

Offenbar hat somit in beiden Fällen ein besonders intensiver Kontakt der Säure mit der Oesophaguswand sowohl bei Einnahme als auch bei dem wiederholten Erbrechen der kaum durch Mageninhalt verdünnten Säure stattfinden können. Schließlich muß auch die Möglichkeit von Kardiospasmen, wie sie auch durch andere irritierende Flüssigkeiten, z.B. hochprozentigen Alkohol, ausgelöst werden können, in Erwägung gezogen werden.

Außer der intravitalen Einwirkung muß auch eine postmortal fort-dauernde Säurewirkung von der säuregehärteten, erstarrten, ein Säure-depot enthaltenden Oesophaguswandung und dem angrenzenden Bindegewebe aus gedacht werden. An sich sollte zwar die Eiweißcoagulierung eine gewisse Barriere darstellen. Die Schwere des Befundes läßt aber den Schluß zu, daß auch die säurecoagulierte Oesophaguswandung vital oder postmortal noch Säureionen durchwandern läßt.

Die Frage, inwieweit die Säurepermeation von Oesophaguswand und Aortenwand möglicherweise ein vitaler Vorgang ist, läßt sich schwer beurteilen, da die momentan stark nekrotisierende Wirkung der Säure eine vitale Reaktion am Angriffsort verhinderte.

Die fixierte Blutfüllung der Aorta in Fall 1 entspricht einem Zustand, wie er ja auch noch kurz nach dem Tode anzutreffen ist, er läßt, wie auch der Befund in Fall 2, vermuten, daß die Ätzwirkung dieses Gefäß zumindest relativ schnell erreicht haben muß.

Dr. D. OETER, 5 Köln,
Institut für gerichtliche und soziale Medizin der Universität

GANSAU (Berlin): Angewandte Infrarot-Spektroskopie in der Toxikologie.