

Einfluß auf den Uterus. Der letzte Abschnitt: Biologische Funktion der Uterusmotilität, hat insofern wieder allgemeineres Interesse, als er die Frage behandelt, wie, d. h. durch welche Kräfte die in die Scheide bzw. in den Uterus gelangten Spermien sich weiter nach oben bewegen, bis sie das Ei treffen. Hier scheinen bei den verschiedenen untersuchten Tieren erhebliche Unterschiede zu bestehen. Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden, um so mehr als eine allgemeine Übersicht über diese höchst komplizierten Verhältnisse in der ganzen Tierreihe gegenwärtig noch nicht möglich ist. *Merkel* (München).

**Pio, Giuseppe: L'ovaio gyratum.** (Das Ovarium gyratum.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Siena.*) Ann. Ostetr. **62**, 1857—1871 (1940).

Vergleichende Untersuchungen eines Ovarium gyratum mit Eierstöcken aus verschiedenen Lebensaltern. Der Verf. kommt zum Schluß, daß die besondere Oberflächenform nicht der morphologische Ausdruck eines bestimmten pathologischen Prozesses ist, sondern daß hier eine — seltene — anatomische Varietät vorliegt: zufällig haben sich die einzelnen Corpora lutea örtlich so entwickelt, daß die regelmäßige Oberflächenform zustande gekommen ist. *Elbel* (Heidelberg).

### Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

● **Struppler, Victor: Fettembolie. Untersuchungen und Beiträge zur Diagnostik.** (Vortr. a. d. prakt. Chir. Begr. v. *Erich Lexer*. Hrsg. v. *Hans von Seemen*. H. 26.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1940. 58 S. u. 2 Abb. RM. 5.—

Verf. weist in der Einführung mit Recht darauf hin, daß die „Schwere und Wichtigkeit“ der F.E. von klinischer Seite oft unterschätzt wurde und daß in Lehrbüchern über Knochenbrüche auch heute noch der F.E. mit keinem Worte Erwähnung getan wird, während im Gegensatz hierzu gerade die Gerichtlichen Mediziner schon seit langer Zeit und immer wieder die außerordentliche Bedeutung der F.E. als Folge stumpfer Gewalteinwirkungen betont haben und darauf aufmerksam machen. Nach einleitenden Kapiteln über Wesen und Ablauf der F.E., über Fettquellen und Fetttransport, nach Erörterung der Möglichkeit der Beteiligung des Blutfettes behandelt Verf. die Schwierigkeiten in der Trennung zwischen Gehirnerschütterung und F.E. In den weiteren Ausführungen wird das Hauptgewicht auf die Diagnosestellung einer F.E. gelegt. Die verschiedenen Erscheinungsformen bezeichnet der Verf. mit „Lungen-F.E.“ und „Allgemein-F.E.“, wobei er unter letzterer die F.E. des großen und kleinen Kreislaufes versteht. Transpulmonale und paradoxe Form werden erwähnt. Von klinischen Untersuchungsmethoden führt Verf. die Untersuchung des Augenhintergrundes sowie der Capillaren des Nagelfalzes an, macht auch auf die bekannten Hautblutungen aufmerksam, mißt allerdings den erstgenannten Untersuchungsmethoden keinen zu großen oder gar keinen Wert bei. Dagegen sei Temperaturerhöhung bei gleichzeitigem Fehlen des Pulsanstieges diagnostisch zu verwerten. Eine erheblichere Fettausscheidung mit dem Harn konnte Verf. — entgegen diesbezüglichen Angaben — nicht feststellen, auch keine Reststickstoffvermehrung. Nach eigenen Untersuchungen über Blutfettspiegel und Lipasebestimmungen scheint der Erhöhung wohl eine gewisse Bedeutung für die Erkennung der F.E. zuzukommen. Abschließend wird im Kapitel über Vorbeugung und Behandlung mit Recht eine frühzeitige Ruhigstellung der gebrochenen Gliedmaßen und fachkundiger Transport in geeigneten Krankenwagen gefordert. Intravenöse Infusion und Bluttransfusion scheinen gute Dienste zu leisten, bei Lungen-F.E. auch Aderlaß. Chloroform- und Äthernarkosen sind ebenso zu vermeiden wie intravenöse Äthereinspritzungen. Das angeschlossene Schriftenverzeichnis, in dem auch Gerichtsmedizinische Arbeiten aufgenommen sind, umfaßt 125 Autoren. Die ihrem Titel nach für den Kliniker bestimmte Abhandlung stellt durch gründliches Eingehen auf alle diesbezüglichen Fragen und deren kritische Würdigung eine willkommene Bereicherung des Schrifttums dar. *Fritz* (München).

**McLester, James B., J. D. Bush and J. S. Du Bois: Congenitally double left auricle.** (Angeboren doppelter linker Vorhof. Bericht über einen Fall.) Amer. Heart J. **19**, 492—496 (1940).

Ein 18jähriger Weißer, der vorher nur leichte Herzbeschwerden gehabt hatte,

starb während einer Krankenhausbehandlung, die wegen plötzlicher Verschlimmerung seines Zustandes nötig geworden war, unter den Zeichen eines Herzfehlers. Bei der Leichenöffnung wurde eine sehnige Platte gefunden, die quer durch den linken Vorhof gespannt war und ihn dadurch in 2 Teile spaltete. Das Diaphragma hatte 2 schlitzförmige Öffnungen von 0,5 : 0,2 bzw. 0,3 cm Größe. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Levitt, Abel, Dexter S. Levy and James R. L. Cole: Dissecting aneurysm of the aorta. Case report.** (Dissezierendes Aneurysma der Aorta. Bericht über einen Fall.) (*Med. Serv., Edward J. Meyer Mem. Hosp. [Buffalo City Hosp.] a. School of Med., Univ., Buffalo.*) J. Labor. a. clin. Med. **26**, 290—293 (1940).

Ein 51jähriger weißer Heizer hatte schon mehrfach Beschwerden gehabt, die als Anfälle von Herzasthma gedeutet wurden. Er starb unter den Zeichen einer Herzschwäche. Bei der Leichenöffnung fand sich ein unmittelbar über den Aortenklappen beginnendes dissezierendes Aneurysma der Aorta, das in den damit verwachsenen Herzbeutel durchgebrochen war. Gerstel (Gelsenkirchen).

**Reiner, Ortwin: Erweiterung der Lungenschlagader und Insuffizienz der Pulmonalklappen.** (*II. Med. Klin., Univ. München.*) Dtsch. med. Wschr. **1940 II**, 1272—1275.

Bericht über einen Fall:

Die 25jährige, zarte Frau, der ihr Herzfehler von Kind an bekannt war, dekompensierte gegen Ende der 2. Schwangerschaft und kam danach in Behandlung. Es bestanden Akrocyanose, Dyspnoe, leichte Stauungsbronchitis, jedoch keine Ödeme und keine Trommelschlegelfinger. Herz perkussorisch nach beiden Seiten verbreitert. In Gegend der Herztaille eine nach außen und oben bogenförmig begrenzte Dämpfung mit fühlbarem diastolischem Schwirren im 3. I.C.R. parasternal. Auskultatorisch ist dort ein sehr lautes diastolisches Geräusch zu hören, welches mit dem paukenden 2. Herzton einsetzt und mit dem sich deutlich abhebenden 1. Ton abbricht. Die Systole erscheint als Pause. Die Herzschallaufnahme gibt diese Befunde sehr getreu wieder. Über den übrigen Teilen des Herzens sind die Töne und das Geräusch leise. Die Röntgenuntersuchungen und das Kymogramm ergeben die Zugehörigkeit der erwähnten Ausbuchtung zum Anfangsteil der Pulmonalis und eine Verbreiterung des Herzens nach rechts und links. Im Ekg. Rechtsverspätung und Zeichen von Coronarinsuffizienz.

Nach Besprechung und Ausschluß der differentialdiagnostischen Möglichkeiten wird ein Aneurysma der Art. pulmonalis mit sekundärer Pulmonalklappeninsuffizienz und ein offener Ductus arteriosus Botalli auf Grund folgender Befunde angenommen: Celerität des Pulmonalpulses (Kymogramm) als Ausdruck schwerer Klappeninsuffizienz, sakkadiertes Atmen infolge großer Druckschwankungen im Lungenkreislauf, Verbreiterung des Herzens nach beiden Seiten und Ausbuchtung der Art. pulmonalis, sehr lauter  $P_2$  und lautes diastolisches Geräusch über der Pulmonalis. Das Fehlen eines systolischen Geräusches bei angenommenem offenem D. B. ist völlig atypisch und auffallend. Der akustische Befund wird folgendermaßen erklärt: Durch den Anprall der unter hohem Druck stehenden Blutsäule auf die sklerosierten Pulmonalklappen erzeugen diese durch frequente Schwingungen den lauten  $P_2$ . Danach setzt sogleich der Rückstrom durch die insuffizienten Klappen zur rechten Kammer als lautes diastolisches Geräusch ein. Das Fehlen des für offenen D. B. charakteristischen systolischen Geräusches wurde im Schrifttum bisher noch nirgends erwähnt.

W. Frenkel (Rheydt).

**Sarre, H.: Hochdruck nach Trauma. (Zur Frage des zentrogenen Hochdruckes.)** (*Med. Klin., Univ. Frankfurt a. M.*) Dtsch. Arch. klin. Med. **187**, 76—88 (1940).

Bei einem 23jährigen Mann hatte sich im Anschluß an ein Kopftrauma, das nicht zur Bewußtlosigkeit, aber zu Kopfschmerzen und Erbrechen führte, ein Hochdruck entwickelt. Nach der Anamnese und nach dem Befund wurde das Schädeltrauma als Ursache des jugendlichen Hochdruckes angesehen. Der Hochdruck bestand seit dem Trauma  $1\frac{1}{2}$  Jahre. Die Analyse des Falles zeigte, daß es sich um einen Hochdruck mit Sympathicusüberfunktion, mit Tachykardie und Minutenvolumensteigerung handelte. Der Hochdruck wurde nach der kreislaufanalytischen Charakterisierung als ein „Minutenvolumenshochdruck“ mit hyperthyreotischen Zeichen aufgefaßt. Eine echte Thyreotoxikose wurde ausgeschlossen, dergleichen eine Störung des elastischen und peripheren Kreislaufwiderstandes. Es handelte sich um einen „neurogenen“ Hochdruck besonderer Art. Da durch den unmittelbaren Zusammenhang mit dem Schädeltrauma eine ursächliche Verknüpfung angenommen werden

mußte, wurden Zwischenhirnläsionen der vegetativen Zentrengruppe vermutet, wie sie nach *Commotio* und *Contusio* bekannt sind und die sich in der einen oder anderen vegetativen Weise äußern können und in dem vorliegenden Falle wohl gerade die Vasomotorenzentren ergriffen haben. Der Minutenvolumenhochdruck ist durch einen vegetativen sympathicotonischen Erregungszustand ausgelöst. Diese Fehleinstellung des Blutdruckes ist danach durch Regulationen hervorgerufen, wie sie dem Körper auch physiologischerweise bei Arbeit, Erregung usw. möglich sind. Diese Fehleinstellung hat in dem vorliegenden Falle nichts mit der essentiellen Hypertonie des mittleren Lebensalters zu tun. Der beschriebene Fall ist hinsichtlich der Möglichkeit des Auftretens einer Blutdruckerhöhung nach Schädeltrauma von Bedeutung und weist auf das Hochdruckproblem für die Sozialmedizin hin. Es wird eine Parallele zu dem Auftreten einer Hypertonie nach Encephalitis und CO-Vergiftung mit Stammhirnschädigung gezogen. *Budelmann (Hamburg).*

**Pichotka, Josef:** Über die histologischen Veränderungen der Lunge nach Atmung von hochkonzentriertem Sauerstoff im Experiment. (*Inst. f. Luftfahrtmed. Path., Reichsluftfahrtministerium, Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Beitr. path. Anat. **105**, 381 bis 412 (1941) u. Freiburg i. Br.: Diss. 1941.

Verf. verwandte eine Kammer, die ganz aus Glas war und die gleichzeitig 4 Meer-schweinchen aufnehmen konnte. In diese Kammer wurde über einen Narkoseapparat Sauerstoff zugeführt. Die Regulierung des Sauerstoffstromes erfolgte nach dem Analysenergebnis der ausströmenden Luft, die alle 2 Stunden durchgeführt wurde. Die Sauerstoffkonzentration wurde zwischen 80 und 96,5% gehalten. Die anatomischen Befunde ergaben eine deutliche Vergrößerung der Lungen. Alle Lungen waren deutlich gefleckt, weiterhin fand sich ein mehr oder minder stark ausgebildetes Ödem. Auch eine Dilatation des Herzens wurde festgestellt. Histologisch sah man als früheste Veränderung und als Ausdruck der mildesten Schädigung der Lunge die Anfüllung von Alveolargruppen mit Ödemflüssigkeit, hier lag also lediglich eine Exsudation von Blutserum in die Alveolen vor. Der stärkere Grad der Schädigung zeigte daneben ein Fibringespinnst, woraus hervorgeht, daß eine Steigerung der Durchlässigkeit der Alveolar- und Capillarmembran vorhanden war. Noch schwerere Veränderungen sind in der Beimischung von Leukocyten zu sehen. Besonders wichtig aber war der Nachweis von eigenartigen Membranbildungen in den Bronchioli respiratorii und an der Wand der Alveolargänge und der Alveolen. Es handelte sich um mehr oder weniger breite hyaline Bänder, denen an den kleineren Bronchien Kerntümmer untergegangener Epithelien beigemischt waren. An den Alveolen waren in den Membranen stellenweise nekrotische Alveolarepithelien mit zerfallenen Kernen eingelagert. Es handelte sich um Quellungsnekrosen oder fibrinoide Nekrosen. Darüber hinaus wurde sowohl an den Alveolarepithelien wie an Septumzellen hin und wieder eine grobe Vakuolenbildung im Protoplasma mit Verdrängung des Kernes an die Peripherie der Zelle nachgewiesen. Zusammenfassend kann man sagen, daß wir schwere Veränderungen im Sinne eines Ödems oder einer herdförmigen Entzündung der Lunge haben. Das Bild der Schädigung glich am meisten dem der Schädigung der Lungen durch Phosgen. *Förster.*

**Lotter, Hans:** Über eine schwere Mißbildung der linken Lunge (angeborenes Cystadenom) bei einer mit angeborener Wassersucht verbundenen Frühgeburt im 8. bis 9. Monat. (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 24 S.

Verf. beschreibt eine schwere Mißbildung der linken Lunge (angeborenes Cystadenom) bei einer Frühgeburt im 8. bis 9. Monat mit angeborener Wassersucht. Bei gleichzeitig universellem Ödem und einer Chondrodystrophie handelte es sich um eine diffuse Fehlbildung der Lungensystemanlage der ganzen linken Lunge; daneben noch um ein in einem hyperplastischen linken Lungenoberlappen eingebettetes, zum Teil papillär gebautes Cystadenom und um eine einkammrige große cystische Mißbildung im linken Lungenunterlappen. Die durch die starke Vergrößerung der linken Lunge bedingte allgemeine Wassersucht wurde zum Geburtshindernis, so daß die Frühgeburt in der Geburt absterben mußte. Auf die Bedeutung des Falles im Zusammenhang mit § 90 StPO wird verwiesen. *Rudolf Koch (Münster i. Westf.).*

**Siemens, W.:** Nierenmißbildung in Form der zweigeteilten Langniere (*Ren elongatus bipartitus*). (*Chir. Univ.-Klin., Kiel.*) *Dtsch. Z. Chir.* **254**, 213—226 (1940).

Beschreibung eines Operationspräparates. Exstirpation infolge eines Nierenbeckensteines. Die Niere ist lang ausgezogen, weist aber in der Mitte eine tiefe Einschnürung auf, so daß sie wie zweigeteilt aussieht. Da die mikroskopische Untersuchung keine Anhaltspunkte für Narbenbildung ergab, wird die Veränderung als angeborene Mißbildung aufgefaßt. *B. Mueller* (Heidelberg).

**Herzog, Arnold:** Die Grundlagen des pathologischen Pyelogramms. (*Röntgeninst., Werkspit., Mährisch-Ostrau-Witkowitz.*) *Z. Urol.* **34**, 273—282 (1940).

Die röntgenologische Untersuchung der Harnwege stellt nur eine Teiluntersuchung dar und erhält erst in Verbindung mit der klinischen und urologischen Untersuchung ihren vollen Wert. Veränderungen des Pyelogramms ohne Funktionsstörung und ohne pathologische Harnbestandteile können durch Außendruck hervorgerufen werden (pararenale und intrarenale Erkrankungen). Bei akuter Verletzung der Nieren stehen die klinischen und urologischen Symptome im Vordergrund. Auf die schwierige Deutung des transvesikalen Pyelogramms nach Perforation der Nieren mit dem Katheter wird hingewiesen. Die einzelnen röntgenologischen Untersuchungsarten (Lehrfoto, seitliche Aufnahme usw.) ergänzen sich gegenseitig. Der Nierenuntersuchung soll keine andere, mit dem Gebrauch von Kontrastmitteln anzuwendende Untersuchung vorausgehen. Auf die Bedeutung des Spasmen wird hingewiesen. (Die Ansicht jedoch, daß die intravenöse Pyelographie „kaum mit einer Belastung des Patienten verbunden ist“, dürfte irrig sein. — Vgl. dazu diese *Z.* **33**, 486, „Todesfall nach Perabrodil-Injektion“. Ref.) *Jungmichel* (Göttingen).

**Miknat, Günther:** Das Chorionepitheliom des Hodens. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Köln-Deutz.*) *Zbl. Chir.* **1941**, 249—253.

Mitteilung eines Falles von hühnereigroßem, knolligen, blutig-imbibierten Tumor des rechten Hodens bei 44jährigem Mann. Mikroskopisch reines Chorionepitheliom (Ch.). Die Diagnose wurde erst bei der Operation gestellt (Semikastration). Die außerordentlich bösartige Geschwulst ist als Abkömmling der totipotenten Blastomeren anzusehen. Sie kann auch als Bestandteil eines teratoiden Mischtumors vorkommen. Die Schwangerschaftsreaktion im Harn war wie stets bei Ch. positiv. Eine sonst bei Ch. gelegentlich beobachtete Gynäkomastie war nicht vorhanden. Tod 4 Wochen nach der Operation infolge Gehirnmetastasen (Kopfschmerzen und Lähmungserscheinungen). Wiederholt Bluthusten. Röntgenologisch multiple Metastasen in den Lungen. Auffallend war der gute Allgemeinzustand (Sektion wurde verweigert). — Verf. weist darauf hin, daß der nicht selten bei malignen Hodentumoren vorhandene Erguß in die Tunica vaginalis zu der Diagnose einer traumatischen Hämatocele verleiten könne. Deshalb sei jeder Fall von unklarer Hydro- oder Hämatocele frühzeitig chirurgischer Behandlung zuzuführen. *Zech* (Wunstorf i. Hann.).

**Rosenbaum, S.:** Beitrag zur Pathologie und Morphologie der Disgerminome. (*Path. Inst., Heinrich Braun-Krankenh., Zwickau i. Sa.*) *Zbl. Gynäk.* **1941**, 279—283.

Bei einem 11jährigen Mädchen trat eine Geschwulst im Unterleib auf, die drei Querfinger über den Nabel reichte. Operativ wurde ein kokosnußgroßes Gebilde entfernt, das sich als tiefstehende, unreife Geschwulst aus Nestern und Strängen kleiner Rundzellen erwies. Der Tumor gehört zu den Disgerminomen und war gutartig.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**D'Agostino, Mario, e Giovanni Sandrini:** Sui tumori lipoidi retroperitoneali e pararenali. (Über die retroperitonealen und pararenaalen Lipome.) (*Sez. Chir., Osp. Civ., Imola.*) *Clinica* **6**, 503—515 (1940).

Im Anschluß an je einen Fall der beiden Tumorarten, die aus reinem Fettgewebe bestanden und bei denen die vollständige operative Entfernung und Heilung gelang, wird das Schrifttum dieser Tumorarten zusammengefaßt. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Schulte, Anneliese: Über unspezifische entzündliche Dickdarmgeschwülste und ihre Differentialdiagnose gegenüber dem Carcinom.** (*Chir. Klin., Antonius Hosp., Köln.*) Arch. klin. Chir. 199, 465—481 (1940) u. Köln: Diss. 1940.

An Hand von 4 Fällen wird gezeigt, daß die klinische Abgrenzung zwischen entzündlichem Dickdarntumor und Carcinom erhebliche Schwierigkeiten bereiten kann. Alle 4 Fälle hatten klinisch den Eindruck entzündlicher Dickdarntumoren gemacht, 3 erwiesen sich tatsächlich als solche, während der 4. ein Carcinom war, welches nur durch eine Komplikation (Perforation mit Absceßbildung) seinen entzündlichen Charakter erhalten hatte. Das Krankheitsbild entzündlicher Dickdarmgeschwülste wird unter weiterer Zugrundelegung von 100 aus dem Schrifttum gesammelten Fällen eingehend besprochen. Befallen wird vorwiegend das mittlere und höhere Lebensalter, und zwar das männliche Geschlecht doppelt so oft wie das weibliche. Die chronische Form der Erkrankung überwiegt gegenüber der akuten bei weitem. Charakteristisch ist, daß sich zwischen den jahrelangen Beschwerden häufig Zeiten von Wohlbefinden einstellen. Die Abgrenzung gegenüber dem Dickdarmcarcinom ist deshalb schwierig, weil letzteres durch Komplikationen auch entzündliches Gepräge annehmen kann. Am wichtigsten für die Unterscheidung ist der Röntgenbefund. Für Carcinom spricht: Zackige, unregelmäßige Stenosestraße, Starre und Unebenheit der Tumoroberfläche, in deren Bereich das normale Relief durch höckerige Erhabenheiten oder Ulcerationen, durch Vertiefungen und Kraterbildung verändert ist. Beim entzündlichen Tumor sieht man dagegen eine einfache trichterförmige Verengung nach beiden Seiten, im Schleimhautbild formenreiches Relief, vermehrte Querfältelung, etwas ausgefranste, spitzenartige Konturen, Schleimhaut im großen ganzen intakt. Ein charakteristisches Merkmal des entzündlichen Dickdarntumors ist schließlich die Variabilität des Röntgenbildes. — Nach Ausschaltung des Tumors durch Anastomose oder Fistel kann er ausheilen. Als Therapie kommt in der Hauptsache die ein- oder zweiseitige Resektion in Betracht, in selteneren Fällen die einfache Absceßincision, Abtragung oder Übernähung der Divertikel, Anastomose oder Anus praeter. *Beil (Göttingen).*

**Weinfurter, Max: Über metastatische Rückenmarkseiterung nach traumatisch entstandenem Panaritium.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.*) München: Diss. 1940. 20 S.

Metastatischer subduraler Absceß zwischen D II—D V und eitrige spinale Meningitis (hämolyisierende Staphylokokken) nach ossalem Panaritium des rechten Zeigefingers infolge Disteldorneinstoßung bei 49jähriger Frau. Die ziemlich plötzlich entstandene Querschnittslähmung, derentwegen Laminektomie ausgeführt wurde, wird in nicht ganz verständlicher Weise durch „eine plötzliche arterielle Einschwemmung“ erklärt. Histologische Befunde sind nicht mitgeteilt. (Vielfach ist die häufig schon im Beginn zu beobachtende schwere Rückenmarksstörung nur Folge von Zirkulationsbehinderung und Ödembildung; Ref.). Die Frage nach ärztlicher Schuld an dem Tode der Kranken — unsachgemäße Behandlung des Panaritium durch feuchte Umschläge — wird verneint. *Zech (Wunstorf i. Hann.).*

**Löhe, H.: Über den syphilitischen Primäraffekt der Mundhöhle.** (*Dermatol. Abt., Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Arch. Ohr- usw. Heilk. 148, 117—121 (1940).

Verf. berichtet von einigen syphilitischen Primäraffekten der Mundhöhle. Bei 2 Fällen handelte es sich um Tonsillarschanker, der 3. Fall täuschte einen Primäraffekt am Zungenbändchen vor und der 4. Fall brachte eine sehr seltene Beobachtung einer syphilitischen Sklerose am Ausführungsgang der Parotis. *Förster.*

**Behr, Valentin: Die Aortensyphilis.** (*Sanat. Behr-Mitscherlich, Bad Kissingen.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1941, 55—60.

Die Arbeit, die in ausführlicher Weise auf die Therapie eingeht, bringt hinsichtlich Diagnostik und pathologischer Anatomie nichts wesentlich Neues. Betont wird, daß der plötzliche Herztod um das 50. Jahr recht oft auf luischen Gefäßveränderungen beruht, wobei die Beteiligung der Kranzgefäße (Aortitis coronaria) eine wesentliche

Rolle spielt. Die Ausbildung eines vikariierenden Kollateralkreislaufes bei Stenose der Coronarostien erklärt die Fälle von plötzlichem Herztod aus scheinbar voller Gesundheit. Ein kausaler Zusammenhang zwischen spezifischer Therapie und plötzlichem Tod ist unbewiesen, da dieser auch bei unbehandelter Mesaortitis vorkommt. Immerhin muß die spezifische Behandlung zur Vermeidung einer Herzheimerschen Reaktion, die durch reaktive Schwellung der Kranzgefäße anginösen Status und Herzinsuffizienz auslösen kann, mit größter Vorsicht begonnen werden. *Zech* (Wunstorf i. Hann.).

**Marchesani, O.:** Über rheumatische Entzündungen des Auges. (*Univ.-Augenklin., Münster i. W.*) *Klin. Mbl. Augenheilk.* **106**, 1—20 (1941).

Über die Genese der entzündlichen Veränderungen an Sklera und Hornhaut bestehen noch viele Unklarheiten. Ein großer Teil, namentlich die herdförmigen Iritiden, sind sicher spezifischer (Tbc. und Lues), zum Teil als infektiös-rheumatischer Natur anzusehen auf Grund einer allergisch hyperergischen Entzündungsbereitschaft, wobei die Frage, ob echte Metastase von belebten Keimen oder Toxine ursächlich in Betracht kommen, ebenso offen bleibt wie die, ob ein sog. „tuberkulöser Rheumatismus“ vorliegt, was bei den nachgewiesenen Beziehungen des akuten Rheumatismus zur Tuberkulose nicht auszuschließen ist. Die bisher häufig unbefriedigende Pathogenese vieler Augenentzündungen vermag unter dem Gesichtspunkt der neuen Rheumatismus- bzw. Allergieforschung in vielen Fällen Aufklärung zu bringen. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Jacobi, J.:** Unfall und Stoffwechselkrankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung der Zuckerkrankheit. (*Med. Abt., Marienkrankenh., Hamburg.*) *Mtschr. Unfallheilk.* **47**, 129—149 (1940).

Verf. untersucht die Zusammenhänge zwischen Unfall und folgenden Stoffwechselkrankheiten: Gicht, Fettsucht, Diabetes insipidus, Diabetes mellitus. — Nach der Eigenart der Gicht als Harnsäureidiathese sind abgesehen von fraglichem ursächlichem Zusammenhang mit chronischen Bleivergiftungen, über den die Ansichten der einzelnen Autoren sich widersprechen, keine sonstigen Zusammenhänge der Erkrankung mit Unfällen nachweisbar. — Für die Fettsucht, deren verschiedene Formen berücksichtigt sind, werden mehrere Ursachen im Sinne des Themas nachgewiesen: Langdauernde Bettruhe und Bewegungseinschränkung nach Unfällen, traumatische oder infektiöse Schädigungen endokriner Drüsen, die im einzelnen besprochen werden. — Der Diabetes insipidus kann als Folge von Infektionskrankheiten und von traumatischen Einwirkungen auf das Hypophysen-Zwischenhirnsystem auftreten. — Die Untersuchungen über den Diabetes mellitus werden besonders eingehend mitgeteilt: Es wird zunächst der echte pankreatogene Diabetes, der stets auf einer Insulininsuffizienz beruht, scharf abgegrenzt gegenüber allen Formen der extrainsulären Glykosurie. Nach Auswertung aller wesentlicher Theorien zu diesem Problem wird die Feststellung getroffen, daß ausschließlich schwere Oberbauchtraumen mit direkter Einwirkung auf die Bauchspeicheldrüse ebenso wie direkt auf das Pankreas übergreifende Entzündungen oder langdauernde Infekte eine echte diabetische Stoffwechselstörung auszulösen vermögen. *E. Frommelt* (Berlin).

### **Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.**

**Dahr, Peter:** Blutgruppenforschung und ärztliche Praxis. (*Hyg. Inst., Univ. Köln.*) *Dtsch. Ärztebl.* **1941**, 37—40.

Zusammenfassende Darstellung der neueren Ergebnisse der Blutgruppenforschung, soweit sie von praktisch-ärztlicher Bedeutung sind. Verf. weist unter anderem darauf hin, daß die verbreitete Meinung, AB-Menschen seien Universalempfänger, O-Menschen Universalspender, vom serologischen Standpunkt aus wegen der möglichen unerwünschten Wirkung des Spenderserums auf die Empfänger-Blutkörperchen nicht voll vertreten werden kann. O-Blut kann zur Universalspendung nur bei niedrigem Agglutinititer, etwa bis 10 oder 20, unbedenklich verwandt werden. Nur der technischen Einfachheit halber kommt bei der Wehrmacht als Blutkonserve lediglich O-Blut zur An-