

## Referate

### Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

- **M. I. Kasjanov: Grundzüge der gerichtsmmedizinischen Histologie.** Moskva: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo medicinskoj Literatury Medgiz 1954. 209 S. [Russisch].

Die einfachsten und wichtigsten mikroskopischen Untersuchungsmethoden der Gerichtlichen Medizin werden teils ausführlich besprochen. Ein Abschnitt „Allgemeine forensische Histologie“ befaßt sich in zwei Kapiteln mit den histologischen Veränderungen bei plötzlichen Todesfällen und den mikroskopisch zu beobachtenden Leichenveränderungen. In einem speziellen Teil werden in besonderen Kapiteln mikroskopische Veränderungen und Untersuchungsmethoden bei den verschiedenen gewaltsamen Todesarten besprochen. Besonders ausführlich ist die Darstellung der mikroskopischen Veränderungen bei Schußverletzungen (52 Seiten). Die Möglichkeiten der Feststellung von Schußrichtung, Schußentfernung, Waffenart, Überlebenszeit usw. durch histologische Untersuchung werden in besonderen Abschnitten besprochen. Histologische Veränderungen bei Vergiftungen sind verhältnismäßig kurz abgehandelt (12 Seiten). Die Histologie des elektrischen Todes, des Todes durch gewaltsame Erstickung durch Strangwerkzeuge, der Erfrierung und Verbrennung sowie die histologischen Veränderungen bei Schwangerschaft sind Inhalt der restlichen Kapitel des Abschnittes „Spezielle forensische Histologie“. Ein Literaturnachweis umfaßt etwa 200 Arbeiten, meist sowjetischer Autoren. 182 instruktive photographische Aufnahmen in mäßiger Wiedergabe sind zur Erläuterung des Textes beigelegt. Mikroskopische Veränderungen bei plötzlichem Tod aus natürlicher Ursache werden nicht besprochen.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

- **Gutachten des Bundesgesundheitsamtes über die Durchführung des Impfgesetzes unter Berücksichtigung der bisherigen Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.** (Abh. a. d. Bundesgesundheitsamt. H. 2.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1959. 171 S., 6 Abb. u. 20 Tab. DM 27.—.

In einer Stadt, in der vor kürzerer Zeit eine gottseidank kleine Pockenepidemie ausgebrochen war, wird das vorliegende Gutachten mit besonderem Interesse gelesen werden; es entstand, bevor die Pockenfälle in Heidelberg auftraten, die hier gewonnenen Erfahrungen konnten also noch nicht berücksichtigt werden. — Bei der Besprechung der Auswirkungen des Impfgesetzes zeigt eine aufschlußreiche Statistik, wie frappant die Pockentodesfälle in Deutschland zurückgingen; schon vorher hat es Zeiten gegeben, in denen die Pockentodesfälle äußerst gering waren; es handelte sich hier aber nur um kurze Zeiträume, infolge vorangegangener Epidemien war ein gewisser Infektionsschutz der Bevölkerung eingetreten. Im ersten Weltkrieg kam es zu einem geringen Aufflackern der Pocken in Deutschland, im zweiten Weltkrieg wurde dies nicht beobachtet. Da die Impfung am Ende des Krieges nicht mehr vollständig durchgeführt werden konnte, entstand in einigen Jahrgängen eine Impflücke, deren Umfang nach verschiedenen Methoden berechnet wird. Bei der Besprechung des Aufflackerns von Pocken in den einzelnen Staaten wird auch die Pockenepidemie des Jahres 1955 in der Bretagne geschildert, die von einem französischen Fronturlauber aus Indochina ausging und auf ein Kinderheim überging. Sämtliche Insassen des Heimes, soweit sie nicht geimpfte Kinder waren, erkrankten, die Erwachsenen waren zum Teil ungeimpft (schwere Erkrankungen), zum Teil vor 20 oder 30 Jahren geimpft (leichte Erkrankungen). Unter den Impfschäden wird besonders die postvacinale Encephalomyelitis interessieren, die in ausgedehnten Statistiken und in klarer Form erörtert wird. Nach den vorliegenden Kurven und Tabellen nehmen Morbidität und Häufigkeit der Erkrankung bei Erstimpfungen vom 3. Lebensjahre an deutlich zu. Unter diesen Umständen wurde es notwendig, Kinder, die bis zum 3. Lebensjahre nicht geimpft werden konnten, von der Impfung auszuschließen (in Heidelberg wurde in diesen Fällen die kombinierte Passiv-Aktiv-Immunsierung mit Anti-Vaccina-Gammaglobulin durchgeführt; Encephalitiden sind nicht beobachtet worden, Ref.). Die Inkubationszeit der Encephalitis beträgt meist 9 Tage, doch kamen Erkrankungen schon nach einem Tage und noch nach 20 Tagen vor. Die bekannten pathologischen, anatomischen

und klinischen Befunde werden übersichtlich und klar geschildert. Das Gutachten schließt mit einem Anhang, in welchem die Gesetzgebung aller Staaten kurz dargestellt wird, und mit Vorschlägen für die Neufassung der Runderlasse zum Impfgesetz. B. MUELLER (Heidelberg)

**Meinert: Geheimrat Dr. Robert Heindl.** Arch. Kriminol. 123, 1—10 (1959).

**Russell S. Fisher and Richard Lindenberg: Seminar in forensic pathology. II.** (Gerichtspathologisches Seminar.) [Off. of. Chief Med. Examiner, Baltimore.] [North Central Region Meet., Coll. of Amer. Pathologists, Chicago, 20. XI. 1954.] J. forensic Sci. 2, 203—250 (1957).

Es wird über 9 Einzelfälle aus der gerichtsmedizinischen Praxis berichtet (behauptete Krebsverschlimmerung durch Trauma; Bestimmung der Überlebenszeit nach einer Verletzung; Unspezifität zentraler Lebernekrosen; Myocardinfarkt nach Thoraxkontusion; Fettembolie des Gehirns; Krampfanfall bei Neuroloues; akute Gastroenteritis bei Arsenvergiftung; plötzlicher Tod bei Coronarerkrankung; sekundäre Hirnstammläsion nach Hirntrauma). Anhand der Einzelfälle werden spezielle Fragen systematisch abgehandelt. Keine neuen Ergebnisse, aber nützliche Zusammenstellungen: Typen der ZNS-Nekrosen nach Sauerstoffmangel mit Angaben über den zeitlichen Ablauf (Suppl. I), primäre und sekundäre Hirnläsionen nach Einwirkung stumpfer Gewalt (Suppl. II), Bestimmung der Überlebenszeit anhand der vitalen Reaktionen in einem Wundgebiet (Fall 6). Von Interesse ist der — nicht näher belegte — Hinweis, daß stumpfe Gewalteinwirkung auf den Schädel gewöhnlich dann zu stärkeren Gegenstoßherden führt, wenn der Schädel bewegt war, z. B. bei Fall auf den Kopf. Beim ruhenden, aber nicht fixierten Schädel, der z. B. von einem Schlag getroffen wird, fänden sich Rindenprellungsherde gewöhnlich nur auf der Seite der Gewalteinwirkung. WUERMELING (Freiburg)

**Zdzislaw Karpinski: Injuries of the body and disturbance of health in the light of criminal law and forensic medicine.** Arch. med. sadowej 10, 23—42 (1958) [Polnisch].

**W. Schellworth: Ermessen und Irrtum bei der Begutachtung.** Med. Sachverständige 54, 192—195 (1958).

**Murdock Head: Medical-legal liaison. An urgent necessity.** (Medizinisch-juristische Zusammenarbeit, eine dringende Notwendigkeit.) Amer. J. Surg. 96, 841—845 (1958).

Verf. weist unter Berücksichtigung der amerikanischen Verhältnisse auf die völlig getrennte hoch-spezialisierte Ausbildung der Naturwissenschaftler und Juristen hin. Er fordert für jede Universität einen Ausschuß für medizinische Rechtswissenschaft unter Beteiligung der besten Fachvertreter. Praktische Ärzte und Rechtsanwälte sollten sich in örtlichen Kommissionen zusammenschließen. Schließlich wird die Einrichtung eines übergeordneten zentralen Institutes für forensische Fragen vorgeschlagen. GERCHOW (Kiel)

**F. Irro: Parapsychologie und Gerichtliche Medizin.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Humboldt-Univ., Berlin.] Z. Psychol. 162, 150—162 (1958).

Verf. macht sich die Meinung von G. PRICE zu eigen, die dahin geht, daß das Lehrgebäude der Parapsychologie in seinen Grundfesten erschüttert sei. Der angeführte Autor habe sich nach eingehenden Untersuchungen nicht gescheut auszusprechen, daß außer Irrtümern auch Tücke für das Ergebnis der parapsychologischen Experimente von wesentlichem Einfluß sein könne. In der vorliegenden Arbeit werden eine Reihe von Beispielen aus der Literatur der modernen Parapsychologie angeführt, diese kritisch besprochen und ihre naturwissenschaftliche Haltlosigkeit dargelegt. Bedauerlich die Tatsache, daß die Beispiele nur kurz skizziert sind, was deren Verständnis etwas erschwert. Der Verf. hätte ihnen ruhig einen größeren Raum geben können, zumal er selbst darauf hinweist, daß gerade der Gerichtsmediziner sich häufig mit diesen Problemen auseinandersetzen habe. Aus diesem Grund empfiehlt er abschließend auch eine nähere Beschäftigung mit den durch die Parapsychologie aufgeworfenen Fragen, um vor Gericht bestehen zu können. Die Existenz eines Lehrfaches „Parapsychologie“ wird für entbehrlich gehalten. Für den Gerichtsmediziner gäbe es auf Grund der bisher von den Parapsychologen vorgelegten Arbeiten nur eine eindeutige ablehnende Haltung. GUMBEL (Kaiserslautern)

**W. R. Hess: Objektive und subjektive Aspekte des Lärms.** Z. Präy.-Med. 4, 1—2 (1959).

**Konrad Schmitt: Paradoxe Luftembolie mit Auswirkungen auf Herz und Gehirn,** [Path.-Bakteriol. Inst., Städt. Krankenanst., Aachen.] Dtsch. Z. Nervenheilk. 177. 434—450 (1958).

Bericht über eine 24-jährige Frau, bei der es nach Teilssekretion einer Struma zur Luftembolie mit Krämpfen und anhaltender Bewußtlosigkeit kam. Die Pat. starb 4 $\frac{1}{2}$  Tage nach Eintritt der Embolie, ohne daß eine wesentliche Änderung des Zustandsbildes eintrat. Bei der Obduktion finden sich ein offenes Foramen ovale sowie zahlreiche kleine Nekrosen in der Muskulatur der linken Herzkammer. Das anämische, makroskopisch unauffällige Gehirn zeigt mikroskopisch ausgedehnte Veränderungen vorwiegend der grauen Substanz (besonders der Großhirnrinde). Neben Bezirken mit ischämisch veränderten Nervenzellen finden sich Erweichungen mit manchmal laminärer Anordnung bis zu Bildern eines frischen Status spongiosus. In Thalamus und Pallidum wird die „schwere Zellveränderung“ NISSLS mit Neuronophagien beobachtet. Die Gliareaktion fehlt fast ganz (keine Fettkörnchenzellen, keine Gliavermehrung). Außer beginnender Capillarsprossung ist auch keine mesenchymale Reaktion erkennbar. Gefäßwandveränderungen sowie perivasculäre Ödeme und Blutungen wurden weder im Herzen noch im Gehirn gesehen. Diese Befunde werden mit den bei anderen Fällen von Luftembolie (besonders Spättodesfälle) erhobenen Beobachtungen verglichen und die möglichen Faktoren für das Zustandekommen der Herz- und Gehirnveränderungen ausführlich diskutiert. L. GERHARD (Düsseldorf)

**BGB §§ 249, 823; ZPO § 287 (Prüfung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen Selbstmord und Unfallverletzungen).** a) Ob ein ursächlicher Zusammenhang zwischen einem Selbstmord und einer auf einem Unfall beruhenden Schädelverletzung besteht, ist vom Gericht nach den Grundsätzen des § 287 ZPO zu entscheiden. b) Bei der Einschätzung der Unfalleinwirkung dürfen besondere in der Persönlichkeit des Betroffenen und seiner wirtschaftlichen Lage liegende Umstände nicht außer Betracht bleiben. Auch eine den Krankheitszustand verschlimmernde Überbewertung von Unfallfolgen, im Sinne einer psychogenen Überlagerung, braucht den ursächlichen Zusammenhang nicht in Frage zu stellen. [BGH, Urt. v. 10. VI. 1958 — VI ZR 120/57 (Celle).] Neue jur. Wschr. A 11, 1579—1580 (1958).

Ein Bauunternehmer hatte durch einen Verkehrsunfall eine Hirnverletzung erlitten. Seit dieser Zeit hatte er Beschwerden, die sichtlich psychogen überlagert waren. Sein Geschäft kam herunter, er beging schließlich 3 Jahre nach dem Unfall Selbstmord. Die Angehörigen klagten auf Entschädigung und brachten den Selbstmord mit dem Unfall in Verbindung. Zwei Gutachten aus Göttingen betonten, daß es sich hier um einen Rentenkampf gehandelt habe. Das Gutachten zog die „unfallfremden Anteile“ von den eigentlichen Unfallfolgen ab. Die eigentlichen Unfallfolgen wurden mit 30% bewertet, in gleicher Höhe auch der Anteil der Kausalität zwischen Unfall und Selbstmord. Das Berufungsgericht schloß sich diesem Gutachten an und hob in der Begründung auf die Beweislast der Angehörigen des Verstorbenen ab. Der BGH hob das Urteil auf unter Hinweis auf § 287 ZPO; nach dieser Bestimmung entscheidet das Gericht unter Würdigung aller Umstände nach freier Überzeugung, wenn unter den Parteien streitig ist, ob ein Schaden entstanden ist, wie hoch sich der Schaden oder ein zu ersetzendes Interesse beläuft. Das Berufungsgericht hätte auch in Rechnung stellen müssen, daß die Schadenersatzpflicht sich nicht auf organisch feststellbare Schäden beschränkt, sondern daß auch die aus einer seelischen Reaktion des Betroffenen sich ergebende Nachteile berücksichtigt werden müssen (geläufige Auffassung des früheren RG). Das Berufungsgericht hätte auch die Stellung des verstorbenen Geschäftsmannes und die sich daraus ergebenden besonderen Schwierigkeiten in Rechnung ziehen müssen. Die Folgerungen in den Gutachten entsprächen medizinisch-naturwissenschaftlicher Denkweise. Das Gericht müsse aber unabhängig von den an sich logischen Meinungen der Gutachter die Rechtslage berücksichtigen. B. MUELLER (Heidelberg)

**Walther Kutschera: Simulationen und Selbstbeschädigungen in der Haft.** [Landesgericht. f. Strafsachen, Graz.] Arch. Kriminol. 122, 126—132 (1958).

Die vorliegende Arbeit ist wertvoll für alle Ärzte, die in Haftanstalten tätig sind. Aus einer mehrjährigen Erfahrung heraus entwirft der Verf. ein buntes Bild all jener Simulationsversuche, die in Haftanstalten vorkommen. Eingang weist er darauf hin, daß das simulieren bereits beim Kinde und u. a. auch bei Tieren zu beobachten sei. Am einfachsten seien die risikolosen Simulationen. In diesem Zusammenhang nennt der Verf. in erster Linie die Erzeugung von Fieber

durch Einführung von Knoblauch oder Tabak in den Anus, das Trinken von einem Glas Seifenwasser oder das Einnehmen von Benzin auf 2—3 Stücke Zucker. Auch die Vortäuschung von schweren Krankheiten wie z. B. einer Gelbsucht durch die Einnahme von Atebrin wird erwähnt. Beliebt sei nach seinen Beobachtungen auch eine zeitlang die Vortäuschung einer Blinddarm-entzündung gewesen, wobei die betreffenden Häftlinge so vorangegangen seien, daß sie über Tage und Wochen den Stuhl angehalten und keinerlei flüssige Nahrung zu sich genommen hätten. Einen Fall bespricht der Verf. eingehender. Ein Häftling hatte, nachdem er wegen eines Ileus bereits einmal operiert war, einen solchen mehrfach vorgetäuscht und damit sein Ziel, die Verlegung auf eine offene chirurgische Abteilung, auch erreicht. Bei einer erneuten Inhaftierung habe dann aber beobachtet werden können, daß der Patient mit großem Appetit sein Essen und insbesondere auch Salat aufgenommen habe. Kurz darauf habe er sich wieder unter den Erscheinungen eines schweren Ileus krank gemeldet, wobei sein Mund kotverschmiert gewesen sei. In den Kotresten hätten sich aber keinerlei Salatreste befunden, was nach den Gesetzen der Verdauungsphysiologie zu erwarten gewesen wäre. (Krankmeldung eine halbe Stunde nach der Mahlzeit.) Auf diese Art und Weise habe er überführt werden können. Weiterhin bespricht dann der Verf. die häufig zu beobachtenden artefiziellen Geschwürsbildungen, deren Erkennung und Behandlung. Auch andere Selbstbeschädigungen, wie dauerhafte Schwellungen an den Gliedmaßen (durch Schlagen) Einspritzungen von Petroleum und Benzin, Einführen von reizenden Substanzen in die Harnröhre usw. werden erwähnt. Als einmalig stellt der Verf. einen Fall heraus, wo ein Häftling das Sputum eines Tbc-Kranken in den Mund nahm, um selbst ein positives Sputum vorzutäuschen. Bei weiblichen Gefangenen ständen die Blutungen aus dem Genitaltrakt ganz im Vordergrund der Simulationsversuche. Schwieriger in der Diagnostizierung und Erkennung des Täuschungsversuches seien die relativen Simulationen. Hierunter versteht der Verf. die artefizielle Verfälschung oder Verschlimmerung bereits bestehender Krankheitszustände. (Einlegen von reizenden Substanzen in Verletzungen, bewußt herbeigeführte Diätfehler bei Diabetikern, Nephritikern und solchen, die an Gallenleiden erkrankt sind usw.). Schließlich finden die groben Selbstbeschädigungen, die überwiegend als Protestreaktionen aufzufassen sind, wie das Schlucken von Fremdkörpern, das Einführen von Fremdkörpern unter die Haut bzw. in die Muskulatur, der Hungerstreik und die zahlreichen demonstrativen Selbstmordversuche Erwähnung. Die Absicht, die der Gefangene mit solchen Simulations- und Demonstrationsversuchen verfolge, sei meist recht durchsichtig. Die Verbesserung der eigenen Situation, sei es in Form von Kostvergünstigungen, Krankenhausbehandlungen, schließlich auch Haftentlassungen sei das erstrebte Ziel. Häufig handele es sich bei derart reagierenden Häftlingen um psychopathische Persönlichkeiten. Abschließend noch der Hinweis, daß der Verf. auch eine Reihe von „Behandlungsvorschlägen“ in die Fallbesprechung eingestreut hat.

GUMBEL (Kaiserslautern)

**F. Poilleux et Ph. Piussan: Les traumatismes chez les vieillards.** (Verletzungen im höheren Alter.) Rev. Prat. (Paris), 1958 1643—1562.

Unter Hinweis darauf, daß dem Menschen und insbesondere dem älteren Menschen bei der ständigen Zunahme des Verkehrs und der fortschreitenden Technisierung des Lebens auch in zunehmendem Maße die Gefahr, Verletzungen zu erleiden, droht, weiterhin, daß der alternde Mensch durch unsachgemäße Behandlung von Verletzungen noch größere Gefahren zu gewärtigen hat und schließlich unter Hinweis darauf, daß die allgemeine Erhöhung des Durchschnittslebensalters auch die Verpflichtung mit sich bringe, dieses Leben gesund und damit den älteren Menschen leistungsfähig zu erhalten besprechen Verf. die Diagnostik, die Komplikationen, die Therapie und die Prognose von echten Verletzungen sowie chirurgisch-operativen Eingriffen im höheren Lebensalter (über 60 Jahre) und betonen, daß nur eine genaue Kenntnis der für das Alter spezifischen Veränderungen des Organismus eine Verhütung der Komplikationen, die den Tod oder eine ins vorzeitige Senium einmündende Defektheilung herbeiführen, möglich mache.

SACHS (Kiel)

**Bruno Orsini: Contributo allo studio degli incidenti stradali verificatisi a Genova dal 1952 al 1957 con particolare riguardo alla letalità e alla lesività da essi prodotta.** [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 6, 54—75 (1958).

Die im Verlauf der letzten fünf Jahre in Genua aufgetretenen Straßenverkehrsunfälle wurden hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Zeitfolge untersucht. Die tödlichen Unfälle auf den Straßen Genuas wurden mit denen im ganzen Land verglichen und die Verteilung auf die verschiedenen Kategorien der Wegebenuutzer, auf Lebensalter und Geschlecht der Opfer, sowie die Verteilung

der Unfälle auf die Monate und die Wochentage dargestellt. Damit wurde zugleich das Gefahrenmoment auf den Straßen Genuas geprüft. — Es konnten die hauptsächlichlichen Verkehrseigenümlichkeiten Genuas, besonders hinsichtlich des Straßenzustandes, beschrieben und gewisse Maßnahmen zur Beschränkung schwerer Verkehrsunfälle vorgeschlagen werden.

ROMMENEY (Berlin)

**H. Ganter: Mindestanforderungen an die Hörmöglichkeit der Fahrer.** [Inst. f. Sicherh. in Bergbau Indust. u. Verkehr d. Techn. Überwachungs-Vereins Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 5, 14—22 (1959).

**E. Peukert: Untersuchungen der Dunkelanpassungsfähigkeit von Kraftfahrern.** [Med.-psychol. Inst. f. Verkehrs- u. Betriebssicherh., Köln.] Zbl. Verkehrs-Med. 4, 202—212 (1958).

Der Verf. weist darauf hin, daß den meisten Kraftfahrern eine bei ihnen bestehende Dunkel-anpassungsstörung nicht bekannt ist. Die Arbeit stützt sich auf eine Methode von WEEKERS, wonach Reihenuntersuchungen an Kraftfahrern ohne großen Zeitaufwand durchgeführt werden können. Aus 500 Untersuchungen der Adaptationszeit ohne vorausgegangene Helladaptation geht hervor, daß die Anpassung an eine Helligkeit von  $0,55 \times 6 \times 10^{-4}$  asb bei 89,6% der Untersuchten innerhalb 7 min erfolgt, während 8,4% 7—9 min und 2% mehr als 9 min benötigen. Bei vorausgegangener Helladaptation lag die Adaptationszeit bei 83,2% unter 10 min, bei 11% 10—12 min und bei 5,8% über 12 min. Der Verf. weist wohl auf die Notwendigkeit der Adaptationsbestimmung des absoluten Schwellenwertes, der bei  $0,55 \times 6 \times 10^{-5}$  asb liegt hin, unterstreicht aber den Vorzug der vereinfachten Methode, nach welcher geschlossen werden müßte, daß bei 5—10% der untersuchten Kraftfahrer eine herabgesetzte Dunkelanpassungsfähigkeit vorhanden sei.

PETERSOHN (Mainz)

**G. Keerl: Über den Einfluß des Brillenrahmens auf das Gesichtsfeld.** [Augenklin., Med. Akad., Düsseldorf.] Zbl. Verkehrs-Med. 4, 200—202 (1958).

**Robert C. Blossom: Causes versus symptoms in automobile accidents.** Symposium. (Scheinsymptome bei den Verkehrsunfällen.) [107. Ann. Meet., Sect. on Miscell. Topics, Amer. Med. Assoc., San Francisco, 25. VI. 1958.] J. Amer. med. Ass. 168, 2224—2225 (1958).

Im Gegensatz zur reinen symptomathologischen Registrierung und korrelativen Bearbeitung der Unfälle wird auf die Bedeutung der Erfassung der tatsächlichen Grundursache als Basis der Erforschung der Unfälle und der entsprechenden Maßnahmen zur Verhütung derselben hingewiesen. Dabei kommt der geist-seelischen und körperlichen Verfassung der Fahrer als dem bestimmenden Moment für deren rücksichtslosen Fahrens und der überhöhten Geschwindigkeit eine entscheidende Bedeutung zu. Es wird deshalb eine Zusammenarbeit der Ärzte mit den bestehenden Institutionen gefordert, wobei in einer Breitenarbeit der Gesundheitszustand der Kfz.-Führer ermittelt werden soll um eine Beurteilungsbasis zu bekommen.

PETERSOHN (Mainz)

**Arno Müller: Der jugendliche Führerscheinbewerber in der Praxis der Eignungs-begutachtung.** [Inst. f. Sicherh. in Bergbau, Industr. u. Verkehr, Techn. Überwach.-Verein, Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 4, 195—200 (1958).

Nach rechtlichen Erwägungen wird auf die besondere Persönlichkeit des Jugendlichen (Impulsivität, instabile Vernunftkontrolle, mangelnde Rücksichtnahme und Verantwortung, Risikobereitschaft und Begeisterungsfähigkeit, unangepaßtes Geltungstreben) als wesentliche Gefährdungsmomente hingewiesen, ein Beispiel diskutiert. Untersuchungsergebnisse von 143 Jugendlichen, die sich vorzeitig um einen Führerschein bewarben, werden besprochen. 52 wurden aus psychologischen Gründen für eine vorzeitige Erteilung nicht empfohlen. Im Einzelnen werden 10 Aussagen aufgegliedert (niedere Intelligenz, unreifes Urteil, Gleichgültigkeit, mangelnde rationale Kontrolle, Impulsivität, mangelnde Selbstkritik, psychische Labilität, unsicheres Selbstgefühl, Konzentrationsstörungen, Störungen des Reaktionsverhaltens). Besonders stark traten psychische Labilität und unsicheres Selbstgefühl, aber auch Gleichgültigkeit, mangelnde rationale Kontrolle, Impulsivität und mangelnde Selbstkritik hervor. Auf die Übereinstimmung mit den Erfahrungen von HEEGNER wird verwiesen. Die meist gut entwickelte Begabung für

das Kraftfahren und die mangelnde Reife für einen verantwortungsvollen Einsatz stehen einander entgegen. Die Auswirkung auf die Beurteilungspraxis wird anhand von 3 Beispielen besprochen.

ABELLE (Münster i. Westf.)

**Harry G. Moseley and Anchar F. Zeller: Relation of injury to forces and direction of deceleration in aircraft accidents.** J. Aviat. Med. 29, 739—749 (1958).

In der vorliegenden Arbeit wurden 118 Flugzeugunfälle bei Transportmaschinen der US-Luftwaffe ausgewertet. Die verschiedenen Bewegungskräfte vom Beginn des Aufpralls bis zum Stillstand des Flugzeuges werden genau analysiert und zur Schwere der Verletzungen der Insassen in Beziehung gesetzt. Dabei zeigte sich, daß bei einem Aufprall in Längsrichtung die Bedingungen wesentlich günstiger waren, als bei seitlicher Abweichung. Die Decelerationskräfte bewegten sich innerhalb der menschlichen Toleranz. Die schwersten Schäden entstanden bei Zerstörung der Pilotenkabinen durch Feuer, durch Anschlagen des Kopfes oder der Extremitäten bei angeschnallten Piloten. Zur Herabminderung dieser Gefahren schlagen die Verf. Verbesserungen der Pilotensitze und deren Befestigungen vor.

SPANN (München)

**Frank M. Townsend and Vernie A. Stenbridge: Modern concepts in investigation of aircraft fatalities.** [Armed Forces Inst. of Path., Washington, D. C.] [10. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Cleveland, Ohio, 28. II. 1958.] J. forensic Sci. 3, 381—400 (1958).

Trotz der relativ zahlenmäßigen Abnahme hat die Schwere der Flugzeugunfälle zugenommen, was vor allem auf eine größere Flughöhe und Geschwindigkeit zurückgeführt wird. Aus diesem Grunde wurden von den amerikanischen Streitkräften besondere Richtlinien zur Erforschung der Unfallursachen bei Flugunfällen erlassen. Demzufolge ist bei der Untersuchung solcher Fälle nach einem einheitlichen Plan vorzugehen. Die Zweckmäßigkeit genauer ärztlicher Erhebungen, insbesondere des Sektionsbefundes, wird durch zahlreiche Beispiele demonstriert. Die Erhebungen wurden hauptsächlich nach drei Gesichtspunkten durchgeführt: A. Äußere Bedingungen, wie Höhe, Geschwindigkeit, Vergiftung, Temperatureinfluß usw. B. Traumatische Faktoren, wie Schutzausrüstung, Art der Rettungsversuche, technische Ausstattung der Flugzeuge usw. C. Frühere Erkrankungen der Verunglückten.

SPANN (München)

**H. Petri: Beurteilung der Flugtauglichkeit kranker Passagiere.** Bundesgesundheitsblatt 2, 1—6, 20—24 (1959).

In dem allgemeinen Teil werden die durch die Höhenumstellung bei mehr als 3000—8000 m als der kritischen Schwelle bedingten Reaktionen der Atmung, des Pulses und Blutdrucks, der Darmbewegung, des Gesichtssinnes und der Stimmung erörtert und auf die Bedeutung der Druckausgleichskabinen hingewiesen. Die durch den Druckabfall bedingten Symptome, wie Gliederschmerzen, Augenflimmern, Dunkelwerden des Gesichtsfeldes, Kollapsneigung mit zentraler Ausfallserscheinungen werden als „Druckfallkrankheit“ bezeichnet. Die Geschwindigkeit wirkt sich nur durch die bei Richtungsänderung aufhebenden Kräfte (bei vektorieller Beschleunigung) ähnlich wie im Kfz. durch Veränderung der Blutverteilung aus, wobei gegebenenfalls das Können als psycho-Stress eine zusätzliche Bedeutung gewinnen kann. Während im allgemeinen den Abgasen und Dämpfen keine entscheidende Bedeutung zukämen, wie die „Luftkrankheit“ als die Parallele zu der Auto- und Seekrankheit besonders wichtig. Sie sei bei vegetativ Labilen und solchen mit Erwartungsangst am stärksten ausgeprägt und schwer zu beeinflussen. (Beschäftigung und das Vegetativum angreifenden Medikamente). — Im speziellen Teil wird auf die Gefahren einer Luftreise bei verschiedenen körperlichen Zuständen und Krankheiten eingegangen. Bei der Gravidität wird der Ausflug wegen der Abortgefahr und jenseits des 8. Monats, wegen der Gefährdung durch Luftkrankheit und verfrühtem Eintritt der Geburt als bedenklich angesehen. Bei Säuglingen wird ein Alter von mindestens 10 Tagen gefordert und bei Kleinkindern auf die große Empfindlichkeit des Labyrinths hingewiesen, während im höheren Alter das Fliegen im allgemeinen gut vertragen würde. — Als fluguntauglich, oder nur unter bestimmten Voraussetzungen transportfähig werden Personen mit akuten Infektionskrankheiten, Krankheitszuständen, bei denen es infolge des Sauerstoffmangels oder des Blutdruckanstieges zu ersten Komplikationen kommen kann, (Lungen-, Stoffwechsel- und Gefäßleiden), Krankheiten mit raumbeengenden Prozessen, und solchen, bei denen durch Ausdehnung der Eingeweideorganen Gefahren auftreten können (Frischoperierte) und schließlich Neigung zu schwerer Luftkrankheit und Anfallsleiden bezeichnet.

PETERSOHN (Mainz)

**StGB § 23 Abs. 3 Ziff. 1. Der Kraftfahrer bedeutet angesichts der Schnelligkeit und des Gewichts seines Fahrzeuges und dessen daraus resultierender Wucht eine ungleich größere Gefahr als der nur durch seine körperliche Anwesenheit den Verkehrsablauf störende Fußgänger. An Aufmerksamkeit und Vorsicht des Kraftfahrers werden daher hohe Anforderungen gestellt. Die Verletzung der wenigen vom Fußgänger zu erfüllenden Verkehrspflichten entspringt in der Regel grober Unachtsamkeit.** [OLG Stuttgart, Urt. v. 19. IX. 1958 — 1 Ss 578/58.] Neue jur. Wschr. A 12, 112—113 (1959).

### Unerwarteter Tod aus innerer Ursache

● **M. I. Kasjanov: Gerichtsmedizinische Expertise in Fällen plötzlichen Todes.** Moskva: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo medicinskoj Literatury Medgiz 1956. 221 S. [Russisch].

Der Autor hat sich die Aufgabe gestellt, Ärzten, die nicht über größere gerichtsmedizinische oder pathologisch-anatomische Erfahrungen verfügen, die jedoch trotzdem durch besondere Umstände gezwungen werden, gerichtliche Obduktionen durchzuführen, praktische Hinweise zu geben. Daher ist das Buch nach anatomischen Gesichtspunkten eingeteilt in plötzliche Todesfälle durch Erkrankungen des Kopfes und Halses, der Brusthöhle, der Bauchhöhle sowie der Geschlechtsorgane. Ein kurzer allgemeiner Teil befaßt sich mit der Festlegung des Begriffes „Plötzlicher Tod“, mit Erkrankungsformen, die häufig einen plötzlichen Tod zur Folge haben und mit den zeitlichen und örtlichen Umständen des plötzlichen Todes. Das Beispiel eines Obduktionsprotokolles findet sich unter Anleitungen zur richtigen Abfassung einer pathologisch-anatomischen Diagnose und eines vorläufigen gerichtsmedizinischen Gutachtens. Dem Buche sind Tabellen über Durchschnittsgrößen und -gewichte des Körpers sowie über Größe und Gewicht der einzelnen Organe beigelegt. Eine zweite Anlage ist eine Instruktion des Ministers für Gesundheitsschutz der UdSSR aus dem Jahre 1952 über die Entnahme von Leichenteilen zur bakteriologischen Untersuchung. Ein für den Umfang des Buches großes Literaturverzeichnis enthält fast ausschließlich sowjetische Arbeiten. Die beigelegten Abbildungen (meist Mikro-Photos) sind instruktiv.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

**W. Busch und K. Eiselsberg: Neue anatomische Untersuchungen über das Cor pulmonale.** [Prosektur u. II. Med. Abt. Kaiser Franz Josef-Spital, Wien.] *Cardiologia* (Basel) 33, 137—151 (1958).

Die Arbeit stützt sich auf die Untersuchung von 16 Herzen; 9 von diesen Herzen waren noch nicht totenstarr und wurden wie auch die schon totenstarrten Herzen formfixiert. Nachdem die Herzen in die topographisch richtige Lage gebracht wurden, konnten von allen Seiten Aufnahmen gemacht werden. Das Fettgewebe und die großen Gefäße wurden entfernt. Das Kammergewicht der rechten Seite bestimmten die Autoren ausschließlich an den freien Anteilen, während sie das Septum ganz dem linken Ventrikel zurechnen. Ein großer Teil der Hypertrophie des rechten Ventrikels beruht auf einer Verstärkung der Trabekel. Der rechte Vorhof vergrößert sich nach allen Seiten. Die rechte Kammer gelangt bei Vergrößerungen zuerst nach oben und dann in horizontaler Richtung nach links. — Die rechte Kammer wird nur selten schwerer als die linke. — Die Faserhypertrophie wurde histologisch bestätigt.

SCHOENMACKERS (Düsseldorf)<sup>oo</sup>

**L. Szekeres, G. Lichner und F. Varga: Über die verschiedene Empfindlichkeit der rechten und linken Herzkammernmuskulatur gegenüber Hypoxie.** [Pharmakol. Inst., Med. Univ., Pécs, Ungarn.] *Arch. Kreisl.-Forsch.* 28, 125—135 (1958).

Ausgehend von der Beobachtung, daß am isolierten Herzen nach LANGENDORFF die linke Herzkammer empfindlicher gegenüber Sauerstoffmangel reagiert als die rechte, untersuchten die Autoren die Frage tierexperimentell am isolierten Herzen, am Herz-Lungenpräparat sowie am freigelegten Herzen in situ. Mittels einer Durchströmungsapparatur konnten am isolierten Kaninchenherzen die Kontraktionen beider Herzkammern und des rechten Vorhofs gleichzeitig und getrennt registriert werden. Bei einer Durchströmung mit einer mit 5% Sauerstoff gesättigten