

Referate

Allgemeines einschließlich Verkehrsmedizin

● **Wolfgang H. Veil: Goethe als Patient.** Mit einem Vorwort von ROBERT HERRLINGER. 3., unveränd. Aufl. (Medizin in Geschichte u. Kultur. Hrsg. von R. HERRLINGER u. K. E. ROTHSCHUH. Bd. 3.) Stuttgart: Gustav Fischer 1963. 286 S., 1 Abb. u. 3 Taf. DM 18.—.

● **Werner Kollath: Zivilisationsbedingte Krankheiten und Todesursachen.** Ein medizinisches und politisches Problem. 2. verb. Aufl. Ulm/Donau: Karl F. Haug 1962. 323 S., 39 Abb. u. 11 Tab. Geb. DM 19.60

Über die erste Auflage dieses Buches wurde in dieser Zeitschrift 47, 81 (1958) referiert. In der gegenwärtig vorliegenden 2. Auflage hebt Verf. den Begriff der politischen Hygiene hervor; er meint damit die Beziehung zwischen Volksgesundheit und akuten Fragen der Gesetzgebung. Zum Teil mit Recht wirft er dem Staat vor, sich um diese Frage nicht hinreichend gekümmert zu haben, so z. B. um die Kontrolle der Lebensmittel, den Straßenbau, auch die Vorsorgeuntersuchungen werden erwähnt. In diesem Zusammenhange beschreibt Verf. das sog. Peckham-Experiment in London, das in den Jahren 1926—1943 durchgeführt wurde; in dem Londoner Vorort Peckham wurden Vorsorgeuntersuchungen durchgeführt, die Untersuchten fühlten sich gesund, es stellte sich aber heraus, daß nur 14% der Männer und 4% der Frauen wirklich gesund waren. Die anderen wollten offenbar nicht krank sein. (Man wird abwarten müssen, ob ähnliche Untersuchungen in der Zukunft das gleiche Resultat ergeben werden, Ref.) Das Buch streift den Verkehrstod, es bringt interessante Statistiken, es geht auf die Managerkrankheit ein, wobei hervorgehoben wird, daß die Sterblichkeit von Männern in verantwortlichen Stellungen größer ist als bei der übrigen Bevölkerung; eindrucksvolle Belege werden gebracht. Bezüglich der Blutalkoholfrage verharret Verf. auf seiner ablehnenden Stellungnahme, die auch in dieser Auflage nicht begründet wird. — Das Buch ist so geschrieben, daß es auch für den Laien verständlich ist. Es wird jedem Leser, sowohl dem Arzt als auch dem Nichtarzt, interessante Anregung bieten, unabhängig davon, ob der Leser dieser oder jener Einzelheit zustimmt. B. MUELLER

● **Praxis der Pockenbekämpfung.** Sammlung von Vorträgen und Diskussionsbemerkungen. Hrsg. von W. ANDERS und P. V. LUNDT. (Abh. a. d. Bundesgesundheitsamt. H. 7.) Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. V, 146 S., 15 Abb. u. 9 Tab. DM 26.60.

● **Waldemar Weimann und Otto Prokop: Atlas der gerichtlichen Medizin.** Berlin: Vlg. Volk u. Gesundheit 1963. XII, 823 S. u. etwa 2000 Abb. Geb. DM 145.—.

Es ist nicht nur „möglich, daß ein gerichtlich-medizinischer Bildatlas den Charakter des Sensationellen erhält“, wie im Klappentext des Buches gesagt wird, sondern das ist unvermeidlich für jeden Leser mit Ausnahme des Fachfahrenen; für diesen trifft dann allerdings die andere Erfolgsprognose der Autoren zu: er wird bestätigt finden, daß er die meisten seiner „Fälle“ in die Typen einordnen kann, die hier in nicht mehr zu überbietender Fülle dargestellt sind. Das Anliegen der Autoren, durch die Gleichförmigkeit der Spuren auch auf die Gleichförmigkeit der Tatverläufe hinzulenken, ist als wissenschaftlich berechtigt und als gelungen zu bezeichnen. Man mag über einen solchen Atlas, der keinen gleichwertigen Vorgänger hat und so schnell keinen Nachfolger finden wird, denken wie man will: das gesammelte Material ist einmalig, die Reproduktionen sind im allgemeinen befriedigend. Neben der gewaltigen Arbeit gehörte auch wohl Mut zu diesem Buch: mancher, der es selbst vielleicht nicht geschrieben hätte und das vielleicht auch zum Ausdruck bringt, wird froh sein, daß es jetzt vorhanden ist. Es gehört in die Bibliothek der gerichtlich-medizinisch tätigen Ärzte und aller Dienststellen, die mit Todesermittlungssachen befaßt sind. ELBEL (Bonn)

● **Kurt Jessnitzer: Der gerichtliche Sachverständige.** Ein Handbuch für die Praxis. Köln-Berlin-Bonn-München: Carl Heymanns 1963. XVI, 242 S. Geb. DM 29.60.

Das vorliegende Buch erscheint erstmals und füllt sicher eine bedeutende Lücke. Verf. hat sich in dankenswerter Weise der Mühe unterzogen, das in viele Rechtsgebiete hineinreichende Recht des gerichtlichen Sachverständigen übersichtlich gegliedert darzustellen. Der als Sachverständiger tätige Arzt wird auf zahlreiche Fragen, die im Zusammenhang mit seiner Tätigkeit auftauchen, Antwort erhalten. Auch nicht ganz naheliegende Probleme im Zusammenhang mit dem Sachverständigenrecht sind dargestellt. Der Text ist in 22 Abschnitte unterteilt, von denen jeder wieder aus einzelnen Kapiteln besteht. Ein übersichtliches Inhaltsverzeichnis am Anfang erleichtert das Nachschlagen. Breit dargestellt in einem Abschnitt finden sich Fragen im Zusammenhang mit der Entschädigung der Sachverständigen. Das Buch kann auch als Kommentar zu den gesetzlichen Bestimmungen des Sachverständigenrechts Verwendung finden, da die entsprechenden Vorschriften im Gesetzesanhang abgedruckt sind und bei den einzelnen Paragraphen auf die diesbezüglichen Stellen des Buches verwiesen wird.

SPANN (München)

● **Károly Balogh, László Molnár, Dénes Sehranz und György Huszár: Gerostomatologie.** (Übersetz. von R. REHÁK u. K. REIMHOLZ.) Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1962. 311 S., 197 Abb. u. 32 Tab. Geb. DM 37.—

Die stomatologische Altersforschung ist eine neue Disziplin als Folge der Zunahme der menschlichen Lebenserwartung und hat zur Folge, daß sich nicht nur der Arzt sondern auch der Zahnarzt mit den Problemen der Gerontologie bzw. Geriatrie zu beschäftigen hat, wenigstens so weit sie den Zahn-, Mund- und Kieferbereich betreffen. Mit Erfahrungen an über 1500 Patienten wird in sieben Kapiteln ausführlich Altersanatomie und Altersphysiologie des Kauapparates, konservierende Behandlungen, Mundchirurgie und Prothetik beim alternden Menschen sowie die senilen Parodontopathien besprochen. — Durch die Tatsache, daß einer der vier Verfasser Vorstand der Abteilung für gerichtliche Stomatologie ist, gewinnt die Feststellung an Bedeutung, daß Gebiß und Kauapparat nicht immer gleichsinnig mit dem Individuum altern, sondern oft wesentliche Unterschiede zwischen dem biologischen Alter und dem Zustand bzw. Verfall des Gebisses bestehen. Da die Gerostomatologie in erster Linie als Disziplin der Stomatologie und nicht als Spezialfach der Gerontologie gelten will, werden dem Zahnarzt manche wertvolle Anregungen sowohl für die Prophylaxe als auch für die Therapie des Altersgebisses vermittelt. — Für den Gerichtsarzt sind die Kapitel über die senile Osteoporose, Zahnfarbe und Transparenzgrad der Zahnwurzeln, Einengung des Pulpencavums, Kalkgehalt der Zähne, Dermatisation des Lippenrotes, Abrasion der Zähne und Beurteilung des Kauvermögens in Prozenten von besonderem Interesse. Es wird auch zur Problematik der Kunstfehler in der Alterschirurgie Stellung genommen.

BREITENECKER (Wien)

● **Dieter Britten: Vergleichende Untersuchungen über den Einfluß einiger verkehrsmedizinisch wichtiger Medikamente auf die psychomotorische Leistungsbereitschaft.** (Dtsche Versuchsanst. f. Luft- u. Raumfahrt e.V. Ber. Nr. 231.) Köln: Vereinigte Univ.- u. Fachbuchhandl. in Komm. 1962. 39 S., 17 Abb. u. 15 Tab.

Untersuchungen wurden mit folgenden Medikamenten durchgeführt: Bonamine, Rodavan, Tigan (= Trimethobenzamid) von der Gruppe der Antiemetica, ferner Meprobramat und Librium aus der Gruppe des Psychopharmaka, weiterhin Tradon und Pervitin aus der Gruppe der Analeptica und schließlich zum Vergleich noch das Hypnoticum Evipan. Der psychomotorische Leistungswert wurde mit dem Kugeltestgerät nach BRÜNER und DIETMANN ermittelt. Es wurden 28 Personen im Alter von 20—30 Jahren (Geschlecht nicht angegeben) zu den Versuchen herangezogen. Die Medikamente und daneben noch Placebo-Substanzen, wurden jeweils nur in einmaliger Dosis, mit zum Teil verschiedener Höhe bei den einzelnen Mitteln, gegeben. Die Ergebnisse wurden statistisch ausgewertet und der Leistungsindex in minus oder plus Prozent Abweichung vom Normalbereich angegeben. „Unter der Einwirkung von 50 mg Bonamine kam es im Gesamtmittel zu einem Abfall der psychomotorischen Leistungsbereitschaft, der bereits 20 min nach Einnehmen des Medikamentes nachweisbar ist und auch gegen Ende der Untersuchung noch weiterhin andauert.“ Rodavan in einer Menge von 400 mg gegeben, führt zu einem kaum erkennbaren nachteiligen Einfluß auf das Leistungsverhalten. Auch die Dosis von 300 mg Tigan zeigte nur geringfügige Wirkung in dieser Hinsicht. Bei Verabreichung von 1400 mg (!) Meprobramat in einmaliger Dosis kam es zu einem Leistungsabfall, der nach 150 min den tiefsten Wert erreichte. „Gut die Hälfte der Probanden verspürten schon nach 70 min eine beträchtliche Wirkung, die sich in Müdigkeit, Schläfrigkeit, Gleichgültigkeit, Benommenheit und mangelndem Konzentra-

tionsvermögen äußerten“. Bei Verabreichung einer einmaligen Dosis von 1000 mg Meprobramat war der Leistungsabfall nicht mehr ausgeprägt. Zehn Versuchspersonen zeigten in der 70. Minute eine leichte Leistungssteigerung. 300 mg Sedapon verursachte ein Nachlassen der psychomotorischen Leistungsbereitschaft. Der Effekt von 20 mg Librium sei im Gesamtmittel gering. 30 mg Tradon bewirken bei ausgeruhten Personen keine objektiv nachweisbare sichere Steigerung der Leistungsbereitschaft. Nach 750 mg Evipan, „ist die Leistung von der 70.—150. Minute signifikant herabgemindert, während in der 30., 270. und 310. Minute nur ein Hinweis auf Signifikanz besteht“. Das subjektive Befinden der Versuchspersonen wird beschrieben, als „wie nach einigen Gläsern Bier“. Nach 160 min verschwanden diese Erscheinungen langsam. Durch 9 mg bzw. 16 mg Pervitin wurde keine sichere Steigerung der Leistung beobachtet. 9 mg Pervitin zusammen mit 1400 mg Meprobramat ergibt einen „Verlauf der Leistungskurve, der vom Ausgangspunkt kaum abweicht“.

E. BURGER (Heidelberg)

● **E. Peukert und W. Nieschke: Die Beurteilung der körperlichen und geistigen Eignung des Kraftfahrers.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1963. XII, 147 S., DM 13,80.

Die praktische prophylaktische verkehrsmedizinische Arbeit, nämlich die Beurteilung der Fahruntauglichkeit, leidet am Mangel einer auf geistige und körperliche Schäden ausgerichteten Unfallursachenstatistik. Solange man nicht weiß, welche Anforderungen an den Kraftfahrer in körperlicher und geistiger Hinsicht zu stellen sind, besteht die Gefahr, daß durch eindrucksvolle Kasuistik und durch Interessenkonzentration auf bestimmte Funktionskreise eine große Ungleichheit in der Bewertung von Mängeln für die Verkehrstauglichkeit auftritt. In dieser Situation ist es ein bedeutender Fortschritt, wenn die seit Jahren im Medizinisch-psychologischen Institut für Verkehrs- und Betriebssicherheit Köln tätigen Verfasser, PEUKERT als Internist und NIESCHKE als Neurologe und Psychiater, in der vorliegenden Schrift ihre Erfahrungen an 15 000 Verkehrstauglichkeitsuntersuchungen jetzt als — wie sie selbst sagen, vorläufige — Empfehlung vorlegen. Das Buch ist trotz der gedrängten Fassung schlechthin vollständig. Im ersten Teil sind die Rechtsgrundlagen der Eignungsbegutachtung, das Straßenverkehrsrecht, sowie die allgemeinen Hinweise zur verkehrsmedizinischen Untersuchungstätigkeit einschließlich eines Abschnittes über spezielle Fragen der ärztlichen Schweigepflicht zu finden. Der besondere Teil ist nach Krankheitsgruppen geordnet. Es gefällt die Zurückhaltung in der negativen Bewertung krankhafter Befunde und die wiederholt ausgesprochene Forderung nach Würdigung der Gesamtpersönlichkeit. So ist auch ein leichtes Unbehagen der Autoren gegenüber den stark schematisierten Forderungen der Ophthalmologen nicht zu verkennen. Wie zu erwarten, halten diese erfahrenen Experten die Zusammenarbeit des Mediziners mit dem Psychologen für unentbehrlich. Die (nach Meinung des Ref. zu einem guten Teil auf Sachkenntnis und auf Prestige-Gesichtspunkte zurückzuführenden) Zweifel an dem speziellen Aussagewert geeigneter psychologischer Testmethoden werden in dem sehr lesenswerten Schlußabschnitt zerstreut. — Das kleine Buch ist nicht nur empfehlenswert, sondern ausgezeichnet und unentbehrlich für jeden, der Verkehrstauglichkeitsuntersuchungen ausführt und nicht selbst die große Erfahrung der Autoren hat. ELBEL (Bonn)

H. A. Krone: Klinische Untersuchungen zur Ätiologie menschlicher Mißbildungen. [I. Frauenklin., Univ., München.] Dtsch. med. Wschr. 88, 567—572 u. 575—576 (1963).

F. W. Ahnefeld und M. Allgöwer: Der Schock. Entstehung, Verlauf und Therapie. [Chir. Klin., Rätisch. Kantons- u. Reg.-Spit., Chur u. Anästh.-Abt., Chir. Univ.-Klin., Mainz.] Dtsch. med. Wschr. 87, 425—431 (1962).

Wie in der internationalen Nomenklatur üblich, sollte auch in der deutschsprachigen Medizin, besonders in den operativen Disziplinen, das Wort „Schock“ zumindest für alle traumatisch bedingten hypotensiven Kreislaufdysregulationen Verwendung finden. Die Abgrenzung verschiedener Verlaufsfornen und Ursachen des Schocks ist möglich, aber nicht erforderlich, da alle hypotonen Kreislaufveränderungen die gleichen Auswirkungen auf den Organismus zeigen. Die entscheidende meßbare Größe in der Definition des Schocks ist das Stromzeitvolumen, das als venöser Rückstrom, als Herzvolumen oder als Durchblutungsgröße der einzelnen Organe bestimmt werden kann. Bei jedem Schock kommt es, sei es durch Verminderung des intravasalen Volumens, durch neurale, humorale oder toxische Gefäßveränderungen oder durch mangelhafte Herzleistung über die Verminderung des venösen Rückstromes zur Verminderung des Stromzeitvolumens, zur Hypotonie und schließlich bei nichteinsetzender körpereigener oder therapeutischer Kompensation zur Hypoxie der Gewebe mit metabolischen Störungen, die die auslösenden Ursachen noch verstärken. Es kommt den Verf. sehr darauf an, zu zeigen, daß alle hypotonen Kreislauf-

veränderungen die gleichen Auswirkungen auf den Organismus haben, wobei lediglich Dauer und Intensität die Schwere der hämodynamischen und metabolischen Störungen bestimmen. Wenn die verschiedenen Fachdisziplinen sich endlich auf diesen gemeinsamen Nenner einigen würden, wäre dies sowohl für die Ausbildung als auch für die therapeutische Anwendung wohl-fundierter Ergebnisse der Schockforschung absolut von Vorteil. — Nach diesen mehr theoretischen Ausführungen wird sehr präzise ein Überblick über die moderne Symptomatik und Therapie des Schocks gegeben. Blutdruck, Puls, Urinausscheidung, periphere Zirkulation und der zeitliche Ablauf sind die diagnostischen Kriterien. Die intuitive Schockdiagnose nach dem bloßen Aussehen der Patienten sollte verlassen werden. Nach den Leitsätzen „Gebt dem Herzen Blut und dem Blut Sauerstoff“, „gebt es bald und schnell“, ist die wichtigste Maßnahme die einfache sofortige Flüssigkeitstherapie mit energischer Chemotherapie. Die beste Maßnahme zur Kontrolle der Wiederauffüllung des Blutgefäßsystems wäre die Bestimmung des Blutvolumens. Solange dies noch nicht allgemein möglich ist, sollte über die Messung des Blutdrucks hinaus die stündliche Urinsekretion, die mindestens 30 cm³ betragen soll, kontrolliert werden. Elektrolytsubstitution, überhaupt wenn der Schock schon länger besteht, Bekämpfung evtl. Schmerzreaktion durch etwa 50 mg Dolantin i.v., Anwendung von Neuroplegica und künstlicher Hypothermie bei toxischen Schockzuständen, intravenöser Infusion von hochdosierten Antibiotica bei bakteriellen und toxischen Ursachen ergänzen die Therapie. Nebennierenrindenhormone sollten nur in der Klinik und nur in besonders schweren Fällen gegeben werden. Nur bei dem seltenen Versagen der intensiven Volumenersatztherapie kann unter gleichzeitiger Gabe von Prednisolon-Präparaten ein Kreislaufmittel wie Noradrenalin oder Hypertensin angewandt werden. Glykoside sind nicht zu vergessen. — Ein schneller und sinnvoller Einsatz therapeutischer Maßnahmen unter Beobachtung und Registrierung einfacher klinischer Symptome ermöglicht somit heute auch in jedem kleinen Krankenhaus eine gute Schocktherapie und die Abwendung des Schicksals eines Schockpatienten innerhalb der 2-Std.-Grenze.

SELL (Karlsruhe)^{oo}

Gisela Molz: Gewichtsbestimmungen an Herzen von Neugeborenen. [Path. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 103, 184—187 (1962).

148 Herzen von nicht macerierten, reifen, frühreifen und unreifen Neugeborenen wurden nach der Müllerschen Methode aufgearbeitet, die einzelnen Kammerteile zwischen Fließpapier abgetrocknet und ihr Gewicht auf einer Präzisionswaage bestimmt. Nach Formalinfixierung über Stunden bis Wochen wurden erneute Wägungen zur Beurteilung des Einflusses der Formalinfixierung auf das Herzgewicht durchgeführt. Dabei wurden fixationsbedingte Gewichtsverluste bis zu 39% festgestellt. Unreife wie autolytisch veränderte Gewebe zeigten die stärksten Gewichtsverluste. Die Autorin empfiehlt, für Gewichtsbestimmungen am Herzen das unfixierte Gewebe dem formalinfixierten vorzuziehen. Darüber hinaus zeigen auch die einzelnen Kammer-teile ein ungleichmäßiges Verhalten gegenüber der Formalinfixierung, wodurch die Aussage über Massenverhältnisse an derartigen Herzen beeinträchtigt wird. Die Ansicht, bis zu einem Körpergewicht von 1800 g sei der linke Ventrikel schwerer als der rechte, kann nach den vorliegenden Untersuchungen nicht aufrechterhalten werden. Unter 30 Frühgeborenen mit weniger als 1000 g Körpergewicht waren 12 Fälle, bei denen der rechte Ventrikel schwerer als der linke war.

BLEYL (Kiel)^{oo}

Masahide Dehara: Experimental studies on relationship between thymus and vegetative nerve system. (Experimentelle Untersuchungen über die Beziehung zwischen Thymus und vegetativem Nervensystem.) [Dept. of Leg. Med., Fac. of Med., Osaka Univ., Osaka.] Jap. J. leg. Med. 16, 261—281 (1962) mit engl. Zus.fass. [Japanisch].

Nach wiederholter Injektion von Thymusextrakten sowohl vom Menschen als vom Kalb wurde beim Kaninchen in den Erythrocyten eine Steigerung und im Serum eine Verminderung der Cholinesterase-Aktivität festgestellt. Ganz ähnliche Verhältnisse wurden bei akuter Acidose z. B. durch Milchsäure oder Saccharose-Lösung beobachtet. — Mit Thymusextrakt behandelte Kaninchen zeigten nach Injektion von Acetylcholin einen auffallenderen und länger anhaltenden Blutdruckabfall als die Kontrolltiere. Der VMA-Spiegel im Urin wies dagegen keine signifikanten Unterschiede auf. Es wird vermutet, daß durch die Injektion von Thymusextrakt beim Kaninchen eine Vagotonie ausgelöst wird, unter ähnlichen Bedingungen wie bei der Acidose. H. REH

R. Backmann: Quantitative Bestimmungen des Lungenödems an Leichenlungen. [Path. Inst., Univ., Münster i. W.] (46. Tag., Dortmund, 12.—16. VI. 1962.) Verh. dtsh. Ges. Path. 1962, 282—287.

Das Lungengesamtgewicht wird in Gewebsgewichtsanteil, Blutgehalt und Ödemmenge aufgeteilt. Der Blutgehalt wird bestimmt, indem der Hb-Gehalt der einzelnen Lungenlappen festgestellt und mit dem des Blutes in den großen Blutadern in Relation gesetzt wird. Vom Gesamtwassergehalt der Lungenlappen, der sich durch Trockengewichtsbestimmung ergibt, wird das jeweilige „Blutwasser“ abgezogen. Dadurch ergibt sich die Ödemmenge. Der normale extracelluläre Wassergehalt (durchschnittlich 190 cm³, bei Herzkranken bis zu 290 cm³) wird nicht berücksichtigt. Niedrigster Ödemgehalt der Lungenlappen bei perakutem Verbluten und bei Erkrankungen, die mit Ascites einhergehen. Höchster Ödemgehalt bei chronischer Anämie (durch Erniedrigung des kolloidosmotischen Drucks im Blut), bei Urämie und Intoxikationen (durch toxische Capillarschädigung), zentralem Tod (durch reflektorische Änderung von Capillarweite und -permeabilität). Lokalisation des Ödems — gleich welcher Ätiologie — vorwiegend im rechten Mittellappen und in den korrespondierenden Bezirken des linken Oberlappens, die Unterlappen zeigen in der Regel das geringste Ödem. Da sich bei ruhiggestelltem Zwerchfell in den Unterlappen mehr Ödemflüssigkeit findet als im Oberlappen bzw. im rechten Mittellappen, nimmt Verf. an, daß das Ödem in wenig oder nicht beatmeten Lungenabschnitten stärker ausgeprägt ist als in beatmeten Gewebsbezirken.

ADEBAHR (Köln)

W. Hartung: Untersuchungsmethoden an Lungen und Thorax zur postmortalen Analyse der Atmungsfunktion. [Path. Inst., Univ., Münster i. Westf.] Ergebn. allg. Path. path. Anat. 43, 121—160 (1963).

Georg Glogowski: Schwierigkeiten bei der Begutachtung der Wirbelsäule. [Orthop. Klin. u. Orthop. Univ.-Poliklin., München.] Med. Sachverständige 59, 9—10 (1963).

S. Schönherr: Welche Bestimmungen sind zu beachten, wenn Untersuchungsstoffe mit der Deutschen Bundespost versandt werden? [Posttechn. Zentralamt, Darmstadt.] Ärztl. Lab. 9, 114—120 (1963).

Verf. erörtert einmal die Vorschriften aus dem Bereich des Postwesens, weiterhin die Vorschriften aus dem Bereich des Gesundheitswesens und schließlich das Beschriften der Sendungen. Die Vorschriften der Deutschen Bundespost sind in der Postordnung vom 30. 1. 1929 (Amtsblatt des Reichspostministeriums Nr. 13, S. 49 und Reichsgesetzblatt I S. 33) mit Ausführungsbestimmungen enthalten. Die Postordnung mit Ausführungsbestimmungen kann bei jedem Postamt zum Preise von 7,20 DM erworben werden. Die Vorschriften zielen hauptsächlich darauf ab, daß keine flüssigen Untersuchungsmaterialien aus dem Behältnis nach außen treten können. Wird durch eine beschädigte Sendung eine Sendung Dritter in Mitleidenschaft gezogen, so hat der Absender Schadenersatz zu leisten. Die Vorschriften aus dem Bereich des Gesundheitswesens sind in der „Bekanntmachung, betreffend Vorschriften über Krankheitserreger“ vom 21. November 1917 (Reichsgesetzblatt S. 1096) enthalten. Änderungen dieser Bekanntmachung sind am 17. 12. 1921 (Reichsgesetzblatt S. 1608) und am 13. 7. 1932 (Reichsgesetzblatt I S. 352) erfolgt.

E. BURGER (Heidelberg)

Wolf Henigst: Über fragliche Zwischenfälle bei der Polioschluckimpfung gegen Typ I. Klinische Angaben und mikrobiologische Untersuchungsergebnisse. [Staatl. Bakteriolog. Untersuch.-Anst., München.] Münch. med. Wschr. 105, 938—950 (1963).

H. W. Klopp: Zur Frage neurologischer Komplikationen nach der Polio-Schluckimpfung mit lebendem Poliomyelitis-Virus nach Sabin (Typ I). Münch. med. Wschr. 105, 951—952 (1963).

Kurt Biener: Sozialhygiene in Indien. Int. J. proph. Med. Sozialhyg. 6, 125—129 (1962).

H. J. Körner: Staubbiederschlagsmessungen in der Umgebung einer Gießerei. [Meß- u. Prüfst., Gewerbeaufsichtsverw. d. Land. Hessen, Kassel.] Zbl. Arbeitsmed. 13, 129—133 (1963).

H. Holtzem: Das Arzneimittelgesetz und seine Auswirkungen auf die amtsärztliche Tätigkeit. Öff. Gesundheits-Dienst 25, 133—144 (1963).

Das Arzneimittelgesetz (AMG) wurde am 29. 3. 61 durch den Bundestag verabschiedet. Einzelne Bundesländer haben nach § 83 des Grundgesetzes Ausführungsverordnungen über die Zuständigkeiten nach dem AMG erlassen. Ihr Inhalt ist so unterschiedlich, daß eine allgemein zutreffende Darlegung amtsärztlicher Aufgaben nicht möglich ist. Weitere Rechtsverordnungen, die im AMG vorgesehen sind, stehen noch aus. — Verf. erläutert nun auf Grund der Aufgaben der Gesundheitsämter, wie sie in der 3. Durchführungsverordnung zum Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 30. März 1935 festgelegt sind, ihre Tätigkeit aus der Sicht des AMG. — Nach § 40 AMG müssen die Personen, die zur Überwachung der Betriebe der Arzneimittelherstellung und des Vertriebs beauftragt sind, hauptberuflich tätig sein. Zwangsläufig kommen hierfür Apotheker in Frage. Hieraus ergibt sich, daß im öffentlichen Gesundheitsdienst infolge der wachsenden Aufgaben auch Apotheker hauptamtlich tätig werden müssen. POTM

Änderung des Bundes-Seuchengesetzes. Ärztl. Mitt. (Köln) 60, 459—460 (1963).

Die Änderung des Bundesseuchengesetzes ist am 30. 1. 63 in Kraft getreten. Der wichtigste Teil des Gesetzes ist die Bestimmung über die Schluckimpfung. Weitere Änderungen betreffen das Personal in den sog. Lebensmittelbetrieben. SPANN (München)

T. Miki: The seventieth birthday of Dr. Tanemoto Furuhata. (Zum 70. Geburtstag von Dr. FURUHATA.) Acta Crim. Med. leg. jap. 27, Nr 3, 1—2 (1961).

Der Beitrag ist zum 70. Geburtstag des bedeutenden japanischen Gerichtsmediziners und jetzigen Direktors des Polizeiforschungsinstitutes in Tokio erschienen und schildert seinen Werdegang und seine großen Verdienste um die Gerichtsmedizin in seinem Heimatland. — Dr. FURUHATA wurde 1891 geboren. Er legte 1916 an der Universität in Tokio sein medizinisches Examen ab und wurde Mitglied des Institutes für Gerichtsmedizin, wo er unter Prof. KATAYAMA und Prof. MITA arbeitete. Später ging er ins Ausland und setzte seine Studien in Deutschland, Frankreich, USA und England fort. Im Jahre 1924 wurde er Professor der Medizin an der Universität Kanazawa und rief dort eine Abteilung für Gerichtsmedizin ins Leben, durch die er weithin bekannt wurde. Hier gründete er auch 1928 die Gesellschaft für Kriminologie und das „Archiv für Kriminologie“ (heute „Acta Criminologiae et Medicinae Legalis Japonica“), die bedeutendste gerichtsmmedizinische Zeitschrift in Japan. Nach der Unterbrechung durch den Krieg wurde er wieder Chefredakteur dieser Zeitschrift und ist es bis 1960 geblieben. — 1936 wurde Dr. FURUHATA Ordinarius für Gerichtsmedizin an der Kaiserlichen Universität in Tokio, später ging er an die Medizinische Universität in Tokio, wo er ebenfalls eine Abteilung für Gerichtsmedizin, vor allem aber das Allgemeine Institut für Gerichtsmedizin, gründete. Ein solches Institut war ein lange gehegter Plan von ihm. Als er 1960 seine Lehrtätigkeit beendete, hatte er innerhalb dieses großen Institutes vier selbstständige Abteilungen geschaffen: Gerichtliche Chemie, Human-genetik, Allgemeine Forensische Wissenschaften und Kriminalpsychologie. — An seinem 69. Geburtstag im Jahre 1960 begann Dr. FURUHATA nach seiner Emeritierung eine neue Aufgabe als Direktor des wissenschaftlichen Polizeiforschungsinstitutes in Tokio, wo er heute noch tätig ist. — In jedem dieser Abschnitte seiner akademischen Laufbahn erzielte er bedeutende Fortschritte auf allen Gebieten der Gerichtlichen Medizin, und dies nicht nur im Rahmen der wissenschaftlichen Forschung, sondern auch bei der Aufklärung praktischer Fälle. Es gibt etwa 600 Publikationen von ihm, zum Teil in Zusammenarbeit mit seinen Schülern. Besonders bekannt wurde er durch seine Arbeiten auf dem Gebiet der Blutgruppenforschung, der Genetik der AB0-Gruppen, durch die Entdeckung von neuen Faktoren wie Q, E und ST, durch die Entwicklung der Analyse von blutspezifischen Substanzen und durch seine ausgedehnten antropologischen Forschungen. Ferner führte er die Auswertung von Fingerabdrücken in Japan ein. — Als 1940 der Kaiser die Universität Tokio besuchte, hielt Prof. FURUHATA in seiner Gegenwart eine Vorlesung über Blutgruppenforschung. — Unter seiner Leitung arbeiteten viele Gelehrte, die heute einen führenden Platz in der japanischen Gerichtsmedizin einnehmen (unter anderem 13 Universitätsprofessoren). Dr. TANEMOTO FURUHATA ist Träger hoher japanischer Orden, 1943 wurde er Mitglied der Kaiserlichen (heute Japanischen) Akademie. Er ist der europäischen Gerichtsmedizin sehr verbunden und ist Ehrenmitglied zahlreicher Gesellschaften, unter anderem auch der Deutschen Gesellschaft für Gerichtliche Medizin. Ad multos annos, Prof. FURUHATA!

PONSOLD (Münster i. Westf.)

Alexander S. Wiener: Cases from the files of the serological laboratory of the Office of the Chief of Examiner of New York City. (Fälle aus dem Untersuchungsmaterial des serologischen Institutes von New York.) [2. Int. Meet. of Forensic Path. and Med., New York City, 19. IX. 1960.] *J. forens. Med.* 9, 127—133 (1962).

Die Zusammenlegung des seit 22 Jahren bestehenden serologischen Institutes mit der forensischen Pathologie und Medizin wird zum Anlaß genommen einen Rückblick auf die vergangenen Jahre zu geben und einen Blick auf die in Zukunft zu erwartenden Aufgaben zu richten. An zahlreichen Fällen wird die Mannigfaltigkeit von gerichtsmedizinischen Problemen dargelegt, die durch serologische Untersuchungen gelöst werden können. Eingeschlossen sind Mordfälle und Körperverletzungen, bei denen Blutproben untersucht wurden. Es werden Probleme angesprochen, wenn das Blut tierischen Ursprungs war. Weiter wird berichtet über Spermauntersuchungen in Fällen von Notzucht, Untersuchungen anderer Sekrete bei Strangulationen, Untersuchungen von Frischblut bei Kindesraub und andere Probleme bei strittiger Vaterschaft.

OSTERHAUS (Hamburg)

Milton G. Bohrod: The meaning of "cause of death". [Dept. of Path., Rochester Gen. Hosp., Rochester, N. Y.] *J. forens. Sci.* 8, 15—21 (1963).

G. Ratschow: Gutachtliche Beurteilung arterieller Verschlusskrankheiten. Endoangiitis obliterans, Endoangiostosis obliterans und obliterierende Arteriosklerose. Zusammengestellt aus Gutachten der Jahre 1953—1962. *Med. Sachverständige* 59, 107—113 (1963).

K. Heinkel: Die Begutachtung interner Magenerkrankungen unter besonderer Berücksichtigung des Gastritis-Problems. [Med. Univ.-Klin., Erlangen. (6. Fortbild.-Kurs f. sozial-med. Begutachtungsk. f. Ärzte u. Juristen, Heidelberg, 26. bis 28. IX. 1962.)] *Med. Sachverständige* 59, 63—69 (1963).

John N. Walton: Some observations on the value of electroencephalography in medico-legal practice. [Newcastle Gen. Hosp. and Reg. Hosp. Board, and Roy. Vict. Infirm., Newcastle upon Tyne.] *Med.-leg. J. (Camb.)* 31, 15—35 (1963).

M. K. Trubetskaya: Reports on medico-legal problems at the Odessa Society of Physicians. *Sud.-med. Ékspert.* 5, Nr. 3, 29—30 (1962) [Russisch].

Alfred Angrist: The role of the forensic pathologist. Sherlock Holmes or medical and social scientist. (Die Bedeutung des Gerichtsmediziners. Sherlock Holmes oder medizin. und sozialer Wissenschaftler.) [Amer. Soc. of Clin. Pathologists, Chicago, 6. IX. 1962.] *J. Amer. med. Ass.* 182, 929—931 (1962).

Allgemein gehaltene Ausführungen über die Erfordernisse der Stellung und Funktion des Gerichtsmediziners (forens. Pathol.) in den USA, die für uns im wesentlichen als selbstverständlich anmuten.

DUCHO (Münster)

G. Hauck: Eine Arzneimittelkartei und ihre forensische Anwendung. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ., Freiburg i. Br.] *Acta Med. leg. soc. (Liège)* 15, 87—92 (1962).

Verf. hat sich eine Feldlochkartei zusammengestellt, um bei sichergestellten und zur Untersuchung gekommenen Tabletten rasch auf Grund der Eigenschaften (Dicke, Durchmesser, Gewicht, Prägezeichen, Farbe) eine Identifizierung durchzuführen. Die Kartei kann jederzeit auf den neuesten Stand gebracht werden und auch für andere Interessenten vervielfältigt werden.

E. BURGER (Heidelberg)

E. Stengel: Attempted suicide. Its management in the general hospital. (Der Selbstmordversuch. Seine Behandlung im Allgemeinkrankenhaus.) *Lancet* 1963 I, 233—235.

Die möglichen Auswirkungen des „Suicide Act“ (1961, Aufhebung der Strafbarkeit des Selbstmordversuches) auf die Selbstmordfrequenz in England und Wales werden aufgezeigt. Statistische Auswertungen sind zur Zeit noch nicht möglich und werden überhaupt schwierig sein.

Ein möglicher Anstieg der Selbstmordversuche in den nächsten Jahren kann ein scheinbarer sein: Zahlreiche Selbstmordversuche wurden vor 1961 nicht gemeldet bzw. von den Patienten als Unfälle oder als Arzneimittelüberdosierung ausgegeben. — Auf Empfehlung des Gesundheitsministeriums sollen die nach Suicidversuch in einem Allgemeinkrankenhaus zur Aufnahme gekommenen Patienten alsbald und jedenfalls noch vor ihrer Entlassung aus stationärer Behandlung einer psychiatrischen Untersuchung und gegebenenfalls Behandlung zugeführt werden. — Die Abhandlung befaßt sich eingehend mit den in der Krankenhauspraxis entstehenden Schwierigkeiten beim Versuch dieser Empfehlung nachzukommen. OSTERHAUS (Hamburg)

Krystyna Kotlarska und Jolanta Zacharska: Ein Fall des kombinierten Selbstmordes. [Inst. f. gerichtl. Medizin der Mediz. Akademie Danzig.] Arch. med. sadowej 14, 53—54 mit dtsh. Zus.fass. (1962) [Polnisch].

Der 50jährige Mann nahm zuerst ein Ätzgift ein, dann versuchte er sich die Gefäße oberhalb des linken Handgelenkes zu durchschneiden. Als auch dies keinen Erfolg hatte, stach er sich fünf Schneidernadeln in die linke vordere Brustkorbhälfte, die die linke Lunge, die Aorta und die A. pulmonalis verletzten (ref. nach Zusammenfassung in deutscher Sprache). B. MUELLER

H. J. Haike, W. Mohing und H. Schulze: Beitrag zum Krankheitsbild des chronisch-traumatischen Handrückenödems. [Orthop. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.] Münch. med. Wschr. 104, 2048—2050 (1962).

Die hinreichend bekannte Begriffsbestimmung, die Genese, die Symptomatik, die Differentialdiagnose sowie die empfehlenswerten therapeutischen Maßnahmen bei chronisch-traumatischem Handrückenödem werden rekapituliert. An einer Eigenbeobachtung bei einem 54jährigen Mann wird nochmals auf diagnostische und therapeutische Probleme eingegangen. In diesem Fall wurde der Artefakt durch Beklopfen des Handrückens und Stauung des Unterarms hervorgerufen. Erfolglos Rentenbegehren. A. GERHART (Frankfurt a. M.)^{oo}

A. K. Schmauss: Zur Kenntnis der Artefakte auf dem Gebiet der Chirurgie. [Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 17, 507—511 u. 561—569 (1962).

Eingehende Berichte über Artefakte vor allem im Bereich des Handrückens. Hinweise und Anamnesen von sog. schlecht heilenden Wunden, von künstlich gesetzten Abscessen und Phlegmonen. Eingehender Versuch in der Erforschung der Ursachen. Die daraus in Mitteldeutschland gezogenen Folgerungen sind auch von politischer Seite her interessant. ALTER (Würzburg)^{oo}

A. K. Schmauss: Betrug und Irrtum bei Begutachtungen. [Chir. Klin., Univ., Greifswald.] Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 56, 856—863 (1962).

Eingehende Mitteilung über einige Fälle von Betrug (operierte schnappende Hüfte als operative Luxation hingestellt, Schwachsichtigkeit als Folge Wolhynischen Fiebers, Vorlage gefälschter Zeugnisse über Verletzungsart und -schwere), Selbstbeschädigung (artefizielles Handrückenödem, Unterhaltung eines Narbengeschwürs) und Begutachtungsirrtum (nicht vorhandene Unaluxation diagnostiziert; Schienbeinkopffruch übersehen). Erörterung der Operationsuldung. Das System der Rentenkommission wird bemängelt und die Wiedereinsetzung der Verantwortlichkeit erfahrener Gutachter gefordert. Die Abschaffung des D-Arztverfahrens wird als nachteilig für Versicherte und Versicherungsträger bezeichnet, weil ohne sachgemäße Dokumentation des Erstbefundes nicht auszukommen ist. J. PROBST (Murnau)^{oo}

G. Schubert and H. Kolder: Factor analysis of space orientation. [Dept. Physiol., Univ., Vienna.] Industr. Med. Surg. 32, 25—26 (1963).

H. Schober: Adaptationsbrillen. [Inst. f. Med. Optik, Univ., München.] Dtsch. med. Wschr. 88, 1318—1319 (1963).

R. Frey: Über die Verkehrstüchtigkeit eines Menschen nach Applikation von Hypnotika und Narkotika in der ambulanten ärztlichen Praxis. Therapiewoche 12, 345—348 (1962).

Bei der Verabreichung oder Verordnung von schmerzstillenden Mitteln, Hypnotica und Narkotica in der ambulanten Praxis muß bei der Beurteilung der Entlassungsfähigkeit des Pat.

scharf unterschieden werden zwischen Gehfähigkeit und Verkehrstüchtigkeit (= „Straßenfähigkeit“ und „Geschäftsfähigkeit“). Dabei kommt es allein auf die *Verkehrstüchtigkeit* an — die Gehfähigkeit wird viel eher wieder erreicht. Diagnostische Tests zur Beurteilung der Verkehrstüchtigkeit: 1. Romberg'scher Versuch. 2. Nystagmogramm von KLEIN und JUST, mittels dessen durch Ableitung des elektrischen Spannungsgefälles zwischen Hornhaut und Netzhaut Ausfallserscheinungen des Endstellnystagmus objektiv demonstriert werden können (Test für die unwillkürliche Reaktionsfähigkeit des Patienten). 3. Schreibttest nach HORATZ und POPHAL mit verschiedenen Aufgaben, die zum Teil durch automatische Bewegungsabläufe erledigt werden können, zum Teil aber dauernde Aufmerksamkeit und Anspannung erfordern. — An Hand dieser Tests wurde bei Patienten mit verschieden schwerer Narkose festgestellt, daß die zentralen Analeptica und Antidote nicht in der Lage sind, die Straßen- und Geschäftsfähigkeit früher als innerhalb 6—8 Std wiederherzustellen; jüngere Leute sind eher geschäftsfähig als ältere. — Die *Barbiturate* werden schnell von den Fettdepots aufgenommen, aber nur langsam von der Leber abgebaut, auch die *fettlöslichen Inhalationsnarkotica* werden von den Fettdepots aufgenommen und langsam wieder in die Blutbahn abgegeben. Bei beiden Stoffgruppen tritt die Verkehrstüchtigkeit erst nach Stunden (bis 24 Std) ein. *Phenoxyessigsäureamid*-Derivate werden zwar binnen Minuten in narkotisch unwirksame Zerfallsprodukte aufgespaltet, trotzdem bleiben aber noch unterschwellige Mengen, gespeist von den Fettdepots, in der Blutbahn. Bezüglich der Beeinträchtigung der Verkehrstüchtigkeit wirkt *Lachgas* (N_2O) am kürzesten; der Patient kann nach $1/2$ Std bereits wieder auf die Straße. Die *Opiate* und ihre synthetischen Ersatzprodukte haben eine verheerende Wirkung auf die Verkehrstüchtigkeit für mehrere Stunden (Ausschaltung des „protektiven Systems“), indem sie Ansprechbarkeit und Reaktionsbereitschaft dämpfen. Die *Neuroplegica* wirken 6—18 Std; sie erzeugen eine „Erregungsdämpfung“, haben aber leicht hypnotische Nebenwirkungen und führen zu einem Zustand der „Wurstigkeit“. Besonders gefährlich ist die Kombination der genannten Mittel mit Alkohol: unbedeutende Blutalkoholkonzentrationen und unterschwellige Dosen eines Schlafmittels können sich gegenseitig zu schweren Rauchbildern verstärken. Verf. bezieht den *Alkohol* — als ältestes gleichzeitig schmerzstillendes Narkoticum — ebenfalls mit in die Betrachtung ein, da er in seiner Wirkung auf die Verkehrstüchtigkeit mit den genannten Medikamenten vieles gemeinsam hat.

WILLERT (Zürich)^{oo}

W. Keller: Verkehrsmedizinische Bedeutung von Arzneimitteln. Verkehrsmedizin 9, 575—588 (1962).

Verf. geht auf die Wirkung einzelner Arzneimittel ein und zitiert die Ergebnisse verschiedener Autoren, die sich damit befaßt haben. Es wird vor allem auf die Gruppe der Narkotica, Hypnotica und Sedativa eingegangen. Ferner wird die gleichzeitige Alkoholeinwirkung besprochen. Abschließend betont Verf., daß die Verkehrssicherheit durch die unkontrollierte Einnahme von Medikamenten in der gleichen Weise — wenn auch nicht in gleichem Umfange — gefährdet ist, wie durch den Genuß von Alkohol bedroht wird. Neben der Forschungsarbeit über die verkehrsmedizinische Bedeutung von Arzneimitteln, muß daneben die Aufklärung der Bevölkerung über die Gefahren bestehen.

E. BURGER (Heidelberg)

H. Herzog und A. Kostyal: Bewußtseinsstörungen bei respiratorischer Insuffizienz. [Med. Univ.-Klin., Basel.] Dtsch. med. Wschr. 87, 1185—1187 u. Bild. 1203 (1962).

37 Patienten mit erniedrigter arterieller O_2 -Sättigung und 25 Patienten, bei denen außer einer Hypoxämie eine respiratorische Acidose und durch Lungenveränderungen bedingte Hyperkapnie bestand, wurden hinsichtlich dem Schweregrad der respiratorisch bedingten Bewußtseinsstörung untersucht. Dabei fand man nur selten eine Bewußtseinsstörung, wenn lediglich eine arterielle Hypoxämie als Zeichen eines eingeschränkten Gasaustausches vorhanden war, hingegen häufiger bei der Kombination respiratorische Acidose und Hypoxämie. Zwischen dem Grad der Bewußtseinsstörung einerseits und der pCO_2 , bzw. dem pH des arteriellen Blutes andererseits besteht nach Ansicht der Autoren eine „ziemlich konstante“ Beziehung. Es wird empfohlen, daher eher den Terminus hyperkapnische als hypoxämische Bewußtseinsstörung zu benutzen.

SCHÖNTHAL (Heidelberg)^{oo}

Robert D. Gittler: Spontaneous hypoglycemia. (Spontanhypoglykämie.) [Dept. of Laborat. and Med., Beth Israel Hosp., New York.] N. Y. St. J. Med. 62, 236—250 (1962).

Übersichtsartikel über die Symptomatik und verschiedenen Formen der Spontanhypoglykämie, von denen einzelne abgehandelt werden: der funktionelle Hyperinsulinismus, Spontanhypoglykämie und Diabetes mellitus, hepatogene Hypoglykämie, organischer Hyperinsulinismus

(vor allem Adenome), Spontanhypoglykämien im Kindesalter und Hypoglykämien bei extra-pankreatischen Neoplasmen (112 Literaturstellen). MOHNIKE (Berlin)⁵⁰

Mario Esteban de Antonio: El envejecimiento visual del conductor de automoviles. (Das Altern der Sehkraft des Kraftfahrzeugfahrers.) [Serv. Oftal., Centro de Invest. de Med. Aeronaut., Madrid.] Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.) Nr 34—36, 870—881 (1962).

Etwa 0,0225 Verkehrsunfälle pro 1000 Fahrzeuge werden durch Fehler des Gesichtssinnes verursacht. Mit steigendem Alter spielen diese Fehler eine immer wichtigere Rolle. Verf. hat 95 Flieger im Alter von 20—40 Jahren auf Sehschärfe untersucht; diese nahm von 1,61 auf 1,48 (nach MÁRQUEZ) ab. Flieger in diesem Alter leiden nicht an Star, Glaukom usw.; die Verminderung der Sehschärfe beruhte in 92 Fällen auf eine immer deutlicher werdenden Hypermetropie; nur in drei Fällen auf Myopie. Eine genaue Nachprüfung älterer Fahrer auf diese Fehler ist daher geboten. Die Akkommodationsfähigkeit nimmt vom 10. bis zum 60. Lebensjahr von etwa 14 Dioptrien auf praktisch null ab, die Akkommodationszeit dagegen zu. Schaut der Fahrer vom Wege auf das Armaturenbrett und zurück, so fährt er 2,79 sec ohne den Weg zu sehen, bei 100 km/Std etwa 78 m. Fahrer, die an Presbyopie leiden, sollen immer Brillen mit doppelter Brechkraft tragen, welche die Akkommodationszeit wesentlich vermindern. Eine Verschmälerung des Gesichtsfeldes kommt außer bei Glaukom kaum in Frage, doch wäre eine häufige Untersuchung wichtig, weil viele Glaukomfälle im Anfangsstadium entdeckt werden würden. Die Anpassung an die Dunkelheit verlängert sich wesentlich im höheren Alter, daher entsteht Gefahr, wenn der Fahrer von einem vorbeifahrenden Wagen geblendet wurde. Das stereoskopische oder Tiefensehen veränderte sich bei Fliegern kaum bis zum 45. Lebensjahr, von da an aber rasch, so daß mit 50 Jahren der Irrtum um 100—150% höher war. Sehr wichtig ist diese Fähigkeit nicht, da der Abstand und die Geschwindigkeit mehr nach der Erfahrung als nach dem Gesichtswinkel geschätzt werden. Ein Zusammenhang zwischen stereoskopischem Sehen und Flugzeugunfällen bei der Landung war nicht genau festzustellen; bekanntlich kommt der Pilot bei den meisten Unfällen um. Die psychovisuelle Reaktionszeit beträgt durchschnittlich 3,6 sec von dem Auftauchen des Hindernisses bis der Fahrer eine Abwehrhandlung durchführen kann, d. h. bei 100 km/Std 100 m. Nach Erfahrung des Verf. nimmt diese Zeit nach dem 41. Lebensjahr erheblich zu, ein Nachteil, der in großem Maß durch die Erfahrung aufgehoben werden kann. Dagegen verlängert sich diese Zeit mit großer Gefahr für die Fahrt unter Alkoholeinfluß. Genaue Zahlenangaben durch zahlreiche Kurven und Tabellen. FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

Manuel Martínez Selles: La inspección medica en la prevención y determinación de los accidentes de tráfico. (Die medizinische Aufsicht in der Verhütung und Bestimmung der Verkehrsunfälle.) Bol. Inform. Asoc. nac. Med. forens. (Madr.) Nr 31—33, 629—730 (1962).

Nach Ansicht des Verf. ist der Nationale Verband der Gerichtsärzte das zuständige Amt für die körperliche und psychische Untersuchung der angehenden Kraftfahrzeugführer. Hauptgrund dazu ist, daß seit dem allerersten Unfall, in welchem ein menschliches Opfer entstand, ausnahmslos ein Gerichtsarzt die erfolgten Schäden begutachten mußte. Diese Pflicht besteht gesetzmäßig und wird voraussichtlich immer bestehen. Daher ist ihnen besser als anderen Ärzten die große Rolle bekannt, die das menschliche Verhalten bei der Entstehung der Unfälle spielt; sie sind befähigt, über die Fahrtüchtigkeit bzw. -untüchtigkeit des Anwärters zu entscheiden. Eine gründliche Untersuchung könnte in den provinziellen gerichtsmedizinischen Kliniken stattfinden. Im Falle eines ungünstigen Ergebnisses sollten alle anderen provinziellen Kliniken Nachricht davon haben; es kommt heute vor, daß ein Kandidat, wenige Tage nachdem er in seiner Prüfung in einer Provinz durchgefallen ist, eine neue Prüfung in einer anderen Provinz durchmacht. Die nämlichen Kliniken würden, in Verbindung mit den Laboratorien der provinziellen Hygieneinstitute, welche die Blutalkoholbestimmungen ausführen, solche nach Verkehrsunfällen erschöpfend untersuchen. FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

H. Bergmann: Zur Wiederbelebung von Atmung und Kreislauf am Unfallsort. [Inst. f. Anästh., Allg. Öffentl. Städt. Krankenh., Linz/D.] Wien. med. Wschr. 113, 313—316 (1963).

G. H. Marcus und A. Meznik: Der Unfallhilfskoffer für den praktischen Arzt. Wien. med. Wschr. 113, 319—320 (1963).

H. Spängler: Chirurgische Erstversorgung. [I. Chir. Univ.-Klin., Wien.] Wien. med. Wschr. 113, 307—309 (1963).

F. Schweitzer: Erstmaßnahmen bei akuten internen Notständen am Unfallort. [Int. Abt., Krankenh. d. Barmherz. Schwestern, Linz.] Wien. med. Wschr. 113, 310—313 (1963).

W. Stoeckel: Blutungen und Probleme der Ersten Hilfe durch Laienhand. [DRK-Bundesschule, Bad Godesberg.] Med. Welt 1963, 1224—1230.

E. Gögler: Sicherheitsgurte für Kraftfahrer aus unfallehirurgischer Sicht. [Chir. Univ.-Klin., Heidelberg.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 197—206 (1962).

Statistik über Unfallverletzungen mit und ohne Gurt. Allgemeine Überlegungen über die auftretenden g-Zahlen beim Unfall (bei 50 cm Deformationsweg und 50 km/Std z.B. 19,7 g). Im Idealfall soll der Gurt dem Fahrzeug angepaßt sein. Seine Dehnung soll gerade so groß sein, daß der Körper vor der vorderen Begrenzung des Fahrgastraums zur Ruhe kommt. Der Hüftgurt ist ungünstig. Beim Schultergurt kann der Körperunterteil mit Becken unter dem Gurt nach vorn rutschen. Fraktur des Brustbeins beim Schultergurt kann fast als gurttypisch angesehen werden. Ohne diesen Gurt würden bei gleicher Kraftereinwirkung jedoch wesentlich größere Verletzungen eintreten. Mit zunehmender Anwendung der Gurte spielen Schleuderverletzungen der HWS eine größere Rolle.

SELLIER (Bonn)

A. Haesner: Sicherheitsgurte für Kraftfahrer aus kraftfahrzeugtechnischer Sicht. Zbl. Verkehrs-Med. 8, 206—211 (1962).

Eine serienmäßige Ausrüstung der PKW mit Sicherheitsgurten gesetzlich vorzuschreiben, sei nicht gut. Die Benutzung sollte in das Ermessen der Insassen gestellt werden. Allgemeine Ausführungen über die Anforderungen an einen Gurt. Bei einer Prüflast von 1300 kp soll die Gurtsehlinge mindestens 70 mkp Arbeit aufnehmen, wovon $\frac{2}{3}$ durch bleibende Verformung vernichtet werden müssen, um ein Zurückschnellen des Gurtes zu verhindern. Die Längung des Gurtes soll nicht mehr als 20 cm betragen wegen der relativen Engräumigkeit der europäischen Wagen. Bruchlast soll mindestens 1800 kp sein. Vor- und Nachteile des Leib(Hüft-)gurtes, des Schulterschräggurtes und des Schulterdoppelgurtes werden dargestellt. Verbindung des einfachen Schulterschräggurtes mit Leibgurt bietet die relativ größte Sicherheit, weil je ein Gurt ober- und unterhalb des Körperschwerpunktes angreift. Durch die Einseitigkeit des Schulterschräggurtes (im Gegensatz zum Doppelgurt) bleibt genug Bewegungsfreiheit für den Oberkörper des Fahrers.

SELLIER (Bonn)

G. Weber: Hautkrankheiten und deren Behandlung in ihrer Bedeutung für die Verkehrssicherheit des Patienten. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 6.—7. VI. 1962.] Hefte Unfallheilk. H. 75, 264—270 (1963).

G. Schmidt: Unfallmechanismus bei Kopf-an-Kopf-Zusammenstößen im Straßenverkehr. [25. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Vers.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Garmisch-Partenkirchen, 15.—17. V. 1961.] Hefte Unfallheilk. H. 71, 170—174 (1962).

Die verschiedenen Unfallmechanismen der Kopf-an-Kopf-Zusammenstöße bei Verkehrsunfällen werden rekonstruiert und an einigen praktischen Beispielen besprochen. Der Verf. kommt zu folgenden interessanten Ergebnissen: Bei Kopf-an-Kopf-Zusammenstößen erleidet nur der sich langsamer Bewegende eine Schädelfraktur, bereits eine Relativgeschwindigkeit von 20 km/h reicht aus, um eine Schädelfraktur beim Aufprall zu verursachen. Es ist eine Unterscheidung von Schädelanstoß- und -sturzverletzung erforderlich. Die letztere verläuft immer schwerer, besonders dann, wenn ein vorausgegangener Kopf-an-Kopf-Zusammenstoß mit Schädelbruch die reflektorische Schutzhaltung beim Sturz nicht aufkommen läßt. EICHLER (Gießen)^{oo}

StGB §§ 142, 74 (Pflicht zur Rückkehr an die Unfallstelle für einen Unfallbeteiligten). Ein Unfallbeteiligter, der erst auf der Weiterfahrt vom Unfallort Kenntnis von seiner Unfallbeteiligung erlangt, ist verpflichtet, an die Unfallstelle zurückkehren, sofern noch ein räumlicher und zeitlicher Zusammenhang mit dem Unfallgeschehen besteht

(im Anschluß an BGHSt. 14, 89 = NJW 60, 1019). [BGH, Urt. v. 26. IX. 1962 — 4 StR 196/62, OLG, Celle.] Neue jur. Wschr. 16, 307—309 (1963).

Manuel Sancho Lobo: Problemas medico-forenses en los accidentes de trafico sobre mujeres gestantes. (Gerichtsmedizinische Fragen gelegentlich Verkehrsunfällen, welche schwangere Frauen betreffen.) Bol. Inform. Asoc. nac. Med. forens. (Madr.) Nr 31—33, 612—617 (1962).

In welchem Maße menschliche Umstände zu den Verkehrsunfällen und ihren Folgen beitragen, sind von den mannigfaltigsten Gesichtspunkten aus betrachtet worden. Welche Rolle dabei der Schwangerschaft zukommt, wurde noch nicht erörtert. Die schwangere Frau kann dem anfahrenen Fahrzeug schwerer ausweichen. Als Fahrerin müssen ihre Bewegungen und Reflexe unter Umständen viel plumper und langsamer sein, als bei Nichtschwangeren. Verunglückt eine schwangere Frau tödlich, so entsteht für den Arzt die etwaige Pflicht eines Kaiserschnitts post mortem. Das spanische Z.G.B. enthält diesbezüglich keine ausdrückliche Bestimmung, doch indirekt kann diese Pflicht aus § 489 des St.G.B. abgeleitet werden, der bestimmt: „Wer einer unbeholfenen und in schwerer Gefahr stehenden Person nicht hilft, was er ohne eigene Gefahr oder eine Gefahr für eine dritte Person hätte tun können, wird mit strenger Haft“ (von 1 Tag über 1 Monat bis 6 Monaten) „oder mit Geldstrafe von 1000—5000 Pesetas bestraft“. Ein Stoß vor den Bauch, auch bei mancher Heftigkeit, verursacht erfahrungsgemäß sehr häufig keine Fehlgeburt. Sogar wenn eine normale Geburt nach mehreren Wochen oder Monaten beweist, daß der Fetus selbst von der Gewalt getroffen wurde, kann die Schwangerschaft weiterbestehen. Die Feststellung, daß eine Schwangerschaft, die sich im Anfangsstadium befindet, nach dem Trauma weiterbesteht, muß häufig durch die Aschheim-Zondeksche Reaktion (in Spanien gewöhnlich nach GALLI MAININI) erfolgen. Erfolgt die Fehlgeburt kurz nach dem Trauma, so sollen die zahlreichen anderen Ursachen der Schwangerschaftsunterbrechung genau durchgeprüft werden, ehe man auf einen Zusammenhang jener mit der Gewalt einwirkung schließt. Eine gründliche Untersuchung des ausgestoßenen Eies ist unumgänglich. Bei dem außerordentlichen Widerstand der Zottencapillaren gegen Reiß läßt jede Blutung oder Hämatom zwischen den Zotten auf eine krankhafte Änderung der Capillarwände schließen. Erst wenn diese ausgeschaltet werden kann, darf mit gerichtsmedizinischer Sicherheit die traumatische Verursachung der Fehlgeburt behauptet werden. Zum Beweis führt Verf. zwei Fälle aus seiner Praxis an. Eine Frau ritt gerade zur Klinik wegen einer schweren Gestose. Der Esel wurde angefahren, die Frau fiel zu Boden, es erfolgte eine Fehlgeburt. Die wirkliche Ursache war nach Erachten des Verf. die Gestose. Die zweite Frau erlitt einen leichten Stoß durch die Lenkstange eines Fahrrades. Die Operation wegen einer intraperitonealen Blutung deckte eine ektopische Schwangerschaft auf.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

Luis M. Muñoz Tuero: Grave accidente de circulación en el que concurren circunstancias especiales en el conductor, vehículo y carretera. (Schwerer Verkehrsunfall, bei dem besondere Umstände des Fahrers, des Wagens und der Straße zusammentrafen.) Bol. Inform. Asoc. nac. Méd. forens. (Madr.) Nr 34—36, 892—898 (1962).

In einem für sechs Personen bestimmten Wagen fuhren zehn Erwachsene und ein Säugling. Der linke vordere Reifen wurde beschädigt. Dieser platzte nicht, er verlor soviel Luft, daß der Wagen ins Schwanken geriet und rechts aus der Straße schleuderte, den wenig festen Schutzwall mit sich riß und in einen Abgrund von 1000 m rollte. Neun der Insassen wurden aus dem Wagen geschleudert, davon zwei mit leichten Wunden, darunter der Fahrer, fünf mit verschiedenen schweren Schäden und zwei, die nach kurzer Frist starben: der eine an Herztamponade, der zweite nach 72 Std an Crush-Syndrom. Die zwei nicht aus dem Wagen Geschleuderten erlitten minder schwere Schäden. Der Fahrer gab an, beim Schwanken des Wagens hätte er mit der Nase gegen das Steuer gestoßen, dabei die Fahrkontrolle verloren, wodurch der Wagen aus der Straße schleuderte. Tatsächlich wurde festgestellt, daß er an leichten epileptischen Anfällen litt. Dazu war der Wagen überbelastet (etwa 250 kg über die normale Last) und eine steile Straße (14% Neigung) in schlechtem Zustand. Der Schutzwall aus Kalk und Sand konnte mit dem Fuß umgestoßen werden. Eine Fahrt unter solchen unvorsichtigen Umständen muß unbedingt vermieden werden.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

H. W. Kirchhoff: Anwendung moderner Untersuchungsverfahren bei der Abgrenzung unklarer Kreislaufbefunde im Rahmen der Untersuchung auf Wehrfliegerverwen-

dungsfähigkeit. [Flugmed. Inst. Luftwaffe, Fürstenfeldbruck.] Zbl. Verkehrs-Med. 9, 15—24 (1963).

H. von Diringshofen: Aktuelle Probleme in der luft- und raumfahrtmedizinischen Forschung. [6. Flugmed. Tag., Flugmed. Inst. d. Luftw., Fürstenfeldbruck, 22. bis 23. XI. 1962.] Zbl. Verkehrs-Med. 9, 11—14 (1963).

E. Lafontaine: Conseils aux passagers aériens. Rev. Prat. (Paris) 13, 2119—2123 (1963).

S. Ruff: Erfahrungen mit Sicherheitsgurten in der Luftfahrt. [Inst. Flugmed., Dtsch. Versuchsanst., Luft- u. Raumfahrt e.V., Bad Godesberg.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 195—197 (1962).

Für die Toleranz des Menschen gegenüber Beschleunigungen sind maßgebend: 1. Beschleunigungsmaximum, 2. Änderung der Beschleunigung mit der Zeit = Ruck = $db/dt = d^3s/dt^3$, 3. Wirkzeit der Beschleunigung = Zeitintegral der Kraft = Impuls, 4. Art und Angriffspunkt der Kräfte am Körper. Bei Versuchen konnten 30 g bei einer Gesamtstoßzeit von 0,1—0,2 sec mit im Flugzeug üblichen Bauch- und Schultergurten ohne Verletzungen überstanden werden. Die mit Puppen ermittelten g-Werte können nicht ohne weiteres auf den Menschen übertragen werden, da die Dämpfung des Stoßes von der Muskelanspannung abhängt. Damit der Gurt seine volle Wirkung entfalten kann, müssen noch folgende Forderungen erfüllt sein: 1. Fahrgastraum muß bei Stößen unterhalb der menschlichen Toleranzgrenze erhalten bleiben, 2. das Fahrzeug muß Arbeit aufnehmen können, 3. der Mensch muß unbeweglich gemacht werden, er muß dem Verformungsweg des Kraftwagens zwangsläufig folgen, 4. die Dehnung der Gurte darf nicht zu groß sein.

SELLIER (Bonn)

M. P. Lansberg: Canal-sickness: fact or fiction. [Nat. Aeromed. Ctr., Soesterberg.] Industr. Med. Surg. 32, 21—24 (1963).

M. Kindel: Die Untersuchung des Farbensinns zur Beurteilung der Tauglichkeit in der Schifffahrt. [Univ. Augen-Klin., Rostock, u. Med. Dienst d. Verkehrswes., Schwerin.] Verkehrsmedizin 10, 145—154 (1963).

K. Judeich: Zur Belastung der Stellwerksmeister auf einem Gleisbildstellwerk. Verkehrsmedizin 9, 501—512 (1962).

Es handelt sich hier um eine arbeitspsychologische Studie, die sich mit der Frage beschäftigt, in welchem Umfang das Bedienungspersonal die Anlage noch einwandfrei überblicken und inwieweit die Tätigkeit durch Teilautomatisierung erleichtert werden kann. Die einzelnen Arbeitsbedingungen an einem speziellen Gleisbildstellwerk werden analysiert. Die arbeitsbelastenden Faktoren werden erörtert. Maßnahmen zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen werden vorgeschlagen. Abschließend wird darauf hingewiesen, daß die hier gewonnenen Ergebnisse nicht ohne weiteres auf andere Anlagen zu übertragen sind, ohne die jeweils vorliegenden örtlichen Verhältnisse entsprechend zu berücksichtigen. K. KOERZING (Bonn)^{oo}

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **E. Kestermann und H. K. Pauli: Der plötzliche Tod bei inneren Erkrankungen.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1963. VII, 115 S. DM 15.—.

In dieser Monographie wird das ältere gerichtsmedizinische Schrifttum eingehend berücksichtigt; sie ist geschrieben vom Standpunkt des Internisten, die Frage Unfall und plötzlicher Tod wird nicht berührt. Die meisten plötzlichen Todesfälle ereignen sich in der Wohnung, am zweithäufigsten beteiligt sind Todesfälle auf der Straße. Von weiteren Einzelheiten sei erwähnt, daß Verf. die plötzlichen Herztode bei angestregten Soldaten besonders herausheben. Es wird auch erwähnt, daß es nach Erfrierungen zu Herzmuskelveränderungen kommen kann, wie sie bei der Diphtherie entstehen; plötzliche Todesfälle sind beobachtet worden. Zum tödlichen traumatischen Kollaps kommt es vielfach erst einige Zeit nach dem Unfall, auf das Crush-Syndrom wird eingegangen. Auf die Wichtigkeit des Carotis-Sinus-Syndroms beim Würgen wird hingewiesen; eine Warnung, nach dieser Richtung hin allzu leichtgläubig zu sein, wird allerdings unterlassen. Ein Coma diabeticum in Fällen, in denen eine Behandlung nicht vorangegangen ist,