



Sectionsbefunde (Organveränderungen, Verletzungen u. s. w.) nicht derart sind, dass aus ihnen hervorgeht, sie müssten den Tod nothwendig und in kürzester Frist zur Folge haben. So werden wir aus dem Befunde selbst hochgradiger Anämie bei Anwesenheit einer äusseren Verletzung mit Trennung mittelgrosser Gefässe nicht ohne Weiteres auf Tod durch Verblutung schliessen können. Die Section ergiebt zunächst nur, dass aus der Verletzung ein erheblicher Blutverlust stattgefunden hat; sie ergiebt einen gewissen Grad von Blutarmuth, aber nicht den Verblutungs-Tod.

Selten werden wir in der Lage sein, mit Bestimmtheit anzugeben, der vorgefundene Grad von Anämie sei unvereinbar mit dem Fortbestehen des Lebens, da wir nicht wissen, wie viel Blut der secirte Mensch verlieren musste, um daran zu sterben, und noch weniger, wie viel Blut verloren gegangen sein müsse, um den vorgefundene Grad von Anämie zu erzeugen. Der Schluss auf Tod durch Verblutung kann erst gemacht werden, wenn nachgewiesen wird, dass eine andere Todes-Ursache nicht eingewirkt habe.

Die Befunde, aus welchen wir auf Tod durch Erstickung zu schliessen gewohnt sind, beweisen keineswegs den Tod durch Erstickung. Sie beweisen zunächst nur im besten Falle, dass der Sauerstoffzutritt zu den Lungen (resp. zum Blut, zum Respirations-Centrum) einige Zeit gehemmt war, dass ein Erstickungs-Vorgang stattgehabt hat.

Ganz ähnlich verhält es sich mit andern Todesarten. Die Sectionsbefunde beweisen direct nur, dass eine bestimmte Schädlichkeit auf den lebenden Körper eingewirkt und die ihrer Natur entsprechenden Veränderungen in ihm hervorgerufen hat; dass sie aber den Tod herbeigeführt habe, kann man mit Gewissheit erst folgern, wenn es gelingt, andere mögliche Todesursachen auszuschliessen. Ist dieser Ausschluss unmöglich, finden sich Veränderungen in der Leiche,

welche auf die Einwirkung verschiedener eventuell tödtlicher Schädlichkeiten hinweisen, oder wird uns anderweit (durch richterliche Mittheilung u. dgl.) die Möglichkeit dargethan, dass eine andere Todesart, die sichtbare Veränderungen nicht nothwendig hervorruft (wie manche Vergiftungen), stattgehabt haben könne, so wird die Diagnose der Todesart aus dem Sectionsbefunde allein sofort unbestimmt und es beginnen die Schwierigkeiten.

Die nächste Frage nun, die wir in solchen Fällen werden aufzuwerfen haben, ist die, ob die anscheinend verschiedenartigen Sectionsbefunde sich nicht doch in Zusammenhang mit einander bringen und der Einwirkung derselben Schädlichkeit zuschreiben lassen, so dass sie entweder Coeffecte derselben sind, oder die eine lediglich secundaire Folge der anderen.

So kann zum Beispiel es zweifelhaft werden, ob ein vorhandenes Blutextravasat in der Schädelhöhle eines Kindes, das sonst die Zeichen des Erstickungstodes darbietet, als Theilerscheinung dieser Todesart aufzufassen ist, oder der Einwirkung einer mechanischen Gewalt auf den Schädel zugeschrieben werden muss. Umgekehrt werden bei Kopfverletzungen, Schädelbrüchen mitunter sogenannte Zeichen des Erstickungstodes mehr oder weniger ausgeprägt vorgefunden und es entsteht die Frage, ob dieselben möglicher Weise durch die Kopfverletzung selbst hervorgerufen sein können, oder ob eine zwiefache Gewalt (Verletzung und Erstickung) auf den Todten vorher zur Einwirkung gekommen war. Erst wenn diese Vorfrage zu dem Schlusse geführt hat, dass die Befunde nicht auf die Einwirkung einer Schädlichkeit zurückgeführt werden müssen, wird die zweite Frage zu beantworten sein, welche von den beiden (oder mehren) den Sectionsbefunden nach denkbaren Todes-

arten wirklich stattgefunden, oder ob sie etwa beide gemeinsam wirkend den Tod herbeigeführt haben.

Dass ich diese zweite Alternative überhaupt aufstelle, bedarf einer kurzen Begründung. Der Artikel 185 des Strafgesetzbuchs sagt: „Bei der Feststellung des Thatbestandes der Tödtung kommt es nicht in Betracht, ob — —, ingleichen, ob die Verletzung nur wegen der eigenthümlichen Körperbeschaffenheit des Getödteten — — den tödtlichen Erfolg gehabt hat“ und es wird daher in allen solchen Fällen, wo ein durch irgend eine Verletzung (im weiteren Sinne) dem Tode schon nahe gebrachter Mensch von einer neuen Schädlichkeit getroffen wird, wenn sich nachweisen lässt, dass diese den schwachen Rest des noch bestehenden Lebens zum Erlöschen gebracht hat, diese letztere als die eigentliche Todesursache, der Tod als ihre Folge im Sinne des Strafgesetzes anzusehen sein. Diese Auffassung wird keineswegs dadurch in Zweifel gestellt werden können, dass die zweite Schädlichkeit eine besonders erhebliche nicht war, dass sie den Tod nur deshalb herbeiführte, weil eben der Mensch dem Tode schon vorher nahe gebracht war und dass derselbe wahrscheinlich oder gewiss etwas später auch ohne die letztere gestorben wäre. Ich trete in diesem Punkte völlig den Ausführungen *Casper's* in seinen Novellen (S. 384) bei. — In vielen Fällen aber wird es der Sachlage nach unmöglich sein, nachzuweisen, dass die letzte Schädlichkeit wirklich die Todesursache selbst in dem eben ausgesprochenen Sinne gewesen sei. Hat z. B. Jemand eine schwere Kopfverletzung erlitten, die an sich als Todesursache bei Abwesenheit einer andern concurrirenden angesehen werden müsste, aber nicht der Art ist, um augenblicklich den Tod herbeiführen zu müssen, und gleich darauf eine andere Verletzung, aus welcher ein starker Blutverlust erfolgt war, der sich in der allgemeinen Anämie der Leiche deutlich bemerk-

bar macht, so dürfte es weder möglich sein, eine dieser beiden Verletzungen als die eigentliche Todesursache nachzuweisen, noch vom physiologischen Standpunkte aus gerechtfertigt, den Tod als durch die eine oder die andere veranlasst anzusehen.

Wenn man zuweilen hört: „Der Mensch könne doch nur einen Tod gestorben sein“, so ist damit wenig gesagt. Einen Tod stirbt der Mensch allerdings nur, aber der Tod kann ganz wohl Folge mehrerer gleichzeitig auf den Körper einwirkender Schädlichkeiten sein. Der nachstehende Fall, der übrigens criminelles Interesse weiter nicht besitzt, sondern einen Verunglückten betrifft, dürfte eine passende Illustration zum Vorstehenden abgeben.

Erster Fall.

### Zermalmung des Schädels und Ersticken in Flüssigkeit.

Der 40jährige Arbeiter *N—k* war auf einem Bahnhofe bei dem Aufwinden einer schweren Last mit beschäftigt. Dieselbe stürzte zurück zu Boden und quetschte den *N—k* dermaassen am Kopfe, dass er „sofort todt“ war. Tags darauf wurde mir die Leiche zur (privaten) Obduction übergeben.

Der Körper war regelmässig gebaut, ziemlich gut genährt, muskulös. Die Haut war bleich, an der Rückseite und den Unterschenkeln mit ausgebreiteten Todesflecken bedeckt. Der Kopf war von rechts und hinten nach links und vorn förmlich platt gedrückt. Eine Hautverletzung war nicht vorhanden, nur dass das linke obere und rechte untere Augenlid blau gefärbt, das erstere zugleich stark geschwollen war. Einschnitte ergaben an denselben geronnenes Blut im subcutanen Zellgewebe. Die Betastung des Kopfes gab das Gefühl, als drücke man auf einen mit Scherben

gefüllten Sack. Aus beiden Ohren war Blut geflossen; in den Nasenöffnungen stak etwas Hirnmasse, aus dem Munde floss Blut, der Unterkiefer war links neben dem Kinn gebrochen. Am Körper fanden sich sonst keine Verletzungen, nur eine durch Sugillation bedingte blaue Färbung des rechten Handrückens. Aus dem *Orific. urethr.* liess sich eine milchige (keine Samenfäden enthaltende) Flüssigkeit ausdrücken. — Unter der Kopfschwarte lag eine c. 3 Linien dicke Schicht geronnenen schwarzen Blutes. — Sämmtliche Knochen der Schädeldecke waren in zahlreiche kleine Stücke zerbrochen, die Näthe gelöst. Die Bruchränder zeigten sich theils fein gezackt, theils völlig glatt und gradlinig, nicht blutig imbibirt. Die *Dura mater* war in ihrem ganzen hintern Theil völlig zerfetzt, vorn butleer, die Gefässe der *Pia mater* wenig gefüllt, unter ihr hie und da eine dünne Schicht flüssigen Blutes. Die Hirnmasse war nur auf der Höhe der Hemisphäre unverletzt, die Seiten derselben zum Theil, die untere Fläche völlig zu einem graurothen Brei zertrümmert, die rechte Seitenhöhle von unten her geöffnet, die Brücke und das verlängerte Mark abgerissen, so dass die erstere ganz los da lag. Die graue Hirnsubstanz war blass, zeigte jedoch in der Nähe der gequetschten Partien zahlreiche Gruppen dichtstehender capillairer Apoplexien. Die etwas weiche weisse Substanz liess auf Durchschnitten nur sehr kleine, aber zahlreiche Blutpünktchen hervortreten. Der ganze Schädelgrund war in zahlreiche, leicht bewegliche, zum Theil stark dislocirte Fragmente zerbrochen. Im Kehlkopf stak ein Stück Hirnsubstanz. Seine Schleimhaut zeigte eine gleichmässige, etwas unreine (Imbibitions-) Röthung, in welcher sich jedoch zahlreiche, bis mohnkorngrosse, hellrothe Petechial-Sugillationen erkennen liessen. Ebenso sah die Schleimhaut der *Trachea* aus, nur dass hier die Sugillationen kleiner und weniger scharf hervortretend waren.

Die Luftröhre von dunklem, flüssigem Blute bis oben hin erfüllt. Die Speiseröhre war normal, ihre Schleimhaut leicht mit Blut befeuchtet. Bei Eröffnung der Brusthöhle drängten sich die stark aufgeblähten Lungen förmlich hervor, überragten seitwärts die durchschnittenen Rippenknorpel, berührten sich fast mit den vorderen Rändern und fielen nicht zusammen. Sie hatten vorne eine blaugraue, nach hinten dunkel blauröthliche Farbe, waren stark pigmentirt, überall lufthaltig und besonders hinten blutreich. — Die Bronchien, selbst die kleineren, enthielten Blut, zum Theil mit Luft gemischt; ihre Schleimhaut war roth imbibirt. Das Herz war gesund, enthielt in seiner linken Hälfte nur sehr wenig, rechts dagegen viel dunkles flüssiges Blut, wovon auch die grossen Gefässe der Brust stark gefüllt waren. Am (blutig imbibirten) *Endocardium* des rechten Ventrikels zeigten sich einige mohnkorngrosse hellrothe Blutaustretungen. Der Magen enthielt einen dünnen, stark blutig gefärbten Speisebrei, seine Schleimhaut war bis auf die Zeichen eines chronischen Catarrhs und einer schmutzig verwaschenen Imbibitions-Röthe im *Fundus* normal beschaffen. — Die übrigen Organe der Unterleibshöhle ergaben nichts Bemerkenswerthes, nur war die Leber und die Rindenschicht der Nieren fettig entartet, ihr Blutgehalt übrigens normal. Die *V. cava* war mässig gefüllt.

Die Section hat somit neben der Schädelverletzung die sogenannten Zeichen des Ertrinkungs-Todes in eclatantester Ausbildung ergeben. Es fand sich das Blut flüssig und dunkel, das rechte Herz und die grossen Gefässe der Brust stark erfüllend, Ertränkungsflüssigkeit (hier Blut) in den Luftwegen bis in die feineren Bronchien hinab, Ertränkungsflüssigkeit im Magen, starkes Hypervolumen der Lungen. — Ist hierdurch nun bewiesen, dass der *N—k* durch Ersticken in Flüssigkeit, d. h. in seinem eigenen Blute gestorben ist,

dass dieses die eigentliche Todesursache war? Gewiss nicht. Die geschilderte Zermalmung des Schädels und Gehirns musste fast augenblicklich den Tod zur Folge haben. Keine, selbst die schleunigst wirkende Todesursache konnte in dem gewiss nur nach Secunden zu messenden Zwischenraume zwischen Erfolg der Verletzung und Eintritt des Todes ihre Wirksamkeit entfalten. — Die oben angeführten Befunde beweisen eben nicht den Ertrinkungs-Tod, sie beweisen nur, dass der Mensch, während seine Mundhöhle voll Blut war, noch einige Athemzüge und Schluckbewegungen gemacht hat. Dass aber das Einathmen von Flüssigkeit mit den letzten Athemzügen auch nur das Mindeste zum Eintritt des Todes mit beigetragen, denselben auch nur um eine Secunde beschleunigt habe, geben uns die Sectionsbefunde kein Recht zu behaupten.

Wenn wir nun bei diesen Verletzungen, welche nothwendiger Weise fast augenblicklich tödten müssen, trotz der ausgeprägten Zeichen der Erstickung eine Mitwirkung der letzteren zur Herbeiführung des Todes durchaus nicht annehmen durften, so kann man sich den Fall sehr leicht in der Art modificirt denken, dass die Schwere der Verletzung einen so ganz plötzlichen Tod vorauszusetzen nicht berechtigte. Dann würde man allerdings zugestehen müssen, dass die Aufhebung der Sauerstoffzufuhr zu den Lungen und zum Blute neben der Verletzung zur Hirnlähmung und zum Tode mit beigetragen haben könne. Solche Fälle werden dann wieder, je nach der Dauer des Lebens, welche nach stattgehabter Verletzung zu präsumiren ist, sich anschliessen an andere, in welchen man einen grösseren Nachdruck auf die Erstickung, als die schneller tödliche Schädlichkeit, wird legen müssen. Man wird dann die Sache so aufzufassen haben, dass die Erstickung den Tod herbeigeführt habe, ehe dieses die Verletzung zu thun im Stande war.



In dem sehr ähnlichen folgenden Falle wurde durch die Umstände ausser Zweifel gestellt, dass der Tod fast momentan erfolgt sein musste, dass eben nur die letzten Todesseufzer es gewesen sein konnten, welche, unter Flüssigkeit gethan, die Zeichen des Ertrinkungs-Todes sich ausbilden liessen.

#### Zweiter Fall.

Zermalmung des Schädels, Ersticken in Flüssigkeit, Zeichen des Verblutungs-Todes.

Ein 16jähriger junger Mensch machte mit zwei Kameraden eine Bootfahrt und gerieth beim Passiren eines Brückenjoches mit seinem Boot zwischen die Brückenpfähle und einen grossen mit Steinen beladenen sog. Oderkahn, welcher von Schiffern ebenfalls durch die Brücke geschoben wurde. Einer der jungen Leute rettete sich durch einen Sprung in das Wasser, der zweite, am hintern Ende des Kahnes sitzend, sah wie der dritte durch den langsam vordringenden Lastkahn mit dem Kopfe gegen einen der Brückenbalken gedrückt wurde, dann sofort, weil der Lastkahn eine kleine Seitenbewegung machte, niederstürzte und über Bord fiel. Er wurde als Leiche aus dem Wasser gezogen. Ein, wie die Section ergab, unmotivirtes Gerede, dass einer der Schiffer mit dem sehr langen und schweren, eisenbeschlagenen Ruder, mit welchem er den Kahn gegen die Brückenpfeiler anstemmend vorwärts schob, den Verunglückten getroffen und erschlagen habe, gab Veranlassung zu einer gerichtlichen Obduction. — Ich theile aus den Befunden nur die uns interessirenden mit. —

Der Körper war normal gebaut, gut genährt, die Haut auffallend blass, Todtenflecke fehlten fast gänzlich, Leichenstarre vorhanden, keine Zeichen von Fäulniss. — Am Kopfe zeigte sich eine grosse, etwa dreieckige Hautwunde von je

4 Zoll Schenkellänge über dem linken Scheitel- und Schläfenbein. In dem ganzen rechten Umfange der Wunde war die Kopfhaut c. 3 Zoll weit losgeschält. In der Wunde lag das zertrümmerte Schläfenbein, zwischen dessen Rücken die Hirnwindungen frei sichtbar waren. Um die Wunde herum zahlreiche bis thalergrosse, nicht sugillirte, braune, harte Excoriationen. Eine eben solche, aber sugillirt, lag in der rechten Schläfengegend. — Unter der Kopfschwarte lag an der ganzen rechten Seite des Schädels von der Stirn bis zum Hinterhaupte eine c. 3 Linien dicke Schicht geronnenen Blutes. — Der Schädel selbst war vollständig zertrümmert. Die Schuppe des linken Schläfenbeins war ausgebrochen, die *Sutura coron.* klaffte links bis zur *S. sagittal.* Vom Schläfenbein ging ein Bruch durch die Pyramide des Felsenbeins parallel dem hintern Rande, die Gehörknöchelchen frei legend, zur Basis quer durch den *Clivus* dicht hinter dem *Dorsum epiphys.* in das rechte Felsenbein und endete am *Proc. mastoid.* Zahlreiche Seitenbrüche gingen von dem beschriebenen Hauptbruche ab. Ein Bruch des rechten Stirnbeins setzte sich in die rechte *Orbita* fort und hing zusammen mit einem Bruche beider Oberkieferbeine. — Die harte Hirnhaut war mehrfach zerfetzt, auf der blutleeren *Pia mater* lag eine dünne Schicht flüssigen Blutes, die Hirnmasse zeigte nicht nur entsprechend dem linken Schläfenbein eine Zerreißung, sondern war an der ganzen der Basis zugekehrten Fläche auf mehre Linien Tiefe zerquetscht. — In der *Medulla oblongata* fand sich ein fast mandelkerngrosser Heerd dichtstehender kleiner punktförmiger Capillar-Apoplexien. In den Seitenhöhlen war flüssiges, mit Gerinnseln gemischtes Blut angesammelt. Die Hirnmasse, soweit sie unverletzt war, zeigte sich nicht gerade auffallend blutarm, von fester Consistenz. — Die Luftröhre war gefüllt mit flüssigem, dunklem Blute, in dem nur wenige grössere Luft-

blasen sichtbar waren. Ihre Schleimhaut war sehr lebhaft, aber verwaschen geröthet.

Die Lungen waren stark ausgedehnt, berührten einander mit den vorderen Rändern, fielen bei Eröffnung des Thorax nicht zusammen, traten vielmehr stärker hervor — waren somit stark ballonirt. Ihre Farbe war im Allgemeinen eine weisslich-graue, überall aber zeigten sich rundliche, fast erbsengrosse, rothe Flecke, nicht sehr dichtstehend, völlig isolirt, bedingt durch die Erfüllung der Lungenbläschen mit Blut, nur nach hinten eine mehr gleichmässige, bläulich-rothe (hypostatische) Färbung bemerkbar. Auch auf Durchschnitten zeigten sich in dem völlig luftleeren, grauweissen Gewebe kirsch kerngrosse rothe runde Flecke. Das Gewebe war blutarm, ziemlich trocken, überall gesund. Die Bronchien waren, soweit sie sich nur in ihren Verästelungen verfolgen liessen, mit flüssigem, fast gar nicht schaumigem Blute gefüllt. In dem gesunden, zusammengezogenen Herzen war nur wenig dunkles, flüssiges Blut enthalten, vorzüglich in der rechten Hälfte und linken Vorkammer. Die grossen Gefässe waren fast leer. — Im Magen war nur ein dickbreiiger Speisebrei enthalten. Sämmtliche Unterleibsorgane zeigten eine hochgradige Anämie. In den fast weissen Nieren zeichneten sich nur die zwischen den Pyramiden verlaufenden gestreckten Venen als bläulich-rothe Striche stärker ab.

Aus dem oben geschilderten Hergang ergibt sich, dass der Verunglückte, nachdem er die Verletzung erlitt, sofort in's Wasser stürzte. Die Section hat gezeigt, dass er im Wasser nicht mehr geathmet, auch nicht geschluckt hat. Die ausgeprägten Erscheinungen des Erstickens in Flüssigkeit sind somit allein bedingt gewesen durch Einathmung von Blut, und diese kann, wie hier ausser der Schwere der Schädelverletzung der Hergang beweist, nur in einem oder

zwei tiefen Athemzügen bestanden haben, die dann noch vor dem Sturz in's Wasser, also fast momentanen Eintritt des Todes gemacht worden sind. Auch hier würden wir kein Recht zu der Annahme haben, dass das Eindringen von Flüssigkeit in die Luftröhre, also das Ertrinken, dessen Zeichen sich so deutlich in der Leiche ausgeprägt fanden, den lediglich durch die Hirnzerschmetterung veranlassten Tod auch nur einen Augenblick früher habe eintreten lassen, als es ohne dies geschehen wäre. — Die in der Leiche vorhandene allgemeine Blutleere war gross genug, um in einem anderen Falle als Zeichen des Verblutungstodes in Anspruch genommen zu werden. Dass sie noch zu Stande kommen konnte, erklärt sich leicht aus dem Umstande, dass bei derartigen plötzlichen Todesfällen das Herz meistens nach Erlöschen der Function der Nervencentren und damit der Athmung noch einige Zeit fort pulsirt. Der Tod ist eben kein Moment, sondern ein Process, der zu seinem völligen Ablauf eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt.

Die beiden vorstehenden Fälle geben nicht unwichtige Fingerzeige für die Beurtheilung solcher, wo Menschen mit schweren Verletzungen und den mehr oder weniger ausgeprägten Zeichen des Ertrinkungstodes aus dem Wasser gezogen worden. —

Im Folgenden erlaube ich mir mit Bezug auf einige theils von mir nur begutachtete, theils aber in Gemeinschaft mit meinem geehrten Collegen *Liman* obducirte Fälle einige der zahlreichen Combinationen zu besprechen, welche Verletzungen mit anderen concurrirenden Todesursachen darstellen können.

### I. Verletzung und innere Krankheit.

Wenn kranke Menschen — und zwar der Natur der Sache nach meistens chronische Kranke — von einer Ver-

letzung betroffen werden und dann sterben, so werden Zweifel darüber, welches die Todesursache gewesen, nicht weiter entstehen, wenn die Verletzung eine von denen war, welche den Tod in der Regel herbeiführen und wenn der Tod in der der Natur der Verletzung entsprechenden Weise sehr bald nach derselben erfolgte. Anders ist es, wenn der Tod erst längere Zeit nach der Verletzung eintrat und bedingt wurde durch *secundaire* Krankheitsprocesse, zumal solche, welche sowohl auf das von Alters bestehende chronische Leiden, als auf die Verletzung zurückgeführt werden könnten. — Hier wird allein der Verlauf der Krankheitserscheinungen, das Verhalten des Kranken vom Augenblicke der Verletzung bis zum Eintritt des Todes, sein Gesundheitszustand vor der Verletzung maassgebend werden. Man wird sich da am besten die Frage stellen, ob der *Den.* an seiner Krankheit, wie sie durch die Section constatirt worden ist, in derselben Art und Weise und zu derselben Zeit gestorben wäre.

Die Schwierigkeit der Beurtheilung wächst in dem Grade, als die Bedeutsamkeit und Schwere der Verletzung geringer (von leichten Verletzungen, die überhaupt den Tod nicht herbeiführen können, ist hier natürlich nicht die Rede), die Entwicklung und Gefährlichkeit des chronischen Leidens eine grössere gewesen ist. Es liegt auf der Hand, wie sehr es in solchen Fällen auf eine genaue Beachtung und Schilderung der pathologisch-anatomischen Veränderungen an der Leiche ankommt, und es werden Mängel des Obductions-Protokolls, wenn schon stets, so doch besonders hier eine Begutachtung in den weiteren technischen Instanzen, zu der es in solchen zweifelhaften Fällen in der Regel kommt, sehr erschweren.

Ein Gutachten dahin abzugeben, dass die Verletzung den Tod des Kranken beschleunigt habe, halte ich, wenn

nicht etwa der Richter eine dahin lautende Frage direct gestellt hat, dem §. 185 des Strf. G. gegenüber für nicht correct. Kann man nachweisen, dass der Tod durch die Verletzung beschleunigt worden, so ist damit ausgesprochen, dass der Tod dieses Menschen zu dieser Zeit in Folge der Verletzung eingetreten ist, und dass der Mensch auch ohne die Verletzung einige Monate später an seiner Krankheit gestorben wäre, kann das Gutachten nicht beeinflussen.

### Dritter Fall.

#### Hirnleiden und Verletzungen.

Im nachstehenden Falle handelt es sich um einen 64jährigen Mann, der am 23. September verunglückte und nach 30 Stunden starb. Den geschehenen Erhebungen nach war er, von einem vorübergehenden Wagen gefasst, zu Boden geworfen, wahrscheinlich von einem der vorgespannten Pferde geschlagen und einige Schritte geschleift worden, ohne dass ein Rad über ihn hinweggegangen wäre. Er machte Niemandem der Umstehenden den Eindruck, dass er schwer verletzt wäre, verlor nicht die Besinnung, ging mit Unterstützung einige Schritte zu einer Droschke und fuhr nach Hause. Hier klagte er über Schmerzen an den contundirten Körpertheilen, besonders am rechten Unterschenkel und in der Magengegend, schien jedoch sonst nicht erheblich leidend. Nach 20 Stunden stellte sich Erbrechen ein, das Bewusstsein schwand, der Kranke lag soporös da und starb 10 Stunden nach Eintritt der Hirnerscheinungen. Der Mann war seit Jahren krank gewesen, sehr schwerhörig, hatte einen eigenthümlich schleppenden Gang und war namentlich sein linkes Bein stets sehr schwach gewesen. Dieses erfuhren wir nur nebenher; genauere Feststellungen über den früheren Gesundheitszustand waren nicht gemacht worden.

Die Section (am 29. Septbr.) ergab Folgendes:

Der Körper war gut genährt, Leichenstarre nicht mehr vorhanden, die Haut am Rücken, den Seiten und am Halse grünblau mit schmutziggrothen Venensträngen durchzogen, sonst blass. Ueber dem linken Auge fand sich auf der Stirn ein fast handtellergrosser, braunrother, weicher Fleck, unter welchem sich geronnenes Blut im Unterhautzellgewebe fand. Kleinere, lederartig harte, trockne, braune Excoriationen fanden sich am rechten Vorderarme und dem rechten Daumen. Der linke Unterschenkel war in den unteren zwei Dritteln grüngelb verfärbt. Einschnitte gaben hier überall Blutunterlaufung. Es liess sich ein Bruch des Schienbeins durchfühlen. — Die Pupillen beide normal, aus dem Munde floss weissfarbige Flüssigkeit. — Auf der unteren Seite der Kopfschwarte über dem linken Stirn- und Seitenwandbein lag eine c. 2 Linien dicke Schicht geronnenen dunkeln Blutes. Die knöchernerne Schädeldecke war von normaler Dicke, unverletzt. Die *Dura mater* mässig injicirt, in ihrem *Sin. longit.* flüssiges Blut in mässiger Menge. — Die *Pia mater* war rosig geröthet durch starke Injection der feineren Gefässchen, die ein dichtmaschiges Netz darstellten. Sie selbst war stellenweise, namentlich in der Nähe der grösseren Venen, diffus getrübt. Unter ihr war ein klares gelbliches Serum reichlich angesammelt. Die Hirnmasse war zäh, feucht, nicht blutreich. Die Oberfläche des ganzen rechten Grosshirnschenkels war bis auf 2 Linien Tiefe graugelb erweicht, breiig. Die Erweichung setzte sich gegen das gesunde Gewebe überall durch eine etwa  $1\frac{1}{2}$  Lin. breite, dunkelgraue Schicht festeren Gewebes ab. In den erweiterten Seitenhöhlen war viel klares Serum enthalten, die *Plex. chorioid.* waren hell geröthet. In beiden *Thalam. optic.* war im linken ein erbsen-, im rechten ein bohnergrosser Erweichungsheerd vorhanden, beide nahe der Oberfläche in dem hintern Rande gelegen und ebenfalls durch eine dunkle

graue Schicht begrenzt. — Sonst war im Hirn nichts Auffallendes bemerkbar. Die *Sinus* am Schädelgrunde enthielten ziemlich viel flüssiges Blut. Die *Basis cran.* war unverletzt. — In den Weichtheilen am Halse war kein Blutaustritt bemerkbar, Wirbel und Rippen unverletzt. Beide Lungen stellenweise angelöthet, von normaler Grösse, nur hinten stärker bluthaltig. Jede hatte in der Spitze eine wallnussgrosse verdichtete Stelle, an der das Gewebe luftleer, auf dem Durchschnitt glatt, blutarm erschien und die Farbe der Umgebung hatte. Kehlkopf und Luftröhre waren leer, die Schleimhaut graugrün. Das Herz schlaff, der Muskel hellbraun, leicht zerreisslich, in allen Höhlen etwas flüssiges Blut, die Klappen gesund. Die Organe der Unterleibshöhle waren sämmtlich unverletzt, ziemlich blutarm und, so weit die weit vorgeschrittene Fäulniss wahrnehmen liess, völlig normal beschaffen. Der Magen enthielt nur etwas bräunliche Flüssigkeit, die Därme waren fast leer, die Blase von nicht blutigem Urin mässig gefüllt, die *Vena cava* enthielt etwas flüssiges dunkles Blut. Die Beckenknochen waren unverletzt. — Die linke *Tibia* zeigte sich handbreit über dem Knöchel quer durchgebrochen, die Bruchflächen waren glatt, nicht im Mindesten dislocirt. In der nächsten Umgebung der Knochenbrüche war zwischen die Muskeln etwas geronnenes Blut eingelagert.

In unserem vorläufigen Gutachten sprachen wir uns dahin aus, dass das Ueberfahren den Tod allerdings zur Folge gehabt haben könne, dass jedoch das Bestehen eines alten Hirnleidens genauere Erhebungen über den Gesundheitszustand des Secirten vor und die Krankheitserscheinungen nach der Verletzung nothwendig erscheinen liesse, bevor ein bestimmtes Gutachten abgegeben werden könne. — Die gewünschten Erhebungen sind jedoch nicht gemacht, ein mo-



tivirtes Gutachten wurde nicht eingefordert, sondern die Sache reponirt.

Was zunächst den vorgefundenen Bruch der *Tibia* betrifft, so dürfte ein grosses Gewicht auf denselben nicht zu legen sein. Derselbe hätte den Tod dadurch herbeiführen können, dass, wie dies unter Umständen geschieht, ein sehr heftiger Schmerz übermässige Reizung der sensiblen Nerven eine Reflexparalyse des Gehirns hervorgerufen hätte. Nun ist aber die Beschaffenheit des Knochenbruchs einer solchen Annahme nicht günstig. Das Schienbein war nicht gesplittert und die Bruchenden nicht dislocirt, sondern es berührten sich die glatten Bruchenden vollständig. Auch von Klagen des *Den.* über besonders heftige Schmerzen im Beine ist uns nicht berichtet worden. — Können wir aber diese Erklärung für den Eintritt des Todes nicht annehmen, so ist nur die Hyperämie und das Oedem der weichen Hirnhaut als letzte Todesursache anzusehen. Bei dem im Vorstehenden geschilderten Krankheitszustande des Gehirns müssen jene Veränderungen als genügend erscheinen, um den Tod hervorzurufen und die allerdings spärlichen Angaben über die vor dem Tode beobachteten Krankheitserscheinungen unterstützen diese Auffassung. Es trat erst Erbrechen als Zeichen der Hirnreizung, dann bewusstloses Daliegen, ein soporöser Zustand ein, der die eintretende Hirnlähmung kennzeichnete und bis zum Tode anhielt. —

Die Frage wird nur sein, welches war die Ursache dieser Hyperämie und des Oedems, die alte Hirnkrankheit, oder das Ueberfahren?

Der Bluterguss unter der Kopfschwarte beweist, dass *Denatus* einen Schlag gegen den Kopf erhalten, oder mit dem Kopf auf das Pflaster oder dergleichen aufgeschlagen war. Ein solcher Schlag oder Stoss ist wohl im Stande, eine solche Hyperämie (das Oedem wäre die weitere Folge)

zu erzeugen, aber auch die alte Hirnerweichung konnte dies thun und hatte es sicher schon oft genug früher, wo es sich um irgend welche Verletzungen nicht handelte, gethan, wie die diffusen Trübungen der *Pia mater* beweisen. Dieselbe graugelbe Farbe der erweichten Partien, ihre Einschliessung durch eine festere dunkelgraue Gewebsschicht, welche sie von der gesunden Hirnsubstanz schied, zeigte allerdings, dass der Krankheitsprocess, in welchem wir eine *Encephalitis* mit ihren Folgen zu sehen haben, sich begrenzt hatte; aber auch in diesem Stadium tritt oft genug der Tod ein, und zwar in ähnlicher Weise, wie es hier geschehen ist, indem die längere Zeit scheinbar stillstehende Krankheit unter Eintritt plötzlicher Hirnsymptome in kurzer Zeit zum Ende führt. Es geschieht dies keineswegs stets durch Apoplexien, sondern häufig ist der Sectionsbefund in solchen Fällen kein anderer als der hier vorgefundene: Hyperämie und Oedem der *Pia mater*. Kurz, weder der Verlauf, noch der Obductionsbefund hätten anders sein dürfen, wenn ohne irgend welche Verletzung die Hirnerweichung allein zum Tode geführt hätte.

Hiernach könnte lediglich dann mit einiger Bestimmtheit der Eintritt des Todes in ursprünglichen Zusammenhang mit der Verletzung gebracht werden, wenn nachgewiesen würde, dass 1) vor dem Unglückfall irgend welche, wenn auch unscheinbare Symptome einer Verschlimmerung des alten Leidens sich nicht gezeigt hätten, und dass 2) seit der Verletzung und zwar unmittelbar nach derselben eine Wendung in dem bisherigen Krankheitsverlauf, das Hervortreten von Congestiv-Erscheinungen bemerkbar geworden wäre.

Das Letztere nun scheint nicht der Fall gewesen zu sein und musste unser Gutachten nach den allerdings höchst

unvollkommen gebliebenen Mittheilungen über den Krankheitsverlauf dahin gehen:

dass sich nicht nachweisen lasse, dass der Tod eine Folge der erlittenen Verletzungen gewesen sei,

vielmehr derselbe in der nämlichen Weise und mit Hinterlassung der nämlichen Befunde an der Leiche auch ohne die Verletzungen in Folge des bestehenden Hirnleidens sehr wohl hätte erfolgt sein können.

Etwas anders gestaltet sich die Sache, wenn der früher gesunde Mensch einige Zeit nach erlittener Verletzung an einer Krankheit stirbt, von der es zweifelhaft ist, ob sie Folge der Verletzung, oder spontan entstanden, d. h. nicht traumatischen Ursprungs gewesen ist. —

Die Pyämie und die verwandten Processe, eine leider so häufige Ursache des späteren Todes nach anfangs nicht gefährlichen Verletzungen, kann irgend welche Schwierigkeiten für die Begutachtung wohl nur dann hervorrufen, wenn am Körper des Verstorbenen ausser der betreffenden Verletzung sich noch eine von dieser unabhängige Eiterung vorfand, wo dann allerdings fast nie zu bestimmen sein dürfte, von welcher die Pyämie ausgegangen ist. Sonst aber wird die Verletzung stets als die Todesursache angesehen werden müssen, mag sie noch so leicht und unbedeutend gewesen sein, mag auch nachweisbar in dem Krankenhause, in welchem der Verletzte behandelt wurde und starb, Pyämie gerade endemisch gewesen sein. Immer erfolgt in diesen Fällen doch der Tod durch einen ungünstigen Verlauf der Verletzung und ohne sie wäre der Mensch nicht an Pyämie erkrankt und gestorben. Eine andere Auffassung scheint mir nach unserem Strafgesetzbuche nicht statthaft.

Aehnlich aufzufassen werden diejenigen Fälle sein, wo der Tod eines Verletzten durch *Delirium tremens* erfolgte.

Die hier mit der Verletzung concurrirende Krankheit ist allerdings nicht (wie bei der Pyämie) als lediglich durch die Verletzung hervorgerufen zu betrachten, vielmehr bestand die chronische Säuerdyskrasie, deren Ausdruck nach einer gewissen Richtung hin der Anfall von *Del. tremens* ist, schon vor der Verletzung, und es konnten solche Anfälle auch ohne die Verletzung durch andere, oft nicht nachweisbare Ursachen hervorgerufen werden, trotzdem aber sind erfahrungsgemäss wie acute Krankheiten verschiedenster Art, so auch Verletzungen ganz gewöhnliche Ursachen, um bei einem Potator das *Del. tremens* zum Ausbruch zu bringen. Stirbt er nun an demselben, so werden wir in den meisten Fällen den Tod als die Folge der Verletzung bezeichnen müssen, da wir einmal nicht in Betracht ziehen dürfen, „ob die Verletzung nur wegen der eigenthümlichen Leibesbeschaffenheit des Verletzten (hier der chronischen Alcohol-Intoxication) den tödtlichen Erfolg gehabt hat“.

Bei anderen acuten Krankheiten, wie Meningitis, Pleuritis, Peritonitis u. s. w., welche sowohl in Folge von Verletzungen, als unabhängig von solchen entstehen können, wird es darauf ankommen, bei der Section den anatomischen Nachweis des Zusammenhanges der Verletzung mit dem entzündeten Organe zu führen, festzustellen, ob die Krankheit in der geeigneten Frist nach der Verletzung entstand und ob eventuell für die Entstehung der Krankheit sich bestimmte mit der Verletzung nicht in Verbindung stehende Ursachen vorfinden. — In einem Falle, den wir zu Beginn des Winters obducirten, war ein Mann von seiner Frau durch einen Schlag mit einem Besen anscheinend unerheblich an der Stirn verletzt. Die  $\frac{3}{4}$  Zoll lange Wunde conglutimirte schnell und nach drei Tagen wurde der Kranke auf seinen dringenden Wunsch aus dem Krankenhause entlassen. Nach c. acht Tagen kehrte er dahin zurück und

starb in Kurzem an Meningitis. Es wurde die Frage aufgeworfen, ob der Tod Folge der Verletzung gewesen, oder der damals häufiger vorkommenden epidemischen *Meningitis cerebro-spinalis* zuzuschreiben sei. — Abgesehen von nicht unerheblichen Differenzen im Krankheitsverlaufe konnte die Frage mit Sicherheit entschieden werden, weil die Section Necrose des Stirnbeins unterhalb der wieder aufgebrochenen Hautwunde, Anlöthung der *Dura mater* an der necrotischen Stelle mit lebhafter Vascularisation derselben und sichtlich stärkerer Anhäufung des rahmigen gelben Exsudats auf und unter der *Pia* der verletzten Seite ergab. —

Schliesslich erlaube ich mir die Begutachtung eines Falles mitzutheilen, in welchem den Ausführungen der Vertheidigung gemäss die Fragen zu beantworten waren, ob

#### Vierter Fall.

Tod durch Verletzung oder spontanes Erysipelas oder eine andere innere Krankheit vorliege. —

Der 31jährige Arbeiter *H. R.* erlitt am 21. November bei einer Prügelei mehre Kopfverletzungen mit einem stumpfen Instrumente, wahrscheinlich einem Schrubber. Er stellte sich noch an demselben Tage dem Dr. *A.* vor, der den „stark betrunkenen“ *R.* nicht genauer untersuchte, jedoch eine c. 2 Zoll lange Wunde der behaarten Kopfhaut constatirte. Frau *R.* besuchte ihren Mann, der als Privat-Nachtwächter in einer Fabrik fungirte, am Abend desselben Tages, fand ihn auffallend still und betrübt und er gab auf ihre Fragen an, er habe Kopfweh und Geschwüre am Kopfe. Er versah „trotz seiner Schmerzen“ noch bis zum Morgen des 25. November seinen Dienst, legte sich dann aber zu Bett, weil sich seine Schmerzen sehr gesteigert hatten. Erst am 29. Nov. suchte Frau *R.* ärztliche Hülfe, die ihr Mann

bis dahin stets zurückgewiesen hatte, und der herbeigerufene Dr. *B.* erklärte, dass *R.* eine Kopfrosee habe. Am 30. Nov. holte Frau *R.*, da der Zustand ihres Mannes sich verschlimmerte, den Dr. *C.* herbei, welcher Schröpfköpfe anordnete und Medicin verschrieb. Tags darauf, am 1. Dec., phantasirte und tobte der Kranke heftig und wurde auf Anordnung des Arztes von seiner Frau „bewusstlos“ nach dem Krankenhause gebracht. Dr. *B.* erklärte der Frau *R.*, dass die Kopfrosee die Folge von Kopfverletzungen sei, die ihr Mann erhalten und ihr verheimlicht hatte. Dr. *D.* untersuchte noch am 1. Dec. den Kranken im Krankenhause, fand ihn im heftigsten Fieber, mit den ausgebildeten Symptomen einer Gesichtsrose, „offenbar ausgehend von einer Verletzung am Kopfe“, deren genauere Untersuchung der Zustand des Kranken unmöglich machte. Schon am Abend des 1. Dec. erschien bei nochmaliger Besichtigung des Kranken sein Zustand hoffnungslos und er starb am Morgen des 2. Dec.

Am 5. Dec. wurde durch Prof. *Liman* und Chir. for. *Cosson* die gerichtliche Section der Leiche ausgeführt und ergab dieselbe folgende für die Beurtheilung des Falles wesentliche Befunde: 1) Die Leiche zeigte sich wohlgenährt, der Unterleib schon von grüner Farbe, an demselben ein Frieselausschlag; 4) auf dem Rücken fanden sich zahlreiche Petechien und mehre hellrothe Schröpfnarben; 6) das Gesicht der Leiche, namentlich die Wangen, Nase, rechte Augengegend, Stirn erschienen gedunsen; die Oberhaut war hier theils runzlig, theils blätterte sie sich in leicht abziehbaren Fetzen ab; 7) eine gleiche Beschaffenheit zeigten beide Ohrmuscheln, sowie die Oberlippe; 8) auf dem Kopfe befanden sich vier Hautwunden mit zerrissenen, ungleichen, stumpfen Rändern, zum Theil klaffend und eitrig, zum Theil mit einer Borke belegt; 9) die erste dieser Verletzungen befand sich

etwa 2 Zoll vom Wirbel nach rechts hin entfernt, verlief gradlinig von oben nach unten, war c. 1 Zoll lang; 10) die zweite Wunde sass ebenfalls 2 Zoll vom Wirbel entfernt, nach vorn zu, verlief von vorn nach hinten, war c.  $\frac{1}{2}$  Zoll lang, beschaffen wie die vorige; 11) die dritte Wunde war 1 Zoll vom Wirbel entfernt nach links hin gelegen, stellte etwa einen rechten Winkel dar und wurde hierdurch ein winkliger Hautlappen mit  $\frac{1}{2}$  Zoll resp. 3 Linien Schenkellänge von seiner Unterlage getrennt; die Wunde war sonst beschaffen wie die vorigen; 12) dicht über dem linken Ohr befand sich eine  $\frac{1}{2}$  Zoll lange,  $\frac{1}{4}$  Zoll breite Hautwunde mit eitrigem Grunde; 13) die ganze Kopfhaut war mit Schuppen leicht abstreifbarer Oberhaut reichlich bedeckt, nach deren Hinwegnahme die Kopfhaut stellenweise, namentlich in der Umgebung der Wunden leicht geröthet erschien; 14) nach Zurückschlagung der weichen Kopfbedeckungen zeigte sich, dass die unter 10. beschriebene Wunde allein und zwar in Erbsengrösse dieselben durchbohrt hatte; 15) die harten Schädeldecken waren nirgend verletzt, die Knochenhaut nur an der Stelle geröthet, welche der unter 9. beschriebenen Wunde entsprach; 16) die weichen Kopfbedeckungen zeigten sich durchweg, namentlich linkerseits, wässrig infiltrirt in ihrem Zellgewebe und war fast ihre ganze innere Oberfläche durch Gefässinjection rosenroth gefärbt; 17) der grosse Sichelblutleiter enthielt nur wenig dunkles flüssiges Blut; 18) an der harten Hirnhaut war nichts zu bemerken; 19) die weiche Hirnhaut war leicht geröthet durch Anfüllung ihrer Gefässe mit Blut und war ödematös (und) getrübt; 24) die Blutleiter an der Schädelgrundfläche enthielten nicht viel, grösstentheils flüssiges dunkles Blut; 26) das Herz enthielt in seiner linken Hälfte fast gar kein, in der rechten einige Loth dunkles flüssiges Blut, desgleichen sich mehr noch in den grossen Gefässen

angehäuft vorfand; 38) die Milz war sichtlich vergrössert, ihr Gewebe bereits weich; 41) die rechte Niere erschien in ihrer Rindensubstanz fettig getrübt, ihr Gewebe blutleer; 42) ebenso die in der Verwesung schon weiter vorgeschrittene linke Niere; 44) der Urin, mit welchem die Harnblase halb gefüllt war, war trübe und stark eiweisshaltig.

Die Obducenten erklärten, der *R.* sei in Folge der Verletzungen gestorben, und zwar an Kopfrosee, wobei sie dahingestellt sein liessen, ob diese direct durch die Verletzungen bedingt, oder Ausdruck einer septischen Blutentmischung, welche sie durch die Befunde für erwiesen erachteten, gewesen sei. — Die Vertheidigung behauptete, der *R.* sei entweder an *Delirium tremens* gestorben oder, wenn an der Kopfrosee, so doch nicht in Folge der Verletzungen. Die Kopfrosee sei hervorgerufen durch eine Blutentmischung, die mit den Verletzungen nicht zusammenhänge. — Es wurde nun ein Gutachten vom Geh. Rath X. und von mir provocirt. Der erstere sprach sich dahin aus, dass der Tod nicht in Folge der Verletzung, sondern durch ein unglückliches Zusammentreffen der Umstände (Erkältung, mangelhafte Pflege, Trunk u. s. w.) eingetreten sei. — Mein eigenes Gutachten folgt nachstehend:

Die Anschwellung des oberen Theiles des Gesichts, der Ohren, der Stirn, an welchen Theilen die Haut sich abblättert und in Fetzen leicht abziehen liess, die Anschwellung des behaarten Theiles der Kopfhaut, welcher gleichfalls mit Schuppen leicht abziehbarer Oberhaut reichlich besetzt war, die Infiltration der weichen Kopfbedeckungen mit wässriger Flüssigkeit, die Röthung der äusseren Fläche der Kopfhaut unter den Schuppen beweist zweifellos, dass der *R.* an einer Kopfrosee gelitten hat. Es geht aber ausserdem daraus, dass die innere Fläche der weichen Kopfbedeckungen, welche von der Sehnenhaube gebildet wird, fast durchweg gleich-



falls durch Injection rosig geröthet war, hervor, dass es sich hier nicht nur um eine oberflächliche Entzündung der Kopfhaut handelte, sondern dass eine jener viel bedeutsameren Kopffrosen, bei denen die unter der Kopfschwarte gelegene sehnige Haut mit ergriffen ist, vorlag. Bei diesen Formen der Kopffrose kommt es häufig zu Affectionen der inneren Schädelorgane, und dass dergleichen auch im vorliegenden Falle stattgefunden haben, wird bewiesen durch die stärkere Füllung der Gefässe der weichen Hirnhaut, welche dadurch leicht geröthet erschien, sowie durch die ödematöse Beschaffenheit und Trübung derselben. Mit diesen Befunden stimmen überein die Urtheile der Aerzte, welche den *R.* vor seinem Tode gesehen haben. Die Doctoren *B.*, *C.* und *D.* haben erklärt, dass der *R.* an einer Kopffrose leide, haben aber auch (zum Theil in Uebereinstimmung mit den Angaben der Frau *R.*) berichtet, dass der *R.* sehr heftig fieberte, phantasirte und tobte. — Diese Krankheitserscheinungen sind ganz gewöhnliche bei der in Rede stehenden Art der Kopffrose, wenn sie die Hirnhäute in Mitleidenschaft setzt, und müssen nothwendig auf dieselbe bezogen werden. Das Phantasieren und Toben des Kranken von dem übrigen Krankheitsbilde zu trennen und der Einwirkung einer besonderen, von der Kopffrose unabhängigen Ursache zuzuschreiben, haben wir weder eine Veranlassung, noch eine Berechtigung. Namentlich steht die Behauptung, dass diese Erscheinungen hervorgerufen wären durch ein *Delirium tremens*, dass sie als Zeichen des Säuferwahnsinns aufzufassen seien, wie sie den Akten nach Seitens der Vertheidigung erhoben wird, ohne alle Begründung da. — Nach der beschworenen Aussage der Frau *R.* vom 17. Jan. ist ihr Mann während ihrer fünfjährigen Ehe stets sehr ordentlich und fleissig gewesen, sie hat ihn nie betrunken oder auch nur angetrunken gesehen. Sollte der *R.*,

wie der Dr. A. bekundet, auch am 21. Nov. wirklich betrunken gewesen sein, so wäre dies doch für unser Urtheil unerheblich, da nur Gewohnheitstrinker von *Del. tremens* befallen werden, der R. ein solcher aber nicht gewesen ist. Da nun ausserdem auch der Verlauf der Krankheit, der schnelle tödtliche Ausgang derselben durchaus der Annahme widerspricht, dass etwa die Kopfrosee unerheblich, die Schwere der Krankheit und der Tod durch einen (ersten) Anfall von *Del. tremens* bedingt gewesen seien, so müssen wir alle die beobachteten Krankheitserscheinungen und auch das Toben und Phantasieren als zur Kopfrosee gehörig betrachten. Dass aber eine solche Kopfrosee, welche in den tieferen Schichten der weichen Bedeckungen ihren Sitz hat, zu einer Betheiligung der weichen Hirnhaut an der Entzündung führt und mit den erwähnten Erscheinungen verläuft, den Tod zur Folge hat, ist etwas so wenig Befremdendes, dass wir nur dann annehmen dürfen, der R. sei nicht an der Kopfrosee, an welcher er litt und während welcher er starb, sondern aus irgend einer andern Ursache gestorben, wenn eine solche auf das Eclatanteste nachgewiesen wird. — Nun ist aber der R., wie gleichfalls seine Wittve bekundet hat, nie während ihrer fünfjährigen Ehe auch nur im Geringsten krank gewesen, die Erscheinungen, welche bei ihm vor seinem Tode beobachtet worden sind, deuten nicht im Mindesten auf das Bestehen einer andern Krankheit (als der Kopfrosee) hin und auch der Obductionsbefund lässt keineswegs darauf schliessen, dass der R. an irgend einer Krankheit, welche unabhängig von der Kopfrosee gewesen, gestorben sei. Die einzigen Sectionsbefunde, die in dieser Beziehung als möglicherweise erheblich angesehen werden könnten, sind: 1) die flüssige Beschaffenheit des Blutes, 2) die Petechien am Rücken der Leiche, 3) die Milzvergrösserung,

4) der Eiweissgehalt des Urins, 5) die Beschaffenheit der Nieren.

Von diesen müssen wir sofort den letzten, als zu irgend welchen Schlüssen nicht berechtigend, streichen. — In 41. und 42. des Obductionsprotocolls heisst es: Die rechte Niere erschien in ihrer Rindensubstanz fettig getrübt, ihr Gewebe blutleer. Ebenso die in der Verwesung schon weiter vorgeschrittene linke Niere. — Eine solche fettige Entartung der Nieren, schon mit blossem Auge sichtbar, würde allerdings eine Nierenkrankheit älteren Datums, nicht bedingt durch die erst einige Tage dauernde Kopfrosee, im hohen Grade wahrscheinlich machen, und es würde dann mit ihr der Eiweissgehalt des Urins in Zusammenhang zu bringen sein. Nun waren aber die Nieren des R. schon beide, die rechte mehr, von Fäulniss ergriffen, und dies erklärt die Trübung ihrer Rindensubstanz zur Genüge, macht es unmöglich, aus derselben auf eine Krankheit der Nieren zu schliessen. Was aber die fettige Entartung der Nieren betrifft, so ist es unmöglich, bei nicht mehr frischen, blutleeren Nieren eine solche durch den blossen Augenschein zu erkennen und eine Unterscheidung blutarmer, schon etwas fauler Nieren von fettig entarteten, in den gröberen anatomischen Verhältnissen aber unveränderten Nieren dürfte nur durch mikroskopische Untersuchung gemacht werden können. Kurz, das Aussehen der Nieren beweist keinesfalls, was ja auch bei dem stets gesunden R. gar nicht zu vermuthen stand, dass er an einer Nierenkrankheit gelitten.

Der Befund von Eiweiss im Urine deutet ebenfalls auf eine solche selbstständige Krankheit nicht im Mindesten hin, sondern ist nichts Ungewöhnliches bei mannigfachen acuten Krankheiten und hier als Theilerscheinung der Kopfrosee sehr füglich aufzufassen. — Ich will kein Gewicht darauf legen, dass eine etwas vergrösserte Milz viele Menschen, schon

die meisten, welche einmal am Wechselfieber gelitten, besitzen, dass ferner es auffallend erscheinen muss, wenn Pötechien nur am Rücken der Leiche (wo die Schröpfköpfe gesessen hatten) sich vorfanden, dass schliesslich die flüssige Beschaffenheit des Blutes in der Leiche zu bestimmten Schlüssen kaum einen Anhalt giebt — immer würden die drei genannten Befunde durchaus nicht darauf schliessen lassen, dass der R. vor seiner Erkrankung an der Kopfrosee nur anscheinend gesund gewesen, in Wahrheit aber „an einer tiefen, allgemeinen Erkrankung des Blutes gelitten habe, welche (vornehmlich) den Rothlauf erzeugt“ und so den Tod herbeigeführt habe. Eine solche tiefe allgemeine Krankheit, welche den daran Leidenden völlig gesund erscheinen, ihn seinen beschwerlichen Dienst als Wächter versehen lässt, dann so verläuft, wie die Krankheit des R. und keine anderen als die genannten Veränderungen in der Leiche hinterlässt, giebt es nicht. Es wären dagegen andererseits die mehrerwähnten Sectionsbefunde ungezwungen dadurch zu erklären, dass durch die eiternden Kopfwunden, während die Kopfrosee sich entwickelte, auch eine Infection der Blutmasse durch septische Stoffe stattgefunden habe, welche allerdings unter andern auch diese Veränderungen im Körper hervorruft.

Ich glaube hiermit erwiesen zu haben, dass lediglich die Kopfrosee und deren Folgen, an welcher der R. gelitten, den Tod desselben herbeigeführt hat, und es erübrigt nur, festzustellen, wodurch die Kopfrosee entstanden ist.

Gerade die gefährlichen, sich leicht mit Hirnreizung oder Hirnhautentzündung complicirenden Rosen der weichen Kopfbedeckungen und vornehmlich der tieferen Schichten derselben nehmen besonders häufig ihre Entstehung von Quetschwunden der Kopfhaut. Solche Wunden rufen sie besonders hervor, wenn sie nicht gehörig gereinigt, durch

fremde Körper (Haare u. dgl.) gereizt, der freie Abfluss ihrer Secrete, des Eiters gehemmt wird, wenn der Verwundete sich nicht genügend schont, sich Erkältungen aussetzt. — Der R. hat nun am 21. Nov. mehre Quetschwunden der Kopfhaut mit einem stumpfen Instrumente erhalten, hat der Anordnung des Dr. W., vor allen Dingen die Wunden zu reinigen, die Haare um dieselben abscheeren zu lassen, nicht Folge geleistet, hat trotz der Schmerzen, die er empfand, noch vier Winternächte hindurch seinen Dienst als Wächter versehen, hat, indem er seiner Frau die Verletzung verheimlichte, auch noch, als er durch Zunahme der Schmerzen endlich gezwungen wurde, das Bett zu hüten, die Annahme ärztlicher Hülfe verweigert und diese erst den 29. Nov. erhalten, als sein Zustand sich verschlimmerte und seine Frau, um ihn besorgt, gegen seinen Willen einen Arzt holte, welcher das Bestehen einer Kopfrosee sofort constatirte. — Unter schneller Zunahme der Krankheitserscheinungen starb er den 2. Dec. — Hiernach ist es wohl unzweifelhaft, dass die Kopfverletzungen wegen des in allen Stücken durchaus einem günstigen Verlauf derselben widersprechenden Verhaltens des R. die Kopfrosee erzeugt haben. Es haben auch, wie es nicht anders sein konnte, Dr. B. und Dr. C., welche den R. bei Lebzeiten untersuchten, diese Ansicht über die Ursache der Kopfrosee gehabt und ausgesprochen.

Wollte man hiegegen einwenden, dass ja bekanntermaassen die Kopfrosee auch ohne Verletzungen, wie man zu sagen pflegt, spontan, d. h. ohne allen ersichtlichen Grund, sogar epidemisch oft genug auftrate, und dass bei dem R. eine solche spontane Rose sich unabhängig von den Verletzungen entwickelt haben könnte, so müssten wir einer solchen Auffassung entschieden entgentreten.

Abgesehen davon, dass solche spontane Kopfroesen nur die Haut und das zunächst unter ihr gelegene Zellgewebe

zu ergreifen pflegen, dass sie meistens gutartig verlaufen, ohne sich mit Hirnhautaffectionen zu compliciren, könnten wir doch unmöglich alle die oben aufgeführten Momente, welche als ursächliche für die Entstehung solcher Kopffrosen bekannt sind und dieselbe somit hier zur Genüge erklären, unberücksichtigt lassen und dafür andere, völlig unbekannt und unerwiesene im vorliegenden Falle als wirksam annehmen. Es wäre dies ähnlich, als wollte man bei einem Menschen, der durch einen heftigen Schlag auf den Kopf zu Boden gestreckt wird, und alsbald, wie die Section ergibt, am Blutschlagfluss stirbt, annehmen, nicht der Schlag mit dem Knüttel, sondern irgend welche unbekannt Ursachen hätten die tödtliche Apoplexie herbeigeführt, weil ja eine solche Apoplexie in anderen Fällen auch spontan entstände.

Ich halte es somit für festgestellt, dass die Kopffrose, an welcher *R.* gestorben ist, eine Folge der an ihm vorgefundenen Kopfverletzungen gewesen ist.

Dass die in Rede stehenden Verletzungen an sich nicht gefährlich waren, dass sie bei gesundheitsgemäßem Verhalten des *R.*, bei rechtzeitiger und zweckmässiger ärztlicher Hülfe aller Wahrscheinlichkeit nach ohne weitere üble Folgen geheilt wären, muss für die gerichtsarztliche Beurtheilung des ganzen Falles schliesslich unwesentlich erscheinen. Wenn auch die Vernachlässigung der Kopfwunden es gewesen ist, welche im Wesentlichen das Auftreten des Kopffrose und den Tod veranlasst hat, so wäre doch der Tod des *R.* in dieser Art und zu dieser Zeit nicht erfolgt, wenn er die Kopfverletzungen nicht erlitten hätte. Unter gebührender Berücksichtigung des §. 185. des Strf. G. B. gebe ich daher mein Gutachten dahin ab,

dass der *R.* in Folge der am 21. Nov. erlittenen Kopfverletzungen an Kopffrose gestorben ist.

## 2. Verletzung und Vergiftung.

Die Concurrenz dieser beiden Todesursachen fand in einem Falle statt, den ich als Referent im Kgl. Medicinal-Collegium zu Königsberg zu bearbeiten Gelegenheit hatte.

Der Losmann *David Z.* war am 30. Nov. von seiner Frau durch einen Wurf mit einer hölzernen Heugabel derart verletzt, dass die innere Wand der linken Augenhöhle mehrfach gebrochen, die Bruchfragmente gelockert, eines sogar so weit dislocirt worden war, dass es unter dem Gehirn frei in der Schädelhöhle gefunden wurde. Den 2. Dec. erhielt der Verletzte, weil er über heftige Schmerzen klagte, von dem *H.* dreimal neun unzerkleinerte Stechapfel-Samenkörner in etwas Milch gekocht, ein Mittel, welches der *H.* angeblich schon mit Erfolg gegen Kreuzschmerzen u. dgl. gebraucht haben wollte. Den 3. Dec. starb der *Z.* Die Obducenten gaben ihr Gutachten dahin ab, dass der Tod durch die genossenen Stechapfel-Samen herbeigeführt sei, dass er auch ohne die Kopfverletzung eingetreten sein würde und dass die dem Tode vorangegangenen Krankheitserscheinungen in keinem ursächlichen Zusammenhange mit den Kopfverletzungen gestanden hätten. Das Med. Collegium dagegen begutachtete, dass der *Z.* lediglich in Folge der erlittenen Schädelverletzungen gestorben sei. Die Sache ging der Kgl. Wissensch. Deputation zu und ist das Gutachten derselben, in allen wesentlichen Punkten mit dem des Medic. Collegii übereinstimmend, bereits in dieser Zeitschrift (N. F. II. S. 1) ausführlich mitgetheilt.

An diesen Fall anknüpfend, will ich nur auf die hier in Betracht kommenden allgemeinen Gesichtspunkte aufmerksam machen.

Während sonst bei Vergiftungen mit tödtlichem Ausgang im Allgemeinen die Frage, ob die Dosis des gereich-

ten Giftes eine lethale sei, nicht aufgeworfen wird, sondern nur der Beweis zu führen ist, dass im gegebenen Falle der Tod die Folge des beigebrachten Giftes gewesen sei, so wird in Fällen wie der vorliegende diese Frage nie zu umgehen sein. — Während sonst neben den Krankheitserscheinungen und den Sectionsbefunden der Umstand von entscheidendem Gewicht ist, dass der Tod in der geeigneten Zeit nach Beibringung des Giftes erfolgt ist, ohne dass irgend welche andere denkbare Ursachen für den Eintritt des Todes vorhanden sind, fällt hier der letztere Beweisgrund fort, weil eben noch eine andere Schädlichkeit eingewirkt hat, welche für sich den Tod genügend erklären würde. Dafür wird nun die Erwägung in den Vordergrund treten müssen, ob denn überhaupt die angewandte Dosis des bestimmten Giftes eine solche gewesen, dass daraus auf ihre tödtliche Wirkung mit einiger Wahrscheinlichkeit geschlossen werden kann. Die Menge des Giftes, welche wirklich zur Wirkung gekommen ist, lässt sich fast nie mit Sicherheit bestimmen, denn das im Magen und Darne vorgefundene Quantum ist, ausgenommen bei Aetzgiften, gerade der Theil des einverleibten, welcher noch nicht hat wirken können, aus dem Blut und den Organtheilen aber wird, da ja nicht der ganze Körper der quantitativen Analyse unterworfen werden kann, nur immer ein Bruchtheil der resorbirten Giftmenge dargestellt; es bleibt daher meistens nichts Anderes übrig, als die Menge des einverleibten Giftes annähernd zu bestimmen und daraus die möglichen Folgerungen abzuleiten. In dem citirten Falle war die Menge des angewandten Giftes aus den Zeugenaussagen bekannt und eine so geringe, dass ganz entscheidende Sectionsbefunde und Krankheitserscheinungen den Tod durch Vergiftung hätten beweisen müssen, um trotzdem denselben anzunehmen.

Ist jedoch ermittelt, dass das Gift, seiner Form, Menge



und Natur nach, den Tod hätte herbeiführen können, so werden, wo nicht die Menge und Natur des vorgefundenen Giftes auf einen fast augenblicklichen Vergiftungs-Tod schliessen lässt, zunächst die Sectionsbefunde zu berücksichtigen sein. Für den Tod durch Vergiftung völlig entscheidend werden sie äusserst selten sein können, höchstens bei intensiver Einwirkung von Aetzgiften. In anderen Fällen werden sie meistens nur beweisen, dass das Gift resorbirt worden sei und gewirkt habe, nicht dass diese Wirkung eine tödtliche gewesen sei. Dagegen kann die Section solche positive Folgen der Verletzung aufdecken, dass diese mit höchster Wahrscheinlichkeit als Todesursache hingestellt werden kann. Solche Befunde werden, da es sich hier der Natur der Sache nach um Fälle mit sehr schnell tödtlichem Ausgange kaum handeln kann, vorwiegend in Entzündungen der Hirnhäute, Pleuritis, Peritonitis u. dgl. bestehen. Einen sicheren Beweis, dass die Verletzung und nicht die concurrirende Vergiftung den Tod herbeigeführt habe, liefern auch sie nicht, da ja auch ein schwer Kranker an Gift sterben kann. Es wird also schliesslich die Entscheidung wiederum aus dem Eintritt und Verlauf der Krankheitserscheinungen, aus dem klinischen Bilde der Krankheit zu entnehmen sein. Wo die Angaben hierüber mangelhaft sind, wird deshalb ein bestimmtes Gutachten häufig nicht abgegeben werden können.

### 3. Verletzung und Erstickung.

Dass, wo neben Verletzungen sich an der Leiche die Zeichen der Erstickung vorfinden, hieraus noch nicht auf Tod durch Erstickung geschlossen werden kann, haben wir schon oben angedeutet. Der berichtete erste und zweite Fall zeigten, wie Verletzungen, welche den Tod fast momentan herbeiführen, sogar zu dem Schlusse berechtigen können, dass nicht die Erstickung, obgleich ihre Zeichen

deutlich ausgeprägt vorhanden waren, sondern lediglich die Verletzungen die Todesursache gewesen seien. — Solche Fälle werden immerhin selten sein, viel häufiger dagegen diejenigen, wo die Verletzungen an sich auf einen zwar schnellen, aber doch nicht plötzlichen Tod schliessen lassen würden. Hier werden stets die beiden Möglichkeiten, dass der Verletzte durch Erstickung getödtet oder der im Erstickten Begriffene von einer tödtlichen Verletzung betroffen sei, ziemlich gleichberechtigt neben einander stehen, und es wird durchaus von den specielleren Verhältnissen des einzelnen Falles abhängen, ob der Gerichts-Arzt sich mit mehr oder weniger Bestimmtheit für eine der beiden Eventualitäten erklären dürfen oder die Sache *in suspensio* zu lassen gezwungen wird.

In einer Kriminalsache gegen die unverehelichte W. wegen Kindesmords glaubte ich ein solches unbestimmtes Gutachten gegenüber dem des Herrn Prof. *Liman*, welcher den Fall *in extenso* veröffentlichen wird, aufrecht erhalten zu müssen. Die W. hatte angeblich in gebückter Stellung, während sie gerade den rechten Fuss erhob, um sich einen Strumpf anzuziehen, neben ihrem Bette stehend geboren. Das Kind sollte von ihr fort und zu Boden geschossen sein. Sie nahm das Kind nun auf und legte es, da sie es für todt hielt, unter den Strohsack ihres Bettes, wo dasselbe am Kopfende desselben dicht an der Seitenwand so vorgefunden wurde, dass die im Bette befindliche Mutter mit dem Arme auf ihm gelegen haben musste. Die Section zeigte, dass das Kind ausgiebig geathmet hatte und wies neben einem Bruch des sehr schlecht verknöcherten linken Seitenwandbeins, Defect der *Dura mater* und Quetschung der Hirnmasse an der betreffenden Stelle, deren Entstehung während des Lebens durch Excoriation der Kopfhaut, Bluterguss unter dieselbe, sowie unter die *Dura mater* sichergestellt

wurde, die Zeichen der Erstickung nach. — Dieselben schienen mir nach dem Obductions-Protocoll (ich selbst bin bei der Section noch nicht thätig gewesen) markirt genug, um sie nicht als Folgen der Schädelverletzung ansehen zu dürfen und stimmte hierin Herrn Prof. *Liman* vollständig bei. Dieser gab nun sein Gutachten dahin ab, dass das Kind die Schädelverletzung durch Sturz auf den Boden bei präcipitirter Geburt davon getragen habe, dann noch lebend, aber möglicher Weise für todt gehalten unter den Strohsack gebracht, hier durch Erstickung seinen Tod gefunden. Ohne die Möglichkeit eines solchen Hergangs im Mindesten anzuzweifeln, glaubte ich doch denselben aus den Obductions-Befunden positiv nicht deduciren zu können und stellte es als ganz eben so möglich hin, dass das Kind unverletzt unter den Strohsack gelegt sei, hier erst, im Ersticken begriffen, durch Druck gegen die Leiste des Seitenbrettes der Bettstelle (absichtlich oder unabsichtlich) die Verletzung an dem dünnen Schädel erhalten und durch diese beiden Schädlichkeiten getödtet sei. In wiefern der Richter die eine dieser beiden als gleichberechtigt von mir hingestellten Möglichkeiten durch die Angaben der Angeklagten für wahrscheinlich gemacht halten wollte — die übrigen Umstände gaben eine Entscheidung nach keiner Seite hin — glaubte ich ihm überlassen zu müssen. — Für die Sache selbst war unsere Differenz natürlich unerheblich, da wir beide uns so ausgesprochen hatten, dass den Angaben der Angeklagten dadurch nicht entgegengetreten wurde.

Ganz in derselben Lage würde sich der Gerichtsarzt befinden, wenn es sich um Feststellung der eigentlichen Todesursache in solchen Fällen handelt, wo Jemand bei einem Kampfe zugleich strangulirt wurde und eine Verletzung erhielt, welche schnell den Tod herbeiführen musste. Auch

hier würden die vorhandenen Zeichen der Erstickung den Erstickungstod keineswegs beweisen.

Indem ich mich weiterer allgemeiner Betrachtungen enthalte, theile ich nachstehend zwei hierher gehörige nicht uninteressante Fälle mit.

#### Fünfter Fall.

Tod durch Erstickung. Halsschnittwunde, vorher versuchte Strangulation.

Ein mehrfach bestrafter Dieb hatte ein Liebesverhältniss mit einer Prostituirten. Er wurde durch einen Nebenbuhler verdrängt und erhielt einen Absagebrief. Schon öfter hatte er ihr gedroht, wenn sie seinen Nebenbuhler nicht aufgäbe und ihn wieder annehmen wollte, erst sie und dann sich zu tödten. Auch den 9. Nov. trennte er sich von ihr mit der Drohung, Abends wieder zu kommen, und wenn sie sich dann nicht fest für ihn entscheiden wolle, müsste sie und er sterben. Abends konnte sie nicht zu Hause sein, weil sie mittlerweile wegen liederlichen Umhertreibens in Polizeigewahrsam gebracht war, ihn aber fand man den nächsten Morgen todt im Thiergarten. Er lehnte in halb liegender Stellung mit dem Rücken an einem Baume mit durchschnittenem Halse. Weder seine Kleider, noch die Erde waren mit Blut befleckt, auch ein neben ihm liegendes starkes und spitzes Messer mit feststehender Klinge zeigte keine Flecke, die als Blutflecke hätten gelten können. In seiner Nähe lag ein etwa  $2\frac{1}{2}$  Fuss langes Stück einer starken Schnur, deren eines Ende aufgefaset, zerrissen erschien, während das andere zu einer etwa 6 Zoll weiten Schlinge mit festem Knoten geknüpft war. Der Anfangs Seitens der Polizei gehegte Verdacht eines Mordes wurde fallen gefallen und wir erhielten die Leiche zur Privat-

Obduction, welche am 11. Nov. von mir ausgeführt wurde. Sie ergab im Wesentlichen folgende Befunde:

Der Körper des c. 30jährigen Mannes war regelmässig und kräftig gebaut. Die Haut hatte die gewöhnliche Leichenblässe, an der Rückseite zeigte sie zahlreiche Todtenflecke. Blutbefleckung wurde sonst nirgend gefunden, nur am Ballen des linken Daumens war ein wenig Blut angewischt und auf der Rückseite des Nagelgliedes fand sich ein groschengrosser Fleck davon. — Der Gesichtsausdruck war ruhig, das Gesicht mit Sand bestreut, wovon auch ein wenig an der Lippenschleimhaut und am Zungenrücken haftete. Die Ohren waren blau gefärbt. In der Gesichtshaut zeigten sich zahlreiche stecknadelspitzen- bis senfkorn-grosse bläulich-rothe capillaire Blutaustretungen, welche besonders an der Stirn und den Augenhidern dicht standen. Die Bindehaut der letzteren war livide geröthet, unter der des linken Augapfels fand sich ein kleines hellrothes Blutextravasat. Die Pupillen waren von normaler Weite, die Zunge zurückgelagert. Ausflüsse aus Nase, Mund u. s. w. fehlten. Am Halse verliefen zwei Strangmarken von je einer Linie Breite, ununterbrochen, vorn hart braunroth, nach den Seiten und dem Nacken flacher werdend, weicher, bläulichroth gefärbt, nirgend sugillirt. Die obere liegt oberhalb des Zungenbeins, die zweite  $1\frac{1}{2}$  Zoll tiefer. Beide verlaufen vorn fast horizontal, parallel und convergiren nach den Seiten und dem Nacken hin aufsteigend. Dicht unter der oberen Marke liegt eine in ihrem äusseren Winkel  $\frac{1}{2}$  Zoll weit klaffende, 4 Zoll lange, mit völlig scharfen, glatten, gradlinigen Rändern versehene Wunde an der rechten Seite des Halses. Sie dringt scharf abgesetzt unmittelbar vor dem vorderen Rande des rechten *M. sternocleidom.* schräg in die Tiefe, verflacht sich gegen die Mitte und läuft c.  $\frac{1}{4}$  Zoll links von der Mittelebene nur noch die Haut trennend flach aus. In der Wunde liegen

keine Blutgerinnsel, nur das Zellgewebe in ihrem Grunde und den Seitenwänden ist blutig imbibirt. Die Wunde hat das verknöcherte *Lig. stylohyoid.*, *Lig. hyothyreoid.*, die Spitze der *Epiglottis*, die hintere Pharynxwand scharf durchtrennt und ist auch am Körper des fünften Halswirbels noch eine Spur des Schnittes deutlich bemerkbar. Die grossen Gefässe sind unverletzt, nur die *V. fac. ext.* hat ein kleines scharfrandiges Löchelchen.

Ausserdem finden sich am Halse eine Zahl ganz oberflächlicher, bräunlicher, betrockneter, nicht sugillirter Exco-riationen. — Linkerseits verlaufen vertikal über die Mitte des Unterkieferrandes zwei parallele,  $\frac{1}{2}$  Zoll lange Kratzspuren. Ein paar ähnliche an der rechten Seite dicht über der Wunde. — Ferner liegen links über der oberen Strangmarke vier nahezu halbmondförmige, fingerkuppengrosse Flecke fast horizontal neben einander, etwas tiefer darunter ein einzelner kleinerer, in welchem sich ein etwa linsengrosser Substanzverlust der Oberhaut bemerken lässt. Unter der Spitze des Kinns liegt schliesslich ein groschen-grosser rundlicher Fleck. — Sonst sind an der Leiche und namentlich auch an den Händen derselben irgend welche Spuren von Verletzungen nicht vorhanden. — Bei der Section konnte leider die Schädelhöhle nicht eröffnet werden. — Die Lungen waren stark ausgedehnt, fielen bei Eröffnung der Brusthöhle nicht zusammen. Sie waren gesund beschaffen, nur hinten durch Hypostase stärker bluthaltig. Die Bronchien, sowie die *Trachea* enthielten dunkles flüssiges Blut in grosser Menge, mit Luft nur wenig gemischt. Die Schleimhaut derselben, sowie die des Kehlkopfes war stark geröthet und rührte dies offenbar nicht lediglich von Imbibition her, weil sich auf der Kehlkopfschleimhaut deutlich mehre mohnkorngrosse Ecchymosen erkennen liessen. — Das Herz war stark — weniger die grossen Venen — mit

dunklem flüssigem Blute gefüllt, und zwar linkerseits stärker als rechts, sonst gesund beschaffen. Von den Befunden an den Organen der Unterleibshöhle ist nur zu erwähnen, dass Leber und Milz einen normalen Blutgehalt zeigten, die Nieren stark blutreich und auch die *V. cava* mit flüssigem dunklem Blute gefüllt war.

Hiernach lag die Sache eigenthümlich genug. Es hatte eine Manipulation stattgefunden, der Tod war durch Erstickung erfolgt, diese aber nicht Folge der Manipulation, sondern des Einfließens von Blut in die Luftwege, also der Schnittwunde, welche an sich direct den Tod nicht hätte herbeiführen dürfen. Es ergibt sich dies deutlich aus folgenden Umständen. Die völlige Erfüllung der Luftröhre und der Bronchien mit Blut, bei Abwesenheit aller Blutbesudelung an den Kleidern und an der Haut in der Umgebung der Wunde, beweist, dass bei und nach Beibringung der Wunde der Verstorbene sich ruhig in zurückgelehnter Stellung, wie er aufgefunden wurde, gehalten habe, so dass nach Verletzung der Vene alles Blut nach innen in die Luftwege fließen konnte. Hieraus folgt nicht nur, dass die Wunde erst nach der Strangulation entstanden war, sondern auch, dass dieselbe einem mörderischen Anfall nicht zuzuschreiben ist. — Ein Schlafender oder Bewusstloser kann allerdings strangulirt werden, es kann einem solchen auch der Hals durchschnitten werden, ohne dass es zu einem Kampfe, zu einer Gegenwehr käme; beide Verletzungen zusammen aber sind ohne eine solche nicht denkbar. Die am Halse vorgefundenen Excoriationen nun zeigten durch den Mangel jeder Sugillation, zum Theil auch durch die Richtung der Zerkratzen, dass sie von einem mörderischen Griff an den Hals nicht herrühren konnten, und sie sind wohl durch Bemühungen des Verstorbenen selbst, sich von der Schlinge zu befreien, entstanden, ähnlich wie in dem interessanten

Falle, über welchen *Tardieu* in den *Annales d'Hyg. publ.* im vorigen Jahre berichtet hat. Da nun gewaltsame Strangulation durch einen Dritten ausgeschlossen ist, selbstmörderische nach Beibringung der Halswunde eben so zwecklos, als nach dem Vorstehenden undenkbar wäre, folgt mit positiver Gewissheit, dass *Denatus* zuerst einen Selbstmordversuch durch Erhängen gemacht hat, ehe er sich die Wunde beibrachte. Für die Entstehung der Strangulationsmarke durch Erhängen spricht ausserdem der nach den Seiten und nach hinten convergirende und aufsteigende Verlauf der beiden Marken und giebt die augenscheinlich gerissene Schnur, welche neben dem Todten gefunden wurde, eine Hindeutung darauf, weshalb der Selbstmordversuch missglückte. Gewaltzames Zerren, Versuche, sich bei Beginn der Strangulation von der Schlinge frei zu machen, wodurch die Excoriationen am Halse entstanden, mögen zur Zerreißung der Schnur beigetragen haben. Der befestigte Rest der Schnur wurde weder an dem Baume, unter welchem der Todte gefunden wurde, noch in der Nähe ermittelt; der erste Selbstmordversuch war somit an einem anderen Orte gemacht worden. — Wie energisch derselbe übrigens gewesen, beweisen die capillaren Blutaustretungen in der Gesichtshaut und die in der *Conjunctiva*, welche nach unseren Erfahrungen auf Stauung des Blutes in den Venen bei der tödtlich gewordenen Erstickung nicht zu beziehen sind, dagegen bei Tod durch Erhängen sehr häufig anzutreffen sind. Schliesslich mache ich noch darauf aufmerksam, dass der horizontale Verlauf der Halswunde, ihre Lage auf der rechten Seite des Halses, der Mangel der Blutbesudelung an den Händen nichts gegen Selbstmord beweisen, und dass die Reinheit des Messers bei der Tiefe der Wunde und der Geringfügigkeit und sonstigen Eigenthümlichkeit der gesetzten Gefässwunde leicht erklärlich erscheinen muss.



## Sechster Fall.

Angebliche Schläge auf den Kopf eines Neugeborenen, Blutextravasat im Gehirn, Erstickung.

Zum Schlusse theile ich mein in völligster Uebereinstimmung mit Prof. *Liman* abgegebenes Gutachten in einer Kindesmordsache nachstehend mit, in welcher, wie sich zeigen wird, mehrfache mögliche Todesursachen mit einander concurrirten.

Die achtundzwanzigjährige *Caroline H.*, welche bereits vor sieben Jahren einmal unehelich geboren hat, fühlte sich, nachdem sie seit längerer Zeit öfter, zuletzt auch im December 1864 bis April 1865, mit dem Kutscher *F.* geschlechtlich verkehrt hatte, im April schwanger. Am 4. October gebar sie auf dem Abtritt des Hauses, in welchem sie wohnte, ein Kind, das nach ihrer Angabe aus ihren Geschlechtstheilen direct in die Abtrittsgrube stürzte. Sie hatte ihre Entbindung angeblich noch nicht erwartet, sondern geglaubt, dass dieselbe erst c. 6 Wochen später bevorstünde, und war auf den Abtritt gegangen, weil sie Leibschmerzen und Drang zum Stuhl verspürte. Die Leibschmerzen erkannte sie angeblich nicht als Zeichen der begonnenen Geburt, sondern schrieb sie einer seit drei Tagen bestehenden Stuhlverstopfung zu. Als das Kind von ihr gestürzt war, hörte sie es in der Grube schreien und versuchte deshalb, wie sie behauptet, es mit einer Stange (Wäschestütze) aus derselben herauszuheben. Hierbei wurde sie von der *Henriette R.* überrascht, welche gleich nach 10 Uhr Abends nach dem Abtritt gekommen war, um in denselben einen Nacht-eimer auszugießen. Sie that dieses auch, ohne von der *H.* daran verhindert zu werden, und hörte während dessen ein Geschrei wie das einer Katze oder eines Kindes von unten herauf tönen, allmählig aber schwächer werden und dann

ganz aufhören. Sie schöpfte Verdacht, brachte ihre Wahrnehmung zur Kenntniss des Hauswirths und es wurde nun sofort die Abtrittsgrube geöffnet und aus derselben von dem *p. G.* ein neugeborenes Kind hervorgeholt. Dasselbe hatte nicht unmittelbar unter der Sitzöffnung des Abtritts, sondern mehr nach der Seite hin gelegen. Das Kind gab, obgleich es nicht mehr schrie, noch Lebenszeichen von sich. Der *G.* bemerkte, als er es hervorholte und auch noch, als seine Frau es einige Augenblicke später in Tücher einschlug, Bewegungen der Arme, die *R.* zu derselben Zeit Bewegungen der Brust, als ob das Kind athmete; Frau *W.* sah noch, als das Kind eingewickelt war, dass sich sein Kopf leicht hob. Das Kind wurde nun mit der Mutter nach der Charité befördert, war jedoch bei der Ankunft daselbst bereits todt. Fünf Tage darauf wurde von Prof. *Liman* und mir die Legalsection vorgenommen und es ergab dieselbe folgende für die Beurtheilung des Falles wesentlichen Befunde.

Der Körper des weiblichen Kindes war gut genährt, die Haut war blass, hie und da mit angetrocknetem Menschenkoth besudelt, das Gesicht röthlich blau, die Bauchdecken grünlich gefärbt. Am Rücken fanden sich schwache (durch Einschnitte constatirte) Todtenflecke. — Das Kind war  $20\frac{1}{2}$  Zoll lang,  $7\frac{1}{2}$  Pfund schwer, der gerade Schädel Durchmesser maass  $4\frac{1}{2}$  Zoll, der quere  $3\frac{1}{4}$ , der diagonale  $5\frac{1}{4}$  Zoll, die grossen Fontanellen 1 Zoll. Die dunkelblonden Haare waren 1 Zoll lang, dicht, durch eingetrockneten Koth verfilzt. Die Knorpel an der Nase und den Ohren erschienen fest, unter der Nase war Blut angetrocknet. Die Lippen waren blau, nicht sugillirt, die Zunge ragte zwischen den Kiefern hervor, war nicht geschwollen. In den natürlichen Oeffnungen waren fremde Körper oder Ausflüsse nicht vorhanden. Der Schulter-Durchmesser betrug  $5\frac{1}{4}$  Zoll. Die blauen Nägel waren hornig, überragten die Fingerspitzen.

Am Nabel befand sich ein 2 Zoll langes, bandartiges, hornig vertrocknetes Nabelschnurstück, dessen freie Trennungsfläche (nach dem Aufweichen) sich ungleich und tief ausgefrant zeigte. Der Hüften-Durchmesser betrug  $3\frac{1}{2}$  Zoll. Die grossen Schamlippen bedeckten vollständig die kleinen. Der Knochenkern im unteren Knorpelende des Oberschenkels maass 3 Linien. Verletzungen waren am ganzen Körper nicht wahrnehmbar. — Das Zwerchfell erreichte mit seiner höchsten Wölbung die Höhe der fünften Rippe. Die Leber war blauroth, blutreich, gesund beschaffen, die Milz weich, blauroth, mässig blutreich; der Magen, äusserlich blass, enthielt einen reichlichen Theelöffel einer schleimigen, grüngrauen, mit festeren Bröckelchen einer erdigen Substanz untermischten, nach Menschenkoth riechenden Flüssigkeit. Die Nieren waren normal, von gewöhnlichem Blutgehalt. Die grosse Hohlader des Unterleibes war strotzend gefüllt mit dunklem, flüssigem Blute. — Die Lungen waren gross, erfüllten die Brusthöhle vollständig und bedeckten mit ihren vorderen Rändern den grössten Theil des Herzbeutels. Die Halsgefässe waren ziemlich stark gefüllt. Im Kehlkopf und der Luftröhre befand sich ein wenig einer mit feineren Luftbläschen untermischten schleimigen Flüssigkeit, von Farbe völlig der im Magen gefundenen gleich. Die Schleimhaut beider war durch stärkere Injection der Gefässe schwach geröthet. — Die Speiseröhre zeigte sich reichlich gefüllt mit einer der im Magen gefundenen völlig gleichen Flüssigkeit. Dieselbe Flüssigkeit fand sich auch im Schlundkopfe, am Kehldeckel, deren Schleimhaut gleichfalls bläulich geröthet war. — Das Herz war in seinen Kranzgefässen ziemlich stark gefüllt. Seine linke Kammer war leer; der linke Vorhof enthielt wenig, das ganze rechte Herz viel dunkles flüssiges Blut. — Die Lungen zeigten sich, nunmehr herausgenommen, gross, stark ausgedehnt, elastisch. Ihre Farbe

war blass grauroth mit zahlreichen blaurothen Flecken marmorirt. Unter dem Lungenfell waren hie und da kleine Gruppen ganz feiner dichtstehender Luftbläschen sichtbar. Einschnitte in das Lungengewebe liessen ein knisterndes Geräusch hören und es trat auf die Schnittfläche bei leisem Druck eine nur mässig mit Blut gemischte schaumige Flüssigkeit reichlich hervor. Selbst die feineren Bronchien zeigten sich völlig erfüllt mit einer schaumigen, schleimigen, grüngrauen, hie und da festere Krümchen enthaltenden, kothig riechenden Flüssigkeit. Ihre Schleimhaut war livide geröthet. Einschnitte in die Lungen unter Wasser gemacht, liessen reichlich Luftbläschen aufsteigen. Bei vorschriftsmässiger Anstellung der Schwimprobe schwammen die Lungen in Verbindung mit dem Herzen, ebenso die Lungen allein, jeder einzelne Lungenlappen und jedes der einzelnen kleinen Stückchen, in welche dieselben zerschnitten wurden, vollständig. —

Unter der unverletzten, ziemlich blutreichen Kopfhaut lag keine Sulze, nur ziemlich zahlreiche, bis erbsengrosse Blutflecke. Unter der Knochenhaut fand sich an den Scheitelbeinen eine ganz dünne Schicht flüssigen Blutes. Die Knochen selbst waren unverletzt, gut verknöchert, blutreich. Die harte Hirnhaut zeigte ziemlich starke Erfüllung ihrer Venen, wie ihres Längsblutleiters mit flüssigem Blute. — Die weiche Hirnhaut war zart, durchsichtig, ihre Gefässe nur mässig gefüllt. Das Gehirn selbst war nicht mehr sectionsfähig, sehr weich, so dass nur festgestellt werden konnte, dass die Adergeflechte blauroth, stark blutgefüllt waren. — Beim Herausnehmen des Gehirns, wobei es grossentheils zu einem blassröthlichen grauen Brei zerfloss, zeigte sich in der linken oberen Hinterhauptgrube unter dem hinteren Ende der linken Hirnhalbkugel ein schwarzrothes, weiches Blutgerinnsel in der Menge von etwa einem halben Thee-

löffel voll. Die Blutleiter der Schädelgrundfläche waren mit flüssigem dunklem Blute ziemlich stark gefüllt.

Indem ich es unterlasse, aus den Obductionsbefunden den Nachweis zu führen, dass das secirte Kind ein neugebournes, dass es vollkommen reif gewesen sei und nach der Geburt geathmet habe, wende ich mich sogleich zur Ermittlung der Todesart.

Die Section hat die Zeichen des Todes durch Ersticken in Flüssigkeit in so markirter Weise ergeben, dass wir gleich in dem vorläufigen Gutachten uns dahin aussprachen, das Kind sei in Folge des Eintritts von Kothmassen in die Luftwege an Erstickung gestorben. — Dass das Kind im Koth gelegen hatte, bewies (abgesehen von den Zeugenaussagen) der mehrfach auf der Haut und in den Haaren des Kindes angetrocknet vorgefundene Koth. Dass auch Mund und Nase zeitweise von demselben überdeckt gewesen sein mussten, sowie, dass das Kind, als es in demselben lag, noch lebte, beweist die Anwesenheit kothiger Massen, welche sich durch ihr Ansehen und mehr noch durch ihren intensiven Geruch als solche zu erkennen gaben, im Magen, Schlunde, Kehlkopf, in der Luftröhre und in deren feineren Verästelungen innerhalb der Lungen. Das Kind muss Koth geschluckt und beim Athmen eingeatmet haben. Bei der Reichlichkeit dieser kothigen Massen in den Luftwegen musste aber der dem von der Mutter getrennten Kinde zur Fortsetzung des Lebens durchaus nothwendige Luftzutritt zu den Lungen im äussersten Grade beeinträchtigt werden und hätte schon allein das Factum des erfolgten Eintritts so reichlicher, fast breiiger Massen in die Athemwege eines neugeborenen Kindes den nachher erfolgten Tod als fast mit Nothwendigkeit bevorstehend erscheinen lassen müssen. Das Kind selbst konnte zu so energischem Husten, wie er hier zur Herausschaffung der fremden Körper, welche bereits so tief und so reichlich

eingedrungen waren, die nothwendige Kraft noch nicht besitzen, höchstens hätte sofortige ärztliche Hülfe eine entfernte Möglichkeit für Erhaltung des Lebens geben können. Dass aber die Einathmung des Kothes den nachtheiligen Einfluss, den sie nach Lage der Sache nothwendig haben musste, wirklich gehabt hat, ist ebenfalls aus den Sectionsbefunden zu entnehmen. Der Mangel der genügenden Menge athembarer Luft rief zunächst Athemnoth hervor, das Kind machte krampfhaft, tiefe Einathmungen. Hierdurch wurden einerseits die Lungen stark ausgedehnt, so dass sie noch bei der Section den Herzbeutel zum grössten Theil bedeckten, die Brusthöhle vollständig erfüllten, andererseits aber die Kothmassen nur immer tiefer in die Luftwege hineingeschlürft, so dass sie sich nachher selbst in den feineren Bronchien, dieselben vollständig erfüllend, vorfanden. Diese übermässigen Anstrengungen bei den Einathmungen, sowie der Einfluss, den die Störung des Athmungsprocesses auf die Beschaffenheit des Blutes und mittelbar auf die Hirnthätigkeit hatte, veranlassten die für die Erstickung charakteristischen Veränderungen in der Beschaffenheit und Vertheilung des Blutes. — Das Blut war überall dunkel gefärbt und flüssig; es hatte sich stärker angesammelt im rechten Herzen, welches viel Blut enthielt, während die linke Kammer leer war, ferner in den Halsgefässen, welche ziemlich stark gefüllt gefunden wurden. Auch die grosse Hohlader war strotzend damit gefüllt, die Leber blauroth, blutreich. Wenn die Lungen dagegen nur mässig blutreich waren, so ist dieses nichts Auffallendes und wird hier der mangelnde Blutraichthum ersetzt durch eine Menge schaumiger Flüssigkeit, welche, wie die Einschnitte zeigten, in denselben enthalten war. Dieselbe muss, da die eingeathmeten Massen überall eine mehr schleimige, dünnbreiige Consistenz hatten, als von einer Ausscheidung aus dem gestauten Blute herrührend betrachtet

werden. Den Blutgehalt der Organe der Schädelhöhle können wir aus alsbald sich ergebenden Gründen hier als unzweifelhaften Beweis für den Erstickungstod vorläufig nicht verwenden. Fügen wir nun noch als weitere Zeichen der durch die Erstickung bedingten Blutstauungen die bläuliche Röthung der Schleimhaut im Schlundkopf und am Kehldeckel hinzu und die gerade für die Erstickung als sehr charakteristisch anerkannte, allerdings nur schwache, aber doch sichtlich durch stärkere Füllung der feinsten Gefässchen bedingte Röthung der Luftröhrenschleimhaut, so glauben wir überzeugend nachgewiesen zu haben, dass der Erstickungsprocess im Körper des Kindes sich vollständig entwickelt hatte. —

Wir würden damit in jedem andern Falle, in welchem eine andere Todesursache als möglich nicht concurrirte, auch den Beweis als geführt ansehen, dass der nachgewiesene Erstickungsprocess auch den Tod wirklich zur Folge hatte. Hier bedarf es, bevor wir diesen letzten Schluss ziehen dürfen, noch einiger Erwägungen.

Zunächst könnte der Umstand, dass das Kind, wie die Zeugen bewiesen haben, noch lebend aus dem Abtritt gezogen ist und, wie wir aus den Akten entnehmen können, noch mindestens eine Viertelstunde nachher gelebt hat, Bedenken darüber erregen, ob das Kind durch den Abtrittskoth erstickt sein könne. Dieser Zweifel würde deshalb ein unbegründeter sein, weil das Kind ja nicht an dem Kothe erstickt sein soll, der sich noch im Abtritt befindet, sondern an dem, den es in den Luftwegen hatte, und auch in denselben behielt, als es aus der Grube hervorgezogen war.

Mit um so mehr Grund wird an uns die Forderung gerichtet werden müssen, zu erörtern, in welchem Verhältniss zum Eintritt des Todes das in der Schädelhöhle vorgefundene Blutextravasat gestanden habe. —

Wir stehen nicht an, ein solches c. einen halben Theelöffel voll betragendes Blutextravasat in der Schädelhöhle als völlig geeignet anzuerkennen, den Tod eines neugeborenen Kindes herbeizuführen. Würden wir zugleich zugestehen müssen, dass ein solches Extravasat den Tod augenblicklich herbeiführen müsse, so würde daraus ohne Weiteres folgen, dass nicht die nachgewiesene, langsam verlaufende Erstickung, sondern das Blutextravasat an sich die Todesursache gewesen; doch ist letzteres nicht der Fall. Dergleichen Blutextravasate tödten keineswegs immer sofort, sondern, wie die Erfahrung lehrt, oft erst nach Stunden, sogar nach Tagen, indem dann die weiteren secundären Folgen (z. B. Hirnerweichung) wesentlich zum Eintritt des Todes mit beitragen. In unserem Falle ist sogar die Lage des Extravasats unmittelbar über dem Zelte des kleinen Gehirns, welches als straff gespannte sehnige Haut die unmittelbare Einwirkung des Druckes von den unter ihm gelegenen wichtigsten Hirntheilen (Brücke, Kleinhirn, verlängertes Mark) einigermaßen abhalten konnte, der Art gewesen, dass wir einen Anhalt für die Annahme darin finden, der Tod sei nicht sofort nach Entstehung des Extravasats erfolgt. — Positiv hiergegen spricht ferner der ganze Verlauf der an dem Kinde beobachteten Erscheinungen. Anfangs hörte man es laut und kräftig, dann allmählig immer schwächer schreien, dann wurde es ganz still, bewegte anfangs noch die Glieder, dann machte es nur noch leise Athembewegungen, wobei der Kopf sich ein wenig bewegte. Wir sehen hierin einen continuirlichen Verlauf der Erscheinungen bis zur Agonie, der sehr wohl zu der von uns oben aufgestellten Todesart passt, und nicht das mindeste Anzeichen darbietet, dass während das Kind durch Ersticken dem Tode bereits nahe war, eine neue plötzlich tödtende, von der Erstickung unabhängige Schädlichkeit hinzugetreten wäre.



Hiermit ist zur Genüge bewiesen, dass das Blutextravasat in der Schädelhöhle an sich als die Todesursache nicht zu betrachten ist.

Da jedoch selbstverständlich der mehrerwähnte Bluterguss als keineswegs irrelevant angesehen werden kann, vielmehr einen nachtheiligen Einfluss auf den Organismus des Kindes nothwendig ausgeübt haben muss, werden wir festzustellen haben, in welchem Grade er mit zu dem Tode des Kindes beigetragen haben mag, und werden wir zu dem Zwecke zu ermitteln versuchen, wann und wie er zu Stande gekommen ist.

Zunächst müssen wir es als sehr möglich bezeichnen, dass der Bluterguss in der Schädelhöhle eine selbstständige Ursache überhaupt nicht gehabt hat, sondern lediglich eine der Folgen der Erstickung war. Wenngleich die durch Erstickung gesetzte Blutüberfüllung der Organe der Schädelhöhle bei Erwachsenen kaum jemals den Grad erreicht, dass Gefässe zerreißen und ein Extravasat entsteht, so ist dieses bei Neugeborenen anders und kommen bei ihnen Blutergüsse in die Schädelhöhle bei jeder Art von Erstickung nicht selten vor. Wir stehen nur deshalb an, auch im vorliegenden Falle das betreffende Extravasat ausschliesslich als durch die Erstickung bedingt mit Sicherheit darzustellen, weil die Möglichkeit einer anderweitigen Entstehung desselben nicht ausgeschlossen werden kann.

Dasselbe könnte abgesehen von der Erstickung hervorgerufen sein durch den Geburtsakt, ferner durch die Einwirkung der niederen Temperatur, der das nackte Kind im Abtritte ausgesetzt war, und drittens könnte die Vermuthung entstehen, dass es durch Schläge oder Stösse mit der Stange, mit welcher die *H.*, den Zeugenaussagen nach, in höchst verdächtiger Weise manipulirte, nach ihrer Angabe dagegen es zur Seite zu schieben versucht hat, oder durch das Auf-

schlagen des Kopfes beim Herabstürzen in den Abtritt bewirkt worden sei.

Die letzteren Annahmen müssen wir als den Befunden widersprechend zurückweisen. In beiden Fällen würde die directe Einwirkung äusserer Gewalt auf den Kopf des Kindes auch äussere Spuren hinterlassen haben. Spuren von Verletzungen aber waren am ganzen Körper des Kindes (also auch am Kopfe) nirgend vorhanden. Die ziemlich zahlreichen inselförmigen bis erbsengrossen Flecke von geronnenem Blute unter der Kopfhaut, sowie die dünne Lage flüssigen Blutes, welche bei unverletzter Beschaffenheit der Knochen unter der Knochenhaut der Scheitelbeine ausgebreitet gefunden wurde, sind keineswegs als Effecte einer nach der Geburt des Kindes auf den Schädel in Anwendung gebrachten Gewalt anzusehen. Es sind dieses Befunde, welche sehr häufig, vielleicht sogar bei der grössten Zahl aller Kinder vorkommen, welche mit dem Kopfe voran geboren wurden und durch die Geburtsvorgänge selbst bedingt.

Was die anderen beiden Hypothesen über die Entstehung des Extravasates betrifft, so sind sie nicht in derselben Art zurückzuweisen.

Das Kind hatte dem Hergange der Sache nach etwa eine halbe Stunde nackt in der kühlen Luft eines Herbstabends dagelegen. Hierdurch konnte wohl Blutandrang nach der Schädelhöhle entstehen, und man kann es nicht für geradezu unmöglich erklären, dass ein solcher Blutandrang sich bis zur Bildung eines Extravasats hatte steigern können. — Noch leichter konnte während der Geburt sich das Extravasat bilden. Die Erfahrung hat festgestellt, dass selbst bei relativ schnell und leicht verlaufenden Geburten — wie wir hier zweifellos eine anzunehmen haben — dergleichen Blutergüsse entstehen können. Dass das Kind gleich nach der Geburt schrie und kräftig athmete, schliesst diese Ent-

stehungsweise des Extravasats nicht absolut aus, da die Kinder, welche ein solches in der Geburt davongetragen haben, keineswegs immer scheinend und lebensschwach zur Welt kommen. Es würde aber, wollte man das Extravasat als in der Geburt entstanden betrachten, gerade dieses kräftige Schreien und Athmen beweisen, dass dasselbe einen erheblichen Hirndruck vorläufig nicht hervorgebracht, auf den nachher in der beschriebenen Art und mit Hinterlassung aller Zeichen der Erstickung eingetretenen Tod von irgend wesentlichem Einfluss nicht gewesen sein kann.

Wenn somit wirklich die Erstickung selbst das Extravasat nicht gemacht hätte, wenn es durch die anderen erwähnten Umstände veranlasst worden wäre, immer würde seine Bedeutung für den Eintritt des Todes dieselbe sein, immer könnten wir nur annehmen, dass das Extravasat durch Hirndruck die Lebensenergie des Kindes herabgesetzt, dadurch die Schädlichkeiten, welche die Erstickung mit sich brachte, vermehrt und somit zum Eintritt des Todes beigetragen habe, ohne die eigentliche Todesursache zu sein. Da wir nun so die entgegenstehende Vorstellung, als ob das Kind, während es im Ersticken begriffen gewesen, durch eine von der Erstickung unabhängige Blutaustretung in die Schädelhöhle getödtet sein könnte, zurückgewiesen haben, kommen wir zu dem Schluss:

dass das secirte Kind durch Erstickung, bedingt von Koth-eintritt in die Luftwege seinen Tod gefunden habe.

Schliesslich dürfte es noch erübrigen, uns über den wahrscheinlichen Hergang bei der Geburt zu äussern.

Dass die *H.* in dem Abtrittskämmerchen geboren hat, ist wohl durch die Angaben der *W.* und anderer Zeugen als erwiesen zu erachten, ebenso dass die Geburt zwischen 8 und 9 $\frac{1}{2}$  Uhr Abends vor sich gegangen. Jedenfalls ist ferner die eigentliche Austreibungs-Periode, wenngleich aus

den Angaben der *W.* vermuthet werden muss, dass schwache Wehen schon vor 8 Uhr sich eingestellt haben, eine kurze gewesen. Dass die *H.* nicht nur in dem Abtritt, sondern auf der Brille desselben sitzend geboren habe, wird höchst wahrscheinlich durch die Art, wie die Nabelschnur durchtrennt war. Dieselbe war erstens durchrissen, wie sich aus den ungleichen, tief ausgefranzten Rändern der Trennungsfläche ergibt, dann aber war sie auch dicht am Nabel abgerissen und befand sich an demselben nur ein 2 Zoll langer Rest der Schnur. Hätte die *H.* dieselbe, sie mit beiden Händen erfassend, zerrissen, so hätte am Nabel des Kindes ein mindestens handbreites Nabelschnurstück sich befinden müssen. Hierdurch wird es wahrscheinlich, dass das Kind aus den Geschlechtstheilen der Mutter hervorstürzend die Nabelschnur zerrissen hat und dass somit die *H.*, wie sie behauptet, auf der Brille des Abtritts sitzend geboren hat. Dafür spricht ausserdem der Umstand, dass der Polizeibeamte *R.* an der Bekleidung der Abtrittsbrille frische Blutspuren wahrgenommen hat.

Was nun zum Schluss die Behauptung der *H.* betrifft, dass sie bis zuletzt von der unmittelbar bevorstehenden Geburt nichts geahnt und den Abtritt nur aufgesucht habe, weil sie Stuhldrang verspürte, so spricht allerdings der Umstand, dass sie bereits einmal geboren hat und die Vorgänge bei der Geburt, sowie die Zeichen ihres Beginnens kennen musste, gegen die Wahrheit ihrer Behauptung, trotzdem können wir sie nicht als nothwendig unwahr bezeichnen.

Es sind Fälle genug von Ehefrauen bekannt, die, durchaus gegen das Leben ihrer Kinder nicht gleichgültig, sich in ähnlicher Weise, wie die *H.* es behauptet, selbst bei wiederholten Geburten getäuscht haben, die ersten Wehen für Leibschmerzen, das Herabdrängen des Kindes zur Geburt

für Stuhldrang hielten und dann in den Abtritt, in Water-Closets u. dgl. hineingeboren haben.

Wir geben somit unser Gutachten dahin ab, dass:

- 1) das neugeborne Kind der *H.* ein reifes, völlig ausgetragenes gewesen ist; 2) dass es nach der Geburt gelebt hat; 3) dass es in Folge des Eintritts von Kothmassen in die Luftwege gestorben ist; 4) dass die *H.* höchst wahrscheinlich auf der Brille des Abtritts sitzend geboren hat und dass 5) eine Unkenntniss der *H.* darüber, dass ihr, als sie zu Stuhl ging, die Geburt bevorstände, als unmöglich nicht bezeichnet werden könne. —

Ich schliesse hiermit für jetzt, indem ich mir vorbehalte, über die Concurrrenz einiger anderen Todesarten (z. B. Vergiftung und innere Krankheit) später zu berichten.

---