

- **Fuhrmann, Franz:** Elektrometrische p_H -Messung mit kleinen Lösungsmengen. Wien: Springer 1941. VI, 133 S. u. 60 Abb. RM. 8.70.

Verf. hat es sich zur Aufgabe gemacht, eine Einführung in die Grundlagen der elektrometrischen p_H -Messungen zu geben und weiterhin die wichtigsten Verfahren für kleine und kleinste Meßflüssigkeiten zu schildern, wobei die Ausführungen über die apparative Ausgestaltung einen breiten Raum einnehmen. So wird die Herstellung von Normalelementen, von Elektroden, Pufferlösungen und von Meßeinrichtungen eingehend geschildert. Auf diese Weise ist besonders demjenigen Rechnung getragen, der nicht über Spezialkenntnisse auf diesem Gebiete verfügt. Zahlreiche Zeichnungen tragen zum Verständnis der einzelnen Abhandlungen bei. Eine recht umfangreiche Literaturzusammenstellung gibt die Möglichkeit einer Orientierung über besondere Fragen und spezielle Methoden. *Wagner* (Frankfurt a. M.).

- Christensen, Henry M., und Poul V. Marcussen:** Vergleichende Untersuchungen über die Resorptionszeit von Catgut in der Rattenmuskulatur. (*Univ. Inst. f. Almind. Path., Kopenhagen.*) Nord. Med. (Stockh.) 1941, 637—640 u. dtsh. Zusammenfassung 640 [Dänisch].

Ebenso wichtig wie die einwandfreie Sterilisierung des Catguts ist die Beurteilung der Resorption des sterilisierten Catguts. Die Verff. machten Reihenuntersuchungen an weißen Ratten mit mikroskopischer Untersuchung von Muskelnähten. In der Regel begann die Resorption des Fadens am 15. bis 16. Tage und war vollständig am Ende der 3. Woche. Formalinbehandeltes, gekochtes Catgut wurde am schnellsten resorbiert. Verschiedene Fadennummern wurden in der gleichen Zeit resorbiert. In einigen Versuchen wurde Catgut Nr. 0 zweier verschiedener Fabrikate bedeutend langsamer resorbiert als die übrigen Nummern. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

- Meier, R., und W. Schuler:** Die Atmung von Hodengewebe normaler und hypophysenloser Ratten. (*Wiss. Laborat. d. Ciba, Berlin-Wilmersdorf*) Helvet. med. Acta 7, Suppl.-Nr 6, 16—29 (1941).

Es werden Versuchsreihen behandelt, die sich mit der Atmung von Hodengewebe normaler und hypophysenloser Ratten befassen. Die Atmungswerte, die nach der Methode von Warburg bestimmt wurden, waren bei hypophysenlosen Tieren kleiner. Nach Behandlung dieser Tiere mit gonadotropem Hormon stieg die Atmung des isolierten Hodengewebes auf den Atmungswert normaler Ratten. Die histologische Untersuchung der Hoden hypophysenloser, mit gonadotropem Hormon behandelter Tiere ließ bereits nach 2tägiger Behandlungsdauer eine deutliche Zellvermehrung erkennen. Die durch das Hormon erreichte Stoffwechselsteigerung wird auf Grund dessen nicht als eine der Zellvermehrung vorhergehende, direkte Stoffwechselwirkung aufgefaßt, die Möglichkeit primär morphogenetischer Hormonwirkung wird in den Vordergrund gestellt. *Beil* (Göttingen).

Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

- **Gierke, Edgar von:** Taschenbuch der pathologischen Anatomie. I. Allgemeiner Teil. 14. Aufl. Leipzig: Georg Thieme 1941. 148 S. u. 68 Abb. RM. 4.50.

Das nunmehr in 14. Auflage erschienene Taschenbuch wurde auf den heutigen Stand der Wissenschaft gebracht. Entsprechende Änderungen bzw. Erweiterungen finden sich z. B. gegenüber der 8. Auflage aus dem Jahre 1922 auf dem Gebiete der Vererbung, Ernährung, des Kohlehydratstoffwechsels, des Blutersatzes, der Theorie der Gewächsbildung u. a. Die Abbildung einer entzündlichen Epulis als Beispiel eines Riesenzellsarkoms verschwand aus dem Kapitel der Riesenzellsarkome. Seit der 13. Auflage wurde dem Taschenbuch am Schluß ein Sachregister beigegeben. Das Heft wird auch den folgenden Generationen der Medizinstudenten eine willkommene Kollegstütze sein. *Matzdorff* (Berlin).

- Wätjen, J.: Zum Thymusproblem.** Med. Welt 1941, 289—294.

Aus der Feder des bekannten Pathologen liegt hier ein zusammenfassendes Referat vor über ein Problem, das bekanntlich auch den gerichtlichen Mediziner von jeher schon aufs Lebhafteste interessiert und praktisch oft beschäftigt hat. Die Abhandlung ist derartig klar und übersichtlich, daß sie richtungsweisend genannt werden kann; leider ist sie in einem kurzen Referat natürlich nicht erschöpfend zu behandeln. Im 1. Absatz bespricht Wätjen die Frage: „Worin liegt nun das Problematische bei der

Thymusdrüse.“ Schon die Stellung der Thymusdrüse ist zweifelhaft; sie wird neuerdings im Aschoffschen Lehrbuch im Kapitel der „Drüsen mit innerer Sekretion“ behandelt. Ihre Entwicklungsgeschichte ist klar: sie geht aus der Gegend der 3. und 4. Schlundtasche hervor, ist ein branchiogenes Organ und entsteht aus entodermal-epithelialen Knospungen. Daß die Hassalschen Körperchen epithelialer Natur sind, wird nicht zu bestreiten sein. Die Marksubstanz besteht zwar sicher aus echten Lymphocyten, besonders die sog. Rindenzellen, es bestehen aber im Thymus keine lymphoiden Sekundärknötchen. Ausgesprochen lymphocytenschädigende Einwirkungen (Röntgenstrahlen, Arsen usw.) führen auch zum Zerfall des lymphatischen Gewebes des Thymus. Einen Ausführungsgang besitzt der Thymus bekanntlich nicht. Die Größenschwankungen sind bekannt. Eine normale Reduktion erfährt der Thymus von seinem Höhepunkt (im 10. bis 15. Lebensjahr) an. Dann kommt die sog. Pubertätsinvolution, Reste des Thymus finden sich aber noch im höchsten Alter. Akzidentelle Involutionen sind außerordentlich häufig und bilden die Reaktion auf alle möglichen pathologischen Prozesse (Hunger, Injektionen usw.), doch erholt sich der Thymus sicher rasch wieder. — Im 2. Abschnitt wird die Frage behandelt: „Wenn der Thymus einen Einfluß auf den Gesamtorganismus haben soll, auf welche Weise kommt dieser zustande?“ Bei der infektionsbedingten Involution sollen sich die Hassalschen Körperchen vermehren — vielleicht eine Abwehrfunktion? Die Korrelation mit den Keimdrüsen ist außer Frage, aber wie erklärt sie sich? Die experimentelle Thymusforschung hat zu widersprechendsten Befunden geführt, zumal auch Tierversuche nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden können. Daß der Thymus ein lebenswichtiges Organ sei, ist bestritten, dagegen ist der bei jungen Hunden beschriebene hemmende Einfluß der Thymusausschaltung nicht, wie man annehmen könnte und wie angenommen wurde, einheitlich beobachtet worden. Angeborener Thymusmangel ist beim Menschen noch nie festgestellt. Das Ergebnis von experimentellen Einführungen von Thymusextrakten und Thymuseinpflanzungen ist bis jetzt nach wie vor ein uneinheitliches gewesen. Ebenso uneinheitlich sind die Schlüsse, welche die Einflüsse des Thymus auf die verschiedensten Stoffwechselgebiete betreffen. Bekannt ist am meisten die Thymusvergrößerung bei Basedowscher Krankheit, aber auch hier sind die Anschauungen über die Bedeutung der Thymushyperplasie geteilte. Vielleicht ist die Thymushyperplasie und die Zunahme der Hassalschen Körperchen Ausdruck eines Entgiftungsversuches oder aber beide Organ-(Schilddrüsen- und Thymus-) Veränderungen entstehen auf dem gemeinsamen Boden einer Störung des vegetativen Nervensystems (Aschoff). Die Vergrößerung des Thymus bei Addisonscher Krankheit (übrigens nicht gesetzmäßig!) weckt den Gedanken an einen Antagonismus zwischen Thymus und Nebennieren vielleicht soll die gesteigerte Stoffwechselarbeit des Thymus den Nebennierenausfall kompensieren? Die Beziehung zwischen Keimdrüsen und Thymus sind, wie schon erwähnt, bekannt: Thymektomie soll zu Hyperplasie der Geschlechtsdrüsen und andererseits soll Kastration oder Ausschaltung der Keimdrüsenfunktion zu Thymushyperplasie führen. Auch die Beziehungen des Thymus zu Hypophysenhormonen sind noch wenig geklärt. W. meint, daß somit ein Beweis für innersekretorische Fähigkeiten des Thymus aus allen bisherigen Untersuchungen noch nicht erbracht sei. — Der 3. Abschnitt betrifft den Begriff „Thymustod und die Lehre vom Status thymico-lymphaticus“. W. gibt die Möglichkeit eines mechanisch bedingten Thymustodes, wenn auch nur für seltene Fälle von Hyperplasie des Thymus zu. Ganz etwas anderes stellen die Fälle von Thymustod in der Form eines akuten Herztodes dar; sie sind bis heute noch nicht restlos geklärt. Der Zusammenhang mit dem Status digestivus ist in manchen Fällen ziemlich auffallend. Das schwierigste Problem ist die Bedeutung und Bewertung des Status thymico-lymphaticus. Seit der ersten einschlägigen Arbeit von Paltauf (im Jahre 1889) ist dieses Problem noch nicht zur endgültigen Klärung gekommen. Vor dem Weltkriege habe die Lehre vom Status thymico-lymphaticus als

der Grundlage einer labilen Körperkonstitution auf ihrem Höhepunkt gestanden. Die Kriegsbeobachtungen der Pathologen haben sie erheblich erschüttert, Hammar, der beste Kenner der Anatomie und Pathologie des Thymus, findet keinen Beweis dafür, daß der Thymus etwa eine Vorherrschaft über das lymphatische System des Körpers habe. Gefährlich ist überhaupt die kritiklose Anwendung des Begriffes eines Status thymico-lymphaticus. Ob es richtig ist, „den Begriff überhaupt aus dem medizinischen Sprachschatz zu entfernen und ihn zum alten Eisen zu werfen“, wie dies schon vor langer Zeit M. Richter vorschlug, bleibe dahingestellt; denn man kommt nach W. doch nicht um die Auffassung herum, daß es sich bei dem genannten Körperbefund um den Ausdruck einer hypoplastischen bzw. labilen Allgemeinkonstitution handelt. Wenn in solchen Fällen das Herz versagt, so mag dies nach W. „in dem fehlerhaften Zusammenspiel der konstitutionell minderwertigen Drüsen mit innerer Sekretion liegen, in deren Spiegel das morphologische Erscheinungsbild vom Thymus und lymphatischem Gewebe seine Besonderheit offenbart“. So wendet sich auch W. durchaus nicht von dem Begriff des Status thymico-lymphaticus ab, und zwar mahnt gerade die Tatsache, daß uns die funktionelle Seite des Thymusproblems noch so unklar ist, zur Vorsicht. Immer noch ist es umstritten, und zwar bis in die neueste Zeit, ob der Thymus ein endokrines hormonspendendes Organ sei. W. warnt jedoch aus morphologisch-histologischen Zustandsbildern zu weitgehende funktionelle Schlußfolgerungen zu ziehen, wie dies neuerdings — veranlaßt durch das Basedow-Thymusproblem — geschehen ist. Besondere Wichtigkeit mißt W. der Entdeckung des Thymushormons bei, wie sie von Bomskov und Sladovic aus der Rehnschen Klinik gemeldet wurde, das diese Forscher im Lipoideextrakt aus dem Kalbstthymus gewonnen haben wollen. Es soll an die Blutlymphocyten gebunden sein, die in der Thymusmarksubstanz damit beladen, in der Rinde gespeichert und von hier nach Bedarf abgegeben werden, das Thymushormon senkt das Herzmuskelglykogen, und so könne der akute Herztod beim Status thymico-lymphaticus als Herzstillstand durch Mangel an Glykogen erklärt werden. W. betrachtet diese neueste Thymushormonforschung als sehr wichtig und aussichtsreich. Eine Ausscheidung des Thymushormons mit dem Harn soll auf eine Thymushyperfunktion schließen lassen und wäre durch Thymusbestrahlung zu bekämpfen, um die lebensbedrohende Glykogenverarmung in Herz und Leber zu beheben. So führt dieser neue Ausblick doch wieder nach W. zu der Annahme, daß die Thymusdrüse eine Drüse mit innerer Sekretion sei, deren Hyper- und Dysfunktion auch in den Fragen der Mors thymica, des Status thymico-lymphaticus und in ihren Beziehungen zu anderen Drüsen mit innerer Sekretion feste Gestalt annehmen könnte.

Merkel (München).

Chiari, H.: Pathologisch-anatomische Fragen zur Allergie. Wien. klin. Wschr. 1941 I, 151—154.

Zunächst wird ein kurzer geschichtlicher Rückblick auf die Allergieforschung gegeben: Richets Versuche 1902 an Hunden mit Giftstoffen aus den Tentakeln von Seerosen (Reinjektion), Arthus, 1903: Versuche mit artfremdem Serum. Arthus-Phänomen: Die lokalen schweren, entzündlichen Veränderungen bei örtlicher Applikation der 2. Injektion. Allgemeine und lokale Anaphylaxie. Pirquets Versuche und Zusammenfassung des Begriffes der Allergie. Es handelt sich bekanntlich um eine Antigen-Antikörperreaktion, die zunächst als rein humoraler Vorgang gedeutet wurde. Durch die Untersuchungen von Doerr und seinen Mitarbeitern sowie durch den Testversuch von Dales am isolierten Uterus wurde die Verankerung der Allergie in erster Linie in das Mesenchym verlegt, wo die Bildung jener giftig wirkenden Substanzen angenommen wird. Allergie deutet eigentlich einen Zustand und nicht eine Tätigkeit an. Spät erst wurden die morphologischen Veränderungen bei allergischen Zuständen erforscht (Rössle, Opie, Gerlach, Klinge u. v. a.). Die örtlichen allergischen Reaktionen stellen ein viel feineres Reagens dar als die Proben zum Nachweis spezifischer Antikörper im Gesamtorganismus. Die morphologischen Veränderungen

sind entzündlicher Art, obwohl sie wie andere normergische Entzündungen aus alternativen, exsudativen und proliferativen Prozessen bestehen, die sich von diesen durch 3 Merkmale unterscheiden: 1. Schnelligkeit der Entwicklung, 2. Dauer des Bestehens, 3. häufige besondere Intensität des Gewebsschadens. Seit Rössle werden hyperergische von hypoergischen Reaktionen unterschieden. Nekrose stellt den Höhepunkt solcher Reaktionen dar. Fröhlich zeigte besonders eindeutig den blitzartigen Beginn: Erscheinungen am Mesenterium des sensibilisierten Frosches, an welchem er Antigenen umschriebener Stelle aufbrachte; Folge fast sofortige Stase in den regionalen Capillaren; in der Umgebung „seröse Stase“ und schließlich Exsudation von Leukocyten, besonders eosinophilen. Wichtig ist die scharf begrenzte fibrinoide Verquellung des Bindegewebes, die offenbar eine kolloidale Zustandsveränderung im Gewebe anzeigt. Die kollagenen Fibrillen erscheinen vergröbert, balkig, stärker lichtbrechend und farberisch verändert (Klinge), Gelbfärbung statt Rotfärbung bei Gieson-Färbung sowie positive Fibrinreaktion wechselnder Stärke. Nach den Untersuchungen von Klinge an den Frühinfiltraten des Rheumatismus können dabei die argentaffinen Fäserchen als dichtes, zartestes Netzwerk nachgewiesen werden. Frühzeitig kommt es auch zur Reaktion an den präexistenten Bindegewebszellen: lebhafte Proliferation, Entstehung eines breiten Granulationsgewebswalles, oft mit Riesenzellen. Außerdem entstehen oft Blutungen und manchmal sehr umfangreiche Nekroseherde. Die fibrinoide Verquellung betrifft besonders die Blutgefäßwand, auch an den größten Körperschlagadern. Es gibt nicht bloß verzögerte Heilungen allergischer Entzündungen, sondern auch chronische Formen, sowohl im Tierexperiment wie in der menschlichen Pathologie. Dabei stehen proliferative Vorgänge im Vordergrund (Granulome). Der Tuberkel kann in seiner Entwicklung ebenso wie der luische Primäraffekt als Zeichen eingetretener Allergie angesehen werden. Bei hyperergischen Entzündungen kommt es vor, daß zahlreiche Keime in kaum verändertem Bindegewebe liegen. Niemals kann aus einem einzelnen histologischen Kriterium die Diagnose allergische Entzündung gestellt werden, weil alle Erscheinungsformen bzw. Zustandsbilder auch bei normergischen Entzündungen vorkommen. Schließlich bringt Verf. noch 2 Fälle. 1. Fall: 22-jähriger Mann, der seit 1 Jahr papulösen Hautausschlag ohne sonderliche Beschwerden bekam. Nekrosen- und Narbenbildungen traten in der Haut trotz therapeutischer Maßnahmen auf. Plötzlich schwere Erkrankung, Laparotomie, diffuse Peritonitis, ausgehend von einer Darmperforation. Nach 1 Jahr erneute Laparotomie wegen chronischen Ileus. Tod an Darmlähmung. Obduktionsbefund: Im Dünndarm zahlreiche, im Dickdarm ein kleiner Nekroseherd in der Mucosa mit tiefergrifendem geschwürigen Zerfall und Fistelbildung. Peritonitis. In den Gefäßen des Darms vielfach fibrinoide Verquellung der Gefäßwände, vor allem der Intima, zellige Infiltration, vorwiegend Eosinophile, Granulombildung, Narben mit Rezidivverscheinungen in denselben. → 2. Fall: 51-jähriger Mann, Beschwerden in den Extremitäten, schließlich starke Schmerzen im Abdomen, Laparotomie, Tod an Bauchfellentzündung. Obduktionsbefund: Zahlreiche wechselnd große Wandnekrosen und Geschwüre im Dünndarm mit Perforation, zum Teil bis ins Gekröse, an anderen Stellen abgesackte Kotabscesse. Histologischer Befund ähnlich wie im 1. Fall. Die Erkrankungen gleichen der v. Winiwarter-Buergerschen Erkrankung, die also auch fast rein abdominale Form zeigen kann. Die Art des auslösenden Antigens ist aber jeweils nur schwer zu finden.

Walcher (Würzburg).

Hachmeister, W.: Zur Methodik der Lungenembolieforschung. (*Univ.-Frauenklin., Seestadt Rostock u. Pharmakol. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Naunyn-Schmiedebergs Arch. **197**, 130—136 (1941).

Verf. hat in der vorliegenden Abhandlung eine neue Methode der experimentellen Erzeugung von Lungenembolien angegeben. Die Methode hat den Vorteil, daß es sich um künstliche Blutthromben aus Eigenblut des Tieres handelt. Dieselben werden dadurch gewonnen, daß das Blut des betreffenden Versuchstieres zuerst in eine senkrecht stehende Röhre hineingespritzt wird, hier zur Gerinnung kommt und daß nun

dieses stabförmige Gerinnsel in einzelne Teile geschnitten werden kann. Mittels einer mit Natriumchloridlösung beschickten Spritze als Treibmittel werden diese abgeteilten in vitro gewonnenen Thromben durch die Glasröhre in die Vena femoralis hineingebracht und mit dem Blutstrom in die Lunge verschleppt. Es können dann selbstverständlich die Vorgänge auch histologisch studiert werden. Zur Wiederaufsuchung der eingeschleppten Emboli hat Verf. zwei Methoden angegeben, entweder kleinste Kupferstückchen in die Thrombenabschnitte hineinzubringen (so daß man sie z. B. durch Röntgenstrahlen feststellen kann) oder Seidenfäden hineinzulegen. Man kann unter Umständen, wenn das Tier nicht weiter geschädigt wird, mehrmals in verschiedenen Zeitabschnitten diese Embolien wiederholen (es braucht natürlich nicht darauf hingewiesen zu werden, daß man das Lungenmaterial, wenn man in die Thromben kleinste Kupferstückchen einlegt, natürlich nicht histologisch verarbeiten kann; Ref.). Wie ein angeführter Tierversuch zeigt, gelingt es beim Einschießen solcher Einzelemboli nachzuweisen, wie der arterielle Blutdruck schon innerhalb eines Bruchteils einer Minute von 120 auf 84 mm Hg absinkt und nach 90 sec wieder normal wird, während der venöse Blutdruck von + 5 auf + 60 mm Wasser ansteigt und nach 4 min wieder normal ist. Beim 2. Embolieversuch 5 min später starb das Versuchstier innerhalb von 3 min unter den gleichen Erscheinungen, d. h. noch stärkerem Absinken des arteriellen Blutdrucks und einem Ansteigen des venösen Blutdruckes auf 200 mm Wasser. Die Methodik ist gut ausgedacht und für experimentelle Forschung sicher geeignet.

Merkel (München).

Fontaine, René, et R. Kukovec: Contribution expérimentale à l'étude de l'embolie pulmonaire mortelle. (Versuche zur Aufklärung der tödlichen Lungenembolie.) J. de Chir. 56, 65—77 (1940).

Verff. haben an über 100 Hunden von 20—24 kg Gewicht versucht, Lungenembolien zu erzeugen, die den menschlichen vergleichbar wären. Die Einführung langer, in Glasröhren aus dem Blut des betreffenden Tieres hergestellter Gerinnsel in die Drosselvene blieb wirkungslos, weil die Gerinnsel zerbrachen und erst in kleineren Ästen steckenblieben. Dies ließ sich sowohl durch Röntgen an Schrotkörnern nachweisen, die im geronnenen Blut eingeschlossen waren, wie auch anatomisch. Ebenso wirkungslos blieb die Einführung von doppelt abgebundenen Gummischläuchen, von gekochten Makkaroni und von dünnen, durch Erwärmung weichgemachten Wachsstäbchen. Erfolg hatten die Untersucher nur mit 25—50 cm langen Stücken von Kaninchendarm, die geronnenes Blut und zum Röntgennachweis Lipoidol enthielten. Solche Emboli rollten sich wie die natürlichen zusammen, verstopften den Stamm der Lungenschlagader oder ihrer Hauptäste und führten dann sofort oder in kurzer Zeit zum Tode. Verff. gelangen auf Grund ihrer Versuche und von 225 Embolietodesfällen zu folgenden Schlüssen: Plötzliche Todesfälle werden nicht selten zu Unrecht als Lungenembolie gedeutet. Viel häufiger aber bleiben Embolien unerkannt. 70 von 100 der Embolietodesfälle sind durch Verstopfung des Stammes oder beider Hauptäste der Lungenschlagader bedingt, nur 30 durch Verlegung kleinerer Äste. Die vollständige Verstopfung von Stamm oder Hauptästen führt sofort zum Tode. Dazu sind Venenthromben in der Länge von 25—50 cm notwendig. Eine Verzögerung kann dadurch bedingt sein, daß der Embolus eine Zeit in der rechten Kammer verweilt. Ist die Blutbahn zu einer Lunge nur gedrosselt, so bleibt das Versuchstier wenigstens eine Zeitlang am Leben. Der augenblickliche Tod spricht eher für einen vollständigen Verschluß von Stamm- oder beiden Hauptästen, als für einen Reflex von der Wand kleinerer Äste.

Meixner (Innsbruck).

Diaca, C.: Anatomische und experimentelle Untersuchungen über die Pathogenese der sogenannten mechanischen Kreislaufstörungen (Ödem, Stauung, hämorrhagischer Infarkt) in den Hoden Neugeborener. (Path. Inst., Univ. Jassy, Rumänien.) Virchows Arch. 307, 425—436 (1941).

Verf. geht von der gesicherten Tatsache des Einflusses der Schwangerschafts-

hormone, nämlich des gonadotropen Placentahormons, des Chorionhormons, auf die Geschlechtsorgane von Neugeborenen beiderlei Geschlechts aus. An den Hoden von neugeborenen Knaben zeigt sich dieser Einfluß in Schwankungen des Verhältnisses zwischen Bindegewebe und Samenkanälchen. Hoden ohne oder mit Bindegewebe und mit weiten Samenkanälchen werden als hormonal beeinflußt angesehen. Die Hormone sind auch im Nabelschnurblut der Neugeborenen und in ihrem Urin in den ersten 3 Tagen gefunden. Die bisher als mechanisch angesehenen Kreislaufstörungen in den Hoden Neugeborener sind teils makroskopisch, teils erst histologisch erkennbar: Blutungen, oft mit Ödem des Hodensackes (vgl. Simmonds). Diese Blutungen werden meist völlig resorbiert. Mita glaubte an Kreislaufstörungen als Ursache für das Hodenödem: Stauung im Becken während der Geburt oder aber Erstickung. Bei Fällen von Ödem fand Reiprich Durchtränkung des ganzen Hodengewebes mit einer ödematösen, blutigen Flüssigkeit, wodurch die Kanälchen zusammengedrückt und die Zwischenräume vergrößert wurden. Verf. fand bei 35 Fällen nur in 16 Fällen solche durch Kreislaufstörungen bedingte Veränderungen, die genauer und mit Beilage von Bildern beschrieben sind. Bei der I. Gruppe herrscht Ödem vor, bei der II. gesellen sich zu dem Ödem starke Blutstauung in den Capillaren und mehr oder weniger starke herdförmige Blutungen. In der III. Gruppe fanden sich die Fälle mit mehr oder weniger ausgedehnten Blutungen bis zu hämorrhagischen Infarzierungen der Hoden. Bei letzteren kann nicht genau bestimmt werden, ob es sich um hormonal gereizte Hoden handelt, da die Kanälchen durch den von außen wirkenden Druck des ausgetretenen Blutes zusammengedrückt werden, so daß sie „ungereizt“ erscheinen. Bemerkenswerterweise zeigen in allen diesen Fällen die Nebenhoden nur leichte Stauungsveränderungen, nämlich Blutfüllung der Capillaren und Ödem, selbst bei ausgedehnter Infarzierung der Hoden selber. Die Gefäße des Samenstranges sind in allen Fällen von Ödem und Hodenblutung äußerst stark gefüllt, was bei den hormonal gereizten und nicht gereizten Hoden, die kein Ödem oder Blutung aufweisen, nicht vorkommt. Das Fehlen der gleichartigen Befunde im Nebenhoden weist nach Ansicht des Verf. auf nicht-mechanische Ursachen der Hodenveränderungen hin. Zum Beweise dieser Annahme führte er Tierexperimente mit 25 trächtigen Meerschweinchen durch, die Progynon in wechselnden Dosen erhielten. Es waren sehr große Dosen notwendig. Dadurch wurde ein Teil der Feten abgetötet und maceriert ausgestoßen. Zusammengefaßt waren die Ergebnisse der Versuche die, daß durch Injektionen von Follikulin (Progynon) eindeutige Zirkulationsstörungen in den Hoden von Feten und neugeborenen Meerschweinchen hervorgerufen wurden. Diese bestanden in Ödem, starken Blutstauungen und Blutungen verschiedenen Umfangs. Nur durch starke, täglich angewendete Dosen werden deutliche Veränderungen hervorgerufen. Wahrscheinlich übt das Follikulin eine spezifische Wirkung auf das Hodengewebe und besonders auf die Hodencapillaren aus.

Walcher (Würzburg).

Kourilsky, Raoul, Marcel Guédé et Jean Regaud: Les dilatations congénitales de l'artère pulmonaire. (Die Formen angeborener Erweiterung der Lungenschlagader.) (*Hôp. Raymond-Poincaré, Garches.*) Presse méd. 1941 I, 229—232.

Bericht über 10 einschlägige Fälle, davon 9 durch die Obduktion gesichert. Die Beobachtungen werden in 2 Gruppen eingeteilt, je nachdem, ob die Erweiterung der Pulmonalarterie und ihrer Verzweigungen mit einem Defekt der Vorhofscheidewand des Herzens vergesellschaftet ist oder nicht. Bei letzterer Gruppe wird noch unterschieden zwischen Fällen mit gleichzeitiger Hypoplasie der Aorta und solchen, wo die Aorta normal oder gleichfalls erweitert ist. Histologisch finden sich niemals entzündliche oder wesentliche degenerative Veränderungen der Gefäßwände. Die klinischen Erscheinungen beschränken sich auf eine Betonung oder Spaltung des 2. Pulmonaltones, verbunden mit leichter Anstrengungsdyspnoe. Unter Umständen kommt es zu anhaltender Cyanose, in einem Falle fand sich eine Erythraemia vera. Die Träger dieser Mißbildung erreichen fast durchweg ein hohes Alter (63—92 Jahre) ohne wesentliche sub-

jektive Beschwerden. Röntgenologisch findet man als charakteristischen Befund eine pulsierende Vorwölbung des mittleren Bogens, verbunden mit Erweiterung und abnormer Pulsation beider Hauptpulmonaläste und ihrer Verzweigungen. In 3 Fällen fanden sich noch anderweitige angeborene Mißbildungen: Megacolon, Cystennieren, Wabenlungen.

Manz (Göttingen).

Cattabeni, C. Mario: Una rara forma di aortopatia congenita e il giudizio medico-legale di non vitalità. (Eine seltene Form von angeborener Mißbildung der Aorta und ihre gerichtlich-medizinische Beurteilung hinsichtlich der Lebensfähigkeit.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Milano.*) Arch. di Antrop. crimin. **61**, 161 bis 163 (1941).

Bei einem Neugeborenen, das 48 Stunden nach der Geburt starb, fand sich eine gewaltige Erweiterung des Ductus Botalli, welcher eine Vereinigung der Lungenarterien und des postisthmischen Abschnittes der Aorta aufnahm, so daß ein großes gemeinsames Gefäß entstand. Sonst waren die inneren Organe normal.

Gerstel.

Krauspe, Carl: Zur pathologischen Anatomie der genuinen diffusen Phlebarteriekasie. (*Path. Inst., Univ. Königsberg i. Pr.*) Zbl. Chir. **1941**, 727—731.

49jährige Frau mit jahrelangen Beschwerden am rechten Mittelfinger. Besonders an der Fingerkuppe durch die Haut bläulich schimmernde Gefäßerweiterungen, die den Eindruck erweiterter Venen erweckten. Bei geringfügigsten Anlässen Verletzungen und Blutungen. Schließlich bestand ein chronisches Geschwür, das durch mehrere Jahre nicht zur Abheilung kam. Die rechte Hand war überhaupt nicht mehr zu gebrauchen und wurde dauernd in einem Schutzverband in der Schlinge getragen. Drohende Versteifung der ganzen Hand wegen Nichtbeschäftigung. Die Kranke verlangte selbst die Amputation des Fingers. Mikroskopischer Befund: Diffuse Erweiterung aller Gefäße mit starker Schlägelung der Capillaren. Auch im Knochen erweiterte Gefäße. Gefäßwände mit verschiedenem Bau: Arterien mit meist regelmäßiger Wandschichtung, jedoch Vermehrung des kollagenen Bindegewebes in der Media. Vereinzelt polsterartige Verdickungen der Intima durch kernreiches Bindegewebe. Stellenweise stark verdünnte Media bis zum völligen Fehlen der Muskelzellen. Bindegewebe hier zum Teil hyalinisiert. Adventitia stellenweise verdickt. Die Arterien setzen sich oft unvermittelt in ziemlich weite Gefäße unregelmäßigen Baues fort. Größere Venen zeigen mitunter neben dicken bindegewebigen Intimapolstern und myomatösen knotigen Verdickungen der Wand starke Verdünnungen der Wand, die an diesen Stellen nur aus einer dünnen Schicht kollagenen Bindegewebes besteht und dort aneurysmaartig ausgebuchtet ist. Auch im Knochenmark durchweg erweiterte Gefäße ohne besonders geschichtete Wandungen. Das elastische Gewebe der Gefäße im allgemeinen gut entwickelt, nur stellenweise unterbrochen; dagegen sehr unregelmäßig gebildet in den Knochenmarksgefäßen, hier zum Teil überhaupt fehlend. Phalanxknochen leicht schneidbar mit stellenweiser starker Verdünnung der Corticalis. Auch die Spongiosa atrophisch mit fortschreitendem Knochenschwund, zum Teil bedingt durch verstärkten Gewebsdruck der erweiterten Gefäße. Eiweißreiches Ödem des Fettmarks mit Knochenschwund durch einfache Resorption oder Osteoklastentätigkeit. Die Bilder entsprechen den verschiedenartigen Formen der Gefäßveränderungen, wie sie bei arteriellem Rankenangioma, diffuser Phlebarteriekasie, venösem Rankenangioma und diffuser Phlebekasie beschrieben wurden. Es handelt sich in diesem Fall um eine angeborene Mißbildung der Gefäße. Die Angehörigen dieser Frau konnten bisher nicht untersucht werden.

Matzdorff (Berlin).

Schaefer, Werner: Untersuchungen über die Gefäßzerreißlichkeit bei internen Erkrankungen. (*Med. Klin., Univ. Freiburg i. Br.*) Z. exper. Med. **108**, 725—741 (1941) u. Freiburg i. Br.: Diss. 1940.

Verf. berichtet über seine mit dem Sackschen Gefäßzerreißversuch durchgeführten Untersuchungen über Gefäßwandschäden bei inneren Erkrankungen. Er fand erhöhte Gefäßzerreißlichkeit bei Infektionen und entzündlichen Erkrankungen, bei Krankheiten

des Gefäßsystems und bei toxischer Schädigung der Gefäßwand durch Arsen. Dagegen konnte eine Schädigung der Gefäßwand nicht festgestellt werden bei Leukämien, Anämie und Polyglobulie. In der großen Mehrzahl seiner Fälle fand Verf. einen Vitamin C-Mangel. Er weist darauf hin, daß seine Beseitigung immer erforderlich ist, wenn die primäre Gefäßzerreißlichkeit bei einer Krankheit festgestellt werden soll. Thiele.

Howard, Herbert H., Howard I. Suby and James Harberson: Aneurysm of the renal artery. (Aneurysma der Nierenarterie.) (*Dep. of Urol., Boston City Hosp., Boston.*) *J. of Urol.* 45, 41—54 (1941).

Aneurysmen der Nierenarterien wurden bereits 65 mal in der Literatur beschrieben. Der Verf. beobachtete 3 Patienten mit derartigen Veränderungen. Einmal handelte es sich um ein falsches und 2 mal um wahre Aneurysmen. — Bei Fall 1 handelte es sich um eine 59jährige Frau, die eigentlich keine großen Verletzungen in der Nierenregion gehabt hatte. Seit 3—4 Jahren hatte sie druckartige Schmerzen in der rechten Seite. Die rechte Niere funktionierte rechts nach 5 min. Bei dem ersten Krankenaufenthalt wurde sie konservativ behandelt, ohne daß die Diagnose sicher zu stellen gewesen wäre. Später plötzliche Neuauflnahme: Sehr starke Schmerzen in der rechten Seite. Die Operation ergab ein großes Aneurysma der Nierenarterie, das um die Niere gelagert war und entfernt wurde. Zunächst nahm man immer noch an, daß es sich um eine Cyste handeln würde; dieselbe wurde also „ausgeschält“. Die Patientin ging nach der Operation am Kollaps zugrunde. Bei den beiden anderen Patienten bestanden wesentlich kleinere Aneurysmen. H. Viethen (Berlin)._o

Blumgart, Herman L., Monroe J. Schlesinger and Paul M. Zoll: Angina pectoris, coronary failure and acute myocardial infarction. The rôle of coronary occlusions and collateral circulation. (Angina pectoris, Coronarinsuffizienz und akuter Myokardinfarkt.) (*Dep. of Med. Research a. Path., Beth Israel Hosp. a. Dep. of Med. a. Path., Harvard Med. School, Boston.*) *J. amer. med. Assoc.* 116, 91—97 (1941).

Die häufigen Widersprüche zwischen dem anatomischen Zustand der Coronargefäße und des Herzmuskels einerseits und den klinischen Befunden andererseits veranlaßte Untersuchungen, bei denen Veränderungen des Coronarsystems mit dem klinischen Erscheinungsbild verglichen wurden. Die Coronargefäße des Leichenherzens wurden mit einer Bleisuspension injiziert und röntgenologisch dargestellt. Herzen von Angina pectoris-Kranken zeigten dabei stets ausgedehnte Coronarverengerungen oder -verschlüsse, ohne daß es aber zu einer Infarktbildung gekommen war. Nach den Autoren erklärt sich diese Beobachtung durch die Ausbildung von Anastomosen relativ weiten Lumens, welche durch das Injektionsverfahren dargestellt werden konnten. Auch schwerere und länger anhaltende anginöse Zustände (hier im Gegensatz zum kurzen Anfall als „Coronary failure“ bezeichnet und unserem „Status anginosus“ entsprechend) hatten häufig nicht zum Infarkt geführt, selbst wenn völliger Coronarverschluß bestand. Andererseits zeigten Herzen mit Infarkten durchaus nicht immer Coronarthrombosen. Die Verff. halten deshalb eine Gleichsetzung der Begriffe Myokardinfarkt und Coronarthrombose für unangebracht. Als unmittelbare Ursache eines Infarktes wird die rasch einsetzende relative Verminderung des Sauerstoffgehaltes eines Herzmuskelbereichs angesehen; er kann durch eine Coronarthrombose, aber auch durch erhöhten Sauerstoffbedarf bei akuter Mehrbelastung hervorgerufen sein. H. Sarre._o

Lanza, Giovanni: Contributo alla anatomia patologica della sifilide del cuore. (Beitrag zur pathologischen Anatomie der Herzsyphilis.) (*Istit. di Anat. ed Istol. Pat., Univ., Catania.*) *Pathologica* (Genova) 33, 109—135 (1941).

Mitgeteilt werden 5 Beobachtungen. Zunächst 2 von richtiger gummöser Myokarditis, die in einem Falle ganz tumorähnliche Wucherungen gemacht hatte: Übergreifen des Prozesses auch auf das Epikard und auf die Tricuspidalis und Pulmonalis, nicht aber auf die Kranzgefäße. Im 3. Fall lag eine mehr diffuse interstitielle Myokarditis vor, die zu Ruptur des Myokards geführt hatte. 2 weitere Beobachtungen betreffen Fälle von angeborener Syphilis: bei einer spät sich manifestierenden Form

kam es zu miliaren gummösen Bildungen (20jähriger), im anderen Fall, bei einem Neugeborenen, lag eine diffuse interstitielle Myokarditis vor. Die Histologie der Veränderungen wird genau beschrieben und in zahlreichen ausgezeichneten Abbildungen festgelegt.

W. Fischer (Rostock).

Moschinski, Gerhard: **Die Pericarditis calculosa und ihre Symptome.** (*Med. Klin., Krupp'sche Krankenanst., Essen.*) Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 256—260.

Verf. berichtet über 3 Fälle von Pericarditis calculosa. Ursache: Rheuma, Herz-, Lungen-, Rippenfellerkrankungen, Sepsis, Tbc., selten Tumormetastasierung, ungewiß Störungen im Kalkstoffwechsel. Der 1. Fall ist besonders interessant, weil die Pericarditis calculosa auf dem Boden einer lang dauernden posttraumatischen Knocheneiterung schleichend und zunächst unbemerkt entwickelt ist. 4 Jahre nach dem Unfall erste Herzbeschwerden, weitere 4 Jahre später Feststellung der Herzbeutelverkalkung. (Wichtig im Hinblick auf schwere Kriegsverletzungen! Ref.) Die Entwicklung der Verkalkung dauert oft sehr lange, zumeist unter 20 Jahren, in einem Fall höchstens 4—8 Jahre. Diagnostizierung am sichersten durch Röntgen, evtl. Kymogramm. Kussmaulsches Zeichen: Pulsus paradoxus, d. h. Kleinerwerden des Pulses i. d. Insp. bei gleichzeitiger Füllung der Halsvenen; Friedreichsches Zeichen: Halsvenen-Kollaps in der Diastole; Broadbentsches Zeichen: eine mit der Systole synchronie Einziehung in der Gegend 11. bis 12. Rippe hinten paravertebral sind unspezifische Symptome.

Nissen (Berlin).

Barrie, H. J.: **Interstitial emphysema and pneumothorax after operations on the neck.** (Interstitial Emphysem und Pneumothorax nach Halsoperationen.) (*Roy. Hosp., Sheffield.*) Lancet 1940 I, 996—998.

An Hand von 4 durch Obduktion bestätigten Fällen setzt sich Verf. mit der Entstehung des interstitiellen Emphysems und der Bildung des Pneumothorax nach Halsoperationen, die häufig gleichzeitig nachgewiesen werden, auseinander. Es werden diese postoperativen Komplikationen in 3 Fällen nach Thyreoidektomie, in einem Falle nach Tracheotomie wegen Glottisödem beschrieben. Die Beobachtungen ergaben, daß Verletzungen der Cupulae pleurae in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem interstitiellen Emphysem stehen, daß vielmehr die Operationswunde als Eintrittspforte der freien Luft anzusehen ist, in die sie durch das kräftige Ansaugen durch das Pumpwerk des Thorax hineingelangen soll. Verf. erklärt die Bildung des Pneumothorax durch Übertritt der Luft vom emphysematösen Mediastinum aus.

Beck (Krakau).

Iglauer, Samuel: **Anatomic-pathologic studies of retro-pharyngeal (peripharyngeal) abscess.** (Pathologisch-anatomische Untersuchungen über dem retropharyngealen [peripharyngealen] Absceß.) (*Dep. of Otolaryngol. a. Path., Coll. of Med., Univ. of Cincinnati a. May Inst. f. Med. Research, Jewish Hosp., Cincinnati.*) Arch. of Otolaryng. 33, 31—44 (1941).

Weintraub hat drei wichtige Formen des Bindegewebes beschrieben: periorgane Hüllen, Nervengefäßhüllen, lockeres areolares Gewebe zwischen den Nervengefäßhüllen bzw. Organhüllen. Dieses areolare Gewebe ist besonders dort entwickelt, wo die Verschiebbarkeit zwischen den verschiedenen Gebilden besonders wichtig ist, so am Hals besonders im postvisceralen Raum. Im retropharyngealen Raum lassen sich nach Weintraub drei Abteilungen unterscheiden. In der Mitte befindet sich der große zusammenhängende retroviscerale Raum, an beiden Seiten befinden sich die kleineren parapharyngealen Räume. Der parapharyngeale Raum erstreckt sich an beiden Seiten hinter der Rachenmuskulatur, in der Mitte ist er durch ein fibröses Septum getrennt. Lateral ist dieser Raum von dem neurovasculären Strang begrenzt, nach oben endet er in der Höhe des oberen Randes des Constrictor sup., nach unten erstreckt sich derselbe bis zum unteren Rand des Schildknorpels. Die laterale Gruppe der retropharyngealen Drüsen, deren Vereiterung zur Bildung von retropharyngealen Abscessen führt, sitzt in der oberen äußeren Ecke des parapharyngealen Raumes. Die vereiterte Drüse bricht meistens in diese sich seitlich erstreckende Tasche rechts oder links durch, kann aber ausnahmsweise auch in den vasculären Strang einbrechen. Durch die anatomische Lage des parapharyngealen Raumes erklärt sich die klinische Tatsache, daß die sog. retropharyngealen Abscesse immer seitlich und nicht in der Mitte der Rachenwand erscheinen und nicht in das hintere Mittelfell weiter sinken. — Ein wirk-

licher retropharyngealer Absceß kommt nur in dem seltenen Fall von Vereiterung einer retropharyngealen Drüse der medialen Gruppe vor, welche dann in den retrovisceralen Raum weiterdringt. Kalte Abscesse, von Halswirbeln ausgehend, nehmen ihren Weg im prävertebralen Raum weiter. — Es werden 2 Fälle mitgeteilt. Im ersten Falle handelte es sich um ein 19 Monate altes Kind, bei dem der Durchbruch des Abscesses zur Arrosion der Carotis int. führte. Exitus. — Im zweiten Falle kam bei dem 2 Jahre alten Jungen der Absceß zum Spontandurchbruch. Unter septischen Symptomen kam das Kind ad exitum. Hämolytische Streptokokken waren im Eiter nachweisbar.

Georg Kerekes (Budapest).^{oo}

Dietrich, Walter: Zur Kenntnis der perforierenden Oesophagomalacie mit drei kasuistischen Mitteilungen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1941. 31 S.

An Hand von 3 eigenen Fällen wird das Wesen der Oesophagomalacie hinsichtlich ihres Vorkommens, der Ätiologie, pathologischen Anatomie sowie der Diagnose und Bedeutung dargelegt. Unter strenger Durchführung der genannten Einteilung wird ausgeführt, daß die klinische Bedeutung des Leidens gering sei, es aber gerichtsmedizinisch besonders wegen der Möglichkeit einer Verwechslung mit Ätzwirkungen und Vergiftungsverdacht wichtig ist. In den 3 selbst beobachteten Fällen handelte es sich um eine 22jährige Ehefrau, die an einem fiebigen Abort mit Peritonitis starb, eine 62jährige, tot aufgefundene Frau mit Herzähmung und einen 3jährigen Jungen, der einer ausgedehnten Verbrühung erlag. Alls 3 Kranken, deren Leichenöffnungen relativ spät (24 Stunden bis 4 Tage) nach dem Tode stattfanden, hatten Oesophagomalacien. Diese Veränderungen werden als Nebenbefunde angesehen, umso mehr, als jeweils ausreichende Todesursachen gefunden werden konnten. Gerstel.

Pászit, Pál Antal: Hämatogene Bauchfellentzündungen im Kindesalter. *Orv. Hetil.* 1941, 117—119 [Ungarisch].

Alle Bauchfellentzündungen im Kindesalter sind darin gemein (abgesehen von weitergreifenden Prozessen wie Perforation, Trauma usw.), daß die Krankheitserreger hämatogen auf das Bauchfell gelangen. Praktisch sind die Staphylo-, Strepto- und Pneumokokken wichtig. Die Art der Krankheitserreger muß bakteriologisch bestätigt werden. Die hohe Mortalitätszahl kann durch antiseptische Behandlung verringert werden (Sulfamidpräparate); gute Erfolge hat Verf. durch Bluttransfusion und spezifisches Serum in seinen 3 geheilten Fällen erzielt. Beóthy (Nagyvárad).

Kaan, J. D.: Darmperforation durch einen Bandwurm. (*Zuider Ziekenh., Rotterdam.*) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1941, 1068—1072 u. dtsh. Zusammenfassung 1072 [Holländisch].

Bei einer 53jährigen Frau, die unter der Diagnose stielgedrehter Ovarialtumor operiert wurde, fand sich eine Taenia saginata an der vorderen Bauchwand, die sich durch das Peritoneum in die Bauchwand eingebohrt hatte; sie wurde herausgezogen. Patient verstarb nach 4 Tagen an diffuser Peritonitis. Schriftumsangaben über dieses selten beschriebene Vorkommen. Büscher (Stuttgart).^o

Parini, Federico: Studio anatomo-istologico del fegato nella enterite tubercolare cronica. (Anatomisch-histologische Untersuchungen der Leber bei chronischer Darmtuberkulose.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Milano.*) Sperimentale 95, 65—98 (1941).

Bei 50 Kranken mit chronischer Tbc. des Darms ergab die histologische Untersuchung der Leber immer Entartungserscheinungen, besonders bei weit fortgeschritten Tbc. Die Verfettung der Leberzellen war besonders in der Peripherie der Leberläppchen ausgesprochen. 13 mal war diese periphere fettige Entartung allein vorhanden. 8 mal fand sich daneben noch eine Leberstauung mit zentraler Verfettung der Leberläppchen. 15 mal bestand eine nur auf die Leber beschränkte miliare Aussaat. Diese Tuberkel waren klein, wiesen zentrale Verkäsung auf, enthielten spärlich Riesenzellen und standen sehr dicht. Sie waren um die peribulären Venen angeordnet und griffen teilweise auf deren Wände über. Diese Aussaat auf dem Wege der Pfortader dürfte mit einem plötzlichen Zusammenbruch der allgemeinen Resistenz vor dem Tode zusammenhängen.

Daneben fand sich 4 mal eine miliare Aussaat in der Leber, zusammen mit einer subakuten interstitiellen Hepatitis, während 6 mal diese interstitielle Hepatitis allein vorhanden war. 5 mal war die Miliartuberkulose arteriell entstanden bei allgemeiner Miliar-Tbc. Bei dieser Aussaat standen, im Gegensatz zur Aussaat auf dem Wege der Pfortader, die Tuberkel gewöhnlich weniger dicht, sie waren meist größer, waren mehr zentral in den Läppchen gelegen und enthielten reichlich Riesenzellen. Nie waren Veränderungen im Sinne einer eigentlichen Lebercirrhose nachweisbar. Ganz vereinzelte Tuberkel finden sich bei Tbc. fast immer in der Leber. *Steiger* (Wallenstadtberg).

Eisenthal, Pongrác: Beiträge zur Kenntnis der Nebenlebern. (*Prosektur, Hauptstädter St. Rochus-Zentralkrankenhaus, Budapest.*) *Virchows Arch.* 307, 307—313 (1941).

Bei einer Sektionszahl von etwa 5500 fand Verf. 13 Fälle von Nebenlebern, und zwar 6 bei Neugeborenen und Säuglingen, 7 im späteren Kindesalter und bei Erwachsenen. Bevorzugte Lokalisationen sind die Haftbänder der Leber, das große Netz und die Oberfläche der Gallenblase. In den 6 Fällen der ersten Gruppe fanden sich die Nebenlebern 2 mal im Ligamentum triangulare sinistrum, je 1 mal als gestieltes Gebilde an der Unterfläche des linken Leberlappens bzw. an der Leberpforte, 2 mal auf einer bindegewebigen, die Vena umbilicalis überspannenden Brücke zwischen dem linken oberen Pol des Lobus quadratus und der gegenüberliegenden Seite des linken Leberlappens. In allen Fällen fanden sich Zeichen einer mehr oder weniger schweren Blutstauung. In den 7 Fällen der zweiten Gruppe waren die Nebenlebern 3 mal an der Oberfläche der Gallenblase, je 1 mal an der unteren Oberfläche der Leber, als gestieltes Gebilde an der Leberpforte bzw. im Ligamentum hepatoduodenale lokalisiert. Der letzte Fall (35jährige Frau) ist insofern interessant, als die Nebenleber über den Ductus choledochus zog und infolge Kompression dieses Gangs zum Ikterus von 4 wöchiger Dauer führte. Heilung durch Operation. In diesem Falle wie auch in einem anderen war eine teilweise kavernomartige Umbildung der Nebenleber infolge Zugrundegehen des Lebergewebes durch Zirkulationsstörungen feststellbar. Die ableitenden Gallengänge standen bei den beschriebenen Fällen entweder mit den extrahepatischen oder intrahepatischen Gallengängen in Verbindung. Selbst bei den Fällen, die an der Gallenblasenoberfläche lokalisiert waren, fehlte eine direkte Verbindung mit dem Gallenblasenlumen.

Matzdorff (Berlin).

Hunold, Wolfgang: Die akute Pankreasnekrose. Untersuchungen nach dem Krankengut der Chirurgischen Universitäts-Klinik Göttingen aus den Jahren 1928 bis 1937. Göttingen: Diss. 1940. 27 S.

In den Jahren 1928—1937 kamen in der Chirurgischen Universitätsklinik Göttingen 54 Fälle von Pankreasnekrose zur Beobachtung. Diese Erkrankung ist besonders seit 1926 häufiger geworden (1912—1924 nur 9 Fälle). Von den 54 Kranken hatten 33 Erkrankungen der Gallenwege (Cholelithiasis, Cholecystitis, Gallenblasenempyem, Cholangitis, Gallenblasengangrän). Es ist hierbei nicht von der Hand zu weisen, daß für die prädestinierenden Gallenwegserkrankungen die Kleidung (straffer Gurt um den Oberbauch zur Befestigung der Kleidungsstücke) eine Rolle spielt. Ein Überwiegen von fettableibigen Patienten war nicht feststellbar, immerhin betrug der Prozentsatz 36,9. Verf. bespricht dann die einzuschlagende Therapie (operative oder konservative). Von den 54 Fällen starben 44,4%. Schließlich wird noch auf die Diagnosenstellung eingegangen. Kurz sei noch Folgendes erwähnt: Verf. stellt fest, daß bei der Verschiedenartigkeit der Auffassungen dasselbe Krankheitsbild früher verschiedene Bezeichnungen hatte: Pancreatitis acuta, Pancreatitis haemorrhagica, Pankreasapoplexie, Pankreassklerose, Pankreasinduration, Pancreatitis suppurativa, Pankreaszysten, Pankreaspseudocysten, Pankreasfettgewebsnekrose, Pankreasnekrose, Pancreatitis chronica usw. Am besten, meint Verf., wird der Name nach dem Endstadium einer Erkrankung gewählt. Er schließt sich daher der Bezeichnung von Guleke an, nämlich akute Pankreasnekrose. Hinsichtlich der pathologischen Anatomie beschreibt Verf. für den Krankheitsverlauf 5 Stadien: 1. Entzündliches Ödem (früher Pancreatitis

acuta), 2. entzündliches Ödem mit hämorrhagischer Infarzierung (früher Pancreatitis haemorrhagica acuta, Pankreasapoplexie), 3. Fettgewebsnekrose (entspricht Fettnekrose, Pankreasfettgewebsnekrose), 4. Nekrose und Sequestration (bakterielle Zerfallsherde mit Höhlenbildung), 5. Abscessbildung. Vom 3. Stadium ab kann andererseits eine chronische Erkrankung auftreten als chronische Pancreatitis, chronische interstitielle Pancreatitis, Pankreassklerose usw. Hierzu ist zu bemerken, daß der Beginn nicht eine akute Entzündung (entzündliches Ödem) zu sein braucht, häufig findet man nur eine Nekrose des Pankreasparenchyms infolge Selbstverdauung ohne entzündliche Erscheinungen. Diese Fälle werden mit Recht als akute Pankreasnekrose (gegebenenfalls akute hämorrhagische Pankreasnekrose) bezeichnet. Was Verf. beschreibt, ist eine akute Pancreatitis, also primäre Entzündung. Daß sich bei der Pankreasnekrose sekundär eine Entzündung zugesellen kann, ist bekannt. Im übrigen ist die Nekrose eben nicht das Endstadium, sondern meist der Beginn der Erkrankung. Das Wort Pankreasnekrose auf S. 8, Zeile 21 ist irreführend, da Verf. die Fettgewebsnekrose beschreibt, wie er sie auch hinterher richtig bezeichnet.

Matzdorff.

Henrich: Über eine letale Form der serösen Entzündung. (*Inn. Abt., Staatskrankenhaus d. Polizei, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 368—372.

Verf. berichtet über eine 25jährige, im 5. Schwangerschaftsmonat befindliche Frau, die akut mit gehäuften Krampfanfällen und sich anschließender linksseitiger schlaffer und rechtsseitiger spastischer Lähmung erkrankte. Tod nach 6 tägiger Beobachtung an Kreislaufschwäche mit Lungenödem. Die histologische Untersuchung ergab in fast allen inneren Organen als hauptsächlichsten Befund das Vorhandensein einer Flüssigkeit in der Wand der Gefäße als Wandödem sowie im adventitiellen Raum, ferner im Interstitium der Leber, der Nieren, des Herzens, des Pankreas und besonders auch im Gehirn. Die Flüssigkeit trat teils als Ödem, teils als „eiweißhaltige“ Ausschwitzung in Erscheinung, teils handelte es sich auch um Vollblut, so bei den punktförmigen und flächenhaften Blutungen im subarachnoidal Raum. Es liegt demnach eine „generalisierte“ Form der serösen Entzündung vor. Sowohl klinisch als auch pathologisch-anatomisch bestehen Beziehungen zu den akut verlaufenden Nierenentzündungen. Der Nierenbefund entspricht ganz dem Bild des von Fahr als besondere Form der Nierenentzündung herausgestellten „entzündlichen Ödem der Niere“. Somit muß der Fall pathogenetisch aus dem Formenkreis der eklamptischen Urämie herausgenommen werden.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

Santo, Erwin: Doppelseitige Nebennierenblutung nach starkem Alkoholgenuss. (*Ein kasuistischer Beitrag zur Pathologie der Nebenniere.*) Frankf. Z. Path. 55, 115—119 (1941).

Ein 26jähriger gesunder kräftiger Soldat wurde morgens tot auf dem Bett liegend aufgefunden. Erbrochenes lag auf Bett und Fußboden, weshalb von dem die Leiche besichtigenden Arzt Tod durch „Ersticken nach Erbrechen“ angenommen wurde. Nachträglich indessen ergab sich, daß der Mann am Abend vorher stark getrunken hatte. Die Obduktion führte zur anatomischen Diagnose: doppelseitige Nebennierenblutung. Histologisch zeigten sich in beiden Nebennieren die Veränderungen einer sog. Nebennierenapoplexie. Die Untersuchung auf den Alkoholgehalt des Leichenblutes ergab 3,10 mg% (Äthylalkohol). Die Hauptveränderungen in den Organen bestanden in einer starken Blutüberfüllung, besonders auffallend in Gehirn und Lunge, aber auch in Leber und Niere. Ihre Ursache war offenbar ein plötzliches Versagen des Kreislaufs; die Erweiterung und Blutfülle der linken Herzkammer deutete darauf hin, daß ein atonischer Herz- und Gefäßzustand dieses verursacht haben mußte. Des weiteren mußten gefäßwandschädigende, toxische Momente eine besondere Rolle gespielt haben. Es ergab sich, daß mangels jeder anderen ätiologischen Ursache die Nebennierenblutung auf eine akute Vergiftung mit Äthylalkohol bezogen werden mußte.

Jungmichel (Göttingen).

Orlenko, J. M.: Sur la question de la torsion du Funiculus spermaticus. (Zur Frage der Torsion des Samenstranges.) *Vestn. Chir.* **60**, 621—622 (1940) [Russisch].

Das Literaturstudium ergibt, daß seit der ersten Beschreibung im Jahre 1840 ungefähr 220 einschlägige Beobachtungen mitgeteilt worden sind, also jährlich 2—3. Eigene Beobachtung des Verf.: $7\frac{1}{2}$ Monate altes Kind, aufgenommen als eingeklemmter Leistenbruch links, 2 Tage zuvor Schreien und große Unruhe. Temperatur 38° . Stuhl normal; seltenes Erbrechen. 2 Tage nach Beginn beobachtete die Mutter eine Anschwellung in der Leistengegend. Zunehmende Beruhigung des Kindes. Bei der Klinikaufnahme normale Temperatur, befriedigender Allgemeinzustand; weiche, nur in der linken Leistengegend stark schmerzhafte länglich taubeneigroße, derbe, perkutorisch gedämpfte Hervorragung. Bedeckende Haut in diesem Bereich und am linken Hodensack hyperämisch und angeschwollen. Beiderseitiger Kryptorchismus. — Diagnose: Torsion des Samenstranges. Sofortige Operation. Äthernarkose. Typischer Leistenhernienschnitt. Bei Durchtrennung der Aponeurose fand sich im Leistenkanal ein Bruch in einem nicht verwachsenen, scheidenartigen Peritonealsack, und in ihm ein Hode von stark blauer Farbe und der hahnenkammartige schwarz ausschende Nebenhode. Nach Herausarbeiten des Hodens und Nebenhodens aus den entzündlichen Lötstellen zeigte sich der verdickte, blau gefärbte Samenstrang, mit einer Achsendrehung von 360° . — Rückdrehung, ausgedehnte warme Begießungen, ohne Erfolg. Hode und Nebenhode blieben blau. Angesichts der ausgesprochenen Nekrose wurde der gangränöse Abschnitt des Samenstranges nebst Hoden und Nebenhoden und Umhüllungen amputiert. Aponeurosenhaft nach Girard; tiefe Hautnaht. Weiterer Verlauf glatt. Entlassung nach 8 Tagen in gutem Zustande. — Die Diagnose vor der Operation gründete sich auf das kindliche Alter, den Kryptorchismus, Nachlassen der im Anfang heftigen Schmerzen, Auftreten einer schmerhaften derben Anschwellung mit aufwärts steigendem Druck in der linken Leiste, Infiltrat, örtliche Anschwellung und Hyperämie. — Unterstützt wurde die Diagnose durch das Fehlen von Tympanie, von Erscheinungen der Undurchgängigkeit, durch die Konsistenz der durchzufühlenden Geschwulst. — Die Torsion führt sehr schnell zu krankhaften Veränderungen im Hoden. So tritt nach Enderlen etwa 22 Stunden nach der Torsion Nekrose im Hoden auf. Nach anderen Autoren beginnt experimentell eine Gangrän nach etwa 48 Stunden. Romani meint, daß eine Rückdrehung des bis 270° gedrehten Samenstranges binnen einiger Tage zu restitutionsfähigen, eine Drehung bis 360° zu nicht wieder gut werdenden Veränderungen binnen 48 Stunden führt. — Die Aufgabe des Chirurgen bei Torsion des Samenstranges muß also ganz aktiv sein und fordert sofortiges Handeln. Anheftung des Hodens im Hodensack, sofern der Samenstrang mobilisierbar und die krankhafte Veränderung im Hoden wiederherstellbar ist, muß die Methode der *Tiling* (Posen).

Duchanov, A. Ia.: Eingeklemmte kommunizierende Hydrocele des Funic. spermat. *Urologija (Moskau)* **17**, Nr 2, 96—97 (1940) [Russisch].

In einer Kinderklinik in Leningrad wurden während der letzten 10 Jahre 108 Fälle von Hydrocele des Eies oder Funiculus spermaticus beobachtet, davon 32 bei Brustkindern, die also angeboren waren. Die Ansammlung von Flüssigkeit um den Samenstrang entsteht durch Offenbleiben des normaliter sich schließenden Processus vaginalis peritonaei, und zwar meist allmählich; sie kann aber auch akut auftreten, das Bild eines eingeklemmten Leistenbruches vortäuschen und die Vornahme einer eiligen Operation veranlassen. Klinisch entsteht in der Leistengegend eine wenig bewegliche, gespannte Geschwulst von Walnußgröße, über der der Perkussionsschall dumpf ist und die durchsichtig erscheint. Bei vorhandener Unruhe des Kindes fehlen doch die für den eingeklemmten Bruch charakteristischen Anzeichen von Erbrechen und Stuhlverhaltung. Da bei der kommunizierenden Funiculocele eine Verbindung der Flüssigkeitsansammlung mit der Bauchhöhle besteht, so kann eine spontane Entleerung der scheinbar im Leistenring eingeklemmten Hydrocele erfolgen, oder es ist operativ vorzugehen, doch kann dabei — im Gegensatz zum eingeklemmten Bruch — ruhig abgewartet werden.

H. Heffler (Litzmannstadt).^{oo}

Pevsner, B. L.: Sur les calculs des vésicules séminales. (Über Steine der Samenbläschen.) *Vestn. Chir.* **61**, 68—70 (1941) [Russisch].

Der Verf. gibt an Hand eines Falles von Steinbildung im rechten Samenbläschen eine Übersicht über Literatur und Klinik dieser seltenen Erkrankung. Er berichtet über einen 32jährigen Patienten, bei dem im Anschluß an eine im rechten Harnleiter festgestellte Steinbildung 8 Monate später, nach Verschwinden jeglicher Konkremente aus den abführenden Harnwegen, durch rectale Untersuchung im rechten Samenbläs-

chen ein Stein festgestellt wurde. Im Röntgenbild manifestierte sich dieser als ziemlich dichter, gut erbsengroßer Schatten über der Symphyse. Weiteren Untersuchungen entzog sich der Patient. Eine Literaturübersicht ergibt, daß von Klinikern nur 10 Fälle von Steinbildung in den Samenbläschen beschrieben seien. Autoptisch seien Steine dagegen recht häufig in den Samenbläschen gefunden und beschrieben worden. Ätiologisch seien für die Erkrankung dieselben Ursachen wie für Steinbildung der andern Höhlenorgane verantwortlich zu machen. Die Steine bestünden vorwiegend aus kohlen- und phosphorsaurem Kalk. Organische Bestandteile, meistens tote Spermatozoen, machten nur 12% aus. Es folgt eine referatartige Zusammenfassung über Symptomatologie, Therapie und Diagnostik des Leidens, wobei hinsichtlich der Diagnostik besonders auf die Bedeutung der rectalen Untersuchung hingewiesen wird. *v. Reibnitz.*

Arpino, G.: Ricerche sulle modificazioni istologiche delle gonadi maschili per azione delle onde corte. (Untersuchungen über die histologischen Veränderungen der männlichen Keimdrüsen durch die Einwirkung von Kurzwellen.) (*Istit. di Istol. ed Embriol. Gen., Univ., Napoli.*) Fol. med. (Napoli) **26**, 808—811 (1940).

Die Hoden eines Hundes wurden jeden 2. Tag 20 min lang, im ganzen 6 mal, mit Kurzwellen (Ultrathermapparat) behandelt. 2 Tage nach der letzten Behandlung verendete das Tier, ohne daß sich makroskopisch Veränderungen, die für den Tod verantwortlich gemacht werden konnten, finden ließen. Erst die mikroskopische Untersuchung ergab im Mittelhirn einen pathologischen Befund. Seine Beschreibung erfolgt in einer gesonderten Veröffentlichung. Hier wird nur über die beobachteten Hodenveränderungen berichtet. Sie beziehen sich ausschließlich auf das samenbildende Gewebe und sind weder nach Ausdehnung noch nach Stärke als schwer zu bezeichnen. Sie bestehen vor allem in einer Hyperämie des Gewebes. Stellenweise ist eine Hemmung der Samenbildung zu beobachten. An einzelnen Stellen findet sich auch eine Koagulation, wie sie der Einwirkung von großer Hitze auf die Zellen entspricht. Unabhängig von den lokalen Schädigungen der Kurzwellen können auch fern vom Ort der Einwirkung Veränderungen im Gewebe beobachtet werden, die in der Lage sind, den Tod des Tieres hervorzurufen.

v. Neureiter (Hamburg).

Orsós, Franz: Die Spermainvasion. Virchows Arch. **307**, 352—361 (1941).

Schon im Jahre 1924 hatte Orsós im Ärzteverein Debrecen einen Fall von Spermainvasion vorgetragen (vgl. Henke-Lubarsch, Teil 3, Bd. 6). In dem damaligen Fall fand O. in einem wegen langsamer Anschwellung und Schmerzhaftigkeit operativ entnommenen Hoden (Verdacht auf Tuberkulose des Nebenhodens) erbsengroße, blasse Herde. Mikroskopisch fand er im Stroma des Nebenhodens Sproßgewebeinseln mit verschwommenen Grenzen reticulärer Struktur und ohne spezifischen Charakter. Im Bereich der Herde fand er stark abgerundete große Zellen, die verschiedene Mengen von Spermatozoen enthielten; letztere fanden sich auch frei zwischen den Zellen. Auch in der Umgebung fanden sich teils extra-, teils intracellulär sowie in den feinsten Spalten der dichten Gewebsbündel, ja auch im Lumen der Capillaren verschiedene Mengen von Spermatozoen. Manche Zellen waren derartig mit Spermatozoen angefüllt, daß die Zelle nur als blasenartige Hülle um diesen herum erschien. In dem Sproßgewebe fand er außerdem reichlich Plasma- und Reticulumzellen sowie wuchernde plasmareiche Fibroblasten, auch in den letzteren stellenweise Spermatozoen. Eine Einbruchsstelle der Spermatofzoen in das Gewebe konnte auch in Serienschnitten nicht gefunden werden. Da ältere entzündliche Veränderungen ohne Spermatozoen nicht gefunden wurden, hält Verf. ein früheres Trauma oder irgendeine Verletzung der Nebenhodenkanäle für wahrscheinlich, vielleicht Platzung eines mit Spermatozoen angefüllten und dünnwandig gewordenen Blindganges. Die Verletzung der Nebenhodenkanäle und die dadurch vielleicht ermöglichte Vermischung mit Prostatasekret hat die Bewegungsfähigkeit der Spermatozoen vermutlich begünstigt und das Eindringen derselben in das Zwischengewebe aktiviert. In einem 2. Fall untersuchte jetzt Verf. Hoden und Nebenhoden eines 30jährigen Mannes, die wegen

Schmerzen und Schwellung im Nebenhoden exstirpiert wurden" wegen Verdachtes auf Tuberkulose. Kein Trauma erinnerlich. Der ganze Nebenhoden, die Hodenkapsel und die Hölle des Samenstranges befanden sich in chronischem Entzündungszustand. Besonders zahlreich waren Lymphoid- und Plasmazellen vorhanden. In den einzelnen Hodenlappen sind die Samenfädenkanäle erweitert und zeigen genügend lebhafte Spermiose. Stellenweise sind die Kanäle weniger erweitert, aber in ihrem Lumen liegt ein dichterer oder loserer Zellzyylinder, der hauptsächlich aus degenerierten Spermocyten besteht, außerdem aber auch Spermionien und Spermatozoen enthält. Im Nebenhoden fanden sich verengte Kanalabschnitte, zum Teil so gut wie ohne Lumen, mit dünner, polygonaler Epithelauskleidung. Daneben erweiterte Lumina, in denen ungeheure Mengen polygonaler Epithelzellen und Spermatozoen liegen. In den zylinderartigen Ausgüssen der Kanälchen liegen die Spermatozoen meist extracellulär in der Peripherie, aber auch reichlich intracellulär in blasenartig angeschwollenen Zellen. Die Spermatozoenköpfe liegen im Cytoplasma der Epithelzellen. Stellenweise kommen kleine obliterierte Arterien vor. In der Umgebung der Kanälchen sind die Lymphgefäß zum Teil intakt, zum Teil erweitert, mit homogenen Lymphgerinneln gefüllt, welche zum Teil rote und weiße Blutzellen enthalten. In größeren Lymphgefäßwänden wurden auch Spermatozoen nachgewiesen. Es bleibt fraglich, ob sie durch aktives Einwandern oder durch Verletzung der Lymphgefäßwand hineingeraten sind. In diesen Gebieten fanden sich chronische Entzündungsherde. Die Ätiologie hält Verf. für dunkel, angesichts der sozialen Stellung sei aber mit Trauma in berauschem Zustand freilich doch zu rechnen. Spezifische Entzündungen konnten mit Sicherheit ausgeschlossen werden. In den Nebenhoden fanden sich die schwersten Veränderungen dort, wo das Gewebe von Spermatozoen durchsetzt war.

Walcher (Würzburg).

Baker, Robert E.: Extradural hemorrhage. With case report. (Extradurale Hämorragie. Mit Bericht über einen Fall.) U. S. nav. med. Bull. 38, 472—476 (1940).

Verf. behandelt in kurzen Umrissen die Gegensätzlichkeit in den Behandlungsmethoden bei Kopfverletzungen. Nur bei einer kleinen Gruppe ist eine relativ einheitliche Indikationsstellung gegeben. Sie umfaßt die extraduralen Blutungen und die komplizierten Schädelbrüche, bei denen eine sofortige operative Behandlung erforderlich ist. Weiterhin sollen auch subdurale Blutungen dem Chirurgen zugeführt werden. Wesentlich ist die Erkennung extraduraler Blutungen, die dann Schwierigkeiten macht, wenn die typischen Symptome nicht ausgeprägt sind. Sie erfordern eine gewissenhafte Beobachtung des Patienten, um bei rechtzeitiger Diagnosestellung die sofortige Unterbindung des blutenden Gefäßes und die Entfernung des Blutgerinnels durchzuführen. Abschließend führt Verf. die erfolgreiche Behandlung einer extraduralen Hämorragie an.

Beck (Krakau).

Lassen, H. C. A., und T. Vanggaard: Spontane Subarachnoidealblutung. (Symptomatologie, Nachuntersuchung, Prognose.) Ugeskr. Laeg. 1941, 427—439 [Dänisch].

Subarachnoideale Blutung (s. B.) im klinischen Sinn ist eine Blutung im Raum unter der Arachnoidea, begleitet von Symptomen seitens des Zentralnervensystems. Diese Blutungen hängen ab vom Ausgangspunkt, der Größe, der Ausbreitung der Blutung. Ihre Hauptgruppen sind: 1. Symptome infolge von vergrößertem Hirndruck und 2. solche von meningitischer Reizung. Die typischen Symptome setzen plötzlich ein, infolge von vermehrtem Hirndruck, mit Zeichen von Meningitis bei einem febrilen oder auch afebrilen Patienten mit diffus-blutigem Liquor. Traumata als Ursache sind nicht bekannt. Die 1. Tabelle bezieht sich auf die Altersverteilung der s. B. Die meisten Erkrankten waren zwischen 20 und 59 Jahre alte. Die 2. Tabelle enthält den systolischen Blutdruck von 40 Patienten. Die 3. Tabelle zeigt den Liquorbefund. Die 4. Tabelle bezieht sich in 27 Fällen auf die Beobachtungsdauer, die 5. Tabelle auf die möglichen ätiologischen Verhältnisse. — Zusammenfassung: Die s. B. ist im 1. Lebensdezennium und nach dem 60. Lebensjahr selten. Die Hälfte der Patienten

war unter 40 Jahren alt. Prodrome nicht häufig und ohne diagnostische Bedeutung. 10 Patienten gaben Episoden von anfallauslösendem Charakter an (Defäkation, Coitus, harte Arbeit). Symptome der s. B.: Kopfweh war bei 42 Patienten das Initialsymptom. In 50% war Bewußtseinsverlust, dann figurieren noch Nackensteifheit, Krämpfe, Bewußtseinsstörung, Babinski, fehlender Abdominalreflex. Der systolische Blutdruck war bei der Hälfte der Patienten < 140, bei anderen erhöht. Stase, selten Hämorrhagie der Retina. Leichte Albuminurie. Blutiger oder xanthochromer Liquor. Beinahe alle zeigten Temperaturerhöhung. Fokalsymptome gingen bei den meisten schnell und wesentlich zurück. Liquorentnahme war oft eine therapeutische Erleichterung. Die Sektionsbefunde bekräftigten die Diagnose. Es folgen noch Daten über Nachuntersuchungen, Frequenz der Rezidive und Prognose. Von den 43 Patienten starben 28%. — Für den einzelnen Anfall hatten folgende Symptome eine ungünstige prognostische Bedeutung: 1. Vollkommener Bewußtseinsverlust; 2. schwere oder mittelschwere Hypertonie; 3. stark erhöhter Liquordruck; 4. positiver Babinski; 5. Krämpfe nach dem Initialstadium; 6. steigender Puls und Temperaturerhöhung. Bei 16 Patienten kein plausibles ätiologisches Moment. Andere Ursachen: Hypertonie, Migräne. — WaR, im Blut und Liquor ohne klinische Zeichen, hämorrhagische Diathese, Pachymeningitis haemorrhagica und möglicherweise Aneurysma art. basil. — Eine ausgezeichnete, auf alles eingehende Monographie.

Révész (Sibiu).^{oo}

Leth Pedersen, A.: Über sogenannte spontane subarachnoideale Blutungen. (*Afd. E, Bispebjerg Hosp., København.*) Ugeskr. Laeg. 1941, 439—445 u. engl. Zusammenfassung 445 [Dänisch].

Überblick über die Literatur der spontanen subarachnoidalalen Blutungen (s. s. B.). Diese können eintreten: 1. im Subarachnoidalraume selbst; 2. aus dem Epi- oder Subarachnoidalraume, zumeist aus der Wand der Pia. Dies ist die eigentliche traumatische s. s. B. 3. Sie stammt von intracerebralen Blutungen, die durchbrechen: Cerebromeningeale Blutung. Verf. bringt die Ätiologie, Pathogenese und Symptomatologie dieser Veränderungen und beleuchtet sie an der Hand von 27 selbstbeobachteten Fällen. Diese bestanden aus nichttraumatischen Fällen von s. s. B., von denen 12 Symptome zeigten, 15 jedoch unbekannterweise entstanden waren. Besonders mit Bezug auf die Prognose legt Verf. Gewicht auf die Aufstellung dieser beiden Gruppen. Mit Bezug auf die derzeit noch unbekannte Pathogenie der kryptogenen Fälle behauptete er, daß seine Beobachtungen gegen Entzündung als Ursache sprechen. Mit Bezug auf die idiopathischen s. B. hebt Verf. hervor, daß nach ihnen psychische Veränderungen zurückbleiben können.

Révész (Sibiu).^{oo}

Baló, Joseph v.: Gehirnblutung und peptisches Geschwür. Wien. klin. Wschr. 1941 I, 326—327.

Es ist seit längerer Zeit bekannt, daß im Verlauf von Gehirnblutungen in der Magen- und Duodenalschleimhaut Blutungen und peptische Geschwüre entstehen können. Verf. stellte unter 118 eigenen Fällen von Magen- bzw. Duodenalgeschwüren 14 mal Massenblutungen im Gehirn fest. Er konnte dabei die Entstehungsbedingungen der Ulcera näher verfolgen. Als früheste Erscheinung fand sich wenige Tage nach der Gehirnblutung Stasis und Infarzierung der Schleimhaut. 10 Tage bis 4 Wochen nach der Gehirnblutung kann sich dann ein charakteristisches peptisches Geschwür entwickeln. Verstreicht noch längere Zeit zwischen dem Hirninsult (apoplektische Blutung, Aneurysmaruptur, Pachymeningitis haemorrhagica) und der Obduktion, dann sieht man gelegentlich eine aus dem Geschwür entstandene Narbe. Diese Veränderungen wurden bei etwa 20% der an Gehirnblutung Verstorbenen gefunden. Diese verhältnismäßig seltene Feststellung ist zum Teil damit zu erklären, daß die meisten Kranken die Ulcusentwicklung nicht mehr erlebt haben. Wahrscheinlich spielen auch konstitutionelle Faktoren eine Rolle. Neben massiven Hirnblutungen wurden im Hypothalamus und im verlängerten Mark auch punktförmige Blutungen

als Ausdruck von Kreislaufstörung gefunden, zu denen sich ein peptisches Geschwür auf sekundärem Wege hinzugesellte. Schrader (Halle a. d. S.).

Geréb, T., und J. Dénes: Ein Fall von primärer diffuser Ependymitis. (*Neurol. Abt. u. Prosektur, St. Stefan-Spit., Budapest.*) *Confinia neur.* (Basel) 3, 115—124 (1940).

Die primäre Entzündung des Ependyms ist eine seltene Erscheinung. Verff. haben im Schrifttum 6 Fälle dieser Erkrankung gefunden. Sie selber berichten über einen weiteren Fall bei einem 57 Jahre alten Mann, der im Anschluß an ein Trauma (Sturz aus der Höhe ohne sonstige Folgen) schleichend mit Kopfschmerzen und Schwindel sowie immer häufiger werdendem Erbrechen erkrankte. Im weiteren Verlauf Rigidität der Muskulatur, Gehstörungen, schließlich Gehunvermögen, Apathie bis zur ausgesprochenen Demenz fortschreitend. Tod an Schluckpneumonie nach 6 monatiger Krankheitsdauer. Bei der Sektion fanden sich die Hirnkammern mit einem durchschnittlich 3 mm dicken unspezifischen Granulationsgewebe ausgekleidet. Es bestand ein konsekutiver symmetrischer Hydrocephalus int. In Übereinstimmung mit den bisher beschriebenen Fällen — mit Ausnahme eines Falles von Cushing — wurden die schwersten Veränderungen in der 3. Hirnkammer und deren Umgebung angetroffen. Ätiologisch blieb der Fall unklar, möglicherweise kommt dem Trauma eine ursächliche Bedeutung zu. Auch die übrigen veröffentlichten Fälle konnten bis auf einen Fall von Stewart, der in den Granulationen Streptokokken nachgewiesen hat und die Veränderungen auf eine Endokarditis zurückführt, in ihrer Ätiologie nicht geklärt werden.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

Valkenburg, C. T. van: Der postkommotionelle Zustand, eine Organneurose des Hirns. *Nederl. Tijdschr. Geneesk.* 1941, 1063—1068 u. *dtsch. Zusammenfassung* 1067 bis 1068 [Holländisch].

In früheren Arbeiten hat Verf. bereits seine Stellung zu den postkommotionellen Zustandsbildern festgelegt. Das Zusammenbringen der Commotio mit der Contusio und Compressio erscheint ihm nicht angängig. Vielmehr ist hier besonders darauf hinzuweisen, daß keine anatomischen Veränderungen des Gehirns das Bild hervorrufen. Der postkommotionelle Zustand ist eine echte Organneurose und als solche von den traumatischen Neurosen zu trennen. Die psychischen Faktoren, die besonders in der Unfallrechtsprechung so stark gewertet werden, sind hier belanglos. Das Bild der postkommotionellen Neurosen setzt sich vorwiegend aus vegetativen Störungen zusammen, es zeigen sich Schlafstörungen, Veränderungen der Potenz, Pulsveränderungen, Affektlabilität, Reizbarkeit und Überempfindlichkeit für Sinneseindrücke. Der Ausgang ist sehr oft ungünstig.

Geller (Düren).

Pittrich, H.: Stirnhirngeschwülste. (*Städt. Nervenklin., Univ. Frankfurt a. M.*) *Arch. f. Psychiatr.* 113, 1—60 (1941).

Verf. berichtet über ein Material von 67 Stirnhirntumoren, und zwar solcher, welche in der konvexen und marginalen Stirnhirnrinde zur Entwicklung gekommen waren. Seinen klinischen Untersuchungen hat Verf. die Erfahrungen von Kleist zugrunde gelegt. Das Material ist in 3 Gruppen geteilt: linksseitige, doppelseitige und rechtsseitige Tumoren. Im Anschluß an die Beschreibung der linksseitigen Tumoren bespricht Verf. folgende Symptome: Anfälle, Motilitätsstörungen, Innervationsapraxie, Wendungs-, Haltungs- und Gleichgewichtsstörungen. Die Gruppe der doppelseitigen Stirnhirntumoren gibt Veranlassung, den Antriebsmangel und die alogische Denkstörung genauer zu erörtern und mit Beispielen zu belegen. Der allgemeine Antriebsmangel bezieht sich auf die gesamte Motorik, die Stammbewegungen, das Sprechen und Denken. Die Störungen können sich ganz allmählich entwickeln. Initialstadien werden oft verkannt. Nur zeitweise tritt der Antriebsmangel in reiner Form auf; meist gesellen sich zeitweise Rigor, Tremor, Haltungsverharren, Echoerscheinungen und Befehlsautomatie hinzu. Diese Begleiterscheinungen können das Bild einer Katatonia oder der arteriosklerotischen Zitterstarre vortäuschen. Bei 4 Kranken mit alogischer Denkstörung waren die höherwertigen Hemisphären (3 mal die linke, 1 mal die

rechte) besonders schwer von der Tumorbildung in Mitleidenschaft gezogen. Verf. schildert dann noch die psychischen Nachbarschaftssymptome, Charakterveränderungen, Affektabilität, zeitamnestische Störungen, Wach-Schlafstörungen. Im Anschluß an die Fälle von rechtsseitigen Frontaltumoren erörtert Verf. die diagnostischen Schwierigkeiten der Frontaltumoren. Bei rechtsseitigem Sitz sind Fehldiagnosen besonders häufig. Namentlich bei älteren Menschen mit erhöhtem Blutdruck und bei fehlender Stauungspapille ist die Differentialdiagnose gegenüber Tumor besonders schwierig. Auch Fälle von sog. Spätepilepsie erweisen sich nicht selten als Frontaltumoren. Verf. gibt am Schluß seiner Arbeit eine Aufstellung der klinischen Syndrome der Tumoren des eigentlichen Stirnhirns — in Anlehnung an die von Kleist gegebene Einteilung.

Rosenfeld (Berlin).^{oo}

Benedek, Lászlo, und Adolf Juba: Über den histologischen Aufbau der Gliome. Magy. orv. Arch. 42, 3—35 u. dtsch. Zusammenfassung 95 (1941) [Ungarisch].

Verff. haben 51 Fälle von Gliomen verarbeitet mit besonderer Rücksicht auf die Möglichkeit einer Gruppeneinteilung. 30 von diesen Tumoren bestanden aus Makrogliaelementen. Die histologische Struktur dieser Tumoren ist nicht einheitlich, da sie den verschiedenen Entwicklungsgraden des Embryonalbuchs entsprechende Zelltypen in sich bergen, obgleich der dominierende Zelltyp in den einzelnen Fällen gutartiger Tumoren gut bestimmbar ist. So könnten die verarbeiteten Fälle mit Sicherheit nur als fibrilläres Astrozytom und Glioblastoma multiforme eingereiht werden, während die Unterscheidung Protoplasma-Astrozytom, Astroblastom, polares Spongioblastom ziemlich unsicher blieb. Degenerationen können die Formveränderungen nicht genug erklären. Die Zellelemente der Makroglialeschwülste können selbst formelle Veränderungen während der Entwicklung aufweisen und alle Stufen der morphogenetischen Entwicklung erreichen. Dadurch können Verschiebungen zwischen den einzelnen Zellen bzw. Zellinseln zustande kommen. Verff. glauben die formellen Abweichungen, welche in einer und derselben Geschwulst zu finden sind, in den sich in Gliomen abspielenden Formveränderungen auffassen zu können und so sprechen sie von Ontogenese der Geschwülste. Die Gruppierung der Gliome vom histogenetischen Standpunkt wird durch die Geschwulst-Ontogenese ergänzt. Ebenso gibt es eigene Übergangsformen der Gliome infolge deren Differenzierungsprozesse. Von der Vorhersage der zu erwartenden Lebensdauer, Prognose, Malignität nur auf Grund der histologischen Untersuchung wird gewarnt.

v. Beöthy (Pécs).

La Manna, Serafino: Ricerche istologiche sulla natura dei cosiddetti tumori misti. (Histologische Untersuchungen über die sog. Mischgeschwülste.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ. ed Istit. Naz. Vittorio Emanuele III per lo Studio e la Cura dei Tumori, Milano.*) Tumori, II. s. 27, 15, 16—68 (1941).

Außer eingehender Schilderung des Schrifttums und der bisherigen Theorien über die Histogenese der Mischgeschwülste wird ein genauer Bericht über 9 eigene Fälle geliefert. Die Arbeit bespricht ferner ein Angiom der Parotis, das den vorgenannten weitgehend geglichen hatte und ein zweites Angiom des weichen Gaumens, das histologisch in vielen Teilen den Mischtumoren der Parotisgegend ähnelte. Bei der histologischen Untersuchung wurde besonders die Silberimprägnation und Darstellung elastischer Fasern durchgeführt. Es fanden sich sehr zahlreiche Fasern dieser Art, die nicht nur aus den bindegewebigen Abschnitten der Tumoren oder ihrem Stroma stammen konnten. Die elastischen und argyrophilen Fasern fanden sich auch in den medullären Abschnitten der Geschwülste und in ihren pseudoepithelialen Gebieten. Es wird daher angenommen, daß die Mischtumoren ganz vom Bindegewebe abstammen und daß ihre Zellen und Fasern nur verschiedene Differenzierungsstufen des Bindegewebes darstellen. Es wird ausdrücklich bestritten, daß die cylindromähnlichen Gänge auf epitheliale Anteile der Mischtumoren bezogen werden könnten, sie werden ausschließlich als Angioendotheliome aufgefaßt.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Környey, István: Über die sogenannte Hernia-Bildung der intervertebralen Scheibe und über die Hypertrophie des gelben Bandes. Orv. Hetil. 1941, 161—164 [Ungarisch].

Von dem Nucleus pulposus können fortsatzähnliche Gebilde in den Wirbelkörper und in den Wirbelkanal hineinwachsen. Das kann um so mehr der Fall sein, da der Annulus fibrosus Kontinuitätsdefekte aufweisen kann, durch welche sich der Nucleus

pulposus vorwölbt. Das Eindringen des Annulus fibrosus in den Wirbelkanal kann zum Zusammendrücken der Wurzel führen. Früher hat man diese Erscheinungen einem „Chondrom“ beigemessen. Jetzt nennt man diese Neubildungen Hernienbildung der intervertebralen Scheibe. Da diese Hernie die Cauda equina komprimierte, hat man diese Schmerzen bis 1934 einer Ischias beigemessen. Am häufigsten kommt diese Hernienbildung nur bei einer intervertebralen Scheibe zustande. Histologisch Nucleus pulposus- oder Annulus fibrosus-Gewebe. Charakteristisch findet man die Hypertrophie des gelben Bandes in der Höhe des 4. Sakralwirbels (in 84% der Fälle). Bei langdauernden Ischiasschmerzen denke man immer an die Hernie der intervertebralen Scheibe. Diese Hernie kommt auch ohne Trauma zustande, am häufigsten beim Heben von schweren Lasten. Das Unterschiedliche zeigt die Myelographie. *Beöthy.*

Ellett, E. C.: Unilateral exophthalmos. (Einseitiger Exophthalmus.) J. amer. med. Assoc. 116, 1-7 (1941).

Der Aufsatz bringt eine Zusammenstellung von 23 Fällen, bei denen ein einseitiger Exophthalmus das wesentliche Symptom war. Zweimal handelte es sich um Morb. Basedow (in dem einen Falle fanden sich bei der Operation die äußeren Augenmuskeln hypertrophisch). Der 4. Fall betraf ein kavernöses Angiom bei einem 33jährigen Mann, der 5. ein teleangiektatisches Gliom des Opticus bei einem 15jährigen Negerknaben. Auch der 6. war ein Gliom. Im 7. Falle handelte es sich offenbar um ein Cylindrom. Der 8. Fall wird als Fibrom mit hyaliner Degeneration bezeichnet, der 9. als Rundzellensarkom. Der 10. Fall soll eine Hyperostose der Orbita gewesen sein, der 11. ein inoperables Osteosarkom. Der 12. Fall soll nach dem Sektionsbefund eine granulomatöse Entzündung gewesen sein, der 13. eine Dermoidzyste außerhalb des Muskeltrichters bei einem 12jährigen Knaben. Der 14. und 15. Fall waren kavernöse Angiome, der 16. ein sog. Pseudotumor der Orbita. Der 17. Fall betraf eine infiltrierende Geschwulst der Orbita und der benachbarten Nebenhöhlen. 2 Fälle von Chlorom und Xanthomatosis werden nur kurz erwähnt. Der 20. Fall war eine Schüller-Christiansche Erkrankung bei einem 6jährigen Mädchen. Auf Röntgenbestrahlung besserte sich der Zustand, aber das Kind starb nach einigen Monaten. Der 21. Fall war ein intermittierender Exophthalmus bei einem 51jährigen Mann. Druck auf die linke Vena angularis führte zum Vortreten des linken Auges. Der 22. Fall wird als Orbitalmetastase eines Mammacarcinoms gedeutet, während im 23. Falle keine nähere Diagnose gestellt werden konnte. Betr. der Beschreibung der einzelnen Fälle, die nichts wesentlich Neues bietet und zum Teil unvollständig ist, muß auf das Original verwiesen werden. *Birch-Hirschfeld* (Königsberg i. Pr.).

Rehák, Paul: Über die durch die krebsigen Geschwülste des Halses verursachten Arrosionsblutungen. (Rhino-Laryngo-Otol. Klin., Univ. Budapest.) Mschr. Ohrenheilk. 75, 76-81 (1941).

Am Hals geht der Krebs von Kehlkopf, Zungenwurzel, Rachen, Schilddrüse, branchiogenen Keimen, Haut, ferner häufig auf metastatischem Wege von den Lymphknoten, manchmal auch von den Wirbeln aus. Die Gewächse können durch die Haut durchbrechen oder in Rachen, Speiseröhre, Kehlkopf oder Luftröhre eindringen und dort nach nekrotischem Zerfall Arrosionsblutungen hervorrufen. Die zum Zerfall führende Nekrose mit folgender Blutung kommt durch krebsige Infiltration und Verstopfung der Gefäße zustande. Auch eine Sekundärinfektion des nekrotischen Gewebes kann zu derartigen Blutungen führen. Bei Blutungen aus größeren Venen ist das Leben häufig unmittelbar gefährdet; meist ist aber entsprechendes Eingreifen möglich. Auch die aus kleinen Arterien stammenden Blutungen können gestillt werden, dagegen pflegt die Arrosionsblutung aus den großen Arterien (z. B. Carotis) gewöhnlich in wenigen Minuten den Tod herbeizuführen. Bei dem zur Beobachtung gekommenen Material konnte Verf. folgende Typen von Arrosionsblutungen feststellen: 1. Ausgang der Blutung von den nach Exstirpation des Kehlkopfes entstandenen Rezidiven, und zwar an folgenden Stellen: a) Aus den in der Operationsnarbe entstehenden Rezidiven unter- oder oberhalb des Zungenbeins. Die Blutungen erfolgen gegen die Oberfläche hin, in den Rachen oder nach beiden Richtungen. b) Aus Rezidiven an der Seite des Halses neben dem Sternokleidomastoidus, die gewöhnlich sich aus den Lymphknoten entwickeln. Die Blutungen erfolgen gegen die Oberfläche, seltener zum Rachen hin. c) Arrosionsblutungen aus Rezidiven, die in der Nähe der Tracheotomiewunde entstehen oder in die Luftröhre hineinreichen. 2. Beim nichtoperierten, nur durch

Strahlen behandelten Kehlkopfkrebs können die Blutungen an den gleichen Stellen auftreten. Am häufigsten wird bei diesen Kranken zur Sicherung der Atmung und zur besseren Versorgung evtl. auftretender innerer Blutungen vor Beginn der Strahlentherapie der Luftröhrenschneide ausgeführt. 3. Die meisten übrigen Krebse des Halses brechen gewöhnlich an der Seite des Halses neben dem Kopfbeugemuskel durch die Haut oder nach innen durch die laterale Wand des Hypopharynx und rufen hier Blutungen hervor. 4. Die in den Lymphknoten auftretenden Metastasen können am seitlichen Teil des Halses Arrosionen hervorrufen. Die Versorgung der Arrosionsblutungen ist häufig sehr schwer und manchmal nicht möglich, da Unterbindung, Umstechungen usw. meist versagen. Verf. geht dann näher auf die Versorgung der Blutungen in den einzelnen Halsgegenden ein und beschreibt schließlich näher 3 Fälle, die die verschiedenen Blutstillungsverfahren aufzeigen sollen. *Matzdorff* (Berlin).

Wegelin, C.: Hémotorax causé par métastases d'un hémangioendothéliome du corps thyroïde. (Hämotothorax, verursacht durch Metastasen eines Hämangioendothelioms der Schilddrüse.) (*Inst. d'Anat. Path., Univ., Berne.*) (*Soc. d'Endocrinol., Paris, 25. V. 1940.*) Ann. Endocrin. 1, 529—533 (1940).

Das Hämangioendotheliom entwickelt sich fast immer in alten, durch größere Blutungen veränderten adenomatösen Knoten. Charakteristisch ist seine Neigung zu Hämmorrhagien, die sich nicht nur am Primärtumor, sondern auch an den Metastasen zu erkennen gibt. Es werden 2 Fälle (45- und 62jähriger Mann) von großem, tödlichem, durch Pleurametastasen eines Hämangioendotheliom verursachten Hämotothorax beschrieben. Nebenbei weist Verf. an Hand beider Fälle auf die erstaunliche Schnelligkeit der Blutregeneration hin: In dem 1. Fall wurden innerhalb 4 Tagen 15 l Blut durch Punktionsentleert, in dem 2. Fall 9 l in 6 Tagen. *Zech* (Wunstorf).

Rabson, S. Milton: Angioma of corpus cavernosum penis. (Ein Angiom des Corpus cavernosum penis.) (*Dep. of Path., New York Post-Graduate Med. School a. Hosp., Columbia Univ., New York.*) J. of Urol. 45, 111—117 (1941).

Beschreibung eines abgekapselten Angioms des linken Corpus cavernosum bei einem 73jährigen. Der Tumor wird als ein Hamartom bezeichnet und den Angiomen der Leber gleichgestellt. Anschließend kurze Besprechung der wenigen in der Literatur beschriebenen Fälle. *Voss* (München)..

Kjaer, Mogens: Intrascrotale Lipome. (*Chir. Afd., Kommunehosp., Aalborg.*) Nord. Med. (Stockh.) 1941, 640—643 u. dttsch. Zusammenfassung 643 [Dänisch].

Aus Anlaß zweier Fälle (ein 75- und ein 53jähriger Mann) erörtert der Verf. die Pathogenese dieser Geschwülste. Er findet in jeder Hinsicht Übereinstimmung mit den retroperitonealen Lipomen und schließt sich der Auffassung Hilses an, ihr Ursprung sei in den Keimzellen des Fettgewebes zu suchen. In beiden Fällen des Verf. verzeichnete die Vorgesichte, wie häufig bei den intrascrotalen Lipomen, ein örtliches Trauma. *Einar Sjövall* (Lund).

Koževnikova, I. N.: Material zur Pathologie der Seminome und der Teratome der Hoden. Urologija (Moskau) 17, Nr 2, 71—75 (1940) [Russisch].

Es werden klinisch und pathologisch-anatomisch 3 Fälle von Hodengeschwülsten beschrieben: 1. Ein Seminom mit Metastasen, u. a. eine Metastase in den Rand eines chronischen Magengeschwürs, 2. ein Teratom und 3. ein Seminom, wo eine von den Metastasen adenomatöse, zum Teil atypische und solide epitheliale Einsprengungen aufwies. Darauf sich stützend, meint der Autor, daß man die Seminome wohl zu den teratoïden Hodengeschwülsten rechnen könnte. *Emil Winteler* (Sternberg)..

Sjövall, Alf: Tumor ovarii Brenner. (*Pat. Inst., Univ., Lund.*) Nord. Med. (Stockh.) 1940, 2367—2370 u. dttsch. Zusammenfassung 2370 [Schwedisch].

Beschreibung dieser nunmehr gut klassifizierten Geschwulstform. Bei der Durchsicht von 30 Schnittserien normaler Eierstücke von Frauen verschiedenen Alters sah der Verf. als Zufallsbefund im Eierstock einer Frau mittleren Alters eine mikroskopische Bildung vom Charakter des Brenner-Tumors; die Bildung lag in der Ovarialrinde, was für Walthards Ansicht über die Pathogenese dieser Geschwülste sprechen kann. *Sjövall*.

Springel, Walter: Postserotherapeutische Polyneuritis und Lähmung. Dtsch. Milärzt 6, 275—277 (1941).

Es wird über das Auftreten von Polyneuritis- und Lähmungserscheinungen nach

Seruminjektionen berichtet. Nach den Erfahrungen des Verf. spielt dabei weder die Art des Serums noch der Ort der Injektion eine erkennbare Rolle. Über die Häufigkeit kann bisher noch nichts gesagt werden, da sicher ein Teil dieser postserotherapeutischen Lähmungen unter anderer Flagge segelt, als postdiphtherische Lähmung oder als Verletzungsfolgen aufgefaßt wurde. Auffallend ist, daß familiäre Häufung vorkommen kann, z. B. ließ sich beobachten, daß 4 Verwandte die gleichen Erscheinungen polyneuritischer Art nach Serumbehandlung boten. Die Pathogenese ist noch zu klären. Hingewiesen wird ausdrücklich auf die versicherungsrechtliche Seite, besonders bei der Wehrmacht, da wehrmachtsärztliche Eingriffe bei außerdienstlichen Unfällen die Entschädigungslage stark verschieben können. Bei der anamnestischen Erhebung muß daher auf Zeichen einer neurovegetativen Stigmatisierung besonders sorgfältig gefahndet werden.

Geller (Düren).

Galambos, József: Durch Diphtherie-Bacillus verursachte Endokarditis und Sepsis. *Orv. Hetil.* 1941, 133—135 [Ungarisch].

In der Ätiologie der so häufigen Herzklappenentzündungen muß auch mit den Diphtheriebacillen gerechnet werden. Mitteilung eines Falles, wo das 5jährige Kind an diphtherischer Entzündung der zweizipfeligen Klappe bzw. an Diphtheriesepsis starb.

Beöthy (Nagyvárad).

Grieshammer, Walter: Zentrale Lebernekrosen bei Wundeiterungen. (*Path. Inst., Univ. Halle a. d. S.*) *Zbl. Path.* 77, 49—52 (1941).

Der histologische Zufallsbefund von zentralen Läppchennekrosen in der Leber gab Veranlassung, dieser Frage weiter nachzugehen. Es wurde nun festgestellt, daß bei 36 Sektionen Jugendlicher, die aus dem Heimatlazarett stammten, nur dann solche Lebernekrosen histologisch nachgewiesen werden konnten, wenn es sich um infizierte Schuß- und Bombenverletzungen handelte, wobei meistens ausgedehnte Weichteileiterungen nach Extremitätenverletzungen vorlagen, ferner Brust- und Bauchschüsse, sowie Schädel- und Wirbelsäulenverletzungen. Von diesen fanden sich bei 22 infizierten Verletzungen 13 mal Lebernekrosen, bei 4 nichtinfizierten kein solcher Fall. Im Gegensatz dazu wurden bei 10 Flugzeug- bzw. Eisenbahn- und Autounfällen weder bei den 4 Infizierten noch bei den 6 Nichtinfizierten Lebernekrosen vorgefunden. Diese in den zentralen Abschnitten der Leberläppchen bekanntlich nicht so selten zu sehenden Nekrosen werden zum Gegenstand der vorliegenden Abhandlung, und zwar wirft Verf. die Frage auf, wodurch dieselben, und zwar gerade bei infiertem Verletzungsmaterial, bedingt sein könnten. In all den Fällen handelte es sich um Staphylokokken oder Streptokokken oder Mischinfektionen, und der plötzliche tödliche Ausgang war in diesen Fällen mehrfach ungeklärt. Lediglich durch Kreislaufstörung können diese Nekrosen nach Grieshammer nicht entstanden sein, wenn auch eine gewisse Mitwirkung durch Nachlassen der Herzkräft nicht bestritten werden kann. Nun wird bekanntlich angenommen, daß die Leber und besonders ihre zentralen Teile eine besondere Aufgabe der Entgiftung hätten, und so meint Verf., daß nicht etwa eine allergische Reaktion an sich vorläge, sondern daß es sich bei der zentralen Nekrose in diesen Fällen um den morphologischen Ausdruck eines Versagens des Entgiftungsvermögens der Leber handeln dürfte. Es scheint uns wichtig, diese Beobachtungen des Verf. an einem weiteren Material nachzuprüfen.

Merkel (München).

Bansi, H. W: Zur Frage des Wundscharlachs. (*Inn. Abt., Städt. Erwin Liek-Krankenh., Berlin-Reinickendorf.*) *Dtsch. zahnärztl. Wschr.* 1941, 199—200.

Das in der letzten Zeit mehrfach beschriebene Auftreten von Wundscharlach nach chirurgischen Eingriffen in der Mundhöhle gibt Verf. Veranlassung, auf den Wundscharlach zurückzukommen. Der Begriff darf ja nicht zu weit gefaßt werden, selbstverständlich kann jede Wunde einmal die Eintrittsstelle für den Scharlacherreger bilden. Daß schon primär in der Mundhöhle vorhandene Scharlacherreger aktiviert werden und so nach der Operation zur Scharlachkrankheit führen, ist wohl unwahrscheinlich. Die Infektion kann auch xbeliebig von außen kommen; Ansteckung ist ja sogar

durch Briefe, sonst durch abgeschuppte Haut usw. schon vielfach beobachtet worden. Die hämolytischen Streptokokken, die von manchen Autoren als Scharlacherreger betrachtet werden, sind sehr lebensfähig und nach neueren Untersuchungen offenbar auch bei Eintrocknung noch wirksam. Der Verf. konnte selbst durch eigene Beobachtung das gehäufte Auftreten eines Scharlachs nach Operationen in der Mundhöhle feststellen und meint mit anderen Autoren, daß durch einen Eingriff in der Mundhöhle eben unter Umständen eine veränderte Reaktionslage verursacht ist, die zum Ausbruch des Scharlachs führt. Der Wundscharlach im allgemeinen hat bekanntlich eine auffallend kurze Inkubationszeit, ferner ist das Exanthem dabei besonders stark in der näheren Umgebung des infizierten Wundgebiets zumal im Beginn zu beobachten. Im Verhältnis zu den zahllosen operativen Zahnbehandlungen ist aber doch, wie Verf. betont, das Auftreten von Wundscharlach ein recht seltenes; es bedarf also sicher noch einer ganzen Reihe von besonderen Bedingungen des Wirtsorganismus zur Entstehung desselben. Aus den experimentellen Versuchen (durch Einpinseln von Scharlachstreptokokkenkulturen auf die Haut von Menschen), einen Scharlach zu erzeugen, die im Erfolg recht wechselnd waren, ergibt sich, daß offensichtlich die sog. stille Feiung oder aber eine evtl. angeborene Immunität eine Rolle für den Ausbruch der Krankheit spielt. Schließlich darf auch nicht unerwähnt bleiben, daß es unspezifische Exantheme gibt, die bei allergischen Personen nach allgemeinen Wundinfekten auftreten und irreführen können. — Zusammenfassend weist Bansi daran hin, daß der Entstehungsmechanismus des sog. Wundscharlachs trotz aller möglichen Erklärungen nicht einwandfrei ist und daß eine Reihe von Unbekannten dabei noch eine Rolle spielen müssen. Er warnt davor, bei angeblich kurzer Inkubationszeit von einem „selbstgezündeten“ Scharlach zu sprechen und weist zum Schluß noch darauf hin, daß in großen Kieferstationen Ansteckungsquellen verschiedenster Art bei den Kranken und beim Pflegepersonal vorliegen können und daß in der herabgesetzten Widerstandsfähigkeit der Kranken und Verwundeten zum Teil auch eine Erklärung für solche Scharlachhäufungen erblickt werden könnte. Bemerkenswert ist noch die Feststellung, daß gerade in den letzten Jahren der Scharlach im allgemeinen nur leicht und mit leichten Komplikationen verlief, insbesondere galt dies auch für die sonst so gefürchtete Komplikation der Nephritis. So sind die Ausführungen von B. geeignet, die Berechtigung zu besonderen Besorgnissen hinsichtlich der Gefahr des Wundscharlachs bei Kiefer- und Mundhöhlenverletzten zu verneinen. *Merkel.*

Blackford, Staige D., and Carlton J. Casey: *Pleuropulmonary tularemia.* (Pleuropulmonale Tularämie.) (*Dep. of Internal Med., Univ. of Virginia Hosp., Charlottesville.*) *Arch. int. Med.* **67**, 43—71 (1941).

Die herdförmigen Infiltrationen und nicht eitrigen Pleuraergüsse bei Tularämie sind deswegen von besonderer Bedeutung für den Röntgenologen und Kliniker, weil sie leicht mit Tuberkulose verwechselt werden können. Das histologische Bild der Knötchen in der Lunge ist ganz ähnlich dem des Tuberkels, wie durch Mikrophotogramme belegt wird. Käsige Pneumonie, Einschmelzung mit Höhlenbildung und „Rundherde“ wurden bei den 5 Fällen der Verff., die tabellarische Übersichten und ausführliche Befprechung der Literatur geben, beobachtet. In Gegenden, wo Tularämie öfter vorkommt, soll beim Mißlingen des Tuberkelbacillennachweises und bei sonstigem nicht ganz typischem Krankheitsbild an Tularämie gedacht werden. Agglutinationsproben sind bei allen fiebigen Erkrankungen der Brustorgane anzustellen, besonders wenn der Puls und die Leukocytenzahl im Vergleich zum Fieber niedrig sind. *Pohlandt.*

Hahn, Richard D.: *Reinfection in congenital syphilis.* (Reinfektion bei kongenitaler Syphilis.) (*Syphilis Div., Med. Clin., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) *Amer. J. Syph.* **25**, 200—214 (1940).

Es werden zwei Fälle beschrieben. Bei dem ersten lagen 13 Jahre negativer klinischer und serologischer Befunde einschließlich einer Liquoruntersuchung, bei dem anderen wenigstens 8 Jahre klinischer Heilung bei ständig nicht ganz negativen Seroreaktionen und einem negativen Liquorbefund zwischen der kongenitalen und der Neuinfektion. *F. Erben.*

Roth, O.: Zur pathologischen Physiologie und Therapie der Urticaria e frigore. (Med. Abt., Kantonspit., Winterthur.) (8. Jahres-Vers. d. Schweiz. Ges. f. Inn. Med., Bern, Sitzg. v. 16.—17. XI. 1940.) Helvet. med. Acta 7, 471—477 (1941).

Eine bekannte Tatsache ist es, daß die Kälteurticaria dieselbe Urticariaform hat wie die typische allergische gewöhnliche Urticaria. Bei Auftreten allergischer Erscheinungen durch den anaphylaktischen Zustand, der an der Zelle sich abspielt, wird ein Körper frei, der die eigentlichen Krankheitssymptome auslöst. Dieser Körper ist ein Histamin oder ein diesem sehr ähnlicher Körper, eine sog. H-Substanz. Als Antagonist des Histamins wird das Torantil bezeichnet, dem eine histaminentgiftende Wirkung zukommt. Diese Tatsache wird durch das Experiment in Form der Quaddelbildung erhärtet. Bei der Kälteurticaria spielt aber auch die Allgemeinreaktion eine Rolle. Diese konnte Verf. im Magen nachweisen, da bekanntlich das Histamin eine sehr starke Wirkung auf den Magen ausübt. Das Histamin ist somit sowohl die Ursache der lokalen wie auch der allgemeinen Reaktion. Ein anderes Experiment zeigte, daß das Histamin bei Kälteurticaria auch zu einem echten Kreislaufshock führt, der durch den Antagonisten des Histamins, durch Torantil, behandelt werden konnte. *Förster.*

Vogl, A.: Postoperative Fieberzustände. (I. Chir. Abt., Krankenanst. Rudolfstiftung, Wien.) Dtsch. Z. Chir. 254, 550—551 (1941).

Es fiel Verf. auf, daß in Norddeutschland postoperative Temperaturanstiege viel häufiger das Krankheitsbild trüben als in der Ostmark. Versuche, dieses Fieber mit Vitamin C zu beeinflussen, blieben erfolglos. Dagegen hat sich Eubasin, prä- und postoperativ verabreicht, gut bewährt und schien die pulmonale Komponente häufig ganz, die Resorptionskomponente wesentlich herabzumindern. Verf. hatte den Eindruck, als würde der Körper schneller mit der Operationsverletzung fertig. Die Temperaturerhöhung beschränkte sich auf 1—3 Tage, erreichte als Höchstwert 38°; ganz zum Verschwinden zu bringen waren diese Fieberzustände aber nicht. *Tilk. °*

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

Candela, P. B.: New data on the serology of the anthropoid apes. (Neue Mitteilungen zur Serologie der anthropoiden Affen.) Amer. J. physiol. Anthropol. 27, 209—221 (1940).

Der Verf. hat die Blutgruppenzugehörigkeit von 11 anthropoiden Affen in Absorptionsversuchen an Urinproben untersucht und dabei die überraschende Feststellung der Zugehörigkeit eines Gorillas zur Blutgruppe B gemacht. In 2 Fällen gelang die erfolgreiche Nachprüfung der so gewonnenen Blutgruppendiagnose an Blutproben. Der erstmalige Befund der Blutgruppe B bei einem Gorilla bewirkt die Richtigstellung verschiedener Annahmen über die Entstehungsarten und -orte der Blutgruppensubstanzen. *Mayser (Stuttgart).*

Kerkhoff, Hans: Blutgruppenuntersuchungen in einem Eifeldorf. Ein Beitrag zur Frage der Vererbung der Bluteigenschaften A, B, O und M, N und zu ihrer Verteilung in der Bevölkerung. (Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Bonn.) Z. Rassenphysiol. 12, 28—50 (1941).

Verf. führte in einem entlegenen Eifeldorf systematische Blutgruppenuntersuchungen an etwa 700 Personen durch. 102 Familien wurden dabei vollständig erfaßt. Die Untersuchungen erstreckten sich auf das A—B—O-System einschließlich der Untergruppen und auf die Faktoreneigenschaften M und N. Die bekannten Verteilungsgesetze von Blutgruppen und Faktoren wurden bestätigt, die Dominanz von A₁ über A₂ und beider über O auch hier bewiesen. Anschließend berechnet Verf. an Hand der aus den Veröffentlichungen der Z. Rassenphysiol. bekannten Blutgruppenuntersuchungen von 76 Völkern, Rassen und Volksstämmen die Grenzzahlen für p₀, q₀, und r und zieht Vergleiche hinsichtlich der Blutgruppenzusammensetzung der Völker. *Saar (Bonn).*

Papilian, V., und C. C. Velluda: Blutgruppenuntersuchungen bei den Motzen. Z. Rassenkde 12, 66—73 (1941).

Verff. führten Blutgruppenuntersuchungen bei Motzen, Bewohnern des Siebenbürgischen Erzgebirges, die sich in zwei Ariendländern ziemlich unvermischt erhalten haben, durch. Ent-