

rollen des Fußes), wenn die Auslösung des Reflexes sonst nur mit dem Jendrassik'schen Handgriff gelingt. *H. Thorner* (London).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. **J. Jadassohn.** Bd. 4, **Th. 2.** Berlin: Julius Springer 1933. XV, 1490 S. u. 323 Abb. RM. 286.—

Mayer, R. L.: Toxicodermien I. S. 1—252 u. 32 Abb.

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. **J. Jadassohn.** Bd. 4, **Th. 2.** Berlin: Julius Springer 1933. XV, 1490 S. u. 323 Abb. RM. 286.—

Kleeberg, L.: Toxicodermien II. S. 253—376 u. 33 Abb.

Die umfassende Darstellung der Toxikodermien ist ausgezeichnet und bildet eine Fundgrube interessanter Befunde, die übersichtlich und kritisch verarbeitet sind. Eine Besprechung im einzelnen ist an dieser Stelle nicht möglich. Hervorgehoben werden muß die Gliederung des Stoffes unter den verschiedensten Gesichtspunkten: So gibt z. B. ein Abschnitt die Zusammenstellung der Dermatosen durch Kleider, Schmuck, Pelze, Farbstoffe, Gebrauchsgegenstände (Streichholzschachteln, Bartbinden, Heftpflaster), ein anderer Abschnitt die durch Kosmetica (Puder, Schminken, Seifen, Badeszusätze, Parfüme, Hautereme, Haarwässer und Haarfarbmittel, Depilatorien, Mundwasser, Zahnpasten). Vorzüglich sind die beigegebenen bunten Photogramme, umfassend die Literaturzusammenstellung. *Ruickoldt* (Göttingen).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Neter, Erwin: Die Pathogenese der akuten Pankreasnekrose. Arch. Verdgskrkh. 54, 62—70 (1933).

Die akute Pankreasnekrose mit konsekutiver Fettgewebsnekrose spielt auch in der Gerichtlichen Medizin bei den plötzlichen Todesfällen aus natürlicher Ursache eine beachtliche Rolle; die Voraussetzungen für ihr Zustandekommen sind auch für uns wichtig:

Die a. P. n. läßt sich experimentell (Polyas und Seidel) durch Injektion von aktiviertem Pankreassekret und aktiviertem Trypsin in den Ausführungsgang der Bauchspeicheldrüse — jedoch nicht mit diesen nichtaktivierten Substanzen! — erzeugen; Aktivierung dieser Sekrete kann durch Galle, Duodenalsaft, durch Zellerfallsprodukte und auch durch Blutserum stattfinden. — Ein Einfließen von Galle in den Duct. pancreaticus kann bekanntlich dann stattfinden, wenn dieser letztere wie auch der Duct. choledochus statt völlig getrennt in Form von zwei Öffnungen — wie das in der Mehrzahl der Fälle ist — in der Weise mittels einer Mündung ins Duodenum eintreten, daß sie zuerst in ein gemeinsames ampullenartiges Divertikel einmünden und wenn dann unter solcher Voraussetzung die gemeinsame Papillenöffnung durch entzündliche Schwellung, durch Spasmus oder durch einen eingekleiteten Papillengallenstein vorübergehend verlegt wird. (In 100% der Fälle von a. P. n. will Walzel Gallensteine gefunden haben!) Unter analogen Umständen könnte auch Duodenalsaft und Entero-kinase in den Papillenausführungsgang wie in das Drüsengewebe eindringen und das Pankreassekret inaktivieren; endlich kann auch durch Einwirken von Blutserum und durch Zellerfallsprodukte der Drüsengang- und Parenchymzellen des Pankreas selbst, wie sie bei Entzündung, mechanischer Verletzung, bei Magenoperationen usf. entstehen, eine Aktivierung des Pankreassekrets mit allen ihren Folgen zustande kommen, auch Ascariden im Ausführungsgang können auf chemischem Wege oder mechanisch bedingt die gleiche Wirkung auslösen. Hat auf einem dieser verschiedenartigen Wege eine intrapankreatische Aktivierung der Fermente — meist mit gleichzeitig verurachter Zellschädigung — stattgefunden, so tritt dann die bekannte Selbstverdauung des Pankreas ein, welche unter Bildung steriler (oder evtl. sekundär infizierter) Zerfallshöhlen alle Dimensionen — bis zur völligen Zerstörung des ganzen Pankreas annehmen kann, auch kombiniert mit — evtl. sehr erheblichen — ja tödlichen Blutungen! Eine weitere Folgeerscheinung sind die nicht nur am Pankreas lokalisierten, sondern auch weithin im Organismus disseminiert auftretenden (intraperitonealen und subcutanen) Fettgewebsnekrosen — dadurch bedingt, daß Pankreasfermente und -zerfallsprodukte durch die beschriebenen Vorgänge entstanden und nun per continuitatem oder hämatogen oder lymphogen weitergeschleppt werden. In den oft massenhaften (mohnkern- bis linsengroßen. Ref.) Fettgewebsnekrosen findet man regelmäßig das fettspaltende Ferment Steapsin. Die allgemeine Intoxikation des Organismus — eine Eiweißzerfallsautointoxikation — die oft im klinischen Bild der akuten Pankreasnekrose im Vordergrund steht, soll, wie aber auch experimentell erhärtet zu sein scheint, durch Trypsinwirkung verursacht sein.

H. Merkel (München).

Coelho, E., und J. Rocheta: Zur Frage der Pathogenese des akuten Lungenödems. I. Mitt. Die mechanischen Faktoren des akuten Lungenödems bei experimenteller Insuffizienz des Blutkreislaufs. Z. exper. Med. 87, 545—550 (1933).

Die über diese Frage bestehende ziemlich ausgedehnte Literatur wird erörtert; eine

Insuffizienz der linken Herzkammer allein genüge angeblich nicht zur Entstehung des akuten Lungenödems; die hierzu nötige Capillardurchlässigkeit in der Lunge sei eine Folge des örtlich freiwerdenden Histamins. Die Frage der Entstehung des akuten Lungenödems sei jedenfalls noch nicht entschieden. In eigenen Versuchen an insgesamt 78 chloralosenarkotisierten Hunden konnten Verf. durch Injektion von Histamin und auch von anderen vasomotorisch wirksamen Substanzen (Adrenalin, Acetylcholin) in die Lungenarterie akutes Lungenödem nicht hervorrufen. Die hierbei beobachteten Herzrhythmusstörungen werden beschrieben. Nach Unterbindung der A. coron. sin. traten ebenfalls Rhythmusstörungen auf, aber nur in 4 Fällen akutes Lungenödem ganz geringen Grades. Dagegen gelang die Erzeugung des akuten Lungenödems immer durch Unterbindung der aufsteigenden Aorta sowie durch intensive (Injektion von Argent. nitric.-Alkohol) Schädigung des Myokards der linken Kammer. — Die von anderen erhobene Behauptung, hierbei seien über die Aortenerven und die Pleura gehende und nur bei geschlossenem Thorax wirksam werdende Reflexe notwendigerweise beteiligt, wird dadurch widerlegt, daß die vorherige Injektion einer narkotischen Lösung und das ausschließliche Experimentieren am geöffneten Thorax auf die Entstehung des akuten Lungenödems ohne Wirkung gefunden werden.

Hempel (Leipzig).

Konkolewski, Leon, und Józef Śniegowski: Tödlich verlaufende Sepsis auf Grundlage akuter Gonorrhöe (Septicopyaemia gonococcica). (*Zakład anat. pat., uniw., Poznań.*) Przegł. dermat. 28, 259—267 u. dtsch. Zusammenfassung 267 (1933) [Polnisch].

Der Fall betraf einen 20jährigen Mann, der im Verlauf eines unkomplizierten akuten Harnröhrentrippers binnen 5 Tagen einer Septicopyämie unter dem Bilde eines Bauchtyphus erlag. Die Sektion ergab neben geringer Urethritis eitrige Prostatitis, Cystitis, rechtsseitige Ureteritis und Nephritis, sowie metastatische Abscesse in Lungen, Leber, Milz und im Herzmuskel. Im Eiter der Metastasen und in thrombosierten Venen fanden sich typische Gonokokken. Die Verf. erachten als Auslösungsmoment der Allgemeininfektion körperliche Überanstrengung des Mannes durch Teilnahme an einem Schwimmwettbewerb. Wachholz.

Merkelbach, O.: Endarteriitis obliterans Winiwarter. Homonyme Hemianopsie und Spontangrän an der unteren Extremität. Beiträge zur Frage der Endarteriitis obliterans durch Kälteschädigung und nach Trauma. (*Med. Univ.-Klin., Basel.*) Z. klin. Med. 124, 66—85 (1933).

Ein 29jähriger kräftiger Mann bemerkt plötzlich linksseitige Sehstörungen, denen nach 4 Stunden intensive Hinterhauptkopfschmerzen folgen. Am Tage darauf wird von der ophthalmol. Poliklinik typische Hemianopsie festgestellt. Interne und neurologische Exploration ergeben keinen pathologischen Befund. Nicotinguß durchschnittlich 10 Zigaretten pro Tag, nichtjüdische Familie, keine Kälteschäden, Wa. —, Senkungsreaktion normal. Während eines mehrwöchigen Klinikaufenthaltes fiel auf, daß die Hände kühl anzufühlen waren und daß der Puls der Art. dorsalis pedis dextr. nicht konstant palpabel und dünner als der der l. war. 7 Wochen nach den Sehstörungen traten Schmerzen und Parästhesien im rechten Fuße auf. Wiederholte klinische Untersuchung ergab Fehlen des Pulses der Aa. poplitea, tibialis post., und dorsalis pedis rechts. Nach mehreren Wochen trat Eiterung an der rechten Großzehe auf mit nachfolgender Nekrose und Demarkation in der Articulatio metatarsophalangea. Die histol. Untersuchung der nach mehreren Monaten amputierten Zehe zeigte polsterartige Intimaverdickungen (ohne gänzlichen Verschuß) und stärkere entzündliche Infiltration der Subcutis in den nichtmumifizierten Partien, keine thrombotischen Prozesse. — Besonders hervorzuheben ist im Krankheitsbild die Tatsache, daß nicht selten plötzlich intensivste Schmerzen mit streng umschriebener Schweißbildung in einem scharf begrenzten Hautgebiet auftraten mit gleichzeitig weißer und dann rotblauer Verfärbung. (Kausalgie Weir-Mitchell.)

Merkelbach diskutiert eingehend unter sorgfältiger Berücksichtigung der Literatur die Erklärungsmöglichkeiten des Krankheitsbildes und kommt zum Schluß, daß doch mindestens außerordentlich viel dafür spricht, daß bei der Endarteriitis oblit. W. eine primäre vasomotorische Störung vorliegt, die sekundär, in ihrem Verlauf histologische, feststellbare Veränderungen an den Gefäßen zu setzen vermag.

Eisner (Basel).

König, Willy: Experimentelle Untersuchungen über die Entstehung der Thrombose. Ein Beitrag zur Lehre von den Blutplättchen. (*Chir. Univ.-Klin., Leipzig.*) Arch. klin. Chir. 171, 447—502 (1932).

In einer eingehenden Arbeit von 55 Seiten, mit zahlreichen Tabellen ausgestattet, nimmt der Verf. Stellung zu den Grundlagen über die Entstehung der Thrombose, auch wieder basierend auf der Häufung der Fälle von Thrombose und Embolie, wie sie seit mehr als 10 Jahren allgemein und auch in den chirurgischen Kliniken festge-

stellt worden ist. In der Einleitung geht Verf. von der Frage aus, welche Bedingungen nun gerade in den für die Chirurgie so praktisch wichtigen Fällen von postoperativer Thrombose eigentlich zur Entstehung der Thrombose führten, deren Grundlagen ja allgemein anerkanntermaßen in den 3 Faktoren: Kreislaufschädigung, Gefäßwandschädigung und Veränderung der Blutbeschaffenheit zusammenzufassen sind. Die Arbeit gründet sich hauptsächlich auf experimentelle Untersuchungen.

Verf. stellt die Wirkung des chirurgischen Eingriffes an sich an erste und wichtigste Stelle für die Entstehung von Thrombosen (was doch nur eigentlich bedingt gelten dürfte. Ref.) und untersucht, welche Allgemeinwirkung der chirurgische Eingriff auf die drei genannten Grundfaktoren haben könnte. Im ersten Teil der Arbeit berichtet König daher über vergleichende Beobachtung bei Injektion von Proteinkörpern und Strahlenwirkung (hauptsächlich Röntgenstrahlen). Es werden untersucht 1. nach Operationen und 2. nach Proteinkörperverleibung sowie 3. nach Röntgenbestrahlung die Blutplättchenzahlen und die Zerfallsgeschwindigkeit der Blutplättchen. Hinsichtlich des Verhaltens der Blutplättchen bestehen bei den Allgemeinwirkungen der Operationen einerseits und bei Proteinkörper- und Strahleneinwirkung andererseits, gewisse Unterschiede. Bemerkenswert ist, daß bei den Eiweißkörperwirkungen in den ersten Tagen eine starke Vermehrung der Blutplättchen, dann ein Absinken zum Ausgangswert und nach dem 18. Tag wieder ein nochmaliger mehrtägiger Anstieg festzustellen ist. Besonders stark sei die Vermehrung der Blutplättchen bei Eigenblutinjektionen. Die dabei auftretenden Fiebersteigerungen ist K. geneigt auf das Verhalten der Blutplättchen zurückzuführen. Als Abschluß des ersten experimentellen Teiles kommt Verf. zu der Anschauung, daß wahrscheinlich Kernzerfallsprodukte zu den Veränderungen der Blutplättchen und damit auch zu den Thrombosen führen dürften und untersucht dann im zweiten Teil seiner Arbeit die Intermediärprodukte des Kernzerfalls experimentell wieder in ihrer Wirkung auf Blutdruck, Plättchenzahlen und Plättchenzerfallsgeschwindigkeit. K. geht von der Annahme aus, daß die Thrombose mit einer Thrombocyten-sedimentierung beginnt (wenigstens bei den sog. Abscheidungsthromben ist das der Fall! Ref.) und daß die große Steigerung der Plättchenzahl nachweislich zwischen dem 6. und 12. Tag post operationem erfolgt, also angeblich in einer Zeit, in der die meisten Thrombosen auftreten. Es handelte sich also darum, Stoffe ausfindig zu machen, die im Körperkreislauf entstehen und eine ebensolche Wirkung auf die Blutplättchen haben, wie ein chirurgischer Eingriff. Die Einspritzung von frisch zertrümmertem Gewebe und daraus hergestellten Preßsäften und Filtraten ergab zuerst eine starke Senkung, dann eine Steigerung der Blutplättchenzahlen, während Muskelpreßsaft, der aseptisch gehalten mehrere Stunden bei Zimmertemperatur gestanden hatte, eine ganz andere Wirkung aufwies, nämlich, wie bei Proteinkörperinspritzung zu einer starken Steigerung der Plättchenzahlen führt; intravenöse Injektion von frischem Muskelpreßsaft führt beim Experimentiertier sogar zum alsbaldigen Tod. 3—5 cem waren meist sicher tödlich. K. sucht festzustellen, daß der Tod durch Wirkung eines Kreislaufgiftes zustande komme, und zwar bezeichnet er die Wirkung als eine Frühgiftwirkung der Kernzerfallsprodukte, die im Kreislauf entstehen. Die Intermediärprodukte des Kernzerfalls wurden in ihrer Wirkung besonders hinsichtlich des Verhaltens der Blutplättchen eingehend untersucht. Xanthin und Guanosin verhalten sich wie ein chirurgischer Eingriff, dagegen Adenosin und Adenylsäure wie die Wirkung eingespritzter Proteinkörper. K. glaubt, daß die allgemein biologischen Wirkungen einer Operation auf den Intermediärprodukten des Kernzerfalls beruhten, man hat ja auch nach Operationen vielfach Steigerung der Harnsäureausscheidung usw. beobachtet. — Weiter untersucht K. die Frage, in welche ursächliche Beziehung nun die Kernzerfallsprodukte zur Entstehung der Thrombose zu setzen sind; er kommt zu der Folgerung, daß eine Veränderung der Milzfunktion unter dem Einfluß der genannten Kernzerfallsprodukte die Veränderungen der Blutplättchen herbeiführen müsse; zwischen einer auch morphologisch nachweisbaren Veränderung der Milzfunktion und der Plättchenzahl sowie der Plättchenzerfallsgeschwindigkeit soll ein enger Zusammenhang bestehen, und zwar ist diese Dysfunktion der Milz angeblich abhängig von Kreislaufveränderungen und soll daher auch durch Kreislaufmittel günstig beeinflußt werden.

Verf. glaubt, daß man durch ein bestimmtes therapeutisches Verfahren diese Wirkung der Kernzerfallsprodukte und damit auch das Eintreten von Thrombosen beseitigen kann. Er hat die adrenalinähnliche (Adrenalin kontrahiert ja bekanntlich die Milz.) Wirkung des Präparates Sympatol genau studiert und glaubt von der Anwendung desselben Günstiges gesehen zu haben. Übertragen auf das klinische Material haben sie in Leipzig 250 operierte Kranke von diesem Gesichtspunkt aus prophylaktisch behandelt: Die Patienten erhielten entweder unmittelbar nach der Operation 40—50 cem Eigenblut oder meistens 3mal täglich 20 Tropfen Sympatol, am Operationstage 2mal täglich 1 cem Sympatol. subcutan bis zum 7. Tage nach der Operation. Außerdem wurden freilich die Patienten noch energisch angehalten, eifrig

Fußbewegungen mit der Payrschen Fußrolle zu machen. Injektionen jeder Art wurden möglichst vermieden. Die bisherigen Ergebnisse scheinen dafür zu sprechen, daß diese Methode eine erfolgreiche Thrombosenverhütung darstellt. Freilich warnt Verf. selber vor einem zu überschnellen Urteil.

H. Merkel (München).

Stöhr, Wilhelm: Zur Frage ausgedehnter Venenthrombose ohne Embolie. (*Chir. Abt., Allg. Poliklin., Wien.*) Dtsch. Z. Chir. **240**, 471—480 (1933).

Der Verf. hat aus 4 Kriegsjahren — 1915—1918 — und 4 Nachkriegsjahren — 1922 bis 1925 — aus dem Wiener Path. Institut die Fälle von ausgedehnter Venenthrombose gesichtet, in denen es nicht zur Embolie gekommen ist. Im ganzen sind es deren 193, und zwar handelt es sich bei 113 um Fernthrombose, bei 80 um Thrombose bei Kompressionen oder Entzündung in der Umgebung der befallenen Venen. Bemerkenswert ist, daß die Fernthrombose im Gegensatz zu den tödlichen Embolien in den Kriegsjahren zugenommen hat, während umgekehrt die tödliche Embolie in der Nachkriegszeit häufiger war. Auch die früheste Jugend ist nicht frei von dieser Venenpfropfbildung ohne Embolie. Mit zunehmendem Alter steigt die Kurve ganz gewaltig an, so daß hier auf den Altersaufbau der Bevölkerung umgerechnet 9,52% im Alter von 80—90 Jahren, 0,4% zwischen 0 und 19 Jahren gegenüberstehen. Von diesen 113 Fällen sind nur 17 frei von Tuberkulose oder schwerer eitriger Infektion. Auch fanden sich 22 mal bösartige Geschwülste. Es wird somit der Schluß gezogen, daß schwere Lungen- und Darmtuberkulose und die eitrige Infektion, auch dann, wenn sie bei Carcinomkranken auftritt, zur Fernthrombose ohne Verschleppung Veranlassung gibt. Daß es nicht zur Verschleppung kommt, liegt in den besonderen Umständen der Thrombenbildung begründet, denn diese sind der Gefäßwand viel inniger verheftet und bedingen im Gegensatz zu den Thrombosefällen mit Embolie viel häufiger Zirkulationsstörungen in Form von Ödemen. Auch ist bemerkenswert, daß der Thrombuskopf hierbei viel häufiger herzwärts und der Schwanz distalwärts gelagert ist; auch dieses ist ja meistens beim Embolie-Thrombus umgekehrt. Der Sitz der Thrombose ist natürlich — wie immer — hauptsächlich das Venensystem der Beine und des Beckens. Auch bei den 80 Thrombosefällen in der Umgebung der betroffenen Venen fanden sich 12 mal Tuberkulose, 24 mal Carcinom, 4 mal Sarkom und 21 mal schwere eitrige Infektion, und auch hier zeigt sich genau wie in den Fällen von Fernthrombose, daß schwer eitrige Infektion die Fixation des Blutpfropfes begünstigt, und daß eben nicht in der örtlichen Entzündung, sondern in der Beeinflussung des Gesamtstoffwechsels durch die vorliegende Grundkrankheit die Entstehungsursache für die Blutgerinnsel gegeben ist.

Max Budde (Gelsenkirchen).

Perkins, Orman C.: Apoplexy. A study of 801 cases admitted to the Kings County Hospital during the five years from 1923 to 1928. (Eine Untersuchung von 801 Fällen von Apoplexie, die in der Zeit von 1923—1928 im Kings County Hospital aufgenommen wurden.) Ann. int. Med. **6**, 1386—1392 (1933).

Verf. meint, daß körperliche und geistige Anstrengungen nur eine geringe Rolle spielen bei der Auslösung apoplektischer Insulte. — Eine Aufstellung von autoptisch festgestellten intrakraniellen Blutungen ergab, daß die Mehrzahl dieser Apoplexien sich zwischen dem 40. und 50. Jahr ereignet. Die Zahl der männlichen Patienten überwiegt mit 90 gegenüber 34 sehr erheblich die der Apoplexien bei Frauen. Im Alter von über 60 Jahren fanden sich nur 29,9% Hirnblutungen. — Nur bei 8,58% von 617 Fällen ergab die WaR. im Blut ein positives Resultat. Die linke Hirnhälfte fand sich in 53,2% der Fälle betroffen. Die Mortalität betrug 78,6% aller aufgenommenen Fälle.

Hiller (München).

Aschoff, Ludwig: Über die apoplektischen Gehirnblutungen. Med. Klin. **1933 II**, 933—936.

In diesem kritischen Übersichtsaufsatz über die viel umstrittene Frage betont Aschoff u. a., daß die Hirngefäße innerhalb der Hirnsubstanz von einer flüssigkeitshaltenden Scheide umgeben sind; intraadventitielle Blutungen können mechanisch

durch sog. Schleuderung der Gefäße innerhalb der Liquorscheide bedingt sein, was z. B. bei traumatischen Schädigungen eine Rolle spielt. A. erwähnt auch die Möglichkeit, daß sich unter Umständen Blutergüsse in den Gefäßcheiden erst nach dem Tode infolge der Herausnahme und Behandlung des Gehirns entwickeln, also Kunstprodukte darstellen können. — Was die hypertonen Blutungen betrifft, so dürften krisenartige Blutdrucksteigerungen zu Blutungen im Gebiet veränderter Arterien und ihrer von kleinen Seitenästen durchzogenen Lymphscheiden führen, besonders im Bereich des Putamens. Warum gerade dies Gebiet betroffen wird, ist nicht bekannt. „Der Streit, ob eine apoplektische Massenblutung auf ein oder mehrere Gefäße zurückgeführt werden muß, ob das blutende Gefäß vorher aneurysmatisch erweitert sein muß oder nicht, sollte sich richtiger auf die Frage beschränken, ob eine solche Blutung auf bereits erkrankte arterielle Gefäße zurückgeführt werden muß oder nicht. Und diese Frage läßt sich heute nach unseren ganzen Erfahrungen dahin beantworten, daß alle Massenblutungen des Gehirns bei Hypertonikern und Arteriosklerotikern vorhergehende Wandschädigungen der Gefäße zur Voraussetzung haben.“ *Neubürger.*

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Stewart, Harold L., and Hamblen C. Eaton: Spontaneous cardiac rupture in the insane. A report of six cases. (Herzzerreißung aus innerer Ursache bei Geisteskranken. Ein Bericht über 6 Fälle.) (*Path. Dep., Jefferson Med. Coll. a. Hosp., Philadelphia a. Warren State Hosp., Warren.*) *J. Labor. a. clin. Med.* 18, 1004—1011 (1933).

1. Bei einem 64jährigen Mann, der wegen alkoholischer Demenz seit 10 Jahren im Spital war, fand sich ein Riß in der Vorderwand der linken Herzkammer. 3 cm links von der vorderen Herzfurche und 3 $\frac{1}{2}$ cm oberhalb der Herzspitze. Es bestand hochgradige Herzkranzschlagaderverkalkung und im unteren Anteil des absteigenden Astes der linken Kranzschlagader eine Thrombose mit Verschuß der Lichtung. Die mikroskopische Untersuchung ergab schwierige Herzfleiscentartung. — 2. Ein 75jähriger Mann stand wegen Paranoia in Spitalbehandlung und starb plötzlich. Bei der Leichenöffnung zeigte sich eine 3 cm lange Zerreißung der linken Kammer, die an der Herzspitze beginnend, über die Vorderwand verlief. Die unteren zwei Drittel des absteigenden Astes der linken Kranzschlagader und die Endverzweigungen des waagrechten Astes derselben waren durch Thromben verschlossen. — 3. Eine 66jährige Frau, die wegen Neuroses und Demenz in Behandlung stand, starb im Anschluß an einen Herzanfall, an denen sie schon vorher gelitten hatte. Bei ihr ergab die Leichenöffnung ein partielles Aneurysma der seitlichen Wand der linken Kammer, das an der Kuppe durchbrochen war. Weiter bestand Mesaortitis mit Einengung der Abgangsstellen der Kranzschlagadern. Verkalkung derselben und Verschuß des waagrechten Astes der linken und des hinteren absteigenden Astes der rechten durch Thrombose. — 4. Bei einem 54jährigen Mann, der sein halbes Leben lang wegen Dementia praecox im Krankenhaus war, stellte die Leichenöffnung nach seinem plötzlichen Tode eine Zerreißung der seitlichen Wand der linken Kammer in einer Länge von 3 cm fest. Die Kammerwand war in der Umgebung des Risses umschrieben ausgebuchtet. Die Abgangsstelle der linken Kranzschlagader war durch einen mesaortitischen Herd eingeengt, ihr waagrechter Ast durch einen Thrombus verschlossen, beide Kranzschlagadern zeigten starke Verkalkung. — 5. Ein 76jähriger Jäger befand sich seit längerer Zeit wegen chronischem Alkoholismus und Altersschwachsinn in Anstaltsbehandlung und starb plötzlich. Die Leichenöffnung ergab eine Zerreißung der Hinterwand der linken Kammer und Verschuß der rechten Kranzschlagader nahe ihrem Ursprung durch Thrombose. Mikroskopisch wurde schwierige Herzfleiscentartung festgestellt. — 6. Schließlich fand sich bei einer 65jährigen Frau, die wegen Manie in Spitalbehandlung stand und eines Tages tot im Bette gefunden wurde, soweit aus dem unvollständigen Sektionsprotokoll hervorgeht, eine Zerreißung des Herzfleisches mit Verbindung zwischen rechter und linker Herzkammer (?).

In 5 Fällen wird Verschuß einer Kranzschlagader durch Thrombose auf atherosklerotischer Grundlage, in 1 Falle Lues als ätiologischer Faktor für die Herzzerreißung angenommen. Im Schrifttum sind bis auf eine kleine deutsche Arbeit nur amerikanische Veröffentlichungen berücksichtigt. *Breitenecker* (Wien).

Krsek, Heřman: Traumatische und spontane Aortenrupturen und ihre Folgen. *Bratislav. lek. Listy* 13, 339—342 u. 371—381 u. dtsch. Zusammenfassung 50—52 (1933) [Tschechisch].

Nach einer zusammenfassenden Besprechung über Ursachen und Entstehungs-