

Eosin betropft. Es färben sich die Kerne und das Protoplasma, da ja keine wässrige Lösung vorliegt und dadurch die elektrolytische Dissoziation wegfällt. Das Verfahren läßt sich auch noch etwas ausgestalten, wenn man zu dem Xylol etwas absoluten Alkohol zusetzt. Es lösen sich dann auch Neutralrot, Safranin oder Säurefuchsin. *Gerstel.*

Lipp, Hans: Wenig bekannte, praktische und billige Verwendung von Methylenblaulösungen zu diagnostischen und prognostischen Zwecken. Münch. med. Wschr. 1941 I, 249—251.

Verf. zählt die Verwendungsmöglichkeiten des Methylenblaus für Harn- und Blutuntersuchungen auf, in der Absicht, einzelne in Vergessenheit geratene oder aus nicht ersichtlichen Gründen kaum angewandte Nachweismethoden wieder in Erinnerung zu bringen. Dies trifft vor allem für den Zuckernachweis und die Gallenfarbstoffprobe im Harn zu. Es werden dann noch weiterhin die Methylenblaureaktion nach Russo (Tuberkulose), sowie die Anwendungsmöglichkeiten von Methylenblau bei der Untersuchung von Blutaussstrichen und bei der Kokken- und Bacillenfärbung genannt.

Wagner (Frankfurt a. M.).

Pathologische Anatomie (Sektionstechnik) und Physiologie.

● **Ostertag, B.: Pathologie der raumfordernden Prozesse des Schädelinnenraums.** (Neue dtsh. Chir. Bd. 50.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1941. X, 239 S. u. 170 Abb. RM. 18.—

Das sich auf ein umfangreiches Beobachtungsgut stützende, mit ausgezeichneten Abbildungen ausgestattete Werk will eine „klinisch orientierte Pathologie“ für den neurochirurgisch interessierten Arzt darstellen. Den breitesten Raum nimmt die Darstellung der Gewächskrankheiten und unter diesen wieder die der Gliome ein. Letztere werden, um „zwischen dem Pathologen und dem Kliniker eine gut gangbare Brücke der Verständigung zu schlagen“ in übersichtlicher Weise eingeteilt in ausreifende Gewächse (Spongioblastome, Blastome der astrocytären, oligodendroglösen und ependymären Reihe) und in nichtausreifende Gewächse (solche des Medullarepithels, Neurospongioblastome, multiforme Glioblastome). Die Bedeutung des lokalisatorischen Prinzips, die Abhängigkeit des Gewebsaufbaues von der Lokalisation, wird von Verf. wie in früheren Veröffentlichungen, so auch hier wieder in überzeugender Weise herausgearbeitet. Den Dysontogenesen der „unpaaren (axialen) Hirnabschnitte“ werden diejenigen der Großhirnbläschen gegenübergestellt. So entstehen auf der Grundlage einer ortsgelassenen dysontogenetischen Störung die Gewächse besonderer Prädispositionsstellen und bestimmten Gewebscharakteres: Die multiformen Glioblastome der Ventrikelumschlagstellen, die wenig ausreifenden Glioblastome der (embryonalen) Riechhirnanschlüsse, das typische Thalamusastrocytom, das charakteristische Astrocytom in der Medianlinie des Kleinhirns, das allbekannte Neurospongioblastom mit den Metastasen im Ventrikel usw. Unter den Auswirkungen der Geschwülste erfahren Hirnschwellung und Hirnödeme, die grundsätzlich getrennt werden müssen, eine ausführliche Erörterung. Die Bedeutung der Zisternen als Reserveräume des Gehirns wird besprochen und dabei der gebräuchliche, aber mißverständliche und unzutreffende Ausdruck Zisternenverquellung vom Verf. durch den zweifellos besseren der Zisternentamponade ersetzt. Für den Kliniker und Röntgenologen sind die Ausführungen über die diagnostische Bedeutung der Lageverschiebung für die Ventrikulographie von besonderer Wichtigkeit. Gerichtsärztliches Interesse beansprucht der kurze Abschnitt über Unfall und Hirngewächse. Hier wird ausgeführt, daß die Versuche Benekes, die Hirngewächse auf Unfall zurückzuführen, auf Grund der statistischen Unterlagen als widerlegt zu gelten haben. Dem widerspricht nicht, daß sich in seltenen Ausnahmefällen Gewächse im Bereich einer Dura- oder Gehirnarbe entwickeln können. — Nicht nur der Kliniker, sondern auch der Fachpathologe werden von der Lektüre des Werkes besonderen Gewinn haben. Für denjenigen, der selber gehirnanatomisch tätig sein will und Wert auf instruktive Präparate legt, ist die von Verf. einleitend gegebene Darstel-

lung seiner Methode zur Konservierung des Gehirns in situ und seiner Sektionstechnik von Nutzen.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

Jaeger, F.: Commotio und Contusio cerebri. Unsere heutigen Anschauungen darüber, die Abgrenzung der beiden Zustände gegeneinander, ihre Klinik, Therapie und die möglichen Folgezustände. (*Chir. Univ.-Klin., München.*) Med. Welt 1941, 583—587.

Verf. teilt die konservativ zu behandelnden kraniocerebralen Verletzungen ein in einfache Commotio cerebri, Fälle mit Hirnödemen und in Contusio cerebri. Letztere wird in erster Linie aus dem schwereren klinischen Bild, in zweiter Linie aus dem Liquorbefund (Blutbeimengung) diagnostiziert. Die Abgrenzung gegenüber einer lebensbedrohenden intrakraniellen Blutung ist nicht immer möglich. Wesentlich ist, daß bei der Commotio und Contusio die Erscheinungen gleich im Anfang ihren Höhepunkt erreichen und dann allmählich nachlassen. Im Zweifelsfall muß die Probebohrung zur Differentialdiagnose herangezogen werden. Von Commotio cerebri sollte nach Verf. nur gesprochen werden, wenn nach Abklingen der akuten Erscheinungen (in erster Linie Bewußtseinsstörung), also spätestens nach einigen Tagen, keine Beschwerden mehr vorhanden sind. Bleiben Hirndrucksymptome (Kopfschmerzen, Schwindel, Erbrechen) zurück, so handelt es sich, falls nicht anderweitige Komplikationen vorliegen, um Fälle mit Hirnödemen. Verf. läßt deshalb auch den Begriff der postcommotionellen Beschwerden für die Begutachtung im allgemeinen nicht gelten. Nur bei alten Leuten mit Hirnarteriosklerose, die auch auf einfache Gehirnerschütterungen zuweilen mit langdauernden Kopfschmerzen reagieren, will er eine Ausnahme zulassen (Übergangsrente von 20% für etwa 6 Monate). Die Hirnquetschung macht auch ohne Herdsymptome in der Regel nach Wiedereintritt der Arbeitsfähigkeit eine Rente von 30—40% bis zum Ablauf des 2. Jahres nach dem Unfall erforderlich. Für die Begutachtung von Folgezuständen kraniocerebraler Verletzungen ist eine genaue Befunderhebung im Beginn der Behandlung unerlässlich.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

Jacob, Hans: Über die Lückenherdbildung im „Nekrorestadium“ der Hirnerweichung. (*Anat. Abt., Psychiatr. u. Nervenkl., Univ. Hamburg.*) Z. Neur. 172, 483—499 (1941).

In Weiterverfolgung neuerer Untersuchungen von Spatz am Hirnerweichungsherd wird vom Verf. über charakteristische Umbildungsvorgänge innerhalb der weißen Hirnerweichung berichtet. Hiernach kommt es im Nekrorestadium nicht nur zu einer Abgrenzung des Herdes, sondern auch zu einer mehr oder weniger ausgeprägten Aufgliederung des befallenen Gewebes durch „Lückenzonen“, deren Anordnung je nach der Örtlichkeit verschieden ist. Während sich im Grau perivaskuläre Lückenmängel, vielfach zu pseudolaminären Lückenzonen zusammenfließend, finden, sieht man in der weißen Substanz serpiginöse Lückenbänder, die keine Beziehung zu Gefäßen zeigen. Sie können in den markreichen Rindenschichten in die perivaskulären Lückenmängel übergehen. Der gesamte Herd wird von einem Lückensaum („Demarkationslinie“ von Spatz) gegen die Umgebung abgegrenzt. Mit dieser Gliederung der Lückenfelder im Nekrorestadium stimmt die Anordnung der Körnchenzellen im Beginn des Abbaustadiums überein, so daß ersteren offenbar eine ursächliche Bedeutung für das Auftreten der letzteren zukommt. Es ist danach anzunehmen, daß die Einwanderung der zelligen Abbauprodukte in das erweichte Gebiet sich entlang der vorgebildeten Lückenzonen vollzieht. Ein Teil dieser Zellen scheint sich aber auch an Ort und Stelle aus noch nicht völlig abgestorbenen Zellelementen zu entwickeln, so daß der Abbau der Kolliquationsnekrose im Gehirn nach einem ähnlichen Prinzip vor sich gehen würde wie die Infarktorganisation in anderen Organen (z. B. der Niere), wo nach Untersuchungen von Ribbert u. a. gleichfalls die Möglichkeit einer Wiederbelebung zelliger Elemente in Betracht gezogen werden muß. Die hierbei je nach der Größe des Infarktes bestehenden Unterschiede in der Leistungsfähigkeit des Prozesses gelten in gleichartiger Weise auch für den Hirninfarkt. Das Fehlen von Lückenherden bei der

Koagulationsnekrose (abgesehen von den Randpartien) könnte darauf hinweisen, daß einer der wesentlichsten Faktoren für den charakteristischen Umbau der Kolliquationsnekrose eben diese Lückenherdbildung darstellt, während das nicht aufgelockerte Gewebe keinen Anreiz gleichen Ausmaßes auf die Umgebung zu entfalten vermag. Die Unterschiede in Form und Anordnung der Lückenzonen beim Hirninfarkt einerseits und Hirnödem (diffuse Ödemnekrose) andererseits weisen darauf hin, daß die Lückenherdbildung beim Erweichungsherd durch die seröse Durchtränkung allein nicht zu klären ist. Der genetisch uneinheitliche „Status spongiosus“ (Spielmeyer) unterscheidet sich vom Lückenzustand beim Hirninfarkt durch den überstürzt erfolgenden Umbau zu Lückengewebe, das seine Aufgabe, nämlich die langsame Wegbereitung für die Abbauzellen, deshalb nicht zu erfüllen vermag. *Zech* (Wunstorf i. Hann.).

Hasenjäger, Th., und H. Lenz: Meningo-Panencephalitis bei einem Kinde. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Wien.*) Arch. f. Psychiatr. 113, 405—411 (1941).

Bei einem 8jährigen Mädchen kam es nach akutem Krankheitsbeginn mit Kopfschmerzen und Erbrechen im Verlauf eines halben Jahres zu einem eigenartigen, progredient verlaufenden, allerdings durch kurzdauernde Besserungen unterbrochenen geistigen Abbau verbunden mit stereotypen Hyperkinesen. Tod an hochfieberhafter lacunärer Angina. Differentialdiagnostisch in Betracht zu ziehen waren die von Heller beschriebene Dementia infantilis und die Kramer-Pollnowsche hyperkinetische Erkrankung des Kindesalters. Die mikroskopische Untersuchung des Gehirns ergab neben einer mäßigen Infiltration der Meningen mit Lymphocyten und Plasmazellen mäßige perivaskuläre Infiltrate in allen Hirnteilen. Im Gegensatz zu den Angaben im Schrifttum war das Mark des Großhirns am meisten betroffen, demgegenüber traten die Infiltrate im Mittel- und Zwischenhirn zurück. Spärliche Gliaknötchen, keine Entmarkungsherde. Dem anatomischen Bild nach gehört der Fall in die Gruppe der Meningo-Panencephalitiden (Encephalitis japonica, Encephalitis von St. Louis, Fälle von Pette usw.). Das Variieren der Befunde in Einzelheiten steht möglicherweise mit regionalen Faktoren in Zusammenhang. *Zech* (Wunstorf i. Hann.).

Bodechtel: Abducensparese nach Lumbalanästhesie und Lumbalpunktion. Klin. Mbl. Augenheilk. 107, 84—85 (1941).

Beantwortung einer Anfrage aus der Praxis. Derartige vorübergehende Lähmungen nach Lumbalanästhesie (sowohl mit Stovain als auch mit Tropacocain) sind aus dem Schrifttum bekannt. Sie werden von Spielmeyer auf eine besondere Empfindlichkeit des Abducenskernes zurückgeführt. Schädigungen dieser Kerngruppe kämen deshalb besonders leicht vor, weil die Zahl der in ihnen vorhandenen motorischen Ganglienzellen verhältnismäßig klein ist und sich deshalb schon der Ausfall einer beschränkten Zahl von Zellen bemerkbar machen kann. Gelegentlich spielen auch geringfügige Blutungen an der Hirnbasis oder lokale aseptische Meningitiden eine Rolle. Ein Zusammenhang zwischen Abducensparese und Lumbalpunktion kann nicht angenommen werden. (In dem betreffenden Fall des Anfragenden, wo die Punktion wegen schwacher Patellarsehnenreflexe vorgenommen wurde und die Lähmung 11 Tage später auftrat, liegt möglicherweise eine Forme fruste einer multiplen Sklerose vor.) *Zech*.

Dimitrijević, Dimitrije: Störungen des Konus und Epikonus nach Lumbalanästhesie. (*Klin. chorob nerv. a dušev., Beograd.*) Neur. a. Psychiatr. Česká 2, 61—64 u. dtsh. Zusammenfassung 63 (1939) [Tschechisch].

Nach einer Lokalanästhesie mit Novocain trat eine Parese der Beckennerven, insbesondere der Nn. erigentes mit einer folgenden Störung des Erektionsmechanismus und eine Parese des M. Sphincter communis mit Stuhlinkontinenz. Die Funktion der Blase blieb ungestört. Der Verf. schließt auf einen circumscribten Prozeß als Folge der Lumbalanästhesie, der ausschließlich einige Partien des Conus und Epiconus betroffen hat. *Lhotský* (Wien).

● **Niemi, Turo: Die Senkungsreaktion der roten Blutkörperchen bei Embolien, Thrombosen und Gehirnblutungen sowie einigen anderen Gefäßerkrankungen.** (*Abt. f.*

Innere Krankh., Maria-Krankenb., Helsinki.) (*Acta med. scand. (Stockh.) Suppl.-Bd. 111.*) Helsingfors. 1940. 169 S.

An einer Gesamtzahl von 511 Fällen aus dem Krankengut des Maria-Krankenhauses Helsinki, des Horst Wessel-Krankenhauses Berlin und der I. Medizinischen Klinik Wien sind 1409 Blutkörperchen-Senkungsreaktionen bearbeitet. Im Senium und bei cerebraler Arteriosklerose wurde eine Erhöhung der S.G. nicht gefunden, dagegen rufen schon leichte Erkrankungs Zustände solcher Patienten eine Beschleunigung der S.G. hervor. Bei Infarkten in allen Organen und Extremitäten sowie bei Thrombosen war die S.G. mäßig bis stark erhöht. Bei apoplektiformen Symptomenkomplexen und Gehirnblutungen geht die S.G. mit der Schwere des Falles parallel; dagegen ist in den Folgestadien der Apoplexie die S.G. normal, so daß die S.G. dabei als Maßstab der Ausheilung gewertet werden kann. Bei Encephalomalaciefällen ist die S.G. desto mehr beschleunigt, je ausgedehnter der Herd ist. *Mayser.*

Setzu, Alverio: L'aneurisma dissecante. (Contributo morfologico esperimentale.) (Das Aneurysma dissecans. [Morphologischer und experimenteller Beitrag.] (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Bologna.*) Arch. Sci. med. **66**, 348—370 (1941).

Das Aneurysma dissecans ist keine seltene Erkrankung, wenigstens wurden unter 3000 Leichenöffnungen im Pathologischen Institut in Cagliari 38 Fälle beobachtet, von denen die meisten auch eine gleichzeitige erhebliche Arteriosklerose aufwiesen. Ein eigener Fall bei einer 62jährigen Frau, die 1 Jahr an unklaren Herzbeschwerden und Kreislaufschwäche gelitten hatte, und dann plötzlich bei der Defäkation verstarb, wird eingehend beschrieben. Es fand sich ein typischer Querriß daumenbreit oberhalb des Aortenanfanges und eine große Blutung in die Aortenmedia und den Herzbeutel. Gleichzeitig bestand eine alte Aortenendokarditis und chronische Nephritis. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Aorta wurden schwere chronische entzündliche Veränderungen an den Vasa vasorum der Aorta gefunden. Es wird vermutet, daß durch die Veränderungen in den kleinen Versorgungsgefäßen der Aortenwand Nekrosen und Einrisse entstehen, durch welche ein intramurales Hämatom der Aortenwand gebildet wird, welches dann seinerseits aufreißt. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

Kneucker, Rudolf: Arrosionsaneurysma der A. carotis interna nach Mandelabsceß. (*Abt. V, Luftwaffenlaz., Wildbad.*) Dtsch. Mil.arzt **6**, 291—294 (1941).

7 Tage nach Aufnahme ins Krankenrevier wegen linksseitigen Mandelabscesses ist ohne Eingriff die Vorwölbung des Gaumenbogens und seine Rötung zurückgegangen, die Kieferklemme verschwunden, nachdem schon 2 Tage kein Fieber mehr bestand. 2 Tage darauf erneute, blasse, prall gespannte Vorwölbung, starke Kieferklemme. In der vorhergehenden Nacht Auswurf von etwa 10—15 ccm schwärzlich geronnenen Blutes. Mehrmalige Einstiche an verschiedenen Stellen ergeben immer nur blutigwässrige Flüssigkeit. Anstieg der Körperwärme auf 39°, kein Schüttelfrost. 4 Tage nach Auftreten der erneuten Schwellung, die sich auf die ganze seitliche Rachenwand erstreckte und aus der sich an nicht nachweisbarer Stelle immer wieder Blut entleerte, Nachschau in Allgemeinbetäubung. Nochmaliger Einstich, wiederum nur blutigwässrige Flüssigkeit, kein Eiter. Gegen Ende der Nachschau plötzlich Herz- und Atemstillstand, der nicht mehr zu beheben ist. Die Leichenöffnung deckte neben der bis zum Schädelgrund reichenden Zellgewebsentzündung um die Mandel eine Zerstörung der Wand der Carotis interna auf, von der der hühnereigroße Aneurysmasack ausging, der an mehreren Stellen in die Rachenhöhle durchgebrochen war. Bei der Besprechung der Festlegung des wenig ausdrucksvollen Krankheitsbildes wird betont, daß bei einer Schwellung in der Regio retromandibularis mit der Möglichkeit einer Zerstörung der Wand der Carotis interna, bei Schwellung zwischen Unterkieferwinkel und Kehlkopf mit einer solchen der Carotis externa bzw. ihrer Äste gerechnet werden muß (2 Fälle von Lübberts mit Zerstörung der oberen Schilddrüsenschlagader!). Da der Aneurysmasack sich rasch mit Blutgerinnseln füllt, ist beim Einschnitt und Ansaugen Blut nicht immer zu erwarten, ebensowenig der Pulsschlag zu fühlen. Da aber mehr-

fach beim Einstich eine meist tödlich verlaufene Blutung auftrat, wurde die Forderung erhoben, einen solchen beim geringsten Verdacht auf eine Verwicklung mit den großen Gefäßen nur unter vorsorglicher Freilegung der Carotis communis auszuführen. An eine solche Verwicklung soll nicht nur bei jedem sich lang hinziehenden Mandelabsceß gedacht werden, sondern erst recht, wenn über die übliche Lymphdrüsenanschwellung hinaus eine geschwulstartige Vorwölbung der Regio retromandibularis vorhanden ist, und ganz besonders beim Nachweis sehr bösartiger Erreger, die sehr rasche Gefäßzerstörung verursachen (3 Fälle von Lebrun im Anschluß an Scharlach). Mandelabsceß kann vorgetäuscht werden durch Aneurysmen als Verletzungsfolgen oder durch stilles Hämatom. Ausschlaggebend kann hier die Arteriographie sein. Nach Lebrun ist die Gefäßzerstörung nur in 20 von hundert Fällen mit Sicherheit zu erkennen, in 40 wahrscheinlich, in 40 von Hundert sei dies unmöglich, ja könne jedes verdächtige Zeichen fehlen. Vorhersage sehr ungünstig: von 25 Fällen nur 9 Heilungen. Vorhersage der wohl allein in Frage kommenden Behandlung, der Carotisunterbindung, nach dem 40. Lebensjahr ungünstig. Augenkomplikationen nach diesem Eingriff in 1000 Fällen 4,2 vom Hundert (Sigrist). Störungen am Ohr (Schmerzen, Schwerhörigkeit oder Taubheit) ziemlich selten.

Eberhard Krieg (Stuttgart).

Balogh, E. v.: Bausteine zur lebensrettenden Therapie der venösen Luftembolie. Virchows Arch. 307, 362—369 (1941).

Verf. hat den Funktionsmechanismus des bei Überdruckatmung freigelegten Kaninchenherzens während des Verlaufes der tödlichen Luftembolie beobachtet. Er fand eine kardiovaskuläre Funktionsstörung, die sich aus mehrfachen extra- und intrakardialen sehr eng verbundenen Komponenten zusammensetzt. In der Lunge kommt es zu maximalen spastischen Kontraktionen der Arterien und zu primärer Reizung der Bronchialwandganglien mit Atemnot, Erstickungskrämpfen und schnell folgendem Atemstillstand. Unter den zahlreichen intrakardialen Störungen sind hervorzuheben: Zunehmende Erweiterung des rechten Herzens mit „Mühlengeräusch“, starke Druckerhöhung im rechten Ventrikel mit Eindringen von Luft in die Coronarvenen, Coronarinsuffizienz und Myokardläsionen, Kollaps des linken Ventrikels; nach Atemstillstand noch oberflächliche Herzkontraktionen, Vorhofflimmern und Herzstillstand. Auch durch künstliche Überdruckatmung war weder die Herztätigkeit zu verbessern noch das Leben wesentlich zu verlängern. Da es durch die Gefäßspasmen in der Lunge zu einer plötzlichen Barrikade im kleinen Kreislauf kommt, ließ Verf. Amylnitrit einatmen und konnte dadurch in Verbindung mit Herzpunktion, Überdruckatmung und besonders mit Injektion von adrenalinhaltiger Ringerlösung in das linke Herz auch die tödliche Wirkung einer massiven Embolisierung aufheben. Auch das Einbringen eines Kaninchens, bei dem bereits das Alarmsignal des ausgeprägten Mühlengeräusches festzustellen war, in eine Überdruckkammer mit stufenweiser Steigerung des Druckes auf 2 Atmosphären regelte die Herztätigkeit, und das Tier blieb gesund. Schließlich weist der Verf. darauf hin, daß der Preßsaft aus dem Lungengewebe eines an venöser Luftembolie verendeten Tieres intravenös injiziert zum Tod unter den klassischen Symptomen einer venösen Luftembolie führt, dieser jedoch durch knapp vor Eintritt der katastrophalen Syndrome eingeleitete Amylnitritgaben verhindert werden kann.

Kluck (Treuenbrietzen).

Sattler, A.: Der Spontanpneumothorax. (Ätiologie, Pathogenese und Therapie nach neuen, bioptisch gewonnenen Gesichtspunkten.) (III. Med. Abt., Kaiser Franz Josef-Spit., Wien.) Med. Klin. 1941 I, 160—162.

Zur Entstehung des Spontanpneumothorax wird auf das Vorhandensein subpleuraler Blasen hingewiesen, die aus irgendwelchen Ursachen platzen können und so den Lufteintritt in die Brusthöhle ermöglichen. Die Gefahr des Spontanpneumothorax sei die Bildung von Fisteln, die schließlich zu einem Pyopneumothorax Anlaß geben können. Es wird zur Behandlung empfohlen, nach Spontanpneumothorax früh-

zeitig eine Thoraskopie vorzunehmen und zu versuchen, sich über die Ursache und Behandlungsmöglichkeit Klarheit zu verschaffen. Als Verfahren werden die Stranglösung und die „gezielte Pleurareizung“ genannt, und eine dauernde Drainage, wenn die wiederholte Luftabsaugung nicht zum Ziel führt. Hat sich erst ein Pyopneumothorax entwickelt, kann eine Thoraskopie wegen der Gefahren der Infektion der Brustwand nicht mehr durchgeführt werden.

Reinhardt (Weißenfels).

Gruenfeld, G. E., and S. H. Gray: Malformations of the lung. (Mißbildungen der Lunge.) (*Jewish Hosp., St. Louis.*) Arch. of Path. **31**, 392—407 (1941).

Es wird eine Übersicht über die vorkommenden Lungenmißbildungen gegeben. Abgesehen von den Fällen fehlender Entwicklung beider Lunge oder einer Lunge werden Anomalien des Bronchialbaums, Lungencysten und sog. angeborene Bronchiectasie beschrieben. Im Anschluß daran wird auf überzählige Lappenbildungen und Lungenektopie eingegangen.

Reinhardt (Weißenfels).

Sergent, Émile, et Germaine Oehmichen: La carcinose miliare aiguë du poulmon. (Die miliare Carcinose der Lunge.) Bull. Acad. Méd. Paris, III. s. **123**, 560—564 (1940).

Die Ausbreitung in der Lunge erfolgt auf hämatogenem oder lymphogenem Wege. Röntgenologisch ist die Miliarcarcinose kaum von einer Miliartuberkulose zu unterscheiden. Das klinische Bild zeigt zwei Etappen: Zuerst die allgemeinen und lokalen Symptome eines primären Carcinoms des betroffenen Organs, später das Vorherrschen der Lungensymptome mit zunehmender Atemnot und Cyanose, Husten mit zähem, schleimigem Auswurf. Hilft klinisches und röntgenologisches Bild nicht zur Diagnosestellung, dann gelingt die Diagnose relativ leicht durch den weiteren Verlauf: Relatives Wohlfinden mit gutem fast gleichbleibendem Allgemeinzustand bei Tuberkulose — schnell zunehmende Kachexie bei Carcinom.

Lenz (Berlin).

Henschen: Pathologisch-anatomische Gesichtspunkte zur Sulfonamidbehandlung. (*Schwed. Ärztges., Stockholm, Sitzg. v. 10. IX. 1940.*) Nord. Med. (Stockh.) **1940**, 2597 bis 2598 [Schwedisch].

Das pathologisch-anatomische Bild der croupösen Pneumonie hat sich seit Einführung der neuen Chemotherapie radikal verändert. Das Bild weicht gegenüber dem früheren in zweierlei Hinsicht ab. In der einen Gruppe ist die Pneumonie nicht zur Resolution, sondern zu einer mehr oder weniger ausgebreiteten Nekrose gekommen. In der zweiten Gruppe hat die Pneumonie chronizitiert und es entwickelt sich eine Karnifikation. Die Erklärung für diese beiden abweichenden Typen dürfte darin zu sehen sein, daß die Chemotherapie das Leben des Patienten verlängert, wodurch sich Bilder entwickeln, die man sonst nicht zu sehen bekäme; „der Patient überlebt seine Lunge“.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Butler, Pierce: Pyonephritis mit Stein, Paranephritis und subphrenischer Absceß mit Perforation in der Lunge. (*Sandbyhovs Sjukh., Norrköping.*) Nord. Med. (Stockh.) **1941**, 1407—1409 u. engl. Zusammenfassung 1409 [Schwedisch].

Kasuistische Mitteilung. 42jähriger Mann. Der subphrenische Absceß durchbrach schließlich das Centrum tendineum des Diaphragmas und brach in die Lunge ein, wo er sich in die Bronchen entleerte. Tod durch Aspirationspneumonie im Anschluß daran.

Einar Sjövall (Lund).

Hasselbach, H. v.: Subcutanes Emphysem durch Dickdarmgase. (*Chir. Univ.-Klin., München.*) Zbl. Chir. **68**, 1090—1093 (1941).

Im Anschluß an einen Anus sigmoideus kam es bei einem 67jährigen Kranken zu einem ausgedehnten subcutanen Emphysem mit Dickdarmgasen. Es wird angenommen, daß nach Aufbrennen einer erbsengroßen Öffnung in der Darmwand infolge Zuges am vorgelagerten Dickdarnteil ein Stichkanal erweitert worden ist, so daß dadurch eine Verbindung zwischen dem Lumen der zuführenden Schlinge und dem Raum zwischen Fascie und Haut zustande kam. Begünstigt wurde der Gasaustritt ins Unterhautgewebe vielleicht durch einen etwas zu festen Verband.

Werner Block (Berlin).

Sarens, Antonina: Diffuse phlegmonöse Gastritis. (*I. Med. Univ.-Klin., Tartu [Dorpat].*) Dtsch. Z. Verdgs- usw. Krkh. **4**, 304—307 (1941).

Die eitrige Entzündung der Magenwand ist sehr selten und wird bei der Vieldeutigkeit

und Unsicherheit des klinischen Bildes und des meist schnellen Ablaufes höchstens vermutet, erkannt erst bei der Operation oder bei der Sektion. Verf. gibt mit Operations- und Sektionsbefund die Krankengeschichte eines besonders schweren und komplizierten Falles, der bemerkenswert ist wegen des Maßes der räumlichen Ausdehnung der Entzündung über die ganze Magengenwand und wegen einiger ungewöhnlicher Besonderheiten. Gegen die Speiseröhre und den Dünndarm war die Phlegmone scharf abgesetzt. Die von der Magenwand ausgehende Erkrankung mit Streptokokken führte zu einer eitrig-fibrinösen Bauchfellentzündung. Inwieweit eine vorausgegangene „Erkältung“ bzw. Infektion (Herpes, Halsschmerzen) und die veränderte Qualität des Magensaftes (Achylie) eine ursächliche Rolle für das Zustandekommen der Erkrankung gespielt haben, blieb unentschieden. Die Leibscherzen saßen zunächst ausgesprochen im Unterbauch mit Ausstrahlung in Rücken und Kreuz bei noch weichen Bauchdecken; mit zunehmender Bauchspannung und Meteorismus verzogen sich die Schmerzen in den folgenden Tagen in die obere Bauchhälfte und wurden im Rücken überhaupt nicht mehr empfunden. Nach der Operation, die sich auf eine Öffnung, Auswaschung und Drainage der Bauchhöhle beschränkte, hörten die Schmerzen fast gänzlich auf; bei klarem Bewußtsein war die Kranke fast euphorisch. Auffallend und mit im Schrifttum vertretenen Ansichten nicht übereinstimmend war die anfänglich kaum erhöhte Leukocytenzahl im Blut (7800 und 3100 im Kubikmillimeter). Erst 48 Stunden vor dem Tode zeigte sich eine Leukocytose von 17600. Es darf also eine Magenwandphlegmone nicht ausgeschlossen werden, wenn die Leukocytose fehlt.

Eggert (Gollnow).^o

Polley, Howard F.: Congenital short esophagus with thoracic stomach and esophageal hiatus hernias. Report of forty-seven cases. (Kongenital kurzer Oesophagus mit Thoraxmagen und oesophagealer Hiatushernie. Bericht über 47 Fälle.) (*Dep. of Med., St. Luke's Hosp., Chicago.*) *J. amer. med. Assoc.* **116**, 821—825 (1941).

Von 47 Fällen mit nichttraumatischer Hiatushernie wurde in 14 Fällen ein kongenital kurzer Oesophagus mit teilweise oder vollständigem Thoraxmagen gefunden. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 58,8 Jahre. 90% der Patienten waren älter als 40 Jahre. Neben den erblichen Faktoren tragen Alter und Fettleibigkeit zur Entstehung der Hiatushernie bei. Häufig (48,4%) waren Colondivertikel gleichzeitig vorhanden. Das Hauptsymptom war Schmerz im Epigastrium oder Schmerz nach dem Essen (83%) vergesellschaftet mit Blutung und Aufstoßen (44,7%). Übelkeit und Erbrechen (47%) und Würgeiz (30%) sind oft vorhanden. Andere Krankheitszeichen sind weniger häufig: nächtlicher Schmerz (23,4%), Schluckschmerz (17%), Atemnot (12,7%), Brustschmerzen (14,9%), Magenbluten (8,5%), anginöse Beschwerden und Husten. Beziehungen zwischen der Heftigkeit der Symptome und dem Typ oder Sitz der Hiatushernie wurden nicht gefunden. Es ist wichtig, daß die Hiatushernie in allen verdächtigen oder atypischen Fällen wegen der Wichtigkeit anderer Erkrankungen des Thorax, des Herzens und des Oberbauches ausgeschlossen wird. Röntgenuntersuchung und Oesophagoskopie sind bei der Diagnosestellung wichtig. Die Behandlung besteht in Abmagerungskuren, diätetischen Maßnahmen, spasmenlösenden Mitteln und Behandlung eines manchmal vorhandenen *Ulcus pepticum*. *Habedank.*^{oo}

Baggio, G.: Etiologia e patogenesi dell'appendicite. (Ätiologie und Pathogenese der Appendicitis.) (*Clin. Chir., Univ., Pisa.*) *Pathologica (Genova)* **33**, 97—98 (1941).

Die Appendicitis wird als ein Vorgang der endogenen Sensibilisierung nach Art eines Sanarelli-Schwartzman-Phänomens aufgefaßt und betont, daß ihre Entstehung wesentlich an das neuro-vegetative System gebunden sei. Es werden die infiltrative Form und die perforierende Appendicitis getrennt. Die erste Form sei ein Phänomen allgemeiner Überempfindlichkeit der Appendicitis und bestehe anatomisch aus Ödem und Infiltration. Die zweite Form wird dem Arthusschen Phänomen als lokaler Shock an die Seite gestellt. Die erste Form der Appendicitis wird von einer serösen Peritonitis begleitet, die andere von einer eitrig, wenn die Perforation erfolgt sei. Fehlen bei einer Perforation krankmachende Keime, so kann sich das Pseudomyxoma appendiculare entwickeln. *Reinhardt (Weißenfels).*

Milkó, Vilmos: Ectopia testis perinealis. (Verlagerung des Hodens unter die Dammhaut.) *Orv. Gyakorlat Kérdései (Sonderbeil. zu Orv. Hetil. 1941)* **85**, 19 (1941) [Ungarisch].

Der rechte Hoden eines 16jährigen lag unter der Haut des mittleren Drittels des Dammes, die Haut wurde vorgewölbt. Unterschiedliches zwischen Kryptorchismus und Ektopie. Besprechung des operativen Eingriffes und der Prognose. *v. Beöthy.*

Jailer, Joseph W.: The effect of castration and androgen therapy on creatine and creatinine excretion in monkeys. (Die Wirkung der Kastration und der Behandlung mit androgenen Substanzen auf die Kreatin- und Kreatininausscheidung bei Affen.) (*Dep. of Anat., Coll. of Physic. a. Surg., Columbia Univ., New York.*) Amer. J. Physiol. **130**, 503—511 (1940).

Verf. hat Versuche an Affen ausgeführt, um den Einfluß der Kastration auf den Kreatin- und Kreatininstoffwechsel zu untersuchen. Dabei ergab sich, daß nach Kastration ausgewachsener Affen bei diesen eine vermehrte Kreatinausscheidung im Harn auftrat. Durch Injektion von androgenen Substanzen (Testosteron) wurde diese vermehrte Kreatinausscheidung wieder aufgehoben. Dagegen erwies sich die Kastration und ebenso Testosteroninjektionen auf die Kreatininausscheidung ohne jeden Einfluß. Untersuchungen an noch nicht geschlechtsreifen Tieren zeigten eine verminderte Kreatinausscheidung nach Injektion androgener Substanzen.

M. Wagner (Frankfurt a. M.).

Fuchs, A.: Über sympathisierende und sympathische Ophthalmie. *Med. Welt* **1941**, 294—297 u. 313—316.

Die Ursache der sympathischen Ophthalmie liegt in einer perforierenden Augenverletzung, wobei die Skleralruptur mit Einklemmung der Uvea besonders gefährlich erscheint. Auch postoperative Fälle (Staroperation) sind nicht so selten. Der Ausbruch erfolgt meist in den ersten Wochen und Monaten nach Verletzung, in seltenen Fällen aber Jahrzehnte später. Sehstörungen, objektiv nachweisbare Beschläge der hinteren Hornhautwand, leichte Neuritis und Chorooiditis und Synechien, die mit eigentümlicher Knötchenbildung einhergehen, sichern die Diagnose. Obwohl pathologisch-anatomisch große Unterschiede zwischen diesen Knötchen und tuberkulösen bestehen, ist ein ätiologischer Zusammenhang nicht von der Hand zu weisen. Rechtzeitige Enucleation des verletzten Auges ist erforderlich, da bei Befall des sympathisierten Auges die Entfernung zu spät kommt. Falls Lichtempfindung und Projektion schlecht werden, ist schon in der ersten Woche Enucleation angezeigt. Alle interne Behandlung hat sich als unwirksam erwiesen, neuerdings wird Fieberkur (Malariakur) empfohlen.

v. Marenholtz (Berlin-Schmargendorf).

Fieandt, Olof von: Ein Fall von transitorischer Myopie nach Radiumbestrahlung. (*Univ.-Augenklin., Helsinki.*) *Acta ophthalm. (Københ.)* **19**, 11—14 (1941).

Wegen Plattenepithelcarcinom im Pterygium des rechten Auges erfolgte 4stündige Bestrahlung mit Radiumnadeln. Danach Verschlechterung des vorher normalen Visus auf $\frac{5}{10}$ bei Kurzsichtigkeit bis $-2,5$ D, die nach 14 Tagen wieder geschwunden war. Normaler Visus. Als Grund der Kurzsichtigkeit wird Linsenschwellung angenommen.

v. Marenholtz (Berlin).

Petropoulos, Georg: Die Beteiligung des Kiefergelenkes bei entzündlichen Ohrenkrankungen. (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Leipzig.*) *Z. Hals- usw. Heilk.* **47**, 412 bis 429 (1941).

Ausführliche Beschreibung von 9 Fällen aus der Leipziger Ohrenklinik, davon 7 nach akuter Mittelohrentzündung, 2 nach Gehörgangsfurunkeln. Die Symptome der otogenen Kiefergelenkentzündung (Weichteilschwellung, Kieferklemme, Bißverschiebung, Kiefer- und Gelenkdruckschmerz) werden erörtert. Das Röntgenbild bietet nur bei Kieferschluß sichere Anhaltspunkte. Die Infektion erfolgt hauptsächlich auf dem Knochenweg. Eine operative Behandlung des Kiefergelenks ist meist nicht erforderlich, wenn die ursächliche Erkrankung mit Erfolg behandelt wird. Die Prognose ist gut.

Scheurlen (Crailsheim).

Baumgartner: Le choc traumatique. Étiologie, pathogénie et traitement. (Der Wundshock. Ätiologie, Pathogenese und Behandlung.) *Vjschr. schweiz. San.offiz.* **18**, 30—35 (1941).

Nach dem Stande der heutigen Erfahrungen muß die Theorie einer toxischen Genese auf dem Wege über die Blutbahn abgelehnt werden, wenn auch manche Beobachtungen, wie die Hintanhaltung durch Ligaturen, dafür sprechen. Vielmehr kann heute bestimmt behauptet werden, daß eine neurovegetative Gleichgewichtsstörung die Ursache ist, eine Verlagerung nach der vagotonischen Seite. Dies kann auch die Beobachtungen,

die für eine toxische Genese zu sprechen schienen, unschwer erklären. In der Behandlung muß der größte Wert auf die präventive Seite gelegt werden. Neben den Allgemeinmaßnahmen, Erwärmung, Sauerstofftherapie und Kollapsbekämpfung muß die Wiederherstellung des vegetativen Gleichgewichts treten. Atropin zur Vagusausschaltung, Ephedrin, weniger zu empfehlen Adrenalin, zur Hebung des Sympathicotonus, Campher und Verwandte, sowie Bekämpfung der Acidose, die shockverstärkend wirkt, durch Bicarbonate, gehören zu den wirksamsten Hilfsmitteln. Bei den folgenden operativen Eingriffen ist Äther zu vermeiden, Chloräthyl und vor allem die Lokalanästhesie sollen an seine Stelle treten. Vor allem bei Verletzungen der unteren Extremitäten spielt die Rachianästhesie eine wichtige und schützende Rolle, die Ausschaltung der Nervenbahnen bedingt einen Schutz der wichtigen vegetativen Zentren, die leicht einer irreversiblen Schädigung verfallen, die den Tod sicher herbeiführt. *Geller* (Düren).

Albus, Günther: Das Phänomen der hämorrhagischen Nekrose in der Dermatologie. (*Hautklin., Stadtkrankenh., Dresden-Friedrichstadt.*) Arch. f. Dermat. 182, 376 bis 382 (1941).

Das Phänomen erscheint beim Menschen, im Gegensatz zur hämorrhagischen Nekrose beim Tiere, oft oder vielleicht in den meisten Fällen fragmentär, d. h. als flüchtige entzündliche Veränderungen. Diese werden aber erst dann als Schwartzman-Phänomen erkannt, wenn in Anlehnung an den tierexperimentellen Grundversuch der vorbereitende und auslösende Faktor festgesetzt werden kann. So wurde nach intracutanen Injektionen von Mistelextrakt (gegen chronische gonorrhöische Arthritiden angewendet), das ein echtes Phytotoxin enthält, starke Aufflammungen früherer Injektionsstellen beobachtet, ähnlich denen, welche mit Ricinus erzielt wurden. Außer den Toxinen kann aber auch eine Antigen-Antikörperreaktion (z. B. intracutane Tuberkulininjektion beim tuberkulösen Tiere) vorbereitende bzw. ein Antigen-Antikörperkomplex (z. B. ein Gemisch von Pferdeserum und dessen spezifischen Präcipitinen) auslösende Eigenschaften besitzen. Deshalb wird das Phänomen als eine Abart des Arthusschen Phänomens aufgefaßt, mit Unterschied bloß gradueller Art. Bei einem Bergmann, bei dem der Genuß von Eiklar und Fisch stets eine Urticaria auslöste, kam es nach Entfernen einiger Zahnwurzelgranulome selbst nach massiver Nüchternfütterung mit Ei und Fisch nicht mehr zu urticariellen Schüben, d. h. eine an sich reizschwellige Antigen-Antikörperreaktion wurde durch den zusätzlichen Toxinreiz über die Reizschwelle verlegt und konnte erst durch Beseitigung der Toxinquelle wieder zum unterschweligen Reiz gemacht werden. Ferner können mit entzündlicher Infiltration einhergehende Dermatosen durch Toxinüberschwemmung bzw. durch Antigen-Antikörperkomplex zur akuten Exacerbation gebracht oder unterhalten werden. Histologisch sieht man wandständige Venenthrombosen, perivascularäre Leukocyteninfiltrate, Ödem, prall gefüllte und teilweise geborstene Capillaren, das Interstitium ist stark von Blut durchsetzt. *Rajka* (Budapest).

Zündel, W.: Das chronische Ekzem der Handinnenfläche. Seine Deutung und Begutachtung. (*Univ.-Hautklin., Charité, Berlin.*) Arch. f. Dermat. 182, 287—314 (1941).

Das chronische Ekzem der Handinnenfläche ist, so wie jedes andere Ekzem, den verschiedenartigen Einflüssen des Gesamtorganismus unterworfen, und den äußeren Einflüssen besonders des Berufslebens ausgesetzt. Rein physikalische Einwirkungen auf die Handinnenfläche können kein Ekzem hervorrufen. Dasselbe kann man von dem durch chemische Einwirkungen hervorgerufenen Ekzem sagen. Gerade die auf berufliche Ursache verdächtigen Handinnenflächenekzeme können dem Begutachter große Schwierigkeiten bereiten. Nach seinen Untersuchungen bei Bäckern und anderen beruflichen Handekzemen stellte es sich heraus, daß ein exogen allergisches Ekzem mit einer Lokalisation an den Handinnenflächen sehr selten ist. Hier spielen konstitutionelle Momente eine große Rolle. Diagnostisch bieten die vorwiegend konstitutionellen Handinnenflächenekzeme dem Gutachter die größten Schwierigkeiten, denn die Ekzemneigung wird verschwiegen, die Testreaktionen sind entweder nicht ausschlaggebend oder

sogar negativ. Typisch ist der Sitz in der Mitte der Volae. In solchen Fällen, wo das chronische Handinnenflächenekzem eine Teilerscheinung eines sonst sicher beruflich verursachten Ekzems ist, ist ihre stärkste Ausprägung am Orte der Einwirkung der Noxe zu finden, also bei beruflichen Erkrankungen meist an Hand- und Fingerrücken. Die Handfläche beteiligt sich nur an dem Krankheitsbild. Die gute therapeutische Beeinflussbarkeit nach Ausschaltung der exogenen Ursachen sprechen nicht für eine konstitutionelle Ekzemneigung. Es wird auf die große Schwierigkeit zur Abgrenzung des konstitutionellen Faktors, welcher immer mehr oder weniger mitbeteiligt ist, hingewiesen. Nach seinen Erfahrungen scheint der berufliche Faktor bei den isolierten Handinnenflächenekzemen nur in wenigen Fällen eine wesentliche zu sein, so daß eine Anerkennung als Berufsekzem nur in wenigen Fällen ausgesprochen werden kann.

E. Lehner (Budapest).

Schatter, Tancred: Über Röntgen-Allgemeinschädigungen. (*Univ.-Röntgenklin. [Werner-Siemens-Inst. f. Röntgenforsch.], Robert Koch-Krankenhh., Berlin.*) *Med. Welt* 1941, 641—643.

Die aus dem Leserkreise der „Medizinischen Welt“ gestellte Frage, ob es bei der Anwendung von Röntgenstrahlen zu Allgemeinschädigungen des Organismus kommen kann, wird bejaht. Es werden unterschieden die Röntgenintoxikation, Röntgenschädigungen des Blutes, indirekte fetale Röntgenschädigungen und noch zahlreiche sehr verschiedenartige Krankheitsbilder. Nach ausführlicher Darstellung der Symptome, Ätiologie, des Wesens und der Behandlungsmöglichkeiten des Röntgenkaters werden die Strahlenschädigungen des Blutes besprochen. Nach einer anfänglichen Leukocytose zeigt sich eine Leukopenie mit relativer Verminderung der polymorphkernigen Zellen und gesteigertem prozentuellem Anteil der Lymphocyten. Die Blutschädigungen sind bei nichtchronischer Einwirkung von Röntgenstrahlen reversibel. Die gelegentlich paradoxe Reaktionsform des Blutes (Ausbildung von Leukämien myeloischen wie auch lymphatischen Typs) wird erwähnt. Nicht alle im Schrifttum mitgeteilten indirekten fetalen Röntgenschädigungen sind tatsächlich als solche zu betrachten. Dosen von 50—60 r bedeuten eine Gefahr, so daß umfangreiche röntgendiagnostische Maßnahmen bei Schwangeren nur mit Zurückhaltung ausgeführt werden sollten. Im letzten Teil wird eine Anzahl verschiedenartiger Röntgenschädigungen mitgeteilt: Auftreten sexueller Frühreife, verbunden mit allgemeiner Knochenatrophie, und spätere Anzeichen von Schwachsinn und epileptischen Anfällen, Meningitis, Meningoencephalitis, Endarteriitis obliterans nach Bestrahlung der behaarten Kopfhaut wegen bestehender Hautkrebse usw. Ferner wird berichtet von Schleimhautblutungen, angiospastischen Zuständen, Dyspnoe, Colitiden, Myxödem und psychotischen Zuständen. Schließlich werden als Allgemeinstörungen durch Röntgenbestrahlung Haut- und Gelenksreaktionen ausgesprochen allergischen Charakters und ein Fall von Pellagra angeführt. *Beil.*

Dyes, Otto: Angiographie. (*Röntgenabt., Chir. Univ.-Klin., Würzburg.*) *Fortschr. Röntgenstr.* 63, 63—84 (1941).

Neben der immer noch ein gewisses Wagnis bedeutenden Freilegung der Halsschlagader sind es vor allem Bedenken bezüglich der Unschädlichkeit des Kontrastmittels, die verhindert haben, daß die von Moniz begründete cerebrale Angiographie allgemeine Anwendung findet. Als Kontrastmittel kommt praktisch nur das Thorotrast in Frage. Zwar ist bis heute eine eindeutige Schädigung des menschlichen Organismus nach Thorotrasteinspritzungen noch nicht bewiesen, doch läßt schon allein die Tatsache, daß das Mittel nicht mehr ausgeschieden, sondern im Reticuloendothel gespeichert wird, gewisse Bedenken als begründet erscheinen. Dies umso mehr, als es verschiedenen Autoren gelang, bei Ratten und Mäusen durch Thorotrastinjektionen Sarkome zu erzeugen. Auch Fleming und Chase warnen vor dem Mittel, da sie nach Thorotrastinjektionen bei 2 Leuten fibroplastische Proliferationen auftreten sahen. Diese und ähnliche Beobachtungen lassen vermuten, daß zumindest eine zu hohe Dosierung von Thorotrast dem menschlichen Körper unter Umständen gefährlich werden

kann. Moniz selbst und andere schlagen vor, die Halsschlagader nicht mehr freizulegen, sondern durch die Haut anzustechen, weiter die bisher verwandte Menge des Thorotrast auf die Hälfte (4—6 ccm) herabzusetzen. Um auch bei dieser geringen Menge noch kontrastreiche Aufnahmen zu erreichen, wird von Löhr eine Gerätanordnung angegeben, die eine gleichzeitige Aufnahme des sagittalen und frontalen Schädelbildes ermöglicht. In der Folge werden an Hand von Bildern einige Fälle durchgesprochen. Direkt gelangen im Angiogramm alle Gefäßerkrankungen zur Darstellung, soweit sie mit einer Volumenveränderung der betreffenden Gefäße einhergehen, so z. B. arterielle und arteriovenöse Aneurysmen, Angiome. Auf das Vorhandensein von Tumoren kann indirekt geschlossen werden, sobald eine Verlagerung von Gefäßen festgestellt wird. Eine gleichmäßige „Streckung“ aller Hirngefäße wird beim Hydrocephalus beobachtet.

Beil (Göttingen).

● **Geith, Hans:** Kurze Anleitung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate und Zusammenstellung der gebräuchlichen Färbemethoden. 3., verb. Aufl. München u. Berlin: J. F. Lehmann 1941. 50 S. RM. 1.60.

Das im Jahre 1916 zum erstenmal erschienene Heftchen liegt nunmehr in 3. Auflage vor, womit dargetan ist, daß es sich einer weitgehenden Verbreitung erfreut. Es enthält in einer leicht faßlichen Form und in durchaus vollkommener Weise Anleitung zur Herstellung pathologisch-histologischer Präparate, in erster Linie von Organpräparaten, d. h. die Untersuchung frischen Materials, dann die Fixierungs- und Einbettungsmethoden. Es wird eine sehr vollständige Übersicht über die jetzt gebräuchlichen Färbungen der histologischen Schnitte, sowohl der Gefrier- wie der Paraffin- und Celloidinschnitte gegeben und auch eine besondere Unterabteilung für Färbungen am Nervensystem. Im 2. Abschnitt bringt der Verf. die Anweisungen für die Herstellung von Bakterienpräparaten, sowohl in Ausstrichpräparaten wie in Schnittfärbungen mit den speziellen Färbungsmethoden. Im 3. Abschnitt wird die Technik der Blutfärbungen angegeben und ein 4. Abschnitt behandelt die Herstellung der Farblösungen usw. Sehr praktisch ist ein Schlagwortverzeichnis am Schluß des Büchleins, das die Brauchbarkeit desselben in unseren Laboratorien ganz wesentlich zu erhöhen imstande ist. Das Büchlein kann auch in seiner neuen Auflage wärmstens empfohlen werden.

Merkel (München).

Serologie. Blutgruppen. Bakteriologie und Immunitätslehre.

● **Schaer, K. Fritz:** Charakter, Blutgruppe und Konstitution. Grundriß einer Gruppentypologie auf psychologisch-anthropologischer Grundlage. Zürich u. Leipzig: Rascher-Verl. 1941. 109 S. RM. 3.35.

An Versuchen, Zusammenhänge der Blutgruppen mit anderen erblichen Eigenschaften nachzuweisen, hat es nicht gefehlt. Wie man weiß, sind sie bis jetzt sämtlich fehlgeschlagen. Es kann nicht behauptet werden, daß Verf., der Psychologe von Fach ist, mit seinem Versuch, die modernen Typologien (Kretschmer, Jaensch usw.) mit den Blutgruppen in Beziehung zu bringen, zu überzeugen vermöchte. Da es an ausreichenden Belegen fehlt, vor allem kein Zahlenmaterial gebracht wird, kann das Werk Anspruch auf Wissenschaftlichkeit nicht erheben. Das Ganze stellt somit nicht mehr dar als eine bloße Spekulation. Auf die Ergebnisse einzugehen, dürfte hiernach als überflüssig erscheinen. Es sei nur kurz gesagt, daß das „psychologische Zentralmerkmal“ der Gruppe A in dem „Ausdrucksbedürfnis“, das der Gruppe B im Verhaftetsein des subjektiven Erlebens an objektive Vorstellungen“ gesehen wird. Dabei wird innerhalb der beiden Gruppen eine „intensive und extensive Ausprägung“ des Typus mit entsprechenden Übergangsformen unterschieden. Für die Gruppe O, zu der „praktisch vorläufig“ auch die Gruppe AB gerechnet wird, nimmt Verf. eine Mischung der Elemente A und B an. Sie soll besonders anpassungsfähig sein. In gleichfalls ganz spekulativer Weise wird noch versucht, Zusammenhänge der Blutgruppen und Charaktere mit dem als „konstituierend erkannten jahreszeitlichen Gestaltungsprinzip“ herauszustellen.

Zech (Wunstorf i. Hann.).

● **Weihe, Konrad:** Über Blutgruppenbestimmungen bei Massenuntersuchungen durch den Truppenarzt. Halle-Wittenberg: Diss. 1940. 17 S.

Es werden die bei der Massenbestimmung von Blutgruppen angewandten Methoden