

## Referate

### Allgemeines, einschl. Verkehrsmedizin

● **Antonio Cazzaniga: Criteriologia medico-forense.** Relazione al XVI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina Legale e delle Assicurazioni. (Monogr. d. Medicina Legale e d. Assicurazioni. Nr. 1.) (Gerichtlich-medizinische Kriterienlehre. Referat anlässlich des Nationalkongresses der Italienischen Gesellschaft für Gerichtliche und Versicherungsmedizin.) Pavia: Soc. Editrice Pavese 1960. 116 S. Geb. Lire 2000.—.

In diesem 1. Beiheft zu der neugegründeten „Rivista di Medicina Legale e Legislazione Sanitaria“ legt Verf. allgemeine Erwägungen über die *Sicherheit* gerichtlich-medizinischer Begutachtung vor. Eine Auswahl aus den Kapitelüberschriften mag einen Begriff von dem Inhalt geben: „Wahrheit, Sicherheit, Beweis“, Kriterien der „Vernunftgemäßheit“, „Gewißheit“, „Möglichkeit“ und „Wahrscheinlichkeit“, „Relativität“, Kriterien der „Analogie“, der „Quantität“ und der „Normalwerte“, der „Autorität“ und des „Experiments“, „Die Hypothese in der gerichtlichen Medizin“ usw. Naturgemäß berührt die von tiefem Verantwortungsgefühl getragene Erörterung immer wieder erkenntnis- und allgemeine wissenschaftstheoretische Fragen in dem Bemühen um das „Factum“ und das „Verum“. Die Monographie — Frucht einer jahrzehntelangen Beschäftigung des Autors mit einem Fundamentalproblem der gerichtlichen Medizin — enthält ferner grundsätzliche Betrachtungen über die Beziehung Richter—Sachverständiger und über das Verhalten des Gutachters gegenüber dem Prozeßmaterial. Sie faßt in ihrem Schlußwort als die vornehmsten Pflichten des medizinischen Sachverständigen zusammen: „Kritik“ und „Selbstkritik“.

SCHLEYER (Bonn)

● **Reinhold Reiter: Meteorobiologie und Elektrizität der Atmosphäre.** (Probleme d. Bioklimatik. Begr. von F. LINKE †, B. DE RUDDER, F. RUTTNER. Hrsg. von B. DE RUDDER, F. RUTTNER u. F. STEINHAUSER. Bd. 6.) Leipzig: Akad. Verlagsges. Geest & Portig 1960. XII, 424 S., 135 Abb. u. 60 Tab. Geb. DM 48.—.

Nach einer Einführung in die Probleme und Erörterung der Natur, Eigenschaften und Wettergebundenheit der Indicatorelemente beschreibt Verf. die meteorobiologischen Untersuchungen auf der Grundlage atmosphärisch-elektrischer Indicatorelemente. Es wird der Nachweis erbracht, daß ein überzufälliger Zusammenhang zwischen Häufigkeit und Intensität von Amputationsschmerzen einerseits und des luftelektrischen Feldes andererseits besteht. Amputationsschmerzen werden in erster Linie durch solche Wettersituationen ausgelöst, die durch turbulente Vorgänge am Beobachtungsort selbst oder in dessen unmittelbarer Umgebung gekennzeichnet sind. Hierzu gehören Schauerlagen, Gewitter, Passagen aktiver Kaltfronten und labiles Aufgleiten. Ein merkliches zeitliches Voreilen der Schmerzen vor dem Geschehen konnte nicht festgestellt werden. Bei biologisch günstiger Wetterlage gehen die Schmerzen auf fast Null zurück. Andere Umwelteinflüsse spielen praktisch keine Rolle. Die Schmerzen im Gebiet von Amputationsnarben und Phantomgliedern sind demnach echte Wetterschmerzen. Hirnverletzte sind dagegen wettervorfühlig (meteorologische Fernwirkung), betrachtet mit Bezug auf das meteorologische Hauptereignis. Zwischen Schmerzeinsatz und meteorologischem Hauptereignis liegen Latenzzeiten von 6—24 Std. Der zeitliche Schwerpunkt der Beschwerden Hirnverletzter liegt in der Phase des Aufbaues und der Reifung des meteorologischen Hauptprozesses. Beschwerden bei inneren Krankheiten häufen und verstärken sich, wenn labile Schichtung der Atmosphäre überwiegt. Meist handelt es sich um eine ausgeprägt cyclonale Wetterlage mit starker Turbulenz. Warme und feuchtwarme Luftkörper fördern die Poliomyelitis und umgekehrt kalte und kalt-trockene Luftkörper vermindern die Erkrankungsneigung. Das nicht kompensierte Nervensystem wird von der Wetterwirkung besonders hart getroffen (vegetative Dystonie). Die Grenze der Anpassungsfähigkeit des Organismus kann dabei leicht überschritten werden. An gestörten Tagen werden um rund 6% mehr Kinder geboren als an ungestörten Tagen. Den ersten Tagen von Störungsperioden kommt immer das Hauptgewicht bezüglich

meteorologischer Wirkung zu. Ein Einfluß des Alpenföhns auf die Geburtenhäufigkeit ist nicht festzustellen. An Tagen mit biotropen Wetterlagen liegt die Todeshäufigkeit um 20—25% höher als an Tagen mit biologisch günstigen Wetterlagen. Das Maximum der Todesziffer bringt immer schon der 1. Tag einer biotropen Wettersituation. Der größte Teil der Menschheit zeigt eine Wirkung des Wetters auf die Reaktionszeit. Keineswegs sind es Wetterlagen, deren Wirkungen sich mit Verschlechterung von Straßenzustand oder Sicht erschöpfen. Niederschlag, Nebel, Frost usw. sind nicht nötig. Vielmehr handelt es sich um großräumige Wetterprozesse, und zwar in erster Linie um cyclonale und cyclogenetische Prozesse, die mit hoher Labilitätsenergie verbunden sind, ferner um Troglagen, labile Aufgleitprozesse und verwandte Vorgänge, während großräumige, anticyclonale Lagen die Unfallziffer unter den Durchschnitt absinken lassen (Wetterabhängigkeit des Verkehrsunfalles). Die Betriebsunfallsteigerung an den biotropen Tagen (wichtig der 1. Tag oder Schub) gegenüber den Tagen mit biologisch günstigen Wetterlagen beträgt 20—25%. Es besteht eine dynamische Beziehung zwischen Wetter und Reaktionslage des Menschen. Anpassung in kurzer Zeit ist möglich. Der Wettereinfluß vor der Einfahrt löst beim Bergmann auf dem Wege einer Verminderung des Reaktionsvermögens eine erhöhte Unfallbereitschaft aus, die nicht sofort verschwindet, wenn der Mensch sich den weiteren Zugriffen des Wetters völlig entzieht. Der Föhn setzt sich aus einer ganzen Anzahl charakteristischer Züge zusammen. Lediglich die extremen Feldschwankungen während Föhntyp II in Gebirgsnähe sind als auffallende Besonderheit zu werten (in meteorobiologischer Hinsicht). Es gibt auch einen Einfluß des solaren Geschehens (Sonneneruptionen) auf biologische Vorgänge (über Beeinflussung des Wetters durch die Sonne). Strafrechtlich gesehen, kann eine biotrope Wetterlage niemals Grund sein, jemanden von seiner Sorgfaltspflicht zu entbinden oder diese einzuengen. Eine biotrope Wetterlage ist strafrechtlich nur dann von Bedeutung, wenn sie eine biologische Reaktion auslöst, die dem Sinne nach einer Bewußtseinsstörung gleichkommt. Konzentrationserschwerung und verminderte Reaktionsfähigkeit sind noch keine Bewußtseinsstörung. Sie wirken sich etwa wie eine Übermüdung aus, die auch nicht unbedingt zu Einschlafen (Bewußtlosigkeit) führen muß. Durch die deutlichen Symptome wird der Wetterföhliche genügend gewarnt. „Unfälle“ können organisch Defekte, vor allem des zentralen und vegetativen Nervensystems, Psychopathen, Psychoseuren und larvierte Psychosen sowie Wetterempfindliche („vegetativ Stigmatisierte“) sein. Ein meteorologischer Zusammenhang ist nur in besonders klaren, eindeutigen Fällen vom Gutachter zu bejahen, sonst größte Zurückhaltung! In der Wetterföhlichkeit darf nicht eine Entschuldigung für ein unentschuldigbares Verhalten gesucht werden. Worterklärungen und ein reiches Literaturverzeichnis beschließen das hochinteressante Werk.

RUDOLF KOCH (Coburg)

**L. Breiteneker:** Professor Dr. Anton Werkgartner zum 70. Geburtstag. Wien. klin. Wschr. 72, 381—382 (1960).

**Knud O. Møller:** Die Human-Gerichtschemie in Dänemark. Ihr Zweck, ihre Geschichte, Methoden, Ergebnisse und Zukunftsaussichten. Ugeskr. Laeg. 122, 271—277 (1960) [Dänisch].

Die gerichtschemischen Untersuchungen werden in Dänemark zentral im Pharmakologischen Institut der Universität Kopenhagen durchgeführt. Verf. schildert die derzeitigen Arbeitsverhältnisse um hervorzuheben, wie wesentlich ein baldiger Neubau und die Anschaffung neuer Apparate sind. — Es dauert oft recht lange, bevor die Resultate der gerichtschemischen Untersuchungen vorliegen. Es sei verständlich, daß die Obduzenten ein Analysenresultat bald nach durchgeführter Obduktion wünschen. Verf. wendet sich dagegen, daß die Obduzenten anderweitig „verkürzte“ chemische Untersuchungen durchführen ließen. Dabei werde wertvolles Untersuchungsmaterial verbraucht und die Resultate seien unsicher. Eine Zentralisierung der Untersuchungstätigkeit auf nur eine Stelle sei in Dänemark aus finanziellen Gründen und deshalb notwendig, um möglichst große Erfahrungen sammeln zu können. G. E. VOIGT (Lund)

**Paul Slezak:** Der Aufbau des öffentlichen Gesundheitswesens und der Sanitätsverwaltung in Österreich. Wien. klin. Wschr. 72, 329—331 (1960).

**E. Schröder:** Über Veränderungen des Längenwachstums bei der schulpflichtigen Jugend. Untersuchungen an 85000 Berliner Schülern. [Senatsverwaltg. f. Gesundh.-wesen u. Seminar f. Soz.-hyg. u. öffentl. Gesundh.-wesen, Freie Univ., Berlin.] Öff. Gesundh.-Dienst 22, 81—85 (1960).

**Yoshiaki Maeda:** Über die Akzeleration in Japan. [Psychol. Inst., Univ., Osaka.] Öff. Gesundh.-Dienst 22, 89—93 (1960).

**R. G. Carpenter:** Statistical analysis of suicide and other mortality rates of students. (Statistische Analyse der Selbstmordzahlen und anderen Todesfällen bei Studenten.) Brit. J. prev. Med. 13, 163—174 (1959).

Untersucht wurden alle Suicidfälle von Cambridge (heute 7300 „undergraduates“) innerhalb der letzten 35 Jahre im Vergleich zu den sonstigen Todesursachen (keine weitere Spezifikation) der letzten 10 Jahre. Die absolute Häufigkeit lag im Durchschnitt bei 23/100 000; eine Änderung im Laufe des Untersuchungszeitraumes ließ sich nicht nachweisen. Die Selbstmordrate ist etwas niedriger als in Oxford, aber eindeutig höher als bei 7 anderen britischen Universitäten. Im Jahresablauf war die Zeit der Examina bevorzugt. Im Vergleich zur übrigen Bevölkerung war die Mortalität sonstiger Ursache niedrig, während die Suicidhäufigkeit wesentlich über den Durchschnitt anderer sozialer Gruppen (etwa 6/100 000) liegt. Weitere Aufschlüsselung hinsichtlich Altersgruppen, Geschlecht, Nationalität, aber nicht nach Studienrichtung oder Selbstmordart.

BERG (München)

**Hichizo Kosuga:** Statistical studies on suicides in shiga prefecture. (Statistische Untersuchungen über die Selbstmorde in der Präfektur Shiga.) [Dept. of Leg. Med., Fac. of Med., Univ., Kyoto.] Jap. J. leg. Med. 14, 119—137 mit engl. Zus.fass. (1960) [Japanisch].

Es handelt sich um gründliche und kritische statistische Untersuchungen. Die in englischer Sprache verfaßte Zusammenfassung gibt folgende Resultate wieder: Die Selbstmordziffer in Orten mit Sehenswürdigkeiten (Fremdenbetrieb) war hoch. Die Arbeitsbedingungen und Familienverhältnisse beeinflussten die Neigung zum Selbstmord mehr bei Männern als bei Frauen. Der Gipfel der Selbstmordkurve im Alter von 20—29 Jahren war deutlicher ausgeprägt bei unverheirateten Personen. Es fiel auf, daß an einzelnen Orten nacheinander zahlreiche Selbstmorde vorkamen. Hier handelte es sich wohl nicht um Zufälle. Der Anteil dieser induzierten Selbstmorde lag ungefähr bei 10%.

B. MUELLER (Heidelberg)

**E. Friedhoff und H. D. Lehmann:** Erfahrungen über erste ärztliche Hilfe am Unfallort und auf dem Transport bei Schwerverletzten und Lebensbedrohten. [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 111—124 (1960).

**O. Just:** Wiederbelebung und Schockbekämpfung beim Unfallverletzten. [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Berlin, 7—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 100—110 (1960).

**K. H. Bauer:** Erste Hilfe am Unfallort und Erstversorgung Verkehrsverletzter nach Klinikaufnahme. [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 89—99 (1960).

Es wird mit besonderem Nachdruck auf die Vorzüge des fahrbaren Operationsaals hingewiesen. Außerdem wird betont, daß für die Erstversorgung in der Klinik eine vielseitige Ausbildung und eine vollständige Ausrüstung für alle Dringlichkeitsoperationen zu fordern sei.

PETERSOHN (Mainz)

**Werner Fuchs:** Zum Begriff und zum Tatbestand der „Reaktionszeit“. [Inst. f. Sicherh. in Bergbau, Industr. u. Verk. b. Techn. Überwachungs-Verein, Essen e. V.] Zbl. Verkehrs-Med. 5, 71—79 (1959).

Die sog. Reaktionszeit (RZ) sei bei Feststellung der Fahrtüchtigkeit und der Aufmerksamkeitszuwendung bei Unfällen Beteiligten wichtig. Der Begriff RZ sei aber noch nicht einheitlich festgelegt. Drei markante Punkte seien hervorzuheben: 1. Eintreten des Handlungsanlasses = P 1; 2. der äußere Beginn der Reaktionshandlung = P 2; 3. ihr Ende = P 3. Üblicherweise werden von den Gerichten als RZ und Bremsansprechbarkeitszeit der Zeitraum vom Eintritt der Wahrnehmungsmöglichkeit bis zum Wirksamwerden der Reaktionshandlung bezeichnet. Danach wird P 1 und P 2 als RZ gemeint, also die Zeit, die es dauert, bis die Reaktion beginnt.

Psychologisch sei die Reaktion kein automatischer, starr festgelegter Vorgang. Die vor der Reaktion bestehende Aufmerksamkeitslage entscheide weitgehend über Schnelligkeit und Richtigkeit der Reaktion. Verzögerungen treten dann besonders auf, wenn die Reaktionshandlung in eine, zum gleichen Zeitpunkt noch ablaufende Handlung eingebaut werden muß. Betont werden muß auch, daß die Reaktionshandlung zwar bewußt erlernt, aber im Laufe der Zeit automatisiert worden ist. Selbst bei ausgesprochener Gefahr verläuft die Reaktion selber nicht bewußt, wenn sie richtig erfolgt, lediglich trete das Bewußtsein in dem Moment ein, in dem die möglichen Folgen der Reaktionshandlung relativ klar in Erscheinung treten. Die Angaben über das erste Bewußtwerden markieren also frühestens den Beginn des äußeren Reaktionsvollzuges. Die zwischen Erkennbarkeit des Reaktionsanlasses und Beginn des äußeren Reaktionsvollzuges liegende Zeitspanne müsse eigentlich: Reaktionsauslösezeit heißen. Diese Zeitspanne werde aber bis jetzt unter dem Begriff Reaktionszeit verstanden. Aus praktischen Gründen soll man den Begriff Reaktionszeit als Abkürzung für Reaktionsauslösezeit beibehalten (P 1 bis P 2), für die Zeitspanne P 1 bis P 3 die Bezeichnung Reaktionsgesamtzeit wählen und für P 2 bis P 3 Reaktionsvollzugszeit. Dabei ist P 1 der Zeitpunkt, in dem der Reaktionsanlaß im äußeren Sinnesorgan des Reagierenden die Wahrnehmungsschwelle überschreitet und die Verarbeitung einsetzt, P 2 der Beginn der zielgerichteten Körperbewegung.

HANS-JOACHIM RAUCH (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**Carl Graf Hoyos: Über Motivationsprozesse beim Führen von Kraftfahrzeugen.** [Med.-Psychol. Inst. f. Verkehr, Bergb. u. Industr. E.V., Techn. Überwachungs-, Hannover.] Psychol. Rdsch. 10, 270—282 (1959).

Verf. bezeichnet die Dynamik der Gesamtmotivation eines Menschen als Motivationsprozesse, und untersucht ihre Bedeutung beim Führen von Kraftfahrzeugen. Es werden Ergebnisse tiefenpsychologischer Befunde vorwiegend amerikanischer Autoren angeführt, die ihre „Unfälle“ in 2 Gruppen einteilen: Menschen mit Selbstzerstörungstendenzen, die mit Hilfe von Tests aller Art ermittelt wurden, ferner andere Unfallverursacher, die tiefenpsychologisch und psychodynamisch erfaßt wurden.

G. BLOCH (Kirchheimbolanden)<sup>oo</sup>

**H. Schober: Frage der Fahrtauglichkeit vom Standpunkt des Ophthalmologen.** [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 44—47 (1960).

Wiedergabe der Richtlinien der Deutschen ophthalmologischen Gesellschaft und des internationalen ophthalmologischen Rates. Die Vorschriften über die Sehschärfe der Kraftfahrer sind bekannt. Wert wird gelegt auf ein intaktes Gesichtsfeld. Nur nach langer Gewöhnung an etwaige Gesichtsfeldausfälle darf der Führerschein wieder gegeben werden. Eine Farbenfehlsichtigkeit ist für den Eisenbahner bedeutender als für den Kraftfahrer. Sehr wichtig für den Kraftfahrer ist jedoch die Dunkeladaptation und die Blendempfindlichkeit. Auf die Apparaturen, mit denen diese Eigenschaften zu prüfen sind, wird hingewiesen. Vortragender hält es für richtig, wenn die einzelnen Arbeitgebergruppen für ihre Sparten unter Berücksichtigung der betreffenden Arbeitsbedingungen Richtlinien aufstellen würden.

B. MUELLER (Heidelberg)

**W. Stoll: Verwaltungsjuristische Gesichtspunkte zur Frage der Wiedererteilung des Führerscheins nach Entzug wegen Erkrankung oder Verletzung.** [23. Tag., Verh. Dtsch. Ges. f. Unfallheilk. Vers., Versorg.- u. Verkehrsmed., Berlin, 7.—8. V. 1959.] Hefte Unfallheilk. H. 62, 14—19 (1960).

Vortragender, Verwaltungsjurist in München, setzt sich mit den Schwierigkeiten auseinander, die die Verwaltungsbehörde bei der Wiedererteilung eines Führerscheins hat. Maßgebend ist meist das ärztliche Gutachten. Gerade der finanzkräftige Anteil derjenigen, die den Führerschein wieder haben wollen, hat die Möglichkeit, Gegengutachten beizubringen. Diese Gegengutachten müssen angenommen werden. Die Verwaltungsbehörde hat auch keine Möglichkeit, die Gutachter zu beenden. Manchmal ist die Entscheidung schwierig, ob dem Gegengutachter die Akten zugänglich gemacht werden sollen. Verf. ist mit der Tätigkeit der medizinisch-psychologischen Untersuchungsstellen zufrieden und wünscht deren Beibehaltung. Wenn Personen aus einem psychiatrischen Landeskrankenhaus entlassen werden und die Entmündigung aufgehoben wird, so ist es vielfach nicht möglich zu verhindern, daß sie wieder den Führerschein erhalten. Aus-schlaggebend ist hier das psychiatrische Gutachten.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Thea Schreck: Überprüfung der Arbeitszeit von Kraftfahrern.** [Gewerbeaufsichtsamt, Wiesbaden.] Zbl. Arbeitsmed. 10, 82—86 (1960).

Aus der Sicht des Gewerbeaufsichtsamtes wird darauf hingewiesen, daß nicht nur im Interesse der Verkehrssicherheit, sondern auch im gesundheitlichen Interesse der Berufskraftfahrer auf die Einhaltung der Bestimmungen der Arbeitszeitordnung (AZO) und der zugehörigen Ausführungsverordnung (AVAZO) für Kraftfahrer zu achten ist. Es wird eine für den verkehrsmedizinisch tätigen Gutachter lesenswerte Übersicht über diese Bestimmungen gegeben, die einschneidender sind als § 15a StVZO. Die strafrechtliche Verantwortung für die Einhaltung der Arbeitszeitschriften trägt der Arbeitgeber. Hinweise auf die Rechtsprechung, wonach die Zeit, in der ein Beifahrer in der dafür vorgesehenen Kabine schläft, arbeitszeitrechtlich und lohnrechtlich Arbeitsbereitschaft, also Arbeitszeit ist. H.-B. WUERMELING (Freiburg i. Br.)

**Antonio Ritucci: Aspetti medico-legali della lesività da incidenti stradali complessi.** (Gerichtsmedizinische Betrachtungen über Verletzungen bei komplizierten Straßenunfällen.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. 1, 322—338 (1959).

Verf. macht auf die jedem Gerichtsmediziner hinlänglich bekannten Schwierigkeiten aufmerksam, die bei Nachweis und Deutung von vitalen und postmortalen Unfallverletzungen entstehen können. Um so schwieriger ist die Frage zu beantworten, ob Verletzungen lediglich beim Zusammenstoß mit einem Fahrzeug oder zeitlich nacheinander durch mehrere Fahrzeuge entstanden sind. Verf. äußert den fast unerfüllbaren Wunsch, daß ein geschulter Arzt unmittelbar nach dem Unfall die Unfallsituation (Lage des Verletzten, Spuren z. B. von Reifenabdrücken in der Kleidung, Spuren auf der Straße bzw. am Unfallfahrzeug) besichtigen müßte, um in einem Gerichtsverfahren zusammen mit den pathologisch-anatomischen Befunden ein erschöpfendes Gutachten erstatten zu können. — Aus den rund 20 000 Sektionen des Mailänder Institutes greift er 9 Fälle (aus den Jahren 1938—1958) heraus, die aber nach ihrer Darstellung keine erschöpfliche Lösung der emphatisch aufgeworfenen Problematik bringen. Sie stützen sich vielmehr neben den anatomischen Befunden, unter denen man sorgfältige Untersuchungen der äußeren Verletzungen auf Schmutzteilen, Lack- oder Glassplitter vermißt, in ihren Schlußfolgerungen vorwiegend auf die Kenntnisse über den Unfallhergang. MALLACH (Berlin)

**Heinz Zeibig: Untersuchungen über die Unfälle der Urlauber in der Saison 1959 in den Ostseebädern Ahlbeck, Heringsdorf und Bansin.** [Chir. Abt., Krankenh. u. Poliklin., Seebad Heringsdorf.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 610—613 (1960).

Für die Urlaubsgäste der Seebäder auf der Insel Usedom ist in Heringsdorf eine chirurgische poliklinische Sprechstunde eingerichtet worden. Verf. berichtet über deren Frequenz. Am häufigsten wurde sie beansprucht wegen des Vorliegens von Prellungen und Distorsionen. Furunkel und Abscesse kamen verhältnismäßig häufig vor. Ebenso waren Wunden zu versorgen. Am häufigsten wurde die Sprechstunde in den Urlaubsmonaten Juli und August in Anspruch genommen. Bezüglich der Verteilung der Altersklassen zeigt die Kurve einen Gipfel für das Alter von 15—20 Jahren und einen weiteren kleineren Gipfel für das Alter von 50 und 51 Jahren. Die Badeunfälle sind in die Statistik nicht hineingekommen und werden einzeln dargestellt. Meist handelt es sich um den Badetod von Menschen, die irgendwie krank waren oder die von der Strömung abgetrieben wurden. Sektionsbefunde werden nicht mitgeteilt.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Béa J. van den Berg: Les problèmes des accidents chez les enfants aux Pays-Bas.** (Die Probleme der Unfälle bei Kindern in der Niederlande.) [Serv. de Santé, Inst. néerl. de méd. prév., Leyde.] Arch. belges Méd. soc. 18, 33—41 (1960).

Es wird herausgestellt, daß die durch Unfälle bedingten Todesfälle bei den Todesursachen der Kinder weit im Vordergrund stehen und betont, daß der Kampf gegen die Unfälle sich nicht nur in einer Kennzeichnung der Unfallursachen erschöpfen dürfe. An der Spitze stünden die Verkehrsunfälle. Es seien aber auch die Badeunfälle (Ertrinkungstod) als ein wichtiger Faktor herauszustellen, erst dann folgten die Unfälle durch Feuer, Verbrühung und aus anderer Ursache. Mit besonderem Nachdruck wird darauf hingewiesen, daß die beste Möglichkeit der Verhütung von Unfällen in einer Aufklärung der Eltern zu erblicken sei. PETERSOHN (Mainz)

**Marcel Graffar: La prévention des accidents dans l'enfance.** (Die Möglichkeiten der Vorbeugungsmaßnahmen zur Verhinderung von Unfällen im Kindesalter.) Arch. belges Méd. soc. 18, 59—65 (1960).

Das Problem wird als außerordentlich schwierig bezeichnet. Es sei vorwiegend durch entsprechende Beaufsichtigung zu lösen. Vor allem wird auf die Bedeutung der propagandistischen Maßnahmen zur Erfassung eines größeren Personenkreises hingewiesen. PETERSOHN (Mainz)

**A. J. Tuyns: La mortalité et la morbidité dues aux accidents chez les enfants, en Europe.** (Die tödlichen und lebensgefährlichen Unfälle bei Kindern in Europa.) Arch. belges Méd. soc. 18, 42—58 (1960).

Verf. gibt eine Zusammenstellung der tödlichen Unfälle in Europa, wobei Deutschland bezüglich der Verkehrsunfälle an der Spitze steht, während Portugal die größte Zahl der Gesamtunfälle aufweist. Bezüglich der Einzelheiten wird wegen der Vielzahl der Tabellen auf die Originalarbeit verwiesen. PETERSOHN (Mainz)

**Louis J. Santa-Maria, Sherwin J. Klein and Herbert R. Greider: The maintenance of thermal comfort in a full pressure suit at simulated altitude.** [Air Crew Equipment Laborat., Naval Air Material Center, Philadelphia.] [29. Ann. Meet., Aero Med. Assoc., Washington, 24. III. 1958.] Aerospace Med. 31, 288—295 (1960).

### Unerwarteter Tod aus innerer Ursache

● **Frank Schaub: Klinik der subakuten bakteriellen Endokarditis (Endocarditis lenta).** (Pathologie u. Klinik in Einzeldarstell. Hrsg. von R. HEGGLIN, F. LEUTHARDT, R. SCHOEN, H. SCHWIEGK, H. U. ZOLLINGER. Bd. 8.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. IX, 207 S., 8 Abb. u. 38 Tab. Geb. DM 49.60.

Während SCHOTTMÜLLER noch den Streptococcus viridans als Erreger der Endocarditis „lenta“ ansah, wissen wir heute, daß ein großes Spektrum unterschiedlicher Erreger das Bild der von „klassischen“ klinischen und morphologischen Veränderungen begleiteten, subakut verlaufenden bakteriellen Herzklappenentzündung verursachen kann. Die Krankheit ist somit keine ätiologische, sondern eine klinische Einheit. Die Streptokokken nehmen ätiologisch mit etwa 90% der Fälle immer noch eine dominierende Stellung ein. Die Antibiotica haben den früher jahrelangen, praktisch immer deletären Verlauf auf wenige Wochen reduziert, deshalb spricht man als Oberbegriff besser von „subakuter bakterieller Endokarditis“, lediglich für die durch Viridans-Streptokokken verursachte Endokarditis spricht Verf. von „Endocarditis lenta“. Durch die Antibiotica sei die Krankheit nicht nur in ihrem klinischen Erscheinungsbild modifiziert, sondern auch seltener geworden. Die subakute bakterielle Endokarditis betreffe heute etwa 1,2% eines kardiologischen, etwa 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> eines intermedizinschen Krankengutes und etwa 0,5% aller Leichenöffnungen. Dennoch gingen an ihr auch heute noch etwa 10% der Träger rheumatischer Vitien und etwa 5—10% der Träger kongenitaler Vitien zugrunde. Bei den 172 gesicherten Fällen des Verf. war der Erreger in 77% bekannt, in 23% ungewiß. In 80% der bakteriämischen Fälle wurden anhämolitische Streptokokken (mit oder ohne Vergrünung) und in 11% Enterokokken (Gr. D-Streptokokken) nachgewiesen. Unter den übrigen Erregern (Pneumokokken, hämolitische Streptokokken, Brucellen, Proteus usw.) seien vor allem die antibioticaresistenten Staphylokokken (5%) zu erwähnen. Die abakteriämische „Nachkriegsendokarditis“ wurde nicht mehr beobachtet. Bei anbehandelten Patienten ist der Erregernachweis schwierig. Fünf Kulturen reichen aus, um mit der Behandlung zu beginnen. Zahnherde, Extraktionen, Tonsillitis, Ektomie, Rhinopharynx, Verdauungs- und Urogenitaltrakt sind Ursprungsorte spontaner und jatrogenen Keimeinbrüche, letztere Lokalisationen haben aber geringere Bedeutung. In 12% fehlten Anhaltspunkte für eine vorbestandene Kardiopathie. In 67% prädisponierten rheumatische Herzfehler, in 11% kongenitale Vitien und in 10% Hypertonie, Aortensklerose, Myokardsklerose usw. zur bakteriellen Endokarditis. Unter den 116 rheumatischen Herzfehlern figuriert die Mitralinsuffizienz an erster Stelle, bei den Männern die Aorteninsuffizienz. Reine Mitralstenosen werden im allgemeinen nicht bakteriell besiedelt, ebenso wie der Allgemein- und kardiale Kompensationszustand der Endokarditis-Patienten vor