

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Buchaly, Julius Felix: Zur Pathogenese der perforierenden eitrigen Aortitis und ihrer Folgeerscheinungen. (*Path. Inst., Univ. Erlangen.*) Zbl. Path. 50, 225—232 (1930).

Im vorliegenden Fall hat bei einem 20jährigen Mädchen, das an chronischer Furunkulose litt, eine metastatische Abszeßbildung — vielleicht an einem durch anstrengendes Radfahren entstandenen locus minoris resistentiae (Sturz?) — hinter der Bauchaorta stattgefunden, und durch Abszeßeinschmelzung ist es zu einer zunächst umschriebenen Perforation der Aortenwand gekommen. Der Prozeß hat sich als kleines Aneurysma spurium entwickelt, dadurch kam es zu einer Einschwemmung der in der Abszeßhöhle vorhandenen massigen Keime in den großen Kreislauf, d. i. zu einer Septicopyämie, und schließlich erfolgte eine Rupturblutung durch das angrenzende Zwerchfell hindurch in die rechte Pleurahöhle.

Es ist also im vorliegenden ebenso interessanten wie schwierig zu beurteilenden Fall zu einer gewissermaßen fortschreitenden Phlegmone der ganzen Aortenwand von außen her mit Einschmelzung und Perforation gekommen. *Merkel* (München).

Warburg, Erik J.: Über den Coronarkreislauf und über die Thrombose einer Coronararterie. II. Pathologie und Klinik. (*II. Abt. u. Path. Inst., Kommunehosp., Kopenhagen.*) Acta med. scand. (Stockh.) 73, 545—604 (1930).

Die vorliegende Zusammenstellung auf Grund eines größeren klinischen und autopsischen Materials geht hauptsächlich von klinischen Gesichtspunkten aus. In der weit- aus überwiegenden Zahl der Fälle entsteht die Coronarthrombose, die meistens Personen über 50 Jahre befällt, auf Grund einer umschriebenen arteriosklerotischen Wandveränderung; zwischen 50. und 70. Lebensjahr findet sich die Mehrzahl der Fälle von Coronarthrombosen. Es werden die klinischen Erscheinungen geschildert, insbesondere der akute Anfall von Angina pectoris, in dem etwa die Hälfte der Patienten stirbt. Manchmal treten perikardiale Reibegeräusche auf (bei Warburg 2mal unter 16 Fällen), am Sektionsmaterial wurde dagegen bei 70 Coronarverschlüssen 26mal frische und ältere Perikarditis gefunden. Die 6 Verlaufsmöglichkeiten des akuten Coronarverschlusses sind: 1. Tod im Anfall; 2. Tod im Verlauf weniger Tage an Herzschwäche, an Lungenkomplikationen oder an Herzrupturen (überraschend oft mit geringen oder ganz ohne Schmerzen verlaufend); 3. Tod nach wochen- oder monatelanger Krankheit unter zunehmender Herzschwäche, oft im akuten Kollaps; 4. relative Heilung evtl. jahrelange gute Arbeitsfähigkeit (!), dabei gleichzeitig Erscheinungen von Angina pectoris oder sonstigen leichteren Symptomen der Herzinsuffizienz; 5. Latenzstadium mehr oder weniger lang, dann neue Periode der Herzinsuffizienz und dabei Tod (unter Entwicklung eines Herzwandaneurysmas); 6. leichtere Fälle mit geringen Beschwerden und allerdings unsicherer Diagnose. — W. hat 5mal Herzruptur beobachtet. Der Verschluß saß meist (unter 30 Fällen 28mal in der linken Kranzarterie, davon 8mal vor der Teilung des Hauptstammes, 14mal im vorne absteigenden linken Ast). Nur 2mal war Syphilis nachgewiesen. Von 70 Verstorbenen waren 45 Männer und 25 Frauen. Eine besonders umfassende Besprechung wird den Veränderungen des Elektrokardiogramms bei der in Rede stehenden Erkrankung gewidmet; ebenso auch der Veränderung des Röntgenorthodiagramms. Kurz wird auch die Prognose gestreift und die Therapie. (I. vgl. diese Z. 16, 169.)

H. Merkel (München).

Dietrich, A.: Wesen und Bedingungen der Thrombose und Embolie. (*Path. Inst., Univ. Tübingen.*) Klin. Wschr. 1931 I, 54—58.

In der vorliegenden Abhandlung (ein Vortrag auf der Königsberger Tagung der Naturforscherversammlung) werden an der Hand der von Dietrich in Köln und

später in Tübingen ausgeführten Sektionen die Fälle von Thrombosen, Lungenembolien und Embolien im großen Kreislauf dargestellt und kritisch besprochen. D. unterscheidet die örtlichen (autochthonen) Thromben und ferner die fortschreitende (fortgesetzte) Thrombose; man muß, wenn irgend möglich, den Ort der ersten Abscheidung, das „Wurzelgebiet der Thromben“, aufzufinden suchen (Decubitalgeschwüre!). Als Bedingungen für das Zustandekommen werden Behinderung der Blutströmung, ferner Änderung der Blutbeschaffenheit und schließlich lokale Veränderungen der Gefäßwand besprochen. D. mißt dem infektiös-toxischen Moment beim Zustandekommen einer Thrombose auch eine besonders große Rolle bei. Zum Schluß wird kurz noch auf das Ereignis der Thrombenverschleppung, die Embolie, eingegangen, wobei wesentlich neue allgemein-pathologische Gesichtspunkte nicht zur Darstellung kommen. Es wird nur darauf aufmerksam gemacht, daß manchmal ganze Totalausgüsse von Venenstämmen (bis zu 42 cm Länge von D. beobachtet), in der Mehrzahl aber Bruchstücke einzelner Thromben aus Stamm und Ästen peripherer Venen zur Einschwemmung gelangen. Nicht selten sind bekanntlich schubweise Embolien mit nachträglicher Vergrößerung durch fortschreitende Thrombenablagerungen am Ort der Einschwemmung. Keineswegs verlaufen diese Lungenembolien immer unter dem klinischen klassischen Bild, sondern vielfach verbergen sie sich unter langsam zunehmender Herzinsuffizienz und werden dann erst bei der Sektion als eigentliche Todesursache festgestellt.

Merkel (München).

Görög, Dénes: Entwicklungsstörung an der Schädelkonvexität, zu Irrtümern Anlaß gebend. Orv. Hetil. 1931 I, 188 [Ungarisch].

Bei der Sektion eines 45jährigen Mannes fanden sich am hinteren Teile des Schädeldaches in der Nähe der Pfeilnaht links und rechts, im großen und ganzen den Foramina parietala entsprechend 2 runde, am Rande glatt und etwas verdünnte Öffnungen, deren Durchmesser 14:10 und 8:7 mm betrug. Beide Öffnungen waren mit einem fascieähnlichen Häutchen bedeckt und glichen 2 Schußverletzungen. Da die Kopfhaut und das Gehirn keine Spuren einer Verletzung aufwies und auch kein Projektil vorgefunden wurde, auch eine Krankheit des Knochens mit Sicherheit ausgeschlossen werden konnte, faßt Verf. die Öffnungen als Entwicklungsanomalie auf.

Wietrich (Budapest).

Neureiter, Ferdinand: Ist die Scapula scaphoidea ein Degenerationszeichen? (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.) Wien. klin. Wschr. 1931 I, 187—188.

Auf Grund der anatomischen Untersuchung der Insertionsverhältnisse der Musculi rhomboidei am Margo vertebralis der Scapula (bei 100 Leichen) konnte gezeigt werden, daß die Form des inneren Schulterblatrandes von den Ansatzverhältnissen der genannten Muskeln in ganz gesetzmäßiger Weise abhängt. Dort, wo der Muskelzug direkt am Knochen angreift, findet man einen konvexen Rand, während mit der Ausbildung eines Sehnenbogens, also mit der Einleitung einer Übertragung der Zugwirkung auf den Angulus inferior scapulae aus dem konvexen Margo vertebralis ein gerader bzw. ein konkaver wird. Daraus folgt, daß wir die Formverschiedenheiten des inneren Schulterblatrandes nur als Varietäten auffassen dürfen, die vom Muskelansatz abhängig sind. Keine der Knochenformen, die sich der Muskel bei seiner Einwirkung auf den Knochen erzeugt, darf als Degenerationsmerkmal bezeichnet werden. Auch das kahnförmige Schulterblatt ist nur eine Varietät (und zwar in funktioneller Beziehung eine besonders günstige, weil sie dem Schultergelenke eine größere Exkursionsbreite sichert), und nicht ein Degenerationsstigma.

v. Neureiter (Riga).

● **Neubürger, Karl: Beiträge zur Histologie, Pathogenese und Einteilung der arteriosklerotischen Hirnerkrankung.** (Prosektur, Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Eglfing b. München.) (Veröff. Kriegs- u. Konstit.path. Hrsg. v. L. Aschoff, M. Borst, M. B. Schmidt u. L. Pick. Geleitet v. W. Koch. Bd. 6. H. 3.) Jena: Gustav Fischer 1930. 118 S. u. 33 Abb. RM. 8.—.

Verf. beschreibt in vorliegender Monographie in instruktiver Weise die verschiedenartigen Veränderungen, die bei der Arteriosklerose an den Hirngefäßen und dem Hirngewebe auftreten. Er teilt die Fälle von „Arteriosclerosis cerebri“ in solche von „hypertonischem Typ“, dessen charakteristische Vertreter Leute von apoplektischem Habitus

waren und vorwiegend im 6. Lebensjahrzehnt standen, und solche von „senilem Typ“, dessen Repräsentanten, 80—90 Jahre alte, dürrtige, abgemagerte Individuen waren. — Verf. gibt in Kürze die Krankengeschichten und Obduktionsbefunde von je 10 Fällen der beiden Typen wieder, um anschließend die gesamte pathologische Anatomie der Arteriosclerosis cerebri einer kritisch gehaltenen, beschreibenden Betrachtung zu unterziehen. In Kürze wird auch auf die funktionellen Zirkulationsstörungen im Hirn eingegangen. Die wichtigsten Unterschiede im makroskopischen und mikroskopischen Leichenbefund der beiden Typen werden schließlich in einer kurzen Tabelle zusammengefaßt. — Die Arbeit ist mit 33 ausgezeichneten Abbildungen ausgestattet. *Hüller.*

Korns, Horace Marshall: Über das atherosklerotische und Kombinationsaneurysma. (*Path.-Anat. Inst., Städt. Krankenh., Wien.*) Virchows Arch. 279, 512—533 (1930).

In der vorliegenden Mitteilung beschreibt der Verf. eingehend 4 Fälle von Aneurysmenbildung. Sie betreffen 1. einen 84 jährigen Mann (diffuse Aortensklerose mit Erweiterung im Brustteil und umschriebenes Aneurysma im Bauchteil der Aorta über der Iliacagabelung). Der 2. Fall betrifft auch wieder eine 84 jährige Frau mit schwerster Atherosklerose und gleichfalls wieder einem umschriebenen Aneurysma oberhalb der Iliacagabelung. Der 3. Fall wurde bei einer 74 jährigen Frauensperson beobachtet, bei der neben einem abnormen Verlauf der rechten Arteria subclavia — entspringend neben der linken und hinter der Speiseröhre verlaufend — (nicht selten) ein Aneurysma der absteigenden Brustorta von zylindrischer Gestalt mit starker Thrombenablagerung festgestellt wurde. Mikroskopisch fand sich ein dissezierendes Aneurysma und eine geheilte eitrige Entzündung der Gefäßwand. Der 4. Fall betrifft eine 67 jährige Frauensperson mit einem sackförmigen Aneurysma dicht hinter der Abgangsstelle der linken Subclavia mit wandständigen globulösen Thromben. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich hier eine erhebliche Nekrose der Media.

In der Zusammenfassung stellt der Verf. die rein atherosklerotischen Aneurysmen, die mit Vorliebe an der Bauchorta zur Beobachtung kommen sollen und die auf atherosklerotische Prozesse zurückgeführt werden, gegenüber den sog. Kombinationsaneurysmen, bei denen neben der Atherosklerose noch andere Prozesse (im 1. Fall eine eitrige Entzündung der Wand und im 2. Fall eine ätiologisch noch ungeklärte Medianekrose) eine Rolle spielen. *Merkel* (München).

Greifenstein, A.: Seltene Anomalien der großen Gefäße bei Mißbildungen des Herzens. (Kommunikation einer persistierenden Vena cava superior sinistra mit dem linken Atrium. — In die linke Pulmonalarterie mündender Ductus Botalli als arterielle Kollateralbahn bei Pulmonalstenose. — Einmündung eines Pulmonalvenenstammes in die Vena cava inferior. — Arterielle Versorgung eines isolierten Lungenunterlappens durch Arteriae phrenicae.) (*Path. Inst., Univ. Marburg.*) Virchows Arch. 279, 486 bis 503 (1930).

Verf. teilt 2 sehr komplizierte Fälle von Mißbildung an den großen Gefäßen mit. 1. Fall: 4 Monate altes Mädchen von Geburt an Blausucht. Die Sektion ergab: Pulmonalverengung mit Rechtsverschiebung der Aorta, Septumdefekt, offenes Foramen ovale. Abnorm verlaufender Ductus Botalli, Erhaltensein einer linken oberen Hohlvene mit abnormem Verlauf, doppel-seitige Vena azygos, Abnormität der Zahl der Lungenvenen, unvollständige Lappung beider Lungen. Der 2. Fall betraf ein übergroßes (57 cm) neugeborenes Mädchen, gestorben 3 Tage nach der Geburt. Sektion: Atresie des Aortenostiums, offener Ductus Botalli, Septumdefekt, offenes Foramen ovale. Abnormer Ursprung der Arterien des Aortenbogens. Abnorme linke obere Hohlvene, Mündung der rechten Lungenvene in die untere Hohlvene. Seltene arterielle Seitenbahn für die rechte Lunge, Fehlen der Nabelschlagader und abnormer Durchtritt der Nabelvene durch die Leber. Abnorme Lappung beider Lungen, Zwerchfelldiastasen. Eintreten von Ästen der Arteria phrenica in den Unterlappen usw. Diese Gefäßversorgung der mißbildeten rechten Lunge ist bisher noch nicht beschrieben. *Merkel* (München).

Bodon, Georg: Über die Vermehrung der tödlichen Lungenembolien. (*I. Path.-Anat. Inst., Univ. u. Prosektur, Hauptstädt. St. Stephan-Spit., Budapest.*) Arch. klin. Chir. 163, 329—344 (1930).

Verf. sieht den Grund für die großen Unterschiede zwischen den in letzter Zeit erschienenen Statistiken über die Lungenembolie nicht nur in der Verschiedenheit des verarbeiteten Materials, sondern vorwiegend in der verschiedenen Aufarbeitungsweise desselben. Er unterscheidet 3 Gruppen: 1. rein klinische, 2. klinische mit Sektionsbefund, 3. reine Sektionsfälle. Einige Statistiken berücksichtigen die Gesamt-

embolien, nicht nur die tödlichen, sondern auch die mit Infarktbildung, andere nur die tödlichen. Dann werden die Prozentzahlen ganz verschieden berechnet, zum Teil auf die Operationszahl, zum Teil auf die Krankenbewegung, zum Teil auf die Gesamtsektionszahl bezogen. Verf. verwertet die in der Prosektur des St. Stefanspitals und dessen Filialen auf allen Abteilungen (inkl. Zita-Spital 1919—1922) beobachteten tödlichen Lungenembolien 1911—1913 und 1918—1928 (14 Jahre). Die Sektionen jugendlicher bis zum 15. Jahre wurden nicht in die Statistik aufgenommen. Bei insgesamt 12861 Sektionen fand Verf. 115 tödliche Embolien = 0,9%. In mehreren Tabellen und Kurven ist das Material statistisch in der verschiedensten Weise aufgearbeitet. Auffallend wenig Embolien fand er bei Geburten (21077 Geburten, 192 Sektionen, 3 Embolien). Das Prozentverhältnis der postoperativen Embolien ist das größte, die Vermehrung der Embolien im Laufe der Jahre erfolgte nicht gleichmäßig, sondern sprungweise. Die kleinen Eingriffe wurden bei den Operationen nicht mitgezählt. Die meisten Embolien kamen zwischen dem 1. bis 15. Tage, am häufigsten am 5. Tage, vor. Fette, bzw. wohlgenährte Patienten sind in der Mehrzahl. In 0,53% der gesamten internen Sektionen wurde Lungenembolie gefunden; Zunahme in der Berichtszeit auf das Doppelte. Auffallend viele Gehirnerweichungen fanden sich bei den Emboliefällen sowie ein Vorwiegen der Erkrankungen der Kreislauforgane. Die postoperativen Embolien, auf die chirurgischen Sektionen bezogen, zeigten eine 4fache, auf die Zahl der Operationen eine $2\frac{1}{2}$ -fache Vermehrung. Die Bauchhöhlenoperationen stehen im Vordergrund. Den intravenösen Injektionen sowie der Influenza wird eine sicher bewiesene Rolle nicht zugestanden. Die Zwerchfell- und Bauchmuskelfunktionsschwäche und die dadurch bedingte Kreislaufschwäche werden als „Ursachen“ der nach Operationen aufgetretenen Embolien angesehen, Änderungen der Blutbeschaffenheit nach der Operation sowie konstitutionelle Momente könnten noch in Betracht kommen.

Walcher (München).

Rosenthal, Sol Roy: Thrombosis and embolism. An analysis of 1000 autopsies. (Thrombose und Embolie. Eine Analyse von 1000 Sektionen.) (*Dep. of Path., Cook County Hosp., Chicago.*) *J. Labor. a. clin. Med.* **16**, 107—118 (1930).

Unter 1000 Sektionen fanden sich 134 Fälle von Thrombose, 76 Fälle von Embolie und 2 Fälle von tödlicher Lungenembolie. 70% aller Thrombosen und 76% aller Embolien fanden sich nach dem 41. Lebensjahr, 80% der Thrombosen betrafen Männer, allerdings bei einem Verhältnis von 700 männlichen zu 300 weiblichen Leichen. Auf 100 umgerechnet, war die Thrombose bei 15,2% der männlichen und bei 9% der weiblichen Leichen vorhanden. Rassenmäßig verteilt sich die Thrombose und Embolie auf Weiß und Schwarz ziemlich gleichmäßig. Die Bedeutung der Herzaffektionen für Thrombose und Embolie ließ sich eindeutig nachweisen; sie war größer als die der Infektionen.

E. K. Wolff (Berlin).

Kriminologie. Strafvollzug.

Reiter, H.: Grundsätzliche Bemerkungen zum gegenwärtigen Stand der Kriminalbiologie. (*Mecklenburg-Schwerin. Landesgesundheitsamt, Schwerin.*) *Mshr. Kriminalpsychol.* **22**, 78—84 (1931).

Verf. warnt mit einem gewissen Recht vor einer voreiligen Anwendung der biologischen Grundgesetze auf die kriminalbiologische Forschung, die noch etwas durchaus Unvollkommenes darstellt, und weist darauf hin, daß die Biologie und die Rechtswissenschaft Tatsachen benötigt; da diese zur Zeit noch mangelhaft sind, darf man an ihre Stelle keineswegs rechtsphysiologische Deduktionen setzen, die nur zu einer unheilvollen Verwirrung führen müssen. Ob die heutige Form der kriminalbiologischen Arbeitsweise richtig ist, läßt sich zur Zeit noch nicht entscheiden. Bedenklich erscheint eine Trennung zwischen Materialsammlung und Materialverarbeitung, beide müssen in der Hand eines Bearbeiters liegen, der ohne Voreingenommenheit objektiv an den Rechtsbrecher herantritt, die Psyche des Rechtsbrechers zu analysieren versteht und frei ist von hypertrophischen humanitären Einstellungen, da solche mit dem Gebiete der Kriminalbiologie nicht das Geringste zu tun haben. Verf. hält auch den Weg, den die preußische Regierung eingeschlagen hat, die Kriminalbiologie an einigen preußi-