

stitielle Pneumonien, bei deren Beurteilung größte Vorsicht und Sachkenntnis walten muß (auch bakteriologische Untersuchung ist notwendig!). Der Verf. weist insbesondere auf die Schwierigkeiten der Diagnose einer interstitiellen Pneumonie hin (Zustand des peribronchialen und perivaskulären Bindegewebes, der Blut- und Lymphgefäße beachten!). Bei der Diagnose von Grippe spielt die Katamnese eine wichtige Rolle. Besonders zu beachten ist auch der Reifegrad des Kindes. Der plötzliche Tod bei Pneumonie wurde vorwiegend bei Säuglingen im 3. Monat beobachtet. — Zur zweiten Gruppe gehören Frühgeburten, physiologische Unreife und lympho-hypoplastische Diathese. Die Todesursache sind hierbei verbreitete Atelektase und akute Kreislaufstörung, worüber in einer früheren Arbeit [diese Z. 2, 8 (1960)] ausführlich berichtet wurde; insbesondere müssen mikroskopisch auch die anderen Organe untersucht werden. Zur Beurteilung der „lympho-hypoplastischen Diathese“ ist die genaue Untersuchung von Nebenniere, Thymus und Thyreoidea notwendig.
M. BRANDT (Berlin)

H. Bay-Nielsen and Chr. Moutzouris: Meconium peritonitis. (Meconiumperitonitis.) Nord. Med. 68, 1585—1590 mit engl. Zus.fass. (1962) [Schwedisch].

In den letzten 10 Jahren wurden 75 Fälle von Meconiumperitonitis veröffentlicht. Die Verf. fügten vier eigene Fälle hinzu, von denen drei starben und nur ein Kind 7 Monate nach der Operation noch lebte. Die Todesursachen bei den drei verstorbenen Kindern waren Pankreasfibrose, Colongangrän und in einem Fall eine intrakranielle Blutung. Ursache der Meconiumperitonitis ist eine Darmperforation mit Austritt von Meconium in die Bauchhöhle. Das Hauptsymptom ist eine starke Auftreibung des Leibes, die sogar zum Geburtshindernis werden kann. Die Bauchhaut ist häufig ödematös und bläulich verfärbt. Cyanose und oberflächliche Atmung infolge des erhöhten intraabdominellen Druckes gehören ebenfalls zum Krankheitsbild. Als Therapie kommt nur die Operation mit Resektion des perforierten Darmabschnittes und Wiederherstellung der Darmkontinuität durch eine Anastomose in Frage. GISELA WENGLER^{oo}

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **Eero Ervasti: Frostbites of the extremities and their sequelae. A clinical study.** (Acta chir. scand. Suppl. 299.) [2. Chir. Abt. d. Zentralkrankenh. d. Univ. Helsinki.] Acta chir. scand., Suppl. 299, Stockholm 1962. 69 S. u. 42 Tab.

812 Patienten, darunter 84 Zivilisten, neun Frauen, waren im Kriege 1939—1944 13 bis 72 Jahre alt und wurden bis 18 Jahre später nachuntersucht. Den Klinikern interessieren die Grad der Kälte und die Dauer der Exposition, Feuchtigkeit, Kleidung, Hygiene und Gesundheit; die Art und der Erfolg der Behandlung, die Spätfolgen und deren Unterscheidung von anderen interkurrenten Krankheiten, besonders Gefäßkrankheiten. Menschen, die an Sympathicotonie leiden, werden schneller, aber nicht schwerer von Erfrierungen befallen, diese heilen auch nicht langsamer. Latente oder manifeste organische Gefäßkrankheiten lassen dagegen schneller und schwerer an Erfrierungen erkranken, die dann auch schwerer heilen. — Temperaturen über -15° sind für Gesunde unerheblich, ein Einfluß des Rauchens war nicht zu merken. Zivilisten erlitten Erfrierungen häufig unter Alkoholwirkung. Spätfolgen können nicht immer von anderen Gefäßkrankheiten unterschieden werden: Wunden oder Gangrän mehrere Monate nach der Erfrierung sprechen für Erfrierungsfolgen, mehrere Jahre nach der Erfrierung für andere Gefäßkrankheiten. Schwere Folgen nach leichten Erfrierungen, bilaterale Folgen trotz einseitiger Erfrierung, die Notwendigkeit von hoher Amputation, das Fehlen der Pulsation in der Peripherie, Thrombophlebitis migrans oder intermittierendes Hinken und schnell fortschreitende Verschlimmerung sprechen für andere Gefäßkrankheiten. — Bei der Beurteilung der Invalidität ist die Motilität der betroffenen Extremität, die Kreislaufstörung und der Verlust von Teilen der Extremität zu berücksichtigen, aber selbst schwere Erfrierungen machen gewöhnlich eine relativ geringe Invalidität. Einzelheiten sind in zahlreichen Tabellen zusammengestellt und durch eine knappe, aber inhaltsreiche Literaturübersicht über Physiologie, Pathologie, Klinik, Therapie, Prophylaxe und Folgen der Erfrierungen eingeleitet. H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

G. V. Kovalevsky: Foundations for expert judgment of intra vital decapitation in rail and other traumas; experimental research. (Gutachtliche Grundlagen der Dekapitation am Lebenden bei Eisenbahn- und anderen Traumen.) [Laboratorium für

Pathomorphologie (Leiter; Doz. Ju. G. CELLARIUS) d. Instituts für experimentelle Biologie und Medizin der Sibirischen Abteilung der Akademie der Wissenschaften der UdSSR.] *Sud.-med. Ékspert.* 5, Nr. 4, 6—13 (1962) [Russisch].

Verf. suchte bei normalen Tieren und solchen, die unter Einwirkung von Adrenalin, von Acetylcholin und Cholinesterasehemmern und von Ganglienblockern standen, nach Organveränderungen, die zur Beurteilung herangezogen werden könnten, ob eine Dekapitation zu Lebzeiten erfolgt war. — Die Blutaspiration in die Lunge findet bei fehlenden Atembewegungen und Inspirationsstellung des Thorax während tonischer Krämpfe statt, die bei der Mehrzahl der Tiere auftreten. Bei fehlenden Krämpfen ist Blut nur in Trachea und Hauptbronchien, aber nicht in den Alveolen nachweisbar. — Am Herzen treten Blutungen unter dem Endokard der linken Herzkammer in Abhängigkeit vom Zustand des vegetativen Nervensystems auf. — Charakteristisch ist die Blutverteilung in den Nieren: Blutfülle der Mark-Rindengrenze bei selektiver Blutarmut der Rinde (Trueta-Shunt). Das Phänomen wird bei Tieren, die bei der Dekapitation unter der Wirkung von Ganglienblockern oder von Adrenalin standen, nicht beobachtet. — In der Leber fällt eine Diskomplexation der Läppchen und eine Dissoziation der Leberzellen auf. — Am Rückenmark finden sich in Höhe der Dekapitation fast nie Blutungen; sie können an den weichen Hirnhäuten und subarachnoidal im Bereich des verlängerten Marks, der Kleinhirnbasis und der großen Zisterne beobachtet werden. Als Ursache wird die hydrodynamische Wirkung der Dekapitation angenommen. WINTER (Berlin-Köpenick)

J. Kelemen: Über die Rolle der Basisknochenvariationen bei Schädelverletzungen. [5. Kongr., Int. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22. V.—27. V. 1961.] *Acta Med. leg. soc. (Liège)* 15, 61—65 (1962).

Knochenvariationen am Schädel, denen man im Zusammenhang mit Hirnschädigungen eine gewisse Bedeutung zuschreiben könnte, wurden in 2% aller Sektionen beobachtet, und zwar säbelartig scharfe bis höckerige Fortsätze am kleinen Flügel des Keilbeins, am Felsenbein, am Clivus, zuckerhutähnliches Tuberculum jugulare, Verdickungen des Processus intrajugularis bis zu einer Umformung in einen scharfen Stachel, Verschärfung und Vergrößerung der Juxta cerebralia, Asymmetrie der hinteren Schädelgrube. Solche Varianten können bei Schädeltrauma schnitt- oder stichwundenähnlich verletzen (besonders beim Gegenstoß) oder später bei der Hirnschwellung ins Hirn getrieben werden. H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

Tadeusz Marcinkowski and Halina Seyfriedowa: Significance anmelar blood extravations in the brain for the forensic medical diagnosis. *Arch. med. sadowej* 14, 103 bis 110 (1962) [Polnisch].

Anlässlich der Beschreibung von vier Sektionsfällen, bei denen zahlreiche Ringblutungen im Gehirn festgestellt wurden, machen die Verff. darauf aufmerksam, daß das Vorhandensein dieser Blutungen für die Feststellung behilflich sein kann: a) der vermutlichen Länge der Zeitdauer vom Anfang der Wirkung des schädlichen Faktors bis zum Todesmoment, b) der Priorität des Todes. Ringblutungen sind nicht kennzeichnend für einen bestimmten ätiologischen Faktor und können bei verschiedenen Krankheitszuständen hervortreten, bei denen es zur Verschiebung der Capillaren und Präcapillaren kommt, z. B. durch Fett oder Gerinnung. Für die Bildung von Ringblutungen ist ein Zeitraum erforderlich, der gewöhnlich nicht weniger als 2—3 Std beträgt. Die Prüfungen der Verff. bestätigen in dieser Hinsicht die Resultate der Beobachtungen von BROMAN (1940) und KATZENSTEIN (1956). In einem Falle, wo dieser Art Ringblutungen bei einer von zwei Personen festgestellt wurden, die in ein und demselben Raume einer Kohlenoxydvergiftung unterlagen, konnte man annehmen, daß die Person, deren Hirn solche Ringblutungen aufwies, länger lebte als die, welche sie nicht hatte. Das kann seine gerichtsärztliche Bedeutung, z. B. in Erbfolgeangelegenheiten haben. VÁMOŠI (Halle a. d. S.)

W. Boltz und O. Skala: Zur Entstehung traumatischer Hypophysenschäden. [Inst. Gerichtl. Med., Univ., Wien.] [5. Kongr., Int. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22. V.—27. V. 1961.] *Acta Med. leg. soc. (Liège)* 15, 45—59 (1962).

Unter 56 nicht ausgewählten Fällen mit Schädeltraumen wurden in der Hypophyse 34mal Anzeichen einer traumatischen Mitbeteiligung gefunden. Extracapsuläre Blutungen sind nicht mitgerechnet, subcapsuläre Blutungen fanden sich in einem Viertel der traumatischen Hypophysenschäden als alleinige Verletzungsfolge; bei schweren Traumen auch diffuse Blutungen bei makroskopisch unauffälliger Beschaffenheit. — Die Adenohypophyse ist allein nur selten befall-

len, selbst wenn solche Schäden überlebt werden, gewinnen sie erst klinische Bedeutung, wenn mehr als die Hälfte des Vorderlappens zerstört wäre. — Wichtigere, schwerere und häufigere sind die Verletzungen der Neurohypophyse, schwerste Verletzungen wie der Abriß des Stieles auch selten. Bei einem Patienten, der 12 Std überlebt hatte, wurden auch sekundäre Schäden wie Ödem, Thrombosierung und Nekrose gefunden. Diese indirekten Hypophysenverletzungen sind interessanter, weil sie anders als die direkten nicht immer mit schweren anderen, mit dem Leben unvereinbaren Hirnverletzungen verbunden sein müssen. Eine traumatische Hypophysenschädigung, die weder mit einem Schädelbruch noch mit einer Hirnverletzung einherging, wurde nicht beobachtet. Brüche durch die Sella führen nicht zwangsläufig zu einer Beschädigung der Hypophyse. — Das parietale Trauma führt besonders leicht zu Hypophysenverletzungen. Da die Hypophyse in Verbindung mit den Liquorräumen steht, aber selbst nicht völlig von Flüssigkeit umgeben ist, können auch plötzliche Druckschwankungen im Liquor das Organ verletzen. — Bleibende Hypophysenschäden sind selten, weil das Trauma wegen anderer Schäden meist nicht überlebt wird. Man wird deshalb in Schadenersatzprozessen, besonders wenn der Schädel nicht schwer getroffen war, skeptisch sein. Andererseits sollten aber Kliniker vor allem bei Jugendlichen nach Schädeltraumen nach Veränderungen gonadotroper Funktionen und Anzeichen einer Nebenniereninsuffizienz suchen. H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

B. Pannain et C. Serra: L'utilisation se l'électromyographie dans l'expertise médico-légale. (Die Anwendung der Elektromyographie in der gerichtsmmedizinischen Begutachtung.) [Inst. Méd. Lég. et d. Assurance, Univ., Naple.] [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, 12. X. 1962, Marseille.] Ann. Méd. lég. 43, 64—68 (1963).

Verff. berichten über ihre Erfahrungen bei Anwendung der Elektromyographie (EMG) in der gerichtlichen und neuropsychiatrischen Begutachtung. Frische und Folgezustände nach traumatischer Schädigung peripherer Nerven, neuromuskuläre Störungen nach Schädeltrauma, funktionelle Bewegungsstörungen, tetaniforme Syndrome und dergleichen bilden die hauptsächlichlichen Indikationen für die EMG. ПРОХ (Bonn)

L. R. Bordes et P. Robert: Cupulométrie (électronystagmographie) et syndrome craniens post-commotionnel. [Soc. Franç. de Physiol. et Méd. Aéronaut. et Cosmonaut., 18. III. 1962.] Rev. méd. Aero. (Rio de J.) 2, Nr 7, 219—224 (1963).

W. Tönnis, R. A. Frowein und K. H. Euler: Diagnose und Behandlung schwerer Schädel-Hirnverletzungen. Bull. Soc. int. Chir. 22, 409—410 (1963).

G. Balbo, F. Cuzzupoli e G. Pozzi: Le fratture dello sterno. [Osp. Maria Vittoria, Div. Ortop.-Traumatol., Ist. Pat. spec. Chir., Univ., Torino.] Chir. torac. 16, 24—36 (1963).

F. Kümmerle und G. Richter: Traumatische Ruptur der thorakalen Aorta. [Chir. Univ.-Klin., Freiburg/Brsgr.] Dtsch. med. Wschr. 88, 422—425 u. Bild 418, 443—444 (1963).

Bei der Zunahme der Verkehrsunfälle wird häufiger als früher mit einer Aortenruptur zu rechnen sein. Die verschiedenen Mechanismen (kombinierte, horizontale oder vertikale Deceleration mit Thoraxkontusion, „reine“ Form des Decelerationsunfalles durch senkrechten Sturz, Sturz auf den flachen Rücken mit kurzem Bremsweg, Verschüttung und direkte Kompressionsunfälle, direkte stumpfe Gewalt gegen den Thorax sowie Explosionsunfall) wirken sich am Aortenbogen meist in gleicher Weise aus durch Hyperflexion. Die übermäßige Biegungsbeanspruchung läßt die Gefäßwand meist an typischer Stelle des hinteren Bogens ein- oder abreißen. Bei zweizeitiger Aortenruptur ist bei rechtzeitiger Diagnose des Zustandes eine Operation angezeigt; es sollen 10—20% der Verletzten die primäre Ruptur und die folgende kritische Phase überleben. Die Frühoperation gelingt selten, bei einer stärkeren Abkapselung der Blutung ist die Operation erfolgversprechender. Die Diagnose der Aortenruptur wird erschwert durch die primären Schock- und Begleitverletzungen. Die z.T. variablen, uncharakteristischen Symptome deuten oft mehr auf eine Beeinträchtigung im Wirbelsäulenbereich hin, erst später kommt es zur deutlichen mediastinalen Kompression, zu Nerven- und Gefäßsymptomen. Eine plötzliche Verschlechterung nach freiem Intervall weist auf einen intrapleuralem Durchbruch einer ursprünglich gedeckten Ruptur hin. BOSCH (Heidelberg)

H. Patscheider und Th. Fuchs: Überlebenszeit und Handlungsfähigkeit bei Verletzungen großer Schlagadern. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Innsbruck.] Beitr. gerichtl. Med. **22**, 261—267 (1963).

Ausführlicher Bericht über die Untersuchungsergebnisse von vier Todesfällen infolge partieller oder auch kompletter Zerreißen von Arterien (Pfählungsverletzung der rechten A. subclavia sowie ein- und zweizeitige Rupturen der Aorta thoracica). — Überlebenszeit und Handlungsfähigkeit waren sehr unterschiedlich und abhängig von der Art der Verletzung und anderer individueller Faktoren. Die Überlebenszeit schwankte zwischen 10 min und 43 Std. Mit der Darstellung dieser Fälle, die mit anderen in der Literatur bereits niedergelegten Beobachtungen kritisch gewürdigt werden, will Verf. auf die Möglichkeit langer Überlebenszeit und Handlungsfähigkeit selbst bei Verletzungen großer Arterien hinweisen. KREFFT (Koblenz)

W. T. Ulmer: Spontanpneumothorax und Unfall. [Silik.-Forsch.-Inst., Bochum.] Mschr. Unfallheilk. **66**, 76—77 (1963).

Kurzbericht. Ablehnung des ursächlichen Zusammenhanges von Spontanpneumothorax nach betriebsüblicher Belastung durch Heben bei röntgenologisch nachgewiesenen alten Pleuraverwachsungen und Narbenspitzenblasen. Hinweis auf idiopathischen Sp. Pn.: Die Sozialversicherung **17**, 86 (1962). „Eine gesunde Lunge reißt auch bei sehr großen Belastungen nicht ein.“ LOMMER (Köln)

P. L'Épée, H. J. Lazarini et E. Dervillée: Sur un cas de lésion grave du foie avec perte anatomique du tiers de l'organe survie. (Über einen Fall schwerer Leberverletzung mit Verlust eines Drittels des Organs. Überlebt.) [Soc. de Méd. lég., 18. VI. 1962.] Ann. Méd. lég. **42**, 495 (1962).

Da schwere Leberverletzungen gewöhnlich nicht überlebt werden, wird kurz über eine 22 Jahre alte Frau berichtet, die, nach einem Straßenunfall sofort bewußtlos, erst mehrere Stunden später zur Operation kam; Zertrümmerung fast des ganzen rechten Leberlappens; 490 g; 2 Liter Blut in der Bauchhöhle. Lebernaht, Transfusionen, schnelle Erholung, Gallenfistel über Wochen; Nachuntersuchung nach 2 Jahren: Leberteste normal, keine Störungen außer leichter Poikilocytose und Polychromatophilie. H. KLEIN (Heidelberg)

H. Meyran: Beitrag zur subcutanen Verletzung des Duodenums im retroperitonealen Raum. [Kreiskrankenh. „Möllerstift“, Brackwede.] Mschr. Unfallheilk. **66**, 113—118 (1963).

Die Zahl der stumpfen Bauchverletzungen ist verhältnismäßig niedrig (0,7%, 838 von 128111, Heidelberg 1940—1959, EHLERS); unter den noch selteneren retroperitonealen Verletzungen sind am häufigsten die Nieren betroffen. Da Bauchverletzungen gewöhnlich mit anderen zusammen vorkommen, würden die anfangs symptomarmen retroperitonealen Duodenumverletzungen häufiger übersehen. Bericht über drei Fälle: 1. Defekt nach Nephrektomie, 2. Perforation nach mehrfacher umschriebener Bauchprellung; 3. Perforation nach Aufprall gegen Baum und Einklemmung am Steuer. H. KLEIN (Heidelberg)

W. Tabbara, J. Proteau et L. Dérobert: A propos de l'intérêt de l'examen histologique dans l'autopsie médico-légale. II. (Über den Nutzen der histologischen Untersuchung bei der gerichtsmmedizinischen Sektion.) [Soc. de Méd. lég., 14. V. 1962.] Ann. Méd. lég. **42**, 472—475 (1962).

Kasuistik eines 37jährigen Mannes, der 6—7 Std nach einem leichten Bauchtrauma mit heftigen Leibschmerzen erkrankte und am folgenden Tag nach einer Laparotomie und vergeblicher Herzmassage verstarb. Die gerichtsmmedizinische Sektion ergab zwei Perforationen im Colon ascendens und im terminalen Ileum und ein Hämoperitoneum. Bei der histologischen Untersuchung der Darmwände fand sich eine frische unspezifische Entzündung. — Die Kausalität zwischen Trauma und Tod des Mannes wird bejaht; zur Erklärung werden traumatisch ausgelöste neuro-vasculäre Störungen der Darmwände mit nachfolgender Perforation angeführt. W. JANSSEN (Heidelberg)

J. J. Shepherd: Pneumothorax due to compressed air injury of the intestine. [Makerere Univ. Coll., Kampala, Uganda.] Lancet **1963 II**, 226—227.

H. Bommert: Die stumpfen Bauchverletzungen. [Chir. Klin. u. Poliklin., Berufsgenossenschaftl. Krankenanst. „Bergmannsheil“, Bochum.] Wehrmed. Mitt. 1963, 1—3.

B. Somogyi: Funktionelle Röntgenuntersuchung bei Wirbelbrüchen. [Inst. f. Chir. Anat. u. Operat.-Lehre, Med. Univ., Budapest.] Radiol. diagn. (Berl.) 4, 227—248 (1963).

A. Kelemen: Die Fettembolie. [5. Kongr., Int. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22. V.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 15, 67—75 (1962).

Beobachtungen eines erfahrenen Gerichtsarztes ohne spezielle Untersuchungen. Aus der von Verf. gebrachten Kasuistik sei folgendes hervorgehoben: Eine fettleibige Frau wird appendektomiert. Wegen Auftreten zahlreicher Blutungen müssen viele Gefäße unterbunden werden. Drei Tage später Bronchopneumonie, danach Bewußtlosigkeit und Tod. Die Leichenöffnung ergibt fettembolische Herde im Gehirn und in den Nieren. — Der Tod infolge Fettembolie scheint auch ziemlich schnell auftreten zu können: Ein abgestürzter Segelpilot erleidet mehrfache Knochenbrüche, auch am rechten Oberarm. Der Arm wird provisorisch auf eine Gipsschiene gelegt, die unerwartet auseinanderbricht; hierdurch kommt es zu einem erneuten Trauma auf den frakturierten Knochen. Nach einigen Minuten Bewußtlosigkeit und Tod. Todesursache: Fettembolie, um die Fraktur zerstörtes Fettgewebe in großen Mengen. B. MUELLER (Heidelberg)

H. A. Shapiro: Death from fat embolism. (Tod durch Fettembolie.) [5. Congr., Int. Acad. Leg. Med. and Soc. Med., Vienna, 22. V.—27. V. 1961.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 15, 81—85 (1962).

Statistische Angaben und Einzelbeobachtungen unter Verwertung des Schrifttums. Bei Verkehrsunfällen fand Verf. Fettembolien in 50% der Fälle, obwohl es zu schweren Knochenbrüchen nicht gekommen war. B. MUELLER (Heidelberg)

F. Kootz: Der heutige Stand des Tetanusproblems. [Chir. Univ.-Klin., Köln.] Med. Welt 1963, 1395—1402.

Guter Überblick im Rahmen einer Antrittsvorlesung. Mortalität trotz „heroischer“ Therapie zwischen 30 und 70%. Menschen jenseits des 50. Lebensjahres sind erheblich mehr gefährdet. Verf. weist auf den Serumschock hin. Umfrage an alle Chirurgen Deutschlands ergab, daß in den Jahren 1928 und 1929 157 Serumschocks beobachtet wurden, von denen acht tödlich endeten. Der Arzt befindet sich in einem Gewissenskonflikt, ob er bei unverschmutzten Verletzungen Antitoxin spritzen soll. Es ist vorgekommen, daß Strafverfahren eingeleitet wurden, wenn die Gabe von Antitoxin unterblieb und der Verletzte an Tetanus starb, aber auch wenn gespritzt wurde und der Verletzte dem Serumschock erlag. Richtlinien werden nicht aufgestellt. B. MUELLER (Heidelberg)

H. Stirnemann: Analyse von 149 Tetanusfällen. [Chir. Univ.-Klin., Bern.] Schweiz. med. Wschr. 93, 601—607 (1963).

Ausführlicher Überblick. Letalität immer noch unvermindert hoch, trotz moderner Behandlungsmethoden. Eine der zahlreichen Tabellen stellt die Versager dar, es sind im ganzen 18. Bei vier Versagern war Tetanusantitoxin gespritzt worden. Einer von diesen Patienten ist gestorben, die anderen haben die Erkrankung überlebt. B. MUELLER (Heidelberg)

K. Dost und F. Kümmerle: Traumatische Fistel zwischen Arteria vertebralis und Vena jugularis interna. [Chir. Univ.-Klin., Freiburg/Br.] Chirurg 34, 412—414 (1963).

P. S. Gurevich: The medico-legal aspect of Crush syndrome. (Über Quetschungssyndrom in gerichtsmedizinischer Sicht.) [Bezirksbüro f. gerichtsm. Expertise in Ul'janovsk (Leiter: P. P. EVDOKIMOV)]. Sud.-med. Ékspert. 5, Nr 3, 16—18 (1962) [Russisch].

Bericht über vier Beobachtungen mit Quetschungssyndrom; dieses kann sich nach starken Quetschungen entwickeln, auch wenn solche nur einige Minuten gedauert haben. Man kann fünf Phasen unterscheiden: 1. eine latente Periode, 2. eine allgemeine Schockreaktion mit breitt-

hartem Ödem der gequetschten Teile, 3. Niereninsuffizienz, 4. lokale Reaktionen und 5. Rekonvaleszenz. Häufig tritt der Tod schon in der 2. Periode ein, in der 3. Phase kann es zu einem Coma uraemicum kommen, in der 4. Periode droht die Gefahr einer Generalisation der Infektion mit evtl. Blutung aus arodierten Gefäßen und auch in der Rekonvaleszenz kann noch ein tödlicher Ausgang durch allgemeine Auszehrung eintreten. Das klinische Bild erinnert an einen Schock bei Bluttransfusionen mit Inkompatibilität, oder an Vergiftungen mit Arsenwasserstoff.
M. BRANDT (Berlin)

F. Tommasini e C. Magistroni: Sugli esiti a distanza delle fratture della rotula. (Über den Ausgang der Rotulabrüche.) [Ist. Med. Leg. e Assieur., Univ., Torino, Div. Ortop. e Traumatol., Osp. Maria Vittoria, Torino.] *G. Med. leg.* 9, 133—145 (1963).

Von 209 Fällen von Rotulabrüchen, die in den Jahren 1954—1959 an der orthopädischen Abteilung des Maria-Vittoria-Krankenhauses in Turin behandelt worden sind, wurden 58 in einem Abstand von 5—11 Jahren nachuntersucht. Es handelt sich vorwiegend um mehrfache Brüche, die z.T. nur mit Gipsverband, z.T. chirurgisch (Drahtnaht, Patellectomie) versorgt worden waren. Das Augenmerk wurde auf die Funktionstüchtigkeit, auf den Trophismus der Muskeln und auf die bleibende MdE gerichtet; bei Bewertung letzterer wurden eventuelle, gleichzeitig entstandene Schäden an den Kreuzbändern nicht berücksichtigt. In acht Fällen war keine MdE vorhanden; in 15 entsprach sie 10—15%, in allen anderen schwankte sie zwischen 2 und 6%. — Die MdE wird in gewissem Ausmaß von dem Alter der Verunglückten beeinflusst; alle anderen Faktoren (Art des chirurgischen Eingriffes, Dauer der Stilllegung des Gelenkes usw.) scheinen keine Rolle zu spielen; nur die Patellectomie wirkt sich mit einer höheren MdE aus, die vor allem auf die bleibende Hypotrophie des Quadriceps zurückzuführen ist. G. GROSSER (Padua)

Grazyna Przybylska: Blutergüsse in den Hoden bei Sturz aus der Höhe und bei anderer stumpfer Gewalt. [Inst. f. gerichtl. Medizin, Lodz.] *Arch. med. sadowej* 14, 89—92 mit dtsh. Zus.fass. (1962) [Polnisch].

Verletzungen der Hoden gelten als verhältnismäßig selten. Bei genaueren Untersuchungen wurden jedoch unter 436 Todesfällen infolge grober stumpfer Gewalt (vorwiegend Verkehrsunfällen) 43mal Hodenverletzungen festgestellt, in einem Teil der Fälle allerdings erst bei histologischer Befundung. Schwere Hodenquetschungen können einen tödlichen Schock hervorrufen. Hodenblutungen entstehen zumeist durch direkt angreifende Gewalt, gelegentlich aber auch indirekt bei Traumen gegen die Umgebung des Genitales.
BOLTZ (Wien)

S. F. Wintergalter and P. P. Schegolev: The significance of roentgenological examination of bruises in medico-legal practice. (Die Bedeutung der Röntgenuntersuchung von Hämatomen in der gerichtsmmedizinischen Praxis.) [Lehrstuhl für gerichtliche Medizin (Dir.: Prof. O. CH. PORKŠEJAN) und Lehrstuhl für Röntgenologie (Dir.: Prof. S. I. ABRAMOV) d. Leningrader Staatlichen S. M. Kirov-Instituts für ärztliche Fortbildung.] *Sud.-med. Ékspert.* 5, Nr 4, 3—6 (1962) [Russisch].

Verff. untersuchten röntgenologisch frische Blutergüsse an 78 Patienten, die nach stumpfen Traumen aufgetreten waren (Aufnahmebedingungen: 40—42 kV, 80 mA, 1,5—1,8 sec, ohne Kassette und Verstärkerfolie). — Sie unterschieden zwei Gruppen, die erste nimmt die ganze Dicke des Unterhautzellgewebes ein und ist röntgenologisch ausgedehnter als bei der Inspektion, die zweite Gruppe von Hämatomen erstreckt sich nur auf einen Teil des Unterhautzellgewebes, sie besitzt etwa die Größe, wie bei der Inspektion festgestellt wurde. — Auf Veränderungen bei der Rückbildung wird verwiesen, da sie eine vorsichtige Schätzung des Alters des Hämatoms gestatten. Auch differentialdiagnostisch ist die Röntgenaufnahme indiziert, da sie die Abgrenzung von frischen entzündlichen Infiltrationen, Ödemen u. a. gestattet. WINTER (Berlin)

G. Holzhausen: Gerichtsmedizinische Beurteilung von Messererbrüchen. (2. Arbeitstag. Gerichtsärzte DDR, Leipzig 1963.)

Das Ausbrechen keilförmiger Knochenstücke an der konkaven Seite von Biegungsbrüchen (langer Röhrenknochen) ist seit den Versuchen von MESSERER als charakteristisches Kennzeichen dieser Bruchform anzusprechen. In der Gerichtsmedizin spielen die Biegungsbrüche gerade bei Verkehrsunfällen eine wichtige Rolle, da sie am Knochen die Stelle einer umschriebenen Gewalteinwirkung (Anfahren) markieren. Form und Lokalisation des Bruches erlauben dann

bei der Rekonstruktion sichere Rückschlüsse auf die Stoßrichtung. Anhand eines Materials von 70 Biegungsbrüchen, die ausschließlich von Verkehrsunfalltoten stammen, werden Form des Bruches und Lage des Bruchdreieckes in Beziehung gesetzt zu den entsprechenden Unfallberichten der Verkehrsunfallbereitschaft. Dabei können die bisherigen Erfahrungen voll bestätigt werden.

W. GÖHLER (Leipzig)

Shinsuke Fukuda: Statistical observations on hanging. (Statistische Beobachtungen zur Erhängung.) [Dept. of Leg. Med., Osaka, Univ. Med. School, Osaka.] Jap. J. leg. Med. 16, 65—73 mit engl. Zus.fass. (1962) [Japanisch].

Die suicidele Erhängung kommt im Gebiet von Osaka hauptsächlich in der Stadt und hier wiederum im Häuserinneren vor. In dem Beobachtungsgut von insgesamt 140 Fällen sind Männer (92) nahezu doppelt so zahlreich vertreten wie Frauen (48). Was die Altersstufen betrifft, so erhängten sich junge und alte Menschen wesentlich häufiger als die mittleren Altersgruppen. Als Strang diente sehr oft — namentlich bei Frauen — der Koshihimo (japanischer Kleidergürtel). Atypische Erhängungssituationen wurden dreimal so oft angetroffen wie die sog. typische Erhängung, am häufigsten mit offener Schlinge. Die zu 40% beobachteten Subconjunctivalblutungen mit Blutstauung des Kopfes waren abhängig vom Körpergewicht und der Symmetrie des Strangs, weniger von der Art der Erhängungssituation. Leihengerinnsel des Herzens waren in seltenen Fällen und auch dann nur spärlich nachzuweisen. Subcutane Blutungen im Strangmarkenbereich sollen in etwa 50% der Fälle vorhanden gewesen sein, während Muskelblutungen wie auch Frakturen am Zungenbein und Schildknorpel sehr selten waren. Ein alter Mann hatte sich wiederholt in den Hals geschnitten und anschließend erhängt mit Schlingenlage oberhalb von einer Trachealdurchtrennung.

RAUSCHKE (Stuttgart)

Francisco A. de Aguiar et M. Arsenio Nunes: Sur un signe de réaction vitale dans la pendaison. (Über ein Zeichen vitaler Reaktion beim Erhängen.) [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, 12. X. 1962, Marseille. (Inst. Méd. Lég., Lisbonne.)] Ann. Méd. Lég. 43, 33—35 (1963).

Nach einem kurzen Bericht über die einschlägigen Mitteilungen in der Literatur bringen Verf. eine Darstellung eigener Untersuchungen. Bei 189 Erhängten fanden sie in 121 Fällen makroskopisch erkennbare Blutungen in verschiedenen Muskelgruppen, die sich folgendermaßen aufteilen: 100mal in den Muskeln der Achselhöhle, 41mal in der oberen Rückenmuskulatur, 10mal im M. deltoideus, 5mal in der Halsmuskulatur, 3mal im M. pectoralis major, 2mal im M. triceps, 1mal subscapular. — Vorwiegend waren die Blutungen an den Ansatzstellen lokalisiert. Nicht selten fanden sich auch symmetrische Blutungen in beiden Achselhöhlen. Blutungen, die bei der künstlichen Atmung nach Abnahme der Erhängten entstanden sein konnten, wurden nicht mitgezählt. Insgesamt werden die Blutungen als brauchbares Zeichen einer vitalen Reaktion bewertet. Sie entstehen wahrscheinlich während der „asphyktischen Konvulsionen“.

W. JANSSEN (Heidelberg)

R. Gatti: Variazioni delle concentrazioni di soluzioni saline o proteiche di cuori mantenuti in varie condizioni, rispettivamente nelle due cavità ventricolari. (Schwankungen der Salz- und Proteinlösungen in den Kammern von Herzen, die in verschiedenen Umständen durchströmt wurden, bzw. in den beiden Ventrikeln.) [Ist. Med. Leg. e Assicur., Univ., Torino.] Minerva med.-leg. 83, 15—18 (1963).

Die Versuchsanordnung war folgende: die Herzen wurden zum Teil in einer Temperatur von 18° C aufbewahrt, zum Teil im Kühlschrank bei 5°, zum Teil bei 18° eingeschlossen in ein Nyloonsäckchen, das soviel Wasser enthielt, daß der Ursprung der großen Schlagadern für ein paar Zentimeter bedeckt erschien. Die Durchströmung erfolgte mit einer salzigen Lösung (5 g Kochsalz pro 1 Liter Wasser) und mit einer proteischen Lösung (10 g Pepton, 10 g Liebig-Extrakt pro 1 Liter Wasser). Die Bestimmung des Chlors erfolgte nach MOHR, die der Proteine mit der refraktometrischen Methode. Die Bestimmungen wurden am 1. Tag alle 6 Std und an den drei darauffolgenden Tagen alle 12 Std durchgeführt. — Der refraktometrische Index stieg langsam und gleichzeitig in beiden Kammern der Herzen an, die sich frei bei 18° Umgebungstemperatur befunden hatten und auch bei denen, die im Kühlschrank aufbewahrt worden waren. Stattdessen stieg bei den mit Nyloonsäckchen versehenen Herzen der refraktometrische Index in der linken Herzkammer mehr an. Die mit Salzlösung durchströmten Herzen

wiesen eine fortschreitende Verdünnung auf, die in beiden Kammern gleichzeitig erfolgte; nur in den Herzen, die in Nylonsäckchen aufbewahrt worden waren, kam es zu einer stärkeren Verdünnung in der linken Herzkammer, jedoch erst nach 76 Std. G. GROSSER (Padua)

J. Sautet, H. Ollivier, F. Vuillet et J. Quicke: Recherches expérimentales sur la proportion d'oxyde de carbone formé au cours de la combustion de quelques substances inflammable en fonction de certaines conditions de ventilation. I. (Experimentelle Untersuchungen über den Anteil des Kohlenmonoxyds während der Verbrennung einiger entzündlicher Substanzen unter Berücksichtigung gewisser Ventilationsverhältnisse. I.) [Soc. de Méd. lég., 18. VI. 1962.] Ann. méd. lég. 42, 497—505 (1962).

Nach einer Explosion wurde in ihrer Küche, teilweise verbrannt, eine Mutter und ihre zwei Kinder im Alter von 5 und 3 Jahren und der 6 Monate alte Säugling gefunden. Da an der Kleidung ein starker Geruch nach denaturiertem Alkohol festgestellt wurde, in einem Fünflitergefäß geringe Ölspuren, ergab sich die Frage, ob die Explosion durch ein leicht entflammbares Gemisch entstanden sei und wieviel CO bei derartigen Explosionen gebildet wird. Der CO-Gehalt im Blut und im Lungenextrakt war gering. Es wurde folgendes Gemisch unter verschiedenen Bedingungen verbrannt: Äthanol, Methanol, Äthyläther, Aceton, Äthylacetat, Petroläther, Benzin. Die CO-Bildung war in allen Versuchen gering. H. KLEIN (Heidelberg)

W. Schollmeyer: Zur Frage der Fettembolie des Lungengewebes bei postmortal Verbrannten. [5. Kongr., Int. Akad. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Wien, 22. V.—27. V. 1962.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 15, 77—79 (1962).

Interessante experimentelle Untersuchungen: Die Leichen wurden im Krematorium einer Temperatur von 800—1000° C für 25—45 min ausgesetzt. Teilweise war eine Fechterstellung entstanden. In den Lungen fanden sich hauchartige Fettschleier und mäßige Fettansammlungen in den größeren arteriellen Gefäßen. Wurden die zuführenden Lungengefäße vorher, so gut es ging, abgebunden (Teileröffnung des Brustkorbes), so konnte Fett lediglich im Bereiche der Anschmorungszonen an der Lungenoberfläche festgestellt werden. Verf. meint, daß eine durch postmortales Verbrennen entstandene Fettembolie sich vom Bilde einer traumatischen Lungenfettembolie unterscheiden läßt. B. MUELLER (Heidelberg)

K. H. Herzog und M. Schneider: Lokalbehandlung von Verbrennungen. [Chir. Klin., Univ., Jena.] Mschr. Unfallheilk. 66, 322—330 (1963).

W. Tabbara: Présentation de pièce microscopique: électrocution. (Zur Histologie des Elektrotodes.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 12. III. 1962.] Ann. Méd. lég. 42, 340—343 (1962).

Ein 38jähriger Elektriker wollte eine 220 V-Wechselstromleitung in einer Küche über einem Wasserstein abklemmen. Wie üblich war die Sicherung nicht ausgeschaltet worden. Es kam zu erheblichen, tiefreichenden Strommarken an den Händen und der rechten Brust. Die histologischen Veränderungen in den Hautschichten bis ins Unterhautgewebe werden ausführlich beschrieben, einschließlich der angewandten histologischen Einfärbetechnik. Die Einzelheiten sind in der Originalarbeit nachzulesen. Die Veränderungen an Herz, ZNS und den übrigen Organen werden ohne Hinweis auf Spezifität beschrieben. Nur am Herzmuskel wird eine zickzackartige Fragmentation auf den Wechselstrom zurückgeführt. BOSCH (Heidelberg)

R. Langmann: Die medizinische Verwendung von Radioisotopen und die Bekämpfung ihrer Gefahren. [Gesundh.-Amt, Mülheim/Ruhr.] Öff. Gesundh.-Dienst 25, 270—275 (1963).

Die Fortschritte der Medizin lassen eine stetige Zunahme in der Verwendung radioaktiver Isotope zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken erwarten. In der Therapie ist die Strahlenexposition ungleich größer als in der Diagnostik. Wirksamste Verhütung und Abwehr einer Strahlengefährdung bietet die Isotopen-Abteilung einer klinischen Anstalt, sofern sie unter Berücksichtigung der Strahlenschutz-Verordnungen geplant und erstellt wird: Unterbringung in einer abgeschlossenen Baueinheit, Zutritt nur durch Schleuse mit eingebauten Monitoren zur Feststellung von gefährlichen Verunreinigungen an Kleidung und Körperteilen, Dusch- und Wascheinrichtungen, Wandsprechanlagen anstelle von Telefon, Papierservietten

statt Handtüchern und Heißlufttrockner, sichere Aufbewahrungstresore, Strahlenschutzwände aus Barytbeton, abwaschbare Fußböden, Wände und Arbeitsflächen, Sammelbehälter für Abwasser mit Warneinrichtungen, Auswahl zuverlässigen Personals und gründliche Schulung, rasches Arbeiten in möglichst großem Abstand zur Strahlenquelle, luftdichte Umfüll- und Verdünnungseinrichtungen (Verbot jeglichen Pipettierens), Einrichtungen zu sofortiger Erste-Hilfe-Leistung, Verwendung kurzlebiger Isotope, Kontrolle der Exposition für das Personal, Aktivitätsmessung an Abwässern und Raumluft u. a. Unter allen Umständen muß vermieden werden, daß — wie beobachtet — z. B. Radium in der Wand eines Warteraums gelagert wird, der Arzt Jod 131 im Schreibtisch aufbewahrt und eine Leiche ohne Kennzeichnung der Behandlung mit radioaktiven Stoffen zur Sektion gelangt, so daß der Pathologe massiven Strahlendosen ausgesetzt wird.

RAUSCHKE (Stuttgart)

Tadeusz Marcinkowski: Accident caused by home-made arms. Arch. med. sadowej 15, 63—66 mit engl. Zus.fass. (1963) [Polnisch].

Atypische Schußverletzung eines 14jährigen durch selbstkonstruierte Pistole. Die Waffe wurde von den anderen anwesenden Knaben in den Fluß geworfen und nicht mehr gefunden. Das „Projektil“ — ein Stück Metall — wog 27 g und wurde im Schädel gefunden.

VÁMOŠI (Halle a. d. S.)

L. R. Pokk: Die Entwicklung des orthostatischen Kollapses und morphologischer Veränderungen in Kaninchenorganen bei Einwirkung auf das Zentralnervensystem. (The appearance of orthostatic collapse and morphological changes in the organs of rabbits during the action on the central nervous system. Experimental investigation.) [Lehrstuhl für pathologische Anatomie (Leiter: Dozent U. R. PODAR) Staatsuniversität Tartu.] Arch. Pat. (Mosk.) 25, Nr 5, 26—35 mit engl. Zus.fass. (1963) [Russisch].

Nach Hinweisen auf die einschlägige Literatur und eigene Veröffentlichungen über Kreislaufstörungen und histologische Veränderungen des Hirngewebes bei Orthostase werden in der vorliegenden Arbeit Versuche mit 105 Kaninchen eingehend geschildert. 25 Tiere wurden lediglich durch Hängen in eine senkrechte Lage gebracht; 25 Tiere erhielten, bevor sie in Hängelage gebracht wurden, 0,75—1 g/kg Urethan. Fünf Tiere wurden nach wiederholter Urethanarkose untersucht (ohne Aufhängen); 30 Kaninchen erhielten vor den Hängeversuchen 0,3 bis 5 mg/kg Aminasin subcutan; 5 Kaninchen erhielten lediglich wiederholt Aminasin; 10 Tieren wurde vor den Hängeversuchen 25—30 ml Blut entnommen; und 5 Kaninchen wurden als Kontrolltiere benutzt. Die Versuche wurden im Verlauf von 20 Tagen durchgeführt. Die Orthostase erfolgte sechsmal wöchentlich und bei einem Teil der Tiere täglich mehrfach. Die vertikale Lage wurde bis zum Eintritt des Kollapses beibehalten. Kaninchen, bei denen kein Kollaps eintrat, blieben jeweils 2—3 Std in Hängelage. Histologische Untersuchungen erfolgten an Teilen der Leber, der Lungen, der Milz und der Aorta; das Herz wurde in Serienschnitten vollständig untersucht. Bei den 25 ausschließlich der Orthostase ausgesetzten Kaninchen trat in 14 von 25 Fällen ein Kollaps ein. Die erhobenen histologischen Befunde werden kurz und vorwiegend dem Umfange nach mitgeteilt. Mikrophotos zeigen die Veränderungen an der Milz (Hyperämie und Schrumpfung der Follikel) und an der Aorta (destruktive Veränderungen der Aortenwand und Ablagerung von Kalksalzen). Die 25 mit Urethan behandelten Kaninchen wurden zuerst ohne Urethan und dann in Urethanarkose in Hängelage gebracht. In Narkose war der Zeitraum bis zum Eintritt des Kollapses bei Urethammengen von 0,75—0,9 g/kg um das $1\frac{1}{2}$ -3fache verlängert; geringere oder höhere Dosen hatten entweder keine Veränderungen oder einen schnelleren Eintritt des Kollapses zur Folge. Dem Umfange nach waren die histologischen Veränderungen durch Orthostase bei gleichzeitiger Gabe von 0,75—0,9 g/kg Urethan geringer als ohne eine derartige Behandlung. Die Urethanarkose allein hatte keine Veränderungen von der Norm zur Folge. Bei Gabe von Aminasin (0,3—5 mg/kg) und gleichzeitiger Orthostase trat der Kollaps unabhängig von der Dosis weit häufiger und schneller ein als ohne eine derartige Behandlung. Die histologischen Veränderungen der Organe waren im wesentlichen gleichartig oder bedeutend umfangreicher als bei orthostatischem Kollaps ohne Gabe von Aminasin. Die Kontrolltiere wiesen nur äußerst geringfügige Gefäßschäden auf. Mikrophotos der Leber (Nekroseherd) und des Herzmuskels (Fibroseherde) geben Einzelbefunde wieder. In einer Tabelle wird die Schwere der Myokardveränderungen bei den verschiedenen Versuchsbedingungen übersichtlich dargestellt.

SCHWEITZER (Düsseldorf)

Tabelle. *Myokardveränderungen*

Nr. des Versuches	Art des Versuches	H äufigkeit der Orthostase	Gesamtdauer des Aufenthaltes in vertikaler Lage	Myokardveränderungen	
				Nekroseherde	Fibroseherde
2	Orthostase	20	16 Std 12 min	++	+
5	Orthostase	20	12 Std 1 min	++	++
7	Orthostase	20	21 Std 17 min	+	++
11	Orthostase	24	19 Std 5 min	++	++
14	Orthostase	20	17 Std 28 min	++	+
15	Orthostase	20	22 Std 5 min	+	++
16	Orthostase	20	20 Std 9 min	++	+
17	Orthostase	26	20 Std 23 min	++	++
20	Orthostase	20	19 Std 1 min	++	++
22	Orthostase	20	19 Std 50 min	++	++
32	Urethan + Orthostase	20	24 Std 12 min	+	+
33	Urethan + Orthostase	20	20 Std 11 min	+	+
34	Urethan + Orthostase	20	28 Std 8 min	++	+
37	Urethan + Orthostase	20	25 Std 15 min	++	+
39	Urethan + Orthostase	25	31 Std 11 min	++	+
41	Urethan + Orthostase	23	25 Std 27 min	+	+
43	Urethan + Orthostase	20	25 Std 5 min	+	++
49	Urethan + Orthostase	20	24 Std 50 min	++	++
50	Urethan + Orthostase	20	27 Std 40 min	+	+
51	Urethan + Orthostase	20	27 Std 13 min	+	+
52	Aminasin + Orthostase	22	15 Std 10 min	+++	+++
53	Aminasin + Orthostase	22	11 Std 11 min	+++	+++
55	Aminasin + Orthostase	20	14 Std 15 min	++	+++
57	Aminasin + Orthostase	20	18 Std 19 min	+++	+++
58	Aminasin + Orthostase	20	16 Std 9 min	+++	+++
70	Aminasin + Orthostase	20	12 Std 27 min	++	+++
71	Aminasin + Orthostase	23	14 Std 13 min	+++	++
74	Aminasin + Orthostase	20	15 Std 29 min	+++	++
75	Aminasin + Orthostase	20	12 Std 51 min	+++	+++
80	Aminasin + Orthostase	20	11 Std 14 min	+++	+++

+ geringe Veränderungen in einzelnen Bezirken; ++ deutliche Veränderungen; +++ ausgedehnte und sehr starke Veränderungen.

Vergiftungen

● **Hans J. Bochnik: Bedürfnis, Rausch und Sucht. Multifaktorielle Analysen des Alkoholmißbrauchs junger und älterer Menschen.** (Schriftenr. z. Problem d. Suchtgefahren. Hrsg. von d. Deutsch. Hauptstelle gegen d. Suchtgefahren. H. 10.) Hamm/Westf.: Hoheneck-Vlg. 1963. 44 S., 10 Abb. u. 6 Tab.

Der Verf. erläutert im ersten Teil der Schrift die vielschichtigen Suchtbedingungen. Sie werden sehr übersichtlich in drei Faktorenguppen (Person, Sozialfeld, Sucht) eingeteilt. Die Wechselbeziehungen dieser Gruppen werden klar erläutert. Der Alkoholmißbrauch nimmt eine bevorzugte Stellung im Suchtproblem ein. In dem hierzu geprüften Krankengut der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Hamburg finden sich 2—3% Arzneimittelsüchtige, während der Alkoholmißbrauch 8—10% bei den männlichen und 2—3% bei den weiblichen Patienten beträgt. Anhand der Unterlagen aus dieser Klinik und solchen der Hamburger Sozialbehörde aus den Jahren 1936—1960 wird der Alkoholmißbrauch statistisch aufgeschlüsselt. Während des zweiten Weltkrieges war Alkoholmißbrauch sehr selten, dagegen wurde das Schlafmittel das Suchtmittel für diese Epoche. Belegt durch ausführliche Tabellen über den Alkoholmißbrauch bei männlichen Jugendlichen mit sorgfältiger Aufgliederung der persönlichen und Umweltverhältnisse kommt Verf. zu der Feststellung, daß manifeste Süchtigkeit bei Jugend-