

## Referate

### Allgemeines, einschl. Verkehrsmedizin

- **Friedrich Curtius: Von medizinischem Denken und Meinen.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1968. VIII, 191 S. DM 19.—.

In der Schrift *Von medizinischem Denken und Meinen* befaßt sich der erfahrene Kliniker F. CURTIUS mit dem *Denken und Meinen der Mediziner*. Nach kritischen Vorfragen (wie denen, ob Medizin Kunst oder Wissenschaft sei oder ob sich die allgemeine Denklehre für die Medizin entbehren lasse) geht der Verf. auf die „Denkfremdheit“ des Arztes und die Hauptquellen medizinischer Denkfehler ein, die er u. a. in weltanschaulichem Extremismus, Dogmatismus, Simplifikation und Alternativdenken sieht. Dabei werden auch die Notwendigkeit und Gefahren der Hypothesen, medizinische Moden und Unzulänglichkeiten medizinischen Schrifttums behandelt. Im Hauptteil befaßt sich Verf. mit den Grundlagen medizinischen Denkens (u. a. mit der Bedeutung der Erfahrung für das „Denken“, Problemen der Krankheitssystematik und dem Kausalprinzip in seiner Bedeutung für die Medizin) sowie dessen Anwendung (bzw. Nichtanwendung) bei Fragen nach der Ätiologie und Pathogenese, der Diagnostik, Therapie und Begutachtung. Schließlich werden in einem besonderen Kapitel Probleme der Aus- und Fortbildung in ihren Wechselwirkungen mit „medizinischem Denken und Meinen“ behandelt. — Verf. beabsichtigt nicht — worauf im Vorwort hingewiesen wird — „eine erschöpfende medizinische Denklehre zu bieten“, vielmehr sollten die „Probleme des heutigen medizinischen Denkens“ skizziert und in Form einer kurzen Dokumentation festgehalten werden. Verf. belegt seine Hinweise und Ansichten mit zahlreichen Literaturstellen, die eine wertvolle Ergänzung zu seinen Ausführungen darstellen und dem interessierten Leser eine wichtige Hilfe (für eine nähere Beschäftigung mit den angeschnittenen Fragen) bietet. — Den Gerichts- und Versicherungsmediziner werden besonders die Kapitel über Fragen der Kausalität und die bei der Begutachtung zu beachtenden Gesichtspunkte interessieren. Hier finden sich viele wichtige Hinweise und Warnungen, die jeder Gutachter beachten und beherzigen sollte. Die kritische Betrachtung des Verf. scheint besonders geeignet, jüngere Kollegen zur Besinnung auf die Grundlagen unseres medizinischen Wissens und zur Überprüfung unserer Urteilsbildung anzuregen, aber auch für den erfahrenen Kliniker und Sachverständigen enthält die Schrift viele wertvolle Hinweise und Gesichtspunkte.

GRÜNER (Gießen)

- **Der Monozyt.** Verhandlungen des 12. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie in Berlin. Hrsg. von HORST BRÜCHER. (Hämatologie u. Bluttransfusion. Hrsg. von W. STICH u. G. RUHENSTROTH-BAUER. Bd. 7.) München: J. F. Lehmann 1969. 99 S., 33 Abb. u. 8 Tab. DM 22,—

**H. Thielicke: Das Recht des Menschen auf seinen Tod.** [Seminare f. Systemat. Theologie u. Sozialethik, Univ., Hamburg.] Fortschr. Med. 86, 1067—1068 (1968).

**Heinz Kirchhoff: Der Arzt im Konflikt zwischen Wissenschaft und Ethik.** Dtsch. Ärzteblatt 65, 2951—2957 (1968).

Es handelt sich um die Ansprache anlässlich der Eröffnung der Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie im Jahre 1968 in Lübeck-Travemünde. Die Ausführungen sind von hohem Ethos getragen. Verf. geht zunächst auf die Möglichkeiten einer Geschlechtsbeeinflussung, auf Bestrebungen der Chromosomenchirurgie und auf eine vielleicht einmal mögliche Züchtung eines Übermenschen in der Retorte ein. Bezüglich der heterologen Insemination weist Verf. auf die wertvollen Erhebungen von HALLERMANN und WILLE in Schleswig-Holstein hin [Referat

s. d. Z. 64, 35 (1968)]. Eine vernünftige Familienplanung wird bejaht. Die Benutzung von Intrauterinpressaren sollte man aus der Strafbarkeit des § 218 StGB ausklammern. Von einer Leibesfrucht sollte man erst sprechen, wenn das befruchtete Ei im Uterus implantiert ist. Verf. setzt sich für die Möglichkeit einer Schwangerschaftsunterbrechung nach vorangegangener Notzucht ein. Eine Sterilisation sollte aufgrund eines begründeten Antrages bei der Ärztekammer legalisiert werden. Eingehendes Schrifttumsverzeichnis.  
B. MUELLER (Heidelberg)

**Ph. Schwartz: Neue Beiträge zur Pathologie des Alterns. Fluoreszenzmikroskopische Untersuchungen.** [Path. Inst., Staatskrankenh., Warren.] Psychiat. et Neurol. (Basel) 154, 337—365 (1967).

Altern geht mit Ablagerung von Amyloid im Gehirn einher. Auch Herz, Aorta und Pankreasinseln sind von der Amyloidablagerung betroffen. Alzheimer'sche Krankheit und senile Demenz sind offenbar nicht Folge einer primären Erkrankung des Gehirns, sondern Folge einer allgemeinen Stoffwechselstörung. Fluoreszenzmikroskopische Untersuchung von mit Thioflavin-S vorbehandelten Schnitten ist die am besten geeignete Methode zum Nachweis von Amyloid. Im einzelnen werden Form und Ort der Amyloidablagerung im Gehirn beschrieben: senile Plaques und ihre Sonderformen, Amyloiddegeneration von Ganglienzellen (sog. Alzheimer-Zellen) und Nervenfasern innerhalb und außerhalb von senilen Plaques, corticale und ventriculäre Oberflächenamyloidose, Amyloidablagerung in der Wand von Arterien, Arteriolen und Capillaren, häufig in senilen Plaques, sowie Amyloidablagerung in den Meningealarterien. Bei 2 Fällen (51 bzw. 56 Jahre alt geworden) mit mongoloider Idiotie wurde „höchstgradige Amyloiddegeneration des Gehirns“ nachgewiesen. Auch in einem Fall mit Dementia pugilistica zeigte sich eine Ablagerung von Amyloid im Gehirn. Am Herzen alter Menschen findet sich Amyloid vor allem im Bereich der Vorhöfe, speziell in der Wand der Herzohren. Das linke Herz ist häufiger und stärker betroffen als das rechte. Die an Obduktionsgut erhobenen Befunde zeigten sich in ähnlicher Form und Verteilung auch an den Organen von Hunden, die 12—18 Jahre alt geworden waren. — Der Verf. äußert die Vermutung, daß der „Nucleus klassischer seniler Plaques ebenso wie die kompakten senilen Herde vielleicht intravasculären Amyloidanhäufungen (Thromben) entsprechen“.  
ADEBAHR (Frankfurt a. M.)

**K. Breddin: In-vitro-Methoden zur Beurteilung der Plättchenfunktion.** [I. Med. Univ.-Klin., Frankfurt a. M.] Blut 18, 84—89 (1968).

**J. Lindner: Die chronische Entzündung aus der Sicht des pathologischen Anatomen.** [Path. Inst., Univ., Hamburg.] Med. Welt, N.F. 20, 279—283 (1969).

**Takashi Kamada: Fibrinolytic activity of proactivator and activator in human urine.** (Fibrinolytische Aktivität des Proaktivators und des Aktivators im menschlichen Urin.) [Dept. Leg. Med., Okayama Univ. Med. School, Okayama.] Jap. J. leg. Med. 21, 541—551 (1967).

Es werden Untersuchungen zur fibrinolytischen Aktivität des menschlichen Urins beschrieben. Die Proben wurden von 100 gesunden Personen und 50 Patienten mit Nierenerkrankungen gewonnen. Dabei konnte bestätigt werden, daß sich im normalen Urin Plasminogen-Aktivator und -Proaktivator findet, und zwar ersterer in Verdünnungen bis 200fach, letzterer bis 1000fach. In proteinurischen Urinen fand sich eine um so geringere Aktivatoraktivität, je höher der Eiweißgehalt war, währenddes der Proaktivator gleichermaßen zunimmt, Fibrinolyse wurde hier bis zur 20000fachen Verdünnung beobachtet. Geschlechtsunterschiede wurden dabei nicht beobachtet, der Urin von Kindern enthielt jedoch größere Mengen Proaktivator als der von Erwachsenen. Läßt man Urin stehen, so nehmen beide — Proaktivator und Aktivator — langsam ab und verschwinden nach etwa 3 Monaten. Hat man den Urin auf Stoffe aufgetropft, so ist der Aktivator nach 10 Tagen verschwunden, bei proteinurischem Urin jedoch länger nachweisbar (bis zu 1½ Jahren). Dagegen ist die Proaktivatoraktivität bis zu 1 Jahr bzw. 4½ Jahren erhalten. Technische Einzelheiten sollten im Original nachgelesen werden. RITTNER (Bonn)

**G. E. Schubert and H. Köberle: The incidence of morbid-anatomical evidence of shock-kidney and other renal disorders in unselected autopsy material.** (Über die

Häufigkeit des pathologisch-anatomischen Bildes der Schockniere und anderer Nierenerkrankungen im unausgewählten Obduktionsgut.) [Inst. Path., Univ., Tübingen.] *J. forensic Med.* 15, 52—66 (1968).

*Histomorphologie* der Schockniere: Weite Lumina der Haupt- und Mittelstücke, herdförmige Tubulusnekrosen, hyaline und/oder pigmentierte Zylinder (Hämoglobin, Methämoglobin, Myoglobin) in den distalen Nephronabschnitten, herdförmige rundzellige Reaktion im Interstitium und interstitielles Ödem („tubulo-interstitielle Nephritis“), Oxal- und andere doppeltbrechende Kristalle in den Mittelstücken, Schaltstücken und Sammelrohren, herdförmige oder diffuse „osmotische Nephrose“ im Bereich der Hauptstücke nach Infusionsbehandlung mit sog. Plasmaexpandern. (Sehr instruktive Mikrophotos.) Gleichzeitig werden häufig herdförmige Nekrosen der Leberepithelien im Sinne des sog. hepato-renalen Syndroms beobachtet. Autolytische Veränderungen sind nicht immer sicher von typischen Befunden der Schockniere zu unterscheiden. Der Tod tritt meist schon wenige Stunden oder Tage nach dem auslösenden Schockereignis ein. Autopsisch wurde eine Schockniere im unausgewählten Sektionsgut in 4,3% (3400 Obduktionen aus einem Großstadtkrankenhaus) bzw. 10,2% (747 Obduktionen aus Universitätskliniken) festgestellt. *Ätiologie*: Diffuse oder umschriebene Peritonitis in 18,4 bzw. 14,5%, schwere Schädigungen des Herzens in 9,5 bzw. 9,2%, massive Blutungen im Bereich des Magen-Darmkanals in 8,8 bzw. 5,3%, schwere Unfälle, Verblutungs- und Operationsschock in 8,8 bzw. 17,0% der Fälle. Die Differenzen ergeben sich aus der andersartigen Zusammensetzung des Krankengutes in städtischen Krankenanstalten und Universitätskliniken. Bei den restlichen 54% handelte es sich in beiden Gruppen um eine relativ große Zahl von schweren Lebererkrankungen, septischen Krankheitsbildern, Erkrankungen des Zentralnervensystems, Kachexie bei Tumoren, Lungenarterienembolien, akute Erkrankungen der Gallenblase, Thrombosen im Pfortaderbereich und Coma diabeticum. Eigenartigerweise war in dem Material der ersten Gruppe nur ein einziger fraglicher Transfusionschaden enthalten (Verbesserung der Blutgruppentechnik und Sicherheitsvorkehrungen bei der Bluttransfusion). — Im Obduktionsgut der Universitätskliniken stand das Bild der Schockniere mit 10,2% an erster Stelle aller pathologisch-anatomisch nachgewiesenen Nierenveränderungen (6,0% interstitiell-entzündlich, 4,4% vasculär und 2,14% glomerulär). — Im militärischen Krankengut (schwerverwundete Soldaten) ist die Mortalitätsrate etwa 3—5mal größer als im zivilen Bereich. REH (Düsseldorf)

**E. Rügheimer: Prophylaxe und Therapie der respiratorischen Narkosekomplikationen.** [85. Tag., Dtsch. Ges. Chir., München, 17.—20. IV. 1968.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* 322, 1291—1299 (1968).

**W. Fischer, R. Kempe und H. Friedrich: Eine neue, für Routine- und Spezialuntersuchungen geeignete thermoelektrische Mikrotomkühlung.** [Path. Inst., Med. Akad., Erfurt.] *Zbl. allg. Path. path. Anat.* 111, 136—139 (1968).

Es wird eine thermoelektrische Mikrotomtischkühlung beschrieben, bei der die Einfriergeschwindigkeit so weit gesteigert ist, daß die bei den bisherigen Konstruktionen erforderlichen Wartezeiten von mehreren Minuten wegfallen. Nach dem Schneiden läßt sich der Gewebeflock innerhalb weniger Sekunden abtauen. Eine Vorrichtung zur Temperaturregelung ermöglicht die Herstellung von gleichmäßigen Serienschnitten bei konstanter Objekttemperatur.

Zusammenfassung.°°

**Ralf Krüger: Bemerkungen zu Methoden und Auswertungsgrenzen massenstatistischer Untersuchungen.** *Blutalkohol* 5, 450—455 (1968).

**G. Vogler, V. Tittmann und E. J. Klaus: Untersuchungen der psychischen Beeinflussung des Herz-Kreislaufsystems bei verschiedenen Schießübungen bei der Grundausbildung von Rekruten.** [Inst. Sportmed., Univ., Münster.] *Wehrmedizin* 6, 135—139 (1968).

Untersuchungen über das Kreislaufverhalten junger Soldaten mit Hilfe von Langzeit-EKG-Speicheraufnahmen haben ergeben, daß die Herzfrequenz bei Schießübungen (BMK, Gewehrgranaten, MG (6 Schuß), MG (4 Schuß), Gewehr- und Pistolenschießen) je nach Übung zwischen 49 und 84% anstieg, wobei maximale Frequenzsteigerungen bis zu 165/min beobachtet wurden.

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß die Belastung des Kreislaufs in erster Linie auf psychische Einflüsse (Konzentration, Leistungsbereitschaft, Erregung, Unlustgefühle, Angst vor Verletzungen durch starken Rückschlag usw.) zurückgeht, nachdem die körperliche Beanspruchung verhältnismäßig gering ist. Interessant ist der Hinweis, daß die Frequenz bei einigen Versuchspersonen, vor allem bei geübten Schützen, kurz vor Abgabe des Schusses abfällt, was auf die Konzentration beim Zielen zurückgeführt wird. — Die mitgeteilten Feststellungen lassen erkennen, daß beim Schießen beträchtliche psychische Spannungen auftreten, die vermutlich auch Anlaß dafür sind, daß bei sportlichen Wettkämpfen nicht selten Alkohol als „Lösungsmittel“ verwendet wird. K. LUFF

**J. Breton, J. Caroff, A. Hadengue et L. Dérobert: Syndrome malin-post-vaccinal. A propos de deux cas.** (Syndrom der Todesfälle nach Pockenimpfung. Bericht über 2 Fälle.) [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 8. I. 1968.] Méd. lég. Dommage corp. 1, 172—176 (1968).

Verff. berichten über 2 Beobachtungen bei Todesfällen von Säuglingen am 9. bzw. 11. Tag nach der Pockenimpfung. Sie fanden nicht das als typisch angegebene Bild der entzündlichen Encephalitis, sondern ein Bild von Kreislaufstörungen und Blutungen in den verschiedenen Organen, insbesondere im Gehirn. Die Verff. halten den Befund für „unspezifisch“, da er in gleicher Weise auch bei tödlichen Komplikationen anderer Infektionskrankheiten und bei der Ekklampsie gefunden wird. Die Autoren diskutieren, ob man nicht der Deutung des letalen Ausgangs in diesen Fällen auf dem Wege über allergische Vorgänge oder Superinfektionen näher kommen könnte. Dem Referenten, der 1956 eine größere Arbeit über die sog. „Impfencephalitis“ geschrieben hat, sei gestattet darauf hinzuweisen, daß schon PETTE und SCHLEUSINGER 1952/53 auf sog. „Frühformen“ der postvaccinalen Encephalitis hingewiesen haben. In diesen Fällen fanden sich auch keine entzündlichen Veränderungen, sondern nur Blutungen und Kreislaufstörungen. Die genannten Autoren waren der Meinung, daß diese Formen dann zu erwarten sind, wenn das Kind in den ersten 3 Tagen nach Auftreten der Komplikationen verstirbt. Später bildet sich dann die typische Encephalitis aus. In den von den französischen Autoren vorgetragenen Fällen handelt es sich um solche typische „Frühformen“, denn die Säuglinge verstarben am 1. bzw. 2. Tag nach Beginn der Krankheit. VOLBERT (Mettmann)

**H.-G. Bohlmann: Schwere bleibende Schädigung nach Tollwutschutzimpfung mit der Hempt-Vakzine.** [Kinderklin., Klinikum d. Univ. Bochum, Essen.] Med. Klin. 63, 1932—1934 (1968).

Ausführliche kasuistische Mitteilung. Ein 10jähriger Junge erhielt am 1.—7. Tage nach Kratzverletzung durch tollwütige Katze 5, nach ca. 4 Wochen die 6. Schutzimpfung mit Hempt-Vaccine. Nach schwerer Meningo-encephalo-myelitis verblieb ein grober Dauerschaden. Der Junge ist hilflos, fast blind und retardiert. Ähnliche Verläufe werden mit 13 Zitaten belegt. Die Äußerung des BdgdsdHAmtes, das Verfahren habe sich gerade wegen seiner guten Verträglichkeit bewährt, sei nicht haltbar. — Vgl. dazu HENNEBERG, BdGsdHBl 8, 14, 203 (1965), der Versuche zum Ersatz des encephalitogenen Impfstoffs aus Kaninchenhirn- bzw. -rückenmark durch solchen aus infizierten Hühner- und Entenembryonen erwähnt (Ref.). LOMMER (Köln)

**Wolfram Kaiser und Heinz Krosch: Anfänge einer medizinischen Jurisprudenz an der Universität Halle.** [I. Med. Klin., Univ., Halle-Wittenberg.] Med. Mschr. 22, 498—505 (1968).

Nach Verlegung der Universität Wittenberg nach Halle im Jahre 1694 begann man sich in der medizinischen Fakultät für die Jurisprudentia Medica zu interessieren; der erste Vertreter dieses Wissenszweiges war als Lehrstuhlinhaber MICHAEL ALBERTI, der bis zum Jahre 1757 tätig war; er hat zahlreiche Dissertationen betreut. Die Grundlage seiner Forschungen war noch die Carolina, die die Folter bejahte. Später beschäftigte sich bis zum Jahre 1784 der Anatom WOHLFAHRT mit gerichtlicher Medizin; als sog. Doctor legens war der Stadtphysikus FRIEDRICH CHRISTIAN DANIEL tätig, der 1772 starb. Sein Sohn und Nachfolger, der ein Werk über Staatsarzneikunde und medizinische Polizei geschrieben hatte, geriet mit der Fakultät in Konflikt, weil er ihr den Entwurf des Werkes nicht vorgelegt hatte. Fragen der Zurechnungsfähigkeit wurden wesentlich von der medizinischen Klinik mitverarbeitet, aus der auch die vorliegende Arbeit stammt. Ausführliches Literaturverzeichnis. B. MUELLER (Heidelberg)

**L. Horbach: Statistische Begründung von Zusammenhängen in medizinischen Gutachten.** [Inst. f. Med. Statistik u. Dokumentat., Univ., Mainz.] *Med. Klin.* 63, 1974—1977 (1968).

**Edward J. Bellen: The forensic medical expert in criminal courts.** (Der gerichtsmedizinische Sachverständige vor Kriminalgerichten.) [1. World Meet. on Med. Law, Ghent, 21.—24. VIII. 1967.] *Med. Sci. Law* 8, 24—30 (1968).

Allgemeine Ausführungen über die Stellung des Sachverständigen an US- (Militär-) Gerichten. Verf. geht auf Erfahrungen mit medizinischen Sachverständigen anlässlich der Verteidigung amerikanischer Soldaten ein. Er stellt die Stellung des Sachverständigen im US-Strafrecht dem des deutschen Strafrechts gegenüber. Sachverständige, die in beiden Gerichtssystemen mitgewirkt haben, meinen, daß das amerikanische System vorzuziehen sei. Der deutsche „Professor“ kommt relativ schlecht weg. SELLIER (Bonn)

**Melvin M. Belli: Forensic medical experts, obligations and responsibilities.** (Gerichtsmedizinische Sachverständige; ihre Pflichten und Verantwortungen.) [1. World Meet. on Med. Law, Ghent, 21.—24. VIII. 1967.] *Med. Sci. Law* 8, 15—23 (1968).

Allgemeine Ausführungen. Soll der Sachverständige alles vorbringen, auch wenn er nicht dazu aufgefordert worden ist. Diskussion von Fällen. — Historischer Rückblick auf Entwicklung der medizinischen Jurisprudence, vom altjüdischen Recht über Griechen und Römer bis zur Gegenwart. — Vom Sachverständigen wird erwartet, daß er seine Position verteidigt, er darf keine Kenntnisse oder Fakten zurückhalten. Der Sachverständige, der zugibt, nicht perfekt zu sein, und andere Möglichkeiten auch gelten läßt, überzeugt am ehesten. SELLIER (Bonn)

**Cesare Gerin: L'intervento del medico legale in sede di sopralluogo e di accertamenti di polizia giudiziaria.** (Die Mitwirkung des Gerichtsarztes am Tatort und bei den kriminalpolizeilichen Ermittlungen.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Roma.] *Zacchia* 42, 439—452 (1967).

Es handelt sich um einen Vortrag gelegentlich des 8. Kongresses der „Akademie für biologische und moralische Wissenschaften“ in Rom vom 16.—18. 6. 67. Jeder Arzt sollte in der Lage sein, bei der Tatbestandsaufnahme der Polizei die nötigsten gerichtsärztlichen Diagnosen zu vermitteln. Andererseits sind für die Ermittlungsbeamten einige gerichtsmedizinische Grundkenntnisse erforderlich, schon allein, damit sich ihnen die konkreten Fragestellungen in optimaler Weise erschließen. Das Gerichtsmedizinische Institut in Rom führt für beide Personengruppen laufend praktische Kurse durch, weshalb ihm ein möglichst zahlreiches kasuistisches Material zur Verfügung stehen sollte. BERG (Göttingen)

**E. Schulz: Gefäßleukozytose bei gewaltsamem Tod.** [Inst. Gerichtl. Med., Würzburg.] *Blut* 17, 336—339 (1968).

Die zahlenmäßige Erfassung der in den kleinen Venen und Capillaren gelegenen Leukocyten in der mittleren Muskelschicht des linken Herzventrikels gibt bei einer Reihe gewaltsamer Todesursachen (Schädel-Hirn-Verletzung, Verblutung, Erhängen, Ertrinken, akutes Ersticken, Stromtod) einen Hinweis auf die Überlebenszeit. Wird die Verletzung nicht länger als 40 min überlebt, dann finden sich nur etwa 10—30 intravasal gelegene Leukocyten in 50 Gesichtsfeldern. Bei längerer Überlebenszeit ist regelmäßig eine Leukocytenvermehrung um das Dreifache festzustellen. Als pathogenetisches Prinzip dieser Gefäßleukocytose ist eine „Verteilungsleukocytose“ anzunehmen. Deren Ursachen werden diskutiert. Eine hypoxische Gefäßdilatation mit Verlangsamung des Blutstromes und Leukocytenanreicherung, die in direkter Beziehung zur Überlebenszeit steht, wird vermutet. Als allgemeine vitale Reaktion sollte die Gefäßleukocytose der Muskulatur des linken Ventrikels mehr Beachtung finden. Methodisch ist so vorzugehen, daß die intravasal gelegenen Leukocyten mit Hilfe eines Zählkulars mit quadratischer Blende in 50 gleich großen Feldern ausgezählt werden. 19 Literaturangaben. RAINER EISELE (Aachen)

**Robert L. Watson, Arthur H. Jennette and Herman R. Hansen: Adult Drug Intoxications and Treatment in an Army Hospital.** (Arzneimittelvergiftungen im Erwachsenen-

alter und ihre Behandlung in einem Armee-Hospital.) [Anesthesia and Operat. Serv., Brooke Gen. Hosp., Fort Sam Houston, Tx.] Military Med. 133, 793—798 (1968).

Der Selbstmord steht in der amerikanischen Todesursachenstatistik an fünfter Stelle. Man rechnet mit 18000 Selbstmordfällen pro Jahr (1 Selbstmord auf 7000 Personen). Die Zahl der Selbstmordversuche liegt wahrscheinlich achtmal so hoch. Selbstmordversuche mit Arzneimitteln werden immer häufiger beobachtet. Die Auswertung von 166 im Brooke General Hospital behandelten Arzneimittelintoxikationen überwiegend im Militärdienst stehender Personen ergibt für die akzidentellen Intoxikationen eine Häufigkeit von nur 12%. Auffallend ist die Abnahme der Barbituratvergiftungen. Demgegenüber haben Vergiftungen mit Muskelrelaxantien und Tranquillizern stark zugenommen. Miltaun, Librium, Valium und Tofranil werden bevorzugt eingenommen. Als häufigste Gründe für den Selbstmordversuch werden Unzufriedenheit im Dienst (18%) und Schwierigkeiten in den mitmenschlichen Beziehungen (53%) angegeben. Nur in einem Falle kam es bei einem 53 Jahre alten Mann nach Einnahme von Meprobramat zur Aspiration von Erbrochenem. Durch Nottracheotomie und entsprechende Weiterbehandlung konnte der Patient gerettet werden. Von den 166 Patienten verstarben 4 infolge direkter Giftwirkung, 3 davon innerhalb 30 min nach der Einlieferung. Es bestanden keine Beziehungen zwischen der Höhe des Arzneimittelblutspiegels und der Prognose. Auf die Bedeutung der chemisch-toxikologischen Untersuchung von Erbrochenem, Blut und Urin bei unklarer Diagnose wird hingewiesen. Therapiehinweise. 9 Literaturhinweise.

RAINER EISELE (Aachen)

**B. Döckert: Arzneimittel und Verkehr, die medikamentöse Beeinflussung der Leistungsfähigkeit und ihre Bedeutung für die Verkehrssicherheit. I.** [Med. Klin., Med. Akad., Dresden.] Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 62, 1165—1171 (1968).

Übersicht.

**H. Hanskuwka: Die Unfallhäufigkeit im Kindesalter in statistischer Hinsicht.** [Österr. Statist. Zentralamt, Wien.] Pädiat. u. Pädol. 3, 309—316 (1967).

In einer genauen Studie gibt der Verf. einen Überblick über die Unfallhäufigkeit im Jugendlichen- und Kindesalter in Österreich. Er unterscheidet altersmäßig bestimmte Gruppen, von denen er 4 besonders hervorhebt (Säuglinge, Kleinkinder und Kinder im schulpflichtigen Alter, speziell unterteilt in 5—10jährige und 10—15jährige). Die Unfallsterblichkeit ist gemäß internationaler Erhebungen z.Z. bereits konstant geworden. Die Unfallsterblichkeit ist bei den 15—20jährigen am höchsten, wobei das männliche Geschlecht überwiegt. Das eigentlich schulpflichtige Alter verzeichnet die wenigsten Unfälle. An Unfallarten sind für die 0—1jährigen „mechanisches Ersticken“, für Kleinkinder Ertrinken und Verkehrsunfälle, bei jungen Schulkindern Kraftfahrzeugunfälle und Ertrinkungstodesfälle besonders zu nennen. Kraftfahrzeugunfälle mit tödlichem Ausgang dominieren in der Gruppe der 15—20jährigen. Im internationalen Schrifttum zeigt es sich, daß Österreich im Kindes- und Jugendlichenalter eine relativ hohe Unfallmortalität hat. Aufgrund eingehender Statistiken gibt der Verf. einen guten Rückblick auf die relativ hohe Unfallsterblichkeit in den Altersgruppen 1—5 und 15—20 Jahren. Nochmals wird die vorherrschende Rolle der Verkehrsunfälle und des Ertrinkungstodes hervorgehoben.

RIEDEL<sup>oo</sup>

**Verkehrsunfälle.** Bundesgesundheitsblatt 11, 329—330 (1968).

Aufschlüsselung über die Zunahme der Verkehrsunfälle, der Verkehrstoten und der Verkehrsverletzten in den Ländern der Welt. In Deutschland hat die Zahl der Verkehrstoten um 18,9% und der Verletzten um 15% zugenommen, in Frankreich um 160,2 bzw. 214,5%. Weiterhin ist die Zunahme der Anzahl der Verkehrstoten bzw. Verkehrsverletzten sehr hoch in Norwegen, Polen, Spanien und Ungarn.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Fritz Zirner: Weltkongreß für Kraftfahrtmedizin.** Dtsch. med. J. 19, 642—651 (1968).

Der Kongreß fand im Mai 1967 unter Beteiligung zahlreicher Fachdisziplinen in Wien statt. Besprochen wurden von internationaler Warte aus die Tauglichkeitsvorschriften, Wettereinflüsse, Blitzunfälle, Einwirkung von inneren Krankheiten (Herzanfälle, Schlafanfälle bei Narkolepsie, Anfälle von Atemnot, Coronarsklerose, Diabetes, Rhythmusstörungen des Herzens), weiterhin die mögliche Einwirkung von Motorabgasen, geistige Störungen, Alterserscheinungen, Einwirkung von Medikamenten, Schwangerschaft, Blendung, Adaption u.a. Sehr viele Vortragende.

B. MUELLER (Heidelberg)

**A. P. Ignatenko: Injuries caused by impact with bumper-hooks in car-accidents.** (Über Stoßstangenverletzungen bei Verkehrsunfällen.) [Lehrstuhl für Gerichtsmedizin des Krasnojarsker medizinischen Institutes.] Sudebnomed. eksp. (Mosk.) 1968, Nr. 3, 50—51 mit engl. Zus.fass. (Russisch).

Bericht über 2 Fälle, durch die tödliche Verkehrsunfälle mit der seitlichen Stoßstangenbegrenzung hervorgerufen wurden. Auf einer Asphaltstraße wurde eine Leiche ohne Kopf gefunden. 9 m hinter der Leiche lag das Motorrad und 31 m weiter fand man den Kopf. Die Rekonstruktion ergab, daß der Motorradfahrer am Straßenrand sein Motorrad reparierte und dabei von der seitlichen Begrenzung der Stoßstange erfaßt wurde. Im zweiten Fall wurde eine Leiche zwischen Stoßstange und Auto eingeklemmt vorgefunden, was als Auffahrtverletzung gedeutet wurde.

ERICH MÜLLER (Leipzig)

**Horst Janiszewski: Die künftigen Verkehrsordnungswidrigkeiten. Blutalkohol 5, 389—415 (1968).**

Darstellung der materiellrechtlichen Auswirkungen des Gesetzes über Ordnungswidrigkeiten auf die Verfolgung der Verstöße gegen Verkehrsvorschriften. Das neue Gesetz (OWiG) zielt auf die Schaffung besserer gesetzlicher Möglichkeiten zur wirksameren Bekämpfung besonders gefährlicher Verkehrsverstöße sowie zur Entfernung ungeeigneter Kraftfahrer aus dem Straßenverkehr und auf die sog. Entkriminalisierung leichterer Verkehrsverstöße ab. Die bisherigen Verkehrsübertretungen werden in Ordnungswidrigkeiten umgewandelt und können nicht mehr mit Geldstrafe oder Haft bestraft werden, sondern werden mit Geldbußen geahndet, bei vorsätzlicher Begehung bis 1000.— DM, bei fahrlässiger Begehung bis 500.— DM. Auch der vorgesehene Gefahrgrenzwert soll als Ordnungswidrigkeit eingestuft werden; Verf. begründet in diesem Zusammenhang nochmals eingehend die Notwendigkeit der Einführung eines 0,8‰-Gefahrgrenzwertes. Neben der Geldbuße kann bei groben oder beharrlichen Verkehrsverstößen ein Fahrverbot von 1—2 Monaten verhängt werden. Inzwischen ist ein „Bußgeldkatalog“ erschienen, der den als Bußgeldbehörde tätig werdenden Ämtern Richtlinien für die Bemessung der Geldbußen an die Hand gibt.

HÄNDEL (Waldshut)

**Erich Göhler: Das neue Bußgeldverfahren. Blutalkohol 5, 416—435 (1968).**

Ob das Gesetz über Ordnungswidrigkeiten (OWiG) die Erwartungen erfüllt, hängt weitgehend von seiner Durchführung ab. Bisher waren die Amtsgerichte jährlich mit dem Erlaß von rund 1,7 Millionen Strafverfügungen befaßt. Die Bußgeldbescheide, die nach dem OWiG an die Stelle der Strafverfügungen treten, werden von Verwaltungsbehörden erlassen, wobei die Zuständigkeit in den einzelnen Bundesländern verschieden geregelt ist. Gegen den Bußgeldbescheid ist der Einspruch möglich, über den das Amtsgericht entscheidet. Die Rechtsmittelmöglichkeiten gegen die Entscheidung des Amtsgerichts sind wesentlich beschränkt worden. Für Bagatellfälle ist das Amtsgericht in der Regel einzige Instanz, wobei eine Ausnahmeklausel besteht; im übrigen gibt es nur die Rechtsbeschwerde zum Oberlandesgericht. Die Landgerichte sind mit Ordnungswidrigkeiten überhaupt nicht befaßt. Bei Vorliegen mehrerer Tatbestände (Ordnungswidrigkeiten und Straftaten) hat das Strafverfahren den Vorrang; in diesem Falle wird das gesamte Verfahren von der Staatsanwaltschaft geführt. Die Vorschriften der Strafprozeßordnung finden im Ordnungswidrigkeitenverfahren Anwendung, soweit das OWiG keine Abweichungen vorsieht. Entnahme von Blutproben zur Alkoholuntersuchung ist nach ausdrücklicher Vorschrift des OWiG zulässig. Das OWiG enthält auch eine dem § 330a StGB (strafbare Volltrunkenheit) entsprechende Bestimmung für Ordnungswidrigkeiten. Im Verfahren nach dem OWiG ist der Verfolgungsgrundsatz (Legalitätsprinzip) wesentlich eingeschränkt.

HÄNDEL

**E. Wondrák: Zur Fahrtauglichkeit des Diabetikers.** [I. Chir. Klin., Med. Fak., Univ., Olmütz.] Mschr. Unfallheilk. 71, 457—460 (1968).

Anhand eines eindrucksvollen Falles legt Verf. klar, daß der Diabetiker im hypoglykämischen Schock leicht einen Verkehrsunfall verursachen kann und somit für sich selbst und die Öffentlichkeit eine Gefahr darstellt. Er empfiehlt eine engere Zusammenarbeit zwischen der Verkehrspolizei und der Diabetiker-Betreuungsstelle, da sich bei manchem Diabetiker mit schwankendem Blutzuckerspiegel ein Verkehrsunfall beinahe voraussagen lasse.

GUMBEL (Kaiserslautern)

**R. Carrière: Médecine du travail et aptitude à conduire.** (Arbeitsmedizin und Fahrtüchtigkeit.) [Soc. Méd. Travail et d'Ergonomie, Toulouse, 27. V. 1967.] Arch. Mal. prof. 29, 419—423 (1968).

Es werden als Beispiele 2 Fälle gebracht; in dem ersten wurde der Untersuchte trotz vorangegangener psychiatrischer Erkrankung als beschränkt (nur zu Fahrten zur Arbeitsstelle) fahrtüchtig angesehen; im zweiten Falle wurde der Untersuchte als unfähig angesehen einen Lastwagen sicher zu führen. — Es folgen Betrachtungen über die Schwierigkeiten des Arbeitsmediziners bei der Begutachtung der Fahrtüchtigkeit in Fällen, in denen der Kranke nicht aus seinem ganzen sozialen Gefüge herausgelöst, sondern rehabilitiert werden soll. — Die kompromißlose Ausschaltung von Kraftfahrern aufgrund von Erkrankungen, die in Verordnungen des Generaldirektors für Arbeit und Beschäftigung angegeben sind, wird für falsch gehalten.

SCHWEITZER (Aachen)

**O. H. Just und M. Zindler: Wie kann die Notfallversorgung in Deutschland verbessert werden?** (Abt. f. Anästheiol., Univ.-Klin., Heidelberg u. Abt. f. Anästhesiol., Univ.-Klin., Düsseldorf.) Therapiewoche 18, 1970—1972 (1968).

Hinweise auf die Gefahren einer Aspiration in der Bewußtlosigkeit, die in 23% der Verunglückten eine wesentliche Mitursache des Todes gewesen ist. Verff. verlangen eine bessere Ausbildung von Ärzten und Pflegepersonal unter Hinzuziehung der Ästhesiologen, auch die Laien sollten einen Kursus in erster Hilfe durchmachen. Es muß dafür gesorgt werden, daß der Rettungswagen zügig zur Unfallstelle und auch zurück fahren kann, was bei dem entstehenden Verkehrschaos mitunter schwer zu erreichen ist.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Klaus Mayer: Arzneimittel und Straßenverkehr.** [Neurol. Klin. u. Poliklin., Univ., Tübingen.] Med. Welt, N. F., 19, 1614—1621 (1968).

Es handelt sich um eine Übersicht über die Auswirkung der Arzneimittel im Straßenverkehr, wobei die einschlägige Literatur verarbeitet und diskutiert wird. Neue Gesichtspunkte sind hierbei nicht aufgezeigt.

F. PETERSOHN (Mainz)

**III. International symposium on marine medicine.** [Leningrad, 26. VI.—3. VII. 1968.] Nautik 105, 1911—1913 (1968).

Die Tagung in Leningrad war sehr gut besucht; man freute sich über die weitgehende russische Gastfreundschaft. Neben die sehr zahlreichen Vorträge traten Besichtigungen (Seemannskrankenhaus, Seemannspoliklinik, epidemiologische Sanitätsstation, Hafenrundfahrt, Polikliniken, denen Fachärzte auf allen Gebieten zur Verfügung standen). Als sehr eindrucksvoll wurde der Betrieb auf der Zentrale der „schnellen Helfer“ empfunden; es handelt sich um gut ausgerüstete Notfallwagen, darunter gibt es auch Spezialwagen, die mit einer EKG-Apparatur ausgerüstet sind, andere Wagen enthalten Wiederbelebungsapparaturen. Die nächste Tagung soll in Warna in Bulgarien stattfinden.

B. MUELLER (Heidelberg)

### Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **Nils H. Sternby: Atherosclerosis in a defined population. An autopsy survey in Malmö, Sweden.** (Acta path. microbiol. scand. Suppl. 194.) (Arteriosklerose in einer genau bekannten Bevölkerung. Eine Studie an Autopsiefällen in Malmö, Schweden.) Copenhagen: Munksgaard 1968. 216 S., 77 Abb. u. 80 Tab.

Die Monographie ist das Ergebnis einer Auswertung der Obduktionsbefunde von 1567 Patienten, die älter als 10 Jahre waren. Sie waren in einem Zeitraum von 18 Monaten verstorben. In der gleichen Zeit waren 2246 Einwohner von Malmö (etwa 250000 Einwohner) verstorben. Von 1486 Personen (66% aller verstorbenen 2246 Personen) wurden Aorta, Kranzgefäße, Hirnarterien, Carotiden, Nieren-, Becken- und Femoralarterien nach Längseröffnung und Formalinfixierung in Plastikbeutel eingeschlossen und nach Schwere und Ausdehnung arteriosklerotischer Veränderungen in 6 Schweregrade (0—V) eingeteilt. Die Patienten wurden nach ihren Hauptleiden in 6 Gruppen unterteilt: Coronartodesfälle, Todesfälle mit besonderen Beziehungen zur Arteriosklerose (Diabetes mellitus, Hochdruck und cerebrovasculäre Erkrankungen), gemischte