

sich immer dicht oberhalb des Zwerchfelles befinden, so schlägt der Autor als Krankheitsbezeichnung „juxtadiaphragmatische Oesophagusruptur“ vor. CHAMBERLAIN und BYERLY wiesen experimentell nach, daß bei der Entstehung solcher sog. Spontanrupturen auch extraoesophageale Gewalteinwirkungen, welche eine plötzliche Erhöhung des intraoesophagealen Druckes bewirken, eine Rolle spielen. Derartige Traumen muß man bei der Fahndung nach der Ursache solcher Oesophagusläsionen beachten. Die Kasuistik im Schrifttum lehrt ferner, daß Männer (Alkohol!) gegenüber Frauen erheblich häufiger erkranken (85—90% der Fälle). Symptomatologie: Zunächst Schmerzen hinter dem Sternum, die zwischen die Schulterblätter ausstrahlen, Zeichen des Schocks, Schmerzen im Epigastrium, Erbrechen, manchmal Haematemesis. Typisch ist der Röntgenbefund: Hydro-Pneumothorax, Emphysem, Kontrastmittel in der Pleurahöhle. Die Ruptur liegt immer dicht oberhalb des Zwerchfelles, und zwar hinten seitlich. Als Therapie der Wahl muß der operative Eingriff bezeichnet werden. Wenn auch gelegentlich mittels konservativer Therapie ein Patient die schwere Erkrankung überlebte, so besteht nur bei Thorakotomie und Verschuß der Perforation die Aussicht, daß der Betroffene überlebt. Abschließend wird ein einschlägiger Fall beschrieben, bei dem erst postmortal die Diagnose gestellt wurde.  
UNGERECHT (München)<sup>oo</sup>

**Gerhard E. Voigt: Über das Auftreten von Verkalkungen in der Niere beim Diabetes mellitus.** [Inst. f. Gerichtl. Med. u. Path. Inst., Univ., Lund.] Acta path. microbiol. scand. 41, 479—482 (1957).

Verf. untersucht bei 35 Diabetikern die formalinfixierten Nieren mittels histochemischer Methoden auf Calciumablagerungen. — In 18 Fällen fanden sich Verkalkungen, deren Lokalisation mit metastatischen Kalkherden bei anderen knochenzerstörenden Erkrankungen übereinstimmen. Ein Zusammenhang mit gleichzeitig vorgefundener Glomerulosklerose oder mit Mediaverkalkungen ließ sich nicht feststellen, ebenso keine Abhängigkeit von Dauer oder Schwere des Diabetes.  
A. HUNZIKER (Zürich)<sup>oo</sup>

**Gabriel Stiris: Meconium peritonitis and meconium ileus.** (Meconiumperitonitis und Meconiumileus.) [Røntgenavd., Rikshosp., Oslo.] Nord. Med. 59, 808—809 mit engl. Zus.fass. (1958) [Norwegisch].

Meconiumperitonitis tritt als Folge eines Defektes oder Perforation des fetalen Darmes auf. Es handelt sich um eine abakterielle chemische Entzündung mit Verkalkungen im Gefolge, die auch röntgenologisch festgestellt werden können. Meconiumileus tritt in der Neugeborenenperiode meist als Folge einer cystischen Pankreasfibrose auf. Infolge des Mangels an Pankreassekret kommt es zu einer Eindickung des Darminhaltes, Ileus und eventuell Peritonitis. Beschreibung eines Falles von Meconiumperitonitis.  
G. E. VOIGT (Lund)

## Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache

● **Johannes Zeissler, Carl Krauspe und Luise Rassfeld-Sternberg: Die Gasödeme des Menschen. Allgemeine bakteriologische und pathologisch-anatomische Grundlagen.** Bd. 1: Geschichte, Beziehungen zur Veterinärmedizin, Bakteriologie und allgemeine Pathologie. Darmstadt: Dr. Dietrich Steinkopff 1958. XII, 287 S., 13 Abb. u. 19 Tab. Subskriptionspreis DM 46.—.

Der erste Band dieses Werkes ist wegen der widrigen Umstände 14 Jahre später als geplant, erschienen. Es soll die deutschen Erfahrungen bezüglich der Gasödeme des Menschen mit Hilfe der Gewinnung sauberer Kulturformen unter klassischen Bedingungen in den beiden Weltkriegen der Vergessenheit entreißen und für das zivile Leben nutzbar machen. Im Auslande gibt es bereits umfassende Darstellungen der anaeroben Bacillen von PRÉVOT, BROCARD u. a., die jedoch mehr die physiologisch-chemischen Untersuchungen der Antigene und Antikörper berücksichtigen. Nach einer Einleitung werden die Tierkrankheiten, die durch begeißelte anaerobe Bacillen (Rauschbrand, maligne Ödeme und andere Krankheiten wie die Bradsot- und die Ikterohämoglobinurie der Rinder) und durch geißellose anaerobe Bacillen hervorgerufen werden, beschrieben. Es folgen die Toxine und andere wichtige Stoffwechsellösungen der Gasödembacillen. Dann kommen die wichtigsten anaeroben Bacillen, die bakterielle Ätiologie der Gasödeme und die histologischen Veränderungen bei den Gasödemem der Meerschweinchen und des Menschen, abhängig von Wechsel und Mischung der Gasödembacillenarten und der Gasödembacillenarten-

gruppen (Mono- und Mischinfektion) zur eingehenden Besprechung. Das Werk ist ein wertvoller Ratgeber in einschlägigen Fällen und beweist dem Gerichtsarzt die Wichtigkeit einer zusätzlichen bakteriologischen Untersuchung.  
RUDOLF KOCH (Halle a. d. Saale)

**Emilio Calogerà: Su un raro caso di omicidio mediante forbici.** (Schere.) [Ist. di Med. leg. e Assicuraz., Univ., Genova.] Med. leg. (Genova) 5, 629—632 (1957).

**J. Trillot, J. Bernardy et F. Marmillon: Plaie du cœur par coup de couteau. Siège inhabituel.** (Ungewöhnlicher Sitz einer Herzwunde durch einen Messerstich.) [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, 18. X. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 310 (1957).

Messerstich mit Taschenmesser in die vordere Brusthöhle. Die Klinge drang in den 6. Zwischenrippenraum ein und erreichte die untere Vorderseite des Herzens, ohne das Brustfell, die Lunge oder das Zwerchfell zu verletzen. Eine 1 cm große Wunde im rechten Ventrikel in winklecker Form.  
A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**R. L. Gupta and R. I. Keen: An unusual case of cardiac injury.** (Eim ungewöhnlicher Fall von Herzverletzung.) [City Hosp., Nottingham.] Lancet 1958 I, 1157.

Beim Einsetzen einer Fensterscheibe in einem Gewächshaus zerbrach das Glas. Ein unten stehender 32jähriger Mann schrie auf, erklärte getroffen zu sein, und kollabierte. Er wurde aufgenommen im Zustand schweren Schocks, mit schnappender Atmung und mit kleiner 2 cm langer Wunde im 3. rechten Interostalraum nahe dem Sternumrand, aus der Blut in großer Menge austrat. Die Röntgenaufnahme ergab umfangreichen rechtsseitigen Erguß mit Verdrängung des Mediastinums nach links. Bei der an sich erfolgreichen Operation zeigten sich Verletzungen der A. mammaria int., des N. phrenicus, des Perikards und des rechten Herzohres, in dem ein dreieckiger, spießförmiger Glassplitter — 6,5 cm lang und an der Basis 1,8 cm breit — steckte. Im Schock trat 2 Std später der Tod ein. Als ungewöhnlich wird hervorgehoben, daß ein derart kleiner und leichter Glassplitter nach Fall aus nur 3 m Höhe Weste, Hemd, Haut und Muskulatur durchspießen konnte und so schwere innere Verletzungen hervorgerufen hat.  
RAUSCHKE (Heidelberg)

**H. Ollivier, F. Robert et J. Quicke: Suicide «combiné» par ingestion de digitaline et égorgement.** (Kombinierter Selbstmord durch Einnahme von Digitalis und Halschnitt.) Ann. Méd. lég. 38, 40—41 (1958).

Die Leiche eines sehr angesehenen, beruflich überaus qualifizierten Mannes war in dessen Wohnung in einer Blutlache aufgefunden worden. Am Hals fand sich eine tiefe Schnittwunde, die nach Lage des Falles mit einem scharfen Küchenmesser suicidal angelegt worden war. Im Magen und oberen Dünndarm, nicht aber in sonstigen Organen, wurde toxikologisch Digitalis nachgewiesen. Die Verf. sehen das Besondere des Falles nicht in der Kombination von Selbstmordmitteln, vielmehr in dem Umstand, daß hier eine gebildete Persönlichkeit eine ihrem kulturellen Rang wenig gemäße Selbsttötungsart gewählt hatte.  
BSCHOR (Berlin)

**J. Trillot et F. Marmillon: Corps étranger du rein. Découverte d'autopsie.** (Fremdkörper in der Niere. Obduktionsbefund.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 18. X. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 313 (1957).

Bei Obduktion eines ertrunkenen 3 Monate alten Säuglings finden die Urheber in der 1. Niere eine 4 cm lange Nähnadel ganz in das Organ eingeschlossen mit Ausnahme der Spitze, die einige Zentimeter hervorsteht. Die Nadel war oxydiert, und der Bereich der Niere zeigte keinerlei Blutunterlaufung. Es muß angenommen werden, daß die Nadel sich schon ziemlich lange in der Niere befand und gut vertragen wurde. Unerklärlich ist die Art des Eindringens in den Körper.  
A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**Alfred Angrist: The importance of the time interval factor in the relationship of trauma to tumor.** [Albert Einstein Coll. of Med., Bronx, New York.] J. forensic Sci. 3, 353—363 (1958).

**Karl-Heinz Strangmann: Über spontane und traumatische Blutungen der Hirnhäute.** Jb. Akad. Staatsmed. Düsseldorf 1958, 91—97.

**M. Klingler und H. R. Schultheiss: Über die Blutungsquelle beim akuten subduralen Hämatom.** [Neurochir. Abt., Chir. Univ.-Klin. u. Path.-Anat. Anst., Univ., Basel.] Dtsch. med. Wschr. 1958, 568, 574—576.

Die Frage nach der Blutungsquelle wurde bei 4 eigenen Fällen bioptisch bzw. autoptisch überprüft. — In einem Fall fand sich eine ausgedehnte Hirnkontusion mit Zerreißung der Arachnoidea und leptomeningealer Gefäße. In solchen Fällen verursacht die Deutung der Ursache des Hämatoms keine Schwierigkeiten. — In einem weiteren Fall konnte die Blutungsquelle nicht gefunden werden. — Von besonderem Interesse sind 2 Fälle, bei denen als Blutungsquelle jeweils ein kleines wandständiges Loch in einem Gefäß — einmal einer temporalen Vene, einmal der A. cerebri media — bei erhaltener Kontinuität des Gefäßes nachgewiesen werden konnte. Die Verf. erklären die seitlichen Löcher mit einer Prellwirkung. Während bei dem ersterwähnten Fall mit der ausgedehnten Kontusion unter anderem auch eine Gefäßwandverletzung durch einen Knochensplitter nachgewiesen werden konnte, ist bei den letzten beiden Fällen eine derartige Verursachung unwahrscheinlich. Loew (Köln)<sup>o</sup>

**J. Trillot, R. Loubet, F. Marmillon et J.-J. Barthe: Diabète insipide consécutif à un traumatisme crânio-encéphalique.** (Diabetes insipidus nach encephalitischem Schädeltrauma.) [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, 18. X. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 311—312 (1957).

Ein 12jähriger Junge wird von einem Auto überfahren. Starke Gehirnerschütterung mit mehrstündigem Koma. Keine Knochenverletzung auf der Röntgenaufnahme zu sehen. Gleich am anderen Morgen nach dem Unfall beginnt der Verletzte in übertriebener Weise Flüssigkeit aufzunehmen; diese Polydipsie (etwa 6 Liter pro Tag) hält seitdem an mit Polyurie (zwischen 4,5 und 5,5 Liter Urin pro Tag) Urin ohne Glucose und Eiweiß; neurologischer Befund normal. Liquor normal. Wassermannsche Reaktion negativ. — Verf. sehen diesen Diabetes insipidus nicht als hypophysären, sondern als nervösen Ursprung der Tuber cinereum-Verletzung an. Es besteht Kausalität mit dem Schädeltrauma. A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**G. Petit, J. Champeix et B. Montrieul: Mort par syndrome central de la moelle cervicale sans lésions osseuses, apparu après un traumatisme cranien minime.** (Tödliches Zentralsyndrom des Cervicalmarkes ohne Knochenläsion nach geringem Schädeltrauma.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 9. XII. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 378—380 (1957).

Ein 61jähriger gesunder Arbeiter ist am 20. 10. 55 um 5 Uhr abends Opfer eines Arbeitsunfalles; beim Wiederaufrichten unter einer Maschine stößt er mit dem Kopf gegen Eisen. — Ohne Behandlung arbeitet er weiter bis 9 Uhr, sowie auch den folgenden und übernächsten Tag. Er beklagt sich über starke Kopfschmerzen, Atembeschwerden, motorisches Defizit der oberen Gliedmaßen; eine Quadriplegie mit schweren Atembeschwerden erfordert eine Aufnahme im Spital am 23. Oktober. Schädel und Wirbelsäule röntgenologisch o. B. Exitus am 8. November, 18 Tage nach dem Unfall. Leichenbefund: weder Verrenkung noch Knochenbruch des Rückgrades. Histologie des Cervicalmarkes: segmentäre Degenerierung mit großen Wanderzellen. Keine Läsion des restlichen Nervensystems. — Verf. führen die Erscheinungen auf eine Hyperflexion des Halsmarkes zurück und nehmen einen traumatischen Ursprung der Veränderungen und des Todes an. A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**E. Müller: Diagnose und Beurteilung der Boxerencephalopathie.** [Neurol. Klin., Städt. Krankenanst., Dortmund.] Mschr. Unfallheilk. 61, 117—123 (1958).

Die Boxerencephalopathie entsteht durch die Summation gedeckter Hirntraumen aller Grade, die nicht oder ungenügend ausgeheilt sind. Die nachweisbaren pyramidalen und extrapyramidalen neuralen Feinsymptome weisen auf eine multiloculäre cerebrale Störung hin, sind aber durchaus unspezifisch. Die differentialdiagnostische Abgrenzung erfordert oft lange Verlaufsbeobachtung, z. B. gegenüber multipler Sklerose. Bei solchen Feinsymptomen und entsprechendem psychischem Abbau (Konzentrationsstörungen, Kritikschwund, Verlangsamung, vorzeitige Alterung) werde die Diagnose Boxerencephalopathie sehr wahrscheinlich, wenn eine aktive Boxeranamnese (auf die manchmal der Untersuchte selbst nicht aufmerksam macht) zu erheben ist. Die latente chronische Schädigung werde oft durch ein bestimmtes, vielleicht nicht einmal schweres Kopftrauma klinisch manifest. Wenn dann die kausale Valenz gerade dieses Traumas gutachtlich zu beurteilen sei, gelinge eine Abgrenzung oft schwer. Man müsse

sich mit gutachtlichen Teillösungen zufrieden geben, die zudem den Vorteil haben, auch den weiteren Verlauf später noch gutachtlich im Auge behalten zu können. An 3 Fällen werden die gutachtlichen Schwierigkeiten aufgezeigt (2 frühere Boxer kamen nicht mehr zu den Untersuchungen, als sie merkten, daß nicht das in Anspruch genommene Kriegs- usw. -Trauma, sondern das Boxen als wesentliche Ursache ihrer Leiden angesehen wurde). Es wird nachdrücklich darauf hingewiesen, daß das geschädigte Gehirn besonders vulnerabel ist und deshalb bei neuerlichen Einwirkungen besonders lange und sorgfältige Ausheilung anzustreben ist.

BSCHOR (Berlin)

**E. Olivier et M. Cénac: A propos du syndrome subjectif post-commotionnel.** Ann. Méd. lég. etc. 38, 38—40 (1958).

Nach den bisherigen Erfahrungen besteht oft ein Mißverhältnis zwischen den tatsächlichen traumatischen Gehirnschädigungen und den subjektiven Erscheinungen bei den Verletzten. Rein subjektive Syndrome werden oft auch beim Fehlen des geringsten objektiven physikalischen und neurologischen Befundes beobachtet. Man darf dabei nicht vergessen, daß post-traumatische Störungen ihrem Wesen nach in Gehirnen auftreten, die ihrer Struktur und ihrer Lagerung im Schädel nach voneinander sehr verschieden sind. Bemerkenswert sind Störungen des Gedächtnisses und des Auffassungsvermögens. Störungen im Gedankenablauf zeigen sich in einer Verlangsamung des Vorstellungsvermögens und in der Verzögerung bei der Beantwortung von Fragen. Diese Erscheinungen sind oft begleitet von den Merkmalen einer „psychischen Asthenie“, von Apathie oder sogar Stupor. Schlafstörungen und Störungen in der sexuellen Sphäre, die zur Frigidität und zum sexuellen Unvermögen führen können, sind nicht selten. Stimmungsschwankungen, Charakterveränderungen, Niedergeschlagenheit, Antriebsmangel und Depression werden häufig beobachtet. Hinzukommt eine besondere Empfindlichkeit gegen Alkohol, womit das typische Bild der neuro-vegetativen Dystonie beschrieben ist. Zu den nicht immer zum subjektiven Syndrom passenden objektiven postkommotionellen Merkmalen ist zu sagen, daß das Encephalogramm nur dann beweisenden Wert hat, wenn für ein Trauma sprechende typische Veränderungen festgestellt wurden. Das Fehlen jeglicher Anomalie im Encephalogramm spricht nicht eindeutig für das Nichtvorhandensein einer postkommotionellen Schädigung. In der Rückenmarkflüssigkeit besteht oft Hochdruck. Festzuhalten ist, daß das Fehlen objektiver Symptome und lediglich das Vorhandensein subjektiver Symptome das Vorliegen einer postkommotionellen Gehirnschädigung nicht ausschließt. GERSBACH (Wiesbaden)

**P. M. Steiner: Primo-infection tuberculeuse par traumatisme.** (Tuberkulöse Primärinfektion durch Trauma.) Schweiz. med. Wschr. 1958, 168—170.

Kasuistische Mitteilung über eine tuberkulöse Primärinfektion bei einem 4 $\frac{1}{2}$ -jährigen Kind, die sich nach einer Schädelverletzung entwickelte. Das Kind, welches auf einem Felde Ziegen hütete, wurde beim Spiel mit anderen Kindern durch einen faustgroßen Stein am Hinterkopf verletzt. Nach sofortiger chirurgischer Versorgung der entstandenen Weichteilwunde und eines Schädelbruches erfolgte zunächst Heilung p.p. Vier Wochen nach dem Unfall Auftreten bilateraler Lymphknotenschwellungen im Nacken. Nach weiteren 4 Wochen brach die Narbe wieder auf und es bildete sich eine Fistel, die im April 1953 excidiert wurde. Es fand sich entzündliches Granulationsgewebe, während die Schädelknochen geheilt waren. Eine histologische und bakterielle Untersuchung des Granulationsgewebes wurde versäumt. Danach wieder glatte Heilung, jedoch kam es zu Kalkablagerungen im Weichteilgebiet der Narbe. Von 1953—1956 traten unter Fistelbildung erneute Anschwellungen der hinteren cervicalen und Nackenlymphknoten auf. Einige derselben wurden exstirpiert, ihre histologische Untersuchung ergab typisches tuberkulöses Granulationsgewebe, jedoch konnten B. K. nicht nachgewiesen werden. Eine im Februar 1954 angestellte Moro-Probe fiel positiv aus. Röntgenaufnahmen zeigten 1956 erhebliche Kalkablagerungen in den befallenen Lymphknoten. Der ganze klinische Verlauf, das Auftreten von Lymphknotenschwellungen 6—8 Wochen nach dem Unfall, das histologische Ergebnis der exstirpierten Lymphknoten sowie der positive Ausfall der Tuberkulinprobe rechtfertigen die Annahme einer Inoculationstuberkulose. Die Frage, ob es sich dabei um humane oder bovine Tuberkulose gehandelt hat, blieb ungeklärt. Von besonderem Interesse ist die Erkenntnis, daß auch an Feldsteinen B. K. haften können, wahrscheinlich an den Teilen, die nicht dem Sonnenlicht ausgesetzt sind.

DROPE (Altlandsberg)<sup>oo</sup>

**H. Trede: Verletzung der drei oberen Brustwirbel durch Kopfsprung beim Baden.** Mschr. Unfallheilk. 61, 243—245 (1958).

**Franz-Karl Mörl: Melaena und Haematemesis als Symptome der Leberruptur.** [Chir. Univ.-Klin., Tübingen.] Zbl. Chir. 82, 2051—2054 (1957).

Gelegentlich kommt es bei stumpfen Bauchverletzungen außer den Rupturen der Leberoberfläche auch zu zentralen Lebertraumen, die dann nach einigen Tagen zu Melaena oder Haematemesis führen können — Symptome die zu diesem Zeitpunkt dann häufig falsch gedeutet werden. An Hand eines eigenen Falles weist der Verf. auf die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose hin und erörtert anschließend einige operative Möglichkeiten (Choledochusdrainage, Cholecystektomie, Cholecystostomie, Unterbindung des rechten Astes der A. hepatica), wobei er zu dem Schluß kommt, daß es eine Operation der Wahl nicht gibt. Am sichersten und erfolgversprechendsten scheint noch das Eröffnen der zentralen Rupturstelle bzw. des Hämatoms mit anschließender Drainage und Tamponade zu sein. SCHENK (Heidelberg)<sup>oo</sup>

**H. Kalk und M. L. Knüppel: Ulcus und Stress. Erörterungen zu einem Fall von traumatischen Ulcus ventriculi.** [Inn. Abt., Stadtkrankhs., Kassel.] Med. Sachverständige 54, 133—135 (1958).

**H. R. Labs: Spontane Berstungsruptur der perianalen Haut.** [Chir. Abt., Allg. Krankenh., Hamburg-Altona.] Mschr. Unfallheilk. 61, 218—220 (1958).

Entgegen der Ansicht von HELLSTRÖM (1914) wurde eine 7 cm tiefe, halbkreisförmige Berstung der Haut und des perianalen Gewebes bei einem 31jährigen Mann als Unfallfolge anerkannt. Das Gewebe war gesund, der Riß verlief in 1 cm Abstand halbseitig neben dem After. Der Verletzte hatte versucht, eine kippende, 482 kg schwere Platte zu halten und war dabei in die Hocke gedrückt worden. Folgenlose Heilung. Der Mechanismus konnte nicht geklärt werden. — Kurzreferat der Literatur seit 1880. LOMMER (Köln)

**E. Schima: Tödliche Sepsis nach banalen Verletzungen.** [I. Chir. Univ.-Klin., Wien.] Klin. Med. (Wien) 13, 193—196 (1958).

Bericht über eine tödliche thrombophlebitische Sepsis nach geringfügiger Verletzung des linken Kleinfingers an einem Kistennagel. Tod trat nach 13 Tagen trotz antibiotischer Behandlung ein, nachdem es am Tage nach der Verletzung zu einem weiteren leichten stumpfen Trauma des rechten Knies mit anschließender Kniegelenkspneumonie gekommen war. In diesem Zusammenhang wird auf die Wichtigkeit der chirurgischen Beseitigung des Sepsisherdes, im vorliegenden Falle eine Amputation, hingewiesen. DÜRWARD (Rostock)

**H. Imdahl und U. Gött: Einige Bemerkungen zur Prognose des Tetanus.** [Chir. Univ.-Klin., Bonn.] Langenbecks Arch. klin. Chir. 288, 162—170 (1958).

In den letzten 30 Jahren wurden in der Universitätsklinik Bonn 43 Tetanus-Fälle behandelt. Auf Grund der dabei gemachten Betrachtungen kommen Verf. zu der Überzeugung, daß das Krankheitsbild des Tetanus nicht mehr nach dem Verhältnis der Inkubationszeit zur Letalität, sondern vielmehr nach der Verlaufsform der Krankheit eingeteilt werden sollte. Nach dieser Verlaufsform unterscheiden sie 1. eine leichte Form mit Lokalerscheinungen, die sich uni- oder multilokal zeigen, 2. mittelschwere Formen mit vereinzelt Krampfstoßen und 3. eine schwere Form mit gehäuften generalisierten Krämpfen. Es zeigt sich, daß die verschiedenen Verlaufsformen in ihrer Qualität sich durch keinen Therapieversuch beeinflussen lassen. Die Letalität bei den schweren Fällen beträgt fast 100%. Unter Berücksichtigung der Verlaufsformen zeigte sich, daß das Verhältnis Inkubationszeit zu Letalität nicht zur Beurteilung der Prognose herangezogen werden kann. Vielmehr sagt die Invasionszeit über die Prognose etwas aus. Die Heilungstendenz ist um so günstiger, je länger die Invasionszeit ist. Diese kann aber durch Gaben von großen Mengen Antitoxin und Penicillin neben Sedativa beeinflusst werden. Für die Prognose ist weiterhin der Beginn der Behandlung von größter Bedeutung, sie ist um so günstiger, je früher die Behandlung einsetzt. Eine entscheidende Rolle spielt auch der Allgemeinzustand der Patienten sowie das Alter. Die günstigste Prognose hat dabei das 2. Lebensjahrzehnt. Die Überführung jeder an Tetanus erkrankten Person in eine geeignete Klinik ist unerlässlich, da man hier allen Komplikationen am besten vorbeugen kann und da der Krankheitsverlauf auch nach Einleitung aller therapeutischen Anfangsmaßnahmen noch nicht überschaubar ist. Es ist noch zu erwähnen, daß der Verlauf des Tetanus bei verspäteter Wundversorgung im negativen Sinne beeinflußt werden kann, weil die in der Wunde liegenden Toxinateile durch die Manipulation an der Wunde mobilisiert werden können. Es erscheint daher angezeigt, auch vor einer sekundären Wundversorgung Serum zu applizieren. WESCHE (Hannover)<sup>oo</sup>

**Margaret Ritzmann: Die zerebrale Fettembolie.** [Neurochir. Univ.-Klin., Kantonsspit., Zürich.] Psychiatr. et Neurol. (Basel) 135, 301—342 (1958).

Die Fettembolie ist eine gefürchtete Komplikation bei Knochenbrüchen, nicht nur bei älteren Personen. An Hand eigener Fälle und Fällen aus dem Schrifttum wird auf die Symptomatologie und besonders auf die Abgrenzung gegenüber der Hirnkontusion bzw. der intrakraniellen Blutung hingewiesen. Auf Veränderungen an der Haut, am Augenhintergrund, an Kreislauf und Lunge und im Urin ist bei Verdacht besonders zu achten. Im Liquor gelingt der Fettnachweis nur selten. Prophylaktische und therapeutische Maßnahmen werden vorgeschlagen.

KAZMEIER<sup>oo</sup>

**Richard Ford: Death by hanging of adolescent and young adult males.** (Tod durch Erhängen von jugendlichen und jüngeren erwachsenen Männern.) [Dept. of Leg. Med., Harvard Med. School, Boston.] J. forensic Sci. 2, 171—176 (1957).

Sechs Fälle, in denen das Erhängen meist als Unfall bei autoerotischen Handlungen eingetreten war. Die Genitalien waren bloßgelegt, an der Leiche oder in der Umgebung wurden verschiedene Zeichen von unnatürlicher geschlechtlicher Betätigung gefunden (Fesselungen, das Seil auch um die Genitalien, Schlingen auch an anderen Stellen der Umgebung, Seifenstücke am Penis, Samen- und Lippenstiftspuren).

H. W. SACHS (Münster i. Westf.)

**J. Warin: Tentative de strangulation à la main.** (Versuch einer Erwürgung.) [Laborat. de Méd. lég., Univ., Liège.] [Soc. de Méd. Lég. et Criminol. de France, 18. XI. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 320—322 (1957).

Verf. teilt einen Fall des Versuchs einer Erwürgung mit, wobei sich das Opfer bis das Bewußtsein schwand, weitgehend an Einzelheiten erinnern konnte. Es wurden bei der körperlichen Untersuchung neben oberflächlichen Hautabschürfungen als Zeichen der Abwehr auch typische Spuren und Eindrücke der Fingernägel am Hals gefunden. Der Täter hatte offenbar den Eindruck, daß mit dem Eintritt der Bewußtlosigkeit auch der Tod erfolgt.

FRANZ PETERSOHN (Mainz)

**M. Guéniot et R. Michon: Pendaison mortelle accidentelle par ceinture de contention chez un enfant du premier âge.** (Zufälliges Erhängen eines Kleinkindes durch einen Haltegürtel.) [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 9. XII. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 372—373 (1957).

Ein 10 Monate altes Mädchen wurde von seiner Mutter mit einem 2,5 cm breiten Stoffband an seinem Stühlchen so festgebunden, daß das Band einen losen Gürtel, der noch Bewegungen gestattete bildete, jedoch ein Herunterfallen verhinderte. Die Mutter verließ das so gesicherte Kind. Als sie nach einer Stunde zurückkehrte war es zwischen den Gürtel und die Sitzfläche des Stühlchens herabgerutscht und hing, durch das Kinn festgehalten, tot in der durch das Band gebildeten offenen Schlinge. Die Untersuchung zeigte am Hals eine schräg von links oben nach rechts vorne über den Hals verlaufende Strangfurche, deren Breite sich mit jener des Stoffbandes deckte. Es konnte damit ein Erdrosseln ausgeschlossen werden. Offenbar ist das Kind durch Bewegungen abgerutscht, konnte sich nicht mehr befreien und erhängte sich auf solche Art. Bemerkenswert ist, daß trotz des geringen Körpergewichtes und des breiten Strangwerkzeuges eine so deutliche Strangfurche entstand.

PATSCHEDER (Innsbruck)

**I. Radian et Lucie Radovici: Sur un cas d'homicide par pendaison.** (Ein Fall von Mord durch Erhängen.) [Inst. Méd.-Lég., Bucarest-Roumanie.] [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France Ann. Méd. lég. 37, 232—236 (1957). 8. VII. 1957.]

Die Leiche eines Mannes fand sich aufgehängt an einem Balken über der Stalltür. Der Strick war 5,50 m lang und bildete eine Schlinge um den Hals mit Knoten am linken Kieferwinkel. Neben der Leiche stand eine Leiter. Trotz typischer Situation erregten Blut- und Schmutzflecke an Kleidern und Unterwäsche und einheitlich große Hautschürfungen und -blutungen an Gesicht, Kopf, Schulter, Brust, Rücken, Unterarmen, Händen und Oberschenkeln die Aufmerksamkeit der Untersucher. Besonders auffällig waren feine Blutungen in der Strangmarke rechts, Zungenbeinbruch und Serienfraktur der 2.—5. linken Rippen. Die Witwe erklärte, am Vorabend mit ihrem Mann eine tätliche Auseinandersetzung gehabt zu haben, dann aber mit ihrem 12jährigen Sohn wegen des Streites für die Nacht abwesend und bei ihren Eltern gewesen zu sein. Sie behauptete weiter, der trunksüchtige Mann werde im Rausch rabiat und füge sich

sogar selbst Verletzungen zu, so daß die festgestellten Verletzungen ihre Erklärung fänden. Die vielseitigen Verletzungen sprachen hingegen dafür, daß der Mann mehrere Angreifer gehabt hatte. Wegen des von allen Verdächtigen beigebrachten Alibis ließ sich die Tat zunächst nicht beweisen, bis einen Monat später eine Augenzeugin auftrat. Nun kam es zu dem Geständnis, daß die Ehefrau, ihr Freund und ihr Sohn den Betrunkenen zuerst bewußtlos gemacht und dann am Balken aufgehängt hatten, ohne anschließend zu vergessen, zur Vortäuschung einer Selbsttötung die verwendete Leiter neben dem Erhängten zu belassen. Von einer [nach unseren Erfahrungen besonders aufschlußreichen und daher wichtigen (Ref.)] Untersuchung des Punktes der Seilanbringung am Balken ist nichts erwähnt. RAUSCHKE (Heidelberg)

**Konstanty Dominiczak: Contribution to the morphological changes of the central nervous system of burned.** (Beitrag zu den morphologischen Veränderungen des Zentralnervensystems bei Verbrennungen.) [Zak. Anatomii Patologicznej Pomorsk. Akad. Med., Stettin.] Roczn. pom. Akad. Med. Swierczewskiego 3, 195—227 mit engl. Zus.fass. (1957) [Polnisch].

Der Autor untersuchte 28 Fälle tödlich verlaufener Verbrennungen, darunter 20 Kinder, unter besonderer Berücksichtigung morphologischer Veränderungen des Gehirnes. Die histologischen Untersuchungen betrafen Teile der Hirnrinde (Frontal-Temporal- und Occipitallappen, Gyrus centralis posterior), Thalamus, Brücke und verlängertes Mark. Die morphologischen Veränderungen sind teils dem Blutgefäßsystem zugeordnet — Stauung, wandständige und obturierende Thromben, Blutungen, hämolytische Erscheinungen, Exsudation eiweiß- und fibrinhaltiger Flüssigkeit — teils betreffen sie das Nervengewebe. Regelmäßig wurde Hirnödem beobachtet, öfter Zerfall des Tigroids und Vacuolisierung der Ganglienzellen, seltener Kernpyknose, vollständiger Zellerfall und Neuronophagie sowie ischämische Veränderungen, die fast ausschließlich die äußere Körner- und die Pyramidenzellschicht betrafen. Die beobachteten Erscheinungen sind jedoch weder spezifisch für Verbrennungen, noch ließ sich eine Abhängigkeit vom Grad der Verbrennung und ihrer Ausdehnung sowie der Überlebensdauer nachweisen. Gewisse Veränderungen des ZNS sprechen für eine hypoxämische Genese. BOLTZ (Wien)

**R. Sander: Fernsprechkzelle als Todeszelle.** [Dienststelle d. Gewerbeaufsichtsamt, Wiesbaden.] Zbl. Arbeitsmed. 8, 184—185 (1958).

Bericht über eine Explosion in einer neben einem Zeitungskiosk befindlichen Telefonzelle, deren Wände zur Schalldämpfung mit Dämmplatten belegt werden sollten. Dazu wurde eine offenbar in einem organischen Lösungsmittel gelöste Klebemasse verwendet. Da es kalt war, hatte man eine elektrische Heizsonne aufgestellt, um für das Klebemittel die erforderliche Temperatur zu erreichen. Nach dem Bestreichen der Wand wurde 20 min außerhalb der Zelle gewartet. Beim Wiedereintreten ergab sich mit dem Luftsauerstoff ein explosives Gemisch, die bestrichenen Flächen fingten Feuer und die beiden Arbeiter, die sich wegen der nach innen aufgehenden Türe nicht rasch befreien konnten, erlitten Brandwunden. SCHWERD (Erlangen)

**H. Neubauer: Das Elektrotrauma der Linse.** [Univ.-Augenklin., Marburg a. d. Lahn.] Elektromedizin 3, 225—229 (1958).

**H. Neubauer: Zur Begutachtung von Augenschäden nach Blitzschlag oder Elektro-unfall.** [Univ.-Augenklin., Marburg a. d. Lahn.] Elektromedizin 3, 255—260 (1958).

**J. Schulze: Tödlicher elektrischer Unfall durch Bruch des Nulleiters.** Zbl. Arbeitsmed. 8, 181—182 (1958).

Eine Handbohrmaschine war durch ein dreiadriges Gummikabel mit einem Schukostecker verbunden. In festverlegter Leitung führten ein Phasenleiter und ein Nulleiter zum Netz (Zwei-Leiter-System). Die Schutzkontakte der Schukodose waren mit der Nulleiterklemme verbunden. Da aus nicht mehr feststellbaren Gründen der Nulleiter unterbrochen war, kam es zu einer Gehäusespannung auf dem Umweg über die Maschine, zurück über die Steckdose und von hier über den „Schutzkontakt“ zum Gehäuse. Solange der Monteur die Bohrung durchführte und damit die Erdung über die Eisenkonstruktion, in welcher gebohrt wurde, vorlag, ereignete sich nichts. Erst als er bei noch laufendem Motor nach Fertigstellung des Loches den Bohrer herauszog, nahm der Strom den Weg zur Erde über den Körper des Mannes, was dessen plötzlichen Tod zur Folge hatte. SCHWERD (Erlangen)

**Eliška Klimková-Deutschová: Der Einfluß von Strahlen auf das Nervensystem.**  
[Neurol. Klin., Univ., Prag.] Arch. Gewerbepath. Gewerbehyg. 16, 72—85 (1957).

Nach kurzen einleitenden Bemerkungen über Röntgen- und Radiumstrahlen und deren schädigenden Einfluß auf den menschlichen Körper wendet sich Verf. der schädigenden Wirkung der elektromagnetischen Zentimeterwellen zu, indem sie zunächst die wichtigsten Untersuchungsergebnisse, die bisher in der Literatur dargelegt sind, kurz referiert. — Es folgt die Aufzählung der eigenen Untersuchungen, die an einer größeren Anzahl Personen beiderlei Geschlechts durchgeführt wurden. Die Untersuchten arbeiteten mit elektromagnetischen Strahlen im Bereich der Zentimeterwellen. Insgesamt konnten 86 Befunde, die teilweise mehrfach erhoben wurden, verwendet werden. (Unklar ist, ob es sich bei den Untersuchten um Personen handelt, die sich krank gemeldet hatten, oder ob Reihenuntersuchungen erfolgten. — Ref.) Subjektiv standen neben Klagen über Müdigkeit und Nervosität besonders solche über Kopfschmerzen im Vordergrund, nämlich bei 57,3% der Untersuchten. Objektive Symptome betrafen vorwiegend das Nervensystem und zwar 82,5% (!) Hirnnervenstörungen, 62,7% Pyramidenbahnzeichen und 58,1% extrapyramidale Symptome. Vegetative Symptome waren bei 63,9% vorhanden. — Es folgt ein Vergleich dieser Untersuchungsbefunde mit denen zweier Kontrollgruppen, deren eine aus mit Methylchlorid Arbeitenden und deren andere aus Patienten einer Neurosenambulanz besteht. (Erstaunlich ist der hohe Prozentsatz neurologischer Symptome — z. B. 57,1% Pyramidenbahnstörungen — dieser Neurosenpatienten, der auch das Ausmaß der pathologischen Befunde der Hauptuntersuchungsgruppe in ein anderes Licht rückt. Ref.) Abschließend werden Präventivmaßnahmen besprochen, die sich neben einer geregelten Arbeitszeit auch auf den Ausschluß einer bestimmten Krankengruppe (Hypertonie, vegetative Dystonie, Epilepsie u. a.) von der Arbeit mit elektromagnetischen Zentimeterwellen beziehen.

LAUSBERG (z. Z. Essen)<sup>o</sup>

**J. Schunk: Die Druckstoßverletzungen des Menschen.** Dtsch. med. Wschr. 1958, 1167—1170.

Übersichtliche Zusammenfassung der physikalischen Grundlagen der Druckstoßverletzungen beim Menschen, wie sie durch Explosion von Sprengstoff (Luftminen) oder von Atombomben zustande kommen, sowie der Physiologie, Pathologie und Therapie derartiger Verletzungen. — Größenordnung der Sprengwirkung von Atombomben im Vergleich zu modernen Sprengstoffen: eine Standard- oder x-Bombe (1 kg Uran 235) entspricht 20000 t Trinitrotoluol; die Hiroshima-Bombe = 0,7 Standardbombe, moderne H-Bomben = 1000—2000 x-Bomben. — Wesen des Druckstoßes: Durch die Detonation (etwa 100000 atü Anfangsdruck bei Atombomben) werden Verdichtungsstöße erzeugt, welche einerseits Druckwellen in der Luft auslösen, andererseits die Luftmassen in Bewegung setzen und Windgeschwindigkeiten bis 1000 km/h erzeugen. Die Druckwellen pflanzen sich zunächst mit Überschallgeschwindigkeit fort, werden sodann langsamer, bleiben aber schneller als die sich bewegenden Luftmassen, die nach der Detonation und nach Kompression infolge einer Sogwirkung im Explosionszentrum eine Umkehr ihrer Bewegungsrichtung erfahren. — Die Wirkung einer Atombombe steigt mit der Kubikwurzel der Ladung, so daß eine 1000 x-Bombe die 10fache Wirkung einer x-Bombe hat. Bei Explosion einer 1000 x-Bombe in 6000 m Höhe entsteht in einer Zone mit 8 km Radius eine Druckamplitude von 3,5—1,7 atü, welche bei Menschen, die sich hier im Freien aufhalten, tödliche oder schwerste Druckstoßverletzungen bewirkt. — Die Druckstoßverletzung hat Folgen wie eine schwere stumpfe Verletzung, etwa Aufschlag nach Sturz aus großer Höhe oder Überrolltwerden. Ihre Intensität ist vom Spitzendruck und der Dauer der Druckwelle abhängig, welche bei H-Bomben 10 sec betragen kann (bei Sprengbomben  $\frac{1}{100}$  sec), so daß eine Schubwirkung entsteht. Außer durch den Druckstoß werden Menschen durch geschleuderte Gegenstände verletzt, welche auf sie aufprallen (Glassplitter) oder durch das Anprallen gegen schwerere Gegenstände (Mauertümmer) nach Schleuderung. Insbesondere die Sogwellen bewirken Schleuderungen. — Bezeichnend für Druckstoßverletzung sind Abreißen der Kleidung und innere Organzerreißen bei intakter Hautdecke. Thermische und Strahlenschäden können hinzukommen. — Die Druckstoßverletzung der Brustorgane geschieht *nicht* über die Atemwege. Sie führt zu Lungenrissen mit Emphysem und Blutungen, und blutiger Schaum in den Luftwegen kann zur Erstickung führen. Akuter Tod nach Druckstoß wird häufig durch Abriß herznaher Gefäße oder Luftembolie in Kranzgefäßen ausgelöst; später wird der Tod meist durch Entbluten in die Körperhöhlen nach Organrissen, Luftembolie der Hirngefäße oder Lungenödem verursacht. Am Ohr kann der Druckstoß Blutung und Zerreißen des Trommelfells, Fraktur der Gehörknöchelchen und



Subluxation der Steigbügelplatte bewirken, auch Innenohrverletzungen sind möglich. — Die Prognose der Druckstoßverletzung, welche zunächst zu Bewußtlosigkeit führt, ist dann nicht ungünstig, wenn die ersten Stunden überlebt werden. Sauerstoffzelt sowie das Vermeiden von Druckbeatmung und von Bluttransfusion (Nachblutungen!), absolute Ruhe, Wärmeschutz und Schmerzmittel sind therapeutische Maßnahmen.  
SCHRÖDER (Hamburg)

**H. Noetzel: Ein Fall von Simmondscher Kachexie mit Knochenneubildung im Vorderlappen der Hypophyse.** [Neuropath. Abt., Path. Inst., Univ., Freiburg i. Br.] Dtsch. Z. Nervenheilk. 177, 370—373 (1958).

**A. Mayer: Über die weibliche Pubertätsmagersucht als „Schicksalskrankheit“ auf psychogener Grundlage.** [Univ.-Frauenklin., Tübingen.] Wien. klin. Wschr. 1958, 569—571.

**Walter Schulte und Rudolf Stiawa: Organische Hirnschädigungen nach schwerer Hungerdystrophie. Eine Zwischenbilanz über den derzeitigen Stand der Erfahrungen.** [Landesheil- u. Krankenanst., Gütersloh.] Fortschr. Neur. 26, 66—82 (1958).

Die Verf., von denen dem einen (SCHULTE) das Verdienst gebührt, als erster hirnorganische Dauerschäden nach schwerer Hungerdystrophie beschrieben zu haben, geben einen Rechenschaftsbericht über ihre seitherigen Erfahrungen, die sich mittlerweile auf 110 positive Fälle stützen können. Das Fazit ist eine Bestätigung der früheren Veröffentlichungen SCHULTES. Die Verf. glauben nicht, daß für das Auftreten eines hirnorganischen Dauerschadens ein Anlagefaktor eine wesentliche Rolle spielt, sondern nehmen auf Grund ihrer Erfahrungen an, daß es sogar recht oft widerstandsfähige Strukturen sind, die mit einem solchen Defekt davongekommen sind, während die weniger widerstandsfähigen im akuten Stadium gestorben sind. Die Verf. glauben, daß im allgemeinen langdauernde Mangelernährung mit Dystrophieerscheinungen (mindestens 3 Jahre) erforderlich gewesen ist, um zu einem hirnorganischen Dauerschaden zu führen. Im übrigen wird der Überschichtung mehrfacher Noxen (zusätzliche Traumen, Fleckfieber, andere Infektionskrankheiten) große Bedeutung zugeschrieben. Diagnostisch werden das vorgealterte Aussehen, die meistens nur leichtere hydrocephale Ventrikelerweiterung im Pneumoencephalogramm und die moros-depressive Stimmungslage mit Antriebserlahmung, Einfallsleere und Entschlußlosigkeit besonders hervorgehoben. Der Referent möchte den Verf., die sich übrigens schon auf eine ganze Reihe von bestätigten Arbeiten anderer Autoren berufen können, auf Grund seiner eigenen Erfahrungen in allen wesentlichen Punkten zustimmen.

J. KRISCHEK<sup>oo</sup>

**P. Michaux et J. Thiodet: Apophyse odontoïde, sauvegarde du bulbe. A propos de deux observations d'attentats par arme à feu et par arme blanche.** (Apex dentis des 2. Halswirbels, Schutz des Bulbus.) [Chaire de Méd. Lég. et Méd. du Trav., Fac. de Méd., Alger.] [Soc. de Méd. lég. et Criminol. de France, 18. X. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 307—309 (1957).

Verff. berichten über 2 Fälle terroristischer Mordanschläge, die den Tod der Opfer nach sich hätten ziehen müssen, die aber nur leichte Folgen hatten dank der Rolle, die der Apex dentis als Schild des Bulbus spielte. — 1. Fall: Pistolenschuß auf Entfernung von 20 m. Die Kugel, 8 mm Kaliber, durchschlägt die Hand, die das Opfer zum Schutz vor das Gesicht hielt, dringt außen am linken Nasenflügel in das Gesichtsfeld ein, geht über den knöchernen Gaumen, durchquert die hintere Wand des Nasenrachenraums und setzt sich zwischen dem Atlas und dem Hinterhaupt, 2 mm von der äußeren Wand des Bulbus fest. Sie wird auf chirurgischem Wege entfernt. Die Verwundung hat keinerlei Folgen. — 2. Fall: Ein großes Küchenmesser mit breiter Klinge wird mit roher Gewalt in die rechte Augenhöhle des Opfers gestochen. Die 18 cm lange Klinge dringt 13 cm weit in die Schädelbasis ein und stößt gegen den Apex dentis des 2. Halswirbels. Der Bulbus wird nicht erreicht. Der Chirurg entfernt die Klinge nach einstündigem Eingriff. Das Auge wird herausgenommen. Der Verwundete verläßt 20 Tage später das Spital ohne jegliche neurologische Folgen.

A. J. CHAUMONT (Strasbourg)

**Antoine Dell'Erba e Joseph Caroli: Reliefs médico-légaux sur les lésions par projectile à mitraille.** [4. Congr., Acad. Internat. de Méd. Lég. et Méd. soc., Gênes, Octobre 1955.] Acta Med. leg. soc. (Liège) 11, 137 (1958).

**H. Elbel: Studien zur Entstehung der Stanzverletzung bei absoluten Nahschüssen.** Medizinische 1958. 343—345.

Nach eingehender Übersicht über die Vorstellungen der Entstehung von Stanzverletzungen wird der Beweis erbracht, daß nicht nur das Ausschleudern bzw. Spritzen von Blut- und Gewebsanteilen aus der Einschußwunde eventuell bis in die Tiefe des Waffenlaufes, sondern auch die Stanzung selbst im Sinne von MUELLER, HAUSBRANDT durch die Rückexpansion der Pulvergase bedingt sind. Beweisführung mittels Zeitlupenaufnahmen. Entscheidende Versuche mit einer 35-mm-Zeiss-Ikon-Kamera, 1200 Aufnahmen/Sekunde; Belichtungszeit  $\frac{1}{1500}$  sec bzw. einer 16-mm-Kamera mit 2700 Bildern/Sekunde; Waffe: Walther PP Kal. 7,65. Die Arbeit ist mit ausgezeichneten Fotos belegt.

DOTZAUER (Hamburg)

**Mario Portigliatti-Barbos: Sull'orletto di contusione all'orifizio di uscita di colpi d'arma da fuoco.** (Über den Kontusionssaum an der Ausschußstelle.) [Ist. di Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Torino.] Minerva med.-leg. (Torino) 77, 127—130 (1957).

An Hand einer eigenen Beobachtung zeigt Verf. die Schwierigkeiten auf, die sich bei der Beurteilung von Schußwunden hinsichtlich der Feststellung: Einschuß oder Ausschuß ergeben können. Im wesentlichen handelt es sich um eine Übersicht über die einschlägige Literatur.

HANS-JOACHIM WAGNER (Mainz)

**Gregorio Nieto Nieto: Muerte por disparos descopetas, cartucho perdigones.** (Tod durch Flintenschüsse mit Schrotpatronen.) [Gerichtsarzt in der Provinzhauptstadt Soria.] Forenses (Madr.) 15, 40—41 (1958).

Es gibt in Soria zahlreiche Jäger, die mit Flinten nicht nur kleine Tiere, sondern sogar Wildschweine und Wölfe jagen, daher sind Flintenschüsse häufig. Verf. ist aufgefallen, daß sogar bei Schüssen auf 10—30 m Entfernung, wenn auch manche Schrotkörner zerstreut trafen, so doch die meisten einen einzigen Klumpen bildeten, der nicht nur dünne Knochen, wie Sternum und Rippen, sondern sogar einen Warzenfortsatz auf 30 m durchbrach und sich erst im Schädelinnern zerstreute und das Kleinhirn zerstörte. Es handelte sich immer um Steckschüsse. Bei Nahschüssen (einen Unfall, einen Mord und drei Selbstmorde) beobachtete Verf. die üblichen völligen Zerstörungen.

FERNÁNDEZ MARTÍN (Madrid)

**H. Ollivier, R. Le Breton, F. Robert, J. Quicke et M. Boucher: Contribution à l'étude des facteurs de détermination de la date du dernier tir dans l'expertise des armes à feu courtes. Deuxième note expérimentale: A propos des nitrites et des nitrates.** (Beitragstudie der Bestimmungsfaktoren über den Zeitpunkt des letzten Schusses bei der Befundung von Handfeuerwaffen. II. Experimentelle Mitteilung betreffen Nitrite und Nitrate.) [Soc. Méd. lég. et Criminol. de France, 8.VII. 1957.] Ann. Méd. lég. 37, 251—254 (1957).

Angaben über die Präparation der Waffen und der Gewinnung der Pulverrückstände in der Waffe. Nitritnachweis nach GRIESS; Nitratnachweis mittels Brucein, welches lediglich Nitrat erfaßt und dem Diphenylamin-Nachweis überlegen ist. Ergebnis: In den Pulverrückständen verschiedener Handfeuerwaffen ist der Nitritnachweis in den ersten 2—4 Tagen nach Schußabgabe möglich. Nitrate lassen sich noch nach Monaten nachweisen.

DOTZAUER (Hamburg)

**A. Schöntag, J. Roth und H. Pfeimter: Zwei neue Verfahren: Bestimmung des Schußalters bei Schrotpatronen.** Arch. Kriminol. 121, 8—12, 123—125 (1958).

Bei Abgabe von Schrotschüssen werden in die Papphülse der Patrone unter hohem Druck Pulvergase hineingepreßt. Das Prinzip der Methode beruht darauf, daß das Gewicht der Papphülsen im Exsiccator fortlaufend kontrolliert und mit Modellpatronen verglichen wird. Die Methode eignet sich allerdings nur zur Bestimmung des Schußalters für einen Zeitraum von etwa 10 Tagen nach Abgabe des Schusses. Im einzelnen geben Verff. mehrere Variationen der Methode an; die richtige Auswahl erfordert Kritik und die Anstellung von Vorversuchen.

B. MUELLER (Heidelberg)

## Vergiftungen

● **Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie.** Hrsg. von O. LUBARSCH, F. HENKE u. R. RÖSSLE†. Bd. 13: Nervensystem. Hrsg. von

Dtsch. Z. ges. gerichtl. Med., Bd. 48