

nach einer Mahlzeit beim Arbeitsbeginn mit Schweißausbruch, Erbrechen und Kollaps. Im Krankenhaus bot er Zeichen von Shock, erholte sich aber. Am nächsten Tag kein eindeutiges klinisches Krankheitszeichen, Herztöne und Blutdruck normal. Der Kranke dachte an eine Vergiftung und hatte Todesahnungen. Er starb dann plötzlich etwa 2 Tage nach dem ersten Anfall. Die Obduktion deckte ein Hämoperikard mit etwa 500 g Blut auf, das Herz war nicht wesentlich vergrößert, aber rundlich, die linke Kammerwand verdickt. Es bestanden nur 2 Aortenklappen, eine vordere und eine hintere von 35 mm Länge und 10 mm Höhe. Anatomisch schienen sie einen normalen Schluß zu gewährleisten. Im Bereich der vorderen Klappe fanden sich die beiden Abgangsstellen der Coronararterien. Der sonstige Befund war normal, am Endokard und an der Aorta fanden sich einige geringe Atheromherde (wohl Lipoidflecke). Die Aorta war leicht erweitert, 2,5 cm oberhalb des freien Klappenrandes fand sich ein querer Riß an der Hinterwand, mehr nach links, von 5,5 cm Länge. Von hier aus gelangte man in einen aneurysmatischen Sack im Bereich der Aorta ascendens (der Riß betraf lediglich die inneren Häute). Der Sack war von teilweise geronnenem Blut angefüllt, durch einen kleinen Riß in der Adventitia hatte sich das Blut wieder in den Herzbeutel ergossen. Eine Abbildung. (Differentialgesichtspunkte zwischen angeborener und erworbener Zweiteilung sind nicht erörtert, ebenso wenig die Frage eines Zusammenhanges zwischen dieser und der Aortenruptur. [Vgl. Walcher, Virchows Arch. 234 (1921).] Walcher (Halle a. d. S.).

Leichenerscheinungen.

Bonciu, C.: Leichenveränderungen. Rev. ştiinţ. med. 25, 189—202 (1936) [Rumänisch].

Es ist eine gute Darstellung des Problems über die Veränderungen der gesamten körperlichen Organe post mortem, wie sie auch in den pathologisch-anatomischen Abhandlungen beschrieben sind. Der Verf. lenkt die Aufmerksamkeit auf diese Veränderungen, damit sie nicht mit den während des Lebens zugezogenen Verletzungen verwechselt werden.

Kernbach (Cluj, Rumänien).

Rooks, Gerhard: Über die histologische Lungenprobe Neugeborener. (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Tartu.) Ärztl. Sachverst.ztg 42, 157—162 (1936).

Verf. beschäftigt sich mit den Untersuchungen Försters über die histologische Lungenprobe und gibt an, daß auch sie seit der Veröffentlichung der Untersuchungsergebnisse die elastischen Fasern in den Lungen untersucht hätten. Zuerst werden die Befunde an Lebendgeborenen mitgeteilt: Im histologischen Bild dominierten entfaltete Alveolen und Bronchien mit bogenförmig gespannter Elastica. Sodann wurden Fälle beobachtet, wo das Atmungsbild viel schwächer ausgesprochen war. Das makroskopische Lungenbild und auch die Lungenschwimmprobe sprachen nicht immer deutlich für Atmung. An den unentfalteten Partien sahen sie die elastischen Fasern in Lockenform, an entfaltenen Alveolen konnte man sie aber auch teils in gespannter Form treffen. Die Befunde entsprechen somit dem Bilde der Befunde Försters. In einer 3. Gruppe wurden die totgeborenen Kinder untersucht. Einige von diesen zeigten ganz unentfaltete Alveolen mit lockenförmiger Elastica, wie das von Förster angegeben wurde; dann wurden entfaltete Alveolen, angefüllt mit Fruchtwasser und Meconium, beobachtet. Die Elasticafärbung brachte hier besonders gut die Alveolengrenzen. In der Regel wurde die von Förster angegebene Wellenform der elastischen Fasern beobachtet, doch in einigen Fällen konnte man neben dieser auch mehr gespannte Formen bemerken. Hieraus wurde geschlossen, daß gespanntere Elasticaformen bei Fruchtwasser-aspirationen zu diagnostischen Schwierigkeiten führen könnten. — Sodann werden 3 Fälle von Totgeborenen besprochen, wo auch eine Entfaltung der Alveolen mit Spannung der Elastica gefunden wurde und wo diesem Bilde nach also auch an Luftaspiration zu denken wäre. Zusammenfassend kommt Verf. zu dem Schluß, daß der histologische Lungenbefund bei Neugeborenen an ihrem Material bei Atmung,

Nichtatmung und Fruchtwasseraspiration meistens dem Bilde entspricht, wie es von Förster angegeben wurde. Bei mangelhafter Atmung, welche aus Schwäche bedingt war, konnte man stellenweise wohl Lockenformen der *Elastica* dominieren sehen, während die entfalteten Alveolen mit gespannter *Elastica* geringer vertreten waren. Da, wo Aspiration von Fruchtwasser mit intrauteriner Erstickung vorlag, wurde die *Elastica* in der Regel wellenförmig gefunden. Manchmal sah man gespanntere Formen, allerdings waren dann die Alveolen mit Inhalt gefüllt. Durch die Färbung der elastischen Fasern wird nach Ansicht des Verf. eine bessere Übersicht über die Vorgänge in der Lunge geschaffen, allerdings müssen die elastischen Fasern genügend entwickelt sein. Man hat bei der Bewertung der positiven Befunde an Lufteindringen durch andere Umstände zu denken: an künstliche Atmung, an intrauterine Luftaspiration. Vereinzelt entfaltete Alveolen mit gespannter *Elastica* können verschieden bedingt sein und können deshalb nicht für die extrauterine Atmung verwendet werden. Schlüsse auf extrauterine Atmung sind aber dann berechtigt, wenn gleichzeitig Aspiration von Fremdkörpern fehlt. Im übrigen wird sich Staemmler angeschlossen, und zwar in der Richtung, daß die *Elastica*-Entwicklung und die Färbintensität vom Reifegrad und der Lebensdauer des Kindes abhängig sei. *Förster* (München).

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

Mönch, Gerhard L.: Sterilität. Über die Mikropathologie des Samens. (24. Vers. d. Dtsch. Ges. f. Gynäkol., München, Sitzg. v. 23.—26. X. 1935.) Arch. Gynäk. 161, 64—76 (1936).

Der Spermienkopf besteht nur aus Kernsubstanz; Veränderungen in Größe und Form des Kopfes verursachen daher Veränderungen in der Chromatinmasse. Die Vorstellung, daß es einen Dimorphismus der Spermatozoen, entsprechend dem Vorhandensein oder Fehlen des Y-Chromosoms gibt, führt Mönch auf technische Meßfehler zurück; sie stimmt mit neueren Forschungsergebnissen nicht überein. Wenn die Spermatozoen das Hodenepithel verlassen, sind sie noch nicht reif; sie erlangen die volle Reife erst auf dem Wege zum Nebenhodenschwanz. Unreife Spermien im Ejaculat rühren daher, daß entweder die Spermien nicht vollkommen ausreifen können oder daß sie schneller verbraucht als erzeugt werden. Was die Temperatur betrifft, so wird sie durch das Scrotum geregelt. Die Samenbläschen dienen nicht als Speicher der lebenden, sondern als „Begräbnisort“ der absterbenden Spermien. Ejaculierte Spermatozoen sterben bei Körpertemperatur, ungeachtet ihrer Umgebung, in höchstens 18—24 Stunden ab. Tuben- oder Uterussekret ist nicht imstande, das Leben der Spermien zu verlängern. Die Anziehung zwischen Ei und Spermie beruht auf einem elektrischen Potentialunterschied, der mit dem Eindringen des Spermienkopfes in das Ei ausgeglichen wird. Dieses Eindringen ist aber nicht spezifisch: M. konnte beobachten, daß Spermatozoen auch in Lymphocyten eindringen. Die Reaktion des Scheidensekretes ist ohne Bedeutung; Spermien können stundenlang in normal saurem Scheidensekret leben. Dabei darf nicht vergessen werden, daß die normale Acidität durch das Einführen des basischen Schleimes der Bartholinischen Drüse mit dem männlichen Glied verringert wird, ferner, daß das Samenejaculat das normale Scheidensekret an Quantität weit übertrifft und daß das Sperma hoch im Scheidenkanal, wo die Säurereaktion am geringsten ist, deponiert wird. Konzipieren kann die Frau nur, wie auch Knaus betont, während einer ganz kurzen Spanne während des menstruellen Intervalls. Dem Cervicalsekret kommt unter Umständen eine negative Bedeutung als einem mechanischen Hindernis zu. Die Löslichkeit des Cervicalsekretes im Sperma ist zu der Zeit der Ovulation am größten und nimmt gegen die Menstruation zu ab. Die Spermauntersuchung soll mit einer genauen Untersuchung des Genitales selbst beginnen. Der normale Hoden ist immer hart und elastisch; bei weichen Hoden ist die Spermiogenese regelmäßig gestört, doch gibt es auch Störungen der Spermiogenese bei normaler Konsistenz der Hoden. Weiter ist bei der Untersuchung des