

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)^{oo}

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

Nährlösung vermindern sich die Kontraktionsamplituden der linken Kammer bereits nach wenigen Minuten. Etwa nach 15 min setzte ein progressiver Tonusanstieg ein, der schließlich in systolischen Stillstand überging. Dagegen erfahren die Kontraktionen der rechten Kammer eine viel geringere Amplitudenverminderung und stellen auch nach einstündiger Sauerstoffmangeldurchströmung ihre Tätigkeit nicht ein. Die Versuche am Katzenherzen in situ ließen die Tätigkeit der linken Kammer in Hypoxie gegenüber der rechten ebenfalls früher erlahmen. Sank am Herz-Lungenpräparat die arterielle Sauerstoffsättigung unter 50%, traten Zeichen einer Linksinsuffizienz auf mit Druckerhöhung im linken Vorhof und im Pulmonalkreislauf. Auch bei Steigerung des venösen Einflusses reagiert bei zunehmender Hypoxie die linke Kammer mit geringerem Leistungszuwachs als die rechte, d. h. sie wird früher und in stärkerem Maße insuffizient als die rechte. Abschließend diskutieren die Autoren die möglichen Ursachen der beschriebenen Befunde. Von den Unterschieden in den hämodynamischen Verhältnissen beider Herzkammern läßt sich keine befriedigende Erklärung ableiten. Auch ein regulierender Einfluß des Perikards muß als Erklärung abgelehnt werden. Am ehesten könnten die strukturellen Eigentümlichkeiten der linken Kammermuskulatur, z. B. die dickeren Herzmuskelfasern, für die verminderte Leistung in Hypoxie verantwortlich sein. Mögliche Stoffwechselabweichungen im Vergleich beider Herzkammern wurden durch in vivo-Versuche mit Homogenaten geprüft. Dabei scheint die linke Kammermuskulatur einen höheren Sauerstoffbedarf zu haben als die rechte. Da die Stoffwechselprozesse in vivo jedoch von vielen anderen Faktoren beeinflußt werden, sind auch diese Befunde nicht beweisend für die verschiedene Toleranz der Kammern gegen Hypoxie.

G. NEUHAUS (Berlin)^{oo}

W. Weissel: Serumiagnose der Coronarthrombose. (Besprechung der Enzym-Aktivitäten des Serums nach Myokardinfarkt.) (Glutaminoxalsäure-Transaminase, Glutaminbenztraubensäure-TA, Apfelsäuredehydrase, Milchsäuredehydrase, Aldolasen, Isomerasen.) [III. Med. Abt., Wilhelminenspital d. Stadt Wien.] Wien. Z. inn. Med. 39, 365—372 (1958).

Wegen der übereinstimmenden Bekundung verschiedener Versucher, daß die Erhöhung der Transaminasen „sowohl am spezifischsten, als auch quantitativ am deutlichsten ist“, wurden Testungen mit der SGOT vorgenommen. Ausgangspunkt der Untersuchungen war die durch KARMEN, WROBLEWSKI und LA DUE angesprochene Tatsache, daß die Enzymaktivität des unbeschädigten Herzmuskels 5—10mal so hoch als diejenige des experimentell infarctierten Muskels ist. Verschiedene Gewebe waren auf ihren Transaminasegehalt von LA DUE untersucht worden. Folgende Werte in E/g-Gewebe $\times 1000$ wurden bekannt: Herz 156, Leber 142, Skelettmuskel 99, Niere 91, Pankreas 28, Milz 14, Lunge 10, Serum 0,02. — Differential serodiagnostische Schwierigkeiten bieten neben dem akuten Herzinfarkt folgende Erkrankungen: Myocarditis, akute Pankreatitis, Lungeninfarkt, hämolytische Krise, Crush-Syndrom, aktiver Leberparenchymschaden, Verbrennungen, Zustand nach Operation, weiter Leiomyom mit regressiven Veränderungen, Myelom, Nephrosen, gewisse Carcinome. — Über die Dynamik der Enzymaktivität bei akutem Herzinfarkt konnten die oben genannten Voruntersucher nachweisen, daß eine Ischaemiedauer von 45 min die SGOT noch nicht beeinflußt. Eine von ORDELL auf dem Kardiologen-Kongreß, Stockholm, 1956, gebrachte Darstellung der zeitlichen Aufeinanderfolge der Aktivitätserhöhung der einzelnen Enzymsysteme zeigt eine gewisse Gesetzmäßigkeit, als die Apfelsäuredehydrase nach 18 Std, die Glutaminoxalsäure-TA nach 26 Std, die MDH nach 35 Std ihr Maximum erreichen. Während die Werte der Erstgenannten nach wenigen Tagen sich wieder normalisieren, läßt sich die erhöhte MDH-Aktivität noch nach 12 Tagen nachweisen. Diese Gesetzmäßigkeit bieten andere Erkrankungen mit erhöhten SGOT nicht. — Der drohende Infarkt vor Auftreten eines typischen EKG läßt sich nicht immer durch eine Erhöhung der SGOT erkennen. Verf. weist darüberhinaus auf einen Exitus bei Coronarstenose mit EKG-Veränderungen und normalem SGOT-Spiegel hin. Aus unseren täglichen Untersuchungen ist bekannt, daß gerade der akute Tod bei einer stenosierenden Coronarsklerose keine Enzymaktivitätssteigerung und ebenfalls kein C-reaktives Protein produziert. Herzmuskelnekrosen konnten sich noch nicht ausgebildet haben, der Tod kam zuvor. Hinweis auf differenzialdiagnostische Bewertungen und Herausstellung, daß die Erhöhung der Transaminasen, insbesondere der SGOT spezifischer als alle bisher bekannten humordiagnostischen Untersuchungsmethoden des Infarktes ist. Wir möchten darauf hinweisen, daß das akute Phase-Protein in Beantwortung versicherungsmmedizinischer Fragen insofern wertvoller sein kann, als dieses zeitlich vor den Transaminasen zu testen ist.

DOTZAUER (Hamburg)

A. Lass, R. Seitz und G. Waldmann: Sicherung und Ausweitung der Herzinfarkt-diagnostik mittels Fermentbestimmung (Milchsäuredehydrogenase). [Med. Abt., Allg. Krankenh. Heidberg, Hamburg.] *Medizinische* 1958, 1767—1771.

Bei Gewebsuntergang werden gewisse Fermente als Nekroestoffe ins Blut abgegeben. Das nekrotische Gewebe selbst wird fermentarm. Tierexperimentell wurden nach Setzung eines Herzinfarkts über Zeitpunkt, Intensität und Dauer der Fermentaktivität gesicherte Unterlagen in Beziehung zum Herzmuskeluntergang zusammengetragen. Der Anstieg der MDH im Serum ist vom ersten bzw. zweiten Tag an meßbar. Bekanntlich haben die Bestimmungen der Transaminasen (Aldolase und ÄDH) große Bedeutung erlangt. Der Grund für die Bevorzugung der MDH-Bestimmung war nach den Verff. die Empfindlichkeit des Nachweises und die Stabilität des Fermentes im Serum selbst Tage nach einer Blutentnahme. Mit dieser Ansicht stehen sie im Gegensatz zu anderen (WEISSEL). Die Aktivitätssteigerung hält bis zum 6. Tage nach dem Infarkt an. Untersuchungsmethode: BÜCHER und REDETZKI. Erste Untersuchungsreihe: Klinisch und elektrophysikalisch gesicherte Herzinfarkte haben stets hohe Fermentaktivitäten (148 Patienten). Obere Normalgrenze 7 Mikromol/ml im Serum. Herzmuskelnekrosen wurden bei einer Steigerung um 30% als erwiesen angesehen (9 Einheiten). Eine zweite Untersuchungsreihe beschäftigte sich mit Patienten mit Stenocardien ohne infarkttypisches EKG. Bei diesen Fällen ist die Aktivitätssteigerung der MDH ein Index für Herzmuskelnekrosen und ersetzt den fehlenden EKG-Befund. Der Fermentanstieg im Serum geht unter Umständen dem EKG-Befund voran. Re-Infarkte werden bei Kontrolluntersuchungen durch den Ausfall des Fermentanstiegs deutlich gemacht. — Da die Erhöhung der MDH-Aktivitäten im Serum bei Carcinosen oder Blutsystemerkrankungen, weiter bei Leber- und Pankreaserkrankungen, bei Thrombosen, Lungeninfarkten sowie verschiedenen Pneumonieformen gesehen wird, treten diese in differentialdiagnostische Konkurrenz. Verff. gehen weiter auf Aktivitätssteigerungen nach Hämolyse ein. Hierauf wäre vor Anstellung einer Untersuchung zu achten. Ferner wird die Behauptung aufgestellt, daß bei Patienten, die zur Thromboseprophylaxe mit Thrombodium behandelt wurden, MDH-Erhöhungen festgestellt worden wären, da dieses Medikament „Hämolyse verursacht“. Der Rückschluß wurde nicht bewiesen, was Ref. lebhaft interessiert hätte, da wir über eigene Erfahrungen bzgl. der Frage Thrombodium und Hämolyse mit negativen Befunden verfügen.

DOTZAUER (Hamburg)

T. A. Naddachina: The morphology of atherosclerosis of the coronary arteries of the heart in sudden death from acute coronary failure. (Morphologie der Atherosklerose der Kranzarterien des Herzens bei plötzlichem Tod durch akute Coronarinsuffizienz.) [Path.-anat. Abt. des Moskauer städtischen Forschungsinstituts auf den Namen Sklifosovskij.] *Arch. Pat. (Moskau)* 20, Nr 9, 28—37 mit engl. Zus.fass. (1958) [Russisch].

Von 2586 plötzlichen Todesfällen konnten bei 2024 (78,2%) als Ursache eine akute Coronarinsuffizienz festgestellt werden (337 Frauen und 1687 Männer): Bei 1885 war eine Atherosklerose der Kranzschlagadern vorhanden, bei 485 gleichzeitig auch eine Hypertonie, in 139 Fällen handelte es sich um eine leichte Coronarsklerose und in 45 Fällen waren die Gefäße unverändert. Das mittlere Alter betrug 50—60 Jahre. In 48% fehlten makroskopisch erkennbare Infarkte oder Narben, und nur in 6,8% wurden Thrombosen festgestellt (häufiger links). 60 Fälle wurden noch genauer histologisch untersucht, wobei in 25 Fällen (41%) eine Coronarthrombose festgestellt wurde; diese war jedoch nur in ganz vereinzelten Fällen frisch ohne Nekrose. In den meisten Fällen eines akuten Herztodes fanden sich: eine paretische Erweiterung und Stase der Vasa vasorum, perivasculäres Ödem, frische Blutaustritte und Eiweißinsudation der Gefäßwände. Diese Erscheinungen werden als Gefäßkrisen funktioneller Art gedeutet. Im Myokard waren Zeichen einer akuten Anoxie neben älteren Narben feststellbar.

M. BRANDT (Berlin)

Domenico Spada e Alessandro Piccaluga: Studi di anatomia radiologica e di fisiopatologia del sistema arterioso coronarico. Un nuovo metodo di dissezione del cuore par lo studio arteriografico della rete coronarica atriale. (Studien zur Röntgen-Anatomie und Physio-Pathologie der Kranzschlagadern. Ein neues Verfahren der Herzsektion zur arteriographischen Untersuchung der Verzweigungen der Coronar-

arterien im Bereiche der Vorhöfe.) [Ist. di Pat. Chir. Ist. di Anat. Pat., Univ., Bologna.] Arch. ital. Anat. Istol. pat. **32**, 438—443 (1958).

Es wird eine neuartige Sektionstechnik des Herzens beschrieben und an Hand von Arteriographien erläutert, welche eine röntgenologische Kontrolle der Vorhofsverzweigungen der Kranzschlagadern nach der Eröffnung des Herzens gestattet. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden.
LAVES (München)

M. Wolman and M. G. Goldberg: The microscopical criteria of interstitial pneumonia. (Die histologischen Kriterien der interstitiellen Pneumonie.) [Dept. of Path., Hadassah Univ. Hosp. and Hebrew Univ.-Hadassah Med. School, Jerusalem.] Arch. Path. (Chicago) **65**, 272—278 (1958).

Auf Grund der histologischen Untersuchung von 85 Lungen von Neugeborenen und Kleinkindern bis zum Alter von 2 Jahren und von 11 Lungen mit interstitieller plasmacellulärer Pneumonie ergeben sich für die Diagnose der interstitiellen Pneumonie des Kleinkindes folgende Kriterien: 1. Verdickung der Alveolarsepten durch Lymphocyten, Plasmazellen und Histiocyten. 2. Verstärkung des Retikulinfasernetzes, besonders seitliche Begrenzung der Infiltratgebiete durch dicke Fibrillen. Das Hervortreten des leicht gewellten Retikulinnetzes erlaubt insbesondere die Abgrenzung gegenüber Zellanhäufungen in Atelektasen und transversal umgelegten Septen. Fakultative Befunde sind: Fragmentation der Retikulinfasern mit Lungenblutungen, Mikroatelektasen und fokales Emphysem, kubische Transformation und Desquamation der Alveolarepithelien. Von der interstitiellen Pneumonie ist die peribronchiale Pneumonie, mit leukocytärer Invasion der Alveolarsepten von den Bronchiolen aus, abzutrennen. Die interstitielle Pneumonie ist oft für den plötzlichen Tod von Kleinkindern verantwortlich, sei es infolge Erschwerung des Gasaustausches Lungenalveole/Capillare (alveolocapillärer Block) oder ungleicher Lungendurchlüftung mit fokalem Emphysem und Mikroatelektasen, bei Bronchialblockade durch Schleimtropfen.
E. UEHLINGER (Zürich)^{oo}

D. Ricken: Histologische Untersuchungen bei experimentellen Pneumocystis-Pneumonie. [Path. Inst., Univ. Bonn.] Virchows Arch. path. Anat. **331**, 713—728 (1958).

F. Koralewski: Beitrag zur spontanen Milzruptur. [Chir. Abt., St. Antoniuskrankenh., Lüdinghausen (Westf.).] Med. Klin. **53**, 2024 (1958).

Bericht über einen Fall einer spontanen Milzruptur, wobei eine berufsfübliche Tätigkeit (Sandschaufeln) vorausgegangen war. Histologisch ergab sich ein kavernöses Hämangiom der Milz. Eine abdominale Probepunktion ließ die Diagnose bereits präoperativ stellen. KERN^{oo}

R. Corazza e C. Pallotti: Su due di patologia vascolare addominale. Aneurisma embolico-micotico dell'arteria ipogastrica aneurisma spurio da rottura spontanea dell'arteria splenica. [Ist. di Anat. e Istol. Pat., Univ., Bologna.] Arch. ital. Anat. Istol. pat. **33**, 34—60 (1959).

H. Lill: Über eine spontane Dünndarmperforation. [I. Chir. Univ.-Klin., Wien.] Zbl. Chir. **83**, 1275—1276 (1958).

Spontane Dünndarmperforationen sind außerordentlich selten. Als Ursachen werden Perforationen eines peptischen tuberkulösen oder typhösen Ulcus oder eines Tumors, Druckerhöhung bei gleichzeitig bestehender Leistenhernie, Fremdkörperperforation und unspezifische Enteritis erwähnt und dann über einen Fall berichtet, für den lediglich die Möglichkeit einer Ulcusperforation in Erwägung gezogen werden konnte, da sich für alle anderen Begründungen kein Anhalt bot. 1942 wurden aus der gleichen Klinik 2 Fälle beschrieben, bei denen eine Leistenhernie bestand, die in Beziehung zu der Perforation gebracht wurde. Im beschriebenen Falle fand sich keine Hernie. Die Therapie bestand in einfacher Überernährung.
BITTNER (Berlin)^{oo}

A. Rossier: La peritonitis meconial. (Die Meconiumperitonitis.) [Hospital Hérold, Paris.] Rev. esp. Pediat. **14**, 207—222 (1958).

Zusammen mit den bisher bekannten Fällen von ROUSSILLE (115) und POISSON (20) werden 4 eigene Beobachtungen referiert. Als Ätiologie kommen angeborene Mißbildungen des Magen-Darmtraktes ohne Pankreasfibrose (37,5%) und Pankreasfibrose mit oder ohne Atresie (26,5%) oder Perforation (27,75%) in Betracht. In 8,25% der Fälle bleibt die Genese unklar. Die klinischen Symptome zeigen sich spätestens wenige Stunden nach der Geburt. Typisch ist das Fehlen

von Meconium bei prall gespanntem, aufgetriebenem Abdomen und sehr schlechtem Allgemeinzustand. Die Röntgenübersichtsaufnahme kann ein luftleeres Abdomen, aber auch zahlreiche luftgefüllte Dünndarmschlingen mit Spiegelbildung zeigen. In mehreren Fällen waren typische Verkalkungen zu sehen. Die Operation soll am ersten Lebenstag durchgeführt werden, da sich erfahrungsgemäß das extraintestinale Meconium bald danach infiziert.

K. KNAPP-BOETTICHER (Hamburg)^{oo}

G. Erdmann, M. Sander, H. Schill und C. Simon: Beiträge zum Krankheitsbild der Neugeborenen-Listeriose. [Kinderklin., Frauenklin., Path. Inst. u. Hyg.-Inst., Univ. Rostock.] *Ann. paediat. (Basel)* **190**, 65—93 u. 147—162 (1958).

Auf Grund einer intensiven Zusammenarbeit von Kliniker, Hygieniker und Pathologen wurde ein Erfahrungsbericht über 9 in Rostock beobachtete Erkrankungen an Neugeborenen-Listeriose gegeben. Vier Säuglinge gesunden nach entsprechender Behandlung. Bei den verstorbenen 5 Säuglingen erbrachte die mikroskopische Untersuchung charakteristische Granulome in verschiedenen Organen. In 8 Fällen wurde *Listeria monocytogenes* vom Typ I, in 1 Fall der äußerst seltene Typ II nachgewiesen. Dieser Säugling (Kind einer Säuglingsschwester) bot klinisch das Bild einer schweren Meningo-Encephalitis und verstarb am 7. Lebenstag. Mikroskopisch fanden sich jedoch nur Granulome in den Nebennieren. — Auf die Bedeutung einer weitgehenden Zusammenarbeit wird nachdrücklich hingewiesen.

MOLZ (Düsseldorf)^{oo}

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **S. D. Kustanovic: Gerichtsballistik.** Moskva: Gosudarstvennoe Izdatel'stvo juridiceskoj Literaturny Medgiz 1956. 407 S. [Russisch].

Der Verf. versteht unter forensischer Ballistik diejenige Spezialwissenschaft, die sich mit dem Studium aller mit Feuerwaffen verbundenen materiellen Fragen befaßt, und zwar mit den benutzten Waffen selbst, mit den gebrauchten Patronen, den verschiedenen Pulversorten, den aufgefundenen Geschossen und Patronenhülsen, den Erscheinungen, die mit dem Abfeuern einer Waffe zusammenhängen, den Spuren, die Abschüsse und Projektile hinterlassen können usw. Fragen der eigentlichen Ballistik werden nur insoweit berührt, als sie in der forensischen Praxis von Wichtigkeit sein können. Selbstverständlich werden nur Fragen erörtert, die mit Handfeuerwaffen zusammenhängen, da schwere Waffen im allgemeinen in der forensischen Praxis kaum eine Rolle spielen. Der Verf. wendet sich mit seinem Werk vor allem an Personen, die in der Kriminalistik tätig sind; weiterhin ist er bestrebt, dem Gerichtsmediziner und dem Chemiker Hinweise und Auskünfte für den einzelnen Fall zu geben. Ausführungen über Schußverletzungen werden nicht gemacht. Hierzu wird auf gerichtsmedizinische Lehrbücher verwiesen. Beschädigungen der Bekleidung durch Schuß werden im einzelnen erörtert. — Das vorliegende Buch ist in 6 Kapitel eingeteilt; in jedem Kapitel findet sich ein teils umfangreiches Literaturverzeichnis sowjetischer Arbeiten über Einzelfragen. — Im I. Kapitel wird das Untersuchungsverfahren bei den verschiedensten Handfeuerwaffen behandelt. Unter zahlreichen sowjetischen werden auch ausländische Waffenmodelle besprochen. Das Vorgehen zur Feststellung des Waffenmodells, des Kalibers und der Brauchbarkeit der Waffe, der Besonderheit jeder Einzelwaffe (Rost, Kratzer an Waffenteilen, geringer oder starker Widerstand des Abzugsbügels, Besonderheiten am Auswerfer usw.) wird im einzelnen erörtert. In beigefügten Tabellen sind die zur Betätigung des Abzuges erforderlichen Kräfte in Kilogramm angegeben; eine weitere Tabelle gibt Anweisungen darüber, in welcher Reihenfolge welche Untersuchungen an Jagdfeuerwaffen durchzuführen sind. Ein besonderer Abschnitt wird der Frage der Auslösung eines Schusses ohne Betätigung des Abzughebels unter den verschiedensten Bedingungen bei verschiedenen Waffen gewidmet. Besonders ausführlich werden in Form einer tabellarischen Übersicht Schüsse ohne Betätigung des Abzughebels bei der Maschinenpistole P.P.Sch. besprochen. Auch der Identifizierung von Einzelteilen und der Entzifferung bzw. Lesbarmachung unleslicher Aufschriften und Nummern auf Waffen ist je ein Abschnitt gewidmet. — Das 2. Kapitel umfaßt Untersuchungen von Patronen, Patronenhülsen, Geschossen und Geschößteilen sowie Methoden der Identifizierung von Geschossen und Geschößteilen. — Untersuchungen zum Zwecke der Feststellung verschiedener Pulverarten, Verbrennungsprodukte usw. an Waffen, Waffenteilen, Geschossen und Geschößteilen sowie beschossenen Gegenständen sind Inhalt des 3. Kapitels. — Besonders ausführlich werden im 4. Kapitel Untersuchungen an Geschößhülsen und Geschossen besprochen; hierbei werden die