

vasculären Apparates im Vergleich mit der Bevölkerung der Provinz Parma. Die Ursache ist die verschiedene rassische Zusammensetzung, indem in Parma wesentlich mehr nordische Bevölkerung vorherrscht. Die in Parma gefundenen Zahlen nähern sich mehr denjenigen deutscher Untersucher. Im allgemeinen vermindern sich die Maße bei den Longitypen und vergrößern sich bei den Brachytypen. Die Arbeit enthält ausführliche Tabellen. *W. Brandt.*

● **Demme, Hans: Die Liquordiagnostik in Klinik und Praxis.** München: J. F. Lehmann 1935. 205 S. u. 96 Abb. geb. R.M. 7.—

Die letzten zusammenfassenden Darstellungen der Liquordiagnostik sind vor 12 bis 15 Jahren erschienen. Zwar hat Kafka erst 1930 eine Monographie über die Cerebrospinalflüssigkeit veröffentlicht, aber bewußt auf praktisch-klinische Gesichtspunkte verzichtet. Die Berücksichtigung dieser bei der Bewertung der Befunde ist das Ziel, das sich Verf. in seinem Buche gesetzt hat. Langjährige Tätigkeit an der Nonneschen Klinik und an der eigenen neurologischen Abteilung des Barmbecker Krankenhauses haben ihn befähigt, dieses Ziel zu erreichen. Nach einer knappen Darstellung der Technik der einzelnen Untersuchungsarten folgt eine Schilderung der Eigenschaften des normalen Liquors. Ein weiterer Abschnitt bringt die praktische Bedeutung pathologischer Liquorbefunde im allgemeinen hinsichtlich Druck, Farbe, Trübung, Eiweißvermehrung, Kolloidreaktionen, WaR., Permeabilitätsprüfung und Zuckergehalt. Im Hauptteil, der speziellen Liquordiagnostik, werden die Liquorbefunde bei den Krankheiten des Zentralnervensystems kritisch gewürdigt, z. B. bei Paralyse, Tabes, Lues cerebrospinalis, den verschiedenen Arten von Meningitis, bei Infektionskrankheiten im allgemeinen und solchen des Zentralnervensystems, bei multipler Sklerose, Tumor, Schizophrenie, Arteriosklerose usw. Wiederholt weist Demme darauf hin, daß die Liquorbefunde nicht überbewertet werden dürfen, sondern nur als ein Baustein für die Diagnose neben den übrigen klinischen Befunden zu betrachten sind. Das Buch ist für jede Klinik und für jeden Arzt, der sich mit Liquordiagnostik beschäftigt, unentbehrlich. *Giese (Jena).*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Wigand, R.: Der Tod des Menschen an inneren Krankheiten in seinen Beziehungen zu den Tages- und Jahreszeiten. (*Med. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wschr. 1934 II, 1709—1711.

Verf. untersucht an 672 Todesfällen die tages- und jahreszeitliche Beziehung nicht-seuchenhafter Erkrankungen bezüglich ihrer Todeszeit. Was die Tageszeit anlangt, stellt er an seinem Material fest, daß im Gegensatz zu postoperativen Todesfällen die Nachtsterblichkeit innerer Krankheiten nicht wesentlich gegenüber der Tagsterblichkeit erhöht ist, nur etwa um $\frac{1}{10}$, nach Operationen um $\frac{7}{10}$. Jahreszeitlich betrachtet ist die Todesverteilung chirurgisch Kranker annähernd gleich der innerer Kranker. Bei Betrachtung der einzelnen Krankheitsarten, Verf. teilt sie in 10 Gruppen auf, die er einzeln untersucht und deren Ergebnisse er in Kurvenform darlegt, stellt sich heraus, daß jede Krankheitsspezies bestimmte Gipfel höchster Sterblichkeitszahl besitzt, die auf bestimmte Tages- oder Nachtzeiten fallen. Von dieser Feststellung macht lediglich der Diabetes eine Ausnahme, da sich bei dieser Erkrankung eine nicht deutbare Kurve ergibt. *Nippe (Königsberg i. Pr.).*

Mitchell, A. Graeme, and Estelle W. Brown: The clinical implications of the thymus and status thymico-lymphaticus. (Klinische Erscheinungen bei Thymusvergrößerung und Status thymolymphticus.) (*Childr. Hosp. Research Found. a. Dep. of Pediatr., Coll. of Med., Univ., Cincinnati.*) Ann. int. Med. 8, 669—677 (1934).

Aus vergleichenden Untersuchungen an Kindern mit und ohne Thymusvergrößerung (nach röntgenologischer Größenbestimmung) ergibt sich, daß weder die der Thymusvergrößerung mechanisch zugeschriebenen Erscheinungen, wie Atemnot, Cyanose, noch die durch den Status thymolymphticus angeblich hervorgerufenen nervalen Erscheinungen, wie Spasmophilie, Pylorospasmus u. a. in irgendeiner sicheren Beziehung zu den Begriffen stehen: alle die genannten klinischen Bilder treten auch ohne Thymusvergrößerung auf. *Reinhardt (Berlin).*

Berlinger, W.: Zur Kenntnis der Simmondsschen Krankheit (Hypopituitarismus totalis). Endokrinol. 14, 369—383 (1934).

Ausführliche Mitteilung eines Falles von Simmondsscher Krankheit mit Totalhypopituitarismus. Die Diagnose wurde erst durch den Sektionsbefund gestellt; klinisch war eine perniziöse Anämie mit paranoiden Vorstellungen, bei altem Schädeltrauma, angenommen worden. — Als anatomische Grundlage konnte eine ausgedehnte Atrophie des Hypophysenvorderlappens mit einem histologisch genau untersuchten Rest von Vorderlappenepithelien festgestellt werden. Ursache des Hypophysenvorderlappenschwundes war wahrscheinlich eine im Anschluß an ein schweres Schädeltrauma entstandene Blutung im Hirnanhang mit an-

schließender entzündlicher Atrophie des Vorderlappengewebes. — Besonders wichtig war das Ergebnis, daß bei dem vorliegenden Fall von Vorderlappeninsuffizienz doppelte Hodenatrophie mit genitalen Störungen und auffallend niedriger Blutdruck bei völligem Mangel typischer basophiler Epithelien gefunden wurden. Dieses Ergebnis bildet „eine weitere Stütze für die Ansicht, daß die gonadotropen Wirkstoffe des Hypophysenvorderlappens von den basophilen Epithelien gebildet werden, und daß wahrscheinlich auch die pressorisch wirksamen Substanzen der Hypophyse in den gleichen Zellen entstehen, deren Einwanderung in den Hinterlappen man so häufig beobachten kann“. — An Hand einer analysierenden Vergleichung der klinischen Erscheinungen und der anatomischen bzw. histopathologischen Befunde dieses Falles wird die Symptomatologie der Simmondsschen Krankheit aufgerollt, deren genaue Kenntnis wegen der Notwendigkeit einer frühzeitig einsetzenden Therapie mit Hypophysenvorderlappenpräparaten unbedingt erforderlich ist. Als wesentlich hebt Verf. heraus: die leichte Ermüdbarkeit, das vorzeitige Altern, das Erlöschen der geschlechtlichen Funktionen, Ausfall der Haare mit Abschwächung der Geschlechtsmerkmale, die zunehmende Apathie und den sehr langsamen Verlauf, wobei schließlich unter unaufhaltsamer Abmagerung im Koma der Tod eintritt. Die Simmondssche Krankheit ist bei Frauen etwas häufiger. Sie tritt meist zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre auf, ist aber auch bei Kindern beobachtet worden, hier zusammen mit einer Hemmung im Längenwachstum.

Enke (Marburg a. d. L.).

Ayer, Wardner D.: So-called spontaneous subarachnoid hemorrhage. A résumé with its medicolegal consideration. (Sogenannte spontan subarachnoidale Blutungen. Eine Zusammenfassung mit einer juristisch-medizinischen Folgerung.) Amer. J. Surg., N. s. 26, 143—151 (1934).

Von spontan subarachnoidalen Blutungen zu sprechen ist ungenau, da diese Blutungen meistens Aneurysmen entstammen und streng genommen niemals vorkommen. Die Aneurysmen der Hirn- und Subarachnoidalgefäße sind angeboren oder erworben. Ursächlich kommen Infektionen (mikotische Aneurysmen), Atheromatosen, vielleicht auch Traumen, in Frage. Diese Letztgenannten könnte man sich auch durch kleine Wandrisse entstanden denken; wegen der Dünnwandigkeit, Weichheit und wegen der mechanischen Strömungsverhältnisse sind die Aneurysmen des Circulus Willisii besonders häufig und gefährlich. Sicher ist, daß schon bestehende Aneurysmen durch Gewalteinwirkung, Anstrengung und Emotion zum Bersten kommen können. Spontanheilungen sind bei Aneurysmen beobachtet worden. Chirurgische Eingriffe werden nur selten Hilfe bringen können. Die Mortalität ist inofolgedessen groß.

Tietze.

Oki, Toshio: Über die Ursachen des Flüssigbleibens des Blutes von Erstickten. (Gerichtl. Med. Inst., Univ. Fukuoka.) Fukuoka-Ikwadaigaku-Zasshi 27, Nr 8, dtisch. Zusammenfassung 97—99 (1934) [Japanisch].

Die Tatsache, daß sowohl bei plötzlichem Exitus wie besonders beim Erstickungstod das Blut auffallend lange flüssig bleibt, ist bekannt. Verf. suchte durch experimentelle Studien teils an erstickten Hunden — und in einigen Fällen auch bei Untersuchungen von Menschenleichen — die Ursachen für diese Erscheinung zu ergründen. Es wurden zunächst studiert die Gerinnungsverhältnisse des von erstickten Hunden stammenden extravasalen Blutes, ferner der Gerinnungszustand des intravasalen Blutes von erstickten Hunden. Verf. glaubt seinem zusammenfassenden Referat zufolge annehmen zu dürfen, daß das Flüssigbleiben des Blutes von Erstickten dadurch zustande kommt, daß ein trypsinähnliches Ferment entsteht, welches eine Auflösung des Fibrinogens bzw. des Fibrins bewirkt; die Entstehung dieses trypsinähnlichen Fermentes meint Verf. in das Gefäßendothel verlegen zu dürfen. Einen Beweis für diese Annahme konnte er allerdings bis jetzt noch nicht erbringen.

Merkel.

Nürnberg, L.: Thrombose und Embolie in der Geburtshilfe und Gynäkologie. (Univ.-Frauenklin., Halle a. d. S.) (7. Tag., Bad Kissingen, Sitzg. v. 16.—17. IV. 1934.) Verh. dtisch. Ges. Kreislaufforsch. 101—166 u. 248—257 (1934).

Die Abhandlung bringt eine sehr ausführliche Darstellung des Thrombose- und Embolieproblems, wobei die klare Einteilung und Übersicht des an sich ja sehr umfangreichen Stoffes besonders hervorzuheben ist. Die Statistiken wertet der Verf. nicht hoch, da einmal die Sichtung des Materials nicht immer klar und einwandfrei ist, andererseits die mittlere Fehlerzahl zu ganz anderen Ergebnissen führt, als eine einzelne Statistik in absoluten Zahlen zu beweisen scheint. Ferner spielen auch in den zu vergleichenden Beobachtungsreihen Zufälligkeiten eine Rolle, aber auch wirkliche Verschiedenheiten des Beobachtungsmaterials. Daher läßt sich auch nicht die Frage ent-

scheiden, ob die Thrombosen und Embolien, wie häufig behauptet wird, in der Nachkriegszeit zugenommen haben. Sehr gut ist die Ausführung des klinischen Teils der Arbeit, welche eine sehr ausführliche Symptomatik bringt, und zwar sowohl bezüglich der Thrombosen wie auch der Embolien. Die aufmerksame Lektüre dieses Kapitels wird auch für den erfahrenen Kliniker immer noch einzelne neue Punkte enthalten. Auch die Prophylaxe, als der eigentlich wichtige Teil der Therapie findet eine eingehende und übersichtliche Darstellung, welche mit ausführlichen Statistiken belegt ist. Stets wird eine Trennung in gynäkologische und puerperale Thrombosen und Embolien vorgenommen und hierbei auch die Frage des Früh- und Spätaufstehens nach Operationen und im Wochenbett mit in den Kreis der prophylaktischen Maßnahmen bezogen. Auch die septischen Thrombosen im kleinen Becken und die Frage der Venenunterbindung werden hierbei mit behandelt. Das Kapitel Therapie ist dementsprechend kürzer, da ja unsere therapeutischen Maßnahmen wohl bei Thrombosen einigermaßen erfolgversprechend sind, nicht aber in gleichem Maße bei Embolien. — Aus der Zusammenfassung, die der Verf. seiner Arbeit selbst gibt, geht kein besonders erfreuliches Ergebnis hervor, denn er stellt fest: I. Mittel zur Verhütung der Thrombosen und Embolien besitzen wir heute noch nicht. II. Heilung nach Venenunterbindungen bei septischer Thrombophlebitis unterliegen nur günstigen Zufallsbedingungen. III. In der Behandlung der Embolien sind keine Fortschritte zu verzeichnen; dagegen IV. sind Fortschritte in der Frühdiagnose der Thrombosen und in der Erkennung kleiner Lungenembolien gemacht worden und V. die Behandlung der Thrombosen durch die Blutegeltherapie und Senfmehlbäder bereichert worden. *F. Siegert* (Freiburg i. Br.).

Fonio, A., und A. Vannotti: Neuere Untersuchungen über die Entstehung der Thrombose. (*Bezirksspital. Langnau u. Med. Klin., Univ. Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 II, 1086—1089.

Der Beginn der Thrombose ist auf eine Alteration hauptsächlich des Venenendothels an circumscripter Stelle durch endogene oder exogene Ursachen zurückzuführen, wobei die Verlangsamung der Zirkulation ein wichtiges Prädispositionsmoment bildet. Die Verf. versuchten eine Endothelschädigung durch exogene Ursache und studierten die Vorgänge beim Beginn der Thrombose mit Hilfe des Capillarmikroskops und des Opakilluminators. Als Untersuchungsobjekt diente die Froschzunge, wobei die Capillaren vermittels eines Mikroelektrokauters geschädigt wurden. An den so geschädigten Endothelpartien bildeten sich sofort kleine Thromben durch Anhäufung von Spindelzellen. *Schönberg* (Basel).

Prusík: Embolie und Thrombose besonders der Pulmonalis. (*Propädeut. univ. Klin., Praha.*) Čas. lék. česk. 1934, 1161—1164 u. engl. Zusammenfassung 1164 bis 1165 [Tschechisch].

Auf Grund der Untersuchung des klinischen Materiales der II. internen Klinik des Prof. Pelnář und der Propädeutischen Klinik des Prof. Prusík der Karls-Universität in Prag in der Zeit von 11 Jahren (1923—1933) kommt Autor zu folgendem Schlusse: 1. Unter 27757 aufgenommenen Kranken wurden bei der Sektion in insgesamt 49 Fällen Embolie der Lungenarterie und ausgedehnte Lungeninfarkte festgestellt, d. i. in 4,30‰. 2. Während der ganzen Beobachtungszeit wurde keine auffälligere Schwankung im Auftreten der Lungeninfarkte und der Lungenembolien festgestellt, auch konnte nicht beobachtet werden, daß in den letzten Jahren mehr Embolien als in den früheren vorgekommen sind. 3. In der angeführten Zeit wurden 2126 Personen d. i. 7,7% aller behandelten Kranker obduziert. Unter diesem Material fanden sich 6,58% Thrombosen und Embolien der Venen und Arterien (mit Ausschluß der cerebralen Gefäße). 4. Als Ursache der Thrombosen und Gefäßembolien kam in erster Linie die Arteriosklerose in Betracht (43 Fälle), an zweiter Stelle Endokarditiden (38 Fälle), an dritter Stelle infektiöse und septische Krankheiten (36 Fälle) und endlich maligne Geschwülste (26 Fälle). 5. Während bei der Arteriosklerose die Coronarsklerose und Myokardinfarkte überwiegen (57%), zeigen sich bei den Endokarditiden hauptsächlich Lungeninfarkte (50%). 6. Embolie der Lungenarterie findet sich am häufigsten bei malignen Geschwülsten (69,3%), dann bei septischen Zuständen und Infektionen (58,4%), an dritter Stelle bei Endokarditiden (52,5%) und an letztere Stelle bei Arteriosklerose (39%). 7. Große Schwierigkeiten kann klinisch die Unterscheidung von Lungenembolie und akuter Insuffizienz der rechten Kammer nach intravenöser Injektion von Strophanthin bei Emphysematikern und Kyphoskoliotikern,

Myokardinfarkten, welche zu Insuffizienz und Lähmung des rechten Herzens führen und epileptiformen Zuständen bei Hirnhämorrhagien bereiten. 8. Man kann niemals mit Sicherheit eine Embolie der Lungenarterie in Fällen von vorgeschrittener Insuffizienz des ganzen Herzens oder des rechten Herzens allein oder bei Zuständen mit stark fortgeschrittener Kachexie, sei es vasculär (Arteriosklerose) oder durch Tumor bedingt, erkennen. 9. Am leichtesten kann die rasch verlaufende und rasch zum Tode führende Lungenembolie diagnostiziert werden. Je länger der Verlauf der Embolie ist, um so schwieriger ist die Diagnose, insbesondere, wenn die Erscheinungen der Lungenembolie mit Symptomen schon bestehender Insuffizienz der rechten Kammer einhergehen. *Marx (Prag).*

De Santo, Dominic A.: Operation and trauma as a cause of coronary and cerebral thrombosis. (Operation und Trauma als Ursache für Coronar- und Cerebralthrombose.) (*Dep. of Path., Bellevue Hosp., New York.*) *Amer. J. Surg.*, N. s. **26**, 35—42 (1934).

Verf. berichtet über 6 Fälle von anatomisch nachgewiesenen frischen Thrombosen der Kranzader- und Hirngefäße, bei denen der Zusammenhang mit einer Operation oder einem Trauma nach dem zeitlichen Zusammentreffen und dem anatomischen Befund eindeutig erscheint. (Fall 1 mit 3 Tod während der Operation bis 40 Stunden nach der Operation an Coronarthrombose; Fall 4 8 Tage nach Schädeltrauma Tod an Coronarthrombose; Fall 5 Tod 48 Stunden nach der Operation an Hirnembolie bei frischer Thrombenbildung in der Aorta [Aortitis luet.]; Fall 6 Tod 3 Tage nach Schädeltrauma an frischer arterieller Hirnthrombose rechts.) 9 weitere Fälle werden in der Literatur beschrieben, in diesen Fällen wird für die Thrombenbildung die Injektion von Novocain und Suprarenin und in einem Fall von einem Jodpräparat verantwortlich gemacht. Verf. stellt fest, daß bei den von ihm beobachteten Fällen die Thrombose in Gefäßen mit chronisch-degenerativen Prozessen (Arteriosklerose, Lues) auftrat. Als auslösende Faktoren können in 2 Fällen die Spinalanästhesie, in 2 weiteren Fällen die postoperativ verabreichten hohen Adrenalinosen verantwortlich gemacht werden. Klinisch bot keiner der Fälle die typischen Erscheinungen der Coronarthrombose. *Hueber (München).*

Kiss, Paul v., und Béla Horányi-Hechst: Über das histologische Verhalten der Vasomotorenzentren bei Diphtherietod. (*Kinderklin. u. Hirnhistol. Abt., Nervenclin., Univ. Budapest.*) *Jb. Kinderheilk.* **143**, 363—371 (1934).

Die histologische Untersuchung der Gehirne von 6 an Diphtherie in verschiedenen Stadien der Erkrankung verstorbenen Kindern ergab in den Teilen des Zentralnervensystems, denen die Regulierung vegetativer Funktionen zugeschrieben wird (Hypothalamus, Zellgruppen des Rhombencephalon, der intermediären Zone und des lateralen Horns des Rückenmarkes) keine Strukturveränderungen, obwohl solche an anderen Stellen des Nervensystems, z. B. spinalen Nerven bzw. Ganglien, Hintersträngen, im Striatum in schwerer Form zu beobachten waren. Die Vasomotorenzentren bzw. autonom funktionierenden Teile des Nervensystems beim Menschen besitzen also offenbar keine Affinität zum Diphtherietoxin. Kontrolluntersuchungen an Meerschweinchen, die Diphtherietoxin erhielten, bei denen die Toxinwirkung vom akutesten Stadium bis zum Tode auf verhältnismäßig kurze Zeit zusammengedrängt beobachtet werden konnte, hatten das gleiche Ergebnis. Da bei Diphtherie die Funktionsausfälle den morphologischen Veränderungen voranzugehen pflegen und bis zum Zustandekommen histologischer Veränderungen im Nervensystem eine bestimmte Zeit vergeht, können bei Diphtherie die strukturell gesunden nervösen Teile mit großer Wahrscheinlichkeit auch als funktionell gesund betrachtet werden. *Weimann (Berlin).*

Nippe: Die Beurteilung der Funktionstüchtigkeit des Herzens von Sektionsbefunden her. (*Univ.-Inst. f. Gerichtl. u. Soziale Med., Königsberg i. Pr.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* **40**, 243—246 (1934).

Die Synthese der Anwendung klinischer Erfahrungen mit den Erfahrungen an der Leiche für bestimmte Fragen aus der Herzpathologie wird vom Verf. in seiner Arbeit aufgeworfen, wozu er als Gerichts- und Versicherungsmediziner mit umfangreicher gutachtlicher Tätigkeit besonders in der Lage ist. Der Zustand des Herzmuskels an der frischen Leiche bietet eine Reihe von Erscheinungen, die bei rückläufiger Betrachtung die Funktionstüchtigkeit zu Lebzeiten als bereits geschädigt erkennen lassen. 2 noch zum Teil umstrittene Komplexe werden hierfür herausgegriffen. Es ist einmal die Beziehung der Totenstarre des Herzens zu seiner Funktionstüchtigkeit, sodann die der Fragmentatio cordis. Während für die Lösung der Herztotenstarre

Fäulnisprozesse von wesentlicher Bedeutung sind, scheiden sie für die Entstehung der Fragmentatio aus. Auf Grund seiner Erfahrungen lehnt Verf. die Annahme eines älteren Autors ab, wonach Fixierung des Herzmuskels in Flemmingscher Lösung eine künstliche Fragmentation hervorrufen könne. Sie findet sich oft nur an einzelnen Herzabschnitten und tritt auch an den Vorhöfen auf. Bei Schlachttieren wird sie nicht beobachtet, bei Säuglingen und Kindern unter 10 Jahren ist sie selten. Mit der Adipositas cordis bestehen keine regelmäßigen Zusammenhänge. Häufiger ist dagegen die Fragmentatio mit der Lipoidentartung des Herzmuskels verbunden. Zu der Abnutzungspigmentierung finden sich keine regelmäßigen Beziehungen. Unter Bezugnahme auf eine neuere Arbeit von Saltykow und eine in einem Gutachten gefundene Äußerung des verstorbenen Pathologen Nauwerck kommt Verf. auf Grund seiner langjährigen Beobachtungen zu dem Schluß, daß enge Zusammenhänge zwischen vorhandener Fragmentatio cordis und dem Ausbleiben der Herztotenstarre bestehen und Rückschlüsse auf eine Funktionsschädigung des Herzmuskels zu Lebzeiten erlauben. Die Herztotenstarre bleibt vorwiegend dann aus, wenn das Herz im Leben längere Funktionsstörungen durchgemacht hat, und im Zusammenhang damit fanden sich vor allem in einigen Fällen akuter capillärer Herzmuskelstauung die histologischen Zeichen der Fragmentation. [Saltykow, Beitr. path. Anat. 73, 477 (1925).]

Schrader (Marburg).

Manunza, Paolo: Tentativi di riproduzione sperimentale dell'edema polmonare acuto mediante compressione endocranica. (Versuche zur experimentellen Erzeugung von akutem Lungenödem durch intrakraniellen Druck.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) (*5. riv. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Roma, 1.—4. VI. 1933.*) Arch. di Antrop. crimin. 53, 1534—1537 (1933).

Durch eine Trepanationsöffnung spritzte Verf. bei 10 Hunden und 9 Kaninchen physiologische Kochsalzlösung in das Schädelinnere, wobei gleichzeitig der Druck gemessen wurde. Die Tiere blieben bis zu 8 Stunden am Leben und zeigten sämtlich Zeichen stärkster Atemnot, Krämpfe, Speichelfluß als Folge des Hirndruckes. Bei der Sektion zeigten sich subpiaie Blutungen, starke venöse Hyperämie des Gehirns, Verstrichensein des betroffenen Seitenventrikels, Blutungen an den verschiedenen Stellen im Gehirnmark. Die Lungen wiesen nur 4mal ein Ödem auf, dagegen immer Erstickungszeichen (Emphysem, subpleurale Ecchymosen). Es bestehen also Beziehungen zwischen Hirndruck und Lungenerscheinungen (das Vorkommen von Lungenblähung bei tödlichen Schädelverletzungen und Hirndruck beobachten wir ja häufig. Ref.)

G. Strassmann (Breslau).

Garin, Ch.: Sur la silicose ou silico-tuberculeuse. (Über die Silikose und Silikotuberkulose.) Revue de la Tbc., IV. s. 2, 801—820 (1934).

Übersichtsreferat. Noch kein Experimentator hat in Wirklichkeit einen echten silikotischen Knoten im Tierversuch herstellen können, sondern lediglich alveoläre Herde und Granulome. Klinisch unterscheidet Garin bei der Silikose a) eine banale, chronische, fortschreitende kachektische Form, b) eine hämoptoische Form, c) eine asthmatische Form, d) eine Form mit entzündlichen Schüben und e) eine schmerzhaft Form, bei welcher die Schmerzen charakteristisch und so heftig sein können, daß sie nur mit Morphium gelindert werden können; die Schmerzen gehen wohl auf pleuritische Verwachsungen u. dgl. zurück. Betont wird der innige Zusammenhang der Silikose mit der Tuberkulose und ihre Seltenheit ohne Tuberkulose. Ickert (Stettin).^{oo}

Nordlund, U.: Über die sogenannte primäre, kryptogenetische oder metastatische Streptokokkenperitonitis. (*I. u. II. Chir. Klin., Univ. u. Marienkrankenh., Helsinki.*) Ann. Acad. Sci. Fennicae A 38, Nr 1, 1—194 (1933).

Unter der obigen Bezeichnung werden solche durch Streptokokken verursachte Peritonitissfälle verstanden, bei denen der Infektionsmechanismus und die Pathogenese nicht ohne weiteres klar sind und die Peritonitis weder durch Ausbreitung einer Entzündung per continuitatem, noch durch Perforation eines Nachbarorgans oder eines

Entzündungsherd in die Peritonealhöhle auf traumatischem Wege, noch auch einer andere bakterienfreien mechanischen oder chemischen Einwirkung entstanden ist. Derartige Peritonitiden (P.) sind im Zusammenhange mit Infektionskrankheiten, verhältnismäßig oft nach Anginen, auch nach Pneumonien angetroffen worden. Vor 25 Jahren hat De la Chapelle solche Fälle aus Helsinki veröffentlicht; mit der vorliegenden Publikation soll das inzwischen in Finnland angesammelte Material zur Veröffentlichung gelangen. Es handelt sich um 67 Fälle aus den meisten Krankenhäusern dieses Landes. Aus den Ergebnissen möchte ich hier folgendes hervorheben: Die Str.P. kommt sowohl unter Erwachsenen, als auch unter Kindern vor, in dem vorliegenden Material häufiger bei Erwachsenen als bei Kindern (47:10). Unter den Erwachsenen befällt sie Frauen etwa doppelt so häufig als Männer. Der Krankheit geht oft eine Angina (40%) oder irgendeine Allgemeininfektion voraus (23%). Vor dem Ausbruch der P. können, obwohl seltener, Durchfälle auftreten (9%). Der Verlauf der Krankheit ist meist von Anfang an stürmisch, charakteristisch ist zumeist ein von Anfang an bestehendes hohes Fieber, zumal bei der Messung im Mastdarm. Im Blute sind Streptokokken gelegentlich nachgewiesen worden. Sehr häufig ist der Zustand ausgesprochen septisch. Zu den wesentlichsten Symptomen gehören die heftigen diffusen oder anfänglich lokalen, später diffusen Leibscherzen. Erbrechen als Frühsymptom findet sich in reichlich der Hälfte der Fälle. Der für diese P. als besonders charakteristisch geltende Durchfall ist nur in reichlich der Hälfte der gesamten Fälle aufgetreten. Es wurde festgestellt, daß die Serosa gerötet und von Fibrinbelägen bedeckt ist. In der Bauchhöhle sammeln sich spärlichere oder reichlichere Mengen eines anfangs klaren, bald trübe, seröseitrig oder eitrig werdenden, Fibrinflocken enthaltenden Exsudates an. Die Krankheit endet gewöhnlich mit dem Tode, die Gesamtmortalität beträgt 95%, bei den unoperierten 100%, bei den operierten 94%. Verf. kommt zu dem Schluß, daß die Str.P. als erste und meistens einzige Metastase einer allgemeinen Sepsis aufzufassen ist, die bald zum Tode führt, so daß es zu keiner weiteren Metastase kommt. Diese Fälle seien daher als Sepsis streptococc., Peritonitis acuta metast. diffusa zu bezeichnen. Zur Sicherstellung der Diagnose kann man die vorsichtig ausgeführte Punktion nebst der bakteriologischen Untersuchung des Punktates heranziehen. Bei den Fällen, wo der Verlauf von Anfang an stürmisch ist, und die alarmierende Allgemeinsymptome aufweisen, lohnt es sich nicht, zu operieren, wenn die Diagnose „streptococcica“ feststeht. In milder erscheinenden Fällen wiederum kann man die Operation versuchen, wenn man sie in den ersten Krankheitstagen ausführen kann. Falls die Diagnose unsicher ist, ist eine möglichst frühzeitige Probe-laparatomie zu empfehlen. Die ausführlichen Krankengeschichten der 67 Fälle und ein Literaturverzeichnis beschließen die Arbeit.

Haim (B.-Budweis).^o

Galkin, W. S.: Die Gesetzmäßigkeit in der Reihenfolge der Affektion der Abdominalorgane. (*Exp. Abt., Inst. f. Chir. Neuropath. u. Pathophysiol. Abt., USSR.-Inst. f. Exp. Med., Leningrad.*) *Z. exper. Med.* **94**, 127—129 (1934).

Pigalew hatte auf Grund experimenteller Forschungen (Kaninchen) annehmen zu müssen geglaubt, daß die Tuberkulose der Bauchhöhlenorgane nach intraperitonealer Infizierung einem bestimmten Gesetz unterworfen ist (zuerst Netz, dann Milz, Hodengekröse, Ileocöcalgebiet, Mastdarmserosa) und daß es sich hier um eine elektive Beziehung des Tuberkulosevirus zu bestimmten Organen der Bauchhöhle handelt. Galkin hat, um diese Frage prüfen zu können, Untersuchungen über die Verteilung percutan injizierter Tusche in die Bauchhöhle von Kaninchen vorgenommen und hier mitgeteilt. Aus den Ergebnissen geht hervor, daß die injizierte Tusche stets bloß in bestimmten Bezirken nachgewiesen werden kann, und zwar bemerkenswerterweise ganz ähnlich den tuberkulösen Affektionen bei intraperitonealer Impfung. Die Verteilung soll ein Ergebnis des Einsetzens eines gewissen Mechanismus sein, der unabhängig von der Natur der injizierten Substanz sei. G. glaubt, daß das Nervensystem auch im Mechanismus der Verteilung in der Bauchhöhle sowohl der Tusche als des Tuberkulosevirus eine ausschlaggebende Rolle spielt.

H. Merkel (München).

Bergonzi, Mario: Gynäkomastie und Lebercirrhose. (*Klin. f. Neurol. u. Psychiatrie u. Inst. f. Path. Anat., Univ. Parma.*) *Virchows Arch.* **293**, 697—723 (1934).

Besonders italienische Autoren haben mehrfache Beiträge geliefert über das gleichzeitige

Vorkommen einer stärkeren Wucherung der männlichen Brust mit bestimmten Erkrankungen, und zwar hauptsächlich bei Lebercirrhose, bei Lungentuberkulose, Lepra usw. Der Verf. bringt eine tabellarische Zusammenstellung der bisherigen Literatur, ergänzt dieselbe und berichtet dann noch über eigene Beobachtungen. In dem einen beschriebenen Fall handelt es sich um einen 54-jährigen Mann mit Laennecscher Cirrhose, Ascites und Hypertrophie der beiden Brustdrüsen. Unter anderem fanden sich bei der mikroskopischen Untersuchung bemerkenswerterweise erhebliche Veränderungen an der Hypophyse und eine für das Alter des Patienten auffallend schwere Atrophie der Hoden. Verf. ist geneigt, auf Grund dieser und anderer Beobachtungen, eine endokrine Entstehung der Gynäkomastie anzunehmen.

H. Merkel (München).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Moon, V. H.: Das Shocksyndrom. (*Dep. of Path., Jefferson Med. Coll. a. Hosp., Philadelphia.*) Dtsch. med. Wschr. 1934 II, 1667—1670 u. 1711—1713.

Der Vortrag beschäftigt sich mit den Fällen, in denen klinisch ohne Erscheinungen eines Herzfehlers eine schwere Kreislaufschwäche mit tödlichem Ausgang, ein sog. Shock eintritt. Diese Erscheinungen sollen nach Heubner u. a. auf „Capillärphänomene“ zu beziehen sein. Charakteristisch für diese Form des Shocks ist der Tod, der nach ausgedehnter Verbrennung der Haut eintritt. Es wird hierbei Hyperämie und Ödem der Brust- und Bauchorgane sowie des Hirns gefunden, Blutungen in den serösen Häuten und in den Schleimhäuten, Eiweiß und Hämoglobinausscheidung im Urin; allen diesen Erscheinungen gehen Blutdruckabfall und Beschleunigung des Pulses voraus. Die gleichen Erscheinungen werden im sog. traumatischen Shock gefunden, den Votr. auf Histamin zurückführt, eine Annahme, die er damit begründet, daß gleichartige Erscheinungen bei einem Hunde aufgetreten sind, dem er feingehackte normale Muskeln in die Bauchhöhle gebracht hatte. Auch die Injektion eines sterilen Muskelfiltrats hatte das gleiche Ergebnis. Shockerscheinungen treten aber auch bei Anwendung hoher Dosen sog. Capillargifte (Heubner) ein. Sie bestehen in Kreislaufschwäche mit Erweiterung und Erschlaffung der Capillaren, Absinken des Blutdruckes und Ansteigen des Pulses. Besonders auffällig ist das Eintreten von Lungenödem und die Eindickung des peripherischen Blutes (Ansteigen des Hämoglobinwertes und der Erythrocytenzahl). Die gleichen Vorgänge treten nach Beobachtungen des Verf. nach Schlafmittelvergiftungen, besonders Urethan und Veronal, bei Sublimatvergiftung, bei akuter gelber Atrophie und Eklampsie, bei akuter Pankreatitis und ähnlichen abdominalen Krankheitsbildern und schließlich bei sehr akut ablaufenden Infektionen auf, unter denen besonders die schweren Grippefälle von 1918—1919 hervorgehoben werden. Diese shockartigen Todesfälle seien nicht allein auf Herzschwäche, sondern auf eine Schwäche der Vasomotoren zurückzuführen, von denen besonders die der (ebenfalls innervierten) Capillaren hervorgehoben wird [vgl. dazu über Histaminshock Virchows Arch. 288, 453—454 (1933)].

Reinhardt (Berlin).

Brooks, Barney, and Alfred Blalock: Shock with particular reference to that due to haemorrhage and trauma to muscles. (Shock, insbesondere im Anschluß an Blutung und Muskeltrauma.) (*Dep. of Surg., Vanderbilt Univ., Nashville.*) (*Americ. Surg. Assoc., Toronto, 1934.*) Ann. Surg. 100, 728—733 (1934).

Die Shockwirkung ist in der Regel ein komplexer Vorgang, im wesentlichen aber auf eine ungenügende Blutversorgung des Gewebes des Organismus zurückzuführen. Experimentell läßt sich der Shock am einfachsten und unter günstigen Vergleichsbedingungen erzeugen durch Traumatisierung der Weichteile einer Extremität (Narkose) und durch langsame progrediente Entnahme von Blut aus einem arteriellen Gefäß (örtliche Betäubung). Dabei tritt die Shockwirkung ein, wenn ungefähr die Hälfte des Gesamtblutvolums sich in das traumatisierte Gewebe ergossen hat. Andererseits ist ein Blutverlust in diesem Ausmaß für sich allein ausreichend, um starke Blutdrucksenkung und schließlich den Tod herbeizuführen. Dem Einwand, daß die Narkose eine nicht zu unterschätzende Begleitrolle spielt, wird begegnet mit dem Hinweis, daß auch unter Rückenmarkanästhesie die gleichen Resultate erzielt wurden. Im