

Etwaige Reste von Formaldehyd lassen sich durch Übergießen mit keimfreiem Heißwasser oder durch Ammoniakdämpfe beseitigen. Der Erfolg dieses Verfahrens, das Keime zerstört, die auch nach 60ständiger Einwirkung von strömendem Wasserdampf nicht abgetötet werden, ist in sorgfältigster Weise nachgeprüft und über die Prüfungsverfahren mit ihren Ergebnissen ist ausführlich berichtet. *Schackwitz.*

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

**Fischer, Walther:** Über die Grenzen der pathologisch-anatomischen Diagnostik. (*Path. Inst., Univ. Rostock.*) Med. Welt 1940, 372—375.

Da der gerichtliche Mediziner bzw. der Institutsvorstand nicht selten zur anatomischen und histologischen Untersuchung eingesetztes Material (Leichteile) zu bearbeiten hat, so sind die hier vorliegenden Ausführungen des Pathologen auch für uns nach mancher Richtung hin bemerkens- und beherzigenswert, zumal die von uns gestellten Diagnosen und Befunde richtung- und oft ausschlaggebend auch für das gerichtsärztliche Gutachten sein werden und sich daher der Untersucher seiner Verantwortung und der Grenzen seiner Schlüsse aus dem Morphologischen bewußt sein muß! — Fischer unterscheidet 1. die rein morphologische, 2. die ätiologische, 3. die funktionelle Diagnose. Die erste betrifft die festgestellte Abweichung vom normalen anatomischen und histologischen Bau des vorliegenden Organs und Organgewebes; die zweite soll die Feststellung bezeichnen, wodurch es zu dieser Abweichung vom normalen anatomischen und histologischen Befund gekommen ist. Dabei wird oft nicht der Befund am Einzelorgan wichtig und ausschlaggebend sein, sondern die Konstellation von Befunden, so z. B. ob bei einer Sublimatnephrose (d. h. bei Verdacht auf Hg-Vergiftung) auch bei der Leiche Darm- und Mundhöhlenveränderungen vorhanden waren; in anderen Fällen, z. B. bei einer Schlafmittelvergiftung, wird Nieren- und Herzmuskelbefund völlig negativ sein, aber die agonale Schluckpneumonie wird als morphologischer Befund an sich kaum zu deuten sein. Hier ist wie für den Pathologen bei der Untersuchung einer Probeexcision das ganze klinische Bild wichtig, ferner der makroskopische Befund, die Anamnese und für uns gerichtliche Mediziner der ganze Tatbestand, z. B. bei Auffindung einer Leiche, ferner Zeugenaussagen evtl. auch über das psychische und somatische Verhalten des Verstorbenen usw. Die histologisch-morphologische Diagnose wird also in ihrer Bedeutung für die Todesursache und den Todeseintritt durch Feststellungen klinischer Art (fragliche ärztliche Behandlung, Zeugenaussagen über Herzbeschwerden, anginöse Zustände usw. bei plötzlichem Tod, andererseits bei Kindmordverdacht Feststellungen über den Geburtsverlauf usw. Ref.) möglichst zu unterbauen sein. Der Bescheid, sagt F. zum Schluß, sei „*tuto, cito et jucunde*“: *tuto*, d. h. der Untersucher behauptet nichts, was er nicht auf Grund seines Wissens und mit seinen Methoden erfassen und sicher behaupten kann, nicht zuviel, aber auch nicht zuwenig; *cito*: er lasse den Auskunft erbittenden Gerichtsarzt oder Staatsanwalt nicht zu lange auf Bescheid warten; *jucunde*: auch wenn die Vermutung des gerichtsärztlichen Kollegen falsch war, sei er verbindlich in der Form, seine Auskunft sei eindeutig, klar und so verständlich, daß sie auch für den Gutachter bzw. den Richter brauchbar ist. *Merkel (München).*

**Hassencamp, E.:** Der Herzinfarkt. (*Dr. Büdingens Kuranst., Konstanz.*) Z. ärztl. Fortbildg. 37, 356—358 (1940).

Die Ursache des Herzinfarkts ist meist eine Thrombose, vorwiegend des absteigenden Astes der linken Kranzschlagader. Die klinischen Erscheinungen des typischen Anfalles sind differentialdiagnostisch am schwersten von Agina pectoris zu trennen, zumal es auch langdauernde Krampfzustände der Kranzgefäße gibt. Unterscheidung u. a. ex iuvantibus (Nitrite versagen beim Herzinfarkt). — Hinweis auf die Möglichkeit völligen Fehlens von anatomischen Coronarveränderungen und auf die Bedeutung von seelischen Erregungen und ungewöhnlichen körperlichen Anstrengungen als auslösende Faktoren. — Wird das erste Stadium überstanden, so ist die Prognose zwar quoad vitam nicht ganz ungünstig, jedoch wird nur ein geringer Teil der Erkrankten wieder voll arbeitsfähig. — Therapeutisch ist strengste Bettruhe (6 Wochen) erforderlich. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen medikamentöse Herztherapie. *Elbel.*

**Kafka jr., Joseph:** Changes in the elasticity of the aorta with age. (Veränderung in der Elastizität der Aorta mit dem Alter.) (*Univ. of Georgia School of Med., Augusta.*) Arch. of Path. 29, 303—309 (1940).

Aus den Aorten von Verstorbenen wurden jeweils 10 cm lange Streifen herausgeschnitten und mit Gewichten zwischen 25 und 200 g gedehnt. Die Verlängerung wurde graphisch aufgezeichnet und für verschiedene Lebensalter und Krankheits-

zustände verglichen. Die stärkste verhältnismäßige Dehnung erhält man zwischen 50 und 100 g Belastung. Der Grad der Dehnung liegt etwa zwischen 10 und 20%. Aus den Untersuchungen geht hervor, daß der Verlust der Elastizität durch eine Verringerung der Leistungsfähigkeit des elastischen Gewebes selber bzw. durch eine Fibrose bedingt wird. Ein sicherer Zusammenhang zwischen Lebensalter und Dehnbarkeit besteht ebensowenig wie eine klare mathematische Beziehung zwischen Elastizität, Blutdruck, Sklerose oder Dicke der Aortenwand. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Tedeschi, C.: Sulla anatomia patologica dei vasi. 1. Le vene nell'atero-sclerosi delle arterie.** (Über die pathologische Anatomie der Gefäße. 1. Die Venen bei der Atherosklerose der Arterien.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Modena.*) Atti Accad. Sci. med. ecc Ferrara, II. s. 14, 81—102 (1940).

Bei der histologischen Untersuchung der Vena femoralis und der Vena cava inferior von 50 Personen, die mit einer höhergradigen Atherosklerose der Arterien behaftet waren, ließen sich häufig mikroskopisch Veränderungen an Gefäßen feststellen, die makroskopisch unverändert erschienen waren. Daneben gab es aber auch Fälle, in denen die Atherosklerose der Arterien mit einer bereits makroskopisch sichtbaren, umschriebenen oder diffusen Verdickung der Intima in den genannten Venen verbunden war. In der verdickten Intima solcher Gefäße fand sich häufig Fett in Form von Tropfen oder zu Häufchen vereinigt, viel seltener war dagegen der Befund von Kalkkonkrementen. In ihrer Media war oft eine Hypoplasie der Gitterfasern, eine hyaline Degeneration der kollagenen Fasern sowie eine Atrophie und fettige Degeneration der Muskelzellen nachzuweisen. In der Adventitia der Venen war das Bindegewebe häufig hypoplastisch.

*v. Neureiter* (Hamburg).

**Apitz, Kurt: Allgemeine Pathologie der menschlichen Leukämien.** (*Path. Inst., Univ. Berlin.*) Erg. Path. 35, 1—104 (1940).

Verf. behandelt im 1. Teil der Arbeit die Lymphadenose und kommt zu folgenden Ergebnissen: „1. Im Feinbau lymphosarkomatöser und lymphadenotischer Gewebsveränderungen ist häufig kein Unterschied vorhanden. 2. Nur in manchen Organen ist die leukämische Wucherung regelmäßig infiltrierend und nicht gewebsschädigend; in anderen Gegenden kommt es zur Beeinträchtigung befallenen Gewebes sowie zu tumorförmigem, evtl. aggressivem Wachstum, oft unter dem Bilde des Lymphosarkoms. 3. Wie am besten durch die metastatische Leukämie bei Lymphosarkom und durch die Implantationsmetastasen seröser Hämpe bewiesen wird, entstehen die lymphadenotischen Organveränderungen nicht autochthon, sondern durch Einschwemmung. Auf Grund dieser Befunde können die wuchernden Zellen des Lymphosarkoms und der Lymphadenose als gleichwertig angesehen werden; sie unterscheiden sich nur durch die größere Neigung zur zusammenhängenden Tumorbildung einerseits, zur Organinfiltration und zum Blutbefall andererseits.“ Eine Bestätigung und Ergänzung bilden nach Ansicht des Verf. die tierexperimentellen Befunde. Im 2. Teil der Arbeit wird das Wesen der Myelose besprochen und die 3 Fragen behandelt: 1. Ob der morphologische Befund für neoplastische Natur spricht und eine Abgrenzung gegen reaktiv-hyperplastische Prozesse ermöglicht? Der Verf. gibt zur Antwort, daß die typisch verlaufende Myelose keine Besonderheit hat, welche nicht auch im Rahmen reaktiver Markgewebswucherungen vorkäme, daß andererseits aber die bekannten Züge mit neoplastischer Natur wohl vereinbar seien. Als zweite Frage wird erörtert, ob myeloisch-leukämische Wucherungen die Potenzen maligner Tumorzellen äußern können; auf Grund des Verhaltens der Chloroleukämien und der Sarkombildung bei Myelosen wird diese Frage bejaht. Schließlich sagt Verf., daß die an tumorbildenden Myelosen erhobenen Befunde das wesentliche Beweismaterial seien, welches die Untersuchung der menschlichen Erkrankung zur Erkennung der neoplastischen Natur beitragen könne. Denn die an dritter Stelle behandelte Frage, ob die Organinfiltrate autochthon gewuchert oder mit dem Blutstrom eingeschwemmt seien, könne allein an Hand der menschlich-autoptischen Befunde nicht entschieden werden. Hier setze vielmehr der

Tierversuch ein, welcher die kolonisatorische Entstehung bei der Mäuseleukämie beweise. — Der systemartige Charakter, die diffuse Organdurchsetzung ohne Tumorbildung und die Vermehrung der weißen Zellen im Blut seien diejenigen Züge, welche die typische Leukämie von anderen Neoplasmen unterscheide, denn 3 Eigenschaften unterschieden das hämopoetische von anderem Gewebe: die Existenzfähigkeit seiner Bildungszellen im Blute, seine Natur als Wandergewebe und die Fähigkeit seiner Zellen zur symbiotischen Organinfiltration. — Zum Schluß wird u. a. das Verhältnis der Leukämie zu verwandten Erkrankungen genauer bestimmt, wobei ein neuer Leukämiebegriff zugrunde gelegt wird. Ein rein morphologisch begründeter Leukämiebegriff wird abgelehnt. Neben bestimmten gestaltlichen Befunden wird für die Anerkennung echter Leukämie, z. B. Unheilbarkeit, nichtreaktive Entstehung, Ausbreitung durch Kolonisation usw. verlangt. Bezüglich der Unterscheidung von Tumoren der blutbildenden Gewebe könnte eine scharfe Grenzlinie derselben gegen Leukämie nicht gezogen werden. Die Leukämien könnten als generalisierte Hämoblastome, die letzteren wiederum als aleukämische umschriebene Hämoblastosen, aufgefaßt werden. Andererseits müsse eine scharfe Trennungslinie zwischen echter Leukose und reaktiver Hyperplasie gezogen werden. — Literatur bis Mai 1939. Koch (Münster).

**Usadel, W.: Shock und Kollaps.** Med. Klin. 1940 I, 313—315.

Der Shock stellt eine tonische Gefäßkrise dar mit gespanntem, vollem, langsamem Puls, leicht erhöhtem Blutdruck, langsamer Atmung, starrem Gesichtsausdruck, fahler Hautfarbe, psychischer Verlangsamung oder Unruhe ohne Benommenheit. Bei der atonischen Gefäßkrise, dem Kollaps, ist der Puls stark beschleunigt, kaum fühlbar, flatternd; der Blutdruck ist erniedrigt. Es besteht oft Untertemperatur, beschleunigte Atmung, Zyanose; das Bewußtsein ist oft getrübt. Beide Ereignisse stellen entgegengesetzte Reaktionsformen des Kreislaufs auf überstarke Reize dar, bei denen das normale Zusammenspiel der Kreislaufregulation gestört ist. Sie sind neurogen ausgelöst im Gegensatz zur toxischen Bedingtheit des Spätkollapses durch histaminähnliche Zerfallsprodukte. Für die Differentialdiagnose ist, abgesehen vom Gesamteindruck, besonders das gegensätzliche Verhalten von Puls und Blutdruck entscheidend. Therapeutisch muß beim Shock versucht werden, das Hautgefäßgebiet durch Wärmeapplikation und Hautreizmittel zu erweitern und dem Umschlagen der Gefäßreaktion in einen Kollaps durch ein Kampferdepot vorzubeugen. Operationen sollten im Shock vermieden oder allenfalls nur in örtlicher Betäubung oder Lumbalanästhesie ausgeführt werden. Beim Kollaps steht die Auffüllung des Gefäßsystems mit transfundiertem Blut oder physiologischer Kochsalzlösung (Tutofusin) im Vordergrund. Gleichzeitig hat die pharmakologische Therapie zur Einengung der peripheren Strombahn einzusetzen.

Bay (Berlin).,

**Davidson, Maurice, and C. Keith Simpson:** Spontaneous haemothorax. Report of a case. (Spontaner Hämatothorax.) (Brompton Hosp., London.) Lancet 1940 I, 547—548.

Bei einem 26jährigen Manne entsteht aus einer Emphysemblase der Lungenspitze bei geheilter Spitzentuberkulose durch Riß der Blase ein Spontanpneumothorax. Während seiner plötzlichen Entstehung reißen basale Verwachsungen ein, aus denen es langsam, aber ständig blutet. Reinhardt (Weißenfels).

**Blegvad, N. Rh.: Luftembolie bei Luftpustchen.** Ugeskr. Laeg. 1939, 403—410 [Dänisch].

Eingehender Überblick über alle Situationen, in denen das Risiko einer Luftembolie besteht. Der Verf. betont besonders die gleichförmige Symptomatik, die stark für eine identische Pathogenese spreche und lehnt die Hypothese von einem reflektorischen Shock ab. Er beschreibt außerdem 4 Fälle von Luftembolie (1 mit augenblicklichem Todeserfolg), die er in den letzten 3 Jahren in seiner eigenen Praxis bei Einblasen von Luft durch die Eustachische Röhre gesehen hat. Niemals vorher

in seiner 40jährigen ärztlichen Tätigkeit hat er dieser, nun wiederholt aufgetretenen bedrohlichen Komplikation gegenübergestanden. *Einar Sjövall* (Lund).

**Walsh, Frank B., and H. Krieger Goldberg:** *Blindness due to air embolism: A complication of extrapleural pneumolysis.* (Erblindung infolge von Luftembolie: eine Komplikation bei extrapleuraler Pneumolyse.) (*Wilmer Ophth. Inst., Johns Hopkins Hosp. a. Univ. a. Baltimore City Hosp., Baltimore.*) J. amer. med. Assoc. **114**, 654—655 (1940).

Verff. berichten über zwei einschlägige Beobachtungen: 1. 27jährige Patientin mit Lungen-Tbc. und längerer Pneumothoraxbehandlung. 2 Jahre später wegen ungenügenden Lungenkollapses Durchführung einer Thorakoplastik mit Resektion der linken 1. bis 3. Rippe und extrafascialer Apicolyse. Anschließend wurde die Pneumothoraxbehandlung wieder aufgenommen. Unmittelbar nach Einfüllung von 120 ccm Luft schwerer Kollaps mit heftigen Kopfschmerzen, Erbrechen und plötzlicher Erblindung, gefolgt von generalisierten Krämpfen, die sich in den nächsten 3 Tagen öfters wiederholten. Am 4. Tage Wahrnehmung von Lichtschimmer, anschließend zunehmende Besserung der Sehfähigkeit, die innerhalb von 9 Tagen nach dem Eingriff wieder volle Sehschärfe erreichte. — 2. 20jähriger Patient. Wegen Lungen-Tbc. linksseitige extrapleurale Pneumolyse. 1 Tag später Pneumothorax mit 500 ccm Luft. 2 Stunden nach Luftpfeinfüllung plötzliche Erblindung und komplettete motorische Lähmung sämtlicher Gliedmaßen. Am 4. Tage allmähliche Rückkehr der Sehfähigkeit mit voller Wiederherstellung der Sehschärfe innerhalb 2 Wochen. Die Lähmungen gingen teilweise zurück. Patient starb 3 Wochen nach dem Eingriff infolge einer Sepsis nach bronchocutaner Fistel. — Verff. sehen die Ursache für diese Zwischenfälle in Verletzungen von Gefäßen, die im fibrösen Gewebe nicht genügend kollabieren können. Die Pulsation benachbarter Arterien vermag dann unter Umständen in diesen Gefäßen einen negativen Druck zu erzeugen, wodurch die Luft eingesaugt wird. Die ophthalmoskopischen Befunde bei solchen Vorfällen sind wenig charakteristisch. Die Beobachtung von Luft in den Retinalgefäßen gelingt nach tierexperimentellen Erfahrungen nur unmittelbar nach Zustandekommen der Luftembolie, so daß dieses Symptom praktisch kaum eine diagnostische Rolle spielen kann. Die Prognose für die Wiederherstellung der Sehfähigkeit ist gut. *Schrader* (Halle a. d. S.).

**Morelli, Dante Marcello:** *Su alcuni casi di corpi estranei estratti dai bronchi.* (Über einige Fälle von aus den Bronchien entfernten Fremdkörpern.) (*Clin. Otorinolaringoiatr., Univ., Siena.*) Arch. ital. Mal. Trach. ecc. **8**, 89—97 (1940).

Fünf Fälle. Extraktion durch Bronchoskopie inferior (bei Kleinkindern) oder B. superior (bei größeren Kindern und Erwachsenen). Gerichtlich-medizinisch ohne Bedeutung.

*Elbel* (Heidelberg).

**Chen, Tsi-Tsao:** *Über die Lipidsubstanz in der geschädigten Leber.* (*Med.-Chem. Inst., Univ. Sendai.*) Tohoku J. exper. Med. **38**, 185—192 (1940).

Verf. hat Untersuchungen über den Fettgehalt der Leber und dessen Eigenschaften bei phosphorvergifteten Kaninchen und bei solchen, deren Gallengänge unterbunden worden waren, durchgeführt. Die Untersuchungsergebnisse stellt er den Befunden an der normalen Kaninchenleber gegenüber. Es ergab sich dabei ein um das 5fache gesteigerter Gesamtgehalt bei der Phosphorleber; bei der durch Gallengangunterbindung geschädigten Leber wurde eine Verdoppelung des Gesamtgehaltes im Vergleich zur normalen Leber festgestellt. Die Fettsäurezahlen waren bei der geschädigten Leber wesentlich geringer. Die Menge der Cholesterinkörper hatte eine Zunahme erfahren.

*Wagner* (Kiel).

**Graffl, U.:** *Beitrag zur Kenntnis und Differentialdiagnose der Endometriose des Darmes.* (*Chir. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.*) Zbl. Gynäk. **1940**, 903—906.

Verf. führt aus, daß die Endometriose meist von primär genitalen Krankheitssitzen auf den Darm übergreife. Nur relativ selten kämen derartige Prozesse ganz isoliert am Darm vor. Verf. beschreibt dann 2 Fälle, in denen es sich um typische, stenosierende Dickdarmendometriosen, die durch Resektion der entsprechenden Darmteile völlig geheilt werden konnten, gehandelt hat. Beim 1. Fall fand sich als Besonderheit ein drehrunder Hohlstrang, der vom Genitale zum Sigma verlief und in einem infiltrierenden Wandprozeß des Darmes endete. Verf. sieht hierin eine Dysontogenesie, einen Rest aus embryonalem Gewebe des Müllerschen Ganges. Der 2. Fall war dadurch besonders gekennzeichnet, daß hier keinerlei begleitende Affektionen am Genitale nachweisbar gewesen sind, da wir doch gewohnt seien, Myome oder Teercysten sowie ausgedehnte

Verwachsungen im kleinen Becken zu finden. Der 3. Fall, der klinisch gleichfalls das typische Bild einer Endometriose aufwies, ergab nach der Operation ein sog. fissaues Carcinom, also einen Tumor, der durch kongenitale Hemmungsvorgänge ursächlich zustande kommt. Der Sitz vor dem Kreuzbein sei gerade für derartige Tumoren charakteristisch. Neben weiteren klinischen und therapeutischen Hinweisen zwei gute Lichtbilder.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Slany, Adalbert:** Riesenharnleiter als Leistenbruch. (*Chir. Abt., Allg. Krankenh., Wiener-Neustadt.*) Zbl. Chir. **1940**, 1056—1060.

Mißbildungen der Harnleiter bleiben zu Lebzeiten meist unbekannt. Sie finden sich gelegentlich als Zufallsbefund bei Leichenöffnungen. Der Ureter ist entweder einseitig oder beiderseitig stark verlängert, oft in Schleifen gelegt und von der Dicke eines Fingers bis zur Weite einer Dünndarmschlinge. Das Nierenbecken ist in vielen Fällen normal, manchmal gleichfalls ausgeweitet, die Niere oft durch Infektion von unten her schwer in Mitleidenschaft gezogen. Fälle mit beidseitigem Megalureter geben für den Träger eine schlechte Lebensprognose und führen häufig in einem frühen Lebensalter zur Urämie. In vereinzelten Fällen kann der angeborene Riesenureter in ganz ungewöhnlicher Weise in Erscheinung treten, nämlich wenn er nach Art einer Hernie oder zugleich mit einer solchen durch den Leistenkanal austritt. Bisher waren nur 2 derartige Fälle bekannt, Verf. beschreibt einen dritten: 12jähriger Knabe, seit Geburt angeblich Bruch in der linken Leistengegend. Hodensack leer, beide Hoden in der Leistengegend tastbar. Linker Leistenring offen, hiernienartige Vorwölbung, festgestellt als Ureter mit 2 mm Wanddicke, bestehend aus zwei Schenkeln. Nicht gleichzeitiger Leistenbruch. Als Ursache wird mangelhafter Descensus der Hoden angenommen.

Buhtz (Breslau).

**Lambrecht, Wilhelm:** Ein Riesenlipom des Mesenteriums. (*Chir. Univ.-Klin., Göttingen.*) Bruns' Beitr. **171**, 277—282 (1940).

Bei einem 48jährigen Mann, bei dem schon zweimal Fettgeschwülste in den Leistengegenden entfernt worden waren, trat eine allmähliche Aufreibung des Leibes und unbestimmter Schmerz im Bauche auf. Es entwickelte sich zuerst eine kindskopfgroße Geschwulst, die Darm und Magen nach rechts oben verdrängte. Operativ wurde eine im linken retroperitonealem Raum gelegene und zum Teil zwischen die Gekröseblätter eingedrungene 68 cm lange, 7,5 kg schwere Geschwulst entfernt. Der Kranke wurde 4 Wochen nach dem Eingriff geheilt entlassen. Die Geschwulst erwies sich als Fibromyxolipom und war gutartig.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Peyton, Thomas Roy:** A classification of rectal strictures due to lymphogranuloma venereum. (Eine Einteilung der Mastdarmstrikturen nach Lymphogranuloma venereum.) Amer. J. Syph. **24**, 360—363 (1940).

Es wurden vier verschiedene Formen der Mastdarmverengerung beobachtet, die auch zu jeweils charakteristischen Röntgenbefunden führen. Die einzelnen Typen sind: 1. die Verengerung des Anus selber; 2. die ringförmige oder auch lineare Struktur des Mastdarms; 3. die röhrenförmige Mastdarmverengerung und 4. die Strukturen mit gleichzeitigen Fistelbildungen. Hierbei können die Fisteln zur Scheide, Harnblase, Prostata oder den Samenblasen führen. Vor einer chirurgischen Behandlung der Vorgänge wird gewarnt, dagegen die Colostomie empfohlen. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Iso, Masamori:** Seltene Abnormitäten an der harten Hirnhaut des Menschen. (*Hirasawa'sche Anat., Univ. Niigata.*) Okajimas Fol. anat. jap. **18**, 407—412 (1939).

Beschreibung einer Verdoppelung der Kleinhirnsichel im Zusammenhang mit Veränderungen des Hinterhauptslappens und des Kleinhirns selbst bei einem untergewichtigen Gehirn von 1170 g. Über die Herkunft des Trägers und dessen Alter wird nichts gesagt, da der Fall auf dem anatomischen Präpariersaal gefunden wurde. Ostertag (Berlin).

**Bondi, Giovanni:** Studio istopatologico del corpo striato nella demenza precoce. (Histopathologische Studie am Corpus striatum bei der Dementia praecox.) (*Osp. Psichiatr. Interprov. d. Umbria, Perugia.*) Ann. Osp. psichiatr. Perugia **33**, 19—35 (1939).

In dem Gehirn eines Schizophrenen, der ein paranoides Wahnbild gezeigt hatte

und 10 Jahre lang beobachtet worden war, wurde bei der mikroskopischen Untersuchung des Streifenhügels eine ganze Reihe von breiten Lichtungen in der Nähe der Blutgefäße aufgefunden. Der Verf. vermutet eine degenerative pseudocystische Einschmelzung des Hirngewebes und eine Mitwirkung der Hirnmasse in der Basis bei der Paranoia.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Lange, Cornelia de:** Lissencephalie beim Menschen. (*Neurol. Laborat., Univ. Amsterdam.*) *Mschr. Psychiatr.* **101**, 350—378 (1939).

Bei einem 10 Monate alt gewordenen Kinde mit epileptischen Krämpfen fand sich ein glattes Gehirn mit nur angedeuteten primären Furchen. Die Rinde war sehr stark verbreitert, die einzelnen Schichten zwar vorhanden, aber in der Architektonik unvollständig; die Marksubstanz war entsprechend verschmälert. Es fehlte Claustrum und Capsula extrema, daneben bestanden Entwicklungshemmungen im Nucleus dentatus und den Oliven, welche auf eine Störung im 2. Fetalmonat zurückgeführt werden können. Der Mangel der Furchenbildung läßt sich nicht erklären. Verf. bezieht sich auf einen Fall von Monakow mit einem glatten Gehirn, das aber einer Mikrocephalie zugehörte. — Die hier beschriebene Entwicklungsstörung entspricht im wesentlichen der sog. Pachygyrie (Bielschowsky, Jacob usw.), doch scheinen der Verf. diese Arbeiten entgangen zu sein.

*Hallerworden* (Berlin-Buch).<sup>o</sup>

**Stigliani, Raffaele:** Emorragie cerebrali consecutive a rammollimento ischemico. Alcune considerazioni sull'emorragia talamica. (Hirnblutungen infolge von ischämischer Erweichung. Einige Betrachtungen über die Blutung im Thalamus.) (*Istit. di Anat. ed Istol. Pat., Univ., Firenze.*) *Arch. „De Vecchi“ Anat. pat.* **2**, 273—293 (1939).

Beschreibung der makro- und mikroskopischen Befunde von 3 Fällen von Apoplexie im Thalamusgebiet, bei denen der Blutung entweder eine weiße (1 Fall) oder eine rote (2 Fälle) Erweichung des Gehirns auf Grund von Thrombosen voraufgegangen war. Bei der Schilderung der klinischen Erscheinungen wird hervorgehoben, daß die Blutung im Thalamus in 2 Fällen nicht von den charakteristischen Schmerzerscheinungen begleitet war. Im einzelnen nichts Neues.

*v. Neureiter* (Hamburg).

**Vasiliu, Dem. O.:** Sechs Fälle von symmetrischer intracerebraler Kalkablagerung in den Stammganglien, verbunden mit epileptischen Anfällen und Geistesstörung, diagnostiziert mit Hilfe der Kraniographie und Encephalographie. *Wien. med. Wschr.* **1940 I**, 153—157.

Während multiple intracerebrale Kalkherde mit epileptischen Anfällen bei verschiedenen Gehirnerkrankungen auftreten können (Dementia praecox, Kretinismus, Encephalitis lethargica und interstitialis, Sclerosis, disseminata, chronischem Alkoholismus, chronischen Blei- und CO-Vergiftungen, Gehirntumoren und -abscessen, Befunden in der Umgebung parasitärer Cysten), sind symmetrische Kalkablagerungen in den Stammganglien — verbunden mit epileptischen Anfällen — selten. Zu den im ausländischen Schrifttum publizierten 10 Fällen teilt Verf. die Krankengeschichten von 6 Fällen und deren Röntgenaufnahmen mit. Er erwähnt, daß symmetrische intrakranielle Kalkablagerungen bei normalen Personen in den Choroidalplexus vorkommen. In seinen 6 Fällen waren 5 mal die Nuclei caudati betroffen; sowohl die feinsten Arterien wie die Venen wiesen hier Kalkablagerungen auf; die Verkalkung betraf die Media wie die Adventitia. — Die Calcifikation wird als ein sekundäres Phänomen in Form kolloider Ablagerung aufgefaßt; die Ablagerungen enthalten nach Eaves Kalk, Eisen, Phosphate, Carbonate und Magnesium. Drei der mit epileptischen Anfällen und Geistesstörungen verbundene Fälle littcn an Hypoparathyreoidismus. Das Alter betrug 2, 9, 17, 41 und 2 mal 42 Jahre. Es handelte sich um 3 Männer und 3 Frauen (darunter 2 Schwestern aus einer erblich belasteten [imbezillen] Familie). Zur Diagnose wurden Klinik (Blut-, Liquor- und Urinuntersuchungen) sowie Kraniographie, Pneumoencephalie und Arterioencephalie herangezogen. Die Telestereoaufnahme erfolgte von 4 Seiten des Kopfes. In 3 von den untersuchten 6 Fällen bestand Tetanie.

*G. Ilberg* (Dresden).<sup>o</sup>

**Leitner, St. J.: Morbus Besnier-Boeck-Schaumann. Die chronische epitheloidzellige infektiöse (tuberkulöse) Reticuloendotheliose.** (*Bern. Heilst. f. Tbk., Heiligenschwendi.*) Schweiz. med. Wschr. 1940 I, 411—417, 441—445 u. 461—464.

Die Besnier-Boeck-Schaumannsche Krankheit, auch als „chronische, epitheloidzellige, infektiöse (tuberkulöse) Reticuloendotheliose“ oder „epitheloidzellige Retikuloendotheliose“ bezeichnetet, kann in verschiedenen Erscheinungsformen auftreten, die aber nur verschiedene Lokalisationen des gleichen Krankheitsprozesses darstellen: an den Augen als Uveoparotitis Heerfordt, an der Haut als Sarkoid Boeck, Lupus pernio, Sarkoid Darier-Roussy, an den Knochen als Ostitis cystoides Jüngling, an den Lymphdrüsen als Lymphogranulomatosis benigna, als glandulo-pulmonale Form und schließlich auch unter Beteiligung von Milz und Leber. Anatomisch ist der Prozeß durch epitheloidzellige Granulome meist mit fehlenden Riesenzellen gekennzeichnet, die allmählich in Hyalinisierung übergehen, aber nicht verkäsen. Für die tuberkulöse Ätiologie spricht nach Verf. der in einzelnen Fällen gelungene Nachweis von Tuberkelbacillen, der gelegentliche Übergang in verkäsende Tuberkulose sowie gewisse serologische Reaktionen. Häufiger ist jedoch der fehlende Nachweis von Tuberkelbacillen, wie in den 3 eigenen Beobachtungen des Verf. Das klinische Bild ist gekennzeichnet durch negative Tuberkulinproben, durch die relative Benignität der Krankheit, durch meist normale oder nur wenig beschleunigte Blutsenkung, durch die einzelnen Erscheinungsformen an den verschiedenen Organen. An den Lungen werden 5 verschiedene Formen unterschieden: Hiläre, perihiläre, kleinknotig-miliare, grobknotige und flächig infiltrierende. Das Blutbild zeigt eine Eosinophilie und eine — in einem Falle erhebliche — Monocytose. Diagnostisch wertvoll wird die Lymphknotenpunktion bezeichnet. Therapeutisch werden kurze Klimakuren, Behandlung mit Arsen, Gold, Tuberkulin, Sonnen- und Quarzlicht empfohlen. *Reinhardt* (Weißenfels).

**Utz, Friedrich: Cerebral-meningeales Zustandsbild bei Quinckeschem Ödem.** (*Inn. Abt., Standortlaz., Würzburg.*) Münch. med. Wschr. 1940 I, 673—675.

Krankheitsgeschichte: Junger Mann, der lange an rezidivierendem Ekzem litt. Februar 1938 Anfälle von Konzentrationsmangel, Kopfschmerz und Sehstörungen. Beobachtung in einer Nervenklinik ergibt außer pathologisch veränderten Kolloidreaktionen im Liquor nichts Wesentliches. Man nahm zunächst Epilepsie, dann vasomotorische Störungen an. Im November 1938 bekam er eine Typhusschutzimpfung. Danach nahm er ziemlich viel Alkohol zu sich. Im Anschluß daran traten Kopfschmerzen und zeitweilige Benommenheit auf, die sich in den nächsten Tagen bis zur Somnolenz steigerte. Die Schmerzen zogen bis in Hals und Rücken. Es zeigte sich ein großfleckiges Exanthem. Augenlider, Lippen, Zunge und Rachen schwollen stark an. Es bestanden mittelstarke Nackensteifigkeit und positiver Kernig. Im Liquor starke Eiweißvermehrung und bis zu 3700/3 Zellen, stark ausgeflockte Normomastix- und Goldsolreaktion. In den nächsten Tagen wich unter lytischem Fieberabfall die Somnolenz. Alle Erscheinungen bis auf Zellvermehrung im Liquor und pathologische Kolloidreaktionen verschwanden. Als Patient aufstand, fiel er plötzlich bewußtlos um: Pupillenreaktionen träge. Unwillkürlicher Urinabgang. Nach wenigen Minuten stellte sich wieder ein ausgebreitetes urtikarielles Exanthem ein. Sichtbare Schleimhäute schwollen zusehends, Atmung röchelnd, Sprache heiser. Temperatur 38,4. Nach 3 Tagen waren wiederum alle Erscheinungen bis auf Eiweißvermehrung und Kolloidreaktion verschwunden.

*Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

**Zöllner, Fritz: Über die hämatogene (primäre und metastatische) Osteomyelitis der Schädelknochen.** (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Jena.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 147, 89—102 (1940).

Verf. untersucht an Hand von 7 Fällen, von denen 5 schon anderweitig Verwendung fanden, die Besonderheit der hämatogenen Schädelosteomyelitis. Die klinische Diagnose sei, wenn die Eiterung noch nicht durch das Ohr oder Nase einen Ausweg nach außen gefunden habe, oft noch schwieriger als die der fortgeleiteten Osteomyelitis. So sei die Natur der Erkrankung in 2 Fällen mit chronischer, in Schüben verlaufender Osteomyelitis monatelang nicht erkannt worden. Im 1. Falle konnte Verf. mit absoluter Sicherheit den Einbruch einer Osteomyelitis in die Mittelohrräume beobachten. Bei der akuten hämatogenen Osteomyelitis, die unter schweren septischen Erscheinungen beginne, sei möglicherweise ein gleichzeitiger Infekt des Knochenmarks und der be-

nachbaraten Weichteile, also auch der Schleimhaut pneumatischer Räume, anzunehmen. Daß es sich hier auch bei gleichzeitiger Infektion von Nebenhöhlen doch um einen hämatogenen Knochenprozeß handle, beweise das sofortige Auftreten von ausgedehntem Ödem der Haut, z. B. der ganzen Stirn, zu Beginn der Erkrankung. 5 gute Lichtbilder und Literatur.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

● Laskiewicz, A.: *Les abcès cérébraux d'origine otique et nasale.* (Die vom Ohr und der Nase ausgegangenen Gehirnabscesse.) (*Clin. Oto-Laryngol., Univ., Posen.*) (*Acta oto-laryng. [Stockh.] Suppl.-Bd. 37.*) Helsingfors: Selbstverl. 1939. 114 S. u. 37 Abb.

Die hochinteressante Arbeit, die von vorwiegend klinischem und geringerem forensischem Interesse ist, eignet sich nicht zu einem kurzen Referat. Többen (Münster i. W.).

Mayer, F. J.: *Der Nasenfurunkel.* (*II. Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrankh., Wien.*) Mschr. Ohrenheilk. 74, 167—182 (1940).

Tödlicher Ausgang durch septische Allgemeininfektion und durch Thrombose des Sinus cavernosus, seltener durch Meningitis. Besprechung von 91 Fällen aus 11 Jahren mit 4 Todesfällen, wobei jedesmal eine Cavernosusthrombose und Lungenabscesse (Propagation über die V. facialis, V. jug. interna) vorhanden waren. Fälle mit Sinusthrombose sind absolut infaust. Die konservative Behandlung wird jedem radikalen Eingreifen für überlegen gehalten, dagegen hat sich die prophylaktische Durchtrennung der Vv. nasales externae am inneren Augenwinkel gut bewährt.

Elbel (Heidelberg).

Braun, Reinhard: *Netzhaut- und Sehnervenentzündung als Folge von Schutzpockenimpfung.* (*Univ.-Augenklin., Rostock.*) Dtsch. med. Wschr. 1940 I, 527—529.

Den seltenen Fällen einer Schädigung des inneren Auges nach Schutzpockenimpfung wird ein weiterer beigefügt. Die Augenentzündung trat hier einseitig auf. Das enucleierte Auge zeigte granulomartige Herde, die in den innersten Netzhautschichten auftraten und zu Zerstörungen in der Nervenfaser- und Ganglienzellschicht führten. Klinisch war vorher an ein Gliom gedacht worden. Die Einseitigkeit des Prozesses wird damit zu erklären versucht, daß der Impfschaden vielleicht ein schon vorher geschädigtes Auge getroffen hat.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Wilke, Günther: *Über Komplikationen während der Liquorentnahme durch Lumbalpunktion.* (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Ärztl. Sachverst.ztg 45, 197 bis 200 (1939).

Über Zwischenfälle bei der Liquorentnahme durch Lumbalpunktion wird auf Grund einer eigenen Erfahrung und solcher aus der Literatur näher eingegangen. Insbesondere werden die Verhältnisse näher gewürdigt, die durch Abbrechen der Nadel bei der Lumbalpunktion entstehen. Wenn auch dieses bedauerliche Ereignis nicht öfter eintritt, so kann es doch bei unvorhergesehenen Bewegungen, zumal benommener Kranker, vorkommen, auch wenn alle gebotenen Vorsichtsmaßregeln eingehalten wurden. Ein schuldhaftes Versehen gegen die anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst kann unter diesen Voraussetzungen nicht angenommen werden. Es soll sogleich der Versuch gemacht werden, den abgebrochenen Nadelteil operativ wieder zu entfernen. Solche Unfälle sollen dem Kranken oder seinem Vertreter nicht verschwiegen werden.

Behrend (Berlin).○

Tobeck, Alfred: *Über Schädigungen nach Kieferhöhlenkontrastfüllung.* (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Göttingen.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 147, 154—163 (1940).

Verf. führt Beispiele aus dem Schrifttum an, aus denen hervorgeht, daß nach Kontrastfüllung der Kieferhöhle Dauerschädigungen entstehen und zurückbleiben können. Durch eine Beobachtung des Verf. wird diese Feststellung bestätigt. „Um diese Schädigungen (Verstopfung von Lymphbahnen usw.), die durch ein allzu langes Verweilen des Kontrastmittels in der Kieferhöhle entstehen, zu vermeiden, werden die Maßnahmen angegeben, die ergriffen werden müssen, um die rechtzeitige und völlige

Entleerung des Kontrastmittels aus der Kieferhöhle nachzuweisen. Vor allen Dingen wird betont, daß eine gute Röntgenaufnahme der Kieferhöhlen ohne Kontrastmittel die Röntgenaufnahme mit Kontrastmittel in den meisten Fällen zu ersetzen vermag.“<sup>4</sup>

4 gute Lichtbilder, Literatur.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Fischer, Oskar:** Das „Armsenkungszeichen“, ein neues Symptom minimaler Armparesen und dessen differentialdiagnostische Bedeutung. Schweiz. med. Wschr. 1939 II, 1175—1177.

Die Untersuchung auf das „Armsenkungszeichen“ (ASZ.) wird wie folgt vorgenommen: Der horizontal gelagerte Kranke, mit horizontal neben dem Körper liegenden Armen, wird aufgefordert, die Arme bei geschlossenen Augen langsam — innerhalb 6—8 sec — zur Vertikalen zu heben; nach Kontrolle der Stellung werden die Arme langsam wieder gesenkt. Wenn eine Parese eines Armes vorliegt, bleibt der paretische Arm sowohl beim Heben als auch beim Senken etwas zurück. — Verf. führt eine Reihe von Krankengeschichten kurz an. Das ASZ. erwies sich als sehr feines Symptom geringster, unter Umständen sonst noch nicht merkbarer Armparesen. Das ASZ. erschien bei Störungen einer Hirnhemisphäre teilweise früher, als der entsprechende Bauchreflex nachließ. Bei Simulation trat das ASZ. in verkehrter Form — schnelleres Senken des angeblich paretischen Armes — als kennzeichnendes Symptom auf. Der Verlauf des ASZ. bei Hysterie war nicht eindeutig und muß noch an einer größeren Krankenzahl geklärt werden.

K. Rintelen (Berlin).

**Schmidt, M. B.:** Störungen des Eisenstoffwechsels und ihre Folgen. Erg. Path. 35, 105—208 (1940).

Der sehr gründliche Bericht schildert die Aufgaben des Eisens im Leben des Menschen. Die Bedeutung als Katalysator im Blutfarbstoff und in den Atmungsfermenten werden beleuchtet. Nach neueren Bestimmungen besitzt ein Mensch von 70 kg Körpergewicht 3—4 g Eisen. Diese geringe, aber lebenswichtige Menge wird durch den Eisenstoffwechsel aufrechterhalten. Eisen wird fast nur in ionisierter Form in den Körper übernommen, vorausgesetzt, daß der Magensaft genügenden Salzsäuregehalt hat. Eisenverarmung ist in letzter Zeit als häufige Erkrankung erkannt worden. Der Auf- und Abbau der funktionierenden Eisenverbindungen wird dargestellt, die Beziehungen zum Bilirubin und die Entstehung des Hämosiderins werden besprochen. Menschliche Neugeborene besitzen einen Eisenvorrat in der Leber, da auch die Muttermilch ungenügenden Eisengehalt besitzt. Die Milz ist Speicherungsorgan für das Eisen, Milzverlust verstärkt die Eisenausscheidung durch Darm und Niere. Die Eisenmangelkrankheit wird als reine Insuffizienzkrankheit erklärt, das Eisen besitzt den Charakter eines anorganischen Vitamins.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Vom Hofe, K., und M. Glees:** Die Beurteilung der Hemeralopie bei Kriegsteilnehmern. (Augenklin., Univ. Köln.) Klin. Mbl. Augenheilk. 104, 369—376 (1940).

Verff. haben 100 Soldaten, die über Sehstörungen in der Dunkelheit klagten, untersucht, und zwar mit dem Adaptometer von Engelking-Hartung, an dem die normale Adoptionskurve nach 30 min einen Empfindlichkeitswert von gut 15000 erreicht. Die Prüfung dauerte bis zu 40 und 50 min. Abgelesen wurde alle 2—5 min. Die abgebildeten Kurven zeigen, daß alle Untersuchten eine herabgesetzte Dunkelanpassung aufwiesen. Der größte Teil erreichte nach 30 min nur einen Wert von 5000 und weniger. In Übereinstimmung mit Birch-Hirschfeld, Wessely, Best halten Verff. Leute, die nach 30 min Dunkelaufenthalt nur einen Wert von 5000 erreichen, nicht für kriegsverwendungsfähig. Um sich ein eigenes Urteil über die praktischen Auswirkungen der Störung bilden zu können, hat vom Hofe unter Benutzung einer Umbralbrille von 75% Absorption, mit welcher man nach 30 min Dunkelaufenthalt einen der Nachtblindheit ähnlichen Zustand nachahmen kann, Versuche angestellt und gefunden, daß es unter diesen Bedingungen unmöglich ist, Bäume am Straßenrande in genügend weiter Entfernung zu erkennen und einen Kraftwagen bei sternlosem Himmel zu steuern. Bei sternklarem Himmel ohne Mondchein wurden Personen erst

in 14 m Abstand, ohne die Brille schon in 50—60 m Entfernung gesehen. Ein mit abgeblendeter Lampe ankommendes Fahrrad wurde ohne Umbragläser in 50—60 m, mit dem Glase erst in 12 m Entfernung erkannt. Leute, die einen Empfindlichkeitswert von 6000—10000 haben, werden nur dann erheblicher behindert sein, wenn gleichzeitig höhere Brechkraftfehler oder Veränderungen vorliegen, die die Sehschärfe stärker beeinträchtigen. Einäugige, einseitig Schwachsichtige werden untauglich zum Felddienst erachtet werden müssen, wenn auch noch eine an sich geringe Adaptationsstörung besteht. Die Zahl der Simulanten war bei der Untersuchung ganz gering. Unter den Prüflingen befanden sich viele, die angaben, daß auch Angehörige an ähnlichen Störungen litten bzw. solche mit organischen Fehlern, z. B. 6 mit Retinitis pigmentosa. Verff. teilen daher nicht die in China gewonnene Ansicht von Pillat, daß dem Vitamin A-Mangel eine erheblichere Bedeutung für die Adaptationsstörungen bei Soldaten zukommt. Zu fordern wäre, daß bei den Musterungen nach Störungen der Adaption gefragt und die Leute, die die Frage bejahten, entsprechend untersucht würden.

*Jendralski (Gleiwitz).*

**Velhagen, K.: Zur Frage der Farbentüchtigkeit im Straßenverkehr. (Univ.-Augenklin., Greifswald.)** Klin. Mbl. Augenheilk. 104, 377—384 (1940).

Im Straßenverkehr können nicht nur farbenblinde Fahrzeugführer, sondern jeder farbenblinde Verkehrsteilnehmer eine Störung herbeiführen. In verschiedensten Ländern unter verschiedenen Bedingungen ausgeführte Beobachtungen ergaben eindeutig, daß Farbenuntüchtige die Farben der Verkehrssignale nicht sicher erkennen. Nun wird die Verkehrslage auf der Straße ja nicht nur aus der Farbe der Signallampen erkannt, sondern auch aus dem Verhalten der anderen Passanten, dem allgemeinen Überblick über die Straßenkreuzung u. a. m. Die Signale können auch unter größerem Gesichtswinkel betrachtet und längere Zeit beobachtet, deshalb auch von Farbenuntüchtigen schließlich richtig erkannt werden. Es liegt im Schrifttum auch keine Veröffentlichung vor über das Verschulden eines Verkehrsunfalles durch einen Farbenuntüchtigen. Immerhin muß die Möglichkeit, daß farbenuntüchtige Kraftfahrer unter ungünstigen Umständen farbige Signale, die ja auch im Straßenverkehr besonders in den Städten eingeführt sind, verfehlten können. Eine Änderung der Signalfarben, z. B. ein Rot-Blau-System, würde viele Fehler ausschalten können, Rot-Gelb-Verwechselungen blieben aber möglich. Auch die blauen Lichtreklamen würden störend wirken. Blinksignale würden sich neben den Lichtreklamen nicht durchsetzen. Ein Filterglasstreifen an der Schutzscheibe würde den Kraftfahrer zwingen, gerade an verkehrsreichen Kreuzungen unbequeme Kopfhaltungen einzunehmen und seine Aufmerksamkeit beeinträchtigen. Verf. hat mit Hilfe der Polizei untersuchen lassen, ob Anbringung von dunklen in verschiedener Richtung verlaufenden Streifen zur Kennzeichnung der verschiedenfarbigen Ampeln von Nutzen sein könnte. Es stellte sich aber heraus, daß durch solche Streifen die Erkennbarkeit der farbigen Fläche beeinträchtigt wurde, bei größerer Entfernung Überstrahlung des dunklen Streifens eintrat. Es wird nun ein anderer Weg beschritten werden in der Form, daß in Zukunft an allen Verkehrskörpern das rote Licht oben, das grüne unten sich befinden wird. Auch der Chef der Polizei stimmt der Auffassung zu, daß Farbenuntüchtigkeit nicht grundsätzlich Anlaß zur Versagung des Führerscheines sein soll, maßgebend bleibt die Lage des Einzelfalles. Verf. meint, daß bei gleichzeitig vorhandener Sehschwäche die Farbenuntüchtigkeit als komplizierender Umstand zu bewerten sein wird. Auf jeden Fall muß von Farbenuntüchtigen erhöhte Sorgfalt im Verkehr gefordert werden. Bei Autobusführern in den Großstädten wird Farbentüchtigkeit mit Recht gefordert, bei Überlandfahrern ist diese Forderung wohl nicht notwendig. Der Ausschuß des Internationalen Ophthalmologenkongresses in Madrid hat übrigens Farbentüchtigkeit gefordert für Autobus- und Taxifahrer, während bei Privatfahrern der Farbensinn nur dann geprüft werden sollte, wenn die Sehschärfe geringer als  $\frac{1}{2}$  wäre.

*Jendralski (Gleiwitz).*

**Dimitri, V.: Physiopathologie des Schmerzes. Offizieller Bericht.** Rev. neur. Buenos Aires 3, 426—442 (1939) [Spanisch].

Daß für die Physiopathologie des Schmerzes nicht allein die lang bekannten sensiblen Bahnen und Zentren eine Bedeutung haben, ist seit Head's Beobachtungen klar geworden. Dennoch sind die Verhältnisse und Zusammenhänge trotz mannigfacher Untersuchungen und anatomischer Befunde nicht durchsichtiger geworden. Die Rolle der sympathischen Elemente, die Zusammenhänge zwischen der Schmerzerregung, dem Thalamus und den thalamischen Bahnen werden jetzt erst allmählich in ihrem Umfange bekannt. Die Erscheinungen des Rindenschmerzes, des Thalamusschmerzes laufen den alten Theorien über die Schmerzentstehung zuwider. Nicht nur die Reizung und Schädigung der peripheren receptorischen Elemente, auch die Enthemmung und Regulierungsstörung der zentraleren Neuronen muß in der neuen Anschauung berücksichtigt werden. Verf. bringt 3 Fälle zentraler vasculärer Schädigungen, die mit ausgesprochen lokalisierten Schmerzempfindungen einhergingen. Bei allen steht die Thalamusregion und ihre Verbindungen im Vordergrunde. *Stoffels* (Düren).)

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

● Dahr, Peter: **Die Technik der Blutgruppen- und Blutfaktorenbestimmung.** Leipzig: Georg Thieme 1940. 184 S. u. 25 Abb. RM. 9.60.

Das Buch enthält in zusammengedrängter Form alles, was heute für die Technik der Blutgruppenbestimmung in erweitertem Wortsinn wichtig ist; dabei ist die Darstellung klar und einfach, so daß das Buch auch vom serologisch nicht Vorgebildeten mit Erfolg benützt werden kann. Sein Erscheinen fällt in einen besonders günstigen Zeitpunkt, da durch die wachsende Bedeutung des Blutspenderwesens zur Zeit viele Ärzte sich neu in dieses Gebiet einarbeiten müssen. Außer eingehender Besprechung der klassischen Blutgruppenbestimmung, der Untersuchungen auf die Untergruppen A<sub>1</sub> und A<sub>2</sub>, die Merkmale M, N und P mitsamt allen vorbereitenden Maßnahmen sind auch die gesetzlichen Bestimmungen und die in Deutschland gültigen amtlichen Richtlinien berücksichtigt. Es wäre erwünscht, wenn sich in der Literatur die in den amtlichen Richtlinien gebrauchten Bezeichnungen „Eigenschaften“ anstatt der Ausdrücke „Receptoren“, „Faktoren“ u. ä. für die Agglutinogene A, B und O sowie „Merkmale“ anstatt der Ausdrücke „Faktoren“, „Eigenschaften“, „Receptoren“ u. ä. für die Agglutinogene M, N und P einführen würden, was bestimmt dem Neuling und dem Nichtarzt, etwa dem Juristen, der sich gelegentlich mit diesem Gebiet eingehender befassen muß, viele Mißverständnisse ersparen würde (Ref.). *Mayser* (Stuttgart).

Pietrusky, F.: **Die Blutgruppeneigenschaften in Theorie und Praxis.** (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Bonn.) (2. Kongr. d. Dtsch. Hämatol. Ges., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 12.—15. V. 1939.) Fol. haemat. (Lpz.) 63, 368—381 (1940).

In einem Übersichtsreferat wird der heutige Stand der Blutgruppenforschung mit ihren Beziehungen zur Anthropologie, Bluttransfusion und gerichtlichen Medizin behandelt. Ausführlicher werden die für die Bestimmung der klassischen Blutgruppen wichtigen Besonderheiten, wie Untergruppen A<sub>1</sub> und A<sub>2</sub>, irreguläre Agglutinine, Kälteagglutinine besprochen. *Mayser* (Stuttgart).

Pondman, A.: **Blutgruppenbestimmungen in der Praxis.** Geneesk. Bl. 37, 1—33 (1940) [Holländisch].

Der Verf. gibt seine Erfahrungen mit der Untersuchung von 8747 Blutproben von Blutspendern bekannt; er bespricht dabei die Störungsmöglichkeiten durch Bakterienwachstum, Lysis, Kälteagglutinine, schwache Agglutinine und Agglutinogene, durch Untergruppen sowie Extraagglutinine. Die von Hirschfeld neuerdings vertretene Hypothese der Beimischung eines Agglutinogens O zu jeder Blutgruppe hält der Verf. für gezwungen und ersetzt sie durch eine andere Annahme, die aber nach Ansicht des Ref. ebenso viel Schwierigkeiten bietet wie die von Hirschfeld. *Mayser*.