

Städten möglichen Beratungsstellen erwünscht wäre. Die Ausscheidung der Ordnungspolizei aus der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten ist zu begrüßen. In Preußen ist die Durchführung des Gesetzes den Stadt- und Landkreisen als Selbstverwaltungsangelegenheit übertragen worden. Da die §§ 4, 9 und 10 des Gesetzes eine Vermischung polizeilicher und fürsorglicher Aufgaben der Gesundheitsbehörden enthalten, bedeutet die Übernahme der gesetzlichen Pflichten durch die Gemeinden im Vergleich zu der bisher üblichen Verteilung der gesundheitlichen Aufgaben eine weitere Abtretung der Exekutive durch den Staat auf die Gemeinden und Gemeindeverbände. Vielleicht wäre die kommunale Mitwirkung zweckmäßiger auf die fürsorgliche, konsultative und volksbelehrende Tätigkeit der Beratungsstellen beschränkt geblieben. Im Reichsgesetz fehlt eine Regelung, durch welche die Gesundheitsbehörde die der Attestierung zu unterwerfenden Personen planmäßig zu ermitteln vermag, ferner eine Handhabe zur Bestrafung derer, die sich im Krankenhaus dem durch das Gesetz ermöglichten Behandlungszwang in unbotmäßiger Weise widersetzen. Die Bestimmungen des Gesetzes über die Strafbarkeit ansteckungsgefährlicher Personen bei Ausübung des Beischlafes und der Eingehung einer Ehe sowie über die Verbote der Behandlung durch Nichtärzte bilden ein gutes Mittel zur Volkserziehung und Bekämpfung der Kurpfuscherei jeder Art, nur fehlt leider eine Kennzeichnung der verbotenen Formen des Anerbietens einer Krankenbehandlung und ein zur Verhinderung der bei Tripper häufigen Selbstbehandlung erforderliches Verbot (Rezeptzwang) für die Abgabe von Arzneimitteln zur Behandlung Geschlechtskranker. Die den Ärzten nur bei vorzeitigem Behandlungsabbruch und besonderer Übertragungsgefahr auferlegte Meldepflicht dürfte ausreichen. In dem Falle, daß der Arzt jemand vor dem Verkehr mit einer ihm als geschlechtskrank bekannten Person zu warnen bestrebt ist, wird er im Sinne des Gesetzes zweckmäßigerweise die Gesundheitsbehörde mit der Warnung beauftragen. Wichtig wäre wohl noch die Einfügung einer Bestimmung zum Schutz von Pflegekindern gegen geschlechtskranke Pflegeeltern, die Errichtung von Spezialerziehungsheimen sowie Ammenuntersuchungs- und -vermittlungsstellen. Zugestimmt werden kann der ausdrücklichen Freigabe des Vertriebs von Verhütungsmitteln, sofern dieser Sitte und Anstand nicht verletzt.

Dornedden (Berlin-Lankwitz).

Gaupp: Die Gefahren der Rauschgifte für das deutsche Volk und ihre Bekämpfung. (47. Dtsch. Ärztetag, Danzig, Sitzg. v. 29.—30. VI. 1928.) Ärztl. Vereinsbl. 57, 66-79 (1928).

Eingehendes Referat über das gesamte Gebiet unter Berücksichtigung folgender wissenschaftlicher Thesen: I. Uneingeschränkte Indikationsfreiheit für den Arzt bei Zurückschraubung des Substanzverbrauches auf ein Minimum. II. Substanzverschreibung ärztlich überflüssig. III. Kokain kann außer in der Chirurgie (Augen-, Hals-, Nasenerkrankungen) durch Lokalanästhesie ersetzt werden. IV. Bei Überschreitung der Maximaldosis soll nur Morphin verschrieben und besonders mit schriftlicher Aufzeichnung der Ärzte verordnet werden. V. Opiate sind keine Schlafmittel! VI. Im Prinzip gehört die Spritze nur in die Hand des Arztes. VII. Bei Husten, Codein oder Dionin verschreiben. VIII. Einleitung einer baldigen Entziehungskur muß „suspremalex“ bei der Behandlung des Morphinisten sein. Bei Hinausschiebungen des Kurbeginns sollte sich der Arzt an eine zu errichtende neutrale Kommission von Sachverständigen wenden können (Ref. empfiehlt bis dahin Protokollierung in Gegenwart eines Facharztes und Übersenden des Protokolls an den zuständigen Kreisarzt). IX. Genaues Rezeptieren mit Angabe genauer Personalien. Aus der pragmatischen Entwicklung des Vortrags seien folgende praktische Erwägungen benannt: 1. Eucodal, Eumecon und Trivalin sind überflüssig. 2. Prinzipiell ist jeder Süchtige entziehbar. 3. Eine Entziehung ohne Zwang gibt es nicht. 4. Bis jetzt gibt es noch keine Approbationsentziehung für morphinistische Ärzte. 5. Die Anwendung des § 51 StGB. bei Diebstahl, Urkundenfälschung morphinistischer Kranken muß in jedem Einzelfall exakt geprüft werden. 6. In den § 6 BGB. müßte in Ziffer 3 ein Zusatz gemacht werden „... infolge von Trunksucht oder anderen Rauschgiftsuchten“. 7. Unheilbare und geistig geschädigte Fälle müssen als Geisteskranke Gegenstand öffentlicher Fürsorge werden. 8. KDB. ist nach Behebung des schmerzhaften Grundleidens bei evtl. Rückfällen abzuerkennen.

Leibbrand (Berlin).

Verletzungen. Gewaltvoller Tod aus physikalischer Ursache.

Walcher, K.: Über den Nachweis traumatischer Weichteilblutungen an der Leiche und dessen praktische Bedeutung. (Gerichtl.-Med. Inst., Univ. München.) Z. Med.-beamte 41, 351—358 (1928).

Unter Zugrundelegung von 5 einschlägigen Sektionsbeobachtungen macht Verf.

aufmerksam, wie außerordentlich wichtig die Fahndung nach subcutanen und tieferen intramuskulären Blutungen bei Leichen Verunglückter, tot oder sterbend Aufgefundener ist. Es ist auffallend, daß solche subcutane und intramuskuläre Blutungen, wie hier gezeigt wird, selbst nach 4½ Tagen zuweilen noch nicht an die Oberfläche kommen. Man muß also zur Feststellung der Todesursache, d. h. um ein Urteil über die Art der Gewalteinwirkung zu gewinnen, unter Umständen mehrfache Einschnitte in die Haut und in die tieferen Weichteile auch an solchen Stellen machen, wo sich äußerlich keine blauen oder grünlichen Flecken kundtun! Die Wahl der einzuschneidenden Stellen hängt von der Überlegung des Sekanten ab, welches bei der jeweiligen Gewalteinwirkung die noch außer der Hauptverletzung gleichzeitig betroffenen Teile der Körperoberfläche sein könnten. Nach des Ref. Anschauung sind diese bemerkenswerten Beobachtungen an der Leiche auch für die Untersuchung verunfallter lebender Personen wichtig, weil sie uns die vielfach geäußerten, lange bestehenden Muskelschmerzen bei scheinbar leichten Unfällen zu erklären imstande sind, auch wenn äußerlich keine Blutunterlaufungen und Schwellungen festgestellt werden können. *H. Merkel* (München).

Fischer, M.: Encephalographische Befunde bei Schädelverletzungen. (*Nerven- u. psychiatr. Klin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. Bd. 82, H. 3, S. 403—421. 1927.

Fischer hat auf Grund der Arbeiten des Ref. die Encephalographie zur Beurteilung von Patienten mit stumpfen und penetrierenden Kopfverletzungen herangezogen. Die Encephalographie führte er via Suboccipitalpunktion aus, gibt aber zu, daß die Methode weniger zuverlässig als die lumbale sei. Neben der allgemeinen klinischen und psychiatrischen Untersuchung hat er leider nur die Encephalographie und nicht auch Liquordruckmessungen, Resorptionsprüfungen usw. — wie wir es getan haben — herangezogen. Er bestätigt die Befunde aller Autoren, daß penetrierende Kopfverletzungen zu Ventrikelveränderungen (meist Erweiterungen der Herdseite) führen. Bei Kopfverletzungen ohne Defekt fand er nur einmal eine deutliche Vergrößerung und Verziehung des Seitenventrikels der Herdseite, in diesem Falle fand sich aber auch eine kontralaterale spastische Parese. Die Arbeit schildert 15 Kranke; ich möchte nur auf Fall 14 näher eingehen, weil er neben anderen Fällen dartun soll, daß nachgewiesene, „geringere“ Veränderungen im encephalographischen Bild keine Bedeutung hätten. Es handelt sich um einen 50 jährigen Patienten, der sich auf Scheitelhöhe an einer Eisenkante gestoßen hatte und seitdem an epileptischen Anfällen litt. Das encephalographische Bild zeigte Knochenverdickung auf Scheitelhöhe, dahinter umschrieben oberflächliche Luftansammlung. Bei der Operation wurde nur trepaniert an dieser Stelle, die Dura nicht eröffnet. Kein pathologischer Befund. Gegen diese Art der Argumentierung muß unbedingt Einspruch erhoben werden, weil ohne Duraöffnung und Inspektion der Gehirnoberfläche gar keine Kontrolle der Stelle der Luftansammlung (wahrscheinlich sekundäre Cyste!) stattgefunden hat. F. stellt auch noch fest, daß Beschwerden und encephalographischer Befund nicht Hand in Hand gehen, weil er starke, sicher pathologische Veränderungen des Encephalogramms ohne wesentliche Beschwerden und umgekehrt fand. Auffallend ist — nach der allgemeinen Erfahrung — daß niemals Nichtfüllung der Seitenventrikel beobachtet wurde. F. lehnt im allgemeinen den Wert der Enceph. für die Beurteilung der Komotionsneurosen ab und zieht als wichtigstes folgende Schlußfolgerung: „Für die allgemein als grobpsychogen bekannten Erscheinungen, wie Pseudodemenz, reaktive Depression, totale Analgesie, Zittern und Schwindel findet sich in unserem Encephalogramm kein Korrelat. Die durch den enceph. Befund erklärbaren (? Ref.) Symptome, wie epileptische Anfälle, Merkschwäche, Narbenschmerzen, Spasmen und dergleichen bestehen stets neben den psychogenen.“ Wir können hier nicht auf eine Diskussion eingehen, möchten vor allen Dingen aber auf die inzwischen erschienene Arbeit von Bielschowsky (*Journ. Psych. u. Neurol.* 36, 3/4), die die Erfahrungen an über 100 Kopftraumatikern unserer Abteilung verwertet, hinweisen. Wir glauben aber,

daß F., wenn er auch exakte Liquordruckmessungen, Resorptionsprüfungen usw. ausgeführt und wie wir neben „leichtveränderten“ Encephalogrammen auch hier Störungen gefunden hätte, vielleicht etwas vorsichtiger in der Ablehnung des Wertes der neueren Untersuchungsmethoden wäre. Das Encephalogramm gibt nur über Formveränderungen des Liquorsystems Auskunft, aber nicht über Veränderungen der Liquormenge, Liquorfunktion, Resorption usw. Daß Störungen solcher Art zu Symptomen führen können, die als „Psychogen“ gedeutet werden, eben weil der Untersucher nicht auf Veränderungen im Liquorsystem geachtet hat, steht nach unseren Erfahrungen fest. Das Zusammentreffen von nachweisbaren Veränderungen des Liquorsystems mit sog. psychogenen Symptomen ist zu häufig, als daß es belanglos sein könnte. Der Arbeit sind gute Abbildungen beigegeben. O Schwab (Breslau).

Djørup, Frans: Über die traumatische Hirnkompression und ihre operative Behandlung. (*Kir. Afd. D., Rigshosp., København.*) Hospitalstidende Jg. 71, Nr. 2, S. 35—40, Nr. 3, S. 49—66, Nr. 4, S. 75—90, Nr. 5, S. 101—109 u. Nr. 6, S. 137 bis 147. 1928. (Dänisch.)

Kasuistik von 31 Fällen. Die Differentialdiagnose richtet sich hauptsächlich auf Comotio und Contusio cerebri; für die Kompression spricht die zunehmende Schwere des Komas, das sich oft nach einem freien Intervall entwickelt, sowie frühzeitige Drucksymptome und Herderscheinungen (Krämpfe, Paresen) zeigt. Gerade diese letztgenannten Veränderungen sind für die Lokaldiagnose von allergrößter Bedeutung. Sie und ein tiefes, nicht nachlassendes Koma sind ziemlich beweisend für eine Hirnkompression. Bei sehr starkem Druck können die Herdsymptome vermißt werden. Zur endgültigen Klärung empfiehlt sich die Lumbalpunktion; bei blutigem Liquor kann es sich um eine subdurale Blutung, evtl. eine Kontusion handeln. Geht nach der Punktion das Koma zurück, so kann die Entlastung wiederholt werden; mitunter zeigen sich nach Druckverminderung erst Herdsymptome, welche eine Lokaldiagnose gestatten. Wenn keine Blutbeimischung im Liquor vorhanden ist, kann es sich um ein epidurales oder ein abgekapseltes subdurales Hämatom oder vermehrten Liquor handeln (besonders bei Kindern).

H. Scholz (Königsberg i. Pr.).

Picard, P., et P.-A. Dreyfus: Compression du thorax suivie de cécité immédiate et définitive. (Sofortige und endgültige Erblindung nach Thoraxkompression.) (*Clin. ophth., univ., Strasbourg.*) Arch. d'ophth. Bd. 45, Nr. 6, S. 383—390. 1928.

Außer geringen Schmerzen in Brust und Schulter hatte Pat. das Gefühl, daß ihm eine Blutwelle zu Kopfe stieg, und die Augen stark geschwollen wären, als wenn sie aus dem Kopfe wollten. Sofort nach dem Unfall habe er nichts mehr gesehen, selbst keinen Lichtschein wahrgenommen. Untersuchung ergab subcutane Blutungen im Gesicht und am Hals, einige Rippenbrüche und rechtsseitige Schulterluxation. Augenbefund: Subcutane Blutungen beider Lider, Chemose und subconjunctivale Blutungen beiderseits. Exophthalmus rechts mehr als links. Beweglichkeit der Augen nicht eingeschränkt. Beiderseits weite, nicht reagierende Pupillen. Vordere Augenteile sonst o. B. Medien klar. Fundus vollkommen normal, besonders Papillen und Gefäße. Sehschärfe: Völlige Amaurose auch für stärkstes Licht vor dem Auge. Druck normal. Exophthalmus und Blutungen gehen innerhalb 14 Tagen zurück. Beide Papillen zeigen bereits nach dieser Zeit geringe Abblassung temporal und die Arterien eine geringe Verengung. 4 Wochen später Papillen blaß, Arterien fadenförmig, Venen gut gefüllt. Weite nicht reagierende Pupillen. Amaurose. Röntgenaufnahme: Keine Knochenverletzung, Wassermann negativ. Nervenstatus: Geringe Zellvermehrung im Lumbalpunktat (13), wenig gesteigerte Erregbarkeit des rechten Labyrinthes. Als bemerkenswert bei dem beschriebenen Fall wird hervorgehoben: Kein Bewußtseinsverlust beim Unfall, völlig normaler Fundus beiderseits, sofortige endgültige Erblindung. Dauer des Exophthalmus. Nach 14 Tagen beginnende Atrophie, komplett nach 4 Wochen. Den Exophthalmus führen Verff. auf eine retrobulbäre Blutung zurück. Für das Fehlen jeglicher Augenhintergrundsveränderungen und die plötzliche Erblindung wird von Verff. die Theorie der Blutung in die Opticusscheiden abgelehnt, da sie in besonderen für die plötzliche Erblindung keine hinreichende Erklärung gibt, wohl aber glauben sie, daß eine Blutung in die Substanz des Sehnerven selbst beide Symptome erklären könne.

[Stock] Custodis (Tübingen).

Lehrnbecher, A.: Varicocele-ruptur durch indirektes Trauma. (*Chir. Klin., Krankenhaus, Sudenburg-Magdeburg.*) Zbl. Chir. 1928, 1615.

Ein Arbeiter bekam beim Versuch, eine Kipplore zu kanten, plötzlich heftige Schmerzen

in der linken Leistengegend. Befund: Linke Scrotalhälfte kindskopfgroß und blaurot verfärbt. Es wurde sofort operiert wegen Verdacht auf Hernie, bei der durch Repositionsversuche des einweisenden Arztes Gefäßzerreißen stattgefunden hatten. Es fand sich eine geplatzte Varicocele mit großem Hämatom; außerdem eine Hydrocele. Ferner bestand eine weiche Leiste, aber kein Bruch. — Ein solches Krankheitsbild ist sehr selten. Die Ruptur ist hier auf die starke Bauchpresse bei weicher Leiste zurückzuführen. *Willms* (Hannover).

Petersen, Peter Friedrich: Zur Frage des plötzlichen Ertrinkungstodes. (*Med. Klin., Univ. Kiel.*) *Z. exper. Med.* **61**, 390—404 (1928).

Verf. beschäftigt sich mit den plötzlichen Todesfällen durch Ertrinken beim Baden, bei denen der Verunglückte aus voller Gesundheit heraus ohne erkennbare äußere Ursache ertrunken ist, und zieht zu ihrer Erklärung eine Hypothese von Bürger heran, die auf der Beobachtung von Kollapszuständen bei Anstellung des Valsalvaschen Versuchs gegründet ist. Nach Bürger wirkt jede akute körperliche Anstrengung unter erheblicher intrapulmonaler Drucksteigerung im Sinne eines Valsalvaschen Versuchs. Der Mechanismus gestaltet sich dabei wie bei der Pressung, indem der Brustkorb als Ganzes in inspiratorischer Stellung fixiert wird. In dieser Stellung wird bei geschlossener Glottis je nach Anspannung der gesamten Expirationsmuskulatur einschließlich der Bauchmuskulatur im Innern des Brustkorbs ein wechselnd starker Druck erzeugt, der Höhen von 190 mm Hg erreichen kann. Diese intrapulmonalen Drucksteigerungen führen zu wesentlichen Veränderungen im großen und kleinen Kreislauf; die erste Folge ist eine bedeutende Erhöhung des Widerstandes im Capillargebiet der Pulmonalis. Der rechte Ventrikel muß unter Aufbietung seiner Reservekräfte den Druck in der Arteria pulmonalis erhöhen, um diesen erhöhten Widerstand zu überwinden, was oft nur teilweise oder gar nicht gelingt. Wird der bei der Pressung gesteigerte intrapulmonale Gegendruck vom rechten Ventrikel nicht überwunden, so ist der Erfolg der, daß sehr bald das linke Herz mit geringeren Blutmengen versorgt wird und der linke Ventrikel schlecht gefüllt ist. Dadurch nimmt das Schlagvolumen ab, während gleichzeitig durch Acceleransreizung die Frequenz steigt. Bei normalen Bedingungen erreicht das Herz bei der Anstrengungstachykardie trotz Abnahme der Einzelschlagvolumina eine Zunahme des Minutenvolumens. Bei bestimmten Individuen bedingt aber die Pressung eine mehr oder weniger weitgehende Sperrung der Blutzufuhr zum linken Herzen aus dem Pulmonalisgebiet, und damit eine starke Verkleinerung des Minutenvolumens. Die bei der Pressung einsetzenden Wirkungen auf den Gesamtkreislauf lassen sich nun durch die sog. Preßdruckprobe feststellen. Bei disponierten Personen kann sie zum Kollaps führen, dies ist meist der Fall bei Menschen mit asthenischem Körperbau und relativ kleinem, wandschwachem Herzen. Da das asthenische rechte Herz mit schon primär schlechterer Füllung nicht in der Lage ist, den durch die Pressung auf das Capillargebiet der Pulmonalis gesetzten Druck zu überwinden, kommt es zu einer fast totalen Sperre im Lungencapillargebiet, das linke Herz pumpt sich bei ungenügender Speisung aus dem Pulmonalgebiet leer. Dadurch leidet die Blutversorgung des Gehirns, es tritt unter leichten klonischen Zuckungen, weiten und reaktionslosen Pupillen Kollaps ein. Unter den zum plötzlichen Ertrinkungstod Disponierten kommen ferner Personen in Betracht, bei denen das Herz zwar über die nötige Muskelkraft verfügt, bei denen aber die Steuerung durch den Herznervenapparat eine falsche ist, was durch die besondere Erregbarkeit des vagotonischen Apparates gekennzeichnet ist. Es kommt bei der Pressung zu einer venösen Rückstauung im Schädelinnern, die dadurch bedingte Hirndrucksteigerung löst einen deutlichen Vagusreiz aus. In der Norm werden während der Anstrengung die Vagusreize durch Acceleransimpulse überboten. Bei falscher Steuerung setzt sich aber der Vaguseffekt durch, wodurch es während der Pressung zu einer erheblichen Abnahme der Frequenz kommt. Die so erzeugte Verminderung des geförderten Gesamtvolumens kann ebenfalls zum Kollaps führen. Verf. konnte in der sportärztlichen Untersuchungsstelle allein im letzten Jahr 10 solcher Kollapszustände bei klinisch gesunden Studenten beobachten, bei einigen trat der Kollaps auch beim Baden und Schwimmen ein. Er hält es für durchaus erklärlich,

daß bei solchen gefährdeten Individuen unter den geschilderten Bedingungen der Ertrinkungstod eintreten kann. Beim raschen Sturz ins Wasser setzt nach tiefster Inspiration eine starke expiratorische Pressung ein, die bei den disponierten Personen entweder zur Unterbrechung des Lungenkreislaufes mit Leerlauf des linken Ventrikels, Verschwinden der peripherischen Pulse, relativer Anoxämie des Gehirns und konsekutiver Bewußtlosigkeit oder durch zentrale Vaguswirkung zu extremer Bradykardie mit den gleichen Folgen für den peripherischen Kreislauf führt. Unter den zur Synkope disponierten Individuen sind solche mit kleinem Herzen besonders häufig. Den gleichen Befund der relativen Häufigkeit des kleinen Herzens zeigen die Sektionen der durch Ertrinken plötzlich zu Tode gekommenen Menschen. Zur rechtzeitigen Erkennung solcher „synkopotroper“ Individuen kann die Einführung der „Preßdruckprobe“ nach Bürger in die sportärztliche Praxis führen.

Ziemke (Kiel).

Nicoletti, F.: Il comportamento degli azzurrofilii nell'asfissia meccanica. (Das Verhalten der Azurophilen bei der mechanischen Erstickung.) (*3. Congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1927.*) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 48, H. 1, S. 69—71. 1928.

Wie sich aus den Versuchen des Verf. ergibt, steigt die Zahl der azurophilen Leukocyten bei protrahierter Erstickung bedeutend an. Meerschweinchen, die normalerweise durchschnittlich 20,64% azurophile Leukocyten hatten, wiesen nach einer Erstickung von 20—45 Minuten Dauer im Durchschnitt bis zu 37,8% azurophile Elemente im Blute auf.

v. Neureiter (Riga).

Nicoletti, F.: Il comportamento dei leucociti perossidasi nel'asfissia. (Das Verhalten der eine Oxydasereaktion gebenden Leukocyten bei der Erstickung.) (*3. Congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1927.*) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 48, H. 1, S. 71—72. 1928.

Im Tierversuch (Meerschweinchen) zeigte es sich, daß die Zahl der eine Oxydasereaktion aufweisenden Leukocyten bei der mechanischen Erstickung stark vermehrt ist. Die Tiere, bei denen normalerweise im Durchschnitt 3000 eine Oxydasereaktion gebende Leukocyten im Kubikmillimeter Blut gefunden werden, hatten während und gleich nach einer Stickperiode von 10—35 Minuten Dauer bis zu 10000 solcher Elemente pro Kubikmillimeter Blut. Erst 5—6 Stunden nach der Erstickung kehrten die Leukocytenwerte zur Norm zurück.

v. Neureiter (Riga).

Canuto, Giorgio: Le ferite da trincetto da calzolaio. (Die durch ein Schustermesser erzeugten Wunden.) (*3. Congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Firenze, 30. V. bis 1. VI. 1927.*) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 48, H. 1, S. 88 bis 96. 1928.

Unter 52 Fällen von tödlichen Stich- und Stichschnittverletzungen, die im Turiner Gerichtlich-Medizinischen Institute beobachtet wurden, fanden sich 5 Fälle, bei denen die Tötung mittels eines Schustermessers (ein zum Schneiden des Leders verwendetes Werkzeug) erfolgt war. Dieses Instrument erzeugt nach des Verf. Erfahrung am Körper Wunden von so charakteristischer Gestalt, daß aus der Form der Verletzung das Werkzeug erkannt werden kann: Die durch ein Schustermesser hervorgerufene Wunde präsentiert sich, sobald man die Wundränder einander wieder genähert hat, als eine feine Spalte, deren Ränder ganz parallel verlaufen; die Wundenden sind Y- oder T-förmig gestaltet, so daß die Wunde als Ganzes das Aussehen einer Majuskel I aufweist.

v. Neureiter (Riga).

Canuto, Giorgio: L'inversione delle codette nelle ferite da scannamento. (Die Umkehrung der „Endchen“ bei Halsschnittwunden.) (*3. Congr. d. Ital. Assoc. di Med. Leg., Firenze, 30. V.—1. VI. 1927.*) Arch. di antropol. crim., psichiatri. e med. leg. Bd. 48, H. 1, S. 96—106. 1928.

Wie bekannt, ist bei Halsschnittwunden die Haut an den Wundenden nicht selten seicht eingeschnitten. Diese seichten Hauteinschnitte bezeichnen die Italiener mit einem eigenen Worte als „Endchen“ (codetta). Bisher galt die Lehre, daß sich die er-

wähnte Verflachung der Wundtiefe vor allem am Schnittende vorfindet, so daß aus dem Befunde eines „Endchens“ die Richtung, in der der Schnitt geführt worden ist, erschlossen werden kann. In 2 Fällen waren nun nach des Verf. Erfahrung die „Wundendchen“ am Schnittanfang länger als am Schnittende, was ihn veranlaßte, das Material des Turiner Gerichtlich-Medizinischen Institutes an Halschnittwunden (35 Fälle) einer Durchsicht bezüglich des Verhaltens der „Endchen“ zu unterziehen. Das Ergebnis dieser Untersuchung läßt sich folgendermaßen zusammenfassen: Will man aus der Länge der „Wundendchen“ die Richtung, in der ein Schnitt am Halse geführt wurde, ermitteln, so ist zu beachten, 1. daß bei Wunden von beträchtlicher Länge, die sich von einer Halsseite zur anderen erstrecken, im allgemeinen das „Endchen“ am Schnittanfang länger ist als das am Schnittende; 2. daß bei Wunden, die nur am vorderen Teile des Halses oder nur auf einer Seite des Halses gelegen sind, die „Wundendchen“ entweder am Schnittanfang und am Schnittende fast gleich lang oder sogar am Schnittende länger als am Schnittanfang sind.

v. Neureiter (Riga).

Chavigny, M.: La collerette d'essayage. Ann. de méd. leg. Jg. 8, Nr. 3. S. 126 bis 127. 1928.

Verf. hat die Schwärzung der Einschußränder bei Fernschüssen (200 m) untersucht und macht an Hand mehrerer Versuche die — übrigens längst bekannte — Feststellung, daß es sich um Rückstände von Pulververbrennung aus dem Gewehrlauf handelt, die am Geschoß hafteten und nicht um Verbrennung der Haut durch Hitze des Geschosses. Verf. hat beim Einschlag des Geschosses eine Temperatur von nur ca. 80° beobachtet. Aus einem völlig sauberen Karabiner schoß er mittels gepreßter Kohlen-säure mit einer Stahlkugel. Hierbei trat keine Schwärzung der Ränder des Einschusses auf.

Buhtz (Königsberg).

Herzog, A. W.: A case of death from low-tension electric current. (Tod im niedergespannten Strom.) Med.-leg. J. 45, 94 (1928).

Einer Zeitungsnachricht zufolge hat sich ein Knabe an einem gewöhnlichen Stuhle Handschellen als einen Pol, eine Drahtumwicklung um den Körper als anderen Pol angebracht und dann an der gewöhnlichen Lichtleitung eingeschaltet.

Klestadt (Breslau).

Holstein Rathlou, E. v.: Der elektrische Tod. Ugeskrift f. Laeger Jg. 90, Nr. 3, S. 61—64. 1928. (Dänisch.)

Der Verf. schildert nach Obering, Alvensleben (Elektrotechn. Zeitschr. 1926, Nr. 34) die Vorgänge bei der elektrischen Hinrichtung, die seit 1890 in Amerika im Gebrauch ist. Anfänglich wurden dabei nur hohe Spannungen, etwa 1500—2000 Volt, verwendet, der Strom mußte aber mehrfach eingeschaltet werden, da sich Atmungsbewegungen nicht selten wieder einstellten. Um die starken Verbrennungen zu vermeiden, wird nach 1899 diese hohe Spannung nur wenige Sekunden eingeschaltet, dann wird die Spannung während 1/2 Min. auf 250 Volt herabgesetzt, und zuletzt wieder die Hochspannung für einige Sekunden eingeschaltet. Bei dieser Anordnung tritt Bewußtlosigkeit augenblicklich ein und der Atemstillstand ist definitiv. Es bestätigt sich, daß die mittleren Stromstärken, etwa 1 Amp. und 250 Volt Spannung, den lebenswichtigen Funktionen am gefährlichsten sind. Der Verf. stellt dahin, ob künstliche Atmung in einzelnen Fällen die Opfer noch zu beleben imstande wäre. Die Hingerichteten werden unmittelbar nachher auf den Obduktionstisch gelegt, und es ist also möglich, daß es das Messer des Arztes ist, das in einzelnen Fällen das Resultat der Hinrichtung sichert.

Einar Larsen (Oslo).

Vergiftungen.

Rodenacker: Schwefelwasserstoff. Der Mechanismus seiner Giftwirkung. Zbl. Gewerbehyg. 4, 372—377 u. 405—409 (1927).

In den Körper aufgenommenener Schwefelwasserstoff tritt zum Oxydationsferment in direkte chemische Beziehungen. Bei schwachen Konzentrationen findet eine Oxydation des Fermentes statt. Bei stärkeren Konzentrationen entstehen Eisensulfide, die katalytisch unwirksam sind. Bei starken Konzentrationen wird die Cystein-