

Referate

Allgemeines, einschl. Verkehrsmedizin

- **Karl-Heinrich Bauer: Das Krebsproblem. Einführung in die allgemeine Geschwulstlehre für Studierende, Ärzte und Naturwissenschaftler.** 2. völl. neu bearb. Aufl. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. XVI, 1099 S. u. 216 Abb. Geb. DM 98.—.

Krebsforschung ist an sich nicht Angelegenheit der gerichtlichen Medizin; trotzdem wird man das Werk des bekannten Chirurgen und Krebsforschers, der zur Zeit die Errichtung des Krebsforschungszentrums in Heidelberg vorbereitet, auch in dieser Zeitschrift würdigen müssen. Die Darstellung ist eine umfassende, sie betrifft die Pathogenese, die Statistik, die Pathologie und die Biochemie; selbstverständlich wird auch das Vererbungsproblem eingehend behandelt. An die Spontanheilung eines malignen Tumors glaubt Verf. nicht; wenn derartiges geschrieben wird, so wäre kritisch zu überprüfen, ob es sich nicht um Verwechslungen oder unzutreffende Diagnosen gehandelt hat. Eine Infektion kann nur in geeigneten Fällen mitwirken, als eigentliche Genese kommt sie nicht in Betracht. Ausführlich wird die Krebsentstehung durch chemische und physikalische Einwirkungen dargestellt. Ein eingehender Abschnitt behandelt die Behandlung und Verhütung. Das letzte Kapitel des Werkes beschäftigt sich mit den Beziehungen der Erkrankung zur Öffentlichkeit, soziale Maßnahmen werden erörtert, Fragen der Krebsaufklärung, die Begutachtung von Krebskranken in der Unfallversicherung, Versorgung, Rentenversicherung und Privatversicherung wird kurz, aber sehr präzise dargestellt. Das Buch schließt mit Hinweisen auf die einschlägige Gesetzgebung (Reinhaltung der Luft, Reinhaltung des Wassers, Lebensmittelgesetzgebung, Arzneimittelgesetzgebung). Verf. fordert auch hinreichenden Schutz des Chirurgen im Strafrecht, die Aufklärungspflicht darf gerade bei Tumoren nicht allzu eng ausgelegt werden. — Das Werk muß auch denjenigen zum Nachschlagen empfohlen werden, die sich nicht persönlich mit der Tumorforschung befassen und deren Arbeitsgebiet die Beurteilung maligner Tumoren nur am Rande berührt. B. MUELLER

- **Das Herz des Menschen.** In zwei Bänden. Bearb. von A. v. ALBERTINI, W. BARGMANN, E. BAUEREISEN u. a. Hrsg. von W. BARGMANN und W. DOERR. Bd. 1 und 2. Stuttgart: Georg Thieme 1963. XXVIII, 1155 S. u. 648 Abb. 2 Bde. zus. geb. DM 297.—.

Wenn Verff. im Vorwort von der Notwendigkeit geschrieben haben, das Wissen von der Struktur und Funktion des gesunden und kranken menschlichen Herzens geschlossen darzustellen, so ist dieser Wurf gelungen. Die Monographie wird mit einem historischen Überblick der Erforschung von Herz- und Kreislauf (ROTHSCHUH) eingeleitet, der sich die Entwicklungsgeschichte des Herzens (GOERTTLER) anschließt. BARGMANN übernahm das Kapitel: Bau des Herzens, SCHIEBLER und DOERR: Die Onthologie des Reizleitungssystems, JANSEN: Die Innervation und KNESE: Die Topographie des Herzens. Ein weiterer Abschnitt ist der normalen Physiologie des Herzens (BAUEREISEN) gewidmet. Gerade in Verbindung mit den jüngsten Arbeiten von MARESCH sind die Ausführungen von FLECKENSTEIN über die Physiologie und Pathophysiologie des Myokardstoffwechsels sehr wichtig. Erfolgreich bearbeitete FLECKENSTEIN die Verknüpfung der Erregungsprozesse mit dem Stoffwechsel der K^+ - und Na^+ -Ionen, wodurch besonders die Pathophysiologie der automatischen Impulsbildung und -ausbreitung neue Aspekte erhielt. Die Mittlerrolle der Ca^{++} -Ionen zwischen den bioelektrischen Phänomenen an den Grenzflächen und dem mechanischen Kontraktionsakt wurde analysiert. Drittens wurde der Stoffwechsel der energiereichen Phosphate bearbeitet. Durch Katheterismus des Sinus coronarius des Menschen gelang es, den Substratverbrauch des Herzens in situ zu verfolgen. FLECKENSTEIN bezeichnet seine Forschungen mit Recht als Brückenschlag zwischen den einzelnen Spezialgebieten. — Über die Biomorphose des gesunden Herzens in Bezug auf Alter und Geschlecht kamen BÜRGER und LOHMANN zu Wort. Der 1. Band schließt mit den Mißbildungen des Herzens und der großen Gefäße. — Der 2. Band ist eine Fundgrube für jeden, der sich mit dem Problem der Pathologie

des Endokards (v. ALBERTINI), des Myokards (MEESSEN und POCHÉ) der Coronararterien, des Infarkts (SCHOENMACKERS), des Reizleitungssystems (DOERR und SCHIEBLER) der Herzhöhlen (SCHORN), der herznahen großen Gefäße (DOERR) beschäftigt. Der letzte Abschnitt gilt der klinischen Physiologie des Herzens (DELIUS und Mitarbeiter GOERTTLER). — Die einzelnen Artikel sind mit ausgezeichneten Makro- und Mikroaufnahmen und mit einem übersichtlichen Literaturverzeichnis belegt. — Vermissen wird lediglich eine geschlossene Erfassung des unerwarteten plötzlichen Todes. Die einschlägige gerichtsmedizinische Literatur ist zu wenig oder gar nicht bedacht.
DOTZAUER (Köln)

● **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN †. 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Bd. 2, Teil 4, Lfg. 8. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1963. II, S. 2267—2378 u. Abb. 1127—1154. DM 31.—.

Verf. dieser Lieferung ist der Privatdozent für pathologische Anatomie an der Universität Wien Dr. O. PENDEL; er hat die undankbare Aufgabe übernommen, aus weit verstreuter Literatur zusammenzusuchen, was über Veränderungen der Muskulatur, der Sehnen und der Schleimbeutel bei Krankheiten bekannt ist, die gleichfalls selten sind und bei denen es schwer ist, Material für morphologische Untersuchungen zu erhalten. Es dreht sich um Veränderungen der quergestreiften Muskeln bei Atrophien und Hypertrophien, bei Entzündungen spezifischer und unspezifischer Art, um rheumatische Muskelerkrankungen, um Muskelveränderungen bei Allgemeinerkrankungen, um Parasiten, Myositiden, um Veränderungen bei der spinalen, progressiven Muskelatrophie, um Geschwülste, bei denen Sehnen außer um Entzündungen, um Rupturen, Sehnenregenerationen und -transplantationen und bei den Schleimbeuteln außer um Entzündungen um gutartige und bösartige Tumoren. In einem Anhang werden die histologischen Untersuchungsmethoden dargestellt, die sich besonders für Erforschung von Veränderungen in Muskeln und Sehnen eignen. Im Rahmen der Darstellung der Leichenveränderungen geht Verf. unter Ausschöpfung des Schrifttums auf die Leichenstarre, auch auf die kataleptische Starre ein, er beschäftigt sich auch mit der Theorie der Leichenstarre; unter der Rubrik „Veränderungen durch physikalische und mechanische Einwirkungen“ werden die durch Erfrierung hervorgerufenen Nekrosen, die Querbänder nach Einwirkung elektrischen Stromes, die kolbige Auftreibung und die wachsartige Degeneration nach mechanischen Einwirkungen geschildert. Ultraschall verursacht Aufreissungen und Lochbildungen in der Muskulatur. Erwähnt werden die Oleo- und Öleysten, deren Entstehung meist durch physikalische Einwirkung bedingt ist, seltener durch chemische Umsetzungsprozesse. Wie auch sonst in „KAUFMANN“ wird die Literatur sorgfältig und erschöpfend zitiert. Diese Lieferung wird allen denen willkommen sein, die sich bei gegebener Gelegenheit über dieses sonst wenig bearbeitete Gebiet orientieren müssen.
B. MUELLER (Heidelberg)

● **M. E. Müller, M. Allgöwer und H. Willenegger: Technik der operativen Frakturbehandlung.** Mit Beitr. von W. BANDI, H. R. BLOCH, A. MUMENTHALER u. a. Mit einem Geleitwort von H. KRAUSS. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. IX, 361 S. u. 459 Abb. Geb. DM 136.—.

● **Handbuch der Kinderheilkunde.** Hrsg. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bd. 5: Infektionskrankheiten. Redig. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bearb. von R. BÖNICKE, O. H. BRAUN, H. BRÜGGER u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. IX, 1259 S. u. 418 Abb. Geb. DM 360.—; Subskriptionspreis DM 288.—.

E. Lorenz: Typhus, Paratyphus und die wichtigsten anderen Salmonellosen. S. 416 bis 442.

● **Handbuch der Kinderheilkunde.** Hrsg. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bd. 5: Infektionskrankheiten. Redig. von H. OPITZ und F. SCHMID. Bearb. von R. BÖNICKE, O. H. BRAUN, H. BRÜGGER u. a. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. IX, 1259 S. u. 418 Abb. Geb. DM 360.—; Subskriptionspreis DM 288.—.

J. Jochims: Anginaformen. S. 480—489.

- **Wolfgang Remmele: Die humorale Steuerung der Erythropoiese.** Mit einem Geleitwort von F. HOFF. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. XI, 274 S. u. 33 Abb. Geb. DM 58.—.

Mit vorliegender Arbeit hatte sich Verf. die Aufgabe gestellt, das derzeitige Wissen über die humorale Steuerung der Erythropoiese zusammenzufassen, es durch eigene Untersuchungen zu ergänzen und damit eine Ausgangsbasis für weitere Arbeiten auf diesem Gebiet zu schaffen. — In sinnvoller Weise wurde der Stoff in zwei Hauptkapitel unterteilt. Nach einer kurzen Einleitung über die Grundzüge der nervösen und humoralen Regulation der Erythropoiese bringt der Autor im ersten 170 Seiten umfassenden Teil eine Abhandlung der spezifischen humoralen Steuerung der Erythropoiese durch das Erythropoietin. Dabei handelt es sich vermutlich um einen Stoff aus der Gruppe der Glykoproteide; der adäquate Reiz zur Bildung und Ausschüttung des Hormons ist der Sauerstoffmangel der Körperzellen, der eine Steigerung der Erythropoiese erforderlich macht. Die Rezeptoren für den O₂-Mangel liegen im Zwischenhirn. Durch zahlreiche eigene, vorwiegend tiereperimentelle Untersuchungen zur Auswahl geeigneter Testobjekte für erythropoietinhaltige Präparate, zur Erfassung der Veränderungen an der Erythropoiese und zur Frage der Bildungsstätte des Erythropoietins wurden dem Gebiet der Erythropoieseforschung völlig neue Bestandteile hinzugefügt. Darüber hinaus gelang es dem Verf. durch eine sinnvolle Gliederung und Gegenüberstellung mit den vielfach tabellarisch geordneten Untersuchungsergebnissen anderer Forscher eine Grundkonzeption zu wahren und das ganze Wissensgebiet übersichtlich zu gestalten. — Die Auswertung aller bisherigen klinischen und experimentellen Beobachtungen macht es wahrscheinlich, daß das Erythropoietin in der Niere gebildet wird. Im sauerstoffdurchströmten Blutserum entsteht dagegen nach den Untersuchungen des Verf. ein Erythropoiese-hemmender Faktor, das Erythropenin. Der Ablauf der Erythropoiese wird also durch das Wechselspiel zwischen Erythropoietin und Erythropenin bestimmt. — Im zweiten 34 Seiten umfassenden Teil des Buches wird die unspezifische Beeinflussung der Erythropoiese durch verschiedene Hormone dargestellt. Es handelt sich hier um die Keimdrüsenhormone, sowie um bestimmte Hormone des Hypophysenvorderlappens, der Schilddrüse, sowie um Einflüsse der Nebennieren, des Pankreas usw. Der Effekt dieser Hormone hat lediglich den Charakter einer Nebenwirkung, da ihre spezifische Wirkung auf andere Zielorgane als das Knochenmark gerichtet ist. — Den Abschluß der fachlichen Ausführungen bildet eine Zusammenfassung mit Schlußbetrachtung; angeschlossen ist ein sehr reichhaltiges Literaturverzeichnis von 48 Seiten. — Dem Verf. ist es gelungen, nicht nur das selbst gesteckte Ziel zu erreichen, sondern darüber hinaus den schwierigen, ein hohes eigenes Fachwissen erfordernden Stoff nach der Breite und Gründlichkeit eines Handbuches umfassend darzustellen; dabei machen die kritische Form der Abhandlung und die übersichtliche Gliederung das Werk besonders empfehlenswert.

W. JANSSEN (Heidelberg)

- **Zyto- und Histochemie in der Hämatologie.** Neuntes Freiburger Symposium an der Medizinischen Universitätsklinik vom 25.—27. Oktober 1962. Zugleich Symposium der Gesellschaft Deutscher Hämatologen. Hrsg. von HANS MERKER. Berlin-Göttingen-Heidelberg: Springer 1963. XV, 623 S. u. 228 Abb. DM 98.—.

Die Cyto- bzw. Histochemie ist ein wichtiger Zweig der Morphologie geworden. Die Erforschung der Zellstruktur hat einen neuen Weg eingeschlagen dadurch, daß ein Eindringen in submikroskopische Bereiche möglich geworden ist. Die Zusammenschau von Form und Funktion der Zelle beginnt ein neues Bild von den Urbausteinen des Lebens zu enthüllen. In den letzten Jahren sind durch die Änderungen der Untersuchungsmethoden die Diagnosemöglichkeiten insbesondere im Bereich der Hämatologie verbessert worden. Das Symposium der Gesellschaft Deutscher Hämatologen widmete sich einem klassischen Anliegen der Hämatologie, nämlich dem Bemühen, von der Morphologie her in Probleme der Hämatologie vorzudringen. Die Tagung stellte die Cyto- und Histochemie in ihrer Bedeutung für die moderne Hämatologie in den Vordergrund. Diese modernen Methoden knüpfen in logischer Kontinuität an die klassischen Methoden der Histochemie an, wie sie seit 100 Jahren in der Biologie und Pathologie sowie in der Hämatologie entwickelt wurden. Die Monographie enthält verschiedene Arbeiten über die Zell-Eiweißkörper und ihre färberische Darstellung über die Probleme der Enzymhistochemie sowie über die Verteilung von Kohlenhydraten und Fett, Eisen und Mineralien. Die Monographie ist deshalb besonders bedeutungsvoll, weil sie Probleme der Dynamik und auch solche des Stoffwechsels des reticuloendothelialen Zellsystems erörtert..

TRUBE-BECKER

● **Gerhard Dietz: Gerichtliche Medizin für Juristen, Kriminalisten, Studierende der Rechtswissenschaften und Medizin.** Mit einem Beitrag von GÜNTER HOLZHAUSEN. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1963. XII, 203 S. u. 49 Abb. Geb. DM 14.50.

Verf. ist einer der Oberärzte des Institutes für gerichtliche Medizin der Humboldt-Universität. Der Abschnitt Spurenkunde ist von einem der Oberärzte des Institutes für gerichtliche Medizin in Leipzig, G. HOLZHAUSEN, verfaßt worden. Im Vorwort wird auf die Notwendigkeit hingewiesen, daß es auch für den nicht medizinisch vorgebildeten Leser ein Lernbuch des Faches geben müsse. Gedacht ist wohl an die Juristen und gehobene Beamte der Kriminal-Polizei, die gleichfalls eine gewisse gerichtsmedizinische Ausbildung erhalten müssen. In dem von O. PROKOP verfaßten Geleitwort wird darauf hingewiesen, daß der Verf. des Buches sich in den Vorlesungen und Kursen durch eine besondere didaktische Begabung ausgezeichnet habe. Dieser Auffassung kann Ref. durchaus zustimmen. Der Text ist prägnant und einleuchtend verfaßt, er ist, ohne unwissenschaftlich zu sein, auch dem nicht medizinisch geschulten, gebildeten Leser verständlich, berücksichtigt aber dennoch die modernen Erkenntnisse des Faches. Dem Zweck des Buches hätte es nicht entsprochen, Probleme, die es überall gibt, allzusehr aufzurollen. Der Leser soll mit denjenigen Lehren des Faches bekanntgemacht werden, die wenigstens zur Zeit von der Mehrheit der Forscher anerkannt werden. Die Darstellung berücksichtigt die Thanatologie, die Identifikation, den gewaltsamen Tod, sie bringt Ausschnitte aus der forensischen Toxikologie, die strittige Vaterschaft, den Blutalkohol und die Spurenkunde. — Auf nachfolgende Einzelheiten sei eingegangen: Es ist bemerkenswert, daß nach der StPO der DDR die Leitung der gerichtlichen Leichenöffnung nicht dem Richter, sondern dem Staatsanwalt übertragen wurde (S. 31). Die Durchführung der Sektion erfolgt durch zwei Ärzte, unter denen sich ein „staatlich angestellter Arzt“ befinden muß. Wiedergegeben wird außerdem die Leichenschauanordnung der DDR vom 1. 11. 61, durch die auch die von vielen gewünschte Verwaltungssektion eingeführt worden ist (S. 32). Daß es nicht selten vorkommt, daß nach Selbstmordversuch nach Durchtrennung der A. radialis die Hand in heißes Wasser eingetaucht wird, um die Blutung zu fördern, überrascht etwas, vielleicht sollte man mehr auf diese Verhältnisse achten. Unter den Methoden zur Feststellung des Ertrinkungstodes wird der Diatomeen-Nachweis gebracht, und zwar noch ohne Hinweis auf die Möglichkeit des Vorhandenseins von Diatomeen in den Organen Nichtertrunkener. Vielleicht wäre es zweckmäßig gewesen, bei Darstellung der toxikologischen Gesichtspunkte auch auf die Insekticide einzugehen, von denen das Parathion ziemlich häufig als Selbstmord-, aber auch als Mordgift benutzt wird. Bei der Darstellung der Beurteilung von Kausalzusammenhängen fällt auf, daß auch im Versicherungsrecht von der Adäquanztheorie ausgegangen werden soll; dies trifft allerdings für die Unfallversicherung der Bundesrepublik laut RVO nicht zu. Die Lehre von den Blutgruppen wird bis zu den Serumeigenschaften *Gm* durchgeführt. Die Vererbungsgesetze werden so erklärt, daß auch der Laie sie ohne weiteres erfassen kann. Der von ELBEL angegebene Ringrest zur Feststellung der Alkoholbeeinflussung ist allerdings, worauf man vielleicht in einer Neuauflage hinweisen könnte, nur zu verwerten, wenn der Proband sich vorher eingeübt hat und ein Übungszuwachs nicht mehr zu bemerken ist. — Im ganzen muß man sagen, daß Verf. seine Aufgabe gut geglückt ist; auch wer als Kandidat der Medizin die ärztliche Prüfung ablegen will, wird den Inhalt dieses gut lesbaren, interessant geschriebenen Buches zu schätzen wissen.

B. MUELLER (Heidelberg)

● **Steffen P. Berg: Grundriß der Gerichtlichen Medizin.** Mit Arztrecht und Versicherungsbegutachtung. 5. Aufl. (Sammlg. mediz. Grundrisse.) München: Rudolph Müller & Steinicke 1963. 228 S.

Der bekannte Grundriß, der von der großen Mehrzahl der Studenten für die Vorbereitung zur ärztlichen Prüfung benutzt wird, liegt nunmehr in 5. Auflage vor. (Referat über die 3. Aufl. d. Z. 48, 94 (1958/59.)) Verf. hat es sich angelegen sein lassen, den Text auf den gegenwärtigen Stand zu bringen. Der Abschnitt ärztliche Rechts- und Standeskunde wurde neu bearbeitet, das Kapitel über die Blutgruppen der gegenwärtigen Zeit angepaßt, ebenso der Abschnitt über Blutalkohol. Neu hinzugefügt wurden Abschnitte über die Strahlenwirkung, einschließlich der radioaktiven Isotopen und über Einzelgebiete der Spurenanalyse. Auf Grund von Erfahrungen bei der ärztlichen Prüfung möchte Ref. noch bemerken, daß der Vermerk, der Arzt müsse eine „1/2-jährige Vorbereitungszeit auf die kassenärztliche Tätigkeit“ nach Erhalt der Niederlassungsberechtigung absolvieren (S. 20), nicht selten von dem Examenskandidaten so aufgefaßt wird, daß er in dieser Zeit als Privatpraktiker tätig sein müsse. Vielleicht kann für die

nächste Auflage eine Klarstellung vorgesehen werden. — Verf. ist darin recht zu geben, daß eine zu große Kürze für den Studenten keinen Vorteil bringt. Die Seitenzahl des Büchleins ist um weniges vermehrt worden. Es wird auch in Zukunft in Verbindung mit der Vorlesung mit Erfolg zur Vorbereitung für die ärztliche Prüfung benutzt werden. B. MUELLER (Heidelberg)

● **Hermann Hoffmann: Tauglichkeitsuntersuchungen bei Kraftfahrern.** — **Graf Egon von Fürstenberg: Psychoanalyse und Psychotherapie hinter dem Lenkrad.** — **Richard Prinz von Hessen: Anfänger auf der Autobahn.** (Sicherheit im Verkehr. Drucks. Nr 37.) Bonn: Bundesverkehrswacht e.V. 1962. 48 S.

In der Arbeit von HOFFMANN wird über Kreislaufuntersuchungen unter Fahrpraxisbedingungen berichtet. Die Registriergeräte waren vom Kraftfahrzeug getrennt; die im Kraftfahrzeug während der Fahrt beim Fahrer entstehenden biologischen Meßwerte und die am Fahrzeug beobachteten technischen Meßwerte sowie eine fortlaufende Schilderung der Verkehrssituation wurden über eine Funkbrücke in die Klinik gesendet, wo sie entweder sofort registriert oder auf Magnettonträger gespeichert wurden. Besonders bemerkenswert war die bei 80% der Versuchspersonen bei jeder Fahrbeanspruchung eintretende Erhöhung der Pulsfrequenz um ca. 10%. Aus der Pulsfrequenz wird auf die Beteiligung seelischer Prozesse beim Reaktionsverhalten geschlossen. Der Blutdruck wurde durch das Kraftfahren erhöht; bei bestimmten Formen der Hypertonie wird vor dem Kraftfahren gewarnt. Bei Personen mit pectanginösen Beschwerden wurden durch das Fahren Veränderungen im EKG provoziert; teilweise wurden hier Zustände von Übelkeit und Unwohlsein beobachtet, die ein verkehrsgerechtes Fahren unmöglich machten. Aus den Ergebnissen der Kreislaufuntersuchungen werden teilweise Rückschlüsse auf das vegetative Reaktionsverhalten bei Kraftfahrern gezogen. Die Vorteile von Fahrversuchen im Vergleich zu Laboratoriumsversuchen werden besonders unterstrichen. Im Aufsatz von Graf EGON VON FÜRSTENBERG wird die Bedeutung der Angst für das Verkehrsunfallgeschehen an zahlreichen Beispielen erläutert. Es wird ein theoretisches, aber auch ein praktisches Training auf Übungsplätzen zur Überwindung von Angstzuständen gefordert. Die Arbeit von RICHARD PRINZ VON HESSEN erläutert die Gefährlichkeit des Befahrens der Bundesautobahnen durch Anfänger an zahlreichen Beispielen. Zur Beachtung der hinreichend bekannten Regeln über das Fahrverhalten auf Autobahnen wird in besonders eindringlicher und einprägsamer Form aufgefordert.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

H. Sterz: Das normale Hämoglobin. [Med. Univ.-Klin., Graz.] Med. Klin. 58, 1621—1623 (1963).

Übersicht.

L. Heilmeyer und H. J. Kähler: Die Entzündung und ihre Steuerung. [Med. Univ.-Klin., Freiburg i.Br.] Helv. med. Acta 29, Suppl. 40, 7—210 (1962).

Tiefschürfende Arbeit, die allen Aspekten der Materie gerecht wird. Entsprechend der Eigenart des Problems wird die Steuerung der Entzündung durch das Nervensystem auf wenigen Seiten abgehandelt, wogegen die hormonale Steuerung dank den neuen Erkenntnissen ausführlich besprochen wird. Eine für jeden Arzt lesenswerte Arbeit mit umfassender Berücksichtigung der Literatur.

ROTT (Innsbruck)^{oo}

H. Cesnik: Der Schock. [Chir. Univ.-Klin., Graz.] Wien. med. Wschr. 113, 87—89 (1963).

Im Rahmen der Besprechung der Pathogenese des Schocks werden zwei Entstehungsmöglichkeiten beschrieben: die neurogene und hämatogene. In der ersten Gruppe werden der vasovagale, durch Schreck, Schmerz oder orthostatischen Kollaps ausgelöste Schock, der Organschok pleuro-pulmonal, peritoneal durch Verletzung des ZNS oder Pulmonalembolie bedingt, der anaphylaktische sowie der peritonitische und der Crush-Syndrom-Schock eingereiht. In der zweiten Gruppe sind Blutung, Plasmaverlust durch Verbrennung, Erfrierung, infektiös oder toxisch Exicose und Herzschädigungen als Ursachen zu betrachten. Die neurogenen Ursachen führen meist erst zur „hypotonen Bradykardie“, die hämatogenen erst zu einer „normotonen Tachykardie“ (kompensierter Schock) und später durch Hypoxie und Gewebeschädigung zur „hypotonen „Tachykardie“ (dekompensierter Schock). Die „hypotone Bradykardie“ kann durch

längeres Bestehen in normotone und hypotone Tachykardie übergehen. Die reversiblen Formen des Schocks sind diejenigen, die entweder spontan oder durch zweckmäßige Behandlung rückbildungsfähig sind. Die irreversiblen Formen sind diejenigen, bei denen der Versuch des Körpers, die Schädigung durch Gegenregulationen auszugleichen, nicht zur Besserung, sondern zu einer nicht rückbildungsfähigen Verschlimmerung führen. — Die Behandlung des Schocks muß in erster Linie die initiale Schädigung (Blutung, Atembehinderung, Pneumothorax usw.) soweit wie möglich beheben. Gleichzeitig muß mit der Wiederherstellung einer ausreichenden zirkulierenden Blutmenge begonnen werden. Kopftieflagerung, Hochlagerung der Beine sowie Auswickeln der Extremitäten sind die ersten Maßnahmen. Weiter muß so schnell wie möglich die Infusion eines Plasmaexpanders begonnen werden, die eventuell von Blutkonserven gefolgt wird. Schmerzbekämpfung durch Dolantin und Sauerstoffatmung ergänzen die Therapie. Kreislaufmittel sind nur bei der hypotonen Bradykardie sowie als Ultima ratio im Endstadium der hypotonen Tachykardie angezeigt. 10 ml 0,5%iger Procainlösung werden gerne beim nervösen Schock gegeben. Die Erwärmung des Patienten ist zu vermeiden. Nur in Erfrierungsfällen ist sie am Platze. Nebennierenrindenhormone sind bei Verbrennungs- oder infektiös-toxischem Schock, bei Fällen, die eine Nebennierenrindenhormontherapie hinter sich haben, sowie bei noradrenalinresistenten Fällen angezeigt. Auch ohne Arzneimittel kann die aktive Schockbekämpfung begonnen werden. Sie wird durch nothilffliche Stillung der Blutungen, durch Beseitigung der Atemstörungen, durch zweckmäßige Lagerung und Transport sowie durch Psychotherapie durchgeführt.

LITARCZEK (Bukarest)^{oo}

H. Eufinger: Schock und Kollaps. [79. Tag., Dtsch. Ges. f. Chir., München, 25.—28. IV. 1962.] *Langenbecks Arch. klin. Chir.* **301**, 96—109 (1962).

Zur Kennzeichnung der Kreislaufveränderungen nach einem Trauma empfiehlt der Verf. den Sammelbegriff Schock. Für die Definition steht bei seinen Betrachtungen die Verminderung des Stromzeitvolumens im Vordergrund. In der Pathophysiologie sind der Verlust von Blutflüssigkeit und die Hypoxydose der Gewebe von entscheidender Bedeutung. Die daraus resultierende Schädigung der Organe, ihre Funktionseinschränkung und die Vermehrung toxischer Stoffwechselprodukte bestimmen den Ablauf des Schocks. Die bakteriellen Toxine können, insbesondere bei großen Wundflächen, neben anderen noch nicht sicher definierten Eiweißabbauprodukten große Bedeutung erlangen. Schließlich werden im Ablauf des Krankheitsbildes nervale Einflüsse wirksam. In der Therapie, die ausführlicher dargestellt wird, müssen neben dem Volumenersatz alle anderen mitwirkenden Faktoren berücksichtigt werden. Die zur Verfügung stehenden Blutersatzlösungen werden in bezug auf ihre Wirkung analysiert, außerdem wird über eigene Untersuchungsergebnisse berichtet. Die kardiale Therapie, die Schmerzbekämpfung, die Phenothiazinmedikation und die Nebennierenrindenhormone finden abschließend eine kritische Betrachtung.

F. W. AHNEFELD (Mainz)^{oo}

G. Schettler und B. Kommerell: Beginn und Ursache der Arteriosklerose. [II. Med. Klin. u. Poliklin., Freie Univ., Berlin.] *Wien. med. Wschr.* **113**, 729—732 (1963).
Übersicht.

Gordon K. Klintworth: Grooving of the uncus in the absence of overt intracranial disease. (Uncusfurchung ohne offenbare intrakranielle Erkrankung.) [Dept. Anat., Univ. of Witwatersrand, Johannesburg, S.A.] *J. forens. Med.* **9**, 137—142 (1962).

Obwohl eine Uncusfurchung auch ohne raumfordernde intrakranielle Läsionen allgemein beim normalen Gehirn gefunden wird, hat sie keine Beachtung in den Standardlehrbüchern der Neuro-Anatomie gefunden. Verf. fand diese Furche wenigstens auf einer Seite in über 95% unfixierter frischer Gehirne ausgebildet. Überwiegend fand sich die Bildung doppelseitig mit meist deutlicher Asymmetrie. Es fand sich eine niedrige positive Korrelation zwischen Länge der Furche und dem Hirngewicht und eine niedrige negative Korrelation zwischen Länge der Furche und dem Lebensalter. Die Furche kann bis 30 mm lang sein. Die Uncusfurchung stellt somit einen normalen Autopsiebefund dar und hat keine diagnostische Bedeutung. REIMANN

A. Studer und K. Reber: Der Tierversuch in der Arterioskleroseforschung. [Abt. f. exp. Med., F. Hoffmann-La Roche u. Co., A.G., Basel.] *Ergebn. allg. Path. path. Anat.* **43**, 1—87 (1963).

Die 53 Textseiten umfassende Arbeit gibt einen detaillierten Überblick über das Schrifttum und die Ergebnisse der experimentellen Arterioskleroseforschung, die in Tierversuchen gewonnen

wurden. Abgesehen von einigen Standardarbeiten der älteren Literatur wurden im wesentlichen nach 1948 veröffentlichte Mitteilungen berücksichtigt. — Nach einer kurzen Einführung in die Problemstellung, in die spontanen Arterienveränderungen des Tieres und die Versuche zu ihrer Beeinflussung erfolgte eine ausführliche Darstellung der Versuchsanordnung zur Erzeugung arterieller Veränderungen am Tier durch Vitamine, Hormone, Mikroembolien, Gefäßimplantate, verschiedene Pharmaka, hochmolekulare Substanzen und diätetische Maßnahmen. Einen breiten Raum nimmt die Abhandlung der sog. Cholesterinfütterungsatheromatose ein, auf deren Studium seit ANITSCHKOW (1913) eine ungeheure Mühe aufgewendet wurde. — In einer kritischen Betrachtung bringen Verf. zum Abschluß einen Vergleich spontaner und experimenteller Arterienveränderungen am Tier mit der Arteriosklerose des Menschen, wobei sich die Bedeutung des Tierversuches aus den verschiedenen Schlußfolgerungen für die Ätiologie und Pathogenese der Arteriosklerose ergibt. Das Ergebnis der literarischen Studie gipfelt in der Feststellung, daß es außerordentlich schwierig ist, die menschliche Arteriosklerose im Tierversuch nachzuahmen, und daß eine gesicherte experimentelle Basis zur Erforschung von Prophylaxe und Therapie der Arteriosklerose noch nicht existiert.

W. JANSSEN (Heidelberg)

A. Palma: Indagini clinico statistiche sulla longevità nel comune di nocera inferiore. (Klinisch-statistische Untersuchungen über Langlebigkeit im Umkreis von Nocera Inferiore.) [Ist. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Napoli.] *Folia med.* (Napoli) 45, 690—699 (1962).

Die Untersuchung erfaßt den Bevölkerungsanteil über 70 Jahre. Dieser stellte 1946 über 45000 = 4% der Einwohner dar. Dabei waren 670 Männer und 976 Frauen. 110 Einwohner (54 Männer und 57 Frauen) hatten bereits 85 Jahre überschritten. Die Einteilung nach Berufen zeigte keine besonderen Beziehungen; dagegen fand sich ein direktes Verhältnis zur Langlebigkeit der Eltern. Die Überernährung, der Alkoholismus und der Tabakmißbrauch zeigten einen negativen Einfluß auf die Lebensdauer. — Bei $\frac{1}{5}$ der Männer wird die Arbeitsfähigkeit als gut, bei $\frac{1}{3}$ als mäßig, bei 41% als gleich null bezeichnet. Ähnlich bei den Frauen. Die Arbeitsfähigkeit war besser erhalten bei denjenigen, die keinen schweren Beruf ausgeführt hatten. Verf. widerspricht der Meinung, Menschen über 70 seien in jedem Fall unproduktiv. Im Gegensatz sei eine leichte Tätigkeit im Alter ein günstiger Faktor für die Langlebigkeit.

MISSONI (Berlin)

E. Marcusson, H. Harych und C. Contelle: Entwurf zur Klassifizierung und Signierung der Todesursachen. Dtsch. Gesundh.-Wes. 18, 511—515 (1963).

Verf. zeigen an Beispielen die Art der Eintragung der Todesursachen. Wenn z. B. jemand an einer Pyelonephritis infolge eines Uretersteines verstorben ist, wäre als unmittelbare Todesursache die Urämie einzutragen, als Krankheitszustand, der zur tödlichen Erkrankung führte, der Ureterstein mit Pyelonephritis. Unter Signierung wird die Feststellung der Haupttodesursache verstanden; sie würde hier lauten „Ureterstein“.

B. MUELER (Heidelberg)

Jan S. Olbrycht: Medicine and criminalistics. [Decennial Meet., Canad. Soc. of Forensic Sci., Ottawa, 29. X.—I. XI. 1962.] *J. forens. Sci.* 8, 383—391 (1963).

M. Portigliatti Barbos: Il sordomutismo nei suoi aspetti psicopatologici, criminologici e penalistici. (Die Taubstummheit in psychopathologischer, kriminologischer und strafrechtlicher Hinsicht.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Torino.] *Minerva med.-leg.* 83, 37—54 (1963).

Die Taubstummheit kann als rein körperliches Gebrechen oder auch als Symptom einer weitgreifenden Hirn- und Geisteserkrankung in Erscheinung treten; diese Unterscheidung ist in prognostischer Hinsicht sehr wichtig und auch unter dem Gesichtspunkt der Rehabilitation. — In pathogenetischer Hinsicht ist an die Virus-Meningitiden und Meningo-encephalitiden, an toxische und an post-otische Labyrinthosen zu denken. — Die Rehabilitation des Taubstummen wurde bis zum Anfang vorigen Jahrhunderts für unmöglich gehalten, trotzdem einzelne Autoren (z. B. AGRICOLA im 15. Jahrhundert) darauf hingewiesen hatten, daß eine Erziehungsmöglichkeit besteht. Schon der spanische Benediktinermönch PONCE DE LEON und später (1620) BONET hatten Erziehungsmethoden ausgearbeitet. In Italien war die Erziehung der Taubstummen bis 1923 der öffentlichen Wohlfahrt überlassen und nur mit dem Gesetz Nr. 3126 vom 31. 12. 23 wurde dem Staat die Pflicht zugesprochen, auch für Taubstummen Volksschulen zu sorgen. Trotzdem ergab aber eine statistische Ausarbeitung von 1955, daß von den 62212 in Italien wohnenden

Taubstummen 33050 ohne jeglichen Unterricht aufgewachsen sind. — Hinsichtlich der körperlichen und geistigen Entwicklung der reinen Taubstummen ist zu sagen, daß erstere normal ist, während eine geistige Unterentwicklung vorkommen kann. Gewisse Fähigkeiten sind besser entwickelt, z. B. diejenigen, die nicht an die Sprache gebunden sind, während höhere geistige Fähigkeiten (z. B. Abstraktion) unterentwickelt bleiben. — Die Kriminalität des Taubstummen beschränkt sich im allgemeinen auf Gewalthandlungen, Diebstahl, Brandstiftung, welche alle von den meisten Verfassern als Impulsdelikte aufgefaßt werden. — In strafrechtlicher Hinsicht ist man endlich vom allgemeinen Prinzip der Unzurechnungsfähigkeit des Taubstummen abgekommen; das italienische Strafgesetzbuch sieht in jedem Fall die Prüfung der Zurechnungsfähigkeit des taubstummen Verbrechers vor (Art. 96 C. P.). — Auch aus den Rechtssprüchen des obersten Gerichtshofs Italiens geht hervor, daß ebengenannter Artikel nicht die Unzurechnungsfähigkeit des Taubstummen voraussetzt. — Für den ärztlichen Gutachter ist wichtig, eine eventuelle Simulation der Taubstummheit aufzudecken und außerdem die zur psychischen Untersuchung notwendigen, besonderen Methoden zu kennen (s. KLINGHAMMER). — Im Gericht kann die Taubstummheit eines Zeugen schwer ins Gewicht fallen: Ein geschulter „Dolmetscher“ kann in diesem Falle nicht gemißt werden. — Die Abbuße der über einen Taubstummen verhängten Strafe hängt natürlich davon ab, ob er als vollständig zurechnungsfähig, teilweise zurechnungsfähig oder unzurechnungsfähig erkannt worden ist.

G. GROSSER (Padua)

M. Lemoigne, R. Truhaut et P. Savel: Réflexions sur l'expertise médico-légale et toxicologique. (Gedanken zum gerichtsmedizinischen und toxikologischen Gutachten.) *Ann. Méd.* 43, 214—217 (1963).

Verf. weisen auf die Schwierigkeit der lückenlosen Beweisführung hinsichtlich des asservierten Materials bei Exhumierungen und Sektionen hin. Da das Verfahren vor Gericht mündlich geführt werden müsse, sei der Gutachter in einer schwierigen Lage. Es werden allgemeine Richtlinien über die Protokollführung bei Exhumierungen etc. gegeben. In einem zweiten Abschnitt wird die Aufteilung und Beschriftung des Probenmaterials erörtert. Dabei wird angeregt, an jeder medizinischen Fakultät besondere gerichtsmedizinische Zentren zu errichten. Nur dort sei die Gewähr für die enge Zusammenarbeit des Gerichtsmediziners mit dem Toxikologen, dem Analytiker, dem Biochemiker usw. gegeben. Es wird vorgeschlagen, gerichtsmedizinische Gutachten von je zwei voneinander unabhängigen Experten anfertigen zu lassen. Gegensätzliche Meinungen sollten dabei im Vorverfahren in schriftlicher Fixierung ausdiskutiert werden. Keinesfalls sollte erst in der Hauptverhandlung und nur in mündlicher Form vor Laien der Streit ausgefochten werden.

PRIBILLA (Kiel)

Fred M. Miller: The forensic scientist in court. (Der forensische Wissenschaftler im Gericht.) [15. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forensic Sci., Chicago, Ill, 15. II. 1963.] *J. forens. Sci.* 8, 315—324 (1963).

Verf. ist Spezialbeamter der amerikanischen F.B.I. Im F.B.I.-Laboratorium in Washington D. C. arbeiten 100 akademisch ausgebildete und 150 z. T. technisch ausgebildete Leute. Im Finanzjahr, welches Juni 1962 endete, wurden 231456 Untersuchungen an 37960 Fällen durchgeführt und in den 30 Jahren des Bestehens des F.B.I.-Laboratoriums fast 5 Millionen. Nur in 1,05% der Fälle brauchte der zuständige Sachverständige vor Gericht, da oft die Untersuchung die Unschuld des Angeklagten bewies oder dieser seine Schuld bekannte. Die Vielseitigkeit der Arbeit des Laboratoriums illustriert Verf. anhand dreier Fälle: Im Weinberger Kinderraub (1956) erfolgte die Festnahme des Täters anhand eines handgeschriebenen Freilassungsbriefes, während der Coors-Kinderraub (1960) z. T. durch einen mit Schreibmaschine geschriebenen Brief aufgeklärt wurde. Die Untersuchung eines Flugzeugunglücks (1960) ergab, daß dieses auf eine Bombenexplosion zurückzuführen war. Verf. weist darauf hin, wie sich der Sachverständige vor Gericht zu verhalten habe. Er betont, daß dieser sich ständig weiterbilden soll, er soll eine Beeinflussung von außen vermeiden, unparteiisch sein und den Unschuldigen beschützen.

SCHWÄR (z. Z. Heidelberg)

K. H. Bauer: Die Krebserkrankungen als Schädigungsfolge. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich., Versorg. u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 4.—7. VI. 1962.] *Hefte Unfallheilk. H.* 75, 51—64 (1963).

Bei jährlich 250000 Krebskranken in der Bundesrepublik Deutschland stellt sich von selbst die Frage nach der Ursache. Erbbedingte Carcinogenese wird abgelehnt, weil 1. die Krebssterbe-

ziffer sich verdoppelt hat, 2. die Nachkommenschaft krebskranker Eltern nicht mehr Krebs-erkrankungen zeigt als jene, 3. Krebskondanz bei Zwillingen nur in 21 % der Fälle vorliegt. Auch die Theorie der endogenen Carcinogene wird abgelehnt; wohl kennt man carcinogene organische Verbindungen, jedoch kommen sie in vivo nicht nativ vor. Die Frage, ob durch Carcinogene aus unserer Umwelt Krebs erworben werde, wird bejahend beantwortet und bewiesen durch: ständige Zunahme der relativen Krebssterblichkeit, Zunahme der Produktion und des Verbrauches bekannter carcinogener Substanzen (Teer, Brikett, Asbest, Asphalt, Arsen, Ruß); zudem zeigt auch die Unterschiedlichkeit der Verhältnisse bei den Geschlechtern, nämlich die Bevorzugung des männlichen Geschlechts, daß berufliche Zusammenhänge bestehen müssen. — Aus diesen Erkenntnissen ergeben sich Schlußfolgerungen für die Begutachtung, die sich zwar der Statistik bedienen, aber den Einzelfall untersuchen und beurteilen muß. Einige sehr instruktive Beispiele berufsbedingter Carcinogenese werden erläutert. J. PROBST (Murnau)^{oo}

J. Erben and F. Nádvořník: The quantitative demonstration of air embolism in certain cases of fatal trauma. (Der quantitative Nachweis der Luftembolie bei tödlichen Verletzungen.) [Inst. of Forensic Med., Univ., Prague.] *J. forens. Med.* 10, 45—50 (1963).

Da in Fällen von Luftembolie immer Sauerstoff anwesend ist, hingegen Fäulnisgase keinen Sauerstoff enthalten, wird ein zusammengesetztes Gerät beschrieben, das die quantitative und qualitative Bestimmung des aus dem Herzen der Leiche abpunktierten Gases gestattet. Der Sauerstoffnachweis erfolgt mit Pyrogallol in einer, dem Auffanggefäß direkt aufsitzenden unterteilten Bürette. — Mit diesem Gerät wurden in mehreren Fällen bei Schädelbasisfrakturen Luftembolien nachgewiesen. Es ist notwendig, die Eintrittspforte der Luft, verletzte Sinus oder Gefäße, festzustellen. Abschließend wird auf die Bedeutung eines entsprechenden Vorgehens bei der Leichenöffnung verwiesen, um nicht Luftembolien zu übersehen. PATSCHEIDER

G. Wessel und W. Koch: Über das Suizidgeschehen im Kreise Quedlinburg. [Inn. Abt., Kreiskrankenh., Quedlinburg.] *Z. ges. inn. Med.* 18, 677—686 (1963).

A. G. Petit, J. Champeix, M. Dorier et G. J. Petit: Suicides par ingestion d'insecticides employés en agriculture. Réglementation. (Selbstmorde durch Aufnahme von in der Landwirtschaft verwendeten Insektiziden. — Schutzbestimmungen.) *Ann. Méd. lég.* 43, 277—281 (1963).

Verff. sahen in den letzten Jahren eine größere Anzahl von Vergiftungen durch Insekticide, die in der Landwirtschaft verwendet werden, und ohne weiteres in Drogerien erhältlich sind. — Sie schildern zwei Fälle: 1. Vergiftung mit DDT und einer Kupferverbindung. Symptome: Plethora, Somnolenz, Erbrechen, Meteorismus, Klinikeinweisung 8 Tage später, wobei eine Nephritis festgestellt wurde. Therapie unter anderem mit Ca-EDTA. Die Kupferausscheidung durch den Harn wurde über 14 Tage quantitativ verfolgt. — 2. Aufnahme von Dinitro-o-kresol: Todeseintritt nach 10 min, extreme Totenstarre, gelbbraune Verfärbung der Haut und aller Eingeweide, Verätzung der Magenschleimhaut. — Verff. diskutieren die Möglichkeit eines besseren Schutzes der Bevölkerung vor hochtoxischen Insektiziden.

M. GELDMACHER-V. MALLINCKRODT (Erlangen)

Gaetano Ingrassia: Studio su alcuni aspetti dell'atto suicida. I. Suicidio finalistico e suicidio patologico. (Eine Studie über einige Aspekte des Selbstmordes. I. Der finalistische und pathologische Selbstmord.) [Ist. di Antropologia criminale dell'Università di Palermo] *Quad. Crim. clin.* 5, 31—67 (1963).

Im wesentlichen eine Besprechung der neueren französischen und englisch-amerikanischen Literatur über den Selbstmord von soziologischen, psychologischen und psychoanalytischen Gesichtspunkten. Der Autor betont die Vielfalt der Faktoren und unterscheidet den finalistischen Selbstmord des seelisch Gesunden vom pathologischen Selbstmord bei neurotischen und psychopathischen Kranken. H. KARPLUS (Jaffa)

Pierre Deniker: A propos du suicide mélancolique de Vatel. (Über den depressiven Selbstmord von Vatel.) *Vie méd.* 43, 38 (1962).

Der Maitre d'Hotel Vatel, der nach dem teilweisen Mißlingen eines Banketts zu Ehren des Königs Ludwig XIV. erklärt, er habe dadurch seine Ehre und Reputation verloren und sich das Leben nimmt, galt bis jetzt als typisches Beispiel eines Selbstmordes aus Ehrengründen.

Wenn man jedoch die Beschreibung in dem Brief von Madame de Sévigné an ihre Tochter, durch den dieser Selbstmord in die Geschichte eingegangen und beinahe legendär geworden ist, näher betrachtet, so weisen eine Reihe von Einzelheiten darauf hin, daß sich Vatel in Wirklichkeit zu der Zeit in einer depressiven Phase befand, welche als eigentliche Ursache des Selbstmordes anzusehen ist. Dafür sprechen die bereits seit mehreren Tagen vor dem Suicid anhaltende Schlaflosigkeit, die Zeit seiner Begehung morgens früh gegen 4 Uhr, wenn die meisten Depressiven in Angst aufwachen, die grausige Art der Ausführung, mehrmaliges Durchstechen der Brust mit dem Degen, was für eine pathologische Schmerzempfindlichkeit spricht, schließlich der obsessive Charakter der Vorstellung des Ehrenverlustes im Vergleich mit der relativen Geringfügigkeit des Anlasses. Anhand dieses Beispiels wirft Verf. die Frage auf, ob sich auch die Mehrzahl der sog. „gewöhnlichen“ oder „verständlichen“ Selbstmorde bei genauerer Analyse als nicht depressive Suicide erweisen würde.

MISSONI (Berlin)

Thomas J. Meyers: Suicide: A medical problem. (Selbstmord als medizinisches Problem.) [The Meyers Clin., Los Angeles, Calif.] Acta Crim. Med. leg. jap. 28, 141—151 (1962).

Das Wesen des Selbstmordes ist mit der besonderen Persönlichkeitsstruktur des Menschen verbunden (kein Suicid bei Tieren). Da wir gewohnt sind, die Verhaltensweisen der Lebewesen auf die Erhaltung des Lebens gerichtet zu sehen, empfinden wir den Selbstmörder als krank. — Die offiziellen Angaben über Selbstmordziffern in den USA (3,4 auf 100 000) halten Verff. für zu niedrig und nehmen das 3—4fache an (Schweiz: ca. 17, Japan ca. 26 auf 100 000). Versuche der Klassifizierung zeigen eine Inhomogenität der Motive. Dem Arzt entsteht die Aufgabe der Beurteilung und Beeinflussung potentieller Selbstmörder. Selbstmordankündigungen sollen ernst genommen werden, Vorgeschichte und emotionelle Faktoren berücksichtigt werden; begünstigende Faktoren sind Alkoholismus, Straftaten, Unfallereignisse, Arzneimittelmißbrauch, Ehescheidung. Eine wichtige Faktorengruppe der Auslösungsbedingungen wird als „LAD-Syndrom“ bezeichnet: L = loss, d. h. Verlust, etwa eines nahestehenden Menschen, des Selbstvertrauens, von Umweltbeziehungen; A = aggression, d. h. Aktivität gegen andere oder sich selbst; D = depression. — Es wird über Selbstmordversuche bei Kindern (12—17 Jahre) berichtet, wobei es sich meist um verhaltens- oder persönlichkeitsgestörte Kinder handelt. Psychologische Tests (ROHRSCHACH) werden als wertvoll zur Erkennung potentieller Selbstmörder angesehen. — In der aktuellen Krise kann der Arzt eventuell medikamentös eingreifen (Morphin, Brechmittel, Abführmittel). Ein Selbstmordversuch bietet oft den Ansatzpunkt für psychotherapeutisches Eingreifen. Einrichtungen zur Beratung selbstmordgefährdeter Personen werden beschrieben und empfohlen.

SCHRÖDER (Hamburg)

M. Schachter: Tentativi e comportamenti di suicidio fra i minori. (Die Tendenz der Jugendlichen zum Selbstmord und das hierbei beobachtete Verhalten.) Quad. Crim. clin. 5, 158—184 (1963).

Nach einer Literaturübersicht (klinische, psychologische und kriminologische Aspekte des Selbstmordes) wird eine ausführliche Darstellung von drei Selbstmordversuchen im jugendlichen Alter gegeben, in deren Mittelpunkt die Längs- und Querschnittsbetrachtung der Persönlichkeit steht. Die Ergebnisse der Untersuchung werden in Beziehung zu denjenigen gesetzt, die mit einer Gruppe von 25 normal begabten Jugendlichen und 30 Erwachsenen mit Selbstmordtendenz gewonnen wurden.

H. J. WAGNER (Mainz)

Gaetano Ingrassia: Su alcuni aspetti dell'atto suicida. II. L'atto suicida nell'epilessia. Considerazioni psicodinamiche, cliniche ed elettroencefalografiche. (Über das Verhalten beim Selbstmord. II. Die Tat im Verlauf einer Epilepsie [psychodynamische, klinische und EEG.-Beurteilung].) Quad. Crim. clin. 5, 185—219 (1963).

Auf Grund der vorliegenden Statistiken werden 5% aller Selbsttötungen von Epileptikern begangen. Der Verf. kommt nach seinen Untersuchungen zu dem Ergebnis, daß bei ihm 5,96% aller vollendeten Selbsttötungen und 0,54% aller versuchten Selbsttötungen von Epileptikern begangen wurden. — Temporal- und Posttemporalherde machten allein 66,6% aller Epilepsiefälle aus. Bei 50% wurde der Suicidimpuls im Paroxysma gegeben. — Der Selbstmord durch Gewalteinwirkung steht an der Spitze aller Tötungsarten (Fenstersprung 33,5%, Stoßen mit dem Kopf gegen die Wand 16,5%). Es folgt die Schlafmittelvergiftung mit 25%.

H. J. WAGNER (Mainz)

M. Andreoni e G. Invernizzi: Su di un caso di tentato suicido con farmaco ad azione antimonioaminossidasiaca. [Ist. Clin. Psichiat., Univ. d. Studi, Milano.] *G. Psichiat. Neuropat.* 91, 243—255 (1963).

Giuseppe Maria: La simulazione di malattie neuropsichiche in medicina legale. [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Napoli.] *Salernum (Pompei)* 4, Nr 1, 55—84 u. Nr 2, 3—16 (1961).

Toyoharu Matsukura, Yoshihiro Tamaki and Shinsuke Fukuda: Statistical observations on 115 autopsied cases of traffic accidents. (Statistische Untersuchungen an 115 obduzierten Verkehrstoten.) [Dept. of Leg. Med., Osaka Univ. Med. School, Osaka.] *Jap. J. leg. Med.* 16, 301—310 (1962).

Der Straßenverkehr in den Großstädten Japans ist nach eigenen Beobachtungen von Ref. äußerst stark. Unter den gegebenen Umständen ist es sehr bemerkenswert, daß die Zahl der untersuchten Verkehrsleichen recht gering zu sein scheint. In den Jahren 1951—1955 waren es 13, in den Jahren 1956—1960 33, 1961 waren es 16, im Jahre 1962 nur in den Monaten Januar bis August wurden schon 22 Verkehrsleichen untersucht. Anscheinend ist die Zahl der Untersuchungen im Ansteigen begriffen. Die weiteren Mitteilungen beziehen sich auf die Art der Verletzungen unter Anführung der verletzten Organe.

B. MUELLER (Heidelberg)

Arne Rugtveit: Traffic injuries. Some problems concerning prevention and treatment elucidated by a one year series of injuries treated in Drammen Hospital. (Verkehrsverletzungen. Einige Probleme bezüglich der Verhütung und Behandlung wie sie sich aus einem Jahresmaterial von verkehrsverletzten Patienten ergeben, die im Krankenhaus Drammen behandelt worden sind.) *T. norske Laegeforen.* 83, 429—435 mit engl. Zus.fass. (1963) [Norwegisch].

Es handelt sich um 151 Patienten, die bei 140 Verkehrsunfällen verletzt worden sind. Die durchschnittliche Behandlungszeit war 18 Tage. 6% der Verletzten verstarben (Keine Sektion). 41% der Verletzten waren unter 20 Jahre, 20% 15—19 Jahre alt. 15,5% der Verletzten waren Fahrer von leichten Motorrädern (kein Führerschein erforderlich), mehr als die Hälfte davon zwischen 15 und 19 Jahre alt. — Verf. meint, daß die Altersgrenze von 16 Jahren für die Erlaubnis zum Fahren von leichten Motorrädern zu niedrig sei und schlägt 18 Jahre vor. Von sämtlichen verletzten Motorradfahrern trugen nur 23% Sturzhelm. 40% der Sturzhelmträger hatten Kopfverletzungen und 76% der Motorradfahrer, die keinen Sturzhelm trugen. — Sicherheitsgurte bei Kraftwagenfahrern verhindern oder reduzieren in den meisten Fällen Personenverletzungen.

G. E. VOIGT (Lund)

O. Schiller: Verkehrsmedizinische Probleme in Österreich. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg. u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 6.—7. VI. 1962.] *Hefte Unfallheilk. H.* 75, 190—199 (1963).

Zur Vorbereitung auf die Teilnahme am Straßenverkehr haben sich erzieherische Maßnahmen in den Schulen durch Polizeibeamte sehr gut bewährt. — Die Träger des öffentlichen Verkehrs, Bundesbahnen und Verkehrsbetriebe anderer Art führen laufend ärztlich-psychologische Überwachungen ihres Fahrpersonals durch. Dies ist leider nur in großen Betrieben möglich. Hier besteht auch eine gewisse Selbstkontrolle, weil der einzelne Bedienstete einen Maßstab an seinen Mitarbeitern hat. — Zur Alkoholfrage betont Verf., daß die Einführung der 0,8-Promillegrenze sehr gute Ergebnisse gezeitigt hat und empfiehlt dies auch für andere Länder. — Bei der Verfolgung von Verkehrsdelikten erwies sich das Verwaltungsstrafverfahren, das unter Umständen auch Haftstrafen einschließt, als sehr geeignet. Es besteht dabei die Möglichkeit empfindlicher Strafandrohung und Bestrafung, ohne daß der Verkehrsteilnehmer später als „vorbestraft“ gilt. Es sind daher Schnellverfahren weitgehend entbehrlich geworden. — Sehr gut bewährt sich auch der sog. „Führerscheinakt“, in den alles, was den Lenker betrifft, aufgenommen wird und so im Bedarfsfall den Gerichten und Verwaltungsbehörden eine willkommene Unterlage liefert. Die Erteilung des Führerscheines ist in Österreich zwingend an ein ärztliches Gutachten gebunden. Dieser Umstand schützt weitgehend vor ungeeigneten Fahrern.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

Leo Eitinger: Road accidents. (Straßenverkehrsunfälle. Diskussionsbemerkung.) *T. norske Laegeforen.* **83**, 450—451 mit engl. Zus.fass. (1963) [Norwegisch].

Ein normaler somatischer Status sollte nicht die einzige medizinische Voraussetzung für die Erteilung eines Führerscheins sein. Man sollte der sozial-psychiatrischen Anamnese eine wesentlich größere Bedeutung zumessen, besonders wenn es sich um jüngere Personen handelt. Verf. fordert weiterhin, daß alle Arzneimittel deutlich gekennzeichnet sein sollten, die die Fähigkeit, ein Kraftfahrzeug zu fahren, herabsetzen.
G. E. VOIGT (Lund)

J. Proteau: Hypoglycémie traumatique permanente avec paroxysmes. (Traumatisch bedingte Hypoglykämie mit anfallsweisem Auftreten von Bewußtseinsstörungen.) *Ann. Méd. lég.* **43**, 174—177 (1963).

Nach Definition der Hypoglycämie durch das Bestehen entsprechender klinischer Symptome und einem Absinken des Blutzuckerspiegels unter 80 mg berichtet der Verf. auf Grund seiner Beobachtungen über einen entsprechenden Fall bei einer 43 Jahre alten Frau. Er weist darauf hin, daß die Beobachtungen relativ selten sind und betont die vielfältigen Ursachen der Blutzuckererniedrigungen infolge Verletzungen des Gehirns, stumpfer Bauchtraumen und Allgemeinschädigungen der Drüsen innerer Sekretion.
F. PETERSOHN (Mainz)

G. Hager, J. Hammer, M. Kindel und A. Stams: Untersuchungsergebnisse mit den Velhagen-Farbenafeln, 22. Aufl. [Med. Dienst d. Verkehrswesens, Univ.-Augenklin., Rostock.] *Verkehrsmedizin* **10**, 301—308 (1963).

Die von VELHAGEN herausgegebenen, 1960 erschienenen Tafeln zur Prüfung des Farbensinnes bestehen aus insgesamt 25 nach verschiedenen Gesichtspunkten entwickelten Tafeln, 2 Wahlproben, 4 Kontrastafeln und 2 Florkontrastproben. Bei der systematischen Erprobung der Tafeln im Medizinischen Dienst des Verkehrswesens (MdV) wurden 8 als besonders geeignet, 9 als geeignet, 4 als wenig geeignet und 4 als nicht geeignet beurteilt. H. REH (Düsseldorf)

M. Kindel: Untersuchungen zur Beleuchtungsfrage bei der Prüfung des Farbensinnes. [Univ.-Augenklin., Rostock, Med. Dienst d. Verkehrswesens, Direkt. Schwerin.] *Verkehrsmedizin* **10**, 431—442 (1963).

A. Lenhardt: Das gemeinsame Vorkommen einer thyreotoxischen Krise und einer diabetischen Azidose unter dem Bild eines Praecoma diabeticum. [Abt. f. Stoffwechselerkrank., Städt. Krankenh., Wien-Lainz.] *Wien. med. Wschr.* **113**, 680—682 (1963).

Allan R. Wagner: Conditioned frustration as a learned drive. *J. exp. Psychol.* **66**, 142—148 (1963).

Hans Berndt: Das Dumping-Syndrom. [Robert-Rössle-Klin., Dtsch. Akad. d. Wiss., Berlin.] *Med. Welt* **1963**, 557—564.

Verf. gibt einen umfassenden Überblick über die Symptomatologie, disponierende und auslösende Faktoren, Pathogenese, Pathophysiologie und Therapie des mit vasomotorischen und frühen postcönalen Beschwerden einhergehenden Dumping-Syndrom. Er weist u. a. auf das bisher noch nicht beschriebene zwangsartige Niesen hin, das von manchen Patienten spontan angegeben wurde. Auslösend wirken bestimmte Speisen, insbesondere Zucker. Einen begünstigenden Einfluß zeigen konstitutionelle Faktoren und mechanische Verhältnisse nach Magenresektion, besonders nach B. II-Resektion. Auf die Hypermotilität des Dünndarms infolge Einstroms großer Flüssigkeitsmengen mit entsprechender Gegenregulation, Hyperglykämie und Hypokaliämie wird hingewiesen. Therapeutisch werden psychische Sedierung, Ruhe, Diät und medikamentöse Behandlung empfohlen. Nur in Ausnahmefällen ist eine operative Behandlung erforderlich.
K. BENZ (Nürnberg)^{oo}

W. Finsterbusch: Sofortmaßnahmen bei akutem Herzstillstand. [Chir. Univ.-Klin., Graz.] *Wien. med. Wschr.* **113**, 85—87 (1963).

Die Behandlung des Herzstillstandes muß schnell und zielbewußt durchgeführt werden. Es muß nach höchstens 3—5 min eingegriffen werden, um irgendeine Aussicht auf Rettung des

Patienten zu haben. Wiederherstellung des Kreislaufs und der Atmung sind so schnell wie möglich anzustreben. Als Ursachen des Herzstillstandes werden in erster Linie Gewebshypoxie und -hyperkapnie und weiter reflektorische Ursachen betrachtet. Die klinischen Zeichen bestehen aus Pulslosigkeit, unmeßbarem Blutdruck, fehlenden Herztönen, grau-cyanotischer Hautfarbe, weiten Pupillen und Schnappatmung oder Atemstillstand. Der Kreislaufstillstand kann entweder durch Asystolie, Kammerflimmern oder ineffektive Herztätigkeit bedingt sein. Die Differentialdiagnose ist vorerst nicht nötig. Der Zeitverlust durch solche Maßnahmen wie Blutdruckmessung, Suche nach Pulsschlägen oder Herztönen und intravenöses oder intrakardiales Einspritzen von Kreislaufmitteln ist zu vermeiden. Es muß so schnell wie möglich zur Herzmassage gegriffen werden. Diese muß heute nicht mehr durch Thorakotomie, sondern mit der von KOUVEHOVEN beschriebenen äußeren Methode durchgeführt werden. Fünf Thoraxkompressionen werden von einer Mund-zu-Mund-Beatmung gefolgt. Füllung des Kreislaufs und Schockbekämpfung müssen gleichzeitig durchgeführt werden. Zur Defibrillation wird auf die Notwendigkeit von tragbaren Transistogeräten hingedeutet. Weiter werden als unterstützende Maßnahmen 3—5 ml 10%iges Calciumchlorid oder Gluconat, 3—4 ml 1/10000 Adrenalin intrakardial oder 10 ml i. v. sowie 5—10 ml 1%iges Procainamid angegeben.

LITARCZEK (Bukarest)^{oo}

Fritz Zirner: Arzt und Straßenverkehrsunfall. Bericht über eine Fortbildungsveranstaltung des DRK und ADAC Berlin. Dtsch. med. J. 14, 457—459 (1963).

K. A. Joehheim: Bemerkungen zum Transport von neurologisch-psychiatrisch Kranken. [Nervenklin., Univ.-Klin., Köln.] Zbl. Verkehrs-Med. 8, 143—144 (1962).

Die Probleme, die beim Transport von Bewußtlosen, hier vor allem nach Schlafmittelintoxikation, weiter beim Transport von Querschnittsgelähmten und auch von erregten Geisteskranken auftreten, werden kurz erwähnt und die entsprechenden technischen Einrichtungen und die Verhaltensregeln des Begleitpersonals diskutiert.

H. BEYZ (Bonn)^{oo}

J. Eichler: Verbesserung des Transportes Schwerverletzter. [Chir. Univ.-Klin., Kiel.] Zbl. Verkehrs-Med. 9, 149—153 (1963).

J. Scheibe: Die Bedeutung des Sturzhelmes bei der Schädelverletzung des Motorradfahrers. [Chir. Klin., Univ., Jena.] Mschr. Unfallheilk. 66, 208—213 (1963).

Nach statistischen Angaben sind zwischen 50 und 90% aller Todesfälle bei verunfallten Motorradfahrern auf Schädelverletzungen zurückzuführen. Es wird über 100 stationär behandelte Unfallverletzte dieser Art berichtet. Die Sturzhelmträger hatten (abgesehen von einer Ausnahme mit schweren Gesichtsschädelverletzungen) als schwerste Schädel-Hirnverletzung eine Commotio cerebri erlitten; in den nicht durch einen Helm geschützten kam es in 90% zu meist schweren Schädelverletzungen (Hirnschaden II.—III. Grades nach TÖNNIS, Frakturen, vier Todesfälle). Verf. fordert, die Pflicht zum Tragen von Schutzhelmen für Motorradfahrer nicht nur für Fahrten auf freien Strecken, sondern auch in geschlossenen Ortschaften gesetzlich zu verankern, da sich mehr als die Hälfte der in der Untersuchung berücksichtigten Unfälle in geschlossenen Ortschaften ereigneten.

STROHMENGER (Essen)^{oo}

Sicherheitsgurte für Kraftfahrer. Verkehrsminister und Verteidigungsminister äußern sich zum Stand der Schutzmaßnahmen. Ärztl. Mitt. (Köln) 60, 574—575 (1963).

Auf Grund neuerer Untersuchungen hat sich noch keine endgültige Meinung hinsichtlich des Verhaltens der Gurtbänder herausgebildet, jedoch deuten sich mögliche Lösungen an, um die unerwünschte elastische Dehnung in Grenzen zu halten. Gegenwärtig werden international einheitliche Richtlinien für die Bauart und die Prüfung von Sicherheitsgurten (SG) vorbereitet. Voraussetzung für die Wirksamkeit der SG sind geeignete Anbringungsrichtungen in den Fahrzeugen. Im Bereich der Bundeswehr ist die Benutzung von SG nur dort angeordnet, wo die Insassen der Fahrzeuge besonders wenig Halt haben (Mannschaftstransportwagen mit querstehenden Mittelbänken, Liegende in Krankenkraftwagen). Eine allgemeine Einführung von SG ist erst dann in Aussicht genommen, wenn ausreichende Erfahrungen dies empfehlenswert erscheinen lassen.

A. GERHARDT (Frankfurt a. Main)^{oo}

Kaare Solheim: Traffic accidents. (Verkehrsunfälle.) T. norske Laegeforen. 83, 413 bis 423 mit engl. Zus.fass. (1963) [Norwegisch].

1952—1961 geschahen in Oslo 260 Verkehrsunfälle mit tödlichem Ausgang. Von den Verunglückten wurden 229 seziert. Bei 20% der Todesfälle handelte es sich um Frauen. Von 138 Fuß-

gängern konnte bei 27% mehr als 0,5⁰/₁₀₀ Alkohol im Blut nachgewiesen werden. — 14% waren bei Einlieferung ins Krankenhaus tot, 12% verstarben innerhalb von 4 Std, 13% 4—24 Std nach dem Unfall, während 34% 24 Std überlebten. Von den Personen, die innerhalb der ersten 4 Std nach dem Unfall verstarben, konnte bei 28% Aspiration von Blut oder Mageninhalt nachgewiesen werden. Die häufigste Todesursache war Kopfverletzung. Bei der klinischen Untersuchung wurden Verletzungen der Bauchorgane häufig nicht erkannt oder inadäquat behandelt. Verf. meint, daß es gesetzliche Bestimmungen über die Festigkeit der Verankerung der Sitze und die Konstruktion der Türschlösser geben sollte. Weiterhin müßten eine ungeeignete äußere und innere Formgebung der Kraftwagen verboten werden können und schließlich sollte die Anwendung von Sicherheitsgurten gesetzlich vorgeschrieben werden. G. E. VOIGT (Lund)

A. Pfister: Arzt und Verkehr im schweizerischen Recht. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-Versorg.- u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 6.—7. VI. 1962.] Hefte Unfallheilk. H. 75, 199—205 (1963).

Unter den jährlich etwa 130000 Führerschein-Kandidaten werden nur knapp 100 wegen Krankheiten oder Gebrechen und etwa 500 wegen Alkoholismus oder Charaktermängeln zurückgewiesen. Ähnlich liegen die Verhältnisse beim Führerscheinentzug aus medizinischen Gründen. — Ärztlicherseits wird dafür eingetreten, daß Krankenhäuser und Privatärzte zur Meldung an die Verkehrsbehörde verpflichtet werden sollen, wenn ein Patient trotz offener Fahruntfähigkeit (z. B. Epileptiker) den Führerschein besitzt. — Bei den tödlichen Verkehrsunfällen ist in 14—15% Alkohol im Spiel. Während 1951 bei 1850 angetrunkenen Fahrern der Führerschein entzogen wurde, stieg die Zahl 1961 auf 5240 an. — Das Führen eines Motorfahrzeuges im angetrunkenen Zustand wird, auch ohne Unfall, mit Gefängnis bis zu 6 Monaten und Führerscheinentzug bestraft. Ähnlich ist die Regelung für Radfahrer. Werden Kfz-Lenker innerhalb 5 Jahren rückfällig, muß das Strafurteil veröffentlicht werden und der Führerschein wird für mindestens 1 Jahr entzogen. — Obwohl die Entnahme einer Blutprobe von der Zustimmung des Probanden abhängig ist, treten fast nie ernsthafte Schwierigkeiten auf. Wer sich aber widersetzt, oder ihren Zweck zu vereiteln versucht, etwa durch Alkoholgenuß nach dem Delikt, kann mit derselben Strafe belegt werden wie für nachgewiesenes Fahren in alkoholisiertem Zustand.

PATSCHIEDER (Innsbruck)

F. G. H. van Loon: Die Verhältnisse in den Niederlanden in Beziehung zur Frage des Blutalkohols, der Bedeutung der Sicherheitsgurte und zur Praevalenz entweder der Meldepflicht oder des ärztlichen Berufsgeheimnisses. [26. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed., Bad Godesberg, 6.—7. VI. 1962.] Hefte Unfallheilk. H. 75, 212—227 (1963).

Verf. war 15 Jahre lang Vorsitzender eines Komitees, das von der Ärztesgesellschaft und dem Königlich-Niederländischen Automobilclub bestellt wurde, um die Verkehrsmisere vom ärztlichen Standpunkt aus zu studieren. Der Sicherheitsgurt ist in den Niederlanden unpopulär. Angesichts der vielen Grachten hat der Niederländer das Gefühl, er sei erheblich mehr gefährdet, wenn er mit umgeschnalltem Sicherungsgurt mit dem Wagen ins Wasser fährt. Der Arzt ist nicht verpflichtet, Patienten, die aus gesundheitlichen Gründen fahruntüchtig geworden sind, zu melden; wenn der Patient aber jeden Rat des Arztes mißachtet und dennoch weiterfährt und dabei andere Menschen schwer gefährdet, kann der Arzt in seltenen Ausnahmefällen verantwortlich, die Schweigepflicht zu brechen. Einschlägige Gesetzesbestimmungen und Gerichtsentscheidungen werden allerdings nicht zitiert. In den Niederlanden besteht keine Verpflichtung, sich bei Verdacht von Alkoholbeeinflussung Blut entnehmen zu lassen. Dem einzelnen Arzt ist aber freigestellt, die Blutentnahme vorzunehmen, falls der Sistierte dies wünscht. Es war ein Gesetz vorbereitet worden, nach welchem ein Blutalkoholspiegel von 0,5 oder 0,6⁰/₁₀₀ bei Unfällen zu einer Strafverschärfung führen sollte. Das Gesetz ist aber auch wegen des Widerstandes der Ärzteschaft gescheitert. Die niederländischen Ärzte warnen auch vor einer Überschätzung der Laboratoriumsbefunde. Verf. weist in diesem Zusammenhang auf das bekannte Bonner Experiment hin, dessen negativer Ausfall inzwischen aufgeklärt wurde. Nach den vorgelegten Statistiken sind in Holland in 98,75% der Verkehrsunfälle andere Ursachen als Alkohol im Spiele. Auch in den Niederlanden steigen die Verkehrsunfälle an, bei 11 Millionen Einwohnern gibt es jährlich etwa 2000 Tote, 30000 Schwer- und 20000 Leichtverletzte. Verf. hofft, daß gründliche und systematische Verkehrserziehung Abhilfe schaffen wird. B. MUELLER (Heidelberg)

R. Margaria, P. Cerretelli and U. Bordoni: The regulation of pulmonary ventilation in acclimatization to altitude. [Inst. Human Physiol., Univ., Milan.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 9—10 (1963).

Roscoe G. Bartlett jr.: **Pulmonary function evaluation in air and space flight.** [School of Aviat. Med., U.S. Naval Aviat. Med. Ctr., Pensacola, Fla.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 2—8 (1963).

G. B. Bietti: Aspects cliniques de l'anoxie en ophtalmologie aeronautique. (Die klinischen Auswirkungen der Anoxie der Augen in der Luftfahrtmedizin.) [Clin. Oft., Univ., Roma.] *Riv. Med. aeronaut.* **26**, 215—222 (1963).

Verf. berichtet auf Grund eigener Erfahrungen über die Wirkung der Anoxie auf das Sehorgan. Neben sensitiv-sensorischen Veränderungen, Kreislaufstörungen und Veränderungen der Augenmotilität komme es auch zu Durchsichtigkeitsveränderungen der Augenmedien. Es wird auf die günstige Beeinflußbarkeit der Störungen durch die Atmung reinen Sauerstoffs hingewiesen.

GREINER (Duisburg)

M.-V. Strumza: Physiologie du vol aux différentes altitudes. (Die Physiologie des Fluges in verschiedenen Höhen.) *Rev. Prat. (Paris)* **13**, 2079—2103 (1963).

Verf. unterteilt in umweltsbedingte Einflüsse und solche, welche an die besonderen dynamischen Bedingungen geknüpft sind. Bezüglich des ersteren weist er auf die besondere Bedeutung des Sauerstoffmangels hin und betont die Auswirkungen desselben bezüglich des Partialdrucks des Sauerstoffes im Blut auf das neurovegetative Nervensystem, das Gehirn und die Kreislaufverhältnisse. Unabhängig von dem Grad der Sauerstoffsättigung bespricht er die Erscheinungen der Druckverschiebung innerhalb des Brustkorbes. Seine Ausführungen entsprechen den Erfahrungen über den Valsalva-Versuch. Im Rahmen der physikalischen Einflüsse werden die Erscheinungen des Unterdrucks, die der Strahlenschädigung und die Auswirkung der Lichtverhältnisse (Akkommodations-Störungen) erwähnt. Bezüglich der dynamischen Bedingungen unterscheidet der Verf. die lineare-longitudinale und die lineare-transversale Beschleunigung sowie die Auswirkung der Aufhebung der Anziehungskraft der Erde. — Sehr eingehend bespricht er die Erscheinungen seitens der Organe der Brust- und Bauchhöhle und deren Beziehung zu dem subjektiven Wohlbefinden. — Auf die besondere Bedeutung des Cortischen Organs wird hingewiesen. — Zum Schluß werden die Auswirkungen der Vibration, und zwar im Sinne der Trepidation und der akustischen Phänomene besprochen und schließlich noch auf die Auswirkungen des Ultraschalls hingewiesen.

F. PETERSOHN (Mainz)

W. C. Kaufman: Ventilatory responses to pressure breathing. [Aerospace Med. Res. Labor., Wright-Patterson A.F. Base, Ohio.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 19—20 (1963).

J. M. Clifford: Requirements for the thermal control of a manikin for clothing investigation. [R.A.F. Inst. of Aviat. Med., Farnborough.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 40—43 (1963).

Stanislaw **Haduch: Certain physiological aspects of pressure breathing.** [Mil. Inst. of Aviat. Med., Warsaw.] *Industr. Med. Surg.* **32**, 17—18 (1963).

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **G. Müller: Der plötzliche Kindstod. Pathologische Anatomie und Dynamik.** Mit einem Geleitwort von E. LETTERER. Stuttgart: Georg Thieme 1963. VIII, 145 S. u. 56 Abb. DM 29.70.

Verf. ist Privatdozent für Pathologische Anatomie am Pathologischen Institut in Tübingen, das von E. LETTERER geleitet wird. Es war ein glücklicher Gedanke, dieses Thema im Rahmen einer Monographie zu bearbeiten. Verf. stützt sich außer auf die sorgfältige und kritisch dargestellte und zitierte Literatur und auf 89 eigene Fälle, deren Bearbeitung durch Vertreter anderer Disziplinen und auch durch die Gesundheitsbehörden unterstützt wurde. Ungeklärt blieben vier