

Deutsche Zeitschrift für die gesamte Gerichtliche Medizin.

Referatenteil.

Redigiert von P. Fraenkel und O. Sprinz, Berlin.

13. Band, Heft 5

S. 209—256

Allgemeines.

● **Ottolenghi, Salvatore: Lezioni di medicina legale.** (Vorlesungen über gerichtliche Medizin.) Roma: Attilio Sampaolesi 1927. 176 S.

Es handelt sich um eine monographische Darstellung eines nur für die Studenten bestimmten Kurses. In den 51 Vorlesungen hat Ottolenghi die physischen und psychischen Merkmale der Person behandelt. Vorwiegend die Frage der Identifikation des Lebenden und der Leiche — in Beziehung zu der wissenschaftlichen Richtung des römischen Lehrers — ist mit besonderer Sorgfalt behandelt worden.

Romanese (Parma).

● **Ascarelli, Attilio: Questioni relative al matrimonio, gravidanza, parto e puerperio.** (Ehe, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett betreffende Fragen.) Roma: Attilio Sampaolesi 1927. 147 S.

Der Kursus von Ascarelli soll die Vervollständigung desjenigen von Ottolenghi darstellen. Von den 147 lithographisch gedruckten Seiten sind nur 30, im ganzen, der forensischen Traumatologie und der Blutfleckenuntersuchung gewidmet. Es handelt sich also um einen elementar eingestellten Kursus für Studenten, welcher nichts Neues oder Interessantes bietet.

Romanese (Parma).

Talvik, S.: Über die Anfänge der gerichtlichen Medizin an der medizinischen Fakultät in Tartu. Eesti Arst 7, 205—209 (1928) [Estonisch].

Kurze historische Angaben über die Entwicklung des Gerichtsärztlichen Instituts der Universität Dorpat.

G. Michelsson (Narva, Estland).

Bundt und de Bary: Der Arzt als Gutachter. (47. Dtsch. Ärztetag, Danzig, Sitzg. v. 29.—30. VI. 1928.) Ärztl. Vereinsbl. 57, 31—48 (1928).

Bundt legt 13 gedruckte Leitsätze vor, welche die Gutachtertätigkeit als eine der wichtigsten Standespflichten des approbierten Arztes, die Vorbereitung der Gutachten, ihre Form, die Aneignung der dazu erforderlichen Kenntnisse und die Notwendigkeit einer streng gewahrten Vertraulichkeit dem Untersuchten gegenüber umfassen. Er bespricht weiterhin die zur Zeit häufigen Angriffe auf den ärztlichen Stand, beweist, daß für die Beurteilung geistiger und körperlicher Zustände beim Menschen nur der Arzt der geeignete Gutachter ist, betont die gutachtliche Sonderstellung des Arztes gegenüber der leider noch immer im Deutschen Reich freigegebenen Ausübung der Heilkunde und gibt eine Reihe zweckmäßiger praktischer Ratschläge. Es folgen anschließend ausführliche Begründungen der von ihm aufgestellten Leitsätze, der Hinweis auf Fälle, in denen der praktische Arzt die Begutachtung ablehnen kann oder muß, das Verlangen einer angemessenen Entgeltung der Gutachtertätigkeit und Benachrichtigung des Sachverständigen vom Gericht über die Würdigung und den Erfolg seines Gutachtens. de Bary bringt 7 Leitsätze, deren erster die erhebliche Erweiterung des Aufgabenkreises ärztlicher Gutachtertätigkeit durch die Zunahme der Ersatzansprüche Kranker an Dritte (Kranken-, Unfall- und Invalidenversicherung, Versorgung Kriegsbeschädigter u. ä.) dartut, während die 6 anderen Leitsätze im wesentlichen sich mit den Leitsätzen B. decken. Vortragender betont weiter die Notwendigkeit strengster Sachlichkeit, spricht über die traumatische Neurose, Rentensucht oder Rentenhysterie, die Erhebung der Vorgeschichte und des Befundes, die kritische Wertung des zu Begutachtenden und seiner Lebenslage, die Tragweite der gutachtlichen Entscheidung.

Es folgt eine große Reihe von Diskussionsbemerkungen, ein Schlußwort der beiden Redner und eine durch Abstimmung erzielte einstimmige Billigung der besprochenen Leitsätze.

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

MacDonald, Arthur: Human death. An analytical study. (Der Tod des Menschen. Eine analytische Studie.) Med. Tim. 56, 206—216 u. 232—241 (1928).

Verf. gibt in dieser sehr lesenswerten ausführlichen Abhandlung eine klare Dar-

stellung unseres medizinischen Wissens über den Tod des Menschen und die damit im Zusammenhange stehenden Fragen. Inhaltlich tritt diese Arbeit daher in engste Beziehungen zur gerichtlichen Medizin, so daß es kaum möglich ist, sie im Rahmen eines kurzen Referates erschöpfend zu behandeln. Nach einer allgemeinen Einleitung und Umgrenzung des Begrifflichen wird auf die allgemeinen Zeichen des Todes genauer eingegangen. Dann wird der Tod der einzelnen Systeme und Körperorgane geschildert, und es werden die Todesursachen, gewaltsame und natürliche, physische und psychische, eingehend besprochen. Besonders eingegangen wird ferner auf den plötzlichen Tod, den Scheintod, den Alterstod, den qualvollen Tod und endlich auf die Frage der Euthanasie. Den Schluß bildet die Angabe einer umfangreichen Literatur.

K. Reuter (Hamburg).

Donalies, Gustav: Statistische Erhebungen an 3000 Fällen von vollendetem und versuchtem Selbstmord. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Mschr. Psychiatr. 69, 380—396 (1928).

Das Material entstammt den Rettungsstellen des Berliner Rettungsamtes. Beide Geschlechter sind an den Selbstmordversuchen ungefähr gleich vertreten, doch ist bei dem männlichen Geschlecht die Zahl der geglückten Selbstmorde erheblich größer als beim weiblichen. Die häufigste Todesart ist Gas, dann absteigend Gift, Schußwaffe, Strang, Ertränken, Schnitt, Stich, Biß, Sturz aus der Höhe, Überfahren. Relativ am häufigsten glückte der Selbstmord beim Erhängen. Leuchtgas überwog in den Bezirken mit ärmerer Bevölkerung, Schuß und Gift in den übrigen. Von Giften waren Blutgifte tödlicher als Narkotika und Hypnotika. In den ärmeren Bezirken wurden Blutgifte, Säuren und Laugen, in den wohlhabenderen Narkotika und Hypnotika bevorzugt. Ein Maximum der Selbstmorde und Versuche findet sich bei beiden Geschlechtern im 3., ein Wiederanstieg im 6. Lebensjahrzehnt. Die meisten Suicide finden sich bei Männern im Winter, bei Frauen im Frühjahr, Selbstmordversuche bei beiden Geschlechtern im Frühjahr, von Wochentagen finden sich am häufigsten Sonntag bis Dienstag, bei Frauen ein zweites Maximum am Freitag. Zahlreiche Tabellen erläutern die Ergebnisse.

F. Stern (Kassel).

Rooks, G.: Über die Selbstmordfälle aus dem Sektionsmaterial des gerichtsarztlichen Instituts der Universität Dorpat. Eesti Arst 7, 357—363 u. 417—427 (1928) [Estonisch].

Die Zahl der Selbstmordfälle hat in Estland von 1875 bis 1895 ständig zugenommen. 1895 kamen auf 100000 Einwohner 7,5 Selbstmordfälle, 1898 9,0, 1899 6,5. In der Stadt Dorpat waren die Selbstmordfälle bedeutend häufiger als auf dem Lande. 1921 gab es in Dorpat 30, 1922 47, 1923 69 und 1924 90 Selbstmorde auf 100000 Einwohner. Seitdem ist die Zahl ziemlich konstant geblieben. Der jüngste Selbstmörder war 14, der älteste 90 Jahre alt. Die meisten Selbstmorde waren im Sommer (Juni), dann folgten Herbst und Winter. Am wenigsten Selbstmorde waren im Frühling. Am Tage zwischen 12—20 Uhr fanden die meisten Selbstmorde statt, dann am Morgen zwischen 4 und 12; zwischen 20—24 und 24—4 Uhr fanden gleichviel Selbstmorde statt. Die meisten Selbstmorde erfolgten durch Erhängen, 38%, dann folgte Erschießen 27%, dann Vergiftung, 14,8%, dann Ertränken, 8,7%. Beim Erschießen haben von 71 Selbstmördern 48 sich in den Kopf geschossen, in die Brust 14. Von den Giften wurde 8mal Morphinum, 8mal Strychnin, 8mal Cyankali, 4mal Essigessenz und 2mal Arsenpräparate benutzt. 8mal wurden kombinierte Selbstmorde beobachtet. Was die Gründe des Selbstmordes anbetrifft, so wurde in 20,9% Alkoholismus festgestellt, in 12,9% Nerven- und Geisteskrankheiten, in 10,0% schwere Krankheit. Sexual bedingte Ursachen (unglückliche Liebe) 11,0%, Lebensüberdruß 7,6%, Ehezwiste 7,6%, schwere soziale Lage 4,5%, Furcht vor Strafe 3,0%, ungenügende Erfolge in der Schule 0,4% und aus unbekanntem Ursachen in 22,4%.

G. Michésson (Narva).

Trotta, Armando: Die Wahrsager. Semana méd. 1928 II, 1485—1523 [Spanisch].
Geschichtlicher Überblick über die Zauberei, Wahrsagerei und die damit vielfach zu-

sammenhängende Kurfuscherei vom Altertum durchs Mittelalter bis in die neue Zeit hinein. An Beispielen werden die Schäden des mannigfachen Kurfuschertums erörtert. Seit 1891 besteht in Argentinien ein Gesetz, das die illegale Ausübung der Heilkunde unter Strafe stellt. Allein es scheinen manche Bestimmungen in Vergessenheit geraten zu sein, auch erfährt das Gesetz von den Gerichten vielfach eine zu milde Auslegung. *Ganter* (Wormditt).

Sánchez-Covisa, Isidro: Simulation von Nephrolithiasis. (*Serv. de urol., hosp. prov., Madrid.*) *Rev. española de cirug. y urol.* Jg. 10, Nr. 2, S. 87—94. 1928. (Spanisch.)

4 Fälle von simulierter Nephrolithiasis. 1. Etwa 25 Jahre altes Mädchen. Klagt über Leibscherzen, die im Abdomen in der Richtung der Ureteren ausstrahlen. Am folgenden Tage, begleitet von ihrer Schwester, bringt sie einen angeblich in der Nacht abgegangenen Stein, der weder nach Größe noch Aussehen ein Nierenstein sein kann, und der sich als ein Stück Karamelzucker herausstellt. Schwester unterstützt sie in ihren simulierten Angaben. — 2. 15jähriges Mädchen, klagt über nierenkolikartige Schmerzanfälle; kleiner Stein, den sie mitbringt, wird für Uratstein gehalten; aber 3 weitere, einige Tage später mitgebrachte, angeblich in der Nacht vorher abgegangene Steinchen stellen sich als Bröckel von roten Ziegelsteinen heraus. — 3. Dieser Fall ist besonders interessant, weil der 7 jährige Knabe außer zahlreichen falschen Steinen, die von der Mutter mitgebracht wurden, und die sich als kleine, unregelmäßig gestaltete Kieselsteine von der Straße erwiesen (Abbildung!), zugleich, wie die Radiographie ergab, tatsächlich einen kleinen Stein in der Blase hatte, von der Größe und Gestalt eines Olivenkerns (Abbildung!), der durch Sectio alta entfernt wurde. Heilung. — 4. Junges Mädchen „mittleren Alters“. Steine erwiesen sich ebenfalls als Kieselsteine von der Straße (Abbildung!). Patientin gesteht nach einiger Zeit die Simulation ein und gibt als Grund für dieselbe an, daß sie verhindern wolle, daß man ihr Sedolinjektionen, an die sie gewöhnt war, entzöge. Dies übrigens der einzige von den 4 Fällen, in dem man die mit der Simulation verfolgte Absicht feststellen konnte. *A. Freudenberg* (Berlin).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Pollak, Eugen, und Philipp Rezek: Studien zur Pathologie der Hirngefäße. II. Die Blutgefäße bei der Hirnpurpura. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) *Virchows Arch.* 269, 254—279 (1928).

Die Verff. suchen ihre bei den Apoplexiestudien (1. Mitteilung) erhobenen Befunde nun auch bei der sog. Hirnpurpura nachzuweisen. Sie verstehen in der vorliegenden Abhandlung aber unter Hirnpurpura Fälle, wo sich petechiale Blutungen im Großhirn oft in besonderer Lokalisation angeordnet und manchmal in großen Haufen stehend vorfinden; sie nehmen in ihrer vorl. Mitteilung, die sich nur auf 2 Fälle bezieht, auf solche umschriebene Purpurafälle Rücksicht, die eine Vergleichsmöglichkeit mit typischen Apoplexien zulassen, d. h. alte Menschen mit ausgesprochener Gehirnarteriosklerose betreffen, bei denen es aber nicht zu massigen Blutungen oder Erweichungen, sondern eben zu dieser Purpuraform der umschriebenen Blutungen kam. Leider fehlt in den beiden untersuchten Fällen jede klinische Beziehung, d. h. ein zusammengefaßter Sektionsbefund über Grundkrankheit usw. Wir gerichtliche Mediziner verstehen ja unter der Purpura eine mehr oder weniger gleichmäßige, allerdings auch an gewissen Stellen oft massiger entwickelte Durchsetzung des ganzen Großhirns mit kleinsten Blutungen, manchmal auch streifig und röhrenförmig angeordnet, wie wir sie bei Vergiftungen (Salvarsan-, Veronalvergiftungen, Kampfgasvergiftungen), dann aber auch konstant bei cerebraler Fettembolie vielfach auch bei Stauung im oberen Hohlvenengebiet usw. vorfinden. Es wäre zweckmäßig, die Begriffe nicht so zu verwischen, wie es die Verff. in der vorliegenden Arbeit tun, sondern die Begriffsbestimmungen so, wie wir sie gewöhnt in der gerichtlichen Medizin sind festzuhalten. (Ref.) Aus den Studien der Verff. glauben diese entnehmen zu können, daß diese lokal beschränkten Purpurafälle einen ganz besonderen Charakter haben, daß sie meist, wenn auch nicht ausschließlich scharf begrenzt sind und daß wie bei den Apoplexien so auch bei dieser Form der Purpura eine Gefäßveränderung, Endothelerkrankung, Zerstörung der *Elastica*, Auflösung des Gefäßwandbaues usw. vorliegt. Vereinzelt haben sie auch hier miliare Aneurysmen gefunden. An den Blutungsherd schließt sich dann die ödematöse Veränderung des Gewebes besonders in der grauen Rinde an, vielfach Formen, die schon in die sog. Erweichung übergehen. Die beschriebenen Bilder werden als „pseudoapop-