

des Feyerterschen Gemisches. Zur eigentlichen Färbung wird von der genannten Stammlösung 1 ccm auf 100 ccm Aqu. dest. verdünnt und in ihm ein unfixierter Gefrierschnitt auf einem Objektträger durch Auftröpfen gefärbt. Nach 5 sec wird mit einem Deckglas bedeckt und der Schnitt sofort unter dem Mikroskop betrachtet. Man kann bei dem Verfahren sehr schön die Entstehung der Färbung beobachten und auch Rasiermesser- oder Doppelmesserschnitte, Tupfer von Milz, Lymphknoten oder Knochenmark ansehen. Da sich diese Präparate jedoch nicht halten, wird empfohlen, sogleich einen Schnitt nach der Originalmethode von Schultz-Brauns in Osmiumsäure zu fixieren und zu färben, um Dauerpräparate behalten zu können.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Aurell, Gert: Über ein neues Einschlußmittel für sehr dicke mikroskopische Schnitte nebst einer Untersuchung über die Brechzahl verschiedener fixierter Organe einiger Wirbeltiere. (*Histol. Abt., Karolin. Inst., Stockholm.*) Z. Mikrosk. 58, 113—121 (1942).

Um sehr dicke Schnitte (0,05—5 mm) einzuschließen, verwendet Verf. Mischungen stark- und schwachbrechender Harze, die in besonderen Lösungsmitteln aufgelöst werden. Die Organe können bezüglich Lichtbrechungsfähigkeit in zwei Gruppen geteilt werden: I. Brechungskoeffizient von 1,550—1,552, II. Brechungskoeffizient $\pm 1,560$; Rezept für 2: Kolophonium 95,4%, Alcarin (Grübner) 4,6% in Nitrobenzol zu Sirupkonsistenz aufzulösen. Rezept für 1: Kolophonium 90%, Alcarin 10%. In Anetol oder (besser) Monobrombenzol zu Sirupkonsistenz aufzulösen. — Nach Zerlegung in bis 5 mm dicke Scheiben mit dem Gefriermikrotom wird das Präparat mit Alkohol entwässert und in Benzol übergeführt, dann für einige Zeit in derselben Flüssigkeit, in welcher die Harzmischung gelöst ist. Nach dem Einschließen wird das Deckglas mit Bleigewichten beschwert und das Präparat im Wärmeschrank getrocknet. Wenn nötig, muß besonders an den dicksten Präparaten, Harzlösung am Deckglasrand nachgesetzt werden.

Berg (Berlin-Grunewald).

Holm, J. V.: Technische Mitteilung über die Aufstellung von makroskopischen Präparaten. Montierungsplatten und deren Fortschrittsverfahren beim Malen von feuchten Präparaten. (*Normal-Anat. Inst., Univ. Kopenhagen.*) Z. Mikrosk. 58, 141—143 (1942).

Zum Montieren von anatomischen Präparaten in Glaskästen (in Flüssigkeit) werden Platten aus dem Hartpapier Pertinax empfohlen, das in Platten von verschiedener Stärke in der Größe von 55×105 cm hergestellt wird. Für allgemeine Museumspräparate hat Verf. Platten von 3 mm Stärke mit hochglanzpolierter Fläche verwendet. Geschnitten werden die Platten mit einer feinen geschränkten Säge, die Kanten geglättet, Bohrungen mit Spiralbohrern. Zum Festhalten im Glasgefäß benutzt man am besten Glassstäbchen, die zwischen die Pertinaxplatte und die Vorderseite des Glasbehälters eingepreßt werden. — Zum Hervorheben von Gefäßen, Nerven, Ausführungsgängen u. ä. werden die sog. Nitrocellulose-Emaille-lacke Herkules (Sadolin u. Holmblad, Holmbladsgade 70, Kopenhagen) empfohlen. Die im Präparat hervorzuhebenden Gebilde werden nach Abtrocknung des Präparats mit der zugehörigen Verdünnungsflüssigkeit angefeuchtet, 5 min lang stehengelassen und angemalt. Nach 15—20 min Trocknen können die Präparate in die mit Flüssigkeit gefüllten Glasbehälter übertragen werden.

Berg (Berlin-Grunewald).

Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

● **Hamperl, Herwig:** Pathologisch-histologisches Praktikum. Berlin: Springer 1942. VIII, 260 S. u. 185 Abb. RM. 8.40.

Das Buch bringt in einprägsamer Kürze die Grundlagen der pathologischen Histologie und ist in erster Linie für jene Studenten gedacht, die an Hand der im histologischen Kurs gewonnenen Präparate ihre Kenntnisse auffrischen wollen. Es schildert, durch viele schematisch gehaltene und dadurch besonders anschauliche Abbildungen unterstützt, eine ganze Reihe wichtiger und grundlegender Schnitte, die nach den einzelnen Organen und Krankheiten geordnet sind.

Rosso (Straßburg i. E.).

● **Braun, Hans:** Parasitische Würmer als Krankheitsursachen. Pathologie und Therapie der Wurmkrankheiten des Menschen. Eine Übersicht unter besonderer Berücksichtigung von Klinik und Therapie für Ärzte und Studierende. Unter Mitarbeit v. F. Oehr. Stuttgart: Wiss. Verlagsges. 1942. 128 S. u. 49 Abb. geb. RM. 9.—.

Der Absicht des Verf., dem praktischen Arzte einen Überblick über die wichtigsten parasitischen Würmer des Menschen zu verschaffen, verdanken wir das vorliegende Buch, das den Leser kurz über geographische Verbreitung, Morphologie und Entwick-

lung der für die Praxis des europäischen Arztes bedeutsamen Würmer sowie über Klinik und Pathologie, Vorbeugung und Behandlung der von diesen hervorgerufenen Erkrankungen unterrichtet. „Bewußt sind dabei alle zoologischen Einzelheiten auf das Mindestmaß beschränkt worden, da dem Arzt für das Studium dieser an sich interessanten Dinge nicht die nötige Zeit zur Verfügung steht. Die Morphologie der Helminthen und ihrer Eier ist nur soweit geschildert, als sie für die Diagnostik nötig erschien; der Entwicklungsgang der Parasiten ist nur dann ausführlicher dargestellt, wenn er zum Verständnis der pathologischen Erscheinungen und der möglichen Prophylaxe wichtig ist. Alle Würmer sind nach dem gleichen Schema behandelt, wobei neben dem klinischen Bild die Therapie einen besonders großen Raum einnimmt. Die wenigen brauchbaren Behandlungsmethoden wurden eingehender (mit Kurvorschriften) geschildert, veraltete und weniger brauchbare Mittel wurden nicht mitgeteilt.“ Zum besseren Verständnis des Textes sind dem Buch 49 Abbildungen beigegeben, davon sind aber nur 6 Originale, der Rest ist dem Schrifttum entnommen.

v. Neureiter (Straßburg).

Schulz, Werner: Die Drüsenpunktion als diagnostisches Hilfsmittel. (*Inn. Abt., Städt. Krankenh., Ratibor.*) Z. klin. Med. 141, 10—19 (1942).

Nach einer einführenden Darstellung der diagnostischen und prognostischen Bedeutung der Lymphdrüsenpunktion wird die angewandte Technik für die Punktion und die Anfertigung der Ausstrichpräparate beschrieben. Es werden insbesondere die Bilder der lymphatischen bzw. retikulären Hyperplasie geschildert, die als Reaktionszeichen des lymphatischen Gewebes auf einen anderweitigen Entzündungsherd anzusehen sind. Im Punktat eines tuberkulösen Lymphknotens wurden einige sehr typische Langerhanssche Riesenzellen gefunden. Bei der lymphatischen Leukämie spricht der Reichtum des Punktates an Lymphoblasten für einen raschen, ungünstigen Verlauf. In dem Lymphogranulompunktat fanden sich Lymphocyten, Lymphoblasten, Retikulumzellen und, je nach dem Alter des Prozesses, einkernige oder mehrkernige Sternbergsche Zellen. Die Untersuchung von Tumorpunktaten ergab Hinweise auf die Art der Geschwulst, nicht jedoch auf deren primären Sitz. O. Carere-Comes (Florenz).^{oo}

Mondor, Henri, Robert Ducroquet et Lucien Leger: Ostéite fibro-géodique disseminée avec pigmentation cutanée et puberté précoce (syndrome d'Albright). (Über die Albrightsche Krankheit [Ostitis fibrocystica disseminata] mit Hautpigmentierungen und Pubertas praecox.) Rev. de Chir. 61, 1—21 (1942).

Verff. beschreiben einen typischen Fall von Albrightscher Krankheit, den sie bei einem 14jährigen Mädchen beobachteten, und einen Fall bei einem 9jährigen Knaben, bei dem die Knochen- und Hautveränderungen zwar in typischer Weise zu beobachten waren, bei dem aber — wie in allen bisher bei männlichen Kindern beobachteten Fällen — das dritte Symptom, die Pubertas praecox, fehlte. In beiden Fällen waren die Skeletveränderungen, wenigstens vorwiegend, einseitig, in beiden Fällen war man auf die Krankheit durch eine Spontanfraktur aufmerksam geworden. Von Veränderungen des Blutchemismus ist wichtig die Erhöhung der Phosphatase, die sich in den Fällen der Verff. wie in denen Albrights fand. Die Differentialdiagnose und der mögliche Zusammenhang mit anderen Erkrankungen, vor allem den Recklinghausenschen Krankheiten, wird ausführlich erörtert, ohne daß heute schon endgültige Ergebnisse vorliegen. Verff. halten ätiologisch die Ansicht Albrights für die richtigste, der annahm, daß das Primäre eine Störung des Nervensystems sei, durch die sekundär auch die innersekretorischen Störungen hervorgerufen würden. Dafür spräche auch, daß die schwersten Fälle zugleich psychische Störungen aufweisen. A. Beyer (Berlin).^{oo}

Lopez Areal, F.: Über Spontanfrakturen. (*Serv. de Huesos y Articulac., Casa de Salud Valdecilla, Santander.*) Med. españ. 7, 207—219 (1942) [Spanisch].

Es wird eine Übersicht über die Ursachen, die pathologische Anatomie, Diagnose und die Behandlung der Spontanfrakturen auf Grund von 22 eigenen Beobachtungen gegeben. Die Arbeit enthält nichts Neues. Dietrich Blos (Berlin).^{oo}

Caldera, Mario: Le alterazioni strutturali dei muscoli striati in alcune malattie generali. (Die Gewebsveränderungen der quergestreiften Muskeln bei einigen Allgemeinerkrankungen.) (*Istit. di Pat. Gen., Univ., Roma.*) Arch. „De Vecchi“ Anat. pat. 4, 266—288 (1942).

Untersucht wurden quergestreifte Muskeln (Bauchwand, Hals, Intercostalmuskul-

latur) bei 30 Fällen von Allgemeinerkrankung. In allen Fällen waren die histologischen Befunde der Muskulatur nicht normal, vielmehr fanden sich Atrophien und Degenerationen mit Wucherung der Sarkolemmkerne in allen Fällen, und es lassen sich gewisse Regenerationsversuche der Muskelsubstanz nachweisen. Degenerationen sind besonders ausgesprochen bei fieberhaften Erkrankungen von längerer Dauer, mit hohem Fieber. Typische Altersveränderungen der Muskulatur lassen sich nicht nachweisen. Zahlreiche, sehr schöne Abbildungen der histologischen Befunde. *W. Fischer* (Rostock).^o

Geill, Torben: Verkalkung des Annulus fibrosus im linken Herzen. (*Hosp. i „de Gamles By“, København.*) Nord. Med. (Stockh.) 1942, 798—801 u. engl. Zusammenfassung 801 [Dänisch].

Bei 43 Kranken (37 Frauen, 6 Männer) im Alter von 67—92 Jahren wurde durch Sektion eine Verkalkung des Mitralklappenringes nachgewiesen. 4 sichere und mehrere zweifelhafte Fälle von Mitralstenose wurden gefunden. 9 mal war das linke Herzohr hypertrophiert. 4 mal fanden sich frische endokarditische Prozesse. Klinisch fanden sich Geräusche (systolische und präzystolische), meist an der Mitrals, weniger an anderen Stellen. Die phonokardiographische Registrierung eines diastolischen Geräusches an der Spitze konnte in einem Fall bei Fehlen von Mitralstenose auf ein Schwirren des verkalkten Rings bezogen werden. Bei den meisten Kranken (34) bestand Blutdruckerhöhung über 150 mm (bei 18 über 200 mm). *H. Scholz* (Königsberg i. Pr.).^o

Pezzeri, Vincenzo: Infarto del miocardio in un pilota. (Considerazioni sull'eventuale rapporto con l'attività di volo.) (Myokardinfarkt bei einem Piloten.) (*Istit. Med. Leg. per la R. Aeronaut. „Benito Mussolini“, Roma.*) Riv. Med. aeronaut. 5, Nr 1, 58—68 (1942).

Beschreibung der klinischen Befunde bei einem 35 Jahre alten Flieger, der bei einem Höhenfluge einen Myokardinfarkt erlitten hatte. Dabei wird der Höhenflug als ein Faktor angesehen, der eine wahrscheinlich schon vorher bestandene Verkalkung der Herzkrankengefäße verschlimmerte. *v. Neureiter* (Straßburg).^o

De Gaetani, G.: Sulla „infiammazione sierosa“ del miocardio. (Über „seröse Entzündung“ des Myocards.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Modena.*) Arch. „De Vecchi“ Anat. pat. 4, 247—265 (1942).

Es werden Ergebnisse von histologischen Untersuchungen des Herzmuskels von 80 Personen verschiedenen Alters mitgeteilt und besonders dem Vorhandensein eines Ödems Beachtung geschenkt. Der Befund einer „serösen Entzündung“, der von dem perifokalen Ödem und dem Ödem als Folge Kreislaufstörung abgetrennt wird, wurde in 10 Fällen erhoben. Die seröse Entzündung wird als sekundäre Erscheinung aufgefaßt, und zwar infolge der Steigerung der Durchlässigkeit der Gefäßendothelien, die angeblich durch histaminähnliche Substanzen bedingt sein soll. — Es sind Abbildungen beigegeben, die den Befund der sog. „serösen Entzündung“ veranschaulichen und seine Abgrenzung von anderen Ödemen ermöglichen sollen. *Reinhardt.*^o

Marcolongo, Fernando: Angina pectoris nei vizi cardiaci. Lesioni anatomiche delle coronarie e loro importanza patogenetica. (Angina pectoris bei Herzfehlern. Die anatomischen Veränderungen der Kranzarterien und deren pathogenetische Bedeutung.) (*Istit. di Clin. Med., Univ., Torino.*) Cuore e Circolazione 26, 129—145 (1942).

Klinische und histologische Untersuchungen bei 9 23- bis 64jährigen Herzkranken mit rheumatischen Klappenfehlern (5 Fälle von Mitralstenose, 3 von Mitral- und Aortafehlern, 1 von Aortainsuffizienz). Bei 6 der beschriebenen Fälle fand man eine diffuse, stenosierende Atherosklerose der Kranzarterien, meistens mit nekrotischen und sklerotischen Herden im Herzmuskel. Die beschriebenen sklerotischen Coronarveränderungen würden nach Verf. eine Hauptrolle bei der Pathogenese der anginösen Anfälle spielen. Bei mehr als 40 Jahre alten Personen findet man häufiger anatomischen Befund von Coronarsklerose mit klinischem Bild eines gewöhnlichen anginösen Syndroms. Bei jüngeren Fällen beruht die Coronarisinsuffizienz meistens auf rein dynamischen Kreislaufveränderungen und äußert sich in einem eigenartigen Symptomenkomplex. Die anatomischen Veränderungen der ersten Form können sich jedoch ver-

mutlich auf der Grundlage der anfänglich rein dynamischen Störungen (II. Typ) bilden.

O. Carere-Comes (Florenz).

Funk, Gerhard: Ein Fall von Atresie am Isthmus der Aorta. Würzburg: Diss. 1941. 13 S.

Hirsch, S.: L'athérome aortique des enfants. Études à propos des débuts de la soi-disant artériosclérose. (Das Aortenatherom der Kinder. [Studien über den Anfang der sog. Arteriosklerose.]) (*Laborat. d'Anat. Path., Univ., Bruxelles.*) *Cardiologia (Basel)* 5, 122—188 (1941).

Die ausführliche Arbeit dient dem pathologisch-anatomischen Studium der sog. gelben Flecke des kindlichen Aortensystems bei besonderer Berücksichtigung der zwischen dieser Erscheinung und der Arteriosklerose Erwachsener bestehenden Beziehungen. Nach einem kritischen Überblick über den gegenwärtigen Stand der Anschauungen über das Aortenatherom der Kinder und einer eingehenden Besprechung der pathologisch-anatomischen Grenzzustände innerhalb des Formenkreises der Arteriosklerose werden an Hand von 32 innerhalb eines Zeitraumes von $1\frac{3}{4}$ Jahren im Brüsseler Pathologischen Institut durchgeführten Kinderautopsien, zu denen im Verlaufe der Drucklegung weitere 18 Fälle kamen, Häufigkeit, Lokalisation und histologischer Charakter der kindlichen Aortenatherome sowie deren Beziehungen zu den arteriosklerotischen Veränderungen der Erwachsenen erörtert. Die nach der Durcharbeitung des in 4 Gruppen geteilten Materials, in dem die Altersstufen von 4 Monaten bis 13 Jahren enthalten sind, gezogenen Schlüsse bestehen im wesentlichen in der Anschauung, daß die kindlichen Aortenatherome nicht als eine Erkrankung sui generis im Sinne einer reinen Lipoidose, sondern als Frühformen der Aortensklerose der Erwachsenen aufzufassen sind. Für diese Anschauung spreche der histologische Charakter der „gelben Flecke“, in denen regelmäßig neben Lipoidsubstanzen in den subendothelialen Schichten Kalkeinlagerungen, Zerfallsprodukte elastischer Lamellen, sudanophile Lamellen und charakteristische Schaumzellen nachgewiesen werden konnten. Dieses Gesamtbild sei Ausdruck eines komplizierten degenerativen Prozesses, wie er auch der Erwachsenenarteriosklerose zugrunde liege. Das Fehlen positiver Veränderungen spreche nicht gegen, sondern vielmehr für den Zusammenhang, da es lediglich als Kriterium der geringeren Dauer des Krankheitsprozesses zu betrachten sei. Verteilung und Anordnung der Atherome weise auf die hervorragende Bedeutung dynamischer Faktoren hin. Ätiologisch sei kein direkter Zusammenhang zwischen Entstehung der Herde und einem bestimmten Agens, beispielsweise der Tuberkulose, nachweisbar; das regelmäßige Vorhandensein der Atherome nach längeren und besonders fieberrhaften Krankheiten deute aber auf die besondere Rolle einer stärkeren Kreislaufbeanspruchung infolge vasomotorischer Störungen hin. Schließlich werden aus den Untersuchungen Rückschlüsse auf die Beziehungen zwischen arteriosklerotischen Herden im allgemeinen und klinischen Symptomen gezogen, wobei die präsklerotischen Symptome, die der Bildung arteriosklerotischer Herde vorausgehen, klinisch eine wesentlich bedeutendere Rolle spielen sollen als die erst durch die arteriosklerotische Manifestationen hervorgerufenen postsklerotischen Erscheinungen. Verf. ist der Ansicht, daß sich aus seinen Auffassungen über das Problem der Arteriosklerose, deren Deutung als Alterskrankheit im Sinne Aschoffs nicht haltbar sei, auch bedeutungsvolle Folgerungen für Therapie und Prophylaxe der arteriosklerotischen Erkrankungen ergeben würden.

Hallermann (Kiel).

Trizzino, Ernesto: Sulle ectasie acquisite del tronco della polmonare. (Über die erworbenen Ektasien des Lungenarterienstammes.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Palermo.*) Arch. „De Vecchi“ Anat. pat. 3, 743—764 (1941).

Statistische Angaben über Frequenz, Sitz, Morphologie, klinisches Bild und Pathogenese der Aneurysmen bzw. der angeborenen und erworbenen Ektasien der Lungenarterie. Es wird dann über 3 Fälle (81jährige Frau, 68jähriger Mann und 77jährige Frau) berichtet, bei denen der initiale Teil des Lungenarterienstammes eine

umschriebene Ektasie zeigte. Im ektatischen Gebiet war die Arterienwand erheblich dünn geworden, sie zeigte trotzdem auch histologisch keine entzündlichen oder regressiven Veränderungen. Es wird behauptet, daß die beschriebenen Ektasien als Altersveränderungen bei der besonders an elastischen und Muskelfasern armen vorderen Wand des Lungenarterienstammes anzusehen sind. *O. Carere-Comes (Florenz).*

Korth, Josef: Das Verhalten der zirkulierenden Blutmenge beim akuten schweren Blutverlust und bei seiner Behandlung. (*Chir. Univ.-Klin., Bonn.*) Arch. klin. Chir. **202**, 693—739 (1941).

Eingangs eine zusammenfassende Darstellung der wichtigsten experimentellen Beobachtung des Schrifttums über die Wirkung des akuten Blutverlustes auf den Organismus, durch die die alte Goltzsche Lehre vom Erlahmen des Kreislaufes infolge Leerlaufes des Herzens bestätigt wird. Der Körper gleicht den akuten Blutverlust durch vasomotorische Umstellung, Flüssigkeitszufuhr aus den Geweben und Ausscheidung aus den Blutdepots aus. Bei quantitativ abschätzender Würdigung ergibt sich, daß diesen Ausgleichsmöglichkeiten im allgemeinen bei einem plötzlichen Blutentzug von 2—3% des Körperton gewichts eine kritische Grenze gesetzt ist, die nicht ohne schwere Gefahr überschritten werden kann. In den eigenen Versuchen des Verf. kommt eine derartige Aderlaßgröße zur Anwendung. Durchschnittlich werden nach 30 min 24% und nach 15—17 Stunden 85% der verlorenen Blutflüssigkeit durch die Eigenleistung des Körpers ersetzt (mäßige Streuungsbreite der Zellen). In einigen Versuchen zeitweilig deutliche Überkompensation. Der Ausgleich des Gesamtblutverlustes beträgt nach 30 min 56% und nach 15—17 Stunden 92%. Die abweichenden bisherigen Meinungen des Schrifttums werden besprochen. — Aus dem Verhältnis von kreisendem Erythrocyten- und Plasmavolumen wird unter normalen Verhältnissen ein Gesamthämokrit des zirkulären Blutes zu 37 als Mittelwert errechnet. — Im zweiten Teil werden die Untersuchungen über die Wirkung von Heilmaßnahmen bei schwerem anämischen Zustand mitgeteilt.

Tilk (Gießen).

Reindell, H., und O. Bayer: Über Kreislaufstörungen als Folge seelischer und vegetativer nervöser Einflüsse unter besonderer Berücksichtigung der Neurosefrage. (*Med. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Z. klin. Med. **141**, 151—227 (1942).

Noch Laennec hielt eine organische Herzveränderung auf nervöse Dauerreize für höchstunwahrscheinlich (Ref.). Erst die Untersuchungen von Krehl, Bohnenkamp, V. v. Weizsäcker, Heyer, Schultz-Hencke, die Verff. summarisch anführen, haben diese engen Zusammenhänge langsam in Einzeluntersuchungen aufgeklärt. Die vorliegende Arbeit bringt neben einer eingehenden kasuistischen Darstellung die Ergebnisse eigener Untersuchungen. Sie befaßt sich mit den hypoxämischen Zuständen des Herzmuskels mit nachweisbaren Schäden des Ekg. und Kymogramms. Nur verfeinerte Untersuchungsmethoden können hier die Defekte aufdecken, denen meist nur subjektive Störungen entsprechen. Die Vermittlung zwischen Psyche und Kreislauf erfolgt über den vegetativen Apparat; es handelt sich hier um Regulationsstörungen, nicht um primär entzündliche Vorgänge. Gerade die Fehlsteuerung des vegetativen Systems und des Hormonapparates erzeugen labilen Blutdruck, wechselnde Blutdruckamplitude, Tachykardie und Änderungen der Nachschwankung bei mehrfacher Registrierung. Solche Fälle (auch bei gesunden Sportlern) werden bei Fehlen massiven Befundes übersehen; hier aber ist eine Arbeitsprophylaxe zur Vermeidung von Dauerschäden erforderlich. Gefährdend sind vor allem die das Coronarsystem betreffenden Fehlsteuerungen. Verff. erörtern ferner die durch hypotone Regulationsstörungen bedingten Dauerschäden; eine Prophylaxe geschieht besonders hier durch Ausschaltung stehender Berufsarten (orthostatische Kollaps). Im letzten Teil wird der Begrifflichkeit der Neurose einiger Platz gewidmet. Die Auseinandersetzungen zeigen auch hier, daß der Begriff durchaus im argen liegt und nach wie vor keinen wissenschaftlichen Anspruch erheben kann. Dieser Vorwurf trifft jedoch nicht die Verff., die sich nur der bisher bekannten Formulierungen bedienen. *Leibbrand.*

Nerlich, Georg: Tödliche Lungenembolie bei Hysterotomie wegen Placenta praevia. Berlin: Diss. 1941. 11 S.

Winter: Spontanes Bauchdeckenhämatom. Ärztl. Sachverst.ztg 48, 117—120 (1942).

50jähriger Mann erkrankte an heftigen Gallensteinkoliken. Fettleibiger Mann, subikterische Verfärbung der Skleren. Herz, Lungen, Blutdruck o. B. Unterer Leberrand überragt 3 Querfinger breit den Rippenbogen. Druckschmerhaftigkeit in der Gallenblasengegend, Bauchdeckenspannung. Am nächsten Tag vermehrte Schmerzen, zunehmende Spannung zwischen Nabel und Gallenblase. Abwartende Therapie. Nach 2 Tagen Schmerzen verringert, Lokalbefund unverändert. Nach einer Woche weitere Besserung, in der Nabelgegend großer, beweglicher Tumor, der von der Leber zu trennen war.. Nach 10 Tagen leichte Anämie. Es wurde eine Cyste oder ein Absceß vermutet. Bei operativem Vorgehen fand sich ein präperitoneal gelegenes Hämatom, Entleerung von mehreren Litern flüssigen Blutes (? Ref.). Eingriff wurde gut überstanden. Leberschwellung und Schmerzen in der Gallenblasengegend gingen zurück. 14 Tage nach Entlassung erneut Gallenblasensymptome mit Ikterus. Röntgenologisch an der Gallenblase keine Veränderungen zu erkennen. Unter internistischer Behandlung klang die Cholecystitis ab. Verf. mißt dem Auftreten zweier ätiologisch verschiedener, aber in den Symptomen sehr ähnlicher Krankheitsbilder fast zur selben Zeit besondere Bedeutung zu. Bauchdeckenhämatome können zu diagnostischen Irrtümern Anlaß geben, da sie durch Reiz auf das Peritoneum Erkrankungen des Bauchraumes vortäuschen können. Derartige Hämatome können durch direkte Gewalt, durch Überanstrengung und schließlich spontan bei schweren Infektionskrankheiten, bei Gravidität und in vorgerücktem Lebensalter beobachtet werden. Beschreibung einiger einschlägiger Fälle. Die häufigsten Fehldiagnosen sind: Brüche, Eierstocksgeschwülste, Appendicitis, Gallenblasenerkrankung, Darmeinklemmung usw. Differentialdiagnostisch wichtig ist die Begrenzung der Schwellung durch die Rectusscheide. Die Blutung entwickelt sich in der Rectusscheide. Gerichtsärztlich wichtiges Krankheitsbild zur Beurteilung von Fehldiagnosen und von Unfallfolgen.

Rogal (Bremen).

Sirtori, Carlo: L'ittero nella polmonite. (Studio anatomo-patologico casistico e statistico e considerazioni sull'ittero „epatogeno“.) (Ikterus bei Pneumonie. [Anatomisch-pathologisches, kasuistisches und statistisches Studium und Betrachtungen über den „hepatogenen“ Ikterus.]) (Div. Anat.-Pat., Istit. Naz. Vittorio Emanuele III per lo Studio e la Cura d. Cancro ed Istit. di Anat. Pat., Univ., Milano.) Arch. Ist. biochim. ital. 14, 39—47 (1942).

An einem Gesamtmaterial von 14000 Sektionen wurde bei 1210 Fällen von Pneumonie das Vorkommen von Ikterus durchgeprüft. Es wurden dabei folgende Feststellungen gemacht: 1. Bei Pneumonien ohne frühere Leberschäden entsteht Ikterus in 1% der Fälle. 2. Bei abnormalem Verlauf der Pneumonie kommt Ikterus in 8% der Fälle vor; bei rechtsseitiger Pneumonie mit Beeinträchtigung der ganzen Lunge wird Ikterus bei 20% der Fälle beobachtet. 3. Bei Leberschäden älteren Datums entsteht ein Ikterus bei 40% aller Pneumoniefälle. Eine eigentliche, charakteristische Leberschädigung wurde bei Pneumonie nicht beobachtet; die Schäden schwanken zwischen trüber Entartung und akuter gelber Atrophie oder seröser Hepatitis. Was den Entstehungsmechanismus des Ikterus anbelangt, handelt es sich um eine Hyperhämolyse, bedingt durch die verschiedenen Pneumokokkentypen und eine Blutfarbstoffretention im Blute infolge einer „Hepatose“. N. Gingold (Bukarest).

Vurchio, Guido: Appendicite dopo raschiamento uterino per aborto incompleto. Caso clinico. (Appendicitis nach Abrasio wegen inkomplettem Abort.) (Maternità, Asti.) Ginecologia (Torino) 8, 139—146 (1942).

Schilderung eines Falles von Appendicitis nach Abrasio wegen inkompletten Aborts im 3. Schwangerschaftsmonat. Nach Hinweis auf die Frequenz der Appendicitis in der Schwangerschaft und auf die Schwierigkeit der diagnostischen Erfassung be-

schreibt Verf. den Entstehungsmechanismus einer Appendicitis, welche auf die Zerreißung der bestehenden Adhäsionen zwischen der Appendix und dem Uterus durch die vorgenommene Abrasio zurückzuführen war. Ohne die Schwangerschaft in allen Fällen als auslösenden Faktor für die Genese der Appendicitis verantwortlich zu machen, unterstreicht Verf., daß mechanische Faktoren während der Schwangerschaft, Geburt und auch bei der Abrasio zu Zerrungen und Zerreißungen von Adhäsionen und periappendikulären Abscessen führen und damit akute Appendicitiden verursachen können.

Sepp Pichler (Wiesbaden).^{oo}

Holzhausen, Curt: Nierenmißbildungen bei Soldaten. (*Path. Inst., Univ. Göttingen.*) *Z. urol. Chir. u. Gynäk.* 46, 295—303 (1942).

Im Gegensatz zu anderen Veröffentlichungen aus diesem Gebiet, die ein Menschen-
gut aller Altersklassen umfassen, wird hier eine Zusammenstellung aus 1600 Sektionen
von Männern kräftigsten Lebensalters (Soldaten) gebracht. Unter dem Material fanden
sich folgende Nierenmißbildungen: 2 Verschmelzungsnieren (davon eine Hufeisenniere
und eine einseitige Verschmelzung der Nieren bei Verlagerung der linken Niere nach
rechts), 2 einseitige Nierenhypoplasien, eine doppelseitige Cystenniere (Gewicht der
linken 950, der rechten 830 g), 2 Aplasien der linken Niere und 2 mal dysontogenetische
Geschwulstbildungen (eine mit vielfach verteilten kleinen Adenomen beider Nieren,
1 mal ein Grätzscher Tumor bei cystischem Kleinhirngewächs). Von diesen Miß-
bildungen werden 2 genauer beschrieben, da beide post operationem durch arenale
Anurie zum Exitus kamen: 1. Operative Entfernung einer dystopischen Verwachsungs-
niere bei Verlagerung der linken Niere nach rechts; 2. Exstirpation der rechten Niere
wegen Hydronephrose bei Nierensteinen, Aplasie der linken Niere. Der Tod trat im
1. Fall einen Tag, im 2. Fall 13 Tage nach der Operation ein. Schließlich gibt Verf.
Kenntnis von einem Fall, der von Gg. B. Gruber begutachtet wurde: Nach 39tägiger
Dienstzeit meldete sich ein Matrose mit unklaren Zeichen wegen Verstopfung und
Beschwerden beim Wasserlassen krank. Exitus nach 14tägigem Krankenlager. Die
Sektion ergab eine vereiterte Hydronephrose links bei Verlagerung dieser Niere hinter
die Harnblase und Abknickung des Ureters. Die starke Aufreibung der erkrankten
Niere war weiterhin ein Hindernis für den Harnablauf aus der rechten Niere, so daß
der Tod an Urämie eintrat. Hinsichtlich der W.D.B. führte Gruber aus: Bei der
Eigenart des Soldatendienstes mit großen körperlichen Anstrengungen und großem
Wasserverlust, verbunden mit brot- und kartoffelreicher Nahrung, kommt es bei
Rekruten häufig zur Eindickung und Verhaltung von Kotmassen im Dickdarm. Der
überfüllte Mastdarm führte zur Beengung oder Abdrückung des atypisch verlaufenden
Ureters und zu einer regionären Harnverhaltung. Es folgten Nierenbeckenerweiterung
und Hydronephrose mit Vereiterung des Nierenbeckens bei Begünstigung der Keim-
einwanderung auf dem Lymphwege aus dem kotüberfüllten Dickdarm. Die erweiterte
dystopische Niere behinderte den Harnablauf aus der anderen Niere. Folgen waren
Urämie und Exitus. Demnach war W.D.B. als höchst wahrscheinlich anzunehmen.

Matzdorff (Berlin).

Kup, Julius v.: Der akute Nebennierenausfall. (*Pathoanat. Inst. u. Zentrallaborat., Elisabeth-Krankenh., Sopron.*) Wien. klin. Wschr. 1942 I, 408—410.

Verf. teilt einen Fall von bösartigem Rindenadenom einer Nebenniere bei einem
dreijährigen Kinde mit, in welchem nach der Entfernung der 830 g wiegenden Ge-
schwulst der Tod eintrat, obwohl die andere Nebenniere erhalten war. Zu dem Ent-
stehen des Krankheitsbildes des akuten Nebennierenausfalls ist also nicht der beider-
seitige Ausfall der Nebennieren notwendig. Wenn die ausfallende Nebenniere in er-
höhtem Maße Hormon produziert hat und der Organismus sich an die erhöhte Hormon-
produktion gewöhnt hat, so kann der Ausfall der einen Nebenniere schwerste Störungen
verursachen und den Tod herbeiführen. Große Mengen von Rindenhormon und Koch-
salz können die Lebensgefahr beseitigen. Nebennierenrinden-
ausfall kann bedingt werden
durch Blutungen, Toxine oder andere Gifte, aber auch durch übermäßige sportliche

Anstrengungen. Die Nebennierenrindenhypoplasie stellt eine Veranlagung zu akutem Nebennierenausfall dar.

Rosenfeld (Berlin).^{oo}

Brill, Ernst H.: Beobachtungen und Erfahrungen bei Urethritis non gonorrhoeica.
(*Univ.-Hautklin., Rostock.*) Dermat. Wschr. 1942 I, 369—376.

Als unspezifische Urethritis (u. U.) wird gewöhnlich die Urethritis, die nicht auf gonorrhoeischer Basis beruht, bezeichnet, obwohl streng genommen darunter alle Urethriden verstanden werden müßten, die keinen spezifischen Erreger haben. Bei jeder akuten oder chronischen Urethritis muß zunächst eine gonorrhoeische Ätiologie ausgeschlossen werden. Die Zahl der u. U.en hat in letzter Zeit zugenommen und wird von mancher Seite für höher gehalten als die der gonorrhoeischen. Die Diagnose Go. soll nicht auf einzelne Gram-negative Diplokokken aufgebaut werden, wenn die Haufbildung der Erreger fehlt. Das Kulturverfahren nach den Vorschriften von Neumann hat die Diagnostik erleichtert. Die Ursachen für die u. U. sind vielfältig. Chemische, mechanische und thermische Traumen, Harnröhrenschädigungen durch antikonzeptionelle Mittel, sportliche Einflüsse, Druckverbände des Penis und Nieren- und Uretersteine kommen in Betracht. Bakterien und ihre Toxine können von außen eindringen oder saprophytische Bakterien werden pathogen, vor allem Colibakterien. Dies tritt besonders im Anschluß an fiebige Erkrankungen auf, besonders bei Kindern im Anschluß an Brechdurchfall, sowie an Scharlach und Masern. Die u. U. kann gegebenenfalls kontagiös sein. Erwähnenswert ist die Reitersche Erkrankung, auf die während des jetzigen Krieges mehrmals hingewiesen wurde. Verschiedene Pilze verursachen einen stark gelblichen oder mehr schwärzlichen Ausfluß. An Fremdkörpereinwirkung und an sexuelle Anomalien, die zu einer Hyperämie führen, muß gedacht werden. Jede lokale Behandlung der Harnröhre kann Entzündungsprozesse hervorrufen oder steigern. Selten finden sich intraurethrale Ulcera als Ursache. Bei der Urethritis herpetica ist die Verimpfung auf die Kaninchencornea möglich, meist sitzen die Veränderungen im hinteren Teil der Harnröhre. Durch die Ausscheidung von Salzen entsteht die Urethritis phosphatica. Schließlich ist an Ca. und an Hautkrankheiten mit Schleimhauterscheinungen zu denken (Erythema exsudatum multiforme, Lichen ruber planus). Zu berücksichtigen ist auch der „Partnerkatarrh“, der auf die Einwirkung von Vaginalkeimen bei gestörten Säurewerten, z. B. während der Menses, zurückzuführen ist. U. durch Trichomonas vaginalis ist beim Manne relativ selten, sie zeigt einen milden Verlauf und greift selten auf die hintere Harnröhre über. In einem Falle eigener Beobachtung traten jedoch heftige Erscheinungen mit blutigem Ausfluß und einem Leistendrüsenabsceß auf. Prontosil hatte keinen Einfluß, nach 4-tägiger Albucidbehandlung schwanden die Erscheinungen restlos. Zur Feststellung der Trichomonaden müssen das Urinsediment oder die Eiterflocken untersucht werden. Bemerkenswert ist, daß zwischen Trichomonas vaginalis der Frau und der Trichomonas hominis morphologische Unterschiede bestehen. Auch die Züchtung der Trichomonaden ist gelungen. Einwandfreie Beobachtungen beweisen, daß bei der Trichomonadenerkrankung des Mannes auch eine solche bei der geschlechtlichen Partnerin festgestellt werden konnte. Trotzdem ist die Trichomonadenerkrankung nicht als eine Geschlechtskrankheit anzusprechen, da sie nicht als eine Volksseuche anzusehen ist, denn der stärkeren Verbreitung beim weiblichen Geschlecht entspricht nur ein ungewöhnlich seltes Vorkommen beim Manne. Häufig wurde in der letzten Zeit u. U. im Anschluß an vorausgegangene Chemotherapie beobachtet. Es gibt also auch nach Durchführung von Chemotherapie Fälle von postgonorrhoeischer Urethritis. Verf. spricht sich gegen die klinische Nachbeobachtung von Go.-Kranken nach Chemotherapie aus und tritt für eine häufige ambulante Kontrolluntersuchung ein. Es muß gefordert werden, daß die Krankenkassen und die übrigen Träger der Sozialversicherung dem Arzte in der Praxis so viele Kontrolluntersuchungen vergüten, daß der Erfolg der Behandlung festgestellt werden kann, was durch die finanzielle Erleichterung, die den Krankenkassen durch die Einführung der Chemotherapie erwächst, aufgewogen

wird. Wenn die Möglichkeit zu ausreichenden Nachuntersuchungen für den praktischen Arzt nicht besteht, dann überweist er die Kranken der Klinik, wodurch weit höhere Kosten entstehen. Die Frage, wie lange eine Go. nach Chemotherapie noch ansteckungsfähig ist, wenn sich noch Gram-negative Diplokokken im Sekret zeigen, wird an Hand von 3 eigenen Beobachtungen erörtert. In allen 3 Fällen trat trotz wiederholtem Geschlechtsverkehr keine Infektion der Partnerin auf. Im freiwilligen Versuch wurde unter Kontrolle von 2 Ärzten bei 2 Fällen Harnröhrensekret, in dem Gram-negative Diplokokken waren, auf eine gesunde Harnröhrenschleimhaut übertragen, ohne daß es zur Infektion kam. Im Verlaufe einer 6—8 wöchigen Kontrolle verschwand das Sekret und der Bacillennachweis gelang nicht mehr. Die Provokation nach Go. wird 8 Tage nach Abschluß der Chemotherapie begonnen. Unter dem Einfluß der Sulfonamidbehandlung verändern die Gk. ihr Aussehen. Diese Veränderungen zeigen sich auch bei Übertragung auf Kulturen. Die Wirkungsweise der Sulfonamidpräparate ist nicht nur von der Dosierung, sondern auch von dem Termin der optimalen Wirkung der einzelnen Präparate abhängig.

E. Schröpl (Eger).

Barazzuol, Arnaldo: *Ricerche istologiche sui prodotti abortivi.* (Histologische Untersuchungen über die Abortabgänge.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Padova.*) Atti Soc. ital. Ostetr. 37, Suppl.-Nr. 4, 241—242 (1941).

In 32 Fällen von Fehlgeburt aus dem 1. und 4. Monat der Schwangerschaft wurden die Abgänge histologisch untersucht, um möglicherweise rückschauend die Einstellung des Eies und die Störung der Schwangerschaft zeitlich objektiv zu erfassen. Hierzu wurde der Grad der Atrophie, bindegewebigen Umwandlung, Kalkablagerung und Hyalinumbildung an den Zotten bzw. das Ödem, die Atrophie, Fibrose oder Hypertrophie der Decidua studiert. Den Veränderungen wird Bedeutung für die gerichtliche Medizin zugeschrieben, sie müssen aber erst an einem größeren Material eingehender untersucht werden.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Furtado, Diogo: *Subdurale Hämatome.* Amatus, Lisboa 1, 165—182 (1942) [Portugiesisch].

Von Ambroise Paré, der seinen Patienten, König Heinrich II. von Frankreich, durch diese Erkrankung infolge einer Turnierverletzung verloren hatte, zum ersten Male, nach ihm von Morgagni beschrieben, von Schuberg 1859 als Hämatom der harten Hirnhaut, von Charcot und Vulpian als Neomembranbildung derselben bezeichnet, erfuhr sie durch Virchow eine völlig andere Deutung ihrer Entstehung im Gegensatz zu den genannten und fast sämtlichen sonstigen Veröffentlichungen der damaligen Zeit: Es galt nunmehr die Blutung bei ihr als Folge einer primären Pachymeningitis haemorrhagica sowohl in traumatischen wie nichttraumatischen Fällen. Verf. lehnt diesen Standpunkt ab, indem er sich auf die Arbeiten Robertsons und Barrats und anderer Autoren, besonders auf die Trotters (1914 erschienen) und die Hankes beruft, und stellt als moderne Auffassung hin die Annahme einer primären Blutung in den subduralen — d. h. den zwischen dem parietalen und visceralen Blatt der weichen Hirnhaut (Arachnoidea-Pia) liegenden — Raum, der die Membranbildung und sonstige reaktive Umwandlungen im Hämatom mit Ausgang in Organisation folgten. Die allergrößte Rolle spielt dabei das Trauma als Ursache. Was die Häufigkeit des subduralen Hämatoms betrifft, so bildete dieses (nach Ciarla) bei 6000 Leichenöffnungen für 0,85% derselben die Todesursache — bei chronisch-kranken Insassen von Irrenanstalten und bei Alkoholikern war der Prozentsatz noch höher. Das Vorkommen der — bei solchen Patienten von Virchow als besonders häufig bezeichneten — Erkrankung war bei 3100 Autopsien Allons und Moores 7,9%. — Die Häufigkeit des Traumas als Entstehungsursache wird mit 63—91%, das bevorzugte Lebensalter mit dem 1. Lebensjahr (geburtshilfliche Fälle) angegeben; auf die späteren Lebensjahre verteilt sich die Erkrankung ziemlich gleichmäßig. Männer werden 7 mal so oft befallen wie Frauen. Das Krankheitsbild ist vorwiegend gekennzeichnet durch das freie Intervall bei subakuten und chronischen Fällen, die viel häufiger sind als akute. Nach der Schädeleröffnung zeigt sich die Dura gespannt, meist bläulich verfärbt und nicht pulsierend; sie ist verdickt, mit dem Hämatom verklebt. Dieses — manchmal kappenförmig dem Gehirn aufliegend — kann eine sehr große Ausdehnung haben. Es besteht im allgemeinen aus einer dicken, häutigen Masse, in deren Hohlräumen sich Flüssigkeit befindet, manchmal in solcher Menge, daß der Eindruck einer Blutzyste, bei durchsichtiger Flüssigkeit der eines Hygroms entsteht. Die Innenfläche des Hämatoms ist meist glatt und besitzt die sog. innere Membran (der Neurochirurgen); sein Sitz ist mit Vorliebe die Konvexität des Stirn- und des Seitenwandbeins, viel seltener die des Schläfenlappens, ausnahms-

weise die Sylvische Spalte und die zwischen den Gehirnhalbkugeln, sowie der Raum oberhalb des Hirnzeltes in der Hypophysengegend. Es ist oft mehrfältig, besonders in 16% der Fälle doppelseitig. Das subdurale Hämatom ist ein örtlicher Blutungsvorgang, der in den Capillaren der Dura entsteht (nicht als Ergebnis einer Entzündung). Das Wachsen geschieht (meist langsam) durch Nachblutungen und einen dialytischen Vorgang von der Wandung der Hohlräume des Hämatoms aus. Die Entstehungsursache desselben ist in vier Fünfteln der Fälle traumatisch; die Gewalteinwirkung braucht nicht heftig zu sein; am häufigsten kommen Verkehrsunfälle (in 50%), dann Verletzungen beim Sport in Frage; vier Fünftel der Todesfälle beim Boxen entstehen durch subd. Hä. Traumen in sagittaler Richtung sind die schlimmsten. Selten schließt sich das Hämatom an Trepanationen (und zwar der Seitenwandbeigegend) an. Eine besondere Neigung zu dieser Erkrankung wird den chron. Geisteskranken, den Alkoholikern und den Vitamin C-Mangel Habenden zugeschrieben. Bei den vielen Infektionskrankheiten — wie Lungenentzündung, Typhus, Scharlach, Diphtherie, Stickhusten, Malaria — als verschlimmernde Begleiterscheinung zugesehlt Hämatomen spielt wohl ein Toxin eine Rolle; doch will Verf. nicht die Aufstellung von zwei Formen des Hämatoms zulassen, wohl allenfalls bei den nichttraumatischen die Beibehaltung der Bezeichnung „Pachymeningitis“. Henschen wendet diesen Namen an für nichttraumatische; für traumatische und degenerative Krankheitsursachen, z. B. Leukämie, Hämophilie, Menstruation, Sonnenstich, dagegen die Bezeichnung Pachymeningeose. In 50% der Fälle der Statistik anderer, in zwei Dritteln der vom Verf. beschriebenen entwickeln sich psychische Störungen mit außerordentlich verschiedenen Krankheitsbildern, z. B. geistige Verwirrtheit bis zum Stupor fortschreitend, Zustände von Pseudo-Demenz, von Delirien der Pseudo-Schizophrenie. Traumzustände, Gedächtnisverlust, das Bild von Paranoia, schwere Veränderungen der Persönlichkeit und des sozialen Verhaltens. In den chronischen Fällen beherrschen diese Störungen — oft die einzigen — das Krankheitsbild; in den frischeren entwickeln sie sich oft zur Schlafsucht, ja bis zum Koma. Die Ergebnisse der chirurgischen Eingriffe bezeichnet Verf. als ausgezeichnet (ohne Operation ist die Prognose absolut ungünstig), und zwar belauften sich die erfolgreich behandelten Fälle auf mehr als 80%.
Richter (Godesberg).

Chavany, J.-A.: A propos d'une variété rare d'hémorragie cérébrale. L'hématome intracérébral et ses possibilités neuro-chirurgicales. (Über eine seltene Art der Gehirnblutung. Der Bluterguß im Gehirn und die Möglichkeiten seiner neuro-chirurgischen Behandlung.) (*Hop. Notre-Dame-de Bon-Secours, Paris.*) Paris méd. 1941 II, 368—373.

Viele Erkrankungen weisen verschiedene Erscheinungs- und Verlaufsformen auf, von denen die einen häufig, die anderen seltener sind. Das ist auch bei Gehirnblutungen der Fall. Es wäre an sich gleichgültig, wenn es nicht Bedeutung für verschiedenartige Behandlung wäre. Die eine Art der Gehirnblutung bietet mit dem bekannten Bild, das kurz skizziert wird, in seinem ununterbrochenen Fortgang bis zum Ableben keine Gelegenheit, aktiv zum Nutzen des Kranken einzutreten. Eine andere Art, die sehr eingehend mit ihren Besonderheiten, welche im Original nachzulesen wären, beschrieben wird, ist mit hemianopischen und Erscheinungen verbunden, die an Bestehen oder Entwicklung einer Geschwulst erinnern. Auch die pathologisch-anatomischen Befunde sind sehr verschieden. Schon vor 30 Jahren hat Pierre Marie den Gedanken der operativen Behandlung für ausgewählte Fälle gehabt. Neuerdings haben sich Ihermitte und Guillaume für operatives Vorgehen eingesetzt. Der letzte Teil der Arbeit bildet eine Erörterung über spezielle Indikation zu operativem Vorgehen. Die Spätprognose hängt von der Erkrankungsursache ab. Wenn auf der einen Seite der Ernst der Prognose solcher Gehirnblutungen gewisse Kühnheit in bezug auf operative Behandlung rechtfertigt, müssen auf der anderen Seite 3 Punkte berücksichtigt werden: Die außerordentlich geringe Widerstandsfähigkeit solcher Kranker; die Schwierigkeit der sicheren Diagnose, und zwar seltener, aber doch nachgewiesenermaßen mögliche Spontanheilung mit anatomischer und klinischer Wiederherstellung.

Heinemann-Grüder (Potsdam). °°

Chavany, J.-A.: Ramollissement des deux lobes occipitaux. La perle des images-souvenirs. (Erweichung beider Hinterhauptslappen. [Verlust der Bilderinnerung.]) (*Hop. de Bon-Secours, Paris.*) Presse méd. 1942 I, 423.

Es wird über einen Fall von Erweichung beider Hinterhauptslappen berichtet. Auf die sehr prägnante und über mehrere Jahre beobachtete Symptomatologie wird bis in Einzelheiten eingegangen. Diagnostische und differentialdiagnostische Erwägungen und Schlußfolgerungen werden angeschlossen.
Saar (Bonn).

Benedek, Ladislaus, und Adolf Juba: Über das Lipiodolgranulom. (*Klin. f. Neurot. u. Psychiatrie, Univ., Budapest.*) Dtsch. Z. Nervenheilk. 153, 247—257 (1942).

Die Lipiodolgranulome bringen den Beweis, daß die zellige Phagocytose sich chemisch nicht weiter schädlich auswirkt. Bei der Organisation treten allerdings Verwachsungen ein (die am Ende des Duralsackes keine klinische Bedeutung haben). Die Abbildungen zeigen die Verteilung der Lipiodolgranulome entlang einer Wurzel und Granulom in verschiedenen Stadien der Organisation in den Rückenmarkshäuten.

Ostertag (Berlin).

Richter, Helmuth: Über spontane Orbitalblutungen. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfkrankh., Erlangen.*) Z. Hals- usw. Heilk. 48, 406—409 (1942).

Es wird berichtet über einen Fall von Exophthalmus mit Stauungspapille, bei dem der Verdacht auf retrobulbären Tumor (Mucocele?) bestand. Kein Anhalt für Nebenhöhlenkrankung. Kein Trauma. 3 Wochen nach Beginn bläuliche Verfärbung und Schwellung des Oberlides. — Die Operation ergab einen sterilen Bluterguß ungeklärter Ursache; es trat völlige Heilung ein.

v. Marenholtz (Berlin).

Höra, Julius: Heterologe Hornhautimplantationen. Weitere Versuche zur Grawitzschen Schlummerzellentheorie. (*Path. Inst., Univ. München.*) Z. exper. Med. 111, 20—28 (1942).

Busse-Grawitz hatte zur Stützung der von Grawitz aufgestellten und von ihm wieder aufgenommenen Theorie, daß bei der Hornhautentzündung keine Zelleinwanderung von Zellen des Blutes stattfinde, sondern die auftretenden Zellen ausschließlich aus den bodenständigen Zellen der Hornhaut und aus den nichtcellulären Gewebsbestandteilen der Hornhaut entstünden, Versuche mit Einpflanzung von Hornhäuten verschiedener Tierarten bei artfremden Tieren angestellt und behauptet, daß die in den eingepflanzten Hornhäuten auftretenden Zellen Leukocyten der Art seien, von der das Implantat stammt. Höra tritt in der vorliegenden Arbeit den Gegenbeweis an, indem er Hornhäute von Mensch, Kaninchen, Maus, Huhn und Kabeljau teils in frischem, teils in formolfixiertem und gründlich gewässertem Zustand intramuskulär bei Kaninchen, Maus und Huhn einpflanzt, d. h. bei Tieren, deren Spezialleukocyten (Pseudoeosinophile, Lochkernige und Stäbchenzellen) leicht als solche wiedererkannt werden können. Bei Untersuchung der Implantate nach 5 bzw. 9 Tagen ergab sich regelmäßig, daß die in den Hornhäuten auftretenden Leukocyten stets die Spezialleukocyten des Wirtstieres sind, nicht die Spezialeukocyten des Tieres, von dem das Implantat stammt. Diese Befunde sind nicht anders zu erklären, als daß es sich um eine Einwanderung von Leukocyten des Wirtstieres handelt. „Eine Entstehung von Leukocyten im Implantat ist daher abzulehnen, genau so wie die von Busse-Grawitz vertretene Entstehung aller Entzündungsleukocyten aus dem erkrankten Gewebe.“

Löhlein (Berlin).

Illekmann-Christ, Adolf: Eine Studie über seltene Lokalisation der tertären Lues. (*Inst. f. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ. Frankfurt a. M.*) Beitr. gerichtl. Med. 16, 41—57 (1942).

Arbeit von vorwiegend pathologisch-anatomischem bzw. syphilidologischem, weniger neurologischem Interesse. Fall 1. 35jährige Frau; kinderlose Ehe; seit Jahren „nervös“, in zunehmendem Maße Kopfschmerzen; öfters Druckschmerzen im linken Oberbauch. Einen Tag ante exitum heftige Kopfschmerzen mit Erbrechen, Cyanose, zunehmende Somnolenz. Der sehr genau mitgeteilte makro- und mikroskopische Obduktionsbefund (8 Mikrophotogramme) ergab tertäre viscerale Lues, wovon am stärksten Milz, Leber, Lymphdrüsen und Schäeldach betroffen waren; außerdem diffuse gummöse Arteriitis des Hirnstammes, die einen Übergang zu miliaren Gummen aufweist, mit zahlreichen Blutungen in diesem Gebiete. In den zur Verfügung stehenden Rindenabschnitten keine Anhaltspunkte für eine einfache luische oder gummöse Meningitis oder Meningoencephalitis. Dagegen herdförmig, offenbar gefäßbedingte Verödungs- und Lichtungsbezirke mit gliösen Wucherungen. Fall 2. 43jährige Frau; seit einigen Monaten Fieber, Husten; Röntgenbild ergab nur uncharakteristische Ver-

änderungen im Hilusgebiete. Zum Schluß Übelkeiten, Erbrechen, Exitus unter Ileuserscheinungen. Obduktion ergab als wesentlichsten Befund Lungensyphilis. In den epikritischen Bemerkungen betont Verf. u. a. die Seltenheit derartiger Fälle und die Diskrepanz zwischen anatomischem Befunde und klinischer Symptomatologie; das einschlägige Schrifttum ist sorgfältig berücksichtigt. Pilcz (Wien).

Herzog, Ernst: Eine zuverlässige Methode zur schnellen Diagnose der Tollwut. (*Path. Inst., Univ. Concepción [Chile].*) Klin. Wschr. 1942 II, 749—752.

Zur schnellen und zuverlässigen Diagnose der Tollwut schlägt Verf. an Stelle der Darstellung der Negrikörper eine anderes Verfahren vor, das sich bei 27 sicheren Tollwutfällen von Tieren und 5 menschlichen Fällen sehr bewährte. Man präpariert das Ganglion nodosum des Vagus, das verhältnismäßig leicht zu finden und autolytischen Prozessen gegenüber sehr resistent ist. Nach Fixierung in 10 proz. Formalin wird an Gefrierschnitten mit 1 proz. wässriger Kresylviolettlösung gefärbt und in Canadabalsam eingeschlossen. Es finden sich bei Tollwut schwere degenerative Zellschädigungen bis zu völliger Tigrolyse und Kernschwund (Zellschatten) neben mehr oder weniger starken entzündlichen Infiltraten (Ganglionitis). Mit Silberfärbung kann man an den Ganglienzellen auch das Phänomen der intracellulären neurofibrillären Verdickung (Cajal) feststellen. Zur Diagnose genügt jedoch die erwähnte abgekürzte Nissl-Methode. Nach Verschwinden der Ganglienzellen wuchern die Kapselzellen, die auch neurophagisch tätig sein und schließlich knötchenförmige Zellanhäufungen (Babesknötchen) bilden können. Die Vagusveränderungen sind konstanter wie die Negrikörper und unabhängig von der Zeit der Tötung des Tieres und dem Stadium der Krankheit. Zur Kontrolle muß natürlich immer auch das Tierexperiment herangezogen werden. Weimann.

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

● Gammelgard, Arne: Über seltene schwache A-Receptoren (A_3 , A_4 , A_5 und A_6) beim Menschen. Kopenhagen: Arnold Busck 1942. 137 S. u. 6 Abb. u. engl. Zusammenfassung [Dänisch] u. Kopenhagen: Diss. 1942.

Nach eingehendem Bericht über die bisher in der Literatur veröffentlichten Befunde von schwachen A-Eigenschaften der menschlichen Blutgruppen A und AB stellt der Verf. seine neuen Befunde zunächst in serologischer und erbbiologischer Hinsicht, hernach auch in Beziehung auf die gerichtsmedizinischen und klinischen Auswirkungen dar. Sein Material ist aus 80000 Blutgruppenuntersuchungen des Rechtsmedizinischen Instituts Kopenhagen ausgelesen. Als A_3 werden Blutproben (von 203 Personen durch den Verf. untersucht) bezeichnet, die mit allen menschlichen Anti-A-Seren eine schwache Agglutination mit dem von Friedenreich gezeichneten Bild — teils gut zusammengeballe, teils nicht zusammengeballe Blutkörperchen — aufweisen; in Absorptionsversuchen tritt stärkere Bindung ein als bei A_2 B-Blutkörperchen; mit Anti-A-Immunseren wird nur schwache Zusammenballung beobachtet; bei einem Teil der A_3 -Blutproben konnte kein irreguläres Anti-A-Agglutinin festgestellt werden; von Anti-O-Rinderseren werden A_3 -Blutkörperchen stärker agglutiniert als A_2 -Blutkörperchen. Die Blutgruppe A_3 wurde in etwa 10/100 der Blutgruppe A beobachtet. Bei 26 Familien erwies sich die A_3 -Eigenschaft in der Erbweise als drittes allelomorphes A-Gen. Der Unterschied zwischen „Ausscheidern“ und „Nichtausscheidern“ der A-Substanz im Speichel ist wegen deren geringer Menge nur unbedeutend. — Die A_4 -Eigenschaft fand sich bei 10 Personen. Sie bietet das Bild einer schwachen Agglutination von normaler Beschaffenheit beim Zusammenbringen der Blutkörperchen mit Anti-A-Isoseren; diese ist schwächer als die von A_2 B-Blutkörperchen; sie kann bei Verwendung schwacher Anti-A-Isoseren besser beobachtet werden, während sie bei Verwendung starker Anti-A-Isoseren und der Anti-A-Immunseren sich von der Agglutination der A_2 -Blutkörperchen nicht unterscheidet. Ein irreguläres Anti- A_1 hatten einige Blutproben A_4 . In der von Friedenreich beschriebenen Familie J. erwies sich ein als A_3 bezeichneter Vater eines Vaterschaftsfalles als der Untergruppe A_4 angehörig. Die Erbweise wurde an 3 Familien untersucht und als die eines vierten allelomorphen A-Gens gefunden. Eine Unterscheidung zwischen Speichelausscheidern und Nichtausscheidern lässt sich wegen der Schwäche der A_4 -Eigenschaft nicht durchführen. — Bei 27 Personen wurde die Eigenschaft A_5 gefunden; sie tritt durch schwächere Agglutination in Erscheinung