

Referate.

Allgemeines.

● **Karl Zbinden: Kriminalistik.** (Strafuntersuchungskunde.) Ein Studienbuch. (Jurist. Kurzlehrbücher.) München und Berlin: C. H. Beck 1954. XV u. 198 S. DM 8.—.

Das Kurzlehrbuch „Kriminalistik“ vermittelt eine erfreuliche Übersicht über das weite Gebiet der Strafuntersuchungskunde und erstrebt mit Hilfe eindeutiger begrifflicher Unterlagen ein systematisches Gefüge dieses Wissens- und Forschungsgebietes, das sich von anderen strafrechtlichen Hilfswissenschaften klar abgrenzt. Aufgegliedert in vier Hauptteile hat Verf. im ersten Teil den Standort der Kriminalistik im System der kriminologischen Wissenschaften aufgewiesen, im zweiten Teil die Lehre vom Sachbeweis und den sachlichen Beweismitteln zusammengefaßt, im dritten Teil den persönlichen Beweis mit einem Abriß der Kriminalpsychologie und der Aufnahme des subjektiven Tatbestandes und im vierten Teil die Kriminaltaktik behandelt. Man begrüßt die Kunst der gründlichen und anschaulichen Darstellung dieses großen Wissensgutes auf knappem Raume, die nicht nur dem Juristen, sondern auch dem Mediziner um so willkommener sein wird, als sie auch eine Wiedergabe des wichtigsten Schrifttums umfaßt. Dieses Buch richtet sich nach der Absicht des Verlages an den juristischen Studenten und Praktiker. Man möchte aber wünschen und hoffen, daß es auch vom Mediziner als nicht nur sehr empfehlenswertes, sondern auch als notwendiges Unterrichtsmittel verwendet wird. RAESTRUP (Göttingen).

Pius Müller: Vom Berufsethos des Arztes. Münch. med. Wschr. 1954, 835—837.

H. Redetzky: Situation und Bewertung der ärztlichen Begutachtung. [Zentralinst. f. Sozial- u. Gewerbehyg., Berlin.] Prophylaxe 1, 22—29 (1954).

H. Redetzky: Erneut zur Frage des Gutachterwesens. [Zentralinst. f. Sozial- u. Gewerbehyg., Berlin.] Dtsch. Gesundheitswesen 1954, 729—730.

Harald Gormsen: The medico-legal system of Denmark. [Univ. Inst. of Forensic Med., Copenhagen.] Med.-leg. J. 22, 46—56 (1954).

Kurt E. Landé and Garrett Boone: Medicolegal experiences under the Ohio coroner's system. J. Amer. Med. Assoc. 153, 179—182 (1953).

Theodore J. Curphey: The medical preparation of a medicolegal case. The physician's viewpoint. (Die medizinische Bearbeitung eines gerichtsmmedizinischen Falles.) [Conf. on Expert and Techn. Testimony in Med. and Health Probl., Inst. of Industr. Health and School of Publ. Health, Univ. of Michigan, Ann Arbor, 21. X. 1953.] J. Amer. Med. Assoc. 154, 487—493 (1954).

Die zu referierende Arbeit ist die Wiedergabe eines Vortrages, den der Verf., Chief Medical Examiner von Nassau-County N. Y. vor Sachverständigen im Institut für Gewerbemedizin und Gesundheitspflege der Universität von Michigan hielt. Der Verf. brach eine Lanze für die gerichtliche Medizin und hob hervor, wie notwendig es sei, daß dieses Fach endlich in Amerika weiter ausgebaut und entwickelt werde. Es müßte der gerichtlichen Medizin jetzt die ihr gebührende Stellung im ärztlichen Unterricht und in der Rechtspflege gesichert werden. Der Verf. deckte schonungslos die derzeit vorhandenen Mangelzustände auf und machte konstruktive Vorschläge sie zu beseitigen. — Im Detail ging er auf das Besondere der gerichtsärztlichen Tätigkeit ein und hob hervor, wie unterschiedlich sie zur heilärztlichen Tätigkeit sei. — Nachdem der Verf. das Wesen der gerichtlichen Medizin, ihren Zweck und ihr Ziel beleuchtet hatte, besprach er die Erfordernisse der gerichtsärztlichen Tätigkeit. Diese speziellen Abschnitte, die sich unter anderem mit der Notwendigkeit der genügenden Vorbereitung (Lokalausgensein, Aktenstudium. Zusammenarbeit mit Polizei, Gerichten und Rechtsanwälten usw.) auseinandersetzen, bringen sachlich nichts Neues. — Besonders erwähnenswert ist es noch, daß der Verf. forderte, Spitalpathologen ohne hinreichende gerichtsärztliche Kenntnisse dürften keine gerichtlichen Obduktionen vornehmen.

HOLCZABEK (Wien).

C. Simonin: L'expertise médicale dite contradictoire. (Der sogenannte Gegenschachverständige.) [27. Congr. Internat. de Méd. lég., Méd. du Travail et Méd. lég. de Langue Franç., Strasbourg, 27.—29. V. 1954.] Ann. Méd. lég. etc. 34, 158—163 (1954).

Im Zusammenhang mit dem Prozeß gegen *Maria Besnard* wird die Problematik der Stellung des ärztlichen Sachverständigen vor Gericht kritisch geprüft. Es wird auf die hohe Aufgabe des Sachverständigen, aber auch auf die Fehlerquellen in der Begutachtung hingewiesen. Die Möglichkeit für den Angeklagten, sich aus den Reihen der amtlichen Sachverständigen einen sog. Gegenschachverständigen oder besser gleichberechtigten zweiten Sachverständigen zu wählen, wird gefordert. Dieser zweite Sachverständige soll aber aus äußeren Gründen nur in Strafsachen vor den höheren Gerichten und nur zu Fragen aus dem Gebiet der Toxikologie, Psychiatrie und des Schriftenvergleichs gehört werden. Bei bestehender Unstimmigkeit zwischen den beiden Sachverständigen soll ein Schiedskollegium angerufen werden. Bei der Frage, wer diese Schiedskollegen bilden soll, wird auf eine Einrichtung aus Portugal hingewiesen, wo an 3 Universitäten Kollegien von Fachvertretern aller medizinischen Disziplinen bestehen, die unter Vorsitz des Ordinarius für Gerichtliche Medizin die offenen Fragen zu klären versuchen und auch den Obergutachter vorschlagen. Zur Vermeidung der Überrumpelung des Sachverständigen in der Hauptverhandlung soll der Verteidigung aufgelegt werden, 14 Tage vor dem Termin ihre Argumente dem Sachverständigen vorzulegen. Obwohl viele Probleme, die in dem Beitrag aufgeworfen werden, in der Sachverständigentätigkeit vor deutschen Gerichten nicht bestehen, ist der Artikel wegen der allgemeinen Ausführungen lesenswert.

VOLBERT (Düsseldorf).

Fritz Schwarz: Zur ärztlichen Begutachtung der Motorfahrzeugführer. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Zürich.] Z. Verkehrssicherheit 2, 195—206 (1954).

Übersichtliche und klare Zusammenstellung auf Grund eigener Erfahrungen des Verf., dessen Institut derartige Begutachtungen durchführt. Die einschlägigen schweizerischen Bestimmungen werden tabellarisch niedergelegt. Von Einzelheiten sei erwähnt, daß leichter Schwachsinn der Führung von Motorfahrzeugen, durch die Menschen nicht befördert werden (Kategorie 3), nicht unbedingt entgegensteht. Schizophrenie kamen nur selten zur Begutachtung, sie sind beim Fahren unauffällig. Tritt ein Schub ein, so pflegen sie durch die Familienangehörigen an der Führung des Kraftwagens verhindert zu werden. Eine Gefährdung des Verkehrs durch Epileptiker als Kraftfahrer sieht Verf. als sehr gering an. Reizbare Psychopathen sind im Verkehr mitunter gefährlich. Zur Begutachtung kommen sie erst, wenn sie mehrere Verkehrsunfälle verursacht haben. Ihre Ausmerzung als Fahrer ist erforderlich. Süchtige wurden von Verf. nicht begutachtet, da sie bereits von anderen Stellen erfaßt und betreut wurden. Die Gefährdung durch Epileptiker wird in der Schweiz als so geringfügig angesehen, daß besondere Maßnahmen nicht erforderlich sind. Bei Vorliegen von Herz- und Gefäßkrankheiten muß der Facharzt entscheiden, doch stellt Verf. fest, daß plötzliche Todesfälle während des Fahrens außerordentlich selten sind.

B. MUELLER (Heidelberg).

F. Kirschenheuter: Eignungsuntersuchungen von Kraftfahrern. Zbl. Arbeitsmed. u. Arbeitsschutz 4, 174—177 (1954).

Verf. betont die Wichtigkeit von Eignungsuntersuchungen von Kraftfahrern. Wenn sich Mängel herausstellen, dann bedeutet das noch nicht, daß das Kraftfahren immer unterbunden werden muß. Bei leichteren Mängeln genügt es, den Träger auf sie hinzuweisen, damit er sein Fahrverhalten darauf einrichten kann. Visus und Farbsehvermögen könnten mit Sehtafeln geprüft werden. Mit einfachen Mitteln läßt sich auch das Adaptationsvermögen messen: Der Untersuchte muß Zahlen lesen in einem Dämmerlicht, bei dem er sie noch gerade entziffern kann. Dann wird er für $\frac{1}{2}$ bis $\frac{3}{4}$ min mit Scheinwerfern geblendet und man mißt nun die Zeit, bis er die Zahlen wieder erkennen kann. Das plastische Sehvermögen kann leicht an einer zweckmäßig angeordneten Modell-Landschaft untersucht werden. Zur Messung der Reaktionszeit bedient sich Verf. eines einfachen Gerätes, bei dem die Reaktionszeit am Fallweg von Kugeln abgelesen werden kann. Schließlich wird ein einfaches Gerät zur Prüfung der Bewegungskoordination beschrieben: Ein metallener Kreuztisch — an 2 Kurbeln in jeder Richtung verschiebbar — enthält eine eingestanzte Figur; diese Figur ist mittels der beiden Kurbeln an einem feststehenden Metallstab entlang zu verschieben; bei Berührungen zwischen Stab und Figurrand leuchtet eine Kontakt-Signallampe auf, so daß diese Berührungsfehler gezählt werden können.

RAUSCHKE (Heidelberg).

E. Mittenecker und B. Veis: Sicherheitseinstellung und Unfallneigung. Ein neuer Sicherheitstest. [Psychol. Inst., Univ., Wien.] Psychol. Rdsch. 5, 284—290 (1954).

Die „Sicherheitseinstellung“ wird als einer von den Faktoren angesehen, die zur Entstehung eines Unfalles beitragen. VEIS hat ein Gerät entwickelt, mit dem sie geprüft werden kann: Auf einem Papierstreifen ist eine schwarze Schlangenlinie gezeichnet. Der Streifen läuft mit gleichmäßiger Geschwindigkeit unter einem fensterartigen Schlitz ab, im Schlitz wandert also der schwarze Strich hin und her. An jeder Seite des Schlitzes befindet sich eine rote Marke, die der schwarze Streifen entweder nicht erreicht, berührt oder überschreitet. Die diesen Ablauf beobachtende Versuchsperson muß „halt“ sagen, wenn der Strich mit der Marke in Berührung zu kommen droht. Sie wird den Haltbefehl unangebracht, zu früh, richtig oder zu spät geben, was durch Notierung von Zahlen, die am Rande des Papierstreifens angebracht sind, registriert werden kann. Das Gerät wurde ausprobiert an Arbeitern eines Stahlwerkes, an Patienten einer unfallchirurgischen Abteilung u. a., insgesamt 181 Versuchspersonen. Es zeigte sich, daß die meisten Fehler von den Versuchspersonen gemacht wurden, die in den letzten Jahren einen oder mehrere Betriebsunfälle hatten.

RAUSCHKE (Heidelberg).

F. Gürtler: Die amtsärztliche Beurteilung des Farbenunterscheidungsvermögens bei Kraftfahrern. Öff. Gesdhdienst 16, 174—177 (1954).

Absolut Farbenblinde sind äußerst selten. Auch eine Blau-Gelb-Anomalie kommt sehr selten vor. Für Kraftfahrer hat praktisch nur die Rot-Grün-Anomalie Bedeutung. Für diese Farben gibt es „Farbunsicherheit“ und „Farbuntüchtigkeit“. Für die Feststellung der Anomalie gibt es zahlreiche Methoden: Das nach dem Prinzip des Spektroskops arbeitende NAGELsche Anomaloskop bleibt wissenschaftlichen Untersuchungen vorbehalten, ist teuer und steht daher einem Gesundheitsamt kaum zur Verfügung. Die HOLMGRENSchen Wollproben, STILLINGSchen und NAGELschen Tafeln eignen sich zwar; die Untersuchungsergebnisse können aber nicht für den Laien anschaulich aktenmäßig festgehalten werden. Besonders bewährt hat sich die Farbstiftprobe nach ADLER: Der Untersucher zeichnet ein paar Striche mit verschiedenen Stiften aus einem Farbstift-Sortiment; nach Verwendung jedes Stiftes läßt er den Prüfling daneben eine schriftliche Farbbenennung ausführen. Bei Vorliegen einer Farbanomalie kommen erstaunliche Fehlbezeichnungen zustande. Der beschriftete Bogen kann dem Gutachten beigelegt werden. Verf. empfiehlt, Farbanomalien nicht nur das Fahren von Triebwagen bei der Bahn und von Omnibussen sondern auch von schweren Lastwagen mit hohem Tonnagegewicht zu verbieten. Ein Verbot für Taxifahrer sei nicht am Platze; doch bedürfe es der Aufforderung zu erhöhter Aufmerksamkeit.

RAUSCHKE (Heidelberg).

StVO § 1; StGB § 222 (Reaktions- und Schreckzeit). Eine „Reaktionszeit“ ist dem Kraftfahrer stets, eine „Schreckzeit“ nur dann zuzubilligen, wenn er von der Gefahr schuldlos überrascht worden ist. [LG Düsseldorf, BGH, Urt. v. 16. 6. 1954 — 3 StR 183/54.] Neue jur. Wschr. A 1954, 1415.

Erika Geisler: Selbstmord und Todessehnsucht im Kindesalter. [Univ.-Nervenklin. d. Charité, Berlin.] Psychiatr., Neurol. u. med. Psychol. 5, 210—216 (1953).

Nach kurzer Erörterung der aus der Literatur sich ergebenden Häufigkeit des Kinderselbstmordes und einigen allgemeinen Bemerkungen berichtet Verf. über 4 Fälle eigener Beobachtung: im ersten Falle handelte es sich um ein 13jähriges, etwas unterdurchschnittlich begabtes Mädchen, das sich (wie es zunächst schien, aus Angst vor Schlägen) aus dem Fenster gestürzt hatte; die Beobachtung ergab dann, daß auf der einen Seite allerlei psychopathologische Auffälligkeiten, auf der anderen gestörte Familienverhältnisse vorlagen; elektrencephalographisch war eine erhöhte Erregbarkeit nachzuweisen. — Im zweiten Falle hatte ein 10jähriges Mädchen, als schwierig und brutal geschildert, Selbstmordversuche mit Leuchtgas, Schlaftabletten und — dabei weniger ernst — mit Nicotin gemacht bzw. machen wollen; hier fand sich ein physischer und psychischer Rückstand; den Versuchen lag keine letzte Ernsthaftigkeit zugrunde, der — nicht als irreversibel gedachte — Tod war wohl so viel wie Schlaf. — Fall 3 und 4 waren Brüder, 8 und 12 Jahre alt, die beide Selbstmordversuche unternommen hatten; der jüngere war sehr stark durch den Tod der Großmutter beeindruckt gewesen; der ältere war durch eine unerträgliche tyrannische Haltung gegenüber der Familie, Überlebenshaftigkeit, motorische Unruhe und sexuelle Neugier aufgefallen. — Verf. findet in allen ihren Fällen die überragende Bedeutung der inneren Ursachen (der psychophysischen Labilität, der erheblichen psychopathischen Reaktionsweisen); häufig

traten die Selbstmordgedanken nach dem Tode eines geliebten Menschen auf — ein solches Erlebnis rückt eben Tod und Sterben dem Kinde nahe; aus Angst und Schauern einerseits, Sehnsucht nach Frieden und Schlaf andererseits, entstehen ambivalente Empfindungen; die beobachteten Kinder sahen nicht die schaurige, sondern die friedliche Seite (die Lösung aus Not und Konflikten). Bei der Vorbeugung ist die soziale Arbeit von maßgeblicher Bedeutung; das abnorm reagierende Kind ist schutz- und hilfsbedürftig, und verständnisvolle, innerlich beteiligte Zuwendung läßt die ja nur vorübergehend erloschene Lebensbejahung wieder hervortreten. Das bekannte Mißverhältnis zwischen geringfügiger äußerer Veranlassung und Selbstmordabsicht fand sich auch in den beschriebenen Fällen. Beachtlich die geltungssüchtigen Strebungen; wichtig, echtes und scheinbares Motiv zu unterscheiden. Das statistische Geschlechterverhältnis (5—7 Knaben zu 1 Mädchen) entspricht etwa dem der Erwachsenen; Psychosen sind bei Kindern noch seltener die Ursache als bei Erwachsenen. — Die Verf. bedient sich hie und da tiefenpsychologischer Methodik und Terminologie („Aggression“ u. ä.), wozu gerade der Selbstmord anscheinend verführt; vgl. etwa die neuen Arbeiten von RINGEL. DONALIES (Eberswalde).^{oo}

I. R. C. Batchelor: Repeated suicidal attempts. [Royal Edinburgh Hosp. f. Mental and Nerv. Disorders, Edinburgh.] Brit. J. Med. Psychol. 27, 158—163 (1954).

A. E. Bennett: The physician's responsibility in the prevention of suicides. (Die Verantwortung des Arztes bei der Verhinderung von Selbstmord.) [Dep. of Psychiatr., Herrick Mem. Hosp., A. E. Bennett Neuropsychiatr. Res. Found., and Univ. of California, School of Med., San Francisco.] Dis. Nerv. System 15, 207—210 (1954).

In den USA. nimmt der Selbstmord die 9. Stelle der Todesursachen ein. Angesichts der hohen Selbstmordziffer ist es Pflicht aller Ärzte, dem Selbstmordproblem große Aufmerksamkeit zu widmen. Verf. betont die Notwendigkeit, nach entdeckten Selbstmordversuchen nicht nur den unmittelbaren körperlichen Schädigungen bei dem Geretteten zu begegnen, sondern darüber hinaus eine gründliche psychische Betreuung durchzuführen. In gedrängter Form wird Symptomatologie und Therapie bei Depressionen mit suicidalen Tendenzen besprochen. Zur planmäßigen Suicidprophylaxe schlägt Verf. vor: Ärzteschulung, Gründung von Laienorganisationen zur Beratung Suicidgefährdeter, Schulung der Polizei und des Krankenpflegepersonals sowie intensive Breitenarbeit durch Organe des öffentlichen Gesundheitsdienstes. BSCHOR (Berlin).

W. Schellborth: Selbsttötung als Schädigungsfolge. Med. Sachverständige 51, 10—14 (1954).

Die weitgehend an BÜRGER-PRINZ, GRUHLE, RINGEL und SCHNEIDER orientierte Darstellung ist mehr theoretisch bedeutsam. Es wird ausdrücklich hervorgehoben, daß bei Suicid die menschliche Problematik die medizinische weit überwiegt. Die Rekonstruktion der Motivationen habe fast ausnahmslos den Charakter eines Indizienbeweises: „Da der Hauptzeuge nicht mehr gehört werden kann, können die Dinge in Wirklichkeit auch ganz anders liegen . . .“ H. KLEIN.

B. Orešćanin and M. Laban: Experimental gaseous pulmonary embolism in dogs. (Experimentelle Luftembolie bei Hunden.) [Inst. of Path. Physiol., Med. Fac., and Inst. of Tbc., People's Republ. Serbia, Beograd.] Acta med. Jugoslav. 8, 42 (1954).

Versuche an 49 Hunden ergaben geringere Sterblichkeit bei Linkslage des Tieres. Eine verlängerte Injektionszeit von 1—3 min auf 3—9 min änderte bei Rechtslage des Tieres den Prozentsatz der Sterblichkeit nicht. Die Sterblichkeit von Sauerstoffembolie war geringer als bei Luftembolie. Injektionen verschiedener Mengen von Luft in das Lungengewebe riefen keine Erscheinungen von Luftembolie hervor. Während der Luftembolie fiel der Blutdruck gleichmäßig, was eine entscheidende Rolle beim Eintritt des Todes spielte. BREITENECKER (Wien).

H. G. Nitsche: Die Luftembolie. Bemerkungen zur Frage ihrer Entstehung, Häufigkeit und Behandlung. [Inn. Abt. d. Städt. Krankenh. Neukölln, Berlin-Buckor II.] Dtsch. med. J. 1954, 665—669.

Literaturreferat; gutes Literaturverzeichnis. Von eigenen Erfahrungen wird über 2 Suicidversuche berichtet, bei denen sich Ärztinnen 20 bzw. 60 cm³ Luft in die Cubitalvene injizierten. Eine Ärztin, die 60 cm³ gespritzt hatte, spürte überhaupt keine Symptome, bei der anderen,

die 20 cm³ gespritzt hatte, kam es zu cerebralen Erscheinungen; über dem Herzen war Mühlen-
geräusch zu hören; der Tod konnte vermieden werden. B. MUELLER (Heidelberg).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Lester Adelson: Possible neurological mechanisms responsible for sudden death with minimal anatomical findings. (Die Möglichkeit nervöser Mechanismen beim plötzlichen Tod ohne sicheren anatomischen Befund.) [Laborat. of Cuyahoga County Coroner's Off. and Inst. of Path. of Western Reserve Univ. School of Med., Cleveland, Ohio.] [5. Ann. Meet. Amer. Acad. of Forens. Sci., Chicago, 27. II. 1953.] J. Forensic Med. 1, 39—45 (1953).

Der plötzliche, ohne Vorzeichen oder nach minimalem Trauma eintretende Tod aus scheinbar voller Gesundheit stellt Gerichtsarzt, Pathologen und Kliniker vor anatomische und pathologisch-physiologische Probleme. Eine ernste Kreislaufstörung kann nach mechanischen Reizen ohne Verletzung und nach Stress auftreten, der Tod wird als Sekundenherztod aufgefaßt. Die Hemmung kann über Vagusreiz oder einen Reflexbogen erfolgen wie Schlag gegen Larynx, Epigastrium, Scrotum, Carotisdruck, Cervixdehnung, Pleuraschock bei Punktion, Schleimhautreiz beim Ertrinken in kaltem Wasser usw. Die Bewußtlosigkeit durch Hirnanämie ist dann kreislaufbedingt. Die Sektion gibt keine Auskunft, ob der Anfall über Kammerflimmern oder primären Herzstillstand tödlich war. Die neuro-muskuläre Steuerung des Herzens ist mit die empfindlichste des Körpers. Starker Vagusreiz bewirkt rechts: Gleichschlag von Vorhof und Kammer mit Dilatation in Diastole — links: Herzblock — doppelseitig: Herzblock und Kammerautomatie. Geschlecht und Alter disponieren nicht, eventuell aber Hyperkinesie und kardio-vasculäre Labilität. Es gibt Fälle von „Mikrotrauma“, bei denen man vom Sektionstisch gehen und anderweitig Aufklärung suchen muß. Die Diagnose ist nur nach vollständiger, negativ verlaufener Sektion und Ausschluß von Gifteinwirkung zu stellen. LOMMER (Köln).

H. J. Reiss: Zur pathologischen Anatomie der kindlichen Listeriosis. [Kinderärztag, d. Dtsch. Demokrat. Republik, Leipzig, 24.—26. IV. 1953.] Kinderärztl. Prax., Sonderh. 1953, 92—100.

In der Einleitung wird im allgemeinen über die bisher beim Menschen erst in den letzten 20 Jahren erkannte und in 70% der Fälle tödlich verlaufende Listeriose, eine durch ein grampositives Stäbchen hervorgerufene Infektionskrankheit berichtet. Sodann wird der pathologisch-anatomische Befund des Beobachtungsgutes, bestehend aus 35 bakteriologisch gesicherten Fällen ausschließlich bei Neugeborenen (davon 29 Frühgeborene) erläutert und durch 5 makroskopische und 4 mikroskopische Abbildungen belegt. Die Listeriose ist gekennzeichnet durch meist stecknadelkopf- bis hirsekorngroße grau-gelbliche Knötchen in den Organen, wobei die Häufigkeit der Organbeteiligung in den einzelnen Fällen wechselt. Vor allem sind betroffen: Leber, Milz, Nebennieren, Lunge, Oesophagus, Tonsillen, Darmtrakt, Lymphknoten sowie weiche Hirnhäute, Haut des Stammes aber auch Knochenmark, Herzmuskel, Hoden und Muskulatur. Das Krankheitsbild ist Ausdruck des septicämischen Prozesses und kann durchaus einer Miliartuberkulose ähnlich sein; Knötchen an der Hinterwand des Rachens und im Bereich der Mundschleimhaut können Hinweise für die Diagnose bei Lebzeiten sein. Unter der Einwirkung der Bakterien kommt es zunächst zu einer Gewebsalteration und Nekrose, sehr bald aber zur Granulombildung und im weiteren Verlauf zur Nekrobiose und Nekrose ohne absceßartige Einschmelzung oder Verkäsung. Die Granulome sind mikroskopisch durch eine charakteristische Struktur ausgezeichnet und der Verf. wäre geneigt, sie als spezifisch für das ganze Krankheitsbild anzusehen. Die Erreger sind als grampositive oder argentophile Stäbchen in den Herden nachweisbar und umsäumen dicht die zentrale Nekrose im Granulom. Die Befunde sprechen in Übereinstimmung mit den Tierversuchen dafür, daß es sich bei der Listeriose der Neugeborenen so gut wie immer um eine diaplacentare Infektion über die Nabelvene mit septicämischen Veränderungen in allen Organen handelt, die entweder zum intrauterinen Fruchttod oder zur Frühgeburt mit meist tödlich verlaufender Erkrankung führt. Die Listeriose scheint in der perinatalen Sterblichkeit heute bereits eine gleiche Rolle zu spielen wie etwa die fetale Erythroblastose, konnatale Lues und Toxoplasmose. Am Schluß ist die Literatur angegeben. G. WEYRICH.

H. W. Stenvers: Extradurale Blutung u. a. bei einem Kind von 9 Monaten. Mschr. Kindergeneesk. 21, 109—121 (1953) [Holländisch].