

bei Kaninchen und Infusion von frischem oder aufbewahrtem Blut in die Vena jugularis in gleicher Menge. Nach 9 Blutentnahmen von je 50 ccm verblieben nur noch 4 ccm Eigenblut des Tieres (= 2,6% Eigenblutgehalt). 9 Blutentnahmen in wenigen Minuten (120 min). Die Versuche wurden mit Frischblut und aufbewahrtem Blut angestellt. Bei Verwendung von Frischblut zeigten alle Tiere mit Ausnahme von einem, das einging, keinerlei Erscheinungen. Hiernach bildet übertragenes Blut einen vollwertigen Ersatz. Bei aufbewahrtem Blut stellte man fest, daß mit Heparin oder Natrium citricum ungerinnbar gemachtes Blut im Empfänger atmet bis zu einer Aufbewahrungszeit von 8 Tagen. Nach russischer Art aufbewahrtes Blut (Blut und nachfolgende Lösung zu gleichen Teilen: Rp. Natrii citrici 5,0, Glucose 40,0, Aquae bidestillatae ad 1000,0) ist 3—4 Wochen lang zu verwenden. Seine Verträglichkeit steht hinter frischem Blut und bis zu 8 Tagen aufbewahrtem Vollblut zurück. Die Atemtätigkeit der aufbewahrten Blutkörperchen im Empfänger ist fraglich. *Westermann.*

Wakabayashi, Tsutomu: Über den Verlauf des schwachen Stromes durch den menschlichen Körper. I. Mitt. Durchströmung von einigen Millisekunden. (*Physiol. Inst., Kais. Univ. Tokyo.*) Jap. J. med. Sci., Trans. III Biophysics 6, 77—99 (1939).

Verf. beschreibt eine Methode zur Verfolgung des Verlaufes eines den menschlichen Körper durchfließenden schwachen, konstanten Stromes einer Größenordnung von 10^{-5} bis 10^{-6} Amp. mit Hilfe eines Helmholtz-Pendels, eines Gleichstromverstärkers und eines ballistischen Galvanometers. Beobachtet wurde die Anfangszacke und die Endzacke des Depolarisationsstromes. Die Anfangszacke verläuft nur in dem ersten sehr kurzen Zeitabschnitte wie eine Kondensatoraufladung, weicht dann immer mehr davon ab. Auch die Endzacke verläuft nur anfangs wie eine Kondensatorentladung. Ein größerer Zusatzwiderstand im Kreis läßt die Anfangszacke langsamer verlaufen. Die Kapazität des Äquivalentkondensators der Haut je Flächeneinheit wird nach einem einfachen Schema ausgewertet. Sie ist, unabhängig von der Größe des Widerstandes und der Elektrodengröße, bei der Anfangszacke und auch der Endzacke beinahe konstant. Der Kapazitätswert stimmt mit dem von früheren Autoren angegebenen überein. Es wird ein Versuch an ausgeschnittener menschlicher Haut beschrieben.

M. H. Fischer (Berlin-Zehlendorf).

Bergamasco, Arrigo: Studio comparativo sull'azione di alcuni fotosensibilizzatori. (Vergleichendes Studium über die Tätigkeit einiger Photosensibilisatoren.) (*Clin. Dermosifilopat., Univ., Zurigo.*) Arch. ital. Dermat. 16, 131—154 (1940).

Es gibt wasser-, lipid-, wasserlipoidlösliche photodynamische Substanzen. Nicht nur die Löslichkeit und die Art der Einführung der verwendeten Sensibilisatoren, sondern auch die Dauer der Einstrahlung modifizieren die Hautreaktion. Eosin gab direkte und sofortige Reaktion, aber unabhängig von der Dauer der Einstrahlung. Histologische Veränderungen bei Eosin: exsudative Läsionen in der tiefen Derma, bei Benzopyrin: Zellnekrose und bei Trioxyhexamethylacridin: intercelluläres Ödem. Der Eintritt der Reaktion ist zeitlich verschieden, ebenso, wie das Eindringen der Substanzen durch die Epidermis. Die Benzopyrinreaktion fand erst nach einer Latenzzeit statt. Die Reaktionen sind weder miteinander noch mit der Wirkung der U.V.-Strahlen identisch. In der Phototherapie müssen alle diese Umstände in Betracht gezogen werden. *v. Beöthy* (Pécs).

Pathologische Anatomie. (Sektionstechnik) und Physiologie.

● **Dietrich, Albert:** Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie. Ein Grundriß für Studierende und Ärzte. Bd. 1. Allgemeine Pathologie. 5. Aufl. Leipzig: S. Hirzel 1939. XI, 305 S. u. 160 Abb. RM. 14.—

Das bekannte Lehrbuch der Allgemeinen Pathologie und Pathologischen Anatomie, I. Band: Allgemeine Pathologie von Albert Dietrich liegt nun schon in der 5. Auflage vor, ein Beweis, welch große Lücke dieses Buch bei seinem ersten Erscheinen im Jahre 1927 ausgefüllt hat. Hat es doch schon beinahe einer ganzen Generation

junger Mediziner als Führer in die Anfangsgründe der allgemeinen Pathologie gedient. Ja, man kann sagen, daß es beinahe zur Gewohnheit geworden ist, daß man jedem strebsamen angehenden Mediziner, der nicht nur nach Kompendien paukt, und wie man es jetzt sogar in einigen Universitätsstädten beobachten kann, zum Repetitor geht, für die allgemeine Pathologie das Buch von D., für die spezielle Pathologie das Kaufmannsche Lehrbuch empfiehlt, ohne deshalb das Verdienst anderer Lehrbücher (ich denke insbesondere an das von Aschoff) irgendwie zu schmälern. Die Ursache dieser ausgesprochenen Beliebtheit liegt in der persönlichen Note, die auf reichen eigenen Erfahrungen fußt und darin, daß — wie die 5. Auflage des Dietrichschen Lehrbuches wiederum beweist — dieses Buch eben in Form und Inhalt an der Spitze steht. Da das Buch allen Medizinern bekannt ist und sich der Inhalt innerhalb eines Referates nicht wiedergeben läßt, sei nur darauf hingewiesen, daß vom Verf. an einigen Stellen Umstellungen und Ergänzungen vorgenommen worden sind, die neue Auffassungen berücksichtigen. Auch sind einige neue Abbildungen hinzugekommen. Ein Nachteil für den wissenschaftlich tätigen Arzt und interessierten Studenten wird bleiben, daß der Verf. auf eine Anführung des Schrifttums wiederum verzichtet hat, ja, sogar bei der Nennung von Namen, „wo sie zur Stütze einer bestimmten Ansicht oder aus geschichtlichen Gründen wesentlich erschienen“, außerordentlich sparsam gewesen ist. Wird doch z. B. die sehr ernst zu nehmende parasitäre Krebstheorie Jos. Kochs (daß Bakterien keinen Krebs erzeugen können, weiß jedes Kind!) mit den Worten abgetan: „Ferner hat man Einschlüsse in Krebszellen als Protozoen gedeutet“, ohne überhaupt den Namen des Verfechters dieser Theorie und Lehrer wichtiger neuer Untersuchungsmethoden in der Pathologie dem jungen Mediziner zu nennen. Aus Gründen der Objektivität, der sich doch die pathologische Anatomie zu allen Zeiten so gerühmt hat, hätte es Ref. begrüßt, wenn — da wir ja trotz aller Kongresse und zusammenfassender Referate die Ursache des Carcinoms noch immer nicht kennen! — sämtliche Theorien über die Entstehung des Krebses gleichmäßig referiert und nachher zusammenfassend erklärt worden wäre, daß die Theorie von der Spontanentstehung des Carcinoms die zur Zeit in der Pathologie herrschende und von den meisten Medizinern augenblicklich anerkannte ist. So wird der unvoreingenommene junge Mediziner — insbesondere aber der Gerichtsmediziner — die Objektivität vermissen. Anstatt die neuen Befunde und Untersuchungsmethoden auf dem Gebiete der Krebsätiologie von vornherein abzulehnen, möchten wir ihre eingehende Nachprüfung dringend empfehlen, denn sonst könnte die pathologische Anatomie wie schon bei früheren grundlegenden Fortschritten und Auffassungen der ätiologischen Forschung durch einseitige und rückständige Ansichten einiger Vertreter wiederum einmal in das Hintertreffen geraten.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

Ito, Tadao: Über den offenen Ductus arteriosus. J. med. Coll. Keijo 10, 131 bis 141 (1940) [Japanisch].

Ein 15jähriger und bisher gesunder Junge. Gelegentlich einer Gesundheitsuntersuchung in einer Herberge wurde bei ihm ein systolisches Geräusch im linken 2. Intercostalraum gefunden. Durch klinische und Röntgenuntersuchung wurde die Diagnose auf Offenbleiben des Ductus Botalli sichergestellt. Bei den funktionellen Prüfungen ergab sich kein nennenswerter Befund.

T. Inouye (Kanazawa).

Weiss, Soma, Thomas D. Kinney and Mary M. Maher: Dissecting aneurysm of the aorta with experimental atherosclerosis. (Dissezierendes Aneurysma mit experimenteller Arteriosklerose.) (Boston City Hosp., Boston a. Dep. of Path., Yale Univ. School of Med. a. Meriden Hosp., New Haven.) Amer. J. med. Sci. 200, 192—203 (1940).

Es wird über 3 Fälle von dissezierendem Aneurysma der Aorta berichtet, wobei in 2 Fällen klinische Erscheinungen fehlten, in allen eine funktionstüchtige Nebenaorta mit Endothel entstand und in einem Fall sogar in dem Aneurysmasack eine wirkliche Arteriosklerose entstand. In 2 Fällen fanden sich Andeutungen von Arteriosklerose in den krankhaften Gefäßbröhen. In einem Fall gelang es auch, im Röntgenbild die

verkalkten Wände des Aneurysmas nachzuweisen, hier erwies sich später bei der Obduktion, daß das Herz trotz der jahrelangen Belastung durch die abnormen Blutströmungen keine Vergrößerung erfahren hatte. Das dissezierende Aneurysma kann also heilen, es ist nicht Todesursache geworden. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

Gross, Harry, and Benjamin Philips: Complete occlusion of the abdominal aorta. A review of seven cases. (Vollständiger Verschluß der Bauchaorta. Ein Bericht über 7 Fälle.) (*Med. Div. a. Laborat. Div., Montefiore Hosp. f. Chronic Dis., New York.*) *Amer. J. med. Sci.* **200**, 203—208 (1940).

Die Fälle wurden in einem Gesamtmaterial von 5350 Leichenöffnungen gefunden, wobei nur einmal das typische klinische Bild bestanden hatte und erkannt worden war; in 2 weiteren Fällen wurde die Diagnose verfehlt. 4 Kranke hatten schwere Arteriosklerose, 2 schwerste Varicen und 1 einen rheumatischen Klappenfehler. Das Eintreten der klinischen Erscheinungen hängt augenscheinlich davon ab, ob der Verschluß der Bauchaorta schnell vollständig erfolgt bzw. die Fähigkeit zur Ausbildung eines Kollateralkreislaufes besteht. Es ist klinisch unmöglich, Thrombose und Embolie der Bauchaorta differentialdiagnostisch zu unterscheiden. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

Horányi, Béla: Eigenartige Gefäßveränderung im Idioten-Gehirn. *Orv. Hetil.* **1940**, 387—389 [Ungarisch].

Der durch 26 Jahre beobachtete Idiot, dessen Lebensalter nicht erwähnt wird, machte im 1., 2. und 5. Lebensjahr lange Fieberperioden von unbekannter Herkunft durch, dann hörte die geistige Weiterentwicklung auf, es ging sogar das bisher erworbene verloren, er zeigte das Bild einer schweren Idiotie mit athetoiden Bewegungen und Sprachunfähigkeit. Das 930 g schwere Gehirn zeigt außer Mikrogyrie im unteren Temporalfeld (beiderseits? Ref.) und im Occipitalhirn links keinerlei makroskopische Veränderungen, mikroskopisch überall normal, nur in den verrucos-mikrogyrischen Gegenden ist die cytotektonische Struktur aufgelöst mit Zellschwund und mit mäßiger Vermehrung der Makro- und Mikroglia ohne Gliahyperplasie, jedoch mit stellenweise sichtbarer Quellung der Makrogliaendplättchen, Verarmung an Markfasern und Störung in deren Ablauf, lipide Abbauprodukte sehr selten in Mikrogliazellen eingeschlossen und in einzelnen adventitiellen Hohlräumen. Solange aber die Gefäße der Gehirnhäute und der Marksubstanz unberührt erscheinen, zeigen die Rindengefäße im Gebiete der mikrogyrischen Regionen eine auffallende Verdickung in dem adventitiellen Bindegewebe ohne Endothelvermehrung, ohne Thrombotisations- oder Obliterationserscheinungen, *Elastica* und *Media* unverändert. Dieses Bindegewebe verhielt sich tinktoriell als Kollagen, die Reaktionen auf Hyalin, Kolloid und auf mucoide Degeneration (Schultze) waren aber negativ. In den mikrogyrischen Rindenbezirken waren außerdem noch Riesenmengen von oft perivascular liegenden und schichtförmig aufgebauten *Corpora amylacea* aufzufinden. In letzteren erblickt Verf. Zerfallprodukte, die Verdickung der Adventitia aber führte nach Verf. durch Ernährungsstörung im Mikroglia zum Untergang des Nervenparenchyms. *Kluge* (Budapest).

Köhler, Ursula: Sturge-Webersche Krankheit bei einer Frühgeburt. (*Path. Inst., Heinrich Braun-Krankenh., Zwickau i. Sa.*) *Zbl. Path.* **75**, 81—85 (1940).

Als Sturge-Webersche Krankheit wurde bisher ein Zustand beschrieben, der durch mächtige Erweiterung der Pia-venen mit regelwidrigem Bau, Verkalkungsherde in der Hirnrinde mit Kalkablagerungen in der Wand der Capillaren, Naevus flammeus und Veränderungen am Auge (angeborenes Glaukom oder Buphthalmus) gekennzeichnet war. Auch epileptische Krämpfe wurden dabei beobachtet. Von den angeführten Kennzeichen fehlten bald diese bald jene. Verf. beschreibt als hierher gehörig eine 40 cm lange Frucht, die 42 Stunden lang „dauernd blau asphyktisch“ gelebt hatte. Sie wies eine schwere Mißbildung des ganzen Großhirns auf, bei der die durch angiomatöse Veränderungen bedingte starke Verdickung der weichen Hirnhäute und der Plexus in den ungleichmäßig erweiterten Kammern, die Erweiterung der Gefäße in den großen Kernen und ein Zustand weitgehender Rückbildung der Großhirnrinde im

Vordergrund standen. Überdies fehlte ein Vorderarm vollständig, so daß die mißbildete Hand unmittelbar am Oberarm saß. Weiter fehlten beide Nieren samt den Harnwegen. Die Frucht wurde nach einer um etwa 3 Wochen verkürzten Schwangerschaft von einer 41jährigen Frau geboren, die im Jahr zuvor 2 Fehlgeburten durchgemacht, vorher 2 gesunde Kinder zur Welt gebracht hatte. Von Lues oder erblicher Belastung war nichts zu ermitteln. *Meixner* (Innsbruck).

Porter, William B., and Edwin W. Vaughan: Coronary embolism: A complication of syphilitic aortitis. With report of 3 cases. (Coronarembolie als Komplikation syphilitischer Aortitis. Mit Bericht über 3 Fälle.) (*Dep. of Internal Med., Med. Coll. of Virginia, Richmond.*) Amer. J. med. Sci. **200**, 184—191 (1940).

Die 3 Fälle, die unter 3000 Leichenöffnungen vorkommen, betrafen farbige Männer von 37, 32 und 24 Jahren. Alle hatten vorher keinerlei Beschwerden, brachen plötzlich zusammen, hatten schwerstes Krankheitsgefühl, teils mit Erbrechen, fehlendem oder herabgesetztem Blutdruck. Der Radialpuls fehlte zum Teil, und der Tod trat schnell ein, bei einem der Kranken gelang es aber noch, eine Herzstromkurve abzunehmen. Bei den Leichenöffnungen wurden regelmäßig syphilitische Veränderungen der Aorta mit wandständigen Thrombosen gefunden, von denen Emboli in die Abgänge der linken Coronararterie geschleudert wurden. Bericht über die 27 weiteren Fälle von Coronarembolie, bei denen Syphilis allerdings nicht vorgekommen war. *Gerstel*.

Lukl, P., and D. Benešová: Thrombose der Pulmonalarterie bei weit geöffnetem Foramen ovale. (*I. Interní klin. a ústavu path.-anat., univ., Praha.*) Čas. lék. česk. **1940**, 59—513 u. 529—538 [Tschechisch].

Ein Glasarbeiter, der seit 5 Jahren häufig kränkelte, an Rippenfellentzündung erkrankte, öfters Fieber und blutigen Auswurf hatte, starb plötzlich unter den Anzeichen von Lungeninfarkten und einer Pulmonalstenose. Von klein auf war er auffallend cyanotisch, was man einer schweren rachitischen Kyphose zuschrieb. Bei der Sektion fand man einen alten organisierten Thrombus in der Pulmonalarterie, ein weit offenes Foramen ovale und ein stark hypertrophiertes rechtes Herz. Die Entstehung dieses Befundes erklären die Verff. folgendermaßen: Die Glasbläserarbeit und die bestehende rachitische Deformierung des Thorax belasteten in hohem Maße den Respirationstrakt und ließen das Offensein des Foramen ovale stärker in Erscheinung treten. Über eine Insuffizienz des rechten Herzens kam es zu einer Stauung von Venenblut in der Lunge, der Ausbildung von Lungeninfarkten und auch zur Ausbildung des Thrombus in der Pulmonalarterie. Dieser Thrombus konnte ungehindert wachsen, da das offene Foramen ovale die Zirkulation des Blutes in das linke Herz ermöglichte. Gleichzeitig kam es zu einer Dilatation der Bronchialarterien. Die klinische Diagnose des Foramen ovale apertum wurde durch das Hinzutreten der erworbenen Stenosis der Art. pulmonalis sehr erschwert. *Kinzl* (Berlin).

Koch, Walter: Über Thrombose und Embolie. (*Path.-Anat. Abt., Reservelaz. 101, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. **1940** II, 1009—1011.

Allgemeine Ausführungen über das Thema. Koch hat jedenfalls in den letzten Jahren keine erhöhte Zahl von Thrombose und Embolie festgestellt, allerdings vorwiegend militärische Sektionen; Extremitätenschüsse, in erster Linie Bein- und Beckenschüsse zeigen keine besondere Neigung zu Thrombose, wenn nicht septische Thrombose vorliegt. K. bespricht die septische Thrombose und die sog. statische Thrombose: Bei der septischen Thrombose kommt es zunächst zu einer Lymphangitis der Venenwand, dann zur Endophlebitis und dann zur Thrombose, die herzwärts gerichtet ist und öfters Metastasen macht (septische Lungeninfarkte und Empyem), auch Metastasen der Venenwand in kleineren oder größeren Abständen in der Richtung nach dem Herzen zu absetzt. Die zweite Form, die statische Thrombose und deren Beziehungen zu Verletzungen und operativen Eingriffen spielt sich fast ausschließlich im Verzweigungsgebiet der unteren Hohlvene ab. Tödliche Lungenembolien aus Thromben der oberen Körperhälfte sind extrem selten. Das Quellgebiet der Thrombose sind meist die großen Schenkelvenen, auch die Beckenvenen. Schwere Lungenembolien werden vorwiegend aus dem Femoralisgebiet gespeist. Oft kann man die in der Lungenschlagader und im rechten Herzen zusammengeknäuelten Emboli ausgezeichnet entwickeln und aus der Zusammensetzung derselben sichere Schlüsse aus den venösen Quellgebieten bestimmter Größenordnungen ziehen. Was den Erstsitz der Thromboseentwicklung anbetrifft, so ist es wohl richtig, daß sie nicht selten (Payr, Aschoff, Denecke) in den Wurzelgebieten der Unterschenkelvenen (Plantarvenen) beginnen, doch scheinen solche periphere Thrombosen, die sehr häufig sind, an sich nicht so gefährlich für Embolien. Sie machen doch auch,

da sie kleine Gebilde darstellen, höchstens kleinere Lungeninfarkte. Nicht immer baut sich eine solche periphere statische Thrombose nun kontinuierlich herzwärts bis hinauf zur Femoralis, während die septische Thrombophlebitis herzwärts fortzuschreiten pflegt. Die statischen Thrombosen (Agglutinationsthrombosen) entstehen im herzwärts strömenden Blut, sie kommen oft in Etagen zur Entwicklung, vielleicht zuerst im Fußgeflecht, dann im Wadengebiet und schließlich im Femoralis- und Beckengebiet, — aber wie gesagt selten in direkt fortschreitendem Aufbau, sondern etagenweise getrennt und erst sekundär durch Stagnationsthrombose zusammenwachsend. Man findet oft mehrfache Thrombosen mit eigenem Kopfteil; erst im Klappengebiet der großen Schenkelvenen entwickelt sich die gefährliche Femoralisthrombose, in zweiter Linie erst im Bereich der Beckenvenen (Kreuzung der Arterien und Venen!), schließlich auch im Sinus longitud. der Dura. Zunächst sind für die Entstehung der gefahrdrohenden Thrombosen in erster Linie physikalische Verhältnisse, d. h. allgemeine und örtliche Strömungsverlangsamung verantwortlich, daneben freilich aus Störungen der Blutbeschaffenheit, weniger Bedeutung legt K. auf Endothelschädigung. Hinsichtlich der Frage der Ausbreitung und Lokalisation und der Beziehung der Thrombosen zum Operationsgebiet und zu Unfällen mit Weichteilerzürmerungen verweist K. auf die Untersuchungen Gelinskys (Zieglers Beiträge). Im ganzen mißt er dem primären Verletzungsgebiet für die Entstehung von Thrombosen keine wesentliche Rolle bei, er hat im Gegenteil vielfach bei ausgedehnten Thrombosen gerade die Venen im Wundgebiet frei gefunden. Bei Beinverletzungen erfolgen Lungenembolien gerade so oft aus dem unverletzten Bein wie aus dem verletzten, häufig auch aus beiden. Mitunter ist die Thrombose des nichtverletzten Beines sogar älter als die der verletzten Seite (allgemeine Thrombosebedingungen!). Die Thrombose der V. saphena spielt jedenfalls keine wesentliche Rolle, ebensowenig präformierte Varicen. Besonders aufmerksam gemacht wird auf die sog. intermediäre Thrombose (Aschoff), wobei jeder Thrombus seinen eigenen Kopfteil besitzt. Sie finden sich vor allem bei ausgebluteten Kranken und bei Infektionen mit längerem Krankenzustand. Indessen sind die Grenzen zwischen rein statischer und infektiöser Thrombose fließend, beide Formen können nebeneinander bestehen.

H. Merkel (München).

Crämer, Gustav: Die Bedeutung der autochthonen Thrombose für den akuten Verschuß der Aorta. (*Path. Inst. u. Med. Klin., Städt. Krankenanst., Dortmund.*) Arch. klin. Chir. 199, 310—317 (1940).

Verf. geht davon aus, daß die Chirurgen bereits bei Krankheitsbildern, die auf solche durch Verschuß der Bauchaorta und ihrer größeren Äste bedingte Erscheinungen (sensible und motorische Lähmung der unteren Körperhälfte) hinweisen, die Eröffnung des verschlossenen großen Gefäßes mit nachfolgender Entfernung des Thrombus und Embolus versucht haben, wenn auch die Erfolge dieser ungeheuer schweren Operationseingriffe nicht gerade ermutigend zu sein scheinen. Verf. meint nun, daß ein Teil der Mißerfolge dadurch erklärlich sei, daß es sich nicht um embolische Verschlüsse handle, sondern um lokale autochthone Thrombosen, so daß nach Eröffnung des Gefäßes und Ausräumung des Thrombus die ursächlichen Bedingungen zur Thrombenentstehung (nämlich die Atheromatose) eben nicht beseitigt werden könnte und zu einem Thrombusrezidiv mit tödlichem Ausgang führen müßte. An 3 einschlägigen Fällen von schwerer ausgehnter Aortenthrombose (64jähriger Mann, 50jährige Frau, Alter des 3. Kranken unbekannt), die die bekannten klinischen Erscheinungen darboten, aber nicht operativ angegriffen werden konnten, zeigt Verf. durch histologische Untersuchung, daß sich hier zweifellos die mehr oder weniger ausgedehnten zum Teil obturierenden Thromben auf Grund schwerer atheromatöser Wandveränderung gebildet hatten. Er glaubt, daß die autochthone Thrombose in der Aorta und deren Ästen viel häufiger sei, als bisher angenommen wurde und meint, man ginge nicht fehl, in ihr die Hauptursache der chirurgischen Mißerfolge zu sehen. Nur bei wirklichen frischen Embolien bestünde einigermaßen eine Aussicht auf Erfolg, und man müsse daher versuchen, genauere klinische Bilder, ob Embolie oder Thrombose vorliegt (siehe seine näheren Ausführungen), zu umreißen und dementsprechend die Operationsindikation zu stellen. Durch die gleichzeitige Untersuchung des Rückenmarks in den 3 berichteten Fällen wird gezeigt, daß die paraplegischen Erscheinungen nicht in Veränderungen des Rückenmarks zu suchen sind, sondern nur durch die vasculär bedingte Ischämie ihre Erklärung finden durften.

H. Merkel (München).

Takats, Geza de, Alvin Mayne and William F. Petersen: The meteorologic factor in pulmonary embolism. (Über den Einfluß der Witterung auf das Entstehen von

Lungenembolien.) (*Dep. of Surg. a. Path., Univ. of Illinois Coll. of Med. a. Neuro-circulatory Group, St. Luke's Hosp., Chicago.*) *Surgery* **7**, 819—827 (1940).

Die Verff. untersuchen die mutmaßlichen Ursachen für 100 Lungenblutpfropfembolien, die sich während 10 Jahren ereigneten. Berücksichtigt werden dabei die postoperativen, wie auch die „internen“ Lungenembolien. Für 30 von diesen 100 Fällen lassen sich deutliche Anlässe feststellen wie z. B. Eintreten der Embolie nach dem Stuhlgang, nach dem Aufstehen usw. Für 70 Fälle läßt sich jedoch kein äußerer Anlaß finden, und es wird der Einfluß der Witterung verantwortlich gemacht. Von den Witterungsfaktoren werden Windstärke, Sonnenscheindauer, Barometerstand, mittlere Tagestemperatur und Niederschlagsmenge zum Eintritt der Lungenembolien in Beziehung gesetzt und dabei wird festgestellt, daß ausgesprochene Änderungen im Verhalten dieser Faktoren von Einfluß auf das Entstehen der Embolien zu sein scheinen. Eine deutliche Häufung der Erkrankungen erfolgt im Frühling und Herbst, während die Sommermonate verhältnismäßig wenig Emboliefälle aufzuweisen haben.

Klaus Wasmuht (Kiel).

Zukschwerdt, L., und W. Pickel: Der traumatische Lungenkollaps. (*Fürst Stürm-Krankenhaus, Bruchsal.*) *Chirurg* **12**, 258—264 (1940).

Verff. besprechen an Hand eines mitgeteilten Kranken- und Obduktionsberichtes den massiven Kollaps einer Lunge. Dieser war hervorgerufen durch einen 2 cm langen, festen Schleimpfropf, der aus dem geschlossenen Bronchus nicht herausgezogen werden konnte, da er fest in diesen hineingepreßt war. Eingehender werden die Druckverhältnisse im Thorax bei Entstehung eines Lungenkollapses besprochen. Die atelektatische Lunge wird durch den Pleurasog an das zugehörige Brustfell herangezogen. Es kommt daher zum Zwerchfellhochstand, Verengung der Zwischenrippenräume und Verlagerung der Mediastinalorgane. Durch Anlegung eines Pneumothorax wird die Bindung des erkrankten Lungenlappens an die Brustwand aufgehoben. Der Kreislauf wird normal. Die Saugwirkung auf das verschließende Hindernis im Bronchus hört auf, so daß dieses jetzt ausgehustet werden kann.

Fresen (Düsseldorf).

Schendzielorz, Fritz: Zur Kenntnis des postoperativen massiven Lungenkollapses. (*Chir. Abt., Städt. Krankenhaus, Aachen.*) *Brun's Beitr.* **171**, 297—324 (1940).

Verf. berichtet von 5 Fällen, bei denen sich nach einer Operation ein massiver Lungenkollaps ausbildete. Uplötzlich tritt nach vorhergehender zäh-sekretiger Bronchitis und schlechter Atem- und Herztätigkeit der Kollaps auf. Es wird auch von einem Fall berichtet, der verhältnismäßig erscheinungslos verlief, erst der Kreislaufkollaps nach dem Aufstehen ließ die Aufmerksamkeit auf die Lunge lenken.

Förster.

Scarpa, Angelo, ed Antonio Borghero: Contributo sperimentale alle modificazioni pressorie endopolmonari durante lo sforzo fisico. (Experimenteller Beitrag zu den Veränderungen des intrapulmonalen Drucks während körperlicher Arbeit.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Padova.*) *Zacchia*, II. s. **4**, 25—36 (1940).

Zwecks Klärung der Pathogenese des Spontanpneumothorax und zugehöriger Krankheitsbilder wurde die Höhe des intrapulmonalen Drucks während Arbeit gemessen. Versuche an 3 Personen, die vor längerer Zeit tracheotomiert waren und noch eine Trachealfistel hatten, sonst aber voll leistungsfähig waren. Die Trachealfistel wurde zur Registrierung des intrapulmonalen Drucks durch ein Gummrohr unter sorgfältiger Abdichtung mit einer Mareyschen Kapsel verbunden. Während der Registrierung wurde folgende Arbeit geleistet: Heben von zwei Eimern, die mit je 35 kg Sand und Blei gefüllt waren. Kurz vor dem Anheben dieser Lasten erfolgte vertiefte Inspiration, während des Hochhaltens war der intrapulmonale Druck deutlich gesteigert. In dieser Zeit wurde meist gleichzeitig der Atem angehalten. Dieser zum Teil beträchtliche, während der Haltearbeit auftretende intrapulmonale Überdruck kann nach Ansicht der Verff. unter bestimmten Voraussetzungen zu Spontanpneumothorax, zu Subcutanemphysem usw. führen.

Erich Opitz (Berlin).

Fahr, Ernst: Experimentelle Untersuchungen über das Wesen der Caissonkrankheit. (*Path. Inst., Univ. Würzburg.*) *Zbl. Path.* **75**, 257—261 (1940).

Verf. schließt aus den Versuchen anderer und seiner eigenen an den Lungen verstorbener Menschen, sowie an lebenden Meerschweinchen (Mäuse erwiesen sich als

ungeeignet) vorgenommenen Experimenten, daß die Caissonkrankheit nicht, wie meist angenommen wird, durch Ausperlen des Stickstoffes im Blute bei raschem Druckabfall zustande kommt. Die Ursache sei vielmehr die Zerreißung der Alveolen, aus denen die unter hohem Druck stehende Luft nicht rasch genug durch die Bronchiolen entweichen kann und die einer groeren Druckdifferenz nicht standhalten; Luft wird sodann durch die venösen Capillaren angesaugt. Verf. gibt die Möglichkeit zu, daß beide Vorgänge, Ausgasung der Stickstoffblschen und Alveolarzerreiung eine Rolle spielen können.

Holtzmann (Karlsruhe)._o

Ewers, Karl: Einbruch kalter Abscesse in die Lunge. (*Tbk.-Krankenh. d. Stadt Berlin, Waldhaus Charlottenburg, Sommerfeld, Osthavelland.*) Zbl. Path. **75**, 6—9 (1940).

Verf. teilt 3 Beobachtungen am Sektionsmaterial des Waldhauses mit, wo es sich um Einbrechen kalter Abscesse in die Lunge handelte. Einmal war der Absceß ausgegangen von einer Spondylitis tuberculosa der Brustwirbelsäule, ein andermal von einem verksteten mesenterialen Lymphknoten. Beim 3. Fall lag ein extraduraler Absceß der Lendenwirbelsäule vor. Der Durchbruch in die Lunge erfolgte durch Aufsteigen des Abscesses und Bildung paravertebraler Abscesse durch die Foramina intervertebralia.

Fresen (Düsseldorf)._o

Leitner, St. J.: Zur Kenntnis der atypischen Tuberkulosen. Generalisierte, verkäsende Tuberkulose des lymphatischen (und hämatopoetischen) Systems. (*Bern. Heilst. f. Tbk., Heiligenschwendli.*) Acta tbc. scand. (Kbenh.) **14**, 277—323 (1940).

Es sind 2 Formen von Lymphknotentuberkulose als generalisierte Systemerkrankungen des lymphatischen Apparates zu unterscheiden: 1. Die epitheloidzellige Reticuloendotheliose (Morbus Besnier-Boeck-Schaumann), und 2. die verkäsende Form der Lymphknotentuberkulose. Von der letzten Art der atypischen Tuberkulose beschreibt Verf. die klinischen und zum Teil auch die pathologisch-anatomischen Befunde von 7 Fällen. Das Krankheitsbild ist charakterisiert durch die Lokalisation vor allem in den Lymphknotensystemen und dann in Milz, Leber und Knochenmark. Es ist die gleiche Lokalisation wie bei der epitheloidzelligen Reticuloendotheliose. Es handelt sich gegenüber anderen käsigen Lymphknotentuberkulosen um eine gesetzmäßige Ausbreitung. Während die epitheloidzellige Form klinisch gutartig ist, zeichnet sich die käsige Form durch häufige Bösartigkeit des Verlaufs aus. Die gefundenen Blutveränderungen (leukämische Reaktion bzw. hypoplastisch-aplastische Reaktion mit Leukopenie) werden je nach Beteiligung der Milz auf Steigerung bzw. Fortfall der splenopathischen Markhemmung zurückgeführt.

Matzdorff (Berlin).

Leitner, St. J.: Der Formenkreis der akuten und protrahierten Miliartuberkulose. (*Bern. Heilst. f. Tbk., Heiligenschwendli.*) Acta tbc. scand. (Kbenh.) **14**, 324—387 (1940).

An Hand des ausgedehnten Schrifttums und unter Anführung entsprechender Beobachtungen (10 Fälle) handelt Verf. das Gebiet der Miliartuberkulose ab. Er stellt folgende Krankheitsbilder auf: 1. Abortive Miliartuberkulose; 2. benigne stationäre Miliartuberkulose; 3. chronische Miliartuberkulose; 4. Tuberculosis miliaris migrans; 5. postmiliare Lungenphthise; 6. Sepsis tuberculosa acutissima; 7. akute allgemeine Miliartuberkulose; 8. Tuberculosis miliaris terminalis. Als Gestaltungsfaktoren der verschiedenen Formen bespricht Verf.: a) Allergie. Eine Definition der für die Miliartuberkulose spezifischen Allergie ist bisher nicht möglich. Sie wird aber trotzdem von allen Forschern angenommen und zur Erklärung verschiedener Beobachtungen herangezogen. b) Spezifische Durchseuchtungsresistenz. Dieser Begriff hat zahlreiche Berührungspunkte mit der Allergie. Eine Abgrenzung beider stößt auf Schwierigkeiten. Für Verf. steht aber fest, daß die spezifische Immunität im Ablauf der Tuberkulose eine große Rolle spielt. Indirekt lassen die Komplementbindungsreaktionen und Flockungsreaktionen Schlüsse auf das Antigen-Antikrperverhltnis zu. Eine Parallelität mit der Tuberkulinreaktion besteht nicht. Das Rankesche Sekundär- und Tertiärstadium beruhen auf tiefgreifenden Unterschieden hinsichtlich des Verhaltens des kranken Körpers gegen die tuberkulöse Infektion. c) Bacillämie. Sie

ist häufiger, als sie nachgewiesen werden kann. Die Allergie hat großen Einfluß auf die Bacillämie: bei schwacher Allergie kommt es häufig zur Bacillämie. d) Ererbte Resistenz. Sie ist für den Verlauf der Primärinfektion neben der Infektionsdosis und dem Milieu der wichtigste Gestaltungsfaktor. e) Altersmäßige Disposition. Miliartuberkulose tritt vorzugsweise bei Kindern und Jugendlichen sowie bei alten Leuten auf. f) Die Superinfektion kann bei der Miliartuberkulose nur durch Reaktivierung relativ ruhender Herde und Aussaat aus diesen Herden eine Rolle spielen. g) Die Virulenz der Tuberkelbacillen ist ebenfalls von Wichtigkeit. Jedoch hat eine Klärung dieser Frage bisher noch nicht endgültig herbeigeführt werden können. h) Das Terrain, in dem sich die Tuberkulose abspielt, ist bei der Miliartuberkulose nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Abgesehen vom Mesenchym sind bisher nur die Befunde von Bieling und Schwartz für die Bevorzugung der Lungen verwertbar. i) Das Milieu ist für die Entstehung des Schubes und den Verlauf der Tuberkulose weitgehend mitbestimmend. Schließlich bespricht Verf. die Diagnosestellung. *Matzdorff* (Berlin).

Pehlke, W.: Über seltene Zwerchfellhernien. (*Path. Inst., Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.*) Beitr. path. Anat. **104**, 470—490 (1940).

Nach Begriffsbestimmungen der Zwerchfelldefekte und Zwerchfellhernien werden folgende 3 Fälle eingehend beschrieben und hinsichtlich ihrer Pathogenese, des klinischen Verlaufes und des anatomischen Befundes geschildert:

1. 4 Monate altes Kind, Zwerchfellbruchpforte in der Pars tendinea. Verlagerung des antralen Magenanteils in den linken Pleuraraum. Kreuzung des Durchganges vom Oesophagus zu dem unter dem Zwerchfell liegenden Magen mit dem Durchgang vom Magen zum Duodenum, dadurch Drosselung der Lumina. Fehldiagnose Pylorospasmus, Tod an Erschöpfung. — 2. 63jährige Frau, seit 25 Jahren Leibscherzen in der Oberbauchgegend, Zwerchfellhernie durch den Hiatus oesophageus, Verlagerung des größten Teiles des Magens in den linken Pleuraraum bis auf einen kurzen antralen Abschnitt; mittels Pleuranebensackbildung Verlagerung in den rechten Pleuraraum. Der verkürzte Oesophagus mündet 6 cm oberhalb des Zwerchfells in die rechts von der Wirbelsäule gelegenen Magenblase. Zunehmende Überdehnung des verlagerten Magenteiles, Verdrängung von Herz und Lungen, finale Magenblutungen aus großen Schleimhauterosionen. — 3. 72jähriger Mann, Tod an Pneumonie. Zufallsbefund: Zwei parasternale Hernien (apfel- bzw. kindskopfgroß), eine dritte Hernie zwischen den Muskelbündeln des linken costalen Teiles des Zwerchfells. Hypertrophie der linken Zwerchfellhälfte mit ungewöhnlicher Diastase. Beiderseits Leistenhernien. — 8 Photographie bzw. Röntgenogramme. *Walcher* (Würzburg).

Ledeč, Josef: Fremdkörper im Magen. Čas. lék. česk. **1939**, 487—489 [Tschechisch].

Nach einer Übersicht über die verschiedenen Arten der Fremdkörper und das Schrifttum wendet sich der Verf. der Diagnose und Behandlung zu. Die Diagnose ist leicht, wenn die anamnestischen Angaben richtig gemacht werden, was aber meistens bei den geistig oder moralisch größtenteils minderwertigen Patienten nicht zutrifft. Oft gelingt es, durch zarte Palpation einen Fremdkörper im Magen festzustellen. Durch Röntgenuntersuchung werden alle schattengebenden Fremdkörper sichergestellt. Der natürliche Abgang kleinerer Fremdkörper wird durch breiige Diät befördert. Abführmittel sind besonders bei spitzen Fremdkörpern zu vermeiden. Perparin, das den Tonus der glatten Muskulatur herabsetzt, wird empfohlen. In 4—8 Tagen erfolgt gewöhnlich der natürliche Abgang der Fremdkörper. Die Indikation zum chirurgischen Eingreifen — zur Gastrotomie — bilden: Eine längere Verweildauer der Fremdkörper; die Gefahr einer drohenden Perforation, welche besonders bei spitzen Gegenständen groß ist; schon erfolgte Perforationen; und schließlich Schmerzen, die durch den Fremdkörper verursacht werden.

Verf. bringt 4 Krankengeschichten. Im 1. Fall waren 2 ungefähr 10 cm lange Drähte durch die hintere Magenwand hindurch in den Retroperitonealraum unter entzündlichen Erscheinungen hindurchgewandert. Im 2. Fall wurden der Henkel eines Blechkruzes und 3 Nägel aus dem Magen entfernt. Im 3. Fall handelte es sich um 111 Nägel, die operativ entfernt wurden, während weitere 21 per vias naturales abgingen. Im 4. Fall hatte der Patient 1 kg Gips angemacht und ausgetrunken, so daß bei der Operation ein kompletter Gipsabguß des Magens entfernt werden mußte. *Gregora* (Prag)._o

Link, K. H.: Über kleine Blutungen in den Magen-Darmkanal unter besonderer Berücksichtigung ihrer Beziehungen zur Pseudomelanose. (*Path.-Anat. Inst., Krankenh. r. d. Isar, München.*) Virchows Arch. 306, 611—630 (1940).

An Hand von 214 pathologisch-anatomischen Beobachtungen wird darauf hingewiesen, daß kleine Blutungen im Magendarmkanal infolge verschiedenster Ursachen auftreten können. So werden ätiologisch 1. zahlreiche Erkrankungen des Verdauungsschlauches selbst, 2. Erkrankungen außerhalb des Verdauungskanales liegender Organe in der Bauchhöhle und Brusthöhle sowie 3. Allgemeinerkrankungen dafür verantwortlich gemacht. Dabei soll entweder eine unmittelbare Veränderung wie ein Ulcus ventriculi oder eine mittelbare wie die Stauungsblutung bei Herzleiden oder gleichzeitig beides, z. B. bei Magencarcinom, vorliegen. Als Quelle der Blutung werden die Usurierung von Blutgefäßen, der parenchymatöse Gefäßwandschaden oder beides zusammen beschrieben. Die Befunde ergeben eindeutig, daß der chemisch-physikalische Nachweis des okkulten Blutes allein sehr wenig über die Ursache der Blutung aussagt. Den 214 Fällen werden 56 Beobachtungen von Pseudomelanose mit oder ohne Blutung gegenübergestellt, wobei Verf. betont, daß zahlreiche Pseudomelanosen mit frischer okkulten Magendarmblutung vergesellschaftet sind. Es wird vermutet, daß das Pseudomelanin als eisenhaltigen Bestandteil einen Stoff enthält, der dem durch die Schleimhaut wandernden Hämoglobin bei der Blutung entstammt. Es werden also enge genetische Zusammenhänge zwischen den Magendarmblutungen und der Pseudomelanose angenommen, die allerdings auch aus Hämoglobin und Eisen anderer Abkunft durch Verbindung mit Schwefelwasserstoff der Darmgase intravital und postmortal entstehen kann.

H. Keilhack (Fürth/Bay.).

Chrom, Sv. A.: Vergleich von Röntgenbefund und Sektionsergebnis bei akutem (mechanischem) Darmverschluß. Nord. Med. (Stockh.) 1940, 1239—1242 u. engl. Zusammenfassung 1242 [Dänisch].

Der Wert des Röntgenbefundes als diagnostisches Hilfsmittel bei der Feststellung eines akuten, mechanischen Ileus wird besprochen. Hierbei werden die Röntgenbefunde mit den postoperativen bzw. post mortem-Befunden verglichen. Die Feststellung einer durch Gas bedingten Erweiterung des Dünn- und Dickdarmes durch die Röntgenaufnahme ist auch ohne Kontrastmittel verhältnismäßig zuverlässig. In 16 von 19 Fällen sah Verf. eine Übereinstimmung zwischen Röntgenbefund und Operationsbefund. Um die Ursache des Ileus zu ermitteln, ist man auf das Aussehen der durch das Kontrastmittel hervortretenden Konturen angewiesen. Bei 12 Patienten mit Dickdarmverschluß handelte es sich einmal um einen Volvulus coli sigmoidei, 9mal um ein Carcinom und 2mal um Verwachsungen mit Abklemmungen des Colon transversus und Colon sigmoideus. In den übrigen Fällen lag ein Dünndarmverschluß vor.

Haagen (Berlin.).

Skarby, Hans G.: Luft in der Bauchhöhle als Zeichen der Perforation. Nord. Med. (Stockh.) 1940, 1242—1245 u. engl. Zusammenfassung 1245—1246 [Dänisch].

Der zusammenfassende und über die Fälle der Jahre 1920—1939 berichtende Vortrag zählt zuerst die verschiedenen Entstehungsmöglichkeiten von freier Luft in der Bauchhöhle auf. Bei 261 Untersuchungen, klinisch als akute Bauchfälle zu bezeichnen, deckte das Röntgenverfahren 118mal Luft frei im Abdomen auf. Unter den 107 Kranken mit Ulcus ventr. seu duodeni fanden sich 69, bei denen der röntgenologische Nachweis von Luft die freie Perforation sicherstellte. Die feineren röntgenologischen, d. h. bildmäßigen Merkmale erfordern das Nachlesen in der Originalarbeit, besonders aber das Studium der andern Arbeiten aus der Röntgenabteilung des Akademischen Krankenhauses Uppsala selbst, dessen Vorstand Laurell diese Bauch-Röntgendiagnostik auf einen Höhepunkt getrieben hat.

Oeser (Berlin.).

Picardi, Giovanni: Infarto del mesentere consecutivo a resezione gastro duodenale per ulcera duodenale. Intervento. Guarigione. (Gekröseinfarkt im Gefolge einer Magen-dünndarmresektion wegen Zwölffingerdarmgeschwürs. Heilung.) (*Padiglione Flaiani,*

Osp. d. Littorio, Roma.) (46. congr., Napoli, 6.—9. XI. 1939.) Arch. Soc. ital. Chir. Pt. 2, 1205—1208 (1940).

Resektion einer infolge Darminfarktes, nach ausgedehnter Magenresektion, gangränös gewordenen Dünndarmschlinge. Heilung. Ursache unklar. *Th. Naegeli.*

Dehn, Eberhard von: Doppelseitige penetrierende Porencephalie (Fehlen beider Inseln) bei einem Neugeborenen. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 23 S.

Am Beispiel einer doppelseitigen Porencephalie mit Fehlen beider Inseln werden die Theorien über die Entstehung solcher Mißbildungen erläutert. Verf. scheint sich der Auffassung von Kahlden anzuschließen, der für die Mehrzahl dieser Mißbildungen eine Entwicklungsstörung annimmt, aber auch erworbene Formen nicht ausschließen möchte. An Hand des Sektionsmaterials des Münchener gerichtlich-medizinischen Institutes wird auf die eventuelle Bedeutung hingewiesen, die die öfters gefundenen Anlagestörungen der Nebennieren haben könnten. *Geller (Düren).*

Sundermann, August: Ein Beitrag zum Morbus Cushing. (Cushing-Syndrom bei hypophysärem Zwergwuchs vergesellschaftet mit Klitorishypertrophie.) (*Med. Univ.-Klin., Jena.*) Endokrinol. 23, 17—32 (1940).

Ausführliche Mitteilung zweier Fälle von Morbus Cushing, die in jeder Richtung genauestens durchforscht sind und denen sehr wahrscheinlich ein basophiles Adenom der Hypophyse zugrunde liegt. Der eine betrifft einen 36jährigen Landwirt, der andere ein 20jähriges Mädchen. Die 2. Kranke wies an außergewöhnlichen Befunden, wie sie beim Cushing-Syndrom sonst nicht vorkommen, Zwergwuchs und Klitorishypertrophie auf. Der Zwergwuchs muß dem klinischen Bilde nach hypophysärer Natur sein. Die Klitorishypertrophie erklärt Verf. als Folge eines sekundären Interrenalismus, das ganze Krankheitsbild als Auswirkung einer gesteigerten Tätigkeit des Hypophysen-Nebennierenapparates, wobei der Hypophyse die führende Rolle zuzuschreiben sei. Therapeutisch konnten in beiden Fällen mit Keimdrüsenpräparaten im Verein mit Kalk-, Phosphor- und Vitamingaben recht beachtliche Erfolge erzielt werden.

Wiethold (Kiel).

Gundel, M., und W. Heine: Wunddiphtherie, ihre Klinik, Behandlung und Prophylaxe. (*Hyg. Inst. d. Ruhrgebiets, Gelsenkirchen.*) Med. Welt 1940, 545—547.

Die Wunddiphtherie kann in Lazaretten während des Krieges gelegentlich einen großen Umfang annehmen. Man unterscheidet die ulcerierende Form (Geschwürsbildung, schmaler, scharf gezogener roter Saum am Wundrand) und die phlegmonöse Form (Phlegmone der Umgebung des Ulcus). Die klinischen Bilder sind meist nicht sonderlich schwer, nur in selteneren Fällen kommt es zu einer Allgemeinintoxikation und zu sekundären Lähmungen. Die Diagnose ist nur durch bakteriologische Untersuchung möglich. *B. Mueller (Heidelberg).*

Schieber, Waldemar: Hat das Trauma eine ursächliche Bedeutung für die akute eitrige Osteomyelitis? (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1939. 32 S.

Schon Kocher konnte feststellen, daß die Knochenmarkentzündung eine nicht-spezifische Infektionskrankheit ist und daß beim wachsenden Tier schon die Blutinfektion allein zur Bildung der genannten Prozesse führt. Garré konnte durch Züchtung des Eitererregers aus dem strömenden Blut seine Ansicht bestätigen. Die Eiterung am Knochen stellt nach Jordan stets eine sekundäre Niederlassung der Bakterien im Körper dar, gleichgültig, ob ein Primärherd aufgefunden wird oder nicht; gewöhnlich kommen Staphylokokken, seltener Streptokokken oder Mischinfektionen in Betracht. Für die Lokalisation des Prozesses wird der größere Gefäßreichtum der jugendlichen langen Röhrenknochen mit seiner Begünstigung einer mechanischen Ablagerung und Ansiedlung der Bakterien verantwortlich gemacht, zumal dann, wenn sie in Haufen wachsen. (Nach anderweitigen Erfahrungen erhöhen Durchblutung und Stauung den Schutz gegen die Infektion.) Von anderen wird das Fehlen eines Kollateralkreislaufes

und das anfängliche Vorhandensein von Eндarterien bei Jugendlichen als Grund angesehen. Auch der Mangel von Vitamin C wird für die häufige Erkrankung im jugendlichen Alter als Ursache beansprucht. Eine Verletzung kann in die Blutbahn geratene Eitererreger in ihrer Ansiedlung am Orte der Gewebsschädigung begünstigen oder sie trifft einen Knochen, in dessen Mark resorbierte Eitererreger zurückgehalten werden, oder schließlich, sie sprengt die Abkapselung eines alten Herdes. Im Gegensatz zu früheren Anschauungen lehrt die eingehende Erforschung der Zusammenhänge und die praktische Erfahrung, daß die Entstehung einer Knochenmarkeiterung durch einen Unfall eine große Seltenheit ist. Soll ein Zusammenhang bejaht werden, so muß der Unfall einwandfrei erwiesen, und die Einwirkung muß eine erhebliche gewesen sein, wobei das Knochengewebe selbst geschädigt wurde und kleine Blutungen darin entstanden sind; und weiter muß die Erkrankung sich sofort oder innerhalb weniger Tage an den Unfall angeschlossen haben. Bei Vorhandensein von Brückensymptomen und bei geringer Virulenz können auch einige Tage, deren Zahl von verschiedenen Autoren unterschiedlich angegeben wird, in Betracht kommen. An der Stelle eines früheren Erkrankungsherde kann durch eine Verletzung eine Neuerkrankung entstehen. Auch ein spontan entstandenes Rezidiv einer Knochenmarkeiterung, die früher als Unfall bedingt anerkannt worden war, muß als Folge des Unfalles angesehen werden. Überanstrengung, Erhitzung und Abkühlung dürften im allgemeinen als Ursache des Prozesses nicht in Betracht kommen.

Spiecker (Trier).

Eldahl, A.: Encephalitis nach Pockenimpfung. (*Blegdamshosp., København.*) Ugeskr. Laeg. 1939, 938—940 [Dänisch].

Kasuistische Mitteilung: Sporadischer Fall (6 jähriges Mädchen) einer tödlich verlaufenen, symptomatisch und histologisch typischen Encephalitis nach Pockenimpfung. *Einar Sjövall.*

Seibert, Otto: Lues latens inveterata. Arch. f. Dermat. 181, 212—233 (1940).

Die interessante Fragestellung: Ist eine veraltete Serosyphilis (Lues latens inveterata) noch eine Krankheit oder mehr eine deskriptive Zustandsform des Organismus, etwa ähnlich einer entstellenden Hautnarbe, wird gestellt, kann aber naturgemäß nicht eindeutig entschieden werden. Immerhin hat Verf. das nicht geringe Syphilismaterial eines großen Zuchthauses mit 1400 Insassen, ein unter streng gleichmäßigen Lebensbedingungen stehendes Material also, über 7 Jahre folgerichtig zu behandeln versucht mit dem ganzen, uns heute zur Verfügung stehendem Rüstzeug der Diagnose und Therapie. Die Erfolge waren nicht erhebend; es gelangen immer bei der Lues latens inveterata auch einige „Heilungen“, die Verf. bewußt in Anführungszeichen setzt, weil er die Zuverlässigkeit auch dieser Heilungen mit Recht in Frage stellt. Auch bei solchen kann bei der nächsten Nachkontrolle wieder im Blut ein positiver Umschlag festgestellt werden. Überwiegend zahlreicher waren indes die Versager, sowohl bei der massiven kurenmäßigen Chemotherapie, welche von 6,3 auf bis zu 7,5 g Neosalvarsan und von 12 ccm Bismogenol bis auf 24 ccm pro Kur gesteigert wurde, wie bei der Fieberbehandlung mit Malaria oder Pyrifur, und endlich auch mit den Zittmann-Präparaten. So gelangt Verf. schließlich nahe an die Annahme heran, daß bei der alten Lues latens (und mit Betonung: nur bei dieser) eine — zudem wiederholte und fortgesetzte — spezifische Behandlung überflüssig, zwecklos und schädlich sei. Die reich belegte Arbeit weist noch manche weitere anregende Gedanken auf.

Nohara (Bonn).

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

● **Jungmichel, Gottfried: Die Bedeutung der Blutgruppen und Blutkörperchenmerkmale (Faktoren) in der gerichtlichen Praxis.** (Gerichtsmed. Forsch. H. 1.) (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.*) Berlin: R. v. Deckers Verl. G. Schenck 1940. 95 S. R.M. 4.80.

Wie dem Ref. auf Anfrage vom Verf. mitgeteilt wurde, ist die Schriftenreihe „Gerichtsmedizinische Forschungen“ auf vielfach geäußerte Wünsche aus Kreisen der