

Referate

Allgemeines

- **Franz Büchner: Spezielle Pathologie.** Pathologie, Pathogenese und Ätiologie wichtiger Krankheitsbilder. Ein Lehr- und Lesebuch für Studenten und Ärzte. Mit einem Beitr. von HUGO NOETZEL: Spezielle Pathologie des Nervensystems. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1955. XII, 498 S., 401 Abb. u. 2 Taf. Geb. DM 49.—.

Die Absicht des Autors, eine Synthese der Struktur-, Funktions- und Stoffwechselstörungen zu bieten, ist in hervorragender Weise verwirklicht. Dabei ist die spezielle Pathologie im engeren Sinne nicht nur nicht zu kurz gekommen, vielmehr ist die Darstellung der Morphologie trotz aller Gedrängtheit vollständig und eindrucksvoll. BÜCHNER hat „den Akzent auf die großen, dem Ärzte häufig begegnenden Krankheitsbilder“ gelegt, von ihnen geht er aus und entwickelt die Kausalkette der Veränderungen als morphologische Entwicklungsbilder. Es leuchtet ein, welchen didaktischen Wert dieses Prinzip hat und wie das Lehrbuch dadurch den engen Kontakt mit der allgemeinen Pathologie des Autors hält. Die spezielle Pathologie des Genitales, der Augen, der Haut, der oberen Luftwege und des Ohres wird dort berücksichtigt, wo es zum Verständnis der Zusammenhänge erforderlich ist, grundsätzlich aber (mit Ausnahme der Prostata) nicht behandelt. Der Beitrag über das Nervensystem von NOETZEL ist — soweit es die Materie zuläßt — nach den gleichen Prinzipien aufgebaut, hat aber doch mehr systematischen Charakter. Im ganzen ist das Werk nicht nur ein hervorragendes Lehrbuch, sondern der Absicht BÜCHNERS entsprechend wirklich ein Lesebuch, dem man mit Genuß bis zur letzten Seite folgt. Bemerkenswert sind die vielen guten Bilder und die sorgfältige Ausstattung. ELBEL (Bonn)

- **Fritz Eichholtz: Lehrbuch der Pharmakologie im Rahmen einer allgemeinen Krankheitslehre für praktische Ärzte und Studierende.** 8. verb. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. IX, 596 S. u. 135 Abb. Geb. DM 39.60.

- **Lehrbuch der Anaesthesiologie.** Bearb. von J. BARG, H. BERGMANN u. a. Schriftleitung: R. FREY, W. HÜGIN, O. MAYRHOFER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. XIV, 803 S. u. 279 Abb. Geb. DM 98.—.

- **August Rippel-Baldes: Grundriß der Mikrobiologie,** 3. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. V, 418 S. u. 160 Abb. Geb. DM 45.—.

- **Handbuch der inneren Medizin.** Begr. von L. MOHR u. R. STAEHELIN. 4. Aufl. Hrsg. von G. v. BERGMANN, W. FREY, H. SCHWIEGK Bd. 7: Innersekretorische und Stoffwechsel-Krankheiten. Teil 1: Innersekretorische Krankheiten. Hypophyse, Nebennieren, Keimdrüsen. Bearb. von F. BÄHNER, H. W. BANSI, G. FACONI, A. JORES, W. ZIMMERMANN. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. Teil 1: XIII, 1163 S. u. 190 Abb. DM 182. —.

Arthur Jores: **Hypophyse, Nebennieren, Keimdrüsen.** S. 1—456.

Ein Kurzreferat kann eine Übersicht des reichhaltigen, klar geordneten und ausgezeichnet dargestellten Inhalts nicht wiedergeben. Nicht nur die Klinik innersekretorischer und Stoffwechselkrankheiten, sondern auch die Historie, die Anatomie, Physiologie und Pathophysiologie wurden ausführlich gewürdigt. Die Abschnitte sind übersichtlich gegliedert. Der Artikel über Chemie und Stoffwechsel der Steroidhormone von W. ZIMMERMANN trägt zum Verständnis bei.

DOTZAUER (Hamburg)

- **Handbuch der inneren Medizin.** Begr. von L. MOHR u. R. STAEHELIN. 4. Aufl. Hrsg. von G. v. BERGMANN, W. FREY, H. SCHWIEGK. Bd. 7: Innersekretorische und Stoffwechsel-Krankheiten. Teil 2: Stoffwechsel-Krankheiten. Bearb. von E. GRAFE, F. KOLLER, J. KÜHNAU, W. LÖFFLER, G. SCHETTLER, K. SERER u. A. VANNOTI. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. Teil 2: XIII, 1171 S. u. 168 Abb. Geb. DM 178.—.

E. Grafe: Der Diabetes mellitus des Menschen. Die Spontanhypoglykämien und der Hyperinsulinismus. Die Glykogenspeicherkrankheit. S. 102—434.

Definiert ist der Diabetes mellitus als Störung des Kohlenhydratstoffwechsels mit *Hyperglykämie* und *Glucosurie* von langer Dauer infolge *insuffizienter Insulinproduktion*. Die Inseln versagen entweder primär durch lokale Erkrankung oder sekundär, wenn sie gegenregulatorische Störungen nicht mehr kompensieren können (Hypophysenvorderlappen, Nebenniere, Schilddrüse, Nervensystem, Insulinzerstörung, Glucagon). — Die *Erblichkeit* ist außer Zweifel, der Erbgang wird noch unterschiedlich beurteilt. 44% der Kinder von 2 Zuckerkranken sind diabetisch, 22% der Kinder in Ehen eines Diabetikers mit einem nichtdiabetischen aber familiär belasteten Partner. — Auslösende Faktoren liegen in der Ernährung; die Rolle der *Infektionen* wird anerkannt aber nicht für sehr groß gehalten. Ein Zusammenhang des Diabetes mellitus mit einem vorausgegangenen Infekt wird in der Rechtssprechung meist bejaht, obwohl ein solcher Zusammenhang in der Literatur umstritten ist und nicht besonders auffällt: In weniger als 5% geht dem Auftreten des Diabetes ein leichter oder schwerer Infekt voraus. Trotzdem ist es unzweifelhaft, daß jeder Infekt den Kohlenhydrathaushalt stark belastet (Ausnahme: Schwerer Typhus scheint auffallend gering zu schädigen). — Noch seltener und umstritten ist der Einfluß des *Traumas*: Nur schwere Pankreastraumen mit anschließendem Diabetes werden allgemein als Ursache anerkannt. Nach Schädeltraumen sind Glykosurien fast immer flüchtig, nur in ganz seltenen Einzelfällen könne ein traumatischer Diabetes entstehen. Wenn weder Bauch noch Schädel schwer getroffen ist, lehnt der Verf. einen Kausalzusammenhang ab. Noch seltener wird ein seelisches Trauma anzuerkennen sein. — Die Arteriosklerose ist auch im Alter nur auslösend (bei minderwertigem Inselapparat). Leberparenchymerkrankungen machen keinen Diabetes, auch der Bronzediabetes entsteht nur bei Pankreascirrhose. Ein konjugaler Diabetes wird abgelehnt. — Die Besonderheiten von Eiweiß, Kohlenhydrat und Fettstoffwechsel sind ausführlich besprochen, hieraus nur einige Streiflichter: Außer durch Nahrung wird der Blutzucker beim Diabetiker stärker als beim Gesunden durch schwere Muskelarbeit, Infekte, psychische Insulte, heftige Schmerzen, Wettereinflüsse erhöht. Im Koma können Werte bis zu 2577 mg-% erscheinen. — *Alkohol* macht in nicht berauschenden Dosen weder Hyperglykämie noch Glucosurie. Toxische Dosen können Glucosurie und Acidose verschlimmern, zumal bei Überernährten. Durch *Narkose* sind Diabetiker wegen der Blutzuckererhöhung und Leberschädigung durch die meisten Allgemeinnarkotica gefährdet. — *Menstruation* erhöht den Blutzucker und kann den Diabetes zur Acidose und zum Koma steigern. — Daß ein Koma ohne *Vorboten* und als erster Hinweis auf den Diabetes auftritt, gilt als selten (in manchen Statistiken sind allerdings 15 bis über 30% verzeichnet!). — Bei Reihenuntersuchungen wurden in den Vereinigten Staaten zu 100 bekannten Diabetikern noch 75—100 Kranke neu entdeckt. — Eine Tabelle über die *Lebenserwartung* der Diabetiker in den vereinigten Staaten müßte auf S. 333 im Original eingesehen werden. — Der *Ketokörpergehalt* des Blutes (normal von 1—2,5 mg-%, nach Fettbelastung bis 6 mg-%, 2—3 Std danach wieder normal) steigt bis 200 mg-%, im Koma noch höher. Sobald 70 mg-% überschritten sind, tritt meistens Koma ein. Gesetzmäßige Beziehungen bestehen aber nicht. In seltenen Ausnahmen gibt es ein Koma ohne Ketonurie. (Beim Nichtdiabetiker tritt Aceton im Harn auf, wenn der Kohlenhydratgehalt der Nahrung unter 10% der Gesamtcalorien sinkt, oder die Fettmenge größer wird als 2 Kohlenhydrat- und 2 Eiweißmengen). — Auch der *Schweiß* der Diabetiker ist zuckerreicher. — Nachlassen der Libido kann sich bis zur *Zeugungsunfähigkeit* steigern. — *Arteriosklerose* tritt frühzeitiger auf, verkürzt das Leben aber nach der allgemeinen Statistik nicht nennenswert. Bei Coronarsklerose wird aber die durchschnittliche Lebensdauer nach dem ersten Anfall von Angina pectoris (von 1—8 Jahren beim Nichtdiabetiker) auf 2 Jahre gekürzt. Die Mortalität des Coronarinfarktes ist in den ersten 2 Monaten 50% (beim Nichtdiabetiker 27%). Ungewöhnlich stark und häufig sind auch Hirngefäße befallen mit Apoplexien, Blutungen und Erweichungen in der Folge. Die Gangrän ist auch heute noch eine der häufigsten Todesursachen bei Zuckerkranken. — Neben der Nephropathia diabetica an der Leiche ist fast spezifisch und damit pathognomonisch die intracapilläre *Glomerulosklerose*, und zwar ihr nodulärer Typ (im Gegensatz zum diffusen Typ). Klinisch verschlechtert diese Glomerulosklerose die Prognose: Tod durchschnittlich 2—5 Jahre nach Beginn der Komplikation, sehr selten erst nach 7—8 Jahren. — Diabetes und *Carcinom* treten erheblich häufiger gemeinsam auf als nach dem Zufall zu erwarten wäre. — Die Diabetikerin neigt sehr zu *Abort*. Die kindliche Mortalität der Totgeburten und Neugeborenen ist größer und setzt schon im prädiabetischen Stadium der Mutter ein. Bei leichtem und mittlerem Diabetes ist eine *Interruptio* heute nur mehr ausnahmsweise angezeigt, dies besonders bei Komplikationen (Tuberkulose, Herzinsuffizienz, Basedow usw.) und fortschreitender Verschlechterung des Diabetes

trotz gewissenhafter Behandlung. Der Verf. wendet sich gegen eine generelle Ablehnung der Interruptio wegen Diabetes. In der 2. Hälfte der Schwangerschaft setzt die Interruptio eine größere Gefahr als die normale Geburt. — Die *Sterilisation* ist neben indizierter Interruptio, nach Abort und mehreren Kaiserschnitten oder dann angezeigt, wenn der Diabetes durch Schwangerschaft und Geburt deutlich und bleibend verschlechtert wurde. — Die durch Insulintherapie bedingte toxische *Hypoglykämie* wirkt sich oft nur psychisch aus: Neben Teilnahmslosigkeit und Stumpfheit kommen auch selten Erregungszustände vor. Sie können zu Gewalttaten führen, zu sexuellen Belästigungen, Notzuchtsversuchen, selbst Kleptomanie wurde beschrieben. Zwischen Charakter und den Äußerungen der Hypoglykämie sollen Beziehungen bestehen. Beim gleichen Kranken verlaufen die Anfälle oft in gleicher Weise. Im schweren Anfall entsteht eine Gedächtnislücke, selten eine retrograde Amnesie. — Todesfälle im Coma hypoglycaemicum sind wahrscheinlich häufiger als die Statistik angibt. — *Spontane Hypoglykämien* (Blutzuckerwerte unter 65 mg-%) ähneln weitgehend denen bei Insulinüberdosierung (exogen außer durch Insulin, auch durch Quinidinpräparate und bei „fast allen schweren Vergiftungen“, oft nach initialer Hyperglykämie). Endogen bei Unterernährung, wobei Leptosomie und Athleten mehr dazu neigen, wahrscheinlich wegen ihres schwächeren Adrenaltonus. Bei innersekretorischen Störungen, schweren Leber-, Magen-, Nervenleiden und Geisteskranken. Auch hierbei sind z. B. nach einem Hirnschuß Dämmerzustände und darin eine Brandstiftung und komatöse Anfälle beschrieben. Von den endogenen getrennt besprochen ist der primäre Hyperinsulinismus durch Inselnadenomen oder die Hyperplasie bei Neugeborenen diabetischer Mütter. Außerdem gibt es noch konstitutionelle Hypoglykämien, bei denen anatomische Veränderungen nicht gefunden werden. — Die *Glykogenspeicherkrankheit* ist erblich, wahrscheinlich einfach rezessiv, häufiger als zufällig mit dem Diabetes mellitus vergesellschaftet; trotzdem bei Neugeborenen sehr selten, sie entwickelt sich erst später. Die klinischen Symptome sind meist nur gering, immerhin sind vereinzelte Bewußtseinsstörungen und epileptiforme Krämpfe beschrieben worden. Die Ketose ist meist nicht groß, kann sich aber in vereinzelten Fällen zum Koma und zum Tode steigern.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

● **Walter Scheidt: Die menschlichen Inbilder.** 3. umgearb. Aufl. des Lehrbuches der Anthropologie. München u. Berlin: Urban & Schwarzenberg 1954. 284 S. u. 128 Abb. Geb. DM 28.60.

Das Buch demonstriert den Anspruch der Anthropologie als Lehre von der Biologie des Menschen im weitesten Sinne. Man kann es nicht anlesen, ohne von der Fülle des Gebotenen, von der Geschlossenheit des Systems und von der Besonderheit der Darstellungsweise erfaßt zu werden. Das Studium ist jedoch sehr schwierig, viele Absätze muß man wiederholt lesen und oft von den zahlreichen Verweisen auf andere Kapitel Gebrauch machen. Zu dieser Schwierigkeit trägt nicht zuletzt die Eigenart der an sich daraus sinnvollen Nomenklatur bei, auch schon die sich über die moderne Konvention hinwegsetzende Gepflogenheit, lateinische Fachbezeichnungen der Stellung im Satz entsprechend zu deklinieren. Der Genetiker, der Anatom und der Physiologe findet zu sehr vielen Problemen ebenso eine Stellungnahme wie der Psychiater und der Internist, ja sogar der Chirurg. Für den Leser dieser Zeitschrift sind die Kapitel über die Synneurosen, besonders der Abschnitt „erlebnis-auffällige krankhafte Inbildwandlung“ hochinteressant. Für das gewaltige Vorhaben reicht der Schriftraum nicht aus, deshalb findet man manches allzusehr in Andeutungen steckengeblieben. Der für ein solches Lehrbuch neuartige drucktechnische Versuch (Kleindruck, Spalten) scheint nicht besonders glücklich.

ELBEL (Bonn)

● **Hans Müller-Eckhard: Die Krankheit nicht krank sein zu können.** Stuttgart: Ernst Klett 1954. 360 S. Geb. DM 14.80.

Das Buch bedeutet einen groß angelegten Versuch einer kritischen Auseinandersetzung mit der offiziellen modernen Medizin, deren Optimismus fingiert sei, da ihre Fortschritte und Erregenschaften nur scheinbar und nur bei vordergründigster Betrachtung vorhanden wären. Da ihr Denken den Menschen nicht als geistige Wesenheit und die Krankheit des Menschen nicht als persönliches und historisches Ereignis deute, sondern nur nach morphologischen und funktionellen Gesichtspunkten eines materialistisch-empirischen Monismus beurteile, könne sie auch nicht wissen, was Krankheit und Gesundheit sei. Bei aller humanistischen Gebärde bewirke die moderne Medizin „eine einzige Entstellung des Menschen durch den Menschen um irgendeines humanistischen Heiles willen“, und ihre Therapie bringe im tiefsten Grunde die Geringschätzung des persönlichen Schicksales und die Verachtung der Freiheit des Individuums zum Ausdruck. Der materialistische Krankheitsbegriff der offiziellen Medizin im allgemeinen, und der Psychiatrie im besonderen — wonach es Krankheit nur im Leiblichen gebe und das seelisch Abnorme nur

dann als Krankheit zu bezeichnen sei, wenn es auf krankhafte Organprozesse zurückgeführt werden könne — bedeute nichts anderes wie den Ausdruck eines Antignostizismus und die Verneinung der Ehrfurcht vor dem einmaligen Einzelschicksal. Dieser vom Autor der modernen Medizin zugeschriebenen positivistisch-phänomenologischen Betrachtungsweise wird eine ontologische und existentiell-anthropologische Deutung der Krankheit gegenübergestellt. So sei die Körperkrankheit (die „mise-en-scène des Leibes“) nichts anderes wie eine „stillschweigende Repräsentanz des stattgefundenen und noch stattfindenden Seelenkonfliktes“, während die Psychose als „mise-en-scène des Ich“ nicht einen aus dem Körperlichen kommenden Krankheitsprozeß, sondern „einen großartigen Heilungsvorgang des seelengestörten Menschen und einen ungeheuerlichen Versuch des Wiederaufbaues einer Welt, in der der Mensch nicht zu leben vermag“, darstelle. Aber auch die Neurose — diese allerdings nur scheinbar —, der Krampfanfall und die Ohnmacht, der Stupor, der Schlaf als „mise-en-scène der Seele“ und der natürliche Tod als „eine für den Intellekt nicht mehr begreifbare mise-en-scène des Geistigen“ seien solche „Seelenasyle“, deren Zugang die moderne Therapie — etwa in Form der Chemotherapie, der Schockbehandlung, der Lobotomie oder auch der mit einem intellektuellen Schock verbundenen Psychotherapie — dadurch versperre, daß sie die Krankheit und damit „die Materialisierung der Konflikte als Selbstschutz der Person“ verhindere. Gerade im Kranksein aber, das immer den Ausdruck äußerster persönlicher Aktivität bedeute, und hinter dem immer ein tiefer Sinn, das Krankseinwollen, stehe (das allerdings nichts mit Bewußtsein, wachem Willen oder gar Verstand zu tun habe), das also immer eine Aufgabe zu erfüllen habe, komme das Menschliche wie in keinem anderen Zustand zum Ausdruck. Durch die Verhinderung des Krankseins breche die moderne Medizin vergewaltigend in das Schicksal des Menschen ein, indem sie ihn an seiner Selbstverwirklichung hindere und ihn so in den leeren Raum der Schicksallosigkeit werfe. Nicht von der herkömmlichen naturwissenschaftlichen Konzeption von Krankheit und Gesundheit könne ausgegangen werden (es handele sich dabei übrigens nicht um naturwissenschaftliche, sondern um Seinsbegriffe), und nicht die Erreichung von Gesundheit um jeden Preis, die vielfach nur eine leidfreie Scheingesundheit darstelle, sei entscheidend (in dem Kranksein der chronisch Kranken sei mehr Gesundheit als in dem Gesundsein von Millionen leidfreier Scheingesunder), sondern die Ehrfurcht vor dem Geheimnis der verborgenen Geschichte jeder Krankheit und „das Befindlichsein in der Atmosphäre des Ursprunges“; die Krankheit, als „Lebensexamen“ verstanden, stelle selbst eines der Heilmittel dar, durch die der Mensch zu seiner Bestimmung gelangen könne. Diese zunächst paradox anmutenden, absolut unkonventionellen Auffassungen, deren philosophische Substanz sich vielfach auf DOSTOJEWSKI und KIERKEGAARD stützt, werden durch zahlreiche Beispiele interpretiert, die meist — besonders bei der Darstellung der Zwangsphänomene — recht überzeugend wirken. Aber auch dort, wo dies nicht der Fall ist, zwingt das Buch — schon allein auf Grund der Größe seines Gegenstandes, der Grundfragen des menschlichen Seins betrifft, und des überall spürbaren tiefen Ernstes — zur Stellungnahme und Auseinandersetzung; es bedeutet auf alle Fälle — auch wenn der Verf. manchmal überspitzt und einseitig erscheinen mag — eine reiche Quelle der Anregung und Besinnung.

ILLCHMANN-CHRIST (Kiel)

● H. Killian und A. Dönhardt: **Wiederbelebung.** Stuttgart: Georg Thieme 1955. VIII, 320 S. u. 93 Abb. Geb. DM 24.—.

Das gemeinsam von einem Chirurgen und einem Internisten vorgelegte Werk ist eine Darstellung der *pathologischen Physiologie* der lebensbedrohlichen Zustände und der aus ihr entwickelten *Grundsätze der Therapie*, unter Berücksichtigung der Fortschritte der Anaesthesiologie. Der Begriff der „Wiederbelebung“ wird dabei bewußt *weit*, als Wiedererweckung aller gestörten Funktionen und Regulationen gefaßt. Es wird zunächst die Pathophysiologie von Gasaustausch, Blutkreislauf, Wärmehaushalt, Nierenfunktion usw. im Hinblick auf die Lebensrettung und in Beziehung zu den richtigen (und falschen) Leistungen der Nothilfe besprochen, mancher früherer Irrtum wird dabei berichtigt. Es folgt die Beschreibung der eigentlichen ärztlichen Maßnahmen der „ersten“ und „zweiten“ Hilfe, unter kritischer Erörterung der Indikationen von Sauerstoff- und CO₂-Gaben und der Analeptica, Hypnotica, Sedativa, Relaxantien, Antihistaminica und der Phenothiazine. Die verschiedenen instrumentellen Beatmungsverfahren werden beschrieben, ganz besonderer Nachdruck wird auf die *Intubation* gelegt, deren Beherrschung die Verf. von *jedem Arzt verlangen*. Die Methoden der Wiederbelebung des Herzens werden nach den Erfahrungen der Praxis behandelt, die Bekämpfung der verschiedenen Kollapsformen nimmt einen breiten Raum ein. Unter „speziellen Formen der Asphyxie, Hypoxie und Anoxie“ wird besonders ausführlich die Therapie der Gas- und der Schlafmittelvergiftungen und der mechanischen Ersticken dargestellt (der Vorgang des Erhängens allerdings nicht

ganz korrekt; beim Ertrinken sind die Arbeiten von SWANN [1947—1953] noch nicht erwähnt). Zum Schluß folgt die Behandlung der elektrischen, Wärme- und Kälteschäden. — Das Buch gibt eine erschöpfende Einführung in die nicht rein chirurgische und rein internistische Notfallmedizin und unterrichtet über den Stand der Forschung (ausführliche Literaturangaben belegen jeden Abschnitt). Der Gerichtsmediziner kann ihm manche wertvolle Erkenntnis über den Hergang des gewaltsamen und des plötzlichen Todes aus innerer Ursache entnehmen, dem Praktiker zeigt es, mit etwas abgewandelten Worten der Verf., „welche Aufgabe derjenige hat, der einen Menschen im Zustand der Lebensbedrohung zu betreuen übernimmt“, aber auch, welche Kenntnisse notwendig sind, um Wiederbelebungsversuche richtig vorzunehmen. Die Monographie kann wegen ihrer hohen Aktualität jedem Interessenten dringend empfohlen werden.

SCHLEYER (Bonn)

● **Th. Vaternahm: Vorschriften und Richtlinien für den Praktiker und Vertrauensarzt.** Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. 59 S. DM 4.80.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung der wichtigsten Gesetzesauszüge, Richtlinien, Tabellen und Verordnungen für den praktischen Arzt. Sie enthält nicht nur Tabellen über Körpergröße und -gewicht, Calorienbedarf, Nahrungsmittel und ihre Ausnützung, Vitamine u. a., sondern auch Gesetze (Opiumgesetz, Gesetz zur Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten, Melde- und Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten, Meldung von Berufskrankheiten, Impfgesetz, ärztliche Schweigepflicht aus der Reichsärzteordnung u. a.). Wertvoll sind auch die Tabellen über Maximaldosen für Erwachsene und Kind, allgemeine Hinweise für die Ausstellung des Leichenschauzeichens und praktische Richtlinien zur Bewertung der Erwerbsfähigkeit in der Invalidenversicherung.

RAUSCHKE (Heidelberg)

● **Enno Becker: Zur ärztlichen Untersuchung der Kraftfahrer.** (Ärztl. Mitt. Jg. 40.) Bonn: Bundesverkehrswacht 1955. 1 Faltbl.

● **Hermann Frenzel: Spontan- und Provokations-Nystagmus als Krankheitssymptom.** Ein Leitfaden für seine Beobachtung, Aufzeichnung und Formanalyse. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. VI, 72 S. u. 60 Abb. DM 16.80.

Die Monographie befaßt sich einleitend mit den theoretischen Grundlagen der experimentellen Vestibularis- und der Entstehung von Spontansymptomen, dann mit dem Vestibularis-schwindel und mit der Schwierigkeit in der Differentialdiagnose zwischen peripher und zentral bedingten Vestibularisschäden bei Auswertung des experimentellen Nystagmus. Dann wird auf die einzelnen Nystagmusarten ausführlich eingegangen, auf ihre Auslösbarkeit, ihre Erscheinungsformen und die verschiedenen Untersuchungsmethoden. Der Nystagmus wird zu allen in Betracht kommenden Krankheitsprozessen unter Berücksichtigung einer reichhaltigen Literatur (75 Literaturangaben) in Beziehung gesetzt und an Hand von 60 Abbildungen und weiteren Tabellen veranschaulicht. Toxisch bedingter Nystagmus (Alkohol, Barbiturate, Scopolamin u. a.) wird nur erwähnt, eine Besprechung erfolgt nicht. Wer sich überhaupt mit dem Nystagmus beschäftigt, entnimmt dem Werk eine präzise Anleitung für die Durchführung der Untersuchung (z. B. Forderung der Verwendung einer Leuchtblende und Durchführung der Untersuchung im verdunkelten Zimmer). Die Kenntnis vom Nystagmus als Krankheitssymptom ist auch für die Beurteilung toxisch bedingter Nystagmusarten zur Abgrenzung vom Krankhaften erforderlich.

RAUSCHKE (Heidelberg)

● **C. Simonin: Médecine légale judiciaire.** 70 expertises médico-judiciaires. 3. édit. (Les Précis Pratiques.) Paris: Maloine 1955. VIII, 1054 S., 448 Abb. u. 50 Tab. Fr. 5000.—

Der Vertreter der gerichtlichen Medizin an der Universität Strasbourg zeigt in einem diesem sehr lesenswerten Buche beigegebenen Tabelle, was er unter gerichtlicher Medizin versteht; sie zerfällt nach seiner Darstellung in 3 Gruppen: die Médecine légale judiciaire, die Médecine légale professionnelle und die Médecine légale sociale. Im Rahmen der engeren gerichtlichen Medizin (Médecine légale judiciaire) wird unterschieden zwischen der *allgemeinen gerichtlichen Medizin* (Kriminologie, Behandlung von jugendlichen Rechtsbrechern, kriminelle Prophylaxe, Aufgaben des Sachverständigen, Technik der Begutachtung, Simulation und Dissimulation), der *Traumatologie* (gewaltsamer Tod, einschließlich Kindestötung), der *sexuellen gerichtlichen Medizin* (Sexualdelikte, Sterilisation, Abtreibung, Schwangerschaft, Vaterschaft, geschlechtliche Ansteckung), der *Toxikologie*, der *Thanatologie* (gesetzliche Bestimmungen, Leichenerscheinungen, Todeszeit-

bestimmungen, Überleben von Geweben, plötzlicher Tod, Unterscheidung zwischen Selbstmord und Mord, Sektionstechnik u. a.), der *kriminalistischen* gerichtlichen Medizin (Prüfung der Identität beim Lebenden und bei der Leiche, Untersuchungen von Schriften und Urkunden) und der *psychiatrischen* gerichtlichen Medizin (Zurechnungsfähigkeit im Zivil- und Strafrecht, rechtliche Stellung der Psychopathen u. a.). Die *Médecine légale professionnelle* entspricht im großen und ganzen der Standes- und Gesetzeskunde im deutschen Sinne. Im Rahmen der *sozialen* gerichtlichen Medizin erscheinen die Gruppen: ärztliche Kontrolle des Personenstandes (z. B. Geburtsanzeigen), die *Médecine sociale du travail* (Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Prophylaxe, sozialer Schutz für Arbeiter), die *Versicherungsmedizin* einschließlich der Feststellung der Invalidität und schließlich die *Fürsorgemedizin*, soweit sie die Prophylaxe von Aborten, die eugenische Sterilisierung, Fürsorge für Mutter, Kind und Familie und auch die öffentliche Gesundheit betrifft. Im Rahmen des vorliegenden Buches wird ausführlich nur die somatische gerichtliche Medizin dargestellt. Die Diktion ist kurz und prägnant. Die Ausführungen werden zum Teil durch Literaturangaben belegt. Zum Vaterschaftsausschluß werden auch die Unterteilungen des Rh-Systems benutzt. Die Darstellung der Blutalkoholbestimmungen bringt im großen und ganzen die WIDMARKschen Formeln. Die nicht nur in Deutschland aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Beurteilung werden nur kurz gestreift. Die Schilderung der gewaltsamen Todesarten bringt einleuchtende schematische Bilder, die didaktisch besonders wertvoll sind. Lichtbilder sind technisch nicht besonders gut wiedergegeben. — Das Buch orientiert den Leser ausgezeichnet über die herrschenden Auffassungen in der französischen gerichtlichen Medizin.

B. MUELLER (Heidelberg)

- Arne Svensson and Otto Wendel: *Crime detection*. Modern methods of criminal investigation. With introduct. by G. HATHERILL and H. SÖDERMANN. (Verbrechensaufklärung.) Amsterdam, Houston, London u. New York: Elsevier Publ. Co. 1955. XVI, 376 S. u. 154 Abb. Geb. sh 37/6.

Die Verf. sind Mitarbeiter am schwedischen Kriminalinstitut in Stockholm. Die Ausführungen sind für den naturwissenschaftlichen Kriminalisten, für den gehobenen Kriminalbeamten und auch für denjenigen Arzt bestimmt, der, ohne Gerichtsmediziner zu sein, der Mordkommission als ärztlicher Berater beigegeben wird. Den deutschen Leser werden vor allen Dingen die Ausführungen der Verf. über die Untersuchung von Kleidern, Motorfahrzeugen, Waffen und Explosivstoffen interessieren. Sehr willkommen sind Tabellen über die Beschaffenheit der Waffen in den einzelnen Ländern und über Aussehen und Zusammensetzung der Explosivstoffe. Die gerichtsmedizinischen Ausführungen, die gleichfalls prägnant und praktisch gut brauchbar sind, beschränken sich entsprechend dem Zweck des Buches auf die Befunde, die man bei der äußeren Besichtigung erheben kann. Das benutzte Schrifttum wird ausführlich zitiert. Dabei ist bemerkenswert, daß auf dem Gebiete der naturwissenschaftlichen Kriminalistik in der Nachkriegszeit in Deutschland verhältnismäßig wenig gearbeitet wurde; in englischer Sprache verfaßte Arbeiten überwiegen. Im gerichtsmedizinischen Teil herrschen jedoch wissenschaftliche Arbeiten deutschsprachiger Autoren vor. Aber auch das französische und italienische Schrifttum wird ausgiebig berücksichtigt. Das Buch muß zur Information insbesondere demjenigen empfohlen werden, der sich auch mit Fragen der naturwissenschaftlichen Kriminalistik befaßt.

B. MUELLER (Heidelberg)

- Wilhelm Gallas: *Zum gegenwärtigen Stand der Lehre vom Verbrechen*. (S.A. aus Z. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 67.) Berlin: W. de Gruyter & Co. 1955. 47 S. DM 4.50.

In einem Referat auf der Tagung der deutschen Strafrechtslehrer in Tübingen im Jahre 1954 untersucht Verf., der in Heidelberg das Strafrecht vertritt, die von WELZEL in Bonn entwickelte „finale Handlungslehre“ mit Rücksicht auf ihre praktische Brauchbarkeit. Bei der Lehre von WELZEL werden der innere und äußere Tatbestand und auch die Begriffe Kausalität und Irrtum in einem einzigen Tatbestand zusammengefaßt. Eine Krankenschwester, die den Patienten ahnungslos ein Beruhigungsmittel in tödlicher Dosierung einspritzt, begeht nach WELZEL keine Tötungshandlung. Verf. untersucht insbesondere, wieweit sich die Fahrlässigkeit in die WELZELsche Lehre einbeziehen läßt. Er bemüht sich, eine Synthese zwischen dem klassischen Strafrecht und den neuen Impulsen zu entwickeln, die man der finalen Handlungslehre verdankt. Wieweit man sie in das neue Strafrecht einbauen kann, wird in konkreter Form noch nicht erörtert.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Irisdiagnostik.** Eine augenärztliche Kritik. Bearb. von P. A. JAENSCH, J. ROHEN, E. SCHRECK u. B. HUERKAMP. (Bücherei d. Augenarztes. Hrsg. von R. THIEL. H. 22.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1955. 98 S. u. 17 Abb. DM 9.—

Die verstärkte Aktivität der Irisdiagnostiker in der letzten Zeit hat zu einer Stellungnahme der Schulmedizin herausgefordert. JAENSCH zeigt in seinem Abschnitt, daß die Irisdiagnose (ID) viel älter ist als allgemein angenommen wird. PECZELYS Neuentdeckung stellt nur einen Abschnitt einer längeren Entwicklung dieses mystischen Systems dar. Seine Entdeckung, daß bei entsprechenden Knochenbrüchen bestimmte Irisregionen mit der Bildung von Zeichen antworten, kann leicht widerlegt werden. Ein Abschnitt über die medizinische Nomenklatur der Irisdeuter ist höchst kurzweilig zu lesen. Die Ansichten der Irisdiagnostiker über Konstitution, Topographie (die Irisschlüssel) und Pathogenese der Zeichenentstehung werden einander gegenübergestellt. So führen sich die Theorien der ID selbst ad absurdum. Bei der Lektüre des Kapitels „Augendiagnose und Okkultismus“ findet man den Satz: „... Einige Experimente zeigen uns einwandfrei, daß es ein gewisses Hellsehen gibt.“ An anderer Stelle führt der Autor (JAENSCH) aus, daß wohl nicht bestritten werden könne, daß gelegentlich einmal bei der ID Hellsehen eine Rolle spielt (sic!). Die ID gründe sonst aber auf mystisch-phantastischen Spekulationen, wird deshalb kaum zu besiegen sein, denn „der Mythos hat in Deutschland stets den Verstand besiegt“. Aus dem Kapitel von ROHEN entnimmt der Leser Kenntnisse über die Struktur und die nervöse Versorgung der Iris. Aus der Anatomie der Iris lassen sich die Iriszeichen zwanglos ableiten. ROHEN setzt sich mit der Theorie von LANG auseinander, nach der die Iriszeichen das Produkt einer nervösen Erregung entsprechender Irisabschnitte sei. LANGS System einer Art somatotopischen Nervenprojektion ist unhaltbar, da nervöse Zwischenglieder fehlen. SCHRECK behandelt in dem von ihm bearbeiteten Abschnitt u. a. besonders den Einfluß der Pupillenweite und der Beleuchtung auf die Iris und die „Iriszeichen“. Letztere sind lediglich normale physiologische Spielarten der äußerst vielgestaltigen Iris. Die der Medizin wohlbekannten Irisveränderungen im Rahmen bestimmter Krankheiten werden aufgezählt. Sie lassen eine somatotopische Lage vermissen. Im übrigen tritt der Irisbefund bei der augenärztlichen Untersuchung nur als ein Symptom neben die Untersuchungsbefunde der übrigen Augenabschnitte. — Das Buch stellt als Rechtfertigung der Schulmedizin eine wissenschaftlich begründete Antwort der Augenärzte an die Irisdeuter dar. Es wird für gerichtliche Begutachtungen dem medizinischen Sachverständigen eine sehr wertvolle Grundlage bieten.

PROKOP (Bonn)

- **Wünschelrute, Erdstrahlen und Wissenschaft.** Dargest. in Arbeitsgemeinschaft. von G. ABELE, R. BÖCKHER u. a. Hrsg. von OTTO PROKOP. Stuttgart: Ferdinand Enke 1955. VIII, 183 S. u. 39 Abb. Geb. DM 9.80.

Die vorliegende Stellungnahme zum Erdstrahlen„problem“ erscheint zu einem Zeitpunkt, wo die Mächtschafften heilbehandelnder „Radiästheten“ und geschäftstüchtiger Hersteller von „Entstrahlungsgeräten“ in zunehmendem Maße auch den gerichtlich-medizinischen Gutachter beschäftigen. Es handelt sich um eine äußerst gründliche, kritische Arbeit aus der Feder verschiedener Autoren gerichtsmedizinischer (O. PROKOP, R. BÖCKELER), physikalischer (G. ABELE, K. SELLIER), physiologischer (E. KUHNKE, L. PROKOP), juristischer (H. WENDTE), sozialhygienischer (B. ZOLLER) und parapsychologischer (M. BÖCKELER) Arbeitsrichtung. Die angesprochene Frage wird auf diese Weise aus den verschiedensten Blickrichtungen behandelt, wobei alles Wesentliche, was bisher über die Tätigkeit der Rutengänger bzw. Pendler und die damit zusammenhängenden biologischen, physikalischen und psychologischen Phänomene beobachtet und gedacht wurde, berücksichtigt ist (reiches Literaturverzeichnis). Den Kenner der Materie wird es nicht wundern, daß der Tenor der Arbeit in einer — naturwissenschaftlich in extenso begründeten — vernichtenden Ablehnung der bekannten radiästhetischen Spekulationen gipfelt: „ihr Nährboden ist die Halbbildung, ihr Erzeugnis die Falschmeldung in der Presse, ihr Anwalt der Okkultismus“. Nach dem Geleitwort ELBELS soll das Buch Radiästheten, Schulwissenschaft und Öffentlichkeit zu einer Stellungnahme zwingen. — Es ist in vieler Hinsicht lesenswert; demjenigen, der sich gutachtlich mit diesem Gebiet zu befassen hat, gibt es ein nahezu erschöpfendes Material an die Hand.

BERG (München)

- **Werner Bulst S. J.: Das Grabtuch von Turin.** Forschungsberichte und Untersuchungen. Frankfurt a. M.: Josef Knecht 1954. 144 S. u. 36 Taf. Geb. DM 12.80.

Zur Klärung der Frage, ob es sich bei dem Grabtuch von Turin um eine mittelalterliche Fälschung oder um die höchste Reliquie der Christenheit handelt, setzt sich der Verf. mit allen

Problemen auseinander, welche die Grundlage zur Beantwortung bilden. Hierbei zieht er die Urteile der Historiker, Kunst- und Textilforscher, Exegeten und Ärzte heran. Was uns vor allem interessiert, ist die Fülle der medizinischen Probleme. Der Autor geht ausführlich und mit großer eigener Sachkunde ausgestattet auf jede einzelne auftauchende Frage ein und setzt sich kritisch damit auseinander. Eine Reihe von namhaften Wissenschaftlern auf dem Gebiete der Medizin hat sich im Laufe der letzten Jahrzehnte bereits mit diesem Problem beschäftigt. Die medizinischen Überlegungen und Untersuchungen stammen hauptsächlich von französischen und italienischen Ärzten, die der Autor in anschaulicher und kritischer Weise zusammengestellt und mit den kirchengeschichtlichen und exegetischen Daten verglichen hat. Fast alle Mediziner haben sich für die Echtheit des Turiner Grabtuches ausgesprochen, da das Abbild des Leichnams darauf ein Negativ und vor allem in anatomischer Hinsicht naturgetreu ist. Dabei tauchen interessante Fragen auf, die uns noch nicht mit der erforderlichen Sicherheit geklärt zu sein scheinen, nämlich die der eigentlichen Todesursache nach dieser grausamsten aller je stattgefundenen Exekutionen. Wenn auch gestützt auf die traurigen Erfahrungen von dem Kreuzigungstod nahekommenden Hinrichtungsmethoden in Konzentrationslagern und von experimentellen Untersuchungen, die in dem vorliegenden Buch vertretene Annahme begründet ist, daß es sich um einen Tod infolge peripherer Atemlähmung auf Grund einer Verkrampfung der in Betracht kommenden Muskelgruppen oder infolge Kreislaufzusammenbruchs handelt, so wäre unseres Erachtens auch eine aus beiden Umständen entstehende schwerste Störung des Eingeweidenervensystems als entscheidend mitwirkende Ursache in Betracht zu ziehen. Ein solches Geschehen würde es auch erklären, daß aus der Seitenwunde Transsudat floß, das sich in den Brustfellsäcken innerhalb weniger Stunden nach extremster körperlicher Belastung bilden kann. Wir neigen nicht zu der Auffassung von BARBET, daß es sich um Blut aus dem Herzen handeln muß, da unter Berücksichtigung der topographischen Verhältnisse im Brustkorb nach einem Stich in die rechte seitliche Thoraxwand zunächst die Lunge mit ihren sicherlich extrem gefüllten Gefäßen verletzt wird, und es dadurch schon zu einem Blutaustritt kommen kann. Es wäre wohl auch denkbar, daß nach Eintritt der Verkrampfung der Skelettmuskulatur eines Gekreuzigten, also in einem vorgeschrittenen, wahrscheinlich schon agonalen Stadium sich ein Vorgang abspielt, der dem beim Tode durch Behinderung der Atemexkursionen sehr nahekommt. — Solche und ähnliche Fragen aus dem Bereich der gerichtlichen Medizin drängen sich bei der Lektüre des Buches von BULST auf, das in ausgezeichnete Weise und ausgestattet mit einem vorzüglichen Bildmaterial die gesamten Forschungsergebnisse über das Grabtuch von Turin enthält und zu der Schlußfolgerung verwertet, daß es sich um das Leichentuch Christi handle. Soweit dies religiös-wissenschaftlich, exegetisch oder historisch begründet wird, steht uns eine Kritik nicht zu. Dagegen bildet die medizinische Seite des Problems einen Appell an unser Fach, wobei allerdings das Ausgangsmaterial, nämlich die Photogramme vom Jahre 1931 in absehbarer Zeit nicht erweitert und ergänzt werden kann, da die Reliquie bei den ungeklärten Besitz- und Eigentumsverhältnissen eingemauert und nicht zugänglich ist.

BOHNÉ (Frankfurt a. M.)

● Paul Bierstedt: Untersuchungen über die Dekoagulationsaktivität von Körperflüssigkeiten und Gewebsextrakten, deren Beziehungen untereinander, zur Todesursache und zum Gerinnungszustand. I. Mitt. (Schriftenr. d. Z. f. d. ges. inn. Med. u. ihre Grenzgeb. Hrsg. von Th. BRUGSCH. H. 4: Stoffwechselerkrankungen. 1. Red.: Th. BRUGSCH.) Leipzig: Georg Thieme 1955. 59 S. u. 25 Abb.

Die Untersuchung geht von der Prämisse aus, Leichenblut gerinne und dekoagulierte immer postmortal, ferner von dem Satz, Leichenblut (allgemein) besitze eine fibrinolytische Potenz, die ihm nur aus dem Gewebe zuteil geworden sein bzw. von dort aus aktiviert werden könne. Eine Protease oder ein Fermentaktivator müsse also — irgendwie mit dem Tode verknüpft — über „abnorme Zustände der Gewebsflüssigkeitsschranke“ ins Blut gelangt sein. Es handle sich um eine krankheitsunspezifische, vorwiegend prämortale Körperreaktion. Ohne Berücksichtigung der Todesursache wurde bei 220 Leichen (wohl überwiegend klinische Todesfälle) einer Prosektur im wesentlichen Blut aus A. und V. femoralis, dem Herzen und den Hirnblutleitern, Liquor, Herzbeutel-, Brust- und Bauchhöhlen-, Kniegelenksflüssigkeit und Ödem, Urin, quergestreifte und glatte Muskulatur, Lunge, Leber und Hirn entnommen; die Flüssigkeiten wurden zentrifugiert, die Organe extrahiert, und die Überstände bzw. Auszüge einem recalcifizierten Citratnormalplasma zugesetzt. Sodann wurde die Fibrinolysezeit bei 20° und 37° gemessen. Es ergab sich allgemein als Reihenfolge der lytischen Aktivitätsfrequenz absteigend: glatte Muskulatur — Skelettmuskel — Sinusblut — Venenblut — Lunge — Gehirn — Urin —

Herzbeutelinhalt — Herzblut rechts — Herzblut links — Gelenksflüssigkeit — Arterienblut — Ödem — Liquor suboccip. — Brustfellflüssigkeit — Liquor lumb. — Bauchfellflüssigkeit — Leber; dabei wirkten aber das Blut und allenfalls die Extrakte der quergestreiften Muskulatur weitaus *schneller* (überwiegend innerhalb von 3 Std) dekoagulierend als die übrigen Substrate, dies wird mit der Hypothese erklärt, das „dekoagulatorische Prinzip“ sei im Leichenblut besser löslich. Die Ergebnisse werden sodann in der Weise verglichen, daß *jedes* Substrat mit jedem *anderen* tabellarisch in Beziehung gesetzt wird, es wurde errechnet, wievielmals jeweils häufiger bei lytisch aktivem „Bezugsmaterial“ als bei in- oder schwach aktivem aktives Vergleichssubstrat als in- oder schwach aktives vorkam; eine Anzahl von Häufigkeitsindizes ließ sich statistisch sichern. Die positiven Abhängigkeiten (d. h. häufigere Aktivität) von der Aktivität des jeweiligen „Bezugssystems“ werden im einzelnen aufgeführt, es wird gefolgert, daß zwischen den dekoagulatorischen Aktivitäten der Körperflüssigkeiten und -gewebe enge Beziehungen bestehen, die (fast immer prämortale) Aktivierung der Fibrinolyse erfasse den gesamten Organismus und zwar unabhängig von örtlichen Krankheitsprozessen. Die Aktivierung des Blutprofibrinolysins sei eng mit der potentiellen fibrinolytischen Aktivität der Gewebe (Kinasen), die Aktivierung der übrigen Körperflüssigkeiten wiederum mit der des Blutes verknüpft. Das Leichenblut könne seinen fibrinolytisch aktiven Bestandteil erst und nur beim (möglicherweise sogar postmortalen!) Durchströmen der Muskulatur erhalten (begründet aus den gefundenen Aktivitätsbeziehungen, dem Aktivitätsgefälle Venen-Arterienblut und dem Befunde kollabierter Beinarterien bei prall gefüllten Venen). Je höher die Muskel-, um so höher auch die Venenblutpotenz. Körperhöhlenflüssigkeiten können nur über das Blut oder durch Diffusion aus der Muskulatur aktiviert werden. — Beziehungen zur Todesursache sollen in den angekündigten Fortsetzungen der Studie behandelt werden. Über Todeszeit bzw. *Zustand* der Leichen wird nichts mitgeteilt. (Die verdienstliche, allerdings in ihren Folgerungen zum Teil stark hypothetische Untersuchung sagt naturgemäß nichts über die Vorgänge im Gerinnungssystem des Leichenblutes aus und ist nur ein indirekter Beitrag zur Frage der agonalen oder postmortalen Gerinnung oder „Dekoagulation“, denn z. B. können Zerstörung des *Fibrinogens* durch Proteasen und Entwicklung von *Fibrinolysinen* ganz unabhängig nebeneinander vorkommen. Die Arbeit betrifft eigentlich mehr den Komplex der *Fibrinolyse*.)

SCHLEYER (Bonn)

● Franz Meixner: **Föhn und Kriminalität.** Hamburg: Kriminalistik-Verlag 1955. 48 S. DM 2.80.

Der Einfluß des Föhns auf den Menschen wird immer wieder in stark übertriebener Form behauptet. Asthmatiker, Rheumatiker und Amputierte sind nach Auffassung des Autors in gewissem Sinne jedoch lebende Barometer. Auch Erregbarkeitsminderung und Erregbarkeitssteigerung werden als Föhnerfolg subjektiv angegeben. Auch gesteigerte Libido bei verminderter Potenz und Resistenzverminderung gegen Alkohol und Nicotin werden beschrieben. — Die eigenen Untersuchungen beziehen sich auf einen Zeitraum von 3 Jahren (1951—1953). Das Zahlenmaterial stammt aus München, Innsbruck und Zürich. Es wurde darauf verzichtet, die Föhnstärken besonders zu berücksichtigen. — Die Kriminalbeamten sind im allgemeinen von der Steigerung der Kriminalität durch den Föhn überzeugt. Verf. schreibt, daß sie oft erklärten: „Ja, bei Föhn rührt sich bei uns immer mehr als an anderen Tagen, da rasselt das Telefon unausgesetzt.“ Das ist aber nach Meinung des Autors ein Trugschluß. Sie hätten besser gesagt: „Wenn das Telefon so oft läutet, dann sagen wir, heute ist anscheinend wieder Föhn.“ — In erster Linie wurde der Einfluß des Föhns auf die Selbstmordziffern untersucht. Es ergab sich für München (720 Fälle) keine Häufung an den Föhn Tagen oder Föhnvortagen. Auch für Zürich und Innsbruck ließ sich kein fördernder Einfluß des Föhns ableiten. Im Gegenteil, in Innsbruck lag die Selbstmordfrequenz an Föhn Tagen sogar unter dem Durchschnitt der föhnfreien Tage. Auch einzelne Selbstmordserien waren nicht auf Föhn zu beziehen, sondern auf andere Faktoren (in einem Fall nachgewiesenermaßen auf unzumutbare Presse-meldungen über E 605). Auch eine an Föhn Tagen bevorzugte Selbstmordart war nicht festzustellen. Auch die Selbstmordhäufigkeit (prozentualer Anteil an der Gesamtbevölkerung) von Föhnstädten und Nichtföhnstädten wird an einer Aufstellung von 11 Städten verglichen. Innsbruck hat hier den größten Prozentsatz. Hieraus kann aber kein Schluß gezogen werden, da religiöse, soziale und wirtschaftliche Bedingungen untersucht werden müßten. Auch der Einfluß auf die Ver-mißen-ziffern wurde geprüft. Ergebnis: kein Einfluß. Besonders instruktiv sind die Tabellen der Verkehrsunfälle. An einem großen Zahlenmaterial wird hier nachgewiesen, daß der Föhn zu keiner Steigerung der Unfälle führt. Auch zu Betriebsunfällen und Gewaltverbrechen besteht keine Beziehung.

PROKOP (Bonn)

● **Pierre-B. Schneider: La tentative de suicide. Étude statistique, clinique, psychologique et catamnétique. Avec une analyse statistique de Ch. BLANC.** (Der Selbstmordversuch. Statistische, klinische, psychologische und katamnästische Studie.) Neuchâtel, Paris: Delachaux & Niestré 1954. 291 S. sfr. 12.—.

Nach ausführlicher Übersicht über die europäische und amerikanische Literatur geht der Verf. auf die verschiedenen „Doktrinen“ (psychiatrische, soziologische, pathologische, anatomische, psychologische, psychoanalytische) ein, doch läßt sich der Selbstmord nach seiner Meinung dadurch nicht hinreichend erklären. Die eigenen Untersuchungen stützen sich: 1. auf katamnästische Untersuchungen von 372 Selbstmordversuchen (196 Männer, 176 Frauen), die in den Jahren 1933—1940 in der medizinischen, chirurgischen und psychiatrischen Universitätsklinik von Lausanne zur Aufnahme gelangt waren. — 2. auf Untersuchungen von 321 Selbstmordversuchen (129 Männer, 192 Frauen), die in den Jahren 1948—1950 an den psychiatrischen Polikliniken von Lausanne und Basel aufgenommen waren. — 3. auf eine Rundfrage über die Selbstmordversuche in der französischen Schweiz für das Jahr 1950. — Der Einfluß des Geschlechtes, des Alters, des Standes, der Religion, der Jahreszeit und die Art der Ausführung sind in Tabellen übersichtlich zusammengestellt. Eine Anzahl von Fällen wird ausführlich beschrieben. Ein eigener Abschnitt ist psychologischen, psychopathologischen und psychodynamischen Betrachtungen gewidmet. In der Häufigkeit stehen an 1. Stelle Charakterschwäche (Hysteriker, Triebhafte), an 2. Stelle endogene Psychosen, an 3. Stelle chronische Alkoholiker. Ein gehäuftes familiäres Vorkommen wird beobachtet, doch ist die Erblichkeit der Selbstmordneigung nicht erwiesen. Die Vorbeugung und Behandlung von Selbstmordkandidaten wird erörtert. Eine psychiatrische Diagnose soll angestrebt werden, eine längere Internierung ist nicht möglich, schädliche Einflüsse (Presse, Radio, Kino) sollen vermieden werden. Eine spezifische Therapie gibt es nicht. Bei häufig wiederholten Selbstmordversuchen ist die Prognose schlecht, meist erfolgreicher Selbstmord im Verlauf von 10 Jahren. In den letzten 20—25 Jahren wurde in der Schweiz eine Stabilisierung oder sogar eine leichte Senkung der relativen Selbstmordhäufigkeit beobachtet, dies wird auf die Fortschritte der Psychiatrie und der geistigen Hygiene zurückgeführt. Einzelheiten müssen nachgelesen werden. KRAULAND (Münster i. Westf.)

● **Martin Wrege: Die kongenitalen Mißbildungen, ihre Ursachen und Prophylaxe.** Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Stockholm: Almqvist & Wiksell 1955. 321 S. u. 284 Abb. Geb. skr. 40.—.

Der Professor für Histologie an der Universität Uppsala schildert die bei der Geburt vorhandenen oder gleich nach ihr auftretenden Mißbildungen. In sehr schöner Ausstattung mit Hilfe von 284 Abbildungen gibt der Verf. eine Übersicht der Formen. Die Theorien des Zustandekommens werden meist nur kurz gestreift. So heißt es bei dem Situs inversus nur: die Art der Entstehung ist unklar. Oft wird auf die Erblichkeit hingewiesen, als ob diese eine Erklärung gäbe. So liegt der Wert des 321 Seiten starken Buches vor allem in einer Aufzählung, Beschreibung und Abbildung der Mißbildungen. Man kann sich leicht über die bisher beschriebenen Formen und auch über deren zum Teil sehr komplizierte Benennungen orientieren.

GRÜHLE (Bonn)

K. Walcher: Gerichtliche Medizin. (Übersichtsreferat über Arbeiten der letzten Zeit.) Münch. med. Wschr. 1955, 1064—1065.

Keith Simpson, J. Glaister, G. Barber and A. I. Kayssi: The teaching of forensic medicine. A symposium. J. Forensic Med. 2, 132—140 (1955).

Leopold Breitenecker: „Aus dem Leben des emer. Univ.-Prof. Dr. FRITZ REUTER; zum 80. Geburtstag am 30. Mai 1955.“ [Prosekt., Krankenh. Wiener-Neustadt.] Illustr. Rdsch. Gendarmerie 8, 4—6 (1955).

Guillermo Uribe Cualla: La medicina legal en Colombia. [Inst. de Med. Leg., Bogota.] Rev. Med. leg. Colombia 14, H. 71/72, 129—146 (1954).

Aus den vorliegenden statistischen Daten des Instituts für gerichtliche Medizin in Bogota und den weiteren 13 analogen Ämtern des Landes geht hervor, daß Todesfälle durch Verkehrsunfälle in Abnahme (!) begriffen sind. Leider werden die möglichen Gründe nicht angegeben. Dagegen nehmen Suicide, besonders durch HCN und Barbitursäurederivate, durch zu geringe Kontrolle der Gifte zu. Auch Morde nehmen zu, da Feuerwaffen leicht zu beschaffen sind.

F. BEHN (Conception)

Aldo Franchini: *L'indirizzo medico legale della professione medica.* (Die gerichtsmedizinische Einstellung des ärztlichen Berufes.) [Ist. di Med. Leg. e Assicur., Univ., Padova.] Difesa soc. 34, 17—34 (1955).

Prof. ALDO FRANCHINI (Padua) hielt in der medizinischen Gesellschaft Venedigs einen Vortrag über die gegenwärtige Notlage der italienischen Ärzte. Das Zeitalter des geschätzten und verehrten Arztes, auch des Familienarztes, ist vorbei. Der Praktiker ist hinuntergestürzt und wurde zum großen Verunglückten unserer Zeit. Die offizielle Medizin, wie sie an den Fakultäten gelehrt wird, macht oft einem krassen Kurpfuschertum Platz. Auch zwischen der Medizin als Wissenschaft und jener als Beruf, besteht ein eigenartiger Zwiespalt. Die Berufsmedizin macht eine so gewaltige Krise durch, daß sie sogar für die ganze Nation verderblich sein kann. Nur wenige junge Leute studieren Medizin aus Liebe zum Beruf und dennoch sind die Fakultäten überfüllt. Obwohl ein Drittel der gegenwärtigen Ärzte genügen würde, kann man nicht von einem eigentlichen Ärzteüberschuß sprechen, sondern von einer Überbeamtung. Jeder versucht neben seinem Hauptberuf so viele Posten und Pöstchen an sich zu reißen, als ihm nur möglich ist. Eine solche Einstellung schadet natürlich nicht nur dem Berufe als solchem, sondern auch den Patienten, den Kollegen und dem betreffenden Praktiker selber. Viele schwenken ab auf das Gebiet des Kurpfuschertums. Wären die Spital-, Amts- und Anstaltsärzte besser bezahlt, so würden auch diese die Jagd nach Postenanhäufung unterlassen können. Berufsgenossenschaftliche Streite, Auseinandersetzungen zwischen Ärzten und Ärzteorganisationen mit Krankenkassen und Unfallversicherungen zeigen, daß sich eine dritte Macht zwischen die alte Einheit Patient—Arzt eingeschoben und eingekleimt hat: der Staat und die Versicherung. Das ärztliche Handeln wird mehr und mehr durch Gesetze gebunden und der Beruf selbst wird vergesellschaftlicht und verstaatlicht. Die Medizin ist kein freier Beruf mehr. Der Arzt selbst kann unmöglich mehr alle Fragen der Diagnose und Therapie selber behandeln. Er arbeitet in Gruppen. Es besteht Arbeitsaufteilung, Spezialisierung. Durch die neue, die dritte Macht, die sich in das Verhältnis Arzt—Patient so energisch einmischt, wird der Arzt gezwungen das gerichtlich-medizinische Problem des ärztlichen Berufes und aller seiner Handlungen genau zu studieren, um nicht mit Staat oder Versicherungen in Konflikt zu kommen. Eine gerichtlich-medizinische Schulung ist unbedingt nötig zur Verteidigung der eigenen Interessen sowie jener seiner Patienten. Auch auf dem gewaltigen Gebiete der sozialen Medizin kann der gerichtlich-medizinisch durchgebildete junge Arzt ein zufriedenstellendes Arbeitsfeld finden. SCHIFFERLI (Fribourg)

Royo-Villanova: *Sobre la definición de la Medicina legal.* Rev. Med. legal (Madrid) 9, 81—93 (1954).

A. P. Gromov: *Zum Problem der Abfassung eines gerichtssotiatrischen Gutachtens.* (Probleme der gerichtsmedizinischen Expertise, Aufsatzsammlung S. 190—194.) Moskau: Staatsverlag für jurist. Literatur 1954.

W. Geller, O. Prokop und H. H. Wendte: *Eine Wünschelruten- und Schatzgräber-affäre von unvorstellbarem Ausmaß.* Psychopathographische Untersuchung des Falles. [Landesheilanst., Bonn, u. Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Arch. Kriminol. 116, 3—14 (1955).

H. Ollivier: *Le nouveau laboratoire interrégional de police scientifique de Marseille.* [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 25. IV. 1955.] Ann. Méd. lég. etc. 35, 117—121 (1955).

H. Ollivier, A. Caso, P. Grillo-Abadie et G. Helvadjan: *Suicide par ingestion de mélange anesthésique de Bonain.* [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 10. I. 1955.] Ann. Méd. lég. etc. 35, 15—17 (1955).

L. Fromenty: *Suicide par perforation du crâne à la serpe.* (Selbstmord durch Perforation des Schädeldaches mit einer Hippe [Gartenmesser].) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 13. XII. 1954.] Ann. Méd. lég. etc. 34, 284—286 (1954).

Es wird über einen außergewöhnlichen Selbstmord mit einer Hippe berichtet. Dabei ist das Instrument mehrfach mit großer Gewalt in den eigenen Schädel gestoßen worden. Der Tod trat durch eine Verletzung der linken Hirnhemisphäre ein. LORKE (Göttingen)

George El-Assal: *Le suicide en Egypte*. (Der Selbstmord in Ägypten.) [Sitzg., Strasbourg, 27.—29. V. 1954.] *Travaux du 27. Congr. Internat. de Méd. du Travail, Méd. lég. et Méd. soc. de Langue franç.* 1954, 85—96.

Interessante Übersicht mit Würdigung der geschichtlichen Entwicklung. Bei den Arabern — und aus gleichen Beweggründen bei den Ägyptern — ist der Selbstmord selten. Die Denkweisen sind nicht differenziert genug, die Moralvorstellungen sind einfach; man ist fatalistisch. Andererseits sind die Familienbande sehr eng. Jeder nimmt teil am Geschick des anderen. Jeder hilft jedem. Ein Selbstmord wird als Affront, als Verrat an der Familie — und zu ihrem Schaden — betrachtet. Als Motivation für einen Suicid wird ein Verstoß gegen Ehre und Ansehen der Familie angeführt. Ferner finden sich gar nicht so selten Frauen, die nach einer Scheidung völlig hilflos dem Dasein gegenüberstehen und sich im Lebenskampf allein nicht behaupten können. Hier liegt einer der Gründe für die verhältnismäßig hohe Quote der Frauen. — Im Gegensatz zu den Christen besteht bei den Muselmanen ein Verbot des Selbstmords. Wenn das abendländische Christentum Selbstmördern ein feierliches Begräbnis verweigert, so wurden antike Verhaltensweisen — 346 ante Chr. erstmals angesprochen — übernommen. — Vor dem Gesetz gilt der Suicid als Verbrechen. Er wird differenziert: a) vollendeter Suicid; b) versuchter Suicid; c) Anstiftung zum Suicid; d) Beihilfe. — 300 pol. und med. gesicherte Suicide in Alexandrien sind ausgewertet. Die häufigste Art, den Freitod zu wählen, ist die *Verbrennung*. Petroleum ist leicht käuflich, billig. Ein Glas Petroleum wird über dem Kopf ausgeleert, das abrinne Petroleum wird angezündet. Verbrennungen an Kopf und Hals sind bekanntlich äußerst gefährlich. 102 der 300 Fälle waren Todesfälle nach Verbrennungen, davon 56 Frauen! Auffällig ist der große Prozentsatz junger Menschen. 50% zwischen 20 und 30 Jahren, 25% zwischen 10 und 20 Jahren, 8% über 60 Jahre. 90,6% waren Ägypter. Als Motiv: vielfach Schwangerschaft oder Zustand nach Defloration. Alexandrien ist Badeort. Frühjahrs- und Hochsommergipfel. — Die übrigen Ausführungen unter Einschluß psychiatrischer Aussagen liegen im Rahmen allgemein Bekanntem. Jodtinktur und Aspirin werden von der Bevölkerung als giftig angesehen. Versuche mit 50 cm³ Jodtinktur bzw. 20 g Aspirin hatten keinen Erfolg. Tod durch Erhängen meist nur bei Fremden. — Suicide werden gehäuft am späten Abend vorgenommen. Verhältnis von Männern zu Frauen in Alexandrien 3:2. Dagegen offiziell in Ägypten 3:1. Das Verhältnis Freitod zum versuchten Suicid ist bei Männern wie Frauen gleich.

DOTZAUER (Hamburg)

G. Jungmichel: *Über Selbstbeschädigungen*. [18. Tagung, Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versicherungs- u. Versorgungsmed., Stuttgart, 3. u. 4. VI. 1954.] *Hefte Unfallheilk.* 48, 172—185 (1955).

Bericht über interessante eigene Erfahrungen mit ausgezeichneten Beispielen. Es handelt sich um 30 Selbstbeschädigungsfälle aus der privaten und annähernd 50 aus der sozialen Unfallversicherung. In der privaten Unfallversicherung überwog das Abhacken von Gliedmaßen (meist Finger). Bei der Wundversorgung war zunächst an ein Artefakt überhaupt nicht gedacht worden. Die Wichtigkeit von Rekonstruktionsversuchen wird betont und an Beispielen erörtert.

B. MUELLER (Heidelberg)

Massimiliano Belsasso: *Su di un caso di autolesionismo in carcerato mediante infissione di aghi nell'encefalo*. (Über einen Fall von Selbstverletzung in der Haft durch Einführen von Nägeln ins Gehirn.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., e Osp. Psichiatr. Prov. e Sanat. Neurol., Trieste.] *Zacchia* 30, 31—54 (1955).

Der 32jährige Mann (krimineller, geltungssüchtiger Psychopath) führte sich durch eine alte traumatische Knochenlücke in der Scheitelgegend 1940 2 Nägel ins Hirn ein, sie wurden anscheinend zunächst beschwerdelos getragen und erst 1951 anlässlich der Einführung eines 3. Nagels operativ entfernt. 1943 Sturz vom Rade und Commotio, danach Halbseitenlähmung links, später (anscheinend vorübergehende) epileptische Anfälle (die zeitlichen Zusammenhänge sind nicht deutlich). 1952 wiederum eine „Nagelung“, im selben Jahr Tod an Bronchopneumonie (keine Obduktion). Neurologisch wurden 1952 leichte Facialislähmung links, Beugekontraktur der linken Hand mit choreo-athetotischen Bewegungen und Reflexsteigerung an linkem Arm und Bein festgestellt, im Pneumoencephalogramm Erweiterung der rechten Seitenkammer. Die Handkontraktur erwies sich jedoch (mittels Narkoanalyse) als psychogen.

SCHLEYER (Bonn)

Villegas Gallifa: *Más sobre la muerte de Alejandro Magno.* (Über den Tod Alexanders des Großen.) *Rev. Med. legal* (Madrid) 10, 57—66 (1955).

Der Titel ist etwas irreführend. Es handelt sich mehr um eine historische politische Studie, in die eine medizinisch-historische Betrachtung über den Tod und die Todesursache Alexanders eingefügt ist, und in der sich der Verf. kritisch mit den historischen Quellen auseinandersetzt. SACHS (Kiel)

G. Laverigne: *L'aptitude visuelle nocturne des conducteurs d'automobile.* (Die Eignung des Nachtsehens der Kraftfahrzeugführer.) [Univ., Liège.] *Rev. méd. Liège* 10, 33—39 (1955).

Verf. gibt eine kurze Übersicht über die Bedeutung der Funktionsprüfungen bei Kraftfahrern und über die Sehfunktionen, die im Dunkeln nachlassen. Er zeigt, daß für den Kraftfahrer vor allem die „mesoptische“ Helligkeitszone wichtig ist, in der soeben die Zapfen gruppenweise ansprechen und Stäbchen sich immer mehr einschalten. Es herrscht dabei eine Leuchtdichte von 0,1—0,01 asb. Verf. bespricht die mehr oder minder behelfsmäßigen Verfahren, mit denen in den belgischen öffentlichen Diensten das Dunkelsehen untersucht wird und empfiehlt die exakte Untersuchung mit dem Adaptometer von GOLDMANN-WECKERS. Die Aufnahme einer vollständigen Kurve erfordert mindestens 30 min; es läßt sich aber bereits in 10 min ein gutes Urteil gewinnen nach folgendem Verfahren: Keine vorherige Helladaptation. Gläserkorrektur auf 30 cm. Hineinblicken in den verdunkelten Apparat, auf dessen Hintergrund sich ein 10°-Test von weißen und grauen Strichen befindet, die einen Helligkeitsunterschied von 20% haben. Der Untersucher erhellt das Gerät, bis der Prüfling die Marke, aber nicht die Striche erkennt. Dieser Punkt wird als absolute Empfindlichkeit notiert. Die Erhellung wird fortgesetzt, bis der Prüfling die Richtung der Striche erkennt (Unterschiedsempfindlichkeit). Die Schwellen werden in 3—5 min erreicht und liegen zwischen $8,10^{-4}$ und $8,10^{-5}$ asb für die absolute und $8,10^{-3}$ — $8,10^{-4}$ asb für Unterschiedsempfindlichkeit. Dann wird der Prüfling 30 sec geblendet. Die Schwelle erhöht sich um maximal eine logarithmische Einheit, und der vorherige Adaptationswert wird in weniger als 1 min wieder erreicht. Nun wird der Streifentest durch einen Optotypentest ersetzt. Die Erhellung wird fortgesetzt, bis der Prüfling 0,1, 0,2 usw. sieht. Normalerweise schwankt die Sehschärfe zwischen 0,3 und 0,4 an der oberen Grenze der mesoptischen Zone (0,1 asb). Maximal beträgt sie 0,1 an ihrer unteren Grenze (0,01 asb). Bei der Bedeutung des Dämmerungssehens für den Kraftfahrer sollte mit dem vereinfachten Verfahren immer eine Untersuchung vorgenommen werden, in Fällen von Zweifel, Gerichtsverfahren, Augenkrankheiten usw. aber die genaue Kurve angelegt werden. K. VELHAGEN (Leipzig)^{oo}

P. Tala, B. A. Lamberg and U. Uotila: *The effect of a single dose of thyrotrophin on the uptake of P³² by the guinea-pig thyroid.* (Die Wirkung einer einzigen Dosis von thyrotropem Hormon auf den Umsatz von P³² der Meerschweinchenschilddrüse.) [Inst. of Forensic Med., Univ. Helsinki.] *Acta endocrinol.* (Copenh.) 19, 255—262 (1955).

Die Wirkung von thyreotropem Hormon (TSH) auf den Umsatz von P³² der Schilddrüse des Meerschweinchens wurde verschiedentlich, aber mit unterschiedlichen Ergebnissen untersucht. In einer früheren Arbeit (TALA: *Acta endocrinol. Suppl.* 9, 1952) wurde bereits nach 2 Std eine deutliche Reaktion beobachtet im Gegensatz zu anderen Untersuchungen. TSH (Ambinon, Organon) scheint, entsprechend den verschiedenen Präparationen, unterschiedliche Wirkungen zu besitzen. Die mit einem anderen Präparat von TALA beobachtete Reaktion konnte mit dem jetzt benutzten nicht mehr festgestellt werden: Hinweise auf ähnliche Differenzen in anderen Untersuchungen. Die Wirkungsweise wurde bestimmt an Epithelhöhe, Mitoserate und P³²-Umsatz. Die Mitoserate ist nach TSH in einmaliger Dosis nicht erhöht. Keine Parallele zum P³²-Umsatz. H. KLEIN (Heidelberg)

Michel Mosinger: *Une conception pathogénique d'ensemble de la pathologie et de l'action du milieu. Pathologie directe et pathologie corrélatrice ou d'intégration. Le système neuro-ergo-physique et psychosocial. Application à la médecine légale, à la criminologie et à la médecine du travail.* [Sitzg., Luxemburg, 27.—29. V. 1953.] *Travaux du 26. Congr. Internat. de Méd. lég., Méd. soc. et Méd. di Travail de Langue franç.* 1953, 259—308.

Die umfangreiche Darstellung faßt die Ergebnisse etwa 25jähriger neurohistologischer Forschung zum Problem einer Gesamtschau der Pathologie, dem Einfluß exogener Reize auf be-

stimmte primäre Gegebenheiten des Individuums und den Ablauf sowie die Bahnen der vegetativen, endokrinen usw. Reaktionen zusammen. Sie grenzt die eigene gegen die späteren Auffassungen (SPERANSKY, RICKER, REILLY, SEYLE, LERICHE u. a.) ab und betont deren unverminderte Gültigkeit. Beiläufig wird darauf hingewiesen, daß die Persönlichkeit auch des Rechtsbrechers unter Abwägung der Wechselwirkung etwa dessen, was wir unter Konstitution und Disposition verstehen mit allen exogenen Faktoren zu beurteilen sei. — Die Arbeit muß im Original nachgelesen werden.

LOMMER (Köln)

B. I. Sokolov: Schäden durch Autotransport und ihre gerichtsmedizinische Bedeutung. (Probleme der gerichtsmedizinischen Expertise, Aufsatzsammlung S. 232—238.) Moskau: Staatsverlag für jurist. Literatur 1954.

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache

● **G. W. Parade und P. Boeckel: Angina pectoris und Herzinfarkt.** (Beitr. z. prakt. Medizin. H. 34.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1954. 125 S. u. 27 Abb. Geb. DM 16.60.

Das Buch ist für die Kliniker geschrieben. Gerichtsmedizinisch wertvoll ist die genaue Klassifikation der Anfälle von Angina pectoris, wobei die Arbeitsangina und die Angina ambulatoria unterschieden werden. Der Mechanismus des funktionellen Coronarverschlusses wird durch physiologische Erwägungen anschaulich gemacht. Die auftretenden klinischen Symptome werden nach Möglichkeit mit den physiologischen Vorgängen in Beziehung gebracht. — Die Lektüre dieses Buches wird den Gerichtsmediziner davor bewahren, bei Begutachtungen allzu einseitig nur die anatomischen Befunde zu berücksichtigen.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Fritz Reuter: Statistische Untersuchungen über die auslösende Ursache des plötzlichen Herztodes.** Wien: Notring d. wiss. Verbände Österr. 1955. 61 S.

Der Verf., der vor kurzem seinen 80. Geburtstag in voller Gesundheit feiern konnte, hat mit dieser Veröffentlichung einen sehr bedeutungsvollen Beitrag zur Erforschung der inneren auslösenden Ursachen des plötzlichen Herztodes geleistet. Der Arbeit liegen die Ergebnisse statistischer Auswertung von 4206 plötzlichen Herztodesfällen zugrunde, die vom Verf. selbst unter stets gleichbleibenden Gesichtspunkten am Institut für gerichtl. Medizin der Universität Wien in den Jahren 1947—1952 sanitätspolizeilich obduziert wurden. An Hand von vielen interessanten kasuistischen Mitteilungen, Kurven und Tabellen wird das Material unter kritischer Würdigung der Literatur in folgenden Abschnitten erläutert: I. Leuchtgasvergiftung, ausgelöst durch einen Ohnmachtsanfall infolge innerer Erkrankung. II. Plötzlicher Herztod und Jahreszeiten. III. Häufigkeit des plötzlichen Herztodes in verschiedenen Altersperioden. IV. Mesoaortitis luetica, Aortenaneurysma und supravulvuläre Aortensklerose. V. Akuter Myokardinfarkt und spontane Herzruptur. VI. Spontane Aortenruptur. VII. Plötzlicher Herztod des Hypertonikers. VIII. Tod im urämischen Anfall. IX. Plötzliches Versagen eines Sportherzens. X. Spontane Hirnblutung und intermeningeale Blutung nach Ruptur eines Aneurysmas einer basilaren Hirnarterie. XI. Bedeutung der in den zentralen Ganglien nachgewiesenen arteriosklerotischen Erweichungsherde. XII. Embolie der Arteria pulmonalis nach Thrombose von Beinvenen. XIII. Erkrankungen des Magens, des Duodenums, der Leber und des Pankreas in ihren Beziehungen zum plötzlichen Herztod. XIV. Beziehungen von Erkrankungen der Lungen zum plötzlichen Herztod. XV. Krebserkrankungen und plötzlicher Herztod. XVI. Einklemmte Leistenbrüche und Ileus. XVII. Hypoplasie des arteriellen Gefäßsystems. XVIII. Status thymico-lymphaticus und plötzlicher Herztod. XIX. Seelische Erregung und plötzlicher Herztod. — Von den vielen Einzelergebnissen, die sich nur schwer zum Referieren eignen, seien die wichtigsten herausgehoben: Der plötzliche Herztod ereignet sich im Monat Januar am häufigsten, am seltensten in den Monaten Juli, August und Oktober, wobei klimatische Verhältnisse das plötzliche Versagen des Herzens und der Zirkulation zu begünstigen scheinen. Die Häufigkeitskurve des plötzlichen Herztodes beginnt mit dem 50. Lebensjahr steil anzusteigen, erreicht zwischen 60 und 80 Jahren den Höhepunkt und fällt jenseits des 80. Lebensjahres steil ab. Die berufliche Tätigkeit der Frau scheint keinen merkbareren ungünstigen Einfluß auf Herzerkrankungen zu haben. Der plötzliche Tod infolge akutem Myokardinfarkt hat an Häufigkeit zugenommen; er findet sich vorwiegend bei kräftigen, gut genährten Individuen nach seelischen Erregungen, schmerzhaften Erkrankungen und bei Durchgang von Kaltfronten nach stabiler Wetterlage. In 61,2% der Fälle trat der Herztod besonders bei Leuten zwischen 60—80 Jahren in der Nacht auf. Spontane Herzrupturen (250 Fälle) saßen in der Regel in der Wand des linken Ventrikels. In 75 Fällen handelte es sich um eine spontane Aortenruptur, die vorwiegend im auf-