

## **Referate**

### **Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin**

- **Otto Lippross: Logik und Magie in der Medizin.** München: J. F. Lehmann 1969. 218 S. Geb. DM 22.—.

Verf. hat eine 22-jährige Erfahrung als praktizierender Arzt hinter sich und ist Fortbildungsbefragter in einem Ärztekammerbezirk. Bevor er Arzt der Praxis wurde, war er von den therapeutischen Erfolgen der streng naturwissenschaftlich orientierten Medizin enttäuscht. Er schloß sich dem Arbeitskreis um GROTE und BRAUCHLE an und war Teilnehmer der Gespräche zwischen Schulmedizin und Naturheilkunde in Dresden. Das vorliegende Buch war ursprünglich in den Jahren 1938 bis 1940 erarbeitet worden, in der Nachkriegszeit lag die Arbeit brach, sie konnte erst jetzt vollendet werden. Im einzelnen werden folgende Themen behandelt: Arzt und Arzttum, Wissen und Wünsche der Patienten, Gesundheit, Krankheit und Tod, naturwissenschaftlich fundierte Hochschulmedizin, physikalische Therapie und Naturheilkunde, magisches Denken und magische Heilkunde (Außenseiter, Homöopathen und Heilpraktiker), Aberglaube, Hexenwahn und Kurpfuscherei, Wissen und Glauben in der Ernährungslehre, Sozialmedizin (Verf. versteht darunter Arbeitsmedizin, Prävention und Rehabilitation), medizinische Ausbildung und ärztliche Fortbildung. Zum Schluß wird die Situation des niedergelassenen Arztes geschildert. Von Einzelheiten sei erwähnt, daß die Methoden der Naturheilkunde auch in ihren feineren Unterscheidungen geschildert werden. Das Wort Magie ist abgeleitet von der indischen Göttin Maya, die als mystisches Symbol ursprünglicher Fruchtbarkeit galt. Von Außenseitern werden die Homöopathen in ihren verschiedenen Schattierungen geschildert. Die Tätigkeit des Arztes wird von der des Heilpraktikers auch in juristischer Beziehung abgegrenzt. Bei medizinischem Hochschulstudium hält Verf. Seminare und das Einlegen von Kolloquia in das systematische Kolleg für sehr nützlich, er schildert die jetzt üblichen Weiterbildungsbestrebungen. Die Darstellung ist frei von jeder Tendenz, die einschlägigen Bestrebungen in der Medizin werden objektiv geschildert. Verf. stellt sich auf den Standpunkt, daß besonders der Arzt der Praxis auch als Persönlichkeit wirken muß. Rein naturwissenschaftliches Denken führt allein oft nicht zum Erfolg; Verf. läßt durchblicken, daß die Einstellung der Patienten sich geändert hat, der Kranke wünscht jetzt vielfach die Anwendung komplizierter diagnostischer Methoden, was früher in gleichem Maße nicht der Fall war. — Das Buch wendet sich nicht nur an Ärzte, sondern auch an Laien. Der Text ist so gehalten, daß er auch vom Nichtarzt verstanden wird. Auch der Kranke hat die Möglichkeit, sich in diesem Buch über therapeutische Methoden objektiv unterrichten zu können. Auch derjenige wird von dem Buch Nutzen haben, zu dessen Aufgaben es gehört, werdende Ärzte in Berufs- und Standeskunde zu unterrichten.      B. MUELLER (Heidelberg)

- **Garré-Stich-Bauer: Lehrbuch der Chirurgie.** 18./19. Aufl. neu bearb. von K. H. BAUER. Unt. Mitarb. von A. ENCKE, R. FREY, R. GEISSENDÖRFER, H. GEORG, E. GÖGLER, K.-H. GRÖZINGER, E. HOLDER, F. LINDER, B. LÖHR, H. OBERDALHOFF, W. PIOTROWSKI, H.-D. RÖHER, M. SCHWAIGER, K. SPOHN, H.-J. STREICHER, I. VOGT-MOYKOFF und S. WYSOCKI. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XXII, 1038 S. u. 727 Abb. Geb. DM 88.—.

Das bekannte und beliebte Lehrbuch ist als 18. und 19. Auflage von K. H. BAUER unter Heranziehung von 17 Mitarbeitern neu herausgebracht worden; die Mitarbeiter stammen meist aus seiner Schule, daher war es sicherlich leichter, differente Darstellungen und Überschneidungen zu verhindern; ließen sich Überschneidungen hin und wieder bei der Fülle des Stoffes nicht vermeiden, so finden sich entsprechende Hinweise. Der Stil wirkt durchaus einheitlich. Literaturhinweise wurden mit Recht vermieden, es entspricht der Erfahrung, daß sie für den studentischen Leser störend wirken. In der kurzen historischen Einleitung hebt der Hauptverf. hervor, daß die

Spezialisierung in der Chirurgie immer mehr fortschreitet, befürchtet durch die pathologische Physiologie und die Technik; man muß sogar darauf sehen, daß der neue Instrumentalismus und Apparativismus nicht zu einer Gefahr wird; an den Chirurgen tritt ein Höchstmaß ärztlicher Verantwortung heran, so auch bei der Entscheidung über Organtransplantationen. Als fast neue Gebiete sind hinzugekommen die Anaesthesiologie, einschließlich der Wiederbelebung (FREY, Mainz) und die Chirurgie des Herzens und der großen Gefäße (LÖHR, Kiel). Der Umfang des Werkes macht es unmöglich auf die Einzelgebiete einzugehen; Ref. muß sich begnügen, hier und da Einzelheiten hervorzuheben, die gerichtsmedizinisch von Interesse sind: Als Folge schwerer Verletzungen werden in klarer leicht verständlicher Darstellung der hämorrhagische, der traumatische Schock, der Operationsschock, die Ohnmacht und unter Berücksichtigung physikochemischer Erkenntnisse und Daten die Rückwirkungen von Traumen auf den Wassergehalt der Gewebe und auf die Bilanz der Elektrolyse dargestellt (F. LINDER, S. WYSOCKI u. A. ENCKE, Heidelberg). Das Brillen- und Monokelhaematom wird erwähnt als Folge einer Fraktur der Schädelbasis, allerdings nicht als Folge einer Blutung unter der Kopfschwarze. Es wird in recht verständlicher Form hervorgehoben, daß eine Commotio nicht vorliegt, wenn Bewußtseinsstörungen und Amnesie fehlen. Es ist wichtig, daß schon der erstbehandelnde Arzt diese Dinge schriftlich in seinen Aufzeichnungen festlegt; erst später oder erneut auftretende Bewußtseinsstörungen sprechen gegen eine einfache Hirnerschütterung, d.h. wohl eine Hirnerschütterung ohne nachfolgende andere traumatische Folgen, z.B. Blutungen im Inneren des Schädels (PROTBROWSKI, Heidelberg). Die Schleudererverletzung der Halswirbelsäule wird kurz als Folge eines Auffahrunfalles erwähnt, sie ist oft sehr schmerhaft, schwere Folgen sind nicht häufig (E. GÖGLER, Heidelberg, bekannt durch seine verkehrsmedizinischen Untersuchungen). Im Rahmen der Ausführungen über Thoraxchirurgie wird die Herz-Lungen-Maschine unter Beigabe vorzüglicher schematischer Abbildungen kurz beschrieben. Mitunter führt der operierende Chirurg auch einen künstlichen Herzstillstand herbei um besser operieren zu können; die zeitliche Ischämie-Toleranz des Herzens wird mit 45 min angegeben (LÖHR). Nach der vorliegenden statistischen, durch schematische Darstellungen sehr wirksam gemachte Darstellung wird sich ein Zusammenhang zwischen dem Auftreten von Bronchialkrebs und einem Zigarettenmißbrauch nicht mehr ableugnen lassen. Bei der Schilderung von Tibiafrakturen durch Auftreffen einer stumpfen Gewalt gegen ein Bein wird als Anlaß nur ein Tritt gegen ein Schienbein beim Fußballsport erwähnt, allerdings nicht die jetzt sehr häufig vorkommende Stoßstangenverletzung beim Anfahren durch einen Kraftwagen. — Dem Hauptverf. und seinen Mitarbeitern muß man zu dem gut gelungenen Werk herzlich gratulieren; nicht nur dem Studenten und dem jungen Arzt muß das Buch warm zum Studium empfohlen werden, sondern auch Vertretern von Spezialfächern zum Nachschlagen und wegen der Beziehungen zur Lehre von der Auslösung von Traumen insbesondere auch dem Gerichtsmediziner.

B. MUELLER (Heidelberg)

- **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN †. 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Ergänzungsbd. 1. 1. Hälfte. Lfg. 3. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1968. S. 465—652 u. 55 Abb. DM 45.—.

Die dritte Lieferung der ersten Hälfte des ersten Ergänzungsbandes bringt zunächst auf 109 Seiten eine Darstellung der Thrombose; sie ist verfaßt von dem damaligen Inhaber des Lehrstuhls für pathologische Anatomie an der Universität Gießen (W. SANDRITTER, jetzt Freiburg) und seinem Mitarbeiter G. BENEKE (jetzt Ulm). In flüssiger Sprache werden nicht nur die Morphologie und Histologie der Thrombosen dargestellt, sondern auch die Ergebnisse der experimentellen Pathologie und Biochemie. Nach einer historischen Einleitung gehen Verff. kurz auf die Leichengerinnung ein und zwar auch unter Berücksichtigung der gerichtsmedizinischen Literatur. Bei der Lektüre dieses Abschnittes (S. 478) gewinnt man den Eindruck, daß hier eine Weiterforschung erforderlich ist. Die Sanarelli-Shwartzman'sche Reaktion wird späterhin nach dem Stand unseres gegenwärtigen Wissens dargestellt und zwar unter dem Oberbegriff der Verbrauchskoagulopathie. Unter den disponierenden Faktoren für die Entstehung einer Thrombose werden besprochen anatomische Besonderheiten, so auch die Einengung von venösen Gefäßen durch Sehnen oder Knochenleisten, Alterserscheinungen, Wettereinflüsse, Konstitution und Ernährung, Operationen. Die geographische Pathologie der Lungenembolie wird auf einer Erdkarte dargestellt, die Prädispositionen arterieller Embolien an Hand eines Schemas. Nach einer Darlegung der Folgen der Thrombose (S. 555) gehen Verff. auch auf therapeutische Gesichtspunkte ein, sowie auf die morphologischen Untersuchungen, die zur Frage der Thrombose durchgeführt wurden. Die Ausführungen schließen mit folgenden, für den gegenwärtigen Stand der Forschung charakteristischen Sätzen: Während der Anstoß der Thromboseforschung von der klassischen Morphologie ausging,

sind die Erkenntnisse der letzten Jahre hauptsächlich durch Elektronenmikroskopie, Biochemie und Physikochemie gewonnen worden. Die künftigen Aufgaben bestehen in einer Korrelation der morphologischen, chemischen und physikochemischen Befunde und ihrer weiteren Vertiefung, um so zur Aufklärung des Krankheitsbildes Thrombose beizutragen. — Auf weiteren 50 Seiten wird die Arteriosklerose im Tierexperiment von W. W. MEYER, Mainz dargestellt. Er schildert die Ergebnisse von Versuchen am Kaninchen, Hühnern, Tauben, Hunden, Ratten, Affen, Schweinen und anderen Tieren. Der Reihe nach werden besprochen spontane Veränderungen und experimentell erzeugbare Veränderungen; sie wurden durch Cholesterin, bei manchen Tieren auch durch Östrogen-Behandlung erzeugt. Geschildert werden auch die Veränderungen, die bei experimentell erzeugtem Hochdruck zustande kamen. Abschließend vergleicht Verf. die experimentell erzeugten Veränderungen mit den an Menschen beobachteten. — Exakte Literaturverzeichnisse, wie auch sonst in allen Bänden des „Kaufmann“.— Die Lektüre dieser Lieferung ist nicht nur für den Pathologen und Gerichtsmediziner, sondern auch für die Kliniker, insbesondere für die Internisten und Chirurgen von erheblicher Bedeutung. Bei der Lektüre entstehen immer wieder Anregungen zum Aufwerfen weiterer Bearbeitungsthemen. Die Beschaffung muß warm empfohlen werden.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Das Lebensproblem und die Krankheit.** Stuttgart: Ernst Klett 1968. 206 S. Geb. DM 12.50.

Die RVO-Kassen sind gehalten (vgl. Veröffentlichung im Bundesanzeiger 180, vom 23. Sept. 67) bei Vorliegen von „Krankheit“, nicht aber bei Bestehen eines regelwidrigen Zustandes „tiefenpsychologisch fundierte und analytische Psychotherapie vollständig zu honorieren“. In den Richtlinien ist festgelegt, welche Mindestvoraussetzungen bei Patienten und Ärzten erfüllt sein sollen, insbesondere wird hierin darauf abgehoben, daß psychische Faktoren an der Entstehung und dem Fortbestehen der Krankheit verursachend mitwirken müssen, daß also eine „Neurose“, eine gegenwärtig wirksame Konfliktsituation besteht. Modi der Indikationsstellung, Überprüfung und Erfolgsbewertung psychotherapeutischer Interaktionen werden von W. LOCH detailliert aufgezeigt. — Vier Einzelarbeiten bringen dem Leser Grenzen u. Möglichkeiten psychotherapeutischen Vorgehens nahe, sie kennzeichnen insbesondere den kausalen Nexus dieser Behandlungsweise: Herausarbeitung des gegenwärtig wirksamen pathogenen Konfliktes, Verdeutlichung seines Determinanten, Erreichen einer Erlebniseinsicht u. Aufhebung der zugrundeliegenden Motivationen. Als Heilung wäre dann Verschwinden der störenden Lebensproblematik anzusehen. G. MAUCH berichtet über Psychotherapie bei Straffälligen, unter denen er gegenwärtig ca. 5000 für behandlungsbedürftig erachtet. Auswahlkriterien: Altersgrenze 40. Lebensjahr, angemessene Intelligenz, Willenskraft u. Belastbarkeit, Leiddruck und Änderungswunsch, Ziel: sozial unauffälliges Leben. Die Behandlungsergebnisse sind nicht ungünstig. Schwerpunkte der Behandlung sind die Schaffung von dauerhaften Bindungen, Überwindung allgemeiner Anpassungsstörung und Minderwertigkeitsgefühle, Entlastung und Auflockerung fixierter Verhaltensweisen. Sozialtherapeutische Anstalten werden konzipiert, die sich aus dem speziellen Agieren ergebenden administrativen Probleme, wie z.B. bei Übertragungen, werden diskutiert. G. MÖLLHOFF

● **Ethics in medical progress: with special reference to transplantation.** Edit. by G. E. W. WOLSTENHOLME and MAEVE O'CONNOR. (Ciba Found. Symposium.) (Die Ethik im Fortschritt der Medizin unter besonderer Berücksichtigung der Transplantation.) London: J. & A. Churchill 1966. X, 257 S. Geb. sh 42/—.

Der Zürcher Medizinhistoriker ACKERKNECHT hat schon 1967 vorausgesagt, daß „das Problem des Todes in der nächsten Zukunft die Gesamtheit der Mediziner wieder stärker beschäftigen wird.“ Durch die von BARNARD in Kapstadt eingeleitete Reihe der Herztransplantationen ist dieses Problem fast über Nacht auf der ganzen Welt hochaktuell geworden. Der Freiburger Gerichtsmediziner SPANN hatte 1966 die rechtlichen Probleme bei der Transplantation vor der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin für die deutschsprachigen Länder abgehandelt. Im gleichen Jahr hatte sich ein Symposium der Ciba-Foundation ausführlich mit der medizinischen Problematik befaßt. Die Referate und Diskussionen liegen jetzt unter dem obengenannten Titel gedruckt vor. Das Spektrum der Auseinandersetzung umfaßt u.a. die Frage nach der Dauer der Reanimation, die Problematik des Rechts der Eltern über die Annahme oder Zurückweisung einer Behandlung ihrer Kinder, den Schutz Minderjähriger, Debiler und Gefangener vor klinischen Versuchen, die Frage, wann es Umstände erlauben den Tod zu beschleunigen, die Indikationen zur Unterbrechung der Schwangerschaft und die Fragen, wann an einem gesunden Spender eine

verstümmelnde Operation zugunsten eines anderen ausgeführt werden darf. In einem Anhang des Buches ist eine Reihe von Dokumenten abgedruckt, die sonst nur verstreut greifbar sind: die 10 Punkte des Internationalen Nürnberger Gerichtshofes von 1947 zu medizinischen Experimenten an Menschen (The Nuremberg Code), die Deklaration der Weltärzteorganisation von Genf 1948, eine Modifikation des hippokratischen Eides, die Antwort von Papst Pius XII. auf Fragen der Reanimation 1957, das englische Transplantationsgesetz von 1961 (Human Tissue Act) das amerikanische Organ-Bank-Gesetz von 1962 (District of Columbia Tissue Bank Act) und die Deklaration der Weltärzteorganisation von Helsinki 1964 über medizinische Experimente am Menschen. — Da in den letzten Jahren die Diskussion nicht abgebrochen ist, seien über die Buchbesprechung hinaus die wesentlichen neueren Stellungnahmen medizinischer Gesellschaften zusammengestellt: im April 1968 hat eine gemeinsame Kommission der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie und für Anaesthesia und Wiederbelebung unter der Federführung des Heidelberger Chirurgen LINDEM Todeszeichen zusammengestellt, die den Gehirntod schon vor dem Aussetzen der Herzaktion beweisen. Der Beweis gilt nur beim gleichzeitigen Vorliegen der aufgezählten Erscheinungen über einen Zeitraum von 12 Std: 1. Bewußtlosigkeit, 2. fehlende Spontanatmung, 3. beidseitige Mydriasis und fehlende Lichtreaktion, 4. kontinuierliche isoelektrische Linie im EEG über 1 Std, 5. Fortbestand der Kriterien 1—3 und Wiederholung von 4 nach 12 Std. Als gleichwertig wird (II) der angiographische Nachweis eines intrakraniellen Kreislaufstillstandes von mindestens 30 min Dauer angesehen (z. B. durch das Carotisserienangiogramm nach TÖNNIS). Die moderne Reanimation erlaubt technisch eine lange Übergangszeit zwischen dem klinischen und dem biologischen Tod. Die internationale Konferenz über Herztransplantation in Genf hat im Juli 1968 daher ebenfalls einige Punkte zusammengestellt, die dem Arzt erlauben, die Irreversibilität in diesem Stadium nachzuweisen: 1. Verlust aller Reaktionen, 2. vollständige Reflexlosigkeit und Verlust des Muskeltonus, 3. fehlende Spontanatmung, 4. spontaner Abfall des arteriellen Blutdruckes, 5. absolut lineare EEG-Ableitungen. Im August 1968 hat dann die 22. Generalversammlung der Weltärzteorganisation in Sydney zur Festlegung des Todeszeitpunktes und der Verantwortlichkeit des Arztes Stellung genommen. Die Festlegung des Todeszeitpunktes fällt in die Verantwortlichkeit des Arztes. Der Arzt muß gewiß sein, daß der Prozeß irreversibel geworden ist. Es handelt sich dabei um ein klinisches Urteil, für das kein einzelnes technisches Kriterium völlig ausreichend ist. Als diagnostische Hilfe sei am besten das EEG geeignet. Die Feststellung des Todes bedürfe der Diagnose von mindestens 2 oder mehreren Ärzten, die in keiner Weise unmittelbar an einer beabsichtigten Transplantation beteiligt sein dürfen. — Die besondere Schwierigkeit der Diagnose erhellt daraus, daß partielle Funktionen des ZNS, z. B. die Spontanatmung, bei anhaltender irreversibler Bewußtlosigkeit wiederkehren können (apallisches Syndrom). Es sei abschließend darauf hingewiesen, daß auch die Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte ihre 105. Tagung im Oktober 1968 in Heidelberg mit einer Diskussion über Ethik und Medizin begonnen hat. Der Düsseldorfer Medizinhistoriker SCHADE-WALDT stellte in seinem Referat „Der Arzt vor der Frage von Leben und Tod“ die 2 paradigmatischen ärztlichen Verhaltensweisen heraus. Der Arzt Catos drängte die hervorquellenden Eineweide wieder in den Leib zurück und vernähte die Wunde. Cato, der auf seinem Recht zu sterben bestand, öffnete die Wunde wieder. Anders war die Hilfe, die Seneca von seinem Arzt erwartete. Er half ihm, auch den letzten Rest des Schierlingsbechers zu trinken. — Das Gesamtproblem wird in zunehmendem Maße auch im Gespräch zwischen der Theologie und der Medizin behandelt, in Bayern z. B. im Oktober 1968 in Alexandersbad, wo unter dem Titel „Was darf die Medizin?“ über die Gefahren der ärztlichen Manipulation mit Kranken gesprochen wurde. Auf der Round-table-Konferenz im November 1968 in Wien stellte SPANN fest: Obwohl im Recht an den Todes-eintritt enorme rechtliche Konsequenzen geknüpft sind, hat der Gesetzgeber auf die genaue Definition des Todes verzichtet und diese ausschließlich der Medizin überlassen. KREFFT

- D. J. Gee: **Lecture notes on forensic medicine.** (Abris der gerichtlichen Medizin.) Oxford and Edinburgh: Blackwell Scient. Publ. 1968. X, 268 S. u. 23 Abb. Geb. sh 25/—.

Verf. ist Senior Lecturer in Forensic Medicine in Leeds; — das vorliegende Büchlein ist aufgrund der Vorlesungen des Inhabers des Lehrstuhls für gerichtliche Medizin an der Universität Leeds, Prof. POLSON, verfaßt worden. Es ist für den deutschen Leser interessant, dem Buche entnehmen zu können, welche Anforderungen auf dem Gebiet unseres Faches an den Studenten der Medizin in Großbritannien gestellt werden. 92 Seiten beschäftigen sich mit der ärztlichen Gesetzes- und Standeskunde (Medico-Legal Aspects of Medical Practice). Die Tätigkeit des Arztes wird in England geregelt und beurteilt vom General Medical Council, der dem Parlament verantwortlich

ist. Es gibt ein Arztregister. Der Arzt soll sich insbesondere hüten vor der Anlegung von illegitimen Aborten, vor Ehebruch, vor Reklame, vor Sucht, auch muß die Zusammenarbeit mit anderen Ärzten geregelt sein. Von Verstößen gegen das Arztrecht werden hervorgehoben: grobe Nachlässigkeit in Diagnose und Therapie, Alkoholismus und Rauschgiftsucht, Ausstellung falscher Bescheinigungen und anderes. — Verstöße werden vor ein Disziplinarkomitee gebracht, das im schlimmsten Falle die Streichung aus dem Arztregister veranlassen kann. Die Formulare für die Aussstellung eines Totenscheines und einer Bescheinigung über eine Totgeburt werden wiedergegeben, es wird auch dargelegt, unter welchen Umständen der Coroner benachrichtigt werden muß. Es folgen Hinweise über das Verhalten des Arztes bei Geisteskrankheit mit Bemerkungen über Zurechnungsfähigkeit, über das Ehrerecht und über strittige Vaterschaft; hier werden die Vererbungsregeln der klassischen Blutgruppen wiedergegeben. Kein Mensch darf vom Arzt untersucht und behandelt werden, ohne daß er einwilligt; es gibt aber Ausnahmen: Routine-Untersuchungen bei der Einlieferung in ein Gefängnis sind duldungspflichtig, ebenso Untersuchungen auf Tuberkulose, Untersuchung der Ankömmlinge in Häfen und Lufthäfen, der Milchhändler und der Schulkinder, auch kann ein Gericht eine ärztliche Untersuchung anordnen. In besonderen Ausnahmefällen kann der Arzt von der Innehaltung des Berufsgeheimnisses abssehen, so bei ernster Gefahr, wenn er es für seine sittlische Pflicht hält, aber auch wenn das Gericht es anordnet. Im Rahmen der Unfallversicherung werden gewisse Regeln für Feststellung des Kausalzusammenhangs gegeben; dem Arzt wird geraten, bei dieser Beurteilung sehr sorgfältig zu sein. Es gibt in Großbritannien eine Giftgesetzgebung, deren Grundzüge dargestellt werden. Der Prozeßverlauf vor dem Gericht des Coroner, vor dem Straf- und Zivilgericht wird kurz geschildert, dem Arzt werden Ratschläge hinsichtlich seines Verhaltens und der Anrede des Richters gegeben. Auch in Großbritannien ist die Führung eines Kraftwagens unter Alkoholeinfluß ein Vergehen, es besteht nach der neuesten Gesetzgebung die 0,8% Grenze. Der Grad der Alkoholbeeinflussung kann geprüft werden durch Atem-, Blut oder Urinuntersuchung, eine dieser Untersuchungen muß geduldet werden. Unter dem Abschnitt Forensische Pathologie werden behandelt die Leichenerscheinungen einschließlich der Todeszeitbestimmung, die Untersuchung von Blutspuren, von Wunden, von Schußverletzungen, die Erstickung, der Ertrinkungstod (Diatomeennachweis im großen Kreislauf ist ein wichtiger Hinweis), Schädigungen durch physikalische Einflüsse, kriminelle Aborte und Kindestötung. Es folgen Richtlinien für die Identifizierung an Lebenden und an aufgefundenen Skelet-Teilen. Im Abschnitt Toxikologie werden allgemeine Richtlinien für Diagnose und Behandlung gegeben, die zum Mord geeigneten Gifte und die beim Selbstmord geläufigen werden kurz besprochen. Im Einzelnen werden die Vergiftungen nach ihren Symptomen geschildert, unter besonderer Berücksichtigung von Vergiftungen bei Kindern, weiterhin die Rauschgifte. — Die Ausführungen sind prägnant und eindeutig, der Stoff entspricht ungefähr dem, was auch in Deutschland vom Studenten verlangt wird. Die Lektüre des Buches ist für den deutschen Leser recht interessant, sie muß dringend auch denjenigen empfohlen werden, die in Deutschland studieren und deren Muttersprache die englische ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

- M. I. Avdeev: **Gerichtsmedizinische Expertise lebender Personen.** Handbuch für gerichtsmedizinische Experten und Ärzte anderer Fachgebiete. Moskva: Medicina 1968. 375 S., 82 Abb. u. 29 Tab. [Russisch]. Geb. R. 3.53.

Das erste Kapitel des Buches enthält die prozessualen Grundlagen der gerichtsmedizinischen Begutachtung lebender Personen, die Anlässe und Reihenfolge der Untersuchungen sowie einige Besonderheiten bei der Begutachtung (Anwesenheit dritter Personen, Akteneinsicht, Sicherung der Identität etc.). Im zweiten Kapitel wird die gerichtsmedizinische Untersuchung bei Körperverletzungen abgehandelt. Die Begriffe der gefährlichen und schweren Körperverletzung werden anhand von Fällen mit Abbildungen erläutert. In weiteren Abschnitten werden die Möglichkeiten der Bestimmung der bei den Körperverletzungen benutzten Instrumente, der Zahl der Gewalt-einwirkungen und der Zeit ihrer Bebringung sowie die Einschränkung der Erwerbsfähigkeit bei Verletzungen verschiedener Organe und Körperteile besprochen. Übersichtliche Tabellen und Beispiele sind beigelegt. Es folgt die Erläuterung verschiedener Begriffe bei der Begutachtung von Körperverletzungen und methodische Hinweise bei der Durchführung von Begutachtungen. In einem dritten Kapitel wird die Beurteilung der Einschränkung der Erwerbsfähigkeit und das Gutachten in Fällen von Selbstbeschädigung abgehandelt. Das vierte Kapitel beschäftigt sich mit allen Fragen, die die Feststellung des Geschlechtes, der geschlechtlichen Reife, der Fähigkeit zum Geschlechtsverkehr, der Zeugungsfähigkeit, der geschlechtlichen Unberührtheit, des Vorliegens einer Schwangerschaft, vorangegangene Aborte und Geburten zum Gegenstand haben. Das fünfte und letzte Kapitel schließlich ist der Feststellung des Lebensalters und der Begut-

achtung fraglicher Alkoholbeeinflussung gewidmet. Eine Übersicht über die in den verschiedenen Kapiteln zitierte, im wesentlichen sowjetische Literatur findet sich am Ende des Buches. Es handelt sich insgesamt um einen ausgezeichneten Überblick über alle Probleme, die bei der gerichtsmedizinischen Begutachtung lebender Personen von Bedeutung sind. SCHWEITZER

- Tanemoto Furuhata u. a.: **The short history of the Medico-legal Society of Japan (1914—1966).** (Kurze Geschichte der japanischen gerichtsmedizinischen Gesellschaft [1914—1966].) Hrsg. von The medico-Legal Society of Japan and the Department of Legal Medicine, Niigata University School of Medicine. Niigata: Dept. of Legal Med., Niigata Univ. School of Med. 1968. 153 S. u. 45 Abb. [Japanisch].

Der Erinnerungsband anlässlich der 50. Tagung enthält fünf Abschnitte: Die Geschichte der japanischen gerichtsmedizinischen Gesellschaft, den Bericht über die 50. Tagung, die kurze Geschichte der Universitäts-Institute und anderer Institute, die Liste der verstorbenen Mitglieder und ein Literaturverzeichnis zur geschichtlichen Entwicklung der gerichtlichen Medizin in Japan. Professor Dr. med. KUNIYOSHI KATAYAMA war Begründer der Gesellschaft und zugleich der gerichtlichen Medizin in Japan, außerdem von 1881—1921 Vorstand des Instituts für gerichtliche Medizin der Universität Tokio. Der Band enthält Photos der verschiedenen Tagungspräsidenten. Zur 50. Tagung waren mehr als 300 Mitglieder anwesend. Professor Tanemoto FURUHATA-Tokio beschreibt die geschichtliche Entwicklung der japanischen Gerichtsmedizin. Zunächst entwickelte sich die japanische Gerichtsmedizin durch Einführung und Assimilation der deutschen und österreichischen Gerichtsmedizin, deren Organisation und Forschungssystem einen starken Einfluß hatten. Nach dem 2. Weltkrieg hat sich die Einführung des amerikanischen „Medical Examiner“-Systems als sehr günstig für die Verwaltung und die wissenschaftliche Forschung erwiesen. Der Band enthält auch die kurze Geschichte der 50 Universitäts-Institute und einiger anderer Institute, sowie deren gegenwärtige Forschungsaufgaben und die Zahl der gerichtlichen Sektionen. Die japanische gerichtsmedizinische Gesellschaft wurde 1914 gegründet. Jetzige Anschrift: 7-3-1 Hongo Bunkyo Tokyo/Japan, Department of Legal Medicine. School of Medicine, University of Tokyo. Präsident ist Professor TOYOHARU MATSKURA von der Universität Osaka. 11 Professoren bilden den Vorstand, die Gesellschaft hat 14 Ehrenmitglieder, darunter Professor Dr. BERTHOLD MUELLER. Das Organ der Gesellschaft, Japanese Journal of Legal Medicine erscheint jeden zweiten Monat.

S. KAMIYAMA (z. Z. Heidelberg)

- **Actes du 30. Congrès international de Médecine légale et sociale de Langue française, Coimbra 1965.** (Der 30. Internationale Kongreß für gerichtliche und soziale Medizin in französischer Sprache, Coimbra 1965.) Coimbra: Atlantida Edit. 1965. XLI, 910 S. mit Abb. u. Tab.

Der umfangreiche von L. A. DUARTE-SANTOS (Coimbra) zusammengestellte Band bringt die offiziellen Ansprachen von L. A. DUARTE-SANTOS, M. MULLER (Lille), L. DÉROBERT (durch HADENGUE, Paris) und G. DE BARROS E VASCONCELOS (Portugal), das Sitzungsprotokoll, die fünf Referate, 56 von 59 Vorträgen, die Diskussionsbemerkungen im Wortlaut und die Titel von zwölf Vorträgen der anschließenden Sitzung der Société de Médecine Légale et de Criminologie de France, die in Ann. Méd. lèg. 45, 443—481 (1965) erschienen sind. — *Plötzlicher natürlicher Tod.* Bei Coronartodesfällen sind 3 Grade der Sklerose, 4 Grade der Stenose, Nachweis von Mastocyten, Histamin und Serotonin neben der Kenntnis der Lokalisation von Bedeutung: J. FOUCARDE, S. 487. Statt erwarteter Apolyergiftung fand J. OLIVEIRA FIRMO eine rupturierte Tubargravidität, S. 685. Postmortale Diabetesdiagnose ist durch Nachweis von mehr als  $0,9 \pm 0,3$  mg-% Brenztraubensäure im Urin möglich: R. LUVONI, S. 701. *Gewaltsamer Tod.* Einen Mord durch Beilhiebe mit Versuch, die Leiche im Freien zu verbrennen, konnten J. A. G. CALABUG und J. D. MARTINEZ bezüglich der Todesursache, Datierung und Identifizierung aufklären, S. 661. Aspiration von Speisebrei nach Steinwurf an den Hals, Bronchopneumonie 5 Tage nach Erhängungsversuch, Kindstötung durch Würgen und tödliche Alkoholvergiftungen teilt E. PINTO, S. 679, mit. Bei einem Aufgehängten fand OLIVEIRA 10 Promille Blutalkohol, S. 683. A. NUNES fand in rund 70% seiner Erhängungsfälle vitale Blutungen in die Muskulatur der Achselhöhle und des Rückens, S. 705. Die Mitteilungen über vitale und postmortale Blutaustritte (LAVES) und über Stromtod (MUÑOZ TUERO) fehlen. Histologische Befunde bei Stromtod und Blitzschlag beschreibt OLIVEIRA, S. 463. *Feingewebliche Untersuchungen.* Die forensische histologische bzw. histochemische Technik, ihre geschichtliche Entwicklung und aktuelle Bedeutung bezüglich

Identifikation, Geschlechts-, Alters- und Todeszeitbestimmung, Todesursache, Werkzeug, Priorität und vitaler Reaktion erläutert das Referat von C. GERIN, P. FUCCI, S. MERLI u.a., S. 117—178, 350 Literaturangaben. OLIVEIRA bringt einen historischen Überblick über die Erweiterung des Repertoires von Leichenschau, Obduktion, histologischen Untersuchungen zur postmortalen biochemischen Analyse: précis . . . et précieux, S. 509. Gerinnung und Thrombus bespricht J. FREITAS TAVARES, S. 513. G. FAZZI studierte den Ablauf von Hirnverletzungsfolgen nach der Methode von KLUVER und BARRERA (1955, Luxol fast blu-crésil violet), S. 457. Histologische Untersuchung und Färbetechnik an faulen Leichen erörtert J. FOUCARDE, S. 481, 15 Literaturangaben und S. 495, 47 Literaturangaben, A. FORNARI an faulen Lungen, S. 469. Eigene histologische Beobachtungen bei Fremdkörpern in der Lunge und 18 Literaturstellen teilt J. FOUCARDE, S. 475, mit. Es ist fraglich, ob die sog. Herzfehlerzellen gegen Fäulnis relativ beständig sind und gegebenenfalls zerstörte Zeichen kardialer Stauung ersetzen können, OLIVEIRA, S. 467. *Medizinische Spurenkunde*. Die zahlreichen Probleme bei der Untersuchung zerstückelter Leichen (Todesursache, Identität, Täter, Motiv, Ortsbesichtigung, Sektionstechnik) erörtert G. FERNANDEZ, um eine fühlbare Lücke im Schrifttum auszufüllen, S. 687—697. Für den spurenkundlichen Nachweis von Zellen empfiehlt F. MARCOUX (S. 421) ein Millipore-Filtrationsverfahren mit nachfolgender Fixation und Färbung als zeitsparend und P. BERNHEIM ein elektronenmikroskopisches Verfahren zum Spermennachweis, S. 413. LEUTHOFF konnte bei 11 spezifischen Proteinen in der menschlichen Samenflüssigkeit immunelektrophoretisch die Herkunft nachweisen und so den Spermanachweis führen, S. 417. Einen Beitrag zur Identifizierung von Haaren durch ein mittels radioaktiver Bestrahlung erzeugtes Muster von Spektren liefert MERLI, S. 429. Zur röntgenologischen Altersbestimmung am Knochen teilt M. SEGRE Tabellen mit, S. 433. Fingerabdrücke auf Glas können mittels eines Phasenkontrastverfahrens unter Verwendung einer Kleinbildausrüstung hell auf dunklem Grund photographiert werden, und Schriftkreuzungen lassen sich im Natriumlicht eindrucksvoll darstellen, A. DE SAAVEDRA, S. 425, 427. *Arbeitsmedizin und Gewerbehygiene*. Einleitend erstattet M. MOSINGER sein Referat über Bedeutung, Probleme, Aufgaben, Organisation der einschlägigen Institute, ihre Eingliederung in den akademischen Unterricht auf nationaler und europäischer Ebene, die aktuelle Entwicklung mit der Anwendung moderner biologischer und technischer Erkenntnisse zum Studium des gesunden und geschädigten Arbeiters, S. 307—360, das von VEIGA DE CARVALHO bezüglich südamerikanischer Verhältnisse (S. 361—371), von G. CALABUIG für Spanien (S. 725) und für Frankreich von J. J. GILLON (S. 739) ergänzt wird. L. A. DUARTE-SANTOS berichtet über arbeitsmedizinischen Unterricht in Portugal, S. 721 und in anderem Zusammenhang über sein Institut, S. 521. ROYO-VILLANOVA erörtert die Erholung des Arbeiters, S. 741, A. M. LEÃO BRUNO die verschieden zu klassifizierenden Epilepsieformen hinsichtlich ihrer arbeitsmedizinischen Bedeutung, S. 865. Einen interessanten Beitrag über das wenig bekannte und durch seine Schmerhaftigkeit sehr lästige „Syndrom des elektrischen Fingers“ bringt G. DIECKMANN, S. 669. Gewerbliche Arsenvergiftung bespricht L. VIGNOLI, S. 783, Bleivergiftung N. I. IOANID, S. 821, die gerichtsmedizinische Bedeutung histopathologischer Befunde für die Diagnose der Silikose J. CHAMPEIX, S. 449. Hierher gehört auch die Mitteilung von J. E. BENOISTON über den Gesundheitszustand des Personals einer psychiatrischen Klinik, S. 829. *Verkehrsmedizin*. Den Wert einer psychologischen Testung von Führerscheinbewerbern betont A. M. LEÃO BRUNO, S. 857. Das Referat hielt A. NUNES über den tödlichen Straßenverkehrsunfall, die Einteilung der Verletzungen und der Todesursachen, S. 179—210 (68 Literaturangaben). A. PONSOLD wies auf die Gefahr der Trunkenheit hin, S. 541, DE PORTUGAL ALVAREZ auf die Kombination von Herzinfarkt und Verkehrsunfall, S. 543; den schweren Unfall, die Analyse von 100 tödlichen Unfällen sowie Straßenverkehrsunfälle in São Paulo besprechen L. M. MUÑOZ TUERO (S. 553), B. DALGAARD (S. 525) und M. SEGRE (S. 555). Untersuchungen über Schürfspuren demonstriert F. MARCOUX, S. 535. *Traumatologie*. Kurze Mitteilungen über stumpfes Brusttrauma, R. LUVONIS, S. 531, posttraumatische Schwerhörigkeit, M. TISSIE, S. 559 und Schädeltraumen und Schizophrenie von J. J. RONDEPIERRE. Dieser versicherte sich der Auffassung von MARCHAND und GUIOD: „unter den möglichen Ursachen der Schizophrenie kann man die Traumen nicht ausklammern“, da Schizophrenie als ein Syndrom und nicht als definierte Krankheit aufgefaßt wird. S. 889. *Forensische Chemie*. Wenn die Histochemie auch viele Lücken unserer Erkenntnis füllt, besonders in der Traumatologie, sei ihre derzeitige Bedeutung in der Gerichtsmedizin noch beschränkt, I. MORARU, S. 501. Über thanatochemische Untersuchungen berichtet OLIVEIRA SÁ, S. 441, den Nachweis von inkorporiertem radioaktivem Fall out in der Nahrung, in Knochen und Geweben erläutert O. PRIBILLA, S. 707. Mit Sitz im gerichtsmedizinischen Institut Coimbra wurde gemeinsam mit Klinikern und Pharmakologen ein Nationales Zentrum zur Bekämpfung von Vergiftungen geschaffen, DUARTE-SANTOS, S. 765.

Die Kombinationswirkung von Alkohol und Kupfer besprach P. D'ERVILLEE, S. 759, von Alkohol und Arzneimitteln H. KLEIN, S. 777. Tod nach einmaliger Aufnahme von Sulfonamid (18—20 g, davon 14—15 g resorbiert, Blutspiegel 60 mg.-%) untersuchte D. BIANCIU, S. 749. Bei Langzeittherapie sind die verabreichten Medikamente in der Leiche mittels Dünnschichtchromatographie sicher nachweisbar, G. FALCI, S. 771. Kaustische Soda ist in Südamerika noch ein häufig verwandtes Selbstmordmittel, A. VALENTINI, S. 813. Über die gerichtsmedizinischen und sozialen Probleme bei Insekticiden, hielten L. DERROBERT, A. HADENGUE u.a. ein ausführliches Referat (S. 211—306, 146 Literaturangaben), das durch weitere Berichte ergänzt wurde: Bekämpfung der Gefahren landwirtschaftlicher Insecticide in Spanien (ROYO-VILLANOVA, S. 605), in Industrie und Landwirtschaft (J. CELICE, S. 567), H. OLLIVIER, S. 611, G. H. SCRIPCARU, S. 617, M. SEGRE, S. 639, speziell über organische Phosphorverbindungen A. PEDROSO DE LIMA, S. 589, J. DE PORTUGAL, S. 601. Von Chlorphenolvergiftung berichtet G. VITTE, S. 797, von Suicid mit Malathion J. FAURE, S. 577. G. VALLET berichtet über die Pharmakologie der pflanzlichen Insecticide Nicotin, Pyrethrum, Rotenon, Veratrin, Quassia und Rymania, S. 627. Nachweismethoden: Meprobamat und Hexapropimat (E. WEIL, S. 805), Phenothiazin (Dünnschicht- und Papierchromatographie, G. FALCI, S. 767), Cholinesterase (J. CELICE, S. 567), Hämoglobin (M. H. BROGARD, S. 753). *Paternitätsfragen, Serologie.* Das Einführungssreferat über die derzeitigen Möglichkeiten und Grenzen der Vaterschaftsexpertise von P. MOUREAU, J. BROCTEUR u.a. rekapituliert nicht nur alle brauchbaren Blutkörperchenmerkmale und erblichen Polymorphismen, sondern auch die rechnerischen Methoden der positiven Vaterschaftsbestimmung, qualitative und quantitative Varianten, pathophysiologische und technische Störungen und die Identifizierung der Probanden. S. 3—116, 63 Literaturangaben. Das Thema greift die Mitteilung von A. MORAD AMAR auf, S. 405. In Rumänien beschränkt man sich auf Anwendung der Systeme AB0, MN, Rh, Hp, I. MORARU, S. 399. In Spanien werden sehr wenig Gutachten erstattet, weil die Gesetzgebung die Untersuchung nur in wenigen Fällen zuläßt und unzureichende Kenntnis der modernen Techniken die Anwendung hindert, MOYA PUENO, Ref. S. 411. Eine spurenkundliche Untersuchung an Gerinnseln unter einem Foetus führten J. BROCTEUR und J. LAMBERT mit anti-i bzw. -I-Serum durch, S. 391. Anhangsweise ist der Vortrag von P. D'ERVILLEE, S. 867, über rechtsmedizinische Gesichtspunkte bei der Adoption (II. Mitt., körperliche und psychische Gesundheit des Adoptierenden) zu erwähnen. Bezuglich des Adoptierten vgl. 6. Kongr. d. Acad. de Méd. lég. Paris, 22/26 Sept. 1964. *Forensische Psychiatrie, Kriminologie* A. M. LEÃO BRUNO ist um klare Begriffsbestimmungen der um rechtliche Fragen bemühten psychiatrischen und psychologischen Wissenschaften bemüht, S. 861. B. MAZZUCHELLI betont den Vorrang der gerichtlich-psychiatrischen Begutachtung vor der klinischen, S. 875. Nicht organische Krankheit, sondern die Zeit besonderer physiologischer Belastung fördern die Neigung zum Delikt der Frau, heute wie vor 40 Jahren. E. NAU, S. 881. Bei Diebstahlsdelikten gibt es Gemeinsamkeiten bei Mann und Frau, aber auch vorzugsweise weibliche Besonderheiten (Ladendiebstahl, Diebstahl ohne körperlichen Kraftaufwand, kein Autodiebstahl u.ä.), J. E. BENOISTON, S. 847. Mit dem neurotischen Rechtsbrecher befasst sich E. PHILLIPS, S. 885 und mit der Bedeutung ärztlicher und psychologischer Betreuung in der Haftanstalt J. LUTIER, S. 873. Schizophrenie und Trauma s.o. LOMMER (Köln)

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn. Ergänzungswerk.** Bearb. von G. ACHTEN, J. ALKIEWICZ, R. ANDRADE u. a. Hrsg. von A. MARCIONINI † gemeinsam mit R. DOEPFNER †, O. GANS, H. GOTZ u. a. Bd. 1. Teil 1: Normale und pathologische Anatomie der Haut. I. Bearb. von G. ACHTEN, I. BRODY, O. BRAUN-FALCO u. a. Hrsg. von O. GANS und G. K. STEIGLEDER. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XVIII, 1137 S. u. 535 Abb. geb. DM 494.—; Subskriptionspreis DM 395.20.

**G. Dotzauer und L. Tamáska: Hautveränderungen an Leichen.** S. 708—786.

Es ist sehr dankenswert, daß die Herausgeber des Handbuchs im Rahmen des Ergänzungswerkes auch die Hautveränderungen an Leichen in das Programm einbezogen haben. Verff. haben sich die Aufgabe gestellt, nicht nur die makro- und mikroskopischen Befunde der Leichenhaut aufzuzeigen, sondern auch nach gerichtsmedizinischen Gesichtspunkten zu erörtern, ob die Veränderungen bzw. Verletzungen vor dem Tode supravital oder postmortale Zustände gekommen sind. Geschildert werden das Verhalten der Temperatur der Leiche, die Totenflecke unter Berücksichtigung der Todeszeitbestimmung, die Differentialdiagnose zwischen Cyanose und Totenflecken, die Differentialdiagnose vitaler und postmortaler Blutungen, wobei der Hauptverf. die Er-

gebnisse seiner Forschungen über die Entstehung postmortaler Blutungen schildert, die chemischen Vorgänge bei der Autolyse, die Totenstarre, die Vertrocknungen der Haut und die der Schleimhäute mit der Möglichkeit einer Differentialdiagnose zwischen vitalen und postmortalen Veränderungen, die Einwirkung von Nekrophagen (Tabelle über die morphologische Gestalt der Tierfraßspuren), die Fäulniserscheinungen, die Mumifikation und die Fettwachsbildung, sowie die Veränderungen der Haut, die durch Liegen der Leiche im Wasser entstehen, die Moorleichen und die Möglichkeit einer Identifizierung durch Daktyloskopie, sowie einer Geschlechtsbestimmung durch Untersuchung der Haarwurzeln. Auch die Gewalteinwirkungen werden besprochen (Blutungen durch Druck, durch stumpfe Gewalt, Hautabschürfungen); hierbei wird immer wieder die Möglichkeit erörtert, wieweit die Entstehung der Veränderungen während des Lebens festgestellt werden kann. Verff. warnen vor der immer noch verbreiteten These, daß eine Blutung unter der Haut beweist, daß die Verletzung während des Lebens entstanden sei. Die Ergebnisse der histo-chemischen Untersuchungen neuerer Zeit werden dargelegt, auch die Frage, wieweit eine Unterscheidung möglich ist, ob eine Strangfurche während des Lebens oder nach dem Tode zustande kam (Histamin-Nachweis). Bei der Darstellung der Stich-, Hieb- und Schnittverletzungen der Haut werden auch die Untersuchungen über die Altersbestimmung von Injektionsstichwunden unter Beigabe der Tabelle von Boltz gebracht. Es folgt ein Überblick über die Schußverletzungen (Unterscheidung von Ein- und Ausschuß). Der Abschnitt schließt mit einer Darlegung der Befunde nach Verbrennung (vital, postmortal), Verbrühung, Verätzung, Einwirkung von elektrischem Strom und Besprechung der Spezifität der vielfach geschilderten histologischen und histochemischen Befunde im Bereich der Strommarken. Der Abschnitt schließt mit Erörterungen über eine postmortale percutane Resorption von Gasen. Das Schrifttum ist sorgfältig und recht vollständig, sowie übersichtlich geordnet zitiert worden; gute, z.T. farbige Abbildungen. Die Sprache ist unter Wahrung strenger Wissenschaftlichkeit klar und verständlich. Es ist zu erwarten, daß außer dem Gerichtsmediziner auch der Dermatologe von dem Inhalt der Ausführungen gerne und mit Nutzen Kenntnis nehmen wird, für den sie bestimmt sind.

B. MUELLER

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten von J. Jadassohn. Ergänzungswerk.** Bearb. von G. ACHTEN, J. ALKIEWICZ, R. ANDRADE u. a. Hrsg. von A. MAR-CHIONINTI † gemeinsam mit R. DOEFFNER †, O. GANS, H. GöTZ u. a. Bd. 1. Teil 1: Normale und pathologische Anatomie der Haut. I. Bearb. von G. ACHTEN, I. BRODY, O. BRAUN-FALCO u. a. Hrsg. von O. GANS und G. K. STEIGLEDER. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XVIII, 1137 S. u. 535 Abb. geb. DM 494.—, Subskriptionspreis DM 395.20.

Hans-Joachim Cramer: **Die Altersveränderungen der Haut.** S. 683—707.

Verf. beschreibt Altersveränderungen, die sich besonders mikroskopisch-anatomisch an der gesunden menschlichen Haut beobachten lassen. *Unbedekte* Haut altert etwa um 1 Jahrzehnt rascher als *bedeckte*. Die Epidermis unbedeckter Haut ist breiter, ihre Reteleisten bilden sich rascher zurück; nur in ihrem Bindegewebe findet sich die sog. „senile oder aktinische Elastose“ (Produktion minderwertigen Bindegewebes). Altersabhängige Pigmentierungsänderungen (stärkere und fleckförmige Pigmentierung) bestehen in der Regel nur an unbedeckten Hautstellen. Eine der auffallendsten Hautveränderungen ist die *Dickenabnahme* (Altersatrophie). Mikroskopische Messungen der einzelnen Hautschichten sind mit Fehlern (unterschiedliches Schrumpfen junger und alter Haut nach der Excision, Fixierungsmittel) behaftet. *Epidermisatrophie* setzt oft schon ab dem 30. Lebensjahr ein (Tabelle der Epidermisdicke) auf Kosten der Reteleisten, die im mittleren Lebensalter dünner und länger werden und schließlich völlig verschwinden. Eine Rückbildung von 6—7 Zellschichten auf 3—4 Zellschichten soll das Stratum spinosum betreffen, wobei gleichzeitig die Zellgröße abnimmt (Tabelle); kaum Veränderungen sind im Stratum basale zu finden, unterschiedliche Angaben werden über das Stratum granulosum gemacht (Verschmälerung, völliger Schwund, Verbreiterung); die Hornschicht verschmälert sich im höheren Lebensalter. Epidermiszellen mit Barrschem Geschlechtschromatin sind im Alter seltener. Die Dicke des *Corium* soll von der Geburt bis zum 20.—30. Lebensjahr zunehmen und dann wieder zurückgehen (Tabelle). Die Grenze zwischen dem feinfasrigen Stratum reticulare und dem breifasrigen eigentlichen *Corium* verwischt sich mit zunehmendem Alter. Die in das subcutane Fettgewebe einstrahlenden Bindegewebszüge werden dünner, kürzer und spärlicher, im Senium ist schließlich die Cutis-Subcutis-Grenze nahezu gerade. Die netzförmig verflochtenen Bindegewebsfasern des *Corium* werden zunehmend parallel geschichtet. Die kollagenen Fasern werden dünner und zeigen

zunehmende Homogenisierung, die interfibrilläre Kittsubstanz nimmt zu. Die senile Haut ist kernarm (Abnahme der Fibrocyten und Mastzellen). Keine stärkeren Veränderungen werden an den *Talgdrüsen* beobachtet. Die Zahl der ekkrienen *Schweißdrüsen* dürfte bei Kindern etwa 3—4mal höher liegen als bei Erwachsenen und im Alter weiter abnehmen. Diese Schweißdrüsen vacuolisieren im Alter, der Lipidgehalt im Cytoplasma und Einlagerungen braunen Pigments nehmen zu, die Mitochondrien ändern ihre Form. Die *Haare* sind im 1. Lebensjahr am dünntesten und etwa rund, nehmen bis zum 30. Lebensjahr an Dicke und Größe zu; erst im Greisenalter setzt eine Stärkeabnahme und Abflachung ein. Dieser Ablauf ist nicht an allen Körperstellen gleich. Die Anzahl der Haarfollikel sinkt nach dem 4. Lebensjahrzehnt; mit zunehmendem Alter erweitern sich die Follikel, in den Follikelmündungen sind Hornpröpfe. Die *Nägel* wachsen im Alter langsamer, gleichzeitig ist die Nagelplatte verdickt. Charakteristisch für den senilen Nagel sind Längsrillen. Altersveränderungen an den *Blutgefäßen* der Haut sind im Vergleich zum übrigen Körper gering. Ein Absinken der Anzahl der Capillaren konnte nicht beobachtet werden, jedoch ein deutlich veränderter Verlauf mit kürzeren unregelmäßigen Schlingen und Erweiterungen. Am *Fettgewebe* sind (außer einer Zunahme) keine Veränderungen beschrieben. Keine auffallenden mikroskopisch-anatomischen Veränderungen sind durch *Geschlecht*, *Konstitution* und *Rasse* bedingt.

ZINK (Erlangen)

● **Prevention of suicide.** (Publ. Hlth Papers. Nr. 35.) (Selbstmordverhütung.) Geneva: World Health Organization 1968. 84 S. sfr. 4.—.

Die Aufmerksamkeit staatlicher und lokaler Gesundheitsbehörden auf Natur und Ausmaß des Selbstmordproblems und die Möglichkeiten seiner Verhütung zu lenken, wird im Vorwort als Hauptaufgabe dieser Veröffentlichung hingestellt. Das vorliegende Heft ist wie die meisten dieser Schriftenreihe das Ergebnis und die Zusammenfassung von Diskussionen, die im Rahmen der W. G. O. zwischen Experten aus den verschiedensten Teilen der Welt geführt wurden. In der Einleitung wird die Notwendigkeit der Bekämpfung des Selbstmordes unterstrichen durch das Ausmaß, das heute in der ganzen Welt die Tendenzen zur Selbstvernichtung angenommen haben. Etwa  $\frac{1}{2}$  Million Menschen in der Welt nehmen sich jährlich das Leben, und mindestens 8 mal soviel unternehmen einen Versuch. Die letzten Zahlen der Jahre 1961—1963 aus 21 Ländern weisen einen jährlichen Durchschnitt von 7,1—33,9 pro 100 000 Einwohner über 15 Jahre auf (in der BRD waren es 24,1), dabei muß man mit einer nicht unbeträchtlichen Dunkelziffer in diesen öffentlichen Statistiken rechnen. In 4 Kapiteln werden behandelt: 1. Verhütungsmaßnahmen zur Verhinderung eines tödlichen Ausgangs, des ersten Versuchs wie des Wiederholungsfalls, zur Behandlung selbstmörderischer Tendenzen und besonders gefährdeten Gruppen. 2. Die Organisation von Einrichtungen, wie sie bereits in vielen Ländern als behördliche Instanzen, als besondere Bekämpfungscentren oder als Kreise von freiwilligen Laienhelfern bestehen. 3. Erziehungs- und Bildungsprogramme, die sich an die verschiedensten Schichten wenden: die breite Öffentlichkeit, ärztliches Personal, Mitarbeiter in der geistigen Gesundheitsfürsorge, Sozialarbeiter und auch andere Berufsgruppen. 4. Ausbau der Statistik und der Forschung. Die 4 Kapitel, als kurzer Text gegeben, werden ergänzt durch ausführliche Anmerkungen mit reichem Schrifttum und mehreren Seiten statistischer Tabellen wie auch graphischen Darstellungen. — So schmal das Heft auch ist, knapp 30 Seiten Text, gibt es doch jedem Interessierten wertvolle Hinweise auf die Behandlung der wichtigen Frage des Selbstmordes und seiner Verhütung in anderen Teilen der Welt, die auch dem Erfahrenen helfen, die im eigenen Lande geübten Maßnahmen zu ergänzen und auszubauen.

IRVIN L. FISHER (Israel)

● **Forschungen für die Sicherheit im Straßenverkehr.** Eine Veröffentlichung des Kuratoriums „Wir und die Straße“ e. V. H. 2. Frankfurt a. M.: Dr. Arthur Tetzlaff 1968. 145 S. mit Abb. u. Tab.

Das Heft enthält 20 Arbeiten. Vom verkehrsmedizinischen Standpunkt aus sind nachfolgende Untersuchungen wichtig: Diplomingenieur J. ELSHOLZ hat bei Fahrversuchen Versuchsfahrzeuge gegen eine Mauer prallen lassen und die Gewalten gemessen, die bei den jeweiligen Geschwindigkeiten entstehen. Die Zweckmäßigkeit der Konstruktion wurde durch diese Versuche geprüft. Bemerkenswert ist, daß bei einem Aufprall mit einer Geschwindigkeit von etwa 50 km der Sicherheitsgurt ausriß, mit der die im Beifahrersitz angeschnallte Versuchspuppe befestigt war. Assessor J. LANGER bringt eine Statistik über Alkoholdelikte im Straßenverkehr im Landgerichtsbezirk Bonn aus dem Jahre 1963. Aus den Aufgliederungen ergibt sich, daß die Alkoholräte in 43% der Verurteilten 20—29 Jahre alt waren. Die Häufigkeit der Vorfälle ist, wie auch sonst bekannt, am Wochenende vermehrt. Etwa 40% der Blutproben hatten eine Blutalkoholkonzentration

von 1,5—1,99%<sup>oo</sup>, 31 % von 2—2,5%<sup>oo</sup>; unter 1,5%<sup>oo</sup> (damaliger Grenzwert) lagen nur 21 % der Blutproben. K. LÜFF, Frankfurt am Main, referiert über das Gutachten des Bundesgesundheitsamtes, speziell über die Ergänzung zum Hauptgutachten. Prof. BRÜNER vom Institut für Flugmedizin hat in jahrelangen Untersuchungen an Versuchspersonen durch ein psychotechnisches Verfahren die Leistungsfähigkeit nach Genuß von Alkohol und nach Einnahme von Medikamenten untersucht und die Ergebnisse verglichen. Die Einnahme von 30 mg Tranquo-Buscopan entsprach bei diesen Versuchen einer Einwirkung von 0,5%<sup>oo</sup> Blutalkohol, 1,5 g Bromoral rief eine größere Einbuße der Leistungsfähigkeit hervor, als sie bei einem Blutalkoholgehalt von 0,7%<sup>oo</sup> zustande kam; 0,5 g Evipan verursachten Störungen, die nur etwas geringer waren, als sie bei einem Blutalkoholgehalt von 1,2%<sup>oo</sup> zustande kamen. Es handelt sich um eine zusammenfassende Darstellung; Literatur wird zitiert. Letzte Veröffentlichung: H. BRÜNER und H. E. KLEIN, Experimentelle Untersuchungen der psychomotorischen Leistungsbereitschaft unter dem Einfluß eines Antihypertonikums, Symposium über Hochdrucktherapie, Thieme-Verlag Stuttgart 1968. Dr. W. SCHNEIDER, Köln-Lindenthal, hat im Auftrag der Forschungsgemeinschaft die Aufstellung der Verkehrszeichen psychologisch ausgewertet, mitunter heben sie sich zu wenig ab, manchmal ist die Schrift schlecht zu lesen, manchmal haben sie sich so gehäuft, daß der Fahrer die Bedeutung nicht in sich aufnehmen kann; es kommt auch vor, daß aufdringliche Reklameschilder die Aufmerksamkeit so in Anspruch nehmen, daß er die Verkehrszeichen übersieht. Verf. empfiehlt eine Überprüfung der Verkehrsschilder durch ortsfremde Personen, die gut eingearbeitet sind. Blendungsprobleme wurden untersucht von Dr. E. HARTMANN vom Institut für medizinische Optik der Universität München. Weitere Arbeiten beschäftigen sich mit der Bewertung von Landstraßen, mit Straßenbau, mit verkehrssicherer Beleuchtung, mit einer Überprüfung der amerikanischen Fragebogenmethode, mit einer zweckmäßigen Bekleidung der Schülerlotzen, weiterhin mit Straßenbauinvestitionen. — Der verkehrsmedizinisch interessierte Arzt, der Verkehrsrichter, die Angehörigen der Verkehrspolizei, aber auch der Straßenbau-Ingenieur dürften an dem Inhalt dieses Heftes sehr interessiert sein.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Auge — Licht — Verkehrsgeschehen.** (Gemeinschaftsveranstaltung d. Dtsch. Ophthal. Ges., Dtsch. Ges. f. Verkehrsmed., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Forschungsges. f. d. Straßenwesen, Ges. f. Ursachenforsch. b. Verkehrsunfällen z. Wiss. Vereinig. d. Augenoptiker, Mainz, 23.—24. III. 1966.) Berlin: Lichttechnische Gesellschaft e.V. 1967. 128 S. mit Abb. DM 12.50.

Es handelt sich um eine Zusammenstellung der auf der Arbeitstagung „Auge — Licht — Verkehrsgeschehen“ in Mainz vom 23.—24. März 1966 gehaltenen Vorträge. Nach einer allgemeinen Einführung in die gesamte Problematik, die in den Referaten von SCHOBER und HARMS aus medizinischer Sicht und von REEB aus technischer Sicht aufgezeigt wird, spezialisiert sich die erste Gruppe der Themen auf die Teilfrage der Blendempfindlichkeit. Frau AULHORN („Über die Blendempfindlichkeit des gesunden und des kranken Auges“) stellt anhand von experimentell gewonnenen Ergebnissen die Unterschiedlichkeiten des gesunden und kranken Auges in Bezug auf die Blendempfindlichkeit heraus. Es wird angeregt, spezielle Untersuchungen regelmäßig bei Personen über 60 Jahre vorzunehmen. HARTMANN widmet sich in seinem Referat „Zeitabhängige Blendprobleme“ dem Zeitfaktor und zeigt die einzelnen Phänomene. Seine Ausführungen gipfeln in dem Satz, daß ein bestimmtes Objekt in einem Feld zeitlich und örtlich konstanter Leuchtdichte die größte Auffälligkeit hat. Zur Frage der Blendungsbegrenzung in der Straßenbeleuchtung führt ADRIAN aus, daß zwischen physiologischer und der psychologischen Blendung als Erlebnis der Person unterschieden werden müsse und hiernach auch die Ausleuchtung der Straße bzw. der Art derselben anzupassen sei. REINER erörtert die Ausgleichbarkeit der Blendung durch Schutzgläser und stellt die Forderung auf, daß bei der Wahl der Farbe das natürliche Farbsehen erhalten und die möglicherweise bestehenden Farbschanomalien nicht verstärkt werden dürften. In der zweiten Gruppe der Vorträge wird die Bedeutung des Farbsehens und die Problematik des Signalerkennens behandelt. In einer Gesamtübersicht zeigt GRAMBERG-DANIELSEN die einzelnen Schwierigkeiten auf, was von SCHMIDT-CLAUSEN aus technischer Sicht ergänzt wird. Vorwiegend technische Probleme beinhalten die Referate von SCHMIDT, SMIATEK, KEBSCHULL und POHLMANN. PFEFFER zeigt anhand von Beispielen, daß das Sehen und Erkennen in einem dynamischen Prozeß abläuft, was für das Verständnis verschiedener Versagensmomente in der Fahrsituation bedeutungsvoll ist. Der letzte in der Reihe der Vorträge betrifft eine Gegenüberstellung der bisherigen und der zukünftigen Gestaltung der fahrzeugeigenen Beleuchtung (ZECHNALL). PETERSOHN gibt eine Literaturübersicht über den „Einfluß von Genuß- und Arzneimitteln auf die Funktions-

tüchtigkeit des Sehorgans“, wobei nochmals die Frage der Blendempfindlichkeit aufgeworfen wird. Aus juristischer Sicht wird das Problem der Sehleistung von Frau KRUMME behandelt und Herr LEHMANN erörtert die Unterschiede der Erscheinungsformen von Verkehrsunfällen bei Tag und bei Nacht. Die letzte Gruppe der Referate (KLEBELSERG und LOSSAGK) behandelt die Fragestellung der Seh-Irrtümer und die Erfassung der Verkehrszeichen. Insgesamt ist somit eine aus technischer, medizinischer und psychologischer Sicht durchgeführte Betrachtung des Gesamtproblems der Sehleistung im Straßenverkehr gegeben.

F. PETERSON (Mainz)

**Gerhard Heberer: Das Mauer-Erinnerungstreffen am 21. X. 1967.** Anthropol. Anz. 31, 101—104 (1968).

Anlässlich der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Zoologie in Heidelberg im Jahre 1967 fand an der Fundstelle des Unterkiefers des Homo Heidelbergensis in Mauer bei Heidelberg eine Erinnerungsfeier statt. Es wurde ein Gedenkstein errichtet. B. MUELLER (Heidelberg)

**W. Blackwood: Observations on thrombosis and embolism in the internal carotid circulation of the brain.** (Beobachtungen über Thrombose und Embolie im Hirnversorgungsgebiet der Carotis interna.) The National Hospital Queen-Square, London W.C. 1.] Čsl. Pat. 4, 18—28 mit engl. Zus.fass. (1968) [Tschechisch].

Klinisch scheint die Thrombose der Arteria cerebri media nicht selten zu sein. Aber es sterben nur 25% dieser Patienten innerhalb kürzerer Zeit. Bei Sektionen wird sie oft nicht gefunden, sondern ein Embolus aus dem Herzen, vielleicht auch aus dem Halsbereich der Carotiden. — Zur Klärung werden aus den Sektionsbefunden aus den Jahren 1909—1964 105 Fälle mit Hirninfarkten im Versorgungsgebiet der Arteria carotis ausgewertet: 48 Embolien von Herzläsionen. 57 mal war der Hirninfarkt nicht vergesellschaftet mit Herzläsion und wurde deshalb als thrombotisch angesehen. In früheren Jahren wurden die Halsschlagadern nicht, später eingehender untersucht und in jedem Falle das Ausmaß der untersuchten Arterien und Ausmaß und Sitz der Hirninfarkte in Schemata eingetragen. Von vielen Sektionen sind solche abgebildet: Ein *isolierter thrombotischer Verschluß* des Stammes der Arteria cerebralis media ist bei der Leichenöffnung selten, nicht aber der *isolierte embolische Verschluß* an dieser Stelle aus einer Herzveränderung. Ein großer Hirninfarkt im Versorgungsgebiet der Carotiden als Folge einer Embolie ist oft vergesellschaftet mit offenen Carotiden. Bei Thrombosen kommen auch große Infarkte vor; dann sind aber auch meist die Carotiden in der Halsgegend eingeengt oder verschlossen. H. W. SACHS

**W. Remmele und D. Harms: Zur pathologischen Anatomie des Kreislaufschocks beim Menschen. I. Mikrothrombose der peripheren Blutgefäße.** [Path. Inst., Univ., Kiel.] Klin. Wschr. 46, 352—357 (1968).

Unter 112 Verstorbenen, die vor dem Tode unterschiedlich lange im Schockzustand waren, fanden sich histologisch bei 54,5% (61 Fälle) in Niere, Leber, Lunge und Herz Mikrothromben, wobei Leber, Lunge und Niere etwa gleichhäufig, das Herz seltener betroffen waren. Der Häufigkeitsgipfel der als „hyaline Thromben“, „thrombocytenreiche Thromben“ und „hyaline Kügelchen“ (= globules) auftretenden Mikrothromben lag 24—48 Std nach Schockbeginn, doch war bereits bei 50% aller Schockfälle in den ersten 4 Std vereinzelt dieser Befund zu erheben. Die statistische Auswertung des Untersuchungsgutes ergab, daß die Zahl positiver Fälle bei intra- oder postoperativen Schockzuständen, nach schweren Allgemeininfekten und septischen Krankheitsbildern signifikant größer war als nach Herzinfarkten. In einer Kontrollgruppe 56 plötzlich Verstorbener fand sich nur ein gering positiver Fall. Eine im Sektionsgut mikroskopisch nachweisbare Mikrothrombose läßt daher mit einiger Wahrscheinlichkeit auf einen prämortalen Schockzustand schließen.

G. E. SCHUBERT (Tübingen)°°

**P.G. Stauber: Die Seegerssche Theorie der Blutgerinnung.** [Haematol. Abt., I. Med. Klin., FU, Berlin.] Med. Klin. 63, 1745—1755 (1968).

Übersicht.

**D. Theuer: Zur Problematik der Fettleber.** [Abt. f. Hepatol., II. Med. Univ.-Klin., Charité, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 2113—2118 (1968).

Übersicht.

**Pavel Rohan: Protection against ethanol-induced conditioned necrosis.** (Schutz gegen Äthanol-induzierte, sog. „conditioned“ Nekrosen.) [Inst. Méd. et Chir. Exp., Univ., Montréal.] Quart. J. Stud. Alcohol 29, 302—307 (1968).

Unter „conditioned necrosis“ versteht man experimentell in der Haut eines Versuchstieres erzeugte Nekrosen, die dann auftreten, wenn man dem Tier nach i. v. Injektion einer sensibilisierenden Substanz eine normalerweise tolerierte Dosis eines provozierenden Agens subcutan injiziert. Auch Äthanol wirkt sensibilisierend, und hypertonische Salzlösungen führen, subcutan nach der Sensibilisierung injiziert, am Ort der Einspritzung zu Nekrosen. Ratten mit einem Körpergewicht von durchschnittlich 103 g erhielten 2 ml einer 33%igen Äthanol-Lösung in die Vena jugularis injiziert. Kurz danach wurden 2 ml einer 10%igen NaCl-Lösung in die tiefen Bindegewebsschichten des Rückens injiziert. 45—90 min später entstand am Ort der NaCl-Injektion eine hämorrhagische Nekrose. Bei der Entstehung der Hautnekrose dürfte die vermehrte Ausschüttung von Katecholaminen eine Rolle spielen. Das Auftreten der Nekrosen konnte durch Applikation von Antihistaminika und von Substanzen, die antagonistisch gegenüber Serotonin und anti-adrenergisch wirken, verhindert werden. Die genannten Stoffe wurden 30—120 min vor der Injektion des Äthanols subcutan, intravenös bzw. intraperitoneal verabreicht. ADEBAHR

**Karl Lentsch: Erfahrungen zur Anwendung von Polystyrol zum Verschließen von Präparatengläsern.** Akt. Fragen gerichtl. Med. 2, 176—178 (1967).

Beschreibung eines Verfahrens zum Verschließen von Gläsern mit anatomischen Präparaten, welche in Flüssigkeit aufbewahrt werden. — Mit einem Gemisch von Polystyrol und Xylol wird die Fixierungs- bzw. Aufbewahrungsflüssigkeit überschichtet, bis das Gefäß randvoll ist und die abdeckende Glasplatte ohne Luftblasen im Gefäß den Abschluß bewirkt. SCHRÖDER

**RVO § 1542; BSeuchG § 51 (Zum Übergang des Anspruchs eines Impfgeschädigten auf einen Sozialversicherungsträger).** Der Anspruch eines Impfgeschädigten gegen das Land auf Entschädigungsleistungen nach §§ 51ff. BSeuchG geht nicht nach § 1542 RVO auf einen Sozialversicherungsträger über. [BGH, Urt. v. 3. 10. 1968 — III ZR 16/66 (Bamberg).] Neue jur. Wschr. 21, 2333—2334 (1968).

**In memoria di Paolo Manunza.** Med. leg. (Genova) 16, Nr. 1—2, I—IV (1968).

**Hans-Joachim Wagner: Gerichtsmedizin im Saarland.** [Inst. Gerichtsmed., Univ. Saarl., Homburg/S.] Saarl. Ärzteblatt, Nr. 8, 7 S. (1968).

Es handelt sich um einen Auszug aus der Antrittsvorlesung von Verf., die er anlässlich der Übernahme seines Lehrstuhls in Homburg/Saar am 10. 7. 1968 gehalten hat. Die peinliche Halsgerichtsordnung Kaiser Karls V. vom Jahre 1532 sieht die Hinzuziehung von Ärzten, Wundärzten und Hebammen vor. In Saarbrücken wurden bereits im Jahre 1321 Gerichtsleute gewählt, die auch Sachverständige hörten; es handelte sich zunächst um Barbierchirurgen. Im Jahre 1775 fand ein Prozeß gegen eine Kindesmörderin statt, die Obduktion wurde von dem zuständigen Landphysikus und einem Landchirurgen vorgenommen. Das Facsimile eines Teiles des Sektionsprotokolls wird abgebildet. Die Vornahme der Lungenschwimmprobe ergab, daß das Kind gelebt hatte. Verf. bespricht die Gebiete der Rechtsmedizin, deren Kenntnis für den Arzt der Praxis erforderlich ist, dazu gehören auch die wichtigsten Begriffe der Versicherungsmedizin. Verf. er strebt eine Zentralisierung der gerichtlichen Obduktionen und eine rege Verbindung mit der Polizei und Kriminalpolizei. Verf. bringt auch statistisches Material; im Jahre 1966 wurde im Saarland (1123000 Einwohner) in 7 Fällen wegen Mord- und Totschlag, in 23 Fällen wegen versuchten Mordes und Totschlags, in 365 Fällen wegen Körperverletzung, in 960 Fällen wegen eines Sittlichkeitsdeliktes, in 97 Fällen wegen Notzucht und in 335 Fällen wegen unzüchtiger Handlungen an Kindern ermittelt. Eine Kindestötung unterlief nur einmal, eine Abtreibung in 19 Fällen. Die Zahl der Straßenverkehrstoten wird mit 281 angegeben. Von den 159 Selbstmordfällen handelte es sich 27mal um eine Schlafmittelvergiftung und 12mal um eine CO-Vergiftung.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Róbert Budvári: Sozialmedizin oder klinische forensische Medizin.** Orv. Hetil. 109, 2185—2187 u. dtsch. u. engl. Zus.fass. (1968) [Ungarisch].

In der Praxis des forensischen Sachverständigen nimmt die Zahl der an lebenden Personen ausgeführten Sachverständigen-Untersuchungen ständig zu, gegenüber der bisherigen, über-

wiegend Sektionssaal-Laboratoriumstätigkeit. Die mit klinischen Methoden ausgeführten Untersuchungen lebender Individuen verlangen eine Spezialisierung der forensischen Medizin, bzw. der forensisch-medizinischen Sachverständigen. Im Auslande ist diese Entwicklung schon früher vonstatten gegangen, da dort die Sachverständigenfunktion der Sozialversicherung (der Arbeitsmedizin, der Arbeitsfähigkeitsbeurteilung), die sog. „Sozialmedizin“ in die gerichtliche Medizin eingebaut wurde. Unter den in Ungarn waltenden Verhältnissen macht diese Tätigkeit nur einen kleinen Teil (etwa ein Drittel) der forensisch-medizinischen Experten-Untersuchungen aus. Darum wird das Wesen der Spezialisierung innerhalb der gerichtlichen Medizin durch den Ausdruck „klinisch-forensische Medizin“ besser ausgedrückt. Auf der Basis der gerichtlichen Medizin muß auch eine dieser Art gerichtete spezialisierte Ausbildung der ärztlichen Sachverständigen durchgeführt werden. (2185)

Zusammenfassung.

**47. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin.** Neue jur. Wschr. 21, 2282 (1968).

**E. Ansohn: Der Arzt und das endende Leben.** [Kongr. ärztl. Fortbild., Med. Ges. f. Oberöster., Linz, 27.—29. VI. 1968.] Wien. med. Wschr. 118, 1025—1029 (1968). Übersicht.

**J. Chr. Giertsen: Gerichtsmedizinische Untersuchung von Todesfällen.** Nord. kriminal-tekkn. T. 38, 92—95 (1968) [Norwegisch].

Nach der norwegischen Strafprozeßordnung wird nur dann eine gerichtliche Leichenschau und falls erforderlich Leichenöffnung vorgenommen, wenn vermutet werden kann, daß eine Person eines unnatürlichen Todes gestorben ist oder die Möglichkeit für die Annahme vorliegt, daß eine strafbare Handlung zum Tode geführt hat. Leider gibt es keine klaren Ausführungsbestimmungen zu diesem Gesetzesstext, so daß es dem Zufall unterliegt, welche Todesfälle behördlich untersucht werden. In den Jahren 1946—1950 wurden in Norwegen 1 % aller Todesfälle gerichtlich untersucht, während die Frequenz in Finnland bei 4,1% (Helsinki 14%) liegt, in Dänemark 10%, New York 25—30%. Verf. schlägt vor, eine gerichtsmedizinische Untersuchung folgender Todesfälle vorzunehmen: 1. Alle Personen, die tot angetroffen werden. 2. Alle Fälle, bei denen der Tod schnell und unerwartet eingetreten ist. Eine Sektion ist dabei dann durchzuführen, wenn der Verdacht vorliegt oder später aufkommen kann, daß der Tod durch das Mitwirken eines anderen herbeigeführt wurde, die Umstände nicht völlig klar sind oder wenn bei einem annehmbar natürlichen Todesfall der Verstorbene nicht an einer solchen Krankheit gelitten hat, die den Tod herbeiführen konnte.

G. E. VOIGT (Lund)

**A. Jirásek: Technics of hardened brain dissection.** (Die Sektionstechnik des fixierten Gehirns.) [Path. anat. Inst. der Karls Univ., Prag.] Čsl. Pat. 4, 92—95 mit engl. Zus.fass. (1968) [Tschechisch].

Das Gehirn wird eine Woche lang in 20%igem Formal fixiert nach vorhergegangener transnasaler Fixation. Nach der Abtrennung des Hirnstammes vom Kleinhirn wird der Schnitt in der frontalen Ebene angelegt, mit dem man einen übersichtlichen Block der beiden Hälften von Mesencephalon gewinnt und von Serienschnitten des Kleinhirns weitere Blöcke bekommt. Die Hemisphären werden sagittal im Corpus callosum abgetrennt und auf 5 mm dicke Schnitte verteilt. Diese Methode der Gehirnsektion ermöglicht die Gewinnung aller Blöcke nach dem Spielmeierschen Schema und löst das Problem der verschiedenen Beugung der Hirnachse und des Hirnstammes. Außerdem ermöglicht sie eine zweckmäßige Abnahme für Paraffin- und Gefrierpräparate und auch eine gute Orientierung in den gelagerten Resten des Gewebes.

V. PORUBSKÝ (Bratislava)

**A. N. Ratnevsky: An endeavour to reconstruct the original shape of wounds. A preliminary communication.** (Ein Versuch der Wiederherstellung der ursprünglichen Wundform. Vorläufige Mitteilung.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 2, 17 [Russisch].

Auch schwach fixierend wirkende Lösungen führen zur Verdichtung, Schrumpfung und Gerbung der Haut. Eine Befestigung der Haut auf Karton oder Holzplatten schließt die Möglichkeit einer fixationsbedingten Änderung der Wundform nicht aus. Verfasser empfiehlt zur Vermeidung von Artefakten folgende Behandlung der Hautwunden: Die Wunde wird mit einem mindestens

1—1,5 cm breiten Hautstreifen herausgeschnitten, und die Unterhautfettgewebsschichten werden entfernt. Die Haut wird getrocknet und danach mit Äther für 6—12 Std entfettet, getrocknet und für 2—3 Tage in eine modifizierte Lösung nach DIETRICH verbracht. Zusammensetzung der Lösung: Eisessig 10 ml, Äthylalkohol 96% ig 20 ml, Aqua destillata 100 ml. Nach langsamer Trocknung des Präparates kann die Untersuchung erfolgen. Nach Auffassung des Verfassers ruft die Essigsäure eine Verquellung der kollagenen Fasern hervor, und die Wundränder glätten sich und legen sich gut aneinander, wobei die ursprüngliche Form wiederhergestellt wird. In der zuletzt genannten Lösung ist eine unbegrenzte Lagerung der Hautstücke möglich.

G. WALThER (Mainz)

Jroma Hirvonen: *Histochemical studies on vital reaction and traumatic fat necrosis in the interscapular adipose tissue of adult guinea pigs.* (Histochemische Untersuchungen der vitalen Reaktion und der traumatischen Fettgewebsnekrose im interskapulären Fettgewebe ausgewachsener Meerschweinchen.) [Dept. Forensic Med., Univ., Helsinki.] Ann. Acad. Sci. fenn., A, V, Nr. 136, 5—96 (1968).

Verf. stellt in dieser Arbeit das Ergebnis zweijähriger tierexperimenteller Untersuchungen über histologisch-histochemische und biochemische Veränderungen von Fettgewebe nach vitalen und postmortalen stumpfen Traumen vor. Nach einer Literaturübersicht über die verschiedenartige Zusammensetzung des braunen und weißen Fettgewebes und ihrer Stoffwechselphysiologie wird als Problemstellung der Arbeit die Bestimmung von Qualität und Geschwindigkeit des Auftretens früher Fettgewebsreaktionen nach stumpfen Traumen mit fermenthistochemischen Methoden genannt. Dabei geht Verf. von der Darstellung der normalen Morphologie und Histochemie, insbesondere der Fermenthistochemie des Fettgewebes aus, um die nach dem Trauma auftretenden Veränderungen unter dem Blickwinkel ihrer forensischen Aussagefähigkeit zu untersuchen. — Als histologisch-histochemische Untersuchungsmethoden werden an Paraffinschnitten die Färbung mit Kresylechtviolett, die Alcianblaufärbung für saure Mucopolysaccharide, die PAS-Reaktion zur Darstellung neutraler Polysaccharide und Glykoproteide und nach Diastase-Bebrühtung zur Identifizierung von Glykogen angewandt. An 20  $\mu$  dicken nativen, über Nacht in 10% neutralem Formalin nachfixierten Kryostatschnitten wurden Fettfärbungen mit Oil red O, Sudan IV und Sudanschwarz vorgenommen. Native Kryostatschnitte dienten nach Eindicken in Glyceringelatine zur polarisationsoptischen und Fluoreszenz-(UV)-Mikroskopie. Fermenthistochemisch wurden folgende Verfahren angewandt: a) Lipase-Nachweis: Tween-Methode nach GOMORI (1946), Substrat Tween 80 bei pH 7,4, b) unspezifische Esterase nach PEARSE (1960): Substrat  $\alpha$ -Naphthylacetat, Diazofarbstoff Echtblaualsalz B, c) alkalische Phosphatase: Calcium-Kobalt-Methode nach GOMORI (1952), Substrat  $\beta$ -Glycerophosphat (pH 9,4), d) saure Phosphatase: Modifizierte Bleinitrat-Methode nach GOMORI (1952), Substratmischung von  $\alpha$ -Glycer- und  $\beta$ -Glycerophosphat (pH 5,0), e) Adenosintriphosphatase: Calcium-Methode nach PADYKULA und HERMAN (1955), f) Aminopeptidase: Methode von NACHLAS u. Mitarb. (1957), Substrat L-leucyl- $\beta$ -Naphthyl-Amid (pH 6,5), g) NAD-abhängige Dehydrogenasen und NAD-Diaphorase: Nitro-BT-Methode nach HESS (1958) für Lactat- und Malat-Dehydrogenase, NAD-Diaphorase nach NACHLAS et al. (1958) mit Nitro-BT. — Die Spezifität der Reaktionen wurde u.a. durch Inkubation in substratfreier Lösung, durch Erhitzen der Schnitte auf 70° C (30 min) und Zufügung spezifischer Fermenthemmer zur Inkubationslösung kontrolliert. Weiter wurde die Dünnschicht-Histochromatographie der Schnittpräparate nach HOLCZABEL (1966) zur Auf trennung der Lipidfraktionen angewandt. Die Einzelheiten der sehr interessanten Untersuchungsergebnisse müssen im Original nachgelesen werden. Die fermenthistochemischen Ergebnisse stimmen im Prinzip mit den Befunden an Hautschnittwunden und Verbrennungen überein, wenn sich auch qualitativ-quantitative und zeitliche Verschiebungen der Reaktionsstärke und des Reaktionseintritts ergeben, wie sich aus dem Vergleich der von HIRVONEN und der von RAEKALLIO veröffentlichten Zeittafel ersehen lässt. (Die Aufstellung von Zeitschemata aufgrund tierexperimenteller Untersuchungen bleibt problematisch. Ref.) Auffällig und daher hervorzuheben ist ein offenbar deutlicher Unterschied in der Schnelligkeit des Auftretens cellulärer Reaktionen, die nach den Beobachtungen des Verf. bei vitalen stumpfen Traumen im Fettgewebe als leukocytäre Reaktion innerhalb von 30 min (Randstellung in Gefäßen schon nach 5—15 min) auftrat. Dieser Reaktion folgten innerhalb von 1—2 Std an der Schadensstelle Makrophagen und aktivierte Fibroblasten. Die Aktivitätszunahme der verschiedenen Fermente, insbesondere der alkalischen und sauren Phosphatase, in den ortsständigen und immigrierten Zellformationen stellt ein wesentliches Kriterium zur Erkennung der vitalen Reaktion und Begrenzung des Zeitintervalls zwischen Verletzung und

Untersuchung dar, nachdem bis zu 3 Std p.m. Proliferation von primitiven Mesenchymzellen und Phagocytosetätigkeit in primitiven Makrophagen zu beobachten war. 42 sehr gut reproduzierte Abbildungen demonstrieren in anschaulicher Weise die im Text beschriebenen Veränderungen im Fettgewebe. Bei der Durchsicht des umfangreichen Literaturverzeichnisses wird dem mit der Materie vertrauten Leser auch hier vor Augen geführt, wie schwierig es ist, die weit verstreute internationale, insbesondere gerade die deutschsprachige, Literatur zum Thema zu erfassen.

PROCH (Bonn)

**E. Marquez Barajas: Détermination par autopsie des causes de la mort chez les enfants de 0 à 15 ans.** (Feststellung der Todesursache durch Obduktion bei Kindern zwischen 0 und 15 Jahren.) [31. Congr. Int. Langue Franc. Méd. Lég. et Méd. Soc., Montpellier, Octobre, 1966.] Ann. Méd. lég. 47, 836—849 (1967).

Die Verkehrsunfälle sind durch die Zunahme der Bevölkerung, der Fahrzeuge und Verkehrswege zu einem bedeutenden sozialen Problem geworden. Bei der Zusammenstellung der Obduktionsbefunde gewaltsam Verstorbener im Alter von 0—15 Jahren stehen die Verkehrsunfallopfer an erster Stelle. Andere Todesfälle, wie die Großzahl der Verbrennungen oder unerkannte Krankheiten, waren in geringerem Ausmaß Anlaß einer behördlichen Untersuchung. Wichtigstes Ergebnis der Untersuchungen ist die Erkenntnis, daß sowohl Jugendliche als auch deren Eltern, Erzieher und Behörden von der Notwendigkeit überzeugt werden müssen, den Kindern besonderen Schutz im Straßenverkehr zu gewähren. Dies ist bei der Anlage von Verkehrswegen und Kreuzungen besonders zu berücksichtigen. Als einleuchtendes Beispiel sei das Verbot der Herstellung, Lagerung und des Verkaufes von Schußwaffen genannt, das in Mexiko erlassen wurde und eine früher sehr häufige Unfallsursache praktisch zum Verschwinden brachte. Während 12 Monaten wurden allein in der Provinz Mexiko 540 Obduktionen von Verstorbenen zwischen dem Neugeborenentaler und 15 Jahren vorgenommen. (Es folgt eine tabellarische Übersicht über Alter, Geschlecht und Obduktionsdiagnose der einzelnen Fälle — Ref.). An der Spitze stehen Verkehrsunfallopfer, sodann die Folgen von Verbrennungen (Brände, Verbrühungen), in etwas geringerer Anzahl Erstickungen (Ertrinken), Verletzungen durch Feuerwaffen und bei Neugeborenen Tod durch Strangulation. Die Selbstmorde (Erhängen) erreichen keine nennenswerte Zahl.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

**H. Leder: Klinische und sozialfürsorgerische Gesichtspunkte beim Suizidversuch Jugendlicher.** [Nervenklin., Med. Akad., Erfurt.] Psychiat. Neurol. med. Psychol. (Lpz.) 19, 183—186 (1967).

Die Arbeit beruht nicht auf eigenen Untersuchungen. Sie hat mehr referierenden Charakter. Als Hauptursache der „abnormen Erlebnisreaktionen“, die die Suicidversuche Jugendlicher darstellen, sei einverständnisloses Elternhaus anzusehen. Es wird daher der Vorschlag gemacht, eine „Institution“ zwischen Klinik und Elternhaus „einzubauen“, in die die jugendlichen Patienten eingewiesen werden können, wenn die klinische Behandlung der körperlichen Folgen des Suicidversuches abgeschlossen ist. „Dort könnte ihnen im Verlaufe eines längeren Aufenthaltes unter entsprechender Betreuung und Beratung . . . das Zurückfinden in die Gesellschaft erleichtert werden. Es ist notwendig, daß in dieser Einrichtung die Wiedererlangung einer psychischen Stabilität gewährleistet wird, die erforderlich ist, um diese Patienten von der ‚Aufgabe ihres Ichs‘ abzulenken . . . In einer solchen Einrichtung könnten diese Betroffenen sich unter Gleichaltrigen aufzuhalten und wohnen. Ihre Gleichgültigkeit dem Leben gegenüber könnte durch die Übernahme kleiner verantwortlicher Funktionen abgebaut werden. Die Angst vor Bestrafung wäre dort zu beseitigen. Es könnte gelingen, unter der Führung von erfahrenen Psychologen diese jugendlichen Selbstmörder wieder in ein ihrem Ausbildungsgang entsprechendes Arbeitsverhältnis hineinzubringen oder sie für die Erlernung eines bestimmten Berufes vorzubereiten . . .“ VOGEL<sup>oo</sup>

**William A. Rushing: Alcoholism and suicide rates by status set and occupation.** (Alkoholismus und Selbstmord, gemessen am sozialen Stand.) Quart. J. Stud. Alcohol 29, 399—412 (1968).

Verf. spaltete zwei Testgruppen nach Alter, Geschlecht, Rasse und sozialem Stand auf. Er untersuchte die Beziehung Lebercirrhose—Selbstmord in Abhängigkeit von Alter, Status Beschäftigungsart und häuslichen Verhältnissen. — Bei unter 35 Jahre alten Selbstmörfern fehlte die bekannte strenge Relation zwischen Lebercirrhose und Suicid. — Durch obige Bearbeitungsart kann die genaue Natur der Alkoholismus—Selbstmord-Beziehung nicht geklärt werden.

Hierzu müßten Fragen der Persönlichkeits- und Sozialstruktur sowie die Art der sozialen Antwort der Umgebung auf Alkoholismus berücksichtigt werden.

KNÜPLING (Bonn)

**John H. Newby Jr. and C. J. van der Heide:** *A review of 139 suicidal gestures: discussion of some psychological implications and treatment techniques.* (Eine Übersicht über 139 suicidale Verhaltensweisen: Besprechung einiger psychologischer Zusammenhänge und Behandlungsverfahren.) [U.S. Army Hosp., Würzburg.] Military Med. 133, 629—637 (1968).

Im militärischen Bereich sind Suicid-Versuche und Suicide statistisch häufiger als in den vergleichbaren Altersgruppen der Zivilbevölkerung. Sie geben immer wieder Anlaß, Untersuchungen darüber anzustellen. Verff. berichten über 139 Personen, die im Hospital der US Army in Würzburg in der Zeit von 1964—1967 wegen suicidaler Verhaltensweisen zur Aufnahme und Behandlung kamen. Statistisch werden Alter, Geschlecht, Familienstand, Vorgeschichte, Disposition, Motivation, Art der Durchführung der Handlung, Jahreszeit und psychiatrische Diagnose untersucht, wobei Verff. das Material in drei Gruppen einteilen. Die 1. Gruppe umfaßt 27 ledige, die 2. Gruppe 18 verheiratete Militärpersonen und die 3. Gruppe 70 Angehörige dieser Personen. Charakter- und Verhaltensstörungen gefolgt von akuten Anpassungsschwierigkeiten waren die Hauptgründe für die suicidale Verhaltensweise in allen drei Gruppen. Depressive Zustände und Psychosen wurden nur in einem verschwindend kleinen Prozentsatz beobachtet. Hinsichtlich der Tatabitüren ist bemerkenswert, daß von diesem Personenkreis von der Schußwaffe kaum Gebrauch gemacht worden ist. Weitaus im Vordergrund der angewandten Mittel stehen die Einnahme von Medikamenten und das Beibringen von Schnittwunden. In vielen Fällen handelte es sich um nicht ernstgemeinte Selbstmordversuche, wobei die Abgrenzung zur Selbstbeschädigung, um einen bestimmten Zweck zu erreichen, schwierig ist. Verff. betonen, daß das starre System, die Reglementierung und die Vorgesetztenhierarchie innerhalb des militärischen Apparates das Auftreten suicidaler Verhaltensweisen begünstigen, da es für den einzelnen oft schwer ist, unbefriedigende Zustände im militärischen Bereich zu ändern. Bei den älteren verheirateten Militärpersonen kann die Angst vor altersbedingter Leistungseinbuße und vor Statusverlust nach Entlassung ins Zivilleben die psychische Grundlage für die Selbstmordversuche sein („old soldier syndrome“). Die Untersuchungsergebnisse werden in 5 Tabellen zusammengefaßt und die Behandlungsmöglichkeiten durch Psychiater diskutiert. Einzelheiten sind nachzulesen.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

**F. A. Whitlock and J. E. Edwards:** *Pregnancy and attempted suicide.* (Schwangerschaft und Selbstmordversuch.) [Dept. Psychol. Med., Univ. of Queensland, Brisbane.] Comprehens. Psychiat. 9, 1—12 (1968).

Die Arbeit berichtet über 30 Pat., die während der Schwangerschaft Suicidversuche unternahmen und vergleicht sie mit 453 Pat., die außerhalb der Schwangerschaft entsprechende Versuche machten. Das Durchschnittsalter der Schwangeren war etwas niedriger als das der Nichtschwangeren. Die meisten Suicidversuche der Schwangeren waren impulsiver Natur. Sie wurden oft im Anschluß an persönliche Auseinandersetzungen, die mit der Schwangerschaft nicht unbedingt zusammenhingen, begangen. Situationsbedingte Krisen zur Zeit der Suicidversuche waren häufig. Als Mittel wurde am häufigsten eine Überdosierung von Barbiturataten verwendet. Die Frauen zeigten ausgeprägte Instabilität der Persönlichkeit. Viele hatten während ihres früheren Lebens zwischenmenschliche und sexuelle Schwierigkeiten. 30% der Pat. kamen aus ungünstigen Familienverhältnissen. Mehr als die Hälfte der Suicidversuche hing nicht mit der Schwangerschaft zusammen. Nur bei einem Sechstel erschien die Schwangerschaft als beherrschende Ursache. Von  $\frac{2}{3}$  der Pat., die katamnestisch untersucht wurden, zeigten 37% größere psychische Auffälligkeiten. Die Untersuchung spricht gegen eine Häufung von Suicidversuchen in der Schwangerschaft.

A. ASMUSSEN (Hubertusburg)°°

**W. Ironside:** *The psychopathology of suicide and the individual patient.* (Die Psychopathologie des Selbstmordes und der Einzelpatient.) N. Z. med. J. 63, 763—767 (1964).

Es werden die verschiedenen Gründe für einen Selbstmord dargelegt. Der Suicid wird als das Ergebnis eines komplexen dynamischen Prozesses angesehen. Vor allem schließt dieser komplexe dynamische Prozeß nicht nur den Selbstmörder selbst ein, sondern auch den ihn umgebenden Personenkreis. Es besteht als Grundlage für einen Selbstmord ein gestörtes Verhältnis der

zwischenmenschlichen Beziehungen. — Selbstmorde zeigen ein dramatisches Paradoxon. Sie sind zunächst nur als Mittel gedacht Hilfe zu suchen, mit dem ausdrücklichen Verlangen, nicht zu sterben. Aber Selbstmordversuche werden unrealistisch und schlecht angestellt. Das Leben, das eigentlich erhalten bleiben soll, wird eingesetzt, geht dabei aber häufig verloren. OSTERHAUS

**F. Reimer: Die Aufgaben des Psychiaters in der klinischen Betreuung Suizidgefährdeter.** [Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Kiel.] Med. Welt, N. F., 19, 1633—1636 (1968).

Verf. bezieht seine Überlegungen auf 287 Pat., die im wesentlichen klinisch, zum kleinen Teil auch konsiliarisch betreut wurden. Unter Berücksichtigung der Motive gibt er folgende Einteilung der Suicid: Demonstrations-S., Ambivalenz-S., Impuls-S., Bilanz-S., Dranghafter S. und geht kurz summarisch auf die Wiederholungstendenz, Vorbereitung und Planung des Suicids, Persönlichkeitsstruktur, Wahl der Mittel und die Geschlechtszugehörigkeit ein. Besondere Bedeutung mißt er dem Ambivalenzsuicid bei, für den eine dem Tod gegenüber ambivalente Einstellung charakteristisch sei, die sich in Passivität, Hoffnungslosigkeit und intentionaler Störung äußere. Außerdem wird auf ein moros-depressives Durchgangsstadium nach Abklingen der akuten Intoxikationserscheinungen hingewiesen, das besonders leicht zu Fehlbeurteilungen hinsichtlich der Persönlichkeit und der Rezidivgefahr führen könne.

HARDTMANN (Berlin)

**StGB § 222; StVO §§ 3 und 9 Abs. 1 (Auswirkungen des Warnzeichens „Kinder“).**  
a) Das Warnzeichen „Kinder“ nötigt den Kraftfahrer nicht dazu, in Abweichung von den sonst geltenden Regeln jederzeit damit zu rechnen, daß Kinder auf die Straße gelaufen kommen könnten, die vorher für ihn nicht sichtbar waren. — b) Ist einzige Gefahrenquelle, vor der das Zeichen warnt, eine Schule, so muß der Kraftfahrer diejenige Vorsicht walten lassen, die ganz unabhängig von dem Warnzeichen bei der Annäherung an eine Schule geboten ist. [OLG Köln, Urt. v. 11. 6. 1968 — Ss 166/68.] Neue jur. Wschr. 21, 2155—2156 (1968).

**Karsten Krogsaeter: Verkehrssicherheit und Forschung.** Nord. kriminaltekn. T. 38, 78—87 (1968) [Norwegisch].

**Albrecht Eika: Verkehrssicherheitsforschung.** Nord. kriminaltekn. T. 38, 76—77 (1968) [Norwegisch].

**K. H. Link: Zum Kapitel: Ursachen und Verhütung von Autounfällen.** Mschr. Unfallheilk. 71, 263—265 (1968).

Schilderung eines schweren Verkehrsunfalles (Fahrerin tot, Begleiterin schwer verletzt), dessen Ursache erste Ferienstimmung, Ablenkung durch die beeindruckende Landschaft, ungewohntes Bergfahren in schwierigen Kurven waren. Die entscheidende Komplikation war aber das Sichverklemmen einer nicht festsitzenden Holzsandale zwischen Gas- und Bremspedal, die sich im Erschrecken vom re. Fuß gelöst hatte. Sie hatte Gaswegnahme und Bremsen unmöglich gemacht.

BLÜMEL (Flensburg)<sup>oo</sup>

**A. A. Maryshev, A. A. Solokhin, S. I. Christoforov and V. A. Safronov: Terminology and classification of lesions in car accidents.** (Terminologie und Klassifizierung des Automobil-Traumas.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 2, 10—13 [Russisch].

In dem Beitrag werden die grundlegenden Varianten und Phasen des Automobil-Traumas und die Mechanismen der Verletzung in jeder Phase gezeigt. Man muß unterscheiden zwischen Verletzungen durch das sich bewegende Auto und Verletzungen, die im Straßenverkehr durch ein Auto hervorgerufen werden. — Verff. führen das Unfallgeschehen im wesentlichen auf 7 Aspekte zurück: Zusammenstoß des sich bewegenden Autos mit dem Menschen, Fall aus dem sich bewegenden Kraftfahrzeug, Verletzungen im Inneren des Kraftfahrzeugs, Einquetschung des Körpers durch Teile des Kraftfahrzeugs, Überfahrung mit den Rädern, kombinierte Traumen (Zusammenstoß des Kraftfahrzeugs mit dem Menschen und anschließender Überfahrung, Fall aus dem sich bewegenden Kraftfahrzeug und Überfahrung, Trauma in der Kabine mit Herausfallen

und Überfahren durch die Räder, Herausfallen aus dem Kraftfahrzeug mit nachfolgender Quetschung des Körpers durch Teile des Kraftfahrzeugs). Im weiteren werden 4 Arten der Entstehung von Verletzungen zusammengefaßt: Anstoßverletzungen (an Teile des Kraftfahrzeugs oder auf der Straßenoberfläche), allgemeine Erschütterung des Körpers (durch die verschiedensten möglichen Anstoße), Quetschung des Körpers (an der Straßendecke, in oder zwischen Kraftfahrzeugen) und Verletzungen im Gefolge von Schleifen des Körpers (über Teile des Kraftfahrzeugs oder auf der Straßendecke). Beim Anstoß des Kraftfahrzeugs mit dem Menschen sind 3 oder 4 Phasen festzustellen: Berührung des sich bewegenden Kraftfahrzeugs mit dem Menschen, Fall des Körpers auf das Kraftfahrzeug, Zurückwerfen des Körpers und Fall auf den Boden, Schleifen des Körpers auf dem Boden. Beim Fall aus dem sich bewegenden Kraftfahrzeug werden folgende 3 Phasen beobachtet: Anstoß des Körpers an Teilen des Kraftfahrzeugs, Fall auf den Boden und Schleifen des Körpers über den Boden. Bei der Traumatisierung innerhalb des Kraftfahrzeugs sind 2 Phasen zu beobachten: Anstoß an Innenteilen, Einklemmen des Körpers zwischen sich verlagernden Kraftfahrzeugeilen. Beim Überfahren durch die Räder werden folgende Phasen beobachtet: Berührung des Körpers mit den sich bewegenden Rädern, Schleifen, Überrollen und Hindurchschleifen des Körpers, Überrollen des Rades und erneutes Schleifen. G. WALTHER

**A. P. Ignatenko: Fatal injuries in bicycling.** (Tödliche Verkehrsunfälle mit Beteiligung von Radfahrern.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 2, 13—14 [Russisch].

Es wird über 11 Fälle tödliche Unfälle von Radfahrern mit und ohne Hilfsmotor berichtet. Bei Unfällen mit Fußgängern handelt es sich in 3 Fällen um weibliche Personen. Die Todesursache ist in einem Schädel-Hirn-Trauma begründet. Die Verletzungen sind typisch für einen Sturz mit Aufschlag des Schädelns, aber nicht typisch für einen Fahrradunfall. In weiteren 4 Fällen handelt es sich um einen Sturz mit dem Fahrrad. Außer am Schädel sind hier Hautabschürfungen vorhanden. Der Tod ist gleichermaßen in einem Schädel-Hirn-Trauma (Subdural, Subarachnoidal und cerebrale Blutungen) bedingt. Bei Unfällen mit Beteiligung von Kraftfahrzeugen kommt es außerdem auch zu Verletzungen der inneren Organe. In diesen Fällen ist die genaue Kenntnis des Unfallortes und der Beschädigung am Fahrrad und Pkw zur Rekonstruktion des Unfallgeschehens unbedingt notwendig. G. WALTHER (Mainz)

**F. Reimer: Aggressionstrieb im Straßenverkehr.** [Psychiat. u. Nervenklin., Univ., Kiel.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 78—80 (1968).

Der bekannte Zusammenhang zwischen aggressionstriebgefährdetem Personen- und Fahrverhalten wird unter dem Gesichtspunkt einer Prävention behandelt. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß, da das gefährvolle Fahren meist anonym bleibt und deshalb eine angemessene Strafe nicht verhängt werden könnte, eine Abhilfe nur durch Entsymbolisierung des Pkw und einer Koppelung der Fahreigentümlichkeiten mit Triebzielen, die der Aggression entgegenwirken, möglich ist. F. PETERSON (Mainz)

**Joseif Weiser: Tractors and children.** (Traktoren und Kinder.) Arch. belges Méd. soc. 26, 216—221 (1968).

18 meist tödliche Unfälle mit Kindern und Traktoren werden beschrieben. Weitere gleichartige Unfälle werden nach Unfallablauf (59 Fälle) und Beteiligung des Kindes (35 Fälle) aufgeschlüsselt. Die Diskussion zeigt als vorwiegende Unfallursachen Spielen im Bereich des Traktors und Mitfahren auf dem Traktor. 12 Literaturangaben, z.T. Tageszeitungen. TERFLOTH

**Yasuhisa Nagayama: Psycho-sociological factors in traffic law violation.** (Psychosoziologische Faktoren bei der Verletzung von Verkehrsgesetzen.) [6. Ann. Meet., Jap. Assoc. Criminol., Osaka, 13. X. 1967.] Acta Crim. Med. leg. jap. 34, 35—37 (1968).

Die vorliegende Studie untersucht die psychologischen Eigenschaften derjenigen Fahrzeugführer, die die Verkehrsgesetze wiederholt verletzt haben. Durch Testfragen wurde die Haltung von 591 Fahrzeugführern in Osaka zu den sozialen Normen und ihr Verhalten im Straßenverkehr, insbesondere zu den Verkehrspolizisten, ermittelt. Dabei stellte sich heraus, daß 63, 4% von ihnen nicht älter als 34 Jahre waren und bei ihnen der Grad der Freundlichkeit gegenüber den Verkehrspolizisten am geringsten ausgeprägt war. VETTERLEIN (Jena)

**H. Klein:** Zur Systematik der Wunden im Straßenverkehr: Bekleidung und Hautwunden. [Abt. f. Verkehrsmed., Univ., Heidelberg. (31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.)] Hefte Unfallheilk. H. 94, 273—276 (1968).

Für den Gerichts- und Verkehrsmediziner sind exakte Unfallrekonstruktionen unerlässlich. Dabei kommt der Analyse der Hautwunden unter besonderer Berücksichtigung der Bekleidung eine außerordentliche Bedeutung zu. Die Bekleidung kann nicht nur für die Form einer Wunde mit verantwortlich sein, auch die Wundlage, -ausdehnung und -tiefe kann entscheidend davon abhängen. Umgekehrt können durch detaillierte Untersuchungen von Veränderungen der Textilstrukturen wichtige Unfallzusammenhänge aufgedeckt werden. Nach Ansicht des Verf. müßten in einer verkehrsmedizinisch aussagefähigen Wundlehre neben den verschiedenen Wundformen auch die Bekleidungsveränderungen berücksichtigt werden. HEINZ RAHRIG (Magdeburg)<sup>oo</sup>

**G. Koschlig:** Über die Dauer des Lidschlages beim Anflug von Fremdkörpern. [Abt. Neurol. u. Psychiat., Med. Dienst Verkehrswes. d. DDR, Ztr.-Inst. Verkehrsmed., Berlin.] Verkehrsmedizin 15, 391—397 (1968).

**P. Moron:** Epilepsie et aptitude à conduire. [Soc. Méd. Travail et d'Ergonomie, Toulouse, 27. V. 1967.] Arch. Mal. prof. 29, 439—441 (1968).

**W. Lorenz:** Zum Thema: Der gehörlose Kraftfahrer. [Klin., Poliklin. HNO-Krankheit., Univ., Halle-Wittenberg.] Verkehrsmedizin 15, 233—237 (1968).

Gemäß Verfügung des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR Nr. 14 vom 15. 8. 1964 können auch Schwerhörige und Taube nach besonderer medizinisch-psychologischer Begutachtung durch eine Gutachterkommission eine Fahrerlaubnis erhalten; dabei müssen allerdings die Sprachfähigkeiten für eine Verständigung ausreichend sein. Die bei Taubstummen üblichen Gesten und unartikulierten Laute reichen nicht aus. Verf. berichtet über die einschlägigen Erfahrungen der HNO-Klinik der Universität Halle. Danach wiesen in den Jahren 1961—1966 11 von 72 als gehörlos geltende Personen, die sich um die Fahrerlaubnis bewarben, bei der audiologischen Untersuchung so günstige Hörreste auf, daß bei ihnen die Anpassung einer elektronischen Hörhilfe möglich wurde. 4 entsprechende Kurven werden gebracht. Verf. tritt dafür ein, daß man grundsätzlich auch bei Menschen, die als taub bezeichnet werden, ein Schwellenaudiogramm anfertigen sollte. B. MUELLER (Heidelberg)

**G. Leszkay, E. Novak, B. Széchey und G. Horváth:** Probleme bei der Festlegung der Tauglichkeitsanforderungen an das Hörvermögen. Verkehrsmedizin 15, 425—435 (1968).

**H. Müller:** Epilepsie und die Tauglichkeitsvorschrift zum Führen von Kraftfahrzeugen (Tauvo K). Verkehrsmedizin 15, 87—99 (1968).

Es handelt sich um einen Bericht über die Ergebnisse des Symposions der Internationalen Gesellschaft gegen Epilepsie in Wien (September 1965). Die Zusammenstellung gibt die verschiedenen Auffassungen wieder, wobei die Tendenz erkennbar ist, daß die Fahrerlaubnis dann erteilt werden kann, wenn auch bei Medikation eine Anfallsfreiheit über zwei Jahre nachgewiesen erscheint. F. PETERSON (Mainz)

**H. W. Heiss und D. Beckmann:** Unfall und Persönlichkeitsmerkmale. Untersuchung an Frakturpatienten. [Psychosomat. Klin., Univ., Gießen.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 11—21 (1968).

Die Untersuchungen haben ergeben, daß der Rosenzweig-P-F-Test und der MMPI-Test durchaus geeignet sind, Unfallpersönlichkeiten zu erkennen. Insbesondere fand sich die Annahme einer Unfallbereitschaft bei Störung der Bewältigung aggressiver Impulse bestätigt. Neben solchen konstanten Persönlichkeitsmerkmalen wird aber auch die Bedeutung des aktuellen situativen Konfliktes als Unfallursache herausgestellt. F. PETERSON (Mainz)

**P. J. Birkenbach:** Unfallhilfe auf dem Lande. Therapiewoche 18, 1977—1979 (1968).

**Peter Naumann: Gesichtsverletzungen durch splitternde Windschutzscheiben.** Dtsch. Ärzteblatt 65, 2050—2052 (1968).

Bei dem berichteten Fall handelt es sich um die Auswirkung einer nicht entsprechenden Behandlung von Splitterverletzungen, weshalb auf die Notwendigkeit einer sorgfältigen Wundrevision und einer entsprechenden Beurteilung des Röntgenbildes hingewiesen wird.

F. PETERSOHN (Mainz)

**W. Lorenz und H. G. Demus: Untersuchungen zur Lärmgefährdung von Sportfliegern.** [Klin. u. Poliklin. HNO, Univ., Halle-Wittenberg.] Verkehrsmedizin 15, 375—390 (1968).

**Tomaso Lomonaco: Gli studi medico-aeronautici in Italia e la scuole di specializzazione in medicina aeronautica e spaziale.** Rass. clin.-sci. 44, 272—280 (1968).

**A. A. Lukash: Medico-legal examination of airplane remnants: its role in causal evidence.** (Die Bedeutung der gerichtsmedizinischen Begutachtung von Flugzeugtrümmern bei der Aufklärung von Flugunfällen.) Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 2, 15 mit engl. Zus.fass. [Russisch].

Durch Vögel hervorgerufene Flugunfälle sind selten. Die Unfallursachen können in einer Fehlreaktion des Piloten beim Anschlag des Vogels am Kabinfenster begründet sein oder es kann auch eine Beschädigung des Flugzeuges durch den Aufprall des Vogels als Unfallursache in Betracht kommen. — In dem beschriebenen Fall fand sich am Kabinfenster serologisch nachgewiesenes Vogelblut, und es wurden Vogelfedern beobachtet. 15 km rückwärts der Absturzstelle fanden sich 2 Vogelflügel. Die ornithologische Begutachtung ergab, daß es sich um Kiebitzflügel handelt. Im abschließenden Gutachten der Untersuchungskommission wird festgestellt, daß ein Zusammenstoß des Flugzeuges mit dem Vogel die Unfallursache darstellt. G. WALTHER

**R. Kelch: Gesundheit, Sicherheit und Bequemlichkeit des Reisenden aus der Sicht der Fahrgastschiffahrt.** Verkehrsmedizin 15, 147—159 (1968).

Es handelt sich um einen Bericht über die Aufgaben und volksgesundheitliche Bedeutung der sog. Weißen Flotte mit Angaben über die Hygiene und Sicherheitsvorkehrungen.

F. PETERSON (Mainz)

**J. Warneke: Gesundheit, Sicherheit und Bequemlichkeit des Reisenden aus der Sicht der Schifffahrtsmedizin.** [Med. Dienst d. Verkehrswesens d. DDR, Rostock.] Verkehrsmedizin 15, 133—146 (1968).

In dem Aufsatz wird der Stand des Komforts und der schiffsärztlichen Betreuung der Passagiere auf den Urlauberschiffen, den Fährschiffen und der Weißen Flotte dargelegt und die schifffahrtsmedizinische Organisation in Gestalt der Direktion Rostock herausgestellt. F. PETERSON

### Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

**Lewis Kuller, Abraham Lilienfeld et Russel Feshner: Mort subite et inattendue chez le jeunes adultes. Une étude épidémiologique.** (Plötzlicher, unerwarteter Tod junger Erwachsener.) Bull. Méd. lég. 11, 160—166 (1968).

101 (31,4 %) von 332 nicht traumatischen Todesfällen waren plötzlich und unerwartet (Baltimore, 1964/1965; Altersgruppe 20—39 Jahre). Außer Alters- und Geschlechtsaufteilung werden Zeitgruppierungen zwischen Erkrankung und Todeseintritt (innerhalb von 24 Std) vorgenommen. Zu den Haupttodesursachen werden Coronargefäßeiden, Hochdruckerkrankungen, Pneumonien, Hirngefäßerkrankungen, Leberleiden, rheumatische und andere chronische Herzerkrankungen gezählt. Auch der Alkoholismus hat eine wesentliche todesursächliche Bedeutung.

HEIFER (Bonn)

**E. Trube-Becker: Unfall, Selbstmord oder plötzlicher Tod?** [Inst. Gerichtl. Med., Univ., Düsseldorf.] Lebensversicher.-Med. 18, 33—35 (1966).

Ein 59jähriger Vertreter erlitt — nachdem er kurz zuvor eine hohe Lebensversicherung zu Gunsten seiner Braut abgeschlossen hatte — durch Frontalzusammenstoß mit einem LKW,