

## Referate

### Allgemeines, einschließlich Verkehrsmedizin

● **Handbuch der allgemeinen Pathologie.** Hrsg. von H.-W. Altmann, F. Büchner, H. Cottier, G. Holle, E. Letterer, W. Masshoff, H. Meessen, F. Roulet, G. Seifert, G. Siebert u. A. Studer. Bd. 1: Prolegomena einer allgemeinen Pathologie. Bearb. von F. Büchner, P. Christian, P. Diepgen, G. B. Gruber, H. v. Kress, E. Müller, A. Portmann u. H. Schadewaldt. Redig. von F. Büchner, E. Letterer u. F. Roulet. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969. X, 311 S. u. 36 Abb. Geb. DM 138.—; Subskriptionspreis DM 110.40.

Hans Frh. von Kress: **Das Problem des Todes.** S. 205—231.

Es handelt sich um einen sehr lesenswerten und wichtigen Artikel, der in schöner und klarer Sprache geschrieben worden ist; außer medizinischem Schrifttum wird auch philosophische, juristische und theologische Literatur herangezogen und exakt zitiert. Verf. bespricht biologische und klinische Aspekte des Sterbens, die Problematik der Bestimmung des Eintrittes des Todes sowie soziologische, philosophische und religiöse Gesichtspunkte. Im Rahmen dieses Referates können nur wenige Einzelheiten herausgegriffen werden. Bis alle Organe und Zellen abgestorben sind, können 1—2 Wochen vergehen. Diese Erkenntnis läßt sich unter praktischen Gesichtspunkten natürlich nicht anwenden, besonders dann nicht, wenn man die Möglichkeit ins Auge faßt, dem Verstorbenen möglichst schnell ein Organ zu Transplantationszwecken zu entnehmen. Die Herztätigkeit kann durch Reanimationsmaßnahmen sehr lange in Gang gehalten werden, man muß in solchen Fällen den Gehirntod zugrunde legen. Er kann nach dem Stande der gegenwärtigen Erkenntnisse und nach Stellungnahmen von wissenschaftlichen Gesellschaften festgestellt werden, wenn das EEG 12 Std hindurch eine Null-Linie aufweist und wenn das Angiogramm eine mindestens 30 min andauernde Zirkulationsunterbrechung im Gehirn anzeigt.

B. Mueller (Heidelberg)

● **F. Grosse-Brockhoff: Pathologische Physiologie.** 2. Aufl. Unt. Mitarb. von M. Bürger, S. Effert, G. Engstfeld, G. Gehrman, H. Gillmann, U. Gleichmann, W. Herms, D. Koch, H. Kreuzer, F. Loogen, R. Mürtz, H. Odenthal, W. Rick, E. L. Schäfer, E. Schröder, A. Sturm jr. und E. Wetzels. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969. XXIX, 797 S. u. 376 Abb. Geb. DM 96.—.

Kenntnisse in Biochemie und Physiologie als Schlüssel zum Verstehen krankhafter Abläufe sind Voraussetzung der modernen Medizin. Unter Mitarbeit von 17 Schülern wurde im Grosse-Brockhoff versucht, eine auf den neuesten Stand der Wissenschaft gebrachte Gesamtkonzeption vorzulegen. Dies ist ausgezeichnet gelungen. Als Gutachter wird man dieses Buch sicher häufig beiziehen, ist doch auch die pathologische Physiologie ein Fundament zum Verständnis morphologischer Prozesse. Folgende Kapitel wurden behandelt: Blut, Atmung, Herz, peripherer Kreislauf, Lungenkreislauf, Verdauungsorgane, Leber, Gallenblase, Niere; Wasser-, Elektrolyt- und Mineralhaushalt, Säure-Basen-Haushalt, Spurenelemente, Hormone; Kohlehydrat-, Eiweiß-, Fett-, Lipid- und Energiestoffwechsel, Temperaturregulation, Zell- und Gewebstoffwechsel.

Dotzauer (Köln)

● **O. Steurer: Lehrbuch der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten.** Für Studierende und Ärzte. Überarb. u. erg. von K.-H. Vosteen und B. Schlosshauer. 16. Aufl. München: J. F. Bergmann 1969. XV, 452 S. u. 292 Abb. Geb. DM 64.—.

Vosteen und Schlosshauer legen nunmehr die 16. Auflage des Lehrbuches ihres Lehrers Steurer vor. Die Entwicklung des Faches der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten in den letzten 20 Jahren und die Veränderung der Krankheitsbilder machte es erforderlich, den Lehrstoff völlig neu zu bearbeiten und zu sichten. Die bewährte didaktische Struktur wurde beibehalten. Auf Literaturangaben wurde bewußt verzichtet. Das Buch ist ganz auf die Bedürfnisse des

Lernenden und dessen, der sich schnell informieren will, zugeschnitten. Die Krankheiten des Ohres, der Nase und ihrer Nebenhöhlen, des Rachens, der Zunge, der Halsweichteile, des Kehlkopfes und der Kopfspeicheldrüse werden systematisch abgehandelt. Es folgt ein Kapitel über tropische Hals-, Nasen-, Ohrenerkrankungen und ein sehr begrüßenswertes aber vielleicht etwas knapp abgehandeltes Kapitel über die Begutachtung von Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten. Der Aufbau der einzelnen Kapitel ist im wesentlichen gleich. Nach einer gründlichen Darstellung der anatomischen Verhältnisse folgen physiologische Bemerkungen. Es werden anschließend die gebräuchlichen Untersuchungsmethoden geschildert und dann die einzelnen Krankheiten abgehandelt. Die Autoren sind bemüht, konsequent nach gleichbleibendem Schema die Entstehung, die Symptomatik, die Diagnose und Prognose sowie die Behandlung darzustellen. Der übersichtliche Satz, anschauliche Bilder und schematische Darstellungen sowie eine klare Sprache erleichtern die Information. Die Darstellung ist wohl gelungen. Das Buch wird es nicht nur dem Studierenden erleichtern, in dieses Fachgebiet einzudringen. Es wird auch dem praktischen Arzt und den Lesern dieser Zeitschrift es ermöglichen, sich schnell zu informieren und Vergessenes wieder aufzufrischen.

H. Leithoff (Mainz)

- **Uwe Bley: Arteriosklerose und Fibrininkorporation.** Untersuchungen zur Pathogenese der Aortensklerose. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969. VIII, 169 S. u. 70 Abb. Geb. DM 48.—

Die Monographie stellt einen grundlegenden Forschungsbeitrag zur Pathogenese der Aorten- bzw. Arteriosklerose dar und ist das Ergebnis langjähriger sehr sorgfältiger morphologischer, histochemischer, immunfluoreszenzoptischer, gerinnungsanalytischer und biochemischer Untersuchungen. Sie analysiert kritisch die Rolle und Bedeutung des Fibrinogens, des Fibrins und ihrer Derivate unter den besonderen Aspekten der Inkorporationstheorie Duguids [J. Path. Bact. 58, 207 (1946) und 60, 57 (1948)] und der Theorie der plasmatischen Perfusion (Doerr). Demzufolge gliedert sich die Arbeit in zwei große Kapitel, und zwar in Untersuchungen 1. zur Fibrininkorporation und 2. zur Fibrinogenperfusion. Beide Mechanismen stellen wesensverschiedene Elemente in der Pathogenese der Arteriosklerose dar. Die *Fibrininkorporation* ist die Folge eines primär intravasalen Vorganges. Morphogenetisch hat sie *nur* in der Spätphase des arteriosklerotischen Gefäßwandumbaus, also bei schon bestehender und vorgeschrittener Arteriosklerose, eine Bedeutung. Demgegenüber kann die *Fibrinogenperfusion* während des *ganzen* Lebens zu einem initialen pathogenetischen Moment eines physiosklerotischen und arteriosklerotischen Gefäßwandumbaus werden. Damit hat die Perfusionstheorie der Arteriosklerose Doerrs (1963) eine weitere wesentliche Stütze erfahren.

H. Reh (Düsseldorf)

- **Lothar Sachs: Statistische Auswertungsmethoden.** 2., Neubearb. u. erw. Aufl. Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1969. XXX, 677 S., 59 Abb., 190 Tab. u. 3 Taf. Geb. DM 58.—

Die Qualitäten dieses für Nicht-Mathematiker geschriebenen, zum Selbststudium bestimmten Lehr- und Nachschlagebuchs der Statistik als Entscheidungshilfe wurden bereits in der Besprechung der ersten Auflage hervorgehoben. Die jetzt vorliegende neubearbeitete Auflage zeichnet sich vor allem durch ein erweitertes und neu geordnetes Literaturverzeichnis aus. Es enthält außerdem neben einer vielleicht weniger notwendigen Ausdehnung der mathematischen Vorbemerkungen auf die vier Grundrechenarten zahlreiche wertvolle Ergänzungen, insbesondere auch weitere Literaturhinweise im Text. Verschiedene Abschnitte wurden neu formuliert und haben dadurch an Klarheit gewonnen. Ein kurzes einleitendes Kapitel über Grundlagen, Wesen und Ziel der analytischen Statistik wurde neu aufgenommen. Ein Teil der statistischen Tabellen wurde erweitert und mit zusätzlichen Erläuterungen versehen, einige in der ersten Auflage enthaltene Druck- und Rechenfehler beseitigt. Der Gesamtumfang des Buches hat sich nur unwesentlich verändert.

Schmettau (Köln)

- **C. J. Polson: The scientific aspects of forensic medicine.** (Contemporary Science Paperbacks. Vol 40.) (Wissenschaftliche Gesichtspunkte der forensischen Medizin.) Edinburgh: Oliver & Boyd 1969. VII, 144 S.

Der kürzlich emeritierte Inhaber des Lehrstuhles für forensische Medizin an der Universität Leeds, der auch Jurist ist, gibt anhand dieser Taschenbuchausgabe in prägnanter, auch für den Leser, der die englische Sprache nicht voll beherrscht, leicht verständlicher Ausdrucksweise

einen gedrängten Überblick; er ist an sich für den interessierten Nichtmediziner, etwa den Juristen oder Polizeioffizier bestimmt; doch eignet sich die Lektüre auch für den Mediziner als Einführung zum Studium umfangreicher Werke, wie die von Glaister, Gonzales u. Mitarb., Gordon u. Mitarb., Gradwohl, Polson, Prokop, Simonin, Simpson, Smith, Weimann und Prokop u. a. In der Einleitung wird betont, daß die Gesichtspunkte des forensischen Pathologen, der am Tatort untersucht und später die äußere und innere Leichenuntersuchung vornimmt, wesentlich andere sein müssen als die des Krankenhauspathologen. Besprochen werden die auch sonst geläufigen Kapitel der somatischen Rechtsmedizin unter Mitteilung eigener wichtiger Beobachtungen; so kam es, um ein Beispiel wiederzugeben, zu einem Mordversuch durch Elektrizität so, daß ein Ehemann den Seifentisch der im Bade befindlichen Ehefrau unter Strom setzte. Unter dem Abschnitt „kindred tests“ werden das ABO-System, das MN-System, das CDE-System sowie die Eigenschaften Kell, Duffy und Lutheran kurz besprochen. Bestrebungen, in Sonderfällen von erheblicher Wichtigkeit die Duldungspflicht der Blutentnahme durchzusetzen, führten nicht zum Enderfolg. Anlaß zum britischen Abortgesetz war ein Vorfall, bei welchem ein Arzt die Schwangerschaft bei einem jungen Mädchen unterbrach, das vergewaltigt worden war. Eine Kindesstötung kann nach dem gegenwärtigen Stand der Rechtsprechung auch angenommen werden, wenn das Kind weniger als 12 Monate alt ist. Die auf Kindesmißhandlung hinweisenden Befunde werden genau besprochen. Unter den Arten der gewaltsamen Erstickung werden neben den geläufigen auch beschrieben die Kompression des Halses zwischen Oberarm und Unterarm (mugging), das Zuhalten von Mund und Nase (smothering) und die Kompression der Brust (overlying); die Verlegung der Luftwege durch Fremdkörper wird als shoking bezeichnet. Der Tod durch Schlag mit der Handkante gegen eine Halsseite wird auf Vagusreizung zurückgeführt. Bei Darstellung des Ertrinkungstodes wird die diagnostische Bedeutung der Diatomeenprobe als ungeklärt gekennzeichnet (battle of the experts continues). Das Büchlein gibt auch dem deutschen Leser einen interessanten Überblick, speziell auch über gewisse Eigenheiten der Gerichtsmedizin in Großbritannien.

B. Mueller (Heidelberg)

● **Gutachten-Fibel.** Grundlagen und Praxis der medizinischen Begutachtung. Hrsg. von H. H. Marx. Mit Beitr. von W. Dölle, K. Geibel, H. Gossmann u. a. 2., Neubearb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Georg Thieme 1969. XVIII, 413 S., 17 Abb. u. 15 Tab. Geb. DM 39.—

**J. Rauschke: Gerichtliche Medizin.** Gutachtenfragen aus allgemein ärztlicher Sicht. S. 354—393.

Das Gesamtwerk wurde in dieser Zeitschrift bereits gewürdigt (diese Z. 66, 2). Über das Fachgebiet der gerichtlichen Medizin hat Verf. zwecks Benutzung durch den praktischen Arzt auf 33 Seiten in klarer Sprache referiert. Er geht zunächst auf die Form von ärztlichen Bescheinigungen zur Vorlage bei Gericht ein, sodann auf Untersuchungen betr. Haftfähigkeit, Verhandlungs-, Vernehmung- und Eidesfähigkeit, es folgen Hinweise auf die psychiatrische Begutachtung im Strafrecht und Zivilrecht. Im Rahmen des Abschnittes über den gewaltsamen Tod werden zunächst die strafrechtlichen Grundlagen besprochen, danach kurz die gewaltsamen Todesarten, die ärztliche Begutachtung am Tatort, die forensische Toxikologie, die Kindesmißhandlung, Abtreibung, Kindesstötung und die Sexualdelikte. Einen etwas breiteren Raum nimmt die Verkehrsmedizin einschließlich der Begutachtung der Blutalkoholfragen ein, fernerhin im Rahmen der Vaterschaftsfeststellung Begutachtungen hinsichtlich der Tragzeit und der Zeugungsfähigkeit. — Verf. bringt nur diejenigen Erkenntnisse die als sicher gelten. Ein exaktes Literaturverzeichnis bietet dem Leser die Möglichkeit, sich über Einzelabschnitte genauer zu orientieren. Der Abschnitt wird gern gelesen werden.

B. Mueller (Heidelberg)

**H. Baufeld und P. Köhler: Elektronische Datenverarbeitung von Laborbefunden.** [Med. Klin., Med. Akd., Erfurt.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 24, 1235—1238 (1969).

**K. Dost: Der akute Arterienverschluß der Extremitäten.** [Chir. Univ.-Klin., Tübingen.] Med. Welt, N. F. 20, 1275—1281 (1969).

Der akute Arterienverschluß bedeutet eine ernste Bedrohung der Lebensfähigkeit der betroffenen Extremität. Von der Effizienz des Kollateralkreislaufes oder dem schnellen und sinnvollen therapeutischen Eingreifen hängt es ab, ob es zu einer Amputation, einer weitgehenden Wiederherstellung der Funktion oder sogar zur Restitutio ad integrum kommt. Am häufigsten

handelt es sich beim akuten Arterienverschluß um eine Embolie. Hierbei besteht fast immer eine Herzerkrankung, wobei als Emboliequelle eine parietale Thrombose im Bereich des linken Herzens anzuschuldigen ist. Differentialdiagnostisch muß die akute arterielle Thrombose hauptsächlich bedacht werden. Sie tritt meist bei vorher bestandener chronischer arterieller Verschlußkrankheit auf und etabliert sich an einer Stelle, die schon früher im Rahmen der Grunderkrankung deformierende Arterienwandveränderungen aufgewiesen hat. Die Methode der Wahl in der Behandlung der Embolie ist die operative Entfernung des Embolus, bei der akuten arteriellen Thrombose die Fibrinolyse. Ausnahmsweise gilt die Regel umgekehrt. Besteht bei einer arteriellen Embolie eine leidliche Kompensation, sollte mit der Embolektomie nach meiner Meinung einige Stunden gewartet werden, da manchmal mit einer guten arteriellen Wiederdurchblutung gerechnet werden darf, ohne daß irgendwelche differente Heilmaßnahmen ergriffen wurden. Dies wird dadurch erklärt, daß es während des embolischen Verschlusses zu einem Arteriospasmus des betroffenen Gefäßes, aber auch des Kollateralkreislaufs der Umgebung kommt, der sich nach einiger Zeit wieder löst. Man verschließt sich dabei nicht — wie bei der Operation — den, manchmal sinnvolleren Weg zur Fibrinolyse. — Beim akuten Arterienverschluß kommt dem erstbehandelnden Arzt besondere Verantwortung zu. Eine schnelle Diagnose, eine schnelle und sinnvolle medikamentöse Behandlung und eine schnelle Verbringung des Patienten zu einem angiologisch erfahrenen Chirurgen sind für das Schicksal des Kranken, zumindest seiner betroffenen Extremität, entscheidend.

Zusammenfassung

**H. J. Stutte, A. Bernhard und F. Thiele: Präparation und Konservierung homologer und heterologer Aortenklappentransplantate. Histologische und klinische Resultate.** [Chir. Univ.-Klin., Path. Inst., Univ., Kiel.] Zbl. Chir. 94, 33—45 (1969).

Die Verwendung von biologischen Geweben zum Totalersatz der Aorten- und Mitralklappe wird in den letzten Jahren in manchen herzchirurgischen Zentren immer stärker bevorzugt. Um stets eine ausreichende Anzahl von Klappentransplantaten verschiedener Gefäße vorrätig zu haben, müssen homologe und heterologe Aortenklappentransplantate einem Sterilisations- und Konservierungsprozeß unterworfen werden. Diese Konservierungsmaßnahmen können jedoch am Herzklappengewebe nicht unbeträchtliche Schädigungen hervorrufen. Die Untersuchungen der Verff. sind ein notwendiger Beitrag zum Problem der Herzklappenkonservierung. Unter den erprobten Methoden hat sich die Gefriertrocknung bei Einfriertemperaturen von  $-75^{\circ}$  C unter Anwendung von Schutzlösungen bewährt.

Hehrlein (Gießen)<sup>oo</sup>

**H. Lechner: Die Alternsprozesse des Gehirns und seiner Gefäße.** Wien. klin. Wschr. 81, 653—655 (1969).

**H. Henneke und E. Kugel: Fehl- und Neubildungen des Thymus.** Auswertung von thoraxchirurgischem Operationsgut. [Chir. Abt., Städt. Krankenh., München-Harlaching.] Münch. med. Wschr. 111, 1554—1558 (1969).

**K. J. Matthes, G. Junge-Hülsing, G. Schmitt, H. Wagner, W. Oberwiltler und W. H. Hauss: Über die Beziehung zwischen gestörtem Mesenchymstoffwechsel und Veränderungen der Lipidkonzentration in der Gefäßwand bei arterieller Hypertension.** [Med. Klin. u. Poliklin., Westf. Univ., Münster.] J. Atheroscler. Res. 9, 305—318 (1969).

**F. R. Barner, H. Gühring und H. Spahn: Postvaksinale Enzephalomyelitis mit letalem Ausgang bei einem überalterten Erstimpfling nach kombinierter Pockenschutzimpfung.** [Hyg. Inst., II. Med. Klin. u. Prosekt., Bezirkskrankenh., Dessau.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 24, 1216—1219 (1969).

**H. Sinnecker, H. W. Crodel, A. Heinemann und R. Wigand: Zur Problematik von Tollwuttodesfällen trotz Schutzimpfung mit einem Fallbericht.** [Zentrallabor. f. Enzephalitisvir., Berlin u. Med. Klin., Bezirkskrankenh., Halle-Dörlau.] Dtsch. Gesundh.-Wes. 24, 1212—1215 (1969).

**Emil Weinig zum 65. Geburtstag.** [Inst. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Erlangen-Nürnberg.] Arch. Kriminol. **143**, 125—126 (1969).

**R. Bourg: Notice biographique sur le Professeur Knud Sand, Correspondant étranger.** Bull. Acad. roy. Méd. Belg., Sér. 7, 8, 661—669 (1968).

Knud Sand wurde am 9. 2. 87 in der dänischen Kleinstadt Randers als Sohn eines Lyzealprofessors geboren. Sein Medizinstudium beendete er in Kopenhagen im Jahre 1922, alsdann war er 3 Jahre an einem chirurgischen Krankenhaus tätig, danach wurde er Assistent am gerichtsmedizinischen Institut in Kopenhagen, danach wissenschaftliche Tätigkeit in Frankreich, 1924 Rückkehr nach Kopenhagen, dort 1 Jahr als Chirurg tätig, 1925 Berufung auf den Lehrstuhl für gerichtliche Medizin in Kopenhagen; es gelang ihm, das Institut völlig zu modernisieren. Ableben mit 80 Jahren; sein Nachfolger ist Harald Gormsen. Arbeitsgebiet von Sand hauptsächlich die Endokrinologie und Histologie der Intersexualität, Beurteilung und Behandlung von Menschen, die Sexualdelikte begangen haben. Es ist das Verdienst von Sand, zuerst an die Möglichkeit einer Sterilisation und freiwilligen Kastration gedacht zu haben. An äußeren Anerkennungen hat es ihm nicht gefehlt; so war er Ehrendoktor der Universität Stockholm, Mitglied der königlichen Akademie der Wissenschaften in Schweden, der Internationalen Union der Biologen, besondere Verdienste hatte er sich erworben als Präsident der Internationalen Akademie für gerichtliche und soziale Medizin, eine Stellung, die er von 1938—1947 innehatte.

B. Mueller (Heidelberg)

**W. Spann: Rechtliche Probleme bei der Organentnahme für Transplantationen.** Grenzgebiete zwischen Leben und Tod. [Inst. f. Gerichtl. Med. u. Versicherungsmed., Univ., Freiburg/Br.] Wien. klin. Wschr. **81**, 370—372 (1969).

Vortrag vor der Van Swieten-Gesellschaft in Wien, November 1968. Bei Patienten, die auf der Intensivstation künstlich beatmet werden, wird man die Todesfeststellung auf das Gehirn abstellen müssen. Nach Meinung von Verf. ist man berechtigt, einen Hirntod anzunehmen, wenn das EEG 6 Std hindurch eine absolute Null-Linie ergeben hat, die Elektrolytwerte sind zu kontrollieren, um ein Null-Linien-EEG als Folge einer Metabolitenentgleisung auszuschließen; außerdem muß eine Mydriasis bestehen. Vor Organentnahme zu Transplantationszwecken sollte man die Angehörigen um Zustimmung bitten. Geschieht dies nicht, so wäre der Arzt zivilrechtlich für etwaige Folgen eines seelischen Schadens haftbar; die Nachweispflicht würde den Angehörigen zufallen. Nach einwandfreiem Nachweis des Todes dürften strafrechtliche Folgen für den Arzt nicht entstehen, wenn die Angehörigen nicht gefragt werden. Die Feststellung des Hirntodes sollte durch eine Ärztgruppe erfolgen, die nicht zur Transplantationsmannschaft gehört.

B. Mueller (Heidelberg)

**H. A. Shapiro: Criteria for Determining that Death has occurred.** (Kriterien für die Feststellung des Todesintritts.) J. forensic Med. **16**, 1—3 (1969).

Verf. setzt sich kritisch mit der Arbeit eines Ausschusses auseinander, der als Ad Hoc Committee on Human Tissue Transplantation an der Duquesne University School of Law in Philadelphia zusammengetreten war und seine Vorschläge über Kennzeichen der Todesfeststellung unter dem Titel Proposed Criteria for the Determination of Death im gleichen Heft der Zeitschrift Journal of Forensic Medicine veröffentlichte. Die Kritik richtet sich vor allem dagegen, daß der Tod nach den Vorstellungen des Komitees erst 2 Std nach Beginn des irreversiblen Komats bescheinigt werden soll. Mit dem Blick auf Organtransplantationen wird die Notwendigkeit zur Einigung über Kriterien betont, die eine sichere Todesfeststellung so rasch wie möglich erlauben.

Brettel (Frankfurt a.M.)

**Proposed Criteria for the Determination of Death.** (Kriterien für die Todesfeststellung.) J. forensic Med. **16**, 4—6 (1969).

Unter dem Vorsitz von Cyril H. Wecht wurde im September 1968 an der Duquesne University School of Law in Philadelphia ein sog. Ad Hoc Committee on Human Tissue Transplantation gebildet, dem Ärzte, Juristen und Theologen angehörten. Dieser Ausschuß ging bei seiner Arbeit von der Überlegung aus, daß zwar die herkömmlichen Kriterien für die Todesfeststellung — Fehlen von Herzschlag und Atmung — in den meisten Fällen ausreichen, bei der jüngsten Entwicklung der Medizin jedoch wegen der Möglichkeit zur Aufrechterhaltung

des Kreislaufs bei irreversibel geschädigtem Organismus und wegen der Transplantation von Leichenorganen einer Ergänzung bedürfen. Es wurde deshalb eine Reihe von Kennzeichen zusammengestellt, die in ihrer Gesamtheit auf den Eintritt des Todes hindeuten — z.B. Fehlen der Cornealreflexe, Abfallen des Blutdrucks, isoelektrische Linie im EEG —, dabei jedoch gefordert, daß der Tod erst 2 Std nach Beginn des irreversiblen Komats bescheinigt werden dürfe.  
Brettel (Frankfurt a.M.)

**Charles J. Stahl: The registry of forensic pathology.** (Die Registratur der forensischen Pathologie.) [Forensic Path. Branch, Armed Forces Inst. Path., Washington, D. C.] [19. Ann. Meet., Amer. Acad. Forensic Sci., Honolulu, 19. II. 1967.] *J. forensic Sci.* **13**, 151—162 (1968).

Darstellung der Entwicklung einer Registratur forensisch-pathologischer Fälle. Begründet wurde diese Registrierung 1958 von AFIP (Armed Forces Institute of Pathology) als Bestandteil der amerikanischen Registratur der Pathologie. Sie soll einmal ein Speicher von gut dokumentierten gerichtsmedizinischen Fällen sein, zum anderen soll sie Material liefern für die postgraduelle Weiterbildung sowie für Untersuchungen auf diesem Spezialgebiet. Das Material stammt aus verschiedenen Quellen, so Labordiensten und histopathologischen Zentren der Vereinigten Staaten, von der Armee, der Marine und der Luftwaffe, von zivilen Pathologen in Krankenhäusern, medizinischen Schulen oder privaten Pathologen. — Die eingehenden Berichte über diese Fälle werden von Mitarbeitern ausgewählt und eingeordnet. Art und Umfang der Registrierung werden im einzelnen beschrieben und die Auswertung des Materials an einigen Tabellen dargestellt. Vom AFIP wird jährlich ein 5tägiger Weiterbildungskurs durchgeführt, bei dem diese Sammlung von umfassend dargestellten Fällen wertvolle Hilfe leistet. Abschließend wird eine weitgehende Heranziehung der Pathologen sowie deren Unterstützung und vollständige Information verlangt, um diese Registratur noch effektiver zu gestalten.  
W. Dürwald

**G. Lo Menzo e A. Chiara: Sulla diagnosi differenziale tra lesioni cutanee vitali e post-mortali; ricerche istochimiche sull'attività  $\beta$ -glicuronidasi.** (Zur Differentialdiagnose zwischen vitalen und postmortalen Hautverletzungen.) [Ist. Med. Leg. e Assic., Univ., Catania.] *G. Med. leg. Infortun. Tossicol.* **14**, 354—360 (1968).

Untersucht wurden Flankenschnittwunden bei Meerschweinchen 30 min vor und nach der Tötung, ferner solche mit Überlebenszeiten von 1, 2, 4, 8, 12 und 24 Std, alle jeweils an einem Tier gesetzt. Zur Anwendung gelangte nach dem Vorgang von Lindner und Stolk die Darstellung der  $\beta$ -Glykuronidase nach der Bromnaphtholglykuronid/Fast-Blue-B-Methode von Seligman et al. Die deutlichsten Aktivitätsvermehrungen wurden neben entsprechender Leukocytose in den 24 Std-Wunden gesehen und schienen an die Fibroblasten gebunden; bei einem Wundalter von 4—12 Std war die Reaktion viel schwächer, bei 1—2 Std alten Verletzungen gegenüber den Vergleichspräparaten eben wahrnehmbar, darunter nicht mehr.  
Berg

**M. Ya. Zingerman: Electrophoretic studies on the soluble cutaneous proteins in wounds inflicted intravitaly, postmortally, and in the period of agony.** (Elektrophoretische Untersuchungen löslicher Eiweißkörper der Haut bei intravitalen, agonalen und postmortalen Verletzungen.) [Kurs für Gerichtl. Medizin der Med. Fakultät der Universität Petrosawodsk (Leiter-Dozent M. A. Fain)] *Subenomed. eksp. (Mosk.)* **12**, Nr. 1, 14—16 mit engl. Zus.fass. (1969) [Russisch].

120 Kaninchen wurden in unterschiedlichen Zeiten vor dem Tode und nach Eintritt des Todes Stichwunden beigebracht; außerdem wurden 20 Leichen von Personen untersucht, bei denen bis 1 Std vor dem Tode Verletzungen eingetreten waren. Die Wundränder wurden ca. 24 Std nach dem Tode mit unverletzten Hautstellen (Kontrolle) entnommen. Die Haut wurde von Blut, subcutanem Gewebe und Haaren befreit und zerrieben. Nach der Methode von Cooper und Johnson wurde ein Eiweißextrakt hergestellt und elektrophoretisch untersucht. Es fanden sich 5 Proteinfractionen, und zwar eine, die den Albuminen entsprach, der Rest entsprach den  $\alpha$ -,  $\beta$ -,  $\beta_2$ - und  $\gamma$ -Globulinfraktionen. Die 1. und 2. Fraktion war bei intravitalen Verletzungen stark erhöht; eine ähnliche Erhöhung der 1. Fraktion fand sich bei agonalen Verletzungen.  
Schweitzer (Aachen)

**U. Heifer: Zwei Beiträge zum gewaltsamen Kindestod.** [Inst. Gerichtl. Med., Univ., Bonn.] [45. Tag., Dtsch. Ges. Gerichtl. u. Soz. Med., Freiburg i. Br., 7. X. 1966.] Beitr. gerichtl. Med. 24, 151—155 (1968).

Kasuistischer Beitrag. — Ein 14 Monate alter Knabe hatte eine weiße Bohne aspiriert. Zunächst Atembeschwerden, dann Beruhigung, kein Verdacht auf Aspiration. Nach 18 Std erschwerte Atmung und Anstieg der Körpertemperatur auf 39°. Nach weiteren 2½ Std unter zunehmender Atemnot Eintritt des Todes. Ein so protrahiert verlaufender Aspirationsfall dürfte eine Seltenheit darstellen. — Im zweiten Fall wird über den Tod eines 14 Tage alten Säuglings berichtet. Wegen der winterlichen Kälte wurde der Säugling auf eine elektrisch beheizte Decke gelegt, in eine Decke und ein Oberbett eingepackt. Im Laufe der Nacht wurde der Säugling tot im Bett aufgefunden. Nach den Obduktionsbefunden wurde an einen Tod infolge Kreislaufkollapses infolge Überwärmung des Säuglings gedacht. — Die im vorliegenden Fall möglichen Wärmestauungsbedingungen wurden experimentell überprüft. Unter gleichen Bedingungen trat nach weniger als 3 Std eine Wärmestauung bis zu 48° und nach 6 Std bis zu 55° auf.

Osterhaus (Hamburg)

**M. Kratochvíl und M. Janec: Schulärztlicher Dienst und Traumatismus der Schuljugend.** Bratislav. lek. Listy 52, 133—138 mit dtsch., engl. und franz. Zus.fass. (1969) [Slowakisch].

Eine Analyse des klinischen Materials über Unfälle von Kindern in den Jahren 1952—1967, unter Berücksichtigung des Schultraumatismus und des schulärztlichen Dienstes. Es wird auf die außerordentliche Höhe und stets wachsende Anzahl der Unfälle in der Schule hingewiesen. Im Jahre 1967 erlitten von der Gesamtzahl der Schuljugend 44983 in Bratislava 1535 Kinder Verwundungen im Schulmilieu, was einen Prozentsatz von 3,42 darstellt. In der Gesamtzahl von 10820 verwundeten Kindern im Jahre 1967 beteiligen sich die Schulunfälle mit 14,15%. — Die Anzahl der Kinderunfälle verdoppelte sich in den letzten 10 Jahren. Die Autoren werten diese Tatsache in deren Beziehung zur Schule als dem Anteil des kindlichen Lebensraumes, auch zur Erziehungstätigkeit, auch in Beziehung zum schulärztlichen Dienst. Die Autoren weisen auf Wege der Prävention hin und auf Mängel der gesundheitlichen Einrichtung für Fälle von Kinderverwundungen. In Bratislava werden nur 1,8% verwundete Kinder hospitalisiert, was eine außerordentlich kleine Ziffer darstellt, die eine Disproportion zwischen dem Anwachsen der Zahl der Unfälle und der notwendigen Bettenanzahl in den Krankenhäusern verrät.

Zusammenfassung

**V. Griva: Dei rapporti tra giudicato penale e valutazione civile del danno alla persona.** [Ist. Med. Leg. e Assicur., Univ., Torino.] Minerva med.-leg. (Torino) 89, 1—11 (1969).

**P. L'Epée, J. Rivière, H.-J. Lazarini et Th. N'Dory: Réflexions sur l'expertise médico-légale des syndromes polyuro-polydipsiques post-traumatiques.** Méd. lég. Dommage corp. 2, 27—33 (1969).

**L. Dérobert, G. Debry, A. Dehouve, P. Franchimont, J. Hardy, A. Soulairac, S. Schaub, C. Schaub et J. Talairach: Aspects déontologiques des thérapeutiques neuro-chirurgicales de la rétinopathie diabétique.** [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 10. III. 1969] Méd. lég. Dommage corp. 2, 179—183 (1969).

**G. Zrubecky: Funktionelle Gesichtspunkte bei der Begutachtung von Finger- und Handverletzungen.** [4. Tag., Österr. Ges. Unfallchir., Salzburg, 11.—12. X. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 100, 144—146 (1969).

**J. Dollhäubl: Begutachtung nach Amputation im Bereich der unteren Extremität.** [4. Tag., Österr. Ges. Unfallchir., Salzburg, 11.—12. X. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 100, 146—150 (1969).

**W. Thiele: Vegetative Dystonie. Ein kritischer Beitrag zur Begutachtung.** [Psychiat. Landeskrankenh., Weinsberg/Württ.] Öff. Gesundheitswes. 30, 305—310 (1968).

Die vegetative Dystonie ist keine Krankheit, sondern ein ubiquitäres Symptombild. Anhand einiger Fälle wird über eine Erkrankung verschiedener organischer Erscheinungen berichtet, bei denen lediglich die vordergründigen vegetativen Symptome behandelt worden waren. Andererseits haben konstitutionell bedingte vegetative Symptome häufig keinen Krankheitswert; Heilverfahren allein deshalb sind nicht angezeigt. Eine idiopathische vegetative Regulationsstörung ist sehr selten. Rehwoaldt (Flensburg)<sup>oo</sup>

**A. De Bernardi, R. Gatti e M. Valobra: Della durata dello stato di malattia e di incapacità ad attendere alle ordinarie occupazioni e della opportunità di una sua diversa valutazione giuspensalistica nelle lesioni personali volontarie e colpose.** (Über die Dauer des Krankenstandes bzw. der Arbeitsunfähigkeit und die Notwendigkeit einer hier von unabhängigen strafrechtlichen Beurteilung der Körperverletzungen.) [Ist. Med. Leg. e Assicur., Univ., Torino.] Minerva med.-leg. (Torino) 88, 259—268 (1968).

Im italienischen Strafrecht werden Körperverletzungen als „schwer“ qualifiziert, wenn sie eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 40 Tagen nach sich ziehen. Verff. meinen aufgrund einer Auswertung von 978 Fällen aus dem Gebiet der Sozialversicherung, daß zumindest für Verletzungen, die mit Fraktur verbunden sind, eine Frist von 90—120 Tagen richtiger wäre, da nur 6,3% innerhalb der 40 Tage-Grenze wiederhergestellt waren. Berg (Göttingen)

**VwGO § 98; ZPO § 404 (Persönliche Gutachterpflicht in Kliniken).** Wird eine Klinik und nicht ein bestimmter Arzt im Beweisbeschluß mit der Erstattung eines Gutachtens beauftragt, um es der Klinikleitung zu überlassen, Spezialisten ihrer Gutachterstelle mit der Anfertigung eines Gutachtens zu beauftragen, so liegt darin kein Verstoß gegen § 404 ZPO, weil auf diesem Wege über die Vermittlung der Klinikleitung eine bestimmte Einzelperson mit der Begutachtung betraut wird. [BVerwG Beschl. v. 6. XII. 1968 — V B 52/68 (Kassel).] Neue jur. Wschr. 22, 1591—1592 (1969).

**Wilhelm Hallermann: Die psychische Situation der heutigen Jugend.** [Inst. Gerichtl. Med., Kiel.] Hamburger Ärztebl. 23, 292—297 (1969).

Gekürzte Wiedergabe eines in schöner Sprache gehaltenen Vortrages auf der Tagung der Richterakademie in Lübeck; zitiert wird philosophische, soziologische, psychologische und medizinische Literatur, sie kann beim Verf. angefordert werden. Hinweis auf den Zeitenwandel; Verminderung der Säuglings- und Kindersterblichkeit, starke Vermehrung der Anzahl der Studenten. Die Art des Beschäftigungsmodus ändert sich, der Heranwachsende sieht sich schließlich in einem Beruf, den er gar nicht wollte. Aggressivität gegenüber der Meinung der Eltern und die der gesamten älteren Generation. Sexuelle Vorgänge werden offen besprochen und sogar in Schülerzeitungen beschrieben. Trotzdem besteht nach dem Ergebnis von Umfragen für die Dauer kein Wunsch eines Wechsels des Sexualpartners, die Frau will auch jetzt heiraten und von ihrem Mann Kinder haben. Es folgt eine kurze Besprechung des Problems der Acceleration. Hinweis auf die Suicidhäufigkeit bei Studenten, sie liegt um ein Drittel höher als bei der Gesamtbevölkerung. Motive: Sexuelle Schwierigkeiten, Schwierigkeiten beim Studium, Erwartungsangst vor dem Examen, selten Zerwürfnisse mit den Eltern. Der Student hat meist keine sehr akuten Sorgen in finanzieller Beziehung, er ist unausgefüllt, er will etwas Neues schaffen, was oft revolutionär und unausgegoren ist. Verf. schließt mit einem Appell an die Älteren, nicht allzu starr am Althergebrachten festzuhalten, man soll die Jugend anhören und Diskussionen nicht aus dem Wege gehen; ehrliche Zusammenarbeit muß gesucht werden; sonst besteht Gefahr, daß die reformerische Jugendbewegung einem Extrempunkt zueilt. B. Mueller (Heidelberg)

**J. Védrinne et J.-M. Ruette: Intérêt et limites de l'enquête judiciaire après décès par suicide.** (Interesse und Grenzen einer amtlichen Untersuchung nach Tod und Selbstmord.) Méd. lég. Dommage corp. 4, 360—366 (1968).

In Frankreich sind statistische Angaben über Selbstmorde schwer zu erhalten; auch in der BRD wurde das Führen einer amtlichen Selbstmordstatistik eingestellt. Verff. haben auf



Grund von Umfragen bei rechtsmedizinischen und toxikologischen Instituten Angaben über 125 Fälle erhalten, sie empfehlen weitere Erhebungen und geben den Entwurf eines Fragebogens wieder. Nach den vorliegenden Zahlen wurde der Selbstmord der Häufigkeit nach in den Jahren 1964 und 1965 vorgenommen durch: Erhängen 34mal, CO-Vergiftung 26mal, Ertränken 20mal, Fenstersturz 17mal, durch Schußwaffen 12mal (nur Männer), durch Vergiftung 6mal, Überfahrenlassen durch die Eisenbahn 4mal, ganz selten durch blanke Waffen. Verff. treten dafür ein, daß auch in Fällen, in denen man zunächst einen Selbstmord annimmt, Sektionen stattfinden; bei den gesammelten Fällen war dies nur einmal der Fall. B. Mueller (Heidelberg)

**H. Fischer: Straßenverkehrsunfälle und Möglichkeiten ihrer Verhütung.** Lebensversicher.-Med. 21, 104—107 (1969).

Literaturübersicht.

**H.-J. Wagner: Arzt und Verkehr.** Kongreßbericht. [Verkehrsmed. Symp. d. KVDA Hessen, Frankfurt/a. M., 15. I. 1969.] Zbl. Verkehrs-Med. 15, 105—110 (1969).

**J. Wallace Graham: Fatal motorcycle accidents.** (Tödliche Motorradunfälle.) [Office of Chief Med. Examiner-Coroner, Los Angeles County, Calif.] J. forensic. Sci. 14, 79—86 (1969).

Es handelt sich um einen Bericht über 352 Motorrad- oder Fußgängerunfälle, wobei eine Zeitspanne von 5 Jahren erfaßt ist. Abgesehen von den einzelnen Tabellen, welche die Häufigkeit des Betroffenenseins der verschiedenen Körperteile und Personengruppen umfassen, sind aus der Arbeit wesentliche neue Gesichtspunkte im Vergleich der europäischen Verhältnisse nicht zu entnehmen. Es zeigt sich sehr deutlich die erhebliche Bedeutung der bestehenden Trunkenheit, so daß sich gerade dieser Faktor als Unfallursache signifikant hervorhebt. F. Petersohn

**J. B. Hamilton: Seat-belt injuries.** (Verletzungen durch Sicherheitsgurte.) [Lurgan and Portadown Hosp., Lurgan, County Armagh, N. Ireland.] Brit. med. J. 1968IV, 485—486.

Im Falle eines Autounfalls ist beim Tragen von Sicherheitsgurten der Körper einer sehr kräftigen Kräfteinwirkung ausgesetzt. Diese Kräfte werden besser verteilt und abdominale Verletzungen verhindert, wenn an Stelle des Bandgurtes Dreipunktsicherheitsgurte angelegt sind. Dennoch finden sich auch bei Dreipunktsicherheitsgurten abdominale und Wirbelsäulenverletzungen, was an 4 von insgesamt 13 Verletzten eines dreifachen Autozusammenstoßes gezeigt wird. Die durch die Sicherheitsgurte bedingten typischen Verletzungen werden aufgezeigt, wenn auch durch ungenaue Angaben in der Literatur über die Art der Sicherheitsgurte Vergleiche schwierig sind. Trotz der beschriebenen typischen Verletzungen durch die Sicherheitsgurte wird das Tragen dieser nicht abgelehnt, da die Verletzungen ganz ohne Gurte in der Regel noch schwerer sind. Schwinger (Bonn)

**K. H. Schriefers: Verletzungen durch Lenkraudaufprall.** [Chir. Univ.-Klin., Bonn.] [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27.—29. V. 1968.] Heft Unfallheilk. H. 99, 276—283 (1969).

Zunächst statistische Analyse von 77 stationär behandelten Steuerradverletzungen. 10 der Verletzten hatten nur Prellungen mit oder ohne geringfügige Weichteilwunden. Die übrigen Verletzten zeigten Kombinationsverletzungen: solitäre Thoraxverletzungen nur in etwa einem Fünftel, in je einem weiteren Fünftel Kombination von Thorax- und Schädeltrauma und von Thorax-, Schädel- und Extremitätenverletzungen; in fast einem Drittel eine Zweihöhlenverletzung (dazu instruktive schematische Darstellungen mit Prozentzahlen). — Bei den Verletzungen der Thoraxwand (Durchschnittsalter der Patienten etwa 37 Jahre) stehen die Serienrippenbrüche im Vordergrund, daneben die Sternumfraktur („Privileg des Kraftfahrzeugfahrers“). Beim Thoraxtrauma sind Schädigung der Herzvorderwand und auch der Rückwand (Contrecoup) möglich; die röntgenologisch nachweisbare Dilatation ist ein wertvolles diagnostisches Zeichen. Die Aortenruptur wurde in 4 Fällen gefunden. — Es folgen diagnostische Hinweise. Die Mortalität beträgt etwa 16% (in diesem Krankengut), sie ist noch höher, wenn man bedenkt, daß viele dieser Verletzten am Unfallort oder auf dem Transport sterben.

Sellier (Bonn)

**O. Bode: Lenkung.** [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27.—29. V. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 99, 272—276 (1969).

Arbeit über die technologischen Voraussetzungen zur Verhinderung bzw. Verminderung von Verletzungen beim Aufprall auf das Lenkrad. Ein Diagramm für die Beschleunigung in Abhängigkeit vom Verzögerungsweg und Fahrgeschwindigkeit wird gezeigt. Entscheidend ist der Verzögerungsweg; bei einer Geschwindigkeit von 60 km/h wirkt auf den Körper des Fahrers eine mittlere Stoßverzögerung von etwa 60 g bei einem Verzögerungsweg von etwa 30 cm. Durch Vergrößerung dieses Weges auf etwa 80 cm wird die Verzögerung auf etwa 15 g herabgesetzt. Der Verzögerungsweg kann vergrößert werden durch ein plastisch verformbares Lenkrad und/oder eine einschiebbare Lenksäule. Im letzteren Falle kann eine teleskopartig ineinander schiebbare Lenkspindel verwendet werden oder ein Teil dieser Spindel durch ein Scherengitterwerk ersetzt werden, das sich beim Aufprall relativ leicht axial zusammenpressen läßt (dazu technische Zeichnungen).  
Sellier (Bonn)

**K. Mayer: Leistungsverhalten und Leistungsfähigkeit im Straßenverkehr und im pharmakopsychologischen Experiment.** [Neurol. Klin. u. Poliklin., Univ., Tübingen.] [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27.—29. V. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 99, 188—191 (1969).

Es ergibt sich aus der Arbeit, daß die Leistungsfähigkeit und Leistungsverhalten im Straßenverkehr weitgehend für die Persönlichkeit bestimmt sind, indem für die Auswirkung der Psychopharmaka die Selbstkritik je nach der Selbsteinstellung verändert ist. Es ist deshalb auch nicht möglich, das subjektive Befinden oder die subjektive Vermutung der Leistungsfähigkeit als Maßstab anzunehmen. Man wird vielmehr auf der Grundlage der psycho-experimentellen Untersuchungen und der dabei gewonnenen vergleichbaren Ergebnisse als Grundlage zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit angewiesen sein.  
F. Petersohn (Mainz)

**P. v. Egan-Krieger: Experimentelle Untersuchungen über Aufmerksamkeit und Ablenkung im Straßenverkehr.** [Abt. f. Verkehrsmed., Inst. f. Gerichtl. Med., Univ., Heidelberg] [32. Tag., Dtsch. Ges. f. Unfallheilk., Versich.-, Versorg.- u. Verkehrsmed. E. V., Hamburg, 27 — 29. V. 1968.] Hefte Unfallheilk. H. 99, 183—187 (1969).

Es handelt sich um einen Stichprobenvergleich einer alters- und intelligenzmäßig relativ homogen verteilten Gruppe in normal nüchternem und endogen belastetem Zustand. Bezüglich der Einzelheiten verweise ich auf die Tabelle 1. Bedauerlicherweise sind die Korrelationsrechnungen nicht durchgeführt, weshalb nur die deskriptiv statistischen Ergebnisse vorliegen.  
F. Petersohn (Mainz)

**H. U. Buff: Der Verkehrsunfall aus chirurgischer Sicht.** [Chir. Univ.-Klin. B, Zürich.] Praxis (Bern) 58, 471—474 (1969).

Verf. berichtet praxisbezogen über Erfahrungen mit Verkehrsverletzten. Danach werden vom behandelnden Arzt am Unfallort oft die Verletzungen unterschätzt. Es wird auf die Erkennung der wichtigsten lebensbedrohlichen Zustände wie Ersticken, Verbluten und Compressio eingegangen. Verf. plädiert dafür, nach Behebung der akuten Lebensgefahr chirurgisch Zurückhaltung zu üben, um keine zusätzliche Belastung zu schaffen. Die Gefahr der Fettembolie und Anurie sei erst nach 3 Tagen gebannt; solange habe in der Regel eine Osteosynthese zurückzustehen. Andererseits könne ein Ischämiesyndrom durchaus einen sofortigen Eingriff erfordern. Wenn man sich zur Durchführung einer Narkose entschliefte, solle diese voll ausgenutzt werden, z. B. durch die gleichzeitige Arbeit mehrerer Operationsteams. Verf. plädiert für eine systematische Anticoagulation bei jedem Unfallpatienten vom ersten Tag an (unabhängig, ob eine Operation durchgeführt wird oder nicht), die er seit 9 Jahren mit gutem Erfolg anwende. Zur Vermeidung von Infektionen halte er am Grundsatz fest, jede Wunde primär zu verschließen. Gelegentlich sei auch eine primäre Hautplastik angezeigt. Bei der Osteosynthese wird in der Regel der geschlossenen Marknagelung nach Küntscher, insbesondere für Femur und Tibia, der Vorzug gegeben.  
Jürgen Schwartz (Kiel)

**H. Merguet: Sinnesphysiologische Grundlagen des Kurshaltens bei Orientierung an der Startbahnbefeuernng.** [Chir. Klin. u. Poliklin., Ruhrniv. Bochum, Klinikum, Essen.] Zbl. Verkehrs-Med. 15, 87—90 (1969).