

klagte zahlte statt des geforderten Honorars von 15600 M. nur 8000 M. Das LG. lehnte weitere Zahlung ab, das KG. billigte noch 2000 zu, das RG. erkannte auf Zahlung der vollen Summe: Der Beklagte versteuerte ein Einkommen von 360000 M., deshalb bestand kein Mißverhältnis zwischen Leistung und Gegenleistung. (Z. ärztl. Fortbildg 1930, Nr 4.)

Der Arzt als Störer des Rundfunks. Ein Ingenieur fühlte sich durch den Diathermie- und Röntgenbetrieb eines Arztes im Rundfunkgenuß gestört. Das AG. Karlsruhe fällt folgendes Urteil: Der Beklagte wird verurteilt, an Wochentagen zwischen 12,30 und 14,30 und zwischen 20 und 24 Uhr, sowie an Sonn- und Feiertagen zwischen 11 und 24 Uhr Störungen des Rundfunkempfangs, die durch Inbetriebnahme elektrischer Schwingungen erzeugender medizinischer Apparate entstehen, bei Vermeidung der Geldstrafe in unbeschränkter Höhe oder Haftstrafe bis zu 6 Monaten in jedem Fall der Zu widerhandlung zu unterlassen.“ — In einem technischen Gutachten ist ausgeführt, daß sich die Kosten für evtl. Schutzvorrichtungen auf 12—800 M. (Röntgen) stellen können. — Es ist anzunehmen, daß gegen dies Urteil Berufung eingelegt worden ist. Von juristischer Seite wird hierzu bemerkt, daß der Arzt bei Überschreitung der Schutzzeit in Fällen der Not keine Strafe zu gewärtigen hätte, da dann das nach § 890 ZPO erforderliche subjektive Verschulden fehlen würde. (Z. ärztl. Fortbildg 1930 Nr 3.)

Darf eine krebskranke Frau, die unter Morphium gehalten wird, in ihrer Abwesenheit vom Gericht wegen einer Übertretung verurteilt werden? Eine an Krebs schwerleidende Frau war vom Amtsgericht in ihrer Abwesenheit wegen Übertretung einer Polizeiverordnung zu einer Geldstrafe verurteilt worden, obwohl durch Zeugnis des behandelnden Arztes erwiesen war, daß sie nicht vor Gericht erscheinen konnte. Der Ehemann habe grob fahrlässig gehandelt, er hätte ihr in allen Fragen, welche Hauseigentümer angehen, mit seinem Rat zur Seite stehen können. Das KG. hob die Entscheidung auf, es hätte geprüft werden müssen, ob die schwer leidende, unter Morphium stehende Frau nicht genügend entschuldigt gewesen sei und sie auch keine Vollmacht hätte ausstellen können, wie der Ehemann behauptet hatte. [Ärztl. Sachverst.ztg 35, 355—356 (1929).]

§ 22, 23, 24 Gesetz betr. das Urheberrecht an Werken der bildenden Kunst und der Photographie v. 9. I. 1907; § 823, 831 BGB. 1. § 22 ist ein Schutzgesetz im Sinne § 823 Abs. 2 BGB. 2. Auch wenn ein Arzt das von ihm mit Einwilligung seines Patienten aufgenommene Bild desselben wegen seiner Tätowierungen dem Kriminalmuseum geschenkt hat, besteht kein Recht zur öffentlichen Schaustellung ohne Genehmigung des Abgebildeten. Das öffentliche Interesse an interessanten Tätowierungen fällt nicht unter die Ausnahmen der § 23, 24 das. — 3. Die Veranstaltung einer Kriminalschau kann man nicht untergeordneten Beamten, die unter § 831 BGB. fallen, überlassen; der Polizeipräsident selbst ist zur Leitung verpflichtet. (U. v. 14. III. 1929; 445/28 VI.)

## Referate.

### Allgemeines.

**Skelton, Creighton W.: Why a medico-legal Society.** (Wozu dient eine gerichtlich-medizinische Gesellschaft?) (*Massachusetts Med.-Leg. Soc., Boston, 1. II. 1928.*) New England J. Med. 201, 771—773 (1929).

Festrede, gehalten am „goldenem Jahresfest“. Sie betont die große Bedeutung, die die gerichtlich-medizinische Gesellschaft in Massachusetts für die Entwicklung des gerichtsärztlichen Dienstes gehabt hat. Ihr sei es zu danken, daß heute vom Gerichte in Massachusetts zum Unterschied von anderen amerikanischen Staaten zur Gutachtenerstattung stets nur vollausgebildete Ärzte herangezogen werden.

v. Neureiter (Riga).

**Morgan, Edmund Morris: A suggested expansion of the medical examiner's functions.** (Vorschlag einer Erweiterung der Funktionen der Gerichtsärzte.) (*Massachusetts Med.-Leg. Soc., Boston, I. II. 1928.*) *New England J. Med.* **201**, 765—771 (1929).

Der Aufsatz, der sich ausschließlich auf amerikanische Verhältnisse bezieht, stellt fest, daß die staatlichen Gerichtsbeamten (Coroner) in der Regel zur Bearbeitung ins medizinische Gebiet fallender Fälle ungenügend vorgebildet und ausgerüstet sind. Der Gerichtsarzt muß häufig froh sein, wenn der Untersuchungsrichter eine Klärung des Falles in medizinischer Hinsicht nicht durch seine Vorerhebungen überhaupt unmöglich gemacht hat. Es empfiehlt sich daher — ähnlich wie dies in New York und Boston bereits geschehen — eigene medizinische Beiräte zu schaffen, die dem Untersuchungsrichter, dem Staatsanwalt und der Polizei immer zur Verfügung stehen.

*v. Neureiter (Riga).*

**Gray, Temple: The medico-legal expert in France.** (Der Gerichtsarzt in Frankreich.) (*Med.-Leg. Soc., London, 27. VI. 1929.*) *Lancet* **1929 II**, 22—24.

Die Unterschiede in der Stellung der Gerichtsärzte in Frankreich und England beruhen auf Abweichungen der Straf- und Zivilprozeßordnungen, speziell bezüglich der Stellung der Zeugen. In Frankreich gibt es vor der Hauptverhandlung nur schriftliche Zeugenaussagen. Beim Termin haben die Zeugen nach Namensangabe abzutreten. Bei der Vernehmung machen sie ihre Aussage, ohne unterbrochen zu werden (Zweck: spontane Aussage; Vermeidung von Suggestivfragen). Zeugen werden hauptsächlich zur Verteidigung für die Angeklagten gehört. Während in England gerichtsärztliche Sachverständige dieselben Pflichten und Rechte hatten, wie andere Zeugen, haben sie in Frankreich auf Grund des Code civile eine besondere Stellung, brauchen aber keine spezielle Ausbildung und Prüfung nachzuweisen. In England dagegen gibt es gerichtsärztliche Sachverständige, die sich kaum von Kriminalbeamten unterscheiden. In Frankreich besteht strenges ärztliches Berufsgeheimnis auch für gerichtsärztliche Sachverständige. Ihre schriftlichen Gutachten können ohne weiteres in der Hauptverhandlung verlesen werden, wenn eine Versicherung beigelegt war, daß das Gutachten nach „Treu und Glauben“ abgegeben war. Hauptsächliche Gutachten: Zurechnungsfähigkeit und Spurendiagnostik. Wenn zwei verschiedene Gutachten für Zurechnungsfähigkeit vorliegen, so sind die medizinischen Gutachten ausschlaggebend. Das Institut für gerichtliche Medizin in Paris. Die alte „Morgue“ erhielt 1903 den Namen „Institut für gerichtliche Medizin“ (seitdem wesentliche Tätigkeit auf dem Gebiet der gerichtlichen Medizin). Jetziges Gebäude wurde 1923 bezogen. Die Leichen mit unklarer Todesursache (ungefähr 2000 im Jahr) werden in das Institut gebracht. Zwei Abteilungen: 1. Abteilung mit Räumen für vorläufige Aufbewahrung der Leichen; Desinfizierung der Kleider; Leichenkeller mit Gefrierkeller, wo die Leichen (— 10°) gehalten werden. Besondere kleine Gefrierschränke für Eingeweide und Feten; Warter Raum, Kapelle. 2. Abteilung mit Räumen für Identifikation (Personen, Waffen, Kleider usw.), für pathologische, toxikologische Untersuchungen mit Laboratorien, Bibliothek, Museum.

In der Aussprache wurden u. a. die Schwierigkeiten geschildert, die das Institut für gerichtliche Medizin in London durch die Stellung der Polizei und die Organisation der Londoner Universität zu überwinden hatte.

*Buhtz (Heidelberg).*

● **Riddell, Lord: Medico-legal problems.** (Gerichtlich-medizinische Probleme.) London: H. K. Lewis & Co. Ltd. 1929. 100 S. geb. 5/—.

Das Buch enthält 4 Vorträge, die Riddell in den Jahren 1925—1929 vor der Gerichtlich-Medizinischen Gesellschaft hielt: I. Die Verantwortlichkeit des Arztes nach dem Gesetz. — Nach englischem Recht stellt die sorgfältige Ausführung einer notwendigen Operation keine Körperverletzung dar. Wenn der Patient nicht selbst in der Lage ist, seine Einwilligung zu geben, kann dies durch seine Verwandten oder den Vormund geschehen. In dringenden Fällen kann der Arzt auch ohne die Zustimmung auf eigene Verantwortung eingreifen. Ebenso kann er, wenn es sich während der Operation als notwendig erweist, über die gegebene Einwilligung hinausgehen. — Die modernen chirurgischen Operationen und Bestrebungen lassen es oft fraglich erscheinen, ob bei manchen Operationen noch ein Schutz durch diese gesetzlichen Bestimmungen für den Arzt besteht. So sind beim Manne Kastration, Vasektomie und temporäre Sterilisation durch Röntgenstrahlen (wenn nicht aus medizinischer Indikation ausgeführt) auch mit Einwilligung des Patienten strafbare Körperverletzungen bzw. Verstümmelungen; Sterilisation einer gesunden Frau, um Schwangerschaften zu verhüten, Sterili-

sation geistig Minderwertiger aus eugenischen Gründen sind aus den gleichen Gründen strafbar. Eine ganze Reihe von Fragen wird noch gestreift, aber offen gelassen. — II. Ethische, rechtliche und medizinische Gesichtspunkte bei der Schwangerschaftsunterbrechung. Die englischen Gesetzesbestimmungen betreffend Schwangerschaftsunterbrechung besagen, daß „wer mit der Absicht, eine Fehlgeburt herbeizuführen, einer Frau auf ungesetzliche Weise irgendein Gift oder giftähnliches Mittel beibringt oder auf ungesetzliche Weise irgendein Instrument oder andere Mittel in der gleichen Absicht gebraucht, sich eines schweren Verbrechens schuldig macht“. Aus dem Ausdruck „auf ungesetzliche Weise“ schließt R., daß damit die Schwangerschaftsunterbrechung, die ohne zwingenden Grund geschieht, vom Gesetz verfolgt wird. Einzig die medizinische Indikation wird gesetzlich gebilligt. Die eugenische Indikation lehnt R. ab, die soziale Indikation wird ohne deutliche Stellungnahme gestreift. In zweifelhaften Fällen empfiehlt er dem Praktiker, noch einen zweiten Arzt, und zwar einen Spezialisten auf dem in Frage stehenden Gebiete hinzuzuziehen. R. gibt zum Schluß einen historischen Überblick über den Wandel der ethischen Einstellung zur Schwangerschaftsunterbrechung vom Altertum bis zur Gegenwart. — Den Abschluß bildet ein Beitrag von Feldmann zu diesem Thema vom jüdischen Standpunkt aus; die Frage der Tötung des Kindes im Mutterleibe ist schon im Talmud an mehreren Stellen direkt und indirekt besprochen worden.

— III. Recht und Ethik des ärztlichen Berufsgeheimnisses. In England gibt es keine direkten gesetzlichen Bestimmungen über das ärztliche Berufsgeheimnis. Doch ist durch verschiedene Gerichtsentscheidungen eine Rechtslage geschaffen, die R. folgendermaßen formuliert: 1. Ein Arzt muß infolge seiner Vertraulichkeitspflicht die vertraulichen Mitteilungen seines Patienten geheim halten, es sei denn, daß er von dieser Verpflichtung durch irgendeine gesetzmäßige Rechtfertigung entbunden ist. 2. Gesetzlicher Zwang und Einwilligung des Patienten sind gesetzmäßige Rechtfertigungen, auch kann eine Offenbarung in Verfolgung moralischer und sozialer Pflichten eine Rechtfertigung sein. Desgleichen kann der Schutz eigener Interessen eine Offenbarung rechtfertigen. 3. Es gibt kein gesetzliches Privileg für das ärztliche Berufsgeheimnis. Wenn ein Arzt als Zeuge geladen ist, muß er die Fragen beantworten, die vom Gericht an ihn gestellt werden. 4. Ein Arzt hat wie andere Bürger die Pflicht, beim Auffinden und Anhalten eines Menschen, der ein Verbrechen begangen hat, zu helfen. — Es ergeben sich aus dieser Rechtslage zahlreiche strittige Fragen. Erwähnt sei nur, daß gegen Punkt 3 — Aussagepflicht des Arztes als Zeuge vor Gericht — wiederholt, aber vergeblich Einspruch und Forderung auf Abänderung erhoben wurde. Auch die durch Nr. 4 verlangte Durchbrechung des Berufsgeheimnisses zwecks Aufdeckung von Verbrechen hat Meinungsverschiedenheiten hervorgerufen, so besonders bei der Frage der Abtreibung, wo die Ansicht der Britischen medizinischen Gesellschaft im Gegensatz zu der der obersten Gerichte steht. — IV. Sterilisation der geistig Minderwertigen. Im Jahre 1927 wurden in England und Wales 138293 Geisteskranken und 61522 Geisteschwäche gezählt. Aus einer Reihe von Fällen sind die traurigen Folgen ihrer ungehemmten Fortpflanzung ersichtlich (zahlreiche geistes schwache und kriminelle Nachkommen). Infolge weiterer Zunahme müssen neue Unterbringungsmöglichkeiten geschaffen werden. R. berechnet hierfür sowie für Versorgung und Erziehung von 225000 geistig Minderwertigen, sowie Schaffung von Hilfsschulen einschließlich Verzinsung und Amortisation eine Kapitalausgabe von 29 Millionen und jährliche Ausgabe von 16 Millionen englische Pfund. Aus ökonomischen Gründen ergibt sich deshalb die Forderung, geistig Minderwertige zu sterilisieren, wonach in vielen Fällen eine Absonderung und die dadurch entstehenden Unkosten zu ersparen wären. Es sollen sowohl Geisteskranken als auch Geistes schwäche in geeigneten Fällen und nach Zustimmung einer Kontrollkommission durch Vasektomie bzw. Tubenresektion sterilisiert werden, was aber nach geltendem Recht noch nicht erlaubt ist. Die Gefahren des Eingriffes werden auch bei der Frau als gering bezeichnet und dafür die Erfahrungen in Kalifornien angeführt, wo seit 1909 fast 6000 Sterilisierungen vorgenommen wurden (davon 2588 an Frauen) und sich nur 3 Todesfälle (1 Mann und 2 Frauen) ereigneten.

Schrader (Halle).

**Koronkiewicz, K.: Krankheitssimulationen im Lichte der amtsärztlichen Untersuchungen.** Warszaw. Czas. lek. 7, 161—163 u. 185—187 (1930) [Polnisch].

Koronkiewicz teilt 12 Fälle von Simulation verschiedener Krankheiten bei Soldaten mit und schließt seine Besprechung der Fälle mit einer Aufforderung, man möge separate Kollegen über Simulation und ihre Entlarvung für Mediziner einführen, außerdem alle entlarvten Fälle veröffentlichen.

Wachholz (Kraków).

**Nevěřilová, Jarmila: Selbstmordversuch-Statistik.** (*Psychiatr. klin., univ., Praha.*) Rev. Neur. 26, 419—424 u. franz. Zusammenfassung 425 (1929) [Tschechisch].

In 4 Jahren (1923—1927) wurden an der Prager tschechischen psychiatrischen Klinik 131 Fälle von Suicidversuch beobachtet, davon 71 Frauen, 60 Männer. Verf. beobachtete, daß Selbstmordversuche meistens bei unverheirateten, selbständigen Frauen vorkamen. Als Grund konnten meistens Zwangsgedanken und Verwirrtheits-

zustände beobachtet werden, erst in zweiter und dritter Reihe waren materielle Gründe und unglückliche Liebe im Spiel. Selten waren Gasvergiftungen, öfters Strangulation und Vergiftung.

*Bálint (Košice).*

**Rehfeldt: Zum Selbstmordproblem.** Kriminal. Probl. (Sonderbeil. d. Kriminal. Mh. 3) Liefg. 3, 37—60 (1929).

2 erste Abschnitte, die den „Ursachen“ und den „Motiven“ zum Selbstmord gewidmet sind (welche Unterscheidung Verf. von Gaupp übernommen hat), bringen kaum etwas Neues und sind, namentlich in ihren psychopathologischen Teilen, besser gemeint als gegückt; es ist nicht angängig, die Sinnestäuschungen ausgerechnet bei den Depressionen abzuhandeln, und die Beziehungen von Selbstmord und Selbstverstümmelung dürften doch zu kompliziert sein, als daß sie so en passant abgemacht werden könnten. Ein weiteres Kapitelchen beschäftigt sich in Anknüpfung an die Ergebnisse der Statistik mit der „Tat“ selber, ein letztes betrachtet den „Tatbestand“ vom forensisch-medizinischen Gesichtspunkt aus und schildert die bei den einzelnen Todesarten zu erhebenden Befunde unter Betonung der Differentialdiagnose gegenüber dem Mord; dabei fällt auf, daß Verf. die in den Großstädten so überwiegend häufige Selbstdtötung mittels Gas nicht erwähnt.

*Donalies (Berlin).*

● **Friedländer, A. A.: Medizin und Politik. Kultur- und Wirtschaftspolitik.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1929. XII, 187 S. RM. 6.80.

Verf. zeigt, daß in der Tat vielfache Beziehungen zwischen Heilkunde und Politik (Parteipolitik) bestehen; umfassende historische Kenntnisse befähigen ihn, dies im einzelnen aufzuzeigen. Besprochen werden: Impffrage, Alkoholismus, Geburtenrückgang, Kurierfreiheit, Überspannung der Sozialversicherung und des Fürsorgewesens, Strafgesetzentwurf. Das Buch ist mit lebendigem Gefühl für das Wohl des Volksganzen geschrieben und verdient weiteste Verbreitung.

*Giese (Jena).*

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

**Ceelen, W.: Die Pathologie der Arteriosklerose.** (*Path. Inst., Univ. Bonn.*) Dtsch. med. Wschr. 1929 II, 1913—1915.

In dem vorliegenden Fortbildungsvortrag für Ärzte gibt Ceelen eine gute Übersicht über die derzeitige Lehre der Arteriosklerose. Er trennt unter dem Bild dieser Arterien-erkrankung (die spezifischen, speziell die luetischen Prozesse werden nicht behandelt) 3 Formen voneinander: 1. die eigentliche Arteriosklerose, die auch mit der Bezeichnung Atherosklerose und Skleratheromatose belegt wird, 2. die sog. Mediaverkalkung und 3. eine eigenartig hyalinsklerotische Veränderung, die in der Regel mit dem Namen Arteriolosklerose bezeichnet wird. Die einzelnen Formen sind abhängig von der normalen Funktion und dem histologischen Bau der Gefäßwände, wobei man bekanntlich Arterien vom elastischen Typus (an den dem Herzen zunächst gelegenen Schlagadern) und Arterien vom muskulösen Typus (entferntere Schlagadern, insbesondere Extremitätenarterien) unterscheidet. In den letzteren finden sich hauptsächlich die Mediaverkalkungen. Hier stehen in erster Linie die degenerativen Veränderungen der Media, besonders der glatten Muskulatur, Verfettungen, Hyalinierung und Verkalkung, unter Umständen auch Bildung von Knorpelgewebe. Die Extremitätengangrän findet man hauptsächlich bei dieser Form der Erkrankung, doch gibt es auch Mischbilder mit der ersten Form. Die eigentliche Arteriosklerose beginnt nach C. als Intimakerkrankung in der Form hyperplastischer Vorgänge und fettiger Entartungen; es handelt sich also um Ernährungsstörungen, die teils progressiven, teils regressiven Charakter haben. C. meint, daß in der Mehrzahl der Fälle zuerst die sklerotisch-hyperplastischen Vorgänge entstünden und in diesen die verfetteten und artheromatösen Herde. Ätiologisch spielen für diese Form der Arteriosklerose eine Rolle gesteigerte funktionelle mechanische Inanspruchnahme, toxische Einflüsse, Ernährungs- und Stoffwechselstörungen, vielleicht auch infektiöse Erkrankungen; familiäre und individuelle Dispositionen mögen gleichfalls eine Rolle spielen. Die 3. Form, die Arteriolosklerose unter dem Bild der genuinen Hypertonie verlaufend, wird oft erst durch die mikroskopische Untersuchung aufgedeckt. Die letztere ist also bei Verdacht auf diese Erkrankung sehr wichtig. Bei ihr sind besonders die kleinen Arterien des Splanchnicusbereichs beteiligt, während die Gefäße der Skelettmuskulatur u. a. frei bleiben. Die Veränderungen bestehen in einer starken Verdickung, Aufquellung und Hyalinierung der Gefäßwände mit erheblicher Verengerung der Lichtungen; der lipoiden Charakter der Veränderungen ist leicht nachzuweisen. Offenbar handelt es sich um das Eindringen von plasmatischen Bestandteilen des Blutes in die subendothelialen Intimaschichten und von hier aus ein Übergreifen des Prozesses auf die Mediaeteile. Ob die damit kombinierte klinische Erscheinung der Hypertonie dabei primär oder sekundär ist, erscheint noch nicht geklärt. Die Aus-

wirkung der genannten Arterienerkrankungen auf das Herz ist um so stärker, je ausgebreiteter der Prozeß ist und je mehr sich derselbe auf die kleinen und kleinsten Arterien erstreckt.

H. Merkel (München).

**Gruber, Georg B.: Über die sogenannten Alters- und Abnutzungserscheinungen an Gefäßen.** (2. Tag., Nauheim, Sitzg. v. 4.—5. III. 1929.) Verh. dtsch. Ges. Kreislauf-forschg 9—48 u. 62 (1929).

Als neues Material werden in dem Referat eigene Erhebungen des Berichterstatters in 1193 Leichenöffnungen von Greisen mitgeteilt; von ihnen litten an Herz-, Gefäß- und Nierenkrankheiten 30,4%, an Krankheiten der Atmungsorgane 28,8%, an Geschwüsten 18,8%, an Infektionskrankheiten ohne Pneumonie und ohne Peritonitis 13,4%, an Bauchfellerkrankungen 2,8%, im Gefolge von Frakturen 1%, an Marasmus ohne bestimmte Endkrankheit 0,9%. Unter 1193 Greisen waren 304 = 26% ( $\delta$  135,  $\varphi$  169) bestimmt der Arteriosklerose erlegen, und zwar unter den Formen der Coronarsklerose, der Hirnarteriensklerose mit und ohne Apoplexie, der Schrumpfniere, der allgemeinen Arteriosklerosis. Rechnet man die an Störung der Atmungsorgane Verstorbenen mit hinzu, dann kann man sagen, daß doch nur etwa die Hälfte der Greise an der Arteriosklerose starb. Berichterstatter will die Arteriosklerose nicht als Krankheit des Alters kurzweg bezeichnet wissen; diese Krankheit nimmt mit dem Altern zu, sie ist aber nicht an das Alter gebunden. Es liegt aber auch nicht eine einfache „Verbrauchs-“ oder „Abnutzungskrankheit“ vor; denn eine Krankheit, deren Wesen es ist, Stoffwechselstörungen ihres Gewebes immer und immer wieder auszugleichen — wenn auch der Ausgleich mangelhaft sein mag —, die selbst noch im hohen Alter regenerative und kompensatorische Erscheinungen aufweisen kann, ist trotz aller Ablagerungen von Zerfallsstoffen nicht als Abnutzung und als Verbrauch zu erachten. Es fehlt ein richtiger adäquater Ausdruck für das ganze zusammengesetzte und doch variable Wesen der Arteriosklerose. Gruber nennt sie eine Anpassungskrankheit, will aber kein Gewicht auf das Wort Anpassung legen. Klar müsse bei jedem Versuch, die Arteriosklerose zwingend zu deuten, ihr komplexer Charakter bleiben, der durch Stoffwechseländerungen mit lokalen Störungen und Ablagerungen in der Schlagaderwand ausgezeichnet ist, der andererseits durch ausgleichende Gewebsbildung im Bereich der gestörten Gefäßwandstellen sich kennzeichnet. Gg. B. Gruber (Göttingen).<sup>o</sup>

**Thompson, Theodore, and William Evans: Paradoxical embolism.** (Paradoxe [gekreuzte] Embolie.) (London Hosp., London.) Quart. J. Med. 23, 135—150 (1930).

Die Verff. berichten zunächst über 2 Fälle von sog. paradoxer, gekreuzter Embolie, bei denen aus dem Venensystem stammende Thromben durch das Foramen ovale passiert waren oder sich in ihm gefangen hatten. Es wird ferner über 5 weitere derartige Fälle berichtet, wo von Venenthromben aus bei offenem Foramen ovale eine Embolie im arteriellen System (jedesmal auch im Gehirn), oft gleichzeitig mit einer Lungenembolie aufgetreten war. In einer Reihe von 15 Fällen von embolischen Hirnmetastasen von Tumoren (wo eine hämatogene Verschleppung vorliegen mußte), war zwar 3 mal das Foramen ovale offen, doch konnte nach den übrigen Befunden es nicht als wahrscheinlich erscheinen, daß diese Embolie durch das Foramen ovale erfolgt sein müsse. In 49 Fällen von cerebraler Embolie war 29 mal die Quelle eine infektiöse Endokarditis, 9 mal eine Mitralklappenstenose mit Thrombenbildung im Herzohr. Obschon in 1100 Sektionen in 35% ein offenes Foramen ovale gefunden wurde, ist eine paradoxe Embolie doch eine Seltenheit. Damit sie zustande kommt, muß zunächst schon ein größerer Teil der Lungenzirkulation durch vorhergehende Embolie ausgeschaltet sein — ohne daß solche Ausschaltung schon allein den Tod herbeiführt; dann muß noch 2. aus dem Venensystem ein geeigneter Thrombus verschleppt werden, und 3. muß dann die Öffnung des Foramen ovale genügend weit sein, was in der Regel auch nicht zutrifft. Daher ist dies Ereignis recht selten.

W. Fischer (Rostock).<sup>o</sup>

**Mayer, A.: Über Thrombose und Embolie.** (Univ.-Frauenklin., Tübingen.) Zbl. Gynäk. 1929, 2770—2777.

An Mayers Klinik ist die Thrombose an sich sehr häufig. Mit 1,9% vor dem Kriege steht die Wochenbettthrombose in Tübingen an 3. Stelle (Berlin 2,5, Basel 2%). Die Ursache kann in der ungewöhnlichen Häufigkeit und Hochgradigkeit von Varicenbildungen sowie in Erschöpfungszuständen liegen, zusammengehend mit der großen Geburtenzahl und der schweren körperlichen Arbeit der schwäbischen Bevölkerung (konditionelle Momente). Die Heranziehung von konstitutionellen Momenten, etwa infolge weitgehender Inzucht und Vererbung der Varicendisposition, ist völlig hypo-

thetisch. Nach dem Kriege beträgt die Thrombosehäufigkeit 2%, ist also nicht merklich gestiegen. Die Embolien sind aber gestiegen: vor dem Kriege in der Geburtshilfe 0,17% der Thrombosen, jetzt 0,5%, also Steigerung auf das Dreifache. Die puerperale Thrombose war häufiger als die postoperative, 2:0,8%, die puerperale Embolie war aber seltener als die postoperative, 0,52:0,9%. M. schaltet zuerst eine ganze Reihe von möglichen Ursachen aus, glaubt aber an Verbrauchserscheinungen. Denn es fiel ihm auf, daß das Maximum der Thrombose und Embolie zwischen 30—40 Jahren lag, während das Maximum der Gebärenden sich im allgemeinen im Alter von 20—30 Jahren bewegte. Auch erkrankten die Mehrgebärenden häufiger als Erstgebärende (2,8:0,48%). Der Gesamthabitus (der pyknische Typ gilt als Embolikotyp), Lues, Konstitutionsverschlechterung kommen nicht in Betracht, eher schon eine Herzschädigung, die aus den Jahren des Hungerns sowie der körperlichen und seelischen Zermürbung zurückgeblieben ist. Ferner spielt als Ursache eine Rolle eine durch die Hungerblockade verursachte Änderung des endokrinen Verhaltens: Spätmenstruation, Hypofunktion der Keimdrüsen, mit der sich eine Reihe anderer Veränderungen verbinden soll, die mit einem Worte als eine aus dem Kriege herstammende endokrine Minderwertigkeit des Blut- und Gefäßsystems bezeichnet werden kann. Im besonderen weist M. auf das Gefäßendothel hin, dessen durch fremde eiweißartige Stoffe gesteigerte Resorptionsleistung (Dietrich) den Zustand der Thrombosebereitschaft hervorruft. Diese gesteigerte Resorptionsleistung ist zum Teil abhängig von der Ernährung, sie führt zur Sensibilisierung des Gefäßendothels, die sich in Vermehrung der Thrombosen bei größerer Inanspruchnahme äußert.

H. Füh (Köln).<sup>oo</sup>

**Sellheim, Hugo:** Über die Zunahme der Thrombosen und Embolien in der Nachkriegszeit. (*Univ.-Frauenklin., Leipzig.*) Zbl. Gynäk. 1929, 2654—2660.

Sellheim zeigt an Kurven die relative Häufigkeit der Thrombosen und Embolien auf der Geburtshilflichen und Gynäkologischen Station in den Jahren 1914—1928. Bei den Thrombosen ist auf beiden Abteilungen innerhalb dieser Zeit eine Verdoppelung bis Verdreifachung eingetreten. Auch die Embolien haben sich relativ und absolut vermehrt. Ref. liest aus den Kurven eine Zunahme der Thrombosen auf der Gynäkologischen Abteilung erst seit 1926, auf der Geburtshilflichen Abteilung seit 1924 ab. Die Kurven für die Embolien sind nicht so sehr überzeugend. Das aber ist weniger wichtig in diesem Zusammenhang als die Erklärung, die S. für die Zunahme dieser beiden Krankheitsbilder gibt, die von Seiten der Chirurgie und Internisten noch vielmehr betont wird als von den Gynäkologen. S. sieht einen wesentlichen Faktor beim Zustandekommen dieser Erkrankungen in dem höheren Alter der Patienten in den chirurgischen und internen Kliniken und macht hier wiederum den Krieg mit seinen Schäden am Herzen verantwortlich. Er spricht vom „Hungerherz“, vom „Überanstrengungsherz“ und „Kümmerherz“, für den Gynäkologen kommt noch das „Blutungsherz“ und das „Myomherz“ hinzu. Die Schädigung des Herzens, sei es durch Schwächung oder durch Unterentwicklung, soll Thrombosen und Embolien begünstigen.

A. Heyn (Breslau).<sup>o</sup>

**Schleussing, Hans:** Thrombose und Embolie vor und nach dem Kriege. (*Path. Inst., Med. Akad., Düsseldorf.*) Klin. Wschr. 1929 II, 2125—2128.

Ein Vergleich des Sektionsmaterials von 1911 bis 1913 und 1919 bis 1928 zeigt eine unverkennbare Steigerung der Thrombosen (von 10,7 auf 17%), der tödlichen Embolien (von 0,4 auf 1,8%). Ein Unterschied der Geschlechter ist nicht zu erkennen, weit überwiegt die Zahl der intern erkrankten. Auffallend ist die große Zahl der Gefäßerkrankungen. Schleussing tritt der Auffassung von Oberndorfer bei, daß die moderne lebensverlängernde Therapie der Kreislauferkrankungen viele die Bildung von Thrombosen und Embolien erleben läßt, die früher vorher der Herzinsuffizienz erlegen sind. Schlechte Ernährung spielt keine Rolle. Ein gewisser fördernder Einfluß der subcutanen und vor allem der intravenösen Injektionen auf Thrombose und Embolieentstehung ist nicht zu verkennen.

Oberndorfer (München.).

**Busni, N. A., und R. A. Rublewa:** Über die Entstehung der embolischen Aneurysmen. (*Path.-Anat. Inst., Med. Fak., Odessa.*) Frankf. Z. Path. 38, 206—213 (1929).

Embolische Aneurysmen der Arterien mittleren Kalibers finden sich immer nur bei Vorhandensein von Auflagerungen auf den Herzkäppen (wenn man von der Verschleppung kalkhaltiger Teile atheromatöser Aortengeschwüre absehen will. Ref.). Sie sind zum Teil mykotische Aneurysmen (bakterienhaltig), zum Teil blandembolisch (bakterienfrei); letztere sollen bedeutend seltener sein. Die Verff. haben bei 7 Leichen 14 Aneurysmen gefunden und studiert; 6 mal handelte es sich um Endocarditis lenta; im 7. Fall um Endo- und Myokarditis. In allen Fällen waren die Klappenauflagerungen reichlich locker, aber von Kalk durchzogen. Die Verff. haben nun bei der Untersuchung sehr häufig noch kalkhaltiges Thrombenmaterial entweder frisch in einem Embolus oder innerhalb der Wand vorgefunden, zuweilen auch solche kalkhaltige Einschlüsse in den Aneurysmen, niemals eitrigen Zerfall der letzteren, niemals Mikroorganismen, weder in der Wand noch im Embolus. Die Aneurysmen waren ihrer Pathogenese nach traumatisch-embolisch (Ponfick), d. h. durch Verletzung der Wand infolge Aufreißung durch ein kalkhaltiges Partikelchen bedingt, oder es waren blandembolische Aneurysmen (Thoma). Mit Ausnahme der Aneurysmen der Nierenarterien waren es ihrer Struktur nach sog. falsche Aneurysmen, d. h. verbunden mit einer Ruptur aller Wände des Gefäßes und mit der Bildung eines eingekapselten peripheriellen Hämatoms.

H. Merkel (München).

**Singer, Bernhard:** Über die Zunahme der Thrombosen und Embolien in den letzten Jahren und über das Auftreten von Spontanthrombosen. (*Med. Klin., Univ. Leipzig.*) Dtsch. Arch. klin. Med. 164, 175—189 (1929).

Thrombosen mit den ihnen häufig folgenden, tödlichen Lungenembolien treten in den letzten Jahren häufig auf. In den Kliniken werden sie vorzugsweise auf den inneren Abteilungen beobachtet. Die Statistiken aus der Leipziger Medizinischen Klinik über die Jahre 1912 bis 1913 und 1926 bis 1928 haben ergeben, daß im Vergleich zu den Vorkriegsjahren die Thrombosen um das  $2\frac{1}{2}$ fache und die Lungenembolien um das  $4\frac{1}{2}$ fache gestiegen sind. Vom 60. bis 70. Lebensjahr sind die Thrombosen am häufigsten und besonders beim weiblichen Geschlecht beobachtet worden. Beim männlichen Geschlecht hat erst in den Jahren 1927 bis 1928 die Zahl der Thrombosen prozentual zugenommen. Als Sitz der Thrombosen kommen hauptsächlich die großen Venen der unteren Körperteile in Betracht. Eine Häufung der Thrombosen und Thrombembolien in bezug auf Krankheitsgruppen ist besonders bei den Erkrankungen der Kreislauforgane zu bemerken. Der Grund hierfür ist nicht die vermehrte Anwendung der intravenösen Injektion, wie vielfach angenommen wird, sondern, durch die verbesserte Therapie ist das Herz länger widerstandsfähig, während das Gefäßsystem schon starke Veränderungen am Venenendothel aufweist, die zu Thrombenbildung führen können. Verstärkt wird diese Annahme noch durch das Auftreten von Thrombosen ohne jede Begleiterkrankung, sog. Spontanthrombosen, bei denen aber meist ein vor längerer Zeit überstandener Infekt nachweisbar ist. Die Beobachtung der postoperativen Thrombosen bei starkem Flüssigkeitsverlust läßt darauf schließen, daß die Entwässerungstherapie bei Kreislaufstörungen durch die starken Flüssigkeitsentziehungen einen günstigen Boden für die Thrombenbildung schafft. Raestrup.

**Miller, Richard H., and Horatio Rogers:** Postoperative embolism and phlebitis. (Postoperative Embolie und Phlebitis.) (*Massachusetts Gen. Hosp., Boston.*) J. amer. med. Assoc. 93, 1452—1456 (1929).

Verff. werden zu ihrer Arbeit veranlaßt durch die stets zunehmende Häufigkeit der Lungenembolie, für die wir noch keine Erklärung besitzen; am wahrscheinlichsten für das Auftreten von Embolien bei fehlenden Zeichen von Phlebitis erscheint die Theorie Aschoffs, der durch die Operation vermehrten Blutplättchen und einer vermehrten Kraft derselben zur Agglutination; auf die Bildung des weißen Thrombus folgt die Bildung des roten Thrombus, der bis zur nächsten eintretenden Vene reicht; ob dabei auch Veränderungen der Gefäßwand eine Rolle spielen, ist ungewiß; dabei spielt der Sitz des operativen Eingriffes keine Rolle, sondern die Thrombose bildet sich stets in den unteren Extremitäten. Auch die Abhängigkeit der

Thrombenbildung von infektiösen Prozessen, die vielfach angenommen wird, läßt sich wohl nicht aufrechterhalten; auch die Frage, warum gerade diese Thromben brüchig sind, erscheint noch ungeklärt. Fremdkörper, welche in einen großen Venenstamm gelangen, erreichen von hier das Herz und von da aus die Lungen; dies ist im Experiment nur bei schweren Gegenständen (Metall) der Fall, während die leichteren sich in der Spitze des rechten Ventrikels sammeln; auch die Experimente mit Wachsclumpen haben die Frage der plötzlichen Todesfälle nicht zu klären vermocht; bei Katzen führt erst die Ausschaltung von 52—66% des Lungenkreislaufes zum Tode. Manche Autoren nehmen an, daß überhaupt nicht die Ausschaltung des Lungenkreislaufes an und für sich die tödliche Ursache bildet, sondern die plötzliche Überlastung des rechten Herzens; auch die verschiedenen Medikamente, welche angeschuldigt worden sind, haben wohl kaum irgendeine Bedeutung, während dagegen Fettleibigkeit insofern eine Rolle spielt, als sie nach der Operation einen gewissen Mangel an Bewegung bedingt; unter der großen Zahl von 53000 Injektionsbehandlungen von Varicen sind 5 Embolien beobachtet worden.

Verff. haben am Massachusetts Hospital in 27 Jahren 113 Fälle von Embolie beobachtet, darunter 100 postoperative; von diesen waren nur 16 Bauchfälle, 12 oberhalb des Zwerchfells, 3 nach Frakturen und 2 nach Amputationen; unter den 13 internen Fällen waren 6 primäre Herzleiden und 3 akute Infektionen. Der jüngste Patient war merkwürdigerweise noch nicht 2 Jahre alt mit Sarkom der Niere und eitriger Nephritis; auf Grund ihrer beobachteten Fälle kommen Verff. zu folgenden Schlüssen: der Sitz der Operation, das Operationstrauma und die Infektion spielen keine bedeutende Rolle; Phlebitis ist dagegen eine gefährliche Komplikation nach Operationen; jeder 12. Patient ging daran zugrunde; das Vorhandensein von Varicen besitzt keine oder nur geringe Bedeutung; die meisten Patienten sind 50 Jahre alt oder darüber; unter den internen Fällen tritt Embolie am häufigsten auf nach Carcinom und allgemeiner Entkräftigung, nach akuten Infektionen und nach Herzkrankheiten; der Sitz des Thrombus ist zumeist die A. femoralis oder iliaca, und zwar links sehr viel häufiger als rechts. Die experimentellen Versuche der Verff. an Katzen mißlangen zum größten Teil, trotzdem die Senkungszeit bei Katzen nahezu dieselbe ist wie beim Menschen; unter allen möglichen Versuchen (63) gelang es nur ein einziges Mal, einen definitiven progressiven Thrombus zu erzeugen, ein anderes Mal bildete sich ein Thrombus von stationärer Größe und 13 mal kleine wandständige Thromben; aus ihren Versuchen ging klar hervor, daß das Blut in einem Gefäß, das doppelt unterbunden wird, wochenlang flüssig bleibt, falls keine Infektion dazu tritt; aber selbst lokale Infektionen der Gefäße vermögen nicht in vielen Fällen progressive Thromben zu erzeugen, wenigstens nicht beim Tier; allerdings mag hier eine Rolle spielen, daß die operierten Tiere sofort nach dem Eingriff herumgehen und sich bewegen; auch die vermehrte Blutplättchenbildung scheint nur eine Folge der langdauernden Bettruhe zu sein.

*Deus (St. Gallen).* <sup>oo</sup>

**Melzner, Ernst:** Über Entstehung und Bedeutung der sekundären Thrombose bei arterieller Embolie. (*Chir. Univ.-Klin., Königsberg i. Pr.*) Dtsch. Z. Chir. 218, 22 bis 87 (1929).

Durch Gefäßunterbindung bei Wunden ließ sich nachweisen, daß das Auftreten der Gangrän abhängig ist von der Blutdruckerniedrigung in der abgesperrten Hauptarterie. Sank der Blutdruck nicht unter 20 mm, so trat keine Störung auf. Die Gangrän war unvermeidlich, wenn der Blutdruck auf etwa 10 mm Quecksilber sank. Die bei solchen tiefen Blutdruckwerten vorhandene Blutbewegung wird auf eine Ansaugung des Blutes durch den anämischen Bezirk zurückgeführt. Sekundäre Thrombosen treten bei erheblicher Stromverlangsamung im abgesperrten Gefäß auf. Offenbar verändert sich das Blut im abgesperrten Blutgefäß, und es kommen noch Gerinnungsfermente hinzu, die aus dem Embolus ausgeschieden werden. *Rost (Mannheim).* <sup>oo</sup>

**Schmincke, A.:** Zur Sektionstechnik der Wirbelsäule. (*Path. Inst., Univ. Heidelberg.*) Zbl. Path. 47, 177—180 (1929).

Die Mitteilung Schminckes zerfällt in 3 Teile; sie bringt eine weitere technische Ausgestaltung für die Sektion der Wirbelsäule im allgemeinen, wobei in erster Linie ausgegangen wird von einer Darstellung des knöchernen Teiles der Wirbel-

säule. Handelt es sich nur um die Beschaffenheit der Wirbelkörper, so empfiehlt Sch. nach vollkommener Herausnahme der Hals-, Brust-, Bauch- und Beckenorgane eine Durchschneidung der Schamfuge und dann eine sagittale Durchsägung der ganzen Wirbelkörper von vorne her von der Lendenwirbelsäule an bis hinauf zur Halswirbelsäule. Bei dieser Gelegenheit wird natürlich das Rückenmark durchsägt, man muß daher, wenn dasselbe seziert und mikroskopiert werden soll, dessen vorherige Herausnahme von hinten her bewerkstelligen (dann fällt allerdings die ganze Leiche in der Sagittallinie so ziemlich in zwei Teile auseinander! Ref.). Die 2. Mitteilung betrifft die Darstellung der unter Umständen wichtigen Intervertebralgelenke, und zwar durch einen oder evtl. zwei (rechts und links von den Wirbelkörpern) gelegte Sägeschnitte, wobei man die Gelenkhöhlen und die Gelenkfortsätze deutlich zur Darstellung bringen kann. Die 3. Mitteilung betrifft die bekanntlich besonders schwierige Sektion der Halswirbelsäule (die Abbildungen sind leider etwas schwer verständlich und nicht sehr glücklich reproduziert; Ref.). Hier werden 2 Methoden zur Auswahl angegeben: bei der ersten wird nach Entfernung der Hals- und Brustorgane und nach Außenklappen der Schlüsselbeine die Vorderfläche der Halswirbelsäule sorgfältig besichtigt, dann die Leiche herumgedreht, und nun werden wie gewöhnlich von hinten her Wirbelsäule und Dornfortsätze freigelegt, dann aber die Wirbelsäule je nach dem im Bereich der Halswirbelsäule oder der oberen Brustwirbelsäule horizontal durchsägt. In letzterem Fall müssen darauf mit der Blattsäge (oder mit der Knochenschere; d. Ref.) die Rippen hart an ihrem Ansatz an den Wirbelkörpern durchschnitten werden, dann kann die isolierte Wirbelsäule aus ihrem Lager herausgehoben werden, sie wird senkrecht aufgestellt und nun (von der horizontalen Durchsägungsstelle an von unten nach oben) bis hinauf zum Atlas in der Mitte durchgesägt. Die zweite noch schwierigere Sektionsmethode der Halswirbelsäule besteht darin, daß man nach Herausnahme des Gehirns aus der Schädelkapsel den frontalen Sägeschnitt nach Ghon im Bereich des Clivus durch die Schädelbasis legt, die Unterkiefer im Gelenk auslöst und nun Hinterhauptschuppe und Halswirbelsäule in der Medianlinie von hinten her und von oben nach unten der Länge nach aufsägt, wobei man zweifellos den besten Einblick auch in das Atlanto-Occipitalgelenk usw. bekommt. Schwierigkeiten bereitet nur die Wiederherstellung der Leiche; hier muß eben mittels durchgeführter Drähte zuerst die Verbindung der einzelnen Knochenteile untereinander und dann eine sorgfältige Naht der Haut und der Weichteile durchgeführt werden, auch muß der Unterkiefer wieder möglichst gut in die Gelenkhöhlen eingepaßt werden, um eine Mißgestaltung des Gesichtsschädels zu vermeiden.

H. Merkel (München).

**Schultz-Brauns, O.: Histo-topochemische Untersuchungen an krankhaft veränderten Organen unter Anwendung der Schnittveraschung. (Physiol.-Chem. Anst. u. Path. Anst., Univ. Basel.) Virchows Arch. 273, 1—50 (1929).**

Die Lokalisation anorganischer Substanzen wird in Schnittpräparaten durchgeführt. Die trockene Veraschung wird durch eine neue Methode, unfixiertes Gewebe zu schneiden, verbessert. Es wird eine doppelte Gefriervorrichtung (Hersteller Leitz) benutzt. Zur Befestigung auf dem Objektträger genügt das Gewebeweiß. Die Verkohlung wird vorsichtig bei  $150^{\circ}$ , die weitere Veraschung bei  $450^{\circ}$  in einem elektrischen Quarzröhrenofen vorgenommen. Höhere Temperaturen sollen vermieden werden. Die Gewebsstruktur bleibt dabei völlig erhalten. Die Aschemengen in Gefäßwänden, Muskulatur und Knorpel, wurden untersucht. Die Farbe der Asche ließ eine Beurteilung besonders der Eisenverteilung zu. Calcium ließ sich mit Hämatoxylin nur bei gleichzeitigem Vorhandensein von Eisen nachweisen. (Calciumfällung durch Hämatoxylin-Eisenlack). Auch bei Auslaugung der angehauchten Aschepräparate mit Wasser ließen die unlöslichen Calciumsalze sich darstellen. Lotzin (Berlin).,

#### Kriminologie. Strafvollzug.

● **Mitteilungen der kriminalbiologischen Gesellschaft. Hrsg. v. Kriminol. Inst. d. Univ. Graz. Bd. 2. Tagung in Dresden im Oktober 1928. Graz: Ulr. Mosers Verl. 1929. 216 S. RM. 15.—.**

In dem ersten Vortrag „Wesen und Systematik des biologischen Typus“ wendet

sich Gruhle in methodologischen Erörterungen gegen die Bestrebungen, in der Kriminalpsychologie und Kriminalbiologie seelische Typen aufzustellen. Das Verbrechen sei eine Lebensform, der Verbrecher kein Charakter. Den biologischen Typus des Verbrechens gebe es ebensowenig wie seine Fundierung im körperlichen. Jeden Versuch, Parallelen zwischen Körperbau und Lebensform (nicht Charakter) des Verbrechers finden zu wollen, nennt Gruhle hoffnungslos. Nicht nur in den folgenden Vorträgen über „Die Bedeutung der biologischen Persönlichkeitstypen für die Strafrechtspflege“ von Mezger und „Typen im Strafvollzug“ (Weissenrieder) wird dieser Ansicht entgegengetreten, sondern auch in der Diskussion (Aschaffenburg, Leppmann, Bürger, Exner usw.), ohne allerdings überall ganz überzeugend zu wirken. Carrara erinnert an die Wichtigkeit anatomischer Untersuchungen der Verbrecher, die eine notwendige Ergänzung jeder Kriminalanthropologie seien, und Michel schildert den psychopathischen Gewohnheitsverbrecher. Hellwig verwirft die bisherige Art der Strafzumessung und fordert tiefere Ausbildung der Juristen in der Kriminalbiologie, die Starke bei allen Beamten der öffentlichen Verwaltung für erwünscht und notwendig hält. Lenz schildert ausführlich die verschiedenen Fragebogen zur Erforschung der kriminell gewordenen Persönlichkeit und ihre praktische Verwertung. Am 3. Verhandlungstage gibt zunächst Fetscher interessante Beispiele aus der von ihm in Sachsen eingerichteten, vorwiegend sozial-hygienisch und eugenisch orientierten Partei. Nach rechtsphilosophischen Untersuchungen über die Stellung der Kriminalbiologie von Eichler folgt am Schluß eine Schilderung der Arbeit des Moskauer Kabinetts für die Erforschung der Persönlichkeit des Verbrechers und der Kriminalität von Krassnuschkin. — Überschaut man im ganzen die Arbeit der beiden kriminalbiologischen Tagungen der Jahre 1927 und 1928 und ihre Ergebnisse, so wird man die hervorragende Organisation anerkennen müssen, welche die verschiedensten Wissensgebiete in den Dienst einer Aufgabe, der Kriminalbiologie, stellt. Wie weit allerdings diese Zusammenfassung neue wissenschaftliche und praktische Ergebnisse hat und ob sie die Klippen vermeiden wird, die vom Schematismus drohen, kann erst die Zukunft lehren. Zu nahe liegt für denjenigen, dem anatomische und andere naturwissenschaftliche Grundlagen fehlen, die Gefahr, über der Massenstatistik die Erforschung der Einzelpersönlichkeit zu vernachlässigen; diese Arbeit aber ist praktisch und theoretisch-wissenschaftlich auch heute noch die nächste und wichtigste Aufgabe.

Hey (Greifswald).

**Villinge, Werner: Kriminalbiologie.** Fortschr. Neur. 1, 493—513 (1929).

Verf. gibt einen Überblick über die neueren kriminalbiologischen und psychologischen Arbeiten und betont die Bedeutung einer neuen Verbrechenforschung, die durch Verschmelzung der verschiedensten Fächer zu einem neuen Ganzen gegeben sei.

Birnbaum (Herzberge).

● Escande de Messières: **La psychologie du criminel.** (Die Psychologie des Kriminellen.) Nîmes: Imprim. coopérat. „La Laborieuse“ 1929. 55 S.

Verf., welcher lange Zeit in der Verbrecherkolonie in Neu-Kaledonien ärztlich tätig war (cf. Heindl), gibt eine literarisch interessant gestaltete Übersicht über die Typologie der Kriminellen; Heredität, soziales Milieu und Erziehung werden als Faktoren der Kriminalität weitgehend berücksichtigt; im übrigen bringt die allgemein gehaltene Arbeit keine wesentlich neuen Gesichtspunkte.

Leibbrand (Berlin).

**Liszt, Elsa v.: Die Kriminalität der Jugendlichen in Berlin in den Jahren 1926 und 1927.** (Landesjugendamt, Berlin.) Z. Strafrechtswiss. 50, 505—523 (1929).

Die Arbeit enthält eine umfassende Statistik der Kriminalität der Jugendlichen in Berlin in den Jahren 1926 und 1927. Die Tabellen geben Auskunft über die Gesamtzahl der zum Abschluß gelangten Strafverfahren, über das Geschlecht und die Altersstufen, über Beruf und persönliche Verhältnisse der jugendlichen Rechtsbrecher. Einer Gesamtübersicht über die Straftaten folgt eine Einteilung derselben mit Rücksicht auf Geschlecht und Alter der Täter. Ferner wird das Verhältnis der Straftatengruppen zueinander zahlenmäßig erfaßt und der Anteil von Geschlecht und Altersstufen an den verschiedenen Straftatengruppen errechnet.

An Hand einer ausführlichen Statistik über die vom Jugendgericht angeordneten

Erziehungsmaßnahmen und verhängten Strafen bringt Verf. den Beweis, daß in Berlin die Strafe hinter den Erziehungsmaßnahmen zurückgetreten ist. Verf. ist der Ansicht, daß die Zahl der Maßnahmen, die das J.G.G. gibt, ausreichend ist, um dem einzelnen Jugendlichen gerecht zu werden.

Többen (Münster i. W.).

**Hellwig, Albert: Die Tätigkeit von Frau Günther-Geffers in dem Wiederaufnahmeverfahren Riedel-Guala.** Arch. f. Psychiatr. 88, 1—18 (1929).

Verf. äußert sich sehr eingehend über die Rolle, die Frau Günther-Geffers als Kriminaltelepathin gespielt hat, er kritisiert des weiteren das Verhalten und die Darlegungen des Parapsychologen Dr. Kröner. Verf. weist auf die grundsätzlichen Unzulänglichkeiten der vorgenommenen kriminaltelepathischen Versuche hin. Es muß verhütet werden, daß bei der Entscheidung über die Zulassung des Wiederaufnahmeverfahrens in dem Falle Riedel-Guala irreführende Suggestionen aus dem kriminaltelepathischen Material eine Rolle spielen. Andererseits darf man nicht, wenn man die Angaben des Mediums als hältlose Phantastereien bewertet, zu der Ansicht gelangen, daß die Verurteilten auf Grund eines zwingenden Indizienbeweises zu Recht verurteilt worden seien.

Henneberg (Berlin).,

**Moll, Albert: Eine Nachprüfung der Graphometrie.** Arch. Kriminol. 84, 149 bis 151 (1929).

Verf. hat die von Langenbruch sen. zum Nachweis der Urheberidentität für untrüglich gehaltene Graphometrie (Arch. Kriminol. 56 und 68) nach einem diese Methode ablehnenden Vortrag von Schneickert (vgl. auch Mschr. Kriminalpsychol. 11 [1914/15]) auf ihre Brauchbarkeit als forensische Methode überhaupt prüfen wollen. Er bat den anwesenden Langenbruch sen. und später Langenbruch jun. um einen Vortrag zur Begründung der Methode. Beide lehnten nach anfänglichen Zusagen unter den verschiedensten Gründen bezeichnenderweise ab. Verf. wandte sich daher an zwei andere Graphologen, die die Langenbruchsche Methode ausübten. Beide versagten bei den vom Verf. gegebenen Aufgaben vollkommen.

Buhtz (Heidelberg).

**Sudomir, A., und P. Zeranskaja: Die Psychologie der Tätowierung bei Verbrechern.** (Inst. f. Wiss. Gerichtl. Expertise, Kiev.) Arch. Kriminol. 85, 14—22 (1929).

Bericht über Beobachtungen an 1000 tätowierten Verbrechern (893 Männern und 107 Frauen). Das Maximum der Tätowierungen fällt ins 14. bis 22. Lebensjahr. In 47% wurden die Hautpunktierungen in der 1. Woche der Gefängnishaft ausgeführt. Neben erotisch-sentimentalen und pornographischen (selten!), Kampf und Rache ausdrückende, Lebensereignisse betreffende, politische und religiöse Überzeugungen abspiegelnde Symbole, endlich noch scheinbar indifferente Zeichnungen (Tiere, Vögel, Landschaften). Anstoß zur Tätowierung gaben in 36% das Beispiel, in 19,5% Wunsch einer Erinnerung ans Zuchthaus oder Sehnsucht nach der Geliebten, in 18,8% Schmuckbedürfnis, in 16,9% Langeweile und Müßiggang. Ursächliches Motiv erblickt der Autor in Umstellung der Triebe der Umwelt auf das eigene Ich, in verstärktem Narzißmus und Autoerotismus. Naturmensch und moderner Verbrecher zeigen beide unvollkommene Entwicklung ihrer Triebe.

Riecke (Göttingen).,

**Euler, H.: Apfelbiß als Spur bei einem Einbruchdiebstahl. Nach einem Gutachten.** Dtsch. zahnärztl. Wschr. 32, 37—40 (1929).

Verf. knüpft an einen in den „Fortschr. Zahnheilk.“ (1925) im Abschnitt „Forensische Zahnheilkunde“ veröffentlichten Fall an:

Bei einem Einbruch waren am Tatort in einem Apfel frische Bißspuren gefunden worden. Sie stammten von einem Landstreicher, den ein Gendarm festgenommen hatte. Es stellte sich bei diesem eine Übereinstimmung der Bißspuren mit denjenigen des am Tatort gefundenen Apfels heraus. Euler veröffentlicht nun einen ähnlichen Fall, der ihm vor einiger Zeit zur Begutachtung überwiesen wurde. Auch hier war ein Einbruch verübt worden. Man fand einen Apfel aus Seife, der von einer Seite Bißspuren aufwies. Dieser Apfel, eine sehr gute Imitation, lag im Eßzimmer auf einer Anrichte und hatte offenbar den Appetit des Täters gereizt. Er hatte in seiner bitteren Enttäuschung den Pseudoapfel wieder an seinen Platz gelegt. Nun wurden 3 Personen als dringend verdächtig in Untersuchungshaft genommen, und zwecks Nachforschung der Täterschaft wurde je ein Abdruck vom Ober- und Unterkiefer gemacht. Die Bißspuren im Seifenapfel wurden mit leicht flüssigem Metall und mit Gips ausgegossen, und nun wurden die verschiedenen Bißproben gemacht, d. h. die Modelle selbst

in die Apfelbißspuren probeweise eingefügt. Verf. hat in seinem mit einer Abbildung versehenen Votum eine genaue Begründung dafür gegeben, daß von den 3 Verdächtigen nur ein ganz bestimmter Täter für das Delikt in Betracht kommen kann.

Am Schluß seiner Arbeit hebt Verf. das in der *Vjschr. Zahnheilk.* 1925 von Soerup angegebene Verfahren zur Identifizierung von Verbrechern hervor, das er entsprechend der Daktyloskopie „*Odontoskopie*“ genannt hat. Diese Methode hat seiner Meinung nach trotz einer gewissen Umständlichkeit den Vorzug, daß sie auch in recht schwierigen Fällen Anwendung finden kann, bei denen die Bißspuren nicht wie in dem erwähnten Fall plastisch und unverändert in scharfen Konturen erhalten sind. *Harry Schindler.* °°

**Balthazard, V.: Organisation de services d'anthropologie criminelle dans les prisons.** (Zur Organisation des kriminalanthropologischen Gefängnisdienstes.) Paris méd. 1929 II, 457—460.

Die Strafe soll dem Schutz der Gesellschaft und der Verbrechensvorbeugung dienen; um dies zu erreichen, ist genaue Kenntnis und Individualisierung des Rechtsbrechers erforderlich. Kriminalanthropologische Einrichtungen müssen zuerst an den großen Gefängnissen geschaffen werden, Laboratorien mit einem ärztlichen Direktor und einem oder zwei psychiatrischen und kriminalanthropologischen Ärzten. Ferner gehören psychiatrische Adnexe an die großen Strafanstalten. Nach genauer Untersuchung werden Gutachten ausgestellt, die bei den Besprechungen mit den Anstaltsbeamten vorgetragen werden und in Fragen der disziplinaren Behandlung, der Beschäftigung, Einzel- oder Gemeinschaftshaft usw. wirksam sind. Mit der Gefängnishygiene und allgemeinen medizinisch-chirurgischen Maßnahmen sollen die Kriminalanthropologen nichts zu tun haben. Das Gefängnispersonal soll durch diese Ärzte möglichst etwas herangebildet werden. Eine Dreiteilung der Verbrecher in Gelegenheitsverbrecher (vorwiegend milieubedingt), Gewohnheitsverbrecher oder kriminell Degenerierte (Kombination sozialer und konstitutioneller Einflüsse) und moralische Idioten oder Geisteskranke erlaubt in groben Zügen Maßnahmen hinsichtlich Beschäftigung, Regelung der Disziplin usw. anzugeben. Zur 2. und 3. Gruppe, die sozial viel gefährlicher sind und eine strenge Disziplin nötig haben, gehören etwa 30% der Gefangenen. Eine allgemeine Reform muß langsam vor sich gehen. Gerühmt wird namentlich die kriminalanthropologische Einrichtung in Belgien; ähnliche schon alte Bestrebungen in Deutschland (Adnexe!) nicht erwähnt.

*F. Stern* (Kassel).

**Glaser, Arthur: Gesundheitsfürsorge im Gefängnis.** Volksgesdh. (Wien) 3, 185 bis 188 (1929).

Entsprechend der modernen Forderung, den Strafgefangenen durch pädagogische Einwirkung und gesundheitliche Betreuung auf seinen Wiedereintritt in die Gesellschaft vorzubereiten, macht Verf. Vorschläge, wie die Gesundheit der Gefangenen gehoben werden könnte: Kräftigere Kost, bessere Beleuchtung und Belüftung, Ungezieferbekämpfung, warme Kleidung im Winter, tägliche Turnstunde. Grundlage seelischer Einwirkung auf den Gefangenen muß die psychiatrische Untersuchung bilden.

*Ludwig Schmidt* (Würzburg).°

**Butler, Amos W.: Prisoners and prisons.** (Gefangene und Gefängnisse.) J. amer. Inst. crimin. Law 20, 182—245 (1929).

Allgemeine Ausführungen von wesentlich regionalem Interesse. Angeregt wird die Einrichtung eines psychiatrischen Gefangenendienstes, ausgedehntere Beschäftigungsmöglichkeiten und anderer moderner Einrichtungen. *Adolf Friedemann* (Basel-Friedmatt).

**Steuk, Gerhard: Das Jugendgefängnis Neumünster.** Zbl. Jugendrecht 21, 256 bis 263 (1929).

Verf. schildert die Erziehungsarbeit, die im Jugendgefängnis Neumünster in Schleswig-Holstein an den jugendlichen Rechtsbrechern geleistet wird. Die Zeit der äußeren Freiheitsberaubung soll dazu dienen, „daß in steigendem Maße die Persönlichkeit des Gefangenen verstandes- und gemütsmäßig aktiviert werde zunächst zur Erfüllung einer großen Zahl von rein äußerlichen Aufgaben, dann aber zur Mitarbeit am Gemeinschaftsleben und schließlich zum Willen, sich selbst zu erziehen“. Be-

dauerlich ist es, daß Steuk in seiner Abhandlung, welche die im Jugendgefängnis Neumünster betriebene Fürsorgepädagogik ausführlich darlegt, den Psychiater und die ihm im Rahmen des Strafvollzugs zufallende Aufgabe überhaupt nicht erwähnt. Lehrt doch die tägliche Erfahrung, daß die Gefangenen zu einem nicht unbeträchtlichen Teil geistig abwegige Persönlichkeiten sind, denen nur eine von ärztlichem Geiste durchtränkte, der Persönlichkeit angepaßte Pädagogik gerecht werden kann. Erst durch eine enge Fühlungnahme der Anstaltpädagogen mit dem Psychiater dürfte eine Aussicht auf Erfolg der erzieherischen Bemühungen im Jugenstrafvollzug gewährleistet sein. *Többen* (Münster i. W.).

**Plischke, Rudolf:** *Jugendstrafvollzug.* Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswiss. Bd. 49, H. 1/2, S. 84—98. 1928.

Die Zahl der gerichtlichen Verurteilungen Jugendlicher hat seit 1923 erheblich abgenommen infolge der mildernden Handhabung der gesetzlichen Bestimmungen. Die Verurteilung Jugendlicher zu Gefängnisstrafe kommt nur als äußerstes Mittel zur Anwendung. Plischke greift unter den Jugendlichen die 14—18jährigen Gefangenen heraus und behandelt kurz die Erziehungsmittel und -maßnahmen, wie sie in der Gefangenenanstalt Bautzen gehandhabt werden. Um eine gedeihliche Erziehung zu ermöglichen, werden in Bautzen die Jugendlichen in einem besonderen Gebäude untergebracht. Ein Gefängnislhrer und pädagogisch geschulte Aufsichtsbeamte bilden das Erziehungspersonal. Das gesamte Aktenmaterial steht den Erziehern zur Verfügung, damit sie sich die notwendige Kenntnis der Persönlichkeit des jugendlichen Gefangenen verschaffen können. Die Grundlage der Erziehungsmaßnahmen bildet die Gemeinschaftserziehung. Langdauernde Isolierung ist nur in ganz besonderen Fällen zulässig. Vergünstigungen bei gutem Verhalten sollen den jugendlichen Gefangenen anspornen, an seiner Willenserstärkung zu arbeiten. Der geistigen und sittlichen Förderung der Sträflinge dient die Gefängnisschule, die im wesentlichen 3 Aufgaben zu erfüllen hat: Die Vermehrung der Elementarkenntnisse, die sittliche Belehrung und die berufliche Fortbildung der Gefangenen. Um dem Jugendlichen die Eingliederung in das soziale Leben zu erleichtern, wird die Berufsberatung gepflegt. — Zur Aufrechterhaltung der für eine Erziehungsarbeit unerlässlichen Disziplin sollen nur in besonderen Fällen Hausstrafen angewandt werden. Nach Plischke ist „die heutige Behandlung der Jugendlichen im Gefängnis noch zu jung, als daß man schon über den Erfolg sprechen könnte“. Schätzungsweise können von den im Rechnungsjahr 1926/27 aus der Gefangenenanstalt I Bautzen entlassenen 84 Jugendlichen 20 als gebessert, 46 als zur Besserung angeregt, 18 als nicht gebessert gelten. *Többen* (Münster i. W.).

**Herbertz, R.:** *Das Seelenleben der Strafgefangenen.* Psychol. Rdsch. 1, 41—45 u. 80—83 (1929).

Verf. betont mit Recht den Wert der Psychologie des Strafgefangenen für die Kriminalpsychologie und gibt einige Hinweise, wie man mit ihnen in geistigen Konnex kommen soll. Als charakteristisch für die Strafgefangenen-Mentalität hebt er mit Bjerre die Neigung zum Selbstbetrug, zur Selbstaufgabe und zum Scheinleben heraus. Er fügt Handschriftproben bei, die zeigen sollen, daß mit einer gewissen Spaltung der moralischen Persönlichkeit eine Handschriftzerspaltung parallel geht, und daß Eigentumsdelikt und Mord oft verkappte Sexualdelikte sind. (Aus der einen Handschrift soll deutlich der Sexualverbrecher erkennbar sein.) — Im übrigen irrt Verf., wenn er erklärt, daß man bisher auf dem Gebiete der Psychologie des Strafvollzuges einem „Garnichts“ gegenüber stand und seine Beobachtungen einen allerersten Anfang bedeuten. Siefers kürzlich erschienenes Buch „Über die Wirkung der Freiheitsstrafe“ zeigt eindringlich, wieviel verwertbares Material schon jetzt vorliegt. *Birnbaum* (Berlin).<sub>o</sub>

**Höpler, E.:** *Mordkriminalität und Todesstrafe in Österreich in den Jahren 1874 bis 1927.* (Univ.-Inst. f. d. ges. Strafrechtswiss. u. Kriminalistik, Wien.) Mschr. Kriminalpsychol. 20, 449—511 (1929).

Zur Prüfung der Wechselbeziehungen zwischen Mordkriminalität und Todes-

strafe standen für die Zeit bis zum Umsturz die vom Justizministerium während mehrerer Jahrzehnte in allen Fällen einer verhängten Todesstrafe dem Staatsoberhaupt erstatteten Gutachten zur Verfügung. Von 1919 ab mußten die Bezugsakten selbst eingesehen werden. Urteile der Militärgerichte blieben außer Betracht. Die Altersklassen 20—30 waren vor dem Kriege durchschnittlich mit 52% beteiligt, nach dem Kriege mit 71%. Dagegen waren die Altersklassen 31—40 vor dem Kriege mit 25% beteiligt und nach dem Kriege mit 13%. Die Beteiligung des weiblichen Geschlechts sank in der Nachkriegszeit für die Altersklassen 20—30, stieg dagegen für die Altersklassen 31—40. Die Beteiligung Unbestrafter wies nach dem Kriege eine ganz beträchtliche Steigerung auf. Vor dem Kriege ist nur an 3% die Todesstrafe vollzogen worden. Meist handelte es sich da um Raubmörder. Maßgebend war der Gedanke der Gesellschaftssicherung und der Abschreckung. Der allmähliche Abbau der Todesstrafe vor dem Umsturz ist durch die zunehmende Milde des alten Kaisers zu erklären und würde nach den vorliegenden Zahlen kriminalpolitisch kaum gerechtfertigt gewesen sein. Nach Abschaffung der Todesstrafe in der Republik sinkt die Verhältniszahl der Strafen von 15 Jahren aufwärts im allgemeinen von 78% auf 58%, während die Zahl der mildernden Strafen steigt. Diese Milde fällt um so mehr auf, als die Intensität der strafbaren Morde ganz bedeutend in der Nachkriegszeit zugenommen hat. Die Zahl der Morde hat eine Höhe erreicht, die frühere Höchstziffern ganz beträchtlich übersteigt, obgleich durch die geänderte Rechsauffassung heute vieles für Totschlag erklärt wird, was früher als Mord galt. Ferner ist zu erwägen, daß die Geschworenen besonders in Wien bei Aburteilung von Mord vielfach völlig versagen, so daß die tatsächliche Ziffer der Morde heute noch höher ist, als die Statistik ausweist. Dennoch darf man nicht einfach die Vermehrung und Verschärfung der Mordkriminalität in den Nachkriegsjahren auf die Aufhebung der Todesstrafe zurückführen. Es ist zu bedenken, daß die Gesamtkriminalität ebenfalls eine Zunahme erfahren hat. Auch war es ein schwerer kriminalpolitischer Fehler, gleichzeitig die Mindeststrafe für Kapitalverbrechen von 3 Jahren auf 1 Jahr herabzusetzen. Die Folge war eine Entwertung des Rechtsguts des Lebens, wie sie allein durch Aufhebung der Todesstrafe nicht zustande gekommen wäre. Mord wird heute vielfach milder bestraft als schwerer oder wiederholter Diebstahl. Gegen diese grenzenlose Verflachung der Strafen muß ein fester Damm aufgerichtet werden. Immerhin bleibt einer nicht gänzlich ausgeschalteten Todesstrafe, wird sie auch noch so selten vollzogen, eine gewisse generalprävenierende Bedeutung zuzugestehen. Österreich befindet sich infolge der zahlreichen Gesetzessabotagen seiner Geschworenengerichte heute in einem eines Rechtsstaates unwürdigen abnormalen Zustande. Das häufige Versagen der Gerichte fällt kriminalpolitisch so schwer ins Gewicht, daß einstweilen noch ein verläßliches Urteil über die Auswirkung der Aufhebung der Todesstrafe auf die Mordkriminalität gar nicht möglich erscheint. Raecke (Frankfurt a. M.).

#### Kriminelle und soziale Prophylaxe.

**Frankl, Viktor:** *Selbstmordprophylaxe und Jugendberatung.* (Geschäftsstelle f. Jugendberatung, Wien.) Münch. med. Wschr. 1929 II, 1675—1676.

Seit 1914 propagiert Hugo Sauer, Berlin, die Einrichtung von Jugendberatungsstellen: unentgeltliche, verschwiegene Beratung in der Privatwohnung der Berater ohne Zwang der Namensnennung für den zu Beratenden. Als Berater fungieren Ärzte, Pädagogen, Sozialbeamte. Verf. berichtet über seine entsprechende Praxis in Wien. 1500 Ratsuchende (5000 Besuche) in anderthalb Jahren (etwa); ein Drittel der Fälle betraf erotische und sexuelle Konflikte, ein zweites Drittel familiäre Konflikte, der Rest neurotische Störungen, Schwangerschaft, Geschlechtskrankheiten usw. bzw. die Furcht davor. Wirtschaftliche Not war wohl Nährboden, keineswegs aber unmittelbar Ursache. (Auskünfte: Internat. Archiv f. private Jugendberatung, Berlin W 8, Leipziger Straße 91 III.).

A. Busemann (Breslau)..

**Parisot et Caussade: Les sévices chez les enfants. Discussion.** (Mißhandlung von Kindern. Diskussion.) (*14. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 24. à 26. VI. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 9, 653—663 (1929).

Héger (Brüssel): In Belgien haben die Mißhandlungen von Kindern, dank verschiedener Gesetze, abgenommen. Die Angaben der Schulkinder über Mißhandlungen können auch fälschlich sein, wie an einem Fall gezeigt wird. — Piédelièvre (Paris): Bei Anzeigen wegen mangelhafter Pflege der Kinder kommt es bei der Begutachtung der Fälle auch auf die Konstitution der Kinder und Berücksichtigung der elterlichen Verhältnisse an. — Simonin (Straßburg): Das Gesetz zum Schutze der Kinder sollte auch Anwendung finden können bei Mißhandlungen von Greisen, schwachen und dementen Personen. In den Fällen von Selbstmord wegen Mißhandlung kann die Untersuchung der Leiche neben der Todesursache Spuren von Mißhandlung aufdecken. Der ätiologische Zusammenhang dieser Zustände kann an der Leiche nicht bestätigt werden. — Roger (Melun) berichtet über die betr. Verhältnisse in Spanien, die im Gesetze berücksichtigt sind.

Auf Grund des Vortrags und der Diskussionsbemerkungen wird von der Versammlung eine Resolution gefaßt, wonach die betreffenden Strafgesetzparagraphen auf alle Personen ausgedehnt würden, die sich vermöge ihres psychischen oder körperlichen Zustandes nicht selbst schützen können. *Schönberg* (Basel).

**Loewenstein, Georg: Über Kinderprostitution.** Mitt. dtsch. Ges. Bekämpfung Geschl.krkh. 27, 354—366 (1929).

Die Prostitution im Kindesalter ist, soweit Sittlichkeitsverbrechen oder Gewaltanwendung auszuschließen sind, der Endpunkt einer Entwicklung, deren Vorstufen sittliche Gefährdung, sittliche und später körperliche Verwahrlosung sind. Die Umgrenzung der Verwahrlosung erfolgt durch die Persönlichkeit selbst, wie sie sich aus Anlage und Milieu entwickelt. Der auslösende Faktor ist sehr verschieden und liegt nur in den seltensten Fällen in den wirtschaftlichen Verhältnissen der Eltern bedingt. Verf. geht im einzelnen auf die kindliche Psyche ein, zeigt den Einfluß der Frauen- und Kinderarbeit, aber auch einer übertrieben strengen Erziehung und der Wohnungsnot, insbesondere hierbei des engen und ungenierten Zusammenschlafens von Erwachsenen und Kindern, auf die Vorbereitung eines Bodens, auf dem sich die Kinderprostitution vornehmlich entwickelt. Im einzelnen zeigt Verf. an einer größeren Anzahl von Kriminalfällen aus der Jugendgerichtsbarkeit, die er unter Hunderten anderer Fälle als besonders prägnante Fälle herausgesucht hat, daß die Kinderprostitution in keiner Weise dem Begriff Prostitution schlechthin gleichgestellt werden kann, und daß im Gegensatz zu der landläufigen Auffassung Vorstellungen und Ursachen das Kind zur Prostitution veranlassen, die fern aller Not im Psychischen, insbesondere im Psychopathologischen ihre Erklärung finden. *Georg Loewenstein* (Berlin).<sub>o</sub>

**Ehrhardt, Justus: Die Lage der gefährdeten und verwahrlosten Großstadtjugend in Deutschland nach dem Kriege.** (*Landesjugendamt, Berlin.*) Rev. internat. Enfant (Genf) 8, 796—812 (1929).

Zerrüttete Familienverhältnisse, weitverbreitete Arbeitslosigkeit, äußerst ungünstige Wohnverhältnisse, schlechter Gesundheitszustand infolge der unzureichenden Kriegsernährung und der Verarmung ganzer Volkskreise, Nebenbeschäftigung auf der Straße, in der Heimindustrie oder in gewerblichen Betrieben bilden für den äußeren Einflüssen leicht erliegenden Jugendlichen, namentlich in den Großstädten, eine ungeheure Gefahrenquelle. Während die Jugendlichen aus proletarischen und notleidenden Kreisen durch revolutionäre und politische Hetze eine Verbesserung ihrer Lage erstreben, gibt es in Deutschland eine große Zahl von Jugendvereinigungen, die durch „kulturelle und erzieherische Arbeit“ der Verwahrlosung der Jugend vorzubeugen bemüht sind. Die gefährdete und verwahrloste Jugend wird weitgehend durch die öffentliche und staatliche Fürsorge erfaßt. Allein in Berlin waren am 31. III. 1929 9150 Kinder und Jugendliche in der Fürsorgeerziehung untergebracht. Nach Ansicht des Verf. steht die Kriminalität der Jugendlichen in engster Verbindung mit der Arbeitsmarktlage. In einer Tabelle, die die Jahre 1912, 1917 und 1921 umfaßt, stellt der Verf. die Straftaten Jugendlicher der Gesamtzahl der kriminellen Handlungen

gegenüber. Bedauerlich ist die Erscheinung der letzten Jahre, daß, obwohl die Kriminalität Jugendlicher im allgemeinen abgenommen hat, die Zahl der schweren Straftaten zunimmt. Besonders eingehend behandelt der Verf. die Frage der Prostitution Jugendlicher. Er glaubt, die Zahl der „ständig von der Prostitution lebenden Mädchen“ allein in Berlin auf 20000 schätzen zu können. Die zahlenmäßige Erfassung der Jugendlichen unter ihnen ist infolge der Aufhebung der Kasernierung und der eigentlichen Sittenkontrolle sehr schwierig. In Berlin soll die Zahl der Jugendlichen, „die sich gelegentlich oder regelmäßig prostituieren“, etwa 35000 betragen. In den Kuppelquartieren werden Jugendliche den Besuchern als „Ware“ zur Verfügung gestellt. Daß auch die männliche Prostitution in den Großstädten stark verbreitet ist, zeigt die große Zahl der „Strichjungen“ in Berlin, die auf rund 15000 geschätzt werden. Verf. bringt außerdem Zahlenangaben über jugendliche Selbstmörder und Wanderer und erwähnt als Gefahrenquellen für die Jugendlichen den großstädtischen Rummelplatz und das Bandenwesen der Jugendlichen. Dem Lichtspieltheater und der Schundliteratur schreibt er nur eine „mittelbare Rolle“ bei der Verwahrlosung der Jugendlichen zu.

Többen (Münster i. W.).

**Hvidberg, E.: The delinquent child in court.** (Das kriminelle Kind vor Gericht.) Rev. internat. Enfant (Genf) 7, 265—272 (1929).

Die dänische Gesetzgebung enthält keine besondere Regelung der Behandlung und Bestrafung krimineller Minderjähriger; jedoch wird, wenn es sich um Kinder handelt, eine erhöhte Fürsorge angewandt, deren Einzelheiten Verf. angibt. Nach dem dänischen Strafgesetzbuch aus dem Jahre 1866 werden kriminelle Handlungen, die Kinder unter 14 Jahren ausgeführt haben, nicht bestraft; Kinder zwischen 10 und 15 Jahren können verurteilt werden, wenn die Natur der Handlung, die geistige Entwicklung und Erziehung des Kindes die Vermutung voll gerechtfertigt erscheinen lassen, daß das Kind sich der rechtsbrecherischen Tat bewußt war und deshalb strafbar ist. Bei einer Änderung des Strafgesetzbuches im Jahre 1905 und 1911 wurde das verantwortliche Alter auf 14 Jahr festgesetzt. Kinder über 14 Jahre unterstehen den Bestimmungen des Dänischen Strafgesetzbuches; aber die Strafe kann unter Umständen vermindert werden. Die Höchststrafe für Minderjährige zwischen 14 und 18 Jahren beträgt 8 Jahre schwere Arbeit. Verf. berichtet, daß die erwähnten gesetzlichen Vorschriften in der Praxis kaum angewandt werden und daß das Gericht das verantwortliche Alter gewöhnlich auf 16½ Jahre festsetzt. Der Änderung des Strafgesetzbuches aus dem Jahre 1911 zufolge schreibt das Justizministerium die Untersuchung aller 14—18jährigen Rechtsbrecher vor, und der Erziehungsrat (Vaergeraad) wird zur Berichterstattung herangezogen. Das Justizministerium entscheidet, ob ein weiteres Verfahren aufgenommen werden und welcher Art es sein soll. Verf. erwähnt, daß ein vorliegender Gesetzentwurf von besonderer Bedeutung für 17—18jährige Delinquenten ist. — Solange ein jugendlicher Rechtsbrecher der Polizei und dem Gericht untersteht, kann der Erziehungsrat keine erfolgreichen Schritte unternehmen. Seine Arbeit setzt nach der Verurteilung, spätestens aber einen Monat nach der Strafverbüßung ein. Der Erziehungsrat erhält von der Polizei über alle minderjährigen, noch strafunmündigen Rechtsbrecher Auskunft. Er entscheidet dann, ob eine Beaufsichtigung wünschenswert ist oder nicht. Auf Grund eines Gesetzes muß in mehreren Fällen, die Verf. einzeln angibt, der Erziehungsrat benachrichtigt werden. — Die erwähnten gesetzlichen Bestimmungen, die allerdings noch einer durchgreifenden Reform und Erweiterung bedürfen, beweisen, daß man auch in Dänemark die Notwendigkeit einer Sonderbehandlung der kriminellen Jugendlichen anerkennt.

Többen (Münster).

**Ruppert: Bewährungsgesetz.** Dtsch. Z. Wohlf.pfl. 5, 485—497 (1929).

Verf. bezeichnet die Abgrenzung des Personenkreises als die schwierigste Frage, die das Problem des Bewährungsgesetzes in sich birgt. Er unterscheidet eine „Verwahrung“ und „Bewahrung“. Während letztere eine Maßnahme der Fürsorge sein soll, wird die Regelung der Sicherungsverwahrung als Aufgabe des Strafrechts und der Polizei

hingestellt. Die verwahrloste Dirne, der verwahrloste Trinker, sowie der verwahrloste Bettler und Landstreicher sind den Bestimmungen des zu schaffenden Bewahrungsgesetzes zu unterwerfen. „Um dem Richter ein sicheres Merkmal an die Hand zu geben“, wann eine Verwahrlosung vorliegt, die eine zwangsfürsorgerische Bewahrung erforderlich erscheinen läßt, bedarf der erwähnte Personenkreis nach Ansicht des Verf. einer Einengung durch weitere Merkmale. Eine Reihe von Gesetzentwürfen nennt die Entmündigten oder diejenigen Personen, bei welchen die Voraussetzungen der Entmündigung gegeben sind, bewahrungsbedürftig. Die vom Reichsministerium des Innern aufgestellten Grundsätze für ein Bewahrungsgesetz fordern die tatsächliche Entmündigung als Voraussetzung der Anordnung einer Bewahrung. In diesen Grundsätzen ist der Vorschlag enthalten, auch die bestraften Bettler, Landstreicher und Dirnen in das Bewahrungsgesetz einzubeziehen und sie nach Verbüßung der Strafe dem Bewahrungsrichter zwecks Anordnung weiterer Maßnahmen zu überweisen, während nach der lex lata und gemäß den Bestimmungen des Strafgesetzbuchentwurfes der Strafrichter zu entscheiden hat, ob die wegen gemeinschädlichen Verhaltens zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten nach Verbüßung derselben einer korrektionellen Nachhaft im Arbeitshause zuzuführen sind. Verf. geht ein auf die Frage der Durchführung der Bewahrung und fordert hinsichtlich der Dauer derselben, daß sie in jedem einzelnen Falle bis zur Erreichung des Zweckes fortzusetzen ist. Als die „berufenen Körperschaften für die Erfüllung der Bewahrungsaufgabe“ bezeichnet er die Fürsorgeverbände, die nach den Grundsätzen des Reichsministeriums des Innern vom 26. II. 1928 auch die Kostenträger der Bewahrung sein sollen. *Többen* (Münster i. W.).

● **Leunbach, J. H.: Das Problem der Geburtenregelung. Mit einem Vorwort v. Magnus Hirschfeld.** Kopenhagen: Levin & Munksgaard u. Leipzig: Georg Thieme 1930. 45 S. RM. 2.20.

Das vorliegende Büchlein enthält die beiden Vorträge Leunbachs, die er auf dem Kopenhagener und dem Londoner Weltliga-Kongreß für Sexualreform gehalten hat. Das Ziel L.s ist das volle Selbstbestimmungsrecht aller Menschen auf dem Gebiete der Fortpflanzung. Diese Absichten werden bekämpft von den gegenwärtigen Machthabern der Gesellschaft, dem Kapitalismus, Militarismus und Klerikalismus. L. legt dar, welche Bedeutung die Geburtenregelung für die sexuellen Probleme hat. Zunächst kommt er auf die Ehe zu sprechen. Wenn man Geschlechtsleben und Kindererzeugung durch sichere Antikonzeption voneinander zu trennen vermag, so wird man künftig das „Glück“ der Individuen und die Forderung einer natürlichen Befriedigung des Geschlechtslebens in weit höherem Maße berücksichtigen können. Verändert wird die Stellung der Frau in der menschlichen Gesellschaft. Wenn das Selbstbestimmungsrecht durchgeführt ist, ist die Zeit der Mannesherrschaft endgültig vorbei. L. wünscht die Kenntnis empfängnisverhütender Mittel zu verbreiten, dagegen bekämpft er die Abtreibung und die Bestrafung der Abtreibung. Die Geburtenregelung ist weiter eine Hauptbedingung für die Verwirklichung der Eugenik. Die Toleranz der freien Liebesbeziehungen eröffnet eine Zukunftsperspektive ungeahnter Glücksmöglichkeiten. Prostitution und Geschlechtskrankheiten werden verhütet. Wir erfahren, daß in einer Jugendgruppe für „Körperkultur“ von 6000 jungen Menschen beiderlei Geschlechts die Kenntnis der antikonzeptionellen Mittel durchgeführt ist und daß in 6 Jahren kein Fall von Geschlechtskrankheit vorkam. Die Schaffung eines Sexualstrafrechtes ist zu erstreben, das nicht in den übereinstimmenden Geschlechtswillen erwachsener Menschen eingreift. Bezüglich der sexuellen Erziehung und Aufklärung kommt es ganz besonders auf die Auskunft über die empfängnisverhütenden Mittel an. Zum Schluß werden die Anforderungen an die empfängnisverhütenden Mittel, die antikonzeptionelle Technik und die Aufklärung erörtert. Der zweite Vortrag behandelt Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation in Dänemark. Aus dem Aufsatz seien folgende Sätze hervorgehoben: „Wenn die Ärzte behaupten, daß sie sich auf ein Unterbrechen der Schwangerschaft auf die soziale Indikation hin nicht einlassen wollen, so ist das so zu verstehen, daß Armut nicht als Indikation zu betrachten ist, Reichtum dagegen wohl. — In Dänemark muß man sozial ziemlich hochstehend oder sehr wohlhabend sein, damit eine Abtreibung leicht und glatt von statthen geht.“ Ref. bezweifelt sehr, daß diese Sätze den Beifall der dänischen Ärzteschaft finden werden. Beide Schriften sind ausführlich besprochen worden, weil sie deutlich erkennen lassen, welche Ziele eine nicht von ethischen Gesichtspunkten geleitete Sexualreform verfolgt. *Lochte* (Göttingen).

● **Kankeleit, Otto: Die Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen.** München: J. F. Lehmann 1929. 112 S. u. 7 Abb. RM. 5.50.

Kankeleit gelangt zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Mehr, als es bisher ge-

schieht, müssen bei der Entlassung und Beurlaubung von Geisteskranken, Schwachsinnigen, Epileptikern und Psychopathen rassenhygienische Gefahren berücksichtigt werden. In vielen Fällen könnte die Sterilisierung die Bedenken, die gegen eine Entlassung bestehen, beseitigen. Durch die offene Fürsorge in der Psychiatrie ist die Frage der Sterilisierung besonders aktuell geworden. 2. Bei dem gegenwärtigen Stand der Vererbungsforschung, bei Berücksichtigung der Einstellung führender Sachverständiger auf dem Gebiet der Unfruchtbarmachung und der noch vorhandenen Bedenken in weiten Kreisen der Bevölkerung ist eine zwangsmäßige Unfruchtbarmachung zu widerraten. Doch ist die Unfruchtbarmachung auf Wunsch oder mit Einwilligung als Maßnahme gegen die Vererbung von geistigen und seelischen Defekten durchaus zweckmäßig und bedarf dringend der gesetzlichen Regelung. 3. Die Entscheidung über die Vornahme des Eingriffes darf nicht ein einzelner Arzt treffen, sondern eine behördlich ermächtigte Kommission. 4. Für eine rassenhygienische Unfruchtbarmachung kommt nur die Sterilisation in Betracht, welche, da die Keimdrüsen erhalten bleiben, für den körperlichen und geistigen Zustand des Individuums keinerlei schädliche Folgen hat. Der Geschlechtstrieb und die Möglichkeit des Geschlechtsverkehrs wird dadurch nicht beeinträchtigt. 5. Zur Herabsetzung resp. Beseitigung eines krankhaften resp. kriminellen Geschlechtstriebes ist die Kastration der gegebene Weg. Die Kastration darf stets erst nach der Pubertät vorgenommen werden. — Nach dem geltenden Recht sind wir in Deutschland zur Untätigkeit genötigt, weil die §§ 224, 225 StGB. eine Sterilisierung aus nicht medizinischen, d. h. aus eugenischen Gründen als Körperverletzung mit schwerer Strafe bedrohen. Bei gewissen Fällen von sexueller Perversion und auch zur Beseitigung von perversen Trieben bei Sittlichkeitsverbrechern kann nach Auffassung hamburgischer Juristen und Ärzte die Kastration als Heilbehandlung gelten. Der amtliche Entwurf eines Allgemeinen Deutschen Strafgesetzes von 1925 bedeutet insofern einen Fortschritt, als der § 238 besagt, daß Eingriffe und Behandlungsweisen, die der Übung eines gewissenhaften Arztes entsprechen, keine Körperverletzungen oder Mißhandlungen im Sinne des Gesetzes seien. Dieser Rechtssatz kommt jedoch nur bei Unfruchtbarmachung aus therapeutischen Gründen in Betracht, nicht aber für die Sterilisierung aus rassenhygienischer und sozialer Indikation. Der § 239 dieses Entwurfes, nach welchem eine Körperverletzung mit Einwilligung nur bestraft wird, wenn die Tat trotz der Einwilligung gegen die guten Sitten verstößt, wird dahin auszulegen sein, daß eine Sterilisierung aus rassenhygienischer oder sozialer Indikation nur unter gewissenhaftester Auslegung des Begriffs der guten Sitten zulassen sei. Die Entscheidung darüber, was in dieser Hinsicht mit den guten Sitten vereinbar sei, darf nicht in die Hand eines einzelnen Arztes — geschweige denn eines „Heilkundigen“ — gelegt werden. Die freiwillige Unfruchtbarmachung aus rassenhygienischen und sozialen Gründen wird nur zu befürworten sein, wenn sie unter größten Kautelen erfolgt, d. h. wenn vor allem eine Kommission über den einzelnen Fall ihr Urteil abzugeben hat, wie dies von Sachsen und Schweden bereits vorgeschlagen ist. Die Vorschläge von Boeters sind als zu weitgehend abzulehnen. *Locke* (Göttingen).

**Gadelius, Bror:** Ist ein „Entweder-Oder“, Eheverbot oder Sterilisierung des Epileptikers eine berechtigte Forderung der menschlichen Gesellschaft? *Hygiea* (Stockh.) 91, 833—863 (1929) [Schwedisch].

Es werden Bedenken geltend gemacht, ob sich die gesetzmäßige Sterilisierung von Epileptikern überhaupt halten läßt. Soweit Männer in Frage kommen, ist zwar der Eingriff nicht kompliziert, bei Frauen dagegen handelt es sich stets um eine Laparotomie mit allen Fährnissen und seelischen Belastungen, die einem so großen Eingriff anhafteten. Es ist besser, durch Aufklärung die Betroffenen von dem Vorteil der Sterilisation zu überzeugen und möglichst ihre freiwillige Zustimmung zu der Maßnahme zu erlangen. Überhaupt sollte bei der Epilepsie die Beziehung auf die Erblichkeitslehre als Begründung für das Eheverbot oder die Sterilisierung nicht als gut fundiert be-

zeichnet werden, da unsere Vorstellungen von dem Erblichkeitsgang der Epilepsie noch als ziemlich vage bezeichnet werden müssen. *H. Scholz* (Königsberg).

**Erickson, Milton H.: Marriage and propagation among criminals.** (Ehe und Fortpflanzung unter Verbrechern.) *Med.-leg. J.* **46**, 25—31 (1929).

Verf. hat Nachforschungen bei Gefängnisinsassen und zwar bei 3643 Fällen gemacht, unter denen sich 30% Schwachsinnige fanden. Im Verhältnis zur Gesamtzahl der Bevölkerung sind bei Berücksichtigung der heiratsfähigen Altersklassen die Eheschließungen bei den Kriminellen an Zahl geringer, die Scheidungen an Zahl häufiger, die Zahl der Kinder gleichfalls geringer, als es der übrigen Bevölkerung entspricht.

*Gg. Strassmann* (Breslau).

**Whitney, E. A.: Eugenie sterilization report of thirty-one cases and a discussion of the subject.** (Sterilisation aus eugenischen Gründen. Kritischer Bericht über 31 Fälle.) (*Elwyn Training School, Elwyn, Pa.*) *Pennsylvania med. J.* **33**, 18—22 (1929).

Obgleich in Pennsylvania eine gesetzliche Regelung der Sterilisation fehlt, wurden doch in den letzten 25 Jahren 133 männliche und 129 weibliche Schwachsinnige meistens in dem sich an die Pubertät anschließenden Alter sterilisiert, mit dem Erfolge, daß in etwa 70% der Fälle eine erhebliche Besserung im asozialen Verhalten eintrat, daß in der Hälfte der Fälle sich das Nervensystem und in 38,7% die Mentalität völlig wieder herstellte, weshalb weitgehende Anwendung zu erstreben ist.

*Fischer-Defoy* (Frankfurt a. M.). °°

### Verletzungen. Gewaltsamer Tod aus physikalischer Ursache.

**Ricard, A.: Des ruptures traumatiques du sinus latéral.** (Traumatische Zerreißungen des Sinus transversus.) *Lyon chir.* **26**, 476—502 (1929).

Anlässlich einer eigenen Beobachtung von traumatischer Ruptur des Sinus lateralis (transversus), die durch Operation geheilt wurde, fand Verf. für sämtliche 69 Fälle des Schrifttums eine Mortalität von 38%. Dabei waren 23 die Folge von Schußverletzungen oder Mastoidoperationen, 42 von Schlag oder Fall. Unter diesen 24 Fällen, die Verf. für seine Studie verwertet, waren nur 33 von Schädelfraktur begleitet; 21 wurden durch Operation, die übrigen durch Sektion sichergestellt. 4 Fälle betrafen Kinder unter 13 Jahren. 9 mal konnte bei der Sektion keinerlei Schädelfraktur nachgewiesen werden, so daß die Zerreißung auf eine pathologisch verletzliche Sinuswand bei großer Gewalt des Traumas oder plötzlicher Druckschwankung im Gefäßsystem zurückgeführt werden mußte. In der Mehrzahl der Fälle verursachte Sturz oder Schlag einen Schädelbruch in der Höhe des Sinus oder entfernt von ihm; die Ruptur seiner Wand kam dabei durch Auseinanderweichen der Bruchränder oder direkte Aufspießung seines Lumens durch ein Knochenstück zustande. Der Ort der Zerreißung war fast immer die Biegung des Sinus da, wo sein horizontal verlaufender, occipitaler Teil, der als deutlich entwickeltes, etwas verschiebliches Gefäß nur in einer flachen Knochenrinne liegt, in den vertikalen, mastoiden, tief in den Knochen eingefügten Abschnitt übergeht. Verschluß des Risses im Sinus durch das eingespießte Knochenstück ist selten. Gewöhnlich kommt es zu einer epiduralen Blutung zwischen Dura und Knochen im Bereich der ausgedehnten Zone, in der die Dura sich leicht vom Knochen ablöst, also nach vorn und oben hin, wobei die Knochenverletzung durch Abschieben der Dura von den Fragmenten für das Blut Raum schafft, während das Klaffen der unelastischen Ränder ein spontanes Aufhören der Blutung hindert. Das Hauptzeichen der Sinusruptur ist wie bei der Verletzung der Arteria meningea media der durch die Blutung entstehende Hirndruck. Seine Symptome sind Koma, stertoröse Atmung, fortschreitende und totale Hemiplegie, ferner temporo-parietales Ödem, Pupillenerweiterung auf der verletzten Seite, Pulssverlangsamung. Als gesichert kann die Diagnose der intrakraniellen Blutung angesehen werden, wenn ein freies Intervall zwischen Verletzung und Auftreten der Drucksymptome vorhanden war. Aber alle Zeichen sind

inkonstant und veränderlich. Statt einer sicheren Diagnose kann meist nur der Verdacht einer Blutung ausgesprochen werden, und eine Unterscheidung zwischen Meningea- und Sinusverletzung kann unmöglich sein. Jedenfalls sollen zunehmende Verschlimmerung der Symptome, nachweisbare Knochendepression, epileptiforme Anfälle nach Verletzung der Hinterhaupts-, Scheitel- oder Warzenfortsatzgegend Indikation zur Operation sein.

Joseph (Köln).<sup>oo</sup>

**Martland, Harrison S., and Christopher C. Beling:** Traumatic cerebral hemorrhage. (Traumatische Hirnblutungen.) Arch. of Neur. 22, 1001—1023 (1929).

Es werden 309 zur Autopsie gekommene Fälle von Hirnverletzungen (unter Ausscheidung von Schuß- und anderen penetrierenden Verletzungen) untersucht. Verff. geben eine umfassende Einteilung der verschiedenen Typen traumatischer Hirnblutungen. Extradurale Blutungen waren in 25 beobachteten Fällen immer mit Fraktur des Schädels verbunden. Zerreissen der Gefäße der Meningen mit Rindenblutung ist bei weitem die häufigste Blutungsart im Schadelinnern; sie machte 82% der Fälle aus. Die Blutung erfolgt entweder an der Verletzungsstelle selbst oder an der Stelle des Contrecoups oder an beiden Stellen. Interessant und wichtig ist, daß die häufigste Art traumatischer Hirnveränderungen überhaupt die Rindenblutung an der Stelle des Contrecoups ist, und zwar 57% der untersuchten 309 Fälle. Knochenveränderungen wurden an der Stelle des Contrecoups nie gefunden. Unbedeutende Rißlinien sieht man häufig in der Supraorbitalgegend. — Die abseits der lokalen Schädigungen auftretenden Blutungen sind gewöhnlich, aber keineswegs immer mit Blutungen an der Hirnoberfläche vergesellschaftet. Mikroskopisch bestehen sie in Extravasaten in die perivasculären Räume, die durch die „Ringblutungen“ abnorm erweitert werden. Diese kommotionellen Purpurablutungen kommen niemals vor, wenn die Schädelkonvexität frakturiert ist; bei Schädelfrakturen scheint sich der im Moment der Verletzung anwachsende intrakranielle Druck so zu verteilen, daß Blutaustritte verhindert werden. Es wird eingehend auf die Theorie eingegangen, die die punktförmigen Blutungen auf Fettembolien zurückführt; Verff. selbst sind geneigt, sie nach der rein mechanischen Theorie der Erschütterung an sich zu erklären. Es ist anzunehmen, daß bei leichteren Hirnerschütterungen solche Ringblutungen auftreten, ohne Symptome zu machen. Selten sind sie in der Rinde und unter dem Tentorium cerebelli, am häufigsten in den basalen Ganglien. Unter den mitgeteilten Sektionsprotokollen sind bemerkenswert 2 Fälle mit hochgradiger Blutfüllung der „scharlachgrau“ verfärbten grauen Substanz des ganzen Gehirns, Fälle, die Verff. als „traumatische Encephalitis“ bezeichnen.

Kalinowsky (Berlin).<sup>o</sup>

**Riccitelli, Luigi:** Pachymeningite emorragica interna post-traumatica con atipia sintomatica. (Pachymeningitis haemorrhagica interna posttraumatica mit atypischen Symptomen.) (Istit. di Pat. e Clin. Med., Univ., Perugia.) Riv. Neur. 2, 411—427 (1929).

Verf. berichtet über 2 Fälle, von denen der eine 2 Monate, der andere 3 Wochen nach einem Falle auf den Hinterkopf uncharakteristische Erscheinungen von seiten des Nervensystems zeigte. Bei dem einen handelte es sich um Schlafsucht, Ptosis links, lebhafte Pupillen- und Patellarreflexe, bei dem anderen um Schwäche im unteren Facialisaste, fast fehlenden linksseitigen Patellarreflex, positiven Kernig, später Stauungspapille und Fieber. In beiden Fällen war der Liquorbefund normal. Beide Patienten kamen zum Exitus und zur Sektion, die gleichermaßen eine Pachymeningitis hämorragica interna aufdeckte. Verf. kommt zu dem Schluß, daß man in allen unklaren Fällen, die an eine Meningitis, Encephalitis oder einen Hirntumor denken lassen, auch die Möglichkeit einer Pachymeningitis hämorragica interna erwägen muß.

Matzdorff (Hamburg).<sup>o</sup>

● **Handbuch der Neurologie.** Begr. v. M. Lewandowsky. Erg.-Bd. Hrsg. v. O. Bumke u. O. Foerster. 2. Th., 4. Abschnitt. Die traumatischen Läsionen des Rückenmarkes auf Grund der Kriegserfahrungen. (Der Mechanismus ihres Zustandekommens und die pathologisch-anatomischen Veränderungen.) Von O. Foerster. Berlin: Julius Springer 1929. S. 1721—1936 u. 9 Abb. RM. 39.—.

Zum Schlußband des großen Werkes von O. Foerster über die traumatischen Läsionen der peripheren Nerven des Rückenmarks auf Grund der Kriegserfahrungen kann nur dasselbe

betont werden, was ich beim Referat über die früheren Bände sagte (vgl. diese Z. 14, 238, 239). Erstaunlich ist wieder die Beherrschung der Literatur, erstaunlich die Beherrschung des Stoffes. Für den Neurologen ist Foersters Werk unentbehrlich.

*Fleck* (Göttingen).

**Brückner, Záboj, und Julius Caesar: Explosionsverletzungen des Auges.** Čas. lék. česk. 1929 II, 1493—1497, 1545—1548 u. 1584—1586 [Tschechisch].

Aus einer Gesamtheit von 179341 Patienten, die in dem Jahrzehnt 1919—1928 die tschechische Augenklinik in Prag aufgesucht haben, haben Brückner und Caesar 180 Fälle von Explosionsverletzungen des Auges zusammengestellt und bis in alle Einzelheiten statistisch bearbeitet. Die überaus reichen Ergebnisse über Zahlenverhältnis, Art, Lokalisation der Verletzungen usw. sind eingordnet in folgende Unterabteilungen der Verletzungen: 1. Rückwirkung der Ladung beim Abschuß, 2. Explosion primitiver Surrogate, 3. Explosion von Granaten, Schrapnellern, Minen und Handgranaten, 4. Explosion nicht abgeschossener Ladungen, 5. Explosion des Pulvers in der Ladung, 6. Zünderexplosion, 7. Explosion von Kapseln und Zündvorrichtungen, 8. Explosion freien Pulvers, 9. Dynamit- und Ekrasitexplosionen, 10. Explosion von Dynamit, Ekrasit und Pulver bei Sprengungen, 11. Verletzungen mit explosivem Spielzeug, 12. Verletzungen durch Bersten von Glasgefäßen, 13. Explosion von Brandstoffen, 14. Verletzungen durch Stoffe ohne explosive Eigenschaften. Der Einfluß des Krieges äußerte sich nur in 7 Fällen im Jahre 1919, so daß die Statistik im ganzen als nur auf Friedensverhältnisse bezüglich angesehen werden kann. Beziehungen zum Beruf ergaben sich in 25 %, mit Einschluß der militärischen Verletzungen in 28,89 % der Fälle, Unvorsichtigkeit als schuldtragend in 57,78 %, Unfälle in 32,8 % und unvermutete Zufälle in 9,42 %. Die perforierenden Wunden betragen 84 %, Infektionen traten in 23 % ein. Am häufigsten war das rechte Auge betroffen (46 %), das linke Auge in 24 %, während 30 % beide Augen in Mitleidenschaft zogen. Der Enucleation verfielen 23 % der verletzten Augen.

*Lederer* (Teplitz).

**Luzsa, Endre: Die Schrotverletzungen des Auges.** Orv. Hetil. 1929 II, 1269—1271 [Ungarisch].

Nach einem Überblick über die möglichen Verletzungen der Augenteile durch Schrotschüsse bringt Verf. einen seltenen Fall, wo eine Schrotkugel durch seitliche Einwirkung von temporal her das linke Auge mehrfach verletzte. Einschuß im temporalen Winkel am Oberlid, perforierende Hornhautverletzung etwas exzentrisch von der Mitte, Ausschuß in der Sklera 4—5 mm von nasal. Limbus entfernt mit Uveal- und Glaskörperprolaps. Die Kugel blieb im Nasalwinkel in der Haut des Oberlids stecken. Hämophthalmus, Iridodialyse bei Zeigerstellung 9 Uhr. Unter konservativer Behandlung Heilung mit einem Vis. von Fingerzähnen in 2 m. — Auf Grund der folgenden statistischen Zusammenstellung von 22 Schrotschußverletzungen (Material von 10 Jahren) kommt Verf. in bezug auf den Endausgang zu der Schlussfolgerung, daß die Prognose der doppelt perforierenden Verletzungen für günstiger als die der einfach perf. anzunehmen ist, daß aber allgemein eine Schrotschußverletzung in 60 bis 100 % der Fälle das Auge praktisch vernichtet.

*Bolesch* (Kronstadt-Brasov).

**Azzena, P.: Atrofia ottica per eaduta sull'occipite.** (Sehnervenatrophie nach Fall auf das Hinterhaupt.) (Istit. Oft., Policlin Sassarese.) Studi sassar. 7, 57—64 (1929).

48jähriger Hirt, der von einem Baum 7 m tief abgestürzt und dabei mit Nacken und linker Hinterhauptsgegend aufgeschlagen war. Mehr als 3 Stunden dauernde Bewußtlosigkeit. Sofortiger Verlust des Sehvermögens am linken Auge. Erst 2 Monate nach der Verletzung wurde folgender Augenbefund aufgenommen: Linkes Auge: Pupille etwas weiter als die rechte, kaum merklich reagierend. Ophthalmoskopisch: Brechende Medien durchsichtig. Vollständig weiße, scharf umrandete Papille. Im Gefäßtrichter rostbraunes Pigment in beträchtlicher Menge. Gefäße verengt. Visus: Lichtempfindung bei unsicherer Projektion. Im Röntgenbilde keinerlei Knochenverletzung nachweisbar. Rechtes Auge: Visus, ophthalmoskopischer Befund und Gesichtsfeld vollständig normal. 3 Monate später Befund unverändert, nur ist das innerhalb des Gefäßtrichters sichtbar gewesene Pigment wesentlich verminderd. Da keinerlei Knochenverletzung nachweisbar war, neigt Verf. der Ansicht zu, daß die sofort nach dem Unfall eingetretene Erblindung am linken Auge auf eine Kompression des Sehnerven durch eine durch Contrecoup zustande gekommene Blutung in den Scheidenraum zurückzuführen sei. Die nachträglich eingetretene Sehnervenatrophie und die Pigmentansammlung im Bereich des Gefäßtrichters sind ferner geeignet, diese Ansicht zu stützen.

*Horník* (Triest).

**Morimura, Masanobu: Über die gerichtlich-medizinische Bedeutung der Luftbläschen in Herzkammern.** Arch. jap. Chir. 3, Nr 1 (1926) [Japanisch].

Aus dem etwas mangelhaften Autoreferat des Verf. kann man folgende Feststellungen desselben entnehmen: 1. Bei Verletzungen von Venen kann Luft in den Herz-Kammern sein, sie kann aber auch fehlen. 2. Bei faulen Leichen ist ebenfalls das Vorkommen inkonstant. 3. Bei mittelmäßig und stark gefaulten Leichen sollen angeblich die Fäulnisgasbläschen wieder verschwunden sein (daß sie natürlich nicht mehr da

sind, wenn kein Blut mehr da ist, ist doch selbstverständlich). 4. Die Menge des Fäulnis-gases ist unter ähnlichen oder gleichen Bedingungen faulender Leichen recht verschieden und steht nicht in einfacher direkter Beziehung zu Temperaturen, Feuchtigkeit und Behandlung der Leiche nach dem Tode. 5. Es kann also für die Frage der Luftembolie den im Herzen nachgewiesenen Luftbläschen nur bei der Sektion frisch gestorbener Leichen Beweiskraft zukommen, schon bei beginnender Fäulnis nicht mehr. 6. Aus der Menge der Fäulnisgase kann man keinen Schluß auf die Todeszeit ziehen, weil eben die postmortale Gasbildung hinsichtlich der Quantität des Gases und Schnelligkeit des Eintrittes von einer großen Reihe von Faktoren abhängig ist.

*H. Merkel (München).*

**Wyschegorodzawa, W. D.: Ein Fall eines Herzfehlers traumatischen Ursprungs.** (*Therapeut. Abt., Metschnikoff'sches Krankenh., Leningrad.*) Z. Kreislaufforschg 21, 649—657 (1929).

Nach einem Hieb durch ein 16 kg schweres Brecheisen auf die linke Seite tangential zur Körperlängsachse kollabierte ein bis dahin gesunder Arbeiter. Nach 40 Minuten Einlieferung ins Krankenhaus, wo ein Blutdruck von 72 mm Hg, 100 Pulse und leise Herztonen festgestellt werden. Vom nächsten Tag ab systolisches Geräusch über allen Ostien. Der Kranke wird wieder arbeitsfähig. Röntgenologisch keinerlei Veränderung. Es wird eine traumatische Insuffizienz der Zipfelklappen oder ein ventrikulärer Septumdefekt angenommen.

*Bansi (Berlin).* °°

**Feuz, Jean: Ein Fall von traumatischer Ruptur der Arteria anonyma.** (*Chir. Klin. u. Anat.-Path. Inst., Univ. Lausanne.*) Zbl. Chir. 1929, 3203—3205.

27jähriger Mann fuhr mit einem Auto gegen eine Telegraphenstange, wobei er mit dem Oberkörper gegen das Steuerrad geschleudert wurde. Der Verletzte hatte Atemnot, war cyanotisch, in der rechten Radialis kein Puls fühlbar. Schulterblattfraktur. Einige Stunden nach der Verletzung Exitus. Die Sektion ergibt einen Einriß in der Arteria anonyma ungefähr 1,5 cm von ihrem Ursprung entfernt. In der rechten Pleura 300 ccm Blut, in der linken 100 ccm. Muskulatur des Thorax und des Halses sowie das vordere Mediastinum sind mit Blut durchtränkt.

*von Tappeiner (Rheydt).* °°

**Kiss, Pál, und Zoltán Teveli: Die absolute Blutmengen gesunder Kinder.** Orv. Hetil. 1929 II, 816—819 [Ungarisch].

Die Untersuchung bei Kindern im Alter von 2—10 Jahren mit Brillantvitalred-Farbe zeigte folgende Daten: auf 1 kg Körpergewicht fällt 43,3—66,3 ccm Plasma resp. 80,0—122,5 ccm Blut. Die Grenzwerte der absoluten Blutmengen sind in diesem Alter 1130—3417 ccm, die Grenzwerte des absoluten Blutplasmas betragen hingegen Werte von 690,5—2083,0 ccm. Bei Kindern von 2—10 Jahren macht also das Blut etwa  $\frac{1}{8}$  bis  $\frac{1}{12}$  des Körpergewichtes aus.

*I. Vas (Budapest).* °°

**Tzanck, Arnault: De la mort par hémorragie.** (Über den Verblutungstod.) Bull. Soc. Obstétr. Paris 18, 600—602 (1929).

Die Menge des Blutverlustes ist für die Verblutung nicht allein maßgebend, sondern vor allem die Geschwindigkeit, mit der der Blutverlust vor sich geht. Beide Verblutungstypen, der rasche Blutverlust und der langsame oder mit Unterbrechung auftretende, werden miteinander verglichen. Bei raschem Blutverlust tritt der Tod beim Hund durch Einführen einer Kanüle in die Carotis in wenigstens 2 Minuten ein. Konvulsionen zeigen sich bereits nach 40 Sekunden, unter Erweiterung der Pupillen kommt es zum Atemstillstand, während das Herz noch einige Minuten weiterschlägt. Der Blutverlust überschreitet dabei niemals 70% der Blutmenge. Während der starken Blutung wurden die Erythrocyten alle 10 Sekunden gezählt (5200000 zu Beginn der Blutung und 3000000 nach 2 Minuten). Bei langsamem Blutverlust sind Ohnmachtsanfälle selten und Konvulsionen treten ausnahmsweise auf. Die vorherrschenden Zeichen sind starke Dyspnöe mit Lufthunger und Angstgefühl, während keine Bewußtseinstrübung auftritt. Der Blutverlust kann 80% und selbst 90% der Blutmenge betragen, bevor es zum Exitus kommt. Die Erythrocytenzahl kann bis auf 1500000 sinken. Vom therapeutischen Standpunkt aus handelt es sich um 2 verschiedene Probleme. Bei foudroyanten Blutungen ist der Blutersatz durch geeignete Flüssigkeit wichtig. Die Wirksamkeit der verschiedenen Sera ist nur graduell verschieden. Bei weniger raschen

Blutungen mit Verlust von mehr als 70% der Blutmenge versagen alle Sera. Von Erfolg ist in solchen Fällen nur die Bluttransfusion. *Klaas Dierks* (Berlin).<sup>o</sup>

**Neureiter, Ferdinand v.: Zum Selbstmord durch Beilhiebwunden.** (*Gerichtl.-Med. Inst., Univ. Riga.*) Wien. med. Wschr. 1930 I, 93—94.

Kasuistische Mitteilung einen Geisteskranken betreffend, der sich durch Beilhiebe (31 an der Zahl) gegen den Kopf zu töten versucht hat. Dem Aufsatz sind 2 Abbildungen des verletzten Schädels beigegeben.  
*Autoreferat.*

**Längst, F. A.: Stumpfe Penetrationsverletzung des Halswirbelkanals vom Rachen aus ohne Verletzung des Wirbelrohres.** (*Path. Inst., Städt. Krankenh., München r. d. I.*) Frankf. Z. Path. 38, 379—386 (1929).

Ein sehr interessanter Sektionsbericht, der durch gute Abbildungen deutlich macht, wie ein 60jähriger Mann durch einen Sturz vom Fahrrad zu Tode gekommen ist. Ursache der Septicopyämie, die zum Exitus führte, war eine Zigaretten spitze, die sich im epiduralen Raum zwischen 3. und 4. Halswirbel in einem Absceß fand. Etwa in Höhe der Mitte der Eingangsöffnung des Larynx muß die Zigaretten spitze die Schleimhaut der hinteren Rachenwand durchbohrt haben. Beim Auftreffen auf den Knochen brach die Spitze an der Zahnkerbe ab und das ganz kleine Stück blieb sitzen. Verf. nimmt an, daß der Bruch der Spitze im knöchernen Rohr des Intervertebralkanals erfolgte. Bemerkenswert ist, daß weder die Dura noch der Wirbelkanal überhaupt eröffnet worden waren. Durch Sondierungsversuche an der Leiche versuchte Verf. die mutmaßliche Bahn des Fremdkörpers zu rekonstruieren.

*Th. Hünermann* (Düsseldorf).<sup>o</sup>

**Coureauad: Accident grave produit par l'air comprimé: Éclatement de la main avec lésions osseuses et fracture ouverte de l'avant-bras. Traitement conservateur. Guérison avec résultat fonctionnel satisfaisant.** (Schwerer Unfall durch komprimierte Luft. Zertrümmerung der Hand mit Knochenverletzungen und einem offenen Bruch der Vorderarmknochen. Konservative Behandlung. Heilung mit befriedigendem funktionellen Resultat.) Bull. Soc. nat. Chir. Paris 55, 1374—1377 (1929).

Ein Unteroffizier, der auf einem Unterseeboot die Unterwassertorpedorohre revidierte, öffnete aus Verssehen das Ventil eines Reservoirs mit komprimierter Luft. Ein Luftstrom traf etwa mit einem Druck von 30 kg seine Hand in der Hohlhand und brachte sie zum Platzen. Von der Wunde aus breitete sich die Luft dann mit großer Geschwindigkeit im Unterhautzellgewebe und in den tieferen Schichten des Armes aus und bis zur Schlüsselbeingrubbe, der rechten Hals- und Gesichtshälfte und der rechten Brustseite. Der Verletzte erhielt die erste Hilfe an Ort und Stelle und wurde dann in die chirurgische Klinik überführt, wo er etwa 2 Stunden nach dem Unfall eintraf. Trotz der schweren Verletzung befindet sich der Mann, der von sehr kräftiger Konstitution war, nicht im Shock. Der ganze rechte Arm ist stark aufgetrieben; überall fühlt man deutlich Gasknästern. Die Haut des Unterarmes ist abgehoben, an mehreren Stellen aufgeplatzt. Außerdem findet sich am Unterarm eine Abknickung der Achse und abnorme Beweglichkeit. Eine große Rißwunde in der Hohlhand, die Beugeschnen liegen zum Teil frei. Kleinere Rißwunden am Daumen- und Kleinfingerballen. Das Röntgenbild zeigt nicht nur die Fraktur der Vorderarmknochen, sondern auch noch eine Reihe von Frakturen an den Handwurzelknochen und Verbreiterung der Gelenklinien in der Handwurzel. Trotz dieser schweren Verletzungen entschloß man sich nicht zu einer primären Amputation, 6 Wochen nach dem Unfall waren alle Wunden fest vernarbt. Die Fraktur des Vorderarmes war durch reichliche Callusbildung konsolidiert. *Zillmer* (Berlin-Tempelhof).<sup>o</sup>

**Rechter, Gustave de: Affaire de Beernem. Identification du marteau ayant servi d'instrument du crime.** (Der Mord von Beernem. Identifizierung eines Hammers als Tatwerkzeug.) (*Ecole de Criminol. et de Police Scient., Bruxelles.*) Rev. Droit pénal 9, 1121—1136 (1929).

Bei einer Wasserleiche fand sich ein Lochbruch im Schädel, der durch einen Schlag mit der scharfen, zum Nägelausziehen eingerichteten Seite eines Hammers erzeugt war. Schon die Form des Lochbruches ließ weitgehende Schlüsse auf das benutzte Instrument zu. Ein dreieckiger Ausbruch an dem einen Rand der Knochenverletzung war offenbar durch Zurückreißen des Instrumentes entstanden. Außerdem war der Hammer auch über die Oberfläche des Schädeldaches hingeglitten, wobei er eine Reihe paralleler Rillen auf der Schädeloberfläche neben dem Lochbruch erzeugt hatte. Sowohl die Form des Knochenbruches wie vor allem die Kratzer auf der Knochenoberfläche erlaubten eine einwandfreie Identifizierung des bei dem Verdächtigen beschlagnahmten Hammers als Tatwerkzeug, vor allem auch durch Vergleich mit experimentell durch ihn erzeugten Verletzungen. Die eingehend beschriebene Methodik, die sich im wesentlichen auf die Anfertigung von Mikrophotogrammen der Verletzungen bei schräger Beleuchtung und ihre Vergleichung stützte, muß im Original nachgelesen werden.

*Weimann* (Berlin).

**Giraud:** Egorgement, avec section complète de la trachée et de l'œsophage, suivie d'enfouissement. Survie, guérison complète en un mois. (Erdrosselung mit völliger Durchtrennung der Luft- und Speiseröhre, gefolgt von lebendiger Eingrabung; völlige Heilung nach einem Monat.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. XII. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. **10**, 44—46 (1930).

Verf. beschreibt folgenden „unglaublich-würdigen, aber doch absolut authentischen“ Fall: Ein 18jähriger Eingebohrer in Algier wird überfallen, mißhandelt, erwürgt und schließlich — tot geglaubt — unter Steinen und Baumästen vergraben. So liegt er bewußtlos 1½ Tag, kommt dann zu sich, steht auf, geht nach Hause, wo er von den Seinigen kaum erkannt und ins Spital eingeliefert wird. Außer Wunden an Kopf und Hand wird eine 7 cm lange Wunde am Hals gefunden, in deren Tiefe Trachea und Oesophagus vollkommen durchtrennt sind. Einlegen eines Drains in den Oesophagus, die Trachea wird offen gelassen. Am nächsten Morgen zeigt sich, daß der Kranke das 20 cm lange Drain verschluckt hat. Einlegen eines Dauer-Magenschlauchs. Bei dieser Gelegenheit wird noch eine Fraktur des linken Unterkiefers festgestellt, die geschiert wird. Am 12. Tag Entfernung des Magenschlauchs, am 18. Tag sind alle Wunden verheilt. Am 30. Tag geheilt entlassen; Stimme und Schluckakt normal.

*Wohlgemuth* (Chișinau).

**Wesson, Miley B.:** „Traumatic hydrocele“, with an analysis of thirty cases. (Traumatische Hydrozele mit einer Übersicht von 30 Fällen.) California Med. **31**, 127—133 (1929).

Der Verf. lehnt entschieden das Trauma als Ursache einer Hydrozele ab. Entzündung der benachbarten Organe, wie der Prostata, der Samenblasen und der Epididymis hat zur Folge Veränderungen in der Lymphzirkulation und verursacht die Ansammlung von Serum. Die Entzündung mag einen akuten oder chronischen Charakter tragen.

*Lippow* (Brooklyn).<sup>°°</sup>

**Campbell, Meredith F.:** Rupture of the bladder. A clinical study of fifty-five cases. (Harnblasenruptur. Klinische Studie über 55 Fälle.) (*Urol., I., I., III., a. IV. Surg. Serv., Bellevue Hosp., New York.*) Surg. etc. **49**, 540—546 (1929).

Zusammenfassende Arbeit über das im Titel angegebene Thema. Von den 55 im Bellevue-Hospital in New York beobachteten Fällen endeten 35 tödlich; dieser hohe Satz von 63,6% Mortalität stimmt mit den Beobachtungen anderer Autoren überein. Über 90% der Blasenrupturen kommen bei Männern vor. Sie entstehen fast immer durch Trauma, ihr Auftreten wird durch Überdehnung der Blase, Betrunkenheit und vorliegende Erkrankungen der Blasenwand begünstigt. Die Diagnose kann sehr schwierig sein. Sofortiger operativer Eingriff ist unbedingt zu fordern. Die Prognose bei intraperitonealer Ruptur ist doppelt so schlecht wie bei unverletztem Bauchfell. Übersteht der Patient die 1. Woche nach dem Unfall, so sind die Aussichten günstig.

*Otto A. Schwarz* (Berlin).<sup>°°</sup>

**Benassi, G.:** La subtotal amputazione del pene costituise una lesione personale grave o gravissima, ai sensi dell'art. 372 C. P.? (Ist die fast vollkommene Amputation des Penis eine „schwere“ oder „schwerste“ Körperverletzung im Sinne des § 372 des [italienischen] Strafgesetzbuches?) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) Ateneo parm. **1**, Suppl. 339—357 (1929).

Beschreibung und Diskussion eines Falles von fast vollkommener Amputation des Penis mit einem Federmesser aus dem Motiv der Rache. Verf. schließt sich der Meinung des einen der drei vom Gericht ernannten Sachverständigen an und wendet sich gegen die Meinung der beiden anderen. Er steht auf dem Standpunkt, daß es sich um eine „schwerste“ (Verlust eines Sinnes oder Organes) und nicht um eine „schwere“ (dauernde Abschwächung eines Sinnes oder Organes) Körperverletzung handelt. *Romanese.*

**Ehrich, Wm. S.:** Two unusual penile injuries. (Zwei außergewöhnliche Verletzungen des Penis.) J. of Urol. **21**, 239—251 (1929).

Nach kürzem Bericht über 2 frühere Fälle: einmal „Penis captivus“ beim Versuch eines Jungen, in eine Flasche zu urinieren, zum anderen Penisruptur bei einem widernatürlichen Coitus schildert Verf. 2 weitere Fälle: Penisabschnürung durch ein Gummiband, Fistelbildung; sodann Verletzung des Genitales durch Kreissäge mit Abreißen der Haut und teilweisen Durchtrennung des Penis, Zerstörung des linken und Freilegung des rechten Testis. *B. Wacker.*<sup>°</sup>

**Esau, P.: Stumpfe Bauchverletzung (Darmzerreißung) unter dem Bilde einer Pfählungsverletzung.** (Kreiskrankenh., Oschersleben [Bode].) Zbl. Chir. 1929, 2697 bis 2699.

Schilderung eines Falles von Pfählungsverletzung infolge Hinabrutschens einer Treppe, bei dem sich ein angespitzter Besenstiel links neben der Analöffnung am Rectum nach oben in die Höhe schob, das Bauchfell vor sich hertrieb, ohne es zu verletzen. Operationsbefund: In der Bauchhöhle reichlich Speisereste von Erbsen mit Knöchelchen. Die Verletzung des stark mit diesen blähenden Speisen gefüllten Dünndarms ist so zu denken, daß das wurstartig gefüllte Dünndarmstück durch den eindringenden Besenstiel gegen die Beckenwand bis zur Ruptur gepreßt wurde. Wegen der relativen Geringfügigkeit der äußeren Verletzung, die durch einen Tupfer mit Heftpflaster vollständig zugedeckt werden konnte, unterblieb die frühzeitige Überführung in ein Krankenhaus, die lebensrettend hätte sein können. Schlußfolgerung: Alle Pfählungsverletzungen sind schwere Insulte, die ausnahmslos in Krankenhausbeobachtung gehören. *Carl (Königsberg i. Pr.).*

**Oesterlen, O.: Bauchschoß oder Bauchwandschoß?** Ärztl. Mschr. Sept.-H. 257 bis 269 (1929).

Ein Kriegsbeschädigter, der unter der Diagnose „Bauchwandschoß“ im Jahre 1917 etwa 2½ Monate bis zur vollständigen Ausheilung in Lazarettbehandlung war, stellte im Jahre 1921 Versorgungsantrag wegen Beschwerden infolge der alten Verwundung. Während ein Begutachter auf Grund der rein theoretischen Rekonstruktion des Schußkanals zu dem Schluß kommt, daß seinerzeit eine Magen- und Lebverletzung vorgelegen haben muß, stellen sich die Nachbegutachter und die endgültige Entscheidung auf den Standpunkt, daß in erster Linie die vorhandenen Krankenpapiere mit den damaligen ärztlichen Angaben und der jetzige objektive Befund maßgebend seien, wonach keine Verletzung der Bauchorgane anzunehmen wäre. — Einschuß: Dicht unterhalb linker Brustwarze, Ausschuß: am rechten Rippenbogen in der Brustwarzenlinie. Für die Rekonstruktion des Schußkanals genügt nicht allein die lineare Verbindung der beiden Schußöffnungen, sondern zu berücksichtigen sind neben dem damaligen objektiven ärztlichen Befund auch z. B. die Körperhaltung im Augenblick der Verletzung, ferner die kriegschirurgische Erfahrung, daß „transversale und mehr oder weniger schräge penetrierende Bauchschüsse beobachtet sind (Perthes-Enderlen), bei denen wider Erwarten und auf Grund Operationsaugenscheins doch kein inneres Organ verletzt worden ist“.

*Holm (Insterburg).*

**Montanari Reggiani, Massimiliano: Considerazioni sopra un caso di ferita d'arma da fuoco con ritenzione di proiettile nella cavità cranica.** (Betrachtungen über einen Fall von Schußverletzung mit Zurückbleiben des Projektils in der Schädelhöhle.) (*Clin. Chir., Univ., Modena.*) Riforma med. 1929 II, 1305—1310.

Das entsprechend dem Keilbein rechts von der Mittellinie gelegene Geschoß hatte neurologisch das Syndrom einer Thrombosierung des Sinus cavernosus bewirkt; an den Augen fanden sich doppel-, besonders linksseitiger Exophthalmus, Chemosis, Papillenstase. Sehverminderung, Strabismus internus und Ptosis links. Die rechtsseitigen Augensymptome lassen sich durch eine mechanische Weiterleitung auf den venösen Kreislauf des rechten Auges zurückführen. Sämtliche Symptome einschließlich der heftigen Kopfschmerzen wurden durch wiederholte Lumbalpunktionen fast vollständig behoben. *Liquori-Hohenauer (Illenau).*

**Leclercq et Muller: Les balles migratrices.** (Über Geschoßembolien.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. XII. 1929.*) Ann. Méd. lég. etc. 10, 33—38 (1930).

1. Fall: 27jährige Frau wurde auf der Straße zufällig von einer Kugel aus etwa 6 m Abstand getroffen (Winter 1912). Die Sektion am nächsten Tage ergab folgendes: Einschuß in die linke obere Brustgegend (nach Aufschlägen des Geschosses auf einen Knopf der Kleidung), nahe der Achsellinie, Schußkanal durch die Lunge. Großer Hämatothorax linkerseits sowie Hämoperikard. Starke Blutdurchtränkung des vorderen Mediastinum. Nahe der oberen Umschlagsstelle des Perikards auf die Aorta kleines Schußloch im Perikard, dem ein ebensoliches in der Aorta entsprach. Das Geschoß wurde schließlich in der linken Arteria femoralis am Eintritt in den Hunterschen Kanal gefunden, an der Stelle, wo die Züge der Aponeurose das Gefäß etwas einengen. Das Geschoß lag mit der Längsachse parallel zur Längsachse des Gefäßes, es war abgeplattet, das Kaliber ist nicht angegeben. Unter dem Geschoß war die Intima etwas aufgeschürft, und es fand sich hier eine kleine subendotheliale Blutung. — 2. Fall: Ein Mann erhielt von seiner Frau, die ihn mit der Waffe in der Hand verfolgte, einen Schuß in den Rücken, fast aus nächster Nähe. Der Getroffene machte noch einige Schritte, hustete schaumiges Blut aus und brach dann tot zusammen. Beim Umdrehen der Leiche fand sich ein großer blutiger Schaumpilz am Munde. Bei der Sektion fand sich der Einschuß am Rücken in Höhe des 8. Brustwirbels, 3 cm links von der Mittellinie, rundlich, 7 mm im Durchmesser. Schußkanal durch den oberen Rand der linken 8. Rippe, 1,5 em von der Articulatio costovertebralis entfernt, mit Abspaltung eines Knochensplitters, von links nach rechts etwas

ansteigend, unter Bildung einer 2 mm tiefen Rille am 7. Brustwirbelkörper, durch die Aorta bis in den linken Hauptbronchus. Todesursache: Blutaspiration. In der Speiseröhre Blut. Das Geschoß wurde schließlich in der linken Art. femoralis, an der Abgangsstelle der Art. femoralis profunda gefunden, die ovale Spitze hatte sich hier gefangen (Abbildung). Das 8 mm dicke Geschoß war offenbar in die Aorta zurückgefallen und dann embolisch verschleppt worden. Die Verff. betonen, daß in beiden Fällen das Geschoß durch die linke Arteria iliaca verschleppt war. Um das zu erklären, untersuchten sie bei mehreren Leichen die topographischen Verhältnisse; sie stellten vorher aus der Literatur fest, daß beim Manne der Winkel, unter dem die beiden Art. iliaca abgehen,  $65^\circ$ , beim Weibe  $75^\circ$  beträgt. Ihre eigenen Untersuchungen ergaben, daß die Neigung der Iliaca gegen die Aorta in der Vertikalen links  $30^\circ$ , rechts  $45^\circ$  beträgt. Der Vorsprung, den innen die Gefäßwand an der Teilungsstelle von unten her bildet, sei außerdem etwas nach rechts gerichtet, so daß die linke Öffnung etwas weiter erscheine.

Es werden 3 Gruppen solcher Fälle unterschieden nach dem Eintritt des Geschosses in eine Arterie, eine Vene oder ins Herz. Aus der Literatur werden Menuet et Debeyre, Simmonds, Ascoli, Costantini (Thèse 1919), Perdoux (Sitzungsbericht der Pariser Chirurgengesellschaft vom 9. IV. 1919), O'Neill und Pozzi zitiert. [Eine größere Zusammenstellung findet sich bei Merkel, in Schjernings Handbuch der ärztlichen Erfahrungen im Weltkriege 8 (1921), sowie in dem Referat von R. Hanser: Thrombose und Embolie, in Lubarsch-Ostertag, Ergebnisse der allgemeinen Pathologie usw. S. 324; Ref.]

Bemerkenswert ist noch die Diskussionsbemerkung von M. Dervieux: Ein Mann erhielt von seinem Sohne einen Schuß in die Regio epigastrica. Schußkanal durch Magen, Eindruck an einem Wirbel, Winkelschuß, Eintritt in die Aorta. Ein „sehr kleines Geschoß“ (Flobert? Ref.) wurde in der rechten Arteria poplitea gefunden. (Ref. beobachtete in letzter Zeit 2 Fälle von embolischer Verschleppung von kleinen Flobert-Geschossen.) Walcher.

**Beöthy, Konrád:** Tod durch schadhafte elektrische Lampen, als Thermophor verwendet. Gyógyászat 1929 II, 905—907 [Ungarisch].

Mehrere Monate nach einer Wurmfortsatzoperation hatte eine Frau ziehende Schmerzen an der rechten Leistengegend, welche sie — nach der Aussage des Gatten — mit 2 elektrischen Lampen zu lindern versuchte, wie sie dies angeblich von ihrem behandelnden Arzte sah. Nun fand man die Frau eines Abends tot im Bette, mit je einer elektrischen Nachttischlampe in den beiden Händen, welche an die rechte Leistengegend bzw. linke Brustgegend gelegt waren. Talergroße elektrische Brandwunden diffus am Körper, hauptsächlich in der linken Ellbeuge, an der linken Brust und an der rechten Leistengegend. Zweifelsohne wurde die Frau durch den elektrischen Strom getötet, und zwar nach einem Krampfzustand, auf welchen man aus den punktförmigen Blutungen, Hirnödem und Hyperextension der Fußgelenke folgern konnte (Exitus retardatus). Zweifelsohne hätte die Frau durch rechtzeitige Hilfe gerettet werden können. Beide Lampen hatten einen gemeinsamen Steckkontakt und eine gemeinsame Leitung, sie waren ziemlich schadhaft, und so wurde die Frau in den Stromkreis eingeschaltet; zwischen beiden Lampen war die elektrische Potentialdifferenz dieselbe, wie zwischen den beiden Elektroden des Steckkontakte (220 Volt). Die nicht brennenden Lampen leiteten fortwährend den Strom, und zwar durch Vermittlung eines abgebrochenen Federstückes und eines durchgewetzten Isolators. Endre Makai (Budapest).<sup>o</sup>

**Lasius, Otto James:** Vorübergehende Herz- und Aortendilatation und Vestibularstörung bei einem 29jährigen Elektromonteur, verursacht durch Starkstromunfall von 50 000 Volt. (Gewerbegekrankenabt., Kaiserin Auguste Viktoria-Krankenh., Berlin-Lichtenberg.) Med. Klin. 1929 II, 1133—1134.

Der Strom ist durch den Daumen und Zeigefinger der linken Hand eingetreten und ist durch den linken Arm, die Brust und den Leib in die Beine gegangen und hat den Körper durch die Fußsohlen verlassen (Strommarken an der linken Hand und den Fußsohlen). Für den Stromdurchgang durch das Herz war eine röntgenologisch deutlich meßbare Verbreiterung des Herzens nach links und besonders rechts beweisend. Außer linksseitiger Innenohrstorung und Störung des Tonusgleichgewichtes bestanden verschiedene schmerzhafte Herzsensationen, ferner Muskelatrophien und Reflexsteigerung links. Die Verbreiterung des Herzens und der Aorta sowie die übrigen Störungen bildeten sich nach etwa 2 Monaten völlig zurück.

Külls (Köln).<sup>oo</sup>

**MacMahon, H. E.: Electric shock.** (Der elektrische Shock.) (Path. Laborat., Boston City Hosp., Boston.) Amer. J. Path. 5, 333—348 (1929.)

Es werden Tiere dem elektrischen Strom ausgesetzt und das histologische Organbild untersucht. Hunde und Katzen wurden mit so starken Strömen behandelt, daß die Tiere sogleich zugrunde gingen, während Meerschweinchen mit subletalen Strömen behandelt

wurden, und zwar so, daß einzelne Tiere nur 1mal, andere 2 Tage hintereinander 1mal, 3 Tage je 1mal usw. mit dem Strom in Berührung kamen. Meerschweinchen sind für solche wiederholte Behandlungen geeigneter als andere Tiere, weil das Herz aus dem Zustand des Kammerflimmerns während der Durchströmung wieder zu normaler Tätigkeit zurückkehrt. Bei den Meerschweinchen kam ein Induktionsstrom zur Anwendung mit einer Primärspannung von 6 Volt, die Hunde und Katzen wurden mit 100 Volt getötet, weiters wurde auch Gewebe von Menschen nach der gesetzlichen Elektrokuution untersucht. Elektroden bei den Meerschweinchen: ein Draht im Mund, ein anderer mit einer feuchten Binde am Bein verbunden, bei den Katzen und Hunden wurde ein Kupferkäfig und Kupferkragen angewendet. Vorbetäubung mit Äther.

Nach Stromschluß kommt es zur krampfhaften Kontraktion aller Muskeln, die bis zum Ausschalten bestehen bleibt. Ist die Stromflußzeit nicht zu lang, der Strom nicht zu stark, so kann nach dem Ausschalten sofort wieder Erholung auftreten. Wiederholte Behandlung führt zu immer schwerer erreichbarer Erholung. Meistens waren die Tiere einige Stunden nachher stark reizbar und unruhig. War der Strom zu stark, so blieben die Tiere auch einige Sekunden nach dem Ausschalten in der starren Haltung. Herzschlag und Atmung setzen während der Durchströmung aus; gleichzeitig wird Kot, Harn und Samen abgestoßen, gelegentlich kann auch Erbrechen eintreten. Beobachtung des freigelegten Herzens zeigt, daß während der Durchströmung das Herz in Systole stehen bleibt und nur leichtes Zittern, auch einige Sekunden nachher, aufweist; dann folgt richtiges Flimmern für einige Sekunden, dann unregelmäßiges Schlagen, das dann regelmäßig wird. Bei unoperierten, erholten Tieren zeigte sich einige Zeit nachher eine erhöhte Schlagfrequenz. Wird dagegen vorher der Vagus mit Atropin blockiert, so ruft gleich starke elektrische Durchströmung keinerlei Veränderung der Herzaktivität hervor. Wiederholte elektrische Behandlungen schädigen das Herz so, daß schließlich leichte Schläge schon plötzlichen Tod hervorrufen können. Dabei kann diese Schädigung durch eine ganz normale Schlagfrequenz und normales Schlagvolumen verdeckt sein. Nach dem Shock kontrahieren sich plötzlich die Ohrgefäß heftig, so daß eine minutenlange Anämie einsetzt. Sie kommt durch sympathische Reizung zustande und gleicht der als „chirurgischer Shock“ bekannten Erscheinung. Die Ausstoßung des Kotes, des Harnes und des Samens ist in erster Linie durch die krampfhalte Zusammenziehung der Bauchwand und des Zwerchfells bedingt, denn wird der Bauch geöffnet, so findet man nur leichte Kontraktion der Därme, der Blase und der Samenblasen, die Ausstoßung der genannten Exkrete unterbleibt, die Peristaltik ist normal; daß die Vagusreizung aber dabei doch mitspielt, zeigen Versuche mit Atropin, wo gleichfalls am unoperierten Tier die Ausstoßung unterbleibt. Bei den mehrmals behandelten Meerschweinchen zeigten sich im neuromuskulären Apparat besondere Erscheinungen: allgemeine Muskelschwäche, Lähmung der hinteren Extremitäten und verminderter Empfindlichkeit. Bei mit einem Shock getöteten Tieren fand sich als konstanter Autopsiebefund Blutüberfüllung in Lungen, Leber, Niere, Milz und Herz. Hämorrhagien im M. psoas, iliacus und in den Glutealmuskel können oft gesehen werden. Die Meningen sind injiziert. Der histologische Befund in den einzelnen Organen ist nicht charakteristisch; auch im Gehirn zeigt sich bei 1maligem Shock kein konstantes Bild, nur capillare Injektion und gelegentlich kleine Hämorrhagien. Bei wiederholten Shocks dagegen zeigen sich konstante Veränderungen, die am besten im Rückenmark und in den peripheren Nerven, so auch in den Herz- und Diaphragmennerven zu sehen sind, aber auch sonst vorkommen. Achsenzyylinder und Mark sind geschwollen; der Achsenzyylinder kann stellenweise zerstört und ganz verschwunden sein. Die graue Substanz zeigt wenig Veränderungen. In fortgeschrittenen Stadien kann man auch scharf umschriebene degenerierende Herde mit Leukocytenansammlungen und Blutaustritten finden. Gleiche Erscheinungen finden sich auch an den peripheren Nerven. Eine Beurteilung der Nervenzellen ist schwer, da sie in Zahl, Form und in der Zahl der Nuclei sehr differieren. Vielfach aber wurden Nekrosen festgestellt. Die histologischen Veränderungen beim elektrischen Shock treffen demnach in erster Linie Nervenfasern, Mark und Ganglionzellen. *Ferd. Scheminzy (Wien).°°*

**Puszet, Henryk:** Fall von Verletzung durch elektrischen Strom. Spätes Eintreten von Labyrinthsymptomen. Günstiger Einfluß der Lumbalpunktion. Warszaw. Czas. lek. 6, 200—201 (1929) [Polnisch].

Bei einem 33-jährigen Arbeiter entstanden 11 Tage nach Einwirkung von 110 V starkem Strom (Gleich- oder Wechselstrom ?) Ménièresche Symptome ohne Nystagmus, die günstig durch Lumbalpunktion beeinflußt worden sind. Wachholz (Kraków).

**Vogt, Wilhelm:** Über histologische Befunde beim Verbrennungstod. (*Path. Inst., Univ. Bern.*) Virchows Arch. 273, 140—162 (1929).

Es wurden die Organe von 8 Verbrennungsfällen histologisch untersucht. Neben leicht degenerativen Veränderungen (Verfettung der Leber, selten auch des Myokards, und hyalinpfropfiger Degeneration der Nieren in einem Fall) wurden hauptsächlich Veränderungen der Milz und der Leber gefunden. In der Milz war zum Teil eine Schädigung der Keimzentren, der Knötchen, zum Teil eine hyaline Einlagerung in der Wand der kleinen Arterien vorhanden, die jedoch keinen spezifischen Charakter besitzt. Erythrocytentrümmer und globulifere Zellen wurden nur in geringer Zahl angetroffen. Einige der histologischen Befunde, wie z. B. die an den Milzknötchen, den Lymphknoten und den Nieren, sprechen für eine Giftwirkung, während die Veränderungen der Erythrocyten in der Milzpulpa und der in der Leber angehäuften Leukocyten mit einer direkten Hitzewirkung auf die Blutzellen erklärt werden können. Die morphologischen Befunde an sich reichen jedoch für eine restlose Erklärung des Verbrennungstodes nicht aus. Hier muß die Biochemie herangezogen werden. In keinem der Fälle fand der Autor Geschwüre im Magen oder Duodenum. In der Leber besteht die Hauptveränderung in einer starken Vermehrung der Leukocyten in den Blutcapillaren, wobei ein großer Teil dieser Leukocyten die von Staemmler zuerst beschriebenen Degenerationsformen der Kerne aufweist. Dies deutet auf einen stark vermehrten Zerfall der Leukocyten bei tödlicher Verbrennung hin, wobei freilich diese Veränderung für die Verbrennung nicht charakteristisch ist. Der erhöhte Untergang der Leukocyten steht mit dem klinisch beobachteten Leukocytensturz in guter Übereinstimmung. Hämoglobinurie wurde nur in einem Falle beobachtet. Die von Kolisko und 1914 Nakata beschriebenen schweren Veränderungen der Nebenniere wurden nie beobachtet und können deshalb keine ursächliche Bedeutung für den Verbrennungstod haben. (Vgl. diese Z. 7, 123.)

K. Ullmann (Wien).<sub>o</sub>

**Levin, Joseph J.:** Duodenal ulcers following burns: With the report of two cases. (Zwölffingerdarmgeschwüre nach Verbrennungen: Mit Bericht über 2 Fälle.) (*Gen. Hosp., Johannesburg.*) Brit. J. Surg. 17, 110—113 (1929).

Nachdem Levin in jahrelanger Tätigkeit und bei durchschnittlich etwa 1000 Gerichtssektionen im Jahre niemals Feststellungen hatte machen können, die die von Curling 1842 angegebene Beobachtung der Entstehung von Duodenalgeschwüren nach Verbrennungen bestätigen könnten, hat er neuerdings 2 einschlägige Fälle beobachtet, über die er berichtet. — In dem einen Falle handelte es sich um ein Kind, das infolge einer Verbrennung verstarb und bei dem die Sektion ein typisches Ulcus duodeni zeigte. Im zweiten Falle handelte es sich um ein Kind von fast 4 Jahren, das nach einer Verbrühung 10 Tage später verstorben war. Bei der Aufnahme zeigte es starke Shockerscheinungen, von denen es sich aber in etwa 36 Stunden erholte. Danach traten die Erscheinungen der Toxämie auf, an der das Kind 10 Tage nach der Krankenhausaufnahme erlag. Bei der Sektion fanden sich septische Veränderungen an den Brandwunden und eine Bronchopneumonie. An der Vorderseite des ersten Abschnitts am Duodenum sah man ein perforiertes Ulcus, ohne daß in der Umgebung eine Peritonitis erkennbar war oder Spuren von Magen- oder Darminhalt, die dort ausgetreten wären. Levin glaubt deshalb, daß die Perforation des Ulcus erst kurz vor dem Tode erfolgt ist, der vielmehr auf die Bronchopneumonie zurückgeführt werden mußte. Für die Begründung des Zusammenhangs zwischen der Verbrennung und der Entstehung des Ulcus hält Levin den Shock von besonderer Bedeutung. Als die Folge des Shocks sieht er eine Schädigung der Alkalireserve an, so daß eine relative Hyperacidität zustande kommt. Wenn dann in dem durch die Verbrennung geschädigten Gewebe Toxine resorbiert werden, so wird die Vitalität der Schleimhaut des Duodenum herabgesetzt. Es entsteht eine Erosion, und schließlich begünstigt die Hyperacidität die Entwicklung eines Geschwürs. Die Art der Gefäßverteilung am Duodenum läßt eine Thrombose hier besonders leicht zur Entwicklung kommen.

Bergemann (Grünberg/Schles.).<sub>oo</sub>

**Hasslinger: Ist der Genuß von Glassplittern gesundheitsschädlich?** Münch. med. Wschr. 1929 II, 2014.

Verf. bringt einen kasuistischen, Beitrag zu der Ansicht Greiffs (vgl. diese Z. 14, 236), daß der Genuß von gestoßenem Glase nicht mechanisch schädlich sei: Ein Soldat biß vor den Augen des Verf. und anderer Zeugen von einem gewöhnlichen Halbliterglase nacheinander Stücke in der Größe eines 5-RM-Stückes ab, zerkaut sie und schluckte die Splitterchen, wobei er stets Flüssigkeit nachtrank. Reichlich die Hälfte des Glases wurde so verschluckt. Im Oberkiefer trug er ein künstliches Gebiß. Die Besichtigung sogleich nachher ergab keine Verletzung an Zahnfleisch, Gaumen oder Zunge, keine Beschädigung der Zähne. Bis zum nächsten Tage keine Beschwerden, im Stuhl makroskopisch weder Blut noch Glassplitter sichtbar. Der 29 Jahre alte Mann gab an, daß er seit seinem 25. Lebensjahr alljährlich mehrere Male dieses Kunststück ohne jeden Schaden vorgemacht habe.

Walcher (München).

**Cistjakov, N.: Über künstlich hervorgerufene chirurgische Krankheiten und Gliederverletzung unter Sträflingen.** Nov. Chir. 9, Nr 6, 56—69 (1929) [Russisch].

Selbstverletzungen kommen unter Gefangenen sehr häufig vor, man kann 4 Gruppen unterscheiden: 1. künstliche Phlegmonen, 2. künstliche Geschwüre, 3. Selbstverwundungen, 4. Selbstverbrennungen. Zur Erzeugung von Phlegmonen wurden folgende Stoffe benutzt: Petroleum, Benzin, Mineralöle, Terpentin, Spiritus, Tannin, heißes Wasser, Speichel, flüssiger Kot. Meistenteils werden die Flüssigkeiten mit einer Spritze unter die Haut eingespritzt, sie werden aber auch durch Strohhalme und Federposen eingeblasen, in diesen Fällen wurden die Öffnungen in der Haut mit Ahlen, Nägeln, Nähnadeln, Gabeln u. dgl. ausgeführt. Am häufigsten wurden die Phlegmonen an der hinteren Fläche des unteren Drittels des Unterschenkels angelegt. Die Einspritzung von Petroleum, Schwefel und Terpentin ruft sterile Phlegmonen hervor, nach Tannin entsteht eine sich langsam entwickelnde und später sehr schlecht granulierende Phlegmone. In allen Fällen konnte die Einstichöffnung festgestellt werden (Lupe!). Beinahe die Hälfte aller künstlich hervorgerufenen Ulcera cruris waren durch Auflegen von feuchter Asche hervorgerufen. Die Asche wird, in einem Läppchen eingewickelt, etwa 12 Stunden lang aufgebunden. Die Geschwüre haben eine knorpelähnliche Konsistenz und heilen außerordentlich schlecht. Ferner wurden Geschwüre durch Säuren, und Andrücken erhitzter Münzen erzeugt. Die Verbrennungen fügen sich die Gefangenen hauptsächlich mit kochendem Wasser zu. Die Selbstverwundungen werden meistens im Affekt ausgeführt als Demonstration, seltener in der Absicht ins Krankenhaus zu gelangen.

G. Michelsson (Narva).

**Schneider, Philipp: Die häufigsten tödlichen Folgen von Verkehrsunfällen.** (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Wien.) Dtsch. Z. Chir. 219, 367—373 (1929).

Aus dem Obduktionsmaterial des Wiener Institutes für Gerichtliche Medizin im Zeitraume 1908—1920 ergibt sich ein erhebliches Anschwellen der tödlichen Verkehrsunfälle bis auf ein Viersaches der Zahl von 1908. Nach dem Kriege waren sie in der Überzahl durch Automobile verursacht, doch stiegen in den letzten Jahren die Motorradunfälle bedenklich an und erreichten im Jahre 1927 und 1928 fast die Hälfte der Auto-unfälle. Unter den Todesursachen ergab sich in zahlreichen Fällen reine Fettembolie oder eine solche in Verbindung mit Verblutung. Auch Automobile verursachen häufig Wunden mit tödlichem Blutverlust. Unter den seltenen primären Todesursachen fand sich Bluteinatmung nach Verletzungen der Atmungsorgane, Verletzung des Halsmarkes und Gehirnerschütterung. In der großen Zahl der tödlichen Verkehrsunfälle konnte nur ein einzigesmal mit Berechtigung Shocktod angenommen werden, und zwar bei einem 10jährigen Knaben. Unter den tödlichen Folgeerkrankungen fand sich hauptsächlich Lungenentzündung meist nach Kopfverletzungen. Recht häufig waren auch von Wunden ausgegangene Eiterblutvergiftungen, auch Bauchfellentzündung nach Darmruptur, schließlich Hirnhautentzündung nach Schädelbrüchen. Bemerkenswert ist das seltene Vorkommen von Tetanus, trotz der bei Verkehrsunfällen recht starken Verunreinigung der Wunden. Es ist dies zweifellos ein Erfolg der modernen Wundbehandlung und Schutzimpfung.

Haberda (Wien).