

# Referate

## Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

● Friedrich Sanides: **Die Architektonik des menschlichen Stirnhirns zugleich eine Darstellung der Prinzipien seiner Gestaltung als Spiegel der stammesgeschichtlichen Differenzierung der Großhirnrinde.** (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurologie u. Psychiatrie. Hrsg. von M. MÜLLER, H. SPATZ u. P. VOGEL. H. 98.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1962. 201 S., 75 Abb. u. 48 Taf. DM 79.80.

● **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN †. 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Bd. 2, Teil 4, Lfg. 7. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1962. VI, S. 1985—2266 u. Abb. 995—1126. DM 69.—.

Die von STAEMMLER redigierte und vielfach auch persönlich bearbeitete Neuausgabe des alten „Kaufmann“ nähert sich dem Ende. Nach dem Plan des Werkes scheinen noch zwei weitere Lieferungen vorbereitet zu werden, die im Jahre 1963 erscheinen sollen. Es handelt sich um die Darstellung der Erkrankungen der Weichteile (Muskel, Sehnen, Sehnenscheiden, Schleimbeutel) sowie der Erkrankungen der Knochen und der Erkrankungen der Haut. — Die jetzt vorliegende Lieferung befaßt sich mit den Erkrankungen der *Gelenke*. Sie stammt aus der Feder des Inhabers der Lehrkanzel für Pathologische Anatomie in Innsbruck, Prof. Dr. F. J. LANG und seines Mitarbeiters J. THURNER. Das 261 Seiten umfassende Heft bringt zunächst die Anatomie der Gelenke und die der Wirbelsäule, sodann die Schwund- und Degenerationsformen des Knorpels (Knorpelschwund, fettige Degeneration, Verkalkung usw.), die Meniscus-Erkrankungen, die chronischen degenerativen Gelenkerkrankungen (Arthropathia deformans u. a.), die chronisch degenerativen Wirbelsäulen-Erkrankungen, einschließlich der Pathologie der Bandscheiben, die Blutungen im Gelenkinnenraum, das Verhalten der Gelenke bei Stoffwechselstörungen, insbesondere bei Gicht, die primären und sekundären Entzündungen der Gelenke einschließlich der spezifischen Gelenkerkrankungen und der rheumatisch bedingten Arthritiden, die Geschwülste, die Haltungs- und Formabweichungen der Wirbelsäule, die Verrenkungen, die falschen Gelenkstellungen (Plattfuß, Klumpfuß usw.), die aseptischen epiphysären Nekrosen, wie die Perthesche Erkrankung, die Köhlersche Erkrankung u. a. und schließlich die seltenen systemisierten Erkrankungen des Bewegungsapparates mit Gelenkbeteiligung, wie die angeborene Gelenkstarre und die multiple Gelenkschlaffheit. Diese recht schwierigen Gebiete sind von den Verf. mit Geschick und Klarheit behandelt worden. Auch der spezialistisch nicht orientierte Leser findet, was er braucht; er entnimmt aus der Darstellung auch mit Deutlichkeit, was noch unklar ist. In der Gelenkpathologie gibt es viele Eigennamen, die nicht jeder kennt, auch hierüber gibt diese Lieferung gut Aufschluß. — Aus der Fülle des Gebotenen seien einige Einzelheiten erwähnt: Eine Heilung von Knorpeldefekten erfolgt nur dann, wenn auch der subchondrale Knochen verletzt wird oder der Gewebsverlust am Gelenkrand liegt. Der Knorpel selbst ist zu einer echten Degeneration kaum befähigt (S. 1992). Die Hauptmasse des Gelenkknorpels wird von Synovialflüssigkeit ernährt; nur der knochen-nahe Abschnitt bezieht seine Baustoffe aus dem Knochen und gibt wohl auch Schlacken dahin ab (S. 1993). Bei der Beschreibung der Wirbelkörper werden die bei älteren Kindern auftretenden knorpeligen Randleisten erwähnt, auf die vor vielen Jahren H. MERKEL als wichtigen Identifikationshinweis bei aufgefundenen Skelet-Teilen aufmerksam gemacht hat (S. 1998). Unzweckmäßige, konstant hohe Belastung des Knorpels, womöglich noch bei Ruhigstellung des Gelenkes, führt zur Verdünnung der Knorpelschicht, die Knorpelzellen rücken näher aneinander, sie flachen sich ab und stehen parallel zur Knochenoberfläche. Noch erhaltene Knorpelzellen vergrößern und vermehren sich, es entsteht die sog. Brutkapsel (S. 2004). — Die Einzelheiten der Entstehung des Knorpelödems und der mucoiden Entartung liegen noch im Dunkeln (S. 2007). Die Auffassungen im Schrifttum über Beziehungen zwischen Meniscuserkrankungen und Berufsarbeit (Beruf der Bergleute) werden dargelegt (S. 2011). Nach operativer Entfernung des Zwischenknorpels kann sich ein Ersatzmeniscus bilden (S. 2022). Als Synonyma für die Arthropathia deformans werden angeführt: Arthronosis deformans, Arthritis

deformans, Osteoarthritis, hypertrophic degenerative arthritis, degenerative joint disease, Rhumatisme chronique dégénératif, Arthrose déformante (S. 2025). Die Genese der Athropathie wird gesehen in mechanischen Überbeanspruchungen, insbesondere einem Mißverhältnis zwischen Beanspruchung und Leistungsvermögen, einem Wegfall des spezifischen Erhaltensreizes für den Knorpel und entzündlich und nichtentzündlich bedingten Stoffwechselstörungen (S. 2033). Die Mechanik des Bandscheibenvorfalles wird in einer schematischen Abbildung einleuchtend dargestellt (S. 2046). Die Arthritiden werden — soweit dies möglich ist — in ihren histologischen Formen nach der Genese abgegrenzt (S. 2100 ff.). Die serologischen Befunde bei rheumatischen Erkrankungen werden dargestellt, auch der *Waalser-Rose*-Test (S. 2136). Auch jetzt weiß man über die Ursache der Entstehung des Morbus Bechterew wenig (S. 2137). Die im chirurgischen Schrifttum vielfach erörterte Athroplastik findet in Form einer Schrifttumsübersicht in dieser Lieferung ihren Platz (S. 2241). Der arbeitsmedizinisch Interessierte findet eine Darstellung von Gelenkschäden durch Preßluftwerkzeuge auf S. 2254.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Herwig Hamperl: Leichenöffnung. Befund und Diagnose. Eine Einführung in den pathologisch-anatomischen Seziersaal und Demonstrationskurs.** 2. Neubearb. u. erw. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1962. 100 S., 29 Abb., 12 Taf. u. 1 Beilage. DM 14.60.

In der Neubearbeitung hat das Büchlein Ergänzungen erfahren und ist nicht mehr ausschließlich für den Studenten gedacht, sondern soll auch dem jüngeren Arzt bei der ersten Tätigkeit im Sektionssaal dienlich sein. Deshalb wurde es um Hinweise auf besondere Präparationsmethoden, Skizzen zum Eintragen der Befunde und Angaben über die am meisten benötigten Maße und Gewichte erweitert. Die Besonderheiten der gerichtsmmedizinischen Sektion sind naturgemäß nicht berücksichtigt, der Autor beschränkt sich lediglich auf wenige diesbezügliche Hinweise. Trotzdem kann man diesen kleinen „Hamperl“ zur Anschaffung für die gerichtsmmedizinischen Bibliotheken sehr empfehlen. Ich glaube, es wird mancher Gerichtsmediziner in dem klar abgefaßten und durch übersichtliche Zeichnungen ergänzten Werk Anregungen zur Verbesserung seiner Sektionstechnik finden. Im übrigen ist es ausgezeichnet dazu geeignet, brauchbare Organbeschreibungen zu erlernen und den Unterschied zwischen Befund und Diagnose zu erkennen.

SCHWERD (Würzburg)

● **Steffen P. Berg: Grundriß der Gerichtlichen Medizin. Mit Arztrecht und Versicherungsbegutachtung.** 4. Aufl. (Sammlg. mediz. Grundrisse.) München: Rudolph Müller & Steinicke 1960. 220 S.

Über die Auflage vom Jahre 1958 ist in dieser Zeitschrift 48, 94 (1958/59) referiert worden. Die gegenwärtige Auflage hat sich neueren Erkenntnissen angepaßt, sie bringt auf dem Gebiet der Blutgruppenkunde die Unterteilung des Rh-Systems mit den Eigenschaften K und S. Der Abschnitt über die Blutalkoholbegutachtung entspricht der gegenwärtigen herrschenden Auffassung. — Da sich die meisten Kandidaten der Medizin mit diesem Kommentar auf die ärztliche Prüfung vorbereiten, sei es gestattet, noch einige Wünsche zu äußern. Bei der Rentenversicherung (S. 42) wäre ein Hinweis auf das Heilverfahren sehr begrüßenswert, da es praktisch eine wichtige Rolle spielt. Um als Kassenarzt zugelassen zu werden, ist „die Ableistung einer 1½-jährigen Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit nach Erhalt der Niederlassungsberechtigung“ erforderlich (S. 17). Dieser Vermerk wird von den Examenkandidaten vielfach so ausgelegt, daß der Arzt nach der Approbation oder auch später 1½ Jahre als Praktiker ohne Kassenzulassung tätig sein müsse, erst dann könne er Antrag stellen, in das Arzregister eingetragen zu werden. Vielleicht kann deutlicher hervorgehoben werden, daß es sich bei der Vorbereitung um Assistententätigkeit am Krankenhaus handelt. — Das Kompendium wird auch weiterhin zur Vorbereitung auf die ärztliche Prüfung gern benutzt werden, doch wird man verlangen müssen, daß dies im Zusammenhang mit der Vorlesung geschieht.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Christiane Vitani: Législation de la mort. Préface de MARCEL COLIN. (Coll. de Méd. légale.)** (Gesetzgebung über den Tod. Vorwort von MARCEL COLIN. [Gerichtsmmedizinische Sammlung.]) Paris: Masson & Cie 1962. 151 S. NF 22.—.

In allen Zivilisationen nimmt der Tod eine besondere Stelle ein. Das Gefühl des Respekts dem Leichnam gegenüber und bestimmte religiöse Zeremonien machen ihn zu einem besonderen Objekt. Die gesamte Gesetzgebung über den Tod hat ihre Wurzel in den Traditionen und alten Bräuchen und in hygienischen Notwendigkeiten. Die vorliegende Monographie ist das Resultat

langjähriger Arbeit. Sie befaßt sich mit den gesetzlichen Bestimmungen. Zunächst gibt sie einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der einschlägigen Gesetzgebung. Es werden die Todeszeichen sowie die Vorgänge beim Sterben besprochen. Es werden die zivilrechtlichen Folgen sowie die Bestimmungen, welche Beerdigung und Obduktion sowohl die gerichtliche als auch die Verwaltungssektion betreffen, dargelegt. Dazu gehört auch die Einrichtung und der Aufgabenkreis der Institute für gerichtliche Medizin. Die Monographie vermittelt einen guten Überblick über die entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen in Frankreich.

TRUBE-BECKER (Düsseldorf)

● **Erich Mittenecker: Methoden und Ergebnisse der psychologischen Unfallforschung.**

Wien: Franz Deuticke 1962. VII, 168 S., 13 Abb. u. 25 Tab. DM 24.—

Wer angenehme Lektüre mit überraschenden Ergebnissen und programmatischen Schlußfolgerungen erwartet, wird enttäuscht sein: Er findet keine der auf diesem Gebiet so beliebten Schlagworte, Meinungen und Tendenzen, sondern hört immer wieder von Schwierigkeiten der angewandten Methoden und von Unklarheiten in der Interpretation der vorliegenden Ergebnisse: Dieser Satz — aus dem Vorwort — kennzeichnet das Buch, das eine systematische Übersicht über Methoden und Gesichtspunkte unfallpsychologischer Forschung geben will. Die produktive Kritik des Autors — dem bereits für ein ähnliches vorausgegangenes Buch zu danken ist (Planung und statistische Auswertung von Experimenten, eine Einführung für Psychologen, Biologen und Mediziner, 1960, 3. Auflage) — ist in jeder Zeile des für die praktische Arbeit kaum zu unterschätzenden Buches spürbar. Wer das Kapitel über zeitvariable Bedingungen der Unfallgefährdung, Alkohol und andere toxische Einflüsse durchsieht, wird von (bei uns!) allgemein anerkannten Arbeiten hören, sie ständen nur indirekt mit dem eigentlichen Thema in Zusammenhang (Leistungsbestimmungen in psychomotorischen Wahrnehmungs- und Gedächtnisaufgaben) oder bewegten sich noch auf dem Niveau vorwissenschaftlicher Überzeugungen. Die psychologischen Unfallbedingungen sollten exakter bestimmt werden. Deshalb werden einerseits die zeitkonstanten (Persönlichkeitsmerkmale, Fähigkeiten, dauernde Einstellungen), andererseits zeitvariable Bedingungen (Leistungs- und Stimmungsänderungen, Ermüdung, Alkohol, Erfahrung, Lebensalter, Lebensdauer, Temperatur) methodisch-psychologisch auseinandergesetzt. Der Begriff der accident-prone-personality wird einer scharfen Kritik unterzogen. Ein wesentlicher, auch im Umfang, bedeutender Abschnitt ist der über die Ergebnisse psychologisch-diagnostischer Erfahrungen, die hinsichtlich Aussagebedeutung und Beweiswert überprüft werden. Hier wird gesagt werden müssen, daß kommende Arbeiten, die nicht die hier gegebenen kritischen Analysen berücksichtigen, nicht stichhaltig erscheinen. Ein wesentliches Ergebnis ist, daß nicht rein funktionale Leistungen maßgebend sind zur Gewinnung neuer Erfahrung und Gesichtspunkte bei der psychologischen Unfallforschung, sondern der Bereich der psychischen Kräfte (Triebe, Gefühle, Affekte, Interessen) ist als Variable einzusetzen, indem gleichzeitig eine Konfliktsituation geschaffen wird; etwa: Anpassung an das eigene vorgegebene überfordernde Tempo (LAHY und KORNGOLD), Erhöhung der antizipatorischen Spannung: Aufgeben der Bewältigung der Aufgabe (DAVIS), Leistungs-, Sicherheitseinstellung (MITTENECKER). Es sei notwendig, neue experimentelle Verfahren zu entwickeln.

H. KLEIN (Heidelberg)

**Hans Nachtsheim: Ursachen angeborener Mißbildungen.** [Max-Planck-Inst. f. vergl. Erbbiol. u. Erbpath., Berlin-Dahlem.] Umschau 62, 232—235 (1962).

**O. Hauswirth: Hautwiderstandsmessungen und ihre vegetative Bedeutung.** Acta neuroveg. (Wien) 23, 372—380 (1962).

Verf. versucht mit einer Widerstandskapazitätsmeßbrücke die vegetative Reaktionslage zu bestimmen. Die Messungen werden an den Händen und am Nacken vorgenommen vor und nach intravenöser Applikation von bestimmten Medikamenten. Diese Untersuchungen werden mit der vom Verf. angegebenen Reaktometrie kombiniert und sollen Auskunft über die vegetative Konstitution des Kranken geben. Ein gezielter medikamentöser Eingriff z. B. bei einer vegetativen Dystonie, die nach SCHELLONG eine „sinnlose und nicht adäquate“ Funktionslage darstellt, ist nur möglich, wenn die vegetative Momentanlage vorher erkannt ist, und dazu sollen die angegebenen Untersuchungen helfen.

E. BORN (Köln)

**Curt Panick: Bundesseuchengesetz und Leistungspflicht in der sozialen Krankenversicherung.** Med. Sachverständige 58, 205—206 (1962).

Das bisher gültige Reichsseuchengesetz und die Verordnung zur Bekämpfung übertragbarer Krankheiten enthielten keine Bestimmungen über die Entschädigung derjenigen, die nach den

Bestimmungen des Gesetzes an ihrer üblichen Tätigkeit verhindert wurden. Es wurde versucht, die Kosten gegebenenfalls auf die Krankenversicherung abzuwälzen. Das neue Bundesseuchengesetz vom 18. 7. 61 enthält genaue Definitionen über die Begriffe „krank, krankheitsverdächtig, ansteckungsverdächtig, Ausscheider, ausscheidungsverdächtig“. Das Gesetz sieht vor, daß Personen, die aus diesen Gründen ihre Arbeit nicht fortsetzen konnten, auf Antrag vom Staat eine Entschädigung in Geld erhalten können. B. MUELLER (Heidelberg)

**Ernst Meier: Die Ursachen der Sterbefälle von Kleinkindern, Schulkindern und Jugendlichen im Bundesgebiet 1952—1959.** Bundesgesundheitsblatt 5, 281—289 (1962).

Verf. war wissenschaftlicher Rat im Bundesgesundheitsamt, das sich damals noch in Koblenz befand. Die Arbeit bringt interessante statistische Aufschlüsselungen. Aus den Ergebnissen sei erwähnt, daß sich die Sterbeziffern der Infektionskrankheiten, insbesondere der Tuberkulose und Diphtherie vermindert haben, auch Todesfälle an Blinddarmentzündungen und Erkrankungen des Kreislaufsystems. Etwas höher ist die Sterblichkeit an Leukämie und sogar Krebs geworden. Die Verluste durch Mißbildungen wurden etwas größer. Angestiegen sind die Unfälle, ganz besonders die Verkehrsunfälle. Der Anteil der Selbstmorde in der Altersklasse 15—20 Jahre betrug 10,09 auf Hunderttausend, an der Spitze steht das Erhängen mit 3,23 auf Hunderttausend. B. MUELLER (Heidelberg)

**William R. Roalfe: John Henry Wigmore, scholar and reformer.** J. crim. Law Pol. Sci. 53, 277—300 (1962).

**Gavin Thurston: The coroner's limitations.** Med.-leg. J. (Camb.) 30, 110—121 (1962).

**Harald Gormsen: Some aspects of forensic medicine in Scandinavia.** Med. Sci. Law 2, 274—283 (1962).

**T. G. Schwär: A guide for filing medico-legal necropsy data.** [Gov. Path. Labor., Cape Town, and Dept. of Forensic Med., Univ., Stellenbosch.] J. forens. Med. 9, 61—71 (1962).

**Herman D. Jones: Medicolegal disinterments.** (Forensische Exhumierungen.) [Crime Labor. of State of Georgia, Atlanta.] [14. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, 24. II. 1962.] J. forens. Sci. 7, 363—370 (1962).

Am Beispiel zweier einschlägiger Fälle werden die für forensische Exhumierungen notwendigen Voraussetzungen bzw. Bedingungen (Beachtung und Beschaffung von gesetzlich erforderlichen Vorschriften, Herstellung von Fotoaufnahmen zum Zwecke der Identitätssicherung, sorgfältige Aufbewahrung der Beweisstücke und eingehende Protokollierung der Befunde) diskutiert.

E. STICHNOTH (Münster i. Westf.)

**F. Schleyer: Gerichtsärztliche Bemerkungen zu dem deutschen Leichenschauschein.** [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] Öff. Gesundh.-Dienst 24, 278—280 (1962).

Wie auch schon früher üblich, wurde 1955 beim Entwurf eines den Empfehlungen der WHO angepaßten Leichenschau Scheines kein Gerichtsmediziner zu Rate gezogen. Dementsprechend sind die Ausführungen über nicht natürliche Todesursachen oder Unglücksfälle nicht deutlich genug herausgearbeitet, sogar eine gewissenhafte Ausfüllung des Scheines läßt für die Statistik der Auswertung zahlreiche Zweifel offen. Die Diagnosenstellungen, die beispielhaft angeboten werden, sind viel zu allgemein, zum Teil pathophysiologisch nicht haltbar, da sie überhaupt nichts aussagen. Daß Kombinationsmöglichkeiten von Todesarten das Bild des Endzustandes verdeutlichen würden, bleibt unberücksichtigt. Die Rubrik „Gewalteinwirkung“ ist durch Beispiele unzulänglich erläutert und verleitet zu Irreführungen. Daß die Leichenschau an einem entkleideten Leichnam durchzuführen ist, wird „natürlich“ nicht gefordert. Verf. rügt mit Recht diese Oberflächlichkeiten und nennt die Verbesserungsvorschläge ebenfalls zu Recht Mindestbedingungen für die Aufdeckung gewaltsamer Todesarten. BOSCH (Heidelberg)

**F. Rath: Die rechtliche Beurteilung der Erstattung von Gutachten.** Med. Klin. 58, 227—228 (1963).

**Fritz Schwarz: Die sozialmedizinische Bedeutung des außergewöhnlichen Todesfalles.** [Inst. f. gerichtl. Med., Zürich.] Schweiz. Z. Sozialvers. 5, 17 (1961).

In diesem lesenswerten Überblick versteht Verf. unter außergewöhnlichen Todesfällen die gewaltsamen Todesfälle und die unerwarteten Todesfälle aus natürlicher Ursache. Der Anteil der Selbstmorde im Kanton Zürich liegt ziemlich konstant bei 2%, während der Anteil der Verkehrsunfälle von den Jahren 1920—1929 von 0,92% bis zu dem Jahre 1950—1959 auf 2,23% angestiegen ist. Alte Menschen sind mehr selbstmordgefährdet als junge. Eine Selbstmordprophylaxe soll sich insbesondere der alten Menschen annehmen. Nach Meinung von Verf. sind die üblichen Meldungen über Verkehrsunfälle nicht angebracht; man sollte in der Meldung etwas über die Ursache anführen und auch mitteilen, ob Sicherheitsgurte vorhanden waren oder nicht. 15% der tödlichen Straßenverkehrsunfälle sind auf Alkoholgenuß zurückzuführen. Auch auf die Jauchegas-Vergiftung wird hingewiesen. Elektro-Todesfälle durch Niederspannung sind manchmal sehr schwer zu erklären. 30% der Bade-Todesfälle beziehen sich auf Schwimmer, 45% auf Nichtschwimmer bzw. schlechte Schwimmer. Hinweis auf das Selbsterhängen von Kindern im Bettchen oder Stubenwagen. Mitteilungen darüber, ein Kind sei unter Kissen oder Betten erstickt, müssen mit großer Kritik beurteilt werden; es handelt sich vielfach um krankhafte Störungen mit dürftigem Sektionsbefund; Hinweis auf Störungen des Elektrolythaushaltes.

B. MUELLER (Heidelberg)

**José García-Andrade-Fernández: Instintopatía y suicidio.** (Instinktopathie und Selbstmord.) Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.) Nr 27/28, 212—230 (1962).

KRAUS' Lokalisation der tiefen Persönlichkeit im Diencephalon hält Verf. für durchaus richtig; er ist in Ibiza, einer der Balearischen Inseln von 572 qkm Oberfläche, tätig, welche die höchste Selbstmordstatistik in Spanien aufweist, nämlich 15,5 pro 100000 Einwohner. Solche Selbstmorde erfolgen in 42% durch Aufhängen, in 27% durch Gift, in 11% durch Ertrinken, in 8% durch Feuer und ebenso durch eine blanke Waffe und in 4% durch Sturz. Es gibt auf der Insel nur eine Stadt: die Hauptstadt; sonst wohnt die Bevölkerung in Bauernhöfen verteilt, sie war bis vor kurzem und sie ist zum großen Teil heute noch sehr in sich verschlossen. Die Zahl der Alkoholiker und der Ehen unter Verwandten ist hoch, daher eine belastete Heredität. Angehörige eines Selbstmörders sagen oft: „Er trug es im Blute“. Verf. deutet diese üble Neigung derart, daß eine krankhafte Veränderung im Diencephalon die Lebens- und Fortpflanzungsinstinkte herabsetzt. Die Heredität und die vereinsamte Lebensweise setzen bei zahlreichen dieser Encephalopathen die corticale Hemmung soweit herab, daß die selbstzerstörende Tat zustande kommt; das ganze nennt er Instinktopathie. Das religiöse Bekenntnis verhindert Selbstmord nicht von sich aus, sondern so daß es ein engeres Zusammenleben und Zusammenhalten der Gemeinde fördert. Selbstmord ist unter Anhängern solcher Konfessionen häufiger, in denen nur ein lockeres Zusammenleben üblich ist. In dem durchaus katholischen Lande ist die zerstreute Lebensweise die Ursache geringer ausgebildeten sozialen Lebens. Selbstmord von Fanatikern aus religiösem Grund vergleicht Verf. mit der religiösen Keuschheit. Aus diesem Verhältnis leitet er seine Meinung des Zusammenleidens beider Instinkte aus ein und derselben Ursache ab. Zahlreiche psychische und materielle Gründe verursachen eine Neigung zum Selbstmord. Zur Entstehung des Selbstmordes trägt nach Meinung des Verf. eine Störung im Diencephalon bei. Von seinen 26 Fällen blieben 7 beim Versuch. Von den 19 Todesfällen fallen 15 auf Männer und 4 auf Frauen, die 7 Versuche auf 2 Männer und 5 Frauen. In den allermeisten Fällen war eine sexuelle Unzufriedenheit festzustellen.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

**Gregorio Nieto y Nieto: Sobre las adherencias meningeas.** (Über meningeale Adhäsionen.) Lassen sich Anhaltspunkte dafür gewinnen, daß die bei der Autopsie von Selbstmördern nicht selten zu beobachtenden frontoparietalen Adhäsionen der weichen oder der harten Hirnhaut, bei dem Entschluß zum Selbstmord eine Rolle spielen? Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.) Nr 29/30, 387—394 (1961).

Verf. beobachtete bei den Obduktionen von Selbstmördern in 35 Fällen frontoparietale Adhäsionen der weichen oder harten Hirnhaut und stellt die Frage zur Diskussion, ob diese Befunde zufällig sind, oder eine Beziehung zum Selbstmord haben. Verf. hält es für möglich, daß die Adhäsionen psychische Veränderungen herbeiführen, die den Betroffenen zum Suicid veranlassen können, wobei er auf die Symptomatologie der Pachymeningitis interna (Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit, später Somnolenz, Aktivitätshemmung, Sprachverlang-

samung, Gangstörungen, Lähmungen, Sensibilitätsstörungen, Nystagmus, Miosis gefolgt von Mydriasis, Papillenödem, Bradykardie usw.) hinweist, die gewisse Parallelen zu der der Depressionen besitzt.

SACHS (Kiel)

**Karl Lous: Rehabilitationsprozeß um einen Selbstmord.** Nord. kriminaltekn. T. 32, 25—34 (1962) [Norwegisch].

**Antonio Rizzuto: Su un caso di autolesionismo in omicida.** (Über Selbstverletzungen bei einem Mörder.) [Ist. Med. Leg. e Assicuarez., Univ., Palermo.] [Bologna, 13. bis 15. X. 1960.] Atti 17 Congr. naz. Soc. ital. Med. leg. Assicuraz. (Med. leg. (Genova) 9, Nr 1—2) 1961, 513—522.

Ein des Mordes bezichtigter Täter brachte sich nach dem Delikt eine Reihe von Verletzungen im Gesicht, am Rumpf und an den Händen bei. Letztere waren so raffiniert mit einem Messer gesetzt worden, daß sie als Abwehrverletzungen imponierten und die Einlassungen des Täters — in Notwehr gehandelt zu haben — zunächst stützten, bis die Überführung und das Geständnis erfolgten.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**F. Batsch: Verkehrsmedizinische Forderungen für die Innengestaltung von Straßenbahnen, Omnibussen und Personenkraftwagen.** [2. Tag., Med. Dienst. d. Verkehrswes. u. 9. Tag., Bahnärzte, Leipzig, 31. V.—2. VI. 1962.] Verkehrsmedizin 9, 449—464 (1962).

**Eberhard Kaiser: Folgerungen aus den Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts zu den verkehrsrechtlichen Strafbestimmungen.** Neue jur. Wschr. 15, 1703—1705 (1962).

Es war zu erwarten, daß die Entscheidungen des Bundesverfassungsgerichts über die Verfassungswidrigkeit der §§ 71 StVZO, 49 StVO und die Verfassungsmäßigkeit des § 21 StVG eine Fülle von Zweifelsfragen aufwerfen würden. Es liegen auch bereits eine Reihe von Urteilen und Beschlüssen von Gerichten aller Instanzen (außer dem Bundesgerichtshof) zu solchen Fragen vor. Verf. zeigt einige dieser Fragen auf. Am einfachsten steht es mit der Weiterbehandlung anhängiger Verfahren; die Mehrzahl wird inzwischen ohnehin abgeschlossen sein. Hier ist das Verfahren lediglich auf § 21 StVG überzuleiten. Schwierig ist die Beurteilung der Rechtslage bei abgeschlossenen Verfahren; hier herrscht einige Verwirrung, da die bisher veröffentlichten Entscheidungen vielfältig voneinander abweichen. Verf. zeigt einige Möglichkeiten auf, mit denen die Schwierigkeiten nach seiner Auffassung behoben werden können. Er weist mit Recht darauf hin, daß die Rechtsprechung voraussichtlich zunächst uneinheitlich sein werde, so daß es einer höchstrichterlichen Klärung oder einer gesetzlichen Regelung bedarf. KONRAD HÄNDEL

**StVG § 7 Abs. 1 u. 2 (Umfang der Gefährdungshaftung des Kraftfahrzeughalters).** Von der Gefährdungshaftung des Kraftfahrzeughalters sind Schäden nicht ausgenommen, die dadurch entstehen, daß der Fahrer durch den Betrieb des Kraftfahrzeugs einen Menschen vorsätzlich tötet. [BGH, Urt. v. 3. 7. 1962; VI ZR 184/61, Hamburg.] Neue jur. Wschr. 15, 1676—1678 (1962).

Der Halter eines Lkw hatte einen vorbestraften jungen Mann kennengelernt; obwohl er wußte, daß dieser keinen Führerschein besaß, stellte er ihm wissentlich seinen Wagen zur Durchführung eines Einbruchs zur Verfügung. Der Betreffende fuhr mit dem Lkw in die Nähe des Firmenhauses, in das er einsteigen wollte, er fühlte sich jedoch beobachtet und wartete ab. Während er wartete, bestieg ein Polizeibeamter vom Dienst das Trittbrett des Wagens und verlangte durch das heruntergelassene Führerhausfenster die Papiere zu sehen. Der Betreffende erklärte, er habe keine Papiere, fuhr — für den Polizeibeamten überraschend — so schnell wie möglich an, beschleunigte die Fahrt und fuhr Zick-Zack, um zu erreichen, daß der Polizeibeamte herabgeschleudert wurde; schließlich fuhr er gegen einen Betonmast. Der Polizeibeamte wurde durch den Anprall sofort getötet. — Der BGH billigte in diesem Sonderfall, daß der Halter des Fahrzeuges der Witwe des Beamten eine Entschädigung zahlen mußte. Der Täter war wegen Mordes zu einer lebenslangen Zuchthausstrafe verurteilt worden.

B. MÜLLER (Heidelberg)

**Fritz Schwarz: Grundsätzliche Überlegungen zur ärztlichen Begutachtung von Motorfahrzeugführern.** [Gerichtl. Med. Inst., Univ., Zürich.] [47. Jahresvers., Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrkh., Lausanne, 27.—28. X. 1961.] Z. Unfallmed. Berufskr. 55, 142—150 (1960).

Seit über 30 Jahren werden am Institut für gerichtliche Medizin in Zürich vertrauensärztliche Untersuchungen und Begutachtungen von Personen vorgenommen, die einen Fahrausweis erwerben wollen. Nach schweizerischen Gesetzen bzw. Verordnungen ist eine Begutachtung für diejenigen vorgeschrieben, die gewerbsmäßig Personentransporte durchführen oder den Beruf eines Fahrlehrers ausüben wollen. Für alle anderen Personen werden medizinische Untersuchungen nur dann angeordnet, wenn Zweifel über die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen bestehen. — Die wahrheitsgemäße Beantwortung der vorgeschriebenen Fragen, die die subtilsten Bereiche der persönlichen Geheimnissphäre berühren, stellen Arzt und Explorant vor manche Schwierigkeiten, insbesondere deshalb, weil die Gutachten zwangsläufig in die Hände Dritter (Verkehrsbehörde) gelangen. Ein weiteres Problem stellt die Meldung Anfallskranker, Diabetiker, Geisteskranker usw. durch den Arzt mit oder ohne Einwilligung des Exploranten dar. Durch die Art. 320 und 321 Schweizer StGB (Verletzung des Amtsgeheimnisses bzw. ärztliche Schweigepflicht) besteht die Möglichkeit, solche Personen den Behörden zu melden. Verkehrsmedizinisch spielen Krankheiten keine große Rolle. Von den Führerscheintzügen erfolgen nur 2,3% wegen Krankheit oder Gebrechen, dagegen etwa 60% wegen Trunkenheit.

K. WILLNER (Würzburg)

**G. Grimaldi e V. Gramignani: In materia di prove psicotecniche utili nel giudizio per la patente di guida.** (Über nützliche psychotechnische Prüfungen für den Führerschein.) [Ist. di Med. d. Lav., Univ., Messina.] Folia med. (Napoli) 45, 435—442 (1962).

Verf. befassen sich mit den Bestimmungen des § 474 des italienischen Straßenverkehrsgesetzes (regolamento sulla disciplina stradale), nach welchen eine Prüfung der Reaktionszeit „auf einfache und akustische Reize“ als Vorbedingung für die Erlangung des Führerscheins verlangt wird. — Nach Ansicht der Verf. sei dieser einfache Reaktionstest in der jetzigen Ausführung für die Beurteilung der Fahrtüchtigkeit ungeeignet. Die Reaktionszeit ändere sich nämlich erheblich im Laufe des Tages, ferner sei sie abhängig vom Lebensalter, dem allgemeinen körperlichen Befinden und dem Ermüdungszustand, schließlich habe die „Erwartungsspannung“ einen erheblichen Einfluß auf die Prüfungsergebnisse. Verf. heben hervor, wie die Prüfungsumstände eine Polarisierung der Vp. auf einen einzigen Reiztypus bewirken. Im alltäglichen Straßenverkehr sei dagegen der Fahrer mannigfaltigen Reizen gleichzeitig ausgesetzt. Sie schlagen vor, die Prüfung der Reaktionszeit am Fahrpult vorzunehmen, wobei die Vp. von mehreren gleichzeitig auf sie einwirkenden Reizen selektiv nur bestimmte beantworten soll. Es sei außerdem ein stärkerer Ausbau der psychotechnischen Eignungsprüfung erforderlich, der den Anforderungen des modernen Straßenverkehrs besser gerecht werde. Dies könnte z. B. durch zusätzliche Bestimmung der Blendüberempfindlichkeit und der Lärmempfindlichkeit geschehen.

MISSONI (Berlin)

**H. Schober und W. Piepenbrink: Ein neues Sehtestgerät für die Untersuchung von Kraftfahrern.** Zbl. Verkehrs-Med. 8, 78—81 (1962).

Verf. berichten über ein neues Sehtestgerät, das eine Modifikation des bekannten Rodatest-Geräts darstellt. Es soll damit den in der Augenoptik und -heilkunde Ungeschulten eine Möglichkeit gegeben werden, Störungen der zentralen Sehschärfe bei der Untersuchung von Kraftfahrern zu erfassen. Auf eine einfache Handhabung und die Mehrzweckverwendbarkeit wird hingewiesen.

BOHNÉ (Frankfurt a. M.)

**E. Rüegg: Epilepsie und Straßenverkehr.** [Schweiz. Anst. f. Epilept. u. Gerichtl.-Med. Inst., Univ., Zürich.] [47. Jahresvers., Schweiz. Ges. f. Unfallmed. u. Berufskrkh., Lausanne, 27.—28. X. 1961.] Z. Unfallmed. Berufskr. 55, 161—164 (1962)

Unter 30000 auf Fahrtauglichkeit untersuchten Personen fanden sich 1% Anfallsranke. Die Unfallhäufigkeit der Epileptiker scheint hinter den theoretischen Erwartungen zurückzubleiben. Die ärztliche Begutachtung hält sich an drei Grundregeln: I. Ausschluß der Epi-

leptiker vom Beruf des Taxi- und Car-Chauffeurs; 2. drei Jahre Anfallsfreiheit; 3. keine Epilepsiepotentiale im EEG. Zur Erfassung der Epileptiker hält Verf. eine genaue charakterliche und psychologische Überprüfung aller Fühlerscheinbewerber für unabdingbar. K. WILLNER

**P. B. Schneider et A. Siegwart: Psychologie du conducteur. Incidences sur les accidents de la circulation routière.** [Policlin. psychiatr. Univ., Lausanne.] [47. Ass., Soc. Suisse de Méd., Lausanne, 27.—28. X. 1961.] Z. Unfallmed. Berufskr. 55, 150—161 (1962).

Unter der Vielzahl von Faktoren, die zu einem Verkehrsunfall führen, spielt der „menschliche Faktor“ eine wesentliche Rolle. Besondere Aufmerksamkeit ist der Psychopathologie des Durchschnittskraftfahrers zu schenken, besonders dann, wenn er in einen Verkehrsunfall verwickelt war. Dies gilt um so mehr für diejenigen, die bei mehreren Unfällen beteiligt waren, und für den jugendlichen Kraftfahrer. Vorbeugende Maßnahmen durch entsprechende Unterrichtung der Öffentlichkeit unter Mitwirkung interessierter Verbände scheinen, wie amerikanische Beispiele zeigen, gute Erfolge nach sich zu ziehen. Geistes- und Nervenkrankheiten spielen in der Unfallstatistik eine nur untergeordnete Rolle. KURT WILLNER (Würzburg)

**M. Fallani: Considerazioni sopra l'impiego del polmone d'acciaio nei tentativi di rianimazione.** (Betrachtungen über die Anwendung der eisernen Lunge zu Belebungsversuchen.) [Ist. d. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Firenze.] Minerva med.-leg. 82, 249—255 (1962).

Die in den Erste-Hilfe-Stationen der Krankenhäuser immer mehr Verwendung findende eiserne Lunge wird öfters ohne korrekte Indikationsstellung angewandt, wie aus der vom Verf. innerhalb von 10 Jahren zusammengestellten Kasuistik hervorgeht. Die zur gerichtlichen Obduktion gelangten zehn Fälle betrafen drei plötzliche Todesfälle (im Hallenbad, im Laufe einer Penicillinspritze bei einem Tabiker, Pneumothorax), zwei Leuchtgasvergiftungen, zwei Selbstmorde durch Ertrinken bzw. durch Einnahme von Barbituraten, zwei Fälle von Hämothorax durch Sturz aus großer Höhe bzw. durch Verkehrsunfall und einen Fall von Schädelbasisbruch durch Verkehrsunfall. Aus den wiedergegebenen Auszügen der Obduktionsprotokolle gehen offensichtlich die vorwiegend falsche, nur zum Teil auf Grund der unbestimmten Symptomatologie zu rechtfertigende Indikationsstellung und die durch die eiserne Lunge hervorgerufenen Schäden hervor; nur in Fall 1 und 8 (Tod im Hallenbad bzw. Barbituratvergiftung) war die Indikationsstellung korrekt. — Die direkt oder indirekt von der eisernen Lunge verursachten Schäden bestanden aus einem akuten alveolären Emphysem, aus atelektasischen, durch Resorption aus verstopften Bronchien zustande gekommenen Herden und aus einer fast immer von einem ausgeprägten Lungenödem begleiteten Stauungshyperämie der Lungencapillaren. Abschließend weist Verf. auf die Notwendigkeit einer genauen Diagnosestellung vor Anwendung der eisernen Lunge zu Belebungsversuchen hin; sie ist nur bei Stillstand der Lungenventilation und bei neurologisch verursachten Störungen derselben indiziert. G. GROSSER (Padua)

**W. Stoeckel: Der Krankenkraftwagen im Unfallrettungsdienst.** [Bundesschule d. DRK, Bad Godesberg-Mehlem.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 138—140 (1962).

**H. Hoffmann: Anforderungen an den Krankenkraftwagen für den Transport von Patienten mit Erkrankungen der inneren Organe.** [Med. Univ.-Klin., Bonn.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 140—142 (1962).

**E. Friedhoff: Ärztliche Anforderungen an den Krankenkraftwagen aus unfallärztlicher Sicht.** [St. Antonius-Krankenl., Köln-Bayenthal.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 133—138 (1962).

**W. Hügin: Die Wiederbelebung bei akut stillstehendem Kreislauf.** [Anästh.-Abt., Chir. Univ.-Klin., Basel.] [Med. Ges. f. Oberösterreich, Linz, 28.—30. VI. 1962.] Wien. med. Wschr. 112, 813—817 (1962).

Übersicht.

**A. Gresser und H. Schäfer: Ein neuartiger Rettungswagen.** [Chir. Klin., Städt. Krankenh., München r. d. Isar.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 150—156 (1962).

**E. Scharizer: Die Bedeutung der aufgeschobenen Erstversorgung in der Organisation der Unfallchirurgie.** [Oststadt. Klin., Mannheim.] Mschr. Unfallheilk. 65, 298—307 (1962).

**W. Müller-Limmroth: Die Folgen von Arbeit und Ermüdung auf die Verkehrssicherheit.** Therapiewoche 12, 349—351 (1962) u. Naturwiss. Rdsch. 15, 145—148 (1962).

Die Leistungsminderung des Kraftfahrers durch Ermüdung ist ein für die Verkehrssicherheit äußerst wichtiges Problem. Die Ermüdung ist jedoch keine meßbare Größe, so daß die beteiligten Faktoren wie: Muskularbeit, Reflexer müdung, Herabsetzung des Erregungsniveaus und der nervösen Adaptation der Sinnesorgane, die jeweils gemessen werden können, herangezogen werden müssen. — Es wird auf diese vier Komponenten einzeln eingegangen sowie die Möglichkeiten erörtert, durch Erkennung der Belastung Erleichterungen und Verbesserungen zu schaffen, die die Ermüdung beim längeren Fahren vermindern sollen. Die Muskularbeit beim Führen eines Fahrzeugs setzt sich aus Halte- und Bewegungsarbeit zusammen. Hier kann durch Schaffung bequemer Sitze, optimaler Relationen zwischen Sitzhöhe, Abstand zwischen Lenkrad und Boden, verkürzte Greifwege usw. die erforderliche Energie so niedrig wie möglich gehalten werden. Auch ist eine ausreichende Sauerstoffversorgung wichtig, da eine mangelhafte O<sub>2</sub>-Versorgung zum Milchsäureabbau des Muskelglykogens führt. Insofern hat die Fahrpause ihren Sinn, und mehrere kurze Pausen erscheinen besser als eine längere. Die Reflexfähigkeit des Autofahrers ist in ihrem Ablauf ebenfalls nach längerem Fahren verändert; die These, daß der Eigenreflex unermüdbar sei, trifft in der Praxis keineswegs zu. Die Reflexschwelle erhöht sich, was seine Ursache in einer Herabsetzung der Empfindlichkeit der Muskelspindel hat. Auch erhält das Reflexsteuerungssystem bei Ermüdung hemmende Erregungen aus Hirnrinde, Kleinhirn, Striatum und Formatio reticularis. Besonders das Erregungsniveau des Corpus striatum ist von plötzlichen Sinnesreizungen abhängig, die weckend wirken, wodurch die ermüdende Wirkung von schlechter Luft (Geruch) und monotonem Motorgeräusch (Gehör) erklärt wird. Autoradio und häufiges Öffnen der Fenster werden empfohlen. Das Auge insbesondere ist noch durch das Hell-Dunkelsehen beansprucht, die Adaptation ist ebenfalls nervös bedingt. Ein neues Mittel, das „Adaptinol“ ist im Handel, es verbessert die Tätigkeit der Zapfen. — Zusammenfassend kann gesagt werden, daß der somatische Anteil der Ermüdung im Verkehr bisher noch sehr wenig erforscht ist; er kann selbstverständlich individuell erheblich schwanken, doch sollte der Wunsch nach Erhöhung der Sicherheit im Straßenverkehr weitere Untersuchungen anregen. KOCH<sup>o</sup>

**K. Luff: Das Ausmaß der psychischen Belastung im Straßenverkehr.** [Inst. f. gerichtl. u. soz. Med., Univ., Frankfurt a. M.] Therapiewoche 12, 352—354 (1962).

Die Grundstellung des Menschen zu seiner Umwelt ist neben dem Bewußtseinsaufwand für die Belastung durch das Kraftfahrzeug entscheidend. Der ängstliche, wenig geübte Fahrer verzehrt sich bei der Auseinandersetzung mit inneren und äußeren Schwierigkeiten der Verkehrssituation, während der besonnene, ruhig, gelassen und überlegen Fahrende ohne besondere seelisch-geistige Anpassung jeder Verkehrslage gewachsen erscheint. Zwischen diesen beiden extremer Verkehrsbewältigern gibt es alle fließenden Übergänge. Immerhin bedingt auch eine sog. Normalbelastung der Aufmerksamkeit einen allmählichen Abbau der Konzentrationsenergie, so daß auch bei geübten und leistungsfähigen Fahrern nicht ständig lageentsprechende Einstellung von Bewußtsein und Vegetativum gewährleistet sein kann, dessen Beeinflussbarkeit von der Umwelt und ihnen selbst abhängt. Die individuelle Belastungsdisposition hängt von der Persönlichkeitsstruktur ab, und ist daher unveränderlich. Die stets wechselnde Verkehrslage muß cortical verarbeitet werden, sie muß durch erhöhten Bewußtseinsaufwand kompensiert werden, der beim Anfänger, bei mangelnder Fahrpraxis schnell zur Erschöpfung führt, bei hohen Anforderungen im Verkehrsgeschehen reizbar und rücksichtslos macht. G. BLOCH<sup>o</sup>

**H. Hoffmann: Experimentelle Untersuchungen des Kreislaufverhaltens von Kraftfahrzeugführern.** [Med. Univ.-Klin., Bonn-Venusberg.] Therapiewoche 12, 355—357 (1962).

Die Mitteilungen über plötzliches Kreislaufversagen oder sogar Herzinfarkte am Steuer mit nachfolgendem Verkehrsunfall häufen sich. Für die Beurteilung der Fahrtauglichkeit kommt den Befunden am Herz-Kreislaufsystem große Bedeutung zu. Nachdem sich gezeigt hat, daß klinische Untersuchungen bei Kreislaufkranken zwar wertvolle Hinweise auf den möglichen Gefährdungsgrad kranker Kraftfahrer geben können, aber keinen sicheren Aufschluß über die Tauglichkeit

zum Führen eines Kraftfahrzeuges erlauben, hat der Verf. mit seinen Mitarbeitern eine Methode zur Untersuchung der Herz-Kreislaufverhältnisse in echter Fahrsituation entwickelt. Es wurden fortlaufend drei EKG-Ableitungen, die Pulsfrequenz und intermittierend der Blutdruck registriert, indem die beim Kraftfahrer auftretenden Aktionspotentiale auf dem Funkwege aus dem Kraftfahrzeug in die Klinik übertragen und dort simultan aufgeschrieben bzw. auf einem Oscillographen sichtbar gemacht werden. Gleichzeitig erfolgte eine fortlaufende Schilderung der Verkehrssituation, die mit den biologischen und technischen Meßwerten im Magnettonverfahren simultan aufgezeichnet und später in zeitlicher Zuordnung zwischen Verkehrssituation einerseits und Änderung der Kreislaufgrößen andererseits kontrolliert wurden. — Inzwischen verfügt der Verf. über 350 Einzeluntersuchungen. Die Beobachtung von pathologischen Werten bei Stunden war meist an Dauerbelastungen wie Langstreckenfahren usw. gebunden, während bei Kreislaufkranken je nach besonderer Art der Erkrankung durch die auftretende Blutdrucksteigerung, Pulsfrequenzerhöhung und elektrokardiographisch nachweisbarem O<sub>2</sub>-Mangel des Herzmuskels besondere Gefährdungen nachweisbar waren. — Bei einem Vergleich der üblichen klinischen Untersuchung zur Beurteilung von Kreislaufkranken auf Verkehrstüchtigkeit mit der vom Verf. verwandten Methode zeigte sich, daß unter Fahrbedingungen mitunter Überraschungen auftreten können, die bisher nicht erfaßbar waren.

WELLER (Freiburg)<sup>oo</sup>

**H. Bohnenkamp: Verkehrssicherheit und praktischer Arzt. (Diskussion zum Thema.)** Therapiewoche 12, 357 (1962).

1960 fielen dem Straßenverkehr 1418 Menschen zum Opfer. Bei 83,8% aller Unfälle war menschliches Versagen die Ursache. Deshalb sollte als Voraussetzung für jede Neuaneignung eines Führerscheins eine ärztliche Untersuchung gefordert werden.

MÜLLER (Kronach)<sup>oo</sup>

**E. von der Trappen: Die „Längsanordnung“ von Leuchtstofflampen.** Zbl. Verkehrs-Med. 5, 81—96 (1962).

Berichtet wird über verschiedenartige Straßenbeleuchtungssysteme, die zur Besserung der Sichtverhältnisse und Minderung der Blendgefahr beitragen sollen. Verf. zeigt an Hand von praktischen Beispielen, daß, von lichttechnischen Gesichtspunkten aus beurteilt, die „Queranordnung“ gegenüber der „Längsanordnung“ von modernen Leuchtstofflampen überwiegende Vorteile besitzt. Es wird jedoch darauf hingewiesen, daß der Planende die unterschiedlichen örtlichen Gegebenheiten berücksichtigen muß.

BOHNÉ (Frankfurt a. M.)

**Shigetaro Kamiyama: The injury and the type of the causative instruments. Automobile injuries II. Wheel injuries 2.** (Die Verletzungen und der Typ des verursachenden Instrumentes. Automobilverletzungen.) [Dept. of Leg. Med. Chiba Univ., Chiba.] Acta Crim. Med. leg. jap. 28, 26—30 mit engl. Zus.fass. (1962) [Japanisch].

Es wird auf schnittartige Hautwunden der Inguinalregion hingewiesen als charakteristische Verletzung beim Überfahrenwerden. Die Unterschiede zur Schnittverletzung werden erörtert, auf die Häufigkeit eines Decollements bezogen. Bisher (auch bei uns!, Ref.) scheint die geformate Durchspießungsverletzung durch die Spina il. ant. superior weniger beachtet worden zu sein.

H. KLEIN (Heidelberg)

**S. Berg und G. Stumpf: Klärung eines Verkehrsunfalles durch Exhumierung und Analyse der Knochenverletzungen 1/2 Jahr nach dem Tod.** [Bayer. Landeskriminalamt, München.] Arch. Kriminol. 129, 144—153 (1962).

Die Exhumierung wurde erforderlich, nachdem die medizinischen Feststellungen im Anschluß an den Unfall unzulänglich gewesen waren, weil man auf eine Sektion verzichtet hatte: Fußgänger war von alkoholisiertem Pkw-Fahrer angefahren worden, der die Erkennung des Fußgängers bestritt und ein Hineinlaufen von rechts nach links ins Fahrzeug behauptete. Der Chirurg hatte an dem sterbend eingelieferten Fußgänger auf der Vorderseite des linken Unterschenkels in Frakturhöhe eine Hautverletzung beobachtet und gefolgert, der Fußgänger sei seitlich oder von vorne, nicht aber von hinten angefahren worden. Bei der 1/2 Jahr später durchgeführten Exhumierung sollten sich schöne Befunde ergeben: Die Leiche war noch so gut erhalten, daß die Todesursache festgestellt werden konnte. Bemerkenswert ist das Ergebnis der präparativen Analyse der Knochenverletzungen: An der Frakturstelle der linken Tibia und im unteren Bereich des Stückbruchs der Fibula bestanden Biegungsbrüche mit dreieckig-keilförmigem Ausbruch. Die Basis der Dreiecke lag hinten, ihre Spitze zeigte nach vorne. Da nach der Lehre von der

Mechanik der Knochenbrüche feststeht, daß im Falle eines umschriebenen kantenförmigen Angriffspunkts quer zur Längsachse des Knochens die Spitze des Dreiecks die Richtung der Gewalt einwirkung bezeichnet, war zu folgern, daß die Stoßrichtung von hinten nach vorne erfolgt sein mußte. Dementsprechend zeigte das rechte Schulterblatt einen grubenförmig angelegten Splitterungsbereich, an dem die Bruchlinien des abgetrennten Schulter- und Rabenschnabelfortsatzes mit dem senkrechten Bruchsystem in einem Punkt zusammentrafen, so daß wiederum ein heftiger Stoß von hinten (bei Aufschlag des über den Kühler gehobenen Rumpfes an die Oberkante der Karosserie) anzunehmen war. Schließlich ließ sich nachweisen, daß nach Abgleiten des Körpers über die rechte Fahrzeugseite die Knöchelpartie des linken Beins noch vom Hinterrad des Pkw überrollt worden war, kenntlich an einem dorsallateralen Kompressionsbruch der linken unteren Tibia mit seitlicher Zusammenpressung der Knöchelgegend. Als Nebenbefund ergab sich am Übergang der Stirnnaht in die linke Schläfenschuppe ein alter Bruchspalt mit eingehielten Haaren als Restzustand einer 1 Jahr früher erlittenen Schädelverletzung.

RAUSCHKE (Stuttgart)

**H. Karplus: Running-over. Traffic accidents. A critical review.** (Straßenunfälle durch Überfahren.) [Leopold Greenberg Inst. of Forensic. Med., Abu Kabir-Jaffa.] *J. forens. Med.* 9, 72—75 (1962).

Es handelt sich um ein Referat über die Monographie von B. NUSSBAUMER: Die Überfahung im Rahmen des Straßenverkehrsunfalles [s. diese Z. 51, 633 (1961)]. B. MUELLER (Heidelberg)

### Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

**E. Façon, B. Schwarz und S. Ionescu: Das Spontanhämatom des Hirnstamms.** [II. Neurol. Klin., Krankenh. Gh. Marinescu, Bukarest.] *Wien. klin. Wschr.* 74, 655—658 (1962).

Spontane Blutungen im Hirnstamm sind selten. Unter 700 Apoplexien im Verlauf von 3 Jahren waren 48 spontane Hämatome und von diesen nur drei im Hirnstamm lokalisiert. Diese drei Fälle werden ausführlich in bezug auf Krankengeschichte, Untersuchungsergebnisse und Obduktionsbefunde beschrieben. Bei dem einen handelt es sich um eine Blutung in die Brücke, bei den zwei anderen um Blutungen in die Hirnschenkel. Die Seltenheit der spontanen Hirnstammblutungen beruht auf der Struktur des Nervenparenchyms und der besonderen Gefäßarchitektur in dieser Gegend: die Fasern im Hirnstamm verlaufen im Gegensatz zu den Fasern der weißen Substanz nur in einer Ebene. Die Möglichkeit der „Aufspaltung“ der grauen Substanz und des Eindringens von Blut sind infolgedessen nur in dieser einen Ebene gegeben. Auch ist die graue Substanz viel dichter und deshalb widerstandsfähiger als die weiße. Das kleine Kaliber der Gefäße ist ein weiterer Grund für die Seltenheit der Hirnstammblutungen. — Verf. bemerken zwar, daß Mißbildungen wie Angiome und Aneurysmen verhältnismäßig häufig im Hirnstamm zu finden sind, doch ist in keinem ihrer beschriebenen Fälle über eine mikroskopische Untersuchung berichtet!

WERNER U. SPITZ (Berlin)

**J. Escolá: Die Gewebsveränderungen bei Thrombosen der Sinus und cerebralen Venen.** [Neuropath. Abt., Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiat., Max-Planck-Inst., München.] *Arch. Psychiat. Nervenkr.* 203, 342—357 (1962).

Es wird über die makroskopischen und histologischen Hirnbefunde von 17 Fällen mit Thrombosen des cerebralen venösen Systems berichtet. — Als Ursache für die Entstehung der fast nur im Kopfbereich aufgetretenen Thrombosen werden angeführt: Marasmus, Puerperium, Mittelohr- eiterung, stumpfe Schädeltraumen und parenchymatöse Hirnblutungen. — 15mal war der Sinus sagittalis superior thrombosiert; häufig waren mehrere Sinus gleichzeitig betroffen. Für die Auswirkung auf die Hirnsubstanz war eine Mischung der auf Schrankenstörung und Hypoxydose beruhenden Gewebsschäden charakteristisch. In den leichteren Fällen fanden sich „plasmatische Infiltrationsnekrosen“ besonders in der Hirnrinde; bei schweren Schäden kam es mehr zu hämorrhagischen Nekrosen in der weißen Substanz. Die hypoxischen Veränderungen betrafen vorwiegend die Molekularschicht der Hirnrinde. — Im einzelnen wird die Morphologie der Hirnschäden ausführlich geschildert und anhand des einschlägigen Schrifttums besprochen.

W. JANSSEN (Heidelberg)