

im Dezember 1937 die subtotalen Hysterektomie mit Entfernung der beidseitigen Adnexe durchgeführt. Die feingewebliche Untersuchung ergab ein polymorphkerniges Sarkom, bei dem die verschiedenen Zellbereiche unmittelbar aneinanderstießen. In dem einen herrschten mehr die kleinen rundkernzellen Elemente vor, in dem anderen mehr die Spindelzellen. Einen Monat später wurden Schulterschmerzen geklagt, ohne daß ein objektiver Befund zu erheben war. 14 Tage später Zunahme der Beschwerden. Magenuntersuchung stellte sarkomatöse Metastasen im Humeruskopf dar. Röntgentiefentherapie brachte Besserung der Schmerzen, aber das Allgemeinbefinden verschlechterte sich im Verlauf der folgenden Monate. Das auffallende bei dieser Beobachtung war das frühe Auftreten der Tochtergeschwulst im Knochen.

Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).

**Schinz, Hans R.: Hämatogene Fernmetastasen in beiden Augen bei Mammacarinom.** (*Röntgeninst., Univ. Zürich.*) Klin. Mbl. Augenheilk. **103**, 425—432 (1939).

Unter 536 in den letzten 20 Jahren bestrahlten Brustkrebsen aller Stadien wurden bei 3 Frauen (39—48 Jahre alt) Metastasen in beiden Augen beobachtet, rund 10% der Gesamtzahl der bestrahlten malignen Tumoren, 0,5% der Trägerinnen von Mamma-Ca. Krankheitsdauer rund 2 Jahre. Augenmetastasen sind Späterscheinungen. Sie traten 19, 17 bzw. 16 Monate nach Beginn des Leidens auf. Die Kranken überlebten die Feststellung der Augenmetastasen um rund 6 Monate. 2mal sehr weit fortgeschritten, inoperabler Brustkrebs mit Beteiligung der Drüsen, 1mal Frühfall, der aber rasch rezipidierte. Metastasen in der Aderhaut durch Geschwulstemboli durch die Art. cil. post. breves entstanden. Die Seltenheit von Augenmetastasen bei Magenkrebss ist darin begründet, daß Leber und Lunge als Filter vorgeschaltet sind, und daß die Kranken nicht alt werden.

P. A. Jaensch (Essen).<sup>oo</sup>

**Orth, O.: Primärtumor oder Metastase?** (*Chir. Abt., Landeskrankenhaus, Homburg-Saarpt.*) Zbl. Chir. **1939**, 2443—2444.

Eine 56jährige Patientin, die vor 3 Jahren an einer gutartigen Struma operiert worden war, hatte sich in der Mitte des Kopfes gestoßen. Sie verspürte einen vorübergehenden Schmerz, der aber bald verschwand. Nach etwa 6 Wochen bemerkte sie eine Vorwölbung an der Stelle, die nicht schmerzte und sich im Laufe der nächsten 3 Monate bis Hühnereigröße vergrößerte und pulsierte. — Verf. hat diese Kranke operiert und den Tumor, der den Knochen sehr weit usuriert hatte, entfernt. Er war mit der Dura verwachsen und blutete sehr stark. Er bestand aus zerfallenem tumösem Gewebe. Die histologische Diagnose ergab einen Tumor aus Gewebe, das einer Struma colloidis microfollicularis glich. Es wurden keine Zeichen von Bösartigkeit gefunden. Es wurde der Verdacht geäußert, daß es sich um eine metastasierende Struma bzw. um Schilddrüsengewebe handelte. Eine nochmalige Untersuchung der Patientin ergab in den Organen und am Knochensystem keinen Anhalt für den Ausgang der Geschwulst. Die Schilddrüse war klein, weich und zeigte auf dem Rö.-Bild keine Verdrängungen. Verf. vermutet, „daß es sich hier um einen jener Fälle von isolierten Knochengeschwülsten mit Schilddrüsenbau und jodhaltigem Kolloid bei unverdächtigen Strumen, in diesem Falle einer normalen Schilddrüse handelt“, daß daraus verschleppte Zellen im Knochen bösartiges Wachstum eingehen könnten. Dieser Fall zeige auch, „daß ein kleines Trauma zur Auslösung eines Tumors genüge“. Ob es sich hier um einen Primärtumor oder um eine Metastase handele, passe sich im Augenblick nicht entscheiden.

Heinz Herrmann (Düsseldorf).<sub>o</sub>

## Morphologie.

**Dörffel, J.: Die superfizielles Epitheliome der Haut (mit besonderer Berücksichtigung der intraepidermalen Entwicklung).** (*Univ.-Hautklin., Halle a. d. S.*) Dermat. Wschr. **1939 II**, 1379—1390.

Mit einer größeren Zahl von Abbildungen vorwiegend mikroskopischer Befunde belegt Verf. seine Ausführungen über superfizielle Epitheliome der Haut, die er in basocelluläre und spinocelluläre Epitheliome einteilt und wiederum nach ihrer Ausbreitung durch Eindringen in die Cutis und in Form einer intraepidermalen Entwicklung unterscheidet. Klinisch sind diese superfiziellen Epitheliome wenig charakteristisch, können oft mit verschiedenen krankhaften Veränderungen am Hautorgan verwechselt werden, die endgültige diagnostische Entscheidung bleibt immer der histologischen Untersuchung überlassen. Die Tatsache, daß die superfiziellen Epitheliome — und zwar sowohl die basocellulären als auch die spinocellulären — im Gegensatz zu den sog. Basaliomen der Gesichtshaut jahre- und Jahrzehntelang ohne eigentliches Tiefenwachstum bleiben, sucht Verf. durch das bei ihnen gegebene Erhaltenbleiben der elastischen

und kollagenen Bindegewebsfasern zu erklären, die bei den Gesichtsepitheliomen (z. B. bei Seemannshaut) typischerweise sehr zahlreiche Degenerationserscheinungen erkennen lassen.

F. Dietel (Nürnberg).°

**Warren, Shields, and Stanley O. Hoerr: A study of pathologically verified epidermoid carcinoma of the skin.** (Untersuchungen über histologisch sichere Plattenepithelkrebs der Haut.) (*Laborat. of Path., Collis P. Huntington Mem. Hosp., Boston.*) *Surg. etc.* 69, 726—737 (1939).

Verff. bearbeiten 500 Fälle von Plattenepithelkrebsen der Haut, die in der Zeit von 1912—1937 beobachtet wurden. Zu den prognostischen Berechnungen benutzen sie nur die Fälle, die mindestens 5 Jahre lang verfolgt werden konnten. Es fand sich eine Mortalität von 19%. Die Prognose erwies sich als um so schlechter, je größer der Krebs schon war, als die Behandlung begonnen wurde (hatte der Krebs eine Ausdehnung von mehr als 5 cm Durchmesser, so war die Mortalität 82%; bei Krebsen, die nicht größer als 1 cm im Durchmesser waren, betrug sie 7%). Wichtig für die Prognose war das histologische Bild, aber nicht so wichtig wie die Größe des Krebses. Fälle, in denen schon Lymphdrüsenmetastasen vorhanden waren, konnten in den seltensten Fällen gerettet werden. Die Behandlung wurde früher meist mit Radium ausgeführt, und zwar mit oberflächlicher Anwendung fast ungefilterten Radiums. Diese Art der Behandlung wird jetzt nur noch bei ganz oberflächlichen Geschwülsten angewandt, da sie für tiefergreifende unzureichend ist, die Ergebnisse der chirurgischen Ausschneidung waren daher auch wesentlich besser als die der Radiumbestrahlung. Über die Erfolge der Röntgentiefenbestrahlungen kann in dieser Arbeit noch nichts ausgesagt werden, weil sie noch nicht so lange angewendet wurde, daß die Fälle genügend lange Zeit verfolgt werden konnten. Daß die Heilungsergebnisse in den Jahren 1928—1932 besser waren als früher, schieben Verff. vor allem darauf, daß infolge der Krebsaufklärungsarbeit die Patienten in einem früheren Stadium zur Behandlung kamen als früher. Deshalb und in Hinsicht auf die anscheinend sehr guten Erfolge der Röntgentherapie glauben Verff., daß die Prognose in Zukunft besser sein wird, als sie in der Zeit war, über die hier berichtet wird.

A. Beyer (Berlin).°

**Boman, Karl: A clinico-histologic investigation on hemangioma.** (Klinische und histologische Untersuchungen über Hämagangiome.) (*Dep. of Path. a. Surg. Clin. I, Sabbatsberg's Hosp., Stockholm.*) *Acta chir. scand. (Stockh.)* 83, 185—224 (1939).

Verf. hat 65 Fälle von Hämagangiomen untersucht. Er teilt sie in einfache Hämagangiome (Hämagioma simplex) cavernöse und Rankenangiome (Hämagioma racemosum) ein, die sich nicht nur histologisch, sondern auch in ihren klinischen Symptomen- und der Beeinflußbarkeit durch therapeutische Maßnahmen unterscheiden. Das einfache Hämagiom und das Rankenangiom sind meist angeboren und wachsen mehr oder weniger langsam, sind immer gutartig und setzen keine Metastasen, können aber lebensgefährlich werden durch eine Blutung, vor allem das Rankenangiom, das sich übrigens nicht scharf gegen das arteriovenöse Aneurysma abgrenzen läßt. Die Hämagangiome, die etwa 7% aller gutartigen Geschwülste ausmachen, finden sich hauptsächlich im Gesicht und an den Extremitäten. Bis auf das sog. Feuermal, das selten stark wächst oder Beschwerden macht, sollen sie alle behandelt werden. Oberflächliche Hämagangiome, die sehr zellreich sind und rasch wachsen, also vor allem die einfachen Hämagangiome der kleinen Kinder, lassen sich gut durch Radiumbestrahlung entfernen, für alle übrigen Fälle ist die chirurgische Entfernung geboten, Unterbindungen der oder vielmehr einiger zuführender Gefäße haben unter Umständen sogar ein rascheres Wachstum der Geschwulst zur Folge. Auch das cavernöse Hämagiom, das meist bei erwachsenen Frauen, oft in Zusammenhang mit Pubertät oder Schwangerschaft auftritt und zu Zeiten der Menstruation besondere Beschwerden machen kann, soll chirurgisch entfernt werden, es wächst meist schneller als die anderen Formen des Hämagioms.

A. Beyer (Berlin).°

**Pack, George T., and Thomas J. Anglem:** *Tumors of the soft somatic tissues in infancy and childhood.* (Tumoren des weichen Körpervgewebes im Kindes- und Jugendalter.) (*Mixed Tumor Serv., Mem. Hosp. f. Cancer a. Allied Dis., New York. J. Pediatr.* **15**, 372—400 (1939).

Die Verff. bringen eine statistische Auswertung der Weichteiltumoren im Jugendalter, außer denen des Kopfes und des Halses. Im Laufe von 21 Jahren wurden 100 Fälle unter dem 16. Lebensjahr beobachtet. Sie zeigen tabellarisch die zahlenmäßige Verteilung auf Tumorart und Alter. Es wird eine Unterteilung gemacht in Tumoren des peripheren Nervensystems (Neurofibrome, Recklinghausensche Erkrankung, perineurale Fibroblastome, Neurosarkome, Neuroepitheliome, Ganglioneurome, Neurocytome) und in solche des übrigen Körpervgewebes (Rhabdomyome, Sarkome, Naevi, Melanoblastome, Glomustumoren, Tumoren der Synovia [Synoviome] und der Sehnenscheiden und Granulationszellsarkome). In einzelnen Abschnitten behandeln die Verff. die Pathogenese, Klinik, Therapie und Prognose dieser einzelnen Tumorarten.

Noetzel (Berlin).<sup>o</sup>

**Nanta, A.:** *Le granulome éosinophilique périorificiel et les granulomes digestifs hypertrophiques.* (Das periorificielle eosinophile Granulom und die hypertrophischen Granulome des Digestionstractus.) (*Clin. des Maladies Cut. et Syphilit., Univ., Toulouse.*) Arch. dermato-syphiligr. Hôp. St. Louis **11**, 1—19 (1939).

Es handelt sich um eine seltene Affektion. Seit der erst- und einmaligen Beobachtung von Verf. im Jahre 1931 konnte der Autor im Schrifttum nur zwei Beobachtungen mit mehr oder weniger großer Ähnlichkeit feststellen. Die Affektion ist durch vegetierende Plaques, die vorwiegend in der Analgegend sitzen, charakterisiert. Diese Plaques zeichnen sich histologisch durch ein an Reticulocyten und Eosinophylen sehr reichhaltiges Gewebe aus. Weder örtlich noch anderswo sind Beteiligungen der Drüsen festzustellen. Nach Schilderung einiger Beobachtungen und bildlicher Wiedergabe des makroskopischen und mikroskopischen Befundes weist Verf. darauf hin, daß diese Krankheit eine wohlgegrundete Individualität aufweist. Verwandtschaftliche Beziehungen zeigt das Krankheitsbild mit den Granulomen des Digestionstractus und dem Syphilitoid der Katze, wenigstens in makro- und mikroskopischer Hinsicht auf. (3 Abbildungen im Text.)

H. Hruszek (Reutlingen).

**Lendrum, Alan C., and W. Arthur Mackey:** *Glomangioma. A form of „painful subcutaneous tubercle“.* (Das Glomangioma, eine Form von „schmerhaftem, subcutanem Knoten.“) (*Western Infir., Glasgow.*) Brit. med. J. Nr **4108**, 676—681 (1939).

Verff. berichten über 15 Fälle dieser Geschwülste, die entfernt und histologisch untersucht wurden. Die meisten dieser Neubildungen sind trotz ihrer Kleinheit sehr schmerhaft, besonders wenn sie unter dem Nagel sitzen. Sie sind meist an den Füßen und 2 mal am Penis beschrieben worden, die Fälle der Verff. betreffen Glomangiome der Extremitäten, die einmal nach einem 1 maligen schweren Trauma auftraten. Über die Benennung dieser Geschwülste ist man sich im Schrifttum nicht einig, Verff. schlagen den Namen Glomangiome vor, weil es sich um Geschwülste handelt, die histologisch als Gefäßgeschwülste mit mehr oder weniger reichlich eingelagerten „Glomuszellen“ bestehen. Diese Glomuszellen werden von Verff. wie von Masson für Abkömmlinge der glatten Muskelzellen der Gefäßwände gehalten. Dafür spricht außer dem Aufbau der Zellen die Schmerhaftigkeit, die diesen Neubildungen mit den Leiomyomen der Haut gemeinsam ist. Häufig findet sich auch nervöses Gewebe in diesen Geschwülsten, was wohl die Ursache davon ist, daß sich manchmal Störungen des Sympathicus, in einem Fall sogar ein Hornersches Syndrom, fanden. Die Therapie besteht in der Ausschneidung, die in Lokalanästhesie meist sehr einfach ist, es kommt auch selten zu Blutungen, da der Gefäßstiel gewöhnlich sehr dünn ist. Rezidive haben Verff. bei den von ihnen operierten Fällen nicht beobachtet. A. Beyer (Berlin).<sup>o</sup>

**Gumpel, Fritz:** *Über zwei Fälle von Glomustumoren.* Zbl. Chir. **1939**, 2467—2470.

Nach Darstellung des histologischen Baues des Gefäßnervenknoten oder Glomus neuro-vasculär, der eine mit einem Nervengeflecht umhüllte arterio-venöse Anastomose ist, weist Verf. auf seine biologische und pathologische Bedeutung hin. So kann der Glomus neuro-vasculär zum Boden von Geschwulstbildungen werden, den sog. Glomustumoren. Diese Tumoren erreichen eine Größe von 2 cm im Durchmesser, sind gutartig und treten vereinzelt

auf. Große Schmerhaftigkeit ist für diese Geschwülste typisch. Meist liegen sie unter der Haut. Verf. konnte 2 Glomustumoren entfernen. — 1. 27-jähriger Strumpfwirker bemerkte seit 6 Jahren einen Knoten an der Streckseite des rechten Unterarmes. Die histologische Untersuchung des kirschgroßen Tumors ergab ein kavernöses Angion mit auffallend dickwandiger, muskulöser Begrenzung der einzelnen Hohlräume. Vereinzelt sah man auch Elemente, die sich mit dem Zwischengewebe der Hohlräume eng verflechten und als Nervenfasern angesprochen werden müssen. Nach Entfernung dieses Glomustumor war der Mann völlig beschwerdefrei. 2. Eine Fleischersfrau, die an stenocardischen Anfällen seit Jahren litt, bemerkte seit 3 Jahren einen erbsengroßen, bläulich gefärbten Knoten in der rechten Achselhöhle, der schmerzte. Der Knoten wurde entfernt und die Kranke völlig beschwerdefrei. Histologisch wurde der Knoten als Glomustumor erkannt.

*Jung (Neunkirchen).*

**Cid, José M.: Mischtumore der Lippe. Vier Fälle.** An. Cir. 5, 252—266 (1939) [Spanisch].

Es werden vier Mischtumore der Oberlippe beschrieben, die sich bei einem 28-, 62-, 58-jährigen Mann und bei einer 24-jährigen Frau fanden. Alle Tumore sind etwa 1,5 bis 3 cm im Durchmesser groß. Im histologischen Bild zeigen sie übereinstimmend Epithel- und Bindegewebe in organoider, drüsähnlicher Formation mit unregelmäßigen myxomatösen und mukösen Herden und Knorpel und fettgewebehaltigen Bezirken. Die Geschwulst wird von Drüsen der Lippenschleimhaut abgeleitet. Derartige histopathologisch als Epitheliome angesprochene Tumore werden als klinisch gutartig bezeichnet, ihr langsames Wachstum wird betont, zum Teil wurden sie 10 und mehr Jahre von den Patienten beobachtet. Nähere klinische Angaben fehlen.

*G. Hegemann (Münster i. W.).*

**Finochiaro, Rosario: Contributo alla casistica ed alla morfologia dei tumori misti del labbro superiore.** (Beitrag zur Kasuistik und zur Morphologie der Mischgeschwülste der Oberlippe.) (*Istit. di Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Napoli.*) Clinica 5, 583—595 (1939).

Verf. hatte Gelegenheit, 2 Mischgeschwülste der Oberlippe zu entfernen. Nach Besprechung des vorhandenen Schrifttums werden die beiden Krankengeschichten ausführlich wiedergegeben. Bemerkenswert ist die außerordentlich große Variabilität der in der Geschwulst vorhandenen Zellelemente. Alle Gewebeformen lassen sich nachweisen, so daß eine ausführliche Besprechung hier nicht möglich ist. Mit Sicherheit läßt sich nicht sagen, ob die eigentlichen Geschwulstzellen epithelialen oder endothelialen Ursprungs sind, wenn auch diese zweite Annahme wahrscheinlicher erscheint. Aus diesem Grunde ist auch das Problem, von wo diese Geschwülste ihren Ausgang nehmen, heute noch nicht lösbar. Die Behandlung kann nur in der vollständigen Entfernung der Geschwulst einschließlich ihrer Kapsel bestehen. *D. Blos (Berlin).*

**Hiramatsu, Nobuo: Ein Fall von Basalzellenkrebs auf Naevus pigmentosus.** (*Japan. Dermatol. Assoc., Osaka Branch Soc., 2. X. 1938.*) Jap. J. of Dermat. 46, 38 (1939).

Bei einer 58 Jahre alten Frau waren von Kindheit an im Gesicht zahlreiche Pigmentflecke vorhanden. Vor etwa 15 Jahren wurde ein stecknadelkopfgroßer Pigmentnaevus, lokalisiert an der rechten Seite der Kinngegend, mit einem Volksmittel kauterisiert, hatte sich seitdem allmählich verschlammert und vor kurzem beträchtlich vergrößert. An der betreffenden Stelle befindet sich ein rundlicher Herd, 2,3 × 2,8 cm groß, scharf begrenzt, bräunlich-schwärzlich gefärbt, im allgemeinen sehr hart, zum Teil mit Schuppen oder Schuppenkrusten bedeckt. Die regionären Lymphdrüsen zeigen keine Anschwellung. Außerdem sieht man im Gesicht, am Hals und an der Brust zahlreiche miliar- bis stecknadelkopfgroße Pigmentflecke. Histologie: Die Epidermis ist im allgemeinen atrophisch, die Retezapfen verstrichen. In der ganzen Schicht des Coriums sind zahlreiche, sehr scharf begrenzte, rundlich oder oval gestaltete Zellnester, teils mit Pigment gespeichert, bemerkbar. An den Zellen dieser Nester fehlen die Stacheln. Zwischen diesen Zellnestern sieht man Lymphocyten, Plasmazellen und zahlreiche Pigmentkörnchen.

*Autoreferat.*

**Fessler, Alfred: Gleichzeitiges Vorkommen einer Pagets-Disease der Brustwarze mit unterliegendem Careinom und eines Schweißdrüsencarcinoms der Bauchhaut.** (*Path. Inst., Royal Victoria Hosp., Belfast.*) Dermatologica (Basel) 80, 193—198 (1939).

Verf. berichtet von einer 55-jährigen Frau mit einem Morbus Paget der linken Brust und einem Adenocarcinom der linken Mamma. Dazu findet sich in der Bauchhaut unterhalb des Nabels ein 6 cm im Durchmesser messender Tumor, dessen histologische Diagnose Schweißdrüsencarcinom lautet. Verf. weist auf die Möglichkeit eines Zusammenhangs zwischen den Tumoren hin, da die Milchdrüse embryologisch den Schweißdrüsen sehr nahe stehen.

*Haeberlin (Schaffhausen).*

**Sprenger, W., und F. Prietzel:** Zeruminaldrüsenadenom des Gehörganges. (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Innsbruck.*) Mschr. Ohrenheilk. 73, 722—725 (1939).

Beschreibung des 5. Falles dieser seltenen Geschwulst eines 50jährigen Mannes, die sich histologisch dadurch kennzeichnet, daß in den Drüsenschläuchen keine Fettablagerungen festzustellen sind, im Gegensatz zu den Talgdrüsenquerschnitten. Der Tumor mußte von einem retroaurikulären Schnitt aus entfernt werden, da er breitbasig von der vorderen oberen Gehörgangswand ausging. Als Ursache wird eine angeborene Fehlbildung des Drüseneipithels angenommen. *A. Krieg* (Stuttgart).<sup>o</sup>

**Pepere, M.:** Adenocarcinoma delle ghiandole sudoripare in sede traumatizzata. (Schweißdrüsenkrebs in einer Wunde.) (*Istit. di Pat. Spec. Chir. e Propedeut. Clin., Univ., Milano.*) Arch. ital. Chir. 53, Donati-Festschr. 4, 564—568 (1938).

Ein 52jähriger Arzt hatte sich beim Einschlagen eines Nagels mit einem Hammer auf die linke Daumenmaus geschlagen und sich dort eine 3 cm lange Wunde beigebracht. Diese zeigte keinerlei Heilungsneigung und wurde etwa 2 Monate später mit Ovalärtschnitt excidiert. In ihrem Grund zeigten sich einige Knötchen von derberer Beschaffenheit als die sonst vorhandenen schlaffen Granulationen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß sich dort eine Anzahl von soliden Epithelschläuchen gebildet hatte, welche große Ähnlichkeit mit den Schweißdrüsen der Nachbarschaft aufwiesen. Sie waren zum Teil ins Fettgewebe und zwischen die Muskellagen eingewachsen, so daß in einem gewissen Maße destruktives Wachstum angenommen werden mußte. Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Verletzung und dem Entstehen dieses carcinomähnlichen Gebildes wird von dem Verf. angenommen. *Ruge*.<sup>o</sup>

**Yamaguchi, Tadashi, und Gorō Katō:** Ein Beitrag zur Pathogenese des Hydrocystoms. (*Dermato-Urol. Klin., Marineärztl. Bildungsanst., Tokyō.*) Jap. J. of Dermat. 46, dtsh. Zusammenfassung 29—33 (1939) [Japanisch].

Eine 47jährige Patientin litt seit 8 Jahren an zahlreichen reaktionslosen Knötchen im Gesicht, die im Sommer auftreten und bei Beginn des Herbstes zu verschwinden pflegten. Beim Anstechen der Knötchen rinnt eine kleine Menge fast neutral reagierender wasserklarer Flüssigkeit heraus. An Hand von 300 Serienschnitten konnte festgestellt werden, daß die Schweißdrüsencysten mit dem Schweißdrüsenausführungsgang in Verbindung stehen. Die Wand des Schweißdrüsenausführungsganges weist eine Verdickung auf, die mit Epitheliom oder Syringom Ähnlichkeit hat. Außerdem war eine circumsripte Hyperkeratose der Schweißpore zu beobachten. Nach Ansicht der Verff. entsteht die Cyste durch den Sekretionsdruck bei behindertem Abfluß, ist also nur eine sekundäre Erweiterung. *O. Dittrich* (Breslau).<sup>o</sup>

**Zakon, S. J.:** Naevoepithelioma adenoides cylindromatosum of the scalp. (Naevoepithelioma adenoides cylindromatosum der Kopfhaut.) (*Chicago Dermatol. Soc.*, 15. III. 1939.) Arch. of Dermat. 40, 626 (1939).

Bei einem 68jährigen Juden bestehen seit 25 Jahren Tumoren auf der Kopfhaut. Sie nehmen an Größe und Anzahl ständig zu. In der Familie des Patienten befinden sich keine ähnlichen Krankheiten. Die Tumoren sind von verschiedener Größe, und sind am zahlreichsten in der Frontalregion. Die meisten stehen über dem Hautniveau, viele sind gelappt, einige an der Oberfläche leicht erodiert. Auch an Wangen und Rücken finden sich Tumoren, meist in Hautfarbe. Die chirurgisch entfernten Geschwülste rezidivieren. — Aussprache: Stiliants betont, daß dieses Krankheitsbild meist familiär vorkomme und besonders bei Frauen. — Marcus Caro erwähnt, daß die Tumoren der Schultergegend nach seiner Meinung Neurofibrome seien. *Haeberlin* (Schaffhausen).<sup>o</sup>

**Martin, Joseph F., V. Ball, J. Dechaume et P. Collet:** Schwannome cutanné à type paciniforme chez la chienne. (Ein sog. Hautschwannom mit Vater-Pacinischen Körperchen bei einem Hund.) Bull. Assoc. franç. Étude Canc. 28, 689—692 (1939).

Histologische Beschreibung eines sog. Schwannomes, d. h. eines aus Schwannschen Zellen hervorgegangenen Neurinoms, das die Besonderheit hatte, in Schnitten zahlreiche wohl ausgebildete Vater-Pacinische Körperchen zu zeigen. *Nieberle* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Torchi, Mario:** Rilievi su di un particolare caso di lupus-carcinoma sviluppatiso sopra ustioni da gas tossici. (Untersuchungen an einem besonderen Fall von Lupus-carcinom, der sich nach Hautverbrennung infolge giftiger Gase entwickelte.) (*Div. Dermatol., Osp. Civ., Bolzano.*) Il Dermosifologr. 14, 545—553 (1939).

Der Kranke machte 1918 eine Yperitverbrennung des Gesichtes durch. Die Verbrennungen hinterließen atrophische Narben im Gesicht. Ein Jahr später entwickelte sich in den Narben ein Lupus vulgaris, der sich allmählich über das ganze Gesicht ausbreitete. Nach einer Verletzung am Kinn schloß sich die Wunde nicht mehr und es entwickelte sich ein großes Geschwür. Die histologische Untersuchung ergab Krebs. Es wird angenommen, daß durch

die Yperitschädigung eine latente Tbc. aktiviert und durch die Narben nach der Hautverbrennung die Entstehung des Krebses begünstigt wurde. Steiger (Wallenstadtberg).<sup>oo</sup>

**Shimizu, Yasuhiro:** Eine präcanceröse Entartung bei einem Lupus erythematoses. (Japan. Dermatol. Assoc., Osaka Branch Soc., 2. X. 1938.) Jap. J. of Dermat. 46, 38 (1939).

Es handelt sich um eine 68jährige Frau, bei welcher sich vor 4 Jahren an der rechten Seite der Wange ein Erythematodes-Herd entwickelte und bis vor etwa 5 Monaten stationär geblieben war. Seitdem wurde die Effloreszenz allmählich größer und härter, zum Teil mit Schuppenkrusten bedeckt. Sie ist an der rechten Seite der Wange lokalisiert und kindshandtellergroß, scharf begrenzt, teils in die Narbe geraten, teils mit Schuppen oder Schuppenkrusten bedeckt, derb bis hart beim Tasten. Histologie: An den harten abschuppenden Teilen sieht man Verdickung, Verlängerung und Verästelung der Retezapfen. Außerdem befinden sich in der oberen Schicht des Coriums, die außer einer mäßigen Zellinfiltration hauptsächlich aus Lymphocyten und Plasmazellen besteht, auch noch einige Zellnester. Autoreferat.

**Savarese, Ennio:** Il carcinoma del pene. (Das Peniscarcinom.) (Sez. Chir., Osp. Civ., Genova.) Policlinico Sez. chir. 46, 397—416 (1939).

Nach Ewing bilden die Peniscarcinome von allen männlichen Carcinomen 1—3%, nach Lewis 3,5%. Verf. hat 14 Carcinome im Alter von 53—70 Jahren beobachtet. Eine gewisse Bedeutung für die Entstehung schreibt er dem Trauma zu, wo in allererster Linie ekzematöse Veränderungen, Fremdkörperveränderungen, akzidentelle Verletzungen, Berufsverletzungen usw. in Frage kommen. Im allgemeinen werden 2 Typen des Peniscarcinom unterschieden, ein hyperplastischer Typus und ein infiltrativer Typus. Histologisch handelt es sich immer um ein Plattenepithelcarcinom. Differentialdiagnostisch kommen in Frage die chronische Balanitis, Balanitis mit Präputialsteinen, Hornhautproliferationen, Condylomata acuminata, leukoplakieähnliche Veränderungen, Teratome und Atherome, syphilitische und tuberkulöse Neubildungen. Von anderen Tumoren wie Sarkom, syphilitisches Gumma, chronische Cavernitis und Filaria. Elephantiasis muß das Carcinom ebenfalls differentialdiagnostisch scharf abgegrenzt werden. Therapeutisch steht in allererster Linie die chirurgische Behandlung, welche sich nach Ausdehnung des Tumors richtet. Der Eingriff liegt zwischen der kleinen Tumorexcision und der totalen Exstirpation des Penis einschließlich Scrotum mit Ausräumung der inguinalen Lymphdrüsen. Kombiniert mit dieser Behandlung soll immer die Röntgentherapie und die Radiumtherapie angewendet werden. Bei der letzteren verspricht der Verf. besonders viel von der Spickung des Tumors mit Radiumnadeln. Die Radiumdosis soll bis auf 4000 R von jeder Seite gehen. Ist der Tumor einmal behandelt, so kann von einer prophylaktischen Behandlung nicht mehr gesprochen werden. Entweder ist der Kranke geheilt oder er geht an einem lokalen oder regionalen Rezidiv zugrunde. Verf. teilt kurz 20 behandelte und sonst beobachtete Fälle von Peniscarcinom mit. Leider fehlt eine zusammenfassende Statistik. Schweizer.

**Király, József:** Beitrag zur Frage des Peniscarcinoms. Orvosképzés 29, Bakay-Sonderh. 29, 176—194 (1939) [Ungarisch].

Im Verlaufe von 10 Jahren wurden von Verf. 19 Fälle von Peniscarcinom beobachtet. Unter diesen waren 8 mit einer angeborenen Phimose behaftet. Es handelt sich um eine Erkrankung höheren Alters. Keinesfalls handelt es sich um eine derartig leichte Erkrankung, wie man das von mancher Seite hinzustellen geneigt ist. Nur in den Fällen, wo das Carcinom sich auf die Penishaut beschränkt, kann man es mit den gewöhnlichen Hautkrebsen in prognostischer Hinsicht gleichstellen. Der besondere Bau des Penis, das Vorhandensein der Schwollkörper und die überaus reichliche Versorgung mit Lymphwegen und Drüsen wirken sich jedoch prognostisch ungünstig aus. In jedem Falle wurde wie folgt vorgegangen: Zunächst Probeexcision. Wenn diese ein Peniscarcinom ergab, dann Amputation und gründliche Ausräumung der in Betracht kommenden Drüsen. Sind die Schwollkörper infiltriert, so kommt nur die Penistestirpation in Betracht. Beim Mitbefallensein des Hodens muß eine Entmannung vollzogen werden. Auch kann die angeschlossene Röntgen- bzw. Radiumbestrahlung von großem Nutzen sein.

H. Hruszek (Reutlingen).

**Barney, J. Dellinger, and Edward A. Gall: Unusual tumor of penis: Case report.** (Bericht über eine ungewöhnliche Geschwulst am Penis.) (*Dep. of Urol. a. of Path. a. Bacteriol., Massachusetts Gen. Hosp., Boston.*) *J. of Urol.* **42**, 623—628 (1939).

Mit guten histologischen Abbildungen wird ein operativ entfernter Tumor am Penis beschrieben, der nach einfacher Excision über eine Beobachtungszeit von 22 Jahren ohne Rezidiv blieb. Eine Einordnung des Tumors in eine bestimmte Gruppe ist schwierig. Die Geschwulst weist Teile auf, in denen sie als Endotheliom oder Angiom anzusprechen ist, an anderen findet sich papillärer Bau. Mit Sekret gefüllte Hohlräume lassen an einen drüsigen Ursprung denken. Der Tumor wird als Mischtumor bezeichnet. *Lang* (Bremen).<sup>o</sup>

**Watanabe, Akira: Verkalktes Epitheliom.** (*Japan. Dermatol. Assoc., Taihoku Branch Soc.*, **16**. X. 1938.) *Jap. J. of Dermat.* **46**, 42 (1939).<sup>o</sup>

**Jones jr., Randolph, and Deryl Hart: A discussion of multiple neurofibromatosis (von Recklinghausen's disease). Report of two cases having unusual surgical complications.** (Eine Erörterung über die Neurofibromatosis [v. Recklinghausen] und Bericht über zwei Fälle mit ungewöhnlichen chirurgischen Schwierigkeiten.) (*Dep. of Surg., Duke Univ. School of Med., Durham.*) (*Amer. Surg. Assoc., Hot Springs*, **11**.—**13**. V. 1939.) *Ann. Surg.* **110**, 916—939 (1939).

Verff. geben einen Übersichtsbericht über die v. Recklinghausensche Erkrankung, wobei er besonders auf die Erblichkeit dieser Erkrankung hinweist, die sich bei den verschiedenen Familienmitgliedern in verschiedener Stärke und Ausbreitung finden kann. An einem Fall kann der Stammbaum über 4 Generationen verfolgt werden. Die Verff. fordern, daß den Patienten geraten werden soll, keine Kinder zu haben. Anschließend werden die pathologisch-histologischen Merkmale erörtert und die Ansicht einzelner Autoren, die die Tumoren teils als ektodermal, teils als mesodermal ansehen. Es wird auf die verschiedenen Erscheinungsformen hingewiesen (café au-lait-Flecken, Tumorknoten in Haut und Knochen, Elephantiasis nervorum usw.) und auf die Differentialdiagnose zu multipen Lipomen, Xanthomen, Epidermoide, Lymphosarkome und auf die Hodgkinssche Erkrankung. Über 2 Fälle wird ausführlich berichtet. Bei dem 1. Fall handelt es sich um einen teilweise intrathorakal liegenden Tumor, bei dem 2. Fall kam es zu einer ausgiebigen Blutung in einem Tumor (Pachydermatocoele), so daß vor der Operation eine ausgiebige Bluttransfusion notwendig wurde. Es werden 7 Fälle, bei denen es ebenfalls zu Blutungen in den Tumor gekommen war, genannt.

In der Aussprache wird von Heuer, der als erster auf diese Blutungen in Tumoren bei v. Recklinghausenscher Erkrankung hinwies, noch näher eingegangen. — Kellogg Speed macht auf die Bedeutung der Frühdiagnose aufmerksam. — M. Peet verweist auf die zentrale Form und auf das gleichzeitige Vorkommen von Neurinomen, Meningeomen und Glomien. *Noetzel* (Berlin).<sup>o</sup>

**Tchin, Seishō: Röntgenearcinom.** (*Japan. Dermatol. Assoc., Taihoku Branch Soc.*, **16**. X. 1938.) *Jap. J. of Dermat.* **46**, 42—43 (1939).

Ein 37 Jahre alter, in China lebender Japaner hatte ein 20 Jahre lang anhaltendes chronisches Ekzem, das durch 20 malige Röntgenbestrahlung abgeheilt ist. Seit 3 Jahren besteht auf der bestrahlten Stelle zunächst ein derber Knoten, dann ein sich immer vergrößerndes Geschwür. Bei der Aufnahme äußert sich ein kindeshandtellergroßes, unregelmäßiges Geschwür mit knorpelharter Induration. Histologisch ergibt sich verhorrender Plattenepithelkrebs. *Autoreferat.*

**Ciacio, Ivan: Studio clinico-istologico ed interpretazione patogenetica di cheloidi insorti in un leproso.** (Klinische histologische Studie und pathogenetische Auffassung von Keloiden, aufgetreten an einer Leprakranken.) (*Clin. Dermosifilop., Univ., Messina.*) *Giorn. ital. Dermat.* **80**, 877—890 (1939).

Symmetrische Keloide, welche an dem Handrücken einer mit Lues behafteten Leprakranken auftraten und vom Verf. als lepröse Granulome mit keloidartiger Umgestaltung illustriert und aufgefaßt wurden. Es handelt sich um eine ausgedehnte, klinisch-histologische Schilderung des Falles, mit Makro- und Mikrophotographien ausgestattet, sowie einer Diskussion der Befunde, welche die vom Autor gegebene Auffassung der interessanten klinischen Studie rechtfertigen. *Monacelli* (Messina).<sup>o</sup>

**Chiureo, Giorgio Alberto:** Contributo al tumor lipomatosi. (Beitrag zur Frage der Lipome.) (*Istit. di Pat. Spez. Chir. e Clin. Propedeut., Univ., Siena.*) Atti Accad. Fisiocritici Siena, XI. s. 7, Nr 4, 290—298 (1939).

Es handelt sich um einen bereits in der Mschr. Krebsbekpfg Jan.-H. 1935 beschriebenen Fall, in dem ein Lipom (3600 g) entfernt worden war. Nach 4 Jahren entwickelte sich am gleichen Ort nach einem Trauma eine Neubildung, die wegen ihres raschen Wachstums als bösartig angesehen wurde. Histologisch konnte später festgestellt werden, daß es sich um ein benignes Lipom handelte.

K. Rintelen (Berlin).

**Bordonaro, Francesco:** Studio anatomo-patologico e critico di un raro quadro di tumore epiteliale cutaneo. (Suoi rapporti con i quadri di Balzer e di Brooke.) (Kritische anatomisch-pathologische Untersuchung eines seltenen epithelialen Hauttumors. [Seine Beziehungen zu den Bildern von Balzer und von Broocke.]) (*Istit. di Anat. Pat., Univ., Pavia.*) Giorn. ital. Dermat. 80, 891—910 (1939).

Ausführliche Beschreibung eines seltenen Falles von multiplen diffusen knötchenförmigen Neubildungen der Haut am linken Unterschenkel einer 72jährigen Frau; mit makro- und mikroskopischen Abbildungen. Die Epitheliombildungen entwickelten sich chronisch und wiesen klinisch und anatomisch kaum Zeichen von Malignität auf. Epidermiszapfen drangen in die Tiefe, jedoch nicht über die Haut hinaus und bildeten das Zentrum mehr oder weniger mächtiger verhorrender Massen; diese entwickelten sich dann teils nach außen, teils in die Tiefe. Nach Verf. ist der vorliegende Fall sehr ähnlich dem von Toshio Aisu beschriebenen [vgl. Arch. f. Dermat. 171, 351 (1935)].

K. Rintelen (Berlin).

**Yano, Mazumi:** Ein Sektionsfall von Acanthosis nigricans. (*Japan. Dermatol. Assoc., Osaka Branch Soc., 2. X. 1938.*) Jap. J. of Dermat. 46, 38 (1939).

Ein klinisch und histologisch typischer Fall dieser Erkrankung mit Magencarcinom. Durch Laparotomie wurde die Magenveränderung untersucht, der Herd konnte jedoch wegen der starken Verwachsung nicht beseitigt werden. Einige Tage nach diesen Manipulationen fand plötzlicher Tod statt, weshalb der weitere Verlauf nicht beobachtet werden konnte. Noch bemerkenswert ist, daß sich bei diesem Patienten fast gleichzeitig mit der Veränderung der Haut und Schleimhaut eine deutliche Kräuselung der Kopfhaare und Nägel bemerkbar machte.

Autoreferat.

**Mengoli, Vittorio:** La forma febbre della lipogranulomatosi nodulare sottocutanee recidivante. (Die febrile Form der rezidivierenden nodulären subcutanen Lipogranulomatose.) (*Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Modena.*) Arch. Pat. e Clin. med. 20, 222 bis 250 (1939).

11jähriger Knabe. Etwa 5 Monate vor Spitalseintritt Erkrankung an Fieber und Gelenkschmerzen. Letztere gingen rasch zurück, das Fieber dauerte etwa 2 Monate. Etwa 2 Monate später plötzlich Auftreten von linsen- bis nußgroßen Knoten am ganzen Körper, vor allem den Extremitäten. Diese Schwellungen gingen zurück, Patient fing an hochgradig abzumagern. Befund: In der rechten Wange eine eigenartige Schwellung im Subcutangewebe; der Tumor ist anzufühlen wie das Sklerom der Neugeborenen. Die Haut über dem Tumor normal. An Armen und Beinen stellenweise Verlust des Fettpolsters, an den Beinen einzelne Knötchen in der Subcutis von gleicher Konsistenz wie im Gesicht. Innere Organe o. B. Die histologische Untersuchung von zwei dieser Knötchen von den Unterextremitäten ergab das Bild der Wucheratrophie des Fettpolsters nach Flemming. (Ausführliche Beschreibung des histologischen Befundes.) Nachuntersuchung 4½ Jahre später ergibt das Bild eines gesunden jungen Mannes, mit etwas mageren Händen und Füßen infolge auffallend spärlichen Fettpolsters. Zum Schluß tabellarische Zusammenstellungen von 11 ähnlichen Fällen der Literatur.

Roth (Winterthur).<sub>o</sub>

**Bertaccini, Giuseppe:** Ancora sulla sareomatosi cutanea di Kaposi. (Angio-endothelioma cutaneo di Radaeli.) Ricerche su quattro nuovi casi. (Neue Untersuchungen über die Kaposische Hautsarkomatose. [Hautangio-endotheliom von Radaeli.] Nachforschungen bei vier neuen Fällen.) (*Clin. Dermosifilop., Univ., Bari.*) Giorn. ital. Dermat. 80, 631—670 (1939).

4 typische Fälle der Kaposischen Krankheit, bei denen klinische, histologische und experimentelle Nachforschungen durchgeführt wurden, sind längere Zeit genau beobachtet und verfolgt worden. — Vom klinischen Standpunkt aus weisen diese 4 Fälle nichts von der üblichen Form dieser Krankheit Abweichendes auf. Die histolo-

gischen Veränderungen sind mit besonderer Berücksichtigung der Ansichten studiert worden, die die Kaposische Krankheit als eine systematische Reticulo-Endotheliose hyperplastischen oder dysplastischen Typs und nicht neoplastischen Typs zu betrachten streben (Flarer). Die bei den vorliegenden histologischen und experimentellen Untersuchungen (Versuche, die darauf zielten, eine besondere granulopeische Aktivität der neugeformten Zellen zu entdecken) festgestellten Tatsachen und deren Vergleich mit den Daten der neueren Literatur scheinen keineswegs im Gegensatz zu stehen mit der histogenetischen Auffassung von Radaeli, der die Kaposische Krankheit als ein spezielles Hämoangioendotheliom betrachtet. — Die peripherischen Gefäße zeigen auch in den Gebieten, in denen keine Krankheitserscheinungen auftreten, Veränderungen, bei klinischen Proben sichtbar durch die Capillarzerbrechlichkeit und das anormale Aussehen der Capillaren, bei histologischen Proben durch die Verdickung der Wände, Hyalinose und Blutungen. — Die an den Lymphknoten der Milz, der Leber und den Hirnknochen vorgenommenen Untersuchungen, um eine eventuelle systematische Veränderung des reticulo-endothelialen Apparats zu entdecken, hatten negativen Erfolg. — Es bestehen hingegen Veränderungen der leukocytären Formel bei allen 4 Fällen während der ganzen langen Periode der Beobachtung, Veränderungen, die quantitativen Schwankungen unterworfen waren und die hauptsächlich in einer mehr oder weniger starken Mononukleose bestehen, bei Vorhandensein von abnormalen Zellen verschiedenen Typs, deren Anzahl zwischen einem Drittel und einem Viertel der mononukleären Zellen schwankt, die zum erstenmal von Flarer beschrieben worden sind. Nur bei 2 Fällen hat man bedeutende Veränderungen im Brustbeinmyelogramm gefunden. — Eine genaue Deutung dieser Tatsachen ist heute infolge des bei dem Studium zwischen einigen Daten aufgetauchten Kontrastes schwierig. *Flarer (Catania).*

**Stropeni, L., e S. Milone:** *Splenomegalia nodosa e sarcoma cutaneo di Kaposi.* (Knotige Milzgeschwulst und Kaposisches Hautsarkom.) (*Istit. di Pat. Spec. Chir. e Propedeut. Clin., Univ., Torino.*) Arch. ital. Chir. 54, Donati-Festschr. 5, 615—628 (1938).

51-jähriger Landwirt. Anamnese o. B. Einen Monat vor der Klinikaufnahme Schläfrigkeit und Appetitlosigkeit. Einige Wochen später plötzlich heftiger Schmerzanfall in der linken unteren seitlichen Brustgegend; gleichzeitig hohes Fieber und hartnäckiger Husten. Dieser Zustand dauerte nur eine Woche. Währenddem kam es unter dem linken Rippenbogen zum Auftreten einer schnell wachsenden Geschwulst bei gleichzeitiger Stuhlverstopfung. Außer dieser großen knotigen Geschwulst in der Milzgegend und allabendlich hohem Fieber und einer erheblichen Blutarmut konnte klinisch und durch Laboratoriumsuntersuchungen nichts Krankhaftes festgestellt werden. Die höckerige Milzgeschwulst wurde entfernt: 20 Tage nach dem Eingriff konnte der Kranke beschwerdefrei und mit auffallend gebessertem Blutbild entlassen werden. Die durch makro- und mikroskopische Abbildungen illustrierte Milzgeschwulst erwies sich als eine 1340 g wiegende Splenes in splene, in deren Knoten vorwiegend mit roten Blutkörperchen vollgeproppte Phagocyten festzustellen waren. 5 Monate nach der Entlassung plötzliche erhebliche Abmagerung (7 Kilo in einem Monat). Gleichzeitig Kopfschmerzen und Fieberanfälle mit Schüttelfrost: Am rechten Ohr traten einige weinrote linsengroße, leicht blutende Knötchen in Erscheinung. Leber erheblich vergrößert. Nach einer starken Jodbehandlung gingen alle Erscheinungen außer der Lebervergrößerung auffallend zurück, aber nur vorübergehend, um dann wieder mit erheblicher Heftigkeit und starkem allgemeinem Verfall einzusetzen; größere weinrote Knoten traten an beiden Handrücken und am Glans penis auf. Eine zweite Jodbehandlung brachte wieder eine Besserung. Der Kranke ist zur Zeit noch in Behandlung. Die histologische Untersuchung eines vom Ohr abgetragenen Knötchens zeigte das typische Bild des Kaposischen Spindelzellensarkoms. — Zusammenfassend: Die Milzgeschwulst hatte den Charakter einer knotigen Herdhyperplasie der Makrophagen; die in ihnen erhaltenen zahlreichen roten Blutkörperchen waren alle gut erhalten, als ob es den Phagocyten an Abbaukräften mangelte. Dafür sprach auch die Abwesenheit von Hämösiderinablagerungen im Milzparenchym. Diesem Befund entsprach die dauernd zunehmende Anämie. Eine infektiöse Ursache dieser Milzveränderung ist nach Meinung der Verff. anzunehmen, trotzdem sie im vorliegenden Falle nicht geklärt werden konnte. Das Krankheitsbild ist demnach unter die Reticuloendotheliosen bei vornehmlicher Milzlokalisierung einzureihen; die auffallendste pathologische Erscheinung war dabei die phagocytäre Hämolyse. Die Kaposischen Spindelzellensarkome gehören nach Meinung der Verff. unweigerlich zum gesamten Krankheitsbild im Sinne einer Mit-

beteiligung des Reticuloendothels der Haut. Die operative Entfernung der Milz hat unweigerlich auf die bestehende und fortschreitende Anämie einen dauernd günstigen Einfluß aus, geübt. — Schriftumbesprechung.  
Capaldi (Neapel).<sup>oo</sup>

**Fraser, J. Frank:** *Neurogenic sarcome of the skin.* (Neurogenes Sarkom der Haut.) (*Manhattan Dermat. Soc., 14. III. 1939.*) Arch. of Dermat. **40**, 624 (1939).

Bei einem 40jährigen Italiener zeigte sich ein walnußgroßer Tumor an der rechten Wange. Die Affektion trat erstmals vor 4 Jahren auf. Damals wurde der Tumor chirurgisch entfernt und röntgennachbestrahlt. Die Geschwulst rezidierte und wurde wieder entfernt, um ein drittes Mal zu erscheinen. Die histologische Diagnose lautete: Neurogenes Fibrosarkom.  
Haeberlin (Schaffhausen).<sup>o</sup>

**Baxter, Hamilton:** *Malignant melanoma in the coloured races: Report of a case originating in the mouth.* (Bösartige Melanome bei farbigen Rassen: Bericht über einen Fall mit dem Ursprungsort in der Mundhöhle.) (*Dep. of Oral a. Plastic Surg., Cook County Hosp., Chicago.*) Canad. med. Assoc. J. **41**, 350—354 (1939).

Melanome treten in gleicher Anzahl bei Farbigen und Weißen auf. Der Pigmentgehalt in den verschiedenen Teilen des Tumors ist kein Kriterium für den Grad der Malignität. Bei Farbigen (Eingeborenen Südafrikas) weisen die Melanome oft eine lokale Malignität auf, metastasieren weniger oft und verlaufen weniger schnell als bei amerikanischen Farbigen. Sie treten besonders häufig auf an Stellen des Übergangs stärkerer zu leichterer Pigmentation (Sole der Füße; in 65,3% der gesammelten 224 Fälle der Literatur), Nägel (9,4%), Mundschleimhaut, die also einen Prädispositionsfaktor aufweisen, zumal kein Trauma oder Naevus vorhanden war. Es wird auf einen Fall hingewiesen, bei dem ein Melanom im Munde eines Negers entstanden war.

Merten (Köln).

**Cavazzuti, Alfonso:** *Guarigione clinica di tumore melanotico?* (Klinische Heilung einer melanotischen Geschwulst.) (*Clin. Chir. Priv., Modena.*) Boll. Soc. med.-chir. Modena **38**, 59—64 (1938).

Bei einer 47jährigen Frau wurde vor 24 Jahren am Bein ein Gefäßtumor entfernt, über dessen genauer Natur sich Verf. nicht ausspricht. Nach einigen Jahren zeigte die Excisionsstelle eine Ulceration. Der melanotische Tumor hatte sich neu gebildet und mußte abermals operativ entfernt werden, nachdem er langsam die Größe einer Walnuß erreicht hatte. Die ausgedehnte Excision führte zu einer lokalen Heilung. Ein Jahr nach der Operation zeigten sich jedoch mehrfach metastatische bis nußgroße Hauttumoren und abdominal ein palpabler Tumor. Die Patientin, welche in schlechtestem Allgemeinbefinden nach Hause entlassen wurde, soll sich dort rasch erholt haben. Die Hauttumoren verschwanden, ebenso zeigte der Abdominaltumor deutliche Rückbildung unter langsamem Verschwinden des Ascites. Ob es sich bei der Patientin tatsächlich um eine spontane Zurückbildung der histologisch malignen, melanotischen Tumoren handelte, bleibt wohl fraglich. Schweizer (Zürich).<sup>oo</sup>

**Foot, N. Chandler:** *The possible relationship between primary cutaneous xanthomas and the melanomas.* (Über mögliche Verwandtschaft von primären Hautxanthomen mit Melanomen.) (*Dep. of Surg. Path., Cornell Univ. Med. Coll. a. New York Hosp., New York.*) Amer. J. Canc. **37**, 425—430 (1939).

Vorausgesetzt wird, daß es bestimmte subcutane Xanthome gibt, die sich von den meisten dieser Geschwülste unterscheiden: ihr Stroma zeigt Übereinstimmung mit einer neurogenen Geschwulst, und ihre Zellen sehen die der Schwannschen Scheiden und die einiger Melanomen sehr ähnlich. Die Anwesenheit von Nervenfasern in ihrem Stroma erhöht ihre Ähnlichkeit mit Melanomen. In beiden Geschwülsten finden sich mitunter Chromatophoren. In einigen ausgewählten Fällen können Übergänge zwischen diesen 2 Geschwülsten gefunden werden.  
Dykstra (Haarlem).

**Montanaro, E.:** *Un caso di melanoma maligno volgare.* (Ein Fall von bösartigem Melanom.) (*Clin. Dermosifilopat., Univ., Modena.*) Boll. Soc. med.-chir. Modena **38**, 1—13 (1938).

**Parade, G. W., und H. Voegt:** *Zur Frage der Hautleukämie.* (Med. Univ.-Klin., Breslau.) Dtsch. Arch. klin. Med. **185**, 265—270 (1939).

Während spezifische Hauterscheinungen bei der lymphatischen Leukämie verhältnismäßig häufig vorkommen, sind sie bei der myeloischen außerordentlich selten.

Verff. berichten nun über einen Fall von chronischer myeloischer Leukämie mit ausgedehnten leukämischen Hautveränderungen. Sie weisen besonders darauf hin, daß sich ein Teil der Hautveränderungen an Stellen lokalisierte, wo vorher Schröpfköpfe gesetzt worden waren. Ein weiteres leukämisches Infiltrat fand sich an einer Stelle, wo der Kranke früher einen Insektentstich gehabt hatte. Dagegen blieb die Milzgegend, wo Röntgenbestrahlung stattgefunden hatte, frei. Diese Beobachtung spricht sehr gegen die Angabe, daß Röntgenbestrahlungen als auslösender Reiz für die Entstehung leukämischer Infiltrate in Frage kommen. Verff. sprechen sich für eine autochthone Entstehung der leukämischen Hautinfiltrate aus dem Reticuloendothel aus.

Thiele (Rostock).<sub>o</sub>

**Brück, C.: Ein Fall von Lymphogranulomatosis maligna (M. Sternberg) mit eigenartigen Hautveränderungen.** (Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., St. Görans-Krankenh., Stockholm.) (10. Tag., Helsingfors, Sitzg. v. 2.—4. VI. 1938.) Forh. nord. dermat. For. 593—598 (1939).

Es handelt sich um einen übermäßig großen, 17jährigen Patienten, als Kind von 7 Jahren machte er eine Hilustuberkulose durch, die durch Krankenhausbehandlung coupiert wurde. 7 Jahre später entwickeln sich am ganzen Körper Lymphome. Das histologische Bild eines exstirpierten Lymphoms ist das der Lymphogranulomatosis maligna. Zur selben Zeit wird die Haut des Patienten auffallend rissig, spröde und weist viele Striae atrophicae auf. Auf Röntgenbehandlung schwanden die Hauttumoren und die Lymphdrüsenpakete wurden kleiner. Patient kam nach 3jähriger Krankheit ad exitum. Die Sektion ergab Lymphogranulomatosis maligna.

Funk (Müncheberg).<sub>o</sub>

**Koike, Totaro, und Syungo Yosino: Mycosis fungoides d'emblée „Typus Geschwulst“ bei einem jungen Säugling.** (Dermato-Urol. Klin. u. Pädiatr. Klin., Med. Fak., Okayama.) Okayama-Igakkai-Zasshi 51, 2506—2517 (1939) [Japanisch].

Der klinisch um das Bild der Mycosis fungoides d'emblée „Typus Geschwulst“ einzuordnende Befund wurde durch das Ergebnis der histologischen Untersuchung in der diagnostizierten Richtung bestätigt. Die Erscheinungen heilten glatt ab, ohne neue Erscheinung innerhalb einer nunmehr beinahe 2jährigen Beobachtung. (5 Photogramme.) Autoreferat.<sub>o</sub>

**Beutel, A.: Zur Röntgendiagnose der Dermoiden und Cholesteatome der Orbita.** (Röntgenabt., II. Med. Klin., Dtsch. Univ. Prag.) Fortschr. Röntgenstr. 60, 360—370 (1939).

Auf Grund der 7, mit Röntgenbildern belegten, Fälle von Dermoiden und Cholesteatomen der Orbita, die in dem höchstens 150 Fälle umfassenden Weltschrifttum aufzufinden waren, und auf Grund von 4 eigenen Fällen präzisiert der Verf. seinen Standpunkt dahin, daß die Diagnose Dermoid bzw. Cholesteatom der Orbita dann mit Sicherheit zu stellen ist, wenn der röntgenologisch nachgewiesene Defekt exzentrisches Wachstum zeigt, relativ scharfe wellige oder buchtige sklerotische Ränder aufweist und im lateralen Abschnitt der Orbita bzw. in der temporo-orbitalen Region lokalisiert ist; der Defekt kann von spangenartigen Brücken oder astartigen Vorsprüngen zum Teil gedeckt sein. Die besondere Häufigkeit der Lokalisation im lateralen Teile der Orbita ist übrigens darauf zurückzuführen, daß die Dermoiden und Cholesteatome aus Ektoderminseln entstehen, die beim Verschluß der sog. Stirn-Oberkiefer-Spalten in die Tiefe verlagert wurden. Die beigefügten Röntgenbilder der 4, durch die Operation verifizierten Fälle des Verf. zeigen die zum Teil sehr beträchtlichen Defekte des Knochens, die kleinen und großen Keilbeinflügel oder das Orbitaldach weithin einbeziehen, bis ans Foramen opticum heranreichen und auch die Stirnhöhle eröffnen können, welcher Ausdehnung auch die Verlagerung und Bewegungseinschränkung des Bulbus entsprach. Der Vergleich der Bilder eines Falles vor und nach der Operation nach Krönlein zeigt, daß auch nach der Operation die sklerotischen Knochenränder noch vorhanden sind; sie gehören also nicht dem Tumor an, sondern bei dieser Sklerosierung handelt es sich um eine Antwort des Knochens auf den Reiz des sehr langsam expansiv wachsenden Tumors.

Jäger (Kiel).<sub>o</sub>

**Lühken, Heinz: Über Mischtumoren am Gaumen.** (*Univ.-Klin. f. Ohren-, Nasen- u. Halskrankh., Gießen.*) Hals- usw. Arzt 31, 47—53 (1940).

An Hand einer Krankengeschichte Besprechung der Eigenschaften der Mischgeschwülste und ihrer Abgrenzung gegen ähnliche Erkrankungen, ihres Aufbaus und der Krankheitszeichen. Bei der verwirrenden Fülle der Möglichkeiten ihrer Zusammensetzung, vom einheitlichen Bau bis zu wirklichen „Wundergeschwülsten“ wird vernünftigerweise geraten bei der Sammelbezeichnung „Mischgeschwulst“ zu bleiben. Für die Behandlung ist immer noch das Messer das beste, außer bei offensichtlichem Bösartigwerden. Vor allzu ausgedehnten Eingriffen wird gewarnt. 2 Feinbaubilder.

*Eberhard Krieg* (Stuttgart).<sup>oo</sup>

**Rebaudi, Federico, e Measso Antonino: Epulidi del mascellare inferiore e loro trasformazione maligna.** (Epulitiden des Unterkiefers und ihre böse Entartung.) (*Osp. Colon. Princip., Gondar.*) Clinica 5, 625—630 (1939).

Verf. hat in dem Kolonialhospital in Gondar bei Eingeborenen kleinere und größere Epulisgeschwülste am Unterkiefer festgestellt. In 3 besonders prägnanten Fällen beobachtete er nach Entfernung der kleinen primären Riesenzellgeschwülsten das Aufgehen von teilweise gigantischen Tumoren, von denen einer beinahe die Größe des dazu gehörenden Kopfes erreichte. Die maligne Degeneration der Epulitiden scheint also auch bei der schwarzen Rasse nicht so überaus selten zu sein. *Schweizer* (Zürich).<sup>oo</sup>

**Colley, R.: Lympho-sarcoma removed from orbit.** (Lymphosarkom der Orbita.) (*South-Western Ophth. Soc., sess. 1938—1939.*) Trans. ophthalm. Soc. U. Kingd. 59, Pt 1, 468 (1939).

Patientin, 57 Jahre alt, klagte über Tränenfluß und Anschwellung der Tränendrüse. 3 Jahre vorher wurde ihr die rechte Tonsille und eine Nackendrüse entfernt. Seit einem Monat trat das linke Auge vor, es trat eine Schwellung des Tränensackes in der Gegend des oberen Orbitalrandes auf. Auge innerlich o. B., mit Glas gute Sehschärfe. Entfernung des Gewächses; *Schlippe* (Darmstadt).<sup>oo</sup>

**Pierangeli, C. E.: Il sareoma di Ewing del maseillare.** (Das Ewingsche Sarkom des Oberkiefers.) Otol. ecc. ital. 8, 133—165 (1938).

In der Literatur hat Verf. keinen Fall wie denjenigen eines Ewingschen Sarkoms des Oberkiefers vorgefunden. Hier handelt es sich um einen 39jährigen Mann. Die Radiumbehandlung ergab einen vollständigen Rückgang der Geschwulst; der Kranke starb jedoch einige Monate danach an durch zahlreiche Metastasen hervorgerufener Kachexie. Obgleich die Geschwulst sich auf einem den langen Knochen so verschiedenen Knochengebiet entwickelt hatte, hatte sie dennoch einen klinischen Verlauf, der den typischen diaphysären Lokalisationen vollkommen ähnlich war, und im allgemeinen war ihr Verhalten dasjenige eines entzündlichen Prozesses, der übrigens, nach der amerikanischen Schule, ziemlich charakteristisch bei dieser Krankheit ist. Verf. erörtert die Frage der Differentialdiagnose und bespricht die Histogenese der Geschwulst, wobei er deren Ursprung auf die undifferenzierten Mesenchymzellen (Hämohistioblasten) zurückführt. An diese Geschwulst muß man bei den Kieferhöhlenkrankheiten immer denken, weil eine frühzeitige Diagnose und Behandlung imstande sein kann, dem Kranken das Leben zu retten. *Benedetto Agazzi* (Milano, Italien).<sup>oo</sup>

**Goldina, V. N., et S. I. Avtokratova: Zur Frage des Ewing-Sarkoms.** Pediatr. Nr 11, 83—86 (1939) [Russisch].

Einleitend Schilderung der Symptomatologie des Ewing-Sarkoms, das in der sowjet-russischen Literatur bisher nicht beschrieben wurde. Eiger Fall: 5jähriger Knabe kommt wegen Schmerzen in den Beinen und Fieber in klinische Behandlung. Schwere sekundäre Anämie. Lymphdrüsenschwellung. Harn o. B. Im Verlauf von Monaten Auftreten von Anschwellungen an Stirn und behaarter Kopfhaut, die schließlich Gänseeigröße erreichen und mit dem Knochen in Zusammenhang stehen. Hühnereigroße Schwellung auch in der rechten Leiste, die mit den Knochen verbucken ist. Später auch ähnliche Bildung am Oberschenkel. Exophthalmus. Diagnose: Chlorom oder Myelom. Röntgen: Am Schädel zahlreiche Aufhellungen, insbesondere an Stirn und Schläfen. Klaffen der Schädelnähte. Periostitische, zackige Auflagerungen am Hinterhaupt und an allen Röhrenknochen. Diaphysen im ganzen verdickt. Exitus. Sektion bestätigt, daß die Tumoren am Kopf vom Knochen ausgehen. Zum Teil haben sie zu Eindellung der Hirnhemisphären geführt. Ähnliche Tumoren auch in der Orbita und im kleinen Becken. Kleinststecknadelkopfgroße und größere Knoten auch an und in der Leber, Milzkapsel, rechten Nierenrinde. Anatomische Diagnose: Bösartige Geschwulst vom Sarkomtyp, ausgehend vom Knochenmark, mit Metastasenbildung. Histologisch: Ewing-Sarkom. *v. Knorre* (Magdeburg).<sup>oo</sup>

**Tolan, Thomas L.: Report on two cases of carcinoma of the sphenoid and ethmoids.**  
(Bericht über zwei Fälle von Carcinom des Keil- und Siebbeins.) Ann. of Otol. 48, 1067—1072 (1939).

Im 1. Fall handelt es sich um ein Carcinom des Keilbeins, im 2. um ein Carcinom des Siebbeins, wahrscheinlich eine Metastase eines Rectumcarcinoms. Es wird besonders auf den Wert einer vollständigen Krankengeschichte hingewiesen, die jeder Untersuchung voraufgehen soll. Gerade bei dem 2. mitgeteilten Fall hätte eine sorgfältige Krankengeschichte einen wertvollen Hinweis geben können. Alle Untersuchungsmöglichkeiten sollen ausgeschöpft werden. Bei palliativer Bestrahlung soll stets die gleiche Dosis wie bei einer Heilungsbestrahlung gegeben werden. *Wüsthoff* (Frankfurt a. M.).

**Behrend und Barth: Über ein das Felsenbein völlig durchwucherndes Meningeom der rechten mittleren Schädelgrube.** (19. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte [E. V. J., Wien, Sitzg. v. 25.—27. V. 1939.] Z. Hals- usw. Heilk. 46, Verh.-Ber., 2. Th., 145—167 (1939).)

Bericht von einer 44 Jahre alten Patientin, die 1927 bereits wegen eines Meningeoms in der rechten mittleren Schädelgrube operiert wurde. Das Meningeom durchwucherte, da es nicht radikal entfernt werden konnte, das ganze Felsenbein und Patientin kam 1938 durch ein durchgebrochenes Cholesteatom mit anschließender Sinusphlebitis und Sepsis ad finem. Es werden die pathologischen und pathologisch-histologischen Veränderungen erörtert.

*Werner Hüsten* (Berlin).

**Eden, Kenneth C.: The benign fibro-osseous tumours of the skull and facial bones.**  
(Die gutartigen fibro-ossären Geschwülste des Schädels und der Gesichtsknochen.) Brit. J. Surg. 27, 323—350 (1939).

Es gibt eine Gruppe von gutartigen fibro-ossären Geschwülsten der Bindegewebsknochen des Schädels und des Gesichtes, welche für sich ohne eine Skelet-generalisation vorkommen. Sie treten ein- und mehrherdig auf, meist in relativ frühem Lebensalter, und wachsen langsam in vielen Jahren, bis sie stationär werden. In diesen Geschwülsten finden sich sämtliche Bindegewebsformationen und häufig eine abortive Form der Verknöcherung in Form von Kalkkugeln. Der Verf. unterscheidet: Das ossifizierte Fibrom, die fibrösen Osteome, die kompakten Osteome und die diffusen Osteome. Diese Geschwülste entstehen peri- und subperiostal und bleiben lokalisiert, wobei sie entweder einen ganzen oder mehrere benachbarte Knochen befallen. Einige dieser örtlichen Geschwülste gehen mit einer chronischen Infektion einher oder treten nach Traumen auf, so daß es möglich ist, daß sei eine Reaktion des Knochens und Periostes auf chronisch entzündliche Einwirkungen oder auf ein Trauma darstellen (in gleicher Weise hat sich Ref. ausgesprochen!). Die Mehrzahl der genannten Geschwülste kann aber nicht auf derartige Reizeinwirkungen zurückgeführt werden, wogegen folgende Tatsachen sprechen: 1. Die Begrenzung auf den Bindegewebsknochen; 2. das wiederholte Auftreten in mehreren Herden; 3. ihre Entstehung während der Wachstumszeit. Der Verf. glaubt daher (mit Recht), daß diese Geschwülste mit der Entwicklung der Bindegewebsknochen zusammenhängen, und daß man hier Vergleiche mit Osteochondromen der knorpelig vorgebildeten Knochen ziehen kann. — Zur Behandlung: Die mehr fibrösen Geschwülste rezidivieren gelegentlich nach unvollständiger Entfernung. Die Gefahr der bösartigen Umwandlung ist aber gering. Eine konservative Operation genügt und kann nötigenfalls wiederholt werden. Die fibro-ossäre Epulis bietet keine Probleme; sie ist mit den angrenzenden carciösen Zähnen zu entfernen. Das zentrale ossifizierende Fibrom des Unterkiefers kann gewöhnlich im ganzen ausgeschnitten werden, wobei sich die Knochenkontinuität meistens erhalten läßt. Bei größeren Defekten muß eine Knochenverpflanzung vorgenommen werden. Bei den zentralen ossifizierenden Fibromen des Oberkiefers kann vom Munde her eine Auskratzung vorgenommen werden, wobei aber Rezidive auftreten, so daß Teilresektionen notwendig werden können. Die Stirnhöhlen- und Augenhöhlenosteome sollen möglichst frühzeitig angegriffen werden. Sie sind, wenn sie tiefer liegen, nach Cushing besser vom Schädelinnern her anzugehen. Kleine Augenhöhlenosteome können direkt durch die knöcherne Augenhöhle angegangen werden; wenn sie größer sind und den Sehnerven komprimieren, ist auch hier das intra-

kranielle Vorgehen angezeigt. Bei den örtlichen und diffusen Formen der fibrösen Osteome müssen cariöse Zähne entfernt werden. Entzündlich veränderte Nebenhöhlen müssen eröffnet und drainiert werden. Osteome, die zu Hirndruck und zu epileptischen Krämpfen führen, sind zu entfernen und mit einem osteoplastischen Lappen zu decken.

Hellner (Münster, Westf.).<sup>oo</sup>

**Balzer, R.: Zwei Fälle von echtem Fibrom der Nasen-Nebenhöhlen.** (*Univ.-Hals-Nasen-Ohrenklin., Breslau.*) Z. Hals- usw. Heilk. 45, 307—311 (1940).

Beschreibung des Krankheitsverlaufs, der Behandlung und des histologischen Untersuchungsbefundes zweier echter verkalkter Nasennebenhöhlenfibrome. Ihr Vorkommen in dieser Gegend ist selten. Bei der röntgenologischen Diagnose ist Verwechslung mit einem Nebenhöhlenosteom möglich.

Tauber (Berlin).<sup>oo</sup>

**Hyde, William H.: Osteofibroma.** (Osteofibrom.) Amer. J. Orthodont. a. or. Surg. 25, 804—805 (1939).

18jährige Patientin bemerkte seit 2—3 Jahren eine Anschwellung der Gingiva des rechten Os mandibulare, langsam gewachsen, bei der Aufnahme walnußgroß. — Allgemeinbefund: Blutbild o. B. Röntgenologisch: Veränderung der Spongiosa vom 1. Prämolaren bis 3. Molaren. Verdichtete feine Knochenbälkchen. Operation: Anscheinend kein Einwachsen in den Knochen. Pathologisch: Konsistenz oberflächlich glatt, glänzend. Größe 2 × 5 × 1 cm. Schwer schneidbar. Schnittfläche rosa gestreift und grau. Die histologische Untersuchung ergab ein lockeres, gefäßreiches, von Rundzellinfiltraten durchsetztes Bindegewebe, zwischen dem sich, besonders in den tieferen Teilen, ein derbes, von Fibroblasten durchsetztes Gewebe zwischen wohlgebildeten Havarkanälichen findet. — Der Fall wird vom Verf. als ein Osteofibrom mit entzündlichen Veränderungen aufgefaßt (der in der Abbildung zu erkennende Knochenumbau wird in der Beschreibung nicht gewürdigt).

Ostertag (Berlin).

**Sironi, Luciano:** *Di un tumore fibromatoso dell'orbita commisto ad alterazioni di natura infiammatoria reattiva.* (Über eine Bindegewebsgeschwulst der Orbita mit reaktiven entzündlichen Veränderungen.) (*Clin. Oculist., Univ., Milano.*) Boll. Ocul. 18, 881—894 (1939).

Ein 8jähriges Mädchen litt seit 2 Jahren an Protrusion des rechten Auges und leichter Ptosis. Im Röntgenbilde nichts Abnormes. Unter dem oberen Orbitalrande war eine harte Resistenz fühlbar. Exophthalmus rechts 8 mm. Bulbus nach unten verlagert. Beweglichkeit nach oben behindert, Visus beiderseits  $10/10$ . Der Tumor zeigte sich bei seiner Entfernung mit der Tränendrüse verwachsen. Der Musc. levat. palp. war durch den Tumor zerstört. Dieser hatte die Größe einer Kastanie, derb elastisch und am Peristos adhären. Nach fast 2 Jahren kein Rezidiv, Exophthalmus von 3 mm. Narbige Verwachsungen zwischen den tiefen Lidteilen und der oberen Orbitalwand. Histologisch bestand der Tumor aus Spindelzellen. In seiner Randzone fand sich eine kleinzellige entzündliche Infiltration mit Resten der Tränen-drüse und glatten Muskeln.

Birch-Hirschfeld (Königsberg i. Pr.).

**Scheller, Heinz:** *Knochenauswuchs aus einer Unterkieferalveole.* (*Städt. Krankenh., Köln-Mülheim.*) Köln: Diss. 1939. 18 S.

**Uggeri, Carlo:** *Fibro-condro-osteoma del vasto mediale della coscia.* (Fibro-Chondro-Osteom des Vastus medialis des Oberschenkels.) (*Clin. Chir. Gen., Univ., Pavia.*) Clinica 5, 576—582 (1939).

Bei einer 67jährigen Frau fand Verf. einen faustgroßen Tumor in der Muskulatur des Oberschenkels. Histologisch: Fibro-chondro-osteom. Im Röntgenbild fand sich oberhalb der Femurcondylen ein kalkdichter Schatten; Dichtigkeit ungleich mit chagriniertem Aussehen, die Ränder des Schattens wie ausgefranzt. Der Schatten hängt nicht direkt mit dem Knochen zusammen.

Lüdin (Basel).<sup>oo</sup>

**Rossello, G.:** *Caso di tumore desmoide della fascia della gamba e cistocarcinoma primitivo mammario in un medesimo soggetto uomo.* (Fall von gleichzeitiger Bindegewebegeschwulst der Fascie des Unterschenkels und primären Brustdrüsencrebsses bei einem Manne.) Osp. magg. (Milano) 27, 179—182 (1939).

Zugleich fanden sich bei einem 70jährigen Manne zwei Geschwülste, von denen die eine an der Außenseite des Unterschenkels saß, ein derbes Fibrom darstellte und von der Fascie ausgegangen war. Die andere war ein cystisches Mammacarcinom. An der Wand der Hohlräume fanden sich derbe Epithelzapfen.

Ruge (Frankfurt a. d. O.).<sup>oo</sup>

**Klages, Friedrich:** *Synoviales Sarkoendotheliom des Hüftgelenkes.* (*Chir. Univ.-Klin., Halle a. d. S.*) Arch. klin. Chir. 197, 137—146 (1939).

Vor 8 Jahren beginnende Schwäche im linken Bein, vor 6 Jahren Knoten in linker Gesäßgegend, später ausstrahlende Schmerzen, zweimalige Operation einer infiltrierend wachsenden

den cystisch-gallertigen Geschwulst, die rückfällig den großen Rollhügel zerstörte. Radikaloperation durch Resektion des Oberschenkelknochens, Einstemmen des kleinen Rollhügels in die unversehrte Hüftpfanne. Gehfähige Entlassung nach 3 Monaten. Später Exitus an Metastasen. — Das Präparat zeigte zahlreiche wechselnd große, mit Blut und gallertiger Masse gefüllte Hohlräume in teils derberem, teils zottigen Gewebe. Die bindegewebigen Anteile zeigen aber alle Übergänge vom reinen Bindegewebe bis zu kern- und mitosereichen, polymorph- oder spindelzelligförmigen sarkomatösen Stellen. Die endothelialen Elemente bilden hohe Saumüberzüge der Papillen, in sarkomatösen Abschnitten regelrechte krebssige Nester oder Inseln, stellenweise auch xanthomatöse Zellen. Der Ausgangspunkt ist die Gelenkkapsel, die Diagnose eines Sarkoendothelioms gesichert. Solche Geschwülste sind am Kniegelenk mehrfach beschrieben worden. Wenn sie sich auch häufig sehr langsam entwickeln, müssen sie doch als bösartig bezeichnet werden. *Driigg* (Kerpen-Köln).<sup>oo</sup>

**Prăgoiu, I., und T. Spătaru: Betrachtungen über osteogene Sarkome in Verbindung mit einem Fall.** Cluj. med. 21, 129—136 (1940) [Rumänisch].

Die Autoren beschreiben einen Fall von Osteosarkom mit der ziemlich seltenen Lokalisation an der Fibula. — Da das Knochenskelet der Nachbarschaft mitbetroffen war, und da der N. sciaticus popliteus externus frei war, wurde die ausgedehnte Exstirpation der Geschwulst vorgenommen. — Die Amputation wurde nicht ausgeführt, weil der Tumor für die Exstirpation sehr geeignet war. Zugleich wurde der Tatsache Rechnung getragen, daß die Mehrzahl der Autoren auf Grund der Ergebnisse die Anschauung vertreten, daß die Metastasen selbst bei Anwendung der am meisten verstümmelnden Operation auftreten. — Bei den periostalen Osteosarkomen im besonderen bestehen gewisse Heilungsaussichten, wenn die Exstirpation frühzeitig und radikal genug vorgenommen wurde. *Autoreferat.*

**Contini, V.: I tumori primitivi delle articolazioni. Osteo-condroma della glenoide determinante una lussazione spontanea dell'articolazione scapolo-omerale.** (Primäre Gelenkgeschwülste. Osteochondrom der Gelenkpfanne. Spontanluxation des Schultergelenkes verursachend.) (*Istit. di Clin. Chir. e Terapia Chir., Univ., Siena.*) Chir. Org. Movim. 24, 539—551 (1939).

Durch Röntgenbilder, makro- und mikroskopische Photographien illustrierter Fall einer Gelenkgeschwulst bei einer 58jährigen Frau; erst seit einem Jahre bohrende Schmerzen im rechten Schultergelenk und immer zunehmende Bewegungsbeschränkung; es kam langsam zum Abstehen des Armes im Schultergelenk. Die klinische und Röntgenuntersuchung ergab eine Verrenkung nach vorne des Humeruskopfes, während zugleich die Gelenkpfanne durch eine Geschwulst ausgefüllt erscheint. Das Gelenk wurde operativ von hinten eröffnet und die harte, im Gelenk entwickelte und der Gelenkpfanne aufsitzende Geschwulst, die den Humeruskopf herausgedrängt hatte, wurde abgetragen und die normalen Gelenkverhältnisse wiederhergestellt. Die entfernte eigroße Geschwulst zeigte einen kurzen groben Stiel, mit dem es der Gelenkpfanne aufsaß, und bestand fast durchwegs aus Knorpelgewebe; im Stiel etwas Knochen-gewebe. Jede Art der Gelenkentzündung konnte ausgeschlossen werden. Es handelte sich demnach um eine aus dem Knorpelüberzeug der Gelenkpfanne entstandene gutartige Ge-schwulst. Das ganze Kapitel der Gelenkgeschwülste wird vom Verf. klinisch und pathologisch-anatomisch kurz erwähnt. Reichhaltiges Schrifttumsverzeichnis. *Capaldi* (Neapel).<sup>oo</sup>

**Grauer, Josef: Ein Beitrag zur Lymphogranulomatose des Knochens.** (*Kinder-klin., Univ. Innsbruck.*) Röntgenprax. 11, 623—626 (1939).

Verf. geht auf die Skeletbeteiligung bei der Lymphogranulomatose ein und teilt einen Fall, bei dem ungewöhnlicher Sitz und Doppelseitigkeit der Knochenveränderung beachtens-wert ist, mit. Bei einem 4jährigen Knaben wurde auf Grund des klinischen Befundes und der histologischen Untersuchung eines Halsdrüsentumors eine Lymphogranulomatose diagno-stiziert. Die Röntgenuntersuchung des Knochenapparates zeigte beide Oberschenkelepiphysen pilzhutartig deformiert und kleinfleckig aufgehellt. Nach Ausschluß anderer differential-diagnostisch in Frage kommender Knochenprozesse wird im vorliegenden Fall eine Lymphogranulomatose des Knochens angenommen. Eine autoptische Kontrolle fand nicht statt. *B. Kuhlmann* (Bremen).<sup>oo</sup>

**Sohier et Radaidy-Ralarosy: Une tumeur rare de la fesse: Rhabdomyome.** (Eine seltene Geschwulst der Glutaei [Rhabdomyom].) Bull. Soc. Path. exot. Paris 33, 134 (1940).

Gegenüber des gewöhnlichen Vorkommens eines Rhabdomyoms in der Urogenitalsphäre wird auf das Auftreten eines Tumors in dem rechten oberen Quadranten der Glutaei bei einer 30jährigen Frau hingewiesen. Solider Tumor von der Größe einer Orange. *Merten* (Köln).

**Santo, Dominic A. de, and Philip D. Wilson: Xanthomatous tumors of joints.** (Xanthomatöse Gelenktumoren.) J. Bone Surg. 21, 531—558 (1939).

Nach einer historischen Übersicht werden die Gelenkxanthome der Weltliteratur tabellarisch unter den Gesichtspunkten Alter, Geschlecht, Sitz, Charakter und Größe

des Tumors, mikroskopischer Befund, etwaiger traumatischer Einfluß, Symptomdauer, Schmerzen und den übrigen klinischen Daten sowie der Therapie (aber ohne Erfolg derselben) zusammengestellt. Es wird dann die Frage der Xanthome und Riesenzelltumoren der Synovialmembran sowie ihre Beziehungen zu den Systemerkrankungen (essentielle Xanthomatose wie Niemann-Pickscher, Schüller-Christianscher, Gauchers Krankheit, symptomatischer Xanthomase z. B. Leber- und Nierenerkrankungen, Diabetes u. dgl.) besprochen, wo es sich um Hypercholesterolemien handelt. Eine Anzahl eigener Beobachtungen xanthomatöser Gelenkknoten schließt die Abhandlung. Im allgemeinen finden sich mehr synoviale Gelenkxanthome als gemeinhin angenommen wird, sie nehmen oft ihren Ursprung von chronisch hämorrhagischer villöser Arthritis. Die Stromazelle hat enge Beziehungen zum reticuloendothelialen System und bildet dementsprechend Schaumzellen, Riesenzellen und pigmentierte Zellen. Die Heilung erfolgt durch Radikalexcision.

*Ostertag (Berlin).*

**Meyer, Johannes:** Über Lipome der Regio sacralis feminae. *Eesti Arst* 18, 347 (1939) [Estnisch].

Bei der Untersuchung des Beckens einer schwangeren Frau fand Verf. in dem Unterhautzellgewebe der Grübchen, welche den Spinae posteriores super. oss. ilei entsprechend die seitlichen Winkel der Michaelisschen Raute bezeichnen, beiderseits einen kleinen, derben, wenig beweglichen Tumor. Da an dieser Stelle Lymphdrüsen nicht in Betracht kamen, fiel dieser Befund auf. Bei den Untersuchungen, welche Verf. bei mehreren Hunderten von Patientinnen hernach ausgeführt hat, konnte er feststellen, daß diese kleinen Tumoren recht häufig nachzuweisen sind: bisweilen einseitig, öfter beiderseitig. Eine Abhängigkeit von der Schwangerschaft oder irgendwelchen gynäkologischen Erkrankungen konnte nicht gefunden werden. In 2 Fällen fanden sich bei Patientinnen, welche nur über Kreuzschmerzen klagten, an der betreffenden Stelle reichlich mandelgroße druckempfindliche Tumoren, die als Ursache der Beschwerden erkannt werden konnten. Die mikroskopische Untersuchung der exstirpierten Tumoren ergab, daß es sich um Lipome mit derbem bindegewebigem Stützgewebe handelte, also um Fibrolipome. Veränderungen entzündlicher Natur konnten am Bindegewebe nicht gefunden werden. Bei Multiparen fand sich gelegentlich eine derb-grobkörnige Beschaffenheit des welken Panniculus adiposus der erschlafften Bauchdecken. Diese Veränderung wurde seinerzeit von schwedischen Autoren (Lindblom u. a.) als Cellulitis bezeichnet und auf entzündliche Reize zurückgeführt. *Autoreferat.*

**Ghormberg, Ralph K., and George A. Pollock:** Multiple myeloma. (Multiple Myelome.) (*Sect. on Orthop. Surg., Mayo Clin. a. Div. of Orthop. Surg., Mayo Found., Rochester.*) *Surg. etc.* 69, 648—655 (1939).

86 Beobachtungen von multiplen Myelomen. Einteilung in 5 Gruppen. A. 19 Fälle durch Biopsie oder Autopsie bewiesen. B. 53 Fälle klinisch und röntgenologisch gesichert. Von Gruppe A und B sind sämtliche Patienten gestorben. C. 5 klinisch-röntgenologische Wahrscheinlichkeitsdiagnosen. Kein sicherer Befund über den Verlauf. Annahme des Todes. D. 6 Patienten, biotisch erwiesene Diagnose, die noch leben. E. 3 Patienten, die noch leben, bei denen aber keine Biopsie vorgenommen wurde. Klinisch-röntgenologische Diagnose. — In Gruppe A (19 Fälle) 9 mal pathologische Frakturen, positiver Bence-Jones 6 mal, Nephrose 14 mal. Albumin-Globulinverhältnis 3 mal bestimmt, dabei normal befunden. Dauer der Erkrankung 5—55 Monate. Am häufigsten befallen Wirbel, Schädel, Rippen, Oberschenkel, Oberarm. — In Gruppe B (53 Fälle) Dauer der Erkrankung 3 Monate bis 10 Jahre. 34 mal pos. Bence-Jones im Harn, 16 mal pathologische Frakturen. Nephrose 32 mal. Umgekehrtes Albumin-Globulinverhältnis 7 mal geprüft, 5 mal positiv. Serumprotein in 4 von 11 Fällen erhöht. Wirbel 36 mal, Becken 29 mal, Schädel 39 mal, Rippen 23 mal, Femur 14 mal, Humerus 10 mal, Schlüsselbein und Schulterblatt 18 mal, Schienbein 2 mal, Radius 2 mal, Sternum 2 mal, Oberkiefer, Ulna, Handknochen 1 mal erkrankt. — Gruppe D (6 noch Lebende) Bence-Jones nur bei der Hälfte positiv. Umkehr

des Albumin-Globulinverhältnisses kein sicherer Maßstab, da nur bei der Hälfte vorhanden. — In der Behandlung subjektive Besserung durch Bestrahlung. Es gibt Fälle, wo die Diagnose nur durch Biopsie zu sichern ist. Hellner (Münster, Westf.).

**Alpers, Bernard J.: Recent studies in the pathology of brain tumors.** (Neue Studien über die Pathologie der Hirntumoren.) (*Dep. of Neurol., Jefferson Med. Coll., Philadelphia.*) *Confinia neur.* (Basel) **2**, 238—256 (1939).

In der Skizze werden die häufigsten Hirntumoren (gemeint sind intrakranielle Prozesse, Ref.) mit Ausnahme der Hypophyse u. a. supra-parasellärer Gewächse beschrieben. Nach dem Überblick über die histologischen Einteilungen, wie sie schon vielfach an anderer Stelle gegeben sind, werden die ätiologischen Faktoren besprochen, unter ihnen die Therapie Ask-Upmarks u. a., um dann aus dem neuesten Schrifttum einige allgemeine Beobachtungen über das Schicksal der Gewächse sowie über den Übergang von gut- zu bösartigen Gliomen zu geben. Nach den Gewachsen der Nervensubstanz folgen die Meningome, die in der Einteilung Hortegas und von Globus wiedergegeben werden, Melanome, Lipome, parasitäre Tumoren; die besonders herauszuhebenden Tumoren des 3. Ventrikels bilden den Abschluß. Von einem wirklichen Überblick über die neuesten Ergebnisse kann bei dieser Zusammenstellung keine Rede sein. Es fehlen selbst wichtige Arbeiten aus dem amerikanischen Schrifttum.

Ostertag (Berlin).<sub>o</sub>

**Capella, Franco: Contributo allo studio dei tumori intradurali extramidollari.** (Beitrag zum Studium der intradural-intramedullär gelegenen Tumoren.) (*Clin. Chir. Gen., Univ., Pavia.*) *Ann. ital. Chir.* **18**, 455—502 (1939).

Mitteilung dreier Fälle von Wirbelsäulentumor mit extradural-extramedullärem Sitz. Die Krankengeschichte ist ausführlich geschildert; der klinische Befund ist durch Röntgenphotographien, die histologische Zuordnung der entfernten Geschwülste durch Mikrophotographien illustriert und eingehend beschrieben. Es handelt sich um 1. ein Neurogliom (Spongioblastom), 2. ein kavernöses Angiom, 3. ein Sarkom. In angeschlossenen theoretischen Erörterungen bespricht Verf. unter Hinzuziehung der Angaben anderer Autoren (reichhaltiges Literaturverzeichnis) zunächst statistische Erhebungen: Häufigkeit der Spinaltumoren zu denen des Zentralnervensystems überhaupt wie 1 : 4 bis 1 : 6; die intraduralen überwiegen bei weitem; zu etwa 50% ist der Sitz im Bereich der Brustwirbelsäule, und zwar meist dorsal oder dorsolateral von der Medulla; die größte Häufigkeit liegt zwischen 30 und 50 Jahren; das weibliche Geschlecht ist bevorzugt befallen; häufig handelt es sich um Meningome und Neurinome; Lipome, Dermoide und Gefäßtumoren sind selten. Es folgen Anmerkungen zur Symptomatik; der Schmerz als Frühsymptom bei ventral der Medulla gelegenen Geschwülsten; bei intramedullärem Sitz sind Bewegungsstörungen primär; charakteristisch ist eine Verstärkung des Schmerzes beim Husten und Niesen; auf Störungen der Sympathicusfunktion ist zu achten (Schweißsekretion, arrectores pitoum), die häufig zugleich mit den bekannten Änderungen der Oberflächen und Tiefenreflexe beobachtet werden. Differentialdiagnostisch kommt ehestens eine Verwechslung mit den nervösen Erscheinungen der Pernicious in Frage. Bezüglich der Methoden der Diagnostik legt Verf. Gewicht auf die Bestimmung des Q.R.D. =  $\frac{P \cdot v}{P}$  (p = Anfangsdruck des Liquors; v = die Kubikzentimeterzahl des abgelassenen Liquors; P = der Enddruck des Liquors). Ist dieser Quotient größer als 5, so spricht das für einen entzündlichen Prozeß. Therapeutisch hält Verf., mit Ausnahme eines sehr schlechten Allgemeinzustandes, operatives Vorgehen für stets angezeigt; bessere Ergebnisse wurden bei langsamer Ausführung gesehen; für den Erfolg sind bedeutsam: Alter des Patienten, Dauer der stattgehabten Komprimierung, Stadium der Paraplegie, Sitz des Tumors sowie der Grad der Schädigung der Medulla. Die Mortalität ist von 50% im Jahre 1908 (Berard) auf 4% im Jahre 1937 (McCraig) gefallen. Nach Berücksichtigung der Klassifizierungen anderer Autoren bringt Verf. abschließend eine Einteilung der Tumoren der Meningen in

1. Tumoren, die entstehen aus den Elementen der meningealen Zellschichtung;
2. Tumoren, die von den Gefäßen aus entstehen; 3. Tumoren, die aus Elementen des Mesenchyms unter atypischer Proliferation entstehen. Auf die mitgeteilten Fälle wird im Verlaufe der Arbeit weitgehend Bezug genommen.

*I. v. Notz-Schwarz* (Ahrensburg, Holstein).<sup>oo</sup>

**Dalla Volta, A.: L'acetileolina al servizio della diagnosi dei tumori cerebrali.** (Das Acetylcholin im Dienste der Diagnose von Hirntumoren.) (*Istit. di Clin. Med. Gen. e Terapia Med., Univ., Modena.*) *Boll. Soc. med.-chir. Modena* **38**, 173—182 (1938).

Als parasympathisch-mimetische Substanz setzt das Acetylcholin den Druck herab und erweitert die kleinsten Gefäße; von französischen Forschern wurde es deshalb mit Erfolg als antiepileptisches Mittel verwendet. Neu ist die hier berichtete Wirkung von subcutanen Acetylcholininjektionen bei 3 Gehirntumorkranken: die übliche therapeutische Dosis rief hier in der dem Tumor entsprechenden cortico-cerebralen Innervationszone oder in deren nächster Nähe kurzdauernde klonisch-tonische Zuckungen hervor. Als Erklärung hierfür erwähnt Verf. verschiedene Möglichkeiten, als deren wahrscheinlichste ihm folgender Vorgang erscheint: bei angiomatösen Tumoren, die in nächster Nähe der rindenmotorischen Gegenden liegen, ruft die durch die gefäßerweiternde Wirkung des Acetylcholins erzielte erhebliche Volumzunahme der Tumormassen mechanisch eine Reizung der Pyramidenzellen in der Rolandischen Windung und damit das anschließende motorische Reizsyndrom hervor. Bei Tumoren derartiger Lokalisation, vorausgesetzt, daß sie angiomatöser Natur sind, kann demnach das Acetylcholin in die Reihe der diagnostischen klinischen Hilfsmittel eintreten.

*Liguori-Hohenauer* (Illenau).<sup>oo</sup>

**Stanganelli, Paolo: Sulla diagnosi di tumore cerebrale.** (Die Diagnose der Hirntumoren.) *Rinasc. med.* **16**, 586—587 (1939).

In Fortsetzung früherer Ausführungen [Rinasc. med. **16**, 375 (1939)] wird vorliegend ein Fall eines Hirnbasistumors beschrieben, der Thalamus, Tuber, Hypophyse und Kleinhirn betraf. Es handelte sich um einen 21-jährigen, der neben dem allgemeinen Bild eines Hirntumors folgende Herdsymptome aufwies: Vollständige Lähmung des linken Oculomotorius, links Atrophie der Papille, Hyperästhesie und Neuralgie im Gebiet des linken 1. Trigeminusastes und linksseitige Anosmie. Die Sektion deckte einen Tumor von der Größe eines 10-Centimeter-Stückes an der unteren Fläche der linken Hemisphäre auf, der sich über den basalen Teil der inneren und äußeren Olfactoriuswindung, den hinteren und inneren Teil der Orbitawindung erstreckte; er hatte den linken Opticus und einen Teil des Chiasma zerstört und ergriff das innere Drittel des sog. Schläfenpols. Der hintere Teil der Orbita und die am meisten hervortretenden Teile der oberen linken Sphenoidhälften, das Foramen opticum, der kleine Flügel, der vordere Clinoidfortsatz waren arrodiert, der Tumor erreichte die Sella turica, den hinteren Clinoidfortsatz und einen kleinen Teil der Lamina quadrilateralis. — Im Anschluß werden ähnliche Fälle aus dem Schrifttum erwähnt.

*K. Rintelen* (Berlin).

**Besta, C.: Per la diagnosi precoce e sicura dei tumori cerebrali.** (Über die frühzeitige und sichere Diagnose der Hirntumoren.) (*Clin. Malatt. Nerv. e Ment., Istit. Nevrol. Vittorio Emanuele III, Milano.*) *Arch. ital. Chir.* **50**, Donati-Festschr. **1**, 367 bis 373 (1938).

Zwischen der klinischen Symptomatologie und dem pathologischen Geschehen bei Hirntumoren besteht bekanntlich keine Koinzidenz, wie Verf. auch an verschiedenen Fällen nachweist. Besonders bei Fällen mit spärlichen Symptomen ist außer der Augenhintergrundsuntersuchung unbedingt erforderlich die Untersuchung des Ventrikularsystems, sei es durch Encephalographie oder Ventrikulographie. Die früher bestehenden Hindernisse für deren allgemeine Durchführung (wie Gefährlichkeit, technische Schwierigkeit) sind seit Jahren überwunden, so daß die beiden Methoden zum unentbehrlichen Rüstzeug des Neurologen gehören.

*Liguori-Hohenauer* (Illenau).<sup>oo</sup>

**Paleari, Antonio: Contributo clinico ed anatomo-patologico alla conoscenza dei tumori extramidollari e del processo aracnoiditico paratumorale.** (Klinisch-anatomischer Beitrag zur Kenntnis extramedullärer Tumoren und arachnoiditischer Begleitprozesse.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) *Riv. sper. Freniatr.* **63**, 525—544 (1939).

Beschreibung zweier eigener Fälle von intraduralen-extramedullären Geschwülsten, bei

denen vorwiegend der begleitende arachnoiditische Prozeß das klinische Bild bestimmte. — Im 1. Fall handelte es sich um einen 41 jährigen Mann, der seit Kindheit eine Unterentwicklung der Muskulatur der Brust und des linken Armes sowie des rechten Beines zeigte. Nach einem Trauma mit 38 Jahren traten auch Schmerzen und Parästhesien auf, die sich allmählich verstärkten und den Kranken 3 Jahre später ins Spital führten. Die objektiven sensiblen Ausfälle waren gering; die Myelographie ergab einen totalen Stop in der Höhe des 6. Halswirbels. Die Laminektomie deckte eine Geschwulst in der Höhe von C 4 bis C 6 auf, mit Einbeziehung der vorderen Wurzeln, sowie arachnoiditische Verwachsungen, die rein dorsal sich ausbreiteten. Die histologische Untersuchung der Geschwulst ergab ein Meningioma molle. — Der 2. Fall betraf einen 35 jährigen Mann, der seit 2 Jahren Schmerzen in der linken Inguinalregion zeigte und bei dem sich allmählich eine Paraparese der Beine mit Miktionss- und Sexualstörungen entwickelt hatte. Der sensible Ausfall betraf eine umschriebene perianale Zone. Die Operation ergab einen 8 cm langen Tumor in der Höhe der Cauda mit teilweiser Kompression der Wurzeln. Die histologische Untersuchung ergab ein Neurinom.

*Langsteiner (Linz a. D.).*

**Dei Poli, Giorgio:** Reazioni biologiche di gravidanza e tumori endocranici. (Schwangerschaftsreaktion und intrakranieller Tumor.) (*Clin. Chir., Univ., Padova.*) Riv. ital. Endocrino e Neurochir. 5, 213—222 (1939).

Weder die Aschheim-Zondek-Reaktion noch die Aschheim-Friedmann-Reaktion haben irgendeine Bedeutung für die Diagnostik von Hypophysen- oder hypophysennahen Tumoren. Bei 52 Fällen nur höchstens 12 mal die unspezifische HVL.-Reaktion I.

*Riebeling (Hamburg).<sup>oo</sup>*

**Bertolotti, M.:** La diagnosi locale dei tumori extracerebrali. (Die Herddiagnose extracerebraler Geschwülste.) (*Istit. di Radiol. e Terapia Fis., Univ., Napoli.*) Arch. ital. Chir. 50, Donati-Festschr. 1, 322—344 (1938).

Für die Therapie ist die Herddiagnose wichtig. Die Erfolge neuzeitlicher operativer Behandlung sind ausgezeichnet. An Hand eigener Beobachtungen werden die Möglichkeiten der Diagnosenstellung besprochen, die dank der Röntgenstrahlen besonders gut möglich ist. Schwierig ist die röntgenologische Antwort auf die Frage, ob eine umschriebene seröse Meningitis vorhanden ist oder nicht.

*Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).*

**Döring, G.:** Zur Histologie der Umgebung unreifer Hirngeschwülste. (*Neurolog. Univ.-Klin., Hamburg-Eppendorf.*) Dtsch. Z. Nervenheilk. 149, 201—221 (1939).

Verf. untersucht bei verschiedenen Gliomarten die Tumorrandzonen und kommt nach einer kritischen Betrachtung der einschlägigen Literatur zu dem Ergebnis, daß es sich bei den gliogenen und mesodermalen Reaktionen in den Randzonen um reaktive Prozesse handelt mit reaktiv hyperplastischen Veränderungen der ortsständigen Glia und mesodermalen Veränderungen, ausgehend vom Gefäßbindegewebe. Bei operierten Gliomen und in die weichen Hämatoe einwachsenden Gliomen können auch andersartige mesodermale Reaktionen auftreten, die den Tumor in ihrem Bau verändern. Das ganze mesenchymale Bindegewebe der Tumoren wird als Stroma aufgefaßt, das einerseits eine Lebensäußerung der Geschwulst, andererseits Reparation und Organisation darstellt, wie z. B. bei intratumoralen Nekrosen. Die Gefäßreaktionen angioblastischer Art werden nicht als blastomatös, sondern vielmehr als Reaktion auf das Tumorwachstum aufgefaßt.

*Noetzel (Berlin).<sup>oo</sup>*

**Kostić, Slobodan:** Beitrag zur Kenntnis der malignen Gliome des Großhirns. Med. Pregl. 14, 131—138 u. franz. Zusammenfassung 138 (1939) [Serbo-kroatisch].

Eine Darstellung des begraden Neurochirurgen, unter Zugrundelegung eigener interessanter Krankengeschichten, Ventrikulo-, Radiogramme, pathologischer Anatomie und histologischer Präparate. Seine Erfahrungen decken sich mit jenen Olivecronas und anderen Autoren. Charakteristisch ist die relative kurze Anamnese (5—6 Wochen bis Monate), dann die Diskrepanz zwischen den schweren, fortschreitenden psychischen Symptomen (Apathie, Erschöpfung, Merk- und Orientierungsstörungen, Stumpfheit bis Somnolenz und Präkoma) einerseits, und fehlenden oder ganz minimalen Zeichen allgemeiner Drucksteigerungen im Schädel (negatives Röntgenbild, keine Stauungspapille) andererseits. Differentialdiagnostisch kommt Hirnabsceß und subdurales Hämatom in Betracht. Die Lokalsymptome (Aphasia usw.) veranlassen einen auch, Hirnlues, Atherosklerose und Encephalitis auszuschließen. Bei festgestellter Diagnose

soll der Tumor nicht operiert werden, die Operierten enden bald letal wie die Nicht-operierten. Evtl. Unterbindung der Art. carot. int. an der betroffenen Seite und Röntgenbestrahlung, oder subtemp. dekompress. Trepanation. *Rosner (Zagreb).*

**Cacciapuoti, G. B.: Sindrome da tumore gliomatoso melanotico della „lamina quadrigemina“, „amaurosi, sordità, sindrome emicoreica e cerebellare“. Studio anatomo-clinico.** (Syndrom bei melanotischem, gliomatösem Tumor der Lamina quadrigemina.) (*Sala Donne, Osp. Incurabili, Napoli.*) *Osp. psichiatr. 7, 255—272 (1939).* .

**Fattovic, Giovanni: Su di un glioma cistico del lobo temporale destro a decorso particolarmente rapido.** (Über ein cystisches Gliom des rechten Temporallappens mit auffallend schnellem Verlauf.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Venezia.*) *Neopsichiatr. 5, 333 bis 352 (1939).*

Kasuistische Mitteilung. Einleitend zusammengefaßte Darstellung der Ansichten verschiedener Autoren, bezüglich der Möglichkeiten für die Tumoren der Schläfenlappen eine gesicherte Symptomatik herauszuarbeiten, die Frühdiagnose und Lateralisation ermöglichen würde. Es folgt die Krankengeschichte einer 41 jährigen Patientin, bei der foudroyant ein schweres Syndrom zur Entwicklung kam. Obgleich bereits ein längerer Klinikaufenthalt voraufging, wurden zuvor keine verdächtigen Symptome beobachtet. Der Exitus trat nach 7 Tagen ein; autoptisch wurde ein cystisches Gliom des rechten Temporallappens festgestellt (Mikrophoto). Nachdem etwaige Beziehungen zu dem manisch-depressiven Syndrom, mit dem die Patientin nach 13 jähriger schubfreier Zeit erneut eingeliefert wurde, besprochen und abgelehnt sind, werden die Einzelsymptome des plötzlich aufgetretenen Zustandsbildes erörtert unter Berücksichtigung der aus ihnen folgenden Rückschlußmöglichkeiten für die Lokalisation des Tumors sowie der von anderen Autoren in ähnlichen Fällen erhobenen Befunde. Es wird angenommen, daß plötzliche Auffüllung der Flüssigkeitsmenge in den Cysten (einer großen und mehreren kleinen) schnelle Ausbildung und Verlauf des Krankheitsbildes verursacht hat.

*I. v. Notz-Schwarz (Ahrensburg i. Holstein).*

**Kassner, Hans: Pseudogliom, das klinisch und makroskopisch-anatomisch ganz unter dem Bilde eines echten Glioms verlief.** *Klin. Mbl. Augenheilk. 103, 625—628 (1939).*

Verf. enucleierte das linke Auge eines 1½ jährigen Mädchens unter der Diagnose: Glioma retinae und Glaucoma secundarium. Nach dem Befund der pathologisch-anatomischen Untersuchung handelte es sich dabei jedoch mikroskopisch nicht um ein Gliom, sondern eine entzündliche, metastatische Geschwulst, die wahrscheinlich von der Chorioidea ausging, während makroskopisch sich die Frage Gliom oder nicht noch keineswegs entscheiden ließ. Mikroskopisch fanden sich weder Gliomrosetten noch andere für Gliom typische Merkmale. Vielmehr deuteten zahlreiche Durchbruchsstellen im Pigmentepithel der Retina mit Zügen kleinzelliger Entzündungszellen auf einen metastatisch-entzündlichen Prozeß hin. Dafür sprechen auch insbesondere die großen Makrophagen in dem lockeren Exsudat und das durch die Entzündung entstandene Fettgewebe in diesen (Makrophagen). Verf. glaubt die Augenerkrankung ätiologisch mit der anamnestischen Angabe des Vaters in einen gewissen Zusammenhang bringen zu können, daß das Kind 6 Tage vor der ersten Konsultation des Augenarztes (Verf.) Windpocken mit 39,5° Fieber gehabt habe und auf dem linken Oberlid eine Windpocke gesessen hätte. Einschlägige Beobachtungen und Ansichten anderer Autoren werden erwähnt und besprochen.

*Lindeman (Tübingen).*

**Stieda und Rothmaler: Über Meningeome.** (30. Tag. d. Vereinig. Mitteldtsch. Chir., Eisleben, Sitzg. v. 9.—10. VI. 1939.) *Zbl. Chir. 1940, 26—29.*

Bericht über 14 operierte Meningeome (3 der Olfactoriusrinne, 1 des Keilbeinflügelrandes, 2 der Fossa Sylvii, 6 parasagittale oder der Konvexität, 2 der hinteren Schädelgrube, davon 1 multipel). Der Fall mit den multiplen Meningeomen starb 10 Tage nach der Operation; es fanden sich hier außer der leicht ausschälbaren diagnostizierten kirschgroßen Geschwulst im linken Kleinhirn noch multiple Meningeome im rechten Stirnhirn, vor der Sella, in der linken Orbita, im rechten Ganglion Gasseri und beiderseits am Felsenbein. 2 weitere Kranke starben über 1 Jahr nach der Operation an apoplektischen Insulten; die anderen Fälle befinden sich in gutem Zustand. Postoperativ wird Bestrahlung befürwortet. Histologisch werden meningotheleomatöse, fibroblastische und angioblastische Meningeome unterschieden. Demonstration eines Lagerungsgerätes für die Arteriographie, mit Hilfe dessen die Carotisfreilegung und Thorotrastinjektion unbehindert und übersichtlich auszuführen sind, auch wird hier-

durch die Anfertigung stereoskopischer Aufnahmen ohne weiteres ermöglicht. Für die Injektion wird eine bajonettartige Injektionsnadel angewandt.

In der Aussprache berichtet Guleke über 2 Fälle von multiplen Meningeomen. Hier ist eine besonders ausgiebige Entfernung erforderlich, um nicht durch Weiterwachsen überschreiter kleiner Geschwülste, die ganz isoliert vom Haupttumor liegen können, Rückfälle zu bekommen. Des weiteren Mitteilung eines sehr großen völlig intracerebral gelegenen Meningeoms, das keinerlei Zusammenhang mit der Hirnoberfläche erkennen ließ. Völlige Heilung nach Exstirpation.  
*Hans Hanke* (Freiburg i. Br.).

● **Cushing, H., and L. Eisenhardt:** *Meningiomas. Their classification, etc.* London: Baillière, Tindall & Cox 1939. 785 S. 67/6.

**Kohlbach, Wilm:** *Osteosarkomähnliches Röntgenbild bei Meningeom.* (Zentr.-Röntgen- u. Radiuminst., Stadtkrankenh., Kassel.) *Röntgenprax.* 12, 61—63 (1940).

Am häufigsten finden sich die Konvexitätsmeningeome. In 50% der Fälle sieht man recht typische Veränderungen am Knochen, wodurch dem Röntgenologen eine wichtige Rolle in der Diagnostik zukommt. Durch den Druck der Geschwulst kommt es in seltenen Fällen zu einfachen und uncharakteristischen Verdünnungen des Knochens. Meist aber kann man die charakteristischen Veränderungen durch infiltratives Einwachsen der Geschwulst in den Knochen erkennen. Meningeome mit osteoplastischer Neigung führen zur Sklerosierung und Verdickung des infiltrierenden Knochens; ohne osteoplastische Neigung kommt es zu Usurierung und zu allmählicher Zerstörung des Knochens. Hyperostose und Spikulabildung sind häufig zu sehen. Verff. fand bei einer 25jährigen Kranken ein typisches Bild eines strahligen osteogenen Sarkoms, das als Meningeom gedeutet, röntgenologisch festgestellt und später auch autoptisch bestätigt wurde.  
*Schembra* (Berlin).<sup>o</sup>

**Abbott, Kenneth H., and Cyril B. Courville:** *Historical notes on the meningiomas. I. A study of hyperostoses in prehistoric skulls.* (Historische Bemerkung über die Meningeome. I. Eine Studie über Hyperostosen bei prähistorischen Schädeln.) (*Cajal Laborat. of Neuropath. a. Dep. of Neurol., Coll. of Med. Evangelists, Los Angeles.*) *Bull. Los Angeles neurol. Soc.* 4, 101—113 (1939).

Der Abhandlung liegen die Untersuchungen von 2 prähistorischen Schädeln zugrunde, die aus dem San Diego-Museum stammen. Nach den beigefügten Röntgenbildern zeigen beide Schädel an der Außenseite hyperostotische Exostosen, an der Innenseite Erosionen. Unter Berücksichtigung des Umstandes, daß bei etwa 1/4 aller Meningeomkranken derartige Schädelveränderungen gefunden werden, schließen die Verff., daß diese Veränderungen auch nur auf Meningeome zurückzuführen seien. Das eine Mal lag die Veränderung des knöchernen Schädels über der linken Fronto-Parietalregion, das andere Mal über dem rechten Scheitelbein und entsprach der Lage eines parasagittalen Meningeoms.  
*Ostertag* (Berlin).<sup>o</sup>

**Reichl, L., und W. Birkmayer:** *Zwei vom Clivus Blumenbachii ausgehende Meningeome.* (Univ.-Klin. f. Psychol. u. Neurol., Wien.) *Nervenarzt* 12, 508—511 (1939).

Die Verff. berichten über 2 Fälle von Meningeomen, ausgehend vom Clivus Blumenbachii und machen auf die Schwierigkeit der Lokalisation dieser Tumoren bei der neurologischen Untersuchung aufmerksam, da beide Fälle Symptome boten, die auf einen Stirnhirntumor deuteten. Erst die Ventrikulographie wies auf einen Tumor der hinteren Schädelgrube, der als im Kleinhirnwurm gelegen gedeutet wurde. Es wird auf die Seltenheit der Meningiome mit dieser Lokalisation hingewiesen. Differentialdiagnostisch werden die Chordome genannt.  
*Noetzel* (Berlin).<sup>o</sup>

**Helsmoortel jr., J., et H. J. Scherer:** *Un méningiome de l'olfactif.* (Ein Olfactoriusmeningeom.) (*Inst. Bunge, Anvers.*) *J. belge Neur.* 39, 647—653 (1939).

Nach einer Besprechung der Symptomatologie der Olfactoriusmeningeome und der Lokalisationen beschreiben die Verff. einen Fall mit atypischem klinischem Bild. Der Patient zeigte bei einer 3jährigen Anamnese als erstes Zeichen solche von Seiten der Augen (Stauungspapille) und solche, die an einen cerebralnen Tumor denken ließen, wie Kopfschmerzen, Schwindel, Diplopie, doppelseitige Stauungspapille und Reflexstörungen, so daß es nicht

möglich war, den Tumor genau zu lokalisieren. Das Röntgenbild wies auf einen Tumor der Hypophysengegend hin. Der Tumor wurde aus diesen Gründen nicht operiert. Bei der Autopsie fand sich ein mannsfaustgroßes Olfactoriusmeningiom, symmetrisch bilateral gelegen, mit Verdrängung und chronischem Ödem des Hirns. Noetzel (Berlin).<sup>oo</sup>

**Smith, James W.: Meningioma producing unilateral exophthalmos. Syndrome of tumor of the pterional plaque arising from the outer third of the sphenoid ridge.** (Meningiom als Ursache von einseitigem Exophthalmus. Syndrom eines derartigen Meningioms mit Ursprung vom äußeren Drittel des Keilbeins.) (*Dep. of Ophth., New York Post Graduate Med. School a. Hosp., Columbia Univ., New York.*) Arch. of Ophthalm. 22, 540—549 (1939).

**Krabbe, Knud H., and C. J. Muneh-Petersen: Angioblastic meningioma with symptoms of Parkinsonism.** (Über Angioblastenmeningiom mit Parkinson-Erscheinungen.) (*Neurol. Dep., Kommunehosp., Copenhagen.*) Confinia neur. (Basel) 2, 312 bis 318 (1939).

Bericht über einen 55-jährigen Mann, der mehrere Monate mit den Krankheitserscheinungen des Parkinsonismus in klinischer Behandlung war. Erst kurze Zeit ante exitum konnte auf Grund von hinzukommenden Pyramidenerscheinungen, epileptiformen Anfällen und vor allem durch den Liquorbefund (Xanthochromie, Druckerhöhung und starke Eiweißvermehrung) die Diagnose auf Tumor cerebri (wahrscheinlich Meningiom) gestellt werden. Autoptisch fand man einen scharf abgegrenzten Tumor der linken Hemisphäre, der von der Mitte des Frontallappens bis in den Parietallappen und das obere Drittel des Temporallappens reichte und makroskopisch sichtbare Kompressionserscheinungen gemacht hatte. Histologisch zeigte der Tumor Läppchenstruktur, zahlreiche Gefäßneubildungen und mesenchymale Fibrillen. An einzelnen Stellen konnte man perivasculäre Diapedesisblutungsherde nachweisen.

Strobel (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Scheinker, I.: Zur Pathologie und klinischen Symptomatologie der diffusen Carcinomatose der Meningen.** Mschr. Psychiatr. 101, 275—290 (1939).

Es wird an Hand von 3 Fällen und unter Auswertung kasuistischer Mitteilungen der Literatur eine Symptomatologie mitgeteilt, die als charakteristisch für dieses Krankheitsbild angesehen wird, und die die Diagnose dieses relativ seltenen Vorkommnisses (bis 1932 in der Literatur 35 Fälle mitgeteilt) bereits in vivo ermöglicht. — Pathologisch-anatomisch bieten alle 3 Fälle das Bild einer diffusen Ausbreitung der Tumorzellen ausschließlich innerhalb der Meningen, und zwar handelt es sich in 2 Fällen um ein Mamma-Ca. bzw. ein Pankreas-Ca. mit carcinomatöser Affektion der Leptomeningen des Gehirns und des Rückenmarks, im 3. Fall um ein Uterus-Ca. mit einer rein spinalen Form der Meningealcarcinomatose. Umschriebene metastatische Tumorbildungen im Bereich des nervösen Parenchyms werden vermißt. Die sich makroskopisch lediglich als diffuse weiße Verdickung des Piaüberzuges darstellende Veränderung erwies sich histologisch als diffuse Durchsetzung der Arachnoidea und Pia mit Carcinomzellen. Die Ausbreitung der Tumorelemente hält sich streng an den Weg des Lymph- bzw. Liquorkreislaufes; die Pia-Gliamembran als Grenze wird gewahrt, ein Durchbruch der Zellen in das Nervenparenchym erfolgt nirgends. Auf Grund der Tatsache, daß sich das Carcinom ausschließlich entlang den Lymphbahnen, in den perivasculären Lymphräumen ausbreitet, kommt der Autor zu der Auffassung, daß für die diffuse Meningealcarcinomatose ein lymphogener Ausbreitungsmodus anzunehmen ist. Gestützt auf die experimentellen Untersuchungen von Pette und Demme, die durch Injektion von Tusche in den Ischiadicus eines Kaninchens die Ausbreitung des Farbstoffes innerhalb des Subarachnoidalraumes verfolgen konnten und von Spatz, der erstmalig durch subdurale Injektion von Trypanblau die Speicherung des Farbstoffes an bestimmten Prädilektionsstellen innerhalb der Leptomeningen nachweisen konnte, wird bei der Ähnlichkeit der Verteilung der Carcinomzellen in den vorliegenden Fällen angenommen, daß die Tumorelemente auf dem Lymphwege die Pia erreichen (wobei mechanische Momente, wie Eröffnung von Blut- und Lymphgefäß durch Operation eine Rolle spielen können), von hier aus in den Liquor gelangen, und daß dann auf diesem Wege die diffuse Ausbreitung statthat. Dichte Ansammlungen von Geschwulstzellen in den

Subarachnoidalalscheiden der Hirn- und Rückenmarksnerven werden mit der Liquorströmung und dessen Abflußwegen erklärt. Nach dem Sitz cerebraler Carcinommetastasen unterscheidet Verf.: 1. Umschriebene solide Knotenbildungen in der Gehirnsubstanz, wahrscheinlich hämatogen; 2. diffuse Infiltration der weichen Hirn- und Rückenmarkshäute vorwiegend auf dem Lymphwege. Die Krankengeschichten der ersten beiden Fälle lassen folgende als charakteristisch bezeichnete Syndrome erkennen: 1. Beginn der Erkrankung mit meningealen Reizerscheinungen (Wurzelschmerzen, Nackensteifigkeit). 2. Bestehen von Zeichen intrakranieller Drucksteigerung wie bei einem Tumor cerebri. 3. Baldiges Auftreten von Ausfallserscheinungen seitens basaler Hirnnerven, Störung der Pupillenreaktion, Augenmuskelstörungen, Facialislähmung usw. 4. Gleichzeitiges Bestehen spinaler Erscheinungen in Form von Areflexie, Paresen und Störungen der Blasenfunktion. — Bei der spinalen Form des 3. Falles fanden sich bei intaktem Befund im Bereich der Hirnnerven eine Areflexie und leichte Parese der oberen Extremitäten, Druckempfindlichkeit des Plexus cervicalis und der peripheren Nerven, Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit mit Zeichen einer EaR, schwere Parese der Beine mit Fehlen der Reflexe ohne Pyramidenzeichen. Die Diagnose wurde in diesem Falle *in vivo* erhärtet durch die Lumbalpunktion, bei der neben hohen Eiweißwerten (0,9 Nißl) und deutlicher Xanthochromie abnorme Zellen epithelialen Charakters ( $7\frac{1}{3}$ ) gefunden wurden. — Bei der Schwierigkeit, auch für den Erfahrenen, aus unzusammenhängenden Zellelementen nicht sicher erkennbaren Charakters in Punktaten eine Tumordiagnose stellen bzw. das Vorliegen einer Meningealcarcinomatose zu diagnostizieren, erscheint der Hinweis angebracht, daß solche cytologischen Liquoruntersuchungen lediglich eine Unterstützung des klinischen Befundes darstellen können. — Als wesentlich für die Erkennung der diffusen Carcinomatose der Meningen werden deshalb auch vom Verf. die schon von Pette hervorgehobenen klinischen Erscheinungen bezeichnet: Beginn der Erkrankung mit meningealen Reizerscheinungen, baldiges Auftreten von Ausfallserscheinungen seitens basaler Hirnnerven, bei gleichzeitigem Bestehen spinaler Krankheitserscheinungen.

Voss (München).,

**Paleari, Antonio:** *I tumori perlacci cerebrali.* (Die Perlumoren des Gehirns.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Milano.*) Riv. Neur. 12, 185—217 (1939).

Es werden 3 Fälle von Cholesteatomen angeführt, wovon zwei operativ und einer autopsisch kontrolliert. Im 1. Falle lag der nußgroße Tumor hinter der Fissura Silvii im rechten Temporallappen, im 2. Falle an der Basis (mittlere Schädelgrube) mit Verschiebung des Temporalpols nach hinten, im 3. Falle suprasellär. Diese letztere Lokalisation ist verhältnismäßig selten, und sie verursachte u.a. Potenzstörungen, Adipositas, Schlaftrigkeit, bitemporale Hemi-anopsie, Papillenödem, Exophthalmus, linksseitige Parese mit cerebellären Zeichen. Histologisch ließen die Tumoren typische epidermoidale Formationen und den bekannten Inhalt von Cholesterinkristallen erkennen. Die Änderungen der Glia in der Nachbarschaft der Tumoren werden beschrieben und das Vorkommen von Lymphocyten, Plasmazellen und Riesenzellen um die Tumorkapsel erwähnt. Verf. schließt sich der Deutung früherer Autoren an, die diese Tumoren aus verlagerten Resten der embryonalen Epidermis entstehen lassen. *Biondi.* °°

**Klöppner, Karl:** *Röntgenologische Studien an der Sella turcica bei Frauen. (Größe, Kontur, Form der Sella turcica, Formvarianten und Tumoren der Sellagegend in ihrer Beziehung zu endokrinen Erkrankungen.)* (*Univ.-Frauenklin., Tübingen.*) Z. Geburtsh. 120, 41—70 (1939).

Bei 40 Frauen (10 Nulliparae, 10 Erstgravidae, 10 Mehrgebärenden und 10 Frauen mit endokrinen Störungen) wurde die Sella turcica röntgenologisch gemessen. Die Sellagröße zeigte auch bei den gesunden Frauen große Unterschiede, so daß aus einer kleinen Sella turcica nicht ohne weiteres auf eine Hypoplasie der Hypophyse geschlossen werden kann. Doch findet man bei endokrinen Störungen häufiger eine kleine Sella. Die eingehenden Beobachtungen Bokelmanns konnten bestätigt werden. Die anatomischen Varianten in der Sellagegend, die außerordentlich zahlreich sind, werden kurz besprochen. Wertvoll ist die Röntgenaufnahme vor allem bei Hypophysentumoren. Es werden die röntgenologischen Befunde bei 4 intrasellären Tumoren bei Akromegalie, bei einem intrasellären Tumor bei Morbus Cushing und bei 2 suprasellären Tumoren

bei Dystrophia adiposo-genitalis mitgeteilt. Die klinischen Befunde dieser Patientinnen wurden bereits an anderer Stelle veröffentlicht. *Mühlbock* (Amsterdam).

**Karbacher, P., und H. R. Schinz:** Augensymptome bei Patienten mit Hypophysentumoren aus der Zürcher Augenklinik und dem Zürcher Röntgeninstitut von 1924—1939. *Klin. Mbl. Augenheilk.* 103, 541—557 (1939).

Von 27 Patienten mit Hypophysentumoren, die im Laufe der letzten 15 Jahre zur Bestrahlung kamen, waren 17 zu einer neuerdings vorgenommenen augenärztlichen Nachuntersuchung bereit. Von 3 weiteren lagen neuere Befunde vor. Hierüber wird in der Abhandlung berichtet, insgesamt also über 20 Fälle. Vier Typen kommen in Betracht: 1. Typus Cushing, die Stammfettsucht mit basophilem Adenom; 2. der Typus Pierre-Marie, die Akromegalie mit eosinophilem Adenom; 3. Typus Fröhlich, die Dystrophia adiposo-genitalis; 4. der Typus sellarer Hirntumor ohne ausgesprochene endokrine Symptome. In Tab. 1 wird über 2 Fälle vom Typus 1 berichtet. In Tab. 2 sind die heute noch lebenden Fälle von Akromegalie zusammengestellt (4 Patienten). In Tab. 3 die Augensymptome bei Typus 3 in 2 Fällen. Weitaus die meisten Kranken (12) gehörten zum Typus 4. Diese werden eingehender besprochen. 22 Gesichtsfeldschemata erläutern die Darstellung im Original. Zur Frage Operation oder Bestrahlung wird gesagt: Die ausschließliche Bestrahlung in einigen wenigen Fällen, vor allem aber die Rezidivbestrahlungen zeigen, daß die Bestrahlung allein wirksam sein kann. Die Verff. empfehlen die protrahiert-fraktionierte Röntgenbestrahlung. Die Operation führt nie zu einer vollständigen Entfernung des Tumors; sie kann nur entlastend wirken; es muß aber immer nachbestrahlt werden. Die Anzeige zur Operation muß strenger gestellt werden, nachdem bewiesen wurde, daß die Röntgenbestrahlung allein zum Erfolg führen kann. Ist Patient operationsscheu und die Diagnose ziemlich sicher, so kann allein bestrahlt werden. Das Wichtigste ist die Frühdiagnose.

*Junius* (Bonn).<sup>○</sup>

**Snyder, George A. C., and Charles P. Larson:** Primary eosinophil adenocarcinoma of the hypophysis. Case report. (Primäres eosinophiles Adenocarcinom der Hypophyse.) (*Dep. of Path., Western State Hosp., Fort Steilacoom, Wash.*) *West. J. Surg. etc.* 47, 581—583 (1939).

Nach kurzem Eingehen auf die aus dem Schrifttum bekannten klinischen und pathologischen Unterschiede der Hypophysadenome und -adenocarcinome berichten die Verff. über eine der letzteren Gruppe zufallende Beobachtung. Bei einer 52-jährigen Frau entwickelten sich im Verlauf von 4 Jahren Sehstörungen und ein stuporöses Zustandsbild, das in hallucinatorische Verwirrtheit überging. Es kam zu einer vollständigen Erblindung des linken Auges, zu einer Einengung des rechten temporalen und einem vollkommenen Ausfall des rechten nasalen Gesichtsfeldes. Endokrine Störungszeichen waren nicht vorhanden. Das Röntgenbild des Türkensattels zeigte eine Ausweitung mit Zerstörung der Sattellehne. Encephalographisch waren die Gehirnkammern erweitert, aber nicht verlagert. Die Geschwulst wurde transfrontal durch osteoplastische Aufklappung angegangen, das weiche Geschwulstgewebe abgesaugt. Die Kranke starb 3 Monate nach der Operation. Die Geschwulstzellen waren überwiegend eosinophil.

*E. Ruckenstein* (Innsbruck).<sup>○</sup>

**Jacobi, J., und F. Tigges:** Zur Pathogenese des Cushing-Syndroms. (*Med. Abt., Marienkrankenhaus, Hamburg.*) *Münch. med. Wschr.* 1939 II, 1665—1667.

Verff. beschreiben 2 Fälle von Cushing-Syndrom.

Im 1. Fall handelte es sich um einen 23-jährigen Mann, der alle charakteristischen Symptome aufwies und eine besonders starke Hypertrichose zeigte. Von den blut-chemischen Veränderungen ist eine Hyperphosphatämie, die den organischen Phosphor betraf, besonders hervorzuheben. — Im 2. Fall handelt es sich um eine 40-jährige Patientin, die Hypertrichose war nicht sehr ausgesprochen. Eine Vermehrung des Phosphors bestand ebenfalls und zwar des Lipoid-Phosphors. In beiden Fällen ließ sich das corticotrope Hormon nach Jores vermehrt nachweisen. Autoptisch findet sich bei dem 1. Fall, der an einer Herzinsuffizienz und Bronchopneumonie starb, kein Adenom der Hypophyse, sondern eine Nebennierenrindenhyperplasie mit umschriebener Adenombildung der Nebennierenrinde. Die von Crooke beschriebenen Veränderungen in den basophilen Zellen ließen sich nicht nachweisen. Im Anschluß an die Beobachtung diskutieren Verff. die Pathogenese. Sie kommen zu dem Schluß, daß das Cushing-Syndrom entweder als ein sekundärer oder primärer Inter-

renalismus aufzufassen ist. Dem Nachweis des corticotropen Hormons kommt sicher in der Diagnostik der Fälle eine Bedeutung zu.

*Jores (Hamburg).°*

**Vasiliu, Dem. O., und Căciulă:** Chirurgisch entfernter Hypophysentumor (Adenom). Verschwinden der vor dem Eingriff bestehenden Seh- und Nervenstörungen. Spital. 59, 298—303 u. dtsch. Zusammenfassung 310 (1939) [Rumänisch].

Verff. berichten über einen Fall von entartetem acidophilem Adenom, welches sich klinisch in Form von Akromegalie, bitemporaler Hemianopsie und Kopfweh äußerte.

*Urechia (Cluj).°*

**Dalla Volta, A.:** Aspetti clinici delle recidive lontane di tumori ipofisari operati. (Klinische Gesichtspunkte bezüglich der Spätrezidive operierter Hypophysentumoren.) (Istit. di Clin. Med. Gen. e Terapia, Univ., Modena.) Arch. ital. Chir. 51, Donati-Festschr. 2, 508—517 (1938).

44jährige Patientin, bei der aus der Anamnese eine lange Periode unbemerkt gebliebener hypophysärer Störung wahrscheinlich ist (Amenorrhöe, ungenügende Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale, Adipositas, mangelnde Libido), wurde auf Grund eines ziemlich schnell zur Entwicklung kommenden Hypophysensyndroms an einem Adenom der Hypophyse operiert (transsphenoidal). Nach 7 Jahren darauffolgender völliger Latenz foudroyantes Auftreten der Symptome einer subarachnoidealen Blutung, zugleich mit Chiasma-syndrom. Im wesentlichen durch stoffwechselphysiologische Untersuchungen konnte ein selläres oder paraselläres Aneurysma ausgeschlossen werden; der nun kranial vorgenommene Eingriff erwies, daß ein echtes Rezidiv vorlag. Verf. betont die Tatsache, daß auch dieses durch lange Zeit latent bleiben kann. *I. v. Notz-Schwarz (Ahrensburg i. Holstein).°°*

**Unterberger:** Neues und Altes zur Vestibularisdiagnostik der Acusticusgeschwülste auf Grund einer 15jährigen Erfahrung. (19. Jahressvers. d. Ges. Dtsch. Hals-, Nasen- u. Ohrenärzte [E. V. J., Wien, Sitzg. v. 25.—27. V. 1939.] Z. Hals- usw. Heilk. 46, Verh.-Ber., 2. Tl, 133—144 u. 163—167 (1939).

Bei Acusticusgeschwülsten besteht in Mittelstellung der Augen eine Nystagmus-mischform aus vertikalen, rotatorischen und horizontalen Komponenten. Der Blickrichtungsnystagmus ist nach der kranken Seite stärker als nach der gesunden. Da diese Erscheinungen hirnstammbedingt sind, kommen sie auch bei Tumoren des Hirnstamms und des Kleinhirns vor, wenn diese den Hirnstamm in Mitleidenschaft ziehen. Es gibt auch einen peripher bedingten Nystagmus durch Schädigung des Nervus vestibularis in Mittelstellung nach der gesunden Seite, der aber zentral ausgeglichen werden kann. Wichtig ist, daß bei fortschreitendem Wachstum der Geschwulst der Nystagmus immer unregelmäßig wird. Es gibt Steigerungen der Nystagmusreaktion bei experimenteller Prüfung trotz calorischer Unerregbarkeit der kranken Seite; sie sind auf Hirnstammschädigung durch Hirndruck zurückzuführen. Es kommen ferner vor: Betonung der langsamem Komponente, Fehlen der schnellen Komponente und Fehlen jeder Nystagmusreaktion beiderseits, letzteres nur in fortgeschrittenen Fällen. Prüfung auf Fall- und Gangstörungen ergibt keine sicheren Resultate, dagegen ist der Armabweichversuch sicherer: Der Arm weicht stets zur kranken Seite ab. Kopfzwangshaltung zur erkrankten Seite ist als Ausdruck eines Hirnstammsymptoms zu werten. Das Nebeneinander von Hirnstammerscheinungen und Acusticusschädigung schließt Verwechslungen mit Hirnstamm- und Kleinhirngeschwülsten nicht aus. Bei Hirnstammtumoren kann der Kern des Acusticus oder der des Vestibularis allein betroffen sein. Kleinhirngeschwülste machen zuerst Symptome von seiten des Kleinhirns und erst später eine Schädigung des Acusticus; hier kann also die zeitliche Reihenfolge diagnostisch wegweisend sein.

*Halleriorden (Berlin-Buch).°*

**Wagner, Friedrich:** Beitrag zur Frage der primären Opticusgliome. (Univ.-Augenklin., Leipzig.) Klin. Mbl. Augenheilk. 103, 606—615 (1939).

5jahr. Mädchen. Seit 2½ Jahren zunehmender Exophthalmus links und Einwärtsschienen. Tumorartige Vorwölbung der Netzhaut. Linkes For. opticum erweitert. Tod an Diphtherie. Großer derber Tumor der Orbita delitt die Sklera ein und bildet eine peripapilläre Geschwulst von 9 mm Durchmesser und 4 mm Höhe. Gliom des Sehnerven mit großem Scheidentumor, der sich bis zum intrakraniellen Nerven erstreckt. Atrophie des linken N. II am Chiasma, das selbst frei von Tumor ist. Der intraokulare Tumorteil zeigte intraneurales Wachstum und bot das Bild des Myxoms. (Eingehende histologische Beschreibung.) — Verf. weist auf die weit-

gehende Übereinstimmung dieser Geschwulstart mit den Hirngliomen und empfiehlt eine Namensänderung für das sog. Glioma retinae. *P. A. Jaensch* (Essen).

**Rejtö, Alexander:** Fall eines vom Gesichtsnerven ausgehenden Tumors. (*Ohrenabt., Städt. St.-Johannes-Spit., Budapest.*) *Msch. Ohrenheilk.* **73**, 615—617 (1939).

**Rejtö, Sándor:** Fall von Geschwulst von dem Gesichtsnerv ausgehend. *Orv. Hetil.* **1939**, 960—961 [Ungarisch].

Es handelte sich um eine 38jährige Frau, die seit 12 Jahren mit einer rechtsseitigen Facialislähmung behaftet war. Im Verlaufe der letzten 4 Jahre stellte sich auf der gleichen Seite Ohrensausen ein. Erst in den letzten Wochen vor der Klinikaufnahme zeigten sich Zeichen von Mittelohrentzündung. Bei der dann vorgenommenen Untersuchung und chirurgischen Behandlung ergab sich, daß die rechtsseitige Otitis media sekundär Natur war. Während des Eingriffes sah man nämlich, daß unter anderem das rechte Felsenbein von einer Geschwulst durchwuchert und zum großen Teil zerstört worden war. Es ließ sich ermitteln, daß die Geschwulst vom Nervus facialis seinen Ursprung nahm und den Charakter eines Fibromes trug. Die Röntgenbestrahlung nach Coutard zeigte ein gutes Ergebnis. *H. Hruszek.*

**Torricelli, Cesare:** Neurofibromatosi di Recklinghausen nell'infanzia e suoi rapporti con neuroma plessiforme. (Recklinghausens Neurofibromatose in der Kindheit und ihre Beziehung zum plexiformen Neurom.) (*Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Modena.*) *Pediatria Riv.* **47**, 891—909 (1939).

Nach eingehender Erörterung der Ansichten betreffs Ätiologie und Histogenese der Tumoren peripherer Nerven im allgemeinen und der Recklinghausenschen Neurofibromatose im besonderen wird unter Hinweis auf Abbildungen ein Fall geschildert, in welchem sich letzterwähnte Krankheitserscheinungen mit einem plexiformen Neurom der Zunge vergesellschaftet fanden, das auf Grund klinischer und anatomischer Erwägungen als Teilerscheinung der Neurofibromatose angesprochen wird. Ontogenetisch gesehen, handelt es sich nach Verf. um eine Neuroektomesodermatose, bei der je nach dem Vorwiegen der einen oder anderen Bestandteile verschiedene klinische und anatomische Bilder demselben pathologischen Wachstumsreiz entspringen können. *H. Pfister* (Coppenbrügge-Lindenbrunn bei Hameln).

**Stäter, Ernst Joachim:** Ein sympathogenes Ganglioneurom beim Pferd. (*Veterin.-Path. Inst., Univ. Leipzig.*) *Tierärztl. Rdsch.* **1939**, 854—857.

Zum ersten Male wird hier beim Pferde ein vom autonomen Nervensystem ausgehendes Neuroblastom, und zwar ein Sympathicoganglioneuroma amyelinicum beschrieben. Daselbe war mannskopfgroß, lag an der A. mesent. cran. bindegewebig abgekapselt, zeigte im Innern Nekrobiosen. Sonst ausgereift und gutartig. Ausgang wahrscheinlich vom Plexus solaris. *Täubler* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Hooft, C.:** Über einige Fälle von Sympathieblastom. (*Univ.-Kinderklin., Gent.*) *Msch. Kindergeneesk.* **9**, 99—110 u. franz. Zusammenfassung 110 (1939) [Holländisch].

An Hand einiger Krankengeschichten wird auf die großen diagnostischen Schwierigkeiten hingewiesen. Ist bereits in ausgesprochenen Fällen die Diagnose nicht so leicht zu stellen, so wird dieselbe in Fällen, wo sich die Krankheit noch im Beginn stadium befindet oder die Erscheinungen weniger typisch verlaufen, außerordentlich schwierig, so daß sie oft mit Chlorom, akuter Leukämie oder Lymphosarkom verwechselt wird. Erst der Pathologe erkennt sie als solche, nachdem er in den Tumorwucherungen die typischen Zellen gefunden hat. Sie sind etwas größer als Lymphocyten, haben wenig Protoplasma und bilden meist eine typische Anordnung in „Rosettenform“. Die folgenden wichtigen Faktoren können ebenfalls die Diagnose erleichtern: Tumor, Knochenmetastasen, hervorquellende Augen mit einem für Sympathicoblastom typischen ecchymotischen Ring, starke Diastase der Schädelnähte, starke Anämie mit geringen Regenerationsanzeichen. Die Anzahl Thrombocyten ist meist beträchtlich vermindert. Oft besteht Leukopenie mit starker Linksverschiebung, manchmal eine ausgesprochene Leukocytose mit stark myeloider Reaktion. *Halbertsma* (Haarlem).

**Wahlgren, F., und S. Rudberg:** Ein Fall von intrathorakalem Sympathicoblastoma bei einem Säugling. (*Kinderkranken. Samariten u. Path.-Anat. Laborat., Maria-Krankenh., Stockholm.*) *Acta paediatr.* (Stockh.) **25**, 292—301 (1939).

Mit den vom Nervensystem ausgehenden, im Brustkorb liegenden Geschwülsten — seit langem bekannt — beschäftigt man sich seit Röntgen und seit den Fortschritten der Brust-

korbeingriffe jetzt mehr. Anatomisch sind es entweder gutartige, meist von den hinteren Wurzeln ausgehende Neurinome oder mehr oder weniger hochdifferenzierte Geschwülste des sympathischen Nervensystems. Ein Fall von undifferenzierter Form (Sympatheticoblastoma nach dem Schema von Scott und Palmer) bei einem 11 Monate alten Mädchen wird klinisch und pathologisch-anatomisch, mit 4 Bildern, 2 gezeichneten und 2 mikroskopischen, genau beschrieben. Es lag eine Geschwulst vor, deren reichlich pflaumengroßer Hauptteil extrapleural im oberen rechten Teil des Brustkorbs lag, während ein anderer Teil röhrenförmig extradural in den Wirbelkanal hineinwuchs, im wesentlichen im Bereich der oberen Brustwirbelsäule. Beide Teile stehen durch einen Strang von Geschwulstgewebe im Loch zwischen 3. und 4. Brustwirbel miteinander in Verbindung. Dieses wurde jedoch bei der Röntgenuntersuchung des Präparates nicht erweitert gefunden. Die Geschwulst scheint im großen ganzen gegen umgebende Gewebe gut abgegrenzt zu sein, und man kann weder histologisch noch röntgenologisch eine Infiltration von Knochen oder Weichteilen feststellen. Eine Reihe von kleineren Ausläufern an dem seitlichen und unteren Umfang der Hauptgeschwulst deutet jedoch darauf hin, daß das Wachstum nicht lediglich expansiv war. Die Geschwulst ist weich, ihre Schnittfläche grau, sieht aus wie eine Nebennierenmarkgeschwulst, die ja auch vom sympathischen Nervensystem ausgeht, zumal bei Kindern. Im Schrifttum finden sich 9 ähnliche Fälle von sog. Uhrglasgeschwulst.

Eggert (Gollnow).<sup>oo</sup>

Weinberg, Max H.: Two cases of spinal cord tumor at the foramen magnum. (Zwei Fälle von Rückenmarksgeschwulst am Foramen magnum.) (*Neurol. Serv., Western Pennsylvania Hosp., Pittsburgh.*) *Confinia neur.* (Basel) 2, 292—302 (1939).

Geschwülste des Foramen magnum bieten oft große Schwierigkeiten für die Diagnose durch die große Verschiedenheit der Symptome, besonders im Anfang der Krankheit. An Hand zweier Fälle faßt Verff. ein Syndrom zusammen, das für die Diagnose dienlich sein kann: Schmerzen im Nacken, manchmal auch im Hinterhaupt, ausstrahlend in die Arme, gelegentlich auch im Kopf und Rücken zwischen den Schultern. Husten, Lachen, Niesen verstärken oft den Schmerz, später Schwäche in einer oder beiden Extremitäten, schließlich eine für Rückenmarkslesion typische Lähmung. Oft cerebelläre Symptome. Einzelne Hirnnerven können betroffen sein. Dann und wann Astereognosie. Bei diesem Syndrom denke man an Rückenmarkstumor am Foramen magnum.

F. Geelen (Uithoorn).<sup>oo</sup>

Bertone, G., e P. G. Frattini: Cordoma „intradurale“ della colonna cervicale. („Intradurales“ Chordom der Halswirbelsäule.) (*Div. Chir., Osp. Mauriziano Umberto I, Torino.*) *Arch. ital. Chir.* 50, Donati-Festschr. 1, 345—366 (1938).

Die Verff. besprechen zunächst kurz die hauptsächlichen Lokalisationen der Chordome und ihre klinische Symptomatologie. Dann beschreiben sie ein atypisches Chordom bei einer 29-jährigen Frau im Bereich der Halswirbelsäule, aber innerhalb des Dursalsackes. Die Geschwulst, die eine Kompression des Halsmarks hervorgerufen hatte, wurde nach Laminektomie abgetragen. Die Frau kam zur völligen Heilung mit vollständigem Rückgang der nervösen Störungen. Der Fall ist dadurch besonders interessant, weil das Chordom intradural saß. Man muß daher annehmen, daß noch in einer Entwicklungsstufe vor der Bildung der Wirbelkörper und Zwischenwirbelscheiben aus dem Keimblatt der Chorda sich aus diesem Elemente abgespalten haben, die sich die Fähigkeit bewahrt haben, sich atypisch zu entwickeln. Es ist wohl kaum anzunehmen, daß die Zellen, aus denen sich später die Geschwulst entwickelt hat, sich aus den Resten der Chorda zu einem Zeitpunkt abgesondert haben, nach deren Entstehung, weil die im Knorpel eingebettete Chorda äußerst ungünstige Bedingungen für die Auswanderung dieser Zellen abgegeben haben würde.

E. Tosatti (Rom).<sup>oo</sup>

Papo, I.: Haemangioma medullae spinalis. (*Pat. anat. inst., univ., Zagreb.*) Lijeón. Vjesn. 61, 597—599 u. dtsch. Zusammenfassung 634 (1939) [Serbo-kroatisch].

2 Fälle mit Tetraplegie. Die Operation bzw. Obduktion zeigte eine tumorös verdickte Halsmarkanschwellung. Die histologische Untersuchung des intramedullären Prozesses erwies ein Hämangiom in beiden Fällen.

Rosner (Zagreb).<sup>oo</sup>

Karshner, Rolla G., Carl W. Rand and David L. Reeves: Epidural hemangioma associated with hemangioma of the vertebrae. Report of a case. (Epidurales Hämangiom mit Angiom des Wirbels.) (*Childr. Hosp., Los Angeles.*) *Arch. Surg.* 39, 942—951 (1939).

14 Jahre altes Kind mit fortschreitenden Schwächen in den Füßen und Sensibilitätsstörungen im Bezirk des 8. Brustsegments. Im Röntgenbild Entkalkung des 7. Brustwirbels mit Auslösung der Bögen und parallel verlaufender vertikaler Streifenbildung am Wirbelkörper. Bei Myelographie Stop. Durch Laminektomie, nach Operation und Bestrahlung Heilung.

Reisner (Stuttgart).<sup>oo</sup>

Rett, Andreas: Ein Beitrag zur Röntgendiagnose von Rückenmarkstumoren. München: Diss. 1939. 20 S.

**Zeki Elvera, Mehmet: Xeroderma pigmentosum mit Angiom der Lider.** Türk. oftalm. Gaz. 3, 153—160 u. franz. Zusammenfassung 199—200 (1939) [Türkisch].

11 jähriger Knabe mit zahlreichen, seit 6 Monaten bestehenden Pigmentflecken im Gesicht, am Halse und Rumpf, spärlicher auf den Innenseiten der Glieder und am Unterleib und einzelnen Teleangiektasien; am rechten Unterlid, rechten Nasenflügel und linken Oberlid kleine bläuliche Geschwülste. Ektropion beider Unterlider. An der rechten Hornhaut unten temporal ein Leucoma adhaerens, oben nasal ein Ulcus; links ein Symblepharon inferius. Beiderseits Miosis und flache Vorderkammer. Kleine Pigmentflecken auf den Augapfelbindehäuten. Visus o. u. = Fz. 1 m. Mikroskopisch handelte es sich bei den Pigmentflecken um entzündliches, gefäß- und zellreiches Gewebe.

Das Xeroderma pigmentosum befällt meist jugendliche Menschen, aber die Augen werden meist erst 8—10 Jahre nach Beginn, ja oft erst in hohem Alter ergriffen. Bewohner warmer Länder erkranken häufiger, was auf die chemisch wirkenden Sonnenstrahlen zurückgeführt wird, wofür auch die Steigerung in der warmen Jahreszeit und der Beginn des Leidens als Erythema solare sprechen. Oft werden mehrere Mitglieder einer Familie befallen. Die Behandlung mit Röntgen- und Radiumstrahlen hat noch die besten Erfolge ergeben. Oft ist aber das Xeroderma pigmentosum unheilbar oder führt zu maligner Entartung und Metastasen. *R. Gutzeit* (Berlin).„

**Gilbert, W.: Beiträge zur Geschwulstlehre des Auges. I. Über Fortschritte in der Kenntnis des Aderhautsarkoms.** Münch. med. Wschr. 1939 II, 1508—1512.

In dem für den Praktiker bestimmten Überblick schildert Verf. den Streit um die Herkunft der Aderhautsarkome und empfiehlt die Bezeichnung von Borst „malignes Melanom“, bespricht dann die Einteilung des Verlaufes und die Metastasenbildung. Mit Borst ist ein prämetastisches oder metastasengefährdetes erstes Stadium von einem zweiten der erfolgten Metastasenbildung zu unterscheiden. Sind seit Entfernung der Erstgeschwulst 10 Jahre verflossen, so wird der Kranke wahrscheinlich auch metastasenfrei bleiben; es sind jedoch Spätmetastasen nach 12, 18, 20, ja 24 Jahren bekannt. Für die Diagnose ist die diasklerale Durchleuchtung und die Punktation nach Meisner wichtig. Frühzeitige Enucleation. Beim Irissarkom kann Iridektomie Heilung bringen, beim Ciliarkörper- und Aderhautsarkom ist die Zerstörung der Geschwulst mit Hochfrequenz versucht. Die Ergebnisse sind aber nicht ermutigend. Derartige Eingriffe sind nur beim Sarkom Einäugiger angezeigt. Bestrahlung nach Röntgen oder mit Radium hatte bisher keine guten Ergebnisse. *P. A. Jaensch* (Essen).„

**Windham, R. E.: Ocular papilloma.** (Das Papillom des Auges.) Amer. J. Ophthalm., III. s. 22, 966—979 (1939).

Vortr. beschränkt sich auf das Papillom der Augapfelbindehaut und Hornhaut. Da das Papillom bei Erwachsenen ausschließlich im Lidspaltenbezirk auftritt, kommt für seine Entstehung eine Schädigung durch mit Staub oder Sand geschwängerten Wind in Frage, während bei Jugendlichen eine angeborene Prädisposition und wegen der nach operativer Entfernung oft schnell auftretenden Rezidive eine lokale Infektiosität angenommen werden muß. Papillome kommen in 2 Formen vor, in einer diffusen Papillomatosis mit oder ohne Stiel und in einer Pilz-, Blumenkohl- oder Himbeerform. Bei Überwiegen der epithelialen Elemente ist die Oberfläche der Geschwulst glatt, bei Überwiegen des vascularisierten Bindegewebes ist der Tumor stärker zerklüftet. Der gewöhnliche Sitz der Papillome ist der Limbus. Vortr. bringt die Krankengeschichten von 8 histologisch sichergestellten Fällen, die entweder ohne oder mit einem Rezidiv durch die Therapie zur Heilung gebracht werden konnten, und von einem Fall, bei dem wegen immer wieder auftretenden Rezidiven schließlich die Orbita exenteriert wurde, ohne daß der Tumor maligne Entartung zeigte. Hinsichtlich der Behandlung empfiehlt Vortr. als Methode der Wahl die Anwendung des Thermophors von Shahan mit einer Temperatur von 150—160° F (etwa 70° C), natürlich führt auch sorgfältige blutige Entfernung des Papilloms und Kauterisation des Grundes wie auch Diathermie oft zum Ziel, während er vor Radiotherapie warnt.

**Aussprache:** R. J. Masters berichtet über 4 Fälle von epibulären Tumoren, von denen 2 Granulome, 2 Papillome gewesen sein dürften. Histologisch sei die Unterscheidung

eines flachen Papilloms von einem wenig bösartigen Epitheliom oft schwierig. Auch er befürwortet den Gebrauch des Thermophors, besonders bei weichen dünnen, epibulären Tumoren. — Wiley R. Buffinton betont, daß das maligne oder rezidivierende Papillom relativ selten ist, um die Häufigkeit sicher festzustellen, ist eine genaue histologische Untersuchung nötig. In seiner Praxis sah er bei 25000 Patienten 3 Papillome. Er empfiehlt gründliche operative Entfernung der Geschwulst und Kauterisation des Geschwulstbodens. Je ein weiterer Fall wird von E. Stieren (ohne Rezidiv) und von Norman W. Price (mit mehreren Rezidiven und schließlicher Heilung) mitgeteilt. — Lawrence T. Post betont ebenfalls die gute Wirkung des Thermophors, auch bei bösartigen Geschwülsten je jünger und weicher sie sind. Mißerfolge können vielleicht durch Ungenauigkeit des Thermometers in manchen Thermophoren bedingt sein.

Wittich (Aschaffenburg).°

**Nastri, Francesco, e Giambattista Basile:** *Su di un raro caso di tumore primitivo (Angioendotelioma) della papilla ottica. (Contributo clinico ed istopatologico.)* (Über einen seltenen Fall von primärem Tumor [Angioendotheliom] des Sehnerven. [Klinischer und histopathologischer Beitrag.]) (*Istit. di Clin. Oculist., Univ., Roma.*) *Boll. Ocul.* 18, 797—810 (1939).

Nach einem leichten Unfall bemerkte der 47jährige Mann Visusverminderung am rechten Auge. Die ophthalmologische Untersuchung stellt folgenden interessanten Fundusbefund fest, der aber mit dem 8 Tage vorher erfolgten Trauma keinen Zusammenhang hatte: Eine rötliche prominente Bildung am temporalen Rand des Sehnerven, die ungefähr ein Drittel der Papille bedeckte und einen Durchmesser von 1 und  $\frac{1}{2}$  Papillen besaß. Sonst erschien die Papille normal, mit scharfen Grenzen und ohne Gefäßveränderungen. Sehschärfe:  $5/7,50$ . Der Prozeß verlief sehr langsam und war lange Zeit nur von spärlichen subjektiven Erscheinungen begleitet. Nach 1 Jahr hatte die Bildung zwar an Volumen zugenommen und bedeckte ungefähr  $\frac{4}{5}$  der Papille, war von zarten Gefäßen bedeckt und stark in den Glaskörper vorspringend; Patient hatte aber einen Visus von  $10/10$ . Im Laufe von weiteren 3 Jahren konnte verfolgt werden, wie diese Bildung sich immer mehr vergrößerte, anfänglich zu einer leichten Netzhautablösung in der nächsten Umgebung und später zu vollkommener Netzhautablösung Anlaß gab und endlich zu einem heftigen glaukomatösen Anfall führte, nach welchem Patient sich erst zur Enucleation entschloß. Histologisch hatte die Neubildung eine vasculäre Struktur mit Ausgang wahrscheinlich von einer arteriellen Schlinge des Gefäßtrichters der Papille. Sie wurde als Angioendotheliom angesprochen. Hervorzuheben sind im histologischen Bild die reichlichen Befunde von sog. Bläschenzellen, die auch bei der Angiomatosis retinae v. Hippel anzutreffen sind.

*Bassia Baumgart-Spinelli (Mailand).°*

**Pillat, A.:** *Über umschriebene Melanosen und Pigmentnaevi der Netzhautoberfläche. (Augenkl., Univ. Graz.)* *Klin. Mbl. Augenheilk.* 104, 39—55 (1940).

**Ziporkes, Joseph:** *Melanosis oculi. Report of a case.* (Bericht über einen Fall von Melanosis oculi.) *Arch. of Ophthalm.* 22, 670—671 (1939).

Die verhältnismäßig ungewöhnliche Melanose wird auf eine exzessive Pigmentierung des die sekundäre Augenblase umgebenden Mesenchymgewebes zurückgeführt und ist als angeborene Fehlbildung aufzufassen. In nur wenigen Fällen war mehr als ein Familienmitglied befallen. Der Fehler ist gewöhnlich doppelseitig. Die Verfärbung der Lederhaut ist Folge von Pigmentierung der oberflächlichen Gewebslagen, nicht Folge einer Verdünnung der Lederhaut, wie beim Krankheitsbild der blauen Sklera. Sarkomentwicklung kommt in diesen Augen vor, ist aber selten. Der Zustand zeigte in einer Reihe von Fällen nach vielen Jahren keine Veränderung, in einem Fall des amerikanischen Schrifttums nahm die Dunkelfärbung im Lauf der Jahre zu, in einem weiteren nahm die Lederhautverfärbung an Ausdehnung zu. Der beschriebene Fall betraf ein 7jähriges Mädchen, dessen linkes Auge befallen war.

*Gilbert.°°*

**Agatston, S. A., and Samuel Gartner:** *Melanosarcoma of the ciliary body and iris. Report of a case.* (Melanosarkom des Ciliarkörpers und der Iris.) *Amer. J. Ophthalm.*, III. s. 22, 1273—1278 (1939).

Besprechung der Häufigkeit der Melanosarkome in der Aderhaut, dem Ciliarkörper und der Iris auf Grund der Angaben des Schrifttums. — Bei 27jähriger Frau bestanden links oben pericorneale Injektion, Abflachung der Vorderkammer, Vortreibung der Iris oben durch eine pigmentierte Masse zwischen ihr und der Linse; am unteren Pupillarsaum eine kleine Cyste. Oben wächst der Tumor im Kammerwinkel und täuscht das Bild einer Iridodialyse vor.

*P. A. Jaensch (Essen).°*

**Pinho, Edison: Gliom der Retina. Chondro-fibrosarkom der Augenhöhle.** Arqu. brasil. Oftalm. 2, 233—234 (1939) [Portugiesisch].

Verf. bringt die kurzen Krankengeschichten von einem Gliom der Retina bei einem 3jährigen Kinde und von einem Chondro-fibrosarkom der Orbita ebenfalls bei einer 3jährigen Patientin. Beide Fälle haben die Trias gemein: das gleiche Alter, dasselbe Auge (rechtes) und den gleichen Ort (Colina). Sonst bieten sie in ophthalmologischer Hinsicht nichts Neues.

Kassner (Gelsenkirchen).<sup>oo</sup>

**Montpellier, Jean, Pierre Toulant et Jean Foissini: Ganglio-neuro-schwanno-spongio-blastome de la cavité orbitaire.** (Ganglio-Neuro-Schwanno-Spongio-Blastom der Augenhöhle.) (Laborat. d'Anat. Path., Inst. Algérien de Cancérol. et de Biothérapie, Alger.) Annales d'Ocul. 176, 18—27 (1939).

1. 8jähriges Arabermädchen mit Exophthalmus links, der sich seit 2 Monaten gleichmäßig fortschreitend entwickelt hat. Befund: Axialer Exophthalmus links, ohne Bewegungsbeschränkung. Augapfel äußerlich und innerlich regelrecht. Kein Tumor fühlbar. Eosinophilie von 3%, sonst keine Zeichen einer anaphylaktischen Erkrankung. Allgemeinuntersuchung o. B. Bei der Orbitotomie fand man einen soliden Tumor fest verwachsen mit der äußeren oberen Fläche des Daches der Orbita bis zur Spitze des Orbitaltrichters. Entfernung zweier Stückchen, Naht. 14 Tage später Röntgenbestrahlung: 2000 r auf den Orbitaleingang, 4000 r von der Schläfe aus innerhalb von 27 Tagen. — 2. 8 Monate später Wiederaufnahme: Exophthalmus stärker mit Verdrängung nach unten-innen, Bewegungen nach oben etwas eingeschränkt, Lidschluß leicht erschwert. Augapfel regelrecht, Sehvermögen voll. 14 Tage später plötzlich heftige Schmerzen, Exophthalmus auf das Doppelte verstärkt, Lidschluß unmöglich, Hornhautgeschwür. S. =  $\frac{2}{10}$ . Exenteratio orbitae. 6 und 8 Wochen später je 2000 r. Pathologisch-anatomischer Befund: Die Stückchen von der ersten Operation bestehen aus myxomatösem Gewebe mit polymorphen Zellen und zellreichen Gegenden mit dicht gedrängten oxyphilen Zellen. Das Bindegewebe ist reich an Fasern, arm an fibroblastischen Elementen. An einer Ecke des Präparates fand sich eine Stelle mit palisadenartig angeordneten Schwannschen Zellen. Am Rande eines Stückes eine nekrotische Stelle im Tumor. Bei der zweiten Operation fanden sich zahlreiche Nekrosen in dem Tumor. Es bestand aus unregelmäßig geformten Zellen mit Kernen verschiedener Größe. Das Protoplasma ist häufig schlecht abgrenzbar, es handelt sich um ein richtiges Syncytium. Zahlreiche Mitosen. Der Tumor entspricht dem Bilde eines Gliosarkoms.

In den Schlußbetrachtungen machen Verff. darauf aufmerksam, daß nervöse Tumoren der Orbita lange Zeit in den Lehrbüchern nicht erwähnt worden sind, obwohl schon 1863 Billroth eine derartige Geschwulst beschrieben hatte. An dem vorliegenden Tumor ist merkwürdig, daß er erstens Zeichen von Bösartigkeit bot, ganz im Gegensatz zu den gut abgekapselten Ganglioneuromen, die sonst beobachtet wurden und daß die histologischen Bilder nach beiden Operationen grundverschieden waren. Es ist möglich, daß die Röntgenbestrahlung für die Entdifferenzierung eine Rolle spielte.

Hoffmann (Königsberg i. Pr.).<sup>o</sup>

**Meirelles, Guilherme: Bösartiges Lymphocytom der Augenhöhle.** Ophtalmos 1, 57—61 (1939) [Portugiesisch].

Während die Tumoren des lymphoiden Gewebes der Orbita von gutartigem Charakter relativ häufig sind, zeigen sich die Lymphosarkome viel seltener. Der Fall des Verf. betrifft einen 54jährigen Patienten, der in der Gegend der linken Tränendrüse einen etwa nüßgroßen Tumor aufweist. Nach der ersten Exstirpation trat ein Jahr später ein Rezidiv auf. Der Tumor, der die Tränendrüse einhüllt und tief ins Gewebe der Orbita eingedrungen ist, wird chirurgisch entfernt auf palpebralem Wege. Die Vernarbung geschieht per primam intentionem. Patient erhält Röntgentiefenbestrahlung. 3 Monate nach dem Eingriff kein Rezidiv. Verf. gibt eine genaue Beschreibung der histologischen Untersuchung mit entsprechenden Photos im Text. An den Schnitten fällt die große Masse von deformierten großen Kernen mit zahlreichen Mitosen neben der spärlichen intercellularen Substanz auf. Die Adventitia der Gefäße wird von Tumormassen infiltriert. Auch die Tränendrüse wird von Tumorzellen durchdrungen. — Normales Blutbild. Diagnose: Malignes Lymphocytom. Kassner.<sub>oo</sub>

**Apitz, K.: Die neoplastische Natur der menschlichen Leukämien.** (Path. Inst., Univ. Berlin.) Med. Welt 1940, 85—88.

Gegenüber der älteren Lehre, die in der Leukämie eine „hyperplastische Systemerkrankung“ sieht, formuliert Verf. innerhalb der Tumortheorie „die Leukämie als eine autonome, also auch ohne fort dauernde äußere Reize fortschreitende Wucherung weißer Blutzellen, welche in die Blutbahn übertreten und sich in die inneren Organe

absiedeln“. Verf. versucht, sowohl bei der Lymphadenose wie bei der Myelose eine Antwort auf die Fragen zu finden, wie sich leukämische Wucherungen gegen das befallene Gewebe verhalten, was aus ihnen werden kann und wo sie herstammen. Eine Reihe von Organen (Leber, Nieren) zeigen bei einer lymphadenotischen Durchsetzung eine Atrophie des ortsständigen Gewebes durch Überwucherung. Die gleichzeitig zu findenden knotigen oder plattenförmigen Wucherungen, welche den Feinbau und die Größe eines Lymphosarkoms erreichen können, sprechen dafür, daß die leukämischen Wucherzellen potentielle Sarkomzellen sind. Eine weitere nahe Beziehung der Lymphadenose zum Lymphosarkom sieht Verf. in den von ihm so genannten „metastatischen Lymphadenosen“. Eine tierexperimentelle Bekräftigung sieht Verf. in der Übertragung der spontanen Lymphadenose der Säugetiere nur durch Zellen. Bei der Myelose ergeben sich ähnliche Verhältnisse: Die Wirkung der Infiltrate kann geweberstickend sein, muß es aber nicht, die Potenzen sind neoplastisch, wie in Tumorbildung und Aggressivität zum Ausdruck kommt, die Ausbreitung erfolgt durch Kolonisation. *Merten.*

**Askanazy, M.: Leukämie und Tumoren.** Schweiz. med. Wschr. 1940 I, 1—6 u. 29—34.

Askanazy geht in seinem ausgedehnten Bericht (Dritter internationaler Krebskongreß in Atlantic-City) ausführlich auf alle Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen Leukämie und Geschwulstbildung ein. Bei der Prüfung der Frage: Hyperplasie oder Neoplasie? kommt er immer mehr zu der Feststellung, die schon lange von ihm vertreten wurde, daß es sich bei den Leukämien um eine Geschwulst handelt. Weder in ätiologischer noch in morphologischer oder funktionell begrenzter Hinsicht zeigen die Leukämien jemals die Eigenschaften unzweifelhafter hyperplastischer Proliferation. Dagegen besteht die größte Verwandtschaft mit Geschwulstbildungen. Die Unterschiede beruhen zum Teil in den Eigenschaften der normalen Markzellen ins Blut zu fließen, ohne Gewebe zu bilden. *Krauspe* (Königsberg i. Pr.).

**Tischendorf, Walter: Akute und subakute Myeloblastenleukämien (ihre Diagnose und Differentialdiagnose).** (Med. Klin., Univ. Göttingen.) Dtsch. Arch. klin. Med. 185, 479—599 (1940).

Verf. berichtet über 16 Myeloblastenleukämien, darunter 9 akute und 7 subakute. Eingehend erörtert er die Diagnose, die vor allem bei den akuten Verlaufsformen keine Schwierigkeiten bereitet. Sie wird bestimmt durch das leukämische, myeloblastische Blutbild, den Hiatus leucaemicus, die myeloblastische Umwandlung des Knochenmarks und die infiltrativ-leukämischen Veränderungen der Mundhöhle. Oft stehen Haut- und Schleimhautblutungen so im Vordergrund, daß bei gleichzeitiger Thrombopenie und Anämie zuerst an thrombopenische Purpura gedacht wird. Die Lebensdauer betrug bei den akuten Fällen nach Ausbruch bzw. Manifestation der Erkrankung 12 Tage bis 3 Monate. Die subakuten Formen der Myeloblastenleukämie bereiten anfangs oft diagnostische Schwierigkeiten. Die Veränderungen erreichen nicht die Ausmaße wie bei den akuten Fällen. Der klinische und anatomische Befund erinnert oft an die chronische Myelose, von der sich die subakute Myeloblastenleukämie durch Hämogramm und Myelogramm indessen klar unterscheidet. Die Leukocyten sind bisweilen nur wenig vermehrt, erreichen aber auch Werte von mehreren 100000 Zellen. Die Lebensdauer beträgt  $\frac{1}{2}$ —2 Jahre. — Verf. erörtert eingehend die Differentialdiagnose der Myeloblastenleukämie und geht dann ausführlich auf die Ätiologie der leukämischen Erkrankungen ein. Es hebt dabei vor allem die klinischen und morphologischen Beziehungen zu tumorartigen Erkrankungen hervor. Besonders deutlich sind diese bei der Mikromyeloblastenleukämie sichtbar. Die Kernanomalien der Myeloblasten mit Bildung von Para- und Mikromyeloblasten und die Relation zwischen Kern- und Plasmagröße und Kern- und Plasmareife sind in gleicher Weise Charakteristica des malignen Tumors und der bösartigen akuten Leukämie. Auch klinische Gesichtspunkte sprechen für die Annahme, daß die Leukämien als Tumoren aufzufassen

sind, so das Vorkommen der subakuten Myeloblastenleukämie in höherem Alter, das Einhergehen von Leukämien mit Bildung lokalisierter Geschwülste, wie Chloromen und sarkoiden Tumoren und andere Momente.

Thiele (Rostock).<sup>oo</sup>

**Tischendorf, Walter, und Kurt Herzog: Mehrjährige Beobachtungen über chronische Leukämien und Polycythämien.** (*Med. Univ.-Poliklin., Leipzig u. Med. Klin., Univ. Göttingen.*) Dtsch. Arch. klin. Med. 185, 566—578 (1940).

Über 50 chronische Leukämien, die in den letzten 6 Jahren beobachtet wurden, zeigten in gleicher Häufigkeit Myelosen und Lymphadenosen. Die Erkrankungen wurden in allen Lebensaltern beobachtet, jedoch lag das durchschnittliche Erkrankungsalter bei den Lymphadenosen mit dem 40. bis 60. Labensjahr wesentlich höher als das der Myelosen. Die durchschnittliche Lebensdauer beider Arten leukämischer Erkrankungen war nur wenig unterschiedlich und lag bei lymphatischen Leukämien zwischen 3—4, bei Myelosen zwischen 2 und 3 Jahren. Selbst durch schwere Lungentuberkulose und Diabetes wurde der Leukämieverlauf nur unwesentlich beeinflußt. Gerade den myeloischen Leukämieformen pflegt nach den Beobachtungen des Verf. ein etwa einjähriges sehr symptomenarmes Stadium vorauszugehen, so daß gerade sie meist erst sehr spät erkannt werden. Die Untersuchung des Sternalpunktates leistet zur Erkennung der Myelosen nicht das, was man ursprünglich von ihr erwarten zu dürfen glaubte. Größere Bedeutung kommt aber der Sternalpunktion bei der Früherkennung der lymphatischen Leukämie zu. Bei aleukämischen lymphatischen Leukämiearten läßt sich aber auch der Sternalmarksbefund diagnostisch oft im Stich. Hier prävaliert die Bedeutung der histologischen Untersuchung probeexcidierten Drüsengewebes. — Von 14 vom Verf. beobachteten Polycythämien betrafen 12 Männer im Alter von 40—60 Jahren. Die höchsten beobachteten Zellwerte lagen bei 10000000 Erythrocyten und bei 180% Hämoglobin. Die Leukozytenwerte waren bei einer relativen neutrophilen Leukocytose immer erhöht und schwankten zwischen 10—14000. Die im Schrifttum sonst oft erwähnte Vermehrung der Blutplättchen bei Polycythämie zeigte sich nur selten und in geringem Ausmaß. Parallelen zwischen Leukämien und Polycythämien zeigen sich in der Hyperplasie des entsprechenden Muttergewebes, in der metaplastischen Blutzellneubildung und der zunehmenden Milzschwellung. Beide Erkrankungen sind unheilbar, die Prognose der Polycythämien aber viel günstiger. Röntgenbestrahlung der langen Röhrenknochen ist oft sehr günstig wirksam.

E.-E. Bauke (Heilbronn a. N.).<sup>oo</sup>

**Pautrier, L.-M., et Fr. Wöringer: Leucémie aiguë à cellules souches (hémocytoblastes et myéloblastes), aleucémique et leucopénique avec tumeurs leucémiques cutanées.** (Akute Leukämie mit Jugendzellen [Hämocytoblasten und Myeloblasten] mit Aleukämie und Leukopenie mit leukämischen Hauttumoren.) Ann. de Dermat. 10, 449 bis 482 (1939).

Ein Fall von Leukämie mit einer etwas eigentümlichen Verlaufsform wird eingehend beschrieben. Die Krankheitsscheinungen gleichen derjenigen einer akuten Leukämie. Bei diesem Kranken (64-jähriger Mann) ist jedoch bemerkenswert, daß die Krankheit nicht Tage oder wenige Wochen, sondern seit den ersten sichtbaren Hautveränderungen 3 Monate dauerte. Es bestanden in der Subcutis ausgedehnte leukämische Infiltrate besonders am Stamm, ferner auch in der Submucosa der Mundhöhle. Histologisch handelte es sich bei mehreren Proben immer um dasselbe Bild. Die Knoten bestehen aus Zellen, die ungefähr  $1\frac{1}{2}$  mal so groß sind wie die roten Blutkörperchen. Das Protoplasma ist sichtbar, nicht granuliert. Ein großer Kern zeichnet sich gut von der Umgebung ab. Öfters sind in den Infiltraten Blutextravasate zu sehen. Die Blutuntersuchung ergibt eine erhebliche Anämie (35% Hgl. 1,5—2 Mill. rote Blutkörperchen). Im Anfang der Erkrankung zählte man 7000 weiße Blutkörperchen wovon 40% Jugendformen. Sie sinken dann rasch auf 1000—2000. Das Knochenmark zeigt das typische Bild einer akuten Leukämie. Das lymphopoetische Mark ist schwer verändert. Die Lymphfollikel sind nicht mehr sichtbar. Die Drüsen und die Milz, die nicht stark vergrößert ist, sind vollgepumpt von roten Blutkörperchen in hämolyschem Zustand. Gewebsbrei und Filtrate aus den Hauttumoren und Blut wurden den verschiedensten Tieren subcutan, intravenös, intracerebral und intraabdominal eingespritzt. Es erkrankte jedoch kein Tier.

W. Biedermann (St. Gallen).

**Nieuwenhuis, G.: Ein Fall akuter myeloider Leukämie bei einem Säugling.** (*Geesek. Klin., Acad. Ziekenh., Leiden.*) Mschr. Kindergenesk. 9, 118—124 u. franz. Zusammenfassung 124 (1939) [Holländisch].

Nachdem Verf. die Krankengeschichte und den Blutbefund eines 10 Tage alten Säuglings mit akuter myeloider Leukämie mitgeteilt hat, stellt er die folgenden Be trachtungen an. Die akute myeloide Leukämie kommt namentlich bei Säuglingen vor und häufiger beim männlichen als beim weiblichen Geschlecht im Verhältnis von 11 : 4. Meist sind es Kinder, die künstlich ernährt werden. Die Prognose ist stets infaust. Die Ätiologie der Kinderleukämie ist ebensowenig bekannt als die der Erwachsenen. Die Frage, ob eine angeborene Form von Leukämie vorkommt, vermag Verf. nicht mit Sicherheit zu beantworten. Einige Fälle aus der Weltliteratur werden beschrieben.

*Halbertsma* (Haarlem).<sup>o</sup>

**Rathschek, W.: Über den Zusammenhang zwischen Sarkom und Leukämie.** (*Haupt röntgenabt., Städt. Krankenh., Mannheim.*) Strahlenther. 67, 139—142 (1940).

Im Anschluß an ein histologisch nachgewiesenes polymorphzelliges Mesenterialsarkom, das nach Röntgenbestrahlung vollständig verschwand, entstand 4 Wochen nach der ersten Bestrahlung eine akute lymphatische Leukämie, an der der Patient starb. Zwischen Sarkom und Leukämie sind nach Ansicht des Verf. Übergänge möglich; es bestehen nur graduelle Unterschiede.

*Krauspe* (Königsberg i. Pr.).

**Ebbhardt, K.: Zur Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Lymphogranulomatose.** (*Chir. Univ.-Klin., Greifswald.*) Med. Klin. 1939 II, 1253—1255.

Die Ätiologie der Lymphogranulomatose (Lgr.) ist noch nicht sicher geklärt. Die neueren Forschungen sprechen mehr für eine Infektion, der Erreger ist jedoch nicht bekannt. Eine gewisse Reaktionslage des Organismus muß Voraussetzung sein für das Zustandekommen der Erkrankung. Von einem „Primäraffekt“ ausgehend wird auf dem Lymphwege allmählich der Organismus befallen, große Teile, aber niemals das ganze System werden angegriffen. Wichtig und für die Behandlung ausschlaggebend ist die Frühdiagnose. Bei etwas länger andauernden Halslymphdrüsenschwellungen muß immer an Lgr. gedacht werden. Das Blutbild mit einer mäßigen Leukozytose mit Lymphopenie und Eosinophilie kann mitunter bei der Diagnosenstellung helfen, röntgenologisch festgestellte Hilusverbreiterung als begleitende Hiluslymphdrüsen sprechen ebenfalls in dieser Richtung. Entscheidend bleibt jedoch die histologische Untersuchung einer excidierten Drüse. Die Behandlung besteht neben Arseninjektionen vorwiegend in Röntgenbestrahlungen der befallenen Drüseregionen. Bluttransfusionen können vorübergehend nicht unerhebliche Besserung bewirken. Es folgt die statistische Auswertung von 26 sicheren Fällen von Lgr., die innerhalb 15 Jahren vom Verf. beobachtet werden konnten. Vor allem wird auf die selten fehlende Eosinophilie hingewiesen, die an ein allergisches Krankheitsbild denken lasse. Es wird von einem 10jährigen Patienten berichtet, der 1 Jahr nach seiner histologisch sichergestellten Lgr. kurz hintereinander an Scharlach und Maser erkrankte und seither bei längerer Beobachtung gesund ist; ob durch diese beiden erheblichen Infektionen eine solche Umstimmung bewirkt wurde, erscheint möglich, und so bietet dieser Fall vielleicht Fingerzeige für weitere therapeutische Möglichkeiten, durch energische Umstimmungsmaßnahmen die Lgr. günstig zu beeinflussen.

*G. Krauel* (Hamburg).<sup>o</sup>

**Allodi, A.: Contributo allo studio del linfogranuloma maligno addominale.** (Beitrag zum Studium des abdominellen malignen Lymphogranuloms.) (*5. raduno d. Soc. Ital. di Gastro-Enterol., Torino, 4. VI. 1939.*) Arch. ital. Mal. Appar. diger. 8, 407—409 (1939).

Kasuistischer Beitrag zum Studium der abdominellen Lymphogranulomatose. Durch die histologische Untersuchung einer kleinen, isolierten Halsdrüse konnte die Diagnose noch *in vivo* gestellt werden. Gegenüber der Tuberkulose wird darauf hingewiesen, daß Tuberkulinreaktionen bei der Lymphogranulomatose meist, auch in hohen Konzentrationen, negativ ausfallen. Im Gegensatz zum benignen Lymphogranulom (Besnier-Boeck-Schaumann) treten selten Hilusdrüs- und Lungentumoren auf. Die ersten klinischen Symptome bestanden lediglich in leichten Darmstörungen. Später entwickelte sich das ausgesprochene schwere Bild.

*Birkner* (Sackenbach bei Lohr).<sup>o</sup>

**Craver, Lloyd F.: Lymphomas, leucemias, and allied disorders in children.** (Lymphome, Leukämien und verwandte Störungen bei Kindern.) J. Pediatr. 15, 332—339 (1939).

Beschrieben werden Kinder mit Hodgkinscher Krankheit, Lymphosarkom, Leukämie, vergrößerter Thymus und infektiöser Mononucleose. *A. Peiper* (Wuppertal).<sup>o</sup>

**Avent, C. Harold:** Primary isolated lymphogranulomatosis (Hodgkin's disease) of the stomach. Report of a case. (Primäre isolierte Lymphogranulomatose [Hodgkin] des Magens. Bericht über einen Fall.) (*Dep. of Surg., Coll. of Med., Univ. of Tennessee, Memphis.*) Arch. Surg. **39**, 423—428 (1939).

Die solitäre Erkrankung des Magens an der Lymphogranulomatose ist äußerst selten. Steindl konnte 1924 über den 1. Fall berichten. Singer, der 1931 7 Beobachtungen zusammenstellte, sprach sich für die Exstirpation des allein erkrankten Magens aus. Bei einer 63 Jahre alten Frau bestand im Epigastrium ein fühlbarer Tumor, der röntgenologisch einen großen Defekt im Bereich des Pylorus setzte. Die feingewebliche Untersuchung des leicht zu entfernenden Tumors zeigte eine ausgedehnte lymphogranulomatöse Infiltrierung vor allem der Submucosa und der Muscularis. Die Oberfläche war ulcerös verändert. Leider starb die Patientin 4 Tage p. op. an einer Bronchopneumonie. Fresen (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Mihalea, Eugenia, und Elena Bologa:** Betrachtungen über Lymphogranulomatose (1 Fall). (*Clin. Infant., Univ., Cluj.*) Rev. Pediatr. (Cluj) **3**, 178—184 u. franz. Zusammenfassung 184 (1939) [Rumänisch].<sup>o</sup>

**Wallgren, Arvid:** Reticuloendotheliose. Zwei Fälle. (*Schwed. Ärzte-Ges., Sekt. f. Kinderheilk. u. Schulhyg., Stockholm, Sitzg. v. 11. III. 1939.*) Nord. Med. (Stockh.) **1939**, 2293—2296 [Schwedisch].

Fall 1. Mädchen, 4 Monate alt. Mit 1 Monat Dermatose, die sich von den Wangen über den ganzen Leib schnell verbreitete; mit 2 Monaten progrediente Anämie. Bei der Aufnahme Allgemeinzustand beeinträchtigt, seborrhoisch-ähnliche Hauterscheinungen mit Nekrosen und Blutungsneigung, Milz- und Lebervergrößerung, unregelmäßig geformte, bis zweimarkstückgroße Knochendefekte am Scheitel- und Hinterhauptbein, Hb. 40, r. Blkr. 2,14 Mill., w. Blkr. 9200, qualitatives Blutbild normal, unregelmäßiges Fieber, Cholesteringehalt im Bluts serum 75 mg%, WaR.—. Progredienter Verlauf. Exitus im Alter von 4½ Monaten. Pathologisch-anatomisch: generelle reticulo-endotheliale Proliferation in der Milz, Leber, Thymus, Haut und in den Lymphdrüsen und Knochenherden. Keine Lipoidzellen. Fall 2. 2jähriger Knabe. Symptome: generelle Dermatose (Seborrhöe) und begrenztes ulcerierendes Infiltrat am Zahnfleisch. Nach 10 Monaten Gelbsucht von katarrhalischem Typus und im Anschluß daran Verschlechterung des Allgemeinzustandes und der obenerwähnten Symptome; es trat hohes Fieber und Zeichen von hämorrhagischer Diathese dazu. Die Leber war nun stark geschwollen, kein palpabler Milztumor, keine deutliche Lymphdrüsenvergrößerungen. Das bilaterale Zahnfleischinfiltrat war etwa 2 cm im Durchmesser mit schmierigem Geschwürsboden bedeckt. Die Dermatose war von seborrhoischem Typus und besonders am Kopf und Leib ausgetragen mit linsengroßen Nekrosen und reichlichen Petechien. Blut: Hb. 60, r. Blkr. 3,95 Mill., w. Blkr. 16500 mit 13% Monocyten. Blutungszeit und Koagulationszeit beträchtlich verlängert. Bilirubinurie. Unregelmäßiges Fieber. Lokalisierte destruierende Prozesse im oberen Teil der linken Oberschenkeldiaphyse. Die hämorrhagische Diathese und die Anämie nahm zu und der Knabe starb nach 11 Monaten Krankheit. Pathologisch-anatomisch: Reticulo-endotheliale, teilweise tumorähnliche Proliferation in den Lymphdrüsen, in der Milz, Knochenmark (besonders an der Stelle der röntgenologisch festgestellten Destruktion), Haut- und Zahnfleischinfiltration. Nur vereinzelte lipoidhaltige Zellen. Die Fälle werden betrachtet als zur selben Art von systematischen reticulo-endothelialen Krankheiten wie die von Letterer und Siwe beschriebenen.

Autoreferat.

**Sweitzer, S. E., L. H. Winer and H. A. Cumming:** Reticuloendotheliosis. (Fall von Reticuloendotheliose.) (*Dep. of Dermatol. a. Syphilol., Univ. of Minnesota a. Dep. of Dermatol. a. Syphilol., Minneapolis Gen. Hosp., Minneapolis.*) Arch. of Dermat. **40**, 192—199 (1939).

Die Verff. berichten über einen Fall, der Merkmale von Reticuloendotheliosis und Hand-Schüller-Christianscher Krankheit gleichzeitig aufwies. Es gibt nach ihrer Ansicht Grenz-

fälle, die eine Mittelstellung zwischen diesen Krankheitsformen einnehmen. Das weist auf einen möglichen engen Zusammenhang zwischen beiden Erkrankungen hin. Der fragliche Fall von Reticuloendotheliosis zeigt eine Beteiligung der Haut, der Knochen, der Leber, Milz und Lymphknoten, jedoch ohne das für diese Erkrankung charakteristische Blutbild. Der Fall zeigt zwei verschiedene Arten von Veränderungen in klinischer wie histologischer Hinsicht. In einigen Bezirken fanden sich Tumoren aus reticuloendothelialen Zellen, in anderen Bezirken dagegen xanthomatöse Tumoren. Der Fall zeigt, daß die Grenze zwischen den einzelnen Gruppen der Krankheiten des R.E.S. verwischt sein können: er beweist ferner die Einheit dieser Krankheiten untereinander.

Schmengler (Düsseldorf).<sup>o</sup>

**Binkley, J. Samuel:** *Surgical excision of material for biopsy in the lymphomatous diseases.* (Probeexcisionen bei Erkrankungen des lymphatischen Systems.) (*Mem. Hosp. f. the Treatment of Cancer a. Allied Dis., Lymphoma Clin., New York.*) Arch. Surg. **39**, 728—740 (1939).

Auch die Diagnose einer Erkrankung des lymphatischen Systems ist nur sicher, wenn sie histologisch bestätigt ist. Verf. rät, soweit möglich, immer einen Lymphknoten zu entnehmen, die Aspiration gibt gerade bei diesen Erkrankungen nur unsichere Ergebnisse. Bei manchen Kranken muß die Probeexcision wiederholt werden, da manchmal im Anfang der Erkrankung die Veränderungen noch nicht ausgesprochen oder sogar irreführend sind. Die Entzündung der Entnahmestellen und der Lymphfluß kann fast immer durch eine sorgfältige Technik vermieden werden. Es soll möglichst ein einzeln liegender Lymphknoten gewählt werden, der Schnitt soll klein sein, die Lymphgefäße sollen mit Seide und nicht mit Catgut abgebunden werden und auch die Haut mit Seide genäht werden. Dann kann auch schon wenige Tage nach der Probeexcision mit der Bestrahlung begonnen werden.

A. Beyer (Berlin).<sup>o</sup>

**Heilmann, P., und R. Wappler:** Über lymphoepitheliale Geschwülste am Halse. (*Kreiskrankenh., Stollberg i. Erzgeb. u. Path. Inst., Heinrich Braun-Krankenh., Zwickau i. Sa.*) Bruns' Beitr. **170**, 452—456 (1939).

Die Verff. beobachteten bei einem 49jährigen Mann Knotenbildungen an beiden Seiten des Halses. Die feingewebliche Untersuchung des exstirpierten rechten Knotens ergab einen sog. „lymphoepithelialen“ Tumor. Diese Geschwulstbildung wurde als eine Entwicklungsstörung im Sinne Cohnheim mit zunehmendem Wachstum aufgefaßt, als ein Choristom, aber noch nicht als ein Choristoblastom. Deswegen wurde vermutet, daß diese Störung beidseitig sein könnte, und in der Tat bestätigte die feingewebliche Untersuchung des später exstirpierten linken Knotens diese Vermutung. Zur Erklärung der Geschwulstbildungen wird entsprechend der Arbeitshypothese von Hellmann angenommen, daß das lymphatische Gewebe, welches, da es Reaktionszentren (früher sog. Keimzentren) aufwies, Arbeit, d. h. Abwehr geleistet haben mußte, sich deshalb vermehrt hat und daß vielleicht es selbst oder die eindringenden Reize und Schäden, Giftstoffe vom Rachen her, unmittelbar auch die epithelialen Anteile zum Wachstum und zur Zellvermehrung angeregt haben. Störungen im Sinne autonomen hemmungslosen und bösartigen Wachstums konnten in den angeborenen lymphoepithelialen Bildungen nicht oder noch nicht nachgewiesen werden.

Welcker.<sup>oo</sup>

**Horvat, A.:** Ein Fall von cystischem Lymphangiom. Liječn. Vjesn. **61**, 428—430 u. franz. Zusammenfassung 470 (1939) [Serbo-kroatisch].<sup>o</sup>

**Skorpil, Ferdinand:** Über das schleimbildende Epitheliom der Speicheldrüsen. (*Path.-Anat. Inst., Univ. Prag.*) Virchows Arch. **305**, 661—684 (1940).

Verf. hat 8 Fälle von schleimbildenden Speicheldrüsengeschwülsten untersucht, die er eingehend beschreibt und mit den im Welterschrifttum mitgeteilten vergleicht. Die Geschwülste gehen meist von der Parotis, aber auch von der Mandibularis, von der Zunge und von der Lippe aus. Sie wachsen verschieden schnell (einige Monate bis Jahre), nach der Entfernung rezidivieren sie häufig. In einem Fall führte die Geschwulst nach 3 Jahren zum Tode (leider ist keine Sektion beschrieben). Histologisch ist die Geschwulst hauptsächlich aus 2 Arten von Zellen aufgebaut: epidermoiden Zellen, die am ehesten dem Pflasterepithel zu vergleichen sind, und schleimbildendem

Zylinderepithel. Das Verhältnis dieser beiden Zellarten zueinander ist verschieden, bei der adenomatösen Form der Geschwulst überwiegt das schleimbildende Epithel, das drüsenaartig angeordnet ist; die solide Form besteht aus soliden Epithelzapfen des Pflasterepithels, in deren Mitte sich schleimbildende Elemente finden, die nicht zu regelmäßigen Drüsen angeordnet sind. Diese Form ist auch die klinisch bösartigere. In keinem Fall war die Geschwulst durch eine vollständige Bindegewebekapsel von der Umgebung abgeschlossen, sie hing oft fest mit dem Speicheldrüsengewebe zusammen, in den soliden Formen findet sich oft ein lokal destruierendes Wachstum. Was die Entstehung dieser Geschwülste betrifft, so nimmt Verf. an, daß sie von den Zellen der Schaltstücke ausgehen, die sich einerseits zu den Pflasterepithelzellen, andererseits zu den Schleimzellen differenzieren. Der Arbeit sind Mikrophotographien der verschiedenen Geschwulstformen beigegeben.

A. Beyer (Berlin).

**De, M. N., and B. P. Tribedi:** A mixed epidermoid and mucus-secreting carcinoma of the parotid gland. (Parotismischtumor mit epidermoidem und schleimproduzierendem Anteil.) (*Dep. of Path. a. Bacteriol. Med. Coll., Calcutta.*) *J. of Path.* **49**, 432—433 (1939).

Es handelt sich um einen ausgedehnten Parotismischtumor bei einem 29-jährigen Mann, der sich im Laufe von 3 Jahren entwickelt hatte und der 14 Tage vor der Krankenhausaufnahme angefangen hatte zu sezernieren. Etwa in der Mitte des Tumors fand sich eine kleine Öffnung, aus der schleimige Flüssigkeit ausfloß. Nach Entfernung des Tumors fand man einen gelatinösen Anteil und einen anderen von knorpelähnlicher Konsistenz. Der Tumor war im ganzen von einer gut ausgebildeten Kapsel umgeben. Nach der histologischen Untersuchung handelte es sich um einen rein epithelialen Tumor, zum Teil um ein Plattenzellcarcinom, zum Teil um ein schleimsezernierendes Cystadenom oder Adenocarcinom. Die Bösartigkeit des epidermoiden Anteils kann kaum bezweifelt werden, während der cystadenomatöse Anteil vorwiegend gutartig ist. Die langsame Entwicklung des Tumors läßt jedoch vermuten, daß die Bösartigkeit nicht sehr groß ist, oder daß der Tumor lediglich carcinomatös entartet ist.

Wüsthoff (Frankfurt a. M.).

**Iles, A. E.:** Mixed tumour of the lacrymal gland. (Mischgeschwulst der Tränen-drüse.) (*South-Western Ophth. Soc., sess. 1938—1939.*) *Trans. ophthalm. Soc. U. Kingd.* **59**, Pt 1, 464 (1939).

Bei 25-jähriger Frau trat seit 2 Jahren das linke Auge vor, das Auge war außerdem etwas nach innen unten verdrängt. Krönlein-Operation: Tumor der Tränendrüse. Mikroskopisch: Mischgeschwulst. Nach Operation keine Verdrängung des Auges mehr nachweisbar. Verf. beobachtete noch einen 2. Fall von Tumor der Tränendrüse bei einer 82-jährigen, der mikroskopische Befund war der gleiche wie in Fall 1.

Schlippe (Darmstadt).  
.

**Simonetta, B.:** Lipomi veri e pseudo-ipertrofia lipomatosa della ghiandola parotide. (Echte Fettgeschwülste und durch Fettansammlung vorgetäuschte Vergrößerung der Ohrspeicheldrüse.) (*Clin. Oto-Rino-Laringoiatr., Univ., Modena.*) *Arch. ital. Chir.* **54**, Donati-Festschr. **5**, 542—547 (1938).

Die sehr seltenen Fettgeschwülste der Ohrspeicheldrüse (P.) sind sowohl als subaponeurotische (oberflächliche und tiefe) wie als intraglanduläre stets mehr oder weniger gut gegen das Drüsengewebe abgegrenzt. Eine weitere Form vermehrter Fettablagerung in der P. ist als „Fettdegeneration“ bekannt, das vermehrte Fett ist hier im Bindegewebe zwischen den Drüsengläppchen fein verteilt, ohne daß die Drüse im ganzen dadurch sich wesentlich vergrößert. — Ein vom Verf. beobachteter Fall zeigt wesentlich andere Verhältnisse. Bei einer sehr fettleibigen 60-jährigen Frau war die linke P. stark geschwulstartig vergrößert, die Probeexcision ergab zwischen den unveränderten Drüsengläppchen breite Zonen von Fettgewebe. In Analogie zu einer ähnlichen, als „Lipomatose der Bauchspeicheldrüse“ beschriebenen Erkrankung klassifiziert Verf. seinen Fall als lipomatöse Pseudohypertrophie der Ohrspeicheldrüse.

Schober (Hamburg).  
.

**Csete Hudaesek, Emil:** Über Struma maligna. *Orvosképzés* **29**, Bakay-Sonderh., 267—281 (1939) [Ungarisch].

Ausführlicher Bericht über die an der Klinik beobachteten Fälle von Struma maligna. Die einzelnen Beobachtungen werden in ihren Einzelheiten besprochen und durch gute mikroskopische Abbildungen illustriert. Im letzten Jahrzehnt sind in der Klinik 1500 Strumafälle operativ behandelt worden. Unter den dabei in 750 Fällen durchgeföhrten mikroskopischen Untersuchungen zeigten 5 Veränderungen, die auf

eine beginnende bösartige Entartung schließen ließen. Bei den restlichen bösartigen Fällen konnte man bereits durch den klinischen Befund auf eine Malignität schließen. Insgesamt handelte es sich um 19 Beobachtungen von Struma maligna, wobei sich ergab, daß das endemische, cystische Struma zur bösartigen Entartung prädisponiert. In bezug auf die Prognose und Therapie kann man drei Gruppen unterscheiden: I. Gruppe: Klinisch keine bestimmten Anhaltspunkte für Bösartigkeit. Histologisch: Adenom, das stellenweise malignen Charakter aufweist. Operativ gut heilbar, reagieren ebenso günstig auf Röntgenstrahlen. Etwa 10% der Fälle sterben an örtlichen Rezidiven oder Metastasen. II. Gruppe: Zeigt einen einwandfreien bösartigen Charakter. Adenocarcinome. Die Mortalität liegt zwischen 50—60%. Die Röntgenstrahlen wirken hier nur mittelmäßig. III. Gruppe: Dies ist das inoperable Struma maligna (echte Carcinome und Sarkome). Mortalität 100%. Auf Röntgen wenig oder kein Heilerfolg. — Verf. ist Anhänger der kombinierten chirurgischen und strahlentherapeutischen Behandlung; letztere wird 4—5 Tage nach der Operation eingeleitet. (11 Abb. im Text.)

*H. Hruszek* (Reutlingen).

**Pemberton, John de J.: Malignant lesions of the thyroid gland. A review of 774 cases.** (Bösartige Erkrankung der Schilddrüse. Bericht über 774 Fälle.) (*Div. of Surg., Mayo Clin., Rochester.*) *Surg. etc.* **69**, 417—430 (1939).

Es ist von großer Bedeutung, daß offenbar ein nicht geringer Prozentsatz von bösartigen Neubildungen der Schilddrüse aus vorher an sich gutartigen Epithelveränderungen hervorgeht. Bei 774 Fällen der Mayo-Klinik war in 517 Fällen die feingewebliche Diagnose gestellt, in 257 Fällen handelte es sich um einen klinisch erkennbaren, nicht operablen Krebs. Verhältnis von Männern zu Frauen 1 : 1,7, während das Verhältnis bei den gutartigen Neubildungen der Schilddrüse 1 : 5,07% beträgt. Grundumsatzwerte geben keine eindeutige Auskunft, da sie teils erhöht, teils normal befunden wurden. Pemberton unterscheidet: papilläres Adenocarcinom, Adenocarcinom im Adenom (Entartung), diffuses Adenocarcinom, abschilferndes Epitheliom und Sarkom. Die papillären Adenocarcinome der Schilddrüse gehen gern in die Halslymphknoten, sprechen aber am besten auf Radium an, das man nach Ausschneidung, die weitmöglich durchzuführen ist, in die Wunde legen soll. Er hat danach jahrelange Besserung gesehen. In 60% war die Bösartigkeit nicht vor der Operation erkannt. P. schließt sich nicht der Meinung derjenigen an, die mit der Erkennung eines Schilddrüsenkrebses ohne weitere Behandlung das Schicksal des Kranken für unbeeinflußbar halten. *Sunder-Plassmann* (Münster i. W.).

**Crile jr., George: Tumors of lateral aberrant thyroid origin.** (Geschwülste der lateralen versprengten Schilddrüsenkeime.) (*Cleveland Clin., Cleveland.*) *J. amer. med. Assoc.* **113**, 1094—1097 (1939).

In den letzten 15 Jahren wurden 17 Fälle dieser Geschwülste in der Cleveland Clinic beobachtet. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 36 Jahre, in 14 Fällen waren Frauen betroffen, 8 der Patienten waren Juden. Es handelte sich meist um schmerzlose Knoten, die zum Teil nur durch Zufall entdeckt wurden. Die Geschwülste traten fast immer multipel auf, in den meisten Fällen fand sich auch ein Knoten in der Schilddrüse selbst. Die Geschwülste wurden zunächst häufig für bösartige Geschwülste mit Metastasen in den Lymphknoten gehalten, histologisch handelte es sich mit einer Ausnahme um papilliäre Adenome oder papilliäre Krebse, die nur schwer von gutartigen Geschwülsten zu unterscheiden waren. Da die Papillome der Schilddrüse nicht zu metastasieren pflegen, hält Verf. eine multiple Entstehung von Papillomen in der Schilddrüse und ihren versprengten lateralen Keimen für wahrscheinlich. Dafür spricht auch, daß Rezidive nur dann auftraten, wenn die Knoten nicht vollständig entfernt worden waren und sich niemals Metastasen fanden. Die Röntgenbestrahlung erwies sich bei diesen Geschwülsten als unwirksam, weswegen Verf. die sorgfältige Entfernung aller Knoten empfiehlt. In einem seiner Fälle, der erst sehr spät in seine Beobachtung kam, war die Geschwulst kontinuierlich so weit gewachsen, daß es zu

einer schweren Kompression der Luftröhre und zu einem Einwachsen der Geschwulstmassen in die Vena jugularis gekommen war. Bei rechtzeitiger Operation ist aber ein tödlicher Ausgang zu vermeiden, und bei vielen Krankheitsbildern, die man für Krebse der Schilddrüse mit Lymphdrüsenmetastasen hält, handelt es sich in Wirklichkeit um gutartige, multipel in versprengten Schilddrüsenkeimen entstandene Geschwülste.

*A. Beyer (Berlin).*

**Takata, Jiro:** Über bösartigen Kropf. (*Chir. Klin., Med. Fak., Okayama.*) Okayama-Igakkai-Zasshi **51**, 2232—2248 u. dtsch. Zusammenfassung 2248—2249 (1939) [Japanisch.]

In 3 Jahren wurden unter 53 Kröpfen 8 Fälle von bösartigem Kropf = 15% beobachtet. Meistens handelte es sich um ein bösartiges Papillom. Frauen waren häufiger betroffen als Männer. Bei 6 Fällen war die Radikaloperation nicht mehr möglich. Röntgenbestrahlung hatte keinen Erfolg.

*Birkenfeld (Gotha).* <sup>oo</sup>

**Rohner, Karl-Heinz:** Die Lymphocytose bei Strumen. (*Chir. Klin., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1939. 22 S.

**Binkley, R. W.:** Neglected adenomata of the thyroid. (Vernachlässigte Schilddrüsenadenome.) West. J. Surg. etc. **47**, 575—580 (1939).

Binkley schildert Fälle mit sehr großen Schilddrüsenadenomen, die nicht mehr chirurgisch behandelt werden konnten, da die Kranken zu lange gezögert hätten. — *Eindrucksvolle Abbildungen der 8 Kranken.* *Sunder-Plassmann (Münster i. Westf.).*

**Joll, Cecil A.:** The pathology, diagnosis, and treatment of Hashimoto's disease (struma lymphomatosa). (Die Krankheitbeschreibung, Erkennung und Behandlung des Morbus Hashimoto [Struma lymphomatosa].) Brit. J. Surg. **27**, 351—389 (1939).

Die Krankheit befällt bei weitem am meisten Frauen, und zwar gewöhnlich erst über dem 40. Lebensjahr. Die Schilddrüse ist dabei im ganzen gleichmäßig vergrößert. Die Struma geht nicht auf das umgebende Gewebe über, während bei der Strumitis nach Riedel 1. die Schilddrüse nicht gleichmäßig befallen wird und 2. gar nicht selten ein festes Anhaften der Schilddrüse im umgebenden Muskelgewebe festzustellen ist. Auch feingeweblich zeigt sich beim M. Hashimoto die durchaus gleichmäßige Durchdringung der Schilddrüse von den charakteristischen Veränderungen. Die letzteren bestehen vor allem in einer ausgiebigen Durchdringung der ganzen Schilddrüse mit Lymphocyten. Auch Lymphfollikel sind groß und zahlreich anzutreffen. Die Schilddrüsenbläschen zeigen dabei ein vielgestaltiges Aussehen und sind sehr unregelmäßig. Dasselbe gilt für die Epithelzellen. Bindegewebsvermehrung ist bei weitem nicht so ausgesprochen wie in den Riedel-Fällen, und ebenso zeigen die Riesenzellen ein anderes Verhalten. Letztere finden sich beim M. Hashimoto sehr zahlreich, beim M. Riedel sehr selten. An den Gefäßen finden sich nur selten endarteritische Veränderungen. Die Veränderungen bei der Hashimotoschen Erkrankung an der Schilddrüse können weder als entzündliche, noch geschwulstmäßig, noch als durch Entartung entstanden aufgefaßt werden. Ihre Entstehung ist noch völlig ungeklärt. Klinisch können sich Zeichen einer Schilddrüsenvergiftung finden, meist zeigt sich aber bald eher das Gegen teil. Einengungsscheinungen an der Luftröhre fehlen zumeist, im Gegensatz zu Riedels Strumitis. Der Kropf selber hat bei den Hashimoto-Fällen nur mäßige Größe. Bei der Behandlung, die teils eine chirurgische, teils eine Strahlenbehandlung ist, muß die Neigung zum Myxödem berücksichtigt werden, das in unbehandelten Fällen sich mehr und mehr bemerkbar macht. Den Untersuchungen liegen 81 beobachtete Fälle zugrunde. Gute Abbildungen. *Sunder-Plassmann (Münster i. Westf.).*

**Braenstrup, Poul:** Riedels Struma. (*Med. Afd., Finseninst., København.*) Nord. Med. (Stockh.) **1939**, 3189—3192 u. engl. Zusammenfassung 3192 [Dänisch].

Die Riedelsche Struma (Thyroiditis chronica) ist eine seltene Krankheit, die vorwiegend bei Männern (75%) vorkommt. Das Durchschnittsalter beträgt etwa 45 Jahre. Die Krankheit nimmt gewöhnlich einen langsamem Verlauf und erstreckt

sich über Monate. Die ersten Erscheinungen pflegen im Gegensatz zur akuten Thyreoiditis lokal zu sein: infolge der sich entwickelnden harten Struma Spannungsgefühl im Hals, Dyspnöe, Heiserkeit, Husten, später Erstickungsanfälle, Aphonie, gelegentlich auch Dysphagie. Der Allgemeinzustand wird nicht besonders beeinträchtigt. Die große Härte der strumösen Schilddrüse ist durch eine starke Bindegewebswucherung bedingt. Verf. beobachtete in den letzten 8 Jahren 7 Fälle von Riedelscher Struma. Ein Fall wird näher beschrieben.

Haagen (Berlin).<sup>oo</sup>

**Nicolosi, G.: L'adenoma cistico del pancreas. (Contributo clinico ed anatomo-patologico).** (Cystisches Adenom der Bauchspeicheldrüse. [Klinischer und anatomo-pathologischer Beitrag.]) (*Istit. di Pat. Chir. e Propedeut. Clin., Univ., Messina.*) Arch. ital. Mal. Appar. diger. 8, 261—272 (1939).

Mitteilung eines Falles, 21jährige Frau, kindskopfgroßer Tumor im Oberbauch zwischen Magen und Colon, stark verwachsen. Operative Entfernung eines polyzystischen Adenoms, ausgehend vom Pankreaskopf. Beschreibung des histologischen Bildes und Mitteilung ähnlicher Fälle des Schrifttums.

F. Härtel (Berlin).

**Koukine, N. N., et L. E. Feldmann: Le radiodiagnostic des affections de la glande mammaire.** (Die Röntgendiagnostik der Brustdrüsenerkrankungen.) (*Clin. de Chir., Inst. de Méd. Exp. de A. M. Gorky de l'URSS, Moscou.*) Vestn. Rentgenol. 23, 162 bis 174, franz. u. engl. Zusammenfassung 174—175 (1939) [Russisch].

Die Verff. versuchen an Hand von 100 Kranken den röntgendiagnostischen Wert bei Entzündungen, gutartigen und bösartigen Geschwülsten der Brust zu beweisen. Eine Lösung von 40 proz. Sergosin (?) wird bei Geschwülsten in die Gänge oder in die Geschwulst selbst eingespritzt und lässt durch seine Kontrastwirkung die Grenzen der Geschwulst und das Verhältnis zwischen ihr und den umgebenden Geweben erkennen. Die Lösung wird schnell wieder ausgeschieden.

Schaefer (Kiel).<sup>oo</sup>

**Vater, Heinrich: Auffallender Verlauf bei einem Mammapcarcinom.** (*Strahleninst., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Hamburg: Diss. 1938. 19 S.

Bei einer 44jährigen Frau wurde wegen eines Mammapcarcinoms die linke Mamma amputiert. Ein  $\frac{1}{2}$  Jahr später trat ein Lokalrezidiv auf, das operativ entfernt wurde. 3 Jahre nach der ersten Operation bildete sich eine anscheinend isolierte Metastase an der rechten Fibula, die nach Röntgenbestrahlung heilte. Im Laufe der nächsten 4 Jahre traten an den verschiedensten Stellen, besonders an den Knochen, Metastasen auf, die gut auf Röntgenbestrahlung ansprachen, und die das Allgemeinbefinden der Frau auffallend wenig beeinflussten. Eine Kachexie trat erst kurz ante exitum auf. Die Sektion ergab zahlreiche Knochenmetastasen an den verschiedensten Stellen.

Mühlbock (Amsterdam).

**Rumpf, Ernst: Mammapcarcinom im Wochenbett bzw. post abortum.** Zbl. Gynäk. 1939, 1932—1933.

Es wird über 2 Fälle von Mammapcarcinom im Puerperium berichtet, die sich beide durch einen besonders foudroyanten Verlauf und eine bemerkenswerte Vorgeschichte auszeichnen. — Im 1. Fall traten 10 Tage nach einem Abort mens. II/IV Leistendrüsenschwellungen und nach weiteren 9 Tagen eine starke Schwellung der rechten Mamma auf, die doppelt so dick wurde wie die linke. Nach weiteren 6 Tagen stellten sich heftige Unterleibsbeschwerden mit hohem Fieber ein, gleichzeitig wurde die Frau kachektisch und sah septicus aus. Innerhalb weniger Tage schwoll nun auch die linke Mamma an, und es traten noch Lymphdrüsenschwellungen am Hals und in der Axilla hinzu. Die Probeexcision aus der Leistenbeuge und der derb infiltrierten Bauchwand, die man bei der klinischen Diagnose eines Lymphogranuloms vorgenommen hatte, ergab ein alveoläres, zum Teil cirrhöses Carcinom, wahrscheinlich primär von der Mamma ausgehend mit allgemeiner Carcinose. Eine histologische Untersuchung einer Excision aus der Mamma hat nicht stattgefunden. — Im 2. Fall trat 7 Monate nach der Entbindung ein taubeneigroßer Tumor in der rechten Brust auf, der wegen seiner Weichheit, wegen der vermeintlichen Fluktuation und der weichen Infiltration der Umgebung für einen einschmelzenden mastitischen Prozeß gehalten worden war. Die Probepunktion ergab keinen Eiter, die Probeexcision dagegen ein Carcinom. Die Frau starb kurz nach der Radikaloperation. — Es wird auf den besonders foudroyanten Verlauf des Mammapcarcinoms im Puerperium hingewiesen.

Volk (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Hofhauser, János: Die schwer klassifizierbaren Mamma-Geschwülste.** Orvosképzés 29, Bakay-Sonderh., 297—303 (1939) [Ungarisch].

Bericht über 750 mikroskopische Untersuchungen des Excisionsmaterials im Verlaufe von 12 Jahren. Unter diesen 750 mikroskopischen Präparaten erwiesen sich 408

als von bösartigem Charakter, 300 als gutartig und schließlich 42 als von schwer klassifizierbaren Geschwülsten stammend. Das mikroskopische Bild dieser „schwer klassifizierbaren“ Mammageschwülste ist nach der geweblichen Struktur als gutartig, die einzelnen Zellen aber als nicht einwandfrei zu betrachten. Die in Frage kommenden Kranken sind Monate hindurch beobachtet worden, ohne daß sich bei einer eine bösartige Geschwulst entwickelt hätte. Auf Grund der Untersuchungsbefunde kommt Verf. zur Ansicht, daß die bösartigen Geschwülste ebenso oft von gutartigen Tumoren wie vom normalen Gewebe ihren Ausgang nehmen. Aus dem gleichzeitigen Vorhandensein von gutartigen und bösartigen Geschwülsten kann man nicht auf einen ursächlichen Zusammenhang schließen. Dies, weil das selten eintrifft (6 mal in dem gesamten Beobachtungsmaterial des Verf.), weil ein unmittelbarer Übergang des gutartigen in das bösartige Gewebe nicht einmal beobachtet wurde und schließlich, weil nach der einfachen Excision der schwer klassifizierbaren Geschwülste nie eine bösartige Geschwulst aufgetreten ist.

H. Hruszek (Reutlingen).

**Maggi, A. V.: Voluminoso granuloma lipofagico della regione mammaria simulante tumore maligno della mammella.** (Lipogranulomatosis der Brustgegend, bösartige Brustdrüsengeschwulst vortäuschend.) (*Sez. di Chir., Osp. Civ., Ivrea.*) Arch. ital. Chir. 52, Donati-Festschr. 3, 711—718 (1938).

**Barcaglia, Aristide: Pseudo-appendicite da linfosarcoma delle ghiandole ileo-cecali.** (Pseudoappendicitis zufolge eines Lymphosarkoms der Ileocöcaldrüsen.) (*Padiglione Beretta Med., Osp. Magg., Milano.*) Pediatr. Medico prat. 14, 147—156 (1939).

Ein 3½-jähriger Knabe kam mit der Diagnose einer akuten Appendicitis zur Operation. Der Chirurg stellte eine diffuse Peritonitis durch eitrigen Erguß aus verkästen Ileocöcaldrüsen fest. Am Sektionstisch und im histologischen Präparat wurde die primäre Erkrankung als ein Lymphosarkom erkannt. Gottfried Bonell (Heidelberg).,

**Wharton, Lawrence R.: Hypernephromas that are too early to diagnose.** (Hypernephrome müssen frühzeitig diagnostiziert werden.) (*Dep. of Gynecol., Johns Hopkins Hosp. a. Med. School, Baltimore.*) J. of Urol. 42, 713—719 (1939).

Wartet man bei den Hypernephromen mit dem operativen Eingriff bis die Diagnose ganz eindeutig festgestellt werden kann, so ist erfahrungsgemäß die Chance für eine Dauerheilung sehr gering. Der Verf. glaubt daher, daß bei diagnostisch noch zweifelhaften Fällen bei großer Kritik in der Indikationsstellung eine Probefreilegung der Niere berechtigt ist. Es kann ganz allgemein gesagt werden, daß Nierenblutungen äußerst selten „idiopathisch“ sind. Benigne Cysten können vom Hypernephrom mit keiner diagnostischen Methode voneinander unterschieden werden. Die präoperative Röntgenbestrahlung in fraglichen Fällen wird ganz abgelehnt. Zur Probefreilegung soll der Lendenschmitt gemacht werden. W. Biedermann (St. Gallen).

**Baiocchi, Pasquale: Il quadro lipidico del tumore di Grawitz e suo significato nell'interpretazione nosologica degli ipernefromi.** (Die Lipide des Grawitzschen Tumors und ihre Bedeutung für die Pathologie der Hypernephrome.) (*Istit. di Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Napoli.*) Riv. Chir. 5, 347—368 (1939).

Verf. stellte in 2 Fällen von Grawitz-Tumor eingehende Untersuchungen der Tumolipide an, und bestimmte zum Vergleich in mehreren normalen Fällen die Blutlipide. Das zu untersuchende Gewebe wurde vier verschiedenen Stellen der Tumoren entnommen: I. Hämmorrhagische Herde; II. Tumorgewebe ohne oder mit nur sehr wenig gelbfärbten Herden; III. vollkommen schwefelgelbe Teile; IV. vom Tumor freies oder nur in geringstem Grade infiltriertes Nierengewebe. Bestimmt wurden 10 Lipoidfraktionen. — In beiden Tumoren überwogen die Phospholipide und das Gesamtcholesterin über die anderen Lipoidfraktionen, ganz besonders in den schwefelgelben Herden. Der Lipidgehalt des Nierengewebes lag unter dem des Tumorgewebes; noch niedriger war er in den hämmorrhagischen Zonen, jedoch etwas höher als im Normalblut. Verf. sieht den Grawitz-Tumor als Ausdruck einer Allgemeinerkrankung an, die in einer tiefgehenden Änderung des Lipoidstoffwechsels besteht. Der Grawitz-

Tumor wird in Parallele gestellt zu dem Milztumor beim Morbus Gaucher und anderen Lipoidosen. *K. Rintelen* (Berlin).

**Smyth, Michael J.: Silent hypernephromata.** („Stumme“ Hypernephrome.) (*Gordon Hosp. f. Dis. of the Rectum a. Colon, London.*) Brit. J. Surg. 27, 266—274 (1939).

Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf eine Gruppe von Hypernephromen, die, an sich symptomlos verlaufend, erst durch eine Tochtergeschwulst aufgedeckt werden. Gerade bei dieser häufigsten der Nierengeschwülste wird obiges Vorkommnis nicht allzu selten beobachtet. Keine Erscheinungen wiesen auf eine Erkrankung der Harnwege hin. Erst bei Operation irgendeiner Geschwulst zeigt sich, bisweilen schon mit dem bloßen Auge, oder aber feingeweblich, daß es sich um hypernephroides Gewebe handelt. Daß die Trias der Nierengeschwulst durchaus nicht vorhanden zu sein braucht, ist bekannt. Gerade das Hypernephrom macht mit Vorliebe eine Einzelmetastase, die dann als Primärtumor operiert wird. Es wird über 2 Fälle dieser Art berichtet, wo die Metastase am Kopf bzw. Gehirn saß. *Roedelius* (Hamburg).°

**Johannsen, Rudolf: Zur Prognose der Hypernephrome.** (*Chir. Klin., Staatl. Akad. f. Prakt. Med., Danzig.*) Bruns' Beitr. 170, 136—139 (1939).

Verf. gibt einen kurzen Rechenschaftsbericht über die in der Danziger Chirurgischen Klinik operierten Hypernephrome der Jahre 1924—1938. Danach starben bei einer Gesamtzahl von 24 Fällen 9 nach der Operation, 9 in den ersten 2 Jahren nach dem Eingriff. 5 Patienten = 20%, was den allgemeinen Erfolgsziffern entspricht, sind geheilt. Zur Frühdiagnose gibt es ein einziges sicheres Zeichen, das Blutharnen. Im übrigen ist zu sagen, daß je einfacher die Diagnose, desto geringer die Chancen der Operation. Zur Operation selbst wird der pararectale Weg empfohlen, weil bei ihm die Unterbindung der Nierenvene vor der eigentlichen Radikaloperation möglich ist. Die Operation sollte in hoher Lumbalanästhesie vorgenommen werden. *Scherwitz*.°

**Tenenbaum, Joseph: Carcinoma of the adrenal cortex. With case report.** (Carcinom der Nebennierenrinde.) (*Urol. Surg. Serv. Israel Zion Hosp., Brooklyn.*) J. of Urol. 42, 277—287 (1939).

Bericht über einen Fall bei einem 13½-jährigen Mädchen, 8 Monate vor der Einlieferung dauerte die Periode 2 Wochen lang, damals begann auch eine starke Gewichtszunahme und ein stärkeres Haarwachstum im Gesicht und am Körper. Gewicht jetzt 67 kg. Klitoris fast 7 cm lang, starke Hypertrophie der Labien, multiple, am ganzen Körper zerstreute Neurofibrome. Pyelographisch die rechte Niere stark herabgedrückt. Entfernung der auf der übrigen normalen Niere aufsitzenden Geschwulst, die die Größe einer Grapefrucht hatte. 5½ Monate nach Eingriff trotz Gewichtsrückgang immer noch übernormales Gewicht. Atrophie der Neurofibrome, der Hypertrophie der äußeren Genitalien und Schwund des abnormalen Haarkleides. Histologisch Nebennierenrindenkrebs. *Hryntschak* (Wien).°

**Hellström, Per: Ein mit gutem Resultat operierter Fall von Hypernephrom bei einem 1½-jährigen Kinde.** (*Chir. Abt., Kinderkrankenhaus, Gotenburg.*) Acta paediatr. (Stockh.) 26, 217—220 (1939).

Beschreibung eines mit gutem Erfolg operierten Falles von Hypernephrom, das beim Kinde außerordentlich selten ist. *Jaeger* (Berlin-Lichtenberg).°

**Kopač, Z.: Hypernephroma malignum capsulae hepatis.** (*Path. Inst., Univ. Zagreb.*) Zbl. Path. 74, 305—309 (1940).

Es wird ein faustgroßes Hypernephrom der Leberkapsel beschrieben, das in das Colon transversum eingewachsen war, und dessen Perforation bewirkt hatte. Aus diesem Grunde und wegen der großen Zahl kleiner atypischer Zellen wird es als atypische, bösartige Geschwulstbildung angesehen. *Reinhardt* (Weißenfels).°

**Massa, G.: Sopra un caso di ipernefroma del fegato.** (Über einen Fall von Hypernephrom der Leber.) (*Sez. Chir., Osp. Mauriziano Umberto I, Torino.*) Arch. ital. Chir. 52, Donati-Festschr. 3, 904—909 (1938).

31jährige Frau leidet an einer Geschwulst des rechten Oberbauchs. Bei der Operation findet man, daß es sich um einen etwa 2 Faust großen knotigen Tumor der Leber handelt, dessen Entfernung ohne größere Schwierigkeiten gelingt. Die Blutstillung war durch einfache Nähte des keilförmigen Wundbettes möglich. Histologisch handelt es sich um ein typisches Hypernephrom. Allerdings zeigten die Zellen keine vollkommene Atypie, auch kein

schnelleres Wachstum, wodurch sich die relative Gutartigkeit der Geschwulst, trotz des Fehlens einer bindegewebigen Abgrenzung, erklären läßt. *Dietrich Blos (Berlin).*

**Greenthal, Roy M., and Ely Epstein: Adrenal neuroblastoma.** (Neuroblastom der Nebenniere.) (*Milwaukee Childr. Hosp., Milwaukee.*) Arch. of Pediatr. **56**, 561—573 (1939).

Bericht über ein Nebennierenneuroblastom bei einem 5jährigen Knaben, das von der linken Nebenniere ausgeht. Das Neurocytom zeigte an einer Stelle besonders schnelles Wachstum mit Umwandlung zu Neuroblasten und mit ausgedehnter Metastasenbildung. Diese fanden sich besonders am Schädel, so daß an Schüller-Christiansche Krankheit gedacht wurde, besonders da auch Veränderungen in den Augenhöhlen bestanden. Charakteristisch für dieses Nebennierenneuroblastom vom Hutchinson-Typ waren die knotenförmigen Schädelmetastasen, die Blutungen in der Umgebung der Augen, die Gliederschmerzen, Anämie und röntgenographisch nachweisbaren Zerstörungen der Knochen. Punktate des Schädels und des Sternums ergaben eine ausgesprochene Erythropoese, veranlaßt durch die Tumormetastasen. Man dachte daher auch zuerst fälschlich an eine Erythroblastomatose. Es dürfte in ähnlichen Fällen besser sein, Probeexcisionen aus einem Lymphknoten zu untersuchen.

*Krauspe (Königsberg).*

**Clark, W. C.: Adrenal neuroblastoma, with particular reference to metastasis to the orbit. Report of a case and notes on two other cases.** (Neuroblastom der Nebenniere mit Metastase in der Orbita. Bericht über einen Fall und Notizen über zwei Fälle.) (*Dep. of Ophth., Hosp., Univ. of Michigan, Ann Arbor.*) Arch. of Ophthalmol. **22**, 575—580 (1939).

Bericht über 3 Fälle von Neuroblastom der Nebenniere mit Metastasen in der Orbita. Man unterscheidet 2 Typen von Neuroblastom der Nebenniere. Typ 1 (Pepper) befällt jüngste Kinder, Metastasen entwickeln sich in der Leber, den Drüsen, den flachen Knochen. Typ 2 (Hutchinson) befällt ältere Kinder bis zum 15., meist zwischen 2. bis 3. Lebensjahr, Metastasen im Schädel, in den langen Knochen, in der Orbita. Erste Veränderung am Auge meist einseitiger Exophthalmus, Lidsekchymosen. Sehr rasches Wachstum. Manchmal leichtes Fieber, Anämie und Leukocytose. Verdrängung der Niere nach unten, im Röntgenbild nachweisbar, läßt an Nebennierenkrankung denken zu einer Zeit, da der Nebennierentumor noch nicht palpabel ist. Bei vorgesetzten Fällen zeigen sich im Röntgenbild Knochenveränderungen. Mikroskopisch ist das Neuroblastom charakterisiert durch zahlreiche Zellen mit intensiver Kernfärbung und wenig Bindegewebe; daneben beobachtet man Rundzellen mit vesiculärem Kern und birnförmige Zellen, an junge Spongioblasten erinnernd. Therapeutisch werden Röntgen- und Radiumbestrahlungen angewendet, ohne Erfolg.

*K. Schlippe (Darmstadt).*°°

**Verdolini, Giuseppe: Mixomatosi dell'orecchio e delle prime vie respiratorie e digerenti del coniglio. (Nota prev.)** (Myxomatose des Ohres und der oberen Luft- und Speisewege des Kaninchens.) (*Clin. Oto-Rino-Laringoiatr. ed Istit. di Pat. Gen., Univ., Torino.*) Valsalva **16**, 1—14 (1940).

Diese Veränderung, die hauptsächlich die Kaninchen in Südamerika befällt, bleibt besonders auf die Schleimhaut der Nase und der Lippen beschränkt. Als erster beschrieb Verf. die Intensität des Prozesses im proximalen Teil der Ohrmuschel. Was den histologischen Befund betrifft, so ist das Bindegewebe das am meisten angefallene (Veränderungen der cellulären Elemente, der kollagenen Fasern, Ödem, starke Blutgefäßbefüllung, umschriebene nekrotische Herde). *Benedetto Agazzi (Mailand).*°°

**Nicolai, Lucia, e Gianni Saibene: Melanoblastoma primario delle cavità nasali. (Studio anatomo clinico.)** (Primäres Melanoblastom der Nasenhöhlen.) (*Istit. di Anat. Pat., Clin. Otorinolaringol., Univ., e Div. Otorinolaringoiatr., Osp. Magg., Milano.*) Arch. ital. Otol., V. s. **51**, 573—593 (1939).

Verff. beschreiben einen diesbezüglichen Fall, eine 74jährige Frau betreffend, bei der die Geschwulst wegen des langsamen klinischen Verlaufes durch 6 Jahre genau verfolgt werden konnte. Der tödliche Ausgang infolge Hirnhautentzündung nach dem zweiten operativen Eingriff bot die Möglichkeit einer genauen histologischen Prüfung des Geschwulstsitzes und des benachbarten Gewebes. Nach Erörterung des Schrifttums der melanotischen Geschwülste der Nasenhöhlen erörtern Verff. die modernen Ansichten über die Genese der Melanoblastomen

und der Zellen, von denen die melanotischen Geschwülste im allgemeinen gebildet werden. Sie sind der Meinung, daß bezüglich dieser melanotischen Geschwülste der oberen Luftwege sowohl die Theorie der mesenchymalen und jene der Nervenzellenentstehung als auch die alte Theorie der Epithelzellenentstehung in Betracht zu ziehen sei. *Zavka.*<sup>oo</sup>

**Satô, Ikuyo:** Ein geheilter Fall von Melanosarkom der Nase. (*Otorhinolaryngol. Abt., Med. Schule f. Frauen, Tokyo.*) *Otologia (Tokyo)* 13, Nr 1, dtsch. Zusammenfassung (1940) [Japanisch].<sup>o</sup>

**Lierle, D. M.:** Epidermoid carcinoma of the pharynx, buccal mucosa and larynx. (Plattenepithelcarcinom des Pharynx, der Mundschleimhaut und des Kehlkopfes.) (*Dep. of Otolaryngol. a. Oral Surg., State Univ. of Iowa, Iowa City.*) *Ann. of Otol.* 48, 875—885 (1939).

Statistik über 169 Kranke, die mit wenigen Ausnahmen inoperabel waren wegen der Ausdehnung des Primärtumors und der Drüsennmetastasen und vergleichende Wiedergabe anderer Statistiken. Verf. schließt, daß umschriebene Erkrankungen dieser Art zur Zeit noch besser auf Chirurgie oder Chirurgie mit Bestrahlung reagieren. Bei vorgesetzten Tumoren sind die Aussichten auf Heilung schlecht, aber Bestrahlung vermag für Monate oder Jahre Symptomfreiheit zu erzielen. *Georg Lange.*<sup>oo</sup>

**Kôbata, Kazuo:** Ein Fall von Lymphoepitheliom (Schmincke) des Nasen-Rachen-daches. *Otologia (Tokyo)* 13, Nr 1, dtsch. Zusammenfassung (1940) [Japanisch].<sup>o</sup>

**Pfahler, George E.:** The Roentgen diagnosis and treatment of carcinoma of the larynx and pharynx. (Die Röntgendiagnose des Kehlkopfrachenkrebses und seine Behandlung.) (*Graduate School of Med., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) *Radiology* 33, 42—53 (1939).

Im ersten Teil seines Vortrages erläutert Verf. das Verfahren zur Erkennung krebsiger Kehlkopfveränderungen durch das Röntgenbild, als wertvolle Unterstützung für den Laryngologen und „Bronchoskopisten“. Neues wird nicht gebracht. Auf Grund seiner eigenen Erfahrungen empfiehlt er, die Coutardsche Methode nur als einleitendes Verfahren anzuwenden, dem dann die Radiumbestrahlung folgen muß. Eine zahlenmäßige Auswertung seiner Erfolge gibt Verf. noch nicht. *Gerlach.*<sup>oo</sup>

**Schinz, H. R.:** Le cancer de la corde vocale. (Der Krebs des Stimmbandes.) *Arqu. Pat.* 11, 282—299 (1939).

Die Symptome des intralaryngealen Krebses werden beschrieben. Späte Metastasen gibt es vorwiegend in den tiefen Cervicaldrüsen. Zur Diagnose, namentlich um die Größe und die Ausbreitung des Tumors zu bestimmen, wird die Röntgenaufnahme gute Dienste leisten. Weil die Röntgenbehandlung weniger entstellend ist und bessere funktionelle Resultate gibt, wird vom Verf. dieselbe gegenüber der Operation vorgezogen. Sobald eine Perichondritis da ist, liegt der Fall für die Röntgenbehandlung ungünstig.

**Watson-Williams, E.:** Carcinoma of larynx. (Kehlkopfkrebs.) *Proc. roy. Soc. Med.* 32, 1235 (1939).

Polyp mit Laryngitis, histologisch einwandfrei Krebs, so daß Totalexstirpation angezeigt erscheint. — Aussprache: Mill hält den Fall für eine Pachydermie. *G. Kelemen* (Budapest).<sup>o</sup>

**Berendes, J.:** Über ein infiltrierend wachsendes Hämangiom des Kehlkopfes. (*Univ.-Klin. f. Hals-, Nasen- u. Ohrenkrank, Heidelberg.*) *Arch. Ohr- usw. Heilk.* 146, 479—483 (1939).<sup>o</sup>

**Gros, J. C.:** Die Leukoplakie des Kehlkopfes. *Bol. Liga Cánc.* 14, 200—205 (1939) [Spanisch].

Verf. zeichnet zusammenfassend das Bild der Leukoplakie, spricht von der Gefahr der Degenerierung in Carcinom und beschreibt eine eigene Behandlungsmethode, die folgende ist: Eine Intubationskanüle aus Preßstoff und Doppelwand mit einem Filter von  $\frac{1}{2}$  mm Platin enthält 5 mg Radium. Die Kanüle wird nach Anästhesie

in den Kehlkopf eingeführt und bleibt mehrmals einige Stunden, so daß eine Gesamt-dosis von 300—400 mg/Stunden erreicht wird. Es folgt die Beschreibung von 4 mit dieser Methode behandelten und geheilten Fällen. *A. Pena* (Lissabon).<sup>oo</sup>

**Giuffrida, Ettore:** *Contributo allo studio e alla terapia del sarcoma della laringe.* (Beitrag zum Studium und zur Therapie des Kehlkopfsarkom.) (*Clin. Oto-Rino-Laringoiatr., Univ., Catania.*) *Valsalva* **16**, 52—64 (1940).

Beschreibung von 2 solcher Fälle, die, abgesehen von der kasuistischen Seltenheit, sowohl wegen der Sonderheit der histologischen Befunde, als auch wegen des Erfolges der Behandlung interessant sind. In beiden Fällen wurde die Geschwulst nach Laryngofissur abgetragen. Im 1. Falle, der schwere histologische Bösartigkeitsmerkmale aufwies, wurde die Onkovoaccinetherapie nach Citelli vorgenommen. Es erfolgte Heilung, die nach 5 Jahren noch besteht. Im 2. Falle, bei dem geringe histologische Bösartigkeitsmerkmale vorgefunden wurden und bei dem die Behandlung nach Citelli nicht angewendet werden konnte, hat man nach 3 Monaten ein Rezidiv *in situ* gehabt. Verf. betont die praktische Wichtigkeit dieser Behandlung insbesondere bei der Erwagung, daß heutzutage die Laryngektomie als fast ausschließliche Behandlungsmethode des Kehlkopfsarkoms gilt. Während die Citellische Therapie große Vorteile bietet, ist die Laryngektomie voll Gefahren und läßt in den glücklichen Fällen schwere Verstümmelung zurück. *Zavka* (Padua).<sup>oo</sup>

**Sauerbruch, F., und Middeldorp:** *Lungencysten und Lungentumoren.* (*Brüssel, Sitzg. v. 19.—22. IX. 1938.*) Verh. 11. Kongr. internat. Ges. Chir. **2**, 261—302 (1939).

Bericht über Beobachtungen an mehr als 1000 Kranken mit den verschiedensten intrathorakalen Cysten und Geschwülsten, veranschaulicht an 25 Abbildungen. Zunächst werden die Lungencysten abgehandelt: Kongenitale offene oder geschlossene Cysten, solitäre oder multiple (Wabenlunge), die sehr seltenen intrapulmonalen Dermoidcysten, parasitäre Cysten u. a. Sind sie infiziert, so wird zweizeitig unter dem Schutz von Pleuraverwachsungen operiert. Besonders gilt das für die infizierten Echinococcus cysten, deren Behandlung mit Formalinjektionen als zu gefährlich abgelehnt wird. Vorbereitende Plombierung ermöglicht sogar die Eröffnung hilusnaher Blasen. Von den gutartigen soliden Tumoren sind die Hämagiome und die gutartigen polypösen Bronchialtumoren (zum Teil Cylindrome, zum Teil Carcinoide (die wichtigsten. Sie kommen im jugendlichen und mittleren Lebensalter vor. Bei den Hämagiomen besteht große Blutungsgefahr während der Operation. Auffallend ist die hohe operative Mortalität der Lipome. Sie liegen extrapulmonal und gehen meist vom vorderen Mittelfellraum aus. Bei der Besprechung der bösartigen Geschwülste wird besonders auf das Bild des Carcinomabscesses, der oft mit dem einfachen Lungenabsceß verwechselt wird, hingewiesen. Im Tomogramm erscheint der Carcinomabsceß unregelmäßig begrenzt, der Lungenabsceß rund oder oval mit glatter Wandbegrenzung. Beim Krebsabsceß ist der Bronchus unregelmäßig eingeengt oder gar verschlossen, was beim Lungenabsceß nie der Fall ist. Eine klinisch wichtige Komplikation des Carcinoms ist der Spontanpneumothorax. Der Radikaloperation bösartiger Geschwülste sind noch sehr enge Grenzen gezogen. Günstige Bedingungen für die Lobektomie bestehen praktisch nur bei den peripher wachsenden alveolären Carcinomen, nicht dagegen beim hilusnahen Bronchialkrebs. Verff. konnten beim Alveolarkrebs zweimal Heilungen erzielen, die 3 bzw. 5 Jahre anhielten. Auch bei Endotheliomen wurden ähnliche Erfolge erzielt. Die Radikaloperation von Lungencarcinomen glückte zwar mehrfach, doch setzten nach 1—1½ Jahren Rezidive dem Erfolg ein Ende. Die erfolgreichen Operationen der Klinik beschränken sich also auf die mehr cortical gelegenen Parenchym- oder Alveolarkrebse. Zum Schluß werden Richtlinien für die Indikationsstellung, operative Technik und Schmerzbetäubung gegeben. Die Anzeige zur Anwendung des Druckdifferenzverfahrens ist mehrfach begründet und ergibt sich schon aus der Gefahr der Luftembolie bei allen Operationen an den Lungen. *B. Haager* (Köln-Hohenlind).<sup>oo</sup>

**Chiarolanza, R.:** *Sulle cisti e tumori del polmone.* (Über Cysten und Geschwülste der Lunge.) (*Brüssel, Sitzg. v. 19.—22. IX. 1939.*) Verh. 11. Kongr. internat. Ges. Chir. **2**, 586—598 (1939).

Die Lungenchirurgie steckt noch im Versuchsstadium, aus den wenigen Statistiken geht hervor, daß die operierten Cysten recht gute Erfolge haben, während die Mortalität

der operierten Lungengeschwülste selbst von kompetenten Autoren bis 100% angegeben wird, hauptsächlich wegen der Unsicherheit der Diagnose, die oft zu langem Warten zwingt, wodurch viel kostbare Zeit verlorengingeht. Meist sind sie, wenn sie an den Chirurgen kommen, inoperabel. Da die üblichen Untersuchungsmethoden wenig oder nichts über die Natur der Geschwulst feststellen, haben sich auch andere Verff. für die explorative Thorakoskopie ausgesprochen (Edwards und Monod). Es muß unser Bestreben sein, die Lungenoperation unter den gleichen sicheren, ruhigen und klaren Verhältnissen auszuführen wie eine Laparotomie. Verf. fordert daher Verfeinerung der diagnostischen Hilfen und Vervollkommennung der Technik. *E. Tosatti* (Rom).<sup>99</sup>

**Grosjean, A.:** *L'aspect radiologique des tumeurs du poumon.* (Das röntgenologische Bild der Lungentumoren.) *Radiologia clin.* (Basel) 8, 193—212 (1939).

Primäre und sekundäre Tumoren der Lungen, der Pleura und des Mittelfells werden besprochen. Bei der Aufzählung der Untersuchungsmethoden wird erwähnt, daß die Probebestrahlung das einzige sichere Mittel ist, um das Lymphosarkom vom Lymphogranulom klinisch zu unterscheiden. Der diagnostische Pneumothorax erlaubt Abgrenzung der Lungentumoren von den Pleuratumoren. Die Analyse des Röntgenbefundes hat systematisch zu fragen nach Lokalisation, Beweglichkeit, Zahl, Dichtigkeit, Ausdehnung und Begrenzung der Schattenbildungen sowie nach ihren Beziehungen zur Nachbarschaft. Es folgen differentialdiagnostische Überlegungen. *B. Haager.*<sup>99</sup>

**Burnand, René:** *La symptomatologie d'emprunt des néoplasmes pulmonaires.* (Die uncharakteristische Symptomatologie des Lungenkrebses.) *Rev. méd. Suisse rom.* 60, 51—60 (1940).

Verf. beschreibt einen Fall eines Bronchuscarcinoms, das er über 3 Jahre beobachten konnte. Er ist ein Schulbeispiel, wie verwirrend die Symptomatologie eines Bronchuscarcinoms während seinem ganzen Verlauf gewöhnlich ist. Die vorherrschenden Symptome beruhen eben in weitaus den meisten Fällen auf den Komplikationen, die im Verlauf eines Bronchuskrebses auftreten. Deshalb wird die Diagnose auf Bronchuscarcinom so häufig verkannt. In diesem Falle bestand seit 10 Jahren eine chronische Bronchitis mit Emphysem. 1936, d. h. nach 7 Jahren, trat blutiges Sputum auf. Eine Bronchoskopie zeigte im rechten Hauptbronchus einen kleinen Tumor, der leicht abgetragen werden konnte. Histologisch war es ein Spindelzellenkrebs. Der Kranke lebte daraufhin noch 3 Jahre. Während dieser Zeit hatte er mehrfach bronchopneumonische Schübe. Auf dem Röntgenbilde sah man hin und wieder homogene Verschattungen, die nach einiger Zeit verschwanden. Es handelte sich offenbar um Atelektasen. Ohne den bioptischen Befund, rein aus den vorhandenen klinischen Symptomen, wäre es bis zum Tode nicht möglich gewesen, die Diagnose zu stellen. Man muß den Schluß daraus ziehen, daß die Bronchoskopie oft das einzige Mittel ist, um einen Bronchuskrebs diagnostizieren zu können. *W. Biedermann* (St. Gallen).

**Dressler, M., und A. Weigl:** *Beitrag zur Kenntnis des Bronchialcarcinoms.* (*Med. Univ.-Poliklin., Zürich.*) *Schweiz. med. Wschr.* 1939 II, 763—766.

Das Bronchialcarcinom hat eine Zunahme erfahren, die nicht nur einer „Vergreisung“ des Volkes oder einer verfeinerten Diagnostik zuzuschreiben ist. Die Ursache dieser Zunahme ist umstritten, es werden Nicotinabusus, Staub geteerter Straßen, Abbauprodukte der industriellen Betriebe, Auspuffgase von Kraftfahrzeugen u. ähnl. angeschuldigt. Auffällig ist das wesentlich stärkere Befallensein des männlichen Geschlechtes, das Verhältnis ist durchschnittlich zwischen 1:6 oder 1:8 angegeben. Der Beginn ist uncharakteristisch, das schulmäßige „Himbeergeröllesputum“ wird meist vermißt, der Allgemeinzustand ist am Beginn wenig gestört. Die Diagnostik ist in den ersten Stadien schwierig, physikalische Befunde können auch bei ausgedehnteren Prozessen völlig fehlen, die Röntgenuntersuchung ist die Methode der Wahl. Auf die Bedeutung der Atelektase wird hingewiesen, Sputumuntersuchung auf Tumorzellen kann mitunter weiterhelfen. Hämorrhagische Ergüsse sind stets auf Tumor verdächtig, durch Punktions der Lungen und folgender Aspiration kann oft Gewebe gewonnen werden, das durch histologische Untersuchung wertvolle Hinweise liefert. Die Bronchoskopie mit Probeexcision sowie die Bronchographie sichern die Diagnose. Der Verlauf ist recht verschieden, lokaler Zerfall, Nekrotisierung und Abscedierung können mitunter das Bild verschleieren. Die Metastasenbildung wechselt ebenfalls sehr, ausgedehnte

Tumoren führen mitunter nur zu kleinen lokalen Drüsenmetastasen, während öfters kleinste Tumorknoten ausgedehnte Fernmetastasen setzen können, bevorzugt werden Knochen, Gehirn und Leber. Die Prognose muß als infaust angesehen werden, mit einer Lebensdauer von über 2 Jahren nach Manifestwerden des Tumors ist nur selten zu rechnen. Neben Bestrahlungen und Behandlung mit bronchoskopisch eingeführten Radiumkapseln sind in neuerer Zeit von amerikanischen und englischen Chirurgen Erfolge mit radikaler Lobektomie erzielt. Verff. bringen dann abschließend noch eine Übersicht von 33 sicheren Fällen von Bronchialcarcinom, die in den Jahren 1930—1937 in der Poliklinik erfaßt und beobachtet wurden. *G. Kraul* (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Takizawa, Nobujiro, und Hisao Yamashita: Ein Fall von sogenanntem „Pancoast's Superior Pulmonary Suleus-Tumor“.** (*Path. Abt. u. Strahlenabt., Japan. Ges. f. Krebsforsch., Tokyo.*) *Gann* 33, 402—405 (1939).

Verff. beschreiben den Verlauf, die Röntgenscheinungen und den Sektionsbefund eines sog. Pancoasts „Superior pulmonary sulcus tumor“. Der 2jährige Krankheitsverlauf ist dadurch bemerkenswert, daß anfänglich dumpfe Schmerzen in der rechten vorderen Brustwand bestanden, die in die rechte Schulter und den Arm ausstrahlten und später auch die linke Seite ergriffen. Schließlich bestand der Horner'sche Symptomenkomplex. Die Röntgenuntersuchung deckte eine Verschattung der rechten Lungenspitze und einen Defekt an der 2. Rippe rechts und an den Querfortsätzen des I. und II. B.W.K. auf. Röntgenbestrahlung linderte die Sensibilitätsstörungen zeitweise. Bei der Sektion fand sich kavernöse cirrhotische Tuberkulose des rechten Oberlappens. Der hintere Bronchus zweiter Ordnung war durch tuberkulöses Narbengewebe vollkommen verschlossen. In seiner Umgebung bestand die stärkste Entwicklung eines scirrhösen Adenocarcinoms, das sich hauptsächlich im peribronchialen Gewebe verbreitet, die Arteria und Vena subclavia, den Plexus brachialis und das cervicale sympathische Ganglion ummauert bzw. zerstört hatte. Metastasen bzw. Tumoreinbruch bestanden in den oberen Rippen und Brustwirbelkörpern. Histologisch zeigte der Tumor den Bau eines Adenocarcinoms mit Schleimbildung und Zellnestern, die aus teilweise hyperplastischen Zylinderepithelien bestanden. Histologisch schien das Carcinomgewebe in der Umgebung der Narbe des Bronchus II. Ordnung des rechten Oberlappens am ältesten zu sein, so daß dort die Entstehungsstelle vermutet und ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der Carcinomentwicklung und dem tuberkulösen Narbengewebe vermutet wird. *Carl Hoffmann*.<sup>oo</sup>

**Conforto, S.: Cancro primitivo del polmone con metastasi multiple e t. b. c. polmonare associata.** (Gemeinsames Vorkommen von primärem Lungenkrebs mit mehrfachen Metastasen und Lungentuberkulose.) (*Clin. Tisiol., Univ., Roma.*) *Ann. Ist. Forlanini* 3, 477—487 (1939).

Bei dem 36jährigen Manne mit rundem Infiltrat im rechten Oberlappen wurde zuerst ein tbc. Frühinfiltrat angenommen. Der spätere Verlauf und die Autopsie ergaben einen primären Lungenkrebs mit zentralem Zerfall und Metastasen in Leber, Milz, beiden Nebennieren, Bauchspeicheldrüsen und in den Lymphdrüsen des Lungenhilus. Daneben fand sich eine ausgedehnte, kleinknotige Tbc. beider Lungen und ein gelber Erweichungsherd im Großhirn. Nach dem Befunde dürfte die Tbc. während der Entwicklung des Krebses aktiv geworden sein. *Steiger* (Wallenstadtberg).

**Mason, J. M.: Carcinoma of the lower lobe of right lung: Bronchogenic in origin; peripheral in location; lobectomy; operative recovery; pyo-pneumothorax complicating convalescence.** (Carcinom des rechten Lungenunterlappens mit bronchogenem Ursprung und peripherem Sitz; Lobektomie, operative Heilung, Pyopneumothorax als Komplikation während des Heilverlaufes.) (*Brüssel, Sitzg. v. 19.—22. IX. 1938.*) *Verh. 11. Kongr. internat. Ges. Chir.* 2, 563—570 (1939).

Kurzer Bericht über einen Fall von operativ geklärtem, peripherem Bronchial-Ca. nahe der WS im rechten Unterlappen. Röntgentherapie ohne Erfolg. Die scharf abgesetzte Verschattung hatte einen Durchmesser von etwa 8 cm. Wegen einer Anschwellung an der betreffenden Stelle des knöchernen Thorax wurde sie anfänglich für extrapleuralen Ursprungs gehalten. Bei der Operation stellte sich jedoch eine WS-Deformierung heraus, Pleuraveränderungen waren nicht vorhanden. Nach Resektion der 9. bis 11. Rippe wurde der Lappen in toto extirpiert. Nach der Operation trat eine Pyopneumothorax auf, der durch Drainage zurückgebildet wurde. Über Histologie und späteren Verlauf wird nichts Näheres angegeben. *Esser* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Grigolo, Carlo: Tumore maligno del polmone simulante tubercolosi polmonare.** (Maligne Lungentumoren, die eine Lungentuberkulose vortäuschen.) (*Sanat. „Vallesana“ ed Istit. di Pat. Med. e di Metodol. Clin., Univ., Padova.*) *Lotta Tbc.* 10, 938—943 (1939).

Es ist oft sehr schwer, den Lungenkrebs als solchen klinisch und röntgenologisch zu

erkennen. Der geschilderte Fall eines 34jährigen Mannes belegt dies. Bei ihm wurde erst durch die Sektion die richtige Diagnose gestellt. Verf. warnt dann vor Anwendung des diagnostischen Pneumothorax, wenn die Veränderungen bis zur Thoraxwand reichen, wegen der Neigung zu hartnäckiger Ergußbildung. *Heinz Lossen* (Frankfurt a. M.).

**Matheson, N. M.: Massiver Einbruch eines Bronchial-Carcinoms in Nieren und Nebennieren.** (*Central Middlesex County Hosp., London.*) Z. Urol. 34, 41—42 (1940).

Kurzer Sektionsbericht über einen 38jährigen Mann mit einem haferzelligen (oat-celled) Carcinom des oberen Bronchus der linken Lunge, das massiv in die Bauchspeicheldrüse und Nebennieren eingebrochen war. Außerdem fanden sich verstreute Metastasen, zum Teil cystischen Charakters in beiden Nieren und im Gehirn. Klinisch hatten Hämoptoe, Kopfschmerzen und später Schmerzen im Oberbauch bestanden. Die Harnorgane waren klinisch symptomenfrei gewesen. *Lenkeit* (Berlin).

**Dziembowski, Sigismond de: Sur le traitement des sarcomes du poumon.** (Zur Behandlung der Lungensarkome.) (*Brüssel, Sitzg. v. 19.—22. IX. 1938.*) Verh. 11. Kongr. internat. Ges. Chir. 2, 560—563 (1939).

Zwei Patientinnen (25 und 30Jahre) mit schwerster Atemnot und Cyanose wurden sterbend in die Klinik eingeliefert. Sie litten seit einigen Wochen an zunehmender Atemnot und Cyanose. Die jetzige Verschlimmerung ihres Zustandes war in wenigen Stunden eingetreten. Verf. resezierte bei beiden in örtlicher Betäubung breit das Brustbein und erzielte damit schlagartig weitgehende Besserung des Zustandes. Die klinische und feingewebliche Untersuchung ergab, daß es sich um primäre Lymphosarkome des rechten Lungenunterlappens mit großen Mittelfellraummetastasen handelte. Wie so oft bei Lungengeschwülsten standen auch hier die Symptome der Tochtergeschwülste des unbemerkt gebliebenen Primärtumors durchaus beherrschend im Vordergrund. Röntgenbestrahlungsbehandlung, die erst durch die mit der Brustbeinresektion erzielte Besserung möglich wurde, hielt die Patientinnen 8 und 12 Monate am Leben. Die Obduktion bestätigte die klinischen Befunde. *Welcker* (Greifswald.).

**Manicatide, M., C. Vasilescu, S. Corneliu Constantinescu et Suzana Peterescu: Considérations sur „l'endothéliome“ primitif de la plèvre. Endo-épithéliome papillifère primitif de la plèvre chez un enfant de huit ans.** (Betrachtungen über das primäre Endotheliom der Pleura. Ein primäres papilläres Endoepitheliom der Pleura bei einem Kind, 8 Jahre alt.) (*Clin. Infant., Inst. „Dr. V. Babes“ et Serv. Gén. des Prosectures, „Eforia Spit. Civ.“, Bucarest.*) Bull. Soc. méd. Hôp. Bucarest 21, 305—334 (1939).

Ausführliche Zusammenfassung der Literatur über Endothel, Pleuraendothel und Pleuraendotheliom. In Übereinstimmung mit Roussy u. a. wird für das Pleuraendothel der Name Endoepithelium und für das Pleuraendotheliom der Name Endoepitheliom gebraucht. Beschreibung eines Falles von linksseitigem Endoepitheliom der Pleura bei einem Kinde, 8 Jahre alt. 3 Wochen vor der Aufnahme ins Krankenhaus Anfang der Krankheit. Nach 10 Tagen gestorben. Zwei Pleurapunktionen (300 und 400 ccm einer serohämorrhagischen Flüssigkeit). 4 Tage vor dem Tode Lähmung der Beine. Obduktion: Primäres Endoepitheliom der linken Pleura mit Metastasen in den Lungen, in die Pleura der rechten Seite, in die mediastinalen Lymphdrüsen, in die Wirbelkörper  $L_2$  und  $L_3$  und in den Wirbelkanal. In der linken Pleurahöhle 600 ccm einer hämorragischen Flüssigkeit. Die Lähmung der Beine wird als eine Folge der Metastasierung in den Wirbelkanal betrachtet. Der Pleuratumor war eine papilläre Geschwulst mit kleinen Zellen und mit wenig Stroma. *Dykstra* (Haarlem).

**Schiappoli, Franco: Granuloma maligno primitivo della pleura a forma pseudoblastomatosa.** (*Contributo clinico e anatomo-patologico.*) (Primäres malignes Pleura-granulom unter pseudoblastomatöser Form.) (*Istit. di Clin. Med. Gen. e Terapia Med., Univ., Catania.*) Clin. med. ital., N. s. 70, 425—443 (1939).

Bericht, vor allem mit ausführlicher histologischer Darstellung, über einen primären linksseitigen Pleuratumor mit Ausbreitung auf die linke Lunge, die Rippen, das Mediastinum und die seitliche Cervicalgegend, bei einem 32jährigen Kranken. Der Tod erfolgte in schwer kachektischem Zustand. Bemerkenswert war neben der Infiltration zahlreicher verschiedenster Gewebe eine starke Tendenz zur Sklerosierung, atypisches Sternbergsches Gewebe und das Vorhandensein hämolytischer Prozesse im Gewebe. *K. Rintelen* (Berlin).

**Wildenberg, van den: Tumeur mixte du palais.** (Mischgewebetumor des Gaumens.) (*45. congr. belge d'oto-rhino-laryngol., Bruxelles, 15.—16. VII. 1939.*) Bull. Soc. belge Ot. etc. Nr 3, 350—352 (1939).

Verf. berichtet über einen bindegewebigen Tumor bei einem 40jährigen Mann, der 10 Jahre bestand und die Größe einer Faust erreicht hatte. Er befand sich rechtsseitig am Gaumen

und verursachte außer Schluckbeschwerden nur nachts Atemnot und starkes Schnarchen. Da diese Tumoren die Neigung haben, bösartig zu werden, wurde er operativ entfernt. Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. *Gebhardt-Bodenstein* (Berlin-Steglitz).°

**Olivé Leite, A.: Tumoren des Rachens, der Zunge und des Zahnfleisches.** Rev oto-laring. São Paulo 7, 301—310 (1939) [Portugiesisch].

**Hassul, R., et N. Lioubina: Sur quelques formes rares du carcinome (dit transitional cell carcinoma) et leur importance clinique.** (Über einige seltene Krebsformen [sog. Transitional Cell-Krebs] und ihre klinische Bedeutung.) Chirurgija Nr 10, 91—95 (1939) [Russisch].

Ausführliche Mitteilung (Abbildungen) eines Falles eigener Beobachtung: 32jähriger Mann, ausgedehnte bösartige Geschwulst am Rachenring mit großen Metastasen beiderseits am Hals, in 6 Monaten entstanden, bis zur Klinikaufnahme unter der Fehldiagnose Lues behandelt, durch Probeexcision zunächst als Rego-Schminckescher Tumor (lympho-epithelialer Krebs) diagnostiziert, durch Röntgenbestrahlung anfänglich beeinflußt, dann aber refraktär, bzw. neu wachsend; daraufhin erneut Probeexcision, jetzt histologisch die Diagnose Transitional Cell Carcinom gestellt. Weitere Bestrahlung ohne Erfolg, Tod 4 Monate nach Beginn der Behandlung (insgesamt 9 Bestrahlungen).

Das Vorkommen der — eingangs der Arbeit — nach histologischem Bau, differential diagnostischen Kennzeichen, Klinik und Heilungsmöglichkeit beschriebenen, von amerikanischer Seite als Transitional Cell (epidermoid) Carcinom bezeichneten Krebsform wird durch den mitgeteilten Fall belegt. Sie bevorzugt die Mund-Rachenöhle, ihre Heilung scheint nur durch frühzeitige energische, prothriert-fraktionierte Rö.-Bestrahlung möglich zu sein. Daher ist bei allen Geschwülsten der angegebenen Lokalisation eine möglichst baldige und genaue Diagnose anzustreben, wie überhaupt bei jeder Krebsgeschwulst die frühzeitige Erkennung ihrer besonderen biologischen und histomorphologischen Eigenform sich entscheidend auf Prognose und Behandlungsplan auswirken muß. Die — auch wiederholte — Probeexcision erscheint Verff. dazu als unentbehrlich, ihre Gefährlichkeit im Sinne einer Wachstumsbeschleunigung der Geschwulst wird ausdrücklich in Abrede gestellt.

*Schober* (Hamburg).°

**Bade, Heinz: Kleines symptomloses Oesophaguscacinom mit diffuser Metastasierung.** (Chir. Univ.-Klin., Kiel.) Röntgenprax. 11, 571—572 (1939).

Bei einem 65jährigen Patienten wurde auf Grund des Röntgenbildes bei einer Spontanfraktur des linken Oberarmes ein Sarkom angenommen; worauf Klinikaufnahme erfolgte. Hier wurde eine Vergrößerung der Leber mit Ascites festgestellt. Der Knochenbefund wurde als Carcinommetastase gedeutet. Für einen Primärtumor fand sich klinisch kein Anhalt. Der schlechte Allgemeinzustand ließ den Verdacht eines Magencarcinoms zu. Die Röntgenuntersuchung ergab jedoch am Magen mit Ausnahme einer Verdrängung keine Veränderungen; dagegen fand sich oberhalb der Kardia eine kleine Aussparung im Oesophagus. Die Passage war an dieser Stelle nicht wesentlich behindert. Auf Grund des Röntgenbefundes nahm man ein kardianahes, polypös-wachsendes Oesophaguscacinom an. Die Autopsie bestätigte den Röntgenbefund am Oesophagus. Außerdem fanden sich noch Metastasen in der Leber, der Wirbelsäule und in der Gegend der Spontanfraktur des linken Oberarmes. Der Fall ist wegen des Fehlens jeglicher Symptome am Oesophagus und der Seltenheit der Metastasierung eines Oesophaguscacinoms besonders bemerkenswert. *Nölke* (Wesermünde).°°

**Feldman, Maurice: Adenocarcinomatous pedunculated polyp of the esophagus. Report of a case.** (Adenocarcinomatöser gestielter Polyp des Oesophagus.) (School of Med., Univ. of Maryland, Baltimore.) Amer. J. digest. Dis. 6, 453—454 (1939).

Bei einem 70jährigen Mann, der seit 3 Monaten über Schluckbeschwerden, Gewichtsabnahme und Schwächegefühl klagte, ergab die Röntgenuntersuchung ein in das Lumen des Oesophagus hineinragenden Polypen von etwa 15 mm Größe. Der Polyp war von Luft umgeben, der Tumor beweglich. Unmittelbar unter dem Tumorschatten verengte sich die Speiseröhre erheblich. Der Polyp lag etwas oberhalb des oberen Sternalrandes. Die Oesophagoskopie zeigte eine polypöse Masse. Die histologische Untersuchung ergab ein Adenocarcinom. An Hand dieses Falles wird darauf hingewiesen, daß carcinomatöse Polypen sehr selten sind und sich nur an dem caudalen Teil des Oesophagus befinden. Ihr Wachstum geht dann auch von der Kardia aus. Bei einer Bearbeitung von 20000 Röntgenuntersuchungen des Magen-Darm-Tractus fand sich nur ein benigner Polyp. Auch die Literatur soll bisher im oberen Oesophagus keinen Polypen aufweisen.

*Nölke* (Wesermünde).°°

**Schattenberg, Herbert J., and Joseph Ziskind:** *Carcinoma of esophagus perforating the aorta.* (Durchbruch eines Speiseröhrenkrebses in die Aorta.) (*Dep. of Path., Graduate School, Tulane Univ. a. Charity Hosp., New Orleans.*) Amer. J. clin. Path. **9**, 615—621 (1939).

Ein 45-jähriger Neger, bei dem noch 10 Wochen vorher die klinische und röntgenologische Untersuchung ergebnislos gewesen war, verstarb plötzlich an den Folgen eines heftigen Blutsturzes. Die Sektion deckte einen Speiseröhrenkrebs auf, der durch eine kleine Öffnung in die Brustaorta durchgebrochen war. Histologisch handelte es sich um einen hochgradig bösartigen Plattenepithelzellenkrebs mit Metastasen in den regionalen Lymphdrüsen. — Perforation eines Speiseröhrenkrebses in die Aorta ist verhältnismäßig selten. Sie wird bedingt entweder durch die durchwuchernde Geschwulst selbst oder durch die sekundäre Infektion und Verjauchung. Entgegen der vorherrschenden Ansicht handelt es sich bei den Speiseröhrenkrebsen nicht immer um langsam wachsende, wenig bösartige Geschwülste mit geringer Neigung zu Metastasierung.

*Lenkeit* (Berlin).

**MacCarty sr., William Carpenter:** *Cancer of the stomach.* (*Carman lecture.*) (Über den Magenkrebs.) (*Div. of Surg. Path., Mayo Clin., Rochester.*) Radiology **34**, 1—7 (1940).

Nach einem geschichtlichen Rückblick über die Entwicklung der Diagnostik und Chirurgie des Magenkrebses erinnert Verf. an seine 1909 gemachte Feststellung, daß auf Grund seines Untersuchungsmaterials (von 153 einwandfreien Magenkrebspräparaten zeigten 109 [71%] ausreichende makro- und mikroskopische Befunde für ein vorausgegangenes Magengeschwür) die Frage der bösartigen Degeneration von Magengeschwüren anscheinend zu bejahen ist. 1914 wurde die erste Arbeit über die „sekundäre Cytoplasie“ am Rande von Magengeschwüren, die als präcanceröses Stadium angesehen wird, veröffentlicht. Sie ist am besten in frischen, ungefärbten Präparaten zu sehen. Diese Zellen unterscheiden sich von denen eines normalen Regenerationsgewebes. Sie sind zwar noch regelmäßig angeordnet, zeigen sonst aber alle morphologischen Merkmale von Krebszellen. Nicht alle brauchen maligne zu entarten. Sie sind in etwa 9—15% aller chronischen Magengeschwüre zu finden, deshalb ist die Forderung nach operativer Entfernung aller chronischen Magengeschwüre berechtigt. Trotzdem Verf. kürzlich 121 Fälle von Magenkrebs veröffentlichten konnte, deren Durchmesser geringer als 2,5 cm war, so ist dieser Fortschritt in der Diagnostik, der der Zusammenarbeit des Röntgenologen, Chirurgen und des „Frischgewebe-Cytologen“ zu danken ist, eine Ausnahme. Der durchschnittliche Durchmesser des operablen Magenkrebses ist immer noch 6,1 cm. Auf Grund seiner großen Erfahrung an der Mayo Clinic bringt Verf. folgende Zahlen: 14,5% aller Magengeschwüre mit einem kleineren Durchmesser als 2,5 cm sind Krebse. Nur 6,7% aller resezierten Magengeschwüre haben einen größeren Durchmesser. 8,5% der letzten 869 Magengeschwüre zeigten sekundäre Cytoplasie. Ihr durchschnittlicher Durchmesser betrug 1,62 cm. 22% aller carcinomatösen Magengeschwüre mit einem kleineren Durchmesser als 2,5 cm hatten Lymphknotenbeteiligung. Nur 6% aller operablen Magenkrebse hatten einen kleineren Durchmesser als 2,5 cm. — Die meisten Magenkrebse entstehen auf dem Boden eines chronischen Magengeschwürs, und Verf. ist der Überzeugung, daß mindestens 90% aller chronischen Magengeschwüre mit einem größeren Durchmesser als 2,5 cm in Wirklichkeit Krebse sind.

*Lenkeit* (Berlin).

**Jenner, A. W. F.:** *Perniziöse Anämie und Magencarcinom.* (*Univ. Abt. f. Inn. Krankh., Binnengasth., Amsterdam.*) Acta med. scand. (Stockh.) **102**, 529—590 (1939).

Sehr zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit dem Problem des Zusammentreffens von perniziöser Anämie und Magencarcinom. Die Arbeiten sind aber zum großen Teil wertlos, da es sich um Einzelbeobachtungen handelt, die zufällig sein können und daher keine bindenden Schlüsse erlauben, oder weil, sofern ein größeres Material vorliegt, dasselbe nicht richtig ausgearbeitet ist. Infolgedessen kommen die verschiedenen Autoren auch zu ganz verschiedenen Schlüssen. Einige halten beide Krankheiten für unabhängig, andere sehen in dem Magencarcinom eine Ursache für die perniziöse Anämie, wieder andere in der perniziösen Anämie eine Ursache für das Magencarcinom und eine letzte Gruppe erklärt die Kombinationsfälle durch die Entstehung einer

gemeinsamen Ursache. Die Literatur über diese Fälle wird ausführlich referiert. Es wird dann über ein eigenes Krankengut von 181 Pernicosapatienten berichtet, die über einen längeren Zeitraum verfolgt oder ihre Schicksale anderweitig festgestellt werden konnten. Unter diesen Patienten trat bei 7 im weiteren Verlauf ein Magencarcinom auf, bei einem wurden die perniziöse Anämie und das Magencarcinom gleichzeitig festgestellt, bei je einem weiteren kam es im Verlauf der Krankheit zu einem Oesophagus- und einem Uteruscarcinom. Die Krankengeschichten der Carcinomfälle werden ausführlich wiedergegeben. Um aus einem solchen Beobachtungsmaterial Schlüsse zu ziehen, war es notwendig, die allgemeine Krebsmorbidity für die betreffenden Bevölkerungskreise und vor allem die entsprechenden Altersklassen festzustellen. Es ist dies eine sehr mühsame, aber unbedingt notwendige Aufgabe der sich bisher offenbar niemand unterzogen hat. Nach den vorliegenden Unterlagen wurde daher für die Amsterdamer Bevölkerung errechnet, welche Aussicht jede Person irgendeiner Altersklasse hat, an Magencarcinom zu erkranken. Diese Ziffer, die für weibliche und männliche Individuen eine sehr verschiedene ist, muß mit der Zahl der Jahre, während der der Pernicosapatient beobachtet wurde, multipliziert werden. Es ergab sich, daß nach dieser Berechnung von den 181 Kranken nur 0,3 Magenkrebse zu erwarten waren. Die wirklich beobachtete Zahl von 7 lag weit außerhalb des statistischen Fehlers. Interessant ist auch, daß die Zahl der anders lokalisierten Carcinome keineswegs auffallend hoch ist. Verf. schließt daraus, daß bei der Pernicosa eine lokale Disposition für das Magencarcinom vorhanden sein muß. Er sieht diese in einer Gastritis, die er aus gewissen direkten Beobachtungen und aus dem regelmäßigen Vorhandensein einer Achylia gastrica folgert. Die Konsequenz aus diesen Beobachtungen muß sein, daß alle Pernicosakranken einer sorgfältigen Überwachung ihres Magens bedürfen und daß beim Auftreten von Magenbeschwerden oder beim Umschlag des Blutbildes in eine hypochrome Anämie unbedingt eine Röntgenuntersuchung des Magens vorgenommen werden muß.

*Schulten (Rostock).*

**Galeazzi, Luigi:** *Diagnosi radiologica preoperatoria di tumore benigno dello stomaco.* (Vor der Operation gestellte Röntgendiagnose benigner Magentumoren.) Osp. Bergamo 6, 20—31 (1938).

Unter 239 Magencarcinomfällen, die als solche zur Operation kamen, waren 5 gutartige Geschwülste (2%); die entsprechende Röntgendiagnose war 4mal richtig gestellt worden. Eine eigentümliche Symptomatologie gibt es nach dem Schrifttum für den präoperativ zu stellenden Nachweis gutartiger Geschwülste nicht. Es gibt Formen, die ohne Beschwerden verlaufen, solche, die die Zeichen der Geschwulst bieten, solche mit unklaren dyspeptischen Beschwerden und solche, bei denen die Allgemeinstörungen im Vordergrund stehen (Anämie). Demgegenüber ist die Röntgenuntersuchung in der Hälfte der Fälle in der Lage, eine für gutartige Geschwülste kennzeichnende Symptomatologie festzustellen, die natürlich u. a. je nach dem pathologisch-anatomischen Charakter der Geschwulst (Papillom, Adenom, Lipom, Fibrom, Myxom, Angiom, Myom, Neurinom, Fibro-Lipom, Fibro-Adenom, Lymphadenom usw.) abgewandelt sein kann. Meist ist die Magenform regelrecht, ebenso die Größe des Organs. Die Umrißlinien sind scharf, besonders wenn es sich um eine gestielte Geschwulst handelt. Das Gewicht der Geschwulst kann zu einer Gastrophtose führen. Der Magen ist regelrecht beweglich; die Schleimhautfalten sind erhalten. Bei ulcerierenden gutartigen Tumoren kann eine Nische entstehen, in die die Schleimhautfalten einstrahlen. Der Tumor stellt sich als inselförmiger Schattenausfall dar. Keine Entleerungsverzögerung. Beschreibung eines einschlägigen Falles (Röntgenbilder, makroskopisches Bild, feingewebliche Schnittbilder).

*Heinz Lossen (Frankfurt a.M.).*

**Staemmler:** *Operationsmaterial von Geschwürs- und Krebsbildungen im Magen.* (30. Tag. d. Vereinig. Mitteldtsch. Chir., Eisleben, Sitzg. v. 9.—10. VI. 1939.) Zbl. Chir. 1940, 34—35.

Verf. hat eine große Anzahl von durch Operation gewonnenen Magenpräparaten.

mit Geschwüren und Krebsbildung eingehend untersucht und kommt bezüglich der Frage, welche Rolle die Gastritis dabei spielt, zu folgender Auffassung. In der Schleimhaut des Krebsmagens findet sich eine besonders den Antrumteil, aber in abgemilderter Form auch den Fundusteil umfassende Atrophie, die herdförmig mit Umbauvorgängen und vielfach umschriebenen Hyperplasien einhergeht, manchmal zellige Infiltrationen wechselnder Stärke erkennen läßt. Daraus darf man aber nicht den Schluß ziehen, daß die Gesamtheit dieser Abbau- und Umbauprozesse Folge eines chronischen Entzündungsprozesses ist, der nach Konjetzny als die weitere Entwicklung einer akuten, schubweisen Gastritis aufzufassen ist. Verf. sah in diesen Fällen niemals Übergang zu den Formen, wie man sie beim Magenkrebs findet. Wenn man diese Veränderungen der Magenschleimhaut als Gastritis bezeichnen will, so muß man doch betonen, daß diese Gastritis etwas Besonderes ist und sich nicht aus der gewöhnlichen banalen Gastritis entwickelt. Man könnte sie als eine spezifische vorkrebsige Gastritis oder vielleicht besser als eine Gastrose bezeichnen. Verf. setzt diese Veränderungen in Parallele zu anderen Präcancerosen, wie man sie in der Haut, in der Mamma, im Uterus beobachtet. Es handelt sich dabei niemals um einen entzündlichen Vorgang, sondern rein anatomisch gesehen um einen Prozeß, der sich aus atrofischen und hyperplastischen Vorgängen zusammensetzt und mit einer Störung der Regenerationsvorgänge einhergeht.

*Neupert (Berlin-Charlottenburg).*

**Wanser:** Die chronische Gastritis und ihre Beziehungen zum Magencarcinom. (30. Tag. d. Vereinig. Mitteldtsch. Chir., Eisleben, Sitzg. v. 9.—10. VI. 1939.) Zbl. Chir. 1940, 32—34.

Verf. stellt der von Konjetzny begründeten Auffassung, daß die überwiegende Mehrzahl der Magenkrebse aus den Folgezuständen einer Gastritis entstehe, die Ergebnisse seiner eigenen Untersuchungen gegenüber. Er hält die Gastritis Konjetzny's für einen Sammelbegriff, unter den neben entzündlichen Erscheinungen auch andere Prozesse fallen, deren Natur im Augenblick noch nicht klar zu erkennen ist. Da gerade diese letzteren nicht entzündlichen Erscheinungen eine sehr große Tendenz zur Metaplasie aufweisen, würde man diese in erster Linie für die Bildung präcanceröser Veränderungen verantwortlich zu machen haben. Er vertritt die Ansicht, daß es ein Trugschluß sei, zu glauben, daß durch eine Bekämpfung der banalen Gastritis das Magencarcinom verhindert werden kann.

*Neupert (Berlin-Charlottenburg).*

**Tammann, H.:** Zur Kenntnis des Carcinoms im Gastro-Enterostomiemagen. (Chir. Abt., Friederikenstift, Hannover.) Zbl. Chir. 1939, 2651—2652.

Bei einem 1905 wegen eines Magenleidens operierten 58jährigen Mann trat 1934 eine erhebliche Verschlechterung ein. Die klinische und röntgenologische Untersuchung legte den Verdacht auf ein Carcinom des gastroenterostomierten Magens nahe. Bei der deshalb vorgenommenen Operation fand sich von der Gastroenterostomiestelle ausgehend ein sich nach dem Pylorus zu ausbreitender Krebs. Der Magen mit der Gastroenterostomiestelle wurde reseziert. Es handelte sich um ein Adenocarcinom, das die aborale Hälfte der Gastroenterostomiestelle ergriffen hatte und sich als ovales Geschwür an der kleinen Kurvatur entlang bis dicht an den Pfortner erstreckte. Tammann betrachtet den Fall als klares Beispiel für die Richtigkeit der Auffassung Konjetzny's, daß der Magenkrebss auf der Basis von chronisch entzündlichen Magenschleimhautveränderungen entsteht. Als Nachkrankheit bei der im Gastroenterostomiemagen wohl ausnahmslos bestehenden chronischen Gastritis wird deshalb die Bereitschaft zum Carcinom betont. Die Krebsentwicklung kann sehr lange Zeiträume brauchen.

*Welcker (Greifswald).*

● **Fahrner, Ernst:** Über die Differentialdiagnose gutartiger und bösartiger Magentumoren. Bleicherode a. H.: Carl Nieft 1939, 15 S. u. 4 Abb. RM. 1.80.

Nach einleitenden Betrachtungen über die Möglichkeit, die Gut- oder Bösartigkeit eines Magentumors röntgenologisch festzustellen, beschreibt Verf. 2 Fälle histologisch gesicherter gutartiger Magentumoren und geht auf ihre Erscheinungsform im Röntgenbild ein. Es ist trotz aller Verfeinerung der röntgenologischen Untersuchungstechnik nicht möglich, eine sichere Unterscheidung zu treffen. Deshalb ist es erforderlich, die Kranken auch mit nicht ganz gesicherter Diagnose möglichst frühzeitig zur Operation zu bringen.

*Annelise Schlüter (Partenkirchen).*

**Plaut, Alfred:** *Carcinoid of stomach.* (Carcinoid des Magens.) (*Dep. of Path., Beth Israel Hosp., New York.*) Arch. of Path. **28**, 712—715 (1939).

Verf. fand bei einer 69 Jahre alten Diabetikerin bei der Sektion als Nebenbefund ein Carcinoid des Magens. Im Schrifttum seien außer diesem noch 6 Fälle beschrieben, die er kurz anführt. Warum Carcinoide so selten im Magen gefunden werden, ist unbekannt. Die Menschen, bei denen eins gefunden wurde, sind alle alt, was bei der kleinen Zahl allerdings nicht endgültig beweist, daß sie erst so spät auftreten.

*A. Beyer (Berlin).*

**Scalone, Ignazio:** *L'erosione carcinomatosa dello stomaco.* (Carcinomatöse Magenerosionen.) Boll. Soc. med.-chir. Catania **7**, 871—876 (1939).

Bericht über 4 Fälle von Magenkrebs, der sich nur in oberflächlichsten Erosionen der Magenschleimhaut äußerte. In die Submucosa war der Substanzverlust nicht vorgedrungen. Man glaubte, das Bild eines Ulcus rodens der Haut vor sich zu haben. In einem Fall waren es multiple Veränderungen, die über die kleine Kurvatur und die Magenausgangsgegend verstreut lagen. Bei der feingeweblichen Untersuchung würde man in einem späteren Stadium, wie der Verf. annimmt, bei intakter Schleimhaut in der Submucosa Infiltrationen feststellen. Entsprechende Befunde, die bei der Operation leicht übersehen werden können, sind bei der klinischen Untersuchung nicht zu beobachten. Die Röntgenuntersuchung, die allein eine pathologische Veränderung in solchen Fällen feststellen kann, läßt an geschwürige Veränderungen denken. Auffallend ist, daß in der Umgebung der carcinomatösen Erosionen entzündliche Erscheinungen fehlen. Das mag darauf hinweisen, daß andere Dinge mit im Spiele sind als Entzündungsprozesse. Man soll solche Kranke frühzeitig dem Operateur zuführen, denn sie scheinen von besonderer Bösartigkeit zu sein.

**Aussprache:** Grillo unterstreicht die Neigung, der beschriebenen Fälle zur Bösartigkeit und zur Metastasenbildung vor allem in der Leber. — Di Stefano meint, es handele sich um Fälle mit plurizentrischem Ursprung des Krebses, wie man ihn nicht häufig sieht. — **Scalone:** Schlußwort.

*Heinz Lossen (Frankfurt a. M.).*

**Theodoresco, Dem. C.:** *Néoplasme de l'estomac perforé dans la rate et le côlon transverse.* (Neoplasma des Magens, welches in die Milz und in das Colon transversum perforierte.) (*Soc. de Chir., Bucarest, 22. III. 1939.*) Rev. Chir. **42**, 451—452 (1939).

47jähriger Mann. Die klinische Untersuchung sowie das Röntgenbild ließen ein Ulcus vermuten. Die Probelaparotomie ergab aber einen großen Magentumor mit Lebermetastasen. Der Patient starb am folgenden Tag. Die Autopsie zeigte ein großes ulceriertes Magencarcinom der Hinterwand, das in die Milz und in das Colon transversum eingebrochen war.

*W. Biedermann (St. Gallen).*

**Walton, James:** *Carcinoma of the stomach.* (Magencarcinom.) (*London Hosp., London.*) Brit. med. J. Nr 4118, 1127—1132 (1939).

Übersicht. Von 422 Fällen konnten 150 (35,5%) radikal operiert werden. Von diesen überlebten 111 (26,3%) die Operation. Nach 5 Jahren lebten noch 27 (6,4%). Bezieht man die Zahl der Dauerheilungen auf die Zahl der Resektionen (150), so ergibt sich eine Heilung in 24,3%. Dieses Resultat ist zu erreichen, wenn es gelingt, das Magencarcinom frühzeitig (d. h. noch operabel) zu erkennen.

*H. Henning.* <sup>oo</sup>

**Tannhauser, S., and Roland Davison:** *Gastro-intestinal pseudoleukemia.* (Report of a case.) (Bericht über einen Fall von gastro-intestinaler Pseudoleukämie.) (*Desert Sanat., Tucson.*) Amer. J. digest. Dis. **7**, 45—49 (1940).

Die eingehende Untersuchung eines 32jährigen Mannes mit 60 Pfund Gewichtsabnahme in den letzten 2 Jahren ergab folgende Befunde, aus denen die Vermutungsdiagnose einer gastro-intestinalen Pseudoleukämie, einer sehr seltenen und im Schrifttum kaum beschriebenen Erkrankung, gestellt wurde: Mangel an Appetit, krampfartige Schmerzen im Leib, abwechselnd Verstopfung und Durchfälle. Blutsenkung: 59 in einer Stunde nach Westergreen, Linksschiebung im weißen Blutbild bei 5000 Leukocyten, Blutcalciumgehalt von 7 mg %, Vergrößerung der Leber. Die Röntgenuntersuchung des Magendarmkanals zeigte durch eine Unzahl von kleinen,  $\frac{1}{2}$ —1 cm großen runden Füllungsdefekten ein honigwabenartiges Aussehen der Dünndarmschlingen. Magen und Colon hatten normales Aussehen. Die oberflächlichen Körperlymphdrüsen waren im Gegensatz zu anderen berichteten Fällen nicht vergrößert.

*Lenkeit (Berlin).*

**Thune, Ragnar: Isolierte Lymphogranulomatose des Magens.** (*I. Med. Avd., S: A Eriks Sjukh., Stockholm.*) Nord. Med. (Stockh.) 1939, 2866—2873 u. dtsch. Zusammenfassung 2873 [Schwedisch].

Verf. gibt die Krankengeschichten von 2 Magenkranken, bei denen der erhobene Befund den Verdacht auf Magenkrebss aufkommen ließ. In beiden Fällen Resektion. Eine eigentliche Geschwulst fand sich nicht. Der pathologisch-anatomische Befund war „isolierte Lymphogranulomatose“. Beide Kranken leben und sind gesund, 8 bzw.  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Operation. Im Anschluß daran gibt Verf. eine Schrifttumübersicht, zum großen Teil aus dem deutschen Schrifttum. Im ganzen sind etwa 10 Fälle bekannt. *Gerlach (Grassau).* <sup>oo</sup>

**Brass, Karl: Über Lymphogranulomatose des Magens.** (*Senckenberg. Path. Inst., Univ. Frankfurt a. M.*) Frankf. Z. Path. 54, 47—66 (1939). <sup>o</sup>

**Jorns, G.: Zur Kenntnis der Magenlipome.** (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Arnstadt i. Thür.*) Chirurg 11, 840—841 (1939).

Beschreibung eines knapp walnußgroßen submukösen Magenlipoms, das bereits vor der Operation röntgenologisch als gutartiger Tumor diagnostiziert wurde; der Tumor hatte bereits 18 Jahre lang unklare Magenbeschwerden verursacht. Man sah eine typischen runden, scharf begrenzten Füllungsdefekt vor dem Pylorus, der eine ausgesprochene Abschnürung des letzteren verhinderte. *Erich Lorenz (Berlin).* <sup>oo</sup>

**Basile, A.: Un caso di fibromioma del fondo gastrico.** (Ein Fall von Fibromyom des Magenfundus.) (*Istit. di Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Milano.*) Arch. Ital. Chir. 50, Donati-Festschr. 1, 259—268 (1938).

48-jähriger Patient. Seit 10 Jahren Verdauungsbeschwerden, Sodbrennen, epigastrische Schmerzen 2 Stunden nach den Mahlzeiten. Wurde als Duodenalgeschwür behandelt. Vor 5 Jahren mit zunehmenden Beschwerden starke Magenblutung ohne Abdominalschmerzen. Zweimalige Wiederholung einer solchen Blutung. Befund: Mangelhafter Ernährungszustand; Anämie; geringer epigastrischer Druckschmerz; kein Tumor palpabel. Röntgenologisch wird im lateralen Teil des Fornix ein ovaler dichterer Schatten festgestellt, welcher als vergrößerte Milz oder als Tumor der Magenwand gedeutet wird. Operation: Im Magengewölbe ein mandarinengroßer Tumor von weicher Konsistenz, in der Magenwandung. Mikroskopisch: Fibromyom. *Lüdin (Basel).* <sup>o</sup>

**Froehlich: Carcionide du bulbe duodénal.** (Carcinoid des Bulbus duodeni.) (*Soc. Belge de Gastroentérologie, Bruxelles, 28. X. 1939.*) J. belge Gastroentérolog. 7, 505—506 (1939).

Bei einem 50-jährigen Mann zeigt das Sagittalbild des Bulbus einen lochförmigen, kreisrunden, scharfrändigen Füllungsdefekt von 2 cm Durchmesser, annähernd zentral und nahe am Basalring gelegen. Bei der Operation wird ein von normaler Schleimhaut überzogener, ins Lumen vorspringender Tumor von entsprechender Größe entfernt. Histologisch: Carcinoid Lubarsch. Diese von Drüsenzellen des Darmes ausgehenden Adenome haben im mikroskopischen Bilde gewisse Zeichen der Malignität. „Sie machen fast niemals klinische Erscheinungen“ und werden meist bei Autopsien entdeckt. Sie metastasieren nie und wachsen nicht infiltrierend. — Anamnese des Falles: Seit 8 Monaten bestanden ununterbrochen Völlegefühl und Schmerzen gleich nach dem Essen mit mehrstündiger Dauer. Keine Besserung durch Diät oder Alkalinen. *Pohlandt (Bremen).* <sup>oo</sup>

**Nicolini, Raúl C.: Primärer Krebs des Zwölffingerdarms.** Bol. Inst. Clín. quir., Univ. Buenos Aires 14, 1772—1782 (1938) [Spanisch].

Unter 375 000 Autopsien 0,03% Zwölffingerdarmkrebs. Er macht 0,8% der Darmkrebs aus, 0,14% der des ganzen Verdauungskanals. Männer werden häufiger befallen. Außer örtlichen Metastasen werden das Mittelfell, die Lungen und der Ductus thoracicus ergriffen. Die Erscheinungen sind uncharakteristisch, richten sich nach der Lokalisation. Die Vorhersage ist schlecht; die Behandlung chirurgisch, macht bei periampullärer Geschwulst besondere Schwierigkeiten. 1 eigener Fall, gestorben. *Abegg.* <sup>oo</sup>

**Decastello, Alfred: Angiomartige Teleangiekasien der Dünndarmschleimhaut, verbunden mit cystischer Lymphgefäßweiterung, als Quelle letaler Darmblutung.** (*Med. Abt., Sophien-Spit., Wien.*) Med. Klin. 1939 II, 1282—1284. <sup>o</sup>

**Musettola, Giuseppe: Sul sarcoma primitivo del tenue. Diagnosi radiologica e conferma operatoria.** (Über das primitive Dünndarmsarkom. Radiologische Diagnose und operative Bestätigung.) (*Istit. di Radiol., Univ., Napoli.*) Ann. Radiol. diagn. 13, 406—433 (1939).

Bei einer 25-jährigen Bäuerin tritt nach einem trügerischen Anfangsstadium und einem unsymptomatischen Bild ein rascher Zerfall des allgemeinen Gesundheitszustandes mit über

den ganzen Leib verbreiteten Schmerzen auf, außerdem erscheinen einige Schwellungen am linken unteren Bauchteil, Erbrechen und Fieber. Bei der radiologischen Prüfung ergibt sich: Magen verlängert und etwas erweitert. Das Magenantrum ist schlauchförmig, ihr Umriß sowie der des Zwölffingerdarms ist starr, mit zahlreichen rundlichen, lacunösen Bildern verschiedener Form und Größe. Das Klappenbild ist verändert. Die 1. Leerdarmschlinge erscheint, auch nach der vollständigen Füllung des Dünndarms, erweitert und im Vergleich zu den abtastbaren Maßen wenig beweglich und schmerzempfindlich, mit starrem Umriß, von Gas ausgeweitet; vollständig verschwunden sind die Kerkingschen Darmfalten, ihr Lumen erscheint wie mit Barium verschmiert und dieses Bild bleibt unverändert auch noch viele Stunden nach der Entleerung des ganzen Dünndarmes. Keine Fortschreitungsverzögerung der Bariumsäule. Die Diagnose auf primitives Dünndarmsarkom wurde von der histologischen Untersuchung des operativ entfernten Stükkes bestätigt. Nach einigen Monaten Exitus. — Ein 2. Fall mit klinischer Symptomatologie und ähnlichem radiologischem Befund wie der des 1. Falles, jedoch in einer tiefer gelegenen Dünndarmschlinge als beim 1. Fall bei einem 72jährigen Mann wird beschrieben. Der Beschreibung der Fälle gehen allgemeine Anmerkungen über die behandelte Affektion voraus. *Isola (Genua).* °°

**Zacher, Karl:** Über „sogenannte maligne Myome“ und myocelluläre Sarkome des Magen-Darmkanals. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Magdeburg-Sudenburg.*) Zbl. Chir. 1940, 242—252.

Die Beobachtungen über bösartige, d. h. metastasierende Myome sind recht selten, und über ihre Stellung im onkologischen System ist noch lange keine Einigung erzielt. Der Verf. bringt einen einschlägigen Fall. Es handelte sich bei der ersten Feststellung der Krankheit um einen 54jährigen Mann, bei dem nach vorhergehenden entsprechenden Symptomen die Laparotomie an einer mittleren Ileumschlinge eine kindskopfgroße Geschwulst aufdeckte, die mit der dem Gekröseansatz gegenüberliegenden Fläche durch einen bleistiftdicken Stiel verbunden war. Nach ihrer Beseitigung wurde noch eine als Metastase angesprochene Drüse aus dem Gekröse entfernt. Beide ergaben, feingeweblich untersucht, den für Leiomyome kennzeichnenden Aufbau. Eine 2 Jahre später wiederum vorgenommene Laparotomie ließ eine diffuse Geschwulstaussaat in der Bauchhöhle und der Leber erkennen. Die Autopsie konnte nicht vorgenommen werden. Nach Ansicht des Verf. liegt hier eine histologisch sehr reife Art des myocellulären Sarkoms vor, dem in ersten Abschnitt des Krankheitsverlaufes durch dessen relativ lange Dauer eben Zeit zur Ausreifung blieb, während im zweiten zeitlich mehr zusammengedrängten auch histologisch die Bösartigkeit durch Kernatypien mehr in Erscheinung trat. (Probeausschniede beim zweiten Eingriff!) Vom eigentlichen feingeweblich sogleich erkennbaren myocellulären Sarkom bringt der Verf. dann noch einen einschlägigen Fall, der durch Resektion des einen apfelsinengroßen Tumor tragenden Antrums des Magens gewonnen wurde. Es handelte sich hier um eine 52jährige Kranke, die schon seit 5 Jahren über unbestimmte Oberbauchbeschwerden zu klagen hatte. Der Ausgangspunkt der Geschwulst war die Muscularis mucosae. Die der Arbeit beigegebenen Mikrophotogramme sind sehr eindrucksvoll.

*Max Budde (Gelsenkirchen).* °°

**Centeno, Angel M., Pedro A. Maissa und Raul R. Perazo:** Sarkom des Dünndarms. Arch. argent. Enferm. Apar. digest. 14, 513—530 (1939) [Spanisch].

Das Sarkom des Dünndarms ist eine relativ seltene Erkrankung, deren genaue Diagnose auch mit klinischen Hilfsmitteln oft nur schwer zu stellen ist. Im argentinischen Schrifttum wird nur über einige wenige Fälle berichtet. Die Symptomatologie des Dünndarmsarkoms ist keine eindeutige, oft verläuft es im Anfang unter dem Bilde von leichten dyspeptischen Störungen. Stenoseerscheinungen, wie sie für Carcinome charakteristisch sind, treten meist erst im Spätstadium ein. Perforationen sind selten. Im Urin läßt sich oft reichlich Indican nachweisen, wohl als Ausdruck der Verzögerung oder Unterbrechung der Dünndarmpassage. Die Stuhluntersuchung auf okkultes Blut ist häufig negativ. Die Röntgenuntersuchung ergibt die für das Sarkom charakteristischen Zeichen. Die Verlaufsdauer der Erkrankung schwankt zwischen 12—18 Monaten. Die Geschwulst entwickelt sich vor allem in der Submucosa, sie neigt nicht zu Fernmetastasen.

Nach diesen allgemeinen Bemerkungen bringen Verff. die Krankengeschichte einer 53-jährigen Frau. Die Röntgenuntersuchung sicherte die Diagnose Dünndarmsarkom. Die Operation zeigte den Tumor am Jejunum, im Mesenterium fanden sich reichlich metastatische Knoten, so daß der Tumor inoperabel war. Es wurde präkolisch eine Gastro-Jejuno-Anastomie angelegt, da der Tumor ein Passagehindernis bildete. Die histologische Untersuchung bestätigte die Diagnose. Es wurden Röntgentiefenbestrahlungen vorgenommen. Nach 4 Monaten stellte sich die Kranke wieder vor. Der Allgemeinzustand war nicht gebessert, die Geschwulst war gewachsen. *Annelise Schlüter (Partenkirchen).*

**Pachman, Daniel J.: Enterogenous intramural cysts of the intestines.** (Enterogene Intramuralcysten des Verdauungskanals.) (*Dep. of Pediatr., Univ. of Chicago, Chicago.*) Amer. J. Dis. Childr. **58**, 485—505 (1939).

Die Ileocöcalregion ist der Prädilektionssitz der intramuralen Cysten, die an dieser Stelle entweder überhaupt keine Beschwerden oder unbestimmte Leibscherzen, Erbrechen oder Verstopfung verursachen, fast gleichmäßig in allen Altersklassen auftreten und in 75% aller Fälle durch Operation restlos beseitigt werden können, obgleich Cysten bei dieser Lokalisation erst bei großer Ausdehnung subjektive Erscheinungen auslösen und durch die rectale Untersuchung meist nicht festgestellt werden können. Dagegen sind intramurale Cysten des Duodenums im allgemeinen auf das erste Lebensquartal beschränkt, verlaufen unter dem klinischen Bild der hypertrophischen Pylorusstenose (spastisches Erbrechen, peristaltische Wellen, frei beweglicher Tumor) und enden wegen des jugendlichen Alters und vor allem wegen der hinzutretenden Intussusception eigentlich immer tödlich. Auch trotz beträchtlicher Ausdehnung der Cysten häufig genug völlig normale Magendarmpassage. Überwiegen des weiblichen Geschlechtes. Vorwiegend intramuskulärer, seltener subseröser oder submuköser Sitz der Cysten. Als Operationsverfahren sind zu nennen: die Enucleation, Marsupialisation, Anastomose zwischen Cyste und Darmlumen sowie Enterostomie. Nach kritischer Würdigung der bisherigen Literaturangaben (33 Fälle) Mitteilung von 3 eigenen Beobachtungen. Fall 1. 4 Monate alter Säugling mit gut verschieblichem Tumor und peristaltischen Wellen in der rechten Bauchhälfte, unaufhörlichem Erbrechen, normaler Darmpassage, Tod 4 Stunden nach teilweiser Marsupialisation einer im Anfang des Duodenums gelegenen intramuralen Cyste. Fall 2. 8 Monate alter Säugling mit Leibscherzen, Verstopfung und wurstförmigem Tumor oberhalb des Nabels infolge sekundärer Intussusception durch Cyste im unteren Ileumabschnitt. Resektion der Cyste, des Ileums, Caecums und eines Teiles des Colon ascendens sowie laterale Anastomose zwischen oberem Ileum und Colon transversum. Heilung trotz nochmaliger Intussusception. Fall 3. 2 Tage alter Säugling mit galligem Erbrechen sofort nach der Geburt, Entleerung von wenig Meconium und starker Dehydratation. Sitz der Cyste im Ileumendstück. Heilung nach Anastomose zwischen Colon ascendens und Ileum oberhalb des Tumors.

Goeters (Düsseldorf).<sup>oo</sup>

**Kapintscheff, St.: Wurmfortsatz mit elf plexiformen Neuromen und einem Divertikel.** (*Chir. Abt., Staatskrankenh., Wraza, Bulgarien.*) Zbl. Chir. **1939**, 2654—2655.

Verf. entfernte bei einem 37jährigen Mann, der 6 Monate vorher einen fieberlos verlaufenen Blinddarmfall von 7 tägiger Dauer durchgemacht hatte und dann öfter über dumpfe Schmerzen in der Nabelgegend klagte, aus einem entzündlichen Konglomerattumor der Ileocöcalgegend einen eigenartig veränderten Wurmfortsatz: Er zeigte in seinem Verlauf 11 knospenartige Gebilde von 2—3 mm Länge und etwa 4 mm breiter Basis, die sich etwas derb anfühlten. Die histologische Untersuchung ergab, daß es sich um plexiforme Neurome handelte.

Neupert (Berlin-Charlottenburg).<sup>oo</sup>

**Allen, Arthur W., and Claude E. Welch: Malignant disease of the colon. Factors influencing the operability, morbidity and mortality.** (Bösartige Krankheiten des Dickdarms. Maßgebliche Faktoren der Krankheitshäufigkeit, der Operabilität und der Sterblichkeit.) (*Surg. Dep., Massachusetts Gen. Hosp., Boston.*) Amer. J. Surg., N. s. **46**, 171—180 (1939).

Durch planmäßige Krebsaufklärung der letzten Jahre in Laien- und Ärztekreisen ist die Zahl der in noch operablem Zustand in die Klinik kommenden Patienten mit Dickdarmkrebsen zunehmend gestiegen. Die chirurgische Therapie hat sich jeder Bestrahlungsbehandlung überlegen gezeigt; man darf die Operation aber nicht auf die Wegnahme des kranken Darmteiles beschränken, sondern muß auch die regionalen Lymphdrüsengruppen auszuräumen trachten. Der endständige, bleibende Bauchafter wird als ein durchaus erträglicher Dauerzustand bezeichnet. — In den Jahren 1925 bis 1938 haben die Verff. 634 Fälle von Dickdarmkrebsen behandelt, die sich auf die verschiedenen Darmteile folgendermaßen verteilten: Colon ascend. 25,5%, Querdarm

11%, Colon descend. 9,6%, Sigmamaschlinge 53,9%. 58% der Fälle konnten operativ behandelt werden. Sie verloren insgesamt 86 Patienten, darunter die Hälfte an Peritonitis und etwa 20% an Lungenkomplikationen. Nach der amerikanischen Gesundheitsstatistik für 1936 starben 11% aller Krebskranken an einem Dickdarmkrebs. Von 192 operierten Sigmakrebsen verloren die Verff. 20%; der Gesamtverlust bei allen Dickdarmkrebsen betrug bei einzeitiger Operation 20%, bei zweizeitigem Vorgehen nur 13%. Die größte Heilungsziffer erzielten die Verff. bei rechtsseitigen Dickdarmkrebsen, obwohl bei diesem Sitz die primäre Operationssterblichkeit etwas erhöht ist.

F. Klages (Halle a. d. S.)..

**Dukes, C. E.: Examination and classification of tumors of the rectum and colon.**  
(Prüfung und Einordnung der Geschwülste des Rectum und Colon.) (*St. Mark's Hosp., London.*) Amer. J. Surg., N. s. 46, 181—185 (1939).

Im St. Marks Hospital wird bei einer resezierten Rectum- oder Colongeschwulst sofort im Laboratorium Darm an der Vorderseite aufgeschnitten und auf einem Rahmen aufgespannt, gereinigt und mit verdünnter Formalinlösung abgespült dem Chirurgen zur Betrachtung am Ende der Operation zugeschickt. Hierbei wird der am Präparat befindliche Mesenterialstumpf ebenfalls am oberen Ende des Rahmens befestigt. Für 1 oder 2 Tage wird das Präparat dann zur Konserverung in einen großen Topf mit 10proz. Formalinlösung getan. Nachdem es vom Rahmen wieder abgenommen ist, wird es mit Wasser abgespült. Es folgt die Beschreibung der Größe und Ausbreitung der Geschwulst, besonders auch im Hinblick auf ihre Beziehungen zur ano-rectalen Grenzlinie und zur Umschlagfalte des Peritoneums. Die Beschreibung der äußeren Beschaaffenheit der Geschwulst und die Feststellung der Länge des gesund erscheinenden mitentfernten Darmabschnittes. Dann wird die Ausbreitung in die Tiefe festgestellt, am besten mit einem Schnitt quer über die Geschwulst im Bereich ihrer tiefsten Ulcerationsstelle. In dieser Hinsicht werden die Geschwülste in 3 Gruppen geteilt: A. solche, bei denen der Tumor auf die Darmwand beschränkt ist; B. solche, bei denen die Geschwulst sich durch Kontinuität in das perirectale Gewebe ausgebreitet hat, ohne daß die Lymphknoten befallen sind; C. Geschwülste mit Befallensein der benachbarten Lymphknoten. Die Ulceration beginnt erst, wenn die Geschwulst auf die Muskulatur übergegriffen hat und die Ernährung der Oberfläche infolgedessen mangelhaft wird. Flache oder auch stärker vorspringende Geschwülste haben gewöhnlich nicht erheblich in die Tiefe übergegriffen, tiefe Ulcerationen sind aber ein Zeichen von tiefgehender Ausbreitung. Die regionalen Lymphknoten sollten nach Möglichkeit auf Metastasen mikroskopisch untersucht werden, beim Rectumcarcinom besonders auch die entfernten Lymphknoten in der Nähe der Ligaturstelle der Mesenterica inferior oder Haemorrhoidalis superior, die bei allen Rectumkrebsen, außer denen des unteren Drittels, frühzeitig befallen werden; sind letztere frei, so ist das Vorhandensein von Metastasen in den näheren regionalen Lymphknoten nicht so ungünstig für die Prognose. Eine Skizze der festgestellten Ausbreitung auf die Lymphknoten wird als Photographie neben einer Photographie des Präparates selbst dem Bericht des Pathologen beigelegt. Wird bereits eine Ausbreitung von Metastasen in die Venen hinein nachgewiesen, so ist das Befallensein der Leber so gut wie sicher. Neben der Frage, wieweit die Geschwulst sich bereits ausgebreitet hat, interessiert den Chirurgen ganz besonders die Wachstumsgeschwindigkeit der Geschwulst. Wohldifferenzierte Geschwülste wachsen gewöhnlich langsamer, wenig differenzierte Geschwülste rascher. Die Methode der Untersuchung nach Broders unter Einteilung in 4 Grade der Differenzierung der Geschwulstzellen gewährt einen guten Anhaltspunkt für die Beurteilung der Malignität. In einer Übersichtstabelle wird die Bedeutung der Ausbreitung der Geschwulst für das Schicksal des Kranken gezeigt. Von 24 mit Rectumamputation behandelten Kranken der Gruppe A waren 20 nach 5 Jahren am Leben, d. h. nach

Abgang der Verschollenen und der an anderen Ursachen Verstorbenen 91%; von 36 Operierten der Gruppe B 18 = 64%; von 34 Operierten der Gruppe C 4 = 16% (ohne Abzüge berechnet 83 bzw. 50 bzw. 8,5%; Ref.). Arthur Hintze (Berlin).<sub>o</sub>

**Heyd, Charles Gordon:** *The patient with a carcinoma of the colon or rectum.* (Der Kranke mit einem Krebs des Dick- oder Mastdarms.) (*New York Post-Graduate Med. School, Columbia Univ., New York.*) Amer. J. Surg., N. s. **46**, 57—60 (1939).

Heyd weist hin auf die seelische Belastung eines an Krebs des Dick- oder Mastdarms leidenden Kranken. Schon die Eröffnung, daß es sich um einen Krebs handelt, bedeutet einen schweren seelischen Schlag. Es gibt kaum ein anderes Gebiet der Chirurgie, das eine ausgiebigere seelische Behandlung erfordert als das der Chirurgie des Dick- und Mastdarms. Weiss (Düsseldorf).<sub>o</sub>

**Abel, A. L.:** *Experiences in cancer of the rectum.* (Erfahrungen mit dem Mastdarmkrebs.) (*Princess Beatrice Hosp., London.*) Arch. ital. Chir. **50**, Donati-Festschr. 1, 1—8 (1938).

Nur wenig mehr als 50% der in chirurgische Behandlung tretenden Kranken mit Mastdarmkrebs konnten radikal operiert werden. Es muß daher immer wieder versucht werden, eine Frühbehandlung zu erreichen. Unter den Palliativoperationen nennt Verf. in erster Linie den Kunstafter. Bei starken Schmerzen im Becken kann eine prässacrale Nervenausschneidung Linderung geben, manchmal läßt sich durch Elektrokoagulation der Geschwulst eine Besserung und Wachstumsstillstand erreichen. Im übrigen ist Verf. Anhänger des kombinierten abdomino-sacralen Operationsverfahrens. Unter 76 Fällen sah er 6 Todesfälle im Anschluß an die Operation (weniger als 8%). Von den 70 überlebenden Kranken starben 24 innerhalb von 5 Jahren, 41 lebten bei guter Gesundheit über 5 Jahre (58,5% Dauerheilung). Henningsen (Kiel).<sub>o</sub>

**Heyd, Charles Gordon:** *Malignant tumours of the colon and rectum.* (Bösartige Geschwülste des Dickdarms und Mastdarms.) (*New York Post-Graduate Med. School, Columbia Univ., New York.*) Canad. med. Assoc. J. **41**, 480—484 (1939).

Hervorhebung einiger diagnostischer und operativer Gesichtspunkte, Betonung der verschiedenen Symptome bei rechts-, links- und endständigem (Sigmoid und Rectum) Tumorsitz. Die Rectalkrebs teilt Heyd in papilläre, adenomatöse, kolloide und melanotische. Etwa 20% der Recto- und Recto-Sigmoid-Krebse sind vorher wegen Hämorrhoiden operiert. Die Lokalisation der endständigen Krebse ist zu 67% im Rectosigmoid, zu 31% in der Ampulle und zu 2% anal. Die Erhaltung des Sphincter bei der Rectumexstirpation ist schlecht und zeigt keine einzige Heilung auf 5 Jahre. Für die abdomino-perineale Operation zieht Verf. die einzeitige Sitzung vor. Die Gefahr der Kontrastmahlzeit zur Röntgendiagnose bei chronischem Ileus bzw. Stenose durch einen Tumor kurz vor der Operation wird hervorgehoben. Goebel (Breslau).<sub>o</sub>

**Ochsner, Alton, and Michael DeBakey:** *Operability, morbidity, and mortality factors in carcinoma of the colon.* (Operabilität, Morbidität und Sterblichkeitfaktoren beim Dickdarmkrebs.) (*Dep. of Surg., School of Med., Tulane Univ., New Orleans.*) Amer. J. Surg., N. s. **46**, 103—122 (1939).

Es ist im wesentlichen eine große statistische Arbeit, an deren Ende sich ein Verzeichnis des Schrifttums befindet, was als Grundlage weiteren Studiums dienen kann.— Die Größe der Operationsgrenze wird verschieden angegeben: Sie schwankt zwischen 38,5—81,3%. Rankin und Olson geben die Operabilität in der Mayo-Klinik mit 68% an. Koch fand von den Geschwülsten der rechten Seite 51% operabel, während es auf der linken Seite nur 35% waren. Larson, Harding und Hankins stellten bei Obduktionen die Operabilität fest: Larson fand bei 113 Fällen weder Metastasen noch irgendwelche regionären Drüsen. Die beiden anderen Autoren berichten über 118 Fälle; 41% waren ohne Metastasen, bei 4% solche, die leicht bei der Operation hätten entfernt werden können. Bei 45 Leichen mit Palliativoperationen wurde die Entfernung der Geschwulst für möglich befunden. Oft finden sich in der Umgebung der Geschwulst Entzündungserscheinungen, durch die die Inoperabilität vorgetäuscht

wird. Die Sterblichkeit nach der Operation ist hoch; sie ist abhängig von der Ausdehnung und Bösartigkeit der Geschwulst, von der Vorbereitung des Kranken und der Operationsmethode. Sie beträgt im Durchschnitt 20%. Den geringsten Prozentsatz gibt Haggard mit 3,1% an bei 42 Fällen, Adams dagegen den höchsten mit 63%. Rankin hatte von 493 Fällen 13,7% Sterblichkeit. Die Geschwülste der rechten Seite bedingen eine geringere Sterblichkeit als die der linken; Allen fand rechts 18,6%, links dagegen 23,8%, Rankin rechts 8,7% (160 Fälle), links 16,2% (333 Fälle). — Fünfjahresheilung: Von 3911 Fällen waren 30,7% geheilt. Die höchste Heilungsziffer fanden Oughterson und Shelton (52,6% von 131 Fällen). Rankin hatte eine Heilung von 45,8% bei 753 Fällen. Die Mayo-Klinik weist 22,2% von 1920 Fällen auf (Pemberton und Dixon). Davon betragen die Heilungen beim Coecum 51,8%, beim Colon transversum 48,9%, Colon descendens 40,6%, Sigmoid 36,9%. — Es werden meistens ältere Leute befallen. Larson fand, daß ein Patient mit 60 Jahren besser operabel ist als mit 50 Jahren, andere Faktoren seien gleich. Die Prognose ist bei Jüngeren wegen des unreifen und daher bösartigeren Typs der Geschwulst zweifelhaft. Bei Kranken unter 30 Jahren fanden die Brüder Rankin den Rectumkrebs in 52% weit vorgeschritten (Grad 3 und 4). — Histologisch findet sich beim Dickdarmkrebs ein Adenocarcinom, Schleimzellen- und Scirrhukrebs. Der Medullar- und Kolloidkrebs hat eine schlechtere Prognose. Von Raifords Kranken überlebte die Fünfjahresgrenze beim Medullar- und Kolloidkrebs keiner, beim Adenokrebs 4. Grad 20%, 3. Grad 22,2%, 2. Grad 24%, 1. Grad 43%; Adeno- mit Kolloidkrebs 34,8%, Scirrhukrebs 50%. Die relativ größere Bösartigkeit des Kolloidkrebses zeigte Hayes (100 Fälle) bei seinem Krankengut. Bei der fungösen Geschwulst, teilweise Schleimzellengeschwulst, findet sich eine schwere sekundäre Anämie, während beim Scirrhukrebs diese weniger oft vorkommt; aber dieser verursacht wieder öfter einen Verschluß. Rankin und Olson fanden bei Geschwülsten, die ins Darmlumen hineinwuchsen, bessere Erfolge als diejenigen, welche sich in Richtung Serosa ausdehnen. — Je größer der Grad der Unreife ist, desto größer ist auch die Bösartigkeit. Rankin teilt die bösartigen Formen in mehrere Grade ein: 1. Grad 12,9%, 2. Grad 2,57%, 3. Grad 21,3%, 4. Grad 8,79%. Bei der Fünfjahresheilung fanden sich 81,4% Grad 1 und 2, 18,6% Grad 3 und 4. Rankin und Olson hatten von 453 Fällen 64,6% Heilung der Gruppe I, 54,5% der Gruppe II, 38,2% der Gruppe III, 30% der Gruppe IV. Dixon und Olson fanden bei Gruppe IV zweimal soviel Metastasen als bei Gruppe I. — Die Ausbreitung der Geschwulst durch den Lymphstrom geschieht auf 2 Wegen: durch eine ringförmige Ausbreitung in den intramuskulären Plexus und durch keilförmige Ausbreitung zum Peritoneum. Raiford fand von 110 Fällen 24,8% Metastasen in den Lymphknoten, 8,9% in der Leber und 10% in anderen Organen. Gewöhnlich sind die Lymphknoten in der Nähe der Geschwulst nach Hayes entzündlicher Natur, dagegen sind die entfernter liegenden vom Krebs betroffen. Harding und Hankins beobachteten 56% Metastasen beim Medullarkrebs, 22% beim Scirrhukrebs und 50% beim gelatinösen Krebs. In 39% fanden sich Lebermetastasen bei der gelatinösen Geschwulst, in 34% beim Scirrhukrebs. — Burgers beobachtete von 480 Fällen in 35,6% akuten Darmverschluß. 13,2% hatten diesen rechts, 86,7% links. Koch fand einen Ileus in 23,6% bei Geschwülsten rechts, in 37,1% bei linken Geschwülsten. Mayo und Hendricks zeigten, daß die rechten Geschwülste weniger oft in der Leber metastasierten als die linken, bei denen wegen des harten Stuhles leichter Verletzungen eintreten. — Paus fand eine Operationssterblichkeit bei Geschwülsten der rechten Seite von 17,1%, bei denen der linken dagegen von 31,1%. Söderlund 82 Kranke: 28 Ileocöcalresektionen mit 5 Todesfällen, 54 Resektionen des Colon transversum und descendens mit 15 Todesfällen. — Öfter ist der Darm an mehreren Stellen befallen: Brindley 119 Fälle, 2 Kranke mit mehreren Geschwülsten. Paus 206 Autopsien, 3,4% mit mehrfachen Geschwülsten, bei 571 klinischen Fällen waren es 2. Mayo und Zellhoefer berichteten über 2 Kranke mit Geschwülsten im Colon und Sigmoid, Klingenstein über einen

Kranken mit einer Geschwulst im Colon transversum; nach Resektion fand sich 5 Jahre später eine Geschwulst im Sigmoid (Resektion); nach weiteren 3 Jahren mußte die Gebärmutter wegen Krebs entfernt werden, und nach 6 Jahren wurde das Colon descendens wegen Krebs reseziert. Oft ist der Krebs verbunden mit Entzündungen, z. B. nach Bargent und Dixon mit chronischer geschwüriger Darmentzündung. Manchmal finden sich Pseudopolypen. — Der Dickdarmkrebs wächst relativ langsam, und die Kranken kommen erst spät zur Behandlung. Nach Jordan hatten 270 Kranke 69 Symptome über 6 Monate, 52 dagegen ein Jahr, und 31 Kranke 2 Jahre und länger. Oughterson und Shelton berichten über 78% ihrer Patienten, die erst 1 Jahr später nach Auftreten der Symptome kamen, 73,4% suchten den Arzt nach 3 Monaten auf. — Die Prognose hängt wesentlich von der Darmpassage ab. Der Verschluß durch Krebsgeschwulst ist gefährlich, da sowohl beim akuten wie chronischen Verschluß toxische Produkte resorbiert werden. Von Grahams Kranke mit Sigmakrebs litten 50% an akutem Darmverschluß. Vor der Resektion wird in solchen Fällen die Colostomie empfohlen. Wurde diese angelegt, so starben von Cheevers Kranke 9,6%, ohne diese dagegen 25,5%. Von 43 Kranke von Finsterer starben 30,2%, die beim akuten Darmverschluß reseziert wurden, dagegen 19,8% von 136 Kranke ohne akuten Verschluß. Roseve Graham hatte 68% Todesfälle bei Resektion mit Darmverschluß, der Prozentsatz sank aber auf 7,6%, wenn vorher die Colostomie angelegt wurde. Die Autoren legten bei einem linksseitigen Krebs stets die Colostomie an. Auf der rechten Seite kann man sofort resezieren, wenn kein Verschluß vorliegt, obgleich es nach Allen und Rankin vorzuziehen ist, auch hier zweizeitig vorzugehen. — Da viele Kranke an Gewicht verloren haben, werden sie vor der Operation calorienreich, aber schlackenfrei ernährt. Außerdem werden ihnen Vitamin C und B gegeben, da bei diesen Gewächsen Vitaminmangel besteht. — Coons fand, daß der Grad der Anämie direkt proportional ist dem Sitz der Geschwulst. — Über die peritoneale Vaccination besteht Meinungsverschiedenheit. Rankin, Bargent und Dixon führten sie ein und empfehlen sie. Hiernach soll bei einer Untersuchungsreihe von 180 Fällen die Mortalität auf 6% abgesunken sein im Gegensatz zu einer ähnlichen Untersuchungsreihe mit 17% Todesfällen. Die Autoren verwenden wie Coller die Vaccinetherapie nur in besonderen Fällen. — Die Todesursache ist sowohl bei den operierten wie nichtoperierten Fällen die Bauchfellentzündung. Bei einer Sammlung von 412 Fällen lag Bauchfellentzündung in 41,7% vor. An zweiter Stelle steht die Lungenentzündung. Allen fand bei 110 Todesfällen 28 mal Komplikationen der Lunge. Schaefer (Kiel).  
Kortivo, B.: Considerazioni cliniche su 81 casi di cancro del retto. (Klinische Betrachtungen über 81 Fälle von Rectumcarcinom.) (*I. Reparto Chir., Osp. Riun., Regina Elena e di S. Maria Maddalena, Trieste.*) Arch. ital. Chir. 56, 600—611 (1939).

Aus den 81 beobachteten Fällen ergibt sich, daß das Rectumcarcinom lange Zeit eine lokale Erkrankung bleibt; Metastasen treten gewöhnlich erst spät auf. Die Frühdiagnose erlaubt daher einen frühzeitigen Eingriff mit der Möglichkeit einer wirklichen Heilung. Die perineale Amputation ist die Operation der Wahl. Radikal ausgeführt beugt sie dem sonst häufig beobachteten Auftreten von lokalen Rezidiven vor. Die Indikation zur Radikaloperation muß weitgefaßt werden. In der Triester Klinik wurden 65,4% der Eingriffe radikal ausgeführt. Die primäre Mortalität betrug 9,4%. Wenn auch die Ergebnisse der Dauerheilung nicht allzu befriedigend waren, so sprechen doch 10,7 und 4 Jahre Geheilte für die durchgeführte Behandlung. K. Rintelen.

**Sawyer, C. F.: Hemangioma of the colon. Report of a case.** (Hämangiom des Colon.) Arch. Surg. 39, 987—991 (1939).

Bericht über die Erkrankung eines 55 Jahre alten Mannes mit den klinischen Zeichen eines Carcinomverschlusses im Dickdarm. Blut fand sich nur manchmal in großen Mengen, fehlte meistens im Stuhl. Der Tumor wurde operativ entfernt. Es fand sich ein 2,5 cm im Durchmesser großes, 5—7 mm dickes, scharf abgegrenztes Capillarhämangiom der Schleimhaut. Tumorobstruktion und Blutungen sind die charakteristischen klinischen Zeichen. Krauspe (Königsberg i. Pr.).

**McKenney, Descom C.: Multiple polyposis: Congenital, heredofamilial malignant.** (Die multiple Polypose, eine angeborene, erbliche und bösartige Erkrankung.) Amer. J. Surg., N. s. 46, 204—216 (1939).

Verf. hat an 3 Stammbäumen festgestellt, daß es sich bei der multiplen Polypose um eine erbliche Erkrankung handelt. Sie ist schon bei kleinen Kindern festzustellen — bisher gelang es noch nicht, ein Neugeborenes zur Untersuchung zu bekommen —, die Polypen wachsen mit zunehmendem Alter, so daß die Polypen bei verschiedenen Kindern gleichen Alters im Durchschnitt die gleiche Größe hatten und bei Geschwistern der Größenunterschied der Polypen dem Altersunterschied entsprach. Von den Patienten, die eine multiple Polypose hatten, starben 38% im Alter von 15—44 Jahren, von den noch Lebenden ist der älteste 20 Jahre alt. Die Krankheit verläuft in den beobachteten Fällen ziemlich gesetzmäßig: bis zu 6, 8 Jahren sind die Kinder meist symptomfrei, dann treten unbestimmte Leibscherzen zeitweise auf, häufigere Stühle, auch manchmal Blut- und Schleimbeimengungen. Später treten häufigere, blutig-schleimige Durchfälle, krampfartige Leibscherzen und sekundäre Anämie auf, Symptome, die sich beim Bösartigwerden der Polypen verstärken. Manche Symptome können von einzelnen, besonders großen Polypen herrühren und nach deren Entfernung zurückgehen, doch ist nach Ansicht des Verf. das Auftreten des Krebses in jugendlichem Alter sicher. Die Diagnose kann röntgenologisch und mit Hilfe des Sigmoidoskops gestellt werden. Als Therapie schlägt Verf. entweder die Entfernung des ganzen Colons und Rectums vor oder die elektrische Entfernung aller durch das Sigmoidoskop erreichbaren Polypen und Exstirpation des übrigen Colons. Erfahrungen hat Verf. mit dieser Therapie noch nicht, bei einem Patienten hatte er die Polypose wiederholt röntgenbestrahl, ohne die frühzeitige Entstehung eines Krebses hindern zu können. Verf. regt an, auf die familiäre Verbreitung dieser Krankheit zu achten, da nur auf diese Weise die Kranken frühzeitiger Behandlung zugeführt werden können. A. Beyer.○

**Swinton, Neil W., and Shields Warren: Polyps of the colon and rectum and their relation to malignancy.** (Polypen des Dickdarms und Mastdarms und ihre Beziehungen zur Bösartigkeit.) (Dep. of Surg., Lahey Clin. a. New England Deaconess Hosp., Boston.) J. amer. med. Assoc. 113, 1927—1933 (1939).

Während der letzten 8 Jahre sind 156 Kranke mit gutartigen und bösartigen Polypen des Mastdarms und Dickdarms operiert worden. Die Polypen dieser Gegend sind nicht das Ergebnis entzündlicher Prozesse der Darmwand, sondern echte Geschwülste, die bei 35% der Fälle in der Mehrzahl zu finden waren. Etwa 70% aller Polypen konnten bereits bei der Rectoskopie gefunden werden, sie verteilen sich etwa in demselben Prozentsatz auf die einzelnen Dickdarmabschnitte, wie auch die Dickdarmkrebs. Die klinischen Symptome sind bei den gutartigen Polypen oft nur gering, ihr erstes Zeichen ist gewöhnlich die Blutung, seltener Störungen der Darmtätigkeit. Der Übergang vom gutartigen Polypen zum bösartigen polypösen Krebs ist häufig und nach dem äußeren Befund oft nicht mit Sicherheit zu erkennen. Eine Probeaus schniedung ist darum stets nötig. Unter 827 Kranken mit Dickdarm- und Mastdarmkrebs konnte in 14% der Nachweis geführt werden, daß die Entwicklung aus dem gutartigen Polypen erfolgt war. In den Resektionspräparaten konnte mehrfach das Nebeneinander gutartiger Polypen über die maligne Degeneration bis zum ausge bildeten adenoiden Krebs nachgewiesen werden. Henningsen (Kiel).○

**Odstrčil, B.: Über spontane Elimination von Darmlipomen.** (Path. Inst., Univ. Prag.) Virchows Arch. 305, 413—431 (1939).

3 Präparate von Darmlipomen werden ausführlich beschrieben, die bei Kranken über 50 Jahre nach mäßigen Darmbeschwerden und meist unter gleichzeitigem Blutaustritt abgingen. Die feingewebige Untersuchung ergab in allen Fällen ausgereifte Fettgeschwülste, die zum Teil mit Darmschleimhaut überzogen waren. Im Schrifttum wurden noch 15 ähnliche Vorkommnisse vom Verf. gefunden. Auch diese Kranken waren alle über 40 Jahre alt. Das Abgehen von Dickdarmgeschwülsten im Stuhl ist auf folgende Weisen möglich: Abreißen des Stieles, Durchschlüpfen der Geschwulst durch ein Schleimhautgeschwür oder durch einen

Schleimhautriß, Invagination der Geschwulst oder Stieldrehung mit anschließender Nekrose. Die meisten der beschriebenen Geschwülste stammen, soweit sich darüber überhaupt ein Nachweis erbringen läßt, aus dem Dickdarm. Die vom Verf. beschriebenen 3 Kranken waren nach Abstoßung der Geschwulst sofort beschwerdefrei. *Junghanns* (Frankfurt a. M.).<sup>o</sup>

**Neumeyer, Gerhard:** Cystisches und kavernöses Chylangioma der Mesenterialwurzel. (*Chir. Klin., Staatl. Akad. f. Prakt. Med., Danzig.*) Bruns' Beitr. **170**, 184—190 (1939).

Verf. beschreibt 2 eigene Fälle: 1. Cystisches Lymphangioma in der Mesenterialwurzel einer mittleren Dünndarmschlinge bei einem 29jährigen Mann, welcher seit 2 Jahren eine wachsende, schließlich gut mannsfaustgroße, glatte, mäßig derbe, nicht schmerzhafte Geschwulst im linken Oberbauch hatte; Exstirpation; Heilung. — 2. Teils cystisches, teils kavernöses Chylangioliom retroperitoneal in der Gekrösewurzel bei einem 41-jährigen Mann, welcher eine gut faustgroße, nicht abgrenzbare, unverschiebbliche, druckschmerzhafte Geschwulst im linken Mittel- und Unterbauch hatte; Exstirpation unmöglich. — Solche cystischen Geschwülste der Mesenterialwurzel sind selten. — Beide Gebilde hatten unbestimmte Magen- und Bauchbeschwerden gemacht. — Hinsichtlich der Frage nach dem Ursprung der Chylangiome dürfte die Auffassung Ribberts als echte Geschwülste zu bevorzugen sein gegenüber der Auffassung anderer als Retentionscysten. *Sonntag* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Marinucci, Gregorio:** Über ein Pankreascystom der Mesenterialwurzel. (*Path. Inst., Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.*) Zbl. Path. **74**, 193—200 (1940).

Bericht über den makro- und mikroanatomischen Befund eines operativ entfernten Tumors von 700g Gewicht, der stielartig mit der Gekrösewurzel verbunden war und nach dem Operationsbericht nicht mit dem Pankreas in Verbindung stand. Wie die Untersuchung bestätigte, handelte es sich um ein Cystadenom des Pankreas — aus einem dystopischen Teil desselben stammend —, dessen Stiel aus Pankreasgewebe bestand. *Reinhardt* (Weißenfels).<sup>o</sup>

**Loeper, M., J. Mallarmé et A. Brault:** Érythroblastose cancéreuse. (Erythroblasten beim Krebs.) Presse méd. **1939 II**, 1205—1207.

Eine 36jährige Frau wird wegen eines hochgradigen Ikterus in die Klinik aufgenommen. Das Blutbild zeigt eine Anämie von 60%, bei 2 Millionen roten Blutkörperchen, wovon 61% Normoblasten sind. Röntgenologisch besteht in beiden Lungen eine Aussaat von linsengroßen Verschattungen. Die Flecken sind über beide Lungenfelder gleichmäßig verteilt. Bald nach dem Eintritt erfolgt der Exitus. Die Autopsie ergibt ein Pankreaskopfcarcinom, das in die Umgebung infiltriert ist. In den Lungen ist eine mililliäre krebsige Metastasierung, ebenso sind in der Leber vereinzelt Metastasen. Das Knochenmark ist mit mikroskopisch kleinen Metastasen durchsetzt, daneben sieht man bis 60% Normoblasten. Es scheint, daß diese Erythroblastose einzig durch den Krebs bedingt ist, denn es bestand keine größere Blutung oder Hämolys. Der Grund der Störung der Erythropoiese ist noch unbekannt. Vielleicht ist sie durch von der Krebszelle abgesonderte toxische Produkte bedingt. *W. Biedermann*.

**Klar, Fritz:** Über Leberkrebs auf dem Boden einer kongenitalen Anlage. (*Senckenberg. Path. Univ.-Inst., Frankfurt a. M.*) Frankf. Z. Path. **54**, 67—103 (1939).

Nach Hammars gehen sowohl das Leberparenchym als auch die Gallengänge aus zwei getrennten Keimanlagen hervor. Die aus diesen beiden Anlagen entstehenden Carcinome behalten ihr charakteristisches Stroma sehr lange bei. Selbst bei stark abgearteten Geschwülsten besteht manchmal noch ein Zwischengewebe, das sie einwandfrei als Leber bzw. als Gallengangscarcinom erkennen läßt. Verf. entwickelt an Hand von 8 Fällen die verschiedenen morphologischen Möglichkeiten, die bei den kongenitalen Leberkrebsen zu sehen sind. Fall 1 und Fall 2 sind klare Fälle von Carcinomen, deren Analogie einerseits zum Leberparenchym und andererseits zu den kleinen Gallengängen offenkundig sind. Anschließend folgen eine Reihe von Gallengangskrebsen, in denen von Fall zu Fall die Abweichung der Tumorzellen in morphologischer und funktioneller Hinsicht von der Normalzelle (Kataplasie nach Fischer Wasels) immer stärker werden. Während Fall 5 gerade noch als Gallengangskrebs zu identifizieren ist, sind die Fälle 6 und 7 bereits gänzlich undifferenziert. Es folgt dann noch die Beschreibung eines Fibrosarkoms der Leber. *Jakob* (Berlin).<sup>o</sup>

**Sausser-Hall, Pierre:** Cancer hépatocellulaire du foie contenant simultanément les métastases d'un cancer pancréatique; ulcère duodénal. (Carcinoma hepatocellulare der Leber; zugleich in der Leber Metastasen eines Pankreascarcinoms; Ulcus duodeni.) (*Inst. Path., Univ., Genève.*) Schweiz. med. Wschr. **1939 II**, 1307—1310.

♂ 58 Jahre alt. War zweimal in Afrika erkrankt an Gelbsucht. Seit 1928 Darmblutungen. 1939 Probelaپarotomie. Hämorrhagische Ascites. Man vermutet ein Ulcus duodeni mit bösartiger Entartung und mit Metastase in der Leber. Probeexcision aus einem Leberknoten:

Bösartiges Adenom der Leber. Gestorben 5 Tage p. o. Obduktion: Ulcus duodeni. Magenblutung. Gangraena pulmonum. Carcinome hepatis mit gelben Metastasen in der cirrhotischen Leber. Außerdem ein Carcinom des Kopfes des Pankreas. Wo das Carcinom in das Duodenum durchgewachsen war, hatte sich das Ulcus duodeni entwickelt. Metastasen des Pankreascarcinoms (weiß) in der Leber. Also doppeltes Carcinom. *Dykstra* (Haarlem).

**Donini, G.: Un caso di lobo succenturiato del fegato trasformato in fibrocavernoma.** (Fibrokavernomatöse Entartung eines überzähligen Leberlappens.) *Pathologica* (Genova) **31**, 421—428 (1939).

Nach einer kurzen Zusammenstellung des Schrifttums über überzählige Leberlappen wird ein eigener Fall mitgeteilt. Bei einer an Bronchopneumonie und Myokarditis gestorbenen 62jährigen Frau wurde am Ligamentum triangulare sinistrum (unter dem Zwerchfellansatz, nahe dem freien Rande) eine kleinhäselnußgroße dunkelrötliche Masse gefunden. Die histologische Untersuchung ergab Reste eines atrophischen Leberlappens (aberrierende Gallenkanälchen). *K. Rintelen* (Berlin).

**Slobozianu, Horia, et Maria Pavlovici-Ghinea: Hémangiomes multiples dans le foie d'un prématûré.** (Multiple Hämangiome in der Leber einer Frühgeburt.) (*Clin. Gynécol. et Obstétr. et Serv. Gén. des Proscutures, „Eforia Spital. Civ.“, Bucarest.*) Bull. Soc. méd. Hôp. Bucarest **21**, 529—530 (1939).

Im Schrifttum fanden sich 11 Beobachtungen über Angiome in der Leber beim Kind. Einmal wurden gleichzeitig 50 Kavernome festgestellt. Bericht über eine eigene Beobachtung. Die Geschwülste bildeten kleine, über die ganze Leber verstreute Knötchen. *Krauspe*.

**Ditz, N.: Sur les cavernomes du foie.** (Über das Kavernom der Leber.) *Chirurgija* Nr **10**, 53—59 (1939) [Russisch].

Bericht über einen Fall vorher vermutungsweise festgestellten Leberkavernoms, das fast den gesamten linken Lappen einnahm und dessen Entfernung durch Resektion des Leberlappens gelang. *Sponholz* (Krakau).

**Ansimov, A.: Au sujet des cavernomes du foie.** (Zur Frage der Leberkavernome.) *Chirurgija* Nr **10**, 50—52 (1939) [Russisch].

58jährige Patientin wird wegen jahrelanger Herz- und Bauchbeschwerden mit der Diagnose „zweikammeriger Leberechinococcus“ operiert. Es stellte sich ein 12 cm im Durchmesser betragendes Kavernom des linken Leberlappens heraus, das reseziert wird. Patientin wurde geheilt. An Hand dieses Falles geht Verf. auf die 26 Fälle zählende Kasuistik von großen, klinische Erscheinungen verursachenden Leberkavernomen ein. *Hesse* (Köln).,

**Friedli, Armin: Zur Pathogenese der diffusen Hämangiomatosis der Leber.** (*Path. Inst., Univ. Zürich.*) Schweiz. Z. allg. Path. **2**, 353—372 (1940).

**Zassenhaus, Günther: Beitrag zur Klinik und Chirurgie der extrahepatischen Gallengangsekarzinome.** (II. Abt., Chir. Univ.-Klin., Hamburg.) Hamburg: Diss. 1938. 23 S.

Es wird über 27 Fälle aus der Chirurgischen Universitätsklinik Hamburg berichtet, die aus diagnostischen und therapeutischen Gründen in leberhilusnahe und Krebse im Bereich des unteren Choledochus unterteilt werden. In allen 4 Fällen der II. Gruppe konnte die Radikaloperation ausgeführt werden. Metastasen wurden bei der Operation nicht gefunden. Eine 47jährige Kranke ist 3 Jahre nach der Operation noch beschwerdefrei. Bei den ebenfalls in diese Gruppe fallenden Krebsen des Pankreaskopfes mit intermittierender Gelbsucht (6 Fälle) konnte durch eine Duodenocholecystostomie eine vorübergehende, durchschnittlich 7,2 Monate betragende Besserung erzielt werden. Ein Kranker lebte 1,5 Jahre. — Die Fälle mit leberhilusnahen Krebsen waren therapeutisch viel ungünstiger. In 7 Fällen konnte nur eine Palliativoperation vorgenommen werden, in den übrigen 10 Fällen mußte der Eingriff wegen ausgedehnter Metastasen auf die Probelaoperatormie beschränkt werden. Alle Kranken starben nach kurzer Zeit. — Bei 4 Kranken konnte eine erbliche Belastung festgestellt werden, bei 2 Kranken bestand eine typische Gallensteinvorgeschichte und bei 4 weiteren wurden bei der Sektion Gallensteine gefunden. *Lenkeit* (Berlin).

**Takeda, Sanehiko: Ein Fall von multiplen primären, als Cholelithiasis operierten Carcinomen der Gallenblase.** (*Chir. Klin., Med. Fachsch., Osaka.*) Arch. jap. Chir. (Kyoto) **17**, 176—183, dtsch. Zusammenfassung 175—176 (1940) [Japanisch].

Einem 48jährigen Arbeiter mit seit 8 Monaten bestehenden kolikartigen Schmerzanfällen,

starker Gelbsucht und in stark heruntergekommenen Allgemeinzustand wurde unter der Diagnose „Gallensteinerkrankung“ die Gallenblase entfernt. An der Übergangsstelle des Halses der stark vergrößerten Gallenblase zum Ductus choledochus fanden sich zwei nebeneinander liegende, doch voneinander unabhängige linsengroße, weiche Tumoren, die sich bei der histologischen Untersuchung als Adenocarcinome herausstellten. 25 Tage nach der Operation starb der Kranke infolge Dickdarmkatarrh und Pyelitis. *Lenkeit* (Berlin).

**Savarese, Ennio:** *Un caso di epithelioma corneificante della cistifellea.* (Verhorrendes Epitheliom der Gallenblase.) (*Sez. Chir., Osp. Civ., Genova [San Martino].*) Arch. ital. Chir. **56**, 595—599 (1939).

Nach überstandenem Typhus behielt eine Frau ausstrahlende Schmerzen im rechten Unterbauch. Etwa 10 Jahre vor dem jetzigen Eingriff trat eine Gallenkolik mit Ikterus und Fieber auf; es wurden damals Gallensteine röntgenologisch festgestellt. Etwa einen Monat vor dem Eingriff bestanden fast dauernd Schmerzen, begleitet von Fieber und Erbrechen. Bei der Operation wurde ein Carcinom der Gallenblasenschleimhaut entfernt. *K. Rintelen.*

**Adams, Payson A., and Howard B. Hunt:** *Differential diagnosis of Wilms' tumor assisted by intramuscular urography.* (Differentialdiagnose beim Wilms-Tumor, unterstützt durch die intramuskuläre Nierendarstellung.) (*Dep. of Urol. a. Radiol., Univ. of Nebraska Coll. of Med., Lincoln.*) J. of Urol. **42**, 689—708 (1939).

Der sog. Wilms'sche Nierentumor ist der häufigste Abdominaltumor beim Kleinkind. Er macht ungefähr 20% sämtlicher Krebse beim Kinde aus. Die häufigsten klinischen Symptome sind ein meist großer unilateraler Tumor im Bauch, der relativ unbeweglich ist. Daneben besteht schlechtes Aussehen, Appetitlosigkeit, Venenzeichnung an der Bauchwand, Erbrechen. Harnblutungen sind sehr selten. Differentialdiagnostisch kommt hauptsächlich das retroperitoneale Sarkom und gelegentlich kongenitale Anomalien (Cystenniere) in Frage. Das Pyelogramm leistet gute Dienste zur Abklärung der Diagnose. Da wo aus technischen Gründen kein intravenöses Pyelogramm gemacht werden kann, wird es vorteilhaft durch ein intramuskuläres Pyelogramm mit 35 proz. Diodrast (Winthrop) ersetzt. Die beste Therapie ist die Röntgenbestrahlung, wenn möglich mit nachfolgender Nephrektomie. *W. Biedermann.*

**Hess, Elmer:** *Bladder tumors. Some personal experiences in the treatment and management of new growths of the renal pelvis, ureter and bladder.* (Blasengeschwülste. Einige eigene Erfahrungen in der Behandlung der Neubildungen des Nierenbeckens, des Harnleiters und der Blase.) Urologic Rev. **43**, 433—439 (1939).

Bei der Untersuchung der Blasengeschwulstverdächtigen ist die größte Genauigkeit am Platze. Wenn ein Patient eine Harnblutung angibt, so ist die Cystoskopie eine unbedingte Notwendigkeit. Verf. führt die diagnostische retrograde Pyelographie ungern aus, wegen der Gefahr der Verschleppung von Geschwulstzellen. Hier ist die intravenöse Pyelographie am Platze. Verf. hält alle Blasengeschwülste für bösartig und behandelt sie entsprechend. Eine andere Auffassung sei wissenschaftlich nicht korrekt. Von 84 seit 1934 beobachteten Fällen waren 42 Fälle Carcinome. 10 Tumoren wurden als Papillome angesehen, 22 als papilläre Carcinome oder maligne Degenerationen von einem Papillom, 9 waren squamöse Carcinome. 1 Tumor war ein Neurofibrosarkom. Die Prognose ist trotz aller Maßnahmen als schlecht zu bezeichnen. Dabei ist das Tempo des Wachstums manchmal erstaunlich wechselnd. Große Tumoren können langsam weiterwachsen, kleine sich manchmal sehr schnell vergrößern. Weniger der Umfang des Tumors als der Typ desselben sind entscheidend für die Prognose. Bei Fällen von Nierenbeckenpapillom mit Uretermetastasen wurde ein Katheter, der Radium enthielt, in den Harnleiter für 2—3 Tage eingelegt. Dadurch wurde der Tumor im Harnleiter zerstört, so daß man mit der einfachen Nephrektomie, statt mit der totalen Nephroureterektomie auskam. *H. Viethen* (Berlin).<sub>o</sub>

**Wada, Masayuki:** *A case of papilloma of the left calyx.* (Papillom der linken Nierenkelche.) (*Dermato-Urol. Clin., Med. Coll., Okayama.*) Okayama-Igakkai-Zasshi **51**, 1976—1986 u. engl. Zusammenfassung 1986—1987 (1939) [Japanisch].

Klinische Beobachtung eines Kranken, dessen erste Symptome eine Hämaturieattacke darstellte. Die Niere wurde mit gutem Erfolge exstirpiert, sie war durch die Papillome auf 225 g Gewicht aufgetrieben. Auf dem Durchschnitt fanden sich sehr viele korallenartige

Gewächse, die die ganze Schleimhaut der Nierenkelche bedeckten. Die Rinde war druckatrophisch. Mikroskopisch typisches Papillom. *Ostertag* (Berlin).

**Frola, Goffredo:** *Su di un caso di tumore renale misto maligno dell'età infantile sviluppatisi in rene affetto da amartoma.* (Maligner Mischtumor der Niere im Kindesalter ausgehend von einer Niere mit einem Hamartom.) (*Clin. Pediatr., Univ., Bari.*) Arch. ital. Pediatr. **7**, 118—135 (1939).

Bei einem 5jährigen Mädchen wurde ein Nierentumor entfernt. Die Niere wog 25 g, die Tumormasse 1650 g. Die Veränderungen der Niere stellten ein Hamartom dar, der Tumor war eine Mischgeschwulst. Histologische Einzelheiten sind dem Original zu entnehmen; umfangreiche Schrifttumsangaben. *K. Rintelen* (Berlin).

**Farkas, K.:** *Zur Kasuistik der selteneren Nierentumoren. (Diffuses, kavernöses Hämangiom und „malignes Nephrom“.)* (*Path. u. Exp. Krebsforsch.-Inst., Univ., Budapest.*) Virchows Arch. **304**, 473—480 (1939).

Die Arbeit enthält die pathologisch-anatomisch und histologische Beschreibung von 2 seltenen Nierentumoren.

Im 1. Fall handelt es sich um ein Hämangioendotheliom (gemischtes diffuses, kavernöses und racemoses Angiom), im zweiten um einen gemischten embryonalen Nierentumor, der auch gewisse Merkmale eines Adenocarcinoms besaß. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *M. Gukelberger* (Bern).<sub>o</sub>

**Kickham, C. J. E., and Henry L. Jaffe:** *The upper urinary tract in bladder tumors.* (Der obere Harntrakt in Fällen von Blasengeschwülsten.) (*Urol. Serv., Pondville Hosp. [Massachusetts Dep. of Publ. Health], Boston.*) J. of Urol. **42**, 131—139 (1939).

Bericht aus einem Krebsspital über 182 Fälle von Blasentumoren aus einem Zeitraum von 12 Jahren. Größtenteils handelte es sich um maligne Geschwülste. Klinische, darauf zu beziehende Zeichen fehlen fast stets. In 87% der Fälle war das Trigonum ergriffen. Bei 96 Patienten wurde die Ausscheidungsurographie gemacht, in 79% schwere oder schwerste Ausscheidungsstörungen gefunden. Die Verzögerung war manchmal so hochgradig, daß erst Aufnahmen nach 6—24 Stunden ein Nierenbeckenbild ergaben. Für die Bestimmung der Nierenfunktion ist die Phthaleinprobe und der Blutrest-N von größter Bedeutung, bei ersterem ist aber der oft hohe Blutgehalt des Harnes sehr störend, der Rest-N wieder wurde in manchen Fällen von vorgeschrittener Nierenschädigung noch normal gefunden. Darauf, daß der Rest-N bis zu den eigentlichen Urämiestadien noch normal bleiben kann, haben auch schon Graves und Militzer aus der gleichen Klinik hingewiesen. — Es wird dann weiter auf die Maßnahmen zur Verhinderung und Besserung von Nierenstörungen hingewiesen. Bei Fällen, wo der Tumor in der Nähe einer Uretermündung liegt, soll ein Harnleiterkatheter eingeführt werden, wenn dort koaguliert oderreseziert wird, um einen Verschluß durch das Ödem zu verhindern. Resektionen nach suprapubischer Eröffnung der Blase werden nur ausgeführt, wenn der Tumor nicht die Blasenbasis ergriffen hat. Bei totaler Cystektomie am besten Darmenpflanzung, sind die Ureteren aber erweitert und der Harn infiziert, so besser Nephrostomie. *Hryntschat* (Wien).<sub>o</sub>

**Ash, James E.: Comments on the pathology of bladder epithelial tumors.** (Betrachtungen über die Pathologie epithelialer Blasengeschwülste.) Urologic Rev. **43**, 705 bis 709 (1939).

Die Einteilung derselben wird folgendermaßen vorgenommen: 1. papilläre Form, 2. solide Geschwülste, 3. das Adenocarcinom. Die jüngsten Patienten waren zwischen 10 und 20 Jahren zu verzeichnen. Die größte Ziffer liefert das 6. Jahrzehnt. Die Todesursachen waren zum Teil aufsteigende Harninfektion, aber auch andere Ursachen kommen in Frage. Histologische Betrachtungen beschließen die Arbeit. *Roedelius.*<sup>oo</sup>

**Uhlmann, Erich, Abraham Grossman and Joseph K. Calvin:** *Rhabdomyosarcoma of the urinary bladder.* (Rhabdomyosarkom der Harnblase.) (*Tumor Clin. a. Dep. of Pediatr. [Sarah Morris Hosp. J, Michael Reese Hosp., Chicago.] Ann. Surg. 109*, 624 bis 631 (1939).

Nach einem Überblick über die Literatur der Rhabdo- und Leiomyosarkome der Harnblase gehen Verff. auf die Pathogenese der ersten ein. Die eine Theorie besagt,

daß als Ausgangspunkt im vorderen Anteil der Prostata entsprechend dem äußeren Blasenschließmuskel quergestreifte Muskelfasern gefunden wurden, wahrscheinlicher ist aber, daß diese Tumoren von Zellen der Bauchmuskulatur entstehen, die während des Auswachsens des Wolfschen Ganges disloziert worden sind. Makroskopisch sind die Geschwülste von grauweißlicher bis graugelblicher Farbe, fleischartiger Konsistenz und glatter Oberfläche. Sie wachsen mit Vorliebe in das Cavum praepitoneale Retzii und sind nach innen zu mit glatter Blasenschleimhaut überzogen. Metastasen sind selten, lokale Rezidive hingegen die Regel. Histologisch enthalten sie Zellen mit longitudinal und quergestreiften Fibrillen, deren Größe sehr schwankend ist. Klinisch machen sie gewöhnlich Symptome in Form von Schmerhaftigkeit der Blasengegend oder sind gleich als Tumoren tastbar. Initiale Hämaturie ist selten, hingegen kommt es häufig zu teilweisen oder kompletten Retentionen und zur Dysurie. Die Diagnose kann cystoskopisch gestellt werden. Die Prognose ist schlecht, keiner der operierten Fälle lebte länger als 1 Jahr, trotz postoperativer Röntgen- oder Radiumbestrahlung. Es wurde daher die totale Cystektomie mit Uretereneinpflanzung vorgeschlagen. — Der von den Verff. geschilderte Fall ist der siebente in der Literatur und betrifft einen 10 Monate alten Knaben. Mit 8 Monaten bekam er Miktionssbeschwerden, und es wurde in einem Spital eine Blasenfistel angelegt, wobei eine Blasengeschwulst festgestellt werden konnte. Zur Zeit der Einlieferung war der Tumor bereits aus der Fistel durch die Bauchdecken in einer Größe von 12:6 cm herausgewachsen. Metastasen konnten keine nachgewiesen werden. Der Harn war blutig tingiert. Als Behandlung wurde mit Radiumträgern bestrahlt, worauf sich der Tumor sichtlich verkleinerte. Da aber das Kind rapid an Gewicht abnahm, mußte die Bestrahlung unterbrochen werden. 4 Wochen später starb das Kind an Inanition. Die pathologisch-anatomische Untersuchung ergab ein Rhabdomyosarkom. — Zum Schluß erwähnen Verff. das Vorkommen dieser Tumoren in anderen Organen, besonders in der Skelettmusculatur, im Herzen, in Niere, Prostata, Hoden, Uterus und Vulva.

H. Weber (Wien).°

**Vermooten, Vincent:** *Rhabdomyomyxosarcoma of the bladder: Case report.* (Bericht über einen Fall von Rhabdomyomyxosarkom der Harnblase.) J. of Urol. **42**, 126—130 (1939).

20 Monate altes Mädchen, seit 10 Tagen erkrankt mit Fieber, erschwerter und häufiger Miktion, schließlich Schüttelfrösche und Blutharn. Seit  $\frac{1}{2}$  Jahr Verstopfung und Appetitverlust. Harn eitrig-trüb, Blase bis zum Nabel reichend. Cystographisch-Füllungsdefekt in der Blase und beiderseitiger Rückfluß in erweiterte und geschlängelte Ureteren, beidseitige Hydronephrose. Cystoskopisch Neoplasma am Blasenhals, Trabekelblase, Klaffen beider Ostien, Infektion beider Nieren. Katheterung 2 mal täglich, kurz darauf Vorfall des Tumors in die Harnröhre und Narkosetod während des Repositionsversuches. Autoptisch Bronchopneumonie und großes gestieltes Rhabdomyomyxosarkom der Blase ohne Metastasen, abscedierende Pyelonephritis bil. 3 Abbildungen von der makroskopisch traubenähnlichen Geschwulst, von der bisher 5 Fälle beschrieben sind.

Chwalla (Wien).°

**Lowrey, Stanley R.:** *Adenocarcinoma of the bladder.* (Adenocarcinom der Blase.) (Dep. of Urol., St. Michael's Hosp., Toronto.) J. of Urol. **42**, 118—125 (1939).

Bei dem interessanten Typ des Adenocarcinoms der Blase, der selten ist, auf 150 Fälle 1mal bzw. auf 300 Blasentumorfälle 5mal, beleuchtet Verf. an Hand der Literatur die Möglichkeit seiner Entstehung. In Frage kommt die Entwicklung 1. aus Urachusresten; 2. aus versprengten Germinativzellen des Gastrointestinaltrakts und 3. aus metaplastischen Veränderungen der Blasenschleimhaut selbst. Zu letzteren Fällen bringt Verf. Berichte über die sog. Cystitis cystica, Cystitis glandularis (Schleimbildung!) und deren Fortentwicklung zum Adenocarcinom. Der Sitz des Tumors wird gestreift. Besondere Beachtung finden die Untersuchungen an Tumoren in extrofischen Blasen. Als 4. Erklärung wird die Entstehung des Adenocarcinoms aus dem Prostata- oder Samenblasengewebe gegeben. Es folgen 5 einschlägige Fälle mit ausführlicher Verlaufsbeschreibung, worunter ein Fall, der erst benigne Papillome aufwies und später den beschriebenen Tumor aufwies, am ehesten für die Theorie der Metaplasierung spreche.

O. Boden (Köln).°

**Munger, Arbor D.: Primary mesothelial tumor (leiomyoma malignum) of the bladder with secondary involvement of the abdominal cavity.** (Primärer Mesothelialtumor [Leiomyoma malignum] der Blase mit sekundärer Einwucherung in die Bauchhöhle.) J. of Urol. 42, 229—235 (1939).

Beschreibung der Krankengeschichte einer 36-jährigen Frau mit Harnbluten seit 5 Wochen. Allerdings war früher auch schon einmal vorübergehend Bluti m Urin aufgetreten. Oberhalb der Symphyse fühlte man eine harte ungleichmäßige bis zum Nabel reichende Geschwulst. Von der Blase aus besichtigt, war die Geschwulst gestielt und konnte von allen Seiten mit dem Cystoskop besichtigt werden. Die Befestigung war am Blasenvertex. Metastasen waren aber nicht zu finden. Diagnose: Maligner Blasentumor — inoperabel. Tiefentherapie! — Da aber der Gesamtzustand sich eher auf die Dauer verbesserte, wurde die Diagnose Malignität wieder fallen gelassen. Schließlich Operation. Die Geschwulst entwickelte sich an der Blasendecke und an der Partie vor der Blase. Sie zog sich aber auch gegen das Peritoneum zu und streckte sich gegen die Bauchhöhle aus. Resektion der tumorösen Blasenwand transperitoneal. Rekonstruktion der Blasen- und Peritonealverhältnisse. Gute Erholung der Kranken. Pathologische Diagnose des Tumors: Leiomyoma malignum. *H. Viethen* (Berlin).<sup>oo</sup>

**Waard, T. de: Two rare cases of bladder tumor (urachus tumor).** (Zwei seltene Fälle einer Blasengeschwulst [Urachusgeschwülste].) J. of Urol. 42, 554—558 (1939).

Bei einer 45-jährigen Frau wurde durch Sectio alta ein mandarinengroßer Tumor, der im oberen Teil der Blase in der Mittellinie lag, entfernt. Einige Monate später wurde bei einem 37-jährigen Mann ein ähnlicher Fall operiert. Beide Kranken wurden geheilt. (Die Länge der Beobachtungszeit ist nicht angegeben.) Die Tumoren ragten im cystoskopischen Bild wenig in die Blase hervor, da der größere Teil von ihnen nach außen gewachsen war. Bei beiden Geschwüsten fand sich in der Mitte ein von der Blase her zugängiger Gang, der bei der einen 2 cm tief, bei der anderen flacher war. Er wurde als Urachusrest angesprochen. Histologisch fand sich im 1. Fall ein Kolloidcarcinom (Adenocarcinoma gelatinosum), bei dem anderen ein Adenocarcinom mit Schleimpproduktion. Diese Art von Geschwüsten kommen nur in 2% aller Blasengeschwülste vor. *Lang* (Bremen).<sup>o</sup>

**Graves, Roger Colgate: The treatment of tumors of the urinary bladder.** (Die Behandlung der Harnblasengeschwülste.) J. of Urol. 42, 396—409 (1939).

Allgemeine Ausführungen, gestützt auf Eigenbeobachtung von 250 Fällen. 4 mal unter 43 Blasenkrebsen sah Verf. Knochenmetastasen. Für die Indikationsstellung sind i.v. Urographie und Cystographie (3% NaJ) von Bedeutung. Verf. ist gegen grundsätzliche Probeexcisionen. Zur cystoskopischen Fulguration und Spickung eignen sich leicht erreichbare, bis zu 1 cm im größten Durchmesser haltende primäre oder Rezidivgewächse. Vorderwand- und Scheiteltumoren sowie die Geschwülste im oberen Teil der Blasenhinterwand sollen der elektrochirurgischen Blasenresektion unterworfen und dabei in 1 cm Entfernung umschnitten werden. Bei den Seitenwand- und Trigonatumoren mit Infiltration einer Uretermündung zieht Verf. der Blasenresektion eine offene Elektrokoagulation in Lumbalanästhesie mit Schlingenelektrode oder Wapplerschlinge und unbedingt nachfolgender Spickung mit Gold- oder Platinemanationscapillaren à 1,5 Millicurie in etwa 1 cm Entfernung voneinander und Tiefe vor. Ebenso wichtig wie die Operation ist die Nachbehandlung. Sehr große Tumoren oder Trigonumgewächse mit Infiltration beider Ostien ohne Metastasen, Papillomatosen usw. erfordern die Cystektomie mit vorheriger Einpflanzung unveränderter, nicht infizierter Harnleiter in den Darm, sonst voraufgehende Nephrostomie, die der Ureterostomie vorgezogen wird. Die Röntgenbestrahlung mit starken Dosen von außen hat den Verf. enttäuscht. Zur Stillung von Tumorblutungen und als Palliativmittel ist sie berechtigt. *Chwalla* (Wien).<sup>oo</sup>

**Hinman, Frank, and Donald Smith: Total cystectomy for cancer. A critical review.** (Entfernung der ganzen Blase bei Krebs derselben.) (Dep. of Surg., Div. of Urol., Univ. of California, San Francisco.) Surgery 6, 851—881 (1939).

Die erste derartige Operation wurde 1887 von Bardenheuer ausgeführt. Im Schrifttum wurden 254 Fälle gefunden mit einer Operationssterblichkeit von 34,2%. Die Harnleiter können in die Wunde eingenäht werden oder in die Bauchhaut, oder in den Darm eingepflanzt werden. In anderen Fällen wurde eine Nierenfistel angelegt. Wenn der Krebs bereits die Blase überschritten hat, müssen die Nachbarorgane, wie Uterus usw. mit entfernt werden. Die hohe Sterblichkeit erklärt sich aus einer ganzen Reihe von Komplikationen. Nächst der unmittelbaren Operationssterblichkeit sind folgende Todesursachen aufgezeichnet und statistisch ausgerechnet: Anurie und Urämie, Peritonitis, Lungenentzündung, Wundinfektion mit Sepsis, Pyelonephritis und einige seltene Sachen. Die Technik wird an der Hand von Bildern beschrieben. Ferner

ist ein Verzeichnis aller bisher operierter Fälle mit Jahreszahlen und Autorennamen bis zum Jahre 1939 beigefügt sowie ein ausführliches Schriftenverzeichnis. *Roedelius.*

**Fittipaldi, Corrado:** Considerazioni sui „tumori vascolari“ dell’uretra. (Über die „Blutgefäßneubildungen“ der Harnröhre.) (*Istit. di Anat. ed Istol. Pat., Univ., Napoli.*) Arch. Ostetr., II. s. 3, 405—421 (1939).

Die Meinungen der verschiedenen Autoren über die Häufigkeit, die Diagnose und die Pathogenese der Angiome der Harnröhre weichen sehr voneinander ab. Das hängt, nach Verf., von einer mangelhaften histologischen Untersuchung der einschlägigen Veränderungen ab. Bei 3 persönlichen Fällen, die klinisch ungefähr ähnliches Verhalten zeigten, handelte es sich um Cavernom beim 1. Fall, um Hamartoblastom beim 2. Fall und um einfache Venenektasien beim 3. Fall. *Carere-Comes* (Siena).<sup>o</sup>

**Rabl, Rudolf:** Architekturstudien bei sogenannten Prostatahypertrophien. (*Path. Inst., Städt. Krankenanst., Kiel.*) Virchows Arch. 305, 1—19 (1939) u. Kiel: Habilitationsschrift 1939.

An 2 operativ entnommenen Prostatahypertrophien (paraurethralen Drüsen) wurden Untersuchungen vorgenommen, einmal Kernmessungen an normalen, wachsen- den und cystischen Teilen der Drüsen und außerdem Rekonstruktionen nach Serien- schnitten aus den verschiedenen Teilen der Drüsen. Es lassen sich normale und veränderte Wachstumsvorgänge nachweisen. Die normalen Wachstumsvorgänge führen zu einer Vergrößerung des Drüsenaumes, seine Anordnung, seine Aufteilung und die Art des Wachstums entsprechen den von Heidenhain für andere Drüsen festgestellten Bedingungen. Die cystischen Bildungen entstehen nicht durch Erweiterung normal gewachsener Drüsenteile, etwa durch Sekretstauung, sondern durch ein von vornherein atypisches Wachstum, eine Störung der Teilungsfähigkeit der Drüsen. Die cystischen Bildungen beginnen in den zentralen Abschnitten, die normal verlaufenden Wachstums- vorgänge, die die größere Rolle bei der Vergrößerung der paraurethralen Drüsen spielen, finden sich in der Peripherie. Bezuglich der Ursache dieser Vorgänge verweist Verf. auf die neuesten experimentellen Untersuchungen, die einen Zusammenhang mit der inneren Sekretion der Hoden und vielleicht auch eine indirekte Wirkung der Hypophyse wahrscheinlich machen. Diese innersekretorische Ursache würde die Untersuchungs- ergebnisse des Verf. gut erklären, daß nämlich die Vergrößerung der paraurethralen Drüsen durch Wachstumsvorgänge und höchstens durch dadurch entstandene lokale Störungen bedingt ist und nicht durch Veränderungen der Ausführungsgänge, die nur eine mechanische Wirkung auf die Drüsen selbst hätten. *A. Beyer* (Berlin).<sup>o</sup>

**Joeck, Hans:** Über die Häufigkeit, Altersverteilung und das Auftreten des Prostata- carcinoms im jugendlichen Alter. (*Chir. Univ.-Klin., Berlin.*) Arch. klin. Chir. 197, 885—896 (1940).

Verf. bringt interessante Zahlen aus der Reichs-Carcinomstatistik von Dormanns über die Altersverteilung des Krebses. Aus dieser und anderen großen, insbesondere amerikanischen Statistiken ergibt sich ein recht hohes Durchschnittsalter für das Prostatacarcinom. Es ist außerordentlich selten im jugendlichen Alter. In der Statistik von Dormanns (1326 Prostatacarcinome) waren Männer unter 40 Jahren in 0,5%, in der von John Duff (1904 Prostatacarcinome) in 1,5% der Fälle betroffen. Verf. konnte 6 jugendliche Fälle von Prostatacarcinom, darunter 2 Kindern im Alter von 1,8 und  $3\frac{3}{4}$  Jahren, mit eingehenden Krankengeschichten aus der internationalen Literatur zusammenstellen. Gleichzeitig wird über einen 35jährigen Kranken aus der Berliner Chirurgischen Universitätsklinik in der Ziegelstraße berichtet, bei dem eine ausgedehnte Metastasierung in der Haut und in fast allen Organen und Knochen bestand. Histologisch handelte es sich um ein verfettendes, anaplastisches Adenocarcinom der Prostata. *Lenkeit* (Berlin).

**Zehn, P.:** Die Prostata-„Hypertrophie“. Fortschr. Ther. 15, 496—501 (1939).

Verf. behauptet, daß es ihm ohne Ausnahme gelingt, die zuerst als Knoten fühl- baren und cystoskopisch als Mittellappen und Torbogen festgestellten Vergrößerungen

der Prostata mit Anertan zu beseitigen und nach kurzer Zeit die normale Blasenentleerung wiederherzustellen. Auf Grund seiner sicheren Erfolge benutzt Verf. Anertan auch zu diagnostischen Zwecken und stellt fest, daß die Versager ausnahmslos Prostatacarcinome sind. Dementsprechend wird die Operation und die Elektroresektion für die sog. Prostatahypertrophie, die er in allen Fällen als harmlose PrH. bezeichnet, und für das Prostatacarcinom abgelehnt. Weiterhin glaubt Verf. mit rechtzeitiger Anertanbehandlung die Carcinomgefahr bannen zu können. Zunächst vom Prostatacarcinom ausgehend und sich auf Untersuchungen Sauerbruchs berufend, daß eine gestörte Sexualität beim Wachstum bösartiger Geschwülste eine Rolle spielt, vermutet Verf., daß die Krebskrankheit nichts weiter sei, als eine erblich bedingte gesteigerte Hormonmangelkrankheit. Er glaubt, das Krebsproblem mit größter Wahrscheinlichkeit mit prophylaktischen Gaben von Sexualhormonen lösen zu können. Er fordert, daß jeder Krebsverdächtige und jeder Mensch in präklimakterischem Stadium hormonisiert wird, wodurch die Krebskrankheit als Volksseuche in absehbarer Zeit erlöschene würde.

Hubmann (Wolfenbüttel).).

**Blanc, Henry:** *La prostatite ligneuse hypertrophique pseudo-néoplasique.* (Prostataitis lignosa hypertrophicans pseudoneoplasmatica.) J. belge Urol. 12, 296—302 (1939).

Bericht über einen sehr interessanten Fall eines 53 jährigen Mannes, bei dem sich ohne vorherige Anzeichen innerhalb von 8 Tagen eine völlige Harnverhaltung ausbildete. Die Untersuchung vom After aus ergab eine sehr große, weit ins Rectum vorspringende Prostata, steinhart, nach unten und nach den Seiten zu scharf abgrenzbar, weniger gut nach oben hin. Der rechte und der linke Lappen sind jeder für sich zu palpieren. Über dem rechten ist noch eine dritte, wahrscheinlich der Samenblase zugehörige harte Geschwulst zu fühlen. Keine Periprostatitis, keine druckempfindlichen oder weicheren Stellen. Cystoskopisch ebenfalls vorspringende Prostataknoten mit etwas Ödem und blutunterlaufenen Stellen. — Nach einer indifferenten Behandlung stellt sich die freie Harnentleerung wieder ein, der Harn wird klar, aber 5 Wochen später keinerlei Veränderung des rectalen Befundes. Jetzt werden Suppositorien verordnet, jedes 0,05 Mg-Chlorid und Radiumbromid enthaltend. 20 Stück innerhalb von 3 Wochen. Die rectale Untersuchung ergibt dann eine völlig normalgroße Prostata von normaler Konsistenz, die Massage ein völlig normales Sekret. Auch cystoskopisch wieder völlig normale Verhältnisse!

Marion hat vor kurzem über eine Form der hypertrophierenden pseudoneoplasmatischen Form der Prostata gesprochen, wobei er allerdings eine ausgesprochene Periprostatitis beobachtete; diese Fälle haben keinerlei Neigung zur Resorption und sollen incidiert werden, um den Eiterherd zu finden und zu entleeren. Es scheint sich dabei jedoch nicht um die gleiche Form zu handeln wie die von Blanc beobachtete. B. geht dann weiter auf die Differentialdiagnose dieser Form ein, die so schwer vom Ca. zu trennen ist, daß es wahrscheinlich erscheint, daß viele Fälle von geheiltem Prostata-Ca. in Wahrheit dieser entzündlichen Form zuzuzählen sind. Die Charakteristica seines eigenen Falles waren: 1. Starke Vergrößerung der Prostata; 2. gleichmäßige „holzartige“ Verhärtung; 3. Fehlen von allgemeinen Erscheinungen und ausgezeichneter Gesamtzustand; 4. geringe lokale Erscheinungen; 5. Gegensatz zwischen lokalem Befund und Beschwerden; 6. schlechender Beginn; 7. Versagen der üblichen Behandlungsmethoden (wobei B. jedoch die Röntgentherapie überhaupt nicht erwähnt; Ref.). Die beschriebene Form von indurierender Prostatitis ist von der banalen sklerosierenden Form wohl zu unterscheiden, bei der die Drüse im ganzen nicht vergrößert ist, wo sie nur einzelne harte Knoten enthält, die auf Massage usw. weicher werden, und bei denen das ausgedrückte Sekret mehr minder reichlich Leukocyten enthält. Freilich gibt es auch eine weitere Form, bei der die ganze Drüse zwar ergriffen ist, wobei aber bei der Massage Schmerz geäußert wird, der Harn zumeist trüb ist und in der Anamnese eine Urethritis nicht fehlt. In Frage kommt ferner eine Entzündung bei bestehenden Adenomen, wobei das Alter des Kranken, der trübe Harn, die mehr knotige Verhärtung für die Diagnose der Erkrankung ausschlaggebend ist. Die Härte ist auch niemals eine überaus große, und schließlich wäre noch die von Marion erwähnte Form in Betracht zu ziehen, bei der aber die harte periprostatische Infiltration im Vordergrund steht.

Daß die von B. beschriebene Form klinisch vom Ca. kaum zu trennen ist, wurde schon erwähnt, der allgemeine Zustand und die fehlende Drüseninfiltration wären noch zu beachten.

*Hryntschat (Wien).*°°

**Keen, Morris Robert:** *The leiomyomatous prostate.* (Leiomyomatose der Prostata.) J. of Urol. 42, 158—170 (1939).

Innerhalb der letzten 14 Jahre wurden 20 Fälle veröffentlicht. In einem eigenen, ausführlich geschilderten Fall von Prostatektomie ergab die mikroskopische Untersuchung ein Leiomyom ohne jegliche glanduläre Beimengung. *Hryntschat (Wien).*°°

**Nakao, Chitari, und Hiroshi Itō:** *Ein Fall von einer enorm großen Cyste der Samenblase.* (39. ann. conf. of the Japan. Dermatol. Assoc., sect. of urol., Tokyo, 1.—2. IV. 1939.) Jap. J. of Dermat. 46, 20—21 (1939).

Bei dem 67jährigen Patienten, bei welchem seit 1 Monat Harnträufeln, Retention, Defäkationsschmerz und Obstipationsneigung bestanden hatte, fand sich bei der objektiven Untersuchung die Blasengegend diffus aufgetrieben, gedämpft und leicht druckempfindlich. Rectaler Befund: Großer Tumor in der Prostatagegend mit teils derber, teils leicht fluktuerender Oberfläche. Sein Oberteil ist nicht fühlbar. Keine Druckempfindlichkeit. Urin leicht blutig und eitrig. Die Vesiculographie ergab: Rechter Samenblasenschatten mannsfaustgroß, rundlich, in Mitte der kleinen Beckenhöhle liegend. Linke Samenblase fast normal nur leicht nach links abgedrängt. Diagnose: Rechte Samenblasencyste. Therapie: Resektion eines Teiles der Cystenwand. In der Cyste fanden sich 180 cem bräunlich-schwärzliche Flüssigkeit. Exitus infolge allgemeiner Schwäche. Sektionsbefund: Nieren, Ureteren, Blase. Hoden und Nebenhoden, Samenstrang und linker Prostatalappen o. B. Rechter Prostatalappen stark hypertrophisch, rechte Samenblase unilokular cystisch und mit Harnblase und Rectum stark verwachsen. Der rechte Samenstrang mündet in diese Cyste. Beide Ducti ejaculatorii durchgängig.

*E. Finckh (Überlingen a. Bodensee).*°°

**Christopoulos, Demetrius G.:** *Recent interpretations of the pathology of solid testicular tumors.* (Neuere Untersuchungen über die Pathologie der soliden Hodentumoren.) (Dep. of Path., Wayne Univ. Coll. of Med., St. Joseph's Mercy Hosp., Detroit a. St. Francis Hosp., Hamtramck, Michigan.) Urologic Rev. 44, 32—39 (1940).

Nach entwicklungsgeschichtlichen Prinzipien teilt man die soliden Hodengeschwülste in folgender Weise ein: 1. Teratome, die sich aus versprengten Zellen der Körperblastomeren im Mesenchym des Hodens entwickeln. 2. Neutrale Parenchymzellen der männlichen und weiblichen Keimdrüsen, die als embryonale Relikte zurückbleiben und zu Dysgerminomen auswachsen. 3. Geschwülste, die nur auf den Hoden beschränkt sind, nämlich die sog. Sertoli-Zelltumoren, die aus embryonalen Überbleibseln der normalen Parenchymzellen bestehen. Der anatomische Bau der einzelnen Geschwulstformen wird genauer geschildert. Abschließende Abschnitte behandeln die Beurteilung der Bösartigkeit und der Strahlenempfindlichkeit. Verf. stellt dabei folgende Reihe auf: 1. Teratome vom Typus des Chorioms, 2. unreife Teratome Typus der Ewingschen embryonalen malignen Tumoren, 3. mittelreife Teratome Ewings embryoide, teratoide oder gemischte Geschwülste, 4. Dysgerminome bzw. Seminome, und 5. reife Teratome, Embryome oder Teratome Ewings, letztere nur potentieller Malignität. Besprochen wird die Art der Metastasenbildung, Teratome metastasieren sehr bald, während Seminome erst später dazukommen und sich oft nicht weiter als bis zur ersten Station der Lumbaldrüsen ausbreiten. Die inkretorische Funktion der genannten Geschwülste wird zum Schluß gestreift.

*Krauspe (Königsberg i. Pr.).*

**Bolek, L.:** *Über Hodengeschwülste.* Bratislav. lek. Listy 19, 315—335 u. dtsc. Zusammenfassung 35—36 (1939) [Slowakisch].

Verf. gibt zuerst einen Überblick über Genese und pathologische Anatomie der Hodentumoren, dann bespricht er die im Laufe von ungefähr 20 Jahren an der Preßburger Klinik behandelten Hodentumoren, im ganzen 36, von denen die Hälfte Seminome waren, ein kleiner Teil wurde als Sarkom erkannt, der Rest nicht histologisch untersucht. Meist wurde von den Patienten anamnestisch ein Trauma, das 3 Monate bis 8 Jahre zurücklag, angegeben. Abschließend berichtet er von der Umwandlung eines ektopischen Hodens in ein Seminom von 925 g Gewicht.

*Plachetsky.*

**Fedeles-Findeisen, Lászlo:** Über die Hodengeschwülste. *Orvosképzés* 29, Bakay-Sonderh., 378—387 (1939) [Ungarisch].

Im Vergleich zu der Häufigkeit der Geschwülste anderer Organe sind die des Hodens als selten zu betrachten. Was das Alter der hier berichteten Fälle betrifft, so waren von den 17 Kranken 10 im Alter zwischen 20 und 40 Jahren. In 12 Fällen war der rechte Hoden ergriffen. Das Trauma als Auslösungszeitpunkt ist in 8 Fällen angegeben worden, und zwar als durchschnittlich 9 Monate der Erkrankung vorausgehend. Histologisch war das Seminom am häufigsten (8mal auf 17 Fälle) vertreten. In 4 Fällen war ein Sarkom festzustellen und 2mal ein Carcinom. 2 weitere Kranke zeigten gutartige Geschwülste (Adenocystofibroma und Angioma), ohne vorherige Traumata. Die Prognose der bösartigen Formen war durchaus schlecht. Nur ein Fall von Seminom war nach Ablauf von 3 Jahren noch am Leben. Nach frühzeitiger Diagnose ist die Kastration mit Entfernung der regionären Drüsen und nachfolgender Röntgenbestrahlung durchzuführen.

H. Hruszek (Reutlingen).

**Branden, F. van den:** Évolution anormale d'une tumeur du testicule. (Anormale Entwicklung eines Hodentumors.) *J. belge Urol.* 13, 25—26 (1940).

Es handelt sich um eine krebsige Metaplasie des Hodens und Nebenhodens, letzterer mit Cystenbildung.

Merten (Köln).

**Boleek, L.:** Seminom im kompensatorisch hypertrophierten Hoden. (*Chir. Klin. u. Histol. Embryol. Inst., Univ. Bratislava.*) Frankf. Z. Path. 54, 126—130 (1939).

Verf. berichtet über einen Fall von Geschwulstbildung in einem kompensatorisch hypertrophierten Hoden bei einem 43jährigen Mann. Der rechte Hoden fehlte im Hodensack, der linke war richtig descendiert und vergrößert. Rechts fand sich im Unterbauch ein kindskopfgroßer Tumor, der vom retinierten Bauchhoden ausgegangen war. Er wurde operativ entfernt und wog 925 g. Der Nebenhoden und das Vas deferens fehlten rechts. Der linke Hoden war seit der Pubertät kompensatorisch hypertrophiert und ebenfalls tumorös verändert; er wog 246 g. Mikroskopisch fand sich beidseits ein Seminom von gleichem histologischen Aufbau, ausgehend vom Epithel der gewundenen Hodenkanälchen, ohne Leydig'sche Zwischenzellen im Interstitium. Verf. nimmt eine beidseitige primäre Erkrankung der Hoden an. Danach wäre der vorliegende Fall die erste Beobachtung einer primären Tumorbildung in einem kompensatorisch hypertrophierten Hoden.

Tobler (Zürich).

**Fischer, Fritz:** Zur Frage der posttraumatischen Entstehung des Seminoms. (*Path. Inst., Städt. Rudolf Virchow-Krankenh., Berlin.*) Mschr. Krebsbekpg 7, 289—293 (1939).

Die Arbeit berichtet über Seminome bei 3 jüngeren Männern, bei denen sicher das Blastom ursächlich auf ein vorangegangenes Trauma bezogen werden konnte. Aus den 3 ausführlichen Krankengeschichten geht hervor, daß das Auftreten streng der Stellungnahme Dietrichs betreffs eines Unfallzusammenhangs entspricht. Ein Kontrollfall zeigt, wie ein vorher erkrankter Hoden ungünstig durch ein Trauma beeinflußt wird (schnellerer Verlauf), ohne daß das Trauma die Erkrankung auslöste. Die schnelle posttraumatische Entwicklung von Hodenblastomen hat ihren Grund in der Eigenart des Hodenparenchyms. Bei den 3 Kranken dauerte die Entwicklung 5—6 Monate. Normalerweise vollzieht sich schon im Hoden nicht die intensive Neubildung einer bestimmt determinierten Zellart, sondern die Bildung multipotenten Keimepithels. Nach Borst und dem Verf. handelt es sich auch beim Trauma nur um eine Aktivierung einer Keimfehlanlage, sonst wäre die große Seltenheit echter Seminome nicht zu verstehen.

Eggert (Gollnow).

**Mauri-Paolini, A.:** Epitelioma seminifero in testicolo ritenuto. (Samenenthalten des Epitheliom bei Hodenretention.) (*Istit. di Clin. Chir. Gen. e Terapia Chir., Univ., Milano.*) Arch. ital. Chir. 53, Donati-Festschr. 4, 18—27 (1938).

Die Häufigkeit von Hodenektropie wird auf ungefähr 1% geschätzt, die der bösartigen Degeneration in den ektopischen Hoden steigt im Prozentsatz und schwankt von 10 bis zu 20%. Der verlagerte Hoden hat besondere Neigung zu Blastomen, deren Häufigkeit um 10% liegt. Auch der Bauchhoden unterliegt der bösartigen Degeneration. Hinsichtlich des Alters fällt die Zeit des häufigsten Angehens zusammen mit der Zeit der größten sexuellen Aktivität. Welches sind nun die Ursachen dieser Disposition

zur neoplastischen Degeneration? Die Hypothese, die am ehesten für sich einnimmt, ist die von Blond-Suttons, der entsprechend der unterbliebene Descensus des Hodens bewiese, daß in ihm auf Grund von Entwicklungshemmung eine unvollkommene Struktur bestünde, was einer Prädisposition zur neoplastischen Degeneration gleichkäme. Die beste Einteilung dieser Tumoren ist nach Gioia folgende: histoide und heterotypische Geschwülste. Die histoiden umfassen ihrerseits das Adenom, das Seminom, das Wolfsche Carcinom, alle epithelialen Neoplasien; außerdem die Interstitiome, die Sarkome, die Endotheliome und die Peritheliome, alle bindegewebigen Neoplasien. Die heterotypischen werden eingeteilt in embryonale Tumoren, d. h. Embryom und Embryoide, und in heterotypische Tumoren im eigentlichen Sinne, d. h. Nebennierengeschwulst und komplexe Wolfsche Geschwülste. Am häufigsten von allen ist das Seminom, über dessen Histogenese noch Unsicherheiten bestehen. Die heute am weitesten verbreitete Theorie ist die epitheliale, nach der die großzellige Geschwulst nichts anderes ist als ein echtes Carcinom. Nach diesen Voraussetzungen erläutert der Verf. einen persönlichen Fall, der sowohl wegen des Augenblickes, in dem der blastomatöse Prozeß seinen Anfang nahm, wie auch wegen der ziemlichen Frühzeitigkeit, in der der Prozeß in seiner Entwicklung erfaßt werden konnte, von Interesse ist. Einige schöne Mikrophotographien bekräftigen die Aussagen des Verf. über die anatomisch-pathologische Diagnose als samenenthaltendes Epitheliom. Was die Behandlung angeht, so hält der Verf. die einseitige Kastration in Verbindung mit postoperativer Röntgentherapie für die beste. — Literatur. *Galletto (Florenz).*

**Domrich, Hermann:** Über Leistenhodencarcinom bei Zwillingen. (*Chir. Univ.-Klin., Berlin.*) Arch. klin. Chir. 197, 848—851 (1940).

Verf. berichtet über das Auftreten von Leistenhodencarcinom bei Zwillingenbrüdern und gibt eine Auswertung bisheriger Leistenhodenbefunde und der Proz.-Erkrankung an Carcinom: aus normalem Hoden erkrankt jeder 1500. Mann mit Wahrscheinlichkeit an einem Hodentumor, aus Leistenhoden bei 1% Häufigkeit jeder 13. Leistenhodenträger, bei 2% jeder 20. Verf. fordert eine häufigere chirurgische Entfernung solcher minderwertigen Organe. *Merten (Köln).*

**Rothmund, Karl:** Myom des Hunterschen Bandes. (*Chir. Abt., Städt. Krankenh., Kaiserslautern.*) Zbl. Chir. 1939, 2635—2637.

**Marti, Theo.:** Bieten die Schillersche Reaktion und die Kolposkopie eine hundertfache Sicherheit bei der Frühdiagnose eines Plattenepithelkrebses an der Portio? (*Gebrüth.-Gynäkol. Poliklin., Genf.*) Zbl. Gynäk. 1939, 1460—1462.

In der Genfer Poliklinik wird grundsätzlich bei allen älteren Frauen die Schillersche Reaktion ausgeführt und in allen verdächtigen Fällen kolposkopiert. Es wurde folgender Fall beobachtet: Bei einer 56-jährigen Frau, die seit einem Jahr an Gewichtsabnahme und Blutungen nach der Kohabitation litt, war die von geübter Seite ausgeführte Kolposkopie sowie die Schillersche Reaktion negativ. 2 Monate später fand sich ein Ulcus, das sich als Carcinom erwies. Da die Erscheinungen schon länger bestanden, ist es unwahrscheinlich, daß das Carcinom erst in der Zwischenzeit aufgetreten ist. Hieraus wird geschlossen, daß Schillersche Reaktion und Kolposkopie keine völlige Sicherheit des Erkennens von Carcinom bieten, und zwar nicht in Fällen, in denen sich der Plattenepithelkrebs aus dem Übergangsepithel bildet. *Krause.*

**Everett, Houston S.:** The effect of carcinoma of the cervix uteri and its treatment upon the urinary tract. (Die Einwirkungen des Cervixcarcinoms und dessen Behandlung auf die Harnwege.) (*Dep. of Gynecol., Johns Hopkins Univ. a. Hosp., Baltimore.*) (64. ann. meet. of the Amer. Gynecol. Soc., White Sulphur Springs, W. Va., 22.—24. V. 1939.) Amer. J. Obstetr. 38, 889—906 u. 910—911 (1939).

Das Vorhandensein von Schädigungen der oberen Harnwege vor Beginn der Behandlung von Patienten mit Cervixcarcinom ist von schwerer prognostischer Bedeutung, daß annähernd 50% von anscheinend durch Bestrahlung geheilten Cervixcarcinom-

fällen auffallende Schädigungen der Harnblase durch die Behandlung davontragen, aber das nur in 20% bemerkenswerte Beschwerden auftreten, ist nicht von besonderer Bedeutung. Aber 50% der Ca.-bestrahlten Patienten weisen Schädigungen der unteren Ureteren mit nachfolgender Erweiterung des Nierenbeckens und der höheren Ureterabschnitte auf, jedoch nur in 15% der Fälle erfordern diese Läsionen klinische Behandlung. Die hohe Ziffer von 15—20% mit ernsteren Schädigungen der Harnwege nach Ca.-Ausheilung durch Bestrahlung berechtigt die Forderung nach gewissenhafter urologischer Nachbehandlung, wodurch eine wesentliche Besserung der Gesamtdauerresultate gewährleistet wird.

In der nachfolgenden Aussprache weist Ward auf Grund großer eigener Erfahrungen auf die Wichtigkeit der Everett'schen Feststellungen hin, die er nur weitgehend bestätigen kann, und legt besonderen Wert auf die genaue urologische Untersuchung vor Beginn der Radiation, und auch Healy, der unter 125 bestrahlten Ca.-Fällen „nur“ 5 Radiumfisteln auftreten sah, führt deren Entstehung auf bereits vorher vorhandene Schädigungen zurück. — Everett (Schlußwort) glaubt, daß derartige, nach Strahlenbehandlung auftretende Gewebsverluste weniger auf das Konto der Strahlenwirkung, als vielmehr auf bereits vorher vorhandene Gewebsschädigungen zu setzen sind. *W. Rübsamen (Dresden).*

**Gál, Felix:** **Gebärmutterkrebs und Ovarialfunktion.** (*II. Frauenklin., Univ. Budapest.*) Strahlenther. **66**, 570—582 (1939).

Experimentelle Beobachtungen bezeugen, daß gewisse Hormone die Krebsbildung beeinflussen. Verf. sammelte die klinischen Erfahrungen, welche den Einfluß der Ovarialfunktion auf die Krebsbildung bezeugen. Als Grundlage der Beobachtungen dienten mehr als 3000 selbstuntersuchte und ständig kontrollierte gynäkologische Krebse. 1. Die Anschauung, das Carcinom sei die Erkrankung des höheren Alters, besteht nicht zu Recht; die Hauptmasse der beobachteten Kranken ergab sich nicht aus den älteren Jahrgängen, die meisten Patientinnen waren 30—60 Jahre alt. Die Zahl der Fälle nimmt bis zum Klimakterium zu, erreicht den Höhepunkt zur Zeit der Klimax und nimmt danach allmählich ab. Der größte Teil der Fälle fällt in das Alter, in welchem der innersekretorische Apparat noch funktioniert. Die Heilungstendenz im höheren Alter, bei geschwächter bzw. ausgebliebener Ovarialfunktion ist viel besser, als im jüngeren Alter bei vollwertiger Ovarialfunktion. Bei jüngeren strahlenbehandelten Fällen konnte eine 3jährige Rezidivfreiheit von 9%, bei über 45 Jahren alten Kranken 16% beobachtet werden. Bei operierten Kranken war dieses Verhältnis 19,8% : 41,0% zugunsten der älteren Kranken. Ähnliche Beobachtungen wurden beim Brustkrebs gemacht. — 2. Die Ovaralexstirpation hat einen großen Einfluß auf die Rezidivbereitschaft des Gebärmutterkrebses. Von 225 operierten Fällen wurden die Ovarien in 181 Fällen entfernt und rezidierten binnen 5 Jahren 28,2%, von den mit Ovarienkonservierung operierten Fällen rezidierten 43,2%. Bei Korpuscarcinom war dieses Verhältnis 5,4% : 25% zugunsten der radikal operierten Fälle. — 3. Nach Sammelstatistiken ist die Zahl der krebskranken Frauen fast doppelt so groß als die der Männer (1,79 : 1,0); im 6. Dezenium, nach Erlöschen der Ovarialfunktion hört dieser Unterschied auf. Die Heilungstendenz der weiblichen Genitalkrebse ist die beste unter allen Krebsformen. Möglicherweise wird im Anschluß an die Therapie das wichtigste prädisponierende Moment ausgeschaltet. — 4. Bezuglich des Wirkungsmechanismus der postoperativen Bestrahlungen besteht die Ansicht, daß dadurch zurückgelassene Krebskeime abgetötet werden. Dagegen sprechen die Untersuchungen Verf., der beobachtete, daß in sämtlichen Fällen, wo die mikroskopische Untersuchung des Operationspräparates in entfernten Stellen des Parametriums Krebskeime feststellte, der Krebs bald rezidierte. Ferner wissen wir nicht, wo die versprengten Keime liegen und so können diese nicht die nötige Krebsdosis erhalten. Nach Ansicht Verf. handelt es sich bei der prophylaktischen Bestrahlung nicht um Abtötung von Keimen, sondern um völlige Atrophierung der zurückgelassenen Ovarien, wodurch deren innersekretorische, die Krebsentwicklung unterstützende Wirkung ausgeschaltet wird. In dieser Weise läßt es sich erklären, warum die prophylaktische Röntgenbestrahlung um so vieles wirksamer ist als die prophylaktische Radiumbestrahlung (im Beobachtungsmaterial Verf. 17,9% : 32,0%

Frührezidive). Röntgenstrahlen zerstören die Ovarien viel gründlicher als Radiumstrahlen. Aus dieser Erklärung des Wirkungsmechanismus folgt, daß die prophylaktische Bestrahlung die Ergebnisse der mit Ovaralexstirpation operierten Fälle nicht verbessern kann, das Krankenmaterial Verf. bestätigte tatsächlich diese Auffassung. Die Verbesserung der Operationsergebnisse kommen bloß in jenen Fällen zur Geltung, wo die Röntgenstrahlen im Körper Ovarien antreffen. Praktisch folgt hieraus, daß bei Zurücklassung von Ovarien für vollkommene Aufhebung der Ovarialfunktion gesorgt werden muß.

*Felix Gál (Budapest).°°*

**Faynberg, V.: Le prolapse de l'utérus et le cancer du col utérin.** (Gebärmuttervorfall und Cervixkrebs.) *Akuš. i Ginek.* Nr 5, 11—17 (1939) [Russisch].

Das Zusammentreffen von Prolaps und Carcinoma colli bei ein und derselben Frau, das eigentlich wegen der ständigen Traumen, Reize und Temperaturschwankungen, denen die vorgefallene Gebärmutter ausgesetzt ist, häufiger erwartet werden sollte, ist bisher wenig bekannt geworden. Verf. berichtet über zwei Beobachtungen an einer 62- und einer 45jährigen Frau, von denen die zweite operiert wurde. Bei beiden fehlt aber die histologische Bestätigung der Diagnose Krebs. Auch bei einer 73-jährigen Frau mit Vorfall und blutigem Ausfluß nach Heben einer schweren Last und großen Erosionen an der hinteren und vorderen Muttermundslippe konnte die histologische Untersuchung der exstirpierten Scheide und Gebärmutter den Verdacht auf Krebs ebenfalls nicht bestätigen, obwohl sich im Probeausschnitt atypische Plattenepithelwucherungen fanden.

Im Schrifttum von 1898—1938 fand Verf. 27 Fälle; von ihnen waren älter als 50 Jahre 21, älter als 60 Jahre 13. Nur Emmert und Taussig behaupten ein häufiges Zusammentreffen von Prolaps und Carcinoma colli. Wenn auch der Vorfall der Krebsentstehung immer vorausgeht, so läßt sich doch die Frage, ob der Krebs bei Vorfall häufiger ist als an der vorgefallenen Gebärmutter, aus den bisherigen Beobachtungen nicht einwandfrei beantworten. Im allgemeinen scheint die vorgefallene Gebärmutter gewebliche Veränderungen einzugehen, die keinen gerade dankbaren Boden für ein Geschwulstwachstum bilden.

*R. Gutzeit (Berlin).°°*

**Charache, Herman: Carcinoma of the cervix in a girl of nineteen years.** (Cervixcarcinom bei einem 19jährigen Mädchen.) (*Dep. of Hospitals, Brooklyn Cancer Inst., Brooklyn.*) Amer. J. Obstetr. 38, 518—520 (1939).

Bei einer 19jährigen Negerin wurde ein absolut inoperables, histologisch varifiziertes Collumcarcinom gefunden; der Tumor reichte bis zum Nabel. Trotz Bestrahlung starb die Kranke nach 4 Monaten.

*P. Werner (Wien).°°*

**Takahashi, Hideho: Über das primäre Ergebnis von 203 Fällen erweiterter Collumkrebsoperation in der Charité „Idzumibashi“ in den Jahren 1934—1938.** Mitt. jap. Ges. Gynäk. 34, Nr 9, dtsh. Zusammenfassung 56—57 (1939) [Japanisch].

780 Collumkrebskranken suchen von Oktober 1933 bis Dezember 1938 die Poliklinik zu Tokyo auf. Von diesen sind bezüglich der lokalen Ausdehnung des Krebses 327 Patientinnen = 42% noch operabel. Aus verschiedener Kontraindikation oder wegen Ablehnung der Operation kann aber nur bei 203 Fällen die erweiterte Collumkrebsoperation ausgeführt werden (26%). 21 Fälle sind nach der Operation gestorben, so daß sich die primäre Mortalität auf 10,3% beläuft. Durch die Obduktion von 20 dieser Fälle kann festgestellt werden, daß 12 von ihnen an einer hauptsächlich durch hämolytische Streptokokken bedingten postoperativen Infektion ad exitum kommen.

*Theo Pütz (Essen).°°*

**Remmelts, R.: Der gegenwärtige Stand der Therapie des Carcinoma colli uteri und die bei Patientinnen in Batavia erzielten Resultate in den Jahren 1931—1934.** Nederl. Tijdschr. Verloskde 42, 260—265 (1939) [Holländisch].

Die nach einem Vortrag verfaßte Arbeit gibt zunächst einen kurzen geschichtlichen Überblick über die Therapie des Carcinoma uteri. Verf. hat von 1931—1934 einschließlich 81 Collumcarcinome zu Batavia beobachtet. Von diesen geht es nach 5 Jahren 8 Fällen = 10% gut. Vollständig durchbehandelt werden nur 32 Patienten der Gr. I und II. 3 von ihnen sterben an anderen Erkrankungen; nach 5 Jahren leben noch 8 Patienten = 25%. Die Behandlung der 8 geheilten Fälle besteht 6 mal in Radium-

und Röntgenbestrahlungen, 1 mal in Radiumbestrahlung, vaginaler Uterusexstirpation und Röntgenbestrahlung, 1 mal in Radiumbestrahlung und abdominaler Uterusexstirpation. — Auffallend ist das schlechte Resultat bei den einheimischen Patienten. Von den 8 geheilten Fällen sind 4 Chinesinnen, 2 Indoeuropäerinnen und 2 Einheimische. Die gesamte Anzahl der einheimischen Patienten mit Collumcarcinom beträgt 42 von den 81 Fällen. Bei 11 der Einheimischen ist das weitere Schicksal unbekannt, 3 sterben an einer anderen Erkrankung. Die Einheimischen kommen später zur Behandlung als die übrigen Patientinnen. Die einzelnen Fälle verteilen sich auf die verschiedenen Gruppen folgendermaßen: Gr. I 8, Gr. II 4, Gr. III 13 und Gr. IV 17. Verf. ist der Ansicht, daß sich die Ernährung auch während der Behandlung ungünstig bei den Einheimischen auswirkt. Er versucht deshalb, in Batavia dem zu begegnen, indem er den Patienten, bei denen die Ernährung zu Hause schlechter ist, während der Behandlung möglichst lange Krankenhauspflege angedeihen läßt. *Theo Pütz (Essen).*

**Amolsch, Arthur L.: Mixed mesodermal tumors of the uterus and vagina. With report of six cases.** (Mesodermale Mischtumoren des Uterus und der Scheide.) (*Dep. of Path., Wayne Coll. of Med., Detroit.*) Amer. J. Canc. 37, 435—444 (1939).

Nach einer Literaturverwertung werden 6 Fälle mitgeteilt, und zwar handelt es sich um einen Tumor der Scheide, 4 der Cervix und einen des Körpers des Uterus. Alle Tumoren boten das Bild der Schleimhautpolypen. In jedem Falle lautete die pathologische Diagnose zunächst: gutartiger Polyp. Ein Vaginaltumor wurde als Rhabdomyom erkannt, der Fall wurde auch zunächst als gutartig angesehen. Seine bösartige Natur wurde erst bekannt, als ein Rezidiv auftrat. Bei den anderen Geschwülsten überwog myomatöses Gewebe. Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. *Frobose (Berlin-Spandau).*°°

**Rauscher, H.: Zur Ausbreitungsrichtung maligner Uterustumoren.** (*I. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Arch. Gynäk. 169, 453—457 (1939).

Ein sehr wahrscheinlich primäres Wandsarkom des Collum uteri (Sarcoma myomatoides fuso- et gigantocellulare) wird als klassischer Vertreter des exzessiven und vorwiegend in das Lumen der Scheide erfolgenden Wachstums ausführlicher mitgeteilt. Bei diesem Fall handelt es sich um eine 63jährige Patientin, die lediglich wegen überbeliebenden Ausflusses und zunehmenden Völlegefühls in der Vagina die Klinik aufsucht. Bei der Untersuchung findet sich nach Spreizen der Labien ein graurötlicher Tumor, der den ganzen Introitus ausfüllt. Die Geschwulst läßt sich ohne besondere Blutung soweit als möglich digital entfernen, wobei nur eine geringfügige Infiltration der Scheidenwand im Anschluß an die Portio festgestellt wird. Bereits 3 Wochen später ist die Scheide erneut bis zum Introitus von dem nachwachsenden Tumor angefüllt. Durch digitale Entfernung dieser Tumormassen und Röntgenbestrahlung bleibt der Zustand einige Zeit unverändert. 15 Monate seit Beginn der ersten Symptome bietet sich ein ähnliches Bild wie zu Beginn der Behandlung. Außerdem ist die Scheidenwand an der Hinterseite in einer Ausdehnung von 4 cm Länge infiltriert und es finden sich kirschgroße Metastasen an der Schleimhaut-Hautgrenze und am Damm. 2 Monate später kommt die Patientin außerhalb der Klinik ad exitum. Ein Carcinomrezidiv nach vaginaler Exstirpation des Uterus und der Adnexe wegen Korpuscarcinoms verhält sich überraschenderweise ähnlich. Das Wesentliche an diesem kurz mitgeteilten Fall ist ebenfalls die Ausbreitungsrichtung mit vorwiegender Entwicklung in den Hohlraum. In beiden Fällen ist also als seltene Art der Ausbreitung ein Wachstum nach der Richtung des geringsten Widerstandes ohne wesentliche Durchwucherung der Umgebung zu beobachten. Das Fehlen des Übergreifens auf die Nachbarorgane darf bei so exzessivem Wachstum nicht als Zeichen geringerer Malignität aufgefaßt werden. Von der histologischen Struktur eines malignen Tumors abgesehen, ist nicht nur die Proliferationskraft für das Vordringen maßgebend, sondern es spielt auch der Widerstand eine Rolle, der dem vordringenden Tumorwachstum entgegengesetzt wird. Daneben kommt für die Wahl des einzuschlagenden Weges den enormen Wachstumspotenzen des Tumors eine gewisse Bedeutung zu. *Theo Pütz (Essen).*°°

**Lohmann, K.: Zum Krankheitsbild der Endometriosis an Hand von 70 eigenen Fällen.** (*Geburtsh.-Gynäkol. Abt., Städt. Krankenanst., Solingen.*) Dtsch. med. Wschr. 1939 II, 1771—1774.

Es handelt sich um eine Besprechung der verschiedenen Ansichten über die Endometriose an Hand der Literatur und 70 eigener Beobachtungen. Von den 70 behandelten Patienten konnten 30 nach 1—4 Jahren nachuntersucht werden. Die jüngste Patientin war 17 Jahre, die älteste 53 Jahre, Durchschnittsalter 37 Jahre. 45 Frauen waren über 35 Jahre alt. Aus dieser Altersverteilung sei eine Abhängigkeit von der

Ovartätigkeit offensichtlich. Die Lokalisation der Fälle war folgendermaßen: Endometriosis (E) interna 28, E. des Ovars 30, E. der Tube 3, E. retrocervicalis 6, E. des Bruchsacks 1, E. der Blasenwand 2. Von den 28 Frauen mit E. interna hatten 21 wiederholte Geburten und Fehlgeburten. Die öftere Kombination der E. interna mit einem Myom fand sich 13mal bestätigt. Ein 17jähriges Mädchen mit E. interna ist der jüngste Fall von E. interna. Keine Geburt, kein Abort, keine Infektion vorhergehend. Von den 30 Patientinnen mit E. des Ovars wurden 13 nachuntersucht, 2 waren gravide geworden. Abnormes psychisches Verhalten fand sich nicht bei den Patienten. 5 von den 13 nachuntersuchten waren konservativ operiert, kein Rezidiv. Deshalb Empfehlung der konservativen Operation mit Erhaltung der Genitalfunktion, besonders bei jungen Frauen. Auch die übrigen Lokalisationen werden eingehend besprochen und mit den Befunden der Literatur verglichen. *Nothdurft* (Heidelberg).°.

**Pallos, Károly:** *Die Bedeutung der Endometriosen in der Chirurgie.* Orvosképzés 29, Bakay-Sonderh., 240—256 (1939) [Ungarisch].

In 10 Jahren sind in der II. Frauenklinik 265 Fälle von Endometriosis zur Beobachtung gekommen. Der Lokalisation nach teilten sich diese wie folgt auf: 160mal im Inneren des Uterus, 20mal an der äußeren Wand der Gebärmutter, 42mal Endometriosis der Eileiter, 36mal der Ovarien, 3mal in den Bauchdeckennarben und 4mal zwischen Cervix und Rectum. Für jede dieser Lokalisationsform beschreibt und illustriert bildlich Verf. einige Fälle. Die Behandlung ist eine chirurgische oder strahlentherapeutische. Erstere soll nur bei absoluter Notwendigkeit durchgeführt werden. Andernfalls ist Röntgenbestrahlung indiziert, die bei Jugendlichen nur bis zur temperären Kastrationsdosis zu verabfolgen ist. Prognostisch ist das Leiden günstig zu beurteilen. In 4 Fällen des Autors war die Endometriosis mit Carcinom gepaart.

*H. Hruszek* (Reutlingen).

**Göbel, A.:** *Über Deciduatumoren an der Portio bei einer 1. Schwangerschaft im 3. Monat.* (*Frauenklin., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.*) Zbl. Gynäk. 1939, 2317 bis 2322.

Es wird über folgenden Fall berichtet: 31jährige Frau, die niemals schwanger war. Letzte normale Regel am 4. XII. 1938. Seit Anfang Januar 1939 blutiger Ausfluß, der allmählich stärker wird. Kontaktblutungen. Mitte Februar wird die Frau wegen Tumor an der Portio bei ungestörter Schwangerschaft im 2. bis 3. Monat ins Krankenhaus eingewiesen. Man findet eine ungestörte Schwangerschaft zu Beginn des 3. Monats. Rund um den äußeren Muttermund, besonders an der vorderen Muttermundslippe ist eine Anzahl tumorartiger Veränderungen vorhanden, die perlchnurartig angeordnet sind. Es handelt sich um runde, flache Tumoren von 5—8 mm Durchmesser, die teilweise dicht aneinanderliegen, teils aber auch ineinander übergehen. Sie sind rötlich gefärbt, etwas eingedellt, nicht ulceriert, fühlen sich weich an und bluten bei Berührung leicht. WaR. stark positiv. Abstrich auf Spirochäten negativ. Die mikroskopische Untersuchung eines probeexcidierten Stückchens ergab Decidua. Bei der Nachuntersuchung Mitte Mai fand sich die Schwangerschaft ungestört im 5. Monat, die Tumoren hatten sich kaum verändert. Ende Juni sahen die Knötchen mehr weißlich aus. Nach der Anamnese (Blutungen) muß man annehmen, daß die decidualen Veränderungen im Beginn des 2. Schwangerschaftsmonats aufgetreten sind. *Hans Heidler*.°°

**Wilson, K. M.:** *Chorioepithelioma. A clinical and pathological study.* (Chorionepitheliom. Eine klinische und pathologische Studie.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Univ. School of Med. a. Dent., Rochester.*) (64. ann. meet. of the Amer. Gynecol. Soc., White Sulphur Springs, W. Va., 22.—24. V. 1939.) Amer. J. Obstetr. 38, 824—838 (1939).

Eingehender Bericht über 5 Fälle von Chorionepliom: 2 nach Blasenmole, 2 nach Aborten und 1 nach ausgetragener regelrechter Schwangerschaft. In 1 Fall lag zwischen dem Ende der voraufgegangenen Schwangerschaft (Ausräumung einer Blasenmole) und dem Auftreten der ersten klinischen Zeichen eines Chorionepliom mehr als ein volles Jahr. — 2 Kranke wurden geheilt, 3 starben. — Im Anschluß an die Schilderung der Fälle, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind, werden die Schwierigkeiten der Erkennung eines Chorioneplioms dargestellt, insbesondere die der histologischen Diagnose. Die Bedeutung der Aschheim-Zondekischen bzw. der Friedmannschen Reaktion wird hervorgehoben, aber vor ihrer Überbewertung gewarnt, da sie bei negativem Ausfall zu Irrtümern führen kann. Denn auch in einem der mitgeteilten Fälle war die biologische Harnprobe trotz sicherem Vorliegen eines Chorioneplioms völlig negativ. Verf. schlägt zur Vermeidung

solcher Fehlresultate vor, das spezifische Gewicht des Harnes bei der Auswertung des Tierversuches mit in Rechnung zu ziehen. Buschbeck (Stettin).<sup>oo</sup>

**Porcaro, D.: A proposito dei sintomi clinici e del valore della Friedmann in un caso di corion epithelioma dell'utero.** (Über die klinischen Symptome und den Wert der Friedmann-Reaktion in einem Fall von Chorioneiptheliom der Gebärmutter.) (*Osp. Civ., Senigallia.*) Atti Soc. Ital. Ostetr. 35, Suppl.-Nr 6, 554—556 (1939).

Es handelt sich um einen Fall von Chorioneiptheliom infolge Blasenmole. Verf. hebt besonders die Jugend der Frau (27 Jahre), den frühzeitigen und geschwinden Fortschritt des anämischen Zustandes und der Temperaturerhöhung, die vermehrte Hormonausscheidung, welche nach der Entleerung der Mole gesunken war, hervor. Sassi (Brescia).<sup>oo</sup>

**Doi, Kwanichi: Ein Fall von Chorioneipthelioma ovarii, welches durch die Friedmannsche Probe diagnostiziert wurde.** (*Frauenklin., Med. Akad., Niigata.*) Mitt. jap. Ges. Gynäk. 34, H. 10, dtsch. Zusammenfassung 66 (1939) [Japanisch].

Die Wichtigkeit der hormonalen Untersuchung zeigte die Beobachtung einer 46jährigen Frau, die in ihrer 7. Schwangerschaft an einer Blasenmole erkrankte und bei der 78 Tage nach der Ausräumung die Friedmannsche Reaktion noch 2000 Kanincheneinheiten Hormon ergab. Die nochmalige Abrasio ergab Metastasen eines Chorioneipthelioms des linken Eierstocks. An der weiteren monatelangen hormonalen Kontrolle des Urins (Anstieg von 2000 Kanincheneinheiten im Juni bis zu 400000 im Januar des folgenden Jahres) konnte der weitere Verlauf genau abgelesen werden.

H. D. Müller (Offenbach a. M.).<sup>oo</sup>

**Stronck, J. A.: Über die Diagnostik und Behandlung von Molenschwangerschaft und Chorioneiptheliom.** (*Niederländ. Gynäkol. Vereinig., Amsterdam, Sitzg. v. 14. V. 1939.*) Nederl. Tijdschr. Verloskde 42, 279—286 (1939) [Holländisch].

In der Utrechter Klinik werden von 1927—1939 behandelt 1) 28 Patienten mit Molenschwangerschaften. 20 dieser Frauen stammen aus der Poliklinik. Auf 23000 Geburten der 12 Jahre berechnet, beträgt die Häufigkeit der Molenschwangerschaft 1 : 1150. 2 dieser 28 Patientinnen bekommen ein Chorioneiptheliom (7%). 2) 7 Patientinnen werden nach Molenschwangerschaft wegen Blutung oder Infektion aufgenommen. 2 dieser Patientinnen haben ein Chorioneiptheliom. 3) 8 Patientinnen werden mit Chorioneiptheliom aufgenommen, ohne daß vorher eine Molenschwangerschaft vorgelegen hat. — Zur Diagnose der Molenschwangerschaft wird heute die Aschheim-Zondeksche Reaktion mit verdünntem Urin bevorzugt. Ein 500 mal verdünnter Urin gibt noch eine positive Reaktion. Von den Fällen abgesehen, in denen eine starke Blutung besteht, wird eine exspektative Therapie bevorzugt. So wurde in den 28 Fällen 24 mal die spontane Ausstoßung der Mole abgewartet, einmal die Uterusexstirpation ausgeführt, einmal die Geburt durch Cervixtamponade in Gang gebracht und 2 mal wegen starker Blutung die Mole manuell entfernt. In den 24 Fällen, in denen die spontane Ausstoßung abgewartet wird, werden zurückbleibende Reste 2 mal manuell und einmal mit Hilfe der Curette entfernt. Alle 28 Fälle genesen. Nach Ausstoßung der Mole wird bei 23 Fällen kontrolliert, innerhalb welcher Zeit die Aschheim-Zondeksche Reaktion negativ wird. Dies geschieht in  $\frac{1}{3}$  der Fälle während 2 Wochen, in  $\frac{2}{3}$  der Fälle während 3 Wochen und in  $\frac{5}{6}$  der Fälle während 4 Wochen. Bei den Patientinnen, bei denen die Aschheim-Zondeksche Reaktion nicht während eines Monats negativ ist, wird eine Abrasio ausgeführt, die zurückgelassene Molateilchen ergibt. Nach der Curettage wird der Aschheim-Zondek innerhalb 1 Woche negativ und bleibt es weiterhin. In den 4 Fällen von Chorioneiptheliom nach Molenschwangerschaft bleibt auch der Aschheim-Zondek positiv. Nach vorgenommener Curettage findet sich im mikroskopischen Bild teils deutlich, teils weniger deutlich ein Chorioneiptheliom. Die Diagnose Chorioneiptheliom kann bei letzteren Fällen später dann doch gestellt werden, da der Aschheim-Zondek positiv bleibt oder nach einiger Zeit, in der er negativ ist, erneut positiv wird. Ein halbes Jahr lang wird die Aschheim-Zondeksche Reaktion zur Kontrolle ausgeführt. Die Therapie des Chorioneipthelioms besteht in der Kombination von Operation und Strahlentherapie. Da durch die Bestrahlung allein einige Patientinnen geheilt werden, scheinen nach Verf. die Röntgenstrahlen (Carcinomdosis) hierbei eine größere Rolle zu spielen. Es folgen in zeitlicher Ordnung die Kranken-

geschichten der 12 Patientinnen mit Chorionepteliom. Bei 4 Patienten tritt ein Chorioneptheliom nach Molenschwangerschaft auf, bei 8 ohne vorherige Molenschwangerschaft. Die letzten 8 Fälle werden sämtlich mit Metastasen aufgenommen. 6 der 12 Fälle genesen und 6 sterben. — Bei der Besprechung werden von Engelhard und Muller Bedenken gegen die exspektative Therapie geäußert. De Snoo, der früher ebenfalls aktiv behandelte, vertritt heute die konservative Therapie. Pütz.

**Pruys, W. M.: Seltene Fälle von Chorioneptelioma.** (*Zendingsziekenh., „Petronella“, Joggakarta.*) Geneesk. Tijdschr. Nederl.-Indië 1939, 5006—5014 u. dtsch. Zusammenfassung 5013—5014 [Holländisch].

Die diagnostischen Schwierigkeiten eines Chorioneptelioms werden zunächst an einer jungen javanischen Frau, die im Mai 1939 im Petronella-Hospital aufgenommen wird, ausführlicher dargelegt. Die Patientin hat 12 Monate zuvor einen spontanen Abort durchgemacht, seit der Zeit sind die Regelblutungen profus und unregelmäßig, die letzte Blutung ist 3 Monate vor der Aufnahme. Bei der vaginalen Untersuchung ist der Uterus vergrößert und weich, beiderseits vom Uterus finden sich Ovarialcysten. Im Unterbauch tastet man rechts vom Nabel einen mannskopfgroßen, cystischen, schmerzhaften Tumor, der schnell gewachsen ist. Differentialdiagnostisch werden erwogen ein Sarkom des Dünndarms, eine extrauterine Gravidität und, da die Friedmannsche Reaktion positiv ist, auch ein Chorioneptheliom. 17 Tage nach der Aufnahme machen sich Anzeichen einer inneren Blutung bemerkbar, weswegen die Laparotomie ausgeführt wird. Der Tumor, ein Chorioneptheliom, inseriert mit einem dünnen Stiel am Corpus uteri in Höhe der rechten Tubenecke. Etwa 6 Wochen nach der Operation erfolgt bei gutem Befinden die Entlassung. Die Prognose des Falles ist zweifelhaft, da sich im Röntgenbild verdächtige Flecken in den Lungen finden und die Friedmannsche Reaktion stark positiv ist. Die Uterusmucosa hat übrigens eine deciduale Reaktion gezeigt. Eine Blutung per vaginam ist deswegen wohl während der Erkrankung nicht aufgetreten. Der zweite ausführlicher mitgeteilte Fall wird unter einer falschen Diagnose operiert. Die 20jährige, ein halbes Jahr verheiratete Javanerin wird ebenfalls im Mai 1939 wegen Salpingitis mit Pelvooperitonitis 4 Wochen lang mit Eisblase, Wärmebeutel und heißen Spülungen klinisch behandelt. Dann erfolgt Operation wegen rupturierter Tubagravidität. Der Uterus wird totalexstirpiert, da bei der Operation ein Chorioneptheliom festgestellt wird. In der Gebärmutterwand finden sich zwei große Knoten und im rechten Parametrium ein Knoten. Die Uterusmucosa zeigt ebenfalls deciduale Reaktion. Während im ersten Fall nur wenig Blut in der Bauchhöhle sich befindet, ist in diesem Fall die Blutung in die Bauchhöhle hinein stärker gewesen. Die Patientin stirbt einige Stunden nach der Operation. Es folgen die Krankengeschichten von 5 weiteren Fällen. Eine 25jährige Patientin (sämtliche Patientinnen sind Javanerinnen) wird bestrahlt, da sie die Operation verweigert. Die Patientin stirbt 1 Jahr nach Stellung der Diagnose,  $1\frac{1}{2}$  Jahr nach Molenschwangerschaft. Eine weitere 25jährige Patientin wird wegen Chorioneptheliom des Corpus uteri nach Molenschwangerschaft operiert und stirbt an doppelseitiger Pneumonie. Die Friedmannsche Reaktion ist negativ gewesen. Bei einer nächsten 45jährigen Patientin werden 4 Jahre nach Molenschwangerschaft zwei Knoten (Chorioneptheliom) aus der Vaginalwand entfernt. Die Aschheim-Zondek- und Friedmannsche Reaktion sind zunächst negativ.  $\frac{1}{2}$  Jahr nach der Behandlung findet sich in der Vaginalwand rechts von der Portio ein tauben-eigroßes Rezidiv. Diese Patientin stirbt „an Fieber mit Schüttelfröstern“, nachdem sie 2 Jahre beschwerdefrei gewesen ist. Die nächste Patientin, eine 46jährige Frau, wird wegen Chorionepthelioms nach Abort 1933 operiert. Nach 6 Jahren geht es der Patientin noch gut. Die letzte Patientin, eine 50jährige Frau, die heute noch beschwerdefrei ist, wird 1937 operiert. 3 Wochen nach der Operation ist die Friedmannsche Reaktion noch positiv, 2 Jahre nach der Operation aber negativ. Von den 7 Fällen leben also noch 3. Bei ihnen liegt die Operation 3 Monate, 2 und 6 Jahre zurück. Verf. hebt die äußerst schlechte Prognose bei den seltenen Fällen hervor, in denen das ektopische Chorioneptheliom zu einer inneren Blutung Veranlassung gibt. Bei den Fällen, in denen der Zeitpunkt zwischen Molenschwangerschaft oder Abort und Chorioneptheliom 2—4 Jahre beträgt, scheint die Prognose günstiger zu sein. Die biologische Urinreaktion erweist sich bez. Diagnose und Prognose als sehr wertvoll, obschon sie bei 2 Fällen vor der Behandlung negativ ist. In einem dieser Fälle fällt sie später positiv aus.

Theo Pütz (Essen).<sup>oo</sup>

**Hulst, D. L.: Ein Fall von atypischem Chorioneptheliom nach einer normal verlaufenden Schwangerschaft ohne primäre Geschwulst in den Genitalien.** Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1939, 4416—4419 u. dtsch. Zusammenfassung 4419 [Holländisch].

Im September 1937 wurde eine 37jährige Patientin in das Akademische Krankenhaus zu Leiden aufgenommen, nachdem sie im Juli des gleichen Jahres ihr zweites Kind zur Welt gebracht hatte. Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett waren normal verlaufen. Ungefähr 2 Wochen nach der Entbindung erkrankte die Wöchnerin an mit Frösteln einhergehenden

dem, intermittierendem Fieber mit Temperaturen von 38° morgens und 40° abends. Ihre Klagen bestanden in Müdigkeit, Benommenheit, „Sterne sehen“, Ohrensausen, Appetitlosigkeit, Brechen und Völlegefühl im Oberbauch. Bei der Untersuchung der asthenischen Frau stellte man über dem hinteren, unteren Teil der rechten Lunge eine drei Querfinger breite Dämpfung fest mit abgeschwächtem Atemgeräusch und einigen mittelblasigen Rasselgeräuschen. Die untere Lebergrenze verlief zwei Querfinger breit unterhalb des Rippenbogens; sie war nicht palpabel und nicht schmerhaft. Der Urin enthielt viel Urobilin. Der Hämoglobin gehalt nach Sahli betrug 37%. In 1 cmm Blut fanden sich 4010000 Erythrocyten und 11000 Leukocyten. Der Färbeindex war 0,6. Die Blutsenkungsgeschwindigkeit der Erythrocyten betrug für die 1. Stunde 47 und für die 2. Stunde 72 mm. Der gynäkologische Befund war ohne Besonderheiten. Die Placenta habe seinerzeit keine Besonderheiten aufgewiesen. Blut- und Katheterurinkulturen waren steril. Die Röntgenaufnahme ergab rechts hinten eine intensive Verschattung, die einen pneumonischen Prozeß wahrscheinlicher mache als einen Flüssigkeitserguß. Die Temperaturen zeigten weiterhin intermittierenden Charakter. Während des Krankheitsverlaufes magerte die Wöchnerin ständig ab. Am Leberrand wurden zwei Knoten von verschiedener Größe festgestellt. Die Aschheim-Zondeksche Reaktion war 13 und 18 Wochen post partum stark positiv. Der Hb.-Gehalt sank auf 17% und die Leukozytenzahl auf 4000. Gegen Ende November wurden Schmerzen in der linken Seite in Höhe der 5. Rippe geäußert. Nach äußerster Abmagerung trat Mitte Dezember 1937 der Exitus ein. Während des Verlaufes wurden eine postpuerperale Sepsis und ein Lebersarkom differentialdiagnostisch erwogen. Prontosilbehandlung und Bestrahlung der Leber hatten keinen Erfolg. Die stark positiven Aschheim-Zondekschen Reaktionen in Verbindung mit der starken Abmagerung und der progressiven hypochromen Anämie legten den Gedanken an ein Chorioneptiheliom nahe. Die Sektion ergab Tumoren bis zu Kindskopfgröße in der Leber, den Lungen, dem Mediastinum, der Milz, den Nieren, dem Magen, dem Leberhilus, den präaortalen Lymphdrüsen und der 5. linken Rippe. Uterus und Anhänge waren ohne Befund. Da eine scharfe Unterscheidung zwischen Langhansschen Zellen und syncytialen Elementen, wie man sie sonst anzutreffen gewohnt ist, nicht möglich war, handelte es sich um ein atypisches Chorioneptiheliom. Wenn auch die Autopsie diese Diagnose nicht vollkommen überzeugend bestätigen konnte, glaubt Verf. doch, auf Grund der positiven Aschheim-Zondekschen Reaktionen an seiner klinischen Diagnose festhalten zu können.

Theo Piitz (Essen).<sup>oo</sup>

**Bobbio, Antonio:** *Mola vescicolare e corioepitelioma.* (Blasenmole und Chorioepitheliom.) (*Clin. Chir., Univ., Torino.*) Med. contemp. (Torino) 5, 718—719 (1939).

Bei einer Mehrgebärenden zeigen sich 3 Monate nach der letzten Geburt Metrorrhagien, wobei sich typische Elemente einer Blasenmole, d. h. Blasen, bis zur Traubengegröße entleeren. Verf. fragt sich, ob in einem solchen Falle eine aktive oder abwartende Therapie verfolgt werden soll. In etwa 10% von Blasenmole wird ein Übergang in Chorioepitheliom beobachtet. In dem vorliegenden Falle war die Involution des Uterus nach der Geburt vollständig und somit erschien die Epitheliomgefahr klein. Soll aktiv chirurgisch vorgegangen werden, so kommt entweder die abdominelle Hysterotomie oder die Hysterektomie in Frage. Die konsequente Untersuchung und Beobachtung solcher Fälle hat gezeigt, daß im Liquor cerebrospinalis ein gonadotropes Hormon bei Blasenmole gefunden wird, welch letzteres während der Schwangerschaft hingegen nicht nachweisbar war. Die während der Schwangerschaft im Urin ausgeschiedenen Hormonmengen sind wesentlich höher, wenn es sich post partum um eine Blasenmole oder ein Chorioepitheliom handelt. Normalerweise verschwindet die Hormonausscheidung etwa 1 Woche nach der Geburt, während sie bei Blasenmole wochen- und monatelang andauern kann. Nimmt die Menge des gonadotropen Hormons sogar zu, so ist die Gefahr einer chorioepitheliomatösen Umwandlung möglich. In diesen Fällen soll die Hysterektomie unverzüglich angeschlossen werden. Schweizer.<sup>c</sup>

**Massazza, M.:** *Osservazione di corioepitelioma iniziale.* (Beobachtungen bei einem jungen Chorioneptiheliom.) (*Scuola di Ostetr., Trieste.*) Atti Soc. ital. Ostetr. 35, Suppl.-Nr 4, 433—437 (1939).

Verf. beschreibt das histologische Aussehen eines haselnußgroßen Chorioneptihelioms der linken Tubenecke. Vom Rande des Tumors aus senkte sich ein isolierter Zapfen von Langhans-Zellen in die Tiefe. Verf. schließt daraus, daß das Chorioneptiheliom nicht seinen Ursprung von chorialen Wanderzellen nimmt. — Die Friedman-Reaktion war 42 Tage nach Ausräumung der vorausgegangenen Blasenmole negativ, 90 Tage danach positiv, unmittelbar vor der Operation wieder negativ. Verf. zieht die Aschheim-Zondek-Reaktion vor. Büttner (Bonn).<sup>oo</sup>

**Rust, Wilhelm:** Primäres Chorioneipitheliom der Tube. (*Univ.-Frauenklin., Charité, Berlin.*) Arch. Gynäk. **169**, 424—431 (1939).

Ein Fall von Chorioneipitheliom der Tube wird eingehend klinisch dargestellt (insgesamt kaum 30 in der Literatur). Die histologischen Untersuchungen mit Einwucherungen in Venen und Arterien werden im Bilde vorgelegt. Die Schwangerschaftsreaktion war nach 5 Wochen noch positiv mit 1000 Mäuseeinheiten gonadotropen Hormons im Liter, außerdem hatte sich an der anderen Seite des Uterus ein hühnereigroßer cystischer Tumor gebildet. Dieser erwies sich bei einer Relaparotomie als Schleimcyste. Nach 10 Tagen war nunmehr nur noch eine Reaktion II nachzuweisen, nach weiteren 10 Tagen war die Reaktion im Harn negativ. — Rückenschauend wird angenommen, daß es sich um ein Chorioneipitheliom handelt, das  $4\frac{1}{2}$  Monate nach einem unvollkommenen Tubarabort auftrat. Auf Grund der Hormonverhältnisse wird eine Chorionmetastase irgendwo im Organismus vermutet, das zur Ausbildung der Schleimcyste führte, in der sich das gonadotrope Hormon speicherte. Diese Chorionzotten dürften dann zugrunde gegangen sein, nach der Exstirpation der Cyste schwand dann allmählich die Hormon-Franken (Freiburg i. Br.).<sup>oo</sup>

**Käuffler, Raoul:** Das Chorioneipitheliom der Tube. Bericht über einen neuen Fall. (*II. Univ.-Frauenklin., Wien.*) Zbl. Gynäk. **1939**, 2377—2392.

Den bisher in der Literatur niedergelegten 52 Fällen von Chorioneipitheliom der Tube wird ein weiterer hinzugefügt: Eine 40jährige VI-Gravida mit bisher regelmäßigen Menstruationen suchte die Klinik auf, auf 10 Tage nach der letzten Periode eine Dauerblutung von  $2\frac{1}{2}$  Wochen auftrat. Bei der Untersuchung fand sich neben einem normalen Uterus eine Verdickung der rechten Adnexe. Da auf Grund der fehlenden Symptome eine Tubenschwangerschaft unwahrscheinlich erschien, wurde die Patientin nach Verabfolgung von Secale und Hinterlappen-hormon entlassen und in einer Woche wiederbestellt. Nach etwa 6 Wochen erst kam sie wieder mit der Angabe, daß nach einer Pause von  $4\frac{1}{2}$  Wochen die Blutungen erneut und stark aufgetreten seien. Man tastete jetzt einen rechts und hinter dem unveränderten Uterus liegenden, wenig beweglichen, mannsfaustgroßen derben Tumor, der als entzündlich angesehen wurde. Da unter konservativen Maßnahmen keine Besserung erzielt werden konnte, die Geschwulst auf Kindskopfgröße anwuchs und Fieber auftrat, wurde eine Laparotomie beschlossen und der Tumor mitsamt der auf Hühnereigröße entwickelten Tube entfernt. Die Geschwulst erinnerte in ihrer schwammartigen, weichen Konsistenz und graurötlichen Farbe makroskopisch an ein Chorioneipitheliom. Eine 16 Tage nach der Operation angestellte Schwangerschaftsreaktion nach Aschheim-Zondek fiel negativ aus. Bei Wiederholung 4 Tage später ergab sich sowohl im konzentrierten Harn als auch in einer Verdünnung 1:200 ein positives Ergebnis. Am 26. Tage p. op. kam die Patientin ad exitum unter den Erscheinungen zunehmender Herzinsuffizienz. — Die Obduktion ergab Chorioneipitheliommetastasen in den Lungen und der Leber, außerdem eine hochgradige Kachexie und Anämie. Der größere Teil der Gewebsmassen des Operationspräparates bestand aus der erweiterten Tube, die mit hämorrhagischem und choroneipitheliomatösem Gewebe erfüllt war. — Anschließend folgt eine ins einzelne gehende kritische Besprechung des beobachteten Falles im Vergleich mit dem Schrifttum, deren Einzelheiten im Original nachzulesen sind. *W. Reifferscheid* (Würzburg).<sup>oo</sup>

**Rubin, I. C.:** Lipiodol granuloma in fallopian tubes localized by intra-uterine diodrast injection, with special reference to the value of follow-up X-ray films. (Lipiodolgranulom der Eileiter. Lokalisation durch intrauterine Diodrastinjektion. Wert späterer Röntgenuntersuchungen.) (*Gynecol. Serv. a. X-ray Dep., Mount. Sinai Hosp., New York.*) Radiology **33**, 350—353 (1939).

Nach Lipiodolinjektionen können häufig Kontrastmittelreste in den Eileitern, im Becken und in der Leibeshöhle zurückbleiben. Es kann dadurch zur Entstehung von Fremdkörpergranulomen kommen. Systematische Nachuntersuchungen zeigen verhältnismäßig häufig derartige Kontrastmittelreste. Eine einschlägige Beobachtung wird mitgeteilt: 4 Monate nach einer intrauterinen Injektion wurde ein unregelmäßiger Schatten in der Höhe des Kreuzbeins festgestellt. Durch Diodrastfüllung (Kontrastmittel für die intravenöse Pyelographie) des Uterus konnte der Nachweis, daß es sich um einen zurückgebliebenen Rest handelte, einwandfrei erwiesen werden. Bei einer späteren Operation wurden an dem resezierten Teil des Eileiters Entzündungserscheinungen, die auf den Kontrastmittelrest zurückzuführen waren, nachgewiesen.  
Janker (Bonn).<sup>oo</sup>

**Fumagalli, R.:** La miomectomia nel trattamento dei fibromi dell'utero. (Myomektomie bei Uterusfibromyomen.) (*Osp. Civ., Varese.*) Arch. ital. Chir. **52**, Donati-Festschr. **3**, 200—208 (1938).

Verf. ist ein überzeugter Anhänger der Myomektomie und hat unter 111 in den letzten 5 Jahren im Krankenhaus in Varese aufgenommenen Myomträgerinnen 55 Fälle hysterektomiert und 49 konservativ operiert. 7 Fälle blieben wegen verschiedenen

Kontraindikationen unoperiert. Fibröse Polypen sind hierher nicht mit eingenommen worden, dagegen aber die sog. Iteri fibromatosi, wo es unmöglich ist, konservativ vorzugehen, da es sich daselbst um keine eigentlich formierte Myomknoten handelt, die ausgeschält werden könnten. Werden dieselben aus der Statistik ausgeschlossen, so beträgt die Zahl der konservativ Operierten 60%. Das Alter dieser Kranken schwankt zwischen 25—50 Jahren: 25—29 Jahre 5, 30—34 Jahre 7, 35—39 Jahre 12, 40—44 Jahre 14, 45—49 Jahre 8, 50 Jahre 3. In den letzten 3 Fällen handelte es sich um seröse Myome. 4 mal wurde die Myomektomie auf vaginalem Wege durchgeführt; 2 mal bei Collummyom und 2 mal bei nekrotisierendem Fundusmyom. Das Fibrom war 23 mal in der vorderen, 19 mal in der hinteren Uteruswand lokalisiert, 7 mal im Fundus, 4 mal seitlich und 6 mal intraligamentär entwickelt. In einigen Fällen handelte es sich um multiple Lokalisation. Durchschnittlich waren die Fibrome orangengroß, manche auch größer (750, 1100 und 1800 g). Gleichzeitig wurde manchmal eine erkrankte Salpinx oder ein cystisch degeneriertes Ovarium mitentfernt. Der Menstruationszyklus blieb überall ungestört. Laut eigener Erfahrungen und Angaben aus dem Schrifttum hält Verf. dieses Verfahren als weniger gefährlich als die Hysterektomie (Schöpp [1912], Goullioud [1922], Gilles, Mayo, Cotte). Die Gefahr des Rezidivs wird folgend geschätzt: Mayo 2,5% (1922), Bacialli 8—10%, Silva 16% [Ann. Ostetr. Suppl.-Bd. 367 (1936)]. Die Krebsentwicklung im Collum nach Myomoperation ist scheinbar dadurch zu erklären, daß das Carcinom schon zur Zeit der Operation bestanden hat und übersehen wurde. Verf. äußert zuletzt die Meinung, daß die Indikationen der Strahlenbehandlung der Myome wo möglich beschränkt werden sollte, namentlich bei Frauen im fortpflanzungsfähigen Alter.

Vilma Janisch-Rašković (Tuzla, Jugoslawien).<sup>oo</sup>

**Tscherne, Erich, und Wilh. Ph. Schäffer:** *Pubertas praecox durch ein Chorionepitheliom des Ovarium.* (*Univ.-Frauenklin. u. Univ.-Kinderklin., Graz.*) Zbl. Gynäk. 1939, 2417—2424.

Nach einem Überblick über die bisher bekannten 6 Fälle von teratoidem Chorionepitheliom bei Kindern wird über eine derartige Beobachtung bei einem 8jährigen Mädchen berichtet, das die Zeichen einer Pubertas praecox aufwies. Die mit dem Harn des Kindes beim Kaninchen ausgeführte Schwangerschaftsreaktion ergab schon mit einer Menge von 0,5 ccm ein positives Resultat. Da wegen der Ausdehnung des Neoplasmas Uterus und Ovarien exstirpiert werden mußten, war es möglich, den hormonalen Einfluß des Chorionepithelioms auf diese Organe aufzuzeigen. Er äußerte sich in einer cystischen Entartung des gesunden Ovars, wobei im Gegensatz zu den Luteincysten, die beim Chorionepitheliom der Erwachsenen auftreten, beim Kind das Vorwiegen von Follikelcysten auffiel, Uterus und Tuben erreichten eine Größe wie bei geschlechtsreifen Frauen. Die histologischen Befunde am Ovarium, an der Uterusschleimhaut, den Tuben und der Cervix werden wiedergegeben und denen bei einem normalen gleichaltrigen Mädchen gegenübergestellt. Gerstenberg (Gießen).<sup>oo</sup>

**Novak, Emil, and H. W. Jones:** *Brenner tumors of the ovary. With report of 14 new cases.* (Brenner-Tumoren vom Ovarium.) (*Dep. of Gynecol., Johns Hopkins Med. School, Baltimore.*) (64. ann. meet. of the Amer. Gynecol. Soc., White Sulphur Springs, W. Va., 22.—24. V. 1939.) Amer. J. Obstetr. 38, 872—888 (1939).

Diese Tumoren werden noch oft verwechselt mit Granulosazelltumoren; doch sind diese beiden Geschwülste durchaus verschieden. Brenner-Tumoren haben keinen endokrinen Einfluß auf den Organismus: der sexuelle Charakter bleibt unverändert. Nur wegen ihrer Größe können sie Beschwerden machen. Sie entstehen von Walthardschen Zellinseln und sind dadurch charakterisiert, daß man Nester oder Stränge von Zellen findet, oft teilweise cystös, eingebettet im fibromatösen Gewebe, das scharf vom Stroma ovarii markiert ist. Es kommen solide und cystöse Erscheinungen vor. Der Tumor kann sehr klein sein, so daß man ihn leicht übersieht; er ist immer gutartig.

*van Tongeren (Amsterdam).*<sup>oo</sup>

**Dimitrijević, Sv.:** *Über Ovarialteratoblastoma.* (*Klin. za ginekol. i porod., univ., Zagreb.*) Liječn. Vjesn. 61, 340—344 u. dtsch. Zusammenfassung 377—378 (1939) [Serbo-kroatisch].

Nach der kurzen deutschen Zusammenfassung wird über 4 Frauen mit Ovarialteratomen

berichtet, davon in einem Falle eine Kombinationsform zwischen Dermoid und Teratom. Diese 4 Teratome wurden unter insgesamt 1065 Ovarialtumoren gefunden. *Mühlbock.*

**Plate, W. P.: Thecazellentumor des Ovariums.** (*Univ.-Vrouwenklin., Amsterdam.*) Nederl. Tijdschr. Verloskde **42**, 245—259 (1939) [Holländisch].

Kurze Übersicht von 41 in der Literatur festgelegten und Mitteilung von 4 eigenen Fällen. Ein Fall von kokosnußgroßem Thecazellentumor bei einem Mädchen von 12 Jahren wird ausführlich beschrieben. Der Tumor wurde pathologisch, anatomisch, chemisch und hormональ untersucht und festgestellt, daß ein Übermaß von oestrogenen Stoffen da war; daß die Menge von oestrogenen Stoffen im Urin zwar nicht abnormal hoch war, jedoch nach der Exstirpation bedeutend weniger wurde, und daß der Tumor histologisch als ein Fibroendotheliom gedeutet werden muß. Dennoch ist er gutartig. Wahrscheinlich entwickelten die Thecazellentumoren sich aus Prothecazellen (unreif mesenchymales Gewebe) und sind, ihrer hormonalen Funktion wegen, verwandt mit Granulosazellentumoren. Differentialdiagnostisch wichtig ist, daß die Thecazellentumoren Cholesterin und Cholesterolester enthalten, das meistens doppelbrechend ist. *De Snoo (Utrecht).*

**Traut, Herbert F., Alberta Kuder and J. F. Cadden: A study of the reticulum and of luteinization in granulosa and theca cell tumors of the ovary.** (Eine Studie über das Reticulum und die Luteinisation bei Granulosa- und Theca-Zelltumoren des Ovars.) (*Dep. of Obstetr. a. Gynecol., Cornell Univ. Med. Coll. a. New York Hosp., New York.*) (64. ann. meet. of the Amer. Gynecol. Soc., White Sulphur Springs, W.Va., 22.—24. V. 1939.) Amer. J. Obstetr. **38**, 798—814 (1939).

Untersuchungen über die Verhältnisse des Reticulums und der Luteinisierung an Granulosa- und Theca-Zelltumoren des Menschen (5 Fälle) und der Maus ergaben, daß ebenso wie bei dem Graafschen Follikel und beim Corpus luteum auch bei Granulosa- und Theca-Zellgeschwülsten das Verhältnis des Reticulum ein Mittel zur Bestimmung der beiden Zelltypen darstellt. Die Thecazellen sind einzeln von dem bindegewebigen Element umgeben, während die Granulosa- oder Luteinzellen in Gruppen zusammengefaßt sind. Die Granulosa- und Theca-Zelltumoren sind nicht nur eng miteinander verwandt, sondern es enthalten aller Wahrscheinlichkeit nach die meisten menschlichen Granulosa-Zellgeschwülste beide Zellarten in wechselndem Verhältnis. Diese Tumoren können in der gleichen Weise wie der Graafsche Follikel luteinisiert werden. Die Ursache der Luteinisierung ist unbekannt. Bei Ovarialtumoren älterer Mäuse konnte sie häufig nachgewiesen werden und ist möglicherweise als ein Zeichen der Reife oder des Alterns anzusehen. Der Gehalt an Phosphorlipoid ist gewichtsmäßig gering, verglichen mit dem des Corpus luteum. Dies mag bedingt sein durch den größeren Gehalt an Bindegewebe und Degenerationsbezirken. Eine Luteinisierung von Granulosazellgeschwülsten in geringem oder mäßigem Grad ist häufig. In 17 Fällen des Schrifttums war der größere Anteil des Tumors luteinisiert. Eine vollständige Luteinisierung ist selten und wird gewöhnlich in kleinen Tumoren gefunden.

*Reifferscheid (Würzburg).*

**Luisi, Manlio: Il fibroma ovarico considerato specialmente dal punto di vista della funzionalità endocrina follicolare ed ipofisaria.** (Das Eierstocksfibrom, betrachtet besonders unter dem Gesichtspunkt der endokrinen follikulären und hypophysären Funktion.) (*Clin. Ostetr. e Ginecol., Univ., Firenze.*) Riv. ital. Ginec. **22**, 557—585 (1939).

Von 1919 bis März 1939 sind in der Univ.-Frauenklinik zu Florenz 13 Fälle von Ovarialfibromen durch Laparotomie zur Beobachtung gelangt. 3 vom Verf. selbst beobachtete Ovarialfibrome werden eingehend beschrieben. Bei einer 46jährigen Patientin mit normaler Menstruation wird ein 1000 g schweres, bei einer 47jährigen Patientin ein 1500 g schweres Fibrom des Eierstocks entfernt. Eine 20jährige Patientin mit starken Regelblutungen hat im Gegensatz zu den beiden anderen Patientinnen keine Beschwerden, der Tumor ist kleinfäustig groß. Histologisch wird ein Ovarialfibrom nachgewiesen. Auf die Gesamtzahl der Ovarialneoplasmen bezogen, eingerechnet die Dermoiden, ohne Parovarialezysten, beträgt der Anteil der Ovarialfibrome nur 1,41%. Eingehend wird auf Grund der Literatur über Entwicklung, histologischen Aufbau, Gewicht, Konsistenz des Ovarialfibroms gesprochen. Die Entwicklung kann in jedem

Alter auftreten. Eine Schwangerschaft ist mit Rücksicht auf die langsame Entwicklung des Eierstocksfibroms möglich, die Regelblutungen sind zuweilen verstärkt, die Menarche ist nicht gestört. Unter den vom Verf. genannten Fällen sind 4 Torsionen gewesen, die auch in der Literatur beschrieben sind. Nach der Mehrzahl der Autoren ist Ascites vorhanden. Gegenüber dem Sarkom ist das Ovarialfibrom durch seinen klinischen Verlauf zu unterscheiden. In Verbindung mit neoplastischen Bildungen hat Verf. bei 3 Fällen ein Uterusfibrom, 2 mal ein tubares Adenomyom und 1 uniokulare Cyste gesehen. Bei 1 Falle ist ein Fibroadenom vorhanden. Beim Uterusfibrom und Ovarialfibrom sind bei der Bestimmung der folliculären und hypophysären Hormone keine konstanten Werte abzuleiten. Verf. kommt auf Grund seiner Urinuntersuchungen zum Schluß, daß für das Ovarialfibrom keine endokrine Pathogenese wie beim Uterusfibrom vorliegt, vielmehr nähert sich das Ovarialfibrom mehr jenen Bildungen extragenitalen Ursprungs. Wenn endokrine Veränderungen bei den Ovarialfibromträgerinnen vorkommen, so sind sie sekundär durch den Sitz des Tumors bedingt, der die Funktion der Drüsen verändert.

Meyer-Bornsen (Leipzig).<sup>o</sup>

**Stojanović, Svetislav:** Durch Ovarialtumoren verursachte Metrorrhagien bei jungen Frauen. Med. Pregl. 14, 196—199 u. franz. Zusammenfassung 198 (1939) [Serbo-kroatisch].

Bei einer 25jährigen Frau mit unregelmäßigen starken Blutungen wurde ein rechtsseitiger Ovarialtumor konstatiert und abgetragen. Nach der Abtragung der Geschwulst wieder regelmäßige Menstruation. Histologisch handelte es sich um ein Fibrom, welcher nach den Angaben im französischen Schrifttum ebenso häufig vorkommen wie Myofibrome. Verf. ist der Meinung, daß die Ovarialtumoren in 10% der Fälle unregelmäßige Blutungen bei jungen Frauen verursachen.

Vidaković (Zagreb).<sup>oo</sup>

**Nicoletti, Guido:** Sulla diagnosi differenziale tra tumori maligni dell'ovaio e annesse e peritonite tubercolare. (Zur Differentialdiagnose zwischen bösartigen Eierstockgeschwülsten und tuberkulöser Adnexitis und Bauchfellentzündung.) (Div. Ostetr.-Ginecol., Osp. Civ. e R. Scuola Ostetr., Venezia.) Clin. ostetr. 41, 508—515 (1939).

4 Krankengeschichten von 23—41jährigen Frauen werden mitgeteilt, bei denen wegen Fieberschüben, Exsudatbildung im Bauche und starker Tuberkulinprobe und auch wegen des Alters zuerst die Diagnose auf Tbc. der Adnexe und des Bauchfells gestellt wurde, während es sich um bösartige Eierstocksgeschwülste handelte. Eine frühzeitige gynäkologische Untersuchung hätte die richtige Diagnose früher stellen lassen. Steiger (Wallenstadtberg).<sup>oo</sup>

**Palacios Costa, Nicanor, und Raul Pastorini:** Fibrom des Ovariums. (Cátedra de Clin. Obstétr., Inst. de Maternidad y Asistencia Soc. „Samuel Gache“ [Hosp. Rawson], Buenos Aires.) Semana méd. 1939 II, 417—428 (Spanisch).

Der Verf. beobachtete 2 Fälle von echten Fibromen der Ovarien. In einem Falle handelte es sich um eine 30jährige Multipara, bei der ein 470 g schwerer Tumor des linken Ovariums gefunden wurde, im anderen um eine 42jährige Frau mit einem 2500 g schweren Tumor. Die Diagnose wurde histologisch gesichert, 4 Abbildungen sind beigegeben.

Otto (Goslar).<sup>o</sup>

**Giordano, Alfonso:** Un caso di teratoma spontaneo dell'ovaia in una cavia grida. (Spontanes Ovarialteratom bei einem trächtigen Meerschweinchen.) (Istit. di Anat. ed Istol. Pat., Univ., Bari.) Sperimentale 93, 407—421 (1939).

Bei einem trächtigen Meerschweinchen wurde im Ovar ein Teratom mit Implantationsmetastasen in Peritoneum und Netz gefunden. Anatomisch setzte sich der Tumor aus Abkömmlingen der drei Keimblätter zusammen, in der primären Tumormasse kam es zu mikrocystischen und angiomatösen Bildungen. Die Beziehungen zwischen Gravidität und Ovarialtumor können zur Zeit noch nicht befriedigend erklärt werden. Der vorliegende Fall läßt im übrigen eine Unterteilung in teratoide Neubildungen und eigentliche wahre Tumoren nicht notwendig erscheinen.

K. Rintelen (Berlin).<sup>o</sup>

**Valach, L'udovít:** Zur Radiotherapie gynäkologischer Carcinome. Bratislav. lek. Listy 19, 305—315 u. dtsch. Zusammenfassung 35 (1939) [Slowakisch].

Besprechung der Entwicklung der Radium- und Röntgentherapie und der einzelnen Bestrahlungsmethoden und ihrer Vor- und Nachteile. Es wird die kombinierte Radium-Röntgenbestrahlung empfohlen. Cervix- und Gebärmuttercarcinome werden nach Regaud bestrahlt, anschließend erfolgte fraktionierte Röntgenbestrahlung. Vulva und Vaginalcarcinome werden meist mit Radium, gelegentlich auch mit Röntgenstrahlen angegangen. Regionäre Lymph-

drüsenbestrahlung erfolgt immer. Die verhältnismäßig geringen Erfolge in seinem Institut führt der Verf. auf die Indolenz der Patientinnen und auf unzulängliche Behandlungsmöglichkeiten zurück.  
Plachetsky (Berlin).

**Walker, James Zuill:** *The principles of radiation treatment of carcinoma cervix uteri.* (Die Grundsätze der Strahlenbehandlung des Carcinoms der Cervix uteri.) Edinburgh med. J., N. s. 46, Transact Edinburgh obstetr. Soc., 153—184 (1939).

Zusammenfassende Darstellung über die technische Seite der Strahlenbehandlung des Portiocarcinoms. Eingehend besprochen wird die intravaginale und intrauterine Radium- und Röntgenstrahlenbehandlung, bei der die verschiedenen Durchführungsmöglichkeiten besprochen werden und in zahlreichen Tabellen die geeigneten Dosen beigegebenen Bedingungen dargestellt werden. Keine klinischen Angaben. Mühlbock (Amsterdam).

**Lönne, Friedrich:** *Zur Frage der Kraurosis forniciis vaginae. (Schlüsselringbildung im hinteren Scheidendrittel nach Radium- oder Röntgenbestrahlung.)* (Geburtsh.-Gynäkol. Klin., Theresienhosp., Düsseldorf.) Zbl. Gynäk. 1939, 2589—2590.

Die von Nowak, Labhardt und Halban gemachten Beobachtungen der Krankheitsbilder werden bestätigt. Nach Ansicht dieser Autoren ist der die Erscheinungen hervorruhende Schrumpfungsprozeß Folge einer ovariellen Insuffizienz. Die von Lönne beobachtete insbesondere nach Radiumbestrahlungen auftretenden Schrumpfungserscheinungen nebst Schlüsselringbildung sind wohl in erster Linie als lokale Gamma-Strahleneinwirkung auf das Vaginalgewebe aufzufassen, wenn auch dem Ovar eine gewisse steuernde Funktion für bestimmte Gewebsabschnitte der Scheide zukommt. W. Rübsamen.

**Coryn, G.:** *Trois cas de tumeur intrathoracique extra pulmonaire.* (Drei Fälle von extra pulmonal gelegenen intrathorakalen Tumoren.) J. Chir. et Ann. Soc. belge Chir. Nr 6, 246—252 (1939).

1. Fall: Polymorphes Sarkom der Pleura, das das ganze rechte Ober- und Mittelfeld intensiv verschattete und bei der Probethorakotomie nicht zu entfernen war. Patient verstarb einige Zeit später. 2. Fall: Erfolgreich operiertes Fibrosarkom mit Knocheneinlagerungen. 3. Fall: Parietaltumor bisher unbekannter Genese. Im Anschluß an die Krankheitsberichte, in denen bereits die Schwierigkeit der Abgrenzung gegen abgesackte Pleuritiden zum Ausdruck kam, bespricht Verf. noch einmal die Differentialdiagnose, die sich neben dem Röntgenbilde auch auf die Probepunktion stützen muß. Vor Gewebsentnahmen durch Punktionsnadel warnt Verf. wegen der Gefahr der Tumorzellenausstreuung über die Pleura im Verlaufe der Blutung, befürwortet dagegen die Probethorakotomie, bei der sich dann zeigen muß, ob der Tumor in toto entferntbar ist, oder nicht. Verf. betont besonders, daß man mit dem Eingriff nicht zu lange warten soll, da schon bei gutartigen Tumoren die Entfernung wesentlich mit von der Größe abhängt, noch viel mehr natürlich bei bösartigen, wo die Notwendigkeit der Frühoperation ja allgemein bekannt ist. Auch ein begleitendes Pleuraexsudat, ja nicht einmal ein Empyem, soll einen dazu verleiten, den Eingriff hinauszuschieben, denn die beste Behandlung des Exsudats ist die Bekämpfung seiner Ursache, d. h. die Entfernung des Tumors. Beim Empyem muß eben nach der Operation drainiert werden. Auf die Schwierigkeiten der Lösung von Verwachsungen und die Empfindlichkeit der Hili und des Herzens auch gegen geringen Zug wird hingewiesen.

*du Mesnil de Rochemont* (Marburg a. d. L.).

**Brea, Mario M., Abel N. Canónico und Jorge A. Taiana:** *Gutartiger Tumor des vorderen Mediastinum.* Semana méd. 1939 II, 538—544 [Spanisch].

Eine 52jährige Frau leidet seit 10 Jahren gelegentlich unter Anfällen von Schmerzen, die von der vorderen unteren Gegend der linken Thoraxhälfte in die linke Schulter ausstrahlen. Der Allgemeinzustand hat sich in dieser Zeit nicht verschlechtert. Die klinische Untersuchung ergibt außer einer Dämpfung mit aufgehobenem Atemgeräusch vorn über dem 3. Zwischenrippenraum, die sich in die Herzdämpfung fortsetzt, keine Besonderheiten. Das Röntgenbild zeigt eine dichte homogene Verschattung der linken Lunge vom 2. I.C.R. abwärts, die in engem Kontakt mit dem Mittelschatten steht und gegen das Zwerchfell nicht abzugrenzen ist. Das Herz ist etwas nach rechts verdrängt. Der Schatten wird als Tumor angesehen und zu seiner topographischen und ätiologischen Festlegung das ganze technische Rüstzeug der Diagnostik herangezogen. Durch Anlage eines Pneumoperitoneum und Pneumothorax links wird der Tumor vom Bauchraum abgegrenzt. Das Tomogramm bestimmt seinen Sitz im

vorderen Teil des Brustraums und läßt hinter ihm die erhaltene Lungenstruktur erkennen. Die Bronchographie deckt eine Deviation der Trachea nach rechts sowie Streckung und Verlagerung der Bronchien des linken Unterlappens nach hinten auf; die Alveolen sind hier nicht darstellbar. Lipiodol dringt nicht in den Tumor ein. Während die kollabierte Lunge Atembewegungen und Lageänderungen folgt, bleibt der Tumor unbeweglich. Die enge Beziehung des Tumors zum Mediastinum wird durch die Thorakoskopie bestätigt, die zugleich eine völlige, ziemlich frische Atelektase des Unterlappens und die Unabhängigkeit von Tumor und Lunge erkennen läßt. Die Oberfläche erscheint im Thorakoskop röthlich und glatt, die Konsistenz bei Berührung mit dem Instrument fest. — Nach Erörterung der Differentialdiagnose wird der Tumor als ein gestieltes Fibrom des Mediastinum angesehen. Operation und anschließende histologische Untersuchung bestätigen die Diagnose. Die Geschwulst wird nach Resektion der vorderen Anteile der 3. und 4. Rippe transpleural entfernt. Nach Resorption eines postoperativen Exsudates glatte Heilung.      *Hermann Böhme (Bochum).*

**German, William M.: Leiomyofibromatosis; multiple tumors of abdomen and pelvis.** (Leiomyofibromatosis, vielfache Geschwülste der Bauchhöhle und des kleinen Beckens.) (*Path. Laborat., Good Samaritan Hosp., Cincinnati.*) Amer. J. clin. Path. **9**, 558—563 (1939).      *o.*

**Köstler, Josef: Wesen und Behandlung der Serome.** (*Heilanst., Hohenlychen.*) Chirurg **11**, 684—691 (1939).      *o.*

**Laskowski, Józef: L'épithélioma planocellulaire avec cellules mucipares.** (Flachzelliger Epithelkrebs mit Schleimzellen.) (*Sect. de Méd., Inst. de Radium Marie Skłodowska-Curie, Varsovie.*) Bull. internat. Acad. pol. Sci., Cl. Méd. Nr 5/6, 407—416 (1938).

Der Verf. beschreibt 2 Krebsfälle, deren histologische Untersuchung nahelegte, diese als Carcinoma planoepitheliae spinocellulare, partim mucocellulare bzw. als Carcinoma mixtum, partim planoepitheliae, partim mucocellulare zu bezeichnen. Ähnliches wurde bisher nur bei einem flachzelligen Krebs des Uterus von L. Leveuf, A. Heuenschmidt und H. Goddard [Bull. Assoc. franç. Étude Canc. **22**, Nr 4 (1933)] beobachtet.

*Hans Freytag (Frankfurt a. M.).*

**Lange, Cornelia de: Über die maligne Form der Gaucherschen Krankheit.** (*Emma-Kinderkrankenhaus, Amsterdam.*) Acta paediatr. (Stockh.) **27**, 34—50 (1939).

Mitteilung zweier Fälle von malignem Morbus Gaucher in einer Familie mit ausführlicher Beschreibung der Symptomatologie und Diskussion der Literaturbefunde. Der 1. Fall konnte nur anamnestisch erörtert werden; im 2. fand sich ein extrapyramidaler Symptomenkomplex. Die Diagnose wurde aus Milz und Leber histologisch und mikrochemisch gestellt. Wahrscheinlich ist das Gehirn ubiquitär beteiligt.      *Jaeger.*

## Biologie.

### Zelle, Gewebelehre, Mikrobiologie, Strahlenkunde.

**Klinke, J.: Die Bedeutung des Zellkulturverfahrens für die Entscheidung der Frage der Kälteresistenz bösartiger Geschwulstzellen.** (*5. internat. Zellforscherkongr., Zürich, Sitzg. v. 7.—13. VIII. 1938.*) Arch. exper. Zellforsch. **22**, 372—377 (1939).

Als Test des Überlebens wurde die Vitalspeicherung und die Gewebezüchtung angewandt. Sehr kleine Explantate in einem Nährmedium von etwa 0,025 ccm wurden bei 37,8° und einer Gesamtkonzentration an Neutralrot von 1 : 18000 bis 1 : 36000 1—3 Stunden bebrütet. Wechselnde Mengen von Zellen enthielten im Grundplasma unterschiedlich kräftig rotgefärbte verschieden kleine Neutralrotgranula. Besonders deutliche Effekte dieser Art am Ascitestumor der Maus, geringer am Jensen-Sarkom. Mäusecarcinom, Flexner-Carcinom, Brown-Pearce-Carcinom enthielten nur sehr wenig vitalgefärbte Zellen. Diese Unterschiede entsprachen völlig gleich gelagerten beim Tierexperiment. Im Kulturverfahren konnten eindeutige, wenn auch spärliche Wachstumsprozesse nach vorherigem Einfrieren in flüssigem Stickstoff (—196°) beobachtet werden. An verschiedenen Sarkom- und in geringem Umfang an Carcinomstämmen, aber auch an Normalgeweben wie embryonalem Hühnerherzen, jugendlicher Kaninchenniere.      *Orzechowski (Kiel).*