

dungsfähigkeit. [Flugmed. Inst. Luftwaffe, Fürstenfeldbruck.] Zbl. Verkehrs-Med. 9, 15—24 (1963).

H. von Diringshofen: Aktuelle Probleme in der luft- und raumfahrtmedizinischen Forschung. [6. Flugmed. Tag., Flugmed. Inst. d. Luftw., Fürstenfeldbruck, 22. bis 23. XI. 1962.] Zbl. Verkehrs-Med. 9, 11—14 (1963).

E. Lafontaine: Conseils aux passagers aériens. Rev. Prat. (Paris) 13, 2119—2123 (1963).

S. Ruff: Erfahrungen mit Sicherheitsgurten in der Luftfahrt. [Inst. Flugmed., Dtsch. Versuchsanst., Luft- u. Raumfahrt e.V., Bad Godesberg.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 195—197 (1962).

Für die Toleranz des Menschen gegenüber Beschleunigungen sind maßgebend: 1. Beschleunigungsmaximum, 2. Änderung der Beschleunigung mit der Zeit = Ruck = $db/dt = d^3s/dt^3$, 3. Wirkzeit der Beschleunigung = Zeitintegral der Kraft = Impuls, 4. Art und Angriffspunkt der Kräfte am Körper. Bei Versuchen konnten 30 g bei einer Gesamtstoßzeit von 0,1—0,2 sec mit im Flugzeug üblichen Bauch- und Schultergurten ohne Verletzungen überstanden werden. Die mit Puppen ermittelten g-Werte können nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden, da die Dämpfung des Stoßes von der Muskelanspannung abhängt. Damit der Gurt seine volle Wirkung entfalten kann, müssen noch folgende Forderungen erfüllt sein: 1. Fahrgastraum muß bei Stößen unterhalb der menschlichen Toleranzgrenze erhalten bleiben, 2. das Fahrzeug muß Arbeit aufnehmen können, 3. der Mensch muß unbeweglich gemacht werden, er muß dem Verformungsweg des Kraftwagens zwangsläufig folgen, 4. die Dehnung der Gurte darf nicht zu groß sein.

SELLIER (Bonn)

M. P. Lansberg: Canal-sickness: fact or fiction. [Nat. Aeromed. Ctr., Soesterberg.] Industr. Med. Surg. 32, 21—24 (1963).

M. Kindel: Die Untersuchung des Farbensinns zur Beurteilung der Tauglichkeit in der Schifffahrt. [Univ. Augen-Klin., Rostock, u. Med. Dienst d. Verkehrswes., Schwerin.] Verkehrsmedizin 10, 145—154 (1963).

K. Judeich: Zur Belastung der Stellwerksmeister auf einem Gleisbildstellwerk. Verkehrsmedizin 9, 501—512 (1962).

Es handelt sich hier um eine arbeitspsychologische Studie, die sich mit der Frage beschäftigt, in welchem Umfang das Bedienungspersonal die Anlage noch einwandfrei überblicken und inwieweit die Tätigkeit durch Teilautomatisierung erleichtert werden kann. Die einzelnen Arbeitsbedingungen an einem speziellen Gleisbildstellwerk werden analysiert. Die arbeitsbelastenden Faktoren werden erörtert. Maßnahmen zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen werden vorgeschlagen. Abschließend wird darauf hingewiesen, daß die hier gewonnenen Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Anlagen zu übertragen sind, ohne die jeweils vorliegenden örtlichen Verhältnisse entsprechend zu berücksichtigen. K. KOERZING (Bonn)^{oo}

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **E. Kestermann und H. K. Pauli: Der plötzliche Tod bei inneren Erkrankungen.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1963. VII, 115 S. DM 15.—.

In dieser Monographie wird das ältere gerichtsmedizinische Schrifttum eingehend berücksichtigt; sie ist geschrieben vom Standpunkt des Internisten, die Frage Unfall und plötzlicher Tod wird nicht berührt. Die meisten plötzlichen Todesfälle ereignen sich in der Wohnung, am zweithäufigsten beteiligt sind Todesfälle auf der Straße. Von weiteren Einzelheiten sei erwähnt, daß Verf. die plötzlichen Herztode bei angestregten Soldaten besonders herausheben. Es wird auch erwähnt, daß es nach Erfrierungen zu Herzmuskelveränderungen kommen kann, wie sie bei der Diphtherie entstehen; plötzliche Todesfälle sind beobachtet worden. Zum tödlichen traumatischen Kollaps kommt es vielfach erst einige Zeit nach dem Unfall, auf das Crush-Syndrom wird eingegangen. Auf die Wichtigkeit des Carotis-Sinus-Syndroms beim Würgen wird hingewiesen; eine Warnung, nach dieser Richtung hin allzu leichtgläubig zu sein, wird allerdings unterlassen. Ein Coma diabeticum in Fällen, in denen eine Behandlung nicht vorangegangen ist,

kann sich sehr schnell entwickeln. Es soll vorgekommen sein, daß die Kranken fast augenblicklich in das Koma fallen. — Wer sich mit dem plötzlichen Tod beschäftigen muß, wird den Inhalt dieser Monographie gern zur Kenntnis nehmen, auch wenn sie nicht als erschöpfend angesehen werden kann.

B. MUELLER (Heidelberg)

M. G. Yasargil: Der Hirnschlag. [Neurochir. Univ.-Klin., Kantonspit., Zürich.] Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 91, 553—564 (1963).

E. F. Hueber: Zur Problematik der Koronarerkrankungen. [I. Med. Univ.-Klin., Wien.] Wien. klin. Wschr. 74, 817—821 (1962).

Nach einem historischen Überblick über die Klinik und Diagnostik des Myokardinfarktes wird die Gruppe des „primär atypischen Herzinfarktes“ eingehend diskutiert, die in vier verschiedene Formen aufgeteilt wird: a) der symptomlose Herzinfarkt, der zufällig im EKG oder auf dem Sektionstisch entdeckt wird, b) der schmerzlose Herzinfarkt, c) der Herzinfarkt mit atypischer Schmerzlokalisierung (Abdomen, Rachen, Hals, Nacken usw.), d) Herzinfarkt mit typischem klinischem Bild, aber atypischem, elektrokardiographischem Befund. — Verf. fordert die Kenntnis dieser atypischen Bilder des Herzinfarktes, damit die oft lebensrettende Therapie rechtzeitig eingeleitet werden kann.

TINSCHERT (Tegernsee)^{oo}

E. F. Hueber und H. Neumann: Klinik und Therapie des atypischen Herzinfarktes. [I. Med. Univ.-Klin., Wien.] Wien. klin. Wschr. 75, 505—509 (1963).

A. Kolin: Über die Beziehungen zwischen der Entstehung der hypoxischen Steatose und den Veränderungen der Aktivität der Succinodehydrogenase (SDH) im Myokard. [Path.-Anat. Inst., Med. Fak., Karls-Univ., Hradec Králové.] Beitr. path. Anat. 126, 194—200 (1962).

Untersucht wurden Schnitte aus der rechten und linken Kammerwand von 35 nicht ausgewählten Obduktionsfällen, ferner aus sechs Hundeherzen mit Überlastung durch intravenöse Noradrenalin-Infusion (Töten durch intrakardiale CaCl_2 -Lösung) und aus ischämischen Herden von sieben Hundeherzen (Kranzarterienligatur). In den überlasteten Hundeherzen wurden Störungen in der Verteilung der Formazankristalle sowie eine Verminderung der Niederschläge, aber kein Neutralfett in den Muskelfasern nachgewiesen. Bei frischem Herzinfarkt traten innerhalb von 4 Std Herde mit leicht erniedrigter Succinodehydrogenase- (= SDH) Aktivität und Verteilungsstörungen der Formazangranula auf. Nach 6 Std war die Aktivitätsminderung ganz deutlich, und erst jetzt wurde eine beginnende Muskelfaserverfettung beobachtet. Die Verminderung der Enzymaktivität ging also der Verfettung um einige Stunden voraus. In den menschlichen Herzen wurde in etwa $\frac{1}{3}$ der Fälle (besonders nach länger dauernder Hypoxydase) eine feinkörnige Verfettung im Gebiet erniedrigter SDH-Aktivität beobachtet. Bei den anderen fehlten Verfettungen trotz manchmal deutlicher Enzym-Aktivitätsverminderungen. — Unregelmäßige Verteilungen der Formazangranula werden als Ausdruck einer frischen Zellschädigung gewertet. Der Nachweis der Neutralfette an Nativschnitten, die nur 5 min mit Formalin fixiert wurden, war viel empfindlicher als an längerer Zeit mit Formalin fixierten Gewebsstückchen.

W. HORT (Göttingen)^{oo}

William F. Enos, Robert H. Holmes and James C. Beyer: Pathology of coronary arteriosclerosis. Symp. (Pathologie der Coronarsklerose.) [Arlington Comm. Hosp., Arlington, Va., Office of Chief Med. Examiner, Richmond, Va., Defense Atomic Supply Ag., Pentagon and Headquarters, U.S. Army Med. Res. and Developm. Command, Washington, D. C.] Amer. J. Cardiol. 9, 343—354 (1962).

Die Arbeit stützt sich auf 3114 Sektionsberichte (je 1500 Gefallene im Koreakrieg und Patienten des Arlington Community Hospital 1954—1960, 114 Japaner). Paraffineinbettung, Schnittdicke 7 μ , Färbungen: H.E., Masson-Trichrom, Aldehydfuchsin-Elastica, Rineharts Mucopolysaccharidfärbung, Fettfärbung an Gefrierschnitten mit Ölrot O. *Befunde:* Verf. glauben, daß Störungen des natürlichen Diffusionsvorganges in der Intima den Schlüssel zur Pathogenese der Arteriosklerose darstellen. Stellen erhöhter hämodynamischer Belastung sind bevorzugt, jedoch hängt die Entstehung der Arteriosklerose auch von anderen Faktoren ab. Bei der Frau spielt die Phase der geschlechtlichen Funktion eine entscheidende Rolle: Während der Zeit aktiver Geschlechtsfunktion zeigt sie klinisch keine nennenswerten Zeichen einer Coronarsklerose; arteriosklerotische Veränderungen werden offenbar beim Nachlassen der Keimdrüsenfunktion beschleunigt. Die Verschiedenheiten der Coronarsklerose bei weißen Amerikanern, amerikanischen und

afrikanischen Negern und Japanern werden erörtert; die Verteilung sudanophilen Materials in den Kranzarterien der Japaner wird als Ausdruck diätetischer Besonderheiten gewertet. Die arteriosklerotisch bedingten Lumeneinengungen der Kranzarterien bei jungen weißen Amerikanern — unabhängig von der Todesursache — lenken die ärztliche Aufmerksamkeit nach den eigenen Worten der Verff. „auf eines der ernstesten kardiovaskulären Probleme in den Vereinigten Staaten“.

REMMELE (Heidelberg)^{oo}

Caspar Kulenkampff und Adolf Bauer: Herzphobie und Herzinfarkt. Zur Anthropologie von Angst und Schmerz. [Städt. Univ.-Nervenklin., Frankfurt a. M.] *Nervenarzt* 33, 289—299 (1962).

Nach einleitenden Bemerkungen über die Notwendigkeit einer Unterscheidung von Leibes- und körperlicher Symptomatik wird ein Überblick über die unterschiedlichen wissenschaftlichen Meinungen gegeben, die sich auf Schmerz, Angst und Vernichtungsgefühl bei Herzinfarkten und Angina pectoris beziehen. Im Anschluß werden 22 eigene Fälle Infarkt- und Angina-erkrankter, von denen nur vier das klassische Infarktsyndrom (Schmerz, Angst, Vernichtungsgefühl) aufwiesen, acht weiteren Fällen mit einer Angina pectoris, von denen sechs keinen Infarkt erlitten hatten, gegenübergestellt und eingehend besprochen. Das Ergebnis, daß die wenigsten Infarktpatienten eine ausgesprochene Angst entwickeln und daß bei übermäßigem Schmerz der Tod sogar als Erlösung herbeigesehnt wird, kann zunächst als überraschend angesehen werden. Es zeigt sich jedoch, daß Schmerz, Vernichtungsgefühl und Angst getrennt werden müssen. Ausgesprochene Phobiker nach einem Infarkt waren meist schon vor diesem phobisch. Es gibt sogar Neurotiker, die nach dem Erlebnis eines Infarktes weniger ängstlich waren. Bei einer Angina pectoris, auch ohne vorherigen Infarkt, ist das Auftreten von Angst so gut wie immer voll ausgeprägt. So ist zu unterscheiden: das vorwiegende Schmerzerleben im Infarktsyndrom und das Angsterleben durch den sympathico-vasalen vegetativen Anfall. Daß das objektiv schwerere Erleben des Herzinfarktes weniger von Todesangst begleitet ist, wird anthropologisch auszuwerten versucht. Die Coronargefäße sind Glieder des unerlebbaren tragenden Leibes; sie werden nicht erfahren als apersonale Körperteile, sondern über die vielfältigen Abschattungen jeweiligen Befindens. Angst ist immer Angst vor etwas und in die Zukunft gerichtet. Im Schmerz hingegen sind wir von der Zukunft abgeschnitten und auf das Jetzt-Sein des Leidens zurückgeworfen. Der Angst vor dem Schmerz steht kein Schmerz vor irgendetwas gegenüber. Angst könne zwar im Schmerz untergehen, aber der Schmerz mache keine Angst(!). Es wird die Frage gestellt, ob Schmerz und Angst, wenn sie ein gewisses Ausmaß erreicht haben, sich nicht überhaupt gegenseitig ausschließen. Nur wenn bestimmte situative und lebensgeschichtliche Momente zu der Tatsache des Herzinfarktes hinzutreten, könne es auf Grund dieses Ausschlußverhältnisses ausnahmsweise auch zu phobischen Entwicklungen kommen.

E. WIESETHÜTNER (Würzburg)^{oo}

H. Wetzel: Besondere Verlaufsformen beim Herzinfarkt. [Med. Klin., Städt. Krankenh., Ludwigshafen, Rh.] *Münch. med. Wschr.* 104, 1749—1754 (1962).

Unter 482 auswertbaren Fällen von Myokardinfarkt der Jahre 1946—1961 fanden sich 64 (13,3%), die keine typischen Schmerzen in der linken Brustseite oder typische Ausstrahlung in den linken Arm hatten. Bei den meisten dieser Patienten kann aber ein wenig ausgeprägter, kurzdauernder, wahrscheinlich auch atypischer Schmerz angenommen werden. Völlig schmerzfrei verlief der Infarkt nur in 19 Fällen (3,9%). Symptomlosigkeit bestand jedoch in keinem Fall. Zu achten ist bei solchen Patienten auf Atemnot, Schwindelgefühl, Schwäche, Schweißausbruch, Ohnmacht und Erbrechen. Auch hinter ungewöhnlichen Schmerzlokalisationen in die rechte Thoraxhälfte (zehn Patienten), den Rücken (zwei Patienten), den Ober- oder Unterbauch (3,1% der Patienten) kann sich ein Infarkt verbergen. Rein abdominale Symptomatik tritt fast nur bei Hinterwandinfarkten in Erscheinung. Dyspnoische Verlaufsformen hängen meist mit einer Lungenstauung zusammen. Cerebrale Begleitsymptome eines Infarktes sah Verf. in acht, rein cerebrale Symptome in sieben Fällen. Hier ist die Differentialdiagnose vorwiegend gegen den apoplektischen Insult auszurichten. Eine Überlagerung von cerebralen und Schocksymptomen ist ebenfalls möglich. Derartige Bilder sieht man vor allem bei allgemeiner obliterierender Arteriosklerose.

BERENDT (Mölln/Lauenbg.)^{oo}

J. F. Burton and E. S. Zawadzki: The coronary aneurysm. (Aneurysmen der Coronararterien.) *J. forens. Sci.* 7, 486—492 (1962).

Verff. fügen den zahlreichen Fällen von Aneurysmen einen weiteren hinzu. — Eine 35jährige Negerin wird 6 Wochen post partum von den Nachbarn tot aufgefunden. Das Herzgewicht war normal. Man fand ein Aneurysma dissecans des linken absteigenden Astes mit Verschuß

der Lichtung. — Nach der Literatur gibt es solche Aneurysmen häufig bei jungen Frauen nach der Geburt. Man kennt die Ursache nicht, es scheint aber ein Zusammenhang mit der Geburt zu bestehen. SCHOENMACKERS (Aachen)^{oo}

U. Schiller: Der Einfluß experimenteller Revaskularisationsverfahren auf die Überlebenszeit nach Ligatur eines Hauptkoronarastes. [Forsch.-Stelle f. exp. Chir. d. Herz- u. Gefäßsystems, Dtsch. Akad. d. Wiss., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 136—139 (1963).

Experimentelle Untersuchungen über die Frage, ob der Wirkungsmechanismus der indirekten Revaskularisation des Herzmuskels in einer Mehrdurchblutung begründet ist, führen die Autorin zu der Ansicht, daß dies wohl nur in wenigen Fällen zutreffen scheint. Die Perikardiotomie wird als gleichwertig angesehen. Es wird vermutet, daß der größere Effekt beider Operationsverfahren in der Beseitigung anginöser Zustände durch reflektorische Beeinflussung liegt. Eine vermehrte Kollateralbildung konnte weder nach der Revaskularisierungsmethode noch nach der Perikardiotomie festgestellt werden. HEIFER (Bonn)

Günter Pfeiffer: Statistische Untersuchungen zur Klinik des Herzinfarktes. [II. Med. Klin., Städt. Krankenanst., Karlsruhe.] Med. Welt 1963, 92—95.

Tabellierung von 167 Fällen, die innerhalb $3\frac{3}{4}$ Jahren beobachtet wurden. Keine Signifikanzrechnung. 121 Männer, 46 Frauen, Altersgruppe 50—69 Jahre bei beiden Geschlechtern bevorzugt, anamnestisch Hypertonie relativ häufig, Stenokardie in etwa 70%. Mortalität nimmt mit zunehmendem Alter zu, gesamte Sterblichkeit 33,5%. Seit 1960 regelmäßig SGOT-Aktivitätsbestimmung unter Annahme von 44 SGOT-Einheiten/ml als oberstem Grenzwert. Anstieg der Aktivität in etwa 90% beobachtet. Therapie: Anticoagulantien ohne Trennung in good-risk bzw. poor-risk-Fälle, soll bei Rezidivgefahr auch außerhalb der Klinik durchgeführt werden. LOMMER (Köln)

Antonio Modica e Tommaso Saitta: Oclusione coronarica acuta (ponfo intinale) da sforzo-infortunio. (Coronarverschluß [Ödem der Intima], Todesfall nach Anstrengung.) [Ist. Med. leg. e Assicuraz., Univ., Messina.] Riv. Med. leg. 4, 255—264 (1962).

Nach der Zusammenfassung in deutscher Sprache wird zunächst der Fall selbst geschildert. Es bestand ein akutes Wandödem, ein Thrombus fehlte; da der Tod nach Anstrengung im Betrieb eintrat, war ein Betriebsunfall anzunehmen. B. MUELLER (Heidelberg)

G. Dotzauer: Die Bedeutung des Herzinfarktes in der Unfallversicherung. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 4.—7. VI. 1962.] Hefte Unfallheilk. H. 75, 23—29 (1963).

Analyse von 2288 akuten Coronar-Todesfällen; in 50% bestanden vorher uncharakteristische Beschwerden, in 20% keine Beschwerden und in 30% typische Coronarbeschwerden. Der Tod erfolgte in 43,3% der Fälle in Ruhe, in 38,2% in tätiger Bewegung, in 11,1% bei körperlicher Arbeit und in 7,4% in seelischer Erregung. Zeitlich liegt der Gipfel der Todesfälle in der Zeit vor 12 Uhr mittags. Von den Wochentagen ist der Montag bevorzugt. Die meisten Coronar-todesfälle erfolgen in der kühlen Jahreszeit. In 16% der Fälle hatten die Menschen in der Zeit vor dem Tode Alkohol getrunken. Vorangegangenes Trauma kam nur in 0,1—0,2% der Fälle in Frage. Erfolgt ein Herzinfarkt in Verbindung mit einem Kraftwagenunfall, so sucht man bei der Leichenöffnung zu ermitteln, ob der Verstorbene zur Zeit des Unfalles noch lebte, man sucht also nach vitalen Reaktionen. Verf. warnt unter Bericht über seine eigenen wissenschaftlichen Untersuchung davor, jede Blutung als vitale Reaktion anzusehen. Für die Begutachtung eines Kausalzusammenhanges zwischen Herztod und Unfall verlangt Verf. strenge Gesichtspunkte. B. MUELLER (Heidelberg)

Walter Sommerville: Coronary artery disease: relation to effort. (Coronarerkrankung und Anstrengung.) [Dept. of Cardiol., Middlesex Hosp., London.] Med. Sci. Law 3, 172—179 (1963).[!]

Während die Coronarsklerose bei allen Berufsgruppen gleichmäßig zu finden sei, komme die Coronarerkrankung (Angina pectoris, Myokardinfarkt) bei den schwer körperlich arbeitenden Berufsgruppen seltener vor. Es wird diskutiert, ob körperlich Arbeitende durch die Entwicklung eines intercoronaren Kollateralsystems gegen die Coronarerkrankung besser geschützt seien. —

Verf. wendet sich gegen die herrschende Auffassung, nach der eine ungewöhnliche Anstrengung nur dann für eine Coronarthrombose verantwortlich gemacht werden könne, wenn die Symptome unmittelbar anschließend auftreten. Es müßten auch Ereignisse, die Stunden, Tage oder auch Wochen zurückliegen, in die Diskussion einbezogen werden. Der pathologisch-anatomische Befund vieler Coronarverschlüsse deute auf einen Initialthrombus hin, der sich über Stunden oder Tage entwickelt haben müsse. Hinweise auf die englische Rechtsprechung, die diesem Gesichtspunkt zunehmend Rechnung trage.

H.-B. WUERMELING (Freiburg i. Br.)

U. Heifer: Zur Endocardfibro(elasto)se am Neugeborenenherzen. [Inst. f. Gerichtl. Med. Univ., Bonn, und Path. Inst., Siegen.] Zbl. allg. Path. path. Anat. **102**, 367 bis 377 (1961).

Ausführliche Schilderung eines Falles von Endokardfibroelastose bei einem 4 Tage alt gewordenen, reifen männlichen Kind. Gleichzeitig bestand eine angiomartige Gefäßhyperplasie und -hypertrophie in linken Kammermyokard und eine fleckförmige Myokardfibrose mit Verkalkungen. Die Myokardveränderungen führt Verf. auf eine mangelhafte Sauerstoffversorgung des Myokards infolge der Gefäßdysplasie zurück. Er gibt abschließend ein Schema der Einteilung der Endokardfibroelastose. Dabei werden zwei Hauptgruppen unterschieden: I. Primäre, diffuse, kongenitale Endokardfibroelastose: a) idiopathisch (frühe Fetalperiode, ohne Entzündung oder deren Relikte, ohne oder mit Vitium), b) exogen (frühe Fetalperiode, ohne Entzündung oder deren Relikte, ohne oder mit Vitium). II. Sekundäre Endokardfibro(elasto)se (weitgehend umschrieben, mit typischer Lokalisation. Überwiegen oder ausschließliches Vorhandensein von Fibrose): a) kongenital (1. frühfetal, ohne Entzündung oder deren Relikte; 2. spätfetal, mit Entzündung oder deren Relikten), b) infantil (mit Entzündung oder deren Relikten, z.B. Endokarditis oder Myokarditis); a) und b) mit oder ohne Vitium, mit oder ohne Myokardveränderungen (je nach Art der primären Herzveränderung, deren Begleiterscheinung oder Folge die E.F. ist).

REMMELE (Heidelberg)^{oo}

Anna-Maria Novi: Die subvalvuläre Aortenstenose. [Path. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.] Ergebn. allg. Path. path. Anat. **43**, 88—120 (1963).

K. W. Schneider und H. Winckler: Das Coma diabeticum — ein aktuelles Krankheitsbild. [Med. Univ.-Klin., Würzburg.] Dtsch. med. Wschr. **87**, 2685—2689 (1962).

An Hand von vier Fällen wird auf die Bedeutung des Coma diabeticum hingewiesen, das bei 50% der Kranken die Erstmanifestation des Diabetes darstellt. Die Acetonkörperausscheidung gehört nicht zu den regelmäßigen und verlässlichen Symptomen der diabetischen Acidose; dieses Phänomen wird diskutiert und auf die Bedeutung der Acetonkörperbestimmung im Blut hingewiesen.

TINSCHERT (Tegernsee)^{oo}

O. Lux und M. Simon: Eine ungewöhnliche spontane Dünndarmperforation. [Chir. Abt. u. Path. Abt. d. Komitatskrankenh., Pécs/Ung.] Z. Chir. **87**, 2108—2110 (1962).

Verff. berichten über eine spontane Dünndarmperforation bei 58jährigem Mann, die trotz Operation infolge allgemeiner Peritonitis zum Tode führte. Im Jejunum fanden sich zwei scharf-randige Geschwüre von unregelmäßiger Form mit rötlichbraunem Grund. Histologisch: Schorfnekrose der Schleimhaut und Submucosa (am größeren Geschwür auch der Muscularis) und unspezifische Granulationsgewebsreaktion; zwischen dem Granulationsgewebe 120—150 große, unregelmäßig runde, multilokuläre Gebilde ohne Zellkerne, die sich als *Bohnenstärkemehlkörner* erwiesen. Verff. nehmen an, daß unverdaute oder schlecht verdaute Partikel pflanzlicher Nahrung die Schleimhaut verletzt und — sich als Fremdkörper in das Gewebe einkellend — zur Ulceration der Darmwand geführt haben.

GRÜNER (Frankfurt a. M.)

Chr. Wunderlich: Die interstitielle plasmazelluläre Säuglingspneumonie. [Univ.-Kinderklin., Mainz.] Med. Welt **1962**, 2205—2209 u. Bild. **2219—2220**.

Ein zusammenfassender kritischer Überblick stellt fest, daß noch keinerlei Klarheit über die Ätiologie der interstitiellen Säuglingspneumonie vorliegt. PETERSEN (Bremen-Nord)^{oo}

Gisela Molz: Ruptur des Ductus arteriosus Botalli bei einem Neugeborenen. [Path. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.] Zbl. allg. Path. path. Anat. **102**, 566—570 (1961).

Die Beobachtung einer Rißstelle in der Wand des Ductus arteriosus Botalli bei einem 16 Std alten Neugeborenen gibt Veranlassung, das Krankheitsbild genauer zu besprechen. Die meisten

der bisher in der Literatur beschriebenen Risse betreffen nur die Intima. Nur in zwei Fällen, zu denen der eigene hinzukommt, reicht der Einriß bis in die tieferen Wandschichten oder durch die gesamte Gefäßwand hindurch. Als Ursachen kommen besondere Einwirkungen während der postnatalen Kreislaufumstellung in Betracht (Drucksteigerung in der A. pulmonalis, negativer Druck im Thorax während der ersten krankhaften Atembewegungen usw.). Der Tod tritt nicht an Verblutung, sondern wahrscheinlich reflektorisch ein, zumal man in der Umgebung der Risse umblutete Nervenstämmen findet und in der Wand des Ductus arteriosus Botalli Pressoreceptoren vorkommen sollen.

U. FUCHS (Leipzig)^{oo}

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **W. Schink und H. P. Schäfer: Die Stanzverletzungen. Entstehung. Behandlung. Verhütung.** (Hefte z. Unfallheilkde. Hrsg. von H. BÜCKLE DE LA CAMP. H. 74.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. 57 S. u. 33 Abb. DM 18.60.

Die monographische Darstellung ist dem Münchner Chirurgen Professor ZENKER zum 60. Geburtstag gewidmet. Unter Stanzverletzungen verstehen Verf. Verletzungen durch Stanzereimaschinen; es handelt sich hier um Vorrichtungen verschiedener Art, z.B. Excenter-, Kurbel- und Hebelpressen, Treibrad-Spindelpressen, Öldruck-Pressen, Preßluft-Pressen, Handschleuder-Pressen, Fußhebel- und Kniehebel-Pressen. Die Arbeitsweise dieser Maschinen wird dargelegt. Die jährliche Zahl der Unfälle, die durch diese Pressen entstehen, liegt um 2000, eine Zunahme ist nicht bemerkbar. Bezüglich der Häufigkeit dieser Unfälle liegt der Kurvengipfel im Juli und August, von Wochentagen ist der Mittwoch bevorzugt. Am meisten beteiligt sind die Altersgruppen von 21—30 Jahren. Neueingestellte erleiden diese Unfälle erklärlicherweise häufiger eingearbeitete Fachkräfte. Die Verletzungen zeichnen sich durch scharfe und glatte Ränder aus, man kann im allgemeinen die Art der Maschine aus der Untersuchung der Verletzung nicht herleiten. Besonders gefährdet sind die Zeigefinger, weil mit diesem Finger das Material in die Maschine geschoben wird. Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf eine rationelle chirurgische Versorgung und auf die Möglichkeiten einer möglichst guten Wiederherstellung der Funktion. — Nicht nur die Chirurgen, sondern auch die Arbeitsmediziner werden von dem Inhalt dieser gut gelungenen Darstellung gerne Kenntnis nehmen. B. MUELLER (Heidelberg)

Hans Bernhard Wuermeling und Horst Leithoff: Stichverletzungen und Tatmotiv, ein kasuistischer Beitrag. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Freiburg i. Br.] [5. Kongr. d. Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 16, 33—34 (1963).

Kasuistischer Beitrag. Ein 48jähriger Mann wurde von einem 16jährigen Jungen durch 50 Messerstiche getötet. Die psychiatrische Untersuchung konnte kein Tatmotiv aufdecken. Der Täter leugnete jede homosexuelle Beziehung zu seinem Opfer. Die Anordnung der Stichverletzungen deutete dennoch darauf hin, daß die Tat lustbetont geschehen sein müsse. — An der Innenseite der Kleidung des Jungen konnten winzige Blutspuren nachgewiesen werden. Er gab dann zu, die Tat nackt begangen zu haben, womit die homosexuelle Beziehung erwiesen war. — In der Gerichtsverhandlung erklärte der Täter, daß das Opfer von ihm die Stiche verlangt habe, weil ihm das Lust mache.

OSTERHAUS (Hamburg)

E. Samiy: Das traumatische intracerebrale Hämatom. [Pahlavi-Krankenh. u. Neurochir. Klin., Univ., Teheran.] Schweiz. med. Wschr. 92, 1565—1568 (1962).

Berichtet wird über 416 Schädelverletzungen, bei denen 40, demnach 9,5%, intracerebrale Hämatome aufwiesen, wobei die Lokalisation überwiegend im Frontal- und Temporalbereich lag. Es wird das klinische Bild besprochen, unter anderem auch herausgestellt, daß eine einseitige Erweiterung der Pupillen das einzige neurologische Symptom darstellen könne. Der diagnostische Wert der Angiographie wird hervorgehoben. Aufmerksam gemacht wird darauf, daß ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Bagatelltraumen und Blutungen, z. B. aus Gefäßmißbildungen, bei der Entscheidung versicherungsrechtlicher Folgerungen eine kritische Überprüfung notwendig mache und meist zur Ablehnung von Entschädigungsansprüchen führte. Die Therapie bestand in osteoplastischer Operation. Dabei verstarben von 37 Operierten neun, in zwei Fällen davon war die Todesursache eine Pneumonie, in einem Fall eine Urämie.

CZECHMANEK^{oo}