

K. Betke: Die Verkehrsgefährdung des Kindes. [Univ.-Kinderklin., Tübingen.] Öff. Gesundheits-Dienst. 26, 550—562 (1964).

Nach einer statistischen Übersicht wird hervorgehoben, daß das Schulalter besonders gefährdet sei, wobei die Unfallhäufigkeit bei Jungens dreimal so hoch sei als bei Mädchen. Um den Gefahrenquotient zu senken, wird die Forderung erhoben durch Anlegung eines Netzes von Fußgänger- und Spielstraßen, mit Hilfe derer beispielsweise auch der Schulbesuch gefahrlos möglich sei.

F. PETERSOHN (Mainz)

Frank M. Townsend and W. Harley Davidson: Pathology investigation of aircraft accidents. (Pathologische Untersuchungen über Luftfahrtunfälle.) [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 3, 43—46 (1964).

Verf. unterscheidet zwischen auslösenden Faktoren, welche von der Umgebung ausgehen (Hypoxämie, Druck, Stress, Drogen, Ernährung u. dergl.) traumatische Faktoren und Erkrankung, welche bereits längere Zeit vorher bestanden und gibt in einer Tabelle eine Übersicht über die Altersverteilung der Arteriosklerose und deren Bedeutung, die mit den allgemeinen Erfahrungen übereinstimmen.

F. PETERSOHN (Mainz)

O.-R. Westphal: Beurteilung der Seetauglichkeit nach Hepatitis. [Med. Dienst d. Verkehrswesens, Dir. Schifffahrt, Rostock.] Verkehrsmedizin 11, 351—358 (1964).

Th. Puskeiler und E. Kersten: Tödliche Unfälle in der Seefahrt. [Lehrst. f. Arbeitshyg., Univ., Rostock.] Verkehrsmedizin 12, 69—75 (1965).

Verff. betonen die Erfolge in der Bekämpfung der Seuchen-, Infektions- und Ernährungs-krankheiten in der Schifffahrt der letzten 100 Jahre. Bei den derzeitigen Gesundheitsgefahren in der Schifffahrt stehen Unfallereignisse an erster Stelle. Bei von Jahr zu Jahr zunehmender Tonnage sei zwar insgesamt ein Rückgang der tödlichen Unfälle zu verzeichnen, trotzdem seien viele Probleme, die aus Arbeitsmilieu herrühren, nach wie vor hochaktuell. An Hand von 46 Unfallereignissen im Schifffahrtssektor aus dem Jahre 1954—1963 werden von Verff. 52 Schadensfälle besprochen. Den Hauptanteil der Unfälle stellt die Fischerei mit 32 Unfallereignissen. Bei 36 Unfällen stürzten Menschen über Bord, 9 tödliche Arbeitsunfälle ereigneten sich an Deck. In Zusammenhang mit 17 Unfällen, die unter Alkoholeinwirkung eintraten, wird auf den Alkoholkonsum in der Schifffahrt eingegangen. Bei der überwiegenden Zahl der Verunfallten muß Ertrinken als Todesursache angenommen werden. Nur 9 Unfälle wurden auf sachliche Mängel, der Rest auf menschliches Fehlverhalten zurückgeführt. Entsprechende Maßnahmen zur Unfallverhütung werden empfohlen, wie Rettungsmanöver zu Übungszwecken, Unterricht in erster Hilfe, Diskussionen über Arbeitsschutzprobleme und Hinweise auf besondere Unfallgefahren.

E. BÖHM (Heidelberg)

I. I. Bilegan: Aspects médico-légaux des lésions mortelles provoquées par le train. (Verkehrsmedizinische Aspekte von tödlichen Verletzungen durch den Zug.) [Inst. Recherches Sci. Méd.-Judic., Bucarest.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 3, 23—29 (1964).

Es wird auf die besondere Schwierigkeit hingewiesen, den vitalen Charakter solcher Verletzungen zu erkennen und eine Unterscheidung zwischen Unfall und Verbrechen zu treffen. Eine Leichenbesichtigung reiche im allgemeinen nicht aus. Es wird auf eine sehr sorgfältige Obduktion Wert gelegt, wobei bestimmte Teilbefunde an der Leiche und die Berücksichtigung der Spuren die Voraussetzungen für eine Aufklärung des Geschehnisablaufes bilden.

F. PETERSOHN (Mainz)

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **Jan Sievers: Myocardial infarction. Clinical features and outcome in three thousand thirty-six cases. (From the Swedish by Helen Frey.)** (Acta med. scand. Vol. 175, Suppl. 406.) (Myokardinfarkt. Klinische Merkmale und Verlauf bei 3036 Fällen.) Lund 1963, 123 S., 54 Abb. u. 61 Tab.

Die sehr eingehende Untersuchung basiert auf der klinischen Beobachtung und der nachfolgenden Kontrolle des weiteren Verlaufs bei 2904 Patienten mit Myokardinfarkt der Jahre 1935

bis 1959 und 132 Patienten der Jahre 1961 und 1912. Bei den letzteren wurde eine spezielle Studie über den Einfluß der Corticosteroide auf den Infarkt durchgeführt. Alle Patienten wurden stationär im Med. Dept. Malmö behandelt. Insgesamt handelt es sich um 96,6% der überhaupt in Malmö im Beobachtungszeitraum wegen Myokardinfarkt stationär behandelten Kranken. Die umfangreichen Untersuchungsergebnisse können nur stark gerafft referiert werden. Interessierte müssen auf die Originalarbeit zurückgreifen. — Insgesamt kamen von 1935—1959 2477 Erstinfarkte, 282 Zweitinfarkte, 39 Drittinfarkte, 3 Viertinfarkte und 103 Patienten mit unbekannter Infarktzahl zur Behandlung. Ausgeschieden wurden 340 Patienten, die den strengen Auswertungskriterien nicht standhielten. Das Durchschnittsalter betrug 64 Jahre (Männer 62, Frauen 68), das Verhältnis Männer:Frauen 1,8. Es sank von 6,6:1 im vierten Lebensjahrzehnt auf 1:1 nach dem 69. Lebensjahr. Bezogen auf die Gesamtbevölkerung werden Männer aber auch nach dem 69. Lebensjahr häufiger von einem Infarkt betroffen. Selbständige neigten eher zu einem Infarkt als Angestellte und Arbeiter, zwischen denen keine sicheren Differenzen bestanden. Verheiratete überwogen deutlich gegenüber Jungesellen. 50,8% der Kranken gaben pektanginöse Beschwerden vor dem Infarkt an, 18% unbestimmte und 31,2% hatten keine Beschwerden. Ein Einfluß vorhergehender pektanginöser Anfälle auf die Frühprognose bestand nicht. Diabetes fand sich in 8,4% der Fälle (5,9% der Männer, 12,3% der Frauen) und damit gegenüber der Normalbevölkerung deutlich vermehrt. Die Mortalität der Diabetiker in den ersten 4 Wochen war erhöht. Bei Infarkt vor dem 50. Lebensjahr war Hypertonie häufiger als bei Normalpersonen, beeinflusste die Frühmortalität aber nicht. Eingehend werden Arbeitsbedingungen und Schmerzen bei Infarkteintritt behandelt. 67% der Patienten befanden sich 24 Std nach Infarkteintritt im Krankenhaus. Bei den schweren Infarkten (19%) betrug die Mortalität in den ersten 4 Wochen 83,6%, bei den mäßig schweren (76,7%) 23,7% und bei den leichten (4,3%) 1,2%. Die Begriffe werden definiert. Mit zunehmendem Alter stieg die Zahl der schweren Infarkte an, während die Häufigkeit anderer Infarktklassen unbeeinflusst blieb. Zwischen Schwere des Infarktes und Höhe der Werte für Leukocyten, Blutzucker, SGOT und Temperatur einerseits sowie Frühmortalität andererseits bestanden direkte Beziehungen. Bei der Würdigung der Therapie wurde festgestellt, daß durch Antikoagulantien keine vermehrten Herzrupturen ausgelöst wurden, und daß Corticosteroide keinen Einfluß auf die Frühmortalität hatten. Insgesamt betrug die Frühmortalität 34,6% (31,8% für Männer, 37,5% für Frauen). Sie stieg mit zunehmendem Alter in allen Infarktgruppen an. Die Überlebensdauer auf lange Sicht untersuchte Verf. an 1589 Patienten (98% der Überlebenden nach 4 Wochen). Wenn man zunächst den Eindruck hat, daß die Prognose bei Älteren schlechter als bei Jüngeren ist, so muß dieser Eindruck bei Berücksichtigung der Gesamtbevölkerung berichtigt werden. Bei Jüngeren ist dann die Lebenserwartung wesentlich geringer als bei Alten. Beim Infarkteintritt bestehende Hypertonie oder Diabetes verschlechtern die Spätprognose. Alle Patienten, die einen Infarkt vor dem 50. Lebensjahr überlebten, kehrten in ihren Beruf zurück. Mit zunehmendem Alter nahm die Tendenz zur Arbeitsaufnahme im alten Beruf ab. Bei 811 der verstorbenen 858 Patienten wurde eine Autopsie durchgeführt. In nicht weniger als 34% der klinischen Erstinfarkte konnten Zeichen eines geheilten älteren Infarktes gefunden werden. Reinfarkte traten am häufigsten im 1. Jahr nach dem Infarkt auf. — Die Studie, zu der ein übersichtliches und einheitliches Material zur Verfügung stand, muß als Beitrag zur Problematik der Früh- und Spätprognostik des Myokardinfarktes begrüßt werden.

BERENDT (Mölln/Lauenb.).^{oo}

● A. Kasanen, V. Kallio and J. Forsström: The significance of psychic and socio-economic stress and other modes of life in the etiology of myocardial infarction. (*Ann. Med. intern. Fenn. Vol. 52, Suppl. 43.*) (Die Bedeutung von psychischer und sozio-ökonomischer Beanspruchung und anderer Lebensweisen in der Ätiologie des Myokardinfarktes.) Helsinki 1963. 40 S.

Ausgehend von der Tatsache, daß Finnland 1958 eine sehr hohe Todesrate bei Coronar-erkrankungen aufwies, untersuchten Verf. in den Jahren 1962/63 100 Patienten im Alter unter 60 Jahren mit Myokardinfarkten hinsichtlich ihrer Lebenssituation und ihren Lebensgewohnheiten und verglichen diese mit denen von 100 Patienten etwa gleichen Alters, die wegen anderer Erkrankungen hospitalisiert werden mußten. Dabei wird zunächst der Erblichkeitsfaktor bei den Herzkranzgefäßleiden betont. Aber auch die Eßgewohnheiten und hier möglicherweise der Fettverbrauch könnten von den Eltern an die nächste Generation weitergegeben werden, womit die Erkrankung eventuell begünstigt sei. Im Beruf könnten Arbeitszeit, Arbeitsbedingungen, Spannung und Hast eine Rolle spielen, ebenso wie in gewissen Fällen die soziale Stellung und

die finanziellen Mittel. Bezüglich des Tabakverbrauches wird hervorgehoben, daß sich unter den Infarktpatienten weniger Nichtraucher befunden hätten als in der Kontrollgruppe. Weiter werden langdauernde Konfliktsituationen und seelische Spannungszustände als möglicherweise belastend genannt, ebenso mangelnde Ruhe und Erholung, zunehmender Lärm und ungenügende Bewegung. Letztlich gehen Verff. auch auf den Charakter ein, wobei aber nicht, wie schon bei anderen Autoren, von „coronaren Persönlichkeiten“ gesprochen werden könne. — An Hand von ausführlichem Zahlenmaterial wird übersichtlich, welche hervorstechenden Merkmale aus Situation und Lebensweise bei den Infarktkranken und bei der Kontrollgruppe ausschlaggebend sind für die Genese des Leidens. Hier wird auch noch auf den Verbrauch von Medikamenten, der bei nervösen Menschen größer sei, hingewiesen. — In der Diskussion besprechen Verff. die Neigung unruhiger Menschen zu Übergewicht, auch die Wirkung des Nicotins auf die Herzkranzgefäße. Durch seelische Anspannungen könne zwar der Serumcholesterinspiegel erhöht werden, dies aber nur wieder auf dem Weg über erhöhten Fettverbrauch, mangelnde Bewegung und Nicotin-gebruß. Hierbei wie auch überhaupt komme dem Sympathicus eine große Bedeutung zu, der auf dem Wege über die Nebenniere kardiotoxische Substanzen ausschütte. Immerhin heben Verff. zum Schluß hervor, daß psychische und sozio-ökonomische Belastungen für einen Myokardinfarkt ausschlaggebend sein könnten, dies jedoch eben nur in bestimmten Fällen. Sie seien als Faktoren in der Genese wichtig, aber nicht allein verantwortlich. ANITA SCHENK (Karlsruhe)^o

N. Y. Katf and W. F. Tislington Tatlow: Two cases of vertebral-basilar aneurysm. *Canad. med. Ass. J.* 92, 471—474 (1964).

Russel Pardoe: A ruptured intracranial aneurysm in antarctica. *Med. J. Aust.* 52, I, 344—350 (1965).

E. Minetto, C. Prinotti e T. Purini: Morte improvvisa da echinococcosi primitiva del setto interatriale. Interesse clinico e medico-legale. [Ist. di Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Ist. di Med. Leg. e dell'Assicuraz., Univ., Torino.] *Minerva med.-leg.* (Torino) 84, 189—194 (1964).

Wolfgang Lang: Zur Morphologie der infantilen Hemiplegie. [Neurochir. Univ.-Klin., Gießen.] *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 185, 339—356 (1963).

Ausgangspunkt dieser Arbeit ist die in der gleichen Zeitschriften-Nummer erschienene Abhandlung von H. W. PTA: „Ätiologie und Pathogenese der infantilen Hemiplegie“. Daran anknüpfend zeigt Verf. die morphologischen Veränderungen, die bei Hemiplegien verschiedener Ätiologie auftreten. Es handelt sich dabei um Endzustände vorausgegangener zur Hemiplegie führender destruirender Prozesse. Das Ausmaß des endgültigen Defektes wird bestimmt vom Zeitpunkt der Schädigung und dem Grad der Differenzierung des fetalen oder kindlichen Gehirns. — Verf. geht zunächst auf Entwicklungsstörungen des Gehirns in Verbindung mit infantilen Hemiplegien ein. — Diese primären Entwicklungsstörungen kleiner Gehirnabschnitte sind bei infantilen Hemiplegien relativ selten. Häufiger findet man hemiatrophische Veränderungen als Folge von Gefäßmißbildungen bzw. geschwulstartigen Wucherungen von Gefäßen. — Als häufigster morphologischer Befund sind Höhlenbildungen nachzuweisen, die in 3 Formen unterteilt werden: 1. die echte Porencephalie, welche kongenital auftritt; 2. cystische Einschmelzungen durch umschriebene Zirkulationsstörungen, z. B. Gefäßverschluß als Folge einer Infektion und 3. atypische narbig-cystische Höhlenbildungen, welche meist auf Traumen zurückgehen. Den Höhlenbildungen, bei denen es sich um eine typische Reaktionsweise des unreifen Gehirns auf Schädigungen handelt, stellt Verf. als zweite große morphologische Gruppe atrophische Prozesse mit Vernarbungen gegenüber und unterscheidet hierbei: 1. Lobäre Sklerose = flächenhafte Ulegyrie; 2. echte Hemiatrophien und 3. atypische, lokalisierte, nicht systematische Hemiatrophien. Bezüglich der Literatur verweist Verf. auf das Literaturverzeichnis in der oben angegebenen Arbeit von H. W. PTA. WESSEL (Bonn)^o

Gh. Scripcaru und A. Artin: Betrachtungen in Verbindung mit einigen Todesfällen wegen Syndrom einer Sino-Carotishyperreflexerregbarkeit. *Inst. gericht. med. Wiss.* Bukarest (1964).

Auf Grund der Beobachtung von 4 Fällen eines Syndroms der Sino-Carotishyperreflexerregbarkeit, welche mit sofortigem plötzlichem oder späterem Tod abschlossen, geben Verff. eine Übersicht über die Pathogenese dieses Syndroms und behaupten, daß der plötzlich eintretende Tod in einem Falle akuten Zirkulationsstörungen mit Bradykardie und Hypotension, im zweiten

Fälle der Dissoziation der Cerebralzirkulation von der allgemeinen Zirkulation, gefolgt von nicht reversiblen, kollapsoiden Zuständen und in den anderen zwei Fällen einer durch brutale Reizung des Carotissinus hervorgerufenen Herzsynkope zugeschrieben werden müßte. Abschließend erörtern Verf. mehrere von derartigen Fällen aufgeworfene Kausalitätsprobleme.

M. KERNBACH (Jassy)

H. T. Lynch, R. L. Grissom, P. Mooring and A. Krush: **Complete transposition of great vessels. Manifestation in two siblings confirmed at autopsy.** [Dept. of Int. Med. and Pediat., Univ. of Nebraska Coll. of Med., Omaha.] *J. Amer. med. Ass.* **190**, 969—972 (1964).

Lars Cederqvist and Jan Söderström: **Papillary muscle rupture in myocardial infarction. A study based upon an autopsy material.** (Ruptur des Papillarmuskels bei Herzinfarkt. Eine Untersuchung am Sektionsmaterial.) [Univ. Dept. Path., Gen. Hosp., Malmö.] *Acta med. scand.* **176**, 287—292 (1964).

In einem Obduktionsgut von 4741 Fällen (2373 Männer, 2368 Frauen) aus den Jahren 1957 bis 1961 wurden in Malmö 578 Fälle (12,2%) mit akutem Herzinfarkt beobachtet. Davon entfielen auf das männliche Geschlecht 342 (14,4%), auf das weibliche 236 (10,0%). Fünfmal fand sich eine Ruptur eines Papillarmuskels, 4mal war der hintere, einmal der vordere betroffen.

ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

Ira Rosenblum, Arnold Wohl and Arthur A. Stein: **Studies in cardiac necrosis. I. Production of cardiac lesions with sympathomimetic amines.** [Dept. of Pharmacol. and Path., Albany Med. Coll., Albany, N.Y.] *Toxicol. appl. Pharmacol.* **7**, 1—8 (1965).

Ira Rosenblum, Arnold Wohl and Arthur A. Stein: **Studies in cardiac necrosis. II. Cardiovascular effects of sympathomimetic amines producing cardiac lesions.** [Dept. of Pharmacol. and Path., Albany Med. Coll., Albany, N.Y.] *Toxicol. appl. Pharmacol.* **7**, 9—17 (1965).

D. Hofmann und H. Seeliger: **Fibroelastosis endocardica.** [Path. Inst., Univ., Gießen.] *Med. Welt* **1964**, 1773—1774.

Im Anschluß an einen klinisch und pathologisch-anatomisch genau untersuchten Fall werden die einzelnen Formen der Fibroelastosis endocardica beschrieben, Ätiologie und Pathogenese diskutiert.

ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

W. Pioch: **Demonstration zum Thema: Natürlicher Tod. 1. Aberrierende Art. coron. sin. der Art. pulmonalis und 2. Rhabdomyomatosis cordis kombiniert mit einem Lipom des linken Herzventrikels als seltene Todesursachen im fortgeschrittenen Kindesalter.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, **22.**—**27. V. 1961.**] *Acta Med. leg. soc. (Liège)* **17**, Nr. 3, 91—94 (1964).

1. Bei einem etwa 10 Jahre alten Mädchen sollte zur Klärung eines klinisch nicht sicher zu erfassenden Herzbefundes eine Herzkatheter-Untersuchung durchgeführt werden; bei diesem Eingriff verstarb das Kind plötzlich. Es bestand der Verdacht eines ärztlichen Verschuldens. Die gerichtliche Obduktion ergab als Grundleiden eine aberrierende Art. coron. sin. aus der Pulmonalarterie, eine Isthmusverengung der Aorta sowie eine Hypertrophie und Fibrose von Endo- und Myokard des linken Ventrikels. Die Todesursache war ein akuter Herztod bei Herzkatheterismus. — Die histologische Untersuchung ergab ein ausgedehntes Schwielenbrach und eine Endokardfibroelastose. Die histochemischen Untersuchungen des Myokards brachten Befunde im Sinne einer „mucoiden oder basophilen Degeneration“, die mit LINZBACH als morphologisches Symptom einer verlangsamten Saftdurchflutung in bradytrophem Gewebe gedeutet werden. Im Schrifttum fanden sich bis zum Jahre 1959 insgesamt 44 Fälle von atypischem Abgang der linken Kranzschlagader aus der Pulmonalarterie. Nach neuerlichen Feststellungen beträgt das Verhältnis solcher Fälle, die bei Kindern beobachtet werden zu solchen, die bei Erwachsenen vorkommen, wie 3:1. — 2. Ein 8½ Jahre alter Junge, der in zahnärztlicher Behandlung stand, verstarb unter den Anzeichen der Luftnot wenige Stunden nach der Einnahme von 2 Tabletten

eines Analgetikums, das er gegen Zahnschmerzen erhalten hatte. Bei der gerichtlichen Obduktion und anschließenden Untersuchung des Gehirnes durch das Institut für Neuropathologie der Universität Bonn, ergab sich im wesentlichen eine histologisch gesicherte tuberöse Hirnsklerose und eine erhebliche Verdickung der linken Herzkammerwand bis auf maximal 37 mm. Makroskopisch fanden sich im Herzmuskel Durchsetzungen mit einem wachstartigen grau-gelblichen weichen Gewebe. Histologisch handelte es sich in der Hauptsache um Fettgewebe und einzelne quergestreifte Fibrillen-Gruppen, die ohne scharfe Abgrenzung die Herzmuskulatur durchsetzten. Der Befund wird als Rhabdomyom des Herzmuskels gedeutet; besonders hervorzuheben ist die äußerst selten vorkommende diffuse Ausbreitungsform. Wegen des beherrschenden Anteils, den die gleichzeitig vorliegende Fettgewebsgeschwulst einnimmt, wird die Bezeichnung von BUNDSCHUH „Rhabdomyolipom“ übernommen.

W. JANSSEN (Heidelberg)

Leopoldo Basile: Morte coronarica in cranioloso. (Coronartod nach Schädeltrauma.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. 5, 99—108 (1963).

Verf. berichtet über einen 18jährigen Mann, der ein Kopftrauma erhielt und der etwa 2 Wochen später infolge Coronarinsuffizienz verstarb. Es wird ein Zusammenhang zwischen Trauma und Tod angenommen.

GREINER (Duisburg)

M. Kokavec und A. Neuwerth: Sarcoidosis myocardii als eine Ursache des plötzlichen Todes. Soudni lék. 9, 39—44 mit dtsh. u. engl. Zus.fass. (1964) [Slowakisch].

Ein 30jähriger Drechsler starb plötzlich bei der Arbeit. Bei der Obduktion wurden Verschwielungen in der Herzmuskulatur gefunden, die mikroskopisch als Sarcoidosis myocardii (M. BOESNIER-BOECK-SCHAUMANN) identifiziert wurden. In den Nieren wurde auch eine Sarkoidosis festgestellt. Bemerkenswert ist, daß der Mann keine Beschwerden geäußert hat und bis zu seinem Tode voll arbeitsfähig war. Auch bei den prophylaktischen ärztlichen Untersuchungen im Betrieb ist er nicht aufgefallen.

VÁMOŠI (Halle a. d. S.)

H. Siedek: Entstehung und Behandlung der Koronardurchblutungsstörungen. [I. Med. Abt., Wilhelminenspit., Wien.] Wien. med. Wschr. 114, 750—754 (1964).

Die starke Zunahme coronarer Erkrankungen in den letzten 15 Jahren ist Veranlassung, sich vermehrt mit den chemischen und dynamischen Problemen und damit auch der Therapie und Prophylaxe der Koronardurchblutungsstörungen zu beschäftigen. Die Durchblutung der Coronarien erfolgt vorwiegend durch die Steuerung über den Stoffwechsel des Herzens. Das Herz ist ein Eigenregulationsgebiet des Kreislaufs. Am häufigsten sind die Coronarschäden arteriosklerotischer Natur. Man hat an entzündliche Vorgänge als Vorläufer der Arteriosklerose gedacht, vor allem im Sinne einer serösen Entzündung nach EPPINGER. HAUSS spricht von Mesenchymveränderungen. — Außer den Triglyceriden und dem Cholesterin sind die sog. β -Lipoproteide bei der Coronarsklerose häufig verändert. Für die Therapie und Prophylaxe der Coronarsklerose gibt es zwei Wege: Einerseits das Fortschreiten der Arteriosklerose zu verhindern, andererseits die Durchblutung direkt zu verbessern.

NORTHOFF (Hamburg)^{oo}

V. Kolin: Eine unvollständige Ruptur der Lungenschlagader. [Path.-Anat. Abt., Krankenh., Mladá Boleslav, ČSSR.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 105, 497—500 (1964).

Fallbericht: 81 Jahre alte Frau mit Bronchiektasen, chronischer Pneumonie, teilweise bullösem Emphysem und dadurch bedingter exzentrischer Hypertrophie des rechten Herzens. An der Lungenschlagader fand sich eine diffuse Ausweitung und 2 cm oberhalb des Klappenringes ein mit Thromben gedeckter, in den rechten Hauptast fortgesetzter Riß. Er reicht bis in die äußersten Schichten der Media, die bei der mikroskopischen Untersuchung sonst nicht krankhaft verändert war. Als Ursache wird „die Blutdruckerhöhung im kleinen Kreislauf, die Erweiterung der Lungenschlagader, der Zug der Pleuraverwachsungen und eine vorübergehende heftige Steigerung des intrathorakalen Druckes“ in Betracht gezogen.

LESCHKE (Berlin)^{oo}

Vernon Barling: Osteomyelitis of the spine with rupture of the aorta. [Royal Prince Alfred Hosp., Sydney.] Med. J. Aust. 52, I, 190—191 (1965).

H. Becker: Zur Häufigkeit, Genese und Symptomatologie der Aortenrupturen. Überblick über 90 eigene Fälle. [Path.-Anat. Inst., Univ., Graz.] Wien. med. Wschr. 115, 10—14 (1965).

Unter 43568 Sektionsprotokollen des Instituts für pathologische Anatomie der Universität Graz (1941—1962) fand der Verf. 90 Fälle von kompletter Aortenruptur (AoR), ihre durch-

schnittliche Häufigkeit betrug 0,21% einschließlich Jugendlicher und Kinder, nach Ausschaltung aller Personen unter 30 Jahren 0,28%. Das Teilungsverhältnis ♂:♀ war 2,1:1. Als pathogenetische Faktoren kamen vor: Mißbildungen (1,1%), Trauma (5,6%) Arrosion durch Tuberkulose, Carcinom, verschluckte Knochenstücke (3,3%), Arteriosklerose (24,4%), eitrige Aortitis (1,1%), Mesaortitis (40%), idiopathische Medianekrose (13,3%). unklare Genese und mehrere pathogenetische Faktoren (11,1%). Die Blutung erfolgte 19mal in den Herzbeutel, 17mal ins Retroperitoneum, 15mal in die linke und 8mal in die rechte Brusthöhle, 11mal in die Lungen bzw. in die Bronchien, 8mal in den Oesophagus, 5mal in die Trachea, je 2mal ins Duodenum und in die Bauchhöhle, einmal in den Vorhof des rechten Herzens und einmal durch eine tuberkulöse Fistel nach außen. — Symptomatisch äußerte sich die AoR in Herzbeschwerden, Irritation des Tracheobronchialbaumes, Recurrensschädigungen (Heiserkeit, Hemiplegia laryngis), Sympathicusläsion (HORNER), gelegentlichen Arrosionen von Brustbein, Rippen oder Wirbelsäule (selten Querschnittslähmungen), Durchblutungsstörungen der Extremitäten, Schluckbeschwerden, Meteorismus, Ileus und Darmblutungen sowie Nierenkoliken, Albuminurie und Anurie. Bei plötzlichem AoR wurden plötzlich auftretende, heftigste schneidende Schmerzen („Riß oder Brennen in der Brust“) beobachtet, so daß 9mal fälschlich die Diagnose „Herzinfarkt“ gestellt wurde. Als weitere (vegetative) Symptome wurden Kollaps, Schweißausbruch, Unwohlsein, Erbrechen sowie Hyperglykämie und Leukocytose beobachtet. Verf. geht dann detailliert auf die Pathogenese ein. Bei der Mesaortitis wird nicht nach rheumatischer und luischer Genese unterschieden; das Durchschnittsalter der Erkrankten stieg im 2. Beobachtungsjahrzehnt gegenüber dem 1. bei Männern von 56,6 auf 61,3 Jahre (+ 4,7), bei Frauen von 52,6 auf 64,6 Jahre (+ 12,0) an. Für die künftige vollständigere Beurteilung der Pathogenese regt Verf. an, „folgende Punkte sorgfältig zu beachten: Familiäre Belastung, überstandene Infektionskrankheiten, exogene Gifte (Nicotin, Alkohol usw.), Operationen, Geburten und Abortus, sonstige Blutverluste, Hochdruck, Trauma, körperliche Anstrengungen, Leber- und Nierenerkrankungen“.

MALLACH (Tübingen)

R. P. Baumann: Tödliche Lungenblutung aus einer Infarktkaverne. [Path. Inst., Univ., Zürich.] Schweiz. med. Wschr. 94, 1419—1424 (1964).

Bei einem 56 Jahre alten Patienten, der an Endangitis mit Herzinsuffizienz litt und wegen mehrerer Lungenembolien mit Antikoagulantien behandelt wurde, trat der Tod 25 Tage nach der 1. Lungenembolie infolge Verblutens in die linke Brustfellhöhle ein. Die Blutung stammte aus einer in den Pleuraraum perforierten Infarktkaverne. Als Ursache der massiven Blutung aus der Infarktkaverne werden erhöhte Blutungsbereitschaft bei Therapie mit Antikoagulantien, Gewebeseinschmelzung durch Sekundärinfektion und partielle Öffnung der embolisch verschlossenen Lungenschlagader (durch Schrumpfung und Autolyse des Embolus und mangelhafte Thrombosierung) angesehen.

ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

R. Fischer und C. Friedel: Multiple Dünndarminvaginationen; eine Folge der portalen Hypertension. Bericht über zwei eigene Beobachtungen. [Chir. Klin., Städt. Krankenhaus., Stuttgart-Bad Cannstatt.] Med. Welt 1964, 2764—2796.

L. Lieb: Zur Kenntnis des Apfelsinenileus. [Chir. Klin., Bez.-Kranken., Gera.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 20, 475—478 (1965).

Czeslaw Stoba: Spontaneous rupture of Wilm's tumor. Massive retroperitoneal haematoma. (Spontanruptur eines Wilms-Tumors mit mächtigem retroperitonealem Hämatom.) [Klinik für Kinderchirurgie, Danzig.] Pediat. pol. 38, 769—770 (1963) [Polnisch].

Ein 4 Monate alter Knabe kam wegen einer raschen Zunahme des Bauchumfanges und erheblicher Anämie in klinische Beobachtung. Bei einer Punktion der Lendengegend wurde dunkelkirschrotes Blut gewonnen. Die nunmehr vorgenommene Laparotomie ergab ein mächtiges retroperitoneales Hämatom, das von einem Tumor der rechten Niere ausging, der innig mit der Leber verwachsen war. Der Tumor wurde entfernt, doch starb das Kind am 9. Tag nach dem Eingriff. Histologisch wurde ein Nephroblastom nachgewiesen, aus dem es infolge einer Spontanruptur einer hämorrhagisch veränderten Tumorphatie zu der schweren Blutung gekommen war.

BOLTZ (Wien)

V. Korman und A. Neuwerth: Plötzlicher Tod als Folge totaler Amyloidose. Soudni lék. 9, 52—56 mit dtsh. u. engl. Zus.fass. (1964) [Slowakisch].

Die Verff. sezieren 2 Fälle von totaler sekundärer Amyloidose. In beiden Fällen kam es zu einer Perforation im Bereich des Verdauungstraktes. Trotz der Behandlung kamen beide ad exitum. Histologisch wurde eine Amyloidose nachgewiesen. VÁMOŠI (Halle a. d. S.)

W. Maresch: Elektrolytverschiebungen als Ursache des plötzlichen Säuglingstodes. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Graz.] [5. Kongr., Internat. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 17, Nr. 3, 99—102 (1964).

Nach einleitenden Betrachtungen zur Problematik des häufig ungeklärten plötzlichen Säuglingstodes wird über eigene Untersuchungen des Kalium- und Calciumgehaltes des Herzmuskels berichtet. In einer Tabelle werden die Untersuchungsergebnisse einer Gruppe von plötzlich und unerwartet verstorbenen Säuglingen ohne morphologisch erfaßbare Ursache solchen gegenübergestellt, deren Todesursache bekannt war. Es fand sich dabei eine erhebliche Verschiebung des Kalium-Calcium-Quotienten bei den plötzlich und unerwartet verstorbenen Kindern. Es wird daraus geschlossen, daß die pathophysiologische Grundlage eines hohen Prozentgehaltes plötzlicher Todesfälle im Säuglingsalter auf einer Störung des Elektrolytstoffwechsels beruht. — Eine beträchtliche Anzahl weiterer plötzlicher Todesfälle im Säuglingsalter benötigt aber sicherlich noch zusätzlich andere Erklärungen. Bei bestehender „Elektrolytstabilität“ kann sich jegliche zusätzliche Belastung, z. B. Behinderung der Atemfunktion oder Erkrankung des Respirationstraktes verhängnisvoll auswirken. In diesen Fällen dürfte der plötzliche Tod letzten Endes durch das Hirnödem an zentraler Lähmung erfolgen, wobei wiederum als Grundvoraussetzung die bestehende Elektrolytstabilität anzusehen wäre. JANSEN (Heidelberg)

Ulrich-Martin Walz und Günter Müller: Angioma racemosum arteriovenosum tentorii cerebelli im Neugeborenenalter. [Path. Inst., Univ., Tübingen.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 106, 1—6 (1964).

Bei einem 9 Tage alten Säugling (klinische Verdachtsdiagnose: Vitium cordis congenitum) fand sich bei der Sektion ein Angiom des Kleinhirnzelttes mit histologisch ganz unterschiedlichem Wandbau einzelner Gefäßstrecken sowie einer Dysplasie der V. jugularis dextra und einem subduralen Hämatom der hinteren Schädelgrube. — Verff. diskutieren die Vorstellung, daß es sich bei den Rankenangiomen des Gehirns um intrauterin entwickelte Hamartien handelt. Die sehr frühen Symptome erklärten sich aus der Größe und dem Sitz der Geschwulst.

K. WEGENER (Heidelberg)^{oo}

G. Breitfellner und L. Kuesko: Über die Agenesie des Ductus arteriosus Botalli. [Path.-Anat. Inst., Univ., Wien.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 105, 491—493 (1964).

Bericht über 2 Tage alt gewordenes und unter schwerer Cyanose verstorbenes weibl. Neugeborenes, 4. Schwangerschaft, einer 41jähr. Frau. Obduktion: Rechtsherzvergrößerung, muskuläre Hypertrophie, offenes Foramen ovale, Defekt der Pars membranacea septi ventriculorum, partielles Überreiten der Aorta, valvuläre Pulmonalklappeninsuffizienz, Dilatation des Ostium. Völliges Fehlen des Ductus arteriosus Botalli, Lungenstrombahn histologisch wie bei älteren Säuglingen nach Ductusverschluß. Es handelt sich um den seltenen Fall einer Ductus-Agenesie mit einer teratogenetischen Determinationsperiode zwischen der 4. und 6. Embryonalwoche.

KL. GOERTTLER (Heidelberg)^{oo}

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **J. Kuprianoff: Probleme der Strahlenkonservierung von Lebensmitteln.** (Sitzungsber. d. Heidelberger Akad. d. Wiss. Math.-nat. Kl. Jg. 1962/64. Abh. 5.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1964. 23 S. u. 6 Abb. DM 5.20.

Verf. stellt die Probleme der Strahlenkonservierung von Lebensmitteln unter einleitendem Hinweis auf das Lebensmittelgesetz ausführlich dar. Als Strahlenart kommen in erster Linie γ - und β -Strahlungen in Frage. Dabei muß die Dosis so gewählt werden, daß keine zu starke sekundäre Ionisierung im Lebensmittel eintritt. Andererseits muß eine genügend große Eindringtiefe gewährleistet sein. In der Größenordnung von 10—12 MeV sind diese Voraussetzungen am besten