

meiden sein soll; alle Patienten mit hämorrhagischer Diathese, d. h. Neigung zu Blutung, sind von der Punktion auszuschließen. An der Hand von Bildern werden solche mikroskopische Punktatschnitte erläutert.  
Merkel (München).

### Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

**Schiemann: Cutis laxa mit erhöhter Verletzbarkeit der Haut.** (*Univ.-Hautklin., Kiel.*) Arch. f. Dermat. **181**, 507—520 (1940).

Verf. berichtet von einer stark dehnbaren Haut, die bei einem Manne gelegentlich einer Verletzung festgestellt wurde. Der Fall wurde cytologisch, blutchemisch und histologisch untersucht, auch die Dehnbarkeit der Haut einer den ganzen Körper erfassenden Messung unterworfen. Die in der Literatur besprochenen Fälle und der beschriebene sprechen für Vererbung. Verf. steht auf dem Standpunkt, daß erst die funktionelle Beanspruchung der Haut diese ausdehnt. Auf Grund der histologischen Untersuchung muß man einen Degenerationsprozeß des kollagenen Gewebes annehmen, wobei schwer zu entscheiden ist, was primäre Veränderung und Folge übermäßiger Dehnung ist. Besonders fiel die Erweiterung der Lymphbahnen auf und die zweifellos vorhandene Hypertrophie der Hautmuskeln.  
Förster (Marburg a. d. L.).

**Zanotti, Mario: Sulla valutazione medico del m. di Kümmel.** (Zur gerichtlich-medizinischen Beurteilung der Kümmellschen Krankheit [Spondylopathia traumatica Kümmell].) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Modena.*) Giorn. Clin. med. **21**, 1333—1339 (1940).

Bericht über einen Fall. Die Beurteilung des ursächlichen Zusammenhanges ist bei einmal gesicherter Diagnose weniger schwierig, obwohl amerikanische Autoren bei Reihenuntersuchungen Gesunder feststellen konnten, daß ein wesentlicher Prozentsatz der Untersuchten alte Wirbelsäulenschäden, Anomalien usw. hatten. Schwieriger ist die Abschätzung der Erwerbsbeschränkung, weil die Erkrankung zu fortschreitenden Veränderungen neigt und der Zeitpunkt des Stationärwerdens nicht abzusehen ist. Von manchen Autoren wird eine weitgehende Restitution nach operativem Vorgehen berichtet, andere ziehen konservative Maßnahmen vor. Der primäre Schaden an der Wirbelsäule läßt keinen prognostischen Schluß zu, die Beurteilung hat sich jeweils nach den eingetretenen sekundären Folgen zu richten.  
Elbel (Heidelberg).

**Imhäuser, Günther: Beitrag zur Frage der Rippenknorpelverkalkungen.** (*Orthop. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. orthop. u. Unf.-Chir. **40**, 538—544 (1940).

Bei der Untersuchung von Patienten mit Rückenschmerzen findet man auch bei Jugendlichen gelegentlich ausgeprägte Verkalkungen von Rippenknorpeln, im Röntgenbild dargestellt durch breite, kalkdichte Bänder entsprechend dem Rippenknorpelverlauf. Nach den spärlichen bisherigen Mitteilungen über diese Veränderungen beginnt diese Verkalkung der ersten Rippe um das 25. Lebensjahr und ist zwischen 30 und 35 Jahren bereits in 95—99% der Fälle vorhanden. Um diese Zeit beginnen auch bereits die Anfänge von Verkalkung der übrigen Rippenknorpel. Bei einem größeren hier untersuchten Material findet man hochgradige Verkalkungen schon in der Altersklasse von 10—20 Jahren, meist im Zusammenhang mit Schäden der Wirbelsäule.  $\frac{4}{5}$  aller beobachteten Fälle betrafen Kyphosen, Skoliosen, Spondylitis deformans, Störungen am lumbosacralen Übergang und traumatische Wirbelsäulenveränderungen. Alle Prozesse mit Beeinträchtigung der Bewegungsfähigkeit der Wirbelsäule und der Dehnungsfähigkeit des Brustkorbes führen zu frühzeitigen Verkalkungsprozessen der Rippenknorpel. Daneben spielen Druckveränderungen im Thorax, Lungenprozesse und Erkrankungen der Pleura eine Rolle. Zusammenhänge mit der Arteriosklerose im Sinne einer „frühzeitigen — gemeinsamen — Verkalkungsneigung der Gefäßwände, knorpeligen Zwischenwirbelscheiben und Rippenknorpel“ werden vermutet.  
Manz (Göttingen).

**Čičovački, Danilo: Zur Differentialdiagnose und Entstehung der Panmyelophthase.** (*II. Med. Univ.-Klin., Wien.*) Wien. Arch. inn. Med. **34**, 305—324 (1940).

Auf Grund von 3 eigenen Beobachtungen, wobei auch Knochenmarkspunktionen

ausgeführt wurden, wird das Bild des Knochenmarkschwundes und seiner Abgrenzung von atypischen Leukämieformen oder Endbildern von Leukämien geschildert. Bei den 3 Beobachtungen handelte es sich um Panmyelophthisen mit akuten rasch verlaufenden Krankheitsbildern, begleitender Anämie und schweren septischen Erscheinungen. Die Bilder des Knochenmarks waren in einem Fall ein zellreiches Promyelocytenmark, während im 2. Fall reine Zellarmut vorkam und der 3. Fall abwechselnd zellreiches und zellarmes Knochenmarkspunktat aufwies. Aus den begleitenden pathologischen Blutveränderungen einer Anämie, Lymphocytose, Thrombopenie und hämorrhagischen Diathese bei 2 Familienangehörigen in 2 der untersuchten Fälle wird auf die Bedeutung der konstitutionellen Veranlagung für die Entstehung der Aleukien geschlossen.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Hobbs, John E., and A. R. Bortnick: Endometriosis of the lungs. An experimental and clinical study.** (Endometriose der Lungen. Eine experimentelle und klinische Untersuchung.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Washington Univ. School of Med., St. Louis Maternity Hosp. a. Barnes Hosp., St. Louis.*) (65. ann. meet. of the Americ. Gynecol. Soc., Quebec, 17.—19. VI. 1940.) *Amer. J. Obstetr.* **40**, 832—843 (1940).

Endometriales Gewebe kann auf dem Venenwege transportiert werden. Beim Kaninchen kann das Endometrium über die Venen in die Lungen gelangen, dort lebensfähig bleiben und in das Parenchym eindringen. In den Lungen sich festgesetzte Uterusschleimhaut kann eine deciduale Umwandlung durchmachen, wenn das Versuchstier gravid wird. — Große Dosen oestrogener Stoffe stimuliert in den Lungen endometriales Gewebe; außergewöhnlich hohe Dosen können sogar das Gewebswachstum hemmen. Auf Grund der klinischen und experimentellen Untersuchungen kommen Verff. zu folgenden Ergebnissen: Blutungen an Stelle der eigentlichen Menstruation sind das Ergebnis endometrialer Gewebsversprengungen aus den Körperteilen, von denen die periodischen Blutungen ausgehen. Gewisse gut- und bösartige Tumoren der Lungen erwachsen aus endometrialem Gewebe. Pulmonale endometriale Implantate werden oft fälschlicherweise für Tuberkulose gehalten. *Rudolf Heemeyer* (Wiesbaden).<sup>oo</sup>

**Rössle, R.: Tuberkulose.** (*Path. Inst., Charité, Berlin.*) *Beitr. Klin. Tbk.* **96**, 1—14 (1941).

Es wird ein historischer Überblick über die Wandlung der wissenschaftlichen Auffassung über die Tuberkulose gegeben, in deren Mittelpunkt eine Kritik der Auffassung Emil von Behrings steht. Er selbst habe einmal das Wort von der „Komödie der Irrungen in der Tuberkulosegeschichte“ besprochen. Nach einer Entwicklung des Tuberkuloseproblems von Laënnec über Virchow und Koch wird auf die Vorstellungen Behrings bei der Entstehung der Lungenschwindsucht eingegangen, wie er sie beim Londoner Kongreß im Jahre 1901 formulierte: „1. Die Säuglingsmilch ist die Hauptquelle für die Schwindsuchtentstehung. 2. Die Schwindsucht ist nur der letzte Vers von dem Liede, dessen erster Vers dem Säugling schon an der Wiege gesungen wurde.“ So sehr diese Auffassungen unseren heutigen Kenntnissen widersprechen, zeigt doch die vom Votr. gegebene Darstellung, daß im Wandel unserer Kenntnisse es viel größere Schwankungen gegeben hat. Während noch vor einiger Zeit die Bedeutung einer Fütterungstuberkulose nicht voll erkannt war und auch von besonderen geographischen Verhältnissen in ihrer Häufigkeit abhängt, hat doch erst kürzlich die Tagung der Kinderheilkunde ihre große Bedeutung neben der Infektion durch Inhalation erwiesen. Für die Entstehung der Schwindsucht ist es dazu bis heute nicht erwiesen und nicht erweisbar, ob sie auf hämatogenem oder bronchogenem Wege entsteht, wenn auch für den letzten Weg nach Auffassung des Verf. wesentliche Momente sprechen. Verf. schließt in Bezug auf Behring seine Abhandlung mit dem Wort, das dieser einst als Kritik Robert Koch gegenüber ausgesprochen hat, dessen Gegner er in Tuberkulosefragen war: „Daß selbst der größte und klügste Mann dem Irrtum unterworfen sein kann, ist eine triviale Wahrheit.“ *Reinhardt* (Weißenfels).

**Vajda, Ludwig: Über die Tuberkulose der Eheleute.** (*Abt. f. Lungenkrankh. u. Lungenkrankenförs., Inst. f. Landessozialversich., Debrecen.*) Beitr. Klin. Tbk. **96**, 62—80 (1941).

Der Abhandlung liegt ein Material von 683 Fällen zugrunde. Nach einer eingehenden Übersicht über die einschlägige Literatur werden die eigenen Erfahrungen mitgeteilt. Bezüglich der Erkrankung der gesunden Ehepartner wird festgestellt, daß der Überinfektion eine entscheidende Rolle zukommt. Je schlechter die sozialen und hygienischen Verhältnisse sind, je weniger die notwendigen hygienischen Vorschriften Beachtung finden, desto größer ist die Zahl der Erkrankungen beim gesunden Ehepartner. Von Wichtigkeit sind ferner die besondere Disposition des gesunden Ehepartners und die Möglichkeit, die gegebenen Heilfaktoren auszunutzen. Es kommt darauf an, ob der kranke Ehepartner im Verlauf seiner Krankheit durch günstige oder ungünstige häusliche Verhältnisse beeinflußt wird. Heiratet eine tuberkulinnegative Person, einen Offentuberkulösen, so gibt dieses besonders ungünstige Ergebnisse.

*Reinhardt* (Weißenfels).

**Hellerström, S.: Tuberkuloser Primäraffekt der Genitalschleimhaut und Haut.** (*Tbk.-Ärzte-Vereinig. u. Dermatol. Ges., Stockholm, Sitzg. v. 10. V. 1939.*) Nord. Med. (Stockh.) **1940**, 1925 [Schwedisch].

**Hellerström, Sven: Contribution à la connaissance de l'infection tuberculeuse primaire de la peau et de la muqueuse.** (Beitrag zur Kenntnis der tuberkulösen Primärinfektion der Haut und Schleimhaut.) (*Serv. de Dermatol. et de Syphilidol. et Laborat. Anat.-Path., Hôp. St. Göran, Stockholm.*) Acta dermato-venereol. (Stockh.) **20**, 276—301 (1939).

Verf. berichtet im Anschluß an analoge Fälle zwei eigene Beobachtungen. Eine 22jährige Patientin erkrankte etwa 4 Wochen nach dem Verkehr mit einem Manne, welcher 8½ Monate vorher eine Nephrektomie und eine Uretersteinoperation wegen Urogenitaltuberkulose durchgemacht hatte, an einer käsig-tuberkulösen Leisten-drüsenentzündung, welche Ähnlichkeit mit einem Lymphogranuloma inguinale hatte. Der Urin des Mannes ergab eine positive Meerschweinchenprobe. Bei der Patientin bestand neben der linken Bartolinischen Drüse ein rundliches eitriges Geschwür in einer Größe von 5 × 4 mm und mit einer Tiefe von 2 mm. — Der 2. Fall betraf einen 19jährigen Mann, ebenfalls aus nichttuberkulöser Familie, welcher vor 6 Wochen durch einen Unfall in einer Schwimmhalle eine leichtblutende Excoriation dicht an der Nasenwurzel davongetragen hatte. Zur Zeit des Unfalls war die Tuberkulinreaktion nach Mantoux bis zu 1 mg negativ, 6 Wochen später bei der Dosis 1 : 1000 positiv. Es hatte sich jetzt an der Stelle des Primäraffektes und in seiner Umgebung ein knötchenförmiger Lupus entwickelt (Trauma und viscerale Tbc.? Ref.). Verf. glaubt, daß die Lupusnatur dieser zweiten Erkrankung der Haut durch die auffallend schnell aufgetretene Allergie bestimmt wurde.

*O. Dittrich* (Breslau).°°

**Luisada, Aldo: The pathogenesis of paroxysmal pulmonary edema.** (Die Pathogenese des akuten Lungenödems.) (*Laborat. of Pharmacol., Middlesex Univ., Waltham.*) Medicine **19**, 475—504 (1940).

Es handelt sich um ein ausführliches Übersichtsreferat über das akute Lungenödem unter Berücksichtigung der gesamten einschlägigen Literatur. In seinen Ausführungen wendet sich Verf. besonders gegen die, die auch heute noch das Auftreten des Lungenödems rein mechanisch mit einem Versagen des linken Herzens erklären wollen. Daß diese Annahme naheliegt, gibt Verf. zu: Am häufigsten wird das akute Lungenödem beobachtet bei Aorteninsuffizienz, Mitralfehlern, diffuser Sklerose des Myokards und Coronarthrombose. Die Tatsache jedoch, daß das Auftreten von Lungenödem bei derartigen Krankheiten durch Kompression des Sinus caroticus, durch Procaininjektion des Vagus verhindert werden kann, gibt den Beweis für die Unrichtigkeit der mechanischen Auffassung von der Entstehung des Lungenödems. Dazu kommt, daß Lungenödem entsteht durch Krankheiten des Zentralnervensystems, des Hirns und durch Eingriffe am Ganglion stellatum ausgelöst werden kann. — Reflek-

torisch entsteht das Lungenödem durch Einatmung giftiger Gase, z. B. von Kampfgasen, in beiden Lungen selbst nach kleinen Infarkten einer Lunge, bei Ertrinken und in den nicht hepatisierten Lungenabschnitten bei Pneumonie. — Häufig wird das Lungenödem bei Urämie, Beri-Beri und anderen vom Zentralnervensystem aus wirkenden Krankheiten erzeugt. Noch überzeugender als diese Beobachtungen an Menschen, die durch entsprechende klinische Befunde ergänzt werden, die die Unhaltbarkeit einer mechanischen Entstehung des Lungenödems beweisen, sind die Ergebnisse der Tierversuche. Abgesehen von — unphysiologischen — Versuchen an Herz-Lungenpräparaten werden Versuche beschrieben, in denen durch Eingriffe an der Aorta, den Pulmonalvenen, Injektionen in die Herzmuskulatur reflektorisch Lungenödem erzeugt wird. Beweisend für die nervale Natur des Lungenödems sind aber dann diejenigen Versuche, nach denen Eingriffe an den Vagi, an der Medulla, suboccipitale Injektion von Veratrin, Unterbindung der Carotiden Lungenödem hervorrufen. Das Adrenalin-Lungenödem kann durch Eingriffe am Nervensystem verhindert werden, wird durch Morphium und die üblichen Narcotica aufgehoben, ebenso — reflektorisch — durch größere operative Eingriffe. — Das Ergebnis dieser ausführlichen Betrachtungen ist, daß Lungenödem durch direkte Erregung des Zentralnervensystems entstehen kann, z. B. durch Schädelbrüche, Hirnblutungen, Encephalitis und zahlreiche Eingriffe am Zentralnervensystem, außerdem auch reflektorischer Reizung seine Entstehung verdankt, wie das z. B. bei gleichzeitig bestehenden Herzbefunden angenommen werden muß. In jedem Falle ist die neurogene Entstehung des Lungenödems bewiesen. Die mechanische Auffassung muß aufgegeben werden. *Reinhardt (Weißenfels).*

**Lenggenhager, K.: Über ein Spätsymptom bei Fettembolie.** (*Chir. Univ.-Klin., Bern.*) Schweiz. med. Wschr. 1941 I, 38—40.

Die vorliegende Arbeit versucht eine Erklärung für ein typisches Spätsymptom der Fettembolie zu geben, nämlich für den progressiven Hämoglobinsturz. Verf. wurde zu seinen Untersuchungen durch die Beobachtung angeregt, daß in Fällen schwerer Zertrümmerungen von Ober- oder Unterschenkel bei Unfällen an den Patienten bei der Einweisung häufig eine auffallende Blässe und in den nächsten Tagen ein Absinken des Hämoglobingehalts gelegentlich bis zu 50% festzustellen war, auch wenn kein entsprechend großer Blutverlust nach außen oder kein großes Frakturhämatom vorlag. In den meisten der beobachteten Fälle stieg der Hämoglobingehalt später langsam wieder an, was mit allgemeiner Erholung der Patienten einherging. In 2 Fällen kam es zum Exitus. Die Sektion ergab neben einer Bronchopneumonie Fettembolien in Lungen, Gehirn und anderen inneren Organen. Eine etwaige Verursachung des Hämoglobinsturzes durch die Pneumonie wurde nicht angenommen, da in anderen Fällen von Tod durch Pneumonie ohne gleichzeitige Fettembolie kein Absinken des Hämoglobingehalts festzustellen war. — Verf. kommt daher zu der Auffassung, daß eine Hämoglobinabnahme stärkeren Ausmaßes ohne klinische Erklärung Folge einer Fettembolie sein könnte. Die aus dem verletzten Knochenmark stammenden Fetttropfchen werden auf dem Blutwege verschleppt und bleiben mit der Zeit in den engen Capillaren der Lunge, aber auch anderer Organe, hängen. Die Blutsäulen, die sich in dem betreffenden Capillargebiet vor und hinter einem Fetttropfen stauen, fallen für den Kreislauf aus, d. h. die zirkulierende Blutmenge wird verkleinert. Der Körper reagiert hierauf zunächst durch eine kompensatorische Verengung der Gefäße zur Erhaltung des Blutdrucks (Blässe!). In einigen Stunden beginnt als zweite Reaktion des Körpers auf Blutverlust das Einströmen von Gewebsflüssigkeit in die Blutbahn und damit die Verdünnung, d. h. also die Abnahme des Hämoglobins. Die maximale Erniedrigung des Hämoglobingehalts ist nach etwa 3—4 Tagen erreicht. Die Entwicklung verläuft progressiv entsprechend dem allmählichen Hineinpressen weiterer Fetttropfen aus der Frakturstelle in die Knochenmarksvenen und von da in die venöse Blutbahn. Ist die maximale Erniedrigung des Hämoglobingehalts erreicht, so setzt als dritte Reaktion die Nachlieferung von Erythrocyten ein; der Hämoglobingehalt steigt

langsam wieder an. — Diese Erklärung des Hämoglobinsturzes durch Fettembolie fand Verf. auch im Tierversuch bestätigt. Kaninchen zeigten nach intravenöser Injektion von Olivenöl die gleiche typische Hämoglobinabnahme, wie sie entsprechend auch nach Blutentnahmen auftrat, wodurch die Identität der Wirkung eines Blutverlustes mit der einer Fettembolie erwiesen sei. — Auf Grund dieser Erkenntnisse gibt Verf. Hinweise für die Therapie.

Buhtz (Breslau).

**Ackerman, Lauren V., and Kazumi Kasuga: Chronic cor pulmonale. Its relation to pulmonary tuberculosis.** (Chronische Überbelastung der rechten Herzhälfte. Ihre Beziehung zur Lungentuberkulose.) (*Div. of Med. a. Path., Univ. of California Med. School, San Francisco.*) Amer. Rev. Tbc. 43, 11—30 (1941).

Während sich bei 277 Kontrollfällen mit mehr oder weniger starken Verwachsungen der Pleuren nur in 99 Fällen eine Hypertrophie der rechten Herzhälfte nachweisen ließ, zeigten 41 Fälle von Lungentuberkulose zu 50% erhebliche Hypertrophie oder Dilatation der rechten Herzkammer. Die Überbelastung des Herzens findet sich besonders bei den langdauernden produktiven Tuberkulosen und in den Fällen von Silikotuberkulose. Auch der Pneumothorax oder die Thorakoplastik kann die Ursache einer chronischen Überanstrengung der rechten Herzkammer darstellen. Vor raumbeschränkenden Eingriffen am Brustkorb sollte der Zustand der rechten Herzkammer festgestellt werden.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Zimmermann-Meinzingen, Oskar v.: Über Adams-Stokes, Kammerflattern und Kammerstillstand.** (*II. Med. Abt., Wien. Städt. Krankenh., Wieden.*) Dtsch. Arch. klin. Med. 187, 159—172 (1941).

Die vorliegende Arbeit, der allerdings in erster Linie klinisches Interesse zukommt, geht aus von der vergleichender Betrachtung zwischen dem sog. Adams-Stokeschen Symptomenkomplex und der Angina pectoris. Es wird eingangs ein Fall geschildert, bei welchem ein 50jähriger Patient (der 5 Jahre vorher eine akute Polyarthritiden überstanden hatte und an chronischer Tonsillitis und leichtem Diabetes mellitus litt) 2mal kurzdauernde Ohnmachtsanfälle nach Aufregungen mitgemacht hatte mit leisem Druckgefühl über dem Sternum und länger anhaltendem Schwächezustand. Nach einem 3. ähnlichen Anfall erfolgte klinische Beobachtung: beiderseits verbreitertes Herz, kardiale Insuffizienz, leichter Diabetes, chronische Tonsillitis, subfebrile Temperaturen. Es wurde dann die Tonsillektomie ausgeführt. Am 5. Tag starb der Patient im Sekundenherztod; die Sektion ergab eine schwere Coronarsklerose mit älterer Thrombose des ram. desc. sin. und ausgedehnte ältere myomalazische Herde. Dies Bild zeigt die Kombination der Adams-Stokeschen Anfälle mit der Coronarsklerose. Ob freilich in dem vorliegenden Fall auch Kammerflattern oder Flimmern und andererseits Kammerstillstand den Anfällen zugrunde gelegen hat, konnte nicht entschieden werden. Im allgemeinen besteht die Auffassung, daß die Adams-Stokeschen Anfälle entweder durch Kammerflattern oder Flimmern oder andererseits durch Kammerstillstand verursacht sind. Als organische Veränderungen liegt den Anfällen Coronarsklerose zugrunde, angeblich auch Gefäßlues und nur ausnahmsweise akut entzündliche Myocardveränderungen. — Ein zweiter nur klinisch beobachteter Fall bei einer 70jährigen Frau (mit flüchtigen Ohnmachtsanfällen, Säusen im Kopf und leichten Schwindelanfällen) wird auf Grund der mitgeteilten elektrokardiographischen Untersuchungsergebnisse klinisch analysiert. Sowohl für Angina pectoris sowie für den Adams-Stokes-Anfall ist die Coronarsklerose und die Lues von großer Bedeutung. Beim Adams-Stokes-Anfall ist wichtig die Feststellung, daß Kammerflattern oder Kammerstillstand vorliegt, wobei am Beginn oder am Ende des Anfalls gehäufte Extrasystolen von diagnostischer Wichtigkeit sind. In dem 2. klinischen Fall konnte während eines Anfalls der sehr seltene reversible Übergang von Kammerflattern in Kammerstillstand durch Elektrokardiogramm registriert werden. Eine vorangegangene Digitalistherapie hat mitunter zu gehäuften Extrasystolen geführt. Die Prognose des Adams-Stokes-Anfalls ist nicht immer akut infaust, es kann sich die Anfallsbereitschaft, wie gezeigt wird, über mehrere Jahre hin erstrecken. Sowohl bei Kammerflattern wie in ungeklärten Fällen wird vor einer forcierten Strophantin- und Adrenalintherapie gewarnt.

Merkel (München).

**Schink, Wolfgang: Über primäre Herztumoren. Ein Beitrag zur Pathologie derselben.** (*Path.-Anat. Abt., F. G. Gades Path.-Anat. Laborat., Bergen.*) Virchows Arch. 307, 20—26 (1940).

Bekanntlich muß man bei den als primäre Herztumoren beschriebenen Bildungen in erster Linie unterscheiden die aus organisierten Thromben hervorgehenden „sog.“

Geschwülste, die nicht mit den echten Geschwülsten des Endocards verglichen werden können. Von den richtigen Herztumoren, die dem Myocard angehören, wurden die verschiedensten Formen beschrieben, so Myxome, Rhabdomyome, in zweiter Linie Sarkome, vereinzelt auch Lipome, Fibrome und Angiome. Vorwiegend sind es gutartige Tumoren, die sich meist im linken Herzabschnitt finden.

Verf. berichtet über eine im 8. Monat zur Welt gekommene Frühgeburt, die nach 3 Tagen starb, bei deren Sektion fand man — ohne Verwachsung mit dem Herzbeutel — das Herz etwas vergrößert und an der rechten Ventrikelwand in der Gegend des rechten Herzohres eine bucklige Vorwölbung; dementsprechend ergab sich bei der Eröffnung des Herzens (die beigegebenen Bilder des makroskopischen Präparats sind leider ohne Erklärungen im Bilde recht wenig verständlich) am Eingang in das rechte Herzohr ein kleinkirschgroßes in das rechte Vorhoflumen hinein vorspringendes Gebilde, das mit breiter Basis an der Vorhofwand befestigt ist und sich zur Muskulatur der rechten Ventrikelwand hinzieht. Der Tumor erscheint durch eine leichte Furche in 2 haselnußkerngroße Abschnitte geteilt. Die linke Herzkammer soll stark erweitert gewesen sein, die Vorhofscheidewand angeblich geschlossen (? Ref.). Die mikroskopische Untersuchung schließt mit Sicherheit einen organisierten Thrombus aus und ebenso eine entzündliche Veränderung am Herzen. Es handelt sich hauptsächlich nach der Beschreibung des Verf. um embryonales Bindegewebe. Bemerkenswert ist aber, daß in dem Tumorgewebe kleine Inseln von Herzmuskelfasern festgestellt werden konnten. Sie wird als eine embryonale Fehlbildung betrachtet und als „Mesoblastom“ bezeichnet. *Merkel* (München).

**Mariotti, Dino: Un reperto anatomico-patologico in rara osservazione nella sifilide viscerale: Le macrogomme del cuore.** (Ein pathologisch-anatomischer Beitrag über eine seltene Beobachtung visceraler Syphilis: Die großen Gummern des Herzens.) (*Clin. Dermosifilopat., Univ., Parma.*) Giorn. ital. Dermat. 81, 1043—1061 (1940).

Beschreibung von 2 Fällen: 1. Der Tod tritt infolge schwerer Dekompensationserscheinungen ein. Der rechte Vorhof war in großer Ausdehnung durch syphilitisches Granulationsgewebe, zum Teil schon narbig umgewandelt, ersetzt. Im 2. Falle erfolgte ohne vorangegangene Symptome der Tod an Lungenembolie. Hier waren in beiden Vorhöfen Gummata nachzuweisen, die das Endokard miteinbezogen hatten. Es war zu Thrombenbildungen auf einer sklerotischen endokardialen Platte und schließlich durch Loslösung dieser Thromben zur Embolie gekommen. Die Abhandlung gibt eine ausführliche Literaturübersicht über das einschlägige Beobachtungsgut. Es wird hervorgehoben, daß sich die syphilitischen Prozesse an gewisse Segmente des Herzens halten. Darüber hinaus wird eine Einteilung vorgeschlagen, in folgende Gruppen makroskopisch erkennbarer Gummern zu trennen: 1. Gummern ausschließlich der Herzmuskulatur, 2. mit gleichzeitiger Beteiligung des Epikards und 3. mit Beteiligung des Endokards. Es wird hervorgehoben, daß das Auftreten der endokardialen Thrombosen als Folge eines Gumma erstmalig beschrieben wurde. *Reinhardt* (Weißfels).

**Laubry, Ch., et J. Lenègre: Sur l'infarctus du myocarde. Ses lésions et son mécanisme.** (Über den Myokardinfarkt. Seine Schadenszustände und seine Entstehung.) Paris méd. 1940 I, 219—226.

Es wird über die Beobachtungen an 32 Kranken mit Herzinfarkten berichtet, bei denen auch die Autopsien ausgeführt wurden. Männer waren 3mal häufiger als Frauen befallen. Wenn eine Frau aber vom Myokardinfarkt betroffen wird, ist ihr Todesalter im Durchschnitt mit 63 Jahren später als beim Manne mit 54 Jahren. Bei den weiblichen Kranken findet man eine frühe Menopause und stets einen Hochdruck. Die familiäre Belastung ist bei Männern und Frauen gleich. 23 von den Kranken hatten häufige Anfälle von Angina pectoris, bei ihnen fanden sich auch später meistens Coronarthrombosen; bei den Kranken ohne Herzasthma fanden sich auch keine Thrombosen. Dementsprechend zeigen auch die erstgenannten eher das Bild der großen Herzmuskelnekrose, die anderen das Schwielenherz. Die Infarkte saßen etwa zu gleichen Teilen an Vorderwand, Hinterwand und Spitze der linken Kammer. Es wird besonders darauf hingewiesen, daß sich 26mal Thrombosen des Endokards über den Infarkten bildeten, ohne Embolien zu bewirken. Bei 30 Kranken fanden sich ausgesprochene Coronarbefunde, und zwar meistens an beiden Kranzschlagadern. Zweimal saß eine Coronarthrombose in der rechten Seite, 5mal im absteigenden Ast der linken Kranz-

schlagader. Es wird bestritten, daß sich bei den Herzinfarkten immer eine Kreislaufstörung einstellen müsse. Es wird besonderer Wert auf die Bedeutung des Kollateralkreislaufs in den Kranzschlagadern gelegt. Der einfachen Ischämie als Ursache für die Entstehung des Herzinfarktes wird in 7 Fällen von 32 Zweifel entgegengebracht, in weiteren 7 Fällen kann sie sicher nicht Ursache der Nekrose sein. Es wird den vasomotorischen Reaktionen große Bedeutung für die Entstehung der Infarkte zugeschrieben.

*Gerstel* (Gelsenkirchen).

**Schleicher, Irene: Geschichte der Coronararterien. Anatomie, Pathologie, Physiologie und funktionelle Pathologie.** (*Med. Univ.-Poliklin., Leipzig.*) Arch. Kreislaufforsch. 8, 17—51 (1941).

Die vorliegende Arbeit, auf die hier nur empfehlend hingewiesen werden kann, bringt eine äußerst reizvolle, zusammenfassende Darstellung dieses für Klinik und für gerichtliche Medizin so wichtigen anatomischen Gebietes. Insbesondere interessiert der 1. Abschnitt, die Anatomie der Kranzarterien, wie sie von den frühesten Zeiten an die alten Forscher und Ärzte sich vorgestellt und abgebildet haben, bis zu den neuesten Darstellungsmethoden der Korrosions- und Injektionspräparate, sei es durch Aufhellung (Spalteholz u. a.), wie auch durch Röntgenaufnahmen stereoskopischer Bilder (Jamin und Merkel). Im 2. Abschnitt wird die Pathologie kurz zusammenfassend besprochen, insbesondere die Geschichte der Angina pectoris und des Krankheitsbildes des Myokardinfarktes und der Coronarthrombose. Im letzten Abschnitt über Physiologie und funktionelle Pathologie werden die interessanten Ergebnisse der physiologischen Experimentaluntersuchungen historisch dargestellt, besonders unter Berücksichtigung der Frage, wie die Coronardurchblutung durch die einzelnen Herzphasen in der Ruhe und bei der Arbeit beeinflußt wird. Die Arbeit ist für jeden, der sich für dieses Gebiet besonders interessiert, äußerst belehrend und ist der Anregung des Prof. Dr. v. Brunn (Geschichte der Medizin) zu verdanken. *Merkel*.

**Master, Arthur M., and Simon Dack: Rehabilitation following acute coronary artery occlusion.** (Wiederherstellung nach akutem Coronararterienverschuß.) (*Cardiographic Laborat. a. Med. Serv., Mount Sinai Hosp., New York.*) J. amer. med. Assoc. 115, 828—832 (1940).

Es wurde das Schicksal von 415 Patienten verfolgt, die eine akute Attacke von Coronarverschuß überlebt hatten. Die Beobachtungszeiten lagen zwischen 6 Monaten und 15 Jahren; im Durchschnitt waren es 3 Jahre. Mehr als die Hälfte der Patienten konnten ihre frühere Beschäftigung voll oder zum Teil wieder aufnehmen. Je jünger die Patienten waren, desto günstiger war die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit. Diese hing aber auch ab von der Zahl der durchgemachten Attacken und war bei den Patienten, die nur einen Anfall erlitten hatten, weit günstiger, als bei denen, die 2 oder mehr Anfälle hinter sich hatten. Die Erkrankten setzten sich aus den verschiedensten Berufsschichten zusammen und umfaßten sowohl Handarbeiter wie auch Geistesarbeiter. Die Arbeitsaufnahme schien keinen Einfluß hinsichtlich des Auftretens späterer Attacken zu haben. Soweit die Patienten zu einer Wiederaufnahme ihrer früheren Beschäftigung unfähig waren, lag der Grund in Herzinsuffizienzerscheinungen oder ernstesten Anfällen von Angina pectoris.

*Schrader* (Halle a. d. S.).

**Brooks, H.: Kranzadernverschuß bei Blutung in die Arterienwand und sekundäre Thrombenbildung bei einem 20jährigen Mann.** (*Univ. Retzmed. Inst., København.*) Ugeskr. Laeg. 1941, 11—15 u. franz. Zusammenfassung 15 [Dänisch].

Der Verf. gibt eine sehr wertvolle Übersicht über die anoxämischen Blutungen im Herz. Bei körperlicher Anstrengung steigert sich der Sauerstoffbedarf des Herzens im Verhältnis viel stärker als die Menge durchströmenden Blutes, und die daraus folgende Gewebsanoxie veranlaßt eine Capillarendilatation, die Blutungsbereitschaft bewirkt. Auch in den Kranzadern können auf diese Weise capillare Wandblutungen auftreten (Wartmann, 1938). Der Verf. schildert einen plötzlichen Herztod eines 20jährigen Soldaten mit solcher Blutung in den Ramus descendens und sekundärer

Thrombenbildung. Die Kranzadern zeigten in diesem Fall auch eine recht ausgedehnte Atheromatose mit Lichtungsverengung, was ebenfalls zur Anoxie beigetragen haben kann. Der ursächliche Zusammenhang, der zwischen Trauma oder körperlicher Anstrengung einerseits und Coronarthrombose andererseits zu erkennen ist, hat große Bedeutung für die versicherungsmäßige Beurteilung dieser Fälle. *Einar Sjövall.*

**Master, Arthur M., Simon Dack and Harry L. Jaffe: Activities associated with the onset of acute coronary artery occlusion.** (Die Beziehung körperlicher Betätigung zum Anfall von akutem Coronararterienverschluß.) (*Cardiogr. Laborat. a. Med. Serv., Mount Sinai Hosp., New York.*) Amer. Heart J. 18, 434—443 (1939).

Verff. suchen an Hand von 1440 Fällen den Nachweis zu führen, daß im Gegensatz zur Angina pectoris der akute Coronarverschluß keine Beziehung zu körperlicher Betätigung hat. Die Verteilung der Berufe in den untersuchten Fällen entspricht etwa derjenigen in der Durchschnittsbevölkerung, so daß berufliche Tätigkeit und soziale Stellung nicht als prädisponierende Momente angesehen werden können. Bei 890 Kranken erfolgte der Anfall in 22,3% während des Schlafes, in 31,1% während der Ruhe, in 20,2% während leichter Beschäftigung, in 8,5% während mäßiger Beschäftigung, in 15,8% beim Spazierengehen und nur in 2% bei ungewöhnlicher Anstrengung. Als begleitende Faktoren werden unter 930 Fällen angegeben: Mahlzeiten 9,9%, gemütl. Erregung 5,6%, chirurgische Operationen 6,6%, Infektionen 4,3%, verschiedenartige Umstände 1%. Verff. schließen daraus, daß mit möglicher Ausnahme der chirurgischen Operationen auch diese Faktoren in der Pathogenese des Coronarverschlusses keine Rolle spielen. 60 Kranke erlitten den Anfall nach mehrwöchiger oder mehrmonatiger Bettlägerigkeit wegen chronischer Krankheiten. Etwa die gleiche Zahl der Anfälle geschah während des Nachmittags, des Abends und der Nacht, nur eine wenig größere Zahl während des Morgens. Die Anfälle verteilten sich auf sämtliche Stunden des Tages mit einem Gipfel um 2 Uhr morgens und 10 Uhr abends. Dieses beweist wiederum, daß der körperlichen Betätigung keine ursächliche Bedeutung zukommt. — Es besteht auch kein Anhalt dafür, daß eine Intimablutung, die ja häufig Vorbote der Coronarthrombose und des Coronarverschlusses ist, durch körperliche Anstrengung oder psychische Erregung ausgelöst wird. Sie ist vielmehr eine Folge des degenerativen arteriosklerotischen Prozesses und als solche wahrscheinlich ein zufälliges Ereignis. Intimabluungen fanden sich bei der Leichenöffnung ebenso häufig bei Kranken, die vor dem Coronarverschluß bettlägerig waren, wie bei solchen, die sich körperlich betätigt hatten.

*Zech (Wunstorf i. Hann.).*

**Rottino, Antonio: Medial degeneration, cystic variety, in unruptured aortas.** (Cystische Mediadegeneration in nicht rupturierten Aorten.) (*Path. Laborat., St. Vincent's Hosp., New York.*) Amer. Heart J. 19, 330—337 (1940).

Verf. fand bei systematischer Untersuchung der Aorta von 210 laufenden Sektionsfällen 7mal cystische Degenerationsherde in der Media, ohne daß bei den sämtlich über 44 Jahre alten Kranken klinische oder anatomische Anzeichen von Lues bestanden. Die besonders im mittleren Drittel der Media gelegenen Herde fanden sich hauptsächlich an der Aortenwurzel, einmal am Aortenbogen (entsprechend der Lieblingslokalisation der Spontanruptur). Der Ausdruck „cystisch“ ist, wie Verf. selbst zugeht, unglücklich insofern, als die Herde nicht abgekapselt sind. Das Primäre ist nach Ansicht des Verf. ein Zerfall der elastischen Lamellen, wonach es sekundär zu weiteren mechanischen Zerreißen kommt, welche die Grundlage für größere Gefäßwandrisse bilden können. Die Veränderungen entsprechen demzufolge in ihrem Aussehen den bei dissezierenden Aortenaneurysmen gelegentlich beobachteten degenerativen Media-prozessen. Zellige Reaktion fehlt völlig, ebenso Vascularisation und Fibrose. Das den „Cysten“inhalt bildende basophile Material ist als Zerfallsprodukt des elastischen Gewebes anzusehen. Die Muskulatur der Media ist vielfach wohl erhalten, die Degeneration des elastischen Gewebes somit unabhängig von Muskelzellveränderungen. Herdförmiger Muskelzellschwund in wechselnder Ausdehnung fand sich neben den

beschriebenen Herden in 4 von den 7 Fällen, davon 2mal gleichfalls mit cystischer Degeneration. Bis auf einen Fall war die Intima in allen Fällen relativ dünn. Zech.

**Mehling, L., und H. Becker: Einstülpung des Aortenrohres bei Aneurysma disseans.** (*Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) *Frankf. Z. Path.* 54, 637—646 (1940).

Nach Beschreibung eines ähnlichen Falles im Schrifttum werden 2 Fälle beschrieben.

1. 63jähriger Mann, ziemlich plötzlich gestorben. Autoptischer Befund: Hämoperikard von 1000 ccm. 4 cm oberhalb des Ostium ist die Wand der Aorta zirkulär bis auf die Adventitia durchgerissen. Der periphere Teil der Media und Intima ist eingekrempt und nach Art einer Invagination in den Bogenteil verschoben. Die Länge des invaginierten Stückes beträgt 5 cm. Etwas oberhalb der großen Rißstelle ein kleiner Riß in der Adventitia, der in den Herzbeutel führt. Die Aorta war 6 cm weit, der linke Ventrikel sehr kräftig. In der Anamnese fand sich Ulcuskrankheit, keine Lues. — 2. Fall: 64jähriger Mann, rasch gestorben. 4 cm oberhalb des Ostium der 6,5 cm weiten Aorta zirkulärer Riß der Wand bis auf die Adventitia. Der periphere Media- und Intimateil stülpt sich spiralenartig in den Bogen und ragt mit seiner Abrißstelle in eine große Abhebung der Adventitia von der Media hinein. Diese Abhebung der inneren Wandschichten reicht von den Aortenklappen bis in die Arteria anonyma, Arteria carotis communis, subclavia, coeliaca und in beide Femoralarterien (rechts 5,5 cm, links 10 cm weit). Ein zweiter Riß findet sich an der Übergangsstelle des Bogens in den absteigenden Teil, durch eine 2 cm breite Brücke getrennt von der oberen Rißstelle. Der hier abgerissene Teil der Intima und Media dreht sich spiralg in eine zweite Abhebung der Aorta, die hier beginnt, aber mehr in der medianwärts gelegenen Schicht (also Intima; Ref.) sich befindet und nur bis zur Teilungsstelle der Aorta reicht. Die Intercoastalarterien sind größtenteils abgerissen und ragen mit kleinen Stümpfen in die große Abhebung hinein. Das zweite, kleinere Aneurysma war offenbar schon älter. Es zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung schon mit Endothel überzogen und war wahrscheinlich 5 Monate vor dem Tode entstanden (entsprechende klinische Erscheinungen), während das große offenbar unmittelbar vor dem Tode entstand. Die rechte Großhirnhälfte zeigte Ödem, offenbar infolge Kompression der Anonyma, das Rückenmark Ödem und Anämie, wahrscheinlich infolge des Abrisses der Intercoastalarterien. In beiden Fällen handelt es sich offenbar um degenerative Veränderungen der Aortenwand im Sinne einer Medianekrose.

Walcher (Würzburg).

**Pančenko, D.: Von der kombinierten Affektion der Hirn- und Herzgefäße und der Gefäße der unteren Extremitäten.** (*Nervenklın., Milit.-Med. Akad., Leningrad.*) *Z. Neur.* 171, 395—400 (1941).

Verf. hat unter 155 an obliterierender Endarteriitis leidenden Kranken in 31 Fällen eine „kombinierte Affektion verschiedener Intensität von unteren Extremitäten und Hirngefäßen“ beobachtet. Meistens handelte es sich um Erscheinungen von Hemiparese oder Hemiplegie, die mit Symptomen einer Gefäßaffektion an den unteren Gliedmaßen vergesellschaftet waren. Herzsymptome fanden sich bei 16 von den 155 Kranken in Form anginöser Beschwerden. Verf. meint, daß ein allgemeiner Zusammenhang in der Ätiologie und Pathogenese solcher kombinierter Gefäßaffektionen gegeben sei, wobei eine „erbliche, familiäre Korrelation“ eine Rolle spiele. An dem Prozeß sei sowohl das Gefäß- als auch das Nervensystem in enger Wechselwirkung beteiligt.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

**Segal, A. J.: Syphilitic (gummatous) pulmonary arteritis with rupture into the bronchial tree.** (Syphilitische [gummöse] Arteriitis der Lungenschlagader mit Durchbruch in den Bronchialraum.) (*Dep. of Laborat., Jewish Gen. Hosp., Montreal.*) *Arch. of Path.* 30, 911—915 (1940).

Verf. fand im Schrifttum 13 Fälle von gummöser Entzündung der Pulmonalarterie neben 18 Fällen mit infiltrativen und narbigen Veränderungen. Nur in einem Falle konnten in der Gefäßwand Spirochäten nachgewiesen werden. Er selbst beobachtete

bei einem 50jährigen, an einer massiven Hämoptoë gestorbenen Mann eine Fistel zwischen der rechten Hauptlungenschlagader und der Trachea. Die Fistel führte durch eine rechts paratracheal gelegene 3mal 2 cm messende Höhle, deren Wand mikroskopisch aus anthrakotischem, mit großen geschichteten hyalinen Knötchen durchsetzten Gewebe bestand. In der Adventitia der Pulmonalarterie, etwas neben dem Wandeffekt, kleine hyalinisierte geschichtete Knötchen. In der Media färberisch Spirochäten nach Art der *Sp. pallida* nachgewiesen. Stark positive Wassermannreaktion im Blut. Aortensyphilis. — Verf. glaubt eine andere Ätiologie der Fistel (Lymphknotenanthrakose oder -tuberkulose) durch den mikroskopischen Befund ausschließen zu können, ebenso eine Mischinfektion mit Mundhöhlenspirochäten. Zech (Wunstorf i. Hann.).

**Fossel, Max: Über Pfropfbildung in den Lungenarterien.** (*Path.-Anat. Inst., Univ. Graz.*) Frankf. Z. Path. 54, 588—636 (1940).

Von den 40 zur Verfügung stehenden einschlägigen Fällen der letzten 5 Jahre waren 15 zur Untersuchung verwertbar. Verf. konnte die Einengungen und Pfropfbildungen hinsichtlich der Entstehungsursache in folgende Gruppen einteilen: I. Pfropfbildungen bei entzündlichen Wandveränderungen: a) bei rheumatischer Entzündung, b) bei hämatogen-eitriger Entzündung, c) bei syphilitischer Entzündung, d) bei chronischer interstitieller Pneumonie, e) bei Grippepneumonie, f) bei Vereiterung von sklerotischen Platten, g) bei Entzündungen unklarer Ätiologie und gleichzeitiger Durchtränkung von sklerotischen Platten mit Fibrin und Blutplasma. II. Pfropfbildungen im Anschluß an Embolien bei gleichzeitiger Gefäßwandschädigung (Entzündung und Pulmonalsklerose). Bei den untersuchten 15 Fällen waren folgende 4 Gewebsbilder zu unterscheiden: 1. Große, meist schichtweise aufgebaute, besonders in größeren Arterienästen befindliche Thromben, die bei Entzündungen der darunterliegenden Gefäßwand, bei schwerer Pulmonalsklerose und auch bei sekundärer Thrombose im Anschluß von Embolien zu finden sind. Die gut erhaltenen oberflächlichen Schichten der Thromben zeigen den typischen Bau geschichteter weißer Thromben mit vorwiegend senkrecht zur Unterlage gerichteten Bälkchen. Die Organisation ist auffallend gering. 2. Derbes, mitunter reichlich elastische Fasern und einzelne hämosiderinspeichernde Zellen enthaltendes Bindegewebe, das entweder das Lumen vollständig verschließt oder ein Maschenwerk in den kleineren und mittleren Arterienästen bildet. Es handelt sich um eine Organisation und Rekanalisation von obturierenden Thromben. Die Entstehungsursache ist hierbei aus der Form der Verschlußmassen allein nicht zu erkennen. Nur bei Veränderungen der Gefäßwand, im umliegenden Gewebe oder durch genaue Anamnese ist ein Urteil zu gewinnen (z. B. luische oder postgrippale Gefäßwandveränderungen). 3. Flache, halbmond- oder ringförmige Intimaverdickungen aus Bindegewebe, evtl. mit elastischen Fasern in den mittleren und kleinen Arterienästen bis in die feinsten Verzweigungen hinein. Sie finden sich bei Sklerose der kleineren Äste, wobei regressive Veränderungen fast immer fehlen, bei flachen, organisierten Blutpfropfen und als reaktive oder kompensatorische Intimawucherungen. 4. Wärschenförmige bis polypöse Gebilde aus gewucherten Endothelzellen, Blutplättchen oder Fibrin, besonders in kleineren Ästen, wobei es sich sowohl um entzündliche Erscheinungen der Intima (z. B. um eine rheumatische Endarteriitis verrucosa) wie auch um ganz frische Thromben auf einer entzündlich veränderten Gefäßwand handeln kann.

Matzdorff (Berlin).

**Scholl, Hanns-Eugen: Lungenarterienembolien und atmosphärisches Geschehen.** (*Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.*) Freiburg i. Br.: Diss. 1938. 55 S.

Eine Zusammenstellung der tödlichen Emboliefälle der Freiburger Kliniken 1927—1937 zeigt, daß an der Rehn'schen Klinik prozentual zur Operationsziffer eine wesentlich geringere Sterblichkeit an Embolien vorhanden ist. Hier wird nämlich an Hand entsprechender Untersuchungen (Rest-N, Bestimmung der Serum-Eiweißkörper und der Pufferkapazität, Grundumsatz, Leberfunktionsprüfung, Bestimmung der zirkulierenden Blutmenge und der CO<sub>2</sub>-Spannung des Blutes) wenn irgend möglich

die günstigste Reaktionslage des Patienten für den Zeitpunkt des Eingriffes bestimmt. Nach dem Gesamtmaterial haben die tödlichen Embolien, unabhängig von etwa mehrerter operativer Tätigkeit, zugenommen. Es ergibt sich eine Häufung in den frühen Morgenstunden sowie ein geringes Überwiegen der Todesfälle im Winter. Die tödlichen Embolien sind jedoch in überzufälliger Weise abhängig von dem Durchzug von Unstetigkeitsschichten (Fronten). Von 231 tödlichen Embolien fallen 190 = 82,2% auf Tage, an denen ein Frontendurchzug Freiburg passierte, davon 91 auf Warmluft-, 65 auf Kaltlufteinbrüche, 35 auf Tage mit Durchzug einer Okklusionsfront. Witterungseinflüsse führen zu einer Tonusänderung im vegetativen Nervensystem; solche Einflüsse sind auch maßgebend für den Eintritt tödlicher Lungenembolien bei Organismen, die etwa durch ein Operationstrauma an der Grenze ihrer Anpassungsfähigkeit angelangt sind. Eingehende Vorbereitung eines operativen Eingriffes ist die beste Vorbeugung gegen schädliche meteorologische Einflüsse. *Manz* (Göttingen).

**Breitländer und Hinriehs: Lungenembolie nach Hysterosalpingographie mittels Jodipin, reaktionsloser Verlauf.** Zbl. Gynäk. 1941, 124—129.

Bei Röntgenuntersuchungen mittels der Jodölmethode zur Darstellung von Fisteln oder der Harnröhre usw. gibt es gelegentlich Embolien der Leber, der Lungen oder des Gehirns, zum Teil tödliche. Auch bei Hysterosalpingographien sind derartige Zwischenfälle beobachtet, bisher angeblich nur ein tödlicher. Häufig ist das Eindringen von Jodöl in das periuterine venöse System ohne Allgemeinerscheinungen beobachtet. Mitteilung folgenden Falles: 57jährige Frau mit Carcinomverdacht, der zunächst bei einer Probeexcision nicht bestätigt wurde, wurde mit der Jodölmethode untersucht. Gleich nach Einbringung des 40proz. Jodipins füllt sich ein enteneigroßer Hohlraum. Nach weiterer Injektion bis zu 50 ccm ohne besonderen Druck füllen sich plötzlich in der Umgebung des genannten Kontrastmitteldepots perlchnurartig offenbar Gefäße, und man sieht während der Durchleuchtung ganze Reihen von Kontrastmitteltropfen und -tröpfchen des Kontrastmittels beiderseits entlang der Wirbelsäule nach oben verschwinden (Venae ovaricae bzw. Vena cava inferior). Keine Allgemeinerscheinungen. Die Tröpfchen treten schubweise nach oben, offenbar synchron mit der Ventrikelsystole des Herzens. Außerdem werden große schubartige, offenbar von der Atmung abhängige Bewegungen beobachtet. 18 Stunden später zeigt die Röntgenaufnahme noch reichlich Kontrastmittel im Hohlraum, in der Umgebung nur minimale kleine Schattenflecke, offenbar in den periuterinen Gefäßen. In den Lungen feine Verteilung des Jodipins, links weniger als rechts. Bei der späteren Operation wurde neben einem Myom ein teils polypöses, teils infiltrierend wachsendes Adenocarcinom des Uterus festgestellt. Es wird angenommen, daß etwa 15 ccm Jodipin durch freiliegende Venengeflechte des ulcerierten Uterustumors in die Blutbahn geraten sind. Bei offenem Foramen ovale wäre es wohl zweifellos zur Hirnembolie gekommen; diese Untersuchungsmethode ist also durchaus kein harmloser Eingriff und sollte vielleicht bei Verdacht auf ulcerierten Tumor der Uterushöhle nicht angewandt werden. Weiterhin ergab sich in physiologischer Hinsicht die Bestätigung der Untersuchungen von W. Böhme, daß der Blutzustrom zum Herzen offenbar von der Ventrikelkontraktion des linken Herzens abhängig ist. *Walcher* (Würzburg).

**Scheidegger, S.: Infantile Arteriosklerose.** (Path. Inst., Univ. Basel.) Frankf. Z. Path. 54, 442—450 (1940).

Ein 7 Monate altes Ammenkind war bis auf Ernährungsstörungen gesund, auch noch bei einer ärztlichen Reihenuntersuchung am Vorabend des Todes. Bei einer bösartig verlaufenden Grippepneumonie verstarb das Kind an akuter Herzinsuffizienz. Es hatte nie Vigantol oder ein Kalkpräparat erhalten. Bei der mikroskopischen Untersuchung fand sich eine allgemeine schwere Arteriosklerose mit hochgradiger Kalkablagerung und Einengung der Lichtungen mit Ausnahme der Aorta und Lungenschlagadern. Manche Gefäße waren fast verschlossen. Der Anfang der Kalkablagerungen betraf das elastische Gewebe, besonders den Bereich der Membrana elastica

interna. Als Ursache wird eine sekundäre dystrophische Verkalkung, möglicherweise durch eine Mißbildung des Gefäßaufbaues, angenommen. *Gerstel* (Gelsenkirchen). 97080 Nilsson, **Fried: Zur Technik der Venenpunktionen.** (*Med. Avd., Centrallas., Umed.*) Sv. Läkartidn. 1940, 1723—1724 [Schwedisch].

Hämatome nach Venenpunktionen — schwedisch: sog. Krankenhausrosen — sind nicht nur ein Schönheitsfehler, sondern auch manchmal hinderlich für weitere Venenpunktionen, besonders, wenn nur einige wenige punktierbare Venen vorhanden sind. Stärkste Ellbogenbeugung nach Auflegen eines Wattebausches auf die Punktionsstelle ist nicht so wirksam wie das Erheben des Armes mit der noch in der Vene steckenden Kanüle und Spritze über Herzhöhe. Man läßt nach dem Herausziehen der Kanüle den Arm noch 1—3 min hochhalten. Sind mehrere Spritzen Blut aus der Vene zu entnehmen oder Flüssigkeit in die Vene zu injizieren, so ist die jedesmalige Fingerkompression bei liegender Kanüle vorzuziehen. Sie kann aber auch vor dem Herausziehen der Nadel aus der Vene statt der Erhebung des Armes mit Sicherheit das Hämatom verhüten.  
*R. Gutzeit* (Berlin).

**Sapinski, Herbert: Das Hämangioendotheliom der Schilddrüse als Ursache eines Hämatothorax.** (*Med. Univ.-Klin., Innsbruck.*) Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 93—96.

Primäre und sekundäre Pleuratumoren führen gelegentlich zu scheinbar spontan entstehendem Hämatothorax. In seltenen Fällen werden als Primärtumoren dabei Hämangioendotheliome der Schilddrüse gefunden. 2 derartige Fälle werden beschrieben, wo es zu Blutungen aus subpleuralen Metastasen gekommen war. Primärtumoren der hier beschriebenen Art entwickeln sich fast ausschließlich in alten, vielfach schon seit Kindheit bestehenden gutartigen Knotenstrumen. Klinisch ist eine Unterscheidung gegenüber andersartigen malignen Schilddrüsentumoren nicht möglich.

*Mänz* (Göttingen).

**Bansi, H. W.: Situations-Hyperthyreose.** Dtsch. med. Wschr. 1941 I, 10—13.

Beschreibung eines Symptomenbildes, das gewisse Ähnlichkeiten zur echten Überfunktion der Schilddrüse aufweist, bei dem jedoch toxische Merkmale fehlen. Das Krankheitsbild soll auf der Grundlage einer hyperthyreotischen Konstitution entstehen, verursacht aber durch belastende äußere Lebensbedingungen. Es klingt nach Ausschalten der besonderen Lebensbedingungen ab. Das Krankheitsbild wird als „Situationshyperthyreose“ von der echten Thyreotoxikose und dem Basedow abgetrennt.

*Reinhardt* (Weißenfels).

● **Jelke, Hugo: Über Hyperparathyreoidismus. Ein operierter Fall mit schweren Nierenveränderungen.** (*Inn. Abt., Kreiskrankenh., Halmstad.*) (*Acta med. scand. [Stockh.] Suppl.-Nr. 114.*) Helsingfors: 1940. 67 S., 1 Taf. u. 14 Abb.

Einleitend Besprechung einiger der Erfahrungen von den bisher rund 200 Fällen von Ostitis fibrosa generalisata (O. f. g.), welche mit Parathyreoidektomie behandelt worden sind, und kurze Übersicht der Klinik des Hyperparathyreoidismus mit Erörterung der verschiedenen Verlaufstypen der Affektion. Anschließend Bericht über einen Fall von Hyperparathyreoidismus bei einer 58jährigen Frau mit für O. f. g. typischem Röntgenbild, Hypercalcämie bis zu 19 mg%, reichlichen in das Nierenparenchym eingesprenkten Verkalkungen, Albuminurie, Azothämie und Harnwegsinfektion. Operation; Exstirpation eines 31 : 16 : 15 mm großen Parathyreoideaadenoms auf der linken sowie einer normalgroßen Nebenschilddrüse auf der rechten Seite. Komplizierter Nachverlauf durch zunehmende Niereninsuffizienz mit Oligurie, steigende Azothämie und Erbrechen. Bereits 1 Monat nach Operation konnte röntgenologisch eine leichte Besserung des Prozesses innerhalb gewisser Skeletteile festgestellt werden, welche dann weitere Fortschritte machte. 2 Jahre später war eine ganze Anzahl der cystischen Aussparungen völlig verschwunden. Auch die Nierenveränderungen gingen deutlich zurück. Patientin, vor der Operation infolge ihrer Schmerzen zum völligen Invaliden geworden, war 2 Jahre später wieder voll arbeitsfähig.

*Beil* (Göttingen).

**Pino, F.: Erosioni gastriche. Considerazioni cliniche.** (Magenerosionen. Klinische Betrachtungen.) (*Istit. di Clin. Med. Gen. e Terapia Med., Univ., Torino.*) Arch. Sci. med. **70**, 547—564 (1940).

Auf Grund einer eigenen klinischen Beobachtung an einer 57jährigen Frau, die unter der Diagnose eines Magengeschwürs operiert wurde und bei der sich bei der mikroskopischen Untersuchung Erosionen der Magenschleimhaut statt des erwarteten Ulcus fanden, sowie einer Zusammenfassung von 7 Fällen aus dem Schrifttum wird dargelegt, daß sich unter dem Bilde eines chronischen Magengeschwürs manchmal nur Erosionen verbergen können. Bei ihnen können periodische Verschlimmerungen und Krankheitserscheinungen wie bei einem Magenulcus vorkommen. Ihre Krankheitszeichen können aber auch mit einfachen neurotischen Beschwerden verwechselt werden. *Gerstel.*

**Heyn, W., und H. R. Döhnert: Zur Klinik und Pathologie des Meckelschen Divertikels.** Dtsch. Mil.arzt **6**, 103—104 (1941).

Kurze Mitteilung dreier Fälle: 1. Im Bereich eines M.D. waren als Folge alter Entzündungen Narbenbildungen entstanden, die zur Fixation des Divertikels und zur Einengung und Abknickung des abgehenden Dünndarmschenkels führten. Im Verlauf eines akuten Magendarmkatarrhs kam es zu Stenose und Ileus. Tod an Durchwanderungsperitonitis. 2. Ein fingergliedlanges, völlig mit Magenschleimhaut ausgekleidetes M.D. perforiert am Übergang zum Dünndarm, wo sich ein peptisches Geschwür entwickelt hatte. Heilung durch Operation. Klinisch bestanden hierbei die Erscheinungen einer akuten Appendicitis; die Operation ergab jedoch im Verhältnis zur Schwere der klinischen Symptome nur geringfügige Veränderungen des Wurmfortsatzes. Es besteht in solchen Fällen die Verpflichtung, nach einer anderweitigen Ursache der abdominalen Symptome zu fahnden. Der 3. Fall ist nur ganz kurz als dem 2. sehr ähnlich erwähnt.

*Manz (Göttingen).*

**Quervain †, F. de: Un demi-siècle d'appendicite.** (Ein halbes Jahrhundert Wurmfortsatzentzündung.) Rev. méd. Suisse rom. **61**, 2—19 (1941).

Mit dem Begriff Appendicitis (A.) ist der Name Roux untrennbar verbunden. Seit etwa 1500 bekannt, ja im Altertum schon beschrieben, wurde die Erkennung und Behandlung der A. als Eiterung um den Blinddarm, ausgehend vom Wurmfortsatz erst vor rund 50 Jahren ernsthafter gefördert. Kotstauung im Blinddarm ist nicht die Ursache, wie zuerst angenommen. Die Abführmittel und Darmauswaschungen wirkten nur gut bei der Grimmdarmentzündung und seinen Schleimabsonderungen in Röhrenform. Bei der wirklichen A. sind die Einzelfälle nach ihrer Schwere oft nicht leicht zu beurteilen, weiß man doch manchmal nicht, ob ein Durchbruch schon erfolgt ist, oder ob er auch nur droht. Roux wartete 1890 noch die deutliche Eiterbildung ab für den Eingriff, war aber unbedingt für die Entfernung des Wurmfortsatzes und empfahl 1895 diese lebhaft in der anfallsfreien Zeit nach dem 1. Anfall. Diese Forderung und die der Frühoperation setzte sich erst Anfang dieses Jahrhunderts langsam durch. Der Widerstand der Internisten war erheblich, sie wiesen darauf hin, daß bei 6% der A.-Operierten die Diagnose nicht stimmte, vergaßen aber ihre 20% Fehldiagnosen. Unter diesen irrtümlich wegen A. dem Chirurgen verfallenen Kranken waren 1. Bauchschwangerschaften, 2. Bauchfellentzündungen mit Tuberkulose, wobei der Bauchschnitt nicht schädlich, sondern nützlich war, und 3. leider einige mit Lungenentzündungen, Typhus, akuten Darmentzündungen, akuten Blasen- und Nierenbeckenentzündungen, was man vermeiden sollte, aber als wenn auch bedauerlichen Ausgleich betrachten kann für den sonstigen großen Vorteil der Frühoperation. Die Statistik zeigt ein durch die Jahrzehnte immer stärkeres Absinken der Sterblichkeit der A.-Kranken im ganzen und der A.-Operierten, zumal der in den ersten 24 Stunden nach dem Anfall Operierten. Jede brauchbare Statistik muß die Behandlungstage, ja Stunden scharf auseinanderhalten. Unter den am 1. Tag Operierten und doch Gestorbenen stecken fast nur Kranke, die trotz Durchbruch auffällig geringe Beschwerden hatten und daher in Wahrheit nicht am 1. Tag der Erkrankung sich meldeten. Was haben wir erreicht? Was bleibt

noch zu erstreben? Zuerst eine rasche genaue Diagnose, und wenn diese mit allen üblichen Zeichen und Untersuchungsarten nicht zu erreichen ist, also auch nur bei Verdacht, Operation in den ersten 24 Stunden. Zu Verwechslungen geben am ersten Anlaß Abortschmerzen und Nervengeschwülste des Wurmfortsatzes nach früheren A.-Operationen (Masson). Fortschritte in der Behandlung sind kaum noch zu verzeichnen seit den letzten 20 Jahren. Beim Einstülpen des Stumpfes ist es gleich, ob er abgebunden ist oder nicht, wenn nur die beiden Reihen Decknähte gut liegen. Drainage ist nicht angebracht bei Frühoperation, hier ist gerade der feste Verschuß der Bauchdecken richtig. Ob bei Operationen am 3. bis 6. Tage, bei Bauchfellentzündungen der Wurm gleich zu entfernen ist oder später, richtet sich je nach dem Fall, auch ob man nach Entleerung einer Eiterhöhle drainiert oder nicht. Auswaschungen nur bei reichlich Eiter in der freien Bauchhöhle mit 40—45° warmer physiologischer Kochsalzlösung angebracht, aber auch dies besser nur bei jüngeren Menschen. Nach mehr als 40jährigen Versuchen und Erfahrungen ist Verf. immer mehr von der Drainage abgekommen, besonders bei allgemeiner Bauchfellentzündung. Einen Fortschritt sieht Verf. in einer wirksamen chemischen oder serologischen Beeinflussung. Die bisherigen Versuche sind unsicher und zweifelhaft, auch die mit den Sulfamiden. Zum Schluß spricht Verf. noch von der gefährlichen Form der A. mitten zwischen den Därmen oder hinter oder oberhalb der Harnblase. Er gibt eine Krankengeschichte, wonach ein Absceß hinter der Blase nicht erkannt und die Schmerzen auf die eben einsetzende Regel geschoben wurden. Absceß mitten zwischen den Därmen kann weder vom Douglas noch von außen zu fühlen sein, fast schmerzlos verlaufen und — durch allgemeine Bauchfellentzündung nach Durchbruch tödlich enden. Aber im großen ganzen sind in den letzten 50 Jahren große Fortschritte in der Erkennung und Behandlung der A. gemacht worden, und die Erfolge werden um so besser sein, je mehr die letzten Erkenntnisse Gemeingut werden.

*Eggert (Gollnow).*

**Ruppner, E.:** Zur Kasuistik des Morbus Gaucher. (*Kreisspit. Oberengadin, Samaden.*) Schweiz. med. Wschr. 1940 I, 584—587.

Nach eingehender Erörterung, besonders der Pathogenese, werden 2 Fälle eingehend beschrieben (2 Brüder). Der erste starb im Alter von 10 Jahren an einer hartnäckigen Bronchopneumonie. 4 Jahre vor dem Tode erstmalige ärztliche Untersuchung. Jahrelang vorher fiel der abnorm dicke Bauch den Eltern auf. Die Sektion ergab, abgesehen von der tödlichen Bronchopneumonie mit Pleuritis: starke Vergrößerung der Leber mit 2500 g Gewicht. Gewicht der Milz 1200 g, Maße 25 : 14 : 4. Buntfarbige Oberfläche, unregelmäßig begrenzte, gelbliche Stellen, subkapsuläre Blutungen, dann wieder braunrote Bezirke. Die Schnittfläche zeigt marmoriertes Aussehen, zahlreiche graue und gelbliche Herde. Mikroskopisch der typische Befund einer Gaucher-Milz. Der Bruder, 16 Jahre alt, übt den Beruf als Landbriefträger aus, nachdem er schon seit dem 1. Lebensjahr durch seinen dicken Bauch und schon bei der Geburt durch seine gelblich-blasser Hautfarbe aufgefallen war. Litt seit Jahren an oft sehr hartnäckigem Nasenbluten. Dieser Knabe machte trotz seiner Erkrankung sogar militärischen Hilfsdienst. Skeletveränderungen fanden sich bei beiden Fällen nicht.

*Walcher (Würzburg).*

**Sachs, H. W.:** Über Leberverfettung. (*Path. Inst., Univ. Prag.*) Virchows Arch. 307, 253—280 (1940).

Die Untersuchungen wurden an 203 Fällen durchgeführt. Es konnten folgende Verfettungstypen hinsichtlich der Lagerung der Tropfen im Läppchen und in der Leberzelle aufgestellt werden: 1. Die zentrale peribiliäre Verfettung, die sich peripherwärts in eine feine zentrocelluläre fortsetzt, 2. die zentrale perivascularäre, 3. die periphere perivascularäre, 4. eine herdförmige perivascularäre, wobei kleine Herde in allen Zonen des Leberläppchens liegen können, 5. einen Typus einzelner, im Läppchen verstreuter Tropfen. Da nach Annahme des Verf. die sog. großtropfige Verfettung aus der kleintropfigen hervorgeht, wurde diese Unterscheidung fallen gelassen. Erfahrungsgemäß

ist jede ausgesprochene periphere großtropfige Verfettung dem peripheren perivascularären Typus zuzurechnen und jede großtropfige zentrale Verfettung aus dem zentralen perivascularären Typus entstanden. Eine großtropfige zentrale peribiliäre Verfettung gibt es nicht. Die genannten Typen gelten nur für das in seinem Bau unveränderte Leberläppchen. Bezüglich der Ätiologie kam Verf. zu folgenden Schlüssen: Die physiologische Leberverfettung ist gekennzeichnet durch einzelne, im Läppchen verstreute Tropfen. Allerdings ist die Abhängigkeit von der Fettverarbeitungsphase der Leber zu berücksichtigen, so daß dadurch das Fehlen eines derartigen Verfettungstypus erklärt wird. Die zentrale peribiliäre Verfettung steht anscheinend in Beziehung zum Auftreten des ebenfalls besonders zentral abgelagerten Lipofuscins. Die zentrale perivascularäre Verfettung konnte auf eine mangelhafte Versorgung der Leberzellen mit Sauerstoff zurückgeführt werden, so daß der Name hypoxämische Verfettung berechtigt erscheint. Die periphere perivascularäre Verfettung fand sich bei Bakteriämie und Toxinämie und kann daher als toxische Verfettung angesprochen werden. Eine großtropfige, rein periphere Verfettung ohne kleintropfig verfetteten Saum wird dabei als Ausdruck einer dauernd gleichbleibenden Toxinausschüttung betrachtet, während bei kleintropfigem Fettsaum chronisch progrediente Fälle mit gesteigerter Toxinausschüttung zu erwarten sind. Kommt es außerdem zu toxischer Herz- oder Knochenmarkschädigung, so tritt zu dieser peripheren Verfettung noch die hypoxämische zentrale hinzu. Für die Erklärung der herförmigen perivascularären Verfettung konnten nur Vermutungen herangezogen werden. Die großtropfige diffuse Verfettung (Steatose) wird für ein Endstadium der toxischen Leberverfettung (periphere perivascularäre Verfettung) gehalten. Die gleichmäßige kleintropfige diffuse Verfettung kann aus der toxischen oder hypoxämischen (oder kombinierten) hervorgehen und wird nur durch längere Einwirkungsdauer oder größere Einwirkungsstärke verschiedener Ursachen bedingt. Vergleichende Untersuchungen betreffs Ernährungszustand und Leberverfettung ließen den Schluß zu, daß die Fettleibigkeit nur als Verstärker einer durch andere Ursachen hervorgerufenen Leberverfettung in Frage kommt. Im ganzen wird die pathologische Verfettung mit einer Verzögerung im Fettabbau, mit einer Verlängerung der Phase der physiologischen Verfettung und Zusammenfließen mit der nächsten Phase erklärt. Es handelt sich also nicht um ein Neuauftreten von Fett durch Umwandlung von Protoplasmaanteilen, sondern um ein Liegenbleiben von Fett mit Steigerung durch Zuführung neuen Fettes.

*Matzdorff* (Berlin).

**Nordmann, Hans-Hugo:** Die morphologischen Veränderungen an den Gefäßen der Hirnhäute und der Hirnsubstanz bei einem Fall von Sturge-Weberscher Krankheit. (*Path. Inst., Univ. Kiel.*) Kiel: Diss. 1939. 23 S. u. 4 Abb.

Bei einem Fall der Sturge-Weberschen Krankheit, von der im Schrifttum etwa 110 Fälle bekannt sind, fand Verf. eine Verkleinerung der linken Großhirnhemisphäre mit weißen verkalkten Verdickungen in den Meningen, Mikrogyrie der Großhirnrinde darunter, ebenfalls mit Kalkeinlagerungen, und verkalkte Einzelherde im Gehirn. Das mikroskopische Bild zeigte eine ausgedehnte Angiomatose der Hirnhäute, ungewöhnliche, aus epitheloiden Zellen (Angioblasten?) bestehende, zum Teil herdförmige perivascularäre Zellmäntel, hyaline Entartung des Bindegewebes der Meningen mit Gefäßverödungen und eine hochgradige Atrophie der Hirnsubstanz darunter mit Wucherung der Faserghia und Ablagerung maulbeerartiger verkalkter Massen ohne deutliche Gefäßbeziehung, offenbar von einer zunächst unverkalkten hyalin-homogenen Grundmasse ausgehend und bedingt durch Kreislaufstörungen in den von dem Krankheitsprozeß betroffenen Hirngebieten. Klinischer Verlauf und Röntgenbefund waren typisch. Allerdings fehlten der Naevus flammeus und Augenveränderungen außer Strabismus und einer Ausziehung der Pupillen.

*Weimann* (Berlin).

**Huber, Karl:** Über zwei Fälle von doppelseitigem subduralem Hämatom. (*I. Chir. Univ.-Klin., Wien.*) Zbl. Chir. 1941, 295—297.

An Hand des 1. Falles wird nachgewiesen, daß die Diagnose eines beidseitigen sub-

duralen Hämatoms aus dem Befund einer einseitig ausgeführten Arteriographie mit Sicherheit dann gestellt werden kann, wenn eine Seitenverdrängung der Arteria cerebri anterior nicht vorhanden ist. Auf ihr Fehlen bei beidseitigem subduralen Hämatom ist auch von Metz an Hand eines Obduktionsbefundes hingewiesen worden. Im Falle des Verf. konnte das tatsächliche Vorhandensein eines gleichzeitigen Blutergusses auf der Gegenseite durch die 14 Tage nach dem ersten Eingriff auch dort vorgenommene Arteriographie und durch den nachträglichen Operationsbefund bestätigt werden. Die Verdrängung der Arteria cerebri anterior bzw. das Fehlen einer solchen ist demnach eine Folge rein mechanischer Druckwirkungen. — In dem 2. Falle wurde das Vorhandensein eines doppelseitigen subduralen Hämatoms bei der Hirnpunktion zum Zwecke der Ventrikulographie festgestellt, die wegen der Annahme eines Kleinhirntumors erfolgen sollte.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

**Hompesch, Hans:** Untersuchungen über das flächenhafte, kavernöse Hämangiom der Dura („Pachymeningitis haemorrhagica interna“). (*Path. Inst. u. Forsch.-Inst. f. Gewerbe- u. Unfallkrankh., Dortmund.*) Virchows Arch. **307**, 111—123 (1940).

Verf. kommt nach der histologischen Untersuchung von 7 Fällen (3 frischen und 4 Sammlungsstücken) zur Ansicht, daß die Pachymeningitis haemorrhagica interna weder auf der Grundlage einer Blutung noch einer Entzündung entstehe, sondern daß es sich um ein „flächenhaftes kavernöses Angiom der Dura“ handelt, „eine geschwulstartige Fehlbildung, die aus einer Gewebsmißbildung durch Hinzutreten einer Wachstumskomponente entsteht“. Er empfiehlt daher auch den im Titel angegebenen Namen. — Das Bezeichnende der Auflagerung seien weite, bloß von einem Endothel ausgekleidete Bluträume, wie sie anderswo als Ergebnis eines Organisationsvorganges nicht bekannt sind. Sie lägen in einem zellarmen, überall ganz gleichmäßig aufgebauten, mit der Dura gleichgefasernten Bindegewebe. Nur in 2 Fällen sah Verf. in Blutungen gewöhnliches Granulationsgewebe. Die Blutungen seien aber bloß sekundär. Verf. findet auffallenderweise auch nur sehr wenig Blutpigment. — Da die „gewebliche Verdickung“ immer unmittelbar der inneren elastischen Membran der Dura aufsäß, nach den Vergleichsuntersuchungen des Verf. aber zwischen dieser elastischen Haut und dem Oberflächenepithel immer noch eine dünne Bindegewebsschicht liegt, scheint er die Neubildung wenigstens anfänglich in diese Schicht unterhalb des Epithels zu verlegen, was aber nicht ausgesprochen wird. Auch das Auftreten von elastischen Fasern innerhalb der Neubildung und einer kleinen Arterie mit elastischer Innenhaut führt Verf. gegen die Herkunft von Granulationsgewebe ins Treffen. Meisner.

**Severi, Lucio:** Alterazioni endovascolitiche nei vasi piali in corso di meningoencefaliti acute. (Endovasculäre entzündliche Veränderungen der Piagefäße im Verlaufe akuter Meningo-Encephaliden.) (*Istit. di Anat. e Istol. Pat., Univ., Firenze.*) Arch. „De Vecchi“ Anat. pat. **2**, 679—694 (1940).

Bei der eingehenden mikroskopischen Untersuchung der Piagefäße in 21 Obduktionsfällen tuberkulöser, eitriger oder hämorrhagischer Meningo-Encephaliden fanden sich regelmäßige entzündliche Beteiligungen der Gefäße, die auch zu Veränderungen am Endothel führten. Es bestanden Infiltrate mit Polyblasten, Lymphocyten und Granulocyten. Manchmal bewirken diese entzündlichen Veränderungen erhebliche Verengerungen und bei der Abheilung Obliterationen der Gefäßlichtungen. Es wird vermutet, daß diese entzündlichen Verengerungen der Gefäße Ursache der kleinen Rindenerweichungen sind, die im Verlaufe einer akuten Meningitis vorkommen.

Gerstel (Gelsenkirchen).

**Palmer, Dwight M.:** Bilateral cortical thromboses. Report of a case. (Doppel-seitige Rindenthrombosen. Bericht über einen Fall.) J. nerv. Dis. **92**, 429—441 (1940).

Es wird über einen 62jährigen Mann berichtet, der 35 Tage vor dem Tode plötzlich vorübergehend verwirrt war und nicht lesen konnte, später bestanden Euphorie und Unruhe. 17 Tage vor dem Tode erfolgte ein zweiter Anfall mit aphasischen Störungen und Verwirrung. Es entwickelte sich eine rechtsseitige Hemiplegie und ein völliger Verwirrungszustand. Das Gehirn wies zwei fast symmetrische Erweichungsherde auf. Rechts waren obere und laterale

Teile des Schläfenlappens befallen sowie laterale Teile des Scheitellappens (nach Brodmann Feld 41, 42, 22 und Teile von 21, 37 und 39). Links waren vorwiegend caudale Abschnitte der 1. Schläfenwindung und Teile der Insel betroffen (Feld 41, 42 und 22, Teile von 21 und 39). Das Alter der Herde entsprach den Daten der Vorgeschichte. Auf die Ätiologie wird nicht eingegangen. *Ch. Krücke* (Berlin-Buch).

**Kuypers, C.: Untersuchungen über den Mechanismus des Exophthalmus.** (*Physiol. Inst., Univ. Leiden.*) Arch. néerl. Physiol. **25**, 323—335 (1941).

Die Untersuchungen des Verf. haben ergeben, daß sich durch Einspritzung von Ephedrin ein Exophthalmus hervorrufen läßt, der durch Kontraktion der Muskelfasern im vorderen Teil der Membrana orbitalis zustande kommt, während sich durch thyreotropes Hormon dieser Effekt, der dabei von mehreren Autoren beschrieben wurde, nicht erzielen ließ. *Marenholtz* (Berlin).

**Holmgren, Hj., und A. Stenbeck: Beitrag zur Kenntnis des Vorkommens von Mastzellen im menschlichen Auge bei verschiedenen pathologischen Zuständen.** (*Histol. Abt., Karolin. Inst., Augenabt., Kransches Inst. u. Augenabt., Krankenh. Sabbatsberg, Stockholm.*) Acta ophthalm. (Köbenh.) **18**, 271—294 (1940).

In der Cornea kommen Mastzellen normalerweise in äußerst geringer Anzahl vor. Bei Hornhautaffektionen, wie Ulcus serpens, steigt die Zahl derselben. In 2 Fällen von langwieriger Iridocyclitis wurde auch eine leichte Zunahme dieser Zellen beobachtet. Bei Iritiden sowie bei Glaukomen wurde, wenn auch nicht in sämtlichen Fällen, eine Vermehrung der Mastzellen beobachtet. Die Mastzellen weisen eine auffallende Neigung auf, sich rings um die Gefäße zu gruppieren. Die Form der Zellen ist vom Gewebe abhängig, in welchem sie gerade liegen. *v. Marenholtz* (Berlin).

**Elbel, Herbert: Beitrag zur Sektionstechnik des Gehörorganes.** (*Path. Inst., Univ. Heidelberg.*) Zbl. Path. **76**, 247—249 (1941).

In der vorliegenden kurzen Mitteilung wird eine Sektionstechnik zur Freilegung des Felsenbeins und speziell des Trommelfells empfohlen und abgebildet. Während sonst meistens die Pathologen entweder durch horizontale Abmeißelung der oberen Felsenbeinfläche oder durch Aufsägen das innere Ohr freilegen, haben wir uns die von Elbel angegebene Methode, wenngleich auch in etwas anderer Ausführung, schon von jeher angewöhnt. E. empfiehlt die dreieckige Ausmeißelung, wir selbst ziehen eine rechteckige Anordnung der Meißelschläge vor; das Aufsägen haben wir schon lange aufgegeben. *Merkel* (München).

**Tangari, Corrado: La congelazione delle capsule surrenali e il suo rapporto con il contenuto di acido ascorbico e di adrenalina surrenali.** (Das Gefrieren der Nebennierenkapsel und sein Einfluß auf den Gehalt von Ascorbinsäure und Adrenalin der Nebennieren.) (*Istit. di Clin. Chir. e Terapia Chir., Univ., Napoli.*) Ormoni **2**, 875 bis 886 (1940).

Läßt man Chloräthyl auf die Nebennierenkapsel von Kaninchen durch 5 min hindurch einwirken, so wird das Ascorbinsäure- und Adrenalingleichgewicht empfindlich gestört, indem es zu einer starken Verminderung beider Stoffe in den Nebennieren kommt. *v. Neureiter* (Hamburg).

**Gelderen, Chr. van: Torsio funiculi spermatici, Torsio testis.** Z. Kinderheilk. **62**, 252—257 (1941).

Hinweis auf die praktisch wichtige, häufig verkannte und als perakute Orchitis oder Leistenbrücheinklemmung fälschlich diagnostizierte Erkrankung einer Torsio funiculi spermatici et testis unter Mitteilung dreier selbstbeobachteter Fälle:

1. Säugling mit Leistenschmerz und -schwellung bei homolateral leerem Scrotum. Leichtes Fieber, hat erbrochen. Erkrankungs-dauer unter 24 Stunden. Kein Ileus. Unter der Diagnose Hodentorsion: Leistenschnitt. Befund: Stieldrehung des Samenstrangs von etwa 360 Grad um die Längsachse. Bläulicher Hoden und Nebenhoden. Detorsion. Keine Besserung, bei einigem Zuwarten, in bezug auf die Farbe. Deshalb Hemikastration. Unge-störter Verlauf. Mikroskopisch hämorrhagische Infarcierung: Kernfärbung des Epithels nicht geschwunden, allerdings mit einem Stich ins Pyknotische. Vielleicht hätte der Hoden erhalten werden können. — 2. Etwa 10-jähriger Knabe mit überaus plötzlich entstandenem Leistenschmerz. Rückenausstrahlung. Sonst kein Hoden auf dieser Körperseite. Außerhalb

des initialen Kollapses keine Symptome eines akuten Darmverschlusses. Operation: Torsion des Samenstranges und des Hodens (um die Längsachse) von etwa 270 Grad. Da der Anfang kaum 10 Stunden zurücklag: Detorsion. Der Kreislauf besserte sich (Farbe!). Da der entsprechende Versuch sich als leicht erwies, Orchidopexie. Der Hoden ist seitdem nicht atrophiert; Vollerfolg. — 3. 17jähriger Junge. Bekommt während einer hormonalen Behandlung seiner Hodenretention Leistenschmerzen. Stellt sich nach einer Woche ein mit Leistentumor, der nicht mehr so schmerzhaft sein soll. Stuhl normal. Die Diagnose konnte mittels der Operation nur noch dazu verhelfen, die Schmerzen auszuschalten. Erst nach der Eröffnung der Tunica vaginalis propria bekam den intravaginal torquierten Hoden und Nebenhoden zu Gesicht. Drehung um 540 Grad an fadendünnem Stiel. Abtragung des Hodens (und Nebenhodens), der sich als hämorrhagisch-nekrotisch erwies. Stieldrehung um eine horizontale Achse.  
v. Neureiter (Hamburg).

**Laffont, A., et M. Pietri:** Sur un cas de péritonite antepartum de cause indéterminée. (Carence de l'invagination anatomique.) Revue générale des péritonites de la grossesse de déterminisme mal élucidé. (Über einen Fall von Bauchfellentzündung vor der Geburt von unbestimmter Ursache. [Nichtvorhandensein von anatomischem Substrat.] Generalübersicht über die Bauchfellentzündungen unbestimmten Ursprungs während der Schwangerschaft.) Gynéc. 38, 565—604 (1939).

Verf. besprechen an Hand einer eigenen Beobachtung das Problem der Peritonitiden während der Schwangerschaft. Neben den Bauchfellentzündungen im Anschluß an Grippe, Pneumonie und Staphylokokkeninfektionen wird insbesondere auf das Problem der Coliperitonitis vom klinischen und therapeutischen Standpunkt eingehend eingegangen. Für den Gerichtsarzt nichts wesentlich Neues. Schrifttum.

Rudolf Koch (Münster i. W.).

**Davéo, J. P.:** Rétention prolongée d'un pessaire vaginal. (Langdauernde Verhaltung eines Scheidenpessars.) Bull. Soc. Gynéc. 28, 536—537 (1940).

Verf. berichtet über die Entfernung eines 5 cm langen ringförmigen Scheidenpessars aus Kautschuk bei einer 72 Jahre alten Zwergin, welches derselben wegen eines Gebärmuttervorfalles im 16. Lebensjahre eingesetzt und 56 Jahre lang von der Patientin unverändert getragen worden war, bis es jetzt zu Beschwerden, Induration, hartnäckiger Cystitis und leichten Blutungen Anlaß gegeben hat.

Rudolf Koch.

**Pelkonén, E.:** Untersuchungen über das Vorkommen, den Bau und die Pathogenese von metaplastischem Plattenepithel in der Schleimhaut des Corpus uteri. (Path. Inst. u. II. Frauenklin., Univ. Helsinki.) Acta path. scand. (Københ.) 18, 111—159 (1941).

Verf. untersuchte in 1000 Fällen die Schleimhaut des Gebärmutterkörpers. In drei Vierteln sei Curettagematerial, in den anderen Fällen bei den Operationen entnommenes Gewebe Gegenstand der Untersuchungen gewesen. Besondere Aufmerksamkeit sei der Differenzierung der Corpusschleimhaut von der Schleimhaut der Umgebung — unter anderem mit Hilfe der Mucinfärbung — zugewandt worden. Übergangsepithel oder an eine niedrigere Differenzierungsstufe des Plattenepithels erinnerndes Epithel habe sich in der Corpusschleimhaut verhältnismäßig oft, ja in Dutzenden von Fällen gefunden. In den meisten habe es sich jedoch nur um eine formale Akkommodation der Epithelzellen, aber in einem Teil schon sicher um eine Differenzierung des Epithels im Frühstadium gehandelt. Nur in 4 Fällen sei das Vorkommen von metaplastischem Plattenepithel in der Schleimhaut sowohl als Deck- wie als Drüsenschlauchepithel festgestellt worden. In 3 Fällen hätten die metaplastischen Plattenepithelinseln ziemlich regelrechtes, allerdings bis zu einem verschiedenen Differenzierungsstadium fortgeschrittenes Plattenepithel vertreten, worin in den weitest entwickelten Inseln die für das Plattenepithel kennzeichnenden Zellschichten konstatiert worden seien, d. h. eine typische Basalzellschicht, von Stachelzellen gebildete Schichten, einer keratohyaline Zellschicht mit Horngebildebildung sowie in einem Fall auch schon eine Bildung von Bindegewebspapillen. In dem 4. Fall habe das umgewandelte Epithel einen Sondertypus erkennen lassen. Auch da sei festgestellt worden, daß das neugebildete Epithel gewisse, für das Plattenepithel wesentliche Eigenschaften besessen hätte, nämlich neben primitiven Basalzellen und schon mit schwach entwickelten

Intercellularbrücken versehene Stachelzellen stellenweise bereits ziemlich typische keratohyaline Schichten und Hornperlen. Die verschiedene Differenzierungsstufen vertretenen Epithelinseln, die an gewissen Stellen unmittelbar aneinander gestoßen seien, sowie in Fall 4 das gleichzeitige Vorkommen der verschiedenartigsten Übergangsformen und Entwicklungsstadien in ein und derselben Gewebsprobe hätten gestattet, die Entwicklung des metaplastischen Differenzierungsprozesses von seinen Anfangsphasen bis zur Bildung einer Hornschicht zu studieren. Die Umwandlung habe in verhältnismäßig begrenzten Gebieten begonnen. An der Umwandlungsstelle sei zunächst eine Alteration der zur Oberfläche hin reichenden Epithelzellen bis zu ihrer Zerstörung gefunden worden, wobei die basalen Zellen ihre frühere Größe und Form beibehalten hätten. Dieselbe Ursache, durch welche die Zerstörung der oberflächlichen Zellen bewirkt worden sei, habe dann zur Tätigkeit der indifferenten Basalzellen, d. h. zur Bildung von neuem, den Verhältnissen besser angepaßtem Epithel geführt, das sich in unseren Fällen als Plattenepithel mit den für dieses typischen Eigenschaften erwiesen habe. Der Verlauf des Differenzierungsprozesses sei in den 3 erstgenannten Fällen langsamer und regelmäßiger gewesen, so daß die verschiedenen Zellschichten die für das Plattenepithel charakteristischen morphologischen Eigenschaften erlangt hätten. In dem 4. Falle andererseits, in dem die Schleimhaut wenigstens noch teilweise ihre cyclische Funktion beibehalten habe, sei die Differenzierung, auch nach den zahlreichen Kernteilungsfiguren zu urteilen, schnell vor sich gegangen. So hätten sich keine typische Basal- und keine Stachelzellenschicht gebildet, sondern die Zellen hätten sich nur zu an diese erinnernden abortiven Zellen entwickelt, wie die Keratisierung neben den Schichtungen auch oft in Form einer primitiven Körnung aufgetreten sei. Der schnelle Verlauf des Prozesses habe oft auch zu Nekrosen des neugebildeten Epithels geführt, die zahlreich Hand in Hand mit Entwicklungsstadien verschiedener Phasen angetroffen worden seien. Diese schnelle und eigentümliche Differenzierung habe den metaplastischen Umwandlungsprozeß vertreten, der in der noch an der cyclischen Funktion teilnehmenden Schleimhaut möglich geworden sei. Über die zur Bildung von metaplastischem Plattenepithel führenden Ursachen wurden eine Anzahl Beobachtungen gemacht. Exsudatzelleninfiltration der Mucosa sei in allen Fällen konstatiert worden. Diese Infiltrationen und Bakteriotoxine lösten jedoch nicht allein die Bildung von metaplastischem Plattenepithel aus, sondern neben ihnen konnte Verf. gewisse andere Faktoren nachweisen, die sicher bei der Entstehung dieses Prozesses eine Rolle spielen. Als solcher Spezialfaktor habe sich erstens das Senium oder der Zustand der Mucosa, in dem die cyclische Funktion schon aufgehört habe, ergeben. Zu dieser Gruppe hätten die 2 ersten Fälle gehört. In den 2 letzten Fällen hinwieder hätte die auf hormonalen Funktionsstörungen beruhenden metropathischen Schleimhautaffektionen des Corpus uteri eine offenbar entscheidende weitere Ursache zur Entstehung der Metaplasie gebildet. Von diesen weiteren Faktoren werden ferner der A-Vitaminmangel, mechanische Reize usw. angeführt. Das genetische Verhältnis des metaplastischen Plattenepithels in der Schleimhaut des Corpus uteri zum Carcinom konnte nicht mit Sicherheit nachgewiesen werden, obwohl die Schleimhaut des Corpus uteri in dieser Beziehung keine Ausnahme von den anderen Schleimhäuten mache. Schrifttum. 13 Abb. *Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Mulazzi, G.:** *Sul comportamento degli organi parenchimali ed endocrini nell'eclampsia gravidica.* (Über das Verhalten der parenchymatösen und der endokrinen Organe bei der Schwangereneklampsie.) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Milano.*) Ann. Ostetr. **62**, 2035—2083 (1940).

An den ausführlichen Bericht über die im Schrifttum verzeichneten Ergebnisse der Leichenuntersuchung in Fällen von Eklampsie schließt sich die Mitteilung über die pathologisch-anatomischen Befunde an den parenchymatösen und endokrinen Organen, die Verf. bei 7 Fällen von Eklampsie zu erheben Gelegenheit hatte. Dabei handelte es sich um Veränderungen degenerativer, nekrotischer und entzündlicher Natur. So fanden sich Störungen im Blutkreislauf des Gehirns (Gehirnödem, Blutungen), Blu-

tungsherde in den Lungen und in der Leber schwerste nekrotische Prozesse vom Typus der akuten gelben Leberatrophie sowie entzündliche Erscheinungen in der Art einer akuten exsudativen Hepatitis. In den Nieren waren neben dem tubulären Apparat, der alle Grade degenerativer Alteration aufwies, auch die Glomeruli entweder von mehr regressiven oder mehr exsudativ-proliferativen Veränderungen befallen. Neben diesen Hauptsymptomen traten die Befunde im Myokard (von der Art einer serösen Entzündung) und in der Milz, durch eine follikuläre Hypertrophie, eine Blutfülle der Milzsinus und eine Rarefizierung der Pulpastränge gekennzeichnet, zurück. An den endokrinen Organen ergab sich folgendes: Im Vorderlappen der Hypophyse fehlten die typischen Graviditätszellen, dagegen waren die großen basophilen Elemente besonders stark vertreten, in einem Falle war dieser Befund mit einer basophilen Infiltration der Neurohypophyse vergesellschaftet. Die Rinde der Nebennieren zeigte eine Verminderung und unregelmäßige Verteilung der Lipoide. In den Eierstöcken waren die Elemente der Theca interna der atretischen Follikel teils proliferativ, teils degenerativ verändert, im Interstitium fanden sich Anhäufungen großer sudanophiler Zellen. In den Epithelkörperchen fiel eine Vermehrung der Hauptzellen auf. In 1 Falle ließen sich degenerative Veränderungen an den eosinophilen Zellen feststellen. Im Pankreas wies nur der endokrine Anteil einen besonderen Befund auf: In 4 Fällen zeigte sich eine acino-insuläre Metaplasie mit Verwischung der Grenzen zwischen den endokrinen Partien und den umliegenden acinösen Elementen. Die Schilddrüse und die Epiphyse wiesen keine Abweichungen auf. In 3 Fällen wurde eine persistierende Thymusdrüse gefunden. Die Übersicht über die in den endokrinen Organen beobachteten Veränderungen läßt den Schluß zu, daß es sich hier nicht um Störungen handelt, die sich erst als Folge der Eklampsie entwickelt haben. Sie müssen vielmehr alle schon vor dem Ausbruch der Erkrankung bestanden haben und erscheinen lediglich als der Ausdruck einer mangelhaften Anpassung der Organe an den Zustand der Schwangerschaft. Die Eklampsie wäre somit als eine pluriglanduläre endokrine Störung aufzufassen.

v. Neureiter (Hamburg).

**Kolessow, G.: Un cas d'échinococque de l'utérus et du foie.** (Fall von Echinococcus der Gebärmutter und der Leber.) *Akuš. i Ginek.* Nr 10, 80 (1940) [Russisch].

Am 3. V. 1933 kam ins Krankenhaus eine 33jährige verheiratete Frau mit nagenden Schmerzen im Unterbauch und Kreuz, unregelmäßigen Menses, ständiger Verstopfung, Appetitlosigkeit, Kopfschmerzen, Schwindel, Schwäche. Krankheitsgefühl seit 2 Jahren. 2 Kinder. Seit 2 Jahren keine Schwangerschaft. — Befund: Mittlerer Wuchs, sehr herabgesetzter Ernährungszustand, Haut und Schleimhäute blaß, leicht ikterisch. Herz- und Lungenbefund normal. Bauchpalpation schmerzfrei. Schwaches Fettpolster. Unterer Leberrand 2 Finger breit unter dem Rippenbogen, fest; Milz o. B. — Bei innerer Untersuchung: Scheide normal. Scheidenteil etwas hypertrophisch. Muttermund spaltförmig. Seitengewölbe normal. Hinterwand verkürzt. Uterus entsprechen einer 3 $\frac{1}{2}$  monatigen Schwangerschaft, fest, elastisch, schwach beweglich. Die Hinterwand leicht hügelig. Länge der Höhle 9 cm. Blut: Hb 65%. R. 3450000, W. 8900, Eosinoph. 5%, Mon. 3%, Lymph. 30%, Index 0,9%. Harnorgane o. B. Aufnahmegewicht 49 kg. Diagnose: Fibromyoma uteri. — 12. III. 1933 Operation (Kolessow): Eröffnung der Bauchhöhle in Morphium-Äther-Narkose vom Nabel abwärts. Auslösung des Uterus schwierig; bemerkenswerte Verwachsungen mit dem Darm. Am Grund und hinten 3 unscharf vortretende kugelförmige, weißliche Hervorragungen. Supravaginale Amputation des Uterus mit Zurücklassung der Anhänge. Peritonisierung und Gefäßunterbindungen. Feste Schichtnaht. Glatte Verlauf der Heilung. — Entlassung im guten Zustande am 15. Tage. — Maße der Gebärmutter 13×10 cm, von vorne nach hinten 14 cm. An der oberen hinteren Wand, besonders rechts, 3 Cysten, deren Eröffnung Echinococcus an der hinteren oberen Wand des Uterus und an dem bedeckenden Bauchfellblatt ergab. — 16. II. 1934 neuerliche Aufnahme und Operation im Salski-Krankenhaus wegen eines Leberechinococcus. — Entlassung

am 7. III. 1934 in befriedigendem Zustande. Jetzt arbeitsfähig, bei gutem Befunde, Gewichtszunahme 12 kg. — Bemerkenswert an diesem Falle: Von allen Teilen des weiblichen Körpers sind die weiblichen Geschlechtsorgane äußerst selten befallen. In der Literatur sind nur 31 Fälle beschrieben, und von diesen 31 entfallen auf Echinococcus des Uterus 5; die übrigen entfallen auf die Anhänge. Am häufigsten noch ist die Lokalisation im breiten Mutterband. — Die Infektion der weiblichen Geschlechtsorgane geschieht gewöhnlich über den Magendarm oder die Atemwege oder durch Oberflächenverletzungen. Von hier aus Verbreitung durch Blut oder Lymphe in andere Organe, am häufigsten in der Leber. Im beschriebenen Falle war der Echinococcus einkammerig. Die Diagnose des Uterusechinococcus ist sehr schwer. Er wird verwechselt mit Myom, Fibromyom, Eierstockcyste, Wanderniere und einfacher Schwangerschaft. Eosinophilie und positive Kazonsche Probe sprechen für Echinococcus.

*Tiling* (Posen).

**Runge, H.: Juvenile Blutungen.** (*Univ.-Frauenklin., Heidelberg.*) Geburtsh. u. Frauenheilk. 2, 495—516 (1940).

Der Begriff der juvenilen Blutungen umfaßt die mit Blutung einhergehenden Erkrankungen eines ganzen Lebensabschnittes. Ein einheitliches Krankheitsbild liegt nicht vor. In der Pathologie lassen sich gewisse Parallelen zu denen des Klimakteriums ziehen: die mit der Fortpflanzung zusammenhängenden Erkrankungen treten zurück, Störungen des Ovariums in Gestalt der Follikelpersistenz stehen im Vordergrund. Als häufigste Ursache schwerer Blutungen unterhalb des 20. Jahres ist die glanduläre cystische Schleimhauthyperplasie anzuführen. Im 3. Lebensjahrzehnt nimmt die Endometritis den Hauptteil ein. Verf. bringt folgende Statistik: A. 53 Fälle bis zu 20 Jahren. Darunter Endometritis (11), glanduläre (28), Proliferat. anovulat? (7), verzögerte Menstruation (5), hämorrhagische Diathese (2). B. 136 Fälle von 21—30 Jahren. Darunter Endometritis (75), glanduläre (15), Proliferat. anovulat? (22), verzögerte Menstruation (15), Myome (8), Endometriose (1). Die Ursachen und die Behandlungsverfahren der juvenilen Blutungen werden eingehend erörtert. Die Abhandlung ist für den Praktiker wie für den Facharzt sehr lesenswert.

*H. Fuchs* (Posen).

**Brault, P.: À propos du tétanos ombilical.** (Bemerkungen gelegentlich eines Falles von Starrkrampf, vom Nabel ausgehend.) Bull. Soc. Gynéc. 28, 554—556 (1940).

Verf. hat in 20 Jahren 10 Fälle von Tetanus umbilicalis bei Neugeborenen gesehen, die sämtlich trotz Einspritzungen von Tetanusserum gestorben sind. Im vorliegenden Falle berichtet er über ein geheiltes, jetzt 2 Jahre altes Kind, Enkelkind eines alten Landarztes, der seinem Enkelkind neben den Seruminjektionen regelmäßig künstlich durch die Nasenonde die notwendige Menge Milch gegeben hat. Verf. hält die Ernährung des Säuglings bei Tetanus umbilicalis neben dem Serum für das wichtigste, da beim Tetanus beträchtliche Mengen von Calorien vom Körper infolge der Muskelarbeit verbraucht würden und da Neugeborene bekanntlich außerordentlich empfindlich gegen Unterernährung seien.

*Rudolf Koch* (Münster i. W.).

**Beer, Alfred: Über spätes Erbrechen nach Diphtherie.** Z. Kinderheilk. 62, 344—350 (1941).

Verf. konnte bei 41 diphtheriekranken Kindern, die an spätem Erbrechen in der 4., 5. oder 6. Woche litten, keine frischen Herzscheidungen feststellen, die das Erbrechen erklären könnten. Elektrokardiogrammbefunde liegen allerdings nur vereinzelt vor. Es fanden sich andererseits 23 Kinder dieser Untersuchungsreihe, bei denen in zeitlichem Zusammenhang mit dem Erbrechen Hirnnervenstörungen auftraten, die der Verf. auf eine Schädigung des Vaguszentrums zurückführt.

*Karl Kothe.*

**Büchner, F.: Über experimentelle Höhenpathologie (vom Standpunkt des Pathologen).** (*Inst. f. Luftfahrtmed. Path. d. Reichsluftfahrtministeriums, Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Luftf.med. 5, 1—16 (1940).

Die pathologische Anatomie der akuten Höhenkrankheit steht noch in den Anfängen. Verf. gibt in der vorliegenden Arbeit einen Überblick über die bisherigen Ergebnisse der experimentellen Höhenpathologie. Campbell hat zuerst Ganglienzellenveränderungen nach Unterdruckexperimenten bei Tieren gesehen. Die schweren Störungen bei Unterdruckbewußtlosigkeit, Krämpfe und Atemlähmung ließen von

vornherein ausgesprochene Veränderungen im Zentralnervensystem vermuten. Meer-schweinchen, die etwa 5 Tage lang auf 8000 m vom Verf. gehalten und meist unter Krämpfen gestorben waren, zeigten schwere Nekrosen der Ganglienzellen in der Medulla oblongata, in der Rinde des Kleinhirns und im Mittel- und Zwischenhirn. Die Bilder entsprachen der ischämischen Erkrankung (Nissl). Verf. nimmt irreparable Schädigung durch Hypoxämie an. Die Versuchstiere hören bei Sauerstoffmangel auf zu fressen und magern rasch ab. Della porta zeigte, daß verhungerte Tiere den gleichen Befund boten wie die Hypoxämietiere. Merk hat dann aber durch beweiskräftige Versuche gezeigt, daß auch bei Vermeidung jeder Gewichtsabnahme Ganglienzellnekrosen nach Hypoxämietod festzustellen sind. Bei Tieren, die rasch durch Hypoxämie (in 12000 m) zugrunde gegangen waren, fand Merk keine Zellnekrosen, wohl aber bei solchen, die allmählich auf eine große Höhe durch Aufschleusen gebracht waren. Eine längere Einwirkung der Hypoxämie ist also Voraussetzung der Zellnekrose. Wird eine kritische Hypoxämie überlebt, so lassen sich später keine Spuren eines Zellzerfalles nachweisen. Beim Menschen liegen bisher Befunde, die den bei Tieren gemachten Beobachtungen entsprechen, nicht vor, wohl aber wurden nach Kohlenoxyd-Hypoxämie, nach Lungenembolie und nach Erhängungsversuchen (Drosselungshypoxämie) Zellnekrosen gefunden. Die weiteren Darlegungen des Verf. beziehen sich auf Herzmuskel-, Leber- und Lungenveränderungen bei Versuchstieren nach Hypoxämietod. *Henneberg.*

**Olea Herráiz, Ignacio: Die Besserung vor dem Tode.** Rev. españ. Med. y Cir. Guerra 5, 153—156 (1940) [Spanisch].

Verf. versucht eine Erklärung zu geben für die Besserungen, die bei manchen Infektionskrankheiten kurz vor dem Tode auftreten, die aber dem Kundigen das sicherste Zeichen des nahenden Endes sind. Ihm erscheint, daß die Entscheidung im Kampfe zwischen Körper und Noxe, das Nachlassen der Widerstandskraft und die Beruhigung, die hiermit verbunden ist, die subjektive, zum Teil aber auch objektive Besserung herbeiführen. Vor allem aber scheinen ihm psychische Momente, besonders die Ergebenheit in das Unvermeidliche und die Erwartung eines Jenseits, ihre Wirkung auf den somatischen Zustand zu entfalten. *Geller (Düren).*

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

**Darányi, J. v.: Die Blutgruppen in Ungarn, insbesondere die der führenden Volks-schicht.** (*Hyg. Inst., Univ. Budapest.*) Z. Immun.forsch. 99, 77—85 (1940).

Am Hygienischen Institut der Budapester Universität wurde bei 5000 Studenten die Zugehörigkeit zu den einzelnen Blutgruppen nach verschiedenen Gesichtspunkten zusammengestellt und untersucht. In der Blutgruppenverteilung steht Ungarn ungefähr zwischen seinen östlichen und westlichen Nachbarn. Die Blutgruppe A ist unter den Studenten mehr vorhanden als bei der übrigen Bevölkerung. Die prozentuale Blutgruppenverteilung wird nach den Geburtsorten der Studenten aufgeführt. Danach lebt in der ungarischen Ebene und auf dem rechten Donauufer die reinste ungarische Bevölkerung. In Oberungarn, Slowakei und in dem an Rußland grenzenden Karpatenland ist die Gruppe B wahrscheinlich auf Grund slawischer Mischung stärker vertreten. Die Blutgruppenmischung in der Umgebung von Budapest kommt dem Landesdurchschnitt ungefähr gleich, ebenso wie die der Juden. Bei den nationalen Minderheiten ist bei den Deutschen in Ungarn und Siebenbürgen der Anteil der Gruppe B am kleinsten. In der Gruppierung der Studenten ihrer Rassenzugehörigkeit nach ist der Faktor B stärker vertreten als bei den entsprechenden Rassentypen in Deutschland. Verf. teilt ferner die Blutgruppen nach den Religionen ein und stellt fest, daß die Reformierten die reinsten Magyaren darstellen; bei den Evangelischen, unter denen abstammungsgemäß viele Deutsche sind, ist der Anteil der Gruppe B wiederum am geringsten. Der Anteil der Blutgruppe A unter den Studenten der Budapester Universität, die nach den Ausführungen des Verf. die beste intellektuelle Menschenquelle des Landes bilden, wird noch in der Zusammenstellung nach der