

## **Referate**

### Allgemeines

- **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN † 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Bd. 3 Lfg. 1. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1956. 98 S. DM 17.60.

Die vorliegende Lieferung stammt aus der Feder von WEPLER-Kassel. Sie umfaßt die pathologische Anatomie der Meningen von Gehirn und Rückenmark, sowie die der Krankheiten der Ventrikel. Die Darstellung ist klar. Das vorliegende Schrifttum, auch das neue, wird, soweit zu erkennen, fast vollständig verwertet und zitiert. Es ist ein Verdienst des Verf., daß trotz der ausgedehnten Verwendung von Literatur die Straffheit der Darstellung und die Herausarbeitung eigener Gesichtspunkte nicht leidet. Bei der Darstellung der traumatischen Blutungen in den Meningen wird scharf unterschieden zwischen dem akuten subduralen Hämatom und der Pachymeningiosis haemorrhagica. Verf. gibt eine kurze aber vollständige Darstellung des vorliegenden einander widersprechenden Schrifttums, er stellt sich auf den Standpunkt, daß das sog. chronische Durahämatom im Grunde eine Krankheit ist, das durch Traumen gelegentlich im schlechten Sinne beeinflußt werden kann. In vorsichtiger Form werden auch Richtlinien für eine Begutachtung gegeben. Einen besonderen Abschnitt widmet Verf. den intrakraniellen und spinalen geburtstraumatischen Blutungen, der vom gerichtsmedizinischen Standpunkt aus besonderes Interesse verdient. Auf intramedulläre Blutungssherde bei Neugeborenen, auf die seinerzeit auch HAUSBRANDT aufmerksam machte und die Wichtigkeit ihrer Entdeckung bei der Sektion wird hingewiesen. — Es ist erfreulich, daß dieses wertvolle Werk allem Anscheine nach flüssig weitergeführt wird und hoffentlich in absehbarer Zeit abgeschlossen werden kann.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Handbuch der Allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER, E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 2: Die Zelle. Teil 1: Das Cytoplasma. Bearb. von H. W. ALTMANN, A. FREY-WYSSLING, A. GOEBEL, G. C. HIRSCH, E. MÜLLER, M. WATZKA, K. ZEIGER, E. A. ZELLER. Redig. von F. BÜCHNER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. XIII, 735 S. u. 246 Abb. Geb. DM 174.—.

### **E. Müller: Der Zelltod. S. 613—679.**

Nach einer kurzen mehr theoretischen Einleitung zur Abgrenzung des Begriffes („Es entspricht keiner logischen Begründung, sondern mehr einer Gepflogenheit, den Tod des Menschen also des ganzen Organismus, nicht als Nekrose zu bezeichnen“; oder: „Der Begriff des Zellebens kann nicht exakt mit naturwissenschaftlichen Methoden erfaßt werden“, sein „Aufhören zeigt uns nach der Art eines Indizienbeweises den Übergang des Zellebens in den Zelltod an“) werden die grundsätzlichen Formen der Nekrose, Coagulations- und Colliquationsnekrose, entsprechend der klassischen Einteilung, als immer noch maßgebend bezeichnet und zunächst die Frühveränderungen besprochen. Dieser Teil stützt sich (fast ganz) auf die Beobachtungen von ZOLLINGER (1948). Die vorwiegend phasenmikroskopisch erfaßbaren Zellveränderungen in der Form des intermediären und glänzenden Kerntypes sowie die Vacuolenbildung im Kern: Diese Formen („ein typisches Grenzgebiet reversibler und irreversibler nekrobiotischer Zellveränderungen“) seien noch kein sicheres Zeichen des Zelltodes. Sowohl die Vacuolenbildung wie die hydropische Schwellung der Zellen sind von nekrobiotischem Charakter, aber noch kein Kennzeichen des eingetretenen Zelltodes. Der verhältnismäßig kurz ausgefallene Abschnitt über die Vitalfarbungen sowie über die Fluoreszenzmikroskopie leitet über zu den Abschnitten über die Nekrophanerose, in dem auf der Grundlage der Morphologie alle die Formen der Kernveränderungen, weniger die des Cytoplasmas — die in einem anderen Handbuchabschnitt abgehandelt werden — dargestellt sind. Die Herkunft aus der Schule von M. B. SCHMIDT und der Nachfolgerschaft von H. GROLL ist gerade an den kritischen Punkten der Darstellung zu erkennen. Eine exakte Unterscheidung zwischen Nekro- und Nekrobiose sei morphologisch nicht möglich. Deshalb ist es selbstverständlich, daß die kritische Auseinandersetzung mit dem Begriff der intravitalen Nekrose, der Auto- und Heterolyse gegenüber der postmortalen besprochen werden muß. Den Abschluß der Darstellung

bildet eine zusammenfassende Betrachtung über die beim Zelltod wirksamen (meist wohl unbekannten, wenn auch mit verschiedenen Namen belegten, Ref.) Einzelereignisse. Dem gerichts-medizinischen Leser muß bei einem so fesselnden Gegenstand wie der Nekrose auffallen, daß höchstens indirekt das Problem der Zeit erwähnt wird. Dies mag darauf beruhen, daß über die zur Entwicklung der Nekrose nötige Zeit morphologisch kaum Beobachtungen vorliegen und deshalb überhaupt noch nicht handbuchmäßig dargestellt werden können.

H. KLEIN (Heidelberg)

- **Handbuch der Allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER, E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 2: Die Zelle. Teil 1: Das Cytoplasma. Bearb. von H. W. ALTMANN, A. FREY-WYSSLING, A. GOEBEL, G. C. HIRSCH, E. MÜLLER, M. WATZKA, K. ZEIGER, E. A. ZELLER. Redig. von F. BÜCHNER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. XII, 735 S. u. 246 Abb. Geb. DM 174.—.

**H. W. Altmann: Allgemeine morphologische Pathologie des Cytoplasmas. Die Pathobiosen.** S. 419—612.

Die Schwierigkeiten, die „im täglichen Sprachgebrauch“ „meist als Degenerationen“ bezeichneten Zellveränderungen auf allgemeiner Grundlage darzustellen, werden in der Einleitung hervorgehoben, am Schluß offen bekannt: „Vor der Fülle dessen, was es zu bedenken gibt, kann man sich hier des Gefühls der Rat- und Hilflosigkeit kaum erwehren“, „so haben wir uns auch nicht gescheut, Hypothesen und Möglichkeiten in der Erörterung einen größeren Raum zuzugestehen . . .“. Zwischen diesen Feststellungen wird ein in den Einzelheiten nicht einmal in Stichworten andeutbares Material nicht nur ausgebreitet, sondern kritisch, Punkt für Punkt, dargestellt. Bei dem gegenwärtigen Stand der Forschung ist es nicht verwunderlich, daß die Mitochondrien den größten Raum einnehmen. Die quantitativen Veränderungen des Chondrioms, Transformationen und trübe Schwellung, morphologisch meist am Beispiel der Leberzellen, funktionell vorwiegend unter dem Gesichtspunkt der Energiedbildung, werden immer unter Bezug auf die, wie man sagen möchte, morphologisch noch gerade faßbaren Zusammenhänge dargestellt. Wenn dabei früher gängige Auffassungen zusammenbrechen, neue Gesichtspunkte, die noch keine gültige Ansicht erlauben, überall auftauchen, so kennzeichnet dies den produktiven Charakter des Beitrages, der bewußt die Probleme herausstellt und Scheinlösungen unbedingt vermeiden möchte. Wenn es auch selbstverständlich ist, daß die eigenen Arbeiten nicht in den Vordergrund gestellt werden, so haben sie die Diktion des Beitrages so entscheidend beeinflußt, daß nicht einer der üblichen charakterlosen Handbuchbeiträge entstanden ist, sondern in allen Abschnitten die persönliche Leistung, immer den Zusammenhang allerdings bewahrend, hervortritt. Auch die weise Beschränkung auf wenige instruktive Abbildungen wirkt sich wohltuend aus. Wer definitive Lösungen erwartet, wird enttäuscht sein, wer sich wirklich über den gegenwärtigen Stand der Probleme unterrichten will, wird mit Gewinn jede einzelne Seite lesen.

H. KLEIN (Heidelberg)

- **Hoppe-Seyler/Thierfelder: Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse.** Für Ärzte, Biologen und Chemiker. 10. Aufl. Hrsg. von KONRAD LANG u. EMIL LEHNARTZ. Unt. Mitarb. von GÜNTHER SIEBERT. Bd. 2. Allgemeine Untersuchungsmethoden. Teil 2. Bearb. von H. BARTELS u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1955. XVIII, 1086 S. u. 534 Abb. Geb. DM 296.—.

**S. Koller: Statistische Auswertung der Versuchsergebnisse.** S. 931—1036.

„Streuung gibt Erkenntnis!“: Die Grundlage für die Beurteilung der Verallgemeinerungsfähigkeit liefern die Unterschiede zwischen den Einzelversuchen, die statistische Bearbeitung habe deshalb die quantitativen Beziehungen in dem durch den Beobachtungsrahmen erfaßten Bereich so zu analysieren, daß aus den Schwankungen bestimmt werden könne, welche anderen Werte anstatt der beobachteten zufällig auch hätten auftreten können. Dies muß bereits bei der Versuchsplanung berücksichtigt werden. Häufigkeitsverteilung und Mittelwerte, Streuungsmaße und die hierfür maßgeblichen Rechenverfahren, Häufigkeitsverteilung mehrerer Merkmale, Korrelation und Regression sowie die statistischen Schlußweisen, Kollektiv und Stichprobe, das Problem der Verallgemeinerung überhaupt, die statistischen Maßzahlen im Kollektiv und in der Stichprobe einschließlich des mittleren Fehlers, der Schluß vom Kollektiv auf die Stichprobe werden kurz, aber prägnant, außerdem so dargestellt, daß eine Einarbeitung in das Thema, eine gewisse Grundlage vorausgesetzt, jederzeit möglich ist. Den größten Raum

der Darstellungen nimmt begreiflicherweise die statistische Bearbeitung von Häufigkeiten ein. Auf die klare und leicht erfaßbare Darstellung der Sequenzanalyse muß ausdrücklich hingewiesen werden. Da es geradezu als ein Kunstfehler bezeichnet werden muß, wenn Arbeiten, die mehrere Meßreihen mitteilen, nicht statistisch ausgewertet sind, so kann die vorliegende Darstellung, die im Rahmen der Handbuchdarstellung sicher einen bedeutenden Raum einnimmt, nur ausdrücklich empfohlen werden (wobei, abgesehen von der Darstellung, auffällt, daß in Zukunft wohl eine experimentelle Forschung ohne sachverständige statistische Beratung, etwa von einer zentralen Stelle aus, kaum noch möglich seindürfte, Ref.).

H. KLEIN (Heidelberg)

- Thomas A. Gonzales, Morgan Vance, Milton Helpern and Charles J. Umberger: **Legal medicine, pathology and toxicology.** 2. edit. New York: Appleton-Century-Crofts on 1954. 1370 S. u. 503 Abb. Geb. Doll. 22.—.
- R. Piédeliévre, L. Dérobert et Guy Hausser: **Abrigé de médecine légale.** 2. edit. Paris: J. B. Baillière & Fils 1954. 192 S. u. 48 Abb. fr. 600.—.
- Max Kibler und Ludwig Sterzing: **Wert und Unwert der Irisdiagnose.** Stuttgart: Hippokrates Verl. 1956. 99 S., 3 Abb. u. 28 Taf. Geb. DM 66.—.

Verff. haben zur Prüfung der Irisdiagnose den einzigen möglichen und richtigen Weg beschritten: Es wurde die Häufigkeit der verschiedenen Iriszeichen bei Gesunden und Kranken ermittelt. Dabei wurden die Ergebnisse photographisch registriert und an Photogrammen liegen jetzt 4500 Einzelbilder von über 1000 Patienten vor. Einige Farbaufnahmen (Agfa-Color Negativ- und Positivfilm war Aufnahmematerial) und Schwarz-Weiß-Aufnahmen sind beigelegt und beleuchtungs- und aufnahmetechnisch einwandfrei. Zuerst haben Verff. geklärt, was von den Irisdeutern als sichere Zeichen anerkannt wird. Diese haben sie dann bei ihren Untersuchungen berücksichtigt. Da man bei der vielfältigen Struktur der Iris die Möglichkeit hat, überall, wo man nur wünscht, ein Zeichen zu sehen, wurde nur auf solche Zeichen geachtet, die von der übrigen Irisstruktur deutlich abwichen. Die Häufigkeit der Zeichen war bei Gesunden und Kranken in allen untersuchten Krankheitsgruppen gleich (statistisch zu sichern). Es zeigte sich, daß bestimmte Sektoren der Iris bevorzugt, bei Gesunden und Kranken in gleicher Häufigkeit, sog. Zeichen bilden. Diese entstehen in den ersten Lebensjahren und sind bei 10—13jährigen Schulkindern ebensohäufig wie bei Erwachsenen nachweisbar. Erwachsene zeigen lediglich mehr Pigmentflecke, jedoch die Kranken — besonders die Carcinomkranken — nicht mehr als die Gesunden. Eine Zeichenentstehung bei einem Menschen etwa im Laufe einer schweren Krankheit oder durch eine Operation ist bis heute noch nicht glaubhaft nachgewiesen worden und konnte auch von den Autoren nie beobachtet werden. Verff. haben ferner auch der Frage Aufmerksamkeit gewidmet, ob aus dem Irisbefund vielleicht ein Rückschluß auf die Konstitution und damit auch auf die Disposition zu bestimmten Erkrankungen gezogen werden kann. Auch das ist nicht möglich. Es wird die Frage offengelassen, ob vielleicht bei anderen Vergrößerungsverhältnissen bei der Irisbetrachtung ein Rückschluß auf die Konstitution möglich sein wird. An den Iriszeichen der Augendiagnostiker aber ist nichts „dran“. Da die Einzelergebnisse dokumentarisch festliegen, ist endlich eine ausreichende Grundlage auch für forensische Begutachtung einschlägiger Fälle gegeben.

PROKOP (Bonn)

Henry D. Kaine, Holbrooke S. Seltzer and Jerome W. Conn: **Mechanism of diurnal eosinophil rhythm in man.** [Div. of Endocrinol. and Metabol., Dep. of Intern. Med., Univ. of Michigan Med. School, Ann Arbor.] J. Labor. a. Clin. Med. 45, 247—252 (1955).

Ein konstanter Tag- und Nachrhythmus der Zahl eosinophiler Leukocyten soll dem Anstieg und Abfall der 17-hydroxysteroids des Plasmas entsprechen. Bei unbehandelter Nebenniereninsuffizienz sowie bei Addison-Kranken sei der Rhythmus nicht nachweisbar. Deshalb wurde die Zahl der eosinophilen Leukocyten und ihre Tag- und Nachschwankungen in der Absicht untersucht, ob sie den Schwankungen der Corticoidkonzentration des Plasmas entsprechen und ob, etwa bei „Stress“-Differenzen zwischen 17-hydroxysteroidkonzentration und eosinophilen Leukocyten zu beobachten sind. Beobachtungen an 6 normalen Personen in 2-Std-Abständen innerhalb einer 24-Std-Periode und bei 7 Addison-Kranken vor, während und unter der Behandlung in unterschiedlichen Zeiten nach 2,5 mg Cortison. Der Tag- und Nachrhythmus der Eosinophilen wird zunächst bestätigt. Der Gipelpunkt liegt in den späten Nacht- und frühen Morgenstunden. Bei unbehandelter Nebenniereninsuffizienz sowie bei Addison-Kranken ist dieser Gipfel nicht

vorhanden. Durch entsprechende Einschaltung von 2,5 mg Cortison kann aber der Gipfelpunkt je nach dem Zeitpunkt der Dosis hervorgerufen werden. Demnach wäre der normale Tagesrhythmus für eosinophile Leukocyten ein Spiegelbild der nächtlichen Aktivität der Nebennierenrinde und die absolute Zahl der Eosinophilen ein Index für die Konzentration an 17-hydroxycorticosteroide des Plasmas.

H. KLEIN (Heidelberg)

**Hans-Joachim Wagner: Gerichtliche Medizin an der Universität Mainz.** Ein Beitrag zur Geschichte der Mainzer Universität. [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Mainz.] Dtsch. med. J. 1955, 744—748.

In der Mitte des 17. Jahrhunderts genoß die Medizinische Fakultät der Universität Mainz, deren Dekan lange Zeit der Doktor der Medizin und beider Rechte LUDWIG v. HOENIGK war, besonderes Ansehen, worüber DREPGEN eingehend berichtete. Verf. gibt Gutachten aus dieser Zeit wieder, die sich mit standesrechtlichen Fragen, Totschlag, Kindestötung, fahrlässigem Verschulden von Ärzten, Abtreibung und anderen Gebieten der gerichtlichen Medizin beschäftigen. Es folgen Mitteilungen über die Vorlesungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin, ferner über Dissertationen aus diesem Fachgebiet in der Mitte des 18. Jahrhunderts.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Paolo Introzzi: La vita e le opere di Leone Lattes.** Commemorazione tenuta alla società medico-chirurgica di Pavia nella Seduta del 7. marzo 1955. [Clin. Med. Gen. e Ter. Med., Univ., Pavia.] Boll. Soc. med.-chir. Pavia 69, III—XV (1955).

**Pietro de Nicola: Die Differentialdiagnose der Gerinnungsstörungen.** [Med. Univ.-Klin., Pavia.] Erg. inn. Med., N.F. 6, 2—77 (1955).

Entsprechend dem Charakter der „Ergebnisse“ ein gedrängtes Referat über den Stand der physiologischen und klinischen Kenntnisse bis 1954, mit besonderer Betonung der klinischen Diagnostik. Haupteigenschaften und Nomenklatur der Gerinnungsfaktoren werden dargestellt, die Technik der Bestimmungsverfahren und methodische Einzelheiten werden nur gestreift. Die Wechselbeziehungen der Gerinnungskomponenten bei den verschiedenen Gerinnungsstörungen werden hervorgehoben. Es werden sodann die differentialdiagnostische Bedeutung der Laboratoriumsbefunde und die Möglichkeiten der speziellen Diagnostiker vielerlei Mangelzustände systematisch besprochen. Auf die noch hypothetische Natur vieler in der Literatur vorgetragener Deutungen wird hingewiesen.

SCHLEYER (Bonn)

**R. P. Smith and B. E. Tomlinson: Subendocardial haemorrhages associated with intracranial lesions.** (Subendokardiale Blutungen verbunden bei intrakraniellen Prozessen.) [Dep. of Path., Newcastle Gen. Hosp., Newcastle upon Tyne.] J. of Path. 68, 327—334 (1954).

Die Verff. verfolgten in ihrem Obduktionsmaterial das gemeinsame Auftreten von intrakraniellen Prozessen und subendokardialen Blutungen (SEB), wie es von BERBLINGER, STÜBEL und dem Ref. s. Z. beschrieben wurde. Unter 235 Fällen, wo ein gesteigerter Hirndruck die Todesursache war, sahen sie 29mal SEB. Zwischen dem Auftreten der SEB und petechialne Blutungen in der Magenschleimhaut konnte kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Die Verff. schließen sich der Auffassung an, daß der intrakranielle Druckanstieg über einen Vagusreiz die SEB verursacht.

FASSBENDER (Mainz)°°

**J. Zeldenrust: Morphologische Veränderungen als Folge von Luf tembolie.** Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1955, 2874—2882 mit engl. Zus. fass. [Holländisch].

Wiedergabe von 2 Fällen: 1. Stichverletzung der linken V. jugularis ant., danach Hemiplegie links und Tod. Sektion: offenes For. ovale, multiple Blutungen und Erweichungen der rechten Großhirnhälften. — 2. Protrahierte generalisierte Luf tembolie nach intrauteriner Einspritzung zwecks Abtreibung. Sektion: subepi- und -endokardiale Blutungen, offenes For. ovale (anscheinend keine Eröffnung des Herzens unter Wasser), Luftblasen „im Blut der linken Herz hohlen“ und an der Wandung der Aorta; histologisch: multiple Erweichungsherde des Hirns, Nekrobiose- und Nekroseherde des Herzmuskels und des Pankreas.

SCHLEYER (Bonn)

**Duncan Macaulay and Thomas Moore: A foreign body in the kidney.** (Ein Fremdkörper in der Niere.) Brit. Med. J. No 4907, 205—206 (1955).

Ein 3½-jähriger Knabe hatte eine Haarnadel geschluckt, aber als man mit ihm zum Arzt gehen wollte, dies abgeleugnet. Da er sich in der Folgezeit wohlfühlte, wurde dieses Ereignis

vergessen. Nach 2 Monaten erkrankte er an Müdigkeit und Appetitlosigkeit ohne örtliche Erscheinungen, doch besserte sich sein Zustand wieder. Einige Zeit später wurde der Harn trüb und schließlich blutig. Durch eine Mittelohreiterung mit Schwellung der Nackenlymphknoten wurde das Bild verschleiert. Der Harn wurde dunkel und es traten Ödeme der Lider auf, so daß an eine Nephritis gedacht wurde. Als sich im Krankenhaus sein Zustand wieder gebessert hatte, fand man bei der Röntgenuntersuchung eine Haarnadel, die mit dem runden Ende durch das Duodenum in den oberen Pol der rechten Niere durchgetreten war, während die spitzen Enden noch im Darm steckten. Nach operativer Entfernung rasche Besserung. Es werden 4 weitere Fälle tabellarisch wiedergegeben.

BREITENECKER (Wien)

**P. Jünemann:** Beitrag zur Krankheitssimulation und Selbstbeschädigung aus dem Bereich der inneren Medizin. [Inn. Abt., Diakonissen-Krankenanst., Düsseldorf-Kaiserswerth.] Münch. med. Wschr. 1955, 1735—1736.

Nach Hinweis auf die von alliierter Seite im letzten Weltkrieg bei unseren Soldaten in Umlauf gebrachte „Marinedienstvorschrift“ und die Schrift von Dr. WOHLFAHRT: „Krankheit rettet“, die beide Anleitungen zu Selbstbeschädigung bzw. Simulation enthalten, und nach allgemeiner kurzer Besprechung vorkommender Fälle in der inneren Medizin, werden 2 selbstbeobachtete Fälle näher beschrieben: a) Aufnahme von Tuberkulosebacillen-Sputum eines Mitkranken in den Mund und dann Entleerung in Gegenwart einer Krankenschwester. b) Beibringung von ausgedehnten Unterhautblutungen an Haut und Gliedmaßen, aber nur dort, wo die 35 Jahre alte, schwer psychoneurotische Patientin leicht hinkommen konnte.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**Inge Baader:** Bedeutsame psychische und soziale Ursachen des Selbstmordes bei Kindern und Jugendlichen. [54. ordentl. Vers., Dtsch. Ges. f. Kinderheilk. u. Dtsch. Vereinig. f. Jugendpsychiatr. e. V., Essen, 9. IX. 1954.] Mschr. Kinderheilk. 103, 55—56 (1955).

Verf. richtet in diesem — nicht eben gründlichen und nicht eben systematischen — Kongreßvortrag ihr Augenmerk vornehmlich auf Milieuschäden, Familienzerfall, Störungen im Lebenskreis (Elternhaus, Schule, Beruf): von ihren 76 Jugendlichen (46 Jungen und 30 Mädchen), die 1949 und Anfang 1950 in Nordrhein-Westfalen Selbstmord begangen hatten, kamen 80% aus gestörten Familien (unvollständig, Stief- und Adoptivbeziehungen, Trennungen usw.); eine entsprechende Struktur oder gar „Disposition“ wird vorausgesetzt. Geisteskrankheit fand sich — verständlicherweise — nur 3mal; viel öfter waren Psychopathien, für die 7mal eine erbliche Belastung (Alkoholismus; Selbstmorde — diese doch wohl eher ein Moment des Milieuschadens; Ref.) nachweisbar war. Deutlich vermehrt war die Selbstmordhäufigkeit bei Flüchtlingskindern (Mangel an Geborgenheit und Liebe). Für alle Bemühungen und Selbstmordverhütung ist die Prognose nicht gut; man sollte den Milieugeschädigten besondere Aufmerksamkeit zuwenden, und besonders nach Scheitern eines Selbstmordversuches muß tatkräftig geholfen werden.

DONALIES (Eberswalde)<sup>100</sup>

**F. v. Tischendorf und O. Lassally:** Krankenanstalten und Verkehrslärm. Ergebnisse einer Umfrage. [Dtsch. Arbeitsring f. Lärmbekämpfung, Dortmund.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 107—112 (1955).

**E. Schütz:** Hirnstromkurve und Fahrtauglichkeit. [Phys. Inst., Univ., Münster.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 96—99 (1955).

**Herbert Junghanns:** Wirbelsäulenschäden und Benutzung von Kraftfahrzeugen. [Evang. Krankenh., Oldenburg/Oldbg.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 106 (1955).

**K. Luff:** Über die Verkehrssicherheit von körperbehinderten Kraftfahrern. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Frankfurt a. M.] Öff. Gesdh.dienst 17, 287—292 (1955).

Von verschiedener Seite wurde die Beobachtung gemacht, daß Körperbehinderte als Kraftfahrer auffallend wenig Unfälle verursachen, obgleich — nach den Verhältnissen in Frankfurt a. M. — schätzungsweise 2,5% aller zugelassenen Kraftfahrer körperbehindert sind. Offenbar gleicht ein Körpergeschädigter unter Vermeidung jeglichen Risikos durch besondere Vorsicht seine

Leistungsminderung aus. Fällt unter enthemmender und die Kritikfähigkeit herabsetzendem Alkoholeinfluß diese Kompensation fort, so bekommen die Körperschäden besonders schweres Gewicht. Da Kritikminderung und Herabsetzung des Persönlichkeitsniveaus schon frühzeitig eintreten, dürfte die Grenze dessen, was man an Blutalkoholgehalt bei Körperbehinderten noch eben verantworten kann, bei 0,8% — also niedriger als sonst üblich — liegen, wenn auch jeder Fall individuell beurteilt werden muß.

RAUSCHKE (Heidelberg)

**Berthold Mueller: Epilepsieähnliche Anfälle als Ursache von Verkehrsunfällen.**  
Z. Verkehrssicherheit 2, 500—503 (1955).

Obwohl epilepsieähnliche Anfälle bislang als verhältnismäßig seltene Ursache für Verkehrsunfälle bekannt geworden sind, wird über 3 derartige Fälle berichtet. (1. Früherer Opernsänger, als Epileptiker auch seiner Familie bekannt, fährt seinen Wagen in den Neckar, wobei er, seine Frau und 2 Kleinkinder ertrinken. 2. 25 Jahre alter Motorradfahrer litt nach hausärztlicher Beobachtung an Absence; fährt ohne ersichtlichen Grund gegen eine Mauer und stirbt an Schädelbruch. 3. Taxifahrer, der mehrfach wegen eigenartiger Anfälle in stationärer Behandlung gewesen und auf seine Ungeeignetheit für seinen Beruf hingewiesen war, überfährt gut erkennbaren Weichenwärter.) — Es wird eindringlich auf die Schwierigkeit der Pflichtkollision für den behandelnden Arzt und auf die Bestrebungen des wissenschaftlichen Beirats beim Präsidenten des Deutschen Ärztetages hingewiesen, deren Verwirklichung aber wohl noch leider „eine gewisse Zeit“ dauern wird.

JUNGMICHEL (Göttingen)

**H. Ganter: Einäugige als Kraftfahrer.** [Inst. f. Sicherheit in Bergbau, Industrie u. Verkehr, Techn. Überwachungs-Verein e. V., Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 99—106 (1955).

Undurchsichtige Teile des Fahrzeuges schaffen größere tote Blickwinkel. Der äußere Rückspiegel sollte am vorderen Kotflügel 50—70 cm von Steuerradmitte angebracht werden, damit er möglichst weit innerhalb des Blickfeldes liegt (auch bei Gesunden! Ref.). Der Krümmungsradius des Außenspiegels sei nicht zu klein, weil die Verkleinerung des Bildes die Entfernungsabschätzung erschwert. — Das Entfernungsschätzen ist zumindest anfangs unsicher und bessert sich innerhalb von 2 Jahren. Nach 1 Jahr sollte die Fahrerlaubnis nur nach ausführlichen Prüfungen erteilt werden. — Dunkelanpassung ist vermindert, Blendempfindlichkeit erhöht, Sehschärfe und Kontrastempfindung unter Blendwirkung sind im Straßenverkehr oft stärker vermindert als im Laboratoriumsversuch! Die Dunkelanpassung sinkt auf etwa 75% der binocularen Leistung. Jede Verminderung der Leistung erschwert die Situation. Ein Grenzwert für Blendung oder Dunkeladaptation, der im Straßenverkehr noch tragbar wäre, kann nicht angegeben werden. Die Gefährdung ist auch hier von psychischen Qualitäten abhängig. — Alkohol kann die optischen Funktionen schon in relativ kleinen Mengen stark beeinträchtigen. Ein Einäugiger sollte deshalb in der Zeit der Fahrbereitschaft völlig abstinent sein. — Ein internationaler ophthalmologischer Kongreß rät, die Fahrerlaubnis für Privatkraftwagen zu erteilen, wenn die Sehschärfe des erhaltenen Auges mindestens 0,8 beträgt und die Gesichtsfeldgrenzen im Perimeter normal sind, und zwar 1 Jahr nach Verlust des Auges. Ein anderes Gremium lehnt die Neuerteilung von Führerscheinen für Fahrzeuge mit einem zulässigen Höchstgewicht über 3500 kg an Einäugige ab. Der zuständige Minister von Nordrhein-Westfalen empfiehlt, Einäugige als Führer von Omnibussen und Taxen nicht zuzulassen. Dies ist in der Schweiz untersagt; dort dürfen von Einäugigen nur private leichte Wagen und Motorräder gefahren werden (aber auch nur bei Mindestsehschärfe 0,8! Ref.), in offenen Wagen nur mit nicht anlaufenden Brillen zum Schutz gegen Fremdkörper.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Ludwig Prokop: Sauerstoff gegen Übermüdung?** [Inst. f. Leibeserziehung, Univ., Wien.] Zbl. Verkehrs-Med. 1, 85 88 (1955).

Von rein theoretischen Überlegungen ausgehend, daß Sauerstoff in Ruhe eingenommen weder entmüdet noch leistungssteigernd wirken kann, wurden Fahrradergometerversuche mit Sauerstoffgaben durchgeführt. Nur bei O<sub>2</sub>-Gabe während der Leistung konnte gemessen an der Rationalisierung der Kreislaufarbeit eine Leistungsverbesserung festgestellt werden, die bei 30% O<sub>2</sub>-Gabe 3,8%, bei 40% O<sub>2</sub> 5,4% und bei 50% O<sub>2</sub>-Inhalation 7,9% betrug. Eine raschere Entmüdung oder eine Leistungsverbesserung nach vorheriger O<sub>2</sub>-Gabe konnte nicht festgestellt werden. Im Hinblick auf eine trügerische Euphorie, die über den tatsächlichen Ermüdungszustand hinwegtäuscht, und damit unfallauslösend werden kann, wird von einer Sauerstoffgabe vor allem bei ermüdeten Kraftfahrern entschieden abgeraten.

PROKOP (Bonn)