpid und zu welchen Teilapparaturen (Zirkulationsapparat?, Digestionssystem?, vegetatives Nervensystem? usw.) besteht jeweilig die stärkste Affinität. In scheinbar antagonistischer Wirkung beeinflußt das Rauchen die Stimmung und die Fähigkeit zu geistiger Arbeit im Sinne eines Sedativums und eines Excitans. Die schädlichen Wirkungen, wie sie bei nicotinerethischen Individuen auch bei mäßigem Rauchen entstehen können, scheinen besonders durch eine Sensibilisierung des Gesamtorganismus, besonders aber gewisser Teilapparaturen zustande zu kommen. Zur Klärung des Problems der unspezifischen Sensibilisierung muß zunächst die Frage aufgeworfen werden, welche Sensibilisatoren außer Nicotin dabei in Betracht kommen: 1. Angeborene Minderwertigkeit bestimmter Organsysteme im Sinne reizbarer Schwäche und psycho-neuropathischer Zustände. 2. Bestimmte endokrine Konstellationen (Überfunktion von Schilddrüse, Nebenniere, Unterfunktion von Epithelkörperchen, Ausfall ovarieller Funktionen). 3. Chronisch-latente Infektionszustände (Lues, Tuberkulose, Tonsillitis, Malaria u. dgl.). 4. Stoffwechselanomalien, z. B. uratische Diathese, multiple Lipomatose, Glykosurie, Anämie, Störungen exkretorischer Vorgänge; unzweckmäßige Ernährung (Luxuskonsumption). 5. Exogene Intoxikation mit Alkohol, Blei, Morphin, Cocain u. dgl. 6. Berufliche Überanstrengungen, unlustbetonte seelische Daueraffekte, sexuelle Exzesse und Abwegigkeiten, Genitalerkrankungen, Unterernährung, menstruelle Blutverluste, zahlreiche Geburten, langdauernde Lactation u. dgl. Von diesen Grundlagen ausgehend, besprach Verf. nun im einzelnen die Klinik der Nicotinstörungen des Verdauungstraktes, des Zirkulationsapparates, des Nervensystems, der Blutdrüsen, des Respirationstraktes, um schließlich mit einigen kurzen Hinweisen auf die Durchführung der Nicotinentwöhnung zu schließen. *K. Thums (München).*

**Kulchar, George V., and Erla I. Ninnis: The sources of infection in syphilis.** (Die Quellen der Syphilisinfektion.) (*Dep. of Dermatol. a. Syphilol., School of Med., Stanford Univ. School of Med., San Francisco.*) *Amer. J. Syph.* 22, 584—587 (1938).

Bei 1152 Patienten mit primärer und sekundärer Lues versuchten Verff. die Quellen der Infektion ausfindig zu machen und kommen zu dem Ergebnis, daß nicht die gewerbmäßige Prostitution, wie bisher angenommen wurde, sondern in höherem Maße der freie Geschlechtsverkehr für die Verbreitung der Lues in Amerika verantwortlich gemacht werden mußte. 40% der Männer haben als Infektionsquelle Prostitution angegeben; 35% konnten mit Sicherheit nachgewiesen werden. 51% der Männer haben sich im freien Geschlechtsverkehr infiziert, davon konnten nur 14% mit Sicherheit nachgewiesen werden. *W. V. Beck (Breslau).*

### **Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.**

**Weinert, Hans: Die anthropologische Bedeutung der Blutgruppen und das Problem ihrer Entstehung bei den Menschenrassen.** *Erbarzt (Sonderbeil. z. Dtsch. Ärztebl.* 1938, Nr 42) 5, 132—133 (1938).

Von anthropologischer Bedeutung ist nicht die Zugehörigkeit einer Einzelperson zu einer bestimmten Blutgruppe, sondern die Blutgruppenverteilung in einer Bevölkerungsgruppe. Wie die Untersuchungen an Menschenaffen zeigen, ist die Aufspaltung der Blutgruppen schon vor der eigentlichen Menschwerdung erfolgt; die Ver-