

Referate

Allgemeines

● **Handbuch der mikroskopischen Anatomie des Menschen.** Begr. von WILHELM v. MÖLLENDORFF. Fortgef. von WOLFGANG BARGMANN, Bd. 4: Nervensystem. Teil 8: JAN JANSEN und ALF BRODAL: Das Kleinhirn. Ergänzung zu Bd. IV/1. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. VIII, 323 S. u. 197 Abb. Geb. DM 142.—.

● Oscar Gans und Gerd-Klaus Steigleder: **Histologie der Hautkrankheiten. Die Gewebsveränderungen in der kranken Haut unter Berücksichtigung ihrer Entstehung und ihres Ablaufs.** Bd. 2: Dermatitiden II. Örtlich übertragbare infektiöse Gewebsneubildungen. Tierische Parasiten und Fremdkörper. Störungen des Kreislaufs. Entwicklungsstörungen. Echte Geschwülste. 2. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957. VI, 706 S. u. 290 Abb. Geb. DM 298.—.

Der 2. Band des (ursprünglich nur von GANS bearbeiteten, damals kleineren und monographieartigen) Werkes, das jetzt fast den Charakter eines Handbuches angenommen hat, enthält einige vom gerichtsmedizinischen Standpunkt aus wichtige Abschnitte. Zunächst werden reaktive Hauterkrankungen, unter denen alle Dermatitiden erfaßt werden, geschildert. Hier wäre, unter dem erwähnten Blickwinkel, die Haut bei Serumkrankheit zu nennen. Während die örtlich übertragbaren infektiösen Gewebsneubildungen gerichtsmedizinisch weniger bedeutsam erscheinen, sind die Hautveränderungen unter dem Einfluß tierischer Parasiten schon wichtiger, am wichtigsten aber der Abschnitt über die Fremdkörper. Hier wird zunächst die Tätowierung abgehandelt einschließlich ihrer gelegentlichen Komplikation: Lymphangitis, Erysipel, Phlegmone, Gangrän. Zufallspigmentierungen wie Pulverexplosion oder Berufsstigmata werden neben Fremdkörpertumoren besprochen: Austernschalenreste, Raupenhaare, Kuhhaare, Kaktusstacheln, die tuberculoide Granulationen hervorrufen. Bei Glaswolle sollen nur subepidermale Blasen entstehen. In dem Abschnitt über Talkumgranulome wird ausführlich auf die morphologische Ähnlichkeit mit der Sarkoidosis eingegangen. Bemerkenswert: Granulome nach Abschürfungen im Schwimmbad, der Tuberculosis cutis luposa oder verrucosa klinisch und histologisch ähnlich, jedoch ohne Verkäsung, an den fibrinoiden Nekrosen, die nur bis zu den Endstücken der Schweißdrüsen reichen, zu unterscheiden. Die Reaktionen nach Paraffin und Vaseline wären ebenfalls zu erwähnen. Noch wichtiger ist die Darstellung der Argyrie. Unter weiteren Fremdkörperpigmentierungen wird der Bleisaum beschrieben. Zunächst nicht Speicherung von Blei im Epithel, nur im Bindegewebe, Ablagerung von Bleikörnchen in den Adventitialzellen als I. Stadium, dann erst Speicherung im interstitiellen Gewebe, zuletzt Beladung der Basalmembran. Die wenigen Stichworte mögen die Bedeutung einer klinisch ausgerichteten Mikroskopie der Haut genügend belegen, zumal die Haut gerichtsmedizinisch als eines der wichtigsten Organe anzusehen ist. Die musterhafte Ausstattung hervorzuheben, erübrigt sich, auch dieses Buch läßt alle technischen Eigenschaften des Verlages erkennen.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Handbuch der allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER, E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 4: Der Stoffwechsel. Teil 2: Bearb. von K. BETKE, F. BÜCHNER, L. HEILMEYER, K. LANG, D. LÜBBERS, E. OPITZ †, J. PICHOTKA, K. PLÖTNER, W. PRIBILLA, H. SCHAEFER, W. STICH, W. VOLLAND, L. WEISSBECKER. Redig. von E. LETTERER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957. XII, 861 S. u. 177 Abb. Geb. DM 198.—; Subskriptionspreis DM 158.40.

W. Stich: **Biochemie und Funktion des Hämoglobins und verwandter Stoffe.** S. 204 bis 244.

Die biologischen Pyrrolfarbstoffe des Menschen werden eingeteilt in Hämiproteide (I), Hämine (II), Porphyrine (III) und Gallenfarbstoffe (IV). Zu I: Porphyrin-Eisen-Protein-

komplexe = eigentliche Funktionsverbindung der biologischen Pyrrolfarbstoffe bei Mensch und Tier; einfacher: Pyrrol als Baustein. Zu ihm gehören Hämoglobin, Myoglobin, das sauerstoffübertragende Ferment der Atmung (Cytochromoxydase, Cytochrome a, b und c, Katalase, Peroxydasen). Übersichtliche Besprechung in der Reihenfolge nach Vorkommen, Darstellung, Eigenschaften und Chemie, Bestimmungsmethoden und Stoffwechsel, Funktionen. Zu II: Zu ihnen gehören Hämatin, Zelhämine, Häminfermente. Hier übersichtlicher Abschnitt über Häminfermente und Zellatmung unter Berücksichtigung des Zusammensetzens der Faktoren, der Lokalisation in den Zellen einschließlich einer kurzen Histochemie der Zellatmung. Hämatin-prothetische Gruppe des Methämoglobins, entsprechend aus Hämoglobin durch Globinabspaltung unter gleichzeitiger Oxydation des Ferroeisens. Wichtig: I, physiologischen Hämoglobin-Abbau bisher nicht nachgewiesen. Zu III: Kurze Tabelle der Schmelzpunkte der natürlichen Porphyrine und Ableitung der natürlichen Porphyrine und Porphin. Auch hier übersichtliche, zugleich erschöpfende Darstellung, ohne weitschweifig zu sein. Dies ist überhaupt einer der hervorragendsten Merkmale der wichtigen Zusammenfassung. H. KLEIN (Heidelberg)

● **Handbuch der allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER, E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 4: Der Stoffwechsel. Teil 2: Bearb. von K. BETKE, F. BÜCHNER, L. HEILMEYER, K. LANG, D. LÜBBERS, E. OPITZ †, J. PICHOTKA, K. PLÖTNER, W. PRIBILLA, H. SCHAEFER, W. STICH, W. VOLLAND, L. WEISSBECKER. Redig. von E. LETTERER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957. XII, 861 S. u. 177 Abb. Geb. DM 198.—; Subskriptionspreis DM 158.40.

K. Plötner und K. Betke: **Pathologie des Hämoglobins und verwandter Stoffe.** S. 245 bis 286.

Eine Pathologie des menschlichen roten Blutfarbstoffes umfasse 2 Fragen: Rote-Blutfarbstoff-Typen und reaktive Veränderungen des Blutfarbstoffes durch Vergiftungen oder Stoffwechselanomalien. Pathologische Blutfarbstofftypen: Hb A = normales Erwachsenen-Hb, F = fetales Hämoglobin. Hb S = Sichelzell-Hb, Hb G = Hämoglobin von ITANO und KAPLAN: Häufigkeit USA 2—3%, Goldküste 12%, vereinzelt bei negroider Bevölkerung in Nordafrika, nicht in Ostafrika oder anderen Gegenden der Welt. Hb D = atypisches Hämoglobin von ITANO in einer weißen Familie der USA (jetzt einige neue Beobachtungen). Hb E = 1954 von ITANO; scheint vor allem in Indien und Hinterindien vorzukommen. Hb G = Hämoglobin von EDDINGTEN und LEHMANN bei einer Negerfamilie an der Goldküste sowie einigen Familien in Kalifornien. Hb H = 1955 von RIGAS an 2 Mitgliedern einer Chinesenfamilie gesehen; kommt in Kombination mit Hb A vor, außerdem nachgewiesen bei einer Mutter mit 2 Kindern muselmännischer Herkunft. Hb I = Hämoglobin von RUCKNAGEL in 3 Generationen einer Negerfamilie festgestellt. Myoglobintypen: Differenzen zwischen Myoglobin des Fetus und des Erwachsenen, nicht nur beim Tier, auch beim Menschen. Besprechung von Spektrophotometrie, Kristallstruktur, Aminosäurezusammensetzung, Möglichkeit die Elektrophorese, Adsorption und Chromatographie, Alkalidenaturierung, serologische Spezifität, Eigenschaften der biologischen Funktion, Bestimmungsmethoden und Genetik. Klinisch Einteilung in 3 Gruppen: Schwere hämolytische Syndrome; zu ihnen gehören Thalassaemia major, Sichelzellanämie, Thalassämie-Sichelzellkrankheit, Thalassämie Hb E-Krankheit, Sichelzell-Hb D-Krankheit. Milde hämolytische Syndrome: Hb C-Krankheit, Sichelzell-Hb C-Krankheit, Thalassämie-Hb C-Krankheit, Thalassaemia minor. Klinisch mehr oder weniger erscheinungsfreie Zustände betreffen Anlageträger der pathologischen Hämoglobine = Thalassaemia minima. Unter den reaktiven Veränderungen des Blutfarbstoffes werden Co-Hb, Hämoglobin (= Methämoglobin, Ferrihämoglobin) und grüne Blutfarbstoffe besprochen. Ein größerer — sehr klarer — Abschnitt befaßt sich mit der Pathologie des Hämoglobinumsatzes und berücksichtigt die verringerte Hb-Synthese durch Baustoff- und Wirkstoffmangel (Eisen, Globin, Spurenelemente, Vitamine, endokrine Störungen, chronische Infekte und maligne Tumoren, idiopathische Lungenhämosiderose, Blei, aplastische Anämien). Eine gesteigerte Hb-Synthese findet sich bei der primär idiopathischen Polycythaemia rubra vera. Unter den Störungen des Hb-Umsatzes wird die normale Lebensdauer der Erythrocyten (120 Tage), die Bestimmung des Hb-Umsatzes überhaupt, Hämolyse und Hb-Abbau berücksichtigt. Es werden außerdem paroxysmale Myoglobinurie, Haffkrankheit, Crush-Syndrom, Häminfermente sowie die pathologischen Porphyrinurien und die Porphyrinen besprochen. Das schwieriger überschaubare Gebiet ist übersichtlich, vor allem praktisch brauchbar zusammengefaßt. H. KLEIN (Heidelberg)

● **Handbuch der allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von F. BÜCHNER E. LETTERER, F. ROULET. Bd. 4: Der Stoffwechsel. Teil 2: Bearb. von K. BETKE, F. BÜCHNER, L. HEILMEYER, K. LANG, D. LÜBBERS, E. OPITZ †, J. PICHOTKA, K. PLÖTNER, W. PRIBILLA, H. SCHAEFER, W. STICH, W. VOLLAND, L. WEISSBECKER. Redig. von E. LETTERER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957. XII, 861 S. u. 177 Abb. Geb. DM 198.—; Subskriptionspreis DM 158.40.

H. Schaefer: **Elektrobiologie des Stoffwechsels.** S. 669—767.

Diese Zusammenfassung elektrobiologischer Erscheinungen des Stoffwechsels nimmt tatsächlich — dies wird auch in der Einleitung betont — eine Sonderstellung ein. Die ungewöhnliche Fülle elektrobiologischer Tatsachen wird nicht nur in einem größeren Zusammenhang klar geordnet. Es wird an allen Stellen der Versuch, nicht nur eine allgemeine Elektrophysiologie zu geben, sondern ihre Beziehungen zur Morphologie aufzuzeigen, deutlich, aber auch bewältigt, wobei die persönliche Note (beim Verf. nicht anders zu erwarten!) unverkennbar bleibt. In dem Abschnitt über Strukturen elektrischer Phänomene der Zelle wird die Membranstruktur, intracelluläre Strukturen, das Problem der Erregung einer Membran, die Problematik des Erregungsbegriffes überhaupt besprochen, lokale Erregung ebenso wie allgemeine dargestellt, Spitzenpotential und Nachpotential aufgezeigt. In einem weiteren Abschnitt wird Erregbarkeit, Membranbeschaffenheit und Stoffwechsel berücksichtigt, auf die Wechselwirkung elektrischer und chemischer Faktoren, ebenso wie auf die Auslösung spontaner Erregungen eingegangen. Ein größerer Abschnitt berichtet über pharmakologische Gesichtspunkte und enthält eine allgemeine Einteilung pharmakologischer Wirkungen an Membranen, die Spezifität der Wirkungen an verschiedenen Wirkorten, Abhängigkeit der Wirkung von der Konzentration. Ein besonders hervorzuhebender Abschnitt (soweit bekannt, bisher noch nicht in dieser Form geschrieben) bringt Grundzüge einer Chemie des erregten Zustandes. Es ist unmöglich, auch nur stichwortartig, wie bisher geschehen, den Inhalt anzudeuten, denn hier ist unser gegenwärtiger Wissensbestand zusammengefaßt in einem Überblick, den jeder, sei er auch nur einigermaßen biologisch interessiert, mit Gewinn, zugleich auch mit Vergnügen, lesen wird. H. KLEIN (Heidelberg)

● **H. Gänshirt: Die Sauerstoffversorgung des Gehirns und ihre Störung bei der Liquordrucksteigerung und beim Hirnödem.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von H. W. GRUHLE, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 81.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1957. IV, 99 S. u. 13 Abb. DM 26.—.

Einleitend bespricht Verf. die physiologischen Bedingungen bei der Durchblutung und Sauerstoffversorgung des Gehirns. In weiteren Abschnitten werden die Mechanismen der Mangelwirkung, die Vulnerabilität und der Energieumsatz des Gehirns besprochen. Das Kernstück der Monographie sind klinische Untersuchungen über die Durchblutungsabnahme und die Sauerstoffversorgungsstörung an 11 Fällen von Liquordrucksteigerungen und 31 Fällen von Schädelinnendrucksteigerungen durch ischämische Volumensvermehrung, vor allem bei Tumoren. Gemessen wurde die Hirndurchblutung und der Sauerstoffverbrauch des Gehirns (Stickoxydulmethode von KETY und Mitarbeitern), die arteriovenöse Sauerstoffdifferenz, der Blutdruck, der Liquordruck, der intrakranielle Blutdruck und der Grad der Hirndrucksteigerung. Bei Liquordrucksteigerung kommt es zu einer Abnahme des arteriovenösen Blutdruckgefälles und dadurch zu einer Sauerstoffmangelwirkung am Gehirngewebe (ischämische Hypoxydase), erkennbar an psychischen Störungen und Veränderungen des EEG. Die Erscheinungen treten jedoch erst verhältnismäßig spät auf, wenn der Sauerstoffdruck im venösen Hirnblut unter die kritische Schwelle von 19 mm Hg gesunken ist. Das Hirnödem führt zu einem besonderen Sauerstoffmangel (hypoxische Sauerstoffmangelform). Durch den Eintritt von Ödemflüssigkeit ins Gewebe kommt es zu einer Störung der Gewebsatmung, die vor allem in der Vergrößerung der „Gewebszylinderradien“ zu suchen ist. Die Folge davon ist ein erheblicher Sauerstoffdruckabfall, der die Sauerstoffversorgung noch bei normaler Hirndurchblutung kritisch werden läßt. Dadurch werden die schweren klinischen Erscheinungen beim Ödem erklärt. Bei einer Kombination von Liquordruck und Ödem kommt es zu einer Addition der Wirkung, allerdings kann bei Zunahme des Hirndrucks das Ödem in der Hirnrinde wieder ausgepreßt werden. Die Sauerstoffversorgungsstörung muß somit nicht linear zunehmen. Der Sauerstoffmangel des Hirngewebes kann auch bei arteriovenösen Gefäßfisteln und bei allgemeinem Blutdruckabfall, z. B. bei Hypophysenadenomen, unabhängig von Schädelinnendrucksteigerungen, entstehen. Bei einer alleinigen Drucksteigerung oberhalb des Tentoriums führt der Staudruck in den Arterien des Mittel-

hirns zu Rhaxisblutungen. Therapeutische Folgerungen werden diskutiert. — Ausführliches Literaturverzeichnis.
KRAULAND (Berlin-Dahlem)

● **Gerhard Schäfer: Glutathionstoffwechsel und Sauerstoffmangel.** (Forsch.-Ber. d. Wirtsch.- u. Verkehrsministeriums Nordrhein-Westf. Hrsg. von LEO BRANDT. Nr. 446.) Köln u. Opladen: Westdeutscher Verlag 1957. 18 S. u. 5 Tab. DM 6.40.

Bei Kaninchen steigt die Glutathionkonzentration des venösen Vollblutes (mit Heparinzusatz) nach einmaligem Sauerstoffmangel (Unterdruckkammer, Nennhöhe 7500 m) um 15 bis 35 %, im Anpassungsversuch über 2 Monate (fast täglich wenige Stunden in der Unterdruckkammer in gleicher Nennhöhe) um 69—90 %. — Durch Gefrierhämolyse sinkt das reduzierte Glutathion um 40—50 %. — Blutserum oxydiert zugeführtes reduziertes Glutathion, es enthält oxydiertes Glutathion. Serum von angepaßten Tieren setzt reduziertes Glutathion schneller um. — Reduziertes Glutathion schützt in Verbindung mit Hypoxie vor Strahlenschäden. Wahrscheinlich dadurch, daß nach Zufuhr von Glutathion in der Zelle weniger Sauerstoff verbraucht wird. — Solche Befunde bei Sauerstoffmangel und Anpassung an Sauerstoffmangel werden als Folgen von induzierten Fermentwirkungen gedeutet. Dies wird eingehender diskutiert.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

● **J. A. Gisbert Calabuig: Medicina legal y practica forense.** Tomo 1, 2. (Gerichtliche Medizin und Geisteskunde.) Valencia: Edit. Saber 1957. Bd. 1: XVI, S. 1—458; Bd. 2: XII, S. 459—865.

Als das Buch von LEOPOLDO-LOPEZ GOMEZ [Tecnica Medico-Legal, Criminalistica, Dtsch. Z. gerichtl. Med. 43, 107 (1954)] erschienen war, wurde — vielleicht etwas zu skeptisch — der 1. Teil als ein Ereignis, vor allem, wenn das Werk einmal abgeschlossen sein sollte, bezeichnet. Der Plan schien tatsächlich fast zu kühn, um innerhalb absehbarer Zeit verwirklicht werden zu können. Dies ist nun doch geschehen und mit einiger Bewunderung kann man sich mit einem geschlossenen mehr Hand- als Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, spanisch gesehen, beschäftigen. GIBBERT CALABUIG hat es unternommen, nicht nur eine allgemeine und angewandte gerichtliche Medizin zu schreiben, sondern führte das Werk auch durch eine Toxikologie zu Ende. Hier ist zunächst der 1. und 2. Teil der gerichtlichen Medizin im engeren Sinne zu berücksichtigen. Nach einer Darstellung der Organisation gerichtlicher Medizin — die im neueren Spanien durch das Gesundheitsgesetz von 1855 bereits berücksichtigt wird — werden ihre Aufgaben abgegrenzt, die Hilfsorganisationen der Justizverwaltung geschildert, die anatomisch-gerichtlichen Institute erwähnt, die Arbeit sog. Clinicas Medico-Forenses geschildert, ebenso auch das 1886 gegründete Nationalinstitut für Toxikologie. Seit 1914 besteht eine Schule mit den Lehrfächern: Gerichtliche Psychiatrie, Identifikation, Spurenkunde, Toxikologie, gerichtsmmedizinische Klinik und Biologie, forensische Thanatologie und soziale Medizin; besonders werden berücksichtigt medizinische Rechtskunde, Chemie, Radiologie, Pädiatrie, immer unter dem Hinblick auf praktische Fragen. Die alte Tradition, nur konservativ erscheinend, in Wirklichkeit sehr aufgeschlossen, wird deutlich in dem großen Abschnitt über medizinische Rechtskunde. Kritik und Erfahrung halten sich in den übrigen Darstellungen, etwa im spurenkundlichen Abschnitt, auf dem auch für uns zuständigen Niveau. Der eine oder andere Gesichtspunkt wird gelegentlich, abweichend von geläufigeren Vorstellungen, stärker hervorgehoben, so daß auf diese Weise auch der erfahrene Leser neue Einblicke erhält. Man kann sich des Eindrucks — mit einem gewissen Neid — nicht erwehren, daß in Spanien die gerichtliche Medizin nicht nur einen größeren Umfang hat, sondern auch in ihrer Bedeutung höher steht als sonstwo. Man wird sich lange mit dem Buch — immer wieder vergleichend — beschäftigen müssen, um seinen eigentlichen Wert besser würdigen zu können.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Meyer-Höver: Gesetz über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen.** 11. Aufl. Bearb. von ALBERT HÖVER. Berlin-Köln: Carl Heymann 1957. VIII u. 97 S. DM 8.—.

Der bekannte Kommentar ist nach Verkündung der neuen Kostenrechtsgesetze völlig neu bearbeitet worden. Der Umfang ist verringert — eine Folge des Wegfalls nunmehr überholter Vorschriften, sicherlich aber auch des klareren neuen Gesetzes —, die Druckerordnung ist gefälliger als in den früheren Auflagen. Die Rechtsprechung ist jetzt in Fußnoten angegeben, die wörtlichen Zitate sind dabei, nicht zum Schaden der Sache, entfallen und mehr oder weniger in den Text der Kommentierung eingearbeitet worden. Im ganzen hält die Erläuterung sich eng an das Gesetz und die Texte der vorbereitenden Beratungen; auf eigene Kritik wurde, wie auch

in den früheren Auflagen, verzichtet. Als erfreulich für den medizinischen Sachverständigen ist u. a. hervorzuheben, daß HÖVER „besondere Fachkenntnisse“ im Sinne des § 3, Abs. 2 bei jedem Sachverständigen mit Hochschulbildung für gegeben ansieht, und zwar auch — von Fall zu Fall zu entscheiden — für das Aktenstudium, daß eine offene Abwälzung der Umsatzsteuer als ohne weiteres zulässig erklärt wird, und daß HÖVER seine Meinung, der Sachverständige könne gegen eine Rückforderung *nicht* den Einwand fehlender Bereicherung geltend machen, geändert hat. Die Erläuterungen zum § 15 (Gerichtliche Festsetzung, Beschwerde) sind ausführlicher gefaßt und werden vom Sachverständigen in Streitfällen mit viel Nutzen herangezogen werden. Fraglich kann die Ansicht des Verf. sein, daß der Amtsarzt als Obduzent nur Gebühren nach dem Tarif der Gesundheitsämter berechnen dürfe. Im übrigen ist die Kommentierung durchaus wohlwollend für den ärztlichen Sachverständigen, das Büchlein ist jedem vor Gericht tätigen Arzt zu empfehlen.

SCHLEYER (Bonn)

H. Grünberg u. P. Schneppenheim: Klinische und morphologische Untersuchungen an menschlichen Nebennieren bei veränderter Hypophysenfunktion. [Path. Inst., Univ., Köln.] Zbl. Neurochir. 17, 193—209 (1957).

Verf. untersuchte 13 Nebennieren (NN) akut durch Unfall zu Tode gekommener Personen, wobei die Hauptveränderungen in der Zona fasciculata festgestellt wurden. Bei erhöhter Ausschüttung von Nebennierenhormon zeigte sich histochemisch eine Abnahme der Neutralfette, der Carbanyllipoide und der doppelbrechenden Substanz. Als weiterer Hinweis hinsichtlich der Nebennierenrindenleistung wird die Größe der Lipoidtropfen herangezogen. Atrophische Nebennieren zeigten große Tropfen, in aktiven wurden nur feine tropfige Einschlüsse gefunden. Bei den wegen metastasierenden Carcinomen hypophysektomierten Patienten fand sich eine Verschmälerung der Rinde, eine Vermehrung der doppelbrechenden Substanzen und eine Vergrößerung der Lipoidtropfen in der Zona fasciculata, wohingegen bei Hypophysen-Adenomen sehr unterschiedliche histologische Veränderungen beobachtet wurden. Auch bei Tumoren ohne vollständige Zerstörung der Hypophyse kam es zu einer morphologisch und klinisch faßbaren Unterfunktion der NN. Es wurden somit von dem Autor analoge Verhältnisse der Nebennierenfunktion bei Mensch und Laboratoriumstier gefunden. Im übrigen ist die Mitteilung lediglich eine Bestätigung der allgemeinen Beziehungen zwischen Hypophyse und NN.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

Ullrik Schmidt: Spontane zentrale Verrenkung des Oberschenkels in epileptiformen Krämpfen. Früher ambulante Fettembolie. Periphere Verletzungen und Gehirngeschwulst. [Inst. f. gerichtl. Med., Ljubljana.] Zdrav. Vestn. 3, 107—110 mit dtsh. Zus.fass. (1957) [Slowakisch].

Fünf Jahre nach Amputation des rechten Beines traten epileptiforme Krämpfe ein. Die Obduktion des in den Krampfanfällen Verstorbenen ergab ein Gliom im Balken und im rechten Frontallappen. Vor dem Tode war es zu einer Spontanluxation des linken Oberschenkels gekommen. Verf. diskutiert die in Betracht kommenden Todesursachen und die Möglichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges zwischen peripherer Verletzung und Gliombildung im Gehirn unter Anführung eines analogen Falles aus der Kasuistik des Institutes für gerichtliche Medizin in Ljubljana.

B. MUELLER (Heidelberg)

Luis Del Campo Jesús: Medicina légal de la triquinosis. [Acad. C. de Real, Zaragoza.] Clin. y Lab. 64, 341—349 (1957).

Jack Girond: La Commission médico-juridique de Monaco. (Die medizinisch-juristische Kommission von Monaco.) Sem. Hôp./Sem. méd. 1957, 1282—1285.

In der Arbeit, die weniger gerichtsarztliches als völkerrechtliches Interesse verdient, berichtet Verf. über die Gründung der „Commission médico-juridique“ von Monaco, die sich aus dem „Internationalen Institut für den Frieden“ in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts entwickelt hat. Die Kommission hatte die Aufgabe, Richtlinien für eine humane Kriegführung auszuarbeiten. Nach dem zweiten Weltkrieg wurde die unterbrochene Arbeit wieder aufgenommen und auch noch auf Probleme des internationalen Völkerrechts ausgedehnt.

SACHS (Kiel)

Manuel Pérez de Petinto y Bertomeu: Las modernas aportaciones judiciales y médico-forenses a la justicia penal. Rev. Med. legal (Madri.) 12, 561—579 (1957).

Ludwik Zembruski: The activities of Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki during the Russian occupation of Lwów in the years 1914–15. (Die Tätigkeit des Prof. Dr. Włodzimierz Sieradzki während der russischen Besetzung Lembergs in den Jahren 1914/15.) Arch. med. sadowej 9, 135—136 mit engl. Zus.fass. (1957) [Polnisch].

Aus Anlaß des 15jährigen Todestages von W. SIERADZKI, weiland Professor für gerichtliche Medizin an der Universität Lemberg, wird dessen Tätigkeit während der russischen Besetzung Lembergs in den Jahren 1914/15 beleuchtet. SIERADZKI war während dieser Zeit nicht nur mit der Leitung des Gerichtsmedizinischen Institutes, sondern auch der Institute für Allgemeine Pathologie und Pathologische Anatomie — zugleich Prosektor des Städtischen Krankenhauses — betraut. Die große Arbeitsleistung SIERADZKIS, seine Verdienste für das öffentliche Gesundheitswesen und seine umfängliche Tätigkeit in seinem Spezialgebiet sicherten ihm die Wertschätzung auch der Besatzungsmacht. BOLTZ (Wien)

F. Berka: Die Anfänge des Institutes für Gerichtliche Medizin der Masaryk-Universität in Brünn (eine Institutskronik). Soudní lék. 2, 75—78 (1957) [Tschechisch].

Curt Panick: Der Arzt als Gutachter. Med. Sachverständige 53, 121—124 (1957).

Henryk Kopezyk: On the necessity of cooperation of an expert physician with the inquest authorities. An interesting case of combined suicide. (Über die Notwendigkeit der Mitarbeit eines ärztlichen Sachverständigen im Untersuchungsverfahren. Ein interessanter Fall eines kombinierten Selbstmordes.) Arch. med. sadowej 9, 125—131 mit engl. Zus.fass. (1957) [Polnisch].

Bericht über einen kombinierten Selbstmord durch Halsschnitt mit Flaschenscherben und Erhängen. Während der Lokalaugenschein einen Mordverdacht rechtfertigte, wurde durch die Obduktion Selbstmord nachgewiesen. Mordverdacht ergibt sich in ähnlichen Fällen vor allem deshalb, weil eine länger dauernde Handlungsfähigkeit trotz ausgedehnter Verletzungen mit ansehnlichem Blutverlust oft schwer verständlich ist. Auf die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit zwischen den Untersuchungsbehörden und dem Gerichtsarzt wird hingewiesen. BOLTZ (Wien)

J. Hopwood Sayer: Accidental death, past and present. (Unfalltod in Vergangenheit und Gegenwart.) Med. Press No 6188, 551—553 (1957).

Verf. berichtet in sehr allgemeiner Form, daß bestimmte Unfälle (Verbrennungen und Verbürhungen bei Kindern bzw. Ersticken im Bett und Vernachlässigung) in der Vergangenheit viel häufiger waren als heute, während andere (Vergiftungen durch CO und Barbiturate, Stürze im Haus und Verkehrsunfälle) jetzt im Vordergrund stehen. Bei den Verkehrsunfällen weist Verf. besonders auf die in verkehrstechnischer Hinsicht oft noch schlechten Straßenverhältnisse und den Alkoholgenuß hin. JENTZSCH (Berlin)

V. Raymond et R. Sallé: Influence de l'âge et du sexe sur les accidents des jeunes sujets. (Einfluß des Alters und des Geschlechts auf die Unfälle Jugendlicher.) Arch. Mal. prof. 18, 501—510 (1957).

Das Institut national de Sécurité unternahm den Versuch, das Unfall- bzw. Krankheitsrisiko der Jugendlichen wie der Erwachsenen des Jahres 1953 kritisch zu erfassen. Bezugsgröße jeweils 100000 Einwohner einer jeden Altersgruppe. Die hohe Frequenz der *Gesamtsterblichkeit* der ersten Lebensjahre sinkt auf ein Minimum zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr, um dann bei beiden Geschlechtern, das männliche liegt im Kurvenverlauf stets über dem weiblichen, wieder anzusteigen. Die *Unfallsterblichkeit* der ersten Lebensjahre tritt relativ gegenüber der Gesamtsterblichkeit zurück. Minimum ebenfalls zwischen dem 10. und 14. Lebensjahr. Vom 15. Lebensjahr an steigt die Belastung des männlichen Geschlechtes steil gegenüber dem weiblichen an. In Prozentzahlen ausgedrückt: Es nehmen die Unfalldodesfälle bei den Knaben (1.—19. Lebensjahr) 32%, bei den Mädchen 19% der Gesamtsterblichkeit ein. Gegenüberstellung in einzelnen Krankheitsgruppen: Poliomyelitis, Tuberkulose, Pneumonie, Bronchopneumonie. — In Frankreich werden 105 Knaben auf 100 Mädchen geboren. Wegen der größeren Sterblichkeit des männlichen Geschlechtes egalisiert sich der Kurvenverlauf etwa im Alter von 45 Jahren. Im höheren Alter überleben die Frauen die Männer. Diese Ableitungen gelten nicht für die Unfalldodesfälle. Bei dem weiblichen Geschlecht ähnelt der Verlauf zwar dem der allgemeinen

Sterblichkeit: rasche Senkung bis zum 14. Lebensjahr, Verhalten bis zum 19., anschließend stetiger Anstieg bis ins hohe Alter. Beim männlichen Geschlecht zeigt die allgemeine Sterblichkeit einen ähnlichen Verlauf, die Kurve zieht nur höher als bei den Frauen. Die männlichen Unfalltodesfälle dagegen gehen sprunghaft vom 15.—24. Lebensjahr an hoch, um dann, von diesem Niveau ausgehend, weit über der Belastung des anderen Geschlechts progressiv anzusteigen. Einige Punkte wären herauszustellen: In Frankreich starben 1953 genausoviel junge Männer zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr an Unfällen wie an Krankheiten; zwischen dem 25. und 50. Lebensjahr ist die Unfallsterblichkeit der Männer 4mal größer als die der Frauen. — Zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr vervierfacht sich die männliche Sterblichkeitsquote.

DOTZAUER (Hamburg)

A. N. Witt: Über den heutigen Stand der Unfallheilkunde und Verkehrsmedizin. [Orthop. Klin., Freie Univ., Berlin.] Therapiewoche 8, 89—96 (1957).

Verf. weist auf die Dringlichkeit der Erstversorgung des Verletzten am Unfallort hin, wobei er als zentrales Problem derselben die Schockbekämpfung hervorhebt. Besonders wesentlich erscheint ihm dabei die Durchführung einer Dauerbeatmung nach Befreiung der Atemwege von Fremdbestandteilen, die antibiotische Behandlung einschließlich der Tetanusprophylaxe und die Verhinderung der Auskühlung des Verunfallten. Es wird auf die Notwendigkeit der Einrichtung entsprechender Unfallkrankenhäuser hingewiesen, zumindestens aber eine unfallchirurgische Ausbildung der leitenden Chirurgen selbst kleiner Krankenhäuser gefordert. In besonders gelagerten Fällen mit speziellen Verletzungen sei eine direkte Überführung in ein Spezialkrankenhaus notwendig.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

Discussione sul tema „Compiti e doveri dello stato moderno nel campo della prevenzione e del fronteggiamento dei rischi provocati dai veicoli a motore. (Aussprache zum Thema: Aufgaben und Pflichten des modernen Staates auf dem Gebiete der Verhütung und Bekämpfung der durch Motorfahrzeuge hervorgerufenen Gefahren.) [42. Tornata Sci., Soc. Romana di Leg. Med. e Assicuraz., 7. II. 1956.] *Zacchia* 32, 71—86 (1957).

Von etwas mehr als 43000 durch Kraftfahrzeuge bewirkten Unfällen im Jahre 1934, ist deren Zahl im Jahre 1954 in Italien auf beinahe 130000 gestiegen. Die Todesfälle haben sich verdoppelt und die nichttödlichen Körperverletzungen beinahe verdreifacht. In Rom allein wurden im Jahre 1954 über 20000 Verkehrsunfälle mit 300 Toten und über 18000 Verletzten festgestellt. Solche Zahlen mahnen zur Aufmerksamkeit und verlangen ein tatkräftiges Eingreifen des Staates und der Versicherungen. — Weitere Statistiken zeigen, in welchen Monaten, an welchen Tagen und zu welchen Stunden die Großzahl der Verkehrsunfälle sich ereignet. — Um die Verkehrsunfälle zu verhindern, sollen genaue Richtlinien über die psychophysische Tauglichkeit der Fahrer aufgestellt werden. Es soll eine obligatorische Haftpflichtversicherung eingeführt werden. Die große Masse der Bevölkerung soll über die Gefahren der Straßenumfälle unterrichtet und zur Vorsicht erzogen werden. In der Aussprache wird jedoch auch dem Bedenken Ausdruck gegeben, daß eine obligatorische Haftpflichtversicherung einen nicht allzu guten Einfluß auf verschiedene Geschäftszweige und vor allem auf die mit der Motorfahrzeugindustrie verkoppelten Tätigkeiten ausüben könnte. Im übrigen sei der Staat nicht in solch guter finanzieller Lage, daß er die nötigen Garantien für eine solche Versicherung übernehmen könnte. Es werden die in verschiedenen Ländern bereits bestehenden Versicherungen erwähnt. Es wird über die Höhe der erforderlichen Versicherungssummen verhandelt, sowie über ein Regreßrecht des Staates oder der Versicherung gegenüber jenen Personen, die für die Verursachung eines Verkehrsunfalles strafrechtlich haftbar gemacht werden können.

SCHIFFERLI (Fribourg)

Carlo Fanelli: Accertamento psicologico ed infortunistica stradale. (Psychologische Untersuchung und Verkehrsunfall.) [Ente Naz. Prevenz. Infortuni, Centro di Psicol. d. Lavoro, Bari.] *Rass. Med. industr.* 26, 326—332 (1957).

Verf. geht davon aus, daß die Ursachen der Verkehrsunfälle in Mensch, Maschine, Straße und äußeren Umständen liegen; hinsichtlich der beim Menschen liegenden Ursachen können Zufälligkeiten oder Unfallbereitschaft wesentlich sein. Er stellt zunächst die Frage, ob es einen Unfälleertyp gibt, wobei er die unterschiedlichen Auffassungen erwähnt, und erörtert dann die Ansicht von MERTENS, daß statt von „Unfallbereitschaft“ besser von „potentiellen Unfällen“ gesprochen werde. Die klinische Methode der Untersuchung gestattet die Einteilung der Unfälle in 2 Ursachengruppen: Verursachung durch persönlichkeitsgebundene innere Faktoren und Verursachung durch äußere Umstände. Nur im ersteren Fall kann von Unfallbereitschaft ge-

sprochen werden; sie kann insbesondere auf Intelligenzmängeln, Überempfindlichkeiten, sozialen oder familiären Schwierigkeiten oder Anlagemängeln beruhen. Die psychologische Untersuchung von Kraftfahrern liegt im Interesse der Fahrer selbst, wie auch im Gemeininteresse. Untersucht werden muß die Persönlichkeit in seiner Beziehung zum Fahrzeug, die Persönlichkeit in ihrer Beziehung zur Führung eines Fahrzeugs und deren Auswirkungen auf die Persönlichkeit. — In Italien ist die Notwendigkeit einer psychologischen Untersuchung von Kraftfahrern besonders von GEMELLI und BOGANELLI hervorgehoben worden. Systematische Forschungen sind jedoch bisher nur von einigen Untersuchungsstellen für Arbeitspsychologie der Nationalen Vereinigung für Unfallverhütung durchgeführt worden. Die bisherigen Ergebnisse der Forschung haben die große Bedeutung der psychischen Aktivität und der psychischen Untersuchungen erwiesen.

KONRAD HÄNDEL (Mannheim)

E. Rees-Pryse: Accidents as a cause of death and injury. (Unfälle als Ursache von Tod und Verletzung.) *Med. Press No 6186*, 503—505 (1957).

Verf. weist darauf hin, daß in der letzten Zeit die Unfallziffern erheblich angestiegen sind, und neben den Herztodesfällen, dem Alterstod, den Krebserkrankungen und den Lungenerkrankungen an 4. Stelle stehen und sogar höher liegen als der Tod bei der Tuberkulose. Er gibt eine allgemeine Übersicht über die Altersverteilung, wobei er das 35. Lebensjahr als besonders signifikant hervorhebt. Entsprechend den allgemeinen Erfahrungen unterteilt er die Ursachen der Unfälle in solche als Folgen menschlichen Versagens und infolge „unglückseliger“ Umstände. Unter dieser Rubrik führt er auch Schäden an den Maschinen, den Straßen und den Industrieanlagen auf. Eine Erziehung zur Sorgfalt, insbesondere die Beachtung entsprechender Vorschriften und Einhaltung der Vorsichtsmaßnahmen, hält er für die Verhütung der Unfälle als außerordentlich wesentlich.

PETERSOHN (Mainz)

Théo Marti: Incidence médico-sociale des accidents de circulation à Genève. (Sozialhygienische Darstellung der Verkehrsunfälle in Genf.) [4. Congr., Acad. Internat. de Méd. lég. et Méd. soc., Gênes, Octobre, 1955.] *Acta med. leg. (Liège)* 10, 121—171 (1957).

Die Statistik der Verkehrsunfälle in Genf wird unter sozialhygienischen Gesichtspunkten im einzelnen erörtert. Es wird vor allem auf die Bedeutung der Straßenverhältnisse, der Verkehrsdichte, die Art der Verkehrsbeteiligung (Fußgänger, Fahrradfahrer usw.) und die Unfallzeiten eingegangen. Die Verhältnisse in Genf werden mit anderen Städten der Schweiz verglichen. Auf die besondere Gefährdung von Radfahrern im Großstadtverkehr wird hingewiesen. Die Bedeutung der Verkehrsplanung unter Anpassung an die jeweiligen Verhältnisse der Städte wird unterstrichen. In der sehr umfangreichen und sehr sorgfältigen Arbeit finden sich nur wenige Angaben und Überlegungen, die für die Verkehrssituation in der Bundesrepublik von besonderer Bedeutung sind und nicht schon in allen Einzelheiten in der einschlägigen Literatur erörtert wurden.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

J. Vollmar: Die typischen Verletzungen des Auto- und Motorradfahrers. [Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.] *Arch. klin. Chir.* 286, 54—90 (1957).

Nur die genaue Analyse des Einzelfalls unter Heranziehung aller Gegebenheiten machen es möglich, ein klares Bild über Häufigkeit, Art, Lokalisation der im Straßenverkehr auftretenden Verletzungen, über ihre Lebensgefährdung eine verbindliche Aussage zu machen. Dabei fällt auf, daß zwar Polizeibericht, Sachschaden an Fahrzeugen, Zeugenaussagen, Eigenanamnese und Verletzungsbefunde erwähnt werden, nicht aber die pathologisch-anatomischen Ergebnisse. Zunächst werden allgemeine physikalische Grundlagen und Verletzungsmechanismen bei Motorrad- und Autounfällen besprochen. Das Ergebnis wird kurz dahingehend zusammengefaßt, daß beim Autounfall primäre Anprallverletzungen vorherrschen, beim Motorradunfall sowohl primäre wie sekundäre Aufschlagsverletzungen zu berücksichtigen seien. Von 2070 Einzelverletzungen bei 686 Motorrad- und 570 Autofahrern entfielen beim Motorradfahrer und beim Autofahrer 49% auf Kopf, beim Motorradfahrer auf die unteren Gliedmaßen 26,8%, beim Autofahrer 16%. Die Brustverletzungen sind beim Autofahrer doppelt so häufig wie beim Motorradfahrer. Die übrigen Verletzungen, obere Gliedmaßen und Becken, halten sich annähernd das Gleichgewicht bei Krad- und Autofahrern. An einigen instruktiven Beispielen werden diese Verletzungsarten eingehend geschildert. Die typischen Verletzungen bei Motorradfahrern bei frontalem Anprall seien Schlüsselbeinfraktur und Plexuserreißung, an der Hand komplizierte Finger- und Mittelhandfraktur, am Knie Patella-Schienbeinkopf- und Femur-Kondylen-Frakturen. Wesentlich erscheint die

besondere Hervorhebung der Schleuderverletzungen von Kopf- und Hals bei Autofahrern. Die Arbeit sollte — und dient auch! — der Ermittlung der wichtigsten Verletzungsmechanismen als Grundlage für eine wirksame Verletzungsverhütung. Es käme für die Zukunft auf eine enge Zusammenarbeit zwischen Unfallchirurgie und Kraftfahrzeugindustrie an. H. KLEIN (Heidelberg)

G. Hansen: Verkehrsunfall und Aspirationstod. [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Jena.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1957, 1427—1430.

Bei Untersuchungen an 1040 Unfalltoten unter Berücksichtigung einer etwaigen Fettembolie als Todesursache war lediglich in 0,6% eine Aspiration die alleinige Todesursache, in 7% eine konkurrierende Todesursache und in 34% ein Nebenbefund. Die Zahlen decken sich ungefähr mit dem Ergebnis entsprechender Untersuchungen von B. MUELLER [Zbl. Verkehrsmedizin 1, 168 (1956)].
B. MUELLER (Heidelberg)

H. Hoffmann: Reihenuntersuchungen bei Berufskraftfahrern. [Med. Klin., Städt. Krankenanst., Essen.] Dtsch. med. Wschr. 1957, 2219—2222.

Verf. berichtet über 586 Untersuchungen an Männern im Alter zwischen 18 und 65 Jahren. Dabei fanden sich 37,4% pathologische Veränderungen, von denen 14,1% organisch bedingt waren und 23,3% als vegetative Störungen erkannt wurden. Bezüglich der Auswirkung dieser Feststellungen weist der Verf. auf die Beobachtungen der Luftfahrtmedizin hin, wonach bei Steigerung der Geschwindigkeit Blutdruck und Schlagfrequenz des Herzens ansteigen, erklärt aber gleichzeitig, daß Paralleluntersuchungen für erdgebundene Fahrzeuge in dem hierfür in Frage kommenden Geschwindigkeitsbereich auf wissenschaftlicher Grundlage nicht vorliegen. Die Bedeutung der Gefäß- und Herzerkrankung für die Verkehrsmedizin wird noch dadurch unterstrichen, daß bei Kraftfahrern über 40 Jahre angeblich höhere Versagungsziffern beobachtet worden sind als bei solchen zwischen 20 und 40 Jahren, eine Altersgruppe, die als besonders verkehrssicher bezeichnet wird. Ein besonderer Abschnitt wird den Diabetikern gewidmet und dabei hervorgehoben, daß dem bei dem Kraftfahrer stets zu beobachtende unregelmäßige Tagesrhythmus für das Auftreten hypoglykämischer Erscheinungen oder Schocks eine besondere Bedeutung zukomme, da dieses Ereignis plötzlich eintritt. Auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Kontrolle insbesondere der Diabetiker wird hingewiesen.
FR. PETERSOHN (Mainz)

Karl Luff: Das automatische Reaktionsverhalten des Kraftfahrers und seine rechtliche Würdigung. [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Frankf. a. M.] Öff. Gesundh.-Dienst 19, 154—163 (1957).

Die Fähigkeit des Kraftfahrers, sich im Straßenverkehr zurechtzufinden, beruht auf dem Erwerb erlernter Reaktionen und nicht auf motorischen Handlungsfolgen, die das Ergebnis von Denkvorgängen sind. Vom Anfänger wird noch jeder Handgriff mit Überlegung getan; da aber die über die Großhirnrinde ablaufenden Bewußtseinsvorgänge zuviel Zeitaufwand erfordern, ist der Anfänger für hohe Geschwindigkeiten noch nicht fahrtüchtig. Erst wenn fortwährende Übung bedingte Reflexe eingegraben hat, kann der Kraftfahrer ohne Denkarbeit der flüssigen Situationsänderung im Straßenverkehr Rechnung tragen. Nur scheinbar geschieht dies durch überlegtes und kontrolliertes Handeln. In Wirklichkeit aber laufen fast ausschließlich „Automatismen“ ab, die vom Bewußtsein lediglich überwacht werden. Das Bewußtsein, dessen Dauerbeanspruchung den Kraftfahrer überfordern würde, greift nur in Notfällen ein. Auch dann werden die meisten Umwelteindrücke nur am Rande des Bewußtseinsfeldes aufgenommen, was bedeutet, daß sie zwar keinen Merkwert besitzen und keine reproduzierbaren Gedächtnisspuren zu hinterlassen brauchen, aber geeignet sind, zweckmäßige automatische Reaktionsabläufe auszulösen. Es hat sich durch Pulsfrequenzbestimmungen von Kraftfahrern nachweisen lassen, daß die Kreislaufbelastung von der Beanspruchung des Bewußtseins abhängt (an Hand von Abbildungen wird gezeigt, daß die Pulsfrequenz des Anfängers mit 500 km Fahrpraxis auf der Autobahn bei 100 km/h eindeutig höher ist als die des erfahrenen Kraftfahrers; die Pulskurve steigt an, wenn das Bewußtsein des Fahrers durch eine zusätzliche Aufmerksamkeitsprüfung gesteigert beansprucht wird). Der entscheidende Faktor beim Kraftfahrer ist also die Bewußtseinslage; Ermüdung, Alkohol und Betäubungsmittel führen zur Trübung des Bewußtseins und Affekte und Elementargefühle (z. B. Angst, Schmerz, Zorn) zu seiner Blockierung. Derartige fällt in den Schuldbereich des Kraftfahrers, weil er zur Selbstkontrolle verpflichtet ist. Daneben gibt es aber auch unverschuldete fehlerhafte Reaktionsabläufe: Der ohne eigenes Verschulden unvermutet in eine bedrohliche Lage geratene Kraftfahrer ist grundsätzlich zu einem kontrol-

lierten Handeln unfähig (wie an einem Beispiel aus dem Gebiet der Handfertigkeit im Berufsleben gezeigt wird); eine bewußte Willenshandlung käme nämlich zu spät. Die Schuldfrage sollte deshalb nicht nur post hoc sondern ex ante geprüft werden. Auch sollte die Rechtsprechung nach dem Wunsche des Verf. viel mehr berücksichtigen, daß nur Ereignisse von besonderem Erlebnis- und Merkwert im Gedächtnis haften bleiben, daß demzufolge Kraftfahrer und Zeugen oft keine Erinnerung an wichtige Phasen des Ergebnisses haben können und daß schließlich sogar diejenigen Ereignisse keinen Merkwert zu haben brauchen, die durch Auslösung einer automatischen Reaktion Ursache des Unfalles waren.

RAUSCHKE (Heidelberg)

P. M. Jantzen: Über das Sitzen im Kraftwagen. [Orthop. Klin., München.] Med. Klin. 1958, 175—177.

Unerwarteter Tod aus innerer Ursache

Zdzislaw Traunfellner: Spontaneous hemorrhages under the dura mater. (Spontane subdurale Blutungen.) Arch. med. sadowej 9, 107—114 mit engl. Zus.fass. (1957) [Polnisch].

Verf. führt aus, daß spontane, nichttraumatische subdurale Blutungen außerordentlich selten beobachtet werden. Es werden einzelne Ursachen spontaner subduraler Blutungen erörtert, z. B. hämorrhagische Diathese, septische Zustände, Atherosklerose mit Hypertonie, chronischer Alkoholismus, Avitaminosen und angeborene Gefäßveränderungen. Auf die klinischen Besonderheiten der spontanen subduralen Blutungen wird hingewiesen. In der Arbeit werden vier selbst beobachtete Fälle wiedergegeben. Auf Grund eines Falles schließt der Autor, daß die Blutung selbst ohne Bildung eines Hämatoms und ohne Veränderung des Hirndrucks Ursache eines plötzlichen Todes sein kann, und zwar durch Reizung der Interoreceptoren der harten Hirnhaut.

SCHWETZER (Düsseldorf)

M. Klingler: Zur Prognose des blutenden Aneurysma der Gehirnbasis bei konservativer Therapie. [Med. Univ.-Klin. u. Neurochir. Abt., Chir. Univ.-Klin., Basel.] Schweiz. med. Wschr. 1957, 1389—1392.

Von 58 konservativ behandelten Subarachnoidealblutungen starben 37 (64%). Nur in 40 Fällen wurde ein Aneurysma sichergestellt. Von diesen starben 37=90%. Von 12 Fällen, bei denen Aneurysmen festgestellt wurden und die wegen der zeitlichen Verhältnisse einer chirurgischen Behandlung zugänglich gewesen wären, starben 9. Die Prognose war also schlechter, als nach den übrigen einschlägigen Statistiken. Dies führt der Verf. darauf zurück, daß das Baseler Bürgerspital ein Notfall-Spital ist und zahlreiche Fälle zur Aufnahme gelangten, die einer wirksamen Therapie nicht mehr zugänglich waren.

KRAULAND (Berlin-Dahlem)

S. Sriramachari and C. Gopalan: Aortic changes in induced malnutrition. (Über Aortenveränderungen bei experimenteller Mangelernährung.) [Nutrit. Res. Laborat., Indian Council of Med. Res., Coonoor, South India.] [7. Ann. Meet., Indian Assoc. of Pathologists, Mysore, November, 1956.] Indian J. med. Sci. 11, 405—409 (1957).

Es wurden 22 Affen, *Macacus radiata*, nach 65—78 Tagen einer (in einzelnen genau angegebenen) Eiweißmangelernährung untersucht und eine interstitielle Vacuolisation der Media, eine Abnahme der elastischen Fasern, auch Formveränderungen derselben, eine Zunahme des Calciumgehaltes, ebenfalls ausschließlich in der Media, zugleich Zunahme metachromatischer Substanzen festgestellt. Keine Veränderungen im Sinne einer Arteriosklerose. Bei Eiweißmangel eine beträchtliche interstitielle Faserzunahme des Herzens.

H. KLEIN (Heidelberg)

J. Tesář: Ein seltener Fall von Ruptur eines dissezierenden Aneurysmas bei Aortenstenose eines 17jährigen. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Prag.] Soudní lék. 2, 72—74 mit dtsh. Zus.fass. (1957) [Tschechisch].

Drei Jahre war eine Aortenstenose an der Mündung des Ductus Botalli bereits bekannt, 5 Tage vor dem Tode Schmerzen, in dieser Zeit hat sich offenbar das Aneurysma gebildet, das dann plötzlich in den Herzbeutel durchbrach und zur Tamponade führte

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)