

scheinbar durch den Parasympathicus innerviert werden, und daher bleiben die sympathischen Reize (Adrenalin) ohne Erfolg. *Vilma Janisch-Rašković* (Tuzla, Jugoslav.).

Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

Beneke, Rudolf: Pathologisch-anatomische Beiträge zu E. Kehrer's Monographie: Die intrakraniellen Blutungen beim Neugeborenen. Z. Geburtsh. 120, 105—146 (1940).

Verf. fordert eingangs, daß durch gesetzliche Vorschrift die Sektion soweit irgend möglich aller Totgeburten oder etwas später unter dem Verdacht auf eine vor Tagen, Monaten oder Jahren vorausgegangene Geburtsschädigung Verstorbener angeordnet und erfahrenen Obduzenten überwiesen wird. Es folgen in einem zweiten Abschnitt zahlreiche oft recht wertvolle Hinweise auf Feinheiten der Sektionstechnik bei Kindern in den ersten Lebenswochen, auf die im Referat nicht näher eingegangen werden kann. Am eingehendsten befaßt sich Verf. mit dem Liquorstoß in seiner ursächlichen Beziehung zum Bau der Hirnhüllen, sowie zur Entstehung der Tentoriumrisse und intrakraniellen Blutungen. Alle als Geburtsschädigung entstandenen Durarisse erfolgen senkrecht zur Richtung des jeweiligen Faserverlaufs der betroffenen Stelle. In Weiterverfolgung des Roux'schen Gedankens über die „funktionellen Strukturen“ (und deren Weiterentwicklung auf dem Boden der physikalischen Chemie der Kolloide durch Benninghoff, Heringa u. a.) und im Anschluß an Arbeiten von Popa über die „Mechanostruktur und Mechanofunktion der Dura mater des Menschen“ [Morphol. Jahrb. 78 (1936)] werden die für Entstehung und Aufbau der Hüllen des Zentralnervensystems angenommenen Faktoren (Spannungsdruck, Stoßwirkung, Wasserbewegung, „Liquorwellen“ u. ä. m.) eingehend erörtert. Die Wellenstöße des verdrängten Liquor werden als letzte Ursache der verschiedenen Platzwunden des Meningealsystems wie des Ependyms bei Geburtsvorgängen angesehen. Auf Blutungen aus zerrissenen Hirnvenen wird näher eingegangen, auf die nur zu leicht möglichen Sektionsverletzungen der Hirnvenen hingewiesen, ebenso in einem besonderen Abschnitt auf die diagnostische Beurteilung und die Genese primär traumatischer Hämatome oder von Spätapoplexien bei älteren Kindern. In einem weiteren Abschnitt wird auf die „primäre angiospastische Nekrose“ als Geburtsschädigung hingewiesen unter kurzer Auseinandersetzung mit diesbezüglichen Arbeiten von Wohwill, Siegmund, Ceelen, Schwartz und Ricker u. a.). Nekrosen ohne Blutungen sind in größerer Form bei Neugeborenen nach den Erfahrungen des Verf. nicht selten, wenn auch seltener als Blutungen. Sowohl diffuse Verbreitung von Fettkörnchenzellen im Interstitium, als eine solche mehr oder weniger in Form scharf begrenzter Herde werden unter dem Begriff „Nekrose“ zusammengefaßt. Findet sich ein Untergang von Nervenscheiden bei erhaltenen Gliazellen, wird von Verf. der Begriff „Halbnekrose“ angewandt, und zwar in dem Sinne, daß Gliazellen durch eine vorübergehende Schädigung in ihrer physiologischen Eigenschaft, die Entstehung der Myelinscheiden zu regulieren, soweit gehemmt werden, daß die letzteren der typischen „Waller'schen Degeneration“, d. h. dem örtlichen Zerfall in Schollen und Lipoidlösung anheimfallen, während die (nach allen Richtungen hin funktionell wirksamen) Gliazellen selbst noch normal kernfärbbar erscheinen; erst stärkere Schädigungen veranlassen allmählich auch die mikroskopisch erkennbare Vollnekrose im Bilde der Karyolyse oder Karyorrhexis. — „Als derartige Zustände von ‚Halbnekrose‘ will Verf. auch manche Herde bei der multiplen Nekrose, und zwar jene ganz frischen Herde bezeichnen, welche die ‚Kombination des Nervenscheidenzerfalls mit Fkz. und erhaltenen Gliazellen aufweisen“. Sowohl durch chemische Schädigungen wie durch Anoxämie (z. B. veranlaßt durch Arteriospasmen) könne es zur Bildung von „Halbnekrosen“ kommen. Die Hauptursache für die in Frage stehenden Herde beim Neugeborenen sei der mechanische Shock, der Spasmen der Piagefäße durch Überdehnung der Hirnhäute auslöse. In einem weiteren Kapitel werden die Stigmata ventriculi neonatorum in ähnlicher Weise als krampfischämisch verursachte Magenwandnekrosen dargestellt, wobei eingehend die ursächliche Verbindung

ihres Auftretens bei Neugeborenen mit zentralen Geburtstraumen im Sinne einer Shockwirkung nach rascher Duradehnung ventiliert wird. Einiges zur Rachitisprophylaxe beschließt den wegen der Fülle der Problemstellungen lesenswerten Beitrag, wenn auch der Neuropathologe gerade bezüglich mancher Anschauungen über die „Halbnekrose“ u. ä. m. nicht in allem zu folgen vermag. *Jacob (Hamburg).*

Gorter, E.: Über angeborenen Herzblock. Mschr. Kindergeneesk. **10**, 48—57 u. franz. Zusammenfassung 58 (1940) [Holländisch].

Bei einem siebenmonatigen Säugling findet sich ein totaler Herzblock bei einem Defekt des Septum ventriculorum. Aus einer erheblichen Polyglobulie und einem diastolischen Geräusch läßt sich auf einen weiteren Herzfehler schließen, der aber unbestimmt bleibt, auch nach elektrokardiographischer Untersuchung. Eine Musterung der Literatur ergibt 80 Fälle von Herzblock, davon etwa 85% total. Bei der mikroskopischen Untersuchung ergab sich immer eine Trennung zwischen dem Tawaraschen Knoten und dem Hisschen Bündel. Häufig fehlte der rechte Zweig dieses Bündels vollständig. Das Schicksal der Kranken ist weniger abhängig von der Mißbildung selbst, als von begleitenden sonstigen Herzfehlern und Anfällen im Sinne von Adam-Stokes. *Geller (Düren).*

Fenkner, Anna-Luise: Beitrag zum Vorkommen sogenannter Nebenlungen. (*Path. Inst., Göttingen.*) Göttingen: Diss. 1939. 16 S.

Bei einem Neugeborenen fand man beide Lungen gewöhnlich gelappt. Die linke Lunge bedeutend kleiner. Über der linken Zwerchfellhälfte lag eine halbkugelförmige Bildung, die durch einen 1 cm breiten, flachen bindegewebigen Stiel mit dem perioesophagealen Gewebe verbunden war. Dieser Körper war mit Pleura überkleidet und das Gebilde fühlte sich etwas schwammig an. Die mikroskopische Untersuchung zeigte, daß das Gewebe aus Alveolen, elastischen Fasern und mit Zylinderepithel ausgestatteten Bronchien bestand. Es wurde auch ein umknorpelter Hauptbronchus festgestellt, der blind endete oder aus dem Mittelfeld heraus einen blinden Anfang nahm. In dem Stiel lagen außerdem noch eine größere Menge von Gefäßen, der stärkste Gefäßzweig war eine aus der Aorta entspringende Arterie. Die in der Literatur beschriebenen Nebenlungen lagen fast immer knapp ober- oder unterhalb des Zwerchfelles. Die arterielle Versorgung erfolgt aus der Aorta und ihre Venen ergießen sich größtenteils in die linksseitige Vena hämiazygos. Selten besteht eine Verbindung des Hauptbronchus mit dem Oesophagus. Verf. geht sodann auf die Entstehung dieser Nebenlungen ein und zeigt, daß die Theorie Pauls wohl die richtige sei, nämlich, daß die Abspaltung der Trachealarinne vom Kopfdarm zwar in frontaler Richtung erfolge, der Kopfdarm aber seine Linksdrehung vorzeitig begonnen habe, so daß bei frontaler Abspornung zwangsläufig ein Teil der Lungenanlage am Kopfdarm zurückbleiben müßte. *Förster (Marburg a. d. L.).*

Veal, J. Ross: Thrombosis of the axillary and subclavian veins. With a note on the post-thrombotic syndrome. (Thrombose der Venae axillaris und subclavia. Mit einer Anmerkung zum postthrombotischen Zustand.) (*Dep. of Surg., Georgetown Univ. Med. School, George Washington Med. School a. Gallinger Municip. Hosp., Washington.*) Amer. J. med. Sci. **200**, 27—39 (1940).

Verf. kann über 17 Fälle von Thrombosen der Axillar- und Subclaviavenen berichten. Die akute Thrombose dieser Venen führt zu einem typischen Symptomenkomplex, gleichgültig aus welcher Ursache sie entsteht. Die Hauptzeichen sind: Schmerzen im Arm und Schulter, massives Ödem der gesamten Extremität, Schwächegefühl und teilweiser Verlust der Armfunktionen. Der Radialispuls bleibt erhalten. Der systolische Blutdruck ist auf der erkrankten Seite erhöht. Die Venen sind als harte Stränge zu fühlen. Der lokale, venöse Druck ist merklich gesteigert. Das venöse Blut des betreffenden Armes enthält weniger Sauerstoff. Das venöse Blut wird bei der Thrombose im Arm gestaut und durch den erhöhten Druck gelangt Flüssigkeit in das umgebende Gewebe. In den meisten Fällen wird die gesamte Vena axillaris, Teil der Subclavia- und Basilica- und der Brachialisvenen erfaßt. Gelegent-

lich greift die Thrombose auf die Vena jugularis externa und seltener auf die Jugularis interna über. Der ganze Thrombus kann absorbiert werden oder er wird organisiert und führt zum völligen Verschuß der Gefäße. Das Lumen kann rekanalisiert werden, aber gewöhnlich geschieht dies nur unvollkommen und neue Kollaterale müssen den Kreislauf ausführen. Verf. teilte die Thrombosen ein in : 1. Primäre Thrombosen, a) Thrombophlebitis (bakteriell), b) Phlebethrombosis (nicht bakteriell, Trauma); 2. sekundäre Thrombosen, a) Thrombophlebitis durch regionäre Infektion, b) Thrombose durch maligne Entartung an Brust und Axilla; 3. Postthrombotischer Zustand. Von den 17 Fällen wurden 4 zur primären und 1 zur sekundären Thrombophlebitis gezählt. 4 wurden als primäre Phlebethrombosis klassifiziert. 8 zählten zur sekundären Thrombose durch maligne Erscheinungen an Brust und Axilla. Bei einem Fall von Phlebothrombosis ereignete sich die Thrombose nach dem Schlafen mit extendierten Armen unter dem Kopf. Trotz dem verhältnismäßig raschen Verschwinden der akuten Symptome der Thrombose bleiben bei organisiertem Thrombus trotz der Bildung von reichlich Kollateralen an Schulter und Oberarm noch Erscheinungen wie Völlegefühl im Arm, Schwäche und zeitweise heftige Schmerzen zurück. Die Rückstände beruhen auf der Stauung von venösem Blut, was auch die Venendruckmessung beweist. Es ist daher auf Grund von Venendruckmessungen der Heilungsverlauf zu kontrollieren. Eine wesentliche chirurgische Behandlung ist nicht möglich. Bei starkem Ödem ist Hautpunktion zu empfehlen. Der Arm ist hoch zu lagern und warm zu halten. Jung.

Wienbeck, Joachim: Anatomische Befunde bei menschlicher Leukämie. 2. Das Knochenmarksbild bei Lymphadenose. (*Path. Inst., Univ. Breslau.*) (2. Kongr. d. Dtsch. Hämatol. Ges., Bad Pyrmont, Sitzg. v. 12.—15. V. 1939.) *Fol. haemat.* (Lpz.) **63**, 354—360 (1940).

Bei der Lymphadenose entwickelt sich die leukämische Wucherung in Form Malpighischer Körperchen, von ihnen aus wird das Knochenmark zapfenartig durchsetzt. Auch bei der Lymphadenose kann man feststellen, daß sich eine enge Beziehung zwischen den krankhaften Lymphocyten und dem bindegewebigen Keimboden des Knochenmarks herausbildet. Es besteht also ein analoges Verhalten zur Norm. Es gibt auch Fälle, in denen die Fettzellen des Knochenmarks zu Bindegewebszellen umgebaut werden. [Vgl. Virchows Arch. **303**, 60 (1938). *Gerstel* (Gelsenkirchen).

Constantinescu, Mircea, und Alex. Vasiliu: Über fortschreitende Hautnekrose nach intramuskulärer Injektion. (*II. Chir. Univ.-Klin., Bukarest.*) *Zbl. Chir.* **1940**, 859—861.

Im Anschluß an die Beobachtung einer fortschreitenden Hautnekrose der Bauchwand nach der Operation eines perforierten Magengeschwürs bei einem 21jährigen Mann (veröffentlicht im *Zbl. Chir.* **1938**, Nr. 36) teilen die Verf. eine weitere, fast die ganze linke untere Bauch- und Rückenhälfte einnehmende Hautnekrose nach einer Injektion von Naiodine mit. Zuerst hatte bei der 60jährigen ein kleiner Absceß in der linken Gesäßgegend bestanden. Nach der Spaltung entwickelte sich ein erysipelartiges Krankheitsbild unter hoher Temperatur und geringer Leukocytose. Die Wundfläche vergrößerte sich immer mehr. Bei einer Probeexcision der Wundränder fanden sich Nekrosen und Gefäßobliterationen. Die erfolgreiche Behandlung ist nur durch ausgiebigste Excisionen möglich. Gerstel (Gelsenkirchen).

Rady, Hilarius: Über die Ausbildung des normalen und eines abnormen Darmsitus (Mesenterium commune). *Klin. Wschr.* **1939 II**, 1421—1423.

Auf Grund eines praktischen Falles (Röntgenbild) wird diese seltene Mißbildung eingehend erörtert. Der gesamte Dickdarm liegt in der linken, alle Dünndarmschlingen in der rechten Bauchseite. Bei normaler Lage des Magens verläuft das Duodenum mit Flexura duodeno-jejunalis nach rechts statt nach links. Dünn- und Dickdarm bis zur Flexura coli sinistra, werden durch ein Mesenterium commune befestigt und sind ganz abnorm beweglich. Diese Mißbildung entsteht infolge Versagens (z. B. Nachgiebigkeit) eines wichtigen embryonalen Fixierungspunktes, nämlich der Abgangsstelle des Ductus omphalo-entericus, wodurch eine Drehung der Nabelschleife ausbleibt. Die anatomischen

Verhältnisse der daraus resultierenden Mißbildung werden durch ein Röntgenbild und eine übersichtliche Zeichnung belegt. Die Entwicklung des normalen menschlichen Darmsitus wird kurz, aber sehr klar dargestellt, unterstützt durch vier instruktive schematische Zeichnungen.

Manz (Göttingen).

Hiller, Walter: Über Endometriosis in Bauchnarben. (*Chir. Abt., Elisabethstift, Darmstadt.*) Frankfurt a. M.: Diss. 1939. 47 S.

Die Theorien, welche fetale Zeldystopien für die Entstehung der endometrioiden Heterotopien (e. H.) verantwortlich machen, werden nicht mehr anerkannt. Auch Schillers Ansicht der Entstehung der e. H. aus dem Endothel der Lymphgefäße wird abgelehnt. Auch die Erklärung für das Vorkommen der e. H. in Uterusnähe, das durch eine stärkere Hormonkonzentration dieser Gebiete bedingt sei, wird abgelehnt, da künstliche Transplantate auch an anderen Körperstellen (Augenvorderkammer) angegangen sind. Eine lymphogene Metastasierung wird für ganz seltene Fälle von Endometriosis wie z. B. in einem Falle einer Endometriosis im oberen Oberschenkel Drittel zugegeben. Die seroepitheliale Theorie habe durch den von Rieck mitgeteilten Fall, bei dem eine Umbildung des Peritoneums ausgeschlossen ist, viel an Boden verloren. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich bei den e. H. um eine Verlagerung oder Verschleppung von normaler Endometriumschleimhaut. (Ursache: Operationen: Eiter, Blut, Säftestrom bei Fistelung und Drainage, Kurettagen, Operationsfäden, retrograde Menstruation u. ä.) Das Wachstum der Implantate unterliege zweifellos hormonalen Einflüssen. Die Implantation von Menstruationsmaterial ist bisher im Tierversuch noch nicht geglückt.

Rudolf Koch (Münster. i. W.).

Lacroix, P.: Un cas de volvulus du diverticule de Meckel. (Ein Fall von Volvulus eines Meckelschen Divertikels.) (*Hôp. Milit., Louvain.*) Rev. belge Sci. méd. **12**, 187—188 (1940).

Ein 29-jähriger Soldat verspürte plötzlich heftige Schmerzenfälle im Unterbauch, zu denen Erbrechen und Durchfall trat. Körperwärme 37,8°, Puls 90, angezogene Oberschenkel. Bei der Operation fand sich 40 cm von der Bauhinischen Klappe entfernt, ein 10,5 cm langes und 5 cm dickes Meckelsches Divertikel, das sich um seinen Ansatz gedreht hatte. Ferner fanden sich Verwachsungsstränge, die die Mitte des Divertikels an den Ansatz heranzogen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

Skarby, Hans G.: Über Fremdkörper als Ursache der Appendicitis. (*Röntgenavd., Kungl. Akad. Sjukh., Upsala.*) Nord. Med. (Stockh.) **1940**, 815—820 u. dtsh. Zusammenfassung 820 [Schwedisch].

Drei Krankengeschichten werden ausführlich beschrieben. In einem Falle wurde im Appendixlumen eine blutig inkrustierte Stecknadel gefunden, in den beiden anderen einige, bis zu etwa 20, teilweise deformierte Schrotkörner. Anschließend gibt Verf. eine Übersicht über alle schon einmal als Fremdkörper im Wurmfortsatz gefundenen Gegenstände. Die Entstehungsursache der Appendicitis wird an Hand des Schrifttums besprochen [vgl. besonders O. Perslow, *Acta chir. Scand.* **76**, 63 (1936), 225 Fälle].

K. Rintelen (Berlin).

Vinagre y Vinagre, José: Wie weit kann eine akute Baucherkrankung simuliert werden? Rev. españ. Med. y Cir. Guerra **2**, Nr 5, 107—110 (1939) [Spanisch].

Verf. schildert eine Beobachtung im Lazarett, daß ein Soldat, der sich aus Angst vor angesagten gefährlichen Operationen an der Front drücken will, das Bild einer Appendicitis vortäuschen kann, so daß eine Operation vorgenommen wird. Der Kranke kam mehrmals zur Aufnahme und verstand es nach jedem Aufenthalt im Lazarett besser, die hinweisenden Symptome vorzutäuschen. Zuletzt war alles beisammen, so daß sich die Ärzte zur Operation bringen ließen, die natürlich nichts ergab. Ein Hinweis mehr, daß sich auch die Chirurgen nicht nur den Bauch ansehen sollen (Ref.).

Geller (Düren).

Witte, Klaus Jürgen: Über Gehirnerschütterung und weißes Blutbild. (*Chir. Klin., Hosp. zum Heiligen Geist, Frankfurt a. M.*) Frankfurt a. M.: Diss. 12 S.

In 13 von 14 untersuchten Fällen von Commotio cerebri war eine für durchschnittlich 17,7 Stunden anhaltende Leukocytose nachweisbar. Diese war in 3 Fällen von

Schädeltrauma ohne Commotio und nach einem epileptischen Anfall nicht vorhanden. Es ist möglich, daß sich hier ein bisher unbekanntes objektives Symptom der Commotio ergibt.

Arno Warstadt (Berlin-Wuhlgarten).

Mäurer, H.: Zur encephalographischen Diagnose des Balkenmangels. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Bonn.*) Nervenarzt **13**, 454—460 (1940).

Mitteilung einer Beobachtung, die das erste Mal unter 1670 encephalographierten Kranken erhoben wurde. Bei einem minderbegabten, stillen und in sich gekehrten Manne entwickelten sich vom 15. Lebensjahre an zunehmend Mangel an Antrieb und allgemeine Verlangsamung. Im ganzen bestand der Symptomenkomplex, wie er nach Encephalitis epidemica bekannt ist. Das Encephalogramm ergab, das die bd. Seitenventrikel, vor allem die Vorderhörner, viel weiter lat. als normal lagen, sie erscheinen von oben und medial auseinandergedrängt, der 3. Ventrikel ist erweitert, er reicht zwischen den Vorderhörnern abnorm nach oben. Die Hinterhörner sind erweitert, ebenso die Subarachnoidealräume. Der Befund wird als fehlender Balken aufgefaßt in Anlehnung an einen von Köttgen mitgeteilten Fall. Der charakteristische Encephalogrammbefund erklärt sich aus den anatom. Verhältnissen am balkenlosen Gehirn. Arteriographisch fand sich eine umschriebene abnorme Ausbuchtung der bds. Art. cerebral. anter. im Bereich ihrer vorderen Anteile. Die Ursache blieb unklar. Der Zusammenhang zwischen dem Schwachsinn und dem Balkenmangel wird abgelehnt. Es gibt Balkenmangel, die zu Lebzeiten keine Erscheinungen gemacht haben. Häufig finden sich bei balkenlosen Gehirnen noch andere Entwicklungsstörungen wie Rindenatrophie, Fehlen anderer Hirnteile u. a. m.

Reisner.

Nielsen, J. M., and R. B. Raney: Recovery from aphasia studied in cases of lobectomy. (Über den Rückgang aphasischer Symptome bei Exstirpation des Schläfenlappens.) *Arch. of Neur.* **42**, 189—200 (1939).

Die Verff. knüpfen an einen Fall von Fox und German [Observations Following Left (Dominant) Temporal Lobectomy: Report of Corr., *Arch. f. Psychiatr.* **33**, 791 (1935)], an, der nach durchgeführter Exstirpation des größten Teils des linken Schläfenlappens eine ungewöhnlich rasche Rückbildung der aphasischen Symptome gezeigt haben soll, so daß in diesem Fall sehr bemerkenswerte individuelle Kompensationsfähigkeiten angenommen wurden. Verff. beobachteten das gleiche nach Exstirpation großer Partien des linken Schläfenlappens in 2 Fällen von Arteriothrombose sowie einer zur weitgehenden Ausschaltung des gleichen Großhirnabschnitts führenden Embolie. Sie kommen zu dem Ergebnis, daß bei völligem Ausfall des linken Schläfenlappens die Remission aphasischer Symptome erheblich weitgehender ist als bei nur partiellen Läsionen. Im Hinblick auf ihre Erfahrungen an diesen Fällen und im Zusammenhang damit, daß Kranke mit Gefäßschädigungen des linken Schläfenlappens geringeren Grades oft eine schlechte Remission zeigen, wird in derartigen einschlägigen Fällen die Frage bejaht, daß eine Exstirpation des Schläfenlappens indiziert sei. Die Entfernung des geschädigten Hirnabschnitts, die die Funktionsabläufe der kontralateralen Seite nur hemme, könne zu erheblich besseren Remissionen führen.

Roeder.

Lindenberg, R., und H. Spatz: Über die Thromboendarteriitis obliterans der Hirngefäße (cerebrale Form der v. Winiwarter-Buergerschen Krankheit). (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch., Berlin-Buch.*) *Virchows Arch.* **305**, 531—557 (1939).

Wie groß der Anteil der cerebralen Form der Thromboendarteriitis obliterans (von Winiwarter-Buergersche Krankheit) an der Gesamtzahl ist, läßt sich heute nicht sagen. Nach Verff. stellt sie keineswegs eine besondere Seltenheit dar. Viele Fälle von sog. Arteriosklerose bei Jugendlichen gehören hierher. In Fortsetzung der Untersuchungen von Spatz über die „cerebrale Form“ der v. Winiwarter-Buergerschen Krankheit (vgl. diese Z. **26**, 46) wurden einschließlich der beiden seinerzeit veröffentlichten Fälle insgesamt 22 Fälle von Thromboendarteriitis obliterans der Hirngefäße untersucht. Eine Endarteriitis der am meisten distal gelegenen arteriellen Ästchen und auch der kleinen intracerebralen Zweige, eine Thrombosierung

der herzwärts folgenden kleinen und mittleren, vorwiegend an der Konvexität gelegenen arteriellen Äste, die sich aber nicht bis in die größeren Hauptäste an der Basis fortsetzt und im Endzustand zu einem das Lumen verstopfenden „Füllgewebe“ führt (makroskopisch als weißliche „wurmartige“ Stränge imponierend) und in einem Teil der Fälle eine von den genannten Veränderungen unabhängige Thrombenbildung in den großen Arterienstämmen (Carotis interna) werden als Charakteristika dieser Gefäßkrankung hervorgehoben. Umschriebene und diskontinuierliche Erweichung des Hirngewebes (wobei die kleinen Herde — entsprechend dem chronisch-progredienten, schubweisen Verlauf, der für das klinische Bild charakteristisch ist — ein ganz verschiedenes Alter haben) stellt die unmittelbare Folgeerscheinung der Gefäßveränderungen dar. Beherrschen die durch kleine Narben bedingten Einziehungen an der Oberfläche das Bild, so kann sich das Zustandsbild der sog. „granulären Atrophie der Großhirnrinde“ (Spatz) entwickeln. Die Untersuchungen legen dar, daß die cerebrale Form der v. Winiwarter-Buergerschen Krankheit häufiger vorkommt als der klinischen Erwartung entspricht. Von 20 Fällen wurde nur 4 mal an das Vorliegen einer solchen gedacht. Leider wurde anatomisch nicht auf das Bestehen von Gefäßveränderungen an den Extremitäten geachtet. Topisch-anatomisch werden aus dem Material 2 Typen gesondert. Zum 1. Typ werden jene Fälle gerechnet, in denen bald in diesem, bald in jenem Versorgungsgebiet einer oder mehrere Hauptarterien vorwiegend einer Hemisphäre meist Rindenerweichungsherde gefunden werden. Periphere Kreislaufstörungen und solche am Augenhintergrund ermöglichten bei Fällen dieser Gruppe oft die richtige Diagnose. Bei der Mehrzahl der Fälle aber (14 Fälle) waren in symmetrischer Form die distalsten Abschnitte der 3 großen Hirnarterien betroffen; in den Grenzzonen der Versorgungsgebiete fand sich dann das Bild der granulären Atrophie (Spatz, sichelförmige Zone vom Stirn- zum Occipitalpol). In 7 körpersezierten Fällen bestätigte sich der Pentschewsche Befund des gleichzeitigen Vorliegens einer Granularatrophie der Nieren. Klinisch wurden die Fälle des 2. Typs in keinem Falle diagnostiziert.

Jacob (Hamburg).^{oo}

Menzel, Werner: Zur Kenntnis der Laurence-Moon-Biedl'schen Krankheit. (*Med. Klin., Allg. Krankenh., Hamburg-Altona.*) Erbarzt 7, 139—141 (1939).

Das Laurence-Moon-Biedl-Syndrom ist eine multiple Abartung, in welcher Anomalien der Netzhaut, des Zwischenhirn-Hypophysen-Systems und des Skelettsystems zusammentreffen. Die typischen Symptome des voll ausgeprägten Bildes sind Retinitis pigmentosa, hochgradige Fettleibigkeit, Hypogenitalismus, Polydaktylie und Debilität. Fast stets sind mehrere Geschwister befallen. Differentialdiagnostisch sind im Einzelfall vor allem die Cushing'sche Krankheit, die Dystrophia adiposogenitalis Froehlich und die juvenile amaurotische Idiotie auszuschließen. Entscheidend ist in rudimentären Fällen die Untersuchung der Familie. Infolge der großen Mannigfaltigkeit und Abwandelbarkeit der Symptome ist eine exakte Erbanalyse noch nicht möglich. In der Sippe der Kranken lassen sich vor allem einzelne Symptome, wie die Fettsucht, Schwachsinn, die Polydaktylie, oder Trunksucht und Epilepsie, aber auch Entwicklungsanomalien und Störungen im Körperwachstum aufzeigen. Nach Panse fand sich bei 61 Geschwisterschaften gesicherter Fälle 15mal Blutsverwandtschaft der Eltern. Danach kann recessiver Erbgang als sichergestellt angesehen werden. Die Frage nach dem Entwicklungsmodus dieses Symptomenkomplexes hat zu berücksichtigen die Ergebnisse der Spemann'schen Schule (Gliedermaßenfehlentwicklung durch Exstirpation von Teilen des Mittelhirns oder Auges im frühembryonalen Stadium) und die Forschungen Bonnevies (vgl. Erbarzt 1935, 145). Die Möglichkeit eines einheitlichen Erbganges muß durch weitere Forschungsarbeit auf breiter Basis sichergestellt werden.

Strobel (Hamburg).^{oo}

Weber, Georg: Plexuslähmung nach Tetanuschutzimpfung. (*Kreiskrankenh. Kronach im Frauenwald.*) Dtsch. med. Wschr. 1939, I, 604.

P. Vogel hat in der Dtsch. med. Wschr. 1939, 214 die bis Juli 1938 bekannt ge-

wordenen 18 Fälle von Polyneuritis nach Tetanusschutzimpfung veröffentlicht. Der vom Verf. mitgeteilte 1. Fall bezieht sich ebenfalls auf eine Schädigung von C 5 und C 6, stellt also eine Erbsche obere Plexuslähmung dar. Ergriffen waren der Deltoideus, der Supra- und Infraspinatus und der Serratus anterior der rechten Seite (Feststellung deutlicher Atrophien 5 Monate nach dem Unfall, während die ursprünglich ebenfalls geschädigte linke Seite sich schnell wieder erholt hatte; die Tetanusinjektion war in den rechten Arm gemacht worden; die Verletzung bestand in einem linksseitigen komplizierten Unterschenkelbruch; eine frühere Tetanusimpfung hatte der Patient gut vertragen), 16 Monate nach dem Unfall bestand nur noch eine leichte Muskelschwäche, die Atrophien waren geschwunden. Auf den 2. Fall wird nur kurz hingewiesen, es handelt sich um eine Lähmung beider Beine bei einem Knaben. *Hahn* (Gießen).

Penfield, Wilder, T. C. Erickson and I. Tarlov: Relation of intracranial tumors and symptomatic epilepsy. (Die Beziehung der intrakraniellen Tumoren zur symptomatischen Epilepsie.) (*Montreal Neurol. Inst. a. Dep. of Neurol. a. Neurosurg., McGill Univ., Montreal.*) Arch. of Neur. 44, 300—315 (1940).

Der Bericht der Verff. stützt sich auf 703 Fälle, von denen 697 histologisch untersucht wurden. Verff. fassen unter „intrakraniellen Tumoren“ Neoplasmen, Tuberkulome, Hirnabszesse, extra- und intrakranielle Hämatome zusammen. Sie untersuchen die Anfallshäufigkeit bei den einzelnen Tumorarten und stellen fest, daß bei langsam wachsenden malignen Tumoren häufiger Anfälle als Frühsymptome beobachtet werden als bei schnellwachsenden. Die geringe Anfallshäufigkeit bei letzteren dürfte aber in der nur kurzen Krankheitsdauer zu suchen sein. Bei Tumoren im Occipitallappen beträgt die Anfallswahrscheinlichkeit 30—40%, bei Prozessen im Frontallappen 53% und steigert sich bis zu 80% je mehr sich der Sitz des Tumors der Fissura Rolandi nähert, dabei besteht wenig Unterschied, ob es sich um einen infiltrativen oder abgekapselten Prozeß handelt. Der Operationserfolg ist dagegen bei den abgekapselten Tumoren 2mal größer als bei den infiltrativen Prozessen und entspricht ungefähr den Erfolgen bei der Rindenepilepsie. Bei Hirnabszessen sind die Anfälle ein ausgeprägtes Frühsymptom. Subdurale Hämatome wirken nur in seltenen Fällen anfallsauslösend. Diese Anfälle sind dann mehr Symptom der Hirnschädigung durch ein Trauma als direkte Wirkung des Hämatoms. *Ravithel* (Davos-Dorf).^o

Hornitzki, Paul: Verknocherung der Hoden- und Nebenhodenhüllen als Unterfang eines Hämatoms der Tunica vaginalis propria testis. Orchidomeningitis haemorrhagica ossificans. Z. urol. Chirur. u. Gynäk. 45, 423—428 (1940).

Bei einem 70jährigen Mann, der wegen eines rechtsseitigen subphrenischen Abszesses erfolgreich operiert war, wurde als Nebenbefund in der rechten Scrotalseite ein faustgroßer, röntgenologisch Knochenschatten gebender Tumor festgestellt. Dieser war vor 50 Jahren nach einer Hodenverletzung aufgetreten. Der operativ entfernte und auch mikroskopisch untersuchte Tumor, der oben vom Samenleiter abgetrennt wurde, enthielt in einer Kalksalze und Knochenbälkchen tragenden Bindegeweshülle weißgelbliche ziemlich mürbe Massen, in denen sich verschieden große, mit bernsteinartiger Flüssigkeit gefüllte Höhlen befanden. Von diesen Massen durch eine bindegewebige Scheidewand getrennt lag hinten und unten der kleine Hoden. Die Masse selbst enthielt große Mengen von Hämatoidin und Cholesterin. *Matzdorff*.

Rothe, Gerhard: Ein Xanthom am Handgelenk. (*Chir. Univ.-Klin., Halle a. d. S.*) Zbl. Chir. 1940, 2386—2388.

50jähriger Mann mit einer seit 10 Jahren langsam wachsenden kleinen Knotenbildung an der rechten Handstreckseite. Der Tumor lag festsitzend unter der Haut, hatte Pflaumengröße und eine glatte Oberfläche. Haut darüber verschieblich. Kein Anhalt für eine Stoffwechselstörung und für ein Trauma. Histologische Untersuchung des Operationsmaterials: Neben Xanthomzellen andere zum Teil in Nestern zusammenliegende Zellen, deren Kerne mehr oval bis länglich und intensiver färbbar sind. Sie zeigen histiocytären Charakter. In diesen Geschwulstabschnitten auch mehrkernige

Riesenzellen. Zum Rande hin tritt lockeres fibrilläres Bindegewebe auf, das sich allmählich zu einer Kapsel verdichtet. In den Randbezirken häufig frische und auch ältere, hämoglobinogenes Pigment aufweisende Blutungen sowie perivaskuläre Lymphocytenanhäufungen. Es handelt sich um ein solitäres, intraarticuläres Xanthom.

Matzdorff (Berlin).

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

Mikamo, Masataka: Biometric study of the physique of Korean prisoners. 6. On the blood groups of the Korean prisoners. (Biometrische Studien über den Körperbau koreanischer Gefangener. 6. Über die Blutgruppen bei koreanischen Gefangenen.) (*Dep. of Hyg., Univ., Keijo.*) *J. Chosen med. Assoc.* **29**, Nr 7, engl. Zusammenfassung 290—291 (1939) [Japanisch].

Bei 889 koreanischen männlichen Strafgefangenen wurden folgende Blutgruppen festgestellt: O 25,54 ± 1,46%, A 34,76 ± 1,60%, B 31,18 ± 1,55%, AB 6,52 ± 0,83%. (5. *J. Chosen med. Assoc.* **29**, Nr 2, engl. Zusammenfassung 12.) *Ronnefeldt* (Berlin).

Gammelgaard, Arne, und Poul V. Marcussen: Nachweis eines vierten allelomorphen A-Gens (A₄). (*Staatl. Seruminst., Kopenhagen.*) *Z. Immunforsch.* **98**, 411—419 (1940).

Unter 60000 Blutproben wurde eine Probe gefunden, die wegen ihrer geringen Agglutinabilität als A₄ bezeichnet wird. Bei Untersuchung einer Sippe von 64 Mitgliedern wurde A₄ 24mal nachgewiesen. Der A₄-Faktor ist wesentlich schwächer als A₂ in einer Blutprobe A₂B. Er konnte nur mit ungewöhnlich starken Testseren Anti-A (Titer 1:1000) sicher erwiesen werden, während der Nachweis mit Seren der Blutgruppe O und mit einem Immuserum Anti-A leichter gelang. Eine Agglutination der A₄-Blutkörperchen durch Anti-O (= Anti-A₂)-Rinderseren trat in gleicher Stärke auf, wie bei A₂-Blutkörperchen. Im Serum der meisten A₄-Blutproben fand sich ein irreguläres Agglutinin Anti-A₁. Auf den Erbgang von A₄ scheint aus der Sippenuntersuchung geschlossen werden zu können, daß er durch ein allelomorphes Gen, das von A₁ und A₂ dominiert wird, bedingt ist. Trotz der großen Seltenheit wird bei gerichtlichen Untersuchungen der A₄-Faktor beachtet werden müssen. *Mayser* (Stuttgart).

Bühler, E.: Zwillingsuntersuchungen über die β_1 -Teilquote menschlicher A- und O-Seren. (*10. Tag. d. Dtsch. Ges. f. Rassenforsch., München, Sitzg. v. 24.—25. III. 1939.*) *Anthrop. Anz.* **16**, Sonderh., 134—135 (1940).

Die Seren von 61 eineiigen und 74 zweieiigen Zwillingspaaren wurden auf das Vorhandensein oder Fehlen der nur an menschliche B-Blutkörperchen bindbaren Teilquote β_1 des Isoagglutinins Anti-B untersucht. Von diesen 270 Individuen wiesen 26 das β_1 in mehr oder weniger ausgesprochener Stärke auf; 10 β_1 -positive Individuen waren eineiige, 16 zweieiige Zwillinge. Unter den 10 eineiigen Zwillingen waren 3 bezüglich ihres β_1 -Gehaltes konkordante Zwillingspaare, 4 verteilten sich auf bezüglich ihres β_1 -Gehaltes diskordante Zwillingspaare. Die 16 β_1 -positiven zweieiigen Zwillinge waren sämtlich Einzelpaarlinge von bezüglich des β_1 -Gehaltes diskordanten Zwillingspaaren. Nach der statistischen Auswertung setzten sich die 61 eineiigen Zwillingspaare aus 57 konkordanten und 4 diskordanten Paaren, die 74 zweieiigen Zwillingspaare aus 58 konkordanten und 16 diskordanten Paaren zusammen. Der dreifache mittlere Fehler ist größer als die Differenz der prozentualen Häufigkeit bei eineiigen und zweieiigen Zwillingen, so daß der Unterschied nicht statistisch gesichert ist; der Diskordanzquotient beträgt 3,3. Dieser und die Verteilung der β_1 -positiven Seren bei den eineiigen und zweieiigen Zwillingen sprechen dafür, daß der Unterschied zwischen β_1 -haltigen und β_1 -freien Seren erblich ist; die diskordanten eineiigen Zwillingspaare und die verschiedene Stärke des β_1 lassen aber mit Sicherheit annehmen, daß die β_1 -Eigenschaft starken modifikatorischen bzw. epistatischen Einflüssen unterworfen ist. An einem Material von 6 Familien mit im ganzen 25 Individuen konnte ein Hinweis auf einen Erbgang der β_1 -Eigenschaft nicht gefunden werden. *Krah* (Heidelberg).

Favero, Flaminio, und Arnaldo A. Ferreira: Das Erkennen der Vaterschaft. *Arch. Soc. Med. leg. e Criminol. S. Paulo* **9**, 60 (1938) [Portugiesisch].

Nach einer kurzen Einleitung über die schon früher erzielten Resultate auf diesem Gebiete werden die Methoden des Vaterschaftsnachweises, die Häufigkeitsgleichungen und Fehlerquellen nochmals erörtert. Über die Bernsteinsche Theorie und die Substanzen M und N soll in einer späteren Sitzung berichtet werden. — Vom 24. bis 30. VII.