

Groth, A.: Gewissensklausel im Deutschen Impfgesetz? Münch. med. Wschr. 1934 I, 520—525.

Verf. geht zunächst auf die Geschichte der Einführung der Gewissensklausel in England ein; 12. VIII. 1898; hier wurde die Abgabe einer eidesstattlichen Erklärung von den Eltern oder Pflegern eines Kindes verlangt, daß sie nach Überzeugung und Gewissen die Befürchtung hegen, die Impfung könne der Gesundheit des Kindes nachteilig sein. Später hat das neue englische Impfgesetz vom 28. VIII. 1907 eine wesentliche Erleichterung der Befreiung von der Impfung gebracht. Es genügt nunmehr die schriftliche Mitteilung an die Behörde, daß der gesetzliche Vertreter des Kindes dessen Impfung aus Gewissensbedenken verweigert. Ein Vordruck für diese Mitteilung wird bei der Anmeldung der Geburt eines Kindes ohne Aufforderung dem Meldenden übergeben. — Auf Grund der Gewissensklausel nahm die Zahl der Impfbefreiungen zu; sie betrug 1931 46,7% der Geburten. Verf. geht dann auf die in Deutschland nach Einführung einer Gewissensklausel zu erwartende Wirkung ein. Auch in Deutschland bleiben von den erstimpfpflichtigen Kindern durchschnittlich nicht weniger als 22,7% ohne Impfschutz; von diesen wurden 13,4% auf Grund ärztlicher Zeugnisse vorläufig zurückgestellt und 3,37% vorschriftswidrig der Impfung entzogen. Die Einführung der Gewissensklausel wird von den Impfgegnern als Beweis für die Berechtigung ihrer Bestrebungen entsprechend ausgewertet werden. Der grundlegende Fehler der englischen Gewissensklausel liegt darin, daß ohne Rücksicht auf die wohlbegründeten Rechte der Allgemeinheit die persönliche Auffassung des einzelnen entscheidet. — Gerade die heutige Zeit ist sehr wenig geeignet, einen Versuch zur Auflockerung des Impfwanges zu machen. Durch das Verbot der allgemeinen Wehrpflicht in Deutschland ist die zweite Wiederholung der Impfung der zum Heeresdienst eingezogenen Mannschaften in Wegfall gekommen. Die Verschiebung im Altersaufbau hat durch Verminderung der Zahl der jugendlich geschützten und durch Erhöhung der Zahl der älteren ungeschützten Personen einen ungünstigen Einfluß auf den mittleren Impfschutz in Deutschland auch ohne Änderung des Impfgesetzes gebracht. Außerordentliche Impfungen bei Pockenausbrüchen haben große Nachteile; die Erstimpfung Erwachsener bringt oft längerdauernde Störungen mit sich; eine weitgehende Berücksichtigung des Gesundheitszustandes der Impflinge ist nicht möglich. — Welchen Einfluß hat die Gewissensklausel in England auf die Entwicklung der Pocken ausgeübt? Es geht nicht an, die Bedeutung der über 80000 Pockenerkrankungen in England während der Jahre 1919—1932 zu unterschätzen, weil es sich um eine der milden Pockenformen, um sog. Alastrim, mit sehr geringer Sterblichkeit gehandelt hat. Nicht nur jeder Todesfall, sondern auch jede Erkrankung bedeutet einen volkswirtschaftlichen Verlust, der um so fühlbarer ist, je ärmer ein Land ist. Für die lückenlose Durchführung der Impfung einzutreten, sind wir um so mehr berechtigt, als im Verlaufe der letzten Jahrzehnte in der Erkenntnis und Verhütung der Impfschäden sehr große Fortschritte erzielt wurden und noch weitere erwartet werden dürfen.

E. Paschen (Hamburg)._o

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Siemens, Hermann Werner: Die Krisis der Konstitutionspathologie. (*Dermatol. Klin. u. Poliklin., Univ. Leiden.*) Münch. med. Wschr. 1934 I, 515—520.

In der vorliegenden Abhandlung, welche aus einem im Ärztlichen Verein zu München gehaltenen Vortrag hervorgegangen ist, wird eine kritische Besprechung des unfaßbaren Begriffes der Konstitution gegeben und dann dargetan, besonders an der Hand der angeborenen Blutgefäßgeschwülste, wie falsch die bisherigen Fragestellungen sich erwiesen haben. Die bisherige „Konstitutionspathologie“, so sucht Verf. zu beweisen, besteht zum großen Teil aus der Ansammlung übertriebener Angaben über Zusammenhänge, die sich bei genauerer exakter statistischer Betrachtungsweise als nicht haltbar herausstellen.

H. Merkel (München).

Freundenberg, Karl: Die Gesetzmäßigkeit der menschlichen Lebensdauer. Erg. Hyg. 15, 335—441 (1934).

Nach einer methodologischen Einleitung folgt eine allgemeine Übersicht über die menschliche Lebensdauer. Weitere Abschnitte behandeln die Sterblichkeit in den einzelnen Altersklassen, die formelmäßigen Ausdrücke über die Verteilung der menschlichen Lebensdauer und die Prüfung des Lexisschen Gesetzes mittels Heranziehung der Todesursachenstatistik. Lexis hatte die Todesfälle in jugendliche, vorzeitige und normale Todesfälle eingeteilt. Die vorzeitigen beruhen auf einer unübersehbaren Zahl zusammenwirkender Ursachen, welche jedoch alle mit Erfolg bekämpft werden. Dem gegenüber ist die normale Sterblichkeit, die menschlicher Beeinflussung bis jetzt unzugänglich zu sein scheint, von einem einzigen Gesetze abhängig, nämlich dem Gaußschen Verteilungsgesetze; sie stellt hiernach eine angeborene Eigenschaft einer Menschenrasse dar genau so wie irgendwelche körperlichen Merkmale. Zahlreiche Tabellen veranschaulichen die mühsame Arbeitsweise des Statistikers. Es verlohnt sich sehr die Arbeit, die zu kurzem Referat nicht geeignet ist, im Original zu studieren.

Giесе (Jena).

Moine, Marcel: Les oscillations de la mortalité sont-elles conditionnées par les variations atmosphériques? (Sind die Schwankungen der Sterblichkeit bedingt durch die Änderungen des Wetters.) Rev. Météor. méd. 1, 35—47 (1933).

Statistische Untersuchungen über den Einfluß der Jahreszeiten, der Temperatur, der Luftfeuchtigkeit und des Luftdruckes auf die Sterblichkeit von Kindern im 1. Lebensjahr, im Alter von 1—5 Jahren und bei Erwachsenen über 60 Jahren. Es wird auf die Zunahme der Kindersterblichkeit in den besonders kalten Wintermonaten des Jahres 1929 und auf die Abnahme in den Sommermonaten gegenüber der gleichen Zeitabschnitte des Jahres 1928 hingewiesen. Die gleichen Erscheinungen sind bei den Leuten über 60 Jahre zu beobachten gewesen. Auf die Todesursachen der Kinder und Erwachsenen wird leider nicht eingegangen. Erwähnt sei noch die geringere Sterblichkeit der Brustkinder gegenüber anders ernährten Säuglingen. Die Statistik bietet keine neuen Gesichtspunkte. *Breitenecker (Wien).*

Kessler, R., und H. Krieger: Über Thrombose und Embolie. (Bearbeitet nach dem Material der Universitäts-Frauenklinik Kiel 1924/32.) Z. Geburtsh. 108, 121—138 (1934).

Unter 11632 Patienten wurden von 1924—1932 143 Thrombosen beobachtet, meistens Venenthrombosen, selten arterielle. Sie betrafen hauptsächlich die V. femor. und saphena oder beide gemeinsam sowie die Beckenvenen. Von 90 Embolien traten 84 postoperativ auf. 35 verliefen tödlich und zwar 32 von den 84 postoperativen und 3 von den nicht postoperativen Fällen. Unter den Operationen war die Laparotomie am stärksten belastet. Maligne Tumoren stellen den Hauptanteil, aber auch Prolapsfälle sind ziemlich beteiligt. Sitz der Embolie ist in über 90% die Lunge allein, in fast 100% ist die Lunge beteiligt. Die Heilungstendenz ist mit 61% errechnet. Verf. spricht weiter über die Prophylaxe und über die Behandlung der manifesten Thrombose und Embolie. *Dittrich (Prag).*

König, W.: Shock und Kollaps. (Chir. Univ.-Klin., Leipzig.) Chirurg 6, 41-45 (1934).

Verf. ist gegen eine Trennung der Begriffe Shock und Kollaps. Er zweifelt nicht daran, daß durch Reizung von Nerven ein Shock entstehen kann (neurogene Theorie), doch spielen auch unbekannte, im Blute bisher nicht nachweisbar gewesene Gifte eine Rolle. Verf. hat nachgewiesen, daß hier hauptsächlich Muskelgewebe, und zwar Kernzerfallsprodukte, in Frage kommen. Dafür spricht die Senkung der Blutplättchenzahl, welche auch experimentell durch Muskelpreßsaft, durch Inhalt von Brandblasen (Verbrennungsschock) erzeugt wurde. Das beste Gegenmittel sind Traubenzucker-Sympatholinjektionen. Sympathol beeinflußt auch die im anaphylaktischen Shock verzögerte Blutgerinnung, ebenso wie Heparin und Germanin. Dasselbe gilt für andere Shocks. Die tödliche Kollapswirkung ist nicht die Folge der Blutdrucksenkung, sondern ist abhängig von den Gerinnungsvorgängen. Diese werden durch Kernzerfallsprodukte geändert. Die näheren Beziehungen sind hier noch nicht bekannt. *Josef Wilder.*

Pincoffs, M. C., and William S. Love jr.: Observations upon syphilis of the heart, coronary ostia, and coronary arteries. I. With special reference to the clinical picture

presented by syphilitic stenosis of the coronary ostia. (Über Syphilis des Herzens, der Coronarostien und der Coronararterien. I. Mit besonderer Berücksichtigung des klinischen Bildes bei Stenose der Coronarostien.) (*Dep. of Med., Univ. of Maryland Med. School, Baltimore.*) Amer. J. Syph. a. Neur. 18, 145—153 (1934).

Unter 1000 Obduktionen fanden die Verff. 69 Fälle von syphilitischer Aortitis. Von diesen waren 28 an Krankheiten nichtsyphilitischer Natur gestorben, 20 an syphilitischen Veränderungen ohne Beteiligung des Herzens, 21 an syphilitischen Veränderungen des Herzens. Unter diesen letzteren waren 15 Fälle mit Verschuß eines Coronarostium oder beider Ostien. Verschuß der Coronarostien steht im Vordergrund kardio-vasculärer Erkrankungen syphilitischer Natur. Die durchschnittliche Lebensdauer nach Auftreten der ersten Symptome ist bei Stenose der Coronarostien erheblich geringer als bei syphilitischer Aorteninsuffizienz. Somit würde der rasch und ungünstig sich entwickelnde Verlauf einer syphilitischen kardiovasculären Erkrankung für das Vorliegen einer syphilitischen Stenose der Coronarostien sprechen, im gleichen Sinne würde ein mangelndes Ansprechen auf die Therapie zu deuten sein. Das häufigste Symptom bei den Patienten mit Coronarostienstenose ist der Präkordialschmerz. Bei 9 von 15 Patienten war er das erste Symptom, in 4 Fällen starben die Patienten im ersten Anfall von Angina pectoris. Das Fehlen des Präkordialschmerzes berechtigt nicht, eine syphilitische Coronarostienstenose auszuschließen. Paroxysmale Dyspnoe in Fällen von syphilitischer Aortitis ohne Aorteninsuffizienz macht das Vorliegen einer Coronarostienstenose wahrscheinlich. Plötzliche und unvorhergesehene Todesfälle erfolgten in 10 von den 15 Fällen. Unter den 6 Patienten mit Aorteninsuffizienz ohne Coronarostienstenose erfolgte in keinem Falle der Tod plötzlich und unvorhergesehen. C. Neuhaus (Münster i. W.).

Love jr., W. S., and C. Gardner Warner: Observations upon syphilis of the heart, coronary ostia, and coronary arteries. II. With special reference to the myocardial lesions noted in stenosis of the coronary ostia. (Über Syphilis des Herzens, der Coronarostien und der Coronararterien. II. Unter besonderer Berücksichtigung der bei Coronarostienstenose festgestellten Myokardveränderungen.) (*Dep. of Path., Univ. of Maryland, Baltimore.*) Amer. J. Syph. a. Neur. 18, 154—162 (1934).

Bei dem Vergleich der Fälle von syphilitischer Coronarostienstenose mit Fällen von Coronararteriosklerose zeigten sich Unterschiede dahingehend, daß bei der ersteren eine ausgesprochene Aortitis syphilitica mit Verlegung der Coronarostien und oft auch eine syphilitische Entzündung der Aortenklappe vorhanden war. Bei den arteriosklerotischen Erkrankungen fehlte die Entzündung der Aortenklappe und der Aorta; es fand sich eine deutliche, bei den Fällen von Ostienverschuß fehlende Sklerose der großen Coronargefäße, häufig vergesellschaftet mit allgemeiner Arteriosklerose. Bei den arteriosklerotischen Prozessen sind große Narben im Myokard, sowie Infarzierung, deutliche Myokardfibrose und wandständige Thromben häufige Befunde. Hinsichtlich der Häufigkeit perivascularer Infiltrate besteht zwischen den beiden Gruppen kein sehr großer Unterschied. Veränderungen an den Arteriolen sind etwas häufiger zu finden bei den syphilitischen Prozessen, während Myokardinfiltrationen häufiger sind bei den arteriosklerotischen Erkrankungen. Durch mikroskopische Untersuchungen allein, ohne Kenntnis des makroskopischen Bildes, war es nicht möglich, mit einiger Sicherheit die Infiltrattypen zu unterscheiden. Wenn Myokardveränderungen bei syphilitischer Erkrankung gefunden werden, so spielt bei ihrer Entstehung vermutlich eine unzureichende Blutversorgung durch die Coronararterien eine große Rolle. Bei syphilitischer Aortitis ohne Coronarostienstenose waren die Myokardveränderungen weniger häufig und weniger stark ausgezeichnet. Bei dieser Gruppe wurden Infarkte sowie wandständige Thromben nicht beobachtet.

Bei der Untersuchung von 69 syphilitisch erkrankten Herzen waren die großen Äste der Coronararterien nicht nennenswert verändert, dies war lediglich der Fall bei allgemeiner Sklerose. Die Arteriolen dagegen waren häufig erkrankt mit unterschiedlicher Verdickung der Media und Intima und bisweilen auch mit Verschuß des Lumens. Von den 69 Patienten mit syphilitischer Aortitis zeigten 24 diese Veränderungen. Bei 8 von diesen Patienten war außerdem eine diffuse Atherosklerose vorhanden; das durchschnittliche Lebensalter dieser Patienten betrug 52 Jahre. Bei 16 von den 24 Patienten fehlte nennenswerte Atherosklerose; ihr durchschnittliches Lebensalter betrug 39 Jahre. Bei 14 von 69 Patienten waren vorgeschrittene atheromatöse Veränderungen vorhanden; das durchschnittliche Lebensalter betrug hier 58 Jahre, bei den Patienten mit Coronararteriosklerose ohne Syphilis 62 Jahre. Eine enge Beziehung zwischen syphilitischen und arteriosklerotischen Myokardveränderungen war mit

Sicherheit nicht festzustellen. Verdickung der Coronararteriolen kann als Folge syphilitischer Erkrankung auftreten. Der höchste Grad von Myokardfibrose wurde in den Fällen mit ausgesprochenen anatomischen Veränderungen unter Beteiligung der Coronararterien und Arteriolen gefunden. Bei 14 von 15 Patienten mit syphilitischer Coronarostienstenose war Fibrose deutlich, mit lockerem und ödematös erscheinendem Bindegewebe in der Umgebung der Myokardgefäße. Bei 9 von 69 Patienten fand sich perivaskuläre Infiltration, wobei 6 von diesen zur Gruppe der Fälle mit Stenose der Coronarostien gehörten. Bei allen diesen Patienten waren Zeichen von Erkrankung der Coronararteriolen vorhanden. 6 von den Patienten mit Coronararteriosklerose ohne Syphilis zeigten diese Veränderungen auch, und es war nicht möglich, einen Unterschied in der Art der Infiltration zu erkennen. Bei den Fällen mit syphilitischen Veränderungen wurde 5mal Myokardinfiltration beobachtet, von diesen zeigten 4 einen Verschluß der Coronarostien. Von den 12 Patienten mit Coronarsklerose zeigten 7 diese Infiltration. Bei beiden Erkrankungsformen fand sich die Infiltration in nekrotischen Zonen des Herzmuskels. Von den 69 untersuchten Patienten zeigten 67 eine positive Wa-Reaktion, dagegen keiner der Patienten mit Coronarsklerose. Anhaltspunkte für das Bestehen einer spezifischen syphilitischen Myokarditis ergaben sich nicht.

Es wird vermutet, daß in gewissen Fällen die Syphilis eine Prädisposition für die Erkrankung der Coronararteriolen schafft. *Spirochaeta pallida* wurde in keinem der Fälle nachgewiesen, weder mit Hilfe der Levaditi-Methode, noch durch Verimpfung von Gewebe auf Kaninchenhoden. Durch die Thebesianischen Gefäße wird keine sehr wirksame Kompensation für den Ausfall großer Teile des Coronararterienystems geboten.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Ganzer, Gerhard: Zur Frage der Mesaortitis luica, besonders in Beziehung zur progressiven Paralyse, untersucht am Göttinger Sektionsgut. (*Path. Inst., Univ. Göttingen.*) Z. Kreislaufforsch. **26**, 8—17 (1934).

Verf. wollte an dem Göttinger Sektionsgut prüfen 1. ob die Aortenlues bei paralytischen Syphilitikern häufiger auftritt als bei nichtparalytischen, und 2. ob sich in bezug auf Komplikationen seitens des Herzens oder in Form eines Aneurysmas Unterschiede zwischen paralytischen und nichtparalytischen Kranken mit Aortenlues feststellen ließen. Unter 8328 Sektionen der Jahre 1907—1932 fanden sich 244 Fälle, bei denen Lues sicher feststand. Verf. berücksichtigte dabei nur solche Lueskranke, die an Aortitis allein oder in Verbindung mit Paralyse, Tabes dorsalis oder Tabesparalyse litten. Es zeigte sich, daß Aortenlues bei Syphilis im allgemeinen und bei Paralyse ungefähr gleich oft auftritt. Es läßt sich durch die Sektion weiterhin nachweisen, daß das Aortenleiden und seine Folgen bei Nichtparalytikern weitaus häufiger die Todesursache ist als bei Paralytikern. Komplikationen der Aortenlues sind bei den Paralytikern viel seltener als bei Nichtparalytikern. Man findet viel seltener ein Aneurysma, eine Aorteninsuffizienz und eine Hypertrophie, viel häufiger dagegen schlaffe, kleine, erweiterte Herzen. Immerhin macht sich Verf. den Einwand, daß sich bei den Paralytikern die schweren Formen der Aortenlues entwickelt hätten, wenn sie am Leben geblieben wären. Jedoch reichte das Material nicht dazu aus, um nachweisen zu können, daß bei alten Paralytikern die schwereren Formen der Aortenlues relativ häufiger auftreten als bei jüngeren. Das Durchschnittsalter der nichtparalytischen Aortenluiker ist höher als das der paralytischen. Bei einem großen Teil der Paralysefälle bestand körperlicher Schwund. Die dadurch erzwungene Lebensführung erklärte weiterhin zwanglos manche Unterschiede, vor allem das Verhalten der Kreislaufdekompensation und des Herzens. Der Geschlechtsunterschied hat einen wesentlichen Einfluß auf die Entstehung von Paralyse und Aortenlues; beide befallen Frauen weniger häufig als Männer. Nicht immer beruht weiterhin der plötzliche Herztod bei Mesaortitis luica auf Verlegung oder Einengung der Kranzschlagaderlichtung. Mitunter führen myokarditische oder myodegenerative Vorgänge zum plötzlichen Versagen des Herzens.

Fleck (Göttingen).

Tuthill, C. R.: Cerebral arteries in relation to arteriosclerosis. (Beziehung der Hirnarterien zur Arteriosklerose.) (*Path. Dep., Buffalo Gen. Hosp., Buffalo.*) Arch. of Path. **16**, 453—470 (1933).

Mit Hilfe von Längsschnitten wurden histologische Untersuchungen an dem

elastischen Gewebe der Gefäße des Circul. Willisii vorgenommen. 23 Fälle wurden geprüft, und zwar im Alter von 23—83 Jahren. Entsprechend den Veränderungen im Gebiet der elastischen und kollagenen Fasern in der Nähe der Gefäßverästelungen ergaben sich 7 Gruppen: 1. Schichten von gespaltenen elastischen und kollagenen Fasern an der Abzweigung der großen Gefäße wie in der Kindheit. 2. Vereinzelte und auch allgemeine mäßige Zunahme der Höhe und Ausdehnung der Schichten in der Umgebung der Gefäßabzweigungen durch Wachstum der lipoidfreien kollagenen und elastischen Fasern. 3. Geringe Zunahme der Höhe, Häufigkeit und Ausdehnung dieser Schichten durch elastische und kollagene Fasern mit Fetteinlagerung in einer oder in mehreren Schichten. 4. Ebenso geringe Zunahme dieser Schichten durch kollagene Fasern, Fibroblasten und Fettzellen in einfacher Schichtung oder über den elastischen oder kollagenen Fasern gelagert. 5. Mäßige Zunahme dieser Schichten durch Fibroblasten, kollagene Fasern und Fettzellen, durch kollagene und elastische Fasern mit wenigen Fettzellen, oder durch Hyalin in einfacher oder geschichteter Lage mit elastischen und kollagenen Fasern. 6. Deutliche Zunahme in Höhe, Häufigkeit und Ausdehnung der Schichten im Gebiete der Gefäßverzweigungen durch aufgelagertes Gewebe von kollagenen Fasern über den elastischen und kollagenen Fasern mit lokalisierter Fett- und Hyalineinlagerung. 7. Deutliche Zunahme in Höhe, Häufigkeit und Ausdehnung der Schichten in den großen und kleinen Gefäßen durch einfaches oder geschichtetes Gewebe in beginnender oder fortgeschrittener Rückbildung. Die Untersuchung dieser Serien ergab keinen bestimmten ätiologischen Faktor. Primäre Läsion der Media wurde nicht beobachtet. Ebenso scheint das Alter ätiologisch keine Rolle zu spielen, wie sich durch die folgenden Altersbeispiele in den Gruppen des Verf. beweisen läßt: 1. Gruppe, im Alter: 23, 28, 30, 32, 33, 35, 43 und 75. 2. Gruppe: 23 und 45 Jahre. 3. Gruppe: 28 und 67 Jahre. 4. Gruppe: 30, 31 und 68 Jahre. 5. Gruppe: 39, 42 und 83 Jahre. 6. Gruppe: 51 und 69 Jahre. 7. Gruppe: 39, 47 und 52 Jahre. Der Blutdruck konnte auch nicht als Ursache der Gefäßläsionen in diesen Gruppen angenommen werden. Verf. nimmt an, daß die primäre Hyperplasie der Schichten in den Gebieten der Gefäßverzweigungen vom Blutvolumen abhängig ist und daß die Fetteinlagerung ebenso wie bei Tumorbildungen geschieht. *Critchley* (London).

Kołaeczyński, T.: Spontane intrakranielle Blutung? *Czas. sąd. lek.* 2, 101—105 (1934) [Polnisch].

Während schwedisch-gymnastischer Körperübungen erkrankte plötzlich ein 20-jähriger Gewerbeschüler unter Erbrechen und bald darnach unter Bewußtseinsverlust. Ins Krankenhaus gebracht, verschied er am nächsten Tag. Die Sektion ergab einen oberflächlichen, frischen, apoplektischen Herd von Taubeneigröße in der linken Kleinhirnhemisphäre. Kołaeczyński glaubt, daß es sich um eine spontane Blutung in einem im Entstehen begriffenen Gliom gehandelt hat. Äußerlich war keine Verletzungsspur wahrzunehmen. *L. Wachholz* (Krakow).

Meier, Leonie: Über leptomeningeale Spontanblutungen mit besonderer Berücksichtigung differentialdiagnostischer Erwägungen. (*Med. Univ.-Klin., Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 269—273.

Die Diagnose leptomeningitische Spontanblutung ist nur per exclusionem zu stellen. Nach anatomischen Vorbemerkungen schildert Verf. das klinische Bild, Einzelsymptome, die Ergebnisse der Liquoruntersuchung. Die differentielle Diagnose, Prognose und die Therapie (bezüglich deren auf die in erster Linie in Frage kommenden Lumbal- usw. Punktionen hingewiesen wird) sind von Darlegungen der theoretischen Anschauungen über das Zustandekommen der Blutung gefolgt. *H. Pfister* (Bad Sulza).

Willi, H.: Frühzeitiger persistierender Spontanpneumothorax im Säuglingsalter. (*Univ.-Kinderklin., Zürich.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 229—233.

Drei gleichartige Fälle von Spontanpneumothorax im frühen Säuglingsalter mit negativem Pirquet werden ausführlich beschrieben. Therapeutisch gelingt es nicht, den Pneu aufzuheben. Ätiologisch wird ein kongenitaler Lungendefekt als wahrscheinlich angenommen. *Gähwyler* (Arosa).

McClellan, R. H., and Theodore O. Elterich: Congenital atresia of the esophagus. Report of two cases. (Angeborene Oesophagusatresie. Bericht über zwei Fälle.) (*Dep.*

of Path. a. Pediatr., John C. Oliver Mem. Research Found., St. Margaret Mem. Hosp., Pittsburgh.) Arch. of Pediatr. 51, 171—177 (1934).

Die Verf. meinen, daß diese Mißbildung häufiger als allgemein angenommen vorkommt. Es handelt sich am häufigsten um Oesophagotrachealfisteln. Klinisch: Häufig Blutungen von der Nase und vom Munde. Die Diagnose kann röntgenologisch und mittels Untersuchung vom Meconium gesichert werden. Letztere zeigt Mangel an den normal im Meconium vorkommenden verhornten Plattenepithelzellen. Die Verf. teilen 2 Fälle von Oesophagotrachealfisteln mit. In dem einen wurden außerdem Dilatation des Zwölffingerdarmes, ein Meckelsches Divertikulum, Hufeisenniere und Analatresie gefunden. Videbeck (Viborg, Dänemark).

Malan, Arnaldo: Stenosi esofagea da brucellosi. (Verengung der Speiseröhre durch Brucella abortus verursacht.) Arch. ital. Mal. Trach. ecc. 2, 79—85 (1934).

Mitteilung eines Falles von Narbenstenose der Speiseröhre bei einem 18jährigen Manne. Die Stenose, welche in der Höhe der zweiten physiologischen Verengung saß, war als Folge der vom maltischen Fieber herrührenden Infektion anzusehen, die von einer direkten Ansteckung vom Munde her herrührte. Die Speiseröhre war in einer Strecke von etwa 5 cm verengt. Mechanische und spastische Erscheinungen waren vorhanden. Benedetto Agazzi (Milano).

Michon, P., et J. Girard: Péritonite pneumococciue primitive généralisée et suraiguë chez l'adulte. (Primäre, akut verlaufende, diffuse Pneumokokken-Peritonitis bei einem Erwachsenen.) Bull. Soc. méd. Hôp. Paris, III. s. 50, 556—558 (1934).

Der dem Bericht zugrunde liegende Fall verlief tödlich innerhalb 48 Stunden. Es handelt sich um eine 36jährige basedowkranke Frau. Bei der Laparotomie fand man grünlichen Eiter, in diesem bakteriologisch Reinkultur von Pneumokokken. Eine Obduktion wurde nicht vorgenommen. Es wird vermutet, daß die Genitalwege die Eintrittspforte für die Infektion bildeten. Neuhaus (Münster i. W.).

Grimaldi, Francisco E.: Rupturen der krankhaft veränderten Blase. Arch. méd. Hosp. Ramos Mejía 15, 317—319 (1933) [Spanisch].

Unter 4602 Blasenkranken hat Verf. in 2 Fällen eine Blasenruptur beobachtet. In dem einen Fall handelte es sich um einen 51 Jahre alten Mann, der vor 10 Jahren eine Gonorrhöe durchgemacht hatte und seit 2 Jahren an Dysurie litt. — Der 2. Fall betraf einen 75 Jahre alten, an einer Prostatahypertrophie leidenden Mann. Beide Kranke mußten katheterisiert, der erste Kranke punktiert werden. Die Blasenruptur führt Verf. auf die pathologisch veränderte Blasenwand zurück. Der erste Kranke wurde durch die Operation geheilt, der zweite starb in der Folge. Ganter (Wormditt i. Ostrp.).

Haymann, Ludwig: Erhebungen über die tonsillogene Sepsis. (Ein Beitrag zur Pathogenese, Pathologie und Klinik.) Z. Hals- usw. Heilk. 35, 288—299 (1934).

Statistische Auswertung von etwa 12500 Obduktionsberichten in bezug auf tonsilläre Sepsis. Auf 1000 Todesfälle kommen etwa 5,3 infolge tonsillärer Sepsis. Die Erhebungen erstrecken sich auf Verschiedenheiten im Verlauf, in Dauer der Erkrankung, auf Alter, Geschlecht, Lokalisation, Ausbreitung des Prozesses, wobei Verf. im wesentlichen der Uffenordtschen Einteilung in eine hämatogene, lymphogene und interstitielle Form folgt. Für die Praxis wichtig ist die erneute Feststellung, daß in einer großen Anzahl der Fälle (30%) klinisch kein krankhafter Befund an der Mandel erkennbar war. Die Erfahrung, daß bei Doppelseitigkeit des Prozesses meist die stärker befallene Seite den Ausgangspunkt der Allgemeininfektion abgibt, konnte bestätigt werden. Oft finden sich peritonsilläre Abscesse als Ursprungsort, mitunter von recht kleiner Ausdehnung, was zu beachten ist. In 63% aller Fälle fanden sich Metastasen, vor allem in der Lunge. Die Krankheitsdauer betrug in 72% 14 Tage, in 28% war sie länger, innerhalb der ersten 8 Tage starben 61%, davon in den ersten 5 Tagen 16%. Bei dem Obduktionsmaterial handelte es sich hauptsächlich um operativ nicht beeinflusste Fälle. Riecke (Kiel).

● **Lange, Max: Die Wirbelgelenke. Die röntgenologische Darstellbarkeit ihrer krankhaften Veränderungen und ihre Beziehungen zu den verschiedenen Erkrankungen der Wirbelsäule. Zugleich ein Beitrag zur Pathologie und Klinik der gesamten Wirbelsäule. (Z. orthop. Chir. Bd. 61, Beilage.)** Stuttgart: Ferdinand Enke 1934. VI, 121 S. u. 59 Abb. RM. 7.—.

Das Studium der kleinen Wirbelgelenke hat erst in den letzten Jahren angefangen eine größere Rolle zu spielen. Systematische Untersuchungen sowohl an anatomischem wie an klinischem Material sind noch relativ selten. Schmincke und Santon haben

vor einigen Jahren auf Grund einer neu angegebenen Sektionstechnik Studien zur normalen und pathologischen Anatomie der Halswirbelsäule veröffentlicht und dabei insbesondere auf die normalen und pathologischen Verhältnisse der Intervertebralgelenke aufmerksam gemacht. Die vorliegende Monographie beschäftigt sich hauptsächlich mit den Veränderungen im Bereich der Brust- und der Lendenwirbelsäule, besonders soweit sie die Wirbelgelenke mitbetreffen. Es hatte sich nämlich durch umfangreiche systematische Untersuchungen gezeigt, daß diese kleinen Wirbelgelenke oft krankhaft verändert sind und daß sie unter bestimmten Verhältnissen sogar selbständig durchaus als Ursache von Rücken- und Kreuzschmerzen in Betracht kommen. Der Verf. will nur nach mancherlei Richtungen wegzeigend arbeiten, da das vorliegende Gebiet sicher noch einer weiteren Ausgestaltung zugänglich sei. Die normale Anatomie und die physiologische Bedeutung der Wirbelgelenke für die Beweglichkeit der Wirbelsäule kommt zur Darstellung dann die offenbar ziemlich schwierige röntgenologische Aufnahmetechnik der Wirbelgelenke und der normale Befund. In einem weiteren Kapitel werden dann die typischen pathologischen Veränderungen der Wirbelgelenke besprochen, die Veränderungen, wie sie sich bei der Skoliose vorfinden; es handelt sich dabei z. T. um Formveränderungen des Gelenkspaltes und ferner auch um arthrotische Veränderungen. Angeblich soll die Arthritis deformans in den untersten Lendenwirbelgelenken und in der Lendenwirbelkreuzbeinverbindung bei geringfügigen Skiosen älterer Leute eine häufige Ursache von Kreuzschmerzen sein; auch bei Kyphosen finden sich Veränderungen der kleinen Wirbelgelenke, wie die Untersuchungen von Lange gezeigt haben, desgleichen auch u. U. bei Spondylitis tuberculosa. In einem weiteren Kapitel wird dargetan, daß auch nach Wirbelbrüchen (Kompressionsbrüchen, Subluxationen usw.) Veränderungen an den kleinen Wirbelgelenken nachweisbar sind. Als Ursache von Kreuzschmerzen können ebenfalls nicht selten Veränderungen an den kleinen Lendenwirbelgelenken und an der Lendenwirbelkreuzbeinverbindung nachgewiesen werden. Bemerkenswert ist die Feststellung, daß ein beträchtlicher Teil der Kreuzschmerzen bei Frauen weniger durch gynäkologische Erkrankungen und Veränderungen hervorgerufen seien als durch muskuläre Prozesse, aber auch, wie Verf. zeigt, durch Veränderungen an den Lendenwirbelgelenken, zumal konnten bei jungen Frauen nicht selten als objektiv faßbare Befunde solche Erkrankungsprozesse nachgewiesen werden. Auch Unfälle, die eine Reizung schon veränderter Gelenke betreffen, können als Schmerzursache für eine Lumbo-Sacral-Arthrose in Betracht kommen. Endlich wird die Spondylosis, die Arthrosis deformans sowie die Spondylarthritis ankylopoetica besprochen und die dabei auftretenden Veränderungen wieder unter spezieller Berücksichtigung der Zwischenwirbelgelenke. Die vorliegende Abhandlung ist durch eine große Reihe sehr hübscher Abbildungen illustriert, z. T. schematische Zeichnungen, z. T. photographische Wiedergaben instruktiver anatomischer Trockenpräparate sowie von nicht immer leicht zu deutenden Röntgenbildern. Literaturverzeichnis.

H. Merkel (München).

Frank-Kamenezkij, L.: Über die blutende Mamma. *Sovet. Klin.* 19, 414—421 (1933) [Russisch].

Die blutige Sekretion aus der Brustwarze wird durch Neubildungen und Degenerationsprozesse hervorgerufen. Von den Neubildungen sind am häufigsten Cystadenome, Cystepitheliome und Carcinome, bei den Degenerationsprozessen ist es die Fibrose des interstitiellen Gewebes mit Cystenbildung. Durch Zerreißen kleiner Gefäße in den Scheidenwänden der Hohlräume blutet es in diese. Auch durch Epithelproliferation in den Cysten kann es zur Anfüllung der Hohlräume mit Blut kommen. Bei chronischer Mastitis endlich kann sich ein braunfarbiges Exsudat anhäufen. Der flüssige Inhalt der Cyste wird durch die Warze ausgeschieden. Bei der klinischen Untersuchung gelingt es manchmal nicht, irgend etwas durchzutasten, zuweilen können ein oder etliche Knoten durchgetastet werden. Blutabsonderung bedeutet also meistens eine tiefe organische Veränderung in der Brustdrüse und ist ein bedrohliches Symptom, das die

Notwendigkeit einer radikalen Operation anzeigt. In 5 eigenen Beobachtungen des Verf. bestanden 3mal diffuse Wucherungen des Bindegewebes mit Verdichtung, Bildung von Cysten aus der Vasa deferentia und eine sekundäre Epithelproliferation in den Cysten, im 4. Falle neben Wucherung und Verdichtung akute Entzündungserscheinungen und Bildung einer groben Cyste. Als primär sind die Stromaveränderungen sklerotischen Charakters anzusehen, die in den 2 letzten Fällen mit entzündlichen Erscheinungen kombiniert waren.

S. Matwejeff (Odessa).

Harpøth, Harald: Necrosis adiposa neonatorum. Ugeskr. Laeg. 1934, 369—371 [Dänisch].

Am 3. Lebenstage unter Temperaturanstieg auf 39,5° Auftreten cyanotischer Hautstellen auf den Nates, nach aufwärts bis zur Lumbalgegend sich erstreckend, nach abwärts auf die posterolaterale Fläche der Oberschenkel übergreifend. Die cyanotischen Hautpartien waren hart und scharf gegen die Umgebung abgegrenzt. Keine Anzeichen für Ödem. Die Temperaturen blieben dauernd subfebril. Die Hautveränderung blieb während der ganzen Zeit auf ihren ursprünglichen Umfang beschränkt, in ihrem Bereich entwickelte sich indessen eine Nekrose des Fettgewebes. Tod im Alter von 6 Wochen an interkurrentem Infekt. Mikroskopisch: Fettgewebsnekrose mit Umwandlung des Neutralfettes zu Fettsäuren oder -seifen, durch die eine starke entzündliche Gewebsreaktion mit sehr geringer proliferativer Heilungstendenz verursacht wurde. Ausführlicher mikroskopischer Befund, ein Mikro-photogramm.

Eitel (Berlin).

Verletzungen. Gewaltvoller Tod aus physikalischer Ursache.

Remijnse, J. G.: Über Schädelverwundungen. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1934, 750—761 [Holländisch].

Remijnse gibt im Rahmen einer klinischen Vorlesung einen guten Überblick über das Thema der frischen Unfallverletzungen des Schädels vom Standpunkte des Chirurgen. Besprochen werden ihre Häufigkeit, die Symptombilder der Commotio, Contusio und Compressio cerebri, die Schädelbrüche und die intrakraniellen Blutungen sowie die Behandlung. Traumatische Epilepsie entwickelt sich nach der Vermutung des Verf. in noch nicht 1% der Schädelfrakturen. Der Lumbalpunktion wird mehr diagnostische als therapeutische Bedeutung zuerkannt. Über den Wert des knöchernen Verschlusses von Knochenlücken äußert sich R. mit dem Hinweis, daß der Schädel zwar viel verträgt, mehr ablehnend.

Hans Baum (Königsberg i. Pr.).

Sorge, F., und F. Stern: Beiträge zur Pathologie des Schädelröntgenogramms (mit besonderer Berücksichtigung der Kopfverletzungen). (Versorgungsärztl. Untersuchungsstelle, Kassel.) Bruns' Beitr. 159, 29—42 (1934).

Die Autoren beobachteten, daß nach Verletzungen des Schädels wie auch des Gesichtes eine verstärkte Zeichnung der diploetischen Venenkanäle der Calvaria röntgenographisch erkennbar sei. An der Hand einzelner Beispiele werden die übrigen nach Schädeltraumen auftretenden Veränderungen, die sich auf dem Röntgenbild darstellen lassen, besprochen, insbesondere die intracerebralen Verkalkungen und Verknocherungen.

A. Schüller (Wien).

Rand, Carl W., and Cyril B. Courville: Histologic changes in the brain in cases of fatal injury to the head. V. Changes in the nerve fibers. (Histologische Veränderung im Gehirn bei tödlichen Verletzungen am Kopf. V. Veränderungen der Nervenfasern.) (Neurol. Serv., Neuropath. Laborat., Los Angeles County Gen. Hosp., Los Angeles.) Arch. of Neur. 31, 527—555 (1934).

Die Serie ihrer Veröffentlichungen über letale Schädigungen wird in der vorliegenden Mitteilung, die die Nervenfasern zum Gegenstand hat, fortgesetzt. Neue Ergebnisse wurden nicht erzielt. Die grundlegenden deutschen Arbeiten sind auch bei dieser Veröffentlichung den Autoren entgangen. Der Versuch, histologische Vorgänge nur unter dem Gesichtspunkt der Schädigung eines einzelnen Gewebeelementes zu betrachten, ist von vornherein zur Fruchtlosigkeit verurteilt. [IV. vgl. Arch. of Neur. 27, 1342 (1932).]

Ostertag (Berlin).