

H. Breining, F. C. Sitzmann und G. Heller: Akuter Luftmangel bei Kindern durch intralaryngeale Hämangiome. [Path.-anat. Inst. u. Kinderklin., Univ., Erlangen-Nürnberg.] Med. Welt, N. F. 19, 1667—1670 (1968).

In dieser Arbeit, die dem Pathologen in Erlangen, Prof. ERICH MÜLLER zum 65. Geburtstag gewidmet ist, berichten Verff. über 3 Fälle, bei denen Kleinstkinder von wenigen Wochen mit Atemnot und Stridor erkrankten. Die Tracheotomie brachte vorübergehende Erleichterung. Trotzdem ließ sich das Leben nicht retten. Ursache des Luftmangels war in allen 3 Fällen ein Hämangiom unter der Larynxschleimhaut.

B. MUELLER (Heidelberg)

Koki Iwanami, Toshio Irino and Yuji Hamamoto: An autopsy case of visceral herpes simplex in a neonatal infant. (Visceraler Herpes simplex bei einem Neugeborenen [Obduktionsbefunde].) [Dept. Path., Osaka Med. Coll., Takatsuki City, Osaka.] Bull. Osaka med. Sch. 14, 25—32 (1968).

2 Tage nach der Geburt wurde das Kind wegen schwerer Gelbsucht ins Krankenhaus eingeliefert. 4 Tage später fiel eine Lähmung des linken Armes auf. Der Ikterus wurde am 8. Tag des Klinikaufenthaltes geringer, nahm dann aber wieder an Intensität zu. Puls- und Atemfrequenz stiegen an, und 16 Tage nach der Aufnahme verstarb das Kind. Die 2 Std nach dem Tode vorgenommene Obduktion ergab einen Ikterus. Die 190 g schwere Leber sah gelblich-rot-braun aus, die normale Zeichnung war auf der Schnittfläche nicht mehr zu erkennen. Die Rinde beider Nebennieren war hämorrhagisch infarziert. An den Nieren war die Rinde nicht scharf vom Mark abgesetzt. Die Milz war vergrößert. An der Oberfläche der Lungen, deren Gewebe vermindert lufthaltig war, fielen kleine Blutungen auf. Auch in den Meningen lagen solche Blutungen. Die mikroskopische Untersuchung deckte in der Leber ausgedehnte hämorrhagische Nekrosen auf, an deren Rand nur eine geringe celluläre Reaktion zu beobachten war. In den Kernen der Leberzellen, die an die Nekrosen grenzten, sah man eosinophile Einschlüßkörperchen, die das Chromatin an den Kernrand verdrängt hatten. Im Cytoplasma wurden keine Einschlüßkörperchen gefunden. Die Nieren wiesen ausgedehnte degenerative Schäden der Epithelzellen, der Harnkanälchen auf und im interstitiellen Gewebe lagen extramedulläre Blutbildungsherde. Im Kern der Nebennierenrindenzellen wurden Einschlüßkörperchen nachgewiesen. Riesenzellen waren nicht vorhanden. Die Milzpulpa war von neutrophilen Leukocyten und Plasmazellen durchsetzt. Im Gehirn waren keine Zellnekrosen und keine Kerneinschlüßkörperchen vorhanden. Die Wand der Alveolen war verdickt, die Alveolen enthielten ein „hyalin-seröses“ Material. Durch elektronenmikroskopische Untersuchung konnten in den Kernen der Leberzellen und in den Kernen der Zellen der Nebennierenrinde Viren nachgewiesen werden, die zur Herpes-Virengruppe gehören.

ADEBAHR (Frankfurt a.M.)

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

K. Klein und E. Amman: Über die cephal Hämodynamik nach Schädel-Hirn-Traumen. [I. Med. Abt. u. I. Chir. Abt., Wilhelminenspit., Wien.] Mschr. Unfallheilk. 71, 129—137 (1968).

Die Autoren haben die von ihnen schon früher dargestellte Methodik der dynamographischen Erfassung der Blutdruck- und Pulswellengeschwindigkeit bei 71 Patienten angewandt und stellten Veränderungen der cephalen Durchblutung noch in 69 Fällen 1 Monat nach dem Trauma und in 65 Fällen innerhalb von 29 Monaten fest, wobei sie auf entsprechend normale Kontrollbefunde bei Kopfprellung verwiesen. In den meisten Fällen korrelierten die subjektiven Kopfbeschwerden mit den hämodynamisch erfaßten Störungen, jedoch fehlt eine detaillierte Aufschlüsselung insbesondere auch anderer Befunde, wie des EEG.

SEGER (Gießen)^{oo}

G. Adebahr und G. Schewe: Sekundärschäden bei Hirntrauma in der Area striata. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Frankfurt. 31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich., Versorg.- u. Verkehrsmed. e. V., Berlin, 8.—10. V. 1967.] Hefte Unfallheilk. H. 94, 261—263 (1968).

Kurze interessante Mitteilung über die Sekundärschäden bei Hirntraumen in der Area striata. Der Vicq-d'Azyrsche Streifen setzt der Ausbreitung des posttraumatischen Ödems oft eine

Schranke. So wird in der Abbildung auch eine laminäre Nekrose im Bereich des Occipitalhirns gezeigt, die im Gebiet der Vicq-d'Azyrschen Streifen aufhört. In einem relativ großen Untersuchungsgut von 1600 Fällen mit Schädeltraumen ist oft die Sehrinde ausgespart. Diese Sonderstellung beruht auf der Eigentümlichkeit der Vascularisation, und Verff. verweisen besonders darauf, daß nach STOCHDORF die Area striata von Venen drainiert wird, die an das System der Zisternenvenen angeschlossen sind, während das Blut aus den angrenzenden Arealen über Hirnmantelvenen zum Längs- und Querblutleiter abfließt. Isolierte weiße Erweichungen können auf einer Abklemmung des Calcarina-Astes der A. cerebri posterior am Tentoriumschlitz beruhen. Im Überlebensfall führen die Sekundärschäden der Sehrinde zu ophthalmologischen Ausfällen, besonders in der Form der homonymen Hemianopsien unter Aussparung der Macula. Es wäre eine ausführliche Darstellung zu wünschen.

B. OSTERTAG (Tübingen)^{oo}

F. Stimmel: Die Bedeutung der Ohrblutung und des Hämatotympanons bei Schädelbasisfrakturen. [Unfallchir. Abt. Städt. Krankenh. Friedrichshain, Berlin.] Mschr. Unfallheilk. 71, 89—94 (1968).

Auf Grund der bekannten statistischen und klinischen Angaben (bei Verkehrsverletzungen ist in 40—48% der Schädel verletzt, 70% aller Verkehrstoten sterben direkt oder indirekt infolge von Schädelverletzungen usw.) wird die Bedeutung der sicheren klinischen Diagnostik einer Schädelfraktur herausgestellt. Speziell behandelt werden die Schädelbasisbrüche (19,2% frontobasal, 72,3% laterobasal, 8,5% kombiniert) an Hand von 130 eigenen Beobachtungen: Ohrblutung 69mal, positiver Röntgenbefund 64mal, Hämatotympanon 29mal, Blutung aus der Nase 27mal, Brillenhämatom 21mal, Liquorrhoe 19mal. Dabei hatten nur 20 von 105 Patienten mit laterobasalen Faktoren positive Erströntgenbilder. Bei weiteren 30 Patienten konnten Spezialaufnahmen die Frakturlinien nachweisen. 87 Patienten dagegen hatten eine Ohrblutung, ein Hämatotympanon oder beides, also klinisch leicht nachweisbare Zeichen. Das Hämatotympanon kann auf der Gegenseite einer Ohrblutung oder aber auch einige Tage nach der Ohrblutung durch Verklebung des Trommelfelldefektes auf der gleichen Seite auftreten. Schließlich war das Hämatotympanon in 13,3% das einzige Zeichen, das auf eine laterobasale Fraktur hinwies.

GOLDHAHN (Leipzig)^{oo}

Marian Sosnierz and Kazimierz Czyzewski Jr.: The pathomorphology of the lungs in experimental thoracic trauma in dogs. I. (Die Pathomorphologie der Lungen nach experimentellen Thoraxverletzungen bei Hunden. Teil I.) [Chair Path. Anat., I. Surg. Clin., Silesian Med. Acad., Zabrze.] Acta med. pol. 9, 47—49 (1968).

Nach den Kopfverletzungen stellen die Thoraxverletzungen die zweithäufigste Todesursache nach Traumen dar. Ausgedehnte Frakturen des Brustkorbskeletes führen zu respiratorischen Störungen. Als Resultat ist eine Abnahme der respiratorischen Kapazität der Lungen mit einer Beeinträchtigung des Gewebstoffwechsels zu sehen. Es sammelt sich Schleim, Eiter in den Bronchien an, oft gleich nach dem Trauma. Infolge der Konstruktion der Pulmonalgefäße entsteht eine Lungenhypoxie und es kommt zur Transsudation von wäßriger Flüssigkeit in das Lungenparenchym. Auf die Schwierigkeit der therapeutischen Probleme wird hingewiesen.

E. MÜLLER (Leipzig)

Marian Sosnierz and Kazimierz Czyzewski Jr.: The pathomorphology of the lungs in experimental thoracic trauma in dogs. II. (Die Pathomorphologie der Lungen nach experimentellen Thoraxverletzungen bei Hunden. Teil II.) [Dept. Path. Anat., Silesian Med. Acad., Zabrze.] Acta med. pol. 9, 51—56 (1968)

Die experimentellen Lungenverletzungen wurden an 12 Hunden nach einer Überlebenszeit von 18—38 Std makroskopisch und mikroskopisch untersucht. 1 Std vor dem Experiment erhielten die Versuchstiere 0,80 mg/kg Körpergewicht Morphinum und 0,025 mg/kg Atropin. Anaesthesie i.v. mit Baytinal „Bayer“ in einer Menge von 50 mg/kg. Die Brustkorbverletzungen wurden nach der Methode von CARTER und GIUSEFFI gesetzt [J. thorac. Surg. 21, 5, 495 (1951)]. Die Ergebnisse des Experiments sind tabellarisch makroskopisch und mikroskopisch zusammengefaßt worden, u.a., stellten sich Hyperämien, Ödeme, Hämorrhagien und Atelektasen makroskopisch und Bronchitis, Hyperämie, hämorrhagische Nekrosen, Pleuritis und Pneumonie mikroskopisch dar.

E. MÜLLER (Leipzig)

Marian Sosnierz and Kazimierz Czyzewski Jr.: The pathomorphology of the lungs in experimental thoracic trauma in dogs. III. (Die Pathomorphologie der Lungen nach experimentellen Thoraxverletzungen bei Hunden. Teil III.) [Dept. Path. Anat., Silesian Med. Acad., Zabrze.] *Acta med. pol.* 9, 57—63 (1968).

Den Versuchstieren, 13 Hunde beiderlei Geschlechts und verschiedenen Alters, wurde in der postoperativen Phase 20 mg Cytochrom C, 50 mg Cocarboxylase i.v. sowie 10 mg ATP i.m. 2, 4, 14 und 24 Std nach Operationsende injiziert. Durch die Verabreichung der Chemikalien war die Zeit des Überlebens der Versuchstiere nach dem Trauma verlängert. Die Überlebensdauer der Versuchstiere betrug 38,3 Std im Durchschnitt, das waren 14,3 Std mehr als bei einer Kontrollgruppe. Die Verf. ziehen daraus den Schluß, daß durch die Beibringung von Biochemikalien der Stoffwechsel unterstützt wird, sie ersetzen aber keinesfalls eine Kausaltherapie. Makroskopische und mikroskopische Lungenbefunde sind tabellarisch wiedergegeben.

E. MÜLLER (Leipzig)

H. Schickedanz: Leberrupturen. *Wiss. Z. Univ. Jena, Math.-nat. Reihe* 16, 539—544 (1967).

Der rechte Leberlappen wird etwa 6—8mal häufiger von einer Verletzung betroffen als der linke, und die meisten Verletzungen liegen an der konvexen Seite. Die Leberkapsel kann zunächst intakt bleiben, dann aber sekundär einreißen, wenn sie dem zunehmenden Druck des unter die Kapsel gelangten Blutes nicht mehr standhält. Zentrale Leberrupturen führen nur selten zu einer sekundären Kapselruptur. Wird 3 Std nach Erleiden der Leberverletzung operiert, so versterben 33,3% der Verletzten, 90% versterben, wenn zwischen Trauma und Operation 24 Std vergangen sind. Es wird vor einer Retransfusion des Blutes, das sich in die Leibeshöhle entleert hat, gewarnt, da es Gallensäuren, Gewebsbröckel sowie Autolyseprodukte enthält und defibriniert ist. Häufigste Komplikation der Leberverletzung sind — von der Blutung abgesehen — die gallige Peritonitis, die Gallengangsfistel, das hepato-renale Syndrom sowie Leber-Pleura- oder Leber-Bronchus-Fisteln. Die Prognose der Leberruptur wird wesentlich von Begleitverletzungen mitbestimmt.

ADEBAHR (Frankfurt a.M.)

Reuchsel: Rupture de la vessie au cours d'un accident de la route. (Blasenruptur bei Straßenverkehrsunfall.) [Tribunal de Grande Instance, Lyon.] *Bull. Méd. lég.* 11, 154—155 (1968).

Autofahrer und Beifahrer können sich auf längeren Reisen gegen unfallbedingte Blasenruptur durch häufigere Blasenentleerung schützen. Mitteilung zweier Verkehrsunfälle, bei denen einmal der Fahrer, im anderen Falle die Beifahrerin infolge Einklemmung neben anderen Verletzungen Blasenrupturen erlitten. Wegen der zuerkannten IPP (Mann 65%, Frau 8%) wurden gerichtliche Begutachtungen veranlaßt. Musterprozeß 1953 in JEAN PAUZIN, *Guide théorique et pratique de la jurisprudence*, S. 66.

LOMMER (Köln)

P. Samimi, S. Weller und G. Kellner: Urologische Begleitverletzungen bei Unfällen. [Chir. Univ.-Klin., Freiburg i. Br.] *Msehr. Unfallheilk.* 71, 409—426 (1968).

J. Tourniaire: Maladies endocriniennes post-traumatiques. (Posttraumatische endokrine Erkrankungen.) [Clin. Endocrinol., Fac. Méd., Hôp. Antiquaille, Lyon]. *Méd. lég. Dommage corp.* 1, 39—48 (1968).

Es wird über die verschiedensten posttraumatischen endokrinen Störungen berichtet. Die Erkrankungen werden in 2 Gruppen abgehandelt. Die 1. Gruppe umfaßt diejenigen Veränderungen, bei denen aufgrund der Vorgeschichte und der anatomisch-klinischen Gegebenheiten an der traumatischen Genese kein Zweifel bestehen kann (häufig Diabetes insipidus). Zur 2. Gruppe werden diejenigen Erkrankungen, deren Pathogenese nicht völlig geklärt werden konnte, gezählt (vor allem Überfunktion der Schilddrüse und Diabetes mellitus). An Hand der vorliegenden Literatur und eigener Fälle werden Ätiologie, Pathogenese und Prognose der verschiedenen endokrinologischen traumatischen Erkrankungen eingehend erörtert.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

W. Hupfauer: Die Brüche der Eminentia intercondylica. [Chir. Klin., Univ., Düsseldorf.] Mschr Unfallheilk. 71, 35—42 (1968).

Die Brüche der Eminentia condylica sind seltene Verletzungen. Sie finden sich bevorzugt bei Kindern und Jugendlichen, die von Autos oder Motorrädern angefahren wurden. Die Verschiebung, die das abgesprengte Massiv erfährt, ist charakteristisch und kann in 3 Typen eingeteilt werden. Die Behandlung sollte vorwiegend konservativ sein, insbesondere bei Jugendlichen. Die Indikation zur Arthrotomie hängt vom Ergebnis der geschlossenen Reposition ab. Die Prognose der Verletzung ist bei Jugendlichen unabhängig vom Grad der Verschiebung gut bis sehr gut, beim Erwachsenen kann man sie als gut bis befriedigend ansehen.

KREBS (Heidelberg)^{oo}

L. M. Eidlin: Planctonic elements: their role in the diagnosis of drowning. (Die Bedeutung des Planktonnachweises für die Diagnostik des Ertrinkungstodes.) Sudeb-nomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 2, 18—21 mit engl. Zus.fass. [Russisch].

Ausgezeichnete kritische Übersicht über die Bedeutung des Planktonnachweises für die Diagnostik des Ertrinkungstodes. Die sowjetische und ausländische Literatur wird erschöpfend besprochen. Es wird betont, daß der Planktonnachweis eine wertvolle Methode bei der Feststellung des Ertrinkungstodes ist, und daß allein deswegen, weil auch bei Nichtertrunkenen Plankton nachgewiesen werden konnte, diese diagnostische Methode nicht vernachlässigt werden dürfe. Auf die durch verunreinigte Instrumente, Behältnisse und Reagenzien verursachten Fehldiagnosen wird besonders hingewiesen. Der Wert einer Methode von SWESCHNIKOW, der unter besonderen Vorsichtsmaßnahmen Flüssigkeit aus dem Innenohr entnahm und untersuchte, wird betont.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

W. T. Ulmer, J. Rehn, B. Rasche und F. Müller: Entwicklung, Ursache und Bedeutung der hypoxischen Stoffwechsellaage bei Verbrennungen. [Abt. f. Verbrennungskrankh. u. plast. Chir., Chir. Klin., Berufsgenossensch. Krankenanst. Bergmannsheil u. Inst. f. Lungenfunktionsforsch., West. Wilhelms-Univ. Münster, Bochum.] Klin. Wschr. 46, 945—953 (1968).

Verff. haben die Frage untersucht, wie rasch sich eine metabolische Acidose nach ausgedehnten Verbrennungen entwickelt und ob ihr eine prognostische Bedeutung zukommt. Bei 20 Patienten mit verschiedenem Schweregrad von Verbrennungen, teils verbunden mit schwerem Schockzustand, wurden im Laufe der Behandlung Milchsäure- und Brenztraubensäurekonzentration, sowie pH-Wert, Kohlensäuredruck und Sauerstoffpartialdruck in der Vena axillaris bestimmt. An Ergebnissen wurden zusammengestellt: Sofort nach einem Verbrennungsunfall entwickelt sich eine Lactacidämie mit pH-Verschiebung in den sauren Bereich. Zunächst ist Volumenersatz verlorener Flüssigkeit erforderlich, Alkalizufuhr muß jedoch für jeden Einzelfall diskutiert werden, da die Acidose den Zirkulationsstörungen des Schocks entgegenwirkt. Bei tödlich verlaufendem Schock ist die Lactacidämie besonders ausgeprägt und der Milchsäurebrenztraubensäurequotient sehr hoch. Bei Patienten, die die Schockphase überleben und später einer Allgemeininfektion erliegen, gibt Höhe und Verhalten des Milchsäure-, Brenztraubensäurespiegels und der Blutgaswerte im Vergleich zu den überlebenden keinen prognostischen Hinweis. Bei leichteren Verbrennungen ist die hypoxische Stoffwechsellaage weniger stark. Allerdings gibt der Sauerstoffpartialdruck häufig keinen sicheren Hinweis auf hypoxische Stoffwechsellaage. Eine Sauerstoffanreicherung der Atemluft ist immer angezeigt, eine Beatmung jedoch nur selten erforderlich, z.B. bei Hitzeschäden im Tracheobronchialbaum. Meistens kann man eine leichte Erhöhung des Kohlensäuredruckes nachweisen, die metabolische Acidose wird respiratorisch oft nicht ausreichend kompensiert. — Zusammenfassend sind Verschiebungen des pH-Wertes und Lactacidämie nicht immer Ursache eines schlechten klinischen Zustandsbildes, Schock und Verbrennungsfolgen bestimmen entscheidend das Schicksal des Patienten. (16 Abbildungen)

H. ALTHOFF (Köln)

Ronald N. Ollstein, Francis C. Symonds and George F. Crikelair: Recent advances in medicine and surgery. Current concepts of burn injury. II. [Div. of Plast. Surg., Harlem Hosp., Columbia-Presbyt. Med. Ctr., Columbia Univ. Coll. of Physicians and Surgeons, New York.] N. Y. St. J. Med. 68, 1381—1403 (1968).

E. G. Mayer: Über die Mitverantwortung des Klinikers bei manchen Strahlenschäden.
Wien. klin. Wschr. 80, 465—471 (1968).

Nicht nur der Radiologe, sondern alle Ärzte, welche eine Strahlenanwendung bei ihrem Patienten wünschen, können im Falle eines Strahlenschadens verantwortlich gemacht werden. In einem Sachverständigengutachten muß zunächst der Begriff „Strahlenschaden“ von den für die Gesundheit belanglosen Bestrahlungsfolgen (Bagatellschäden) abgegrenzt werden. Im Rahmen der therapeutischen Strahlenanwendung liegt nach Auffassung des Verf. dann ein Strahlenschaden vor, „wenn das Ausmaß der Bestrahlungsfolgen mit der Schwere der Erkrankung und der gegebenen Erfolgsaussicht nicht mehr im Einklang steht und dasselbe vermeidbar gewesen wäre.“ — Als zweiter Punkt des Gutachtens ist die Frage zu klären, ob die Strahlenanwendung indiziert war. Da der Patient vom behandelnden Arzt dem Radiologen zur Bestrahlung zugewiesen wird, haftet dieser nicht allein. Die Verantwortung trägt daher zum großen Teil der Kliniker. Der Radiologe kann und muß die Bestrahlung ablehnen, wenn bei der vorliegenden Erkrankung und den gegebenen Begleitumständen kein Erfolg oder eine Verschlimmerung zu erwarten ist. Schwierig ist die Situation, wenn sich an der Richtigkeit der klinischen Diagnose Zweifel ergeben, auf Grund welcher die Indikation zur Bestrahlung gestellt wurde. Man kann vom Radiologen dann verlangen, daß er bei einer Zuweisung durch den praktischen Arzt auf eine Untersuchung durch den Facharzt besteht. Überweist aber ein solcher, so ist er für dessen evtl. irrtümliche Diagnose nicht verantwortlich. Verf. fordert, daß der Patient nur mit einer schriftlichen, vom Arzt selbst unterzeichneten Zuweisung, die Diagnose, Status und das wichtigste aus der Anamnese enthält, zum Radiologen geschickt wird. Im dritten Punkt des Sachverständigengutachtens ist die nur den Radiologen angehende Frage zu beantworten, ob die Art der Bestrahlung hinsichtlich der Strahlenqualität richtig war. Schließlich ist im Gutachten zum wichtigsten Problem, nämlich wieso es zum Strahlenschaden kommen konnte, Stellung zu nehmen. Dabei ergeben sich zwei grundsätzlich verschiedene Möglichkeiten: 1. Es wurde keine übergroße Strahlendosis verabreicht, das bestrahlte Gewebe erfuhr jedoch eine zusätzliche Beeinflussung, d.h. es liegt ein Kombinationsschaden vor (relative Überdosierung). 2. Es ist bewußt oder unbewußt eine übermäßige Strahlendosis verabreicht worden. Ad 1. Der Kombinationsschaden — für viele Kliniker ein nicht geläufiger Begriff — entsteht durch jede zusätzliche mechanische, chemische, thermische oder aktinische Reizung des Gewebes und alles, was zu einer Stoffwechselsteigerung im bestrahlten Bereich führt. Das Vorliegen eines Kombinationsschadens ergibt die Mit- bzw. Alleinverantwortlichkeit des Klinikers. Kombinationsschäden können ferner durch Bestrahlung und Operation oder hinzutretende Entzündung im bestrahlten Bereich entstehen. Ad 2. Liegt als Ursache des Schadens eine absolute Überdosierung vor, so muß festgestellt werden, ob diese bewußt oder unbewußt geschehen ist. Es handelt sich dabei um eine radiologische, oft nur mit Hilfe eines physikalisch-technischen Sachverständigen zu klärende Angelegenheit. Ergibt sich aus den Bestrahlungsprotokollen, daß die vorgeschriebene Dosis zu hoch war, so liegt eine absolute Überdosierung infolge eines eindeutigen „Kunstfehlers“ mangels erforderlicher Kenntnisse vor (§ 356 StG). Bei der relativen Überdosierung kann der gleiche Vorwurf dem Kliniker gemacht werden, wenn er die Möglichkeit des Kombinationsschadens aus Unkenntnis nicht berücksichtigt hat, während dem Radiologen in solchen Fällen die ungenügende Aufklärung anzulasten ist. Treten aber im Verlauf einer Strahlenbehandlung Veränderungen mit schädigenden Auswirkungen für den Patienten auf und werden darauf nicht entsprechende Maßnahmen eingeleitet, so kann die Schuld beim Kliniker, beim Radiologen oder bei beiden liegen. Bei der unbewußten Überdosierung, die am häufigsten ist, ist der Radiologe nicht immer voll verantwortlich zu machen. Das trifft zu für Defekte am Gerät, die er mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln nicht rechtzeitig erkennen kann, oder wenn die Assistentin, bei welcher es sich um eine diplomierte radiologisch-technische Kraft handeln muß, den Apparat falsch geschaltet hat. Schließlich sollte das Gutachten des Sachverständigen nur das enthalten, was er auf Grund seiner Unterlagen weiß, nicht aber, was er nur vermutet. Die Wertung, d.h. die Feststellung der überwiegenden oder geringen Wahrscheinlichkeit usw., ist Sache des Richters.

WOLFF (Magdeburg)

Glenn C. Faith, Marvin N. Stein, Jude R. Hayes and Robert E. Stowell: Cellular effects of laser radiation. Light microscopic studies on injury of the mouse liver. [Armed Forces Inst. Path., Washington, DC.] Arch. Path. (Chicago) 86, 262—278 (1968).

A. M. Cimino and J. E. Debney: Distance of shot from discharge residues of rifled weapons. (Schußentfernungsbestimmung aus Pulverrückständen bei Büchsen.) [Chem. Div., Dept. Sci. and Industr. Res., Lower Hutt, N. Z.] J. forens. Sci. Soc. 8, 8—11 (1968).

Verwendet wird Na-Rhodizonat (Na-R) zur Pb-Bestimmung. Es wurde zunächst auf weißen Karton geschossen, dieser mit 5%iger HCl leicht besprüht, danach mit frisch bereiteter Na-R-Lösung (Konzentration nicht angegeben). Bei Vorhandensein von Pb entsteht eine Blaufärbung. Danach Trocknung bei etwa 55°. Bei Stoffen wird Abdruckverfahren angewandt. Karton wird mit HCl besprüht und mit dem Stoff in feste Berührung gebracht (ca. 1 min in Buchdruckerpresse). Danach wird der Karton wie oben mit Na-R behandelt. Bei KK-Gewehren (Patrone 5,6 fB) konnte so etwa bis 90 cm (3 ft) Pb nachgewiesen werden. Die Pb-Bilder bei 60 und 90 cm waren deutlich zu unterscheiden. SELLIER (Bonn)

Charles S. Petty and John E. Hauser: Rifled shotgun slugs. Wounding and forensic ballistics. (Flintenlaufgeschosse. Verwundungen und forensische Ballistik.) [Dept. Path., Indiana Univ. Med. Ctr, Indianapolis.] J. forensic Sci. 13, 114—123 (1968).

Diese Geschosse bestehen aus Blei, haben zylindrische Form, sind am Kopf kegelförmig oder rund und werden aus (glatten) Flintenläufen verschossen. Sie erhalten deswegen keinen Drall, ihre Treffleistung ist daher wesentlich geringer als die von Büchsenengeschossen. (Verf. irren, wenn sie meinen, die schräg am Mantel angebrachten Rippen würden dem Geschoß während des Fluges durch das Anblasen der Luft eine wesentliche Rotation erteilen. Die Rippen dienen vielmehr zum Erleichtern des Geschoßaustritts aus der Mündung bei einem Choke-Lauf.) Die Geschoßgewichte betragen je nach Kaliber 5,6 p (Kal. 410) bis 28 p (Kal. 12). Ballistische Daten (Energie und Geschwindigkeit in Abhängigkeit von der Mündungsentfernung) werden mitgeteilt. — 2 Fälle mit Geschossen vom Kal. 410 ($\varnothing = 10,2$ mm, $E_0 \approx 90$ mkp) werden beschrieben. In einem Fall wurden 3 (Nah-) Schüsse abgegeben. 2 Geschosse drangen ohne Knochenverletzung in den Brustraum, das 3. war ein Streifschuß durch die linke Brust, streifendes Austreten über Brustbein und Durchschuß durch die rechte Brust (Geschoß in Matratze gefunden). Alle 3 Geschosse waren erheblich deformiert. Die Filzscheiben (bei diesen Patronen insgesamt 4) wurden ebenfalls im Körper gefunden. Wundränder glatt mit Nahschußzeichen, Wundgrößen am Einschuß: 13×19 , 8×19 und 32×19 mm. Im anderen Fall (gleiche Patronen) Einschuß über Brust mit 13 mm \varnothing , glatte Wundränder. Schußkanal über Herz, Leber, Magen bis linke Niere. Zwei Bruchstücke des Geschosses in Pankreas und Niere, das dritte im linken M. ileopsoas. SELLIER (Bonn)

Colin Greenwood: Reloading ammunition for police use. (Wiedergeladene Munition für den Polizeigebrauch.) J. forens. Sci. Soc. 8, 3—7 (1968).

Fleißiges Übungsschießen scheitert oft an der zu teuren Munition. Verf. gibt eine kurzgefaßte Anweisung für das Wiederladen der abgeschossenen Patronen und macht eine Kostenrechnung dafür auf. Er zeigt, daß die wiedergeladene Patrone bei sorgfältiger Arbeit der fabrikgeladenen mindestens ebenbürtig ist. SELLIER (Bonn)

Vergiftungen

● **Fehldiagnose Trunkenheit.** Beiträge aus juristischer, gerichtsmedizinischer, pharmakologischer, internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Verkehrsmedizin in Bad Oeynhausen am 10. und 11. 3. 1967. Hrsg. von G. DOTZAUER und J. HIRSCHMANN. Stuttgart u. New York: S. K. Schattauer 1968. 136 S., 11 Abb. u. 11 Tab. DM 27.—.

Die Wahl des Themas war ein glücklicher Gedanke der Herausgeber; es handelt sich um ein Gebiet, zu dem die Vertreter der verschiedensten wissenschaftlichen Disziplinen Stellung nehmen müssen. 19 Vortragende haben sich an der Tagung beteiligt; wegen Platzmangel wird es nur möglich sein, Einzelheiten herauszugreifen. — Nach grundsätzlichen Ausführungen von W. DOTZAUER zum Generalthema äußerte sich Prof. D. OEHLER, Strafrechtler in Köln, zur Frage des Rechts der Polizeibeamten, insbesondere anscheinend sinnlos Betrunkene zu ihrem Eigenschutz und wegen der Gefährdung anderer in Gewahrsam zu nehmen; gelegentliche Fehl-