

Ergebnis gelangt; Aufzeigung der Schwierigkeiten, diese Fälle durch Gerichtsverfahren zu klären und zu sühnen. Anschließend ausführliche Diskussion, unter anderem über ähnliche Fälle (Arzt) in England, über den Mau-Mau-Terror sowie über den Einfluß der Missionstätigkeit.

V. KARGE (Kiel)

Leroy G. Schultz: **Interviewing the sex offender's victim.** (Das Gespräch mit dem Opfer des Sexualverbrechens.) *J. crim. Law Pol. Sci.* **50**, 448—452 (1960).

Opfer von Sexualverbrechern leisten oft keinen Widerstand (Notzucht), machen oft in einem ungewöhnlichen Ausmaß mit (Blutschande), und in manchen Fällen ist das sog. Opfer der Initiator des ganzen Geschehens (Mädchen in der Vorpubertät). Das erschwert die Vernehmung, die besser eine zwanglose Unterhaltung, bei Kindern am besten im gewohnten Milieu ohne die Eltern, mit einem Probation officer weiblichen Geschlechts ist. Die Technik der Vernehmung jugendlicher Opfer wird beschrieben.

RUDOLF KOCH (Coburg)

### Kriminelle und soziale Prophylaxe

J. H. Schultz: **Therapeutische Bekämpfung der Kriminalität? Probleme und Möglichkeiten.** *Med. Klin.* **55**, 27—28 (1960).

Gianluigi Ponti: **Le personalità psicopatiche nella esecuzione penale.** (Die psychopathische Persönlichkeit im Strafvollzug.) [*Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.*] *Riv. Med. leg. Legislaz. sanit.* **1**, 415—434 (1959).

Verf. geht auf die besonderen Merkmale psychopathischer Persönlichkeiten kurz ein, um dann die Beziehungen zwischen Psychopathie und Delinquenz zu prüfen. Es wird insbesondere die Gefährlichkeit psychopathischer Verbrecher herausgestellt und auf die Notwendigkeit hingewiesen, durch besondere therapeutische Methoden den Grad der Ungeselligkeit zu vermindern.

GREINER (Duisburg)

### Kunstfehler, Ärzterecht, medizinisch wichtige Gesetzgebung und Rechtsprechung

H. Serre, L. Simon et J. Claustre: **Les incidences de la corticothérapie dans le traitement de la goutte.** (Zwischenfälle bei der Corticosteroid-Therapie der Gicht.) [*Clin. de Rheumatol., Fac. de Méd., Montpellier.*] *Presse méd.* **68**, 476—478 (1960).

An 40 Gichtkranken wird die Wirkung von Nebennierenrindenhormonen auf diese Erkrankung überprüft. Es zeigte sich, daß nach Absetzen der Hormonbehandlung, auch wenn sich diese über Jahre erstreckte, alle bisher erreichten Therapieerfolge wieder zunichte wurden und bei einer großen Zahl der Kranken sogar eine Verschlechterung eintrat. Lediglich in Verbindung mit Colchicin-Derivaten, Phenylbutazonen und ähnlichen Mitteln war auch die Corticosteroid-Behandlung erfolgreich, insbesondere wurden Entzündungserscheinungen günstig beeinflusst. Allerdings fanden sich ähnliche Therapieerfolge auch ohne Nebennierenrindenhormone. In Übereinstimmung mit vielen anderen Autoren sind daher Verf. davon überzeugt, daß bei der Behandlung einer akuten als auch einer chronischen Gicht die Anwendung dieser Hormone als überflüssig anzusehen ist, daß sie sogar bei chronischen Leiden eine Verschlimmerung bewirken können.

ARNOLD (Leverkusen)

G. Marrubini e M. L. Bozza: **La diagnosi chimico-tossicologia negli incidenti da anestesia.** (Die chemisch-toxikologische Diagnostik bei Anästhesiezwischenfällen.) [*Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.*] [16. Congr. Soc. Ital. di Med. Leg. e Assicuraz., Firenze, 26.—29. IX. 1959.] *Riv. Med. leg. Legislaz. sanit.* **1**, 402—414 (1959).

Verf. geben einen Literaturüberblick über Arbeiten die sich mit dem qualitativen und quantitativen Nachweis der Verbindungen befaßten, die bei der Anaesthetie Verwendung finden. Auf Grund der bisher vorliegenden Ergebnisse ist es noch nicht möglich, gerichtsärztlicherseits absolut sichere Schlüsse aus den Untersuchungen an Organen bzw. Flüssigkeiten von Leichen hinsichtlich eventueller Dosierungsfehler zu ziehen, sofern nicht ganz grobe massive Überdosierungen vorlagen.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**A. Hufnagl: Tödliche Zwischenfälle bei der Isoprid-Narkose.** [Bergbau-Krankenh., Obergöltzsch u. Bergarbeiter-Poliklin., Auerbach/Vgtl.] Z. ärztl. Fortbild. 54, 23—24 (1960).

Mitteilung weiterer Isoprid-(Isopropylchlorid)-Narkose-Zwischenfälle. Beim ersten bekam ein 40jähriger kräftiger Patient anlässlich eines ambulanten Eingriffs noch in der Einleitungsphase einen hochgradigen Erregungszustand. Ein 51jähriger erhielt 8 ml Isoprid (I); da der Eingriff länger dauerte, Gabe von 3 ml Äther. Danach Atemstillstand und trotz Adrenalin und künstlicher Beatmung Exitus. Patient hatte 8 Tage vorher einen I-Rausch anstandslos vertragen. Sektion: Erschlaffung und Dilatation des Herzens, vorwiegend rechts, Stauungsorgane, Hirn-  
schwellung. — Beim zweiten Fall einer 37jährigen Patientin nach 10 ml I nach dem Eingriff (Nagelextraktion) Atemstillstand. Trotz entsprechender Therapie Exitus. Sektion: Zentraler Vasomotorenkollaps, allseitige Erschlaffung des Herzens, besonders rechts, Stauungsorgane, Hirn-  
schwellung. Verf. warnt vor I, da trotz Atropin-Prämedikation die guten Eigenschaften des I nicht in einem tragbaren Verhältnis zur Gefährlichkeit stünden. — Fünf Literaturstellen.

PRIBILLA (Kiel)

**Desiderio Cavallazzi: Morte per tossinfezione da enterotossima stafilococcica.** (Tod durch Staphylokokkenenterotoxin.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. 1, 317—321 (1959).

Ein 45jähriger Mann nahm eine Cremepaste zu sich und verstarb wenige Stunden später unter den Erscheinungen eines akuten Darmkatarrhs. Die Ermittlungen ergaben, daß in der Paste etwa 850 000 000 pathogene Staphylokokken pro Gramm enthalten waren. Verf. nimmt zu den pathologisch-anatomischen Erscheinungen, aber auch zu den Folgerungen für eine Lebensmittelaufsicht Stellung.

GREINER (Duisburg)

**W. Perret: Die nicht oder zu spät erkannten Schenkelhalsbrüche bzw. Hüftgelenkluxationen beim Oberschenkelschaftbruch.** Med. Klin. 55, 137—140 (1960).

Mehr als früher kommen heute Mehrfachknochenbrüche zur Beobachtung, weil Auto- und Motorradfahrer vielfach in typischer Haltung: rechtwinklige Beugung des Oberschenkels im Hüftgelenk bei gebeugtem Kniegelenk, einer massiven Gewaltwirkung in Richtung auf den Oberschenkel und damit auch auf das Hüftgelenk ausgesetzt werden. Dadurch kommt es nicht nur zum Oberschenkelschaftbruch, oft kombiniert mit Kniescheibenbruch (letzterem auch isoliert), zur Hüftgelenkluxation kombiniert mit Pfannendachbrüchen oder dem Schenkelhalsbruch. Die zusätzliche Verletzung im Bereich des Hüftgelenkes wird zuweilen nicht erkannt, persönliche Erfahrungen des Verf. bei Bearbeitung von Haftpflichtansprüchen stimmen dabei überein mit denjenigen anderer Autoren. Die subjektiven Beschwerden bei 2 oder 3 Knochenbrüchen vermischen sich so eng mit Funktionsstörungen, daß die optisch erkennbare Funktionslaesa dazu führt, daß nur ein eng umschriebener Gliedmaßenteil röntgenologisch kontrolliert wird. Verf. bringt dann eine statistische Aufstellung einiger Autoren über die Häufigkeit des Vorkommens von Mehrfachknochenbrüchen allgemein im Hüft-Bein-Bereich, die primär nicht erkannt wurden. Diagnostische Irrtümer ergaben sich aber auch dann, wenn das Hüftgelenk röntgenologisch kontrolliert wurde, wobei die an sich erkennbare zusätzliche Verletzung trotzdem glatt übersehen wurde, oder weil die Aufnahmen technisch unvollkommen waren: Fehlen der Aufnahme in der zweiten Ebene oder der Vergleichsaufnahme der gesunden Hüfte. Wegen der Gefahr der Entstehung von schweren Dauerschäden haben einige Autoren die Forderung aufgestellt, daß bei allen Schaftbrüchen auch die beiden benachbarten Gelenke röntgenologisch zu kontrollieren seien. Verf. stellt zur Diskussion, ob die Forderung eines solchen Ausmaßes der „erforderlichen Sorgfalt“ nicht eine Überspannung darstelle, zumal angesichts der dadurch entstehenden Kosten und der Strahlenbelastung des einzelnen. Mehrfachknochenverletzungen treten ja nur in 5% der Fälle auf, und von diesen werden nur 3% nicht primär erkannt. Es müsse eben daran gedacht werden, zumal wenn das obere Femur-Fragment nicht, wie bei einfacher Schaftfraktur, in Abduktionsstellung liege, sondern in Adduktionsstellung, wie bei komplizierender Hüftgelenksverletzung. In 2 vom Verf. angeführten Urteilen (LG. Koblenz v. 26. 9. 58—2. O. 333/57 und OLG Koblenz v. 21. 4. 59—1 UH 87/58, beide noch nicht veröffentlicht) wurde bei je einer primär nicht erkannten Zusatzverletzung nur die erforderliche Sorgfalt und damit ein unvermeidlicher Diagnose-Irrtum unterstellt. Nicht zu „exculpieren“ ist aber nach Ansicht des Verf. der Behandler dann, wenn das Hüftgelenk primär röntgenologisch mit erfaßt wurde, aber die nachweisbare Zusatzverletzung nicht erkannt wurde oder technisch nicht einwandfreie Aufnahmen gemacht wurden. Die Beurteilung der Verschuldensfrage sei für

den ärztlichen Gutachter nicht schwierig, wenn er die Aufgabe habe, die Situation des beklagten Arztes zu erkennen und gerecht zu beurteilen. Das Ausmaß der Sorgfaltspflicht müsse vom normalen Standort aus abgewogen und bemessen werden. Es dürfe nicht vom entstandenen Schaden ausgegangen und auch die Haftung nicht von der Notwendigkeit der retrograden Erkenntnis aus beurteilt werden. WALCHER (München)

**M. Vámoši und M. Kokavec: Ausblutung nach der Tracheotomie.** [Gerichtl.-med. Inst., Preßburg.] Soudní lék. 4, 161—162 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1959) [Slowakisch].

Ein 11jähriger Knabe erlitt bei einem Autounfall eine Schädelfraktur. Tief bewußtlos eingeliefert, konnte der Verdacht eines epi- oder subduralen Hämatoms nicht bestätigt werden. Wegen der tiefen Bewußtlosigkeit wurde zwecks Vermeidung einer Aspirationspneumonie eine Trachealkanüle eingelegt. Unter dehydrierenden Maßnahmen besserte sich der Zustand etwas, trotzdem auch noch ein Hautemphysem des Thorax bei Pneumothorax rechts hinzugekommen war. Am 13. Tag nach dem Unfall plötzlicher Tod des Patienten. Durch die Obduktion wurde festgestellt, daß die ungeeignete Trachealkanüle zur Arrosion des Truncus brachiocephalicus geführt die einen akuten Ausblutungstod nach sich gezogen hat. In der Zusammenfassung wird darauf hingewiesen, daß größte Sorgfalt in der Auswahl von Trachealkanülen bei Kindern erforderlich ist, um solche Zwischenfälle zu vermeiden. NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

**Vladimir Berka: Ein Beitrag zu Todesfällen bei der Tonsillektomie.** [Gerichtl.-med. Inst., Univ. Brünn.] Soudní lék. 4, 163—168 mit dtsh., franz. u. engl. Zus.fass. (1959) [Tschechisch].

Unter Berücksichtigung des Schrifttums wird auf die möglichen Zwischenfälle bei Tonsillektomie hingewiesen. Innerhalb von 15 Jahren kamen am Institut nur 4 Todesfälle bei Tonsillektomie vor. — Bei den ersten 3 Fällen, einem 5jährigen Mädchen, einem 4- und 16jährigen Knaben trat der Tod sehr rasch nach der Anaesthetie unter Krämpfen ein. In all diesen 3 Fällen beschreiben die Autoren einen sog. „Status thymolymphaticus“ bei sonst negativem Obduktionsbefund. Die Anaesthetica wurden chemisch einwandfrei befunden. — In Beobachtung 4 war es bei einem 31jährigen Mann durch Verwechslung einer 1/2%igen Procainlösung mit einer 5%igen Cocainlösung unter akuten Erscheinungen zum Tode gekommen. Der Sektionsbefund bot ein Erstickungsbild. — Tödliche Spätkomplikationen sind bei der Bearbeitung unberücksichtigt geblieben. NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

**Vincenzo Mario Palmieri: Aspetti del segreto professionale negli interventi impicanti la compartecipazione di più medici.** (Gesichtspunkte über das Berufsgeheimnis bei Eingriffen, die die Beteiligung mehrerer Ärzte einschließen.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] Riv. Med. leg. Legislaz. sanit. I, 143—152 (1959).

Artikel 622 des italienischen Strafgesetzbuches (Cortice penale = c.p.) besagt, daß „Jeder, der Kenntnis von einem Geheimnis durch seinen Beruf oder seine Stellung erhält und es ohne gerechtfertigten Grund enthüllt oder zum eigenen Nutzen oder zum Nutzen anderer verwendet, auf Antrag der verletzten Person bestraft wird, wenn durch die Tat (Offenbarung) ein Schaden eintritt“. — Der Verf. stellt fest, daß eine präzise Abgrenzung des Geheimnisbegriffes wegen des weitgespannten Gesetzestextes zuweilen diskutierbar sein kann. Nach seiner Auffassung, die er an 2 konkreten entgegengesetzt zueinanderstehenden Beispielen aus der modernen Chirurgie erörtert, ist der Personenkreis, der bei ärztlichen Handlungen gegenüber einem Patienten tätig wird, gleich ob Operateur, Assistent oder Hilfspersonal, zur Geheimhaltung verpflichtet. Entbindet der Patient *einen* Arzt von der Schweigepflicht, so würden gleichzeitig *alle* übrigen dabei tätig gewesenen Ärzte davon betroffen. Sollte der Patient lediglich einen Arzt von der Schweigepflicht entbinden und sollte durch diese Geheimnisoffenbarung für einen weiteren beteiligten Arzt ein rechtlicher Nachteil erwachsen, so braucht der ersuchte Arzt das Geheimnis dennoch nicht preiszugeben. Keinesfalls könne aus Art. 351 c.p. das Recht zur Geheimnisoffenbarung hergeleitet werden, denn das Gesetz müsse eine etwaige Strafverfolgung dem Gedanken, daß kein Schaden entstehen dürfe, unterordnen. Allerdings sei auch der Schadensbegriff gesetzlich nicht einwandfrei definiert, denn es sei nicht das ärztliche Berufsgeheimnis allein, sondern schlechthin ein Geheimnis, das (bei seiner Offenbarung) Schaden anrichten könnte, gemeint. Gewisse Offenbarungsmöglichkeiten müssen dem Arzt indes eingeräumt werden, ohne daß eine Strafverfolgung einträte. Diese Möglichkeiten sind aus den Artt. 45—51 c.p. zu schöpfen. Gleichwohl bleibe es nach Auffassung des Verf. der subjektiven Entscheidung des betroffenen Arztes überlassen,

ob er von seinem Offenbarungsrecht Gebrauch mache oder nicht. Lediglich nach Art. 51 c. p. liege eine Offenbarungspflicht vor, doch handelte es sich hierbei praktisch um keine Geheimnisoffenbarung, sondern um eine Geheimnisübermittlung an eine Behörde (ufficio), die ihrerseits das Geheimnis nur für ihre eigenen Belange verwenden darf. MALLACH (Berlin)

**Georg Herold: Zur Frage der Aufklärungspflicht des Arztes bei Krebs.** Med. Mschr. 14, 195—196 (1960).

Verf. geht von dem Urteil des BGH vom 16. 1. 59 aus (Neue Jur. Wschr. 1959, 184), nach welchem der Arzt bei der Bestrahlung von durch Krebs erkrankten Organen den Patient auf etwaige Strahlungsschäden aufmerksam machen muß. Dieser Auffassung des BGH stehen gegenüber ein Urteil des Landgerichtes Frankfurt a. M. vom 22. 5. 58 und ein Beschluß des OLG Hamburg vom 24. 2. 58 (Monatsschrift für deutsches Recht 1958, 513), nach denen es nicht für erforderlich gehalten wird, daß der Arzt einem Kranken mitteilt, daß er Krebs hat, und ihn auf die möglichen Folgen der Strahlungsbehandlung aufmerksam macht. Diese Entscheidungen liegen allerdings vor dem Urteil des BGH. Verf. hält es für nicht unmöglich, daß der BGH, den wirklichen Interessen des Patienten Rechnung tragen, sich zu einer Überprüfung seiner Rechtsansicht genötigt sehen könnte. B. MUELLER (Heidelberg)

**C. Liesche: Verschreibungspflicht für Arzneien. Zum Bremer Gesetz über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneien.** Bundesgesundheitsblatt 3, 33—37 (1960).

Die Geschichte der Abgabebeschränkungen für stark wirkende Arzneimittel wird dargestellt. Die wichtigsten Änderungen des Gesetzes und der Verordnung werden erläutert. Bei der Verordnung werden nicht nur die Arzneistoffe, sondern auch sehr weitgehend die Ausgangsdrogen der Verschreibungspflicht unterstellt. G. HAUCK (Freiburg i. Br.)

**Gesetz über die Abgabe verschreibungspflichtiger Arzneien.** Vom 22. Dezember 1959 (Ges. Bl. nr. 33 S. 155). Bundesgesundheitsblatt 3, 44 (1960).

Die wichtigsten Bestimmungen dieses für Bremen geltenden Gesetzes werden im Bundesgesundheitsblatt aufgeführt. Die entscheidenden Änderungen gegenüber der bisherigen Regelung beziehen sich auf die Gebrauchsanweisung, welche jetzt prinzipiell gefordert wird, und auf die Regelung der wiederholten Abgabe. Diese ist für verschreibungspflichtige Arzneien zu innerem Gebrauch nur erlaubt, wenn auf der Verschreibung vermerkt ist, wie oft und bis zu welchem Zeitpunkt die Abgabe stattfinden darf. G. HAUCK (Freiburg i. Br.)

**F. Schleyer: Über Operationsrecht und Aufklärungspflicht.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Ärztl. Wschr. 15, 12—16 (1960).

Übersichtliche Darstellung des Gebietes unter Berücksichtigung des neueren juristischen Schrifttums und der höchstrichterlichen Entscheidungen im Rahmen eines Vortrages auf der Tagung der Niederrheinischen-westfälischen Chirurgen in Bad Oeynhausen im Oktober 1959. Verf. setzt sich dafür ein, daß die ärztliche Operation ihrer Eigenschaft als rechtswidrige Handlung entkleidet wird; er bedauert es, daß auch der Entwurf des neuen StGB hier keinen völligen Wandel schafft. Gestreift wird die Frage, wie weit der Chirurg und wie weit das Hilfspersonal für Einzelheiten verantwortlich ist. Er empfiehlt, daß der Tatrichter sich von den Verhältnissen im Operationssaal durch eigene Anschauung überzeugt. Verf. beklagt sich über eine allzu weit gehende Aufklärungspflicht, wie sie der BGH fordert. Entsprechende Entscheidungen werden zitiert (in dieser Z. schon referiert, Ref.). Die Denkweise der obersten Gerichte ist allzu sehr vom Mißtrauen gegen den Arzt diktiert, doch wird der Chirurg, der die aufgestellten Grundsätze beachtet, in der Regel Konflikte vermeiden können. B. MUELLER (Heidelberg)

**K. Čársky und V. Porubský: Entlassung moribunder Patienten vor dem Tode.** Soudní lé. 4, 183—187 mit dtsch., engl. u. franz. Zus.fass. (1959) [Tschechisch].

Nach den geltenden Verwaltungsbestimmungen kann Krankenhausentlassung nach abgeschlossener Untersuchung oder Behandlung oder nach weitgehender Besserung des Gesundheitszustandes erfolgen. Wenn von Patienten oder Angehörigen vorzeitige Entlassung gewünscht wird, ist es Pflicht des Arztes, auf die eventuell eintretenden Folgen vorzeitiger Unterbrechung der Behandlung hinzuweisen. Gründe vorzeitiger Entlassung sind: Unzureichende Obduktionsabteilungen, Überbelag des Krankenhauses, das Bestreben, die Mortalitätsstatistik besser zu gestalten, manchmal sogar die Absicht, sich der Kontrolle des Prosektors zu entziehen. Die Angehörigen wollen die Leichentransportkosten vermeiden, der Krankentransport wird von der

Gesundheitsbehörde unentgeltlich gestellt. — Es wird die Forderung gestellt, die Leichen aller 7 Tage nach der Krankenhausesentlassung Verstorbener sanitätspolizeilich zu obduzieren.

NEUGEBAUER (Münster i. Westf.)

**H. v. Knorre: Über den Totenschein bei Totgeburten.** Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 151—156 (1960).

Ergänzende Ausführungen zu der gleichnamigen Arbeit von SCHUBERT in derselben Zeitschrift, Heft 35/1959. Es wird besonders eingegangen auf die Definition der Totgeburten nach dem Personenstandsgesetz von 1957 der DDR (§ 5) und der Formulierung im § 29 des Personenstandsgesetzes der Bundesrepublik. Während bei reifen Neugeborenen keine Probleme auftauchen, entstehen Schwierigkeiten bei Früchten von weniger als 35 cm Länge, wenn zu entscheiden ist, ob eine Lebendgeburt vorliegt oder nicht. Das ist in der DDR besonders verantwortlich, da die staatlichen finanziellen Beihilfen sich nach der Ordnungszahl der Geburten staffeln. Denn eine vierte Entbindung von einer unreifen Frucht bedeutet DM 600.— Beihilfe, wenn sie als lebend geboren dem Standesamt gemeldet wird. Wird sie als totgeboren angesehen, ist es ein Abort, und es besteht kein Anspruch auf die staatliche Beihilfe. Das Personenstandsgesetz der DDR nennt neben der Lungenatmung als sonstige Zeichen des Lebens Herzschlag und Bewegungen der Frucht. Letztere sind bei unreifen Früchten unter 35 cm zu beobachten, so daß eine Beurteilung als Lebendgeborenes möglich ist. Es wird daher vorgeschlagen, den § 5 neu zu formulieren und bei Früchten unter 35 cm Länge nur die Lungenatmung als Zeichen des Lebens anzusehen. — Es wird noch hingewiesen auf die Physiologie des ersten Atemzuges und gefordert, auch die Schnappatmung als natürliche Lungenatmung anzusehen. Es folgen Vorschläge zur Verbesserung der Totenscheine in der DDR bezüglich der Totgeburten.

HANSEN (Jena)

**G. Hansen: Der gerichtlich-medizinische Unterricht in Hinsicht auf die gültigen Gesetze über das Leichenschauwesen.** [Inst. f. gerichtl. Med. u. Kriminal., Univ., Jena.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 15, 91—92 (1960).

Es handelt sich um einen Vortrag auf der Tagung der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche Medizin in Zürich, September 1958. Sein Inhalt wurde referiert in dieser Z. 49, 177 (1959).

B. MUELLER (Heidelberg)

### Spurennachweis, Leichenerscheinungen, Technik, Identifikation, naturwissenschaftliche Kriminalistik

● **Hoppe-Seyler/Thierfelder: Handbuch der physiologisch- und pathologisch-chemischen Analyse für Ärzte, Biologen und Chemiker.** 10. Aufl. Hrsg. von KONRAD LANG und EMIL LEHNARTZ. Unt. Mitarb. von GÜNTHER SIEBERT. Bd. 4: Bausteine des Tierkörpers. II. Bearb. von E. BAYER, H.-J. BIELIG, G. BLIX u. a. Bandteil 1 u. 2. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. Bandteil 1: XIII, S. 1—844 u. 215 Abb.; Bandteil 2: XIII, S. 845—1891 u. 96 Abb. 2 Bandteile geb. zus. DM 598.—; Subskriptionspreis DM 478.40.

**Felix Haurowitz: Antigene, Antikörper und Komplement.** S. 587—617.

Das gesamte Problem wird auf 30 Seiten in konzentrierter Form abgehandelt. Alle Standardarbeiten sind zitiert (etwa bis 1956). Die chemische Natur, Darstellung, serologische Eigenschaften der Antigene und Antikörper sowie quantitative Fragen und Wechselbeziehungen sind wie auch in anderen Lehrbüchern abgehandelt. Die Prinzipien der Arbeitsvorschriften sind erläutert und machen das kleine Werk zu einem gut verständlichen Abriss der modernen Serologie.

PROKOP (Berlin)

● **Vierter internationaler Kongreß für Elektronenmikroskopie.** Berlin 10.—17. September 1958. Verhandlungen. Hrsg. von W. BARGMANN, G. MÖLLENSTEDT, H. NIEHRS, D. PETERS, E. RUSKA, C. WOLPERS. Bd. 2: Biologisch-medizinischer Teil. Hrsg. von W. BARGMANN, D. PETERS, C. WOLPERS. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1960. XII, 639 S. u. 650 Abb. Geb. DM 196.—.