

Referate

Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

● **Wolfgang Jacob: Medizinische Anthropologie im 19. Jahrhundert. Mensch — Natur — Gesellschaft.** Beitrag zu einer theoretischen Pathologie zur Geistesgeschichte der sozialen Medizin und allgemeinen Krankheitslehre Virchows. (Beitr. a. d. allg. Medizin. Begr. von VIKTOR VON WEIZSÄCKER, Hrsg. von E. WIESENHÜTTER. H. 20.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1967. XVI, 299 S. DM 38.—.

In der vorliegenden Monographie widmet sich der Verf. Virchows allgemeiner Krankheitslehre, die nach seiner Auffassung „in ihrem Kern bisher fast überall mißverstanden oder gänzlich vergessen worden“ ist. Sie fuße „auf wissenschaftstheoretischen Grundlagen“, die nur im Rahmen einer weiter gespannten Medizinischen Anthropologie historisch gewürdigt werden können. Die geschichtlichen Wurzeln des Natur- und Gesellschaftsbegriffs in der Medizin und der Naturbegriff der Medizin im Verlauf des 19. Jahrhunderts werden abgehandelt. Schließlich stellt sich der Verf. die Frage, ob die in der Medizin des 19. Jahrhunderts gebrauchten Begriffe „Natur, Naturgesetz, Naturwissenschaft, naturwissenschaftliche Methode und Naturforschung“ der heutigen Begriffsbestimmung gleichzusetzen seien. Hunderte von Literaturquellen, die bis ins 17. Jahrhundert zurückreichen, sind zur Abrundung der aufgeworfenen Problematik herangezogen worden. Es gelingt dem Verf., die Auswirkungen Virchows „sozialer Pathologie“ auf die soziale Medizin der Gegenwart darzulegen und möglicherweise in Erweiterung der konventionellen Allgemeinen Pathologie (nach DOERER) eine Theoretische Pathologie zu begründen.

MALLACH (Tübingen)

● **Lehrbuch der speziellen pathologischen Anatomie.** Begr. von EDUARD KAUFMANN †. 11. u. 12. Aufl. hrsg. von MARTIN STAEMMLER. Bd. 2. Teil 4. Lfg. 9. Berlin: Walter de Gruyter & Co. 1968. S. 2379—2741 u. 156 Abb. DM. 118.—.

Das Lehrbuch von KAUFMANN, das man allerdings nach seinem Umfang, den es unter der Leitung von STAEMMLER angenommen hat, als Handbuch bezeichnen müßte, ist nunmehr als Lieferung 9 im Rahmen des 4. Teiles von Band 2 fortgesetzt worden. Der 2. Band beinhaltet die Pathologie der Bewegungsorgane; die Krankheiten der Gelenke sind von F. J. LANG und J. THURNER beschrieben worden (Erscheinungsjahr 1963), die Weichteile des Bewegungsapparates von O. PENDL (Erscheinungsjahr 1963, Lieferung 8); jetzt liegt die Lieferung 9 vor; in ihr werden auf 362 Seiten von dem pathologischen Anatomen in Wien, L. HASLHOFER, die Erkrankungen des Knochensystems in sehr eingehender Form dargelegt. Begonnen wird mit Bemerkungen zu Tierversuchen und ihre Auswertung auf die menschliche Skeletpathologie. Verf. warnt vor vergleichenden Rückschlüssen. In palaeopathologischer Beziehung bildet Verf. das Skelet des Innsbrucker Burgriesen Haidl, geb. 1494, ab, der eine Größe von 222,6 cm hatte. Ein in der Mödlinger Krypta gefundener Schädel weist eine einseitige Syngnathie der beiden Kieferknochen auf. Nach Besprechung der allgemeinen Orthologie und Pathologie werden die Entwicklungsstörungen, sowie die Mißbildungen und Fehlformen geschildert. Von Einzelheiten sei herausgegriffen, daß die Anomalien der Rippen in gefälliger Form schematisch dargestellt werden. Bei der Schilderung der sehr zahlreichen Extremitätenmißbildungen stützt sich Verf. mit auf eine Beratung mit G. B. GRUBER in Göttingen, einem besonderen Kenner dieser Abarten. Abgebildet werden auch einige Mißbildungen, die höchstwahrscheinlich auf Grund einer Thalidomid-Embryopathie entstanden sind; Verf. bejaht im großen und ganzen den Kausalzusammenhang. Geschildert werden auch die sog. Schiefköpfe und ihre Entstehung; als Ätiologie kommen

entzündliche und traumatische Veränderungen in der Atlanto-Occipitalgegend in Betracht, sowie Auswirkungen eines muskulären Schiefhalses. Bei erhöhtem Hirndruck, z.B. infolge von Tumoren, kann es zu Nahtsprengungen des Schädels kommen. Eine Verstärkung der Innenzeichnung des Schädels, die im Kindesalter entstehen kann, ist ohne besondere pathologische Bedeutung, ebenso die Impressiones digitatae. Das freie Knochentransplantat stirbt ab; es gibt nur Anreiz zu neuer Knochenbildung in der Umgebung, es ist Platzhalter für das Regenerat. Bei der Schilderung von Nekrosen durch thermische Einwirkungen wird auf das Buch von S. GRÄFF „Der Tod im Luftangriff“ verwiesen (Eintrocknung der Knorpelüberzüge, Spaltbildungen in den Knochen, Abspaltung der Corticalis). Auch die Kälteeinwirkungen werden auf Grund der Kriegserfahrungen nach dem Schrifttum dargelegt. Nekrosen durch Elektrizitätseinwirkungen entstehen als Folge von elektrischen Verbrennungen, aber auch durch Muskelzug. Anwendung großer Strahlendosen kann späterhin zu ein- oder doppelseitigen Schenkelhalsfrakturen führen. Auch Hinweis auf die Phosphornekrose. Nach Schilderung der durch anämische Infarkte verursachten Knochenveränderungen beschäftigt sich Verf. mit den Knochennekrosen bei der Caisson- und Taucherkrankheit. Abgegrenzte Nekrosen mit Entzündung von Gelenkköpfen werden beschrieben. Bei Tauchern werden mehr die Schultergelenke bzw. Humerusköpfe, bei Caisson-Arbeitern die Schenkelköpfe betroffen. Bei der Darstellung der morphologischen Abarten im Bereiche des Gesichtsschädels und bei der Erörterung der Erbschäden mit Knochenveränderungen besteht eine reichlich unübersichtliche Fülle von Eigennamen; es erfordert einige Geduld, um sie in sich aufnehmen zu können. Verf. beklagt sich an einer Stelle darüber, daß Wissenschaftler, die ein Syndrom beschrieben haben, von ihrer Beschreibung und Erörterung der Ätiologie auch dann nur sehr ungern abgehen, wenn sich bei weiteren Untersuchungen andere Gesichtspunkte ergeben haben. — Wer bei der Sektionstätigkeit oder auch bei Identifikationsuntersuchungen auf angeborene oder erworbene Knochenveränderungen stößt, wird sich in dieser sehr ausführlichen aber klaren Darstellung mit Erfolg orientieren können. B. MUELLER

● **Lothar Sachs: Statistische Auswertungsmethoden.** Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. XXIV, 671 S. u. 59 Abb. Geb. DM 58.—

Die zunehmende Selbstverständlichkeit, mit der von einer naturwissenschaftlichen Aussage Exaktheit und Verlässlichkeit erwartet wird, macht die Auseinandersetzung mit statistischen Methoden für den wissenschaftlich tätigen Mediziner unumgänglich. Gerade auf dem Gebiet der Humanmedizin, wo Beobachtungen meist nicht beliebig oft und exakt reproduziert werden können, sondern so verarbeitet werden müssen, wie sie vorgefunden werden, belastet von einer Unzahl unkontrollierbarer Einflüsse, die auf der Ungleichheit der Versuchsobjekte, der Variabilität der Beobachtungssituation oder der Vergesellschaftung mit anderen nicht eliminierbaren Größen beruhen, kann auf die Hilfe statistischer Entscheidungstechniken bei der Formulierung von Aussagen nicht verzichtet werden. Häufigkeits- und Prozentangaben, mit denen man sich jahrzehntelang begnügte, reichen nicht mehr aus. Das vorgelegte Buch von **LOTHAR SACHS** bietet auch dem mathematisch nicht vorgebildeten Leser die Möglichkeit, im Selbststudium die Voraussetzungen für eine sinnvolle Datenauswertung zu erwerben. Beginnend mit einfachen Anleitungen zu tabellarischer und graphischer Aufbereitung von Datenmaterial, kurzen Informationen über Zweckmäßigkeiten und Konventionen im Umgang mit Zahlen und einer Klärung der Grundbegriffe und Grundvollzüge der analytischen Statistik führt das Buch zu differenzierten, aber immer mit dem Blick auf die Praxis ausgewählten Schätz- und Testtechniken. Besonderer Raum wurde den nicht-parametrischen Methoden und den zur Analyse kleiner Stichproben geeigneten Verfahren gegeben. Prinzipien und Versuchsplanung und Datenerhebung wurden kurz behandelt. Wert gelegt wurde in jedem Fall auf eine klare Herausstellung der Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, bevor eine Methode sinnvoll angewendet werden kann. Dem Leser wird der Weg nahegebracht, der über Datensammlung, Hypothesenbildung, Hypothesenprüfung und Verfeinerung zur wissenschaftlichen Aussage führt. Das einleitende Kapitel gibt eine kurze Darstellung mathematischer Elementarkenntnisse. 350 einfach gehaltene, vollständig durchgerechnete Zahlenbeispiele und 58 Übungsaufgaben mit Lösungen helfen bei der Einarbeitung. Eine Einführung in die Wahrscheinlichkeitsrechnung macht mit dem Grundproblem der Statistik vertraut. Im Vordergrund steht jedoch stets die praktische Anwendung. Abstrakte mathematische Überlegungen und Ableitungen wurden vermieden. Nützlich für die Praxis sind eine Reihe von Arbeitshilfen, zu denen auch das ausführliche Sachverzeichnis gehört. Die umfangreiche, sorgfältig zusammengestellte Bibliographie gibt dem Interessierten Hinweise und Anregungen zur selbständigen Weiterarbeit. Das Buch enthält, an zugehöriger Stelle über den Text verteilt, eine Sammlung von 200 mathematisch-statistischen Tabellen. SCHMETTAU

- **A. A. Solochin: Gerichtsmedizinische Expertise in Fällen eines Automobiltraumas.** (Bibliothek d. prakt. Arztes.) Moskva: Medicina 1968. 233 S. u. 55 Abb. [Russisch]. Geb. R. — 71.

In einem einleitenden Kapitel werden alle bei der Untersuchung tödlicher Straßenverkehrs-unfälle auftretenden Fragen übersichtlich zusammengestellt. Danach folgt eine Klassifizierung der Verletzungen bei den verschiedenen Möglichkeiten des Zustandekommens von Unfällen; eine beigefügte Tabelle erleichtert hier den Überblick. Im nächsten Kapitel werden die Verletzungen, die bei Zusammenstößen zwischen fahrenden Kraftfahrzeugen und Fußgängern verursacht werden, abgehandelt. Die unterschiedlichen technischen Möglichkeiten (Frontal-zusammenstöße, Tangentialberührung mit Kraftwagen etc.) werden mit erläuternden Zeichnungen dargestellt und der Charakter sowie die Besonderheiten der Verletzungen der verschiedenen Gewebe und Körperteile in einzelnen Abschnitten beschrieben. Im 4.—7. Kapitel werden mit der gleichen Unterteilung die Verletzungen bei Sturz aus einem fahrenden Kraftfahrzeug, beim Überfahren, beim Einpressen zwischen Kraftfahrzeugen oder anderen feststehenden Körpern und bei Insassen von Kraftwagen, wiedergegeben. Ein 8. Kapitel beschäftigt sich mit spuren-kundlichen Untersuchungen; danach folgen Vorschläge zur Methodik gerichtsmedizinischer Untersuchungen bei Unfällen. Das Schlußkapitel befaßt sich mit der Ortsbesichtigung und der Untersuchung der am Unfall beteiligten Kraftfahrzeuge. In der Arbeit finden sich zahlreiche instruktive Zeichnungen und Fotos in schlechter Wiedergabe. Das Literaturverzeichnis enthält 230 Arbeiten vorwiegend sowjetischer Autoren.

H. SCHWEITZER (Düsseldorf)

- **Das öffentliche Gesundheitswesen.** Hrsg. von J. DANIELS, W. HAGEN, H. LEHM-KUHL u. a. Bd. 5: Gutachtenwesen. Teil B: Rechtsvorschriften und Erläuterungen. Zusammengest. von C. L. P. TRÜB und J. DANIELS. Stuttgart: Georg Thieme 1968. IX, 500 S. u. 4 Falttaf. DM 86.—.

Wie häufig wird ein Gutachter in Anfragen nicht auf irgendwelche Rechtspassagen hingewiesen, ohne daß der Originaltext vorliegt. Im vorliegenden Band wurde versucht, in Ergänzung des Bandes V, Gutachtenwesen, die Rechtsvorschriften und ihre Erläuterungen unter den verschiedensten Aspekten, immer klar differenziert, vorzulegen. Es wäre sicherlich begrüßenswert, wenn besonders die jüngeren Gutachter sich dieses Ergänzungsbandes bedienen würden.

DOTZAUER (Köln)

- **Handbuch der inneren Medizin.** Begr. von L. MOHR und R. STAHELIN. Hrsg. von H. SCHWIEGK. Bd. 8: Nierenkrankheiten. 5., völlig neu bearb. u. erw. Aufl. Hrsg. von H. SCHWIEGK. Teil 1. Bearb. von E. BUCHBORN, K. ČAPEK, P. DEETJEN u. a. Teil 2. Bearb. von H. BERNING, E. BUCHBORN, P. COTTIER u. a. Teil 3. Bearb. von N. ALWALL, F. ARNHOLDT, D. BECK u. a. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1968. Teil 1: XVII, 1190 S. u. 407 Abb.; Teil 2: XVI, 1083 S. u. 241 Abb.; Teil 3: XII, 896 S. u. 134 Abb. 3 Bde zus.geb. DM 690.—; Subskriptionspreis DM 552.—.
- H. Losse: Begutachtung der Nierenerkrankungen.** S. 606—667.

Der Handbucharikel faßt Beurteilung und Prognose der Nierenerkrankungen unter Berücksichtigung der Literatur bis 1965 auf der Grundlage der vorangehenden Abschnitte über Pathophysiologie, Klinik und Untersuchungsverfahren vorwiegend aus internistischer Sicht straff und logisch gegliedert zusammen. Er wendet sich mehr an den klinischen Gutachter als an Pathologen oder Gerichtsmediziner. Die auf Grund von Besonderheiten einzelner Verlaufsförmungen vorsorglich zu empfehlenden Maßnahmen (z.B. Wechsel des Arbeitsplatzes, des Berufs, Fortsetzung der Behandlung, Invalidisierung oder Versuch einer Rückführung in das Erwerbsleben trotz Erkrankung) und Erfahrungen über die Häufigkeit verschiedener Verlaufsmöglichkeiten sind angegeben. Zusammenhangsfragen und Einfluß der Erkrankung auf die Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit sind gesondert besprochen, teilweise auch Bewertung der feststellbaren Symptome. Die Gliederung folgt klinischen Gesichtspunkten: postinfektiöse diffuse Glomerulonephritis, intrainfektiöse Herdnephritis, nephrotisches Syndrom, Pyelonephritis und interstitielle Nephritis, akutes Nierenversagen, Gefäßerkrankungen der Nieren, Diabetes, Unfall, Nierenveränderungen beim Sport, Hydronephrose, Mißbildungen, Tumoren, Strahlenschäden, einseitiger Nierenverlust, orthostatische Proteinurie, gewerbliche Nierenschäden. LOMMER (Köln)

● **Marshall Houts: Where death delights. The story of Dr. Milton Helpern and forensic medicine.** (Im Reich des Todes. Bilder aus dem Leben von Dr. Milton Helpern und der Gerichtsmedizin.) New York: Coward-McCann 1967. 317 S. Geb. \$ 5.95.

In diesem romanhaft geschriebenen, von Spannung erfüllten Buche wird in zwangloser Folge über eine Reihe interessanter Fälle berichtet, meistens stammend aus dem Institut für gerichtliche Medizin in New York City. Außer dem heute noch hart umstrittenen Kennedy-Mord finden sich ein Expertenstreit um eine Brandleiche im Auto, ein Flugzeugabsturz (Problematik der Identifikation), zwei Beispiele von Süchtigkeit, mehrere Bluttaten (Messerstecherei, Gift-delikt, Eifersuchtsdrama unter Homosexuellen, Tötung im Fieberdelir, Abtreibung mit Todesfolge) sowie einzelne seltene, kuriose Ereignisse (Stromtod zufolge Wasserlösen, Leichenverwechslung, Todesahnung einzelner Menschen, operierte, süchtige Pseudozwitter-Geschwister). Auch die Tätigkeit der Mitarbeiter Dr. WIENER (Serologe) und Dr. UMBERGER (Toxikologe) wird anhand instruktiver Beispiele gewürdigt. Unter Anführung mehrerer Gerichts- und Versicherungsfälle sucht HELPERN die Grenze aufzuzeigen, welche dem forensischen Experten gesetzt ist. Nicht nur die sorgfältige Befunderhebung ist notwendig; ebenso wesentlich ist eine richtige Deutung und Wertung derselben. Beides setzt aber eine große Erfahrung voraus, welche nur bei einem forensischen Pathologen erwartet werden kann. Diesem Umstand wird in zahlreichen amerikanischen Staaten heute noch zu wenig Rechnung getragen. Das vorliegende Werk richtet sich deshalb als beschwörenden Aufruf an die Öffentlichkeit. Es ist dementsprechend hauptsächlich für Laien geschrieben. Dennoch vermag ihm auch der Fachmann einiges abzugewinnen, wenn er über gewisse Unrichtigkeiten bzw. Akzentverschiebungen hinwegsieht.

H. HARTMANN

J. A. Valšik: Ein Akzelerationsphänomen — Wachstumsabschluß bei 16jährigen Mädchen. [Inst. Anthropol. u. Humangenet., Univ., Bratislava.] Ärztl. Jugendk. 58, 129 bis 132 (1967).

Mittelwerte für die Körpergröße von 14—18 Jahre alten Mädchen aus den böhmischen und slowakischen Bezirken der Tschechoslowakischen Republik, die sich aus Resultaten ganzstaatlicher, 1961 und 1951 durchgeführter Untersuchungen ergaben, werden mitgeteilt in der Absicht, das Alter des Wachstumsabschlusses 1961 gegenüber 1951 festzustellen. Während 1951 18jähr. aus böhmischen Bezirken im Durchschnitt knapp $\frac{1}{2}$ cm größer waren als 17jähr., diese 0,8 cm größer als 16jähr., waren 1961 16-, 17- und 18jähr. fast gleichgroß (162 cm; 162,2 cm; 162,1 cm). Nicht wesentlich anders sehen die Kurven für die Körpergröße in Abhängigkeit vom Lebensalter für Mädchen aus der Slowakei aus, jedoch sind Mädchen dieser Bezirke mit 16—18 Jahren im Durchschnitt etwas kleiner als die Mädchen aus böhmischen Bezirken (160,1 cm; 160,2 cm; 160,2 cm). Ref. hält den Schluß des Autors, daß 1961 der Wachstumsabschluß der Mädchen schon mit 16 Jahren erfolgte, deshalb nicht ohne weiteres für berechtigt, weil es sich um Querschnittsuntersuchungen handelt. Mädchen, die 1961 18 Jahre alt waren, sind nicht unbedingt gleichen Milieuwirkungen unterworfen gewesen wie solche, die zu diesem Zeitpunkt 16 Jahre alt waren. Man müßte hier an Kriegseinwirkungen denken. Dies auch bei einer weiteren Kurve, in der auf der Ordinate die Körpergröße von 14, 15 usw. bis zu 20 Jahre alten Mädchen bzw. Frauen aus Moskau (1961/62; SOLOWJOWA) auf der Abszisse das Lebensalter angegeben ist. Hier waren die 18, 19 und 20 Jahre alten kleiner als die 17 Jahre alten (17 Jahre: 160,3 cm; 18 Jahre: 159,65 cm; 19 Jahre: 159,44 cm; 20 Jahre: 159,85 cm), Ref. hält es für möglich, daß entsprechende Messungen bei Frauen bzw. Mädchen aus den gleichen Bereichen heute höhere Mittelwerte für die Körpergröße ergeben würden (fehlende Kriegseinwirkungen).

SCHWENK (Köln)^{oo}

G. Hierholzer und J. Rehn: Zur Pathophysiologie und klinischen Bedeutung des Fermentaustretes aus Zellen. [Chir. Klin. u. Poliklin., Berufsgenoss.-schaftl. Krankenanst. Bergmannsheil, Bochum.] Mschr. Unfallheilk. 71, 169—180 (1968).

Die Bedeutung der Enzymdiagnostik für die Beurteilung von Schock und Trauma wird anhand der bekannten Vorstellungen über die Beurteilung von Schock und Trauma und des Übertritts sekretorischer Enzyme in die Gefäßbahn erörtert. Für Trauma und Schock kommen neben der direkten mechanischen Zellschädigung vor allem Störungen des Energiestoffwechsels durch Volumenmangel und Hypoxie in Betracht. Dabei ist der Schweregrad von Bedeutung, da Nekrotisierung oder eine akut verlaufende Hypoxie nicht mehr zu einer Enzymfreisetzung führen. Auch können Durchblutungsstörungen die Enzymfreisetzung verschleiern. Eine indirekte, mechanische Zellschädigung bei Sekretrückstau ist vor allem bei sekretorischen Enzymen zu

erwarten. Eine Vermehrung der Enzymaktivitäten infolge einer Synthesesteigerung wird bei manchen Formen maligner Tumoren vermutet. Mit Ausnahme der gesteigerten Aktivität der sauren Phosphatase beim Prostata-Carcinom ist diese Annahme jedoch noch nicht zweifelsfrei erwiesen. Neben der Art und der Schwere der Zellschädigung spielen für die Enzymfreisetzung und die meßbare Aktivität im Serum Faktoren eine Rolle, wie die topographische Anordnung der Enzyme innerhalb der Zelle, das Konzentrationsgefälle zwischen Zelle und Plasma, ferner die Inaktivierung oder Aktivitätssteigerung im Extracellularraum und die Geschwindigkeit der Eliminierung oder Denaturierung.
C. MAURER (Heidelberg)^{oo}

Stig-Arne Johansson: Platelets, coagulation factors and 5-hydroxytryptamine in sensitization, anaphylaxis and burn injuries. Effect of heparin and possible relation to intravascular coagulation. (Acta med. scand. Suppl. 471.) (Blut-Plättchen, Blutgerinnungsfaktoren und 5-Hydroxytryptamin bei Sensibilisierung, Anaphylaxie und Verbrennungen. Die Wirkung von Heparin und mögliche Beziehungen zur intravasculären Gerinnung.) Stockholm 1967. 30 S.

Zerfall von Thrombocyten erzeugt oder nimmt teil an einer unspezifischen Reaktion, die bei Sensibilisierung, Anaphylaxis und Brandwunden 5-Hydroxytryptamin freisetzt und Blutgerinnungsfaktoren verbraucht. Der Zerfall der Thrombocyten kann so die perivascularäre Gerinnung nach Art eines Trigger-Mechanismus auslösen. Dieser Vorgang erklärt verschiedene klinische Symptome und Zeichen. Heparin mindert diese Symptome. Der Überblick faßt 9 Arbeiten des Autors mit reichlich Literaturangaben zusammen.
H. W. SACHS (Münster)

Richard X. Zittel und Volkmar Heinze: Die Nierentransplantation. [Chir. Univ.-Klin. u. Med. Univ.-Poliklin., Freiburg/Br.] Dtsch. Ärzteblatt 65, 1673—1674 (1968).

Die Dauerdialyse ist recht kostspielig. Die Anzahl der Lebendspender ist relativ klein, das Risiko, eine Niere zu opfern, ist nicht zu bagatellisieren; das Risiko des Spenders wird mit 1,2—0,5% berechnet. Vor Entnahme der Niere nach dem Tode muß einwandfrei die Funktionslosigkeit des Gehirns festgestellt werden. Die Blutgruppe bei Spender und Empfänger muß übereinstimmen. Die Wirkung der Transplantationsantigene, die an Leukocyten fixiert sind, ist noch nicht völlig erforscht. Die Histokompatibilitätstests sind meist nicht in Kürze durchzuführen. Die Zeit vom Eintritt des Todes des Spenders bis zur Entnahme der Niere sollte möglichst nicht länger als 60 min betragen. Es folgt eine Schilderung der Operationstechnik.
B. MUELLER (Heidelberg)

G. Friedrich: Schweine als Versuchstiere in der humanmedizinischen Forschung. Eine vorl. Übersicht. [Staatl. Zentralst. f. Versuchstierzucht u. -versorg. u. Inst. f. Zool., Landwirtschafts.-Gärtn. Fak., Humboldt-Univ., Berlin.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 1143—1148 (1968).

Seit etwa 20 Jahren werden Hausschweine in steigendem Umfang auf den verschiedensten Gebieten der experimentellen Medizin eingesetzt, da sie vielfach den herkömmlichen Versuchstieren überlegen sind oder sie ergänzen. In den USA, England, Frankreich, Ungarn und der DDR gehen die Bestrebungen dahin, kleinwüchsige, weiße, laborgerechte Zwergschweinrassen zu züchten mit einem Idealgewicht von etwa 60—70 kg, das dem Gewicht des Menschen entspricht. Bisher ist das Schwein mit Erfolg in folgenden Forschungsbereichen verwandt worden: Arteriosklerose, Herz-Kreislauf-System, Schock durch Elektrounfall, Speiseröhren- und Magencarcinom, Wachstum und Körperzusammensetzung des kindlichen Organismus, Zahnheilkunde, Verbrennung, lokale Verträglichkeit von Lösungs- und Penetrationsvermittlern der Haut, Wundheilung, Strahlenbiologie, Renalfunktion, Embryopathien, Bakteriologie, Virologie und Arthritis.
REH (Düsseldorf)

G. Hofrichter und H. D. Liehn: Einfacher Käfig zur getrennten Gewinnung von Harn und Kot bei Ratten. [Forschungslabor., Chem.-Pharmazeut. Fabrik A. Klinge & Co., München.] Z. Versuchstierk. 10, 228—231 (1968).

Werner Christian: Die ICD 1968. Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen. (8. Revision.) Bundesgesundheitsblatt 11, 219—223 (1968).

Die ersten Anfänge einer internationalen Todesursachenstatistik gingen im Jahre 1851 vom Statistischen Amt in Paris aus. Mit dem Fortschreiten der Wissenschaft wird es immer

wieder erforderlich sein, Änderungen vorzunehmen, wie Verf. (Dr. med., wohnhaft in Wiesbaden-Biebrich, Mannstaedtstr. 3) betont. Jetzt hat sich die Weltgesundheitsorganisation über die 8. Revision geeinigt; sie enthält 17 Abschnitte, der letzte Abschnitt umfaßt die Unfälle, Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nach der Ursache der Schädigung und ein weiterer Unterabschnitt die Unfälle Vergiftungen und Gewalteinwirkungen nach der Art der Schädigungen. Die Einteilungen sind sehr subtil, z. B. bösartiger Bluthochdruck, ischämische Herzkrankheiten, akuter Herzmuskelinfarkt, sonstige akute und subakute Formen von ischämischen Herzkrankheiten, chronische ischämische Herzkrankheiten, Angina pectoris, symptomlose ischämische Herzkrankheiten usw. — Nach Auffassung von Ref. ist kaum zu erwarten, daß diese diffizilen Unterscheidungen anhand der üblichen Leichenschauche getroffen werden können. Dies ist natürlich kein Grund, von den wichtigen einschlägigen internationalen Bestrebungen abzugehen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Die Ärzteschaft in der allgemeinen politischen Situation. Dtsch. Ärzteblatt 65, 1147—1205 (1968).

Es handelt sich um einen sehr ausführlichen Bericht, der anlässlich des letzten Ärztetages gegeben wurde, und der auf alle gesundheitlichen Belange eingeht. Nachfolgende Einzelheiten seien erwähnt: Die Ärzteschaft ist mit den Plänen des Wissenschaftsrates bezüglich der ärztlichen Ausbildung nicht immer einig. Die ärztliche Berufsausbildung wird mitunter durch sensationell aufgemachte Publikationen erschwert. An der Präventivmedizin, so an der Vorsorgeuntersuchung von Schwangeren, von Säuglingen, von Jugendlichen sollen auch die Ärzte der Praxis beteiligt werden, ebenso an den Bestrebungen, die auf eine Früherkennung des Diabetes hinielen. Es müssen gut verständliche Vorschriften für die Blutgruppenuntersuchung unter Mitwirkung der einschlägigen Fachgesellschaften herauskommen. Eignungsuntersuchungen innerhalb der Betriebe sollten nicht nur die Werkärzte durchführen. Das werkärztliche Abkommen, das früher mit den Gewerkschaften abgeschlossen wurde, soll modernisiert werden. Die Bundesärztekammer ist gegen die Einführung einer Pflicht zur Meldung von Kraftfahrern, deren Fahrtüchtigkeit in Zweifel steht. Es soll ein Unfallkoffer für Ärzte und ein Kraftfahrzeugverbandkasten geschaffen werden. Man soll für dringende Berufsfahrten der Ärzte Verkehrsleichterungen schaffen, insbesondere Parkmöglichkeiten. Die Arbeit des wissenschaftlichen Beirates der Bundesärztekammer wird geschildert. Die Bundesärztekammer ist gegen Schaffung einer Einheitsversicherung für die gesamte Bevölkerung; die Zweige der Sozialversicherung sollen erhalten bleiben. An der ärztlichen Behandlung von Unfallverletzten soll auch der Arzt der Praxis beteiligt werden. Die wissenschaftlichen Assistenten sind nicht versicherungspflichtig, weil sie als Beamte gelten. Nach Ausscheiden soll ihnen die Eingliederung in die Ärzteversorgung erleichtert werden. Die Fürsorgeeinrichtungen der Ärztekammern will man erweitern.

B. MUELLER (Heidelberg)

Die Ärzteschaft in der allgemeinen Rechtsordnung. Dtsch. Ärzteblatt 65, 1231—1237 (1968).

Es handelt sich um die Fortsetzung des Tätigkeitsberichtes der Bundesärztekammer für das Jahr 1967/68 (s. obiges Referat). Verf. ist der Geschäftsführer der Bundesärztekammer Dr. J. STOCKHAUSEN. Die Ärzteschaft erwartet von der Strafrechtsreform die Regelung der Sterilisation und Kastration, der künstlichen Insemination, der Abtreibung, der Schwangerschaftsunterbrechung durch Ärzte, der Homosexualität, der Aufklärungspflicht und den Schutz der Öffentlichkeit vor Triebverbrechern. Bei der Tätigkeit der Gutachterkommission bezüglich Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung soll auch die Meinung des antragstellenden Arztes berücksichtigt werden. Bei den Ausführungen über die Schweigepflicht wird betont, daß der Arzt in ganz besonderen Fällen berechtigt sein soll, von der Schweigepflicht abzusehen; dies entspricht auch der Rechtsprechung. Daß bei Organtransplantation die Angehörigen des verstorbenen Spenders einwilligen müssen, sollte nicht in das Gesetz aufgenommen werden. Die Feststellung des Todes vor Entnahme eines Transplantationsorgans bedarf einer Neuregelung. Weitere Ausführungen befassen sich mit Steuerfragen.

B. MUELLER (Heidelberg)

Th. Marti: Sozialmedizin. Praxis (Bern) 57, 739—746 (1968).

Verf. ist Privatdozent für Soziale Medizin in Genf. Nach seinen Ausführungen kann die soziale Medizin nicht in Ringvorlesungen gelehrt werden; man braucht einen besonderen Lehrstuhl und ein Institut; der Inhaber des Lehrstuhles sollte in klinischen Fächern bewandert sein und zusätzlich die Fähigkeit haben, das Schicksal des Kranken in die soziale Gemeinschaft einzufügen. Für den Unterricht stellt Verf. ein recht weitläufiges Programm auf: Geschichtlicher Überblick über die Entwicklung der Sozialmedizin in ihren 3 Sektionen (präventive, kurative

und rehabilitatorische Medizin), Demographie (Medizinalstatistik, Familienplanung, auch Genetik), Hygiene (Abwässer, Luft, Radioaktivität, Lärm, Wohnung u. a.), Sozial- und Kulturhygiene, Gesundheitserziehung, Organisation des Gesundheitswesens, Arztrecht und internationale Verträge zum Schutze des Arztes, Epidemiologie, Prophylaxe sowie Gesetzgebungen in bezug auf Rehabilitationsprobleme. B. MUELLER (Heidelberg)

M. Stürzbecher: Zur Ausbildung von Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens. Öff. Gesundheitswes. 30, 234—239 (1968).

Schilderung der Geschichte der amtsärztlichen Ausbildung. Der Schwerpunkt sollte jetzt mehr und mehr auf dem Gebiet der Sozialhygiene liegen. In manchen Ländern ist nur der Leiter des Gesundheitsamtes verpflichtet, die amtsärztliche Prüfung abzulegen. Man sollte vermehrt Fortbildungskurse einführen. Die Frage, ob man auch jetzt noch den Ärzten des Gesundheitsamtes ohne spezielle Ausbildung die gerichtsärztliche Tätigkeit, insbesondere Leichenöffnungen mit Auswertung der Befunde zumuten kann, wird nicht erörtert. B. MUELLER (Heidelberg)

BSeuchenG § 56 Abs. 2 (Rechtzeitige Geltendmachung von Impfschäden). Zur Frage der Wahrung der Ausschlußfrist des § 56 Abs. 2 BSeuchenG bei Geltendmachung von Ansprüchen auf Ersatz von Impfschäden. [OLG Köln, Urt. v. 21. 12. 1967 — 7U 145/67.] Neue jur. Wschr. 21, 1193—1194 (1968).

Erfolgreiche Feststellungsklage gegen Reg.-Präsidenten, der Entschädigungsantrag wegen „verspäteter Anmeldung“ zurückgewiesen hatte. — Die Eltern der Klägerin konnten ohne Schuld der Auffassung sein, daß alles geschehen, was zur Sicherung staatlicher Leistungen erforderlich war. (Postvaccinale Encephalitis, Verschlimmerung nach ca. 1 Jahr. Meldung und „Bericht in einer Impfschadenssache“ bereits 9 Wochen nach Impfung. — Antrag auf Kostenübernahme auf Veranlassung der AOK ca. 2½ Jahre nach Impfung.) LOMMER (Köln)

Werner-Siegfried Kierski: Gesetzliche Grundlagen der Lärmbekämpfung. Bundesgesundheitsblatt 11, 185—190 (1968).

M. V. Ghahreman: Le médecin-légiste en Iran. (Der Gerichtsarzt in Iran.) Ann. Méd. lég. 47, 699—700 (1967).

Die Aufgaben des Gerichtsarztes in Iran sind sehr vielseitig; wie in anderen Ländern schreitet er zur Obduktion bei Straftaten; bei tödlichen Verkehrsunfällen geht er an Ort und Stelle; Internierungen können nur nach vorhergehender Untersuchung eines Gerichtsarztes erfolgen; spezielle Verfügungen des Strafgesetzbuches veranlassen ihn sich mit Altersbestimmungen des Sträflings zu befassen; er wird befragt und äußert sich über Unfähigkeit zur Bewerbung des Führerscheins; ärztliche Untersuchungen der Hotelbesitzer außerhalb der Städte sowie gewisser Berufe in den Städten werden ihm vertraut; toxikologische, schwierige Untersuchungen werden nur im gerichtsmedizinischen Institut von Teheran unternommen. WEIL (Strasbourg)

Hans Walter und Maria Küper: Die Einholung medizinischer Gutachten und Obergutachten im Zivilprozeß. Neue jur. Wschr. 21, 182—185 (1968).

Die rechtlichen Voraussetzungen über den Sachverständigenbeweis ergeben sich aus den §§ 402ff., insbesondere §§ 404, 412 ZPO. Dies gilt auch für Verwaltungs- und Sozialgerichte. Der Sachverständige ist als „Gehilfe“ des Richters für die Prozeßentscheidung nicht verantwortlich. Der Richter ist verpflichtet, „ein weiteres Gutachten“ einzuholen, „wenn das erstattete Gutachten ihm nicht die erforderliche Sachkunde vermittelt, um über die Beweisfrage zu entscheiden, und durch die Einholung eines weiteren Gutachtens die Aussicht besteht, den Sachverhalt aufzuklären“. Verff. stellen heraus, daß Sachverständigengutachten nur solche sind, deren Erstattung das Gericht gemäß §§ 402ff. ZPO angeordnet hat. Mit Parteigutachten brauche sich der Richter dagegen nur in Ausnahmefällen auseinanderzusetzen. Auf Gegensätze in Zivil- und Strafprozeßordnung wird hingewiesen. So kann gemäß § 412 ZPO eine weitere Begutachtung angeordnet werden, wenn das Gutachten für ungenügend erachtet oder der Sachverständige nach Erstattung des Gutachtens mit Erfolg abgelehnt worden ist. Nach § 244 Abs. 4 Satz 2 StPO muß dagegen ein weiteres Gutachten eingeholt werden, „wenn die Sachkunde des früheren Gutachters zweifelhaft ist, wenn sein Gutachten von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht, wenn das Gutachten Widersprüche enthält oder wenn der neue Sachverständige über Forschungsmittel verfügt, die denen eines früheren Gutachters überlegen erscheinen“. Verff. sind der Auffassung, daß nach Erwägungen des BGH § 244 Abs. 4 StPO auch im Zivilprozeß zu gelten habe; dies erbege „sich aus dem Wesen und der Bedeutung des Sachverständigenbeweises, die für beide

Verfahrensarten gleich sind ... Verfügt ein weiterer Sachverständiger über überlegene Forschungsmittel, so wird es in aller Regel die Aufklärungspflicht des Richters auch im Zivilprozeß gebieten, diesen weiteren Sachverständigen zu Rate zu ziehen“. Die Pflicht des Richters, im Zivilprozeß ein weiteres Gutachten einzuholen, wird von den Verff. folgendermaßen abgegrenzt: „Ein weiteres Gutachten ist in der Regel einzuholen, wenn a) das erste Gutachten grobe Mängel, z. B. unlösbare Widersprüche, aufweist; b) das erste Gutachten von unzutreffenden tatsächlichen Voraussetzungen ausgeht; c) der Sachverständige erklärt, eine von verschiedenen Beweisfragen nicht beantworten zu können; d) dem Sachverständigen die erforderliche Sachkunde fehlt, was sich unter anderem daraus ergeben kann, daß er Widersprüche innerhalb seines Gutachtens oder zwischen der schriftlichen und mündlichen Begutachtung nicht aufzuklären vermag; e) weiteres oder wesentlich verändertes Material beigebracht wird, das dem ersten Gutachter nicht vorgelegen hat; f) eine besonders schwierige Frage den Gegenstand des Gutachtens bildet; g) der weitere Gutachter über Forschungsmittel verfügt, die denen eines früheren Gutachters überlegen erscheinen (§ 244 Abs. 4 Satz 2 StPO). In den Fällen zu f) und g) handele es sich um ein *Obergutachten*, obwohl dieser Begriff formell nur den Sonderfall „eines weiteren Gutachtens darstelle. Wenn hiernach der Obergutachter begrifflich nicht der Schiedsrichter über die voneinander abweichenden Ansichten zweier oder mehrerer Gutachter zu sein braucht, so ist diese Schiedsrichterstellung doch kennzeichnend für einen besonders häufigen Sonderfall eines Obergutachtens“. — Überlegene Forschungsmittel sind nach der Rechtsprechung des BGH „Hilfsmittel und Verfahren für wissenschaftliche Untersuchungen, nicht aber die persönlichen Kenntnisse und Erfahrungen des Sachverständigen, auch nicht sein Ansehen in der wissenschaftlichen Welt oder sein Verdienst um die Begründung einer bestimmten Lehre“. Nach Ansicht des BGH seien die den Universitätskliniken zur Verfügung stehenden Forschungsmittel nicht in jedem Fall denjenigen anderer Institutionen überlegen; dennoch werde man bei der Auswahl eines solchen Sachverständigen (Obergutachters) den Leiter einer Universitätsklinik bevorzugen, weil ihm „von Ausnahmen abgesehen in erster Linie die neuesten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zugänglich sind“. Der Klinikleiter müsse jedenfalls das von einem Mitarbeiter erstattete Gutachten gegenzeichnen mit dem Zusatz „einverstanden aufgrund eigener Urteilsbildung“. Problematisch sei die Einholung eines Obergutachtens, wenn bereits Gutachten eines oder mehrerer „höchstqualifizierter“ Sachverständiger vorliegen. In einem solchen „Streit, der auf wissenschaftlichem Neuland der Medizin auftauchen kann“, werde sich der Richter auch Gegenmeinungen anhören müssen, „selbst wenn Universitätsgutachten vorliegen“.

MALLACH (Tübingen)

H. Regele: Veränderungen der menschlichen Lungen unter maschineller Beatmung. [Path.-Anat. Inst., Univ., Wien.] Beitr. path. Anat. 136, 165—179 (1967).

Die mit ausgezeichneten Abbildungen histologischer Präparate versehene Arbeit berichtet über Befunde, die an 30 Obduktionen unter maschineller Beatmung verstorbener Pat. gewonnen wurden. Es werden 3 Gruppen unterschieden: 1. dichtes, eiweißreiches intrapulmonales Ödem. Besonders starke Desquamation von Alveolarepithel. Bronchopneumonische Herde mit fast rein leukocytärem Exsudat (25 Fälle, unabhängig von der Dauer der Beatmung). 2. Bildung eines Hamman-Rich-Syndromes in allen seinen Phasen (15 Fälle, frühestens nach 2, besonders häufig bei 4—9tägiger Beatmung beobachtet). 3. Veränderungen im Sinne eines länger bestehenden Hamman-Rich-Syndromes, die bis zu manifesten Organisationsvorgängen reichenden Veränderungen wurden nach 12, 13 und 19tägiger Beatmungsdauer beobachtet. Als Ursachen für die Veränderungen werden u. a. Capillarschäden durch erhöhten Sauerstoffpartialdruck des Beatmungsgemisches und Erschwerung des Lymphabflusses durch Aufhebung des physiologischen, negativen, intrathorakalen Inspirationsdruckes angegeben. Als besonders schwere Folge der Dauerbeatmung wurde nach 2¹/₂ Monaten Beatmung eine ausgeprägte interstitielle Lungenfibrose beobachtet.

H. WEBER^{oo}

R. Arendt: Begutachtung von Magenerkrankungen. [Med. Univ.-Klin., Rostock.] Z. ärztl. Fortbild. (Jena) 62, 615—620 (1968).

R. Massé: Chondro-sarcome costal. Ann. Méd. lég. 47, 701—703 (1967).

Gerhard Irlé: Einstellung zum Tod bei Patienten nach Selbstmordversuch. [Univ.-Nervenclin., Tübingen, Nervenclin. Bergisch Land, Stiftung Tannenhof, Remscheid.] Nervenarzt 39, 255—260 (1968).

An 200 Suicidanten wurde möglichst früh nach Erwachen aus der Bewußtlosigkeit die Frage gerichtet, ob sie an ein Weiterleben nach dem Tode glauben. Die Frage wurde in 45,5% bejaht, in 38,5% verneint und in 16% offen gelassen. Bei einer Vergleichsgruppe waren die Ergebniszahlen

ungefähr die gleichen. Es kam lediglich heraus, daß psychotische Suicidanten (meist Depressionen) etwas häufiger an ein Weiterleben nach dem Tode glaubten als nichtpsychotische.

B. MUELLER (Heidelberg)

Edwin S. Shneidman: Orientation toward cessation: a reexamination of current modes of death. (Orientierung zum Ende: Eine Überprüfung der geläufigen Todesarten.) [19. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forens. Sci., Honolulu, 22. II. 1967.] [Center for Studies of Suicide Prevention, National Institute of Mental Health, Chevy Chase, Maryland.] *J. forensic Sci.* **13**, 33—44 (1968).

Die systematische Einteilung der Todesursachen hat sich im Laufe der Zeit ständig geändert, wobei der jeweilige Stand der Medizin und ihrer Hilfswissenschaften eine wesentliche Rolle gespielt hat. In den Vereinigten Staaten von Amerika fehlt es sogar an einer einheitlichen statistischen Erfassung der Suicid; zwischen Selbstmord und Unglücksfall wird nach örtlich verschiedenen Kriterien unterschieden. Die gegenwärtige Grundlage (1967) ist die 7. Neufassung der International Classification of Diseases and Causes of Death von 1955, die jedoch erst seit 1958 angewendet wird. Die unterschiedliche Beurteilung führte zu einer merklichen Erhöhung der Suicidzahlen 1958 im Verhältnis zu 1957. Verf. stellt einen Katalog von Umständen auf, die für die Beurteilung eines Todes als Suicid von Bedeutung sind, wobei insbesondere auf Person und Ausbildung desjenigen abgehoben wird, der diese Beurteilung abgibt. Ob der Tod gewollt (Selbstmord, Tötung durch Dritte) oder ungewollt (natürlicher Tod, Unfall) herbeigeführt wurde, kann je nach der persönlichen Einstellung des Untersuchenden und nach seinen Kenntnissen unterschiedlich beantwortet werden. Verf. hält es für wichtig, das Todesstreben des Selbstmörders oder sonst Sterbenden nach dem Grade der Intensität zu untersuchen; er unterscheidet ein starkes Streben („will sterben“), ein mittleres Streben („wesentlich todesförderndes Verhalten“), geringes Streben (geringes, aber doch nicht unbedeutendes Fördern der todbringenden Umstände), fehlendes Streben, und begründet die Zweckmäßigkeit einer solchen Einteilung näher. Verf. bezeichnet dies als eine Psychodynamik des Todes, deren Erforschung und Feststellung neben der Untersuchung der Todesursachen und der Todesart geboten sei.

HÄNDEL

Robert E. Litman: Psychological-psychiatric aspects in certifying modes of death. Symposium. (Psychologisch-psychiatrische Gesichtspunkte bei der Feststellung der Todesart.) [19. Ann. Meet., Amer. Acad. of Forens. Sci., Honolulu, 22. II. 1967.] [Suicide Prevention Center, Los Angeles, California.] *J. forensic Sci.* **13**, 46—54 (1968).

Die gegenwärtig geübte Einteilung der Todesarten (natürlicher Tod, Unfalltod, Selbstmord, Tötung durch fremde Hand) wird für veraltet und überholt angesehen; sie geht auf die Vorstellung zurück, daß der Tod entweder göttliche Fügung sei oder auf das Verschulden eines Menschen zurückzuführen sei. Hierauf beruht auch die Bestrafung des Suicides. Die Auffassung hat sich gewandelt; Suicid wird nicht mehr als Sünde oder Verbrechen angesehen, sondern als unglückliche Auswirkung geistiger Störungen oder sozialer Isolation. Demgemäß wird nicht mehr auf Bestrafung des Selbstmörders abgezielt, sondern auf Schutz der selbstmordgefährdeten Person. Die letzten Strafbestimmungen gegen Selbstmord wurden in England 1961 abgeschafft. In den Vereinigten Staaten von Amerika haben zwar noch 9 Staaten entsprechende Strafvorschriften, doch werden diese nur selten noch angewendet. Trotzdem führt der Suicid weiterhin zur sozialen Ächtung, die sich auch auf die Angehörigen auswirkt. Es wird daher häufig versucht, die Tatsache des Suicides in der medizinischen Todesbeurteilung zu verschleiern. Die Einstufung eines Todesfalles als Suicid oder als andere Todesart (Unfall, natürlicher Tod) hängt vielfach nicht von der betroffenen Person, sondern vom Arzt oder den Ermittlungsorganen ab. Das wirkt sich auf die Statistiken aus. Zudem spielt auch die Aufklärungsintensität eine Rolle; sie läßt häufig sehr zu wünschen übrig. Die Verschiedenheiten vom wohlüberlegten, vorbereiteten Suicid bis zur selbstmörderischen Fahrlässigkeit werden dargestellt und durch einige Kasuistik erläutert, wobei auch auf Alkohol- und Nicotinabusus und selbstzerstörerische Lebensweise eingegangen wird. Durch falsche Informationen, Fehlbeurteilungen und absichtliche Falschfeststellungen seitens der Ärzte und Ermittlungsorgane wird eine erhebliche Dunkelziffer geschaffen, die kaum je aufzudecken ist.

K. HÄNDEL (Waldshut)

Hans Hartelius: A study of suicides in Sweden 1951—1963, including a comparison with 1925—1950. (Suicide in Schweden 1951—1963, einschließlich eines Vergleichs

mit der Zeit von 1925—1950.) [Centrallasarettet, Kristianstad.] Acta psychiat. scand. 43, 121—143 (1967).

Eingehende Untersuchung über die Entwicklung der Suicidfrequenz in Schweden innerhalb der letzten Jahrzehnte, wobei das Material im Hinblick auf Alter, Geschlecht, Wohnbezirk usw. aufgeschlüsselt wurde. Der Verf. geht besonders intensiv auf die verschiedenen Suicidmethoden ein und stellt ein auffallendes Anwachsen der Suicide durch Vergiftung fest, eine Beobachtung, die in gleicher Form auch in anderen Ländern gemacht wurde. LUNGERSHAUSEN (Bonn)⁹⁹.

F. Dubitscher: Nochmals zum Problem „Suicid“. Med. Sachverständige 63, 216—219 (1967).

Weiterführende Diskussionsbemerkung zu Kongreßvorträgen von HEUER und RINGEL. Verf. geht vor allem auf die Schwierigkeiten der Motivforschung bei Suiciden ein und betont, daß zumeist ein ganzes Bündel von Gründen zur Tat führt. — Hinsichtlich der Außenfaktoren einer suicidalen Entwicklung verweist er auf die bedeutsame Rolle der Vereinsamung, denn „das Fehlen zwischenmenschlicher Beziehungen und Bindungen in dem hektischen Getriebe unserer Zeit führt über die Isolierung des Einzelnen direkt in eine Suicidgefährdung hinein.“ — Zur Prophylaxe von Suiciden wird vom Verf. die Notwendigkeit von zentralen Einrichtungen für eine systematische Suicidvorbeugung betont, für die der Name „Zentralstelle für Lebenshilfe“ vorgeschlagen wird. Im weiteren Teil der Arbeit werden Gedanken über Organisation, Aufgaben und Funktion solcher Beratungsstellen entwickelt. LUNGERSHAUSEN (Bonn)⁹⁹.

Konrad Händel: Neue gesetzliche Maßnahmen in Belgien und Großbritannien. Blutalkohol 5, 248—254 (1968).

Nach einem kurzen Überblick über die Zunahme der Verkehrsunfälle und die Zunahme der Alkoholuntersuchungen berichtet der Verf. über das am 13. August 1967 in Kraft getretene Gesetz zur Sicherung des Verkehrs in Belgien. Danach ist die Polizei berechtigt, systematisch oder stichprobenweise Kraftfahrer auf eine mögliche Alkoholbeeinflussung zu überprüfen. Diese Überprüfung ist nicht nur zulässig, wenn, wie in der Bundesrepublik, das Fahrzeug in Betrieb gesetzt wurde, sondern auch schon dann, wenn sich jemand anschiekt, ein Kraftfahrzeug zu führen. Jeder Kraftfahrer ist verpflichtet, sich auf Verlangen eines Polizeibeamten einem Alcotest mit Träger-Röhrchen zu unterziehen. Bei einem Wert unter $0,8\text{‰}$ kann der Betroffene seine Fahrt fortsetzen, bei über $0,8\text{‰}$ wird ihm die Weiterfahrt untersagt, er darf dann grundsätzlich während der nächsten 12 Std kein Kraftfahrzeug führen. Dem Betroffenen steht jedoch das Recht zu, den Atemalkoholtest zu wiederholen. Ist ein Alkoholverdächtiger beim Fahren betroffen worden, so kann die Blutprobe angeordnet werden, wenn der Polizeibeamte den Eindruck hat, daß eine BAK von über $1,5\text{‰}$ zu erwarten ist. Bestätigt sich dieser Verdacht, so wird der Führerschein beschlagnahmt, die Fahrerlaubnis endgültig entzogen und eine Bestrafung ausgesprochen. Die Strafen bewegen sich in einem Rahmen von 100—1000 bfr. Geldstrafe und Gefängnisstrafen zwischen 15 Tagen und 3 Monaten. In England ist seit dem 9. Oktober 1967 ein neues Gesetz in Kraft, dessen Kernsatz lautet: Das Führen eines Kraftfahrzeuges durch einen Fahrer, der einen Blutalkoholwert von $0,8\text{‰}$ oder mehr hat, ist verboten und strafbar. Es kommt nicht auf die Alkoholkonzentration zur Fahrzeit an, sondern lediglich auf das Ergebnis der Blutprobe bzw. der Urinprobe, die in England zulässig ist. Jede Diskussion über Rückrechnung entfällt damit. Fahren mit $0,8\text{‰}$ oder mehr wird mit Geldstrafe bis zu 100 £ oder/und Gefängnis bis zu 4 Monaten bestraft. Die Entziehung der Fahrerlaubnis ist zwingend für 1 Jahr vorgeschrieben. Die Entnahme einer Blut- oder Urinprobe kann nicht erzwungen werden; jedoch wird derjenige mit etwa denselben Strafen bestraft, der sich der Entnahme entzieht. Der Atemtest wird nur als Vorprüfung verwendet. Jeder Kraftfahrer muß sich einem Alcotest unterziehen, wenn der uniformierte Polizeibeamte vernünftigen Grund hat anzunehmen, der Kraftfahrer habe Alkohol getrunken. Ergibt die Atemprüfung einen Wert von über $0,8\text{‰}$, so kann der Betroffene vom Polizeibeamten festgenommen werden. Ebenso ist die Festnahme möglich, wenn der verdächtige Kraftfahrer den Atemtest verweigert. Auf der Polizeiwache soll der Alcotest wiederholt werden; dann wird bei entsprechender Höhe die Entnahme einer Blut- oder Urinprobe angeordnet. Wird diese Untersuchung verweigert, so erfolgt Anklage, als ob mit mindestens $0,8\text{‰}$ gefahren worden sei. Darüber muß allerdings der Betroffene belehrt werden, ist er nicht belehrt, kann keine Verurteilung erfolgen. Die vorbeugenden Maßnahmen in Belgien sollten ebenso wie die Feststellung der Blutalkoholkonzentration ohne Rücksicht auf den Fahrzeitpunkt in England für die kommende Rechtsprechung in der Bundesrepublik Veranlassung zur Nachahmung geben.

STEIGLEDER (Kiel)

O. Pribilla: Über einen neuen Schlüssel zur Datenverarbeitung bei tödlichen Verkehrsunfällen. [Inst. f. gerichtl. u. Soz. Med., Univ., Kiel.] [31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich., Versorg.- u. Verkehrsmed. E.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.] Hefte Unfallheilk. H. 94, 266—269 (1968).

Der Schlüssel dient zur Auswertung des polizeilichen Verkehrsunfallanzeigeformulars C (bei allen schweren oder tödlichen Verkehrsunfällen auszufüllen) und der Sektionsprotokolle. 5 bis 6 IBM-Maschinenlochkarten reichen zur Datenspeicherung aus. Nach ersten Ergebnissen wurden in Schleswig-Holstein in den letzten Jahren 14% der Verkehrstoten seziert. 33% aller getöteten Verkehrsteilnehmer hatten Kopfverletzungen. Möglichst viele pathologische und gerichtsmedizinische Institute sollten sich an dem laufenden, vom Bundesministerium für das Gesundheitswesen geförderten Forschungsprogramm beteiligen.

G. SCHMIDT (Tübingen)

U. Heifer: Verkehrsunfallrekonstruktion aus dem Verletzungsbefund. [Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Bonn. (31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich., Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.)] Hefte Unfallheilk. H. 94, 269—273 (1968).

Mit Hilfe elektronischer Datenverarbeitung — die Methode wird schematisch dargestellt — konnte bewiesen werden, daß insbesondere die Obduktionsergebnisse für die Unfallrekonstruktion nichtmotorisierter Verkehrsteilnehmer besonders geeignet sind. Der Aussagewert ist bei tödlichen Verkehrsunfällen am größten. Je erschöpfender die systematische Darstellung zahlreicher technischer, medizinischer, spurenkundlicher und verkehrspsychologischer Einzelfaktoren gelingt, desto ergiebiger sind die Rekonstruktionsergebnisse. Überregionale Zusammenarbeit zahlreicher Institute zur Erschließung eines repräsentativen Unfallgutes wird angeregt.

D. MUTHMANN^{oo}

R. Royo-Villanova: Man versus motorcar. [Dept. Leg. Med., Madrid.] Acta Crim. Med. leg. jap. 34, 1—3 (1968).

F. Wallner: Zur Bedeutung der haptischen Information bei Handhebelbetätigungen. [Inst. f. Kraftfahrzeuge, Techn. Univ., Berlin.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 81—82 (1968).

Mensch, Maschine und das über einen Handhebel vermittelte Auslösen eines maschinellen Vorganges bilden einen Wirkungskreis. Der Vorgang wird vom Menschen beobachtet und nach seiner Intention fortgesetzt reguliert. Die Intention eines Fahrers (z. B. das Einhalten der rechten Straßenseite) wird der Maschine (= fahrendes Kfz) durch das Lenkrad (= Handhebel) vermittelt. Die den Wirkungskreis schließende Beobachtung ist jedoch nicht nur visuell, sondern auch akustisch, vestibulär und haptisch. Versuche mit künstlichen Seitenwindböen durch Heißwasser-raketen zeigten, daß die Reaktionszeiten ohne (über das Lenkrad vermittelte) haptische Information über die Windkraft etwa ein Drittel länger waren (0,31—0,42 sec, im Mittel 0,35 sec) als die Reaktionszeiten bei erhaltener haptischer Information (0,23—0,24 sec, im Mittel 0,23 sec).

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

A. Fuchs-Schmuck und H. J. Naumann: Arbeitsphysiologische Belastungsuntersuchungen mit dem Kreislaufkontrollgerät „Physiomat“. [Inst. Arbeitshyg., Med. Akad., „Carl Gustav Carus“ Dresden.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 23, 1280—1283 (1968).

Reuchsel: Automobiliste épileptique et auteur d'un accident. [Tribunal de Grande Instance, Lyon.] Bull. Méd. lég. 11, 156—157 (1968).

D. Ziffer: Das Verhalten der Halswirbelsäule in Verbindung mit der Schädelbasis und der oberen Brustwirbelsäule bei Stürzen auf Sicherheitsglas für Automobil-Frontscheiben (Einscheiben-Sicherheitsglas, Verbundscheibensicherheitsglas). [Inst. Gerichtl. Med. u. Vers.-Med., Univ., Freiburg/Br., u. Ztr.-Labor., Verein. Glaswerke, Aachen.] Zbl. Verkehrs-Med. 13, 218—239 (1967).

Es gibt zwei verschiedene Typen von Sicherheitsglas für Automobilfrontscheiben, 1. das Einscheibensicherheitsglas (ESG), bei dem durch thermische Behandlung beim Zerspringen durch Eigenspannungen Zerfall in Krümel erfolgt und 2. das Verbundscheibensicherheitsglas (VSG), bei dem durch eine verformbare und zähe Folienschicht zwei Scheiben miteinander verklebt

sind, so daß bei der Zersplitterung die Splitter festgehalten werden. Die Versuche sollen klären, wie sich die Halswirbelsäule in Verbindung mit der Schädelbasis verletzungsmechanisch verhält, wenn der Kopf beim Unfall auf eine der genannten Typen von Sicherheitsglas aufschlägt. Bei den Schlag-Druck-Versuchen auf ESG resultierten Schäden nach Auftreffen auf Scheiben von 7 mm Dicke, es fanden sich nur Zerstörungen an der Schädelkalotte, Schäden traten nach Maximalkräften von 600 kp mit 6,1 mkp Deformationsenergie und bei 730 kp mit 7,5 mkp auf, die zugehörigen Deformationswege der Präparate betragen 46—50 mm. Bei den Schlag-Druck-Versuchen auf VSG traten nur Schäden an der Wirbelsäule bei VSG mit 0,76 mm dicker hochschlagfester Folie auf, die Maximalkräfte betragen in den Schadensfällen zwischen 240 und 425 kp mit Deformationsenergiebeträgen zwischen 5,8 und 29,6 mkp, die Deformationswege beliefen sich zwischen 66 und 219 mm, wobei allgemein lange Deformationswege und große Deformationsenergien zusammengehören.

WILDHAGEN (Hamburg)^{oo}

H. F. Tiburtius: Verkehrsmedizinische Aspekte in der Augenheilkunde. Berl. Med. 19, 61—70 (1968).

Es wird auf die einzelnen Funktionen des Sehorgans und ihre Beziehung zum Straßenverkehr eingegangen. Besonders hervorgehoben werden die Readaptationsdauer in Abhängigkeit von der Umfeldleuchtdichte und die Readaptationsdauer bei Aphaken. Bei letzterer zeigt sich, daß auch hier eine deutliche Altersabhängigkeit besteht, d. h. die längere Readaptationsdauer älterer Menschen ist nicht abhängig von Änderungen der Linsenmorphologie. Insbesondere auf Grund seiner Feststellungen über das herabgesetzte Sehvermögen bei niedrigem Leuchtdichtenniveau kommt Verf. zu der Forderung, daß die Geschwindigkeit innerhalb geschlossener Ortschaften auf 40 kmh⁻¹ reduziert werden sollte, sobald der Kraftfahrer mit Licht fahren muß. GRAMBERG-DANIELSEN

H. Lewrenz: Grundlagen und Bilanz der Kraftfahreignungsuntersuchungen. [Techn. Überw. Verein Nordd. e.V., Med. Psychol. Inst., Hamburg. (31. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. e.V., Berlin, 8.—10. V. 1967.)] Hefte Unfallheilk. H. 94, 232—242 (1968).

Bei zuletzt 50000 jährlichen Kraftfahreignungsuntersuchungen wurden 20% Ungeeignete und etwa 50% bedingt Geeignete gefunden. Eine besondere Gruppe von Kraftfahrern, nämlich solche, die durch mehr als ein Trunkenheitsdelikt auffielen, werden in den kommenden Jahren wohl generell einer Eignungsbegutachtung unterzogen werden. Man hat sich hierbei auf einige allgemeine Beurteilungsgrundsätze hinsichtlich der geforderten Prognosenstellung geeinigt. Der Autor weist nachdrücklich auf die Schwierigkeiten einer genügend sicheren Prognosenstellung hin, die mit den Freiheitsgraden menschlicher Verhaltensformen und nicht mit der Schwäche psychologischer Diagnostik zusammenhängen. Richtlinien sind ferner erarbeitet worden hinsichtlich einzelner Defekt- und Mängelzustände, so z. B. für Anfallsleiden, für Stoffwechselerkrankungen, vor allem den Diabetes mellitus, für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (nach einem gesicherten Herzinfarkt ist die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen im allgemeinen bis zu einem Jahr ausgeschlossen), für endogene Psychosen und schließlich für die große Gruppe psychophysischer Altersveränderungen.

DÜRR (Berlin)^{oo}

StGB § 315b (Begriff des Gefährdungsvorsatzes). a) Mit Gefährdungsvorsatz im Sinne von § 315b StGB handelt, wer die Umstände kennt, welche die Schädigung eines der in § 315b Abs. 1 StGB bezeichneten Rechtsgüter als naheliegende Möglichkeit erscheinen lassen, und den Eintritt der Gefahrenlage zumindest billigend in Kauf nimmt. — b) Wer die von ihm verursachte, einen anderen bedrohende Gefahr bewußt als Mittel einsetzt, um den anderen zum Ausweichen oder einer ähnlichen Schutzmaßnahme zu nötigen, gefährdet vorsätzlich. [BGH, Urt. v. 15. 12. 1967 — 4 StR 441/67 (LG Bochum)]. Neue jur. Wschr. 21, 1244—1246 (1968).

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs ist es als Hindernisbereiten im Sinne des § 315b Abs. 1 Nr. 2 StGB anzusehen, wenn ein Kraftfahrer einem anderen Verkehrsteilnehmer mit seinem Fahrzeug im fließenden Verkehr absichtlich den Weg abschneidet, um ihm die Weiterfahrt unmöglich zu machen. Dasselbe gilt, wenn jemand gezielt auf einen Polizeibeamten zu fährt, der ihm auf der Straße entgegentritt, um ihm die Durchfahrt zu sperren und um ihn anzuhalten. § 315b Abs. 3 StGB bezieht sich auf den erschwerenden Umstand, daß der Täter in der Absicht handelte, einen Unglücksfall herbeizuführen oder eine andere Straftat zu ermöglichen

oder zu verdecken (§ 315 Abs. 3 StGB). Dieser Gefährdungsgrundsatz braucht sich nicht auf den Eintritt eines Schadens zu erstrecken, sondern lediglich die Gefährdung, den Eintritt einer Gefahr für Leib oder Leben eines anderen oder fremde Sachen von bedeutendem Wert zu umfassen. Dazu ist es erforderlich, daß der Täter die Umstände kennt, die zu der bestimmten Gefährdung führen, die also die Schädigung eines der genannten Rechtsgüter als eine naheliegende Möglichkeit erscheinen lassen. Hierzu genügt es, daß die gefährdenden Umstände — ohne den Eintritt einer plötzlichen Wendung, etwa durch eine Schutzmaßnahme des Bedrohten — auf einen unmittelbar bevorstehenden Unfall hindeuten. Darüber hinaus setzt der Gefährdungsvorsatz voraus, daß der Täter den Eintritt der Gefahrenlage zumindest billigend in Kauf nimmt. Setzt der Täter die von ihm willentlich verursachte Gefahr bewußt als Mittel ein, um den Bedrohten zu einer von ihm erstrebten Abwehrmaßnahme zu nötigen, so macht er sich der vorsätzlichen Gefährdung nach § 315b Abs. 1 StGB schuldig. Im übrigen steht ein derartiges Verhalten — das Hindernisbereiten und der ähnliche, ebenso gefährliche Eingriff (§ 315b Abs. I Nr. 2, 3 Abs. III StGB) — zur alkoholbedingten Straßengefährdung (§ 315c Abs. 1 Nr. 1a StGB) nicht in Tateinheit, sondern in Tateinheit.

HÄNDEL (Waldshut)

Heinz Fuchs: Die Bedeutung der mit dem Fliegen in Hochleistungsflugzeugen verbundenen Einflüsse und Wirkungen für Ätiologie und Entstehen eines Spontanpneumothorax. [Luftwaffenamt, Porz-Wahn.] Zbl. Verkehrs-Med. 14, 71—78 (1968).

Der sog. „idiopathische“ Spontanpneumothorax (Sp.) entsteht meist durch den Einriß von vorwiegend subpleuralen Emphyseblasen. Eine Zunahme des Sp. wurde bei jungen Männern im Wehrdienstalter beobachtet. Beim fliegenden Personal scheinen die häufige Verminderung des atmosphärischen Drucks in großen Höhen, rapide Dekompressionen (= Drucksturz, gemessen in pounds per square inch = p.s.i./sec) beim plötzlichen Ausfall des Kabinendrucksystems, Überdruckatmung von reinem Sauerstoff mit forciertem Expirium, erhöhte G-Belastungen und die Einengung des Brustkorbes durch den Anti-G-Anzug das Entstehen von subpleuralen Emphyseblasen, aber auch das Platzen von Alveolen und Emphyseblasen zu verursachen und damit zur Pathogenese des Sp. beizutragen. Die selten beobachteten Sp. während des Fluges oder in der Unterdruckkammer gingen mit Brustschmerz einher und wiederholten sich auf Bodenhöhe nicht. Es scheint, daß sie allein durch die Verminderung des atmosphärischen Druckes ausgelöst wurden, d. h. durch den relativen Druckanstieg innerhalb eines geschlossenen oder fast geschlossenen Hohlraumes (Boylesches Gesetz: Ausdehnung des Gasvolumens bei Abnahme des barometrischen Druckes) bis zum Platzen des Hohlraumes und Eindringen von Luft in das Interstitium (interstitielles Lungenemphysem = Lungenpneumatoze) und Penetration in den Pleuraspalt. Dabei spielt die Geschwindigkeit der Druckänderung eine wesentliche Rolle. LUFT sah bei der rapiden Dekompression in der Unterdruckkammer (z. B. von 8000 auf 23000 ft = von 564,4 mm Hg auf 307,4 mm Hg) in 10 Jahren nur einen tödlichen Unfall. Lungenschäden sind nicht zu erwarten, wenn nicht zufällig die Glottis geschlossen und Lungengewebe bereits pathologisch verändert ist. Beim Tierversuch an 19 Schimpansen (bei Sauerstoffatmung in 0,8 sec auf 150000 foot, weniger als 2 mm Hg) starb nur 1 VT nach 90 min in diesem Fast-Vakuum. Es fanden sich jedoch keine Lungenzerreißen oder Blutungen. Der Tod trat wahrscheinlich durch ein Versagen der Reizleitung am Herzen ein. Für die Entstehung von Emphyseblasen in den Lungenspitzen ist auch das forcierte Expirium bei der Überdruck-Sauerstoffatmung, wie sie beim Valsalva-Versuch nachgewiesen sind ursächlich (aktives statt passives Expirium). Verf. empfiehlt bei allen Piloten Tomogramme der Lungenspitzen zur Früherkennung. Eine weitere Ursache ist die Abnahme des Intrapleuraldruckes bei den der Fliehkraft entgegengesetzten Lungenflächen (bis -32 cm H₂O). Hierbei wurden Alveolenzerreißen histologisch und durch Bluthusten nachgewiesen. Die Atmung von reinem Sauerstoff unter Überdruck begünstigt die Entstehung von Resorptions-Atelektasen (= Aeroatektasen), die zum Verschluf von Luftwegen und damit zur Entstehung von Emphyseblasen führen können. Der Anti-G-Anzug steigert zudem den intrathorakalen (= intravasalen) Druck der Lungen. Die Brustschmerzen nach dem Fluge (= post flight chest pain) sind Ausdruck der Aeroatektasen. Tritt ein Sp. beim Piloten in großen Höhen auf, besteht die Gefahr des Totalkollapses der Lungen oder eines Spannungspneumothorax, der Hypoxie und der Kreislaufbelastung, damit aber die Gefahr des Flugunfalles. Der Verf. sieht in der Anamnese eines Sp. oder dem Nachweis von pleuranahen Emphyseblasen oder Lungencysten einen Grund zum Versagen der Wehrfliegerverwendungsfähigkeit, bei Piloten den Grund für ein Flugverbot bis zum Nachweis, daß diese Hohlräume nicht abgeschlossen sind, sondern frei mit dem Bronchialbaum kommunizieren können (röntgenologischer Vergleich inner- und außerhalb der

Unterdruckkammer) oder bis zum Nachweis des Rezidivausschlusses (z. B. durch einen obliterierten Pleuraspalt) und empfiehlt die chirurgische Entfernung von subpleuralen Emphysemblassen durch Keil- oder Segmentresektion zur Wiederherstellung der uneingeschränkten Flugtauglichkeit.
KREFFT (Fürstenfeldbruck)

Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

M. Hochrein und I. Schleicher: Obduktion und internistische Begutachtung. [Inst. f. Leistungs- u. Begutachtungsmed., Ludwigshafen/Rh.] Münch. med. Wschr. **110**, 1093—1098 (1968).

Verff. führen kurz die Möglichkeiten eines plötzlichen Todes aus natürlicher Ursache auf. Hervorgehoben werden der klinische Befund und die häufig völlig andersartige Todesursache, so daß für die Begutachtungsmedizin auch bei festgestellten Leiden kaum eine Möglichkeit bestehe eine bestimmte Todesursache zu ermitteln. Die Notwendigkeit einer Sektionsdiagnose wird unterstrichen.
GREINER (Duisburg)

J. Barrie Morley: Unruptured vertebro-basilar aneurysms. (Nicht rupturierte, vertebro-basiläre Aneurysmen.) [Queen Victoria Memo. Hosp. and Prince Henry's Hosp., Melbourne.] Med. J. Aust. **54**, **II**, 1024—1027 (1967).

Der Autor berichtet über 5 Pat. mit nicht rupturierten, vertebro-basilären Aneurysmen und stellt an Hand der Literatur die klinischen Charakteristika und die Häufigkeit des Rupturierens dieser Gefäßabnormitäten zusammen. — Die klinische Untersuchung der 5 Pat. ergab folgende Symptome: Hirnnervenparesen, Blickparesen, Nystagmus, Pyramidenzeichen, Falltendenzen, psychische Verlangsamung und Bewußtseinsstörungen. Die klinischen Bilder können stark variieren und wegen der langsamen Progression die Zeichen eines Tumors der hinteren Schädelgrube simulieren. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß die Symptome von 2, unter Umständen sogar 3 der 5 Pat. nach kleineren Schädeltraumen begannen. Es ist ferner interessant, daß bei 3 der 5 Pat. psychiatrische Symptome (Depression, hysterische Zeichen, Verwirrung und emotionelle Labilität) vorlagen. Verglichen mit Aneurysmen im Gebiet des Circulus arteriosus Willisii rupturieren die vertebro-basilären Aneurysmen weniger häufig, dies trifft aber nur für das Areal der Stämme der Aa. vertebrales und basilaris und nicht für deren Äste zu. A. M. LANDOLT (Zürich)^{oo}

A. Fleckenstein: Stoffwechselprobleme bei der Myokard-Insuffizienz. [Physiol. Inst., Univ., Freiburg/Br.] [51. Tag., Göttingen, 25.—29. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 15—30.

H. Meesen: Morphologische Grundlagen der akuten und der chronischen Myokardinsuffizienz. [Path. Inst., Univ., Düsseldorf.] [51. Tag., Göttingen, 25.—29. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 31—66.

W. Doerr: Entzündliche Erkrankungen des Myokard. [Path. Inst., Univ., Heidelberg.] [51. Tag., Göttingen, 25.—29. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 67—101.

W. R. Fleischer: Zur Erkennung und Beurteilung von Hydrationsstörungen bei Herzinsuffizienz durch Bestimmung der Serumosmolalität, des Serum-Natriums und des Serum-Wassergehaltes. [Dept. Path., Univ. of Illinois, Chicago.] [51. Tag., Göttingen, 25.—29. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 151—157.

G. Korb und V. Totović: Elektronenmikroskopische Veränderungen im Bereich sog. hyaliner Querbänder in Herzmuskelzellen. [Path. Inst., Univ., Marburg/L.] [51. Tag., Göttingen, 25.—19. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 145—147.

H. Bankl: Ungewöhnliche Form einer rheumatischen Myocarditis. [Path.-Anat. Inst., Univ., Wien.] [51. Tag., Göttingen, 25.—29. IV. 1967.] Verh. dtsh. Ges. Path. **1967**, 184—187.