

## Referate

### Allgemeines

● **Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.** Hrsg. von O. LUBARSCHE, F. HENKE u. R. RÖSSLE †. Bd. 13: Nervensystem. Hrsg. von W. SCHOLZ. Teil 2: Erkrankungen des zentralen Nervensystems II. Bearb. von R. BIELING, H. BOCHNIK, G. BODECHTEL u. a. Bandteil A und B. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. Bandteil A: XXIX, S. 1—1325 u. 565 Abb.; Bandteil B: XVI, S. 1326—2902 u. 634 Abb. 2 Bde geb. zus. DM 872,50.

B. Walthard und Karl M. Walthard: **Encephalitis nach Vaccination, Variola, Morbilli und Varicellen. Encephalitis bei Fleckfieber.** S. 771—846.

In diesem Abschnitt des bekannten und wichtigen Handbuches werden den Gerichtsmediziner besonders die Ausführungen über die Encephalitis postvaccinalis interessieren. Es ist nicht selten, daß sich an Todesfällen nach Impfungen gerichtliche Obduktionen anschließen. Die Darstellung bringt eine prägnante Schilderung der klinischen Erscheinungen mit Inkubationszeit und eine reichlich bebilderte Besprechung der Hirnbefunde; sie werden als echte akute Entzündung des zentralen Nervensystems aufgefaßt, die insbesondere durch eine disseminierte, perivenös, subependymär und subpial (Rückenmark) lokalisierte, saum- und herdförmig angeordnete protoplasmatische Mikrogliazellproliferation, sowie durch ebenfalls perivenös gelegene Zerstörungen der Nervenfasern der Achsenzylinder und der Markscheiden, bei scheinbar nur geringer Mitbeteiligung des mesodermalen Gefäßbindegewebsapparates an der entzündlichen Reaktion gekennzeichnet ist. Gesichtspunkte der Ätiologie werden erörtert, Klarheit besteht noch nicht. Auch die anderen Abschnitte dieser Darstellung (Encephalitis nach Pocken, nach Masern und nach Varicellen, sowie nach Fleckfieber) sind prägnant gefaßt und gut lesbar.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.** Hrsg. von O. LUBARSCHE, F. HENKE u. R. RÖSSLE †. Bd. 13: Nervensystem. Hrsg. von W. SCHOLZ. Teil 2: Erkrankungen des zentralen Nervensystems II. Bearb. von R. BIELING, H. BOCHNIK, G. BODECHTEL u. a. Bandteil A und B. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. Bandteil A: XXIX, S. 1—1325 u. 565 Abb. Bandteil B: XVI, S. 1326—2902 u. 634 Abb. 2 Bde geb. zus. DM 872,50.

F. Erbslöh und H. Bochnik: **Symmetrische Pseudokalk- und Kalkablagerungen im Gehirn. Sogenannte „Idiopathische nicht-arteriosklerotische intracerebrale Gefäßverkalkungen“.** S. 1769—1809.

Pseudokalk- und Kalkablagerung im Gehirn können in banale einerseits, progressive symmetrische Kalk- und Pseudokalkablagerungen andererseits — nur diese stellen eine Besonderheit dar — eingeteilt werden. Die banalen Pseudokalkkonkremente kommen im Putamen praktisch regelmäßig vor; weitere Prädispositionsstellen sind nach OSTERTAG: Pallidum, Lamina circumvoluta, Capsula interna, Thalamus. Noch als banal anzusehende Pseudokalkkonkremente kämen auch im Marklager in 1% vor. Im Putamen sind sie bereits von Geburt an nachweisbar, wenn auch in geringerem Ausmaße. Die Struktur der Pseudokalkkonkremente, ihre Lage und Gestalt, die der spontanen und die im sichtbar vorgeschädigten Nervengewebe, die Substanz-eigenschaften des Pseudokalks werden eingehend besprochen, alle bisher bekannten Färbungseigenschaften zusammengestellt. Es ließen sich heute 3 Formen aufstellen: Typus Pick-Fischer-Volland = chronisch fortschreitende, gelegentlich auch akut dekompensierte hirnorganische Syndrome hervorgerufen durch lokale Gewebsschäden infolge schwerer progressiver Pseudokalk- und Kalkablagerungen; Typus Herzog-Scherer = akute bis subakut eintretende weitgehend irreversible Hypoxydosen-schäden durch Kalkablagerung mitbestimmt; Typus Hallervorden-Spatz = selbständige cerebrale Krankheitsprozesse begünstigen die Entwicklung diffuser symmetrischer Pseudokalk- und Kalkablagerungen. Bemerkenswert sind die mäßigen Kalkablagerungen in

symmetrischen Palladiumnekrosen bei Ausblutungs- und perniziöser Anämie, bei CO-, Barbitursäure- und Cyanvergiftung, bei stumpfen Schädeltraumen sowie nach anhaltenden kardial und peripher bedingten Kollapszuständen. Zwischen der echten Gewebsverkalkung und der reversiblen Kalkausfällung in Nekrosen bestanden beträchtliche Unterschiede. Pseudokalk- und Kalkkonkremente in den Gefäßwänden des Pallidum würden das an sich schon hypoxydempfindliche Organ gegenüber allgemeinen Kreislaufschädigungen und -störungen noch anfälliger machen. Unter diesen Ursachen wird auch — neben Kollapsoligämie, Hirnkontusion, Endangitis obliterans — Alkoholismus und aplastische Anämie bei Atombombenschädigungen erwähnt. Während morphogenetisch fast alle Formen erfassbar und ihre Entwicklung erklärbar erscheinen, wird kausal eigentlich nur über Hypothesen berichtet.

H. KLEIN (Heidelberg)

● **Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.** Hrsg. von O. LUBARSCH, F. HENKE u. R. RÖSSLE †. Bd. 13: Nervensystem. Hrsg. von W. SCHOLZ. Teil 2: Erkrankungen des zentralen Nervensystems II. Bearb. von R. BIELING, H. BOCHNIK, G. BODECHTEL u. a. Bandteil A und B. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. Bandteil A: XXIX, S. 1—1325 u. 565 Abb. Bandteil B: XVI, S. 1326—2902 u. 634 Abb. 2 Bde geb. zus. DM 872.50.

G. Bodechtel und F. Erbslöh: **Die Veränderungen des Zentralnervensystems beim Diabetes mellitus.** S. 1717—1739.

Es gibt keine anatomisch faßbare cerebrale Ursache des Diabetes mellitus, wohl aber morphologische Folgen des Diabetes, besonders des Coma diabeticum, im Gehirn. Die morphologischen Befunde sind aber nicht charakteristisch. Außer der Hirnschwellung sind sie beim Koma um so geringer, je jünger die Individuen und damit je geringer die atherosklerotischen Veränderungen sind. Ohne besondere Schwerpunktbildungen an bestimmten Stellen des Gehirns kommen hypoxydotische Gewebsläsionen besonders an Nervenzellen und Glia vor. Mit der Zeit nehmen die Lipoid-einlagerungen zu. Glykogen steigt in den Blutzellen an, tritt nach dem Tode auch frei in die Gefäße, Gefäßwände und Gewebe. Corpora amylacea sind wie auch bei anderen Krankheiten vermehrt. Regressive und progressive Veränderungen in den Capillarendothelien kommen vor (aber auch z. B. bei der Epilepsie), dazu kommen Capillar- und Gefäßfibrosen. Die Hypoxydose ist histotoxisch, das Sauerstoffangebot ist eher erhöht, desgleichen die Glucose; die Zellen nehmen aber weniger auf und können weniger verbrennen. Das Parenchym erstickt im Zuckerwasser, wird gleichzeitig ausgetrocknet, verliert Kalium, Magnesium und Phosphat. Auch die Acidose mag eine Rolle spielen. — Ein funiculäres Spinalsyndrom ist sehr selten, häufiger sind periphere Neuropathien wie dystrophische Polyneuritis mit einer Rarifizierung peripherer Nervenfasern, besonders der dickmyelinisierten und ein Verlust des Nervengewebes an Phosphorlipoiden, Cholesterin und Cerebrosiden. — Diabetesveränderungen vermindern die Resistenz des Gehirns gegen die Insulin-Hypoglykämie. Todesfälle sind allerdings selten: unter 30000 Diabetikern 10 tödliche Hypoglykämien. Ohne Diabetes neigen Gehirne nach Insulinschock zu Gefäßproliferationen — das Diabetiker-Gehirn nicht, es erfährt akute Schrankenstörungen und Ganglienzellschäden. Aber auch sie sind nicht pathognomonisch.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

● **Roland Richterich: Enzymopathologie. Enzyme in Klinik und Forschung.** Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. XV, 703 S. u. 132 Abb. Geb. DM 128.—

● **Erwin Bünning: Die physiologische Uhr.** Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1958. 105 S. u. 107 Abb. DM 24.—

Die Phänomene der „endogenen Tagesrhythmik“ werden im zoologischen, botanischen und medizinischen Schrifttum mit verschiedenen Ausdrücken bezeichnet. Verwandt werden auch die Ausdrücke „autonome Tagesrhythmik“, „endodiurnales System“, „Zeitgedächtnis“, „Zeitsinn“, „innere Uhr“. Auch lese man von „Zeitmeßvorgängen“ (timing processes) bei photoperiodischen Reaktionen von Pflanzen und Tieren. Viele Tiere benutzen für einige Arten der Orientierung über den Tagesgang das „Zeitgedächtnis“ (vgl. Dressur von Bienen). Photoperiodisch kann reguliert werden, z. B. die Auslösung der Blütenbildung, der Beginn der Winterruhe von Knospen oder deren Öffnung im Frühjahr. Photoperiodische Reaktionen sind durch die Tageslängen verursacht, nicht durch die Lichtmengen. Beim Menschen gibt es eine „Kopfuhr“, die am besten in der Hypnose arbeitet (z. B. genaues gewünschtes Erwachen). In allen Fällen (Pflanzen, Tiere, Menschen) kann ein gleiches physiologisches Prinzip zur Messung der Tageszeit benutzt

werden. Die physiologische Uhr arbeitet mit Cyclen („Perioden der endogenen Tagesrhythmik“). Die Phasenlage der endogenen Tagesrhythmik wird von äußeren Faktoren bestimmt. Die endogene Rhythmik folgt dem Prinzip der Kippschwingungen. Das endodiurnale System ist ein energetisch überaus wichtiges Grundphänomen der Zellen, durch das viele Vorgänge überhaupt erst möglich werden. — Zeitgeber können Licht-Dunkel-Wechsel, Fütterung, Wechsel hoher und niedriger Temperatur, Gezeitenrhythmik, Schwankungen der Feuchtigkeit, bei Tieren und Menschen auch die sog. sozialen Zeitgeber sein. Nach stärkeren Eingriffen von Giften werden kurze Zeiten zu lang, lange zu kurz geschätzt. Die Gezeitenrhythmik ist eng mit der endogenen Tagesrhythmik verwandt. Bei Nachtarbeit ist die sog. „Springerschicht“ (etwa 12 Std Schichtarbeit, 24 Std Freizeit usw.) medizinisch gesehen, weitaus ungünstiger als etwa eine mehrwöchige Nachtarbeit, die sich dem diurnalen Cyclus einordnet. Notwendig ist eine gewisse Harmonie von endogener und äußerer Rhythmik. Das ist das Grundphänomen der photo- und thermoperiodischen Reaktionen. Dysrhythmen in der Übergangszeit können Ursache von Gastritis und Magengeschwüren sein, bei kürzerer Dauer (Flugreisen) Herabsetzung der Leistungsfähigkeit. Die weitere Forschung muß ergeben, ob eine Schaltuhr mit mehreren Reitern oder mehrere Uhren für je einen gesteuerten Vorgang den physiologischen Tatsachen entspricht. (Zum Beispiel bei der Beurteilung von Kraftfahrzeugunfällen, wie unerklärliches Schlappmachen und Einschlafen am Steuer, können diese Tatsachen von Wichtigkeit sein. Ref.) Ausgedehntes Literaturverzeichnis.

RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale)

**Rembert Watermann: Über den altägyptischen Ärztstand.** Ein Beitrag zur Geschichte der Medizinalordnungen. Öff. Gesundh.-Dienst 20, 173—184 (1958).

**Claus J. Lüders: Der Kausalbegriff in der Pathologie und in der Begutachtung.** Med. Sachverständige 54, 181—185 (1958).

**Hans Oster: Körperlänge und Körpergewicht unserer Kinder.** Eine die Akzeleration berücksichtigende deutsche Normtabelle für Durchschnittslänge und -gewicht. Bundesgesundheitsblatt Nr 13, 199—201 (1958).

**R. Köster: Periphere Durchblutungsstörungen in der Begutachtung — gegenwärtige Problematik, pathogenetische und klinische Grundlagen.** Münch. med. Wschr. 1958, 775—776, 781—782.

**Günter Michalke: Vorschläge zur operativen gerichtsärztlichen Tätigkeit in den Bezirken der Deutschen Demokratischen Republik.** [Akad. f. Sozialhyg., Arbeitshyg. u. ärztl. Fortbildg., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1957, 464—465.

Um den Artikel meines früheren Doktoranden MICHALKE, jetzt gerichtsärztliches Institut Leipzig, referieren zu können, muß ich auf die bisher noch nicht veröffentlichte, im Osten viel diskutierte Kreisarztarbeit meines früheren Assistenten Dr. FRIEDRICH WOLFF, jetzt Magdeburg, vom Juni 1956 mit dem Titel „Vorschläge für die Organisation der gerichtsmedizinischen Versorgung der Bevölkerung der DDR“ eingehen, da sie MICHALKE diskutiert. Die Wolffschen Vorschläge werden anscheinend vom Gesundheitsministerium (REDETZKY) aus Kostenersparnisgründen abgelehnt. WOLFF hatte in seiner von mir gebilligten Arbeit zuerst einen historischen Überblick über die gerichtliche Medizin in beiden Teilen Deutschlands vor und nach dem ersten Weltkrieg gegeben. Danach schilderte WOLFF die Lage der gerichtsärztlichen Tätigkeit nach 1945 in der DDR und machte kurz folgende Vorschläge für die Organisation: 1. Schaffung von je 2 hauptamtlichen Gerichtsärzten in Bezirksebene („Bezirksgerichtsarzt“), mit Ausnahme der Bezirke, wo bereits ein Professor für gerichtliche Medizin nebenamtlich die gerichtsärztliche Tätigkeit ausübt, ähnlich dem früheren „preußischen Gerichtsarzt“. 2. Bereitstellung entsprechender Räume und Personal (Sektionsgehilfe, techn. Assistentin, Schreibkräfte) an größeren Krankenanstalten der Bezirke (Anbau bzw. Neubau kleiner selbständiger gerichtsärztlicher Prosekturen, um die bekannten deutschen Kompetenzstreitigkeiten zu vermeiden. Bereitstellung von Kraftwagen). 3. Ausbildung der nötigen Fachärzte für gerichtliche Medizin gemäß der Facharztordnung der DDR. 16 Fachärzte sollten vorerst genügen. 4. Wiederaufleben des „gerichtsärztlichen Ausschusses“ in moderner Form. — WOLFF hatte nicht zuletzt auch an den Nachwuchs gedacht, von dem sich nur ein kleiner Teil für die Hochschullaufbahn eignet. MICHALKE schlägt vor, den Gerichtsarzt in die Abteilung für pathologische Anatomie (Prosektur) der Bezirkskrankenhäuser einzubauen. Bei den gerichtlichen Sektionen seien 2 Obduzenten erforderlich, einer sei dann der Gerichtsarzt, der andere der Pathologe. Hierdurch würde eine

kollegiale Zusammenarbeit erreicht. Außerdem könne sich der Gerichtsarzt u. a. kriminalistisch und spurenkundlich, photographisch und chemisch-toxikologisch in den bestehenden Laboratorien der Bezirkskrankenhäuser betätigen (Sache der Chemiker der Univ.-Institute bzw. des KTI der Polizei, Ref.). — Inzwischen ist der Plan MICHALKES überholt. Er hat keine Resonanz gefunden. Im S. f. H. besteht jetzt der Plan (PROKOPs Einfluß?) erst die bestehenden gerichtsärztlichen Univ.-Institute personell und materiell weiter auszubauen und prinzipiell für ganze Bezirke wie bisher zuzuziehen. Lediglich weit abseits liegende Bezirke (z. B. Kottbus) sollen eventuell einen Gerichtsarzt bekommen (Interesse des Justizministeriums). Mit einseitig ausgebildeten Fachärzten ohne langjährige Erfahrungen sei nichts anzufangen. RUDOLF KOCH (Halle a. d. S.)

**W. R. Probert: Edmond Locard's medico-legal museum. A note on a visit to Lyon.** Med.-leg. J. (Camb.) 25, 149—151 (1957).

Anläßlich eines Studienaufenthaltes in Frankreich (als Thoraxchirurg) nahm Verf. die Gelegenheit wahr, EDMOND LOCARDs gerichtsmedizinische Sammlung in Lyon zu besichtigen. Er schildert verschiedene Stücke dieser Sammlung, unter anderem Tatwerkzeuge, maskierte Mordgifte, Abtreibungsgeräte, Photographien von Tätowierungen, von Gefangenen angefertigte Plastiken usw. Es folgen kurze Hinweise auf die Sammlung des gerichtsmedizinischen Instituts der Universität (Prof. Dr. LOUIS ROCHE), die außer ähnlichen Objekten auch Belege für die Technik von Hinrichtungen enthält. Die letzte öffentliche Hinrichtung sei in Paris 1931 vorgenommen worden. Bei Enthauptungen sei die Halsstelle vorher markiert worden. „The preliminaries of this method of execution seem frightful, but there can be no doubt about its immediate efficiency.“ BSCOR (Berlin)

**Wendy Stewart: Physician on the witness stand.** J. Amer. med. Wom. Ass. 13, 232—235 (1958).

**P. M. Yap: Suicide in Hong Kong.** (Selbstmorde in Hongkong.) J. ment. Sci. 104, 266—301 (1958).

Eingehende statistische Analyse der Selbstmordfälle in Hongkong von 1946—1955. Die Ergebnisse weichen kaum von den zum Vergleich herangezogenen Befunden in westlichen Ländern ab. Ungewöhnlich hoch war jedoch der Anteil der Frauen im Vergleich zu der Zahl der männlichen Selbstmörder unter Berücksichtigung der Normalverteilung in der Bevölkerung sowie die Zahl von unvollendeten Selbstmordversuchen Jugendlicher und ein Anstieg in der Gruppe älterer Frauen. Als Ursache hierfür sieht Verf. gewisse psychologische Faktoren an, die sich aus der untergeordneten Stellung der Frau und der Jugendlichen in diesem Gebiet ergeben. Weitere Faktoren, die die Selbstmord-Statistik der chinesischen Bevölkerung beeinflussen, könnten in Beziehung zur Auflösung und Modernisierung der traditionellen patriarchalischen Kultur stehen. PROCH (Bonn)

**Gavin Thurston: Suicide as a crime.** (Selbstmord als Straftat.) Med.-leg. J. (Camb.) 25, 152—154 (1957).

Selbstmord und Selbstmordversuch sind in England seit altersher strafbar. Noch jetzt werden jährlich 500—600 Personen wegen Selbstmordversuchs abgeurteilt, davon unter 8% mit Haftstrafen. Früher fiel das Hab und Gut des Selbstmörders an die Krone, seine Leiche wurde unter entehrenden Umständen neben der Landstraße begraben. Das Verbot einer kirchlichen Beerdigung wurde erst 1882 aufgehoben, ohne daß dies allerdings die kirchlichen Gepflogenheiten Selbstmördern gegenüber beeinflußt hätte. Im 19. Jahrhundert lockerte sich auch der Griff nach dem Eigentum des Selbstmörders, zunächst in den Fällen, wo eine vorübergehende geistige Störung („insane“) zur Zeit des Selbstmords anerkannt werden konnte. 1870 wurde die Beschlagnahme ganz abgeschafft. Verf. weist auf neuere Erkenntnisse über die Psychodynamik des Selbstmords hin (STENGEL), bezeichnet die Unterscheidung eines geistig gestörten oder nicht gestörten Zustandes zur Zeit des Selbstmordes als wenig sinnvoll, hält ferner heute nicht mehr für vertretbar, den Selbstmordversuch zu bestrafen. Gezielte ärztliche Therapie und nachgehende soziale Betreuung seien dem Selbstmordversuch gegenüber heute die einzig angemessenen Mittel. BSCHOR (Berlin)

**Othard Raestrup: Selbstmord und Lebensversicherung.** Lebensversicher.-Med. 10, 6—17 (1958).

Verf., Gesellschaftsarzt bei der Alten Leipziger, Lebensversicherungs-AG, Neffe des verstorbenen bekannten Gerichtsmediziners, nimmt aus seiner Erfahrung als Versicherungsmediziner Stellung zu den Möglichkeiten einer Unterscheidung zwischen Selbstmord und Unglücksfall,

wobei er die einzelnen Todesarten durchgeht und nach bekannten Gesichtspunkten ordnet. Wenn Verdacht auf eine echte Psychose als auslösendes Moment für einen Selbstmord besteht, pflegen die Beweisanforderungen der Gerichte keine allzu hohen zu sein. Erscheinungen, die unter dem Begriff Psychopathie fallen, gelten auch nach dem Stande der gegenwärtigen Rechtsprechung nicht als krankhafte Störung der Geistestätigkeit im Sinne der Versicherungshedingungen. — Wer einschlägige Fälle zu begutachten hat, wird mit Nutzen von den Einzelheiten dieser Arbeit Kenntnis nehmen.

B. MUELLER (Heidelberg)

**Mario Cappa: Trauma encéphalitique et suicide.** [4. Congr., Acad. Internat. de Méd. Lég. et Méd. soc.] Acta med. leg. soc. (Liège) 11, 135 (1958).

**Jean Kearney: Ce qu'enseignent les statistiques en matière d'accidents de la route.** (Statistik über die Verkehrsunfälle.) Rev. Praticien 1958, 2423—2427.

Verf. gibt in einer statistischen Aufgliederung einen Überblick über die Unfallziffern in Frankreich einschließlich Algerien und die prozentuale Verteilung der Verletzten und Toten. Dabei wird besonders hervorgehoben, daß 90% der Verunfallten zwischen 14 und 24 Jahre alt und die Benutzer von zweirädrigen einspurigen Fahrzeugen (Fahrräder) sind. Bezüglich der Einzelheiten der Statistik, welche nach Altersstufen und verschiedenen geographischen Bereichen eingeteilt ist, verweise ich auf die Originalarbeit. In Übereinstimmung mit BOURRET wird die Einführung eines Erfassungsbogens mit medizinischen und technischen Fragen über den Unfallhergang, dessen Ursache und Folge vorgeschlagen, womit eine genaue statistische Bearbeitung des Verkehrsproblems unter den verschiedensten Gesichtspunkten möglich gemacht werden könnte.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**Ch. Richet, R. Monod, A. Mans et M. Arnaud: Les accidents de la locomotion automobile fléau social n° I. Esquisse d'une doctrine et d'une organisation de la sécurité routière.** (Die Kraftfahrzeugunfälle als soziale Geißel. Nr. 1. Skizzierung einer Lehre und einer Organisation der Straßensicherheit.) Sem. Hôp. Sem. méd. (Paris) 1958, 671—678.

Die Straßenunfälle zeigen auch in Frankreich eine erschreckende Zunahme, der begegnet werden muß. An erster Stelle haben vorbeugende Maßnahmen zu stehen. Sie haben eine Analyse der Unfallursachen zur Voraussetzung: Das Straßennetz ist nicht im gleichen Maße erweitert worden, wie die Zahl der zugelassenen Fahrzeuge ansteigt. Technische Errungenschaften bedingen weitere Erhöhungen der Geschwindigkeit, der die Unzulänglichkeit der Kraftfahrer oft nicht gewachsen ist. Auf die Unfallstatistiken wird näher eingegangen, auch darauf, daß die Statistik für einen Unfall oft mehrere Ursachen angibt. Alkohol, Drogen, Ermüdung u. a. werden erwähnt. Das zweite Kapitel befaßt sich mit der Organisation der Hilfe und des ärztlichen Einsatzes für Verletzte: Transport, Wiederbelebung, chirurgische Versorgung, Blutverlust, Bluttransfusion, Schockbekämpfung u. a.

RAUSCHKE (Heidelberg)

**R. Royo Villanova: El progreso automovilístico. Introducción al estudio de los accidentes de la circulación motorizada.** (Der Fortschritt des Automobilismus. Einführung in die Kenntnis der Unfälle des motorisierten Verkehrs.) Rev. Med. legal (Madr.) 13, 5—31 (1958).

Verf. faßt die Geschichte der Entwicklung des Kraftwagens von 1890 bis heute zusammen, einen großen Teil davon hat er selber erlebt. Parole der Kraftwagenfabriken ist immer mehr Geschwindigkeit, Sicherheit und Bequemlichkeit zu erreichen. Die Möglichkeiten sind bei weitem nicht erschöpft, doch sind wir mit der Geschwindigkeit wohl am Rande des praktischen Brauchbaren angelangt. Trotz der Bemühungen der Hersteller und der Vorsichtsmaßnahmen der Behörden werden die Unfälle jeden Tag zahlreicher.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

**Giorgio Vidoni: Contributo allo studio degli incidenti stradali. Triplice impronta di pneumatici diversi sugli indumenti.** [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Parma.] Med. leg. (Genova) 5, 633—642 (1957).

**Antonino Leonardi: Traumi da incidenti stradali. III.** [Ist. di Clin. Ortop. e Traumatol. Univ., Catania.] [4. Congr. Reg., Soc. Sicil. di Med. Leg. d. Assicuraz. e d. Lavoro, Agrigento-Sciaccà, 11.—13. XII. 1954.] Atti Assoc. ital. Med. leg. [Minerva medicoleg. (Torino) 78, 99—111 (1958)].

**S. Mackerle und S. Loyka: Übersicht der tödlichen Verkehrsunfälle in den Jahren 1952—1956.** Soudní lék. 3, 44—47 mit dtsh. u. engl. Zus.fass. (1958) [Tschechisch].  
**StVG § 7 (Kosten der Nebenklage). Der Kraftfahrzeughalter haftet dem Unfallgeschädigten nicht für Kosten der Nebenklage aus dem Strafverfahren gegen den schuldigen Fahrer.** (BGH, Urt. v. 20. V. 1958, VI ZR 127/57 (Düsseldorf).] Neue jur. Wschr. A 1958, 1044.

**T. A. Loomis and T. C. West: The influence of alcohol on automobile driving ability. An experimental study for the evaluation of certain medicological aspects.** (Rechtliche Gesichtspunkte zur Unfallforschung und Unfallverhütung.) [Dept. of Pharmacol., State Toxicol. Laborat., School of Med., Univ. of Washington, Seattle.] Quart. J. Alcohol 19, 30—46 (1958).

Moderne Methoden der Verkehrsüberwachung (Radar, Fotografie, drahtloser Funksprechverkehr, Überwachung aus der Luft) werden beschrieben, die Auswirkung der Geschwindigkeitsüberwachung diskutiert. Die Möglichkeit einer Unfallverhütung durch Einschränkung der Führerscheinerteilung wird besprochen.  
 ABELE (Münster i. Westf.)

**Frank Stratton: Miscellaneous trace evidence in automobile cases.** (Symposium.) [Boston Pol. Dept., Med. Examiner's Serv., Boston.] [9. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 28. II. 1957.] J. forensic Sci. 3, 73—83 (1958).

In einer kurzen Übersicht werden die wichtigsten Beweismittel bei Autounfällen besprochen und an einigen Beispielen demonstriert. Verf. betont die Bedeutung des ersten Augenscheins, wobei selbst unscheinbare Spuren entscheidende Bedeutung für die Aufklärung eines Falles erlangen können. Die Kleidung der Verletzten liefert häufig Hinweise auf die Beschaffenheit des Fahrzeugs, ebenso die Art und Anordnung der Verletzungen. Am Fahrzeug sind in solchen Fällen auch entsprechende Spuren festzustellen, welche den Kausalzusammenhang beweisen.  
 SPANN (München)

**Ernst-F. Sievers und W. Winkler: Medizinisch-psychologisch-technische Zusammenarbeit an Instituten für Verkehrssicherheit.** [Med.-Psychol. Inst. f. Verkehr, Bergbau u. Industrie beim TÜV, Hannover.] Medizinische 1958, 347—349.

Bericht über die Arbeitsweise der Institute mit Beispielen von Ergebnissen. — Es wird darauf gesehen, ob sich körperliche Mängel, die bei der ärztlichen Untersuchung festgestellt wurden, kompensieren lassen durch überragende Eigenschaften auf psychischem Gebiet. So ist z. B. angeführt, daß Einäugigkeit verbunden mit Einengung des Auffassungsfeldes unter Umständen kompensiert werden könne durch Vorsicht und Gewissenhaftigkeit. Nun würde der Leser allerdings gerne wissen, in welcher Weise die kompensierende Eigenschaft „Vorsicht und Gewissenhaftigkeit“ gegebenenfalls festgestellt wird. Es wäre gut, wenn wir hierüber gelegentlich etwas Genaueres aus dem einschlägigen Schrifttum entnehmen könnten. In einem weiteren Beispiel hatte ein Fahrer eine hochgradige Bechterewsche Erkrankung. Die Fahrerlaubnis wurde trotz dieses körperlichen Mangels erteilt, weil auf psychologischem Gebiet (Reaktionsfeld, Reaktionsgeschwindigkeit und Belastbarkeit) keine Beeinträchtigungen festgestellt wurden. Zur Bedingung gemacht für die Erteilung der Fahrerlaubnis wurden eine Beschränkung auf kleinere Kraftfahrzeuge, eine Umstellung der Bedienungsapparatur auf Handbedienung, Anbringung eines weiteren Rückspiegels, Beschränkung der Fahrerlaubnis auf einen Umkreis von 50 km und Nachuntersuchung von Jahr zu Jahr. Erforderlich erscheint dem Ref., daß in solchen Fällen sorgfältige Katamnesen aufgestellt werden. B. MUELLER (Heidelberg)

**Rudolf Koch: Vorschläge zur Verhütung von tödlichen Kraftfahrzeugunfällen.** [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Halle.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 1958, 322—329.

Verf. weist darauf hin, daß Krankheiten als Ursache tödlichen Verkehrsunfalls nur eine geringe Rolle spielen. Im Vordergrund stehe die Persönlichkeit des Führerscheininhabers, wobei Intelligenz und Charaktermängel, ähnlich wie bei den Kriminellen, von entscheidender Bedeutung seien. Bei der Tauglichkeitsbegutachtung sei eine Untersuchung durch einen gerichtlich-psychiatrisch und psychologisch geschulten Arzt zu fordern, wobei es sowohl auf eine Längs- wie auch auf eine Querschnittsanalyse ankomme. — Auf die bereits gezeitigten Erfolge in der

Herabsetzung der Geschwindigkeitsbegrenzung und auf die guten Erfahrungen mit dem Sturzhelm wird hingewiesen.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**Maier I. Tuchler: Personality factors in traffic accidents: psychiatric aspects.** (Symposium.) (Persönlichkeitsfaktoren und die Verkehrsunfälle unter psychiatrischer Sicht.) [9. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 28. II. 1957.] *J. forensic Sci.* **3**, 5—28 (1958).

Der Versuch Unfälle mit den psychologisch, psychotechnischen Tests in Beziehung zu setzen haben sich als enttäuschend erwiesen. Es wird von dem Verf. mit Nachdruck darauf hingewiesen, daß ein Mensch so „fährt wie er lebt“, oder so „fährt, wie er leben möchte“. Es wird mit besonderem Nachdruck darauf hingewiesen, daß Infantilität, Unreife, Konfliktneigung und häusliche Verhältnisse einen entscheidenden Einfluß besitzen, ebenso wie auch eine Korrelation zwischen jugendlichem Alter und der Häufigkeit der Verkehrsunfälle bestehe. Jene Momente seien abzugrenzen von Müdigkeit und der Auswirkung des Alkohols. Die entscheidende Frage sei, wie man einen Einblick in die Persönlichkeit des Fahrers gewinnen könne; dabei seien nicht allein die Intelligenz und die physiologischen Verhältnisse zu berücksichtigen. Diese seien lediglich der Ausdruck dessen, wozu der Betreffende befähigt sei, nicht aber dessen, was er tatsächlich zu vollbringen vermöge. Es wird deshalb eine Längsschnittbetrachtung der Persönlichkeit gefordert. Die bisher im Mittelpunkt der Betrachtung stehenden technischen Faktoren mußten gegenüber der individuellen Persönlichkeit als zweitrangig angesehen werden.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**Frederick L. McGuire: Traffic accidents, the psychological aspects.** (Symposium.) (Verkehrsunfälle unter psychologischem Gesichtspunkt.) [9. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 28. II. 1957.] *J. forensic Sci.* **3**, 29—41 (1958).

Verf. weist darauf hin, daß das Problem der Verkehrsunfälle nicht nur aus dem Gesichtspunkt bestehender Mängel am Fahrzeug und der Verhältnisse der Landstraßen gelöst werden könnte, sondern die Persönlichkeit des Fahrers eine entscheidende Bedeutung besitzt. Eine begriffliche Fassung dessen, was man unter einem „normalen Fahrer“ zu verstehen hat, sei kaum möglich. Es wird auf die Arbeit von TILLMANN hingewiesen, in auf Grund von Untersuchungen bei Taxifahrern mit niedrigen und höheren Unfallziffern feststellte, daß es sich bei den Personen mit häufigen Unfällen um solche mit mangelnder Persönlichkeitsreife und ungewohnter sozialer Einpassung handelt. Die eigenen Untersuchungen des Verf. bestätigen insofern dieses Ergebnis, als unfallfrei Fahrende differenziert, sowie in intellektueller und psychischer Hinsicht und sozial unauffällig sind und in ihrer Kleidung konservativ erscheinen. In einer tabellarischen Zusammenfassung sind 6 Gruppen aufgeführt, die sich in den Grundwesenszügen ihres Charakters ebenso wie in der Häufigkeit der Unfälle unterscheiden. 1. Gruppe: ein Idealtyp, mit vollendeter Reife und psychischer Ausgeglichenheit, bei dem nur wenig Unfälle zur Beobachtung kommen. Es folgen dann verschiedene Stufen der auffälligen Persönlichkeiten, wobei zunächst die wenig ausgeglichenen und wenig belastungsfähigen erwähnt werden, bei denen auch eine mangelhafte Fingerfertigkeit besteht, (Gruppe der Selbstunsicheren, disharmonischen Psychopathen). Die von ihnen verursachten Unfälle fielen deswegen nicht ins Gewicht, da jene Personen nur zu 10% in der Bevölkerung vorkommen. In Gruppe 3 und 4 sind auffällige Personen, bei denen teils die soziale Einpassung, teils die harmonische Steuerung in charakterlicher Beziehung fehlt. Sie stellen den größten Anteil der Unfallziffer. In der Gruppe 5 sind alle jene zusammengefaßt, bei denen ein dauernder Konflikt zur Umwelt besteht (Asoziale). Gruppe 6 enthält alle als krankhaft zu bezeichnenden Personen, sowohl körperlich krank als auch Geistesranke im engeren Sinne. Es wird eine weitere Forschung auf diesem Gebiet verlangt und die Forderung erhoben, eine dem Sinne dieser Beobachtung entsprechende Beschränkung der Fahrerlaubnis auf gesetzlichem Wege zu erwirken.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**G. Jentschura: Zur Beurteilung der Kraftfahrfähigkeit von Körperbehinderten.** [Orthop. Univ.-Klin., Heidelberg.] *Öff. Gesundh.-Dienst* **20**, 191—195 (1958).

Nur wenige Körperbehinderungen schließen die Kraftfahrfähigkeit absolut aus. Die Entscheidung hängt im wesentlichen davon ab, welche Geschicklichkeit und Gewandtheit der Körperbehinderte erreicht hat, und wie er mit seiner Behinderung fertig wird. Auch Lebensalter, Intelligenz und Beruf sind zu berücksichtigen. Festzuhalten ist auch, daß Körperbehinderte in der Regel sehr zuverlässige Fahrer sind, weil sie sich des Wertes und der Bedeutung ihres Fahrzeuges für ihre Existenz besonders bewußt sind. Die Körperbehinderung als Ursache von

Verkehrsunfällen spielt infolgedessen in der Literatur keine besondere Rolle. Allgemein gültige Regeln für die Beurteilung der Kraftfahrfähigkeit von Körperbehinderten lassen sich nicht aufstellen. Nur eine sorgfältige, „gezielte“ Untersuchung, die gegebenenfalls in regelmäßigen Abständen wiederholt werden muß, kann im Einzelfall einwandfreie Unterlagen für das Urteil des Gutachters abgeben. Dies wird an Hand verschiedener Krankheitsbilder im einzelnen erläutert. Wie weit man dabei zu gehen berechtigt ist, geht daraus hervor, daß der Verf. einen doppelt Oberschenkelamputierten nach dem Umbau eines PKW für diesen Wagen zulassen will.

GERSBACH (Wiesbaden)

**Th. Tiwisina: Zur Fahrauglichkeit Hirnoperierter im modernen Straßenverkehr.** [Chir. Klin. u. Poliklin., Univ., Münster i. Westf.] Zbl. Verkehrs-Med. 3, 210—216 (1957).

Das Symptomenbild der Hirngeschwülste, die psychischen Veränderungen und Literaturmeinungen werden erörtert, über 43 Kraftfahrer und 23 Radfahrer berichtet. Nach überstandener Hirnoperation waren Fragebogen ausgefüllt worden. Elf Kranke verneinten jegliche Störungen der Fahrtätigkeit durch die Erkrankung, die übrigen gaben Kopfschmerzen, Sehstörungen, Schwindelgefühl, Krampfanfälle, Konzentrationsschwäche, Muskelzuckungen, Lähmungen, Brechreiz und Schwerhörigkeit als störend an. 16 der Befragten hatten nach der Operation wieder ein Fahrzeug gefahren, 8 anfänglich noch mit Störungen, 3 hatten einen Unfall. Acht Radfahrer verneinten jegliche Beeinflussung, die übrigen machten Angaben über die störenden Symptome. 35% der Radfahrer waren durch Krankheitssymptome gegenüber 25% der Autofahrer in der Fahrzeughandhabung beeinträchtigt. 52% der Radfahrer gaben gegenüber 25% der Autofahrer Schwindelgefühl an. Weiterhin werden noch Einzelfälle beschrieben und diskutiert. Unter 43 Kraftfahrern mit Hirntumoren wurden 5 Fälle ermittelt, bei denen die Hirnschädigung die Unfallursache war. Vorschläge über die Handhabung der Fahrauglichkeitsprüfung werden gemacht.

ABLE (Münster i. Westf.)

**F. Laubenthal: Verkehrsgefährdung durch Medikamente.** [Psychiatr. u. Nervenklin., Städt. Krankenanst., Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 4, 67—74 (1958).

An Hand von drei sehr instruktiven Fällen wird an die Gefährdung durch Suchtmittel erinnert und auf die Wirkung anderer Mittel — besonders Schlafmittel, schmerzstillender Mittel und Tranquilizer — näher eingegangen. Der Verbrauch an Medikamenten ist immens hoch. Weite Bevölkerungskreise führen sich Medikamente ohne ausreichende ärztliche Indikation und Kontrolle und mit Überschreitung der Dosierung zu. Sehr oft handelt es sich gerade um die Menschen, die von vorneherein als unausgeglichen, gehemmt, impulsiv oder rücksichtslos angesehen werden müssen und unter denen die „Unfälle“ zu suchen sind. Besonders gefährlich sind Kombinationen zwischen Alkohol und Pyramidonabkömmlingen (Irgapyrin u. a.) und — bekannt unter der Bezeichnung „amerikanischer Rausch“ — die Kombination zwischen Alkohol und Schlafmitteln, die rascher und billiger zum ersehnten Rausch führt. Vom Zusammenwirken des Alkohols mit anderen Präparaten sind ähnliche Wirkungen zu erwarten. Der Besprechung des Meprobamatpräparates Miltaun ist der breiteste Raum gewidmet, auf dem sich Verf. mit den bagatellisierenden Ansichten RIEBELINGS auseinandersetzt: Miltaun wirkt individuell sehr verschieden, manchmal nicht dämpfend sondern im Gegenteil geradezu stimulierend, aktivierend, beunruhigend und disharmonisierend, auf andere ermüdend. Bestenfalls ruft es einen Zustand hervor, der am ehesten mit der Bezeichnung „Wurstigkeit“ (aber nicht „Harmonie“) zu charakterisieren ist. Unter dem Einfluß des Mittels kann der Verkehrsteilnehmer vielleicht noch reagieren; fraglich ist aber, ob er es im Zustand der Unbekümmertheit auch tut. Hierin und in der stark ermüdenden Wirkung liegt eine große Gefahr. Leider ist der Polizeibeamte nicht in der Lage, nach Unfällen einen Medikamenteneinfluß zu erkennen oder auch nur Verdacht zu schöpfen. Verf. hält es daher für notwendig, daß alle in Frage kommenden Medikamente auf der Verpackung den Hinweis auf eine mögliche Gefährdung des Kraftfahrers erhalten, vor allem auch Warnungen vor eigenwilligem Mißbrauch. In der Rechtsprechung müßte der Medikamentenwirkung bei Verkehrsunfällen mehr Aufmerksamkeit geschenkt werden.

RAUSCHKE (Heidelberg)

**R. Merle d'Aubigné et J. O. Ramadier: Les traumatismes du rachis et des membres consécutifs aux accidents de la route.** (Die Verletzungen der Wirbelsäule und der Gliedmaßen infolge von Verkehrsunfällen.) Rev. Praticien 1958, 2429—2438.

An Hand der Besprechung der Entstehung verschiedener Knochenverletzungen durch die besonderen Verhältnisse der Energieumsetzung und -entfaltung bei Straßenunfällen wird auf



die Notwendigkeit einer möglichst rasch erfolgenden ärztlichen Erstversorgung hingewiesen. Speziell die Verletzungen der Gliedmaßen und der Wirbelsäule verlangten eine sachkundige Betreuung am Unfallort, einen entsprechenden Transport und eine spezielle Behandlung, wobei möglichst vermieden werden soll, daß die Verletzten von dem ersten Krankenhaus in eine zweite Klinik überführt werden. In der Zusammenfassung wird die Errichtung zentraler Unfallkrankenhäuser gefordert, bei denen sowohl die Zusammensetzung des ärztlichen Personals als auch die technische Einrichtung eine möglichst weitgehende unfallorthopädische Behandlung ermögliche. Von jenen Zentralkrankenhäusern soll durch entsprechende Einsatzwagen eine Erstversorgung am Unfallort möglich sein. Die Benachrichtigung könne über Unfallmeldestellen erfolgen. Auf die erste Schockbekämpfung und die Notwendigkeit entsprechender Geräte zur Durchführung von Transfusionen wird hingewiesen. (Prinzip der zentralen Unfallkrankenhäuser mit Unfall- und Operationseinsatzwagen bei netzartiger Anordnung der Unfallmeldestellen.) Die Einzelheiten der Behandlung der Verletzungen können in der Originalarbeit eingesehen werden.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**H. P. Harfeldt: Welche Erste Hilfe kann heute vom Arzt am Unfallort erwartet werden?** [Chir. Klin., Berufsgenossenschaftl. Krankenanst. „Bergmannsheil“, Bochum.] *Medizinische* 1958, 1043—1045.

Abgesehen von der Entscheidung, ob der Verletzte transportfähig ist oder nicht, müssen vom Arzt, der zum Unfallort gerufen wird oder sich dort als Arzt zu erkennen gibt, Maßnahmen gefordert werden, die sich unter dem Begriff *Schockbekämpfung* zusammenfassen lassen: Schmerzlinderung, Kreislaufunterstützung, Lagerung, Säuberung und Freihaltung der oberen Luftwege, schließlich Wiederbelebung und Wiedereinstellung des Gasstoffwechsels am Unfallort und dessen Aufrechterhaltung während des Transports ins nächste Krankenhaus. Eine Schmerzbekämpfung sollte, obgleich sie nicht nur Forderung der Menschlichkeit ist, sondern auch einem Schock durch Dauerschmerzen vorbeugt, die sichere Ausschließung innerer Verletzungen zur Voraussetzung haben. Empfohlen wird Dolantin, aber nur in der Anwendungsart der intravenösen Injektion; denn alle anderen Applikationsarten werden zu spät wirksam. Will man aus Angst vor Verschleierung auf Dolantin verzichten, so ist bei Unruhe des Verletzten zu Megaphen und Atosil (1 mg des Gemisches je kg) intravenös zu raten. Zur Hebung des Kreislaufes sind zentrale und periphere Kreislaufmittel falsch; denn sie bringen nur eine unerwünschte Aufputschung des Kreislaufes. Das Mittel der Wahl ist die Auffüllung des Kreislaufes durch die Einführung von Infusorien aus sterilen Beuteln. Die Infusion bekämpft Volumenmangelkollaps nach Blutverlust, Spannungskollaps durch Schmerz oder Auskühlung und Gefäßweitenkollaps in gleicher Weise. Zur Lagerung wird die Rückenlage als die geeignetste bezeichnet; durch Seitwärtsdrehen des Kopfes können Blut, Schleim und Erbrochenes zum Abfluß gebracht werden. Zur Bauchlage darf man sich nur entschließen, wenn Rippen-, Becken- und Wirbelbrüche sicher auszuschließen sind. Mundhöhle und Rachen müssen von Fremdkörpern und Schleim befreit werden. Bei nicht ansprechbaren Verletzten empfiehlt sich Einlegung eines Gummitubus in Mund oder unteren Nasengang. Die Intubation soll nicht wahllos erfolgen, sollte jedoch immer versucht werden, wenn beim Bewußtlosen Blutungen im Nasen-Rachenraum oder Erbrechen vorhanden sind. So wie man vom ungeübten Arzt erforderlichenfalls eine Nottracheotomie erwartet, muß ihm auch ein Intubationsversuch zugemutet werden. Da der Arzt die erforderliche Ausrüstung nicht immer mit sich führen kann, sollte der Krankenwagen damit ausgestattet sein. Bei der Entscheidung der Frage der Transportfähigkeit muß sich der Arzt bewußt sein, daß mancher Verletzte durch vorzeitigen Transport in Lebensgefahr geriet oder starb.

RAUSCHKE (Heidelberg)

**Robert J. Solomon, Edward P. Smith and Philip G. Keil: Unusual pulmonary lesions in flying personnel.** (Ungewöhnliche Verletzungen der Lunge beim fliegenden Personal.) [Pulmon. Dis. and Thorac. Surg. Serv., U. S. Air Force Hosp., Lackland Air Force Base, Tx.] [28. Ann. Meet., Aero Med. Assoc. Denver, 7. V. 1957.] *J. Aviat. Med.* 29, 371—374 (1958).

Auf Grund einer Reihe von Beobachtungen wird darauf hingewiesen, daß beim fliegenden Personal, besonders in großen Höhen, eine dauernde Kontrolle der Vitalkapazität, der maximalen Atembreite, der Belastungsbeatmung und der verschiedenen physikalischen und röntgenologischen Untersuchungen notwendig sind. — Im ganzen sind 10 Fälle aus der Praxis besprochen, wobei auf die Originalarbeit verwiesen wird.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**J. H. Ebersole: Submarine medicine on Nautilus and Seawolf.** [Symp. on Atom. Impact on Milit. Med., 22. Ann. Congr., U. S. and Canad. Sect., Internat. Coll. of Surgeons, Chicago, 12. IX. 1957.] *A. M. A. Arch. industr. Hlth* 18, 200—207 (1958).

### Unerwarteter Tod aus innerer Ursache

**William E. B. Hall: The medico-legal application of the serum transaminase test.** [Dept. of Path., Chambersburg Hosp., Chambersburg, and Waynesboro Hosp., Waynesboro, Pa.] [9. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 1. III. 1957.] *J. forensic Sci.* 3, 117—122 (1958).

Verf. untersuchte das Verhalten der Serumtransaminase bei verschiedenen klinisch klaren Krankheitszuständen, sowie bei Leichen unter verschiedenen Bedingungen. Er prüfte dabei die Frage, ob das Verhalten dieses Enzyms in Leichenbluten sichere Rückschlüsse über agonale Krankheitszustände ermöglicht. Auf Grund der erhaltenen Ergebnisse wird festgestellt, daß die Befunde bei Fällen ohne vorherige klinische Beobachtung forensisch wertlos sind.

JUNGWIRTH (München)

**Robert W. Huntington jr.: Primary intracranial neoplasms in a medicolegal autopsy service.** (Primäre intracranielle Neoplasmen bei gerichtsmmedizinischen Leichenöffnungen.) [Laborat., Kern Gen. Hosp., Bakersfield, and Dept. of Path., Univ. of Southern California School of Med., Los Angeles.] *J. forensic Sci.* 2, 457—467 (1957).

Sechs intercraniellen Tumoren in 1000 gerichtsmmedizinischen Leichenöffnungen stehen etwa ebenso viele im Krankenhaussektionsgut des gleichen Ortes gegenüber; intracranielle stehen unter den Tumoren im gerichtsmmedizinischen Material nach den Bronchuscarcinomen an zweiter Stelle. Diese 6 Fälle sind geschildert. — Vermutungsdiagnosen: Trauma, Vergiftung, Entziehungszustand nach Alkohol oder Barbituraten.

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**Joachim-Ernst Meyer: Zur Lokalisation arteriosklerotischer Erweichungsherde in arteriellen Grenzgebieten des Gehirns.** [Nervenklin., Univ., München.] *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 196, 421—432 (1958).

Verf. berichtet in einer sehr subtilen Arbeit über die Lokalisation arteriosklerotischer Gewebsschäden in den arteriellen Grenzgebieten des Gehirns. Er betont dabei, daß die Grenzgebietsschäden die vorgeschaltete basale Arteriosklerose nicht den Schauplatz der Blutung bestimmt, sondern lediglich das Störmoment der Gesamtzirkulation des Gehirns abgibt. Unter diesem Aspekt genüge dann eine zusätzliche Störung des extracerebralen Kreislaufs zum Auftreten von Gewebsektosen in den arteriellen Grenzgebieten des Gehirns. — Auf Grund seiner Befunde trennt er diejenigen Schäden, die direkte Folge von Gefäßverschlüssen oder lokalen Einengungen einzelner Arterien sind, von den Grenzgebietsschäden, die eine allgemeine cerebrale Zirkulationsstörung anzeigen. — Zu den von der Thrombangiitis obliterans und den frühkindlichen Hirnschäden her bekannten Grenzgebieten, kommen bei der Arteriosklerose Grenzgebietsschäden in den Stammganglien, besonders im Bereiche des Caudatum und innerhalb des Putamens vor. — Verf. ist der Überzeugung, daß bei Gewebsschäden in arteriellen Grenzgebieten der Nachweis geführt ist, daß es sich um eine Beeinträchtigung der Gesamtzirkulation des Gehirns handelt und nicht um eine örtliche Durchblutungsstörung.

J. KIESER (Berlin)<sup>oo</sup>

**Herbert Genz: Subdurale Hämatome im Säuglings- und Kindesalter.** [Kinderklin., Freie Univ., Berlin.] *Berl. Med.* 8, 333—335 (1957).

Verf. zählt zu den subduralen Hämatomen auch die Pachymeningiosis haemorrhagica interna und das chronische Hygroma durae matris. Die zunehmende Bedeutung des subduralen Hämatoms (s.H.) in den letzten Jahren ist bedingt durch die Erfolge bei früher infausten Krankheiten, wie der Pneumokokken- und Influenza-Meningitis infolge der Antibiotica. Bei etwa 25% der Überlebenden werden cerebrale Defektzustände nachgewiesen. Bei den genannten Meningitiden, die oft zum Bilde des s.H. führen, bleibt das Exsudat auf die äußeren Hirn-Liquorräume der Konvexität beschränkt, im Gegensatz zur tuberkulösen Meningitis und anderen Meningitiden, bei denen sich der Prozeß vornehmlich an der Basis abspielt und durch Ausweitung der Liquorräume infolge Hyperliquorrhoe rein mechanisch die Entstehung eines s.H.