

R. Margaria, P. Cerretelli and U. Bordoni: The regulation of pulmonary ventilation in acclimatization to altitude. [Inst. Human Physiol., Univ., Milan.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 9—10 (1963).

Roscoe G. Bartlett jr.: **Pulmonary function evaluation in air and space flight.** [School of Aviat. Med., U.S. Naval Aviat. Med. Ctr., Pensacola, Fla.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 2—8 (1963).

G. B. Bietti: Aspects cliniques de l'anoxie en ophtalmologie aeronautique. (Die klinischen Auswirkungen der Anoxie der Augen in der Luftfahrtmedizin.) [Clin. Oft., Univ., Roma.] *Riv. Med. aeronaut.* **26**, 215—222 (1963).

Verf. berichtet auf Grund eigener Erfahrungen über die Wirkung der Anoxie auf das Sehorgan. Neben sensitiv-sensorischen Veränderungen, Kreislaufstörungen und Veränderungen der Augenmotilität komme es auch zu Durchsichtigkeitsveränderungen der Augenmedien. Es wird auf die günstige Beeinflußbarkeit der Störungen durch die Atmung reinen Sauerstoffs hingewiesen.

GREINER (Duisburg)

M.-V. Strumza: Physiologie du vol aux différentes altitudes. (Die Physiologie des Fluges in verschiedenen Höhen.) *Rev. Prat. (Paris)* **13**, 2079—2103 (1963).

Verf. unterteilt in umweltsbedingte Einflüsse und solche, welche an die besonderen dynamischen Bedingungen geknüpft sind. Bezüglich des ersteren weist er auf die besondere Bedeutung des Sauerstoffmangels hin und betont die Auswirkungen desselben bezüglich des Partialdrucks des Sauerstoffes im Blut auf das neurovegetative Nervensystem, das Gehirn und die Kreislaufverhältnisse. Unabhängig von dem Grad der Sauerstoffsättigung bespricht er die Erscheinungen der Druckverschiebung innerhalb des Brustkorbes. Seine Ausführungen entsprechen den Erfahrungen über den Valsalva-Versuch. Im Rahmen der physikalischen Einflüsse werden die Erscheinungen des Unterdrucks, die der Strahlenschädigung und die Auswirkung der Lichtverhältnisse (Akkommodations-Störungen) erwähnt. Bezüglich der dynamischen Bedingungen unterscheidet der Verf. die lineare-longitudinale und die lineare-transversale Beschleunigung sowie die Auswirkung der Aufhebung der Anziehungskraft der Erde. — Sehr eingehend bespricht er die Erscheinungen seitens der Organe der Brust- und Bauchhöhle und deren Beziehung zu dem subjektiven Wohlbefinden. — Auf die besondere Bedeutung des Cortischen Organs wird hingewiesen. — Zum Schluß werden die Auswirkungen der Vibration, und zwar im Sinne der Trepidation und der akustischen Phänomene besprochen und schließlich noch auf die Auswirkungen des Ultraschalls hingewiesen.

F. PETERSOHN (Mainz)

W. C. Kaufman: Ventilatory responses to pressure breathing. [Aerospace Med. Res. Labor., Wright-Patterson A.F. Base, Ohio.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 19—20 (1963).

J. M. Clifford: Requirements for the thermal control of a manikin for clothing investigation. [R.A.F. Inst. of Aviat. Med., Farnborough.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 40—43 (1963).

Stanislaw **Haduch: Certain physiological aspects of pressure breathing.** [Mil. Inst. of Aviat. Med., Warsaw.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 17—18 (1963).

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **G. Müller: Der plötzliche Kindstod. Pathologische Anatomie und Dynamik.** Mit einem Geleitwort von E. LETTERER. Stuttgart: Georg Thieme 1963. VIII, 145 S. u. 56 Abb. DM 29.70.

Verf. ist Privatdozent für Pathologische Anatomie am Pathologischen Institut in Tübingen, das von E. LETTERER geleitet wird. Es war ein glücklicher Gedanke, dieses Thema im Rahmen einer Monographie zu bearbeiten. Verf. stützt sich außer auf die sorgfältige und kritisch dargestellte und zitierte Literatur und auf 89 eigene Fälle, deren Bearbeitung durch Vertreter anderer Disziplinen und auch durch die Gesundheitsbehörden unterstützt wurde. Ungeklärt blieben vier

Fälle. In der Mehrzahl handelte es sich um Infekte der Luftwege (Bronchitis, Peribronchitis, intralobuläre interstitielle Pneumonie, Staphylokokken-Pneumonie), in selteneren Fällen um myokarditische Bilder, um Tonsillitis, um Otitis media und Magen-Darm-Infekte. Die erhobenen Befunde werden genau dargestellt, kritisch besprochen und mit dem Schrifttum verglichen; als Zeichen für das Vorliegen eines Infektes werden die Befunde an den lymphatischen Organen unter Abgrenzung postmortalen Erscheinungen genau besprochen. Verf. warnt mit Recht vor allzu eiliger Feststellung eines Erstickungstodes. Wenn ein solcher Tod vorliegt, so beruht die Erstickung meist auf Ansammlung von Schleim in den Luftwegen. Ein gesundes Kind stirbt nach seinen Erfahrungen nicht an der Aspiration von Mageninhalt (es gibt Pädiaater, die dieser Auffassung nicht ganz beitreten), sondern nur ein durch Infektion geschwächtes Kind. Auch wenn ein Kind — und sei es der kleinste Säugling — auf den Bauch gelegt wird, kann er noch hinreichend atmen (ob dies auch dann der Fall ist, wenn das Textilgewebe durch Bespeichelung weniger luftdurchlässig geworden ist, wäre noch zu erörtern, Ref.). Mit Recht bemängelt Verf., daß manche Behörden zu schnell geneigt sind, der Mutter Vorwürfe zu machen, wenn das Kind im Bett tot aufgefunden wird. Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß auch beim Bestehen erheblicher Infektionen die Anamnese so gut wie nichts zu ergeben braucht. Das Kind starb scheinbar aus völliger Gesundheit heraus. — Die Monographie erspart dem Leser mühsames Nachschlagen in der zerstreuten Literatur und gibt Anregungen zur Bearbeitung weiterer wissenschaftlicher Fragestellungen; sie wird in den Klinik- und Institutsbibliotheken der einschlägig interessierten Ärzte ihren Platz finden (Pathologen, Gerichtsmediziner, Pädiaater, Internisten, Otologen).
B. MUELLER (Heidelberg)

Günther Wolf: Langfristige Beobachtungen bei Kranken mit Subarachnoidealblutungen. [Univ.-Nervenklin., Köln, u. Univ.-Nervenklin., Homburg/Saar.] [Dtsch. Ges. f. Psychiat. u. Nervenheilk., München, 8. IX. 1962.] *Nervenarzt* **34**, 73—76 (1963).

Bei 159 Kranken mit spontanen Subarachnoidealblutungen aus sackförmigen arteriellen Aneurysmen wurde der Krankheitsverlauf über mehrere Jahre (bis zu 20 Jahre) nach der ersten Blutung verfolgt. Dabei war zu erkennen, daß die Gefährdung der Kranken in den ersten Tagen und Wochen nach der Blutung sehr groß ist und dann rasch abnimmt. Nachblutungen sind in der ersten Woche, Rezidive, d. h. Blutungen, die erst nach Abklingen aller Symptome der vorhergehenden Blutung erfolgen, im 2. Monat am häufigsten. Danach nimmt nicht nur die Häufigkeit, sondern auch die Gefährlichkeit der Blutungen ab. Nach dem 10. Jahr trat bei 23 Patienten, die entsprechend lange beobachtet werden konnten, nur noch in einem Falle ein nichttödliches Rezidiv auf. Immerhin erlitten 36% der Kranken, die den ersten Blutungsschub überlebt hatten, Rezidive, 20% starben an Rezidiven. — Beim Vergleich der Prognose des Leidens nach operativer und nach konservativer Behandlung muß davon ausgegangen werden, daß die Operation im allgemeinen erst nach Abklingen der akuten Blutungssymptome, d. h. meist nach Ablauf der 3. Woche vorgenommen wird. Die vor diesem Zeitpunkt bereits Gestorbenen dürfen, ebenso wie die inoperablen Fälle, nicht, wie dies in den meisten Statistiken geschieht, in der Vergleichsgruppe der konservativ Behandelten mit aufgeführt werden. Geht man so von wirklich vergleichbaren Gruppen aus, so ergibt sich für die konservativ Behandelten eine bessere Prognose. Selbst wenn man langjährige Verlaufsbeobachtungen zugrunde legt, ist also die Rezidivsterblichkeit geringer als die Operationssterblichkeit. In Hinblick darauf, daß die Hauptgefahr der Subarachnoidealblutung vor dem heute meist gewählten Operationstermin liegt, wäre zu fordern, daß Operationsmethoden entwickelt werden, die es gestatten, sofort nach der Blutung einzugreifen und so gerade die hohe Zahl von Früh Todesfällen zu reduzieren. Autoreferat^{oo}

H. Strasser: Rechtsseitige Myokardinfarkte. [Path. Inst., Kantonspit., Winterthur.] *Schweiz. med. Wschr.* **93**, 329—336 (1963).

Verf. geht zunächst ausführlich auf die Literatur über den Myokardinfarkt der rechten Kammer ein. Die Seltenheit solcher Infarkte beruht wohl auf einer besseren Blutversorgung, da die rechte Kammer dünnwandiger ist und auf Grund ihrer geringeren Leistung einen kleineren O₂-Verbrauch hat. Eine kleinere Faserdicke bedingt ein relativ dichtes intramurales Anastomosennetz. Der geringere intramurale Druck macht auch eine Durchblutung der rechten Kammer während der Systole möglich, was links nicht der Fall ist. Unter 2068 Sektionen der Jahre 1959 bis Beginn 1962 fand Verf. 224 Fälle (11,7%) mit einem oder mehreren Infarkten. Dabei ließ sich 22mal eine Infarzierung der rechten Kammer nachweisen (rund 10% der Infarktfälle). Diese

wurden in drei Gruppen eingeteilt: 1. Isolierte Infarkte der rechten Kammer, eventuell übergreifend auf die linke Kammer (zwei Fälle), 2. Infarkte der linken Kammer, die auf die rechte Kammer übergreifen (15 Fälle), 3. Kombinationen von 1 und 2 (fünf Fälle). Frische massive Rechtsinfarkte sah Verf. in zwei Fällen, je einer in Gruppe 1 und 3. Dies weist auf die Seltenheit des ausgedehnten und sofort zum Tode führenden Ereignisses hin. Fibrotisierte Rechtsinfarkte lassen sich jedoch, vor allem in Kombination mit einem Infarkt der linken Kammer, gar nicht so selten beobachten. Der Verschuß der rechten Coronararterie liegt meist 2—4 cm distal des Abganges aus der Aorta. Eine Infarzierung der rechten Hinterwand bestand, abgesehen von Fällen der Gruppe 2, nie. Die Vorderwand des rechten Ventrikels war aber immer beteiligt. Eine bisher nicht beschriebene Infarktkombination fand Verf. häufig: Infarzierung der rechten Vorderwand und der linken Hinterwand. Dies ist an sich nicht verwunderlich, da die Hinterwand der linken Kammer in 80—90% von der rechten Coronararterie versorgt wird. Liegt der Verschuß sehr hoch, so wird die sehr nahe der Aorta (in 33—50% überhaupt aus der Aorta) abgehende Conusarterie, die die Ausflußbahn des rechten Ventrikels versorgt, miterfaßt, und ein Vorderwandinfarkt der rechten Kammer ist die Folge. Klinisch ist der Infarkt der rechten Kammer kaum zu diagnostizieren. Die schwachen Impulse der rechten Kammer werden im EKG durch die Impulse der linken Kammer und des Septums überflutet. Eventuell können die elektrokardiographischen Zeichen des Vorhofinfarktes bestehen. Auch läßt sich der Vorderwandinfarkt der rechten Kammer unter Umständen durch höher angelegte Brustwandableitungen (V_2 und V_3 im II. oder III. Intercostalraum) fassen.

BERENDT (Möln/Lauenb.)^{oo}

M. E. Groover jr., E. L. Seljeskog, J. J. Haglin and C. R. Hitchcock: Myocardial infarction in the Kenya baboon without demonstrable atherosclerosis. Angiology 14, 409—416 (1963).

G. Schoenenberger: Die Prognose des Herzinfarktes in katamnestic-statistischer Sicht. [II. Med. Abt., Bürgerspit., Basel.] Schweiz. med. Wschr. 93, 133—140 (1963).

Von den 1950 bis 1958 in die II. Med. Abt. des Bürgerspit. Basel eingelieferten 13920 Pat. (6127 Männer und 7793 Frauen) hatten 281 (2,01%) einen frischen Herzinfarkt. Bei den aufgenommenen Fällen ist eine rapide Zunahme besonders bei den Männern festzustellen. Die katamnestic Auswertung von 281 bzw. 247 Erstinfarkten zeigte insgesamt eine konstante jährliche Zunahme der Fälle von 18 (1950) auf 60 (1958). Frauen ergaben in dem ausgewerteten Krankengut einen weit höheren Prozentsatz, als in den meisten anderen Statistiken (114 Frauen auf 167 Männer = 40,57% Frauen). Da Frauen später an Herzinfarkten erkranken als Männer, bedeutet dies ein hohes Durchschnittsalter von 64,4 Jahren (Männer 60,83, Frauen 69,81). Die Sterblichkeitsquote für Pat., welche innerhalb der ersten 4 Monate starben, betrug 44%. Die mittlere Überlebensdauer betrug für Männer 5—6 Jahre, für Frauen 5 Jahre. Besonders deutlich ist die Verschlechterung der Prognose mit zunehmendem Alter, sowohl für die Früh Todesfälle wie auch für die Überlebensdauer; ein geschlechtsbedingter Unterschied in der Prognose war nicht feststellbar. Die Prognose ist, vom Kollektiv aus gesehen, schlechter bei höheren Nüchternleukocytenwerten, bei stark erhöhten Nüchternblutzuckerwerten und gesteigerter Blutsenkungsgeschwindigkeit. Ein niedriger Blutdruck im Anschluß an den Infarkt erweist sich, vom Kollaps abgesehen, als prognostisch günstig. Die Therapie mit Anticoagulantien hatte bei den vorliegenden Feststellungen nur einen Einfluß auf die Frühsterblichkeit.

TH. VATERNAHM^{oo}

H. Marchet: Leistungsfähigkeit und Herzinfarkt. [Herz-Kreislaufheilst. Radegund d. Pensionsversich.-Anst., d. Arbeiter u. Forsch.-Abt. f. Zivilisationskrankheit., Med. Univ.-Klin. Innsbruck, St. Radegund b. Graz.] Wien. med. Wschr. 113, 50—55 (1963).

Nach Studien von LINZBACH und WIGGERS ist die Ausdehnung und mit Einschränkung auch die Lokalisation eines Infarktes für die zukünftige Leistungsfähigkeit von viel geringerer Bedeutung als der Zustand des übrigen Herzmuskels. Am Obduktionstisch werden Infarkt Narben die größer als $2\frac{1}{2}$ cm im Durchmesser sind, nur selten beobachtet und es ist nicht einzusehen, daß dieser kleine Substanzverlust die Leistungsfähigkeit erheblich herabsetzen sollte. Nach KELLERSTEIN ist die Angst vor der Arbeit die Hauptursache der Leistungsminderung des Infarktpatienten. BILLINGS zeigte an einer großen Anzahl von Pat., daß die Lebenserwartung der Pat., die nach einem Infarkt nicht mehr arbeiteten, immer wesentlich schlechter bleibt, während die wieder Arbeitenden bereits 2 Jahre nach dem Ereignis dieselbe Absterberate wie die Gesamtbevölkerung erreichen. Bestehende Herzinsuffizienz, Kollaps, Schock oder Rhythmusstörungen

im akuten Stadium sind prognostisch ungünstig und bedeuten eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, während bei Stenokardien allein, vor und nach dem Infarkt, eventuell die frühere Tätigkeit wieder aufgenommen werden kann. Abschließend betont der Verf., daß neben verschiedenen Belastungsversuchen — Master-2-Stufen-Test, Schellong-Test, Spirographie, Bestimmungen der Sauerstoffsättigung — und gezielten anamnestischen Fragen der persönliche Eindruck vom Pat. die beste Basis für die Beurteilung der Leistungsfähigkeit des Pat. ist.

BÜHLMAYER (Bochum)^{oo}

H. Kenter, U. Zens und M. Hasenohr: Katamnestische Beobachtungen bei Herzinfarkt. Das Schicksal behandelter und unbehandelter Infarkte. [Med. Klin., Univ., Köln.] Münch. med. Wschr. 105, 1797—1805 (1963).

José Corrons Espinal: Estudio de las arterias coronarias en la muerte subita. An. Med. forens. Asoc. esp. Méd. forens. 1963, 35—40.

Aldo Palma: Indagine clinico-statistica su alcuni aspetti medico-sociali dell'infarto miocardico. (Klinisch-statistische Untersuchungen über die sozialmedizinische Bedeutung des Herzinfarktes.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Folia med. (Napoli) 46, 240—247 (1963).

Die Untersuchungen stützen sich auf 100 Patienten mit einem Herzinfarkt. Dabei entfielen 69% auf das männliche und 31% auf das weibliche Geschlecht. Die Altersgruppe der 45—50jährigen war mit 23% am stärksten vertreten. Demgegenüber waren alle über 66jährigen (der älteste Patient war 80 Jahre) insgesamt nur mit 24% vertreten. 76% aller Herzinfarkte ereigneten sich in den Monaten Oktober bis März. — Hinsichtlich der Berufsgruppen standen freie Berufe (29%), Angestellte und Beamte (19%) sowie Bauern (14%) an der Spitze aller Patienten mit einem Herzinfarkt. Sechs Monate nach dem Herzinfarkt waren 17% der Patienten wieder voll leistungsfähig (nach einem Jahr 57%), 44% hatten noch eine Beeinträchtigung der beruflichen Leistung (nach einem Jahr 23%) und 37% eine Erwerbsunfähigkeit (nach einem Jahr 20%) zu verzeichnen.

WAGNER (Mainz)

Niels Schwartz Sørensen: Kreatinphosphokinase. Aktivitätsbestimmung des Enzymes Kreatinphosphokinase im Serum bei Myokardinfarkt. Ugeskr. Laeg. 125, 1159—1166 (1963) [Dänisch.]

Beschreibung des Enzymes Kreatinphosphokinase (KFK), der bisher erschienenen Mitteilungen über die Bestimmung der KFK und insbesondere der Methode von TANZER und GILVARG, die von dem Verf. modifiziert angewendet wurde. — Der Verf. untersuchte 120 Patienten, die z. B. auf Myokardinfarkt eingewiesen wurden. 64 Kranke hatten einen Infarkt; bei 52 von ihnen fand man erhöhte Werte. Bei elf Patienten mit normalen Werten war die Blutprobe später als 3 Tage nach Beginn des Leidens untersucht worden, bei einem Patienten 12 Std bevor der Infarkt eintrat. Man findet meist ein sehr schnelles Ansteigen der Aktivität, eventuell schon 3 Std nach Infarkteintritt, und auch ein schnelles Normalisieren. Am dritten Krankheitstage hatten 40% aller Patienten normale Werte. Erhöhte Werte am dritten Krankheitstage sind prophylaktisch ungünstig zu bewerten. Bei verschiedenen anderen Herz- und Gefäßleiden, bei Lungenleiden (Infarkt), bei Leber- und Abdominalkrankheiten fanden sich normale Werte.

HANSEN (Jena)

J. Kellen: Serum- β -Lipoproteine und Myokardinfarkt. [Zentrallabor., Kreiskrankenh., Levoca, CSSR.] Wien klin. Wschr. 75, 690—691 (1963).

W. Tabbara, J. Proteau et L. Dérobert: Peur et coronarite. (Schreck und Coronartod.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 9. IV. 1962.] Ann. Méd. lég. 42, 404—411 (1962).

Hinweis auf den Volksmund, daß ein Mensch vor Schreck sterben kann. In der gerichtsmedizinischen Praxis jedoch scheinen derartige Todesfälle nicht sehr häufig zu sein, ein Ereignis kann sich lediglich abspielen, wenn ein psychischer Affekt in einer bestimmten Größenordnung ausgelöst wird, wodurch ein organischer Schaden gesetzt wird. Eine Beurteilung gehört in die Hände eines Sachverständigen. Bericht über einen Fall eines Mannes von 69 Jahren, der neben seinem

parkenden PKW stand, als ein Polizist in Zivil ihn ansprach. Um sich auszuweisen, präsentierte er den Polizeiausweis und dann seine automatische Pistole. Der 69jährige brach entseelt zusammen. Die Obduktion entdeckte eine alte Coronarsklerose mit einer zwingenförmigen Zynose des rechten Coronarastes mit einer frischen das Lumen verschließenden Thrombose. Kein frischer Herzinfarkt. Gutachtliche Äußerung, daß der Tod durch einen Reflexmechanismus als Folge der Schreckreaktion beim Vorzeigen der Waffe eingetreten ist. — Es folgen Ausführungen über die Frequenz der Coronarerkrankungen, wie sie verschiedentlich im Schrifttum niedergelegt wurden. Schwierig ist es, die Faktoren zu benennen, die den plötzlichen Tod bewirken. Von den 1459 Fällen von BOEMKE sollen 70 plötzlich im Gefolge einer Emotion verstorben sein. LENÈGRE glaubt aber nicht an ein häufiges Zusammentreffen. Ein ähnlich gelagerter Fall wurde 1925 bereits von MARTIN und VILLANOVA (1925) publiziert. Auch dieser Fall wird beschrieben. Der Versuch, den Mechanismus der sich abspielenden somatischen Reaktionen zu deuten, ist unbefriedigend, wie die verschiedenen aufgeführten Hypothesen beweisen. Entscheidend ist, daß eine organische Erkrankung bereits vorgelegen hat. DOTZAUER (Köln)

S. Ökrös: Veränderungen der Herzmuskelfasern bei Thromboembolie. [Gerichtsmed. Inst., Med. Univ., Budapest.] Beitr. gerichtl. Med. 22, 253—260 (1963).

Ausgehend von der Fragestellung, welche Veränderungen durch die plötzlich auftretende starke Inanspruchnahme der Herzmuskelfasern bei plötzlich an pulmonaler Thromboembolie verstorbenen Personen bewirkt werden, untersuchte Verf. histologisch die Herzmuskulatur in fünf einschlägigen Fällen. Mikroskopisch zeigten sich in der Muskulatur der rechten Kammer Querstreifenveränderungen, und zwar war der Streifen A an einzelnen Faserabschnitten verschwunden bzw. stark geschmälert; im Gegensatz dazu war der Streifen I stark verbreitert. Weiterhin fanden sich in der Umgebung des Z-Streifens partielle und komplette Rupturen einzelner Muskelfasern, zum Teil mit Retraktion, knüppelartiger Verdickung und metachromatischer Verfärbung. An der Reißstelle schwellen die Myofibrillen an, runden sich ab und agglutinieren. Innerhalb der Sarkolemmischeide kann sich Muskelsaft ansammeln. Verf. führt diese Veränderungen auf die Überforderung der rechten Herzkammer unter dem Krankheitsgeschehen zurück und, da sie ohne jedwede äußere Gewalteinwirkung zustande kommen, rechnet er sie zu den Autoläsionen infolge des „hypermetrischen Belastungszustandes“. An den Muskelfasern der linken Herzkammer waren weder Querstreifenabweichungen noch Muskelfaserrisse zu beobachten. Sie sind auch nicht zu erwarten, da die linke Herzhälfte bei pulmonaler Thromboembolie keine überanstrengende Tätigkeit ausübt. Vier Abbildungen ergänzen die sehr aufschlußreiche Arbeit. Einzelheiten müssen nachgelesen werden. KREFFT (Koblenz)

S. Paulin: Angiographie der Koronararterien. Therapiewoche 13, 915—922 (1963).

G. Burgemeister: Infektiöse Myokarditis im Kindesalter. [Univ.-Kinderklin., Charité, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 26—31 (1963).

Zusammenfassende Studie über die derzeit bekannten nichtrheumatischen Myokarditiden im Kindesalter an Hand eines nach ätiologischen Gesichtspunkten zusammengestellten Einteilungsschemas. Eine eigene Beobachtung illustriert das besondere Phänomen des Intervalls, das zwischen initialer Influenzagrippe und nachfolgender Virusmyokarditis liegt, es kann Wochen betragen. Nach Ansicht des Verf. werden die virusbedingten und ätiologisch noch ungeklärten Myokarditiden für den Pädiater rasch an Bedeutung gewinnen, teils durch die zunehmende Keimselektion, teils durch die erhöhte Fluktuation auch der jüngsten Bevölkerungsschichten. HILBER (München)^{oo}

Ristéard Mulcahy: A criticism of certain aspects of death certification in Ireland, with particular reference to the use of the term "myocardial degeneration". (Kritische Bemerkungen zur Praxis des Ausfüllens von Totenscheinen in Irland unter besonderer Berücksichtigung des Ausdrucks: Myodegeneratio cordis.) [Cardiac Dept., St. Vincent's Hosp., Dublin.] J. Irish med. Ass. 52, 117—119 (1963).

In der statistischen Untersuchung wird — mit Recht — beanstandet, daß der ungenaue und nicht recht zu fassende Begriff Myodegeneratio cordis zu häufig und zu unkritisch auf den Totenscheinen vermerkt wird. ADEBAHR (Köln)

Raoul Roberge, Robert Garneau et Andre Moisan: Trois cas de mort subite d'étiologie assez rare. [Serv. de Méd. et Serv. d'Anat. path., Hôp. du St-Sacrement, Québec, Qué.] *Canad. med. Ass. J.* 89, 310—313 (1963).

Ein luetisches Aneurysma an einer Aortenklappe in einem und eine Thrombose auf einer rheumatischen rekurrenden Endokarditis der Aortenklappe in einem zweiten Falle könnten durch plötzlichen Verschuß des Aortenlumens zum schlagartigen Kreislaufversagen geführt haben. Eine akute Myokarditis begleitete in einem dritten Falle eine akute Infektion der oberen Luftwege bei einem Jugendlichen. H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

D. Batolo: Le calcinosi miocardiche e polmonari nelle malattie renali. [Ist. di Anat. e Estol. Pat., Univ., Messina.] *Arch. ital. Anat. Istol. pat.* 37, 69—82 (1963).

W. Baumann: Perforationslose gallige Peritonitis. [Chir. Klin., Univ., Jena.] *Dtsch. Gesundh.-Wes.* 18, 1522—1525 (1963).

I. Richard Rosenberg, Barrie Levitt and Arthur Aufses jr.: Free perforation in regional enteritis. Report of a case. (Freie Perforation einer regionalen Enteritis. Fallbericht.) [Div. of Gastroenterol., Dept. of Med. and Dept. of Surg., Mount Sinai Hosp., New York, N.Y.] *Amer. J. dig. Dis., N.S.*, 8, 678—681 (1963).

42jährige Frau verstirbt an einer akuten Peritonitis. Die Autopsie ergibt eine chronische, zum Teil auch akute regionale granulomatöse Enteritis mit Ulceration, Perforation, Abszeßbildungen und diffuser Peritonitis. Da bisher erst acht derartige Fälle in der Weltliteratur bekannt wurden, wird dieser Fall kurz beschrieben. EHRHARDT (Nürnberg)

Jiří Horáček, Zdeněk Kulenda und Čeněk Strmiska: Beitrag zur Bewertung der postmortalen Glykämie. [Zentrallab. u. Path.-Anat. Abt., Bez.-Krankenh., Organisat.-Method. Abt. d. KÜNZ, Usti n.L.] *Z. ges. inn. Med.* 18, 659—664 (1963).

Da zum postmortalen Nachweis des Diabetes mellitus die morphologische Untersuchung nicht immer genügt, wurde im Bezirkskrankenhaus Aussig der Blutzuckerspiegel an 54 Leichen nach SOMOGYI-NELSON [FRANK, H., und E. KIRBERGER, *Biochem. Z.* 320, 359 (1950)] studiert. Dieser hängt ab a) vom Blutzuckerspiegel bei Todeseintritt, b) und c) der postmortalen Glykogenolyse bzw. der glykolytischen Aktivität von Blut, Gewebe und Bakterien, d) Diffusionsvorgängen (z. B. Lebervene — V. cava — rechtes Herz), e) als nicht bestimmendem Faktor von der Zeit ab Todeseintritt bis zur Unterbrechung der fermentativen Vorgänge durch Enteiweißung und dem Verlauf der Auskühlung der Leiche, f) dem unbekanntem Anteil anderer reduzierender Substanzen, die bei der Blut-,zucker“-Bestimmung noch mit erfaßt werden, g) von der Dauer der *Agone*. In den untersuchten Leichen soll rechnerisch signifikant bei extrem langer *Agone* ein meist niedriger, bei sehr kurzer stets ein hoher Blutzuckerspiegel in der Lebervene vorgelegen haben. Bei gleichzeitiger Entnahme und entsprechend gleichzeitiger Enteiweißung und Untersuchung von Proben aus verschiedenen Gefäßabschnitten (Reihenfolge: Lebervene, rechtes — linkes Herz, Sinus, Peripherie, Liquor) ergeben sich gewisse Relationen der gefundenen Werte. Diese lassen als Schaubild (Zuckerwerte logarithmisch) die Diagnose zu, ob Diabetes, zentraler Tod oder vitale Bakteriämie vorlag. Eine *Todeszeitbestimmung* ist an Hand von Zuckerbestimmungen nicht möglich. — Auch wenn der Einfluß der aktuellen Reaktion mit studiert worden wäre, erscheint zur Zeit eine forensische Anwendung nicht vertretbar zu sein. LOMMER (Köln)

P. Wurnig: Charakteristika des Neugeborenenileus durch sphärische Dünndarmduplikatur. [Niederösterreich. Kinderkrankenhaus „Göteborghaus“ u. I. Chir. Abt., Städt. Krankenh., Wien-Lainz.] *Wien. med. Wschr.* 113, 333—336 u. Abb. IV (1963).

Verf. beschreibt die Krankengeschichte zweier Kinder im Alter von 4 und 11 Tagen, die wegen eines Ileus operiert wurden. Es fand sich jedesmal eine sphärische Dünndarmduplikatur in der Ileocöcalregion als Passagehindernis. Der Autor unterscheidet sphärische und tubuläre Duplikaturen. Während erstere keine Verbindung mit dem Lumen des Darmkanals aufweisen, besteht bei den tubulären Gebilden oral oder aboral oder auch an beiden Enden eine direkte Kommunikation mit dem Digestionstrakt. Wegen der Eigenart der Gefäßversorgung ist eine Resektion der Fehlbildung mitsamt dem anliegenden Darmabschnitt notwendig. Ein Patient der vom Verf. operierten zwei Kindern starb an einem Platzbauch. W. CH. HECKER (Heidelberg)^{oo}

Maurice Kaplan, Jacques Sauvegrain, Raymonde Grumbach, Jean-Claude Gorouben et Fernand Sillam: A propos d'une observation d'absence congénitale de l'artère pulmonaire gauche découverte chez un enfant. Considérations cliniques, radiologiques anatomiques et physio-pathologiques sur ce type de malformation. Ann. Pédiat. 39, 345—355 (1963).

Jadwiga Prus and Halina Skarzynska: Acute diarrhoeic syndromes as a cause of death in infants. (Das akute diarrhoische Syndrom als Ursache des Säuglingstodes.) [I. Kinderklinik, Danzig.] Przegł. lek., Ser. II 19, 307—310 mit engl. Zus.fass. (1963) [Polnisch].

Unter 100 Todesfällen im Verlaufe akuter Darmprozesse wurden die meisten im ersten Lebenshalbjahr beobachtet, besonders innerhalb der ersten zwei Lebensmonate. Von den Kindern hatten sich 79% bis zu der tödlichen Erkrankung normal entwickelt und keine anderen Krankheiten durchgemacht. 90% erhielten keine Brustnahrung. In 80% der Fälle war die Ernährung darüber hinaus unzureichend. Die Hälfte der Säuglinge zeigte Zeichen florider Rachitis. 63% der Kinder stammten aus städtischem Milieu, der Rest kam vom Land. Die häuslichen hygienischen und Pflegebedingungen waren zumeist schlecht. Die Kindesmütter hatten zu 40% erst das 23. Lebensjahr erreicht. Ärztliche Hilfe wurde selten in Anspruch genommen. Die Hälfte der Kinder starb schon innerhalb der ersten 3 Tage nach der Spitalsaufnahme. 26% hatten eine toxische Gastroenteritis. Häufig fand sich eine Kombination entzündlicher Darmprozesse mit Pneumonien und Otitiden. Die Ursache der Darmprozesse war in zwei Fünftel aller Fälle bakteriologisch nicht zu klären. Bei den übrigen Fällen wurden jedoch Salmonella- und Shigellaarten nachgewiesen. Pathologisch-anatomisch wurde in jedem Fall fettige Degeneration der Leber und Nieren sowie parenchymatöse Entartung des Herzens und in einem hohen Prozentsatz Ödem und Hyperämie der Meningen gefunden. BOLTZ (Wien)

Guy Fontaine: A l'étude de la mort subite du nourrisson: la sensibilisation aux protéines du lait. (Beitrag zum Studium des plötzlichen Säuglings-Todes: die Sensibilisierung durch Milchproteine.) [Inst. de Méd. lég. et Méd. soc., Lille.] Ann. Méd. lég. 43, 262—267 (1963).

Nach einer Darstellung der Literatur über das Vorkommen von Antikörpern gegen Milchproteine bei Säuglingen berichtet Verf. über eigene Untersuchungen an 220 Kindern mit einem Alter von 2 Monaten bis zu 6 Jahren. In Gelatine wurden nach der Technik von OUCHTERLONY Zylinder aus dem Serum der Kinder, die wegen unterschiedlicher Krankheiten in der Kinderklinik von Roubaix zur Behandlung kamen, mit verschiedenen Antigen-Lösungen von roher und gekochter Kuhmilch, Rinderserum, Beta-Milchglobulin und Caseinlösungen zusammengebracht. — Bei zwei Säuglingen, die sich in der Rekonvaleszenz nach einer akuten Gastro-Enteritis befanden, ergab das Serum deutliche Präcipitationsbögen gegen rohe Kuhmilch, Betalactoglobuline und Caseine von der Kuh. Es wird daraus der Schluß gezogen, daß bei Störungen im Magen-Darmtrakt große Proteinmoleküle die Darmwand passieren und zu einer Sensibilisierung des Kindes führen. W. JANSSEN (Heidelberg)

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **Friedrich Unterharnscheidt: Die gedeckten Schäden des Gehirns. Experimentelle Untersuchungen mit einmaliger, wiederholter und gehäufte stumpfer Gewalteinwirkung auf den Schädel.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 103.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. VI, 124 S. u. 67 Abb. DM 48.—

Unter dem Eindruck der zunehmenden Bedeutung von Hirnschäden nach Gewalteinwirkung widmete sich Verf. in eingehenden tierexperimentellen Untersuchungen den klinischen und pathomorphologischen Folgen wiederholter stumpfer Gewalteinwirkungen auf den Schädel. Es galt die neuropathologisch wichtige Frage zu beantworten, ob bestimmte gewebliche Veränderungen am Gehirn eintreten. — Nach entsprechenden Vorversuchen zur Feststellung der Geschwindigkeit,