

Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

Silvera, S.: Über subeutane Nierenverletzungen. (*Chir. Univ.-Klin., Charité, Berlin.*) Arch. klin. Chir. 153, 282—315 (1928).

Die vorliegende kritische Übersicht beschäftigt sich vom klinischen, anatomischen und therapeutischen Gesichtspunkt aus mit den subcutanen, d. h. ohne äußere Wunde zustande gekommenen Verletzungen der Nieren, bei denen also eine stumpfkantige, teils umschriebene, teils mehr breit wirkende Gewalt das ursächliche Moment darstellt. Nach der Statistik von Keen kommen auf 155 Fälle von Nierenverletzungen 6 traumatische Hydronephrosen, 2 Harnleiterzerreißen, 27 offene Verletzungen und 120 = 75% subeutane Verletzungen. Das männliche Geschlecht ist nach allen Autoren häufiger beteiligt wie das weibliche Geschlecht und hier wieder das 3. und 4. Jahrzehnt als die Zeit der größten Arbeitsleistung. Das Betroffensein bald der einen, bald der anderen Niere ist offenbar ein zufälliges von der Art des Unfalls abhängiges, nur sehr selten besteht eine Verletzung beider Nieren. Meist wirkt die Gewalt direkt oder indirekt auf die Niere ein, im ersteren Fall in der Mehrzahl auf die Lenden bzw. seitliche Bauchgegend — dies ist auch häufig beim Überfahren der Fall —, wobei dann die Niere an die Wirbelsäule angepreßt und zerrissen wird. Indirekte Gewalteinwirkungen, z. B. beim Absturz des ganzen Körpers aus großer Höhe, beim Reiten, bei Fall auf ebener Erde usw. sind seltener, in der letzten Zeit sind subeutane Nierenverletzungen bei Sportausübung mitgeteilt. Der Entstehungsmechanismus der subcutanen Nierenverletzungen wird von den verschiedenen Autoren verschieden aufgefaßt: Gegenüber früheren verschiedenartigen Erklärungsversuchen hat Küster (1895 und 1905) die mechanische Ursache der subcutanen Nierenrupturen in dem Zusammenwirken von 2 Faktoren erblickt: 1. einer plötzlichen stoßweisen Adduktionsbewegung der beiden unteren beweglichen Rippen gegen die Wirbelsäule hin wobei die Rippenadduktion durch direkte Gewalt oder auch durch Muskelzug zustande kommen könnte, und 2. einer hydraulischen Pressung der in den Nieren reichlichst enthaltenen Flüssigkeit. Küster gibt wohl zu, daß die Sprengwirkung mehr bei plötzlicher Einwirkung zustande kommt, bei tangentialer Einwirkung mehr eine Abstreifung der Kapsel und oberflächliche Abschürfung eintreten können, während bei langsam zunehmender Gewalt die Niere auch quer durchtrennt werden kann ohne Sprengwirkung. Diese hydraulische Theorie Küsters wurde von verschiedenen Seiten angegriffen, neuerdings von Hämäläinen, Helsingfors, der die subcutanen Rupturen der parenchymatösen Bauchorgane überhaupt entweder durch Biegung oder durch Kompression, d. h. durch Berstung erklärt. Die Verlaufsrichtung der Nierenrisse scheint hauptsächlich dem Verlauf der Nierenarterien und deren Verzweigungen sich anzupassen, weil diese mit dem sie umhüllenden lockeren Gewebe verstärkende Bindegewebspfäule bilden, etwa dem ursprünglichen Aufbau aus Renkuli entsprechend. Santoro unterscheidet die durch direkte subeutane Verletzungen entstandenen Nierenquetschungen und die sog. indirekten Nierenverletzungen, bei deren letzterem Zustandekommen die Lagerung der Niere in einer halbflüssig konsistenten (?) Umgebung und die Aufhängung an dem Blutgefäß-Ureterstiel eine begünstigende Rolle spielen soll (mehr oder weniger heftige Zerrung an diesem). Die Beobachtung, daß bei gewaltsamem Fall auf das Abdomen durch den plötzlichen Zug an den Blutgefäßen verschiedenartige anatomische Verletzungen entstehen können (geringe Intimaschädigungen, Thromben- und Aneurysmenbildungen; stärkere Gefäßschädigungen, partielle und totale Abrisse) scheint uns vollkommen richtig; daß krankhafte Beschaffenheit der Niere eine besondere Disposition für Verletzungen bilden kann, wird auch von einigen Autoren durch Beobachtungen belegt. Jedenfalls ist die mechanische Ursache und der Mechanismus der Nierenrupturen kein einheitlicher. Man unterscheidet zweckmäßig als anatomische Formen: 1. Zerreißen der Fettkapsel ohne Schädigung des Nierengewebes; 2. Einriß des Nierengewebes ohne Eröffnung des Beckens und der Kelche; 3. Zerreißen des Nierengewebes bis in das Nierenbecken reichend; 4. völlige Zertrümmerung der Niere; 5. schwere peri-

renale Verletzungen, Zerreißen der Nierengefäße, Abreißung des Ureters oder des ganzen Hilus. Bei 1. entstehen perirenale Blutergüsse (nach einigen Wochen evtl. bis herunter zum Leistenring reichend) und Blutcysten; bei 2. entstehen oberflächliche Parenchymwunden, meist ohne Urinfiltration, evtl. sternförmige Einrisse an der Oberfläche des Organs mit Neigung zur narbigen Ausheilung. Bei 3. kommen quere radiär oder schräg verlaufende Einrisse, sehr selten nur Längsrisse, manchmal vollständige Querteilungen der Niere zustande. Erreichen die Risse Nierenkelche und Nierenbecken, so kommt meist Urinfiltration zustande, Blutungen sind in der Umgebung dann sehr häufig, auch hier wieder bis zu den Genitalien und in das kleine Becken herab sich senkend. Bluturin, manchmal vollkommene Verstopfung der Harnwege, ja auch der Blase durch Blutkoagula kann die Folge sein; sekundäre Infektionen (durch Katheter oder Harnstauung) mit eitriger Einschmelzung können folgen. Bei 4. ist gewöhnlich eine sehr geringe Blutung vorhanden wegen gleichzeitiger Abquetschung und Thrombose der Gefäße, die eitrige Einschmelzung des zertrümmerten nekrotisierten Gewebes ist häufig die Folge. Bei 5. sind die Folgezustände am schwersten; Verblutungstod, Urinfiltration, Verjauchung usw. — Über die klinisch-diagnostischen Gesichtspunkte für die Feststellung schwerer subcutaner Nierenverletzungen kann hier hinweggegangen werden, nur sei auf den häufigen Lendenschmerz sowie auf die nach dem Hoden (Cremasterkrampf) und nach den Oberschenkeln sich herunter erstreckenden schweren Schmerzempfindungen aufmerksam gemacht. Das Blutharnen ist eine häufige Erscheinung (84% nach White), meist rasch, selten erst später nach dem Unfall eintretend von verschieden langer Dauer, meist ist Hämaturie auch begleitet von Zylinderauscheidung. Die Frage, ob ein Trauma bei vorher gesunder Niere zu einer akuten Nephritis führen kann, wird durch einzelne Beobachtungen aus der Literatur belegt. Als Spätfolgen können Hämonephrose, Hämohydronephrose und Pseudohydronephrose (pararenale traumatische Cyste) vorkommen. Auch große Harnflüssigkeit enthaltende Nierencysten sind — als durch Trauma verursacht — beschrieben. Oligurie und Anurie (manchmal reflektorisch, sonst durch Zerreißen der Harnwege oder der Blase) sind beobachtet, häufig ist Unfähigkeit vorhanden, die prall gefüllte Blase zu entleeren, doch ist der Katheterismus sowohl wegen der Gefahr einer Infektion wie bei Verdacht einer Bauchfellzerreißen nur unter Vorbehalt anzuwenden. Gleichzeitige Verletzung des Bauchfells bei subcutanen Nierenzerreißen ist eine der schwersten Komplikationen wegen der zu erwartenden septischen Peritonitis, manchmal tritt auch der Tod an Urämie ein (infolge Resorption des Urins). Die Prognose subcutaner Nierenverletzungen ist stets ernst, bei gleichzeitiger Verletzung anderer Organe beträgt nach Küster die Mortalität 90%. Verf. gibt dann die Indikationen für chirurgisches Eingreifen; die Ansichten, ob exspektives oder operatives Vorgehen empfehlenswerter ist, sind bei den Autoren ganz geteilte, jedenfalls muß dann operiert werden, wenn Verblutungsgefahr oder Infektion besteht und auch in allen Fällen so konservativ wie möglich, d. h. Exstirpation der Niere nur bei absoluter Notwendigkeit, weil auch eine unter Vernarbung geheilte Niere noch wertvolle Funktionen leisten kann. Bericht über 13 Fälle von subcutanen Nierenverletzungen aus der chirurgischen Universitätsklinik der Charité.

H. Merkel (München).

Maulaire: A propos de la ligature de la verge. (Über Penisabschnürungen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 10. XII. 1928.*) Ann. Méd. lég. 9, 23—24 (1929).

Bei den Penisabschnürungen, wie sie besonders Kinder öfters anlegen, ist der Faden häufig zuerst nur locker geknüpft. Erst durch nachträgliche Schwellung des Gliedes kann er so stark schnüren, daß die Weichteile von der Tiefe nach außen durchtrennt werden und der Faden dann, wie man einmal beobachtet hat, bis in die Harnröhre vordringt. Weimann.

Muck, O.: Beitrag zur Begutachtungsfrage Schädelverletzter. (Meningopathia vasogenica posttraumatica.) (*Städt. Krankenanst. u. Knappschafts-Nervenkrankenh. Lührmann-Stiftg., Essen.*) Z. Neur. 115, 531—538 (1928).

Wenn bei Schädeltraumen nachweislich die Pia verletzt war, so fand sich

auch das Vasokonstriktionsphänomen der weißen Strichzeichnung, in der Regel auf der hirnerkrankten Seite, als Ausdruck einer Störung der Gefäßfunktion in den weichen Häuten. Der Autor erläutert das an Hand einiger Gutachten sowie einer tabellarischen Übersicht der untersuchten Hirnverletzten. Die Beziehungen zwischen dem Ausfall des Muckschen Versuchs und den Tonusstörungen in den Gehirngefäßen werden durch die Tatsache verständlich, daß die Arterien der Nasenschleimhaut und die des Schädelinneren in gleicher Weise vom Plexus caroticus des Sympathicus versorgt werden. Für die Wertung des Symptoms als Traumafolge sind andere Krankheiten auszuschließen, bei denen es gleichfalls vorkommt, wie z. B. Lues, Epilepsie, Migräne, Hirntumor. Der Versuch ermöglicht, festzustellen, ob überhaupt eine Hirnverletzung stattgefunden hat; sein positiver Ausfall gibt eine wichtige Unterlage für die Beurteilung der von den Patienten vorgebrachten Klagen, besonders über Kopfschmerzen, die nunmehr als Folge angiospastischer Zustände anzusehen sind; manche Fälle sog. traumatischer Neurose werden auf Grund der weißen Strichzeichnung als „Meningopathia vasogenica posttraumatica“ erkannt werden. *Neubürger.*

Münzer, Franz Theodor: Schußverletzung des rechten Hinterhauptlappens, des X. und XII. Hirnnerven. (Ein Beitrag zur Frage der Lokalisation des temporalen Halbmondes des Gesichtsfeldes.) (*Nerven-Ambulat., Psychiatr. Klin. u. Chir. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) Z. Neur. 117, 562—568 (1928).

Eine 22-jährige Frau war durch einen Naheschuß verletzt worden. Das Geschöß war in die Oberlippe eingedrungen und wurde röntgenologisch in der hinteren Schädelgrube nachgewiesen. Neben der frischen Blutung aus Mund und Nase, vorübergehendem Erbrechen entwickelten sich folgende Symptome: Leichter Nystagmus in den seitlichen Endstellungen, leichte Atrophie der Zunge und Abweichen nach rechts, rechtsseitige Gaumensegelparese, totale rechtsseitige Recurrensparese, leichte Störungen von seiten des Vestibularapparates, anhaltende Kopfschmerzen. Es konnten keine Seh- und Gesichtsfeldstörungen nachgewiesen werden. Die Kopfschmerzen machten die operative Entfernung des Geschößes notwendig. Nach dem Röntgenbild saß dieses etwa 3 cm lateral der Sagittalebene und 3—4 cm oberhalb der Ebene des Sinus transversus. Bei der Operation wurde das Geschöß unmittelbar über dem Tentorium etwa 1,5 cm tief vom Occipitalpol entfernt in der Hirnmasse gefunden. Trübe Flüssigkeit aus der Umgebung des Geschößes enthielt gramnegative Stäbchen (Saprophyten). Wenn man mit Fleischer und im Gegensatz zu Wilbrand-Sänger annehmen wollte, daß der dem temporalen Halbmond des Gesichtsfeldes entsprechende Rindenbezirk lateralwärts oder weit hinten nahe dem Occipitalpol gelegen sei, so scheint der Befund im vorliegenden Falle gegen diese Anschauung zu sprechen. Dagegen läßt sich der Befund vereinen mit der von Wilbrand-Sänger angenommenen, von Herrmann-Pötzl klinisch-anatomisch gestützten Lokalisation des kontralateralen monokulären Gesichtsfeldanteiles (temporalen Halbmondes) im Bereiche des vorderen Gebietes der Sehrinde. Bei einer Lokalisation des temporalen Halbmondes im Polgebiet der Sehrinde hätte man unbedingt wenigstens vorübergehend bei der Verletzten Gesichtsfeldstörungen beobachten müssen. *F. Jendralski (Gleiwitz).*

Wagstaffe, W. W.: The incidence of traumatic epilepsy after gunshot wound of the head. (Traumatische Epilepsie nach Schußverletzungen des Kopfes.) (*Radcliffe infirm., Oxford.*) Lancet 1928 II, 861—862.

Wagstaffe teilte seine Fälle in solche ein: 1. bei denen die Dura verletzt war; 2. bei denen der Knochen gebrochen, die Dura nicht verletzt war; 3. bei denen nur eine Verletzung der Kopfschwarte bestand, und 4. bei denen eine Gehirnerschütterung und Basisfraktur bestand, aber keine Kopfwunde. Er fand epileptische Anfälle bei Duraverletzungen in 18%, sonst ca. 2%, insgesamt ca. 10%. Die epileptischen Anfälle hingen also durchaus mit der Schwere der Verletzung zusammen. Der Sitz der Verletzung war ohne Einfluß auf die Entstehung der epileptischen Anfälle. Von den Fällen, die organische Schädigungen hatten, hatten 27% Anfälle, während bei denen, die keine organische Schädigung zeigten, 12,5% Anfälle hatten. Die Anfälle traten nach der Verletzung in der Zeit von 2 Monaten bis 7 $\frac{1}{2}$ Jahren auf, im Durchschnitt nach 2 Jahren. Anscheinend hatten die meisten Fälle von traumatischer Epilepsie schon bald nach der Verwundung vorübergehende Jackson-Anfälle. Bei den Fällen, wo ein Metallsplitter im Gehirn zurückblieb, schien die traumatische Epilepsie häufiger

zu sein. Die Sterblichkeit war bei den Fällen von traumatischer Epilepsie etwas höher als bei anderen Fällen von Kopfverletzung.

Hörmann (Dresden).

Marenholtz, Frhr. v.: Mord oder Selbstmord? Arch. Kriminol. 84, 1—6 (1929).

Nach mancher Richtung hin wertvoller Fall. Die Schlüsse, die aus der Beschaffenheit des Mageninhalts gezogen werden, der 13 Monate Leichenlagerung hinter sich hatte, lassen die Wichtigkeit derartiger Mageninhaltsuntersuchungen erneut feststellen. Zuzustimmen ist auch der anderen Deutung eines Blutfleckes auf einem Papier (entstanden durch Selbstmord durch Schußverletzung in der rechten Schläfengegend), während die Kriminalpolizei fälschlich eine Vortäuschung von Blutflecken angenommen hatte und damit nicht Selbstmord, sondern Tötung durch fremde Hand. Es handelt sich um den durch die Zeitung gegangenen bekannten Fall eines italienischen Obsthändlers, der ermordet sein sollte und dessen Abschiedsbrief aus einem von ihm selbst verfaßten Filmmanuskript herrühren sollte und also zunächst nicht als echter Abschiedsbrief aufgefaßt worden war.

Nippe (Königsberg i. Pr.).

Canuto, Giorgio, e Luigi Migliardi: Sulla penetrazione nei bronchi in vita e post mortem del contenuto gastrico. (Über das Eindringen von Mageninhalt in die Luftwege im Leben und nach dem Tode.) (*Istit. di med. leg., univ., Torino.*) Arch. di Antrop. crimin. 48, 870—891 (1928).

Angesichts der Wichtigkeit der Frage des Eindringens von Mageninhalt in die Luftwege im Leben oder nach dem Tode für die gerichtliche Medizin suchen die Verff. durch Experimente dieselbe zu entscheiden. Sie töteten einige Tiere durch Aspiration von Reisbrei, dem etwas Salzsäure und Pepsin zugesetzt waren. Der Tod trat in allen Fällen relativ langsam nach etwa $\frac{1}{2}$ Stunde ein, da zunächst trotz Narkose der größte Teil des Reisbreies ausgehustet wurde. Der histologische Befund zeigte in allen Lungenabschnitten abwechselnd zum Teil Stellen von Emphysem mit Zerreißen der Alveolarwände und Konfluenz mehrerer Alveolen, zum Teil starke Kongestion mit hochgradiger Verdickung der Septen und strotzender Blutfülle der Capillaren und auch Austritt von Blutkörperchen sowie alle Stadien von Übergängen. Ganz normales Lungengewebe wurde nirgends getroffen. Ein anderes Versuchstier, das durch Trachealverschluß getötet wurde und innerhalb 5 Minuten ad exitum kam, ergab im großen und ganzen denselben Befund, nur war an einzelnen Stellen noch normales Lungengewebe anzutreffen — wohl infolge des relativ rasch eingetretenen Todes. In diesem Falle wurde der Reisbrei nach dem Tode durch die natürliche Schwere einfließen gelassen. Er wurde bei der Obduktion in den feinsten Bronchien und sogar in einzelnen Alveolen gefunden. 2 andere Versuchstiere wurden durch Kopfschüsse getötet und der Reisbrei nach dem Tode in gleicher Weise eingeführt. Es fand sich überall normales Lungengewebe. Die Veränderungen der Bronchialschleimhaut waren stets die gleichen, ob der Brei im Leben oder nach dem Tode eingedrungen war. Die Schlüsse, die daraus gezogen werden können, sind: Bei einem Befunde von normalem Lungengewebe ist ein Erstickungstod durch Aspiration von erbrochenem Mageninhalt mit Sicherheit auszuschließen. Bei dem Befunde von abwechselnden Stellen von Verdichtung und Emphysem des Lungengewebes ist Erstickungstod durch Aufnahme von erbrochenem Mageninhalt in die Luftwege nur dann anzunehmen, wenn andere Arten von Erstickungstod ausgeschlossen werden können.

A. Lorenz (Innsbruck).

Prokop, Fr.: Komplizierter Erstickungstod. Čas. lék. česk. 1928 II, 1453—1458 [Tschechisch].

Mitteilung eines eigenartigen Unfalles. Ein in einer Zuckerfabrik beschäftigter Ingenieur war durch den schadhafte Bretterdeckel eines Kondensationswasserreservoirs in dieses hineingefallen. Das Reservoir hatte einen Zufluß von heißem Wasser, das dann vermittels einer elektrisch betriebenen Pumpe durch ein vom Boden des Reservoirs senkrecht abgehendes und in seinem Verlaufe 5mal rechtwinklig abgelenktes Röhrensystem abgezogen und in 3 Rüdingersche Kanäle geleitet wurde. Die Röhre, die an ihrem Abgange vom Reservoir einen Durchmesser von 45 cm hatte, verjüngte sich in ihrem Verlaufe 4mal um je 5 cm bis auf 20 cm. Durch die starke Strömung wurde der Körper des Ingenieurs in die Abflußröhre hineingezogen und 210 m weit mit fortgerissen bis zu jener Stelle, wo sich die Röhre von 25

auf 20 cm Durchmesser verengte. Hier blieb der Körper stecken. Die Leiche, die hochgradig deformiert war, konnte erst nach Aufsägen der Röhre aus ihr entfernt werden. Neben multiplen Knochenfrakturen, Rupturen verschiedener Organe und Reißwunden fanden sich Verbürhungen 1. und 2. Grades über dem ganzen Körper und in den peripheren Teilen der Lungen und subpleural Ertränkungsflüssigkeit. Es lag also eine Konkurrenz der Todesursachen vor. Der Gesamtdruck auf den Körper betrug 700 kg bei einer Geschwindigkeit des Wassers von 13 m in der Sekunde. Dies erklärt auch, wieso trotz des großen Widerstandes an den Abknickungen der Röhre der Körper doch so weit fortgerissen werden konnte. *Marx* (Prag).

Kindesmord.

Ibrus-Määr, A.: Über den Kindesmord auf Grund des Sektionsmaterials des gerichtsarztlichen Instituts der Universität Tartu. *Eesti Arst* 7, 412—417 (1928) [Estnisch].

Bericht über 43 Fälle von Kindesmord = 30% sämtlicher 1920—1927 obduzierter Neugeborener und Feten. Unter den ermittelten Müttern waren 92,3% ledig, die meisten Landarbeiterinnen. In 10 Fällen handelte es sich um passive, in 33 Fällen um aktive Kindstötung, hauptsächlich um gewaltsame Erstickung (12 Fälle von Erwürgen bzw. Erdrosseln, 4 Fälle von Verlegung der Atemöffnungen, 4 Fälle von Ertränken); ferner 7 Fälle von stumpfen Kopfverletzungen, 3 Fälle von Vergiftung (As, KCN, CO), 1 Fall von Stichverletzung des Herzens (mit geschärftem Eisendraht), 2 Fälle von Shockwirkung (Quetschung des Unterleibes, der Hoden; im letzteren Falle konnte Selbsthilfe — Geburt in Steißblage — nicht ausgeschlossen werden). Verf. wendet sich gegen die etwas laue Handhabung der strafrechtlichen Sanktionen seitens der Gerichte (vielfach Freispruch, selten ein Höchstmaß der Gefängnisstrafe von 4 Jahren), um so mehr, da auf Grund des neuen Fürsorgegesetzes jede ledige Mutter ihr Neugeborenes in einem staatlichen Kinderheim kostenlos unterbringen kann. *S. Talvik* (Tartu).

Scolari, Enea Giuseppe: *Infanticidio per esposizione al freddo e per avvelenamento con la chinina.* (Kindesmord durch Aussetzen in Kälte und Vergiftung durch Chinin.) (*Istit. di med. leg., univ., Pavia.*) *Boll. Soc. med.-chir. Pavia* H. 6, 1155—1169 (1928).

Nach dem italienischen Gesetz versteht man unter Kindesmord die Tötung eines noch nicht standesamtlich eingetragenen Kindes bis zu einem Lebensalter von fünf Tagen nach der Geburt, um die eigene Ehre oder die der Mutter usw. zu retten.

In dem vorliegenden Falle setzte die Großmutter das neugeborene Kind ihrer unverheirateten Tochter am 22. IV., an einem ungewöhnlich kalten Morgen, von 9 Uhr bis 1 Uhr nachmittags im Garten der Kälte aus. Sie holte das Kind erst auf Vorstellungen ihrer Nachbarin vom Garten. Am gleichen Tage verabreichte die Großmutter dem Kinde 4 Tabletten gleich 0,8 g Chinin in einem Löffel voll Wasser. Die Meldung des Kindes erfolgte durch die Hebamme am nächsten Tage ohne authentische Zustimmung der Mutter, die bei illegitimen Kindern gefordert wird. Der Tod des Kindes erfolgte am 26. IV. Bei der Obduktion zeigte die Leiche des Kindes eine Lungenentzündung in beiden Oberlappen und im rechten Unterlappen und außerdem außer Blutstauung in Leber und Milz die Zeichen einer hämorrhagischen Entzündung im Magen und oberen Dünndarmabschnitt, sowie Reste eines weißen Pulvers in der Pylorusgegend. Die chemische Untersuchung ergab Chinin in den Organen. Verf. glaubt nun die Chininvergiftung als die eigentliche Todesursache ansprechen zu müssen. Für den ärztlichen Sachverständigen waren somit alle Kriterien des Kindesmordes gegeben, nicht jedoch für den Juristen. Es mußte entschieden werden, ob die Eintragung rechtskräftig sei oder nicht, und ob die zweite Bedingung der „Ehrenrettung“ überhaupt in Betracht komme, da ja die Geburt schon bekannt gegeben worden sei. Im Falle der Verneinung des Kindesmordes würde natürlich die Verurteilung erfolgen wegen Mord.

Verf. geht dann ein auf die Häufigkeit der Vergiftungen durch Chinin überhaupt und mahnt zur größeren Vorsicht in der Verabfolgung von Chinin. (Merkwürdig mutet einen wohl an, daß zur Beurteilung des Verbrechens nicht der Zeitpunkt der inkriminierten Handlung, sondern der des eingetretenen Erfolges dient.) *A. Lorenz.*

Falcone, Pompeo: *L'infanticidio in Cina.* (Der Kindesmord in China.) *Arch. di Antrop. crimin.* 48, 665—678 (1928).

Nach historischen und kritischen Betrachtungen unter Hinweis auf die reiche Literatur kommt Verf. zum Schluß, daß der Kindesmord in China häufiger als in Europa und mehr im Süden als im Norden, bei der ursprünglichen Bevölkerung, betrieben wird. Er ist aber