

werten Agglutiningehalt aufwies. Es handelt sich hier um die erste Veröffentlichung einer *Siapestifer meningitis* und den seltenen Fall einer *Fleischvergiftermeningitis* bei einem Erwachsenen.
H. Voss (Berlin).)

Sonstige KörpERVERLETZUNGEN. Gewaltsamer Tod.

Cueli, Luis F., und Federico Bonnet: *Die Röntgenuntersuchung bei den Verletzungen durch Feuerwaffen. (Vorl. Mitt.) (Cátedra de Med. Legal, Univ., Buenos Aires.) (Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 18. X. 1939.) Archivos Med. leg. 9, 638—647 u. franz. Zusammenfassung 647 (1939) [Spanisch].*

Auf Grund jahrelanger Erfahrungen kommen die Verff. zu dem Schluß, daß eine richtig durchgeführte und ausgewertete Röntgenuntersuchung bei Verletzungen durch Feuerwaffen wertvolle Aufschlüsse geben kann über Einschußstelle, Geschoßkanal, Sitz des Geschosses oder Ausschußöffnung, Art des Geschosses und über die Entfernung, aus der der Schuß abgefeuert wurde, über die Geschwindigkeit des Geschosses im Augenblick des Auftreffens auf die Haut sowie über die Geschwindigkeit im Körper. 3 Röntgenbilder erläutern die Ausführungen der Verff., nach denen eine Röntgenaufnahme in jedem Falle einer Schußverletzung durch Handfeuerwaffen zur Klärung notwendig ist.
K. Rintelen (Berlin).

Peiper, Herbert: *Die Schußverletzungen des Gehirnschädelns im Kriege. (I. Chir. Abt., Städt. Krankenh. Westend, Berlin-Charlottenburg.) Dtsch. med. Wschr. 1939 II, 1598—1601.*

Eindringlicher Hinweis darauf, daß Hirnverletzte ohne operativen Eingriff, lediglich mit Schutzverband bis zu der Stelle transportiert werden sollen, an der sie endgültig versorgt und 14 Tage liegen bleiben können, da sie vor der Operation den Transport wesentlich besser vertragen. Andererseits soll die Operation möglichst innerhalb der ersten 6 Stunden geschehen, da nachher mit Infektionen und Spätabscessen zu rechnen ist. Der nichtinfizierte Steckschuß ohne Knochenzertrümmerung und der Infanterie-durchschuß stellt keine Indikation zu einem größeren Eingriff dar. Nur Knochen-splitter sind als Infektionsträger zu entfernen. Betonung der Wichtigkeit einer Röntgenuntersuchung. Die unverletzte Dura ist zu schonen, im Felde wegen der Infektionsgefahr und der Schwierigkeit zu entscheiden, ob ein neurologisches Syndrom durch Kompression infolge von Blutung oder von Hirnödem vorliegt, unter Umständen auch bei Verdacht auf Blutung. Der bereits infizierte Schädel-schuß wird mit restloser Entfernung des zertrümmerten Knochens und Spaltung des infizierten Gebietes behandelt.

Matzdorff (Hamburg).

Müller, Walter: *Alter Gehirndurchschuß mit mesenehymaler Vernarbung des Schußkanals und Spätmeningitis. (Path. Inst., Univ. Königsberg i. Pr.) Arch. f. Psychiatr. 111, 209—212 (1940).*

Ein 34jähriger Mann, der sich vor 4 Jahren einen Schädeldurchschuß mit einer Pistole (? Ref.) von rechts nach links beigebracht hatte — wo man sowohl den vernarbten Einschuß der rechten Schläfe wie auch die Ausschußnarbe an der linken Schläfenseite noch feststellen konnte — und der nach Heilung des Schusses völlig wiederhergestellt erschien, erkrankte plötzlich unter den Zeichen einer ganz akuten, sehr schnell zum Tode führenden eitigen Meningitis. Man dachte gar nicht mehr an einen Zusammenhang mit der alten Schußverletzung, bis die Sektion eine einwandfreie Aufklärung gab: Es fand sich nämlich bei der Untersuchung des Hirns, das zunächst ganz fixiert und dann in Frontalscheiben zerlegt worden war, ein nahe der Basis von rechts nach links durchgehender sehr derber grauer Strang als ehemaliger Schußkanal. Er durchlief die beiden Stirnhirne unmittelbar vor und etwas unterhalb der Umschlagstelle der Vorderhörner, die beide offenbar zur Zeit nicht eröffnet waren, ohne einen Ast der Basisarterien zu verletzen. Im Anschluß an diesen Schußkanal wurde im linken Stirnpol ein etwa haselnußgroßer, mit schmierig-dickem Eiter gefüllter und kapselartig abgegrenzter Eiterherd festgestellt, der mit der fibrösen Narbe zusammenhing

und den Ausgangspunkt der Meningitis darstellte. Bei der mikroskopischen Untersuchung der Durchschußnarbe ergab sich eine ausgesprochen mesenchymale Organisation des Schußkanals. Verf. weist darauf hin, daß diese Feststellung sich deckt mit der Angabe Essers, daß die Vernarbung von Schußkanälen im Gehirn immer dann einen stärkeren mesenchymalen (nicht gliösen) Charakter trägt, wenn infolge fortbestehender Infektion ein ständig stärkerer Reiz auf die Mesenchymproduktion ausgeübt wird. Der Fall zeigt aufs Neue außerdem, daß auch nach jahrelang überstandenem Hirnschuß noch immer die Gefahr einer tödlichen Meningitis besteht. *Merkel.*

Seibert, Otto: Akute Meningitis nach verjährtem transtemporalem Steckschuß des kontralateralen Augapfels. Dtsch. Z. Chir. 252, 646—657 (1939).

In vieler Beziehung sehr interessante Krankengeschichte. 36jähriger Mann wird 2 Stunden nach seiner Erkrankung ins Krankenhaus eingeliefert wegen dauernden Erbrechens und heftiger Leibscherzen, stöhnt, stammelt undeutliche Worte, schwitzt stark, ist nach $\frac{1}{4}$ Stunde soporös. Coma diabeticum kann durch Harnuntersuchung ausgeschlossen werden. Fieber 40,2°, Puls weich, 82. Kernig-Zeichen. Bauchwand-, Cremasterreflex fehlen, Patellar- und Achillessehnenreflexe kaum auslösbar. Babinski, Oppenheim negativ. Rachen, Mandeln, Nase, Ohren normal. Linkes Auge erblindet, Hornhaut gleichmäßig getrübt. R. Auge normal. Verdacht auf akute Gehirnhautentzündung (Genickstarre?). Lumbalpunktion 15 ccm, enthält massenhaft Leukozyten, steril. Keine Luësreaktion. Schon gleich nach der Punktion wird Patient wieder ansprechbar. Am nächsten Tag klares Bewußtsein, kein Erbrechen, aber noch mäßige Nackenstarre. Profuse Kopf- und Gesichtsschweiße. Auf den Streckseiten mehrerer Fingergelenke linsen- bis kirschkerngroße rötlichgelbe Flecke, die sich am nächsten Tage zu sterilen Blasen entwickelten. 2 Tage nach der Einlieferung erzählt Patient dann, daß er vor 9 Jahren einen Selbstmordversuch mit einer automatischen Pistole von 6,35-mm Kaliber gemacht hätte mit an der r. Schläfe aufgedrückter Mündung; wurde nicht bewußtlos, fiel nicht um, konnte aber links sofort nichts sehen. Er war damals 20 Tage im Krankenhaus und war seit der Zeit bis zum Tage der Einlieferung vollkommen gesund, hatte auch in letzter Zeit keine Erkältung oder Mandelentzündung durchgemacht. Am 4. Tag nach der Einlieferung trat am Mund ein sehr starker Herpes auf, das Fieber stieg. Nackenschmerzen und Kernig wurden stärker. Aber das Bewußtsein war klar. Da die Erscheinungen am nächsten Tag zunahmen, erneute Lumbalpunktion von 30 ccm und Lufteinblasung. Der Liquor war nicht mehr ausgesprochen milchig oder eitrig; steril. Von diesem Tage an fiel das Fieber lytisch und die Beschwerden gingen zurück. Röntgenbilder zeigten ein Geschoß in der l. Augenhöhle. Die Operation ergab das Geschoß im linken enucleierten Bulbus. Kein Abscess, keine Siderosis. Geheilt entlassen. Bei Schädelsschüssen mit aufgesetzter Mündung braucht der Augapfel, wenn die trophischen Nerven im Ganglion ciliare erhalten bleiben, auch sich trotz Erblindung nicht zu verändern. Meistens wird aber einer oder beide Sehnerven durchschossen. Steckschuß im Bulbus der gegenüberliegenden Seite steht wohl einzig da. Wie die plötzlich auffallende schwere aseptische Gehirnhautentzündung zu erklären ist, bleibt fraglich. Denn der Herpes labialis trat erst 4 Tage später auf. Die Fingerblasen hängen wahrscheinlich mit ihm auch zusammen, obwohl sie reaktionslos anders als wie die Lippenbläschen heilten. Auch für die Kopfschweiße im Beginn der Erkrankung fehlt die Erklärung.

Franz (Berlin).^{oo}

Wagner, W.: Die Schicksale verschluckter Messer im Magen-Darmkanal. (Chir. Univ.-Klin., Halle a. d. S.) Med. Klin. 1940 I, 317—319.

Das Verschlucken von Fremdkörpern kommt bei manchen Berufskategorien öfter vor, wie bei Zimmerleuten, Dekorateuren, Tischlern, Näherinnen u. a., die bei ihrer Arbeit Nägel, Schrauben und Nadeln zwischen den Zähnen oder den Lippen zu halten pflegen. Das Hauptkontingent wird aber von Geisteskranken sowie von Untersuchungs- und Strafgefangenen gestellt, die zum Zwecke der Selbstschädigung Fremdkörper der

verschiedensten Art und Größe verschlucken. Je nach ihrem Ausmaß erfolgt spontaner Abgang mit dem Stuhl bzw. mehr oder weniger komplikationsreiche Retention im Verdauungskanal. Verf. setzt auf Grund seiner Erfahrungen als obere Grenze der Passierbarkeit eine Fremdkörperlänge von 12—13 cm an. Besonders groß ist die Gefahr beim Passieren des Duodenum, in dessen unterem horizontalem Teil die Hauptlokalisationsstelle für das Steckenbleiben der Fremdkörper erblickt wird. Es werden 6 einschlägige Beobachtungen mitgeteilt: 1. Verschlucken eines großen Küchenmessers durch 31jährigen Untersuchungsgefangenen. Zunächst 9 Tage lang völlig beschwerdefrei, dann Schmerzen in der Magengrube. Operative Entfernung des Messers aus dem Magen. Der Messergriff war bereits durch den Pylorus durchgetreten. Heilung ohne Komplikation. 2. Verschlucken eines 19 cm langen Tischmessers durch denselben Mann bei erneuter Untersuchungshaft 7 Jahre später. Operative Entfernung aus dem Magen. Komplikationslose Heilung. 3. Verschlucken eines Messers und einer offenen Sicherheitsnadel durch 34jährigen Strafgefangenen. Dieser hatte bereits 4 mal zuvor verschiedene Fremdkörper verschluckt (Löffelstiele, Drahtstücke, Krawattennadel), die die auf natürlichem Wege abgingen. Das verschluckte Messer und die Nadel wurden operativ entfernt. Die Messerspitze war bereits durch den oberen Duodenalteil in die Leberunterfläche eingedrungen und hatte einen kleinen Leberabscess erzeugt. Komplikationslose Heilung. 4. Verschlucken eines Manikuremessers durch Untersuchungsgefangenen. Sehr schwierige operative Entfernung aus dem Duodenum, wo es ebenfalls bereits die Duodenalwand durchbohrt hatte und in die Leber eingedrungen war. 5. Verschlucken eines 20 cm langen Tischmessers durch 35jährigen Strafgefangenen. Zunächst keine wesentlichen Beschwerden. Erst 5 Monate später erhebliche Schmerzen, Appetitmangel, Brechreiz und starke Gewichtsabnahme. Röntgenologische Feststellung des Messers in der rechten Oberbauchgegend. Wegen des bedenklichen Allgemeinzustandes sofort Operation. Sämtliche Darmschlingen finden sich mit Blut gefüllt. Entfernung des Messers aus dem Colon ascendens. Dabei schwere Blutung, deren Ausgangsort nicht sicher festzustellen ist. Tod 1 Stunde nach der Operation. Bei der Sektion fand sich neben umfangreicher Blutfüllung im Magendarmkanal eine Perforationsöffnung zwischen Duodenum und Colon ascendens sowie eine zweite Perforation an der gegenüberliegenden Duodenalwand, durch welche die Messerspitze in die Pfortader eingedrungen war. 6. 23jähriger Epileptiker, der bereits 4 mal zuvor Fremdkörper (hauptsächlich Nadeln) verschluckt hatte. Schließlich Verschlucken einer Messerklinge von 10 cm Länge nebst Drahtstücken. Operative Entfernung aus dem oberen Dünndarm. Später erneutes Fremdkörperverschlucken und Tod an postoperativer Peritonitis. — Diese 6 Einzelbeobachtungen vermitteln ein Bild über die Stadien der Duodenal-durchwanderung langer Fremdkörper. Sie klemmen sich zwischen dem oberen horizontalen und dem vertikalen Duodenalschenkel fest und verursachen die verschiedensten Komplikationen. Für Fremdkörper mit überwiegendem Längsdurchmesser wird deshalb die Frühoperation empfohlen.

Schrader (Halle a. d. S.).

Peter, Robert: Ein Beitrag zur Kenntnis des traumatischen Pneumocephalus. (*Knappschaftskrankenh. i. Fischbachtal, Quierschied-Saar.*) Chirurg 12, 104—108 (1940).

Verf. berichtet über einen Fall, bei dem der Patient mit dem Kopf zwischen zwei Bergwagen eingeklemmt wurde. Infolge der dadurch zustande gekommenen Schädelbasisfraktur, kam es zu einer Luftansammlung in den Seitenventrikeln. Es wird angenommen, daß die Luft aus der linken Paukenhöhle durch die zerrissenen Hirnhäute in den Subarachnoidalraum gelangte und von da über das Foramen Magendi in die Seitenventrikel. Das Eindringen von Luft in den Liquorraum geschieht nicht immer anschließend an den Unfall, sondern wird auch erst in späteren Phasen beobachtet. Die größte beobachtete Zeitspanne wird mit 2 Monaten angegeben. In den beobachteten Fällen entsteht der Pneumocephalus immer durch Austausch von Luft gegen Liquor durch die zerrissenen Hirnhäute aus einem lufthaltigen Knochen. — Zus. des Ref. In diesem Zusammenhang sei die Monographie von H. Kilian (Pneumato-pathien, Erkrankungen durch physikalische Gaswirkung, Verlag: F. Enke, 1939) erwähnt.

Noetzel (Berlin)._o

Sellitto, Mariano: *Su di un caso di afasia motrice ed agrafia atassica con paralisi dell'oculomotore commune sinistro e paresi di alcuni rami del facciale, per caduta dall'alto.* (Über einen Fall von motorischer Aphasie und ataktischer Agraphie mit Lähmung des linken Oculomotorius sowie einiger Äste des Facialis durch Sturz aus der Höhe.) *Nuova Riv. Clin. psichiatr.* 15, H. 2, 51—70 (1939).

Ein 40jähriger Maurer stürzte aus einer Höhe von etwa 8 m ab. Der Unterkiefer und die ganze rechte Seite des Körpers prallte auf den Boden. Bei der eingehenden klinischen Untersuchung wurden die obengenannten Nervenausfälle gefunden. Ihr Zusammenhang und die möglichen Rückschlüsse auf den Sitz der Läsion werden besprochen. Die Veränderungen müssen an der Schädelbasis sitzen und außerdem muß durch den Contre-coup eine Schädigung der Rinde der linken Hemisphäre mit Kompression der Brocaschen Windung bewirkt worden sein. Während die Lähmung des Oculomotorius dauernd bestehen blieb, wurden die zentralen Schäden an der Hirnrinde von Tag zu Tag geringer. *Gerstel* (Gelsenkirchen).

Turner, J. W. Aldren: *Trauma and progressive muscular atrophy.* (Trauma und progressive Muskelatrophie.) *Nat. Hosp., London.* Lancet 1939 II, 549—551.

In seiner Zusammenstellung zieht Turner nur Fälle von spinaler Muskelatrophie, amyotrophischer Lateralsklerose mit und ohne bulbäre Beteiligung in Betracht. Unter 100 Fällen dieser Diagnose aus den Jahren 1932—1937 konnte er 21 mal in der Vorgesichte ein Trauma, meist peripherer Art, nachweisen; bei 100 Kontrollfällen anderer organischer Nervenkrankheiten kam er aber auf fast genau die gleiche Zahl (22), nur war in der letzteren Gruppe der Zwischenraum zwischen Trauma und Einsetzen der Krankheit durchschnittlich länger als bei den Fällen mit Muskelatrophie.

Ausführlicher werden berichtet 5 Fälle, in denen auch der zeitliche Zusammenhang sehr augenfällig war. 1. 53jähriger Mann, stürzte vom Rade auf die rechte Schulter; nach Schwülen des Schmerzes nach 8 Tagen Schwäche in der Schulter, nach 2 Wochen im rechten Ellbogengelenk, nach Monaten im ganzen Arm. Anschließend Muskelschwund, fibrilläre Zuckungen, Schwäche in den Beinen, Schwäche der Stimme. Bei der Aufnahme Lähmung und Atrophie fast aller Arm- und Beinmuskeln, erloschene Sehnenreflexe. Gestorben an Pneumonie. Anatomisch: Degeneration der Vorderhornzellen, der Vorderseitenstränge und speziell der Py.-Bahnen. — 2. 47jähriger Mann. Erfrierung der linken Hand mit 3 Tage langer Schwellung derselben; nach deren Verschwinden blieb die Hand schwach, auch der Arm wurde schwach und steif; nach 5 Monaten Erschwerung des Sprechens und Schlucksens, nach weiteren 4 Monaten Übergang auf den rechten Arm und die Beine, mit Muskelschwund, fibrillären Zuckungen, Spasmen, Babinski, Steigerung der Sehnenreflexe. — 3. 46jähriger Mann. Fall von der Treppe, $\frac{1}{2}$ Stunde bewußtlos; unmittelbar danach Zittern des rechten Beins, erhebliche Schwäche von rechtem Arm und Bein, Harnverhaltung 1 Woche lang. Die Kraft in den Gliedern stellte sich wieder her; nach einem Autounfall 9 Monate später mit 5 min dauernder Bewußtlosigkeit Rückfall der Lähmung, nach weiteren 9 Monaten spastisch-atrophische Lähmung in beiden Armen und beiden Beinen, fibrilläre Zuckungen, Steigerung der Sehnenreflexe, Babinski. — 4. 42jähriger Mann, durch Ausgleiten Verletzung des rechten Knies, das 7 Tage lang schmerhaft und angeschwollen blieb. Nach 1 Monat Nachschleppen des rechten Beins, das sich besserte, aber nach weiteren 2 Monaten fortschreitend sich verschlechterte, nach einigen Wochen dasselbe im linken Bein. Nach 2 Jahren spastisch-atrophische Lähmung beider Beine, in den Armen nur fibrilläre Zuckungen. Reflexsteigerung, Babinski. — 5. 61jährige Frau. Vor 5 Jahren Maschinenverletzung der Finger der linken Hand, die in normaler Weise heilte. Nach 1 Jahr Erschwerung der Bewegungen in dieser Hand, die in den folgenden 2 Jahren schwächer und magerer wurde. Vor 1 Jahr Bruch des linken Handgelenks und des linken Oberarms durch 2maligen Sturz, danach zunehmende Schwäche der Arme und Beine bis zur Gehunfähigkeit. Entwicklung einer spastischen Atrophie.

Verf. kommt zu dem Schlusse, daß im allgemeinen das Trauma keine primäre Rolle als Ursache der spinalen Muskelatrophie spielt, daß es aber in einer kleinen Minderzahl der Fälle den Ausbruch und die Entwicklung der Krankheit beschleunigen kann, und daß dann die ersten Symptome an dem verletzten Gliede sich zu zeigen pflegen.

H. Haenel (Dresden).^{oo}

gemeines. Spezielle Pathologie I. Tl. 2. Spezielle Pathologie II. Berlin: Julius Springer 1939. XV, 1797 S. u. 611 Abb. RM. 132.—.

Bostroem, A.: Die traumatischen Hirnschädigungen. S. 631—667 u. 5 Abb.

Die vorliegende Abhandlung ergibt eine sehr gute, knapp zusammengefaßte gerichtlich-medizinisch wichtige Schilderung.

Für die akuten traumatischen Gewalteinwirkungen hält Verf. an der Einteilung: *Commotio* (Gehirnerschütterung), *Contusio* (Gehirnquetschung) und *Compressio* (Gehirndruck, durch Blutungen bedingt) fest, wenn auch im akuten Stadium diese Formen nicht immer klinisch klar auseinanderzuhalten sind. — Die *Commotio cerebri* definiert Verf. als eine traumatisch hervorgerufene Störung der Gehirnfunktion, bespricht die einzelnen klinischen Erscheinungen, nämlich unmittelbar mit dem Trauma einsetzende, kürzere oder längere tiefe Bewußtlosigkeit, oft mit Pulsverlangsamung einhergehend, nach dem Wiedererwachen nicht selten Erbrechen eintretend. Eine Bewußtlosigkeit von wenigen Sekunden bis 10 min zählt er zu den leichten Fällen, eine solche bis zu 1 Stunde und mehr zu den mittelschweren oder schweren, eine tagelange Bewußtlosigkeit läßt nach ihm an Komplikationen oder an Kontusionen denken (wir selbst haben aber solche bis zum Tod führende auch ohne Blutung und ohne stärkere *Contusio* gefunden. Ref.). Länger bestehen noch als Nachwirkung der *Commotio* ein mehr diffuser Kopfschmerz, besonders bei Lagewechsel und bei Blutdruckerhöhung (Stuhlgang, Husten, Niesen) und ebenfalls Schwindel. Wird letzterer auch im Liegen verspürt, so muß man an eine Mitbeteiligung des Labyrinths denken; besonders beim Aufrichten im Bett sind Schwindelscheinungen häufig. Ein wichtiges Symptom ist die Erinnerungslosigkeit, die *Ämnesie* (einfache oder auch retrograde Amnesie). Verf. meint, daß die retrograde Amnesie für eine schwerere Hirnschädigung spräche. Bei den als *Commotionspsychosen* beschriebenen Unruhe- und Verwirrtheitszuständen glaubt Verf. schwerere traumatische Hirnschädigungen annehmen zu müssen oder aber es handelt sich um chronische Alkoholisten oder um Patienten mit bis dahin unerkannter seniler Demenz bzw. Gefäßsklerose im Gehirnbereich. Schwerere Hirnstörungen sollen nach unkomplizierter *Commotio* nicht zu erwarten sein, doch bleiben solche Kranke nach *Commotio* empfindlich gegen Alkoholgenuss, zeigen mitunter mangelnde Konzentrationsfähigkeit, rasche Ermüdung, schlechten Schlaf. Über die Behandlung werden eingehende Vorschläge gemacht: Bettruhe 3 Wochen, wenn möglich. Warnung vor Alkoholgenuss noch längere Zeit. In pathologisch-anatomischer Hinsicht wird festgestellt, daß bei der reinen *Commotio* gröbere anatomische Veränderungen nicht vorkommen, der negative Befund ist geradezu charakteristisch (wir haben auch bei reiner, zum Tod führender *Commotio* stets erheblichere Veränderungen vermisst. Ref.). Für die Störungen funktioneller Art wird eine akute Verschiebung des Liquors eine Rolle spielen können, ferner auch die Anschauungen von Ricker, richtig sein, der bei tödlichen *Commotionsfällen*, die einige Tage überlebten, kleinste Blutungen als Folgen mechanischer Reizung des cerebralen Gefäßnervenapparates deutete. Wenn manche Fälle von *Commotio* nicht so restlos abheilen, wie es die Regel ist, so beruht das möglicherweise darauf, daß es (Ricker) Menschen gibt mit einem anlagemäßig labilen Gefäßnervensystem. — Die zweite Form ist die *Contusio cerebri*, wo es sich u. U. bei uneröffnetem Schädeldach (Fissuren spielen keine Rolle) um Quetschungen der Hirnsubstanz mit anschließenden Blutaustritten handelt. Die geringfügigsten Formen sind die primären und die *Contre-coup-Quetschungen*, letztere zumeist an den allgemein bekannten Prädispositionssstellen an den Stirnlappen und Schläfenlappen und an den Kleinhirnhemisphären. Besonders stark sind bekanntlich die Gegenstoßverletzungen bei Traumen, die den Hinterkopf betreffen. Solche Gehirnquetschungen primärer und sekundärer Art können u. U. ohne initiale Bewußtseinstörung zustande kommen, oft sind sie ein gelegentlicher Sektionsbefund, doch können — auch ohne länger dauernde Anfangssymptome — Schädeltraumen zu Gehirnquetschungs-herden mit länger dauernden Beschwerden führen. Meist wird doch die *Contusio* auch mit einer *Commotio* verbunden sein. Vorzugsweise sitzen die Quetschungsherde an stummen Hirnteilen. Gerade bei der *Contusio* findet Verf. eine recht erhebliche und lang dauernde retrograde Amnesie, jedoch selten Herderscheinungen, unter den letzteren am häufigsten Geruchsstörungen (Bulbus olfactorius!). Seltener sind Lähmungen und Aphasien, häufiger psychische Störungen, nur selten traumatische Demenz. Bostroem glaubt, daß die sog. *Commotionspsychosen* (abgesehen von Alkoholikern) doch immer charakteristischer wären für Hirnkontusionen und zwar für schwere tiefgehende oder ausgedehnte. Sie bestehen in Verwirrtheit und Merkschwäche mitunter, aber auch in Störungen der Stimmungslage (Stumpfheit, Apathie, Euphorie, andererseits wieder Unruhe, Witzelsucht, sog. „mangelnde Ernstwertung“ usw.). Von psychischen Besonderheiten nach Kontusionen sind weiter zu nennen starke Empfindlichkeit gegen Geräusche, gegen seelische Einwirkungen, gegen Einflüsse aller Art, zumal solche der Witterung, den betroffenen Patienten fehlt die Bremse für auftauchende Affekte (Weinen, Rührseligkeit usw.). Jacksonsche Anfälle sind sehr selten, meist kommen sie zustande nach penetrierenden traumatischen Hirnschädigungen. Die Anschauungen von Esser, daß solche Kontusionsherde niemals ganz auseihen und zur Ruhe kommen, wird von Bostroem nicht geteilt. — Eine weitere Folge des Traumas ist die *Compressio cerebri*,

wobei in erster Linie die epi- (oder extra-)durale Blutung in Betracht kommt, die oft ganz unerwartet auch noch bei einer zunächst nur als Commotio imponierenden Schädelverletzung auftreten kann. Die große klinische und gerichtlich-medizinische Wichtigkeit solcher, nach freiem Intervall auftretenden lebensbedrohlichen Erscheinung wird betont; die Pupillenerweiterung auf der Seite der Blutung ist ein typischer klinischer Befund. Besonders schwierig diagnostisch sind solche Fälle, bei denen eine primäre Hirnerschütterung länger andauert, doch wird meistens ein, wenn auch verkürztes freies Intervall doch noch zu beobachten sein. Druckpuls und Herderscheinungen fehlen dagegen bei der unkomplizierten Commotio. Die weiteren Formen des Hirndrucks sind durch Blutungen anderer Herkunft nach dem Trauma bedingt, so besonders durch subdurale Blutungen (aus abgerissenen Blutgefäßen) und durch die Pachymeningitis hämorrhagica interna, die sich post-traumatisch hauptsächlich bei chronischen Alkoholikern, und zwar meist erst nach einem längeren Intervall — unter Umständen sogar erst nach mehreren Wochen — klinisch bemerkbar macht. Durch instruktive Abbildungen werden diese Zustände von subduralen Hämatomen erläutert. Chirurgisch sind diese subduralen Blutungen kaum angreifbar, nur bei zunehmenden Drucksymptomen könnte man an eine Operation denken, im allgemeinen ist die Prognose der subduralen Blutungen ernst. — Traumatische Markblutungen sind viel seltener als wie die bisher geschilderten. Sie betreffen meistens in vorerückterem Lebensalter Verletzte, oft auch solche mit chronischer Hypertonie, Nierensklerose usw. Zentrale Markblutungen sind hinsichtlich ihrer traumatischen Entstehung immer vorsichtig zu beurteilen (spontane Apoplexie?). Eine kurze Besprechung erfahren auch die Fälle von sog. Bollingerscher Spätapoplexie; für diese, die meistens (wenn auch nicht ausschließlich) im vorerückten Alter zur Beobachtung kommen, nimmt Bostroem als Voraussetzung eine irgendwie geartete Gefäßschädigung schon vor dem Trauma an; das Intervall zwischen Trauma und tödlicher Apoplexie braucht dabei nicht völlig frei von Beschwerden zu sein. Als längste Zeit nimmt Bostroem 5—6 Monate an. Die Duret-Bernerschen Blutungen möchte Bostroem nicht als traumatisch bedingt anerkennen. Der Einwand, daß sie zum Teil durch cerebrale Fettembolie bedingt seien, dürfte (nach Anschauung des Ref.) aber nicht zu Recht bestehen. — Der traumatisch bedingte Hydrocephalus ist sicher eine recht seltene Erscheinung, vielleicht durch Drosselung des Liquorkreislaufs verursacht oder sekundär eintretend nach Resorption größerer Blutergüsse. Ungeklärt ist die Frage des traumatischen Gehirnödems. — Von weiteren Komplikationen und Späterscheinungen wird merkwürdigerweise das Basis-Arterienaneurysma nicht erwähnt, dagegen sonstige, durch Knochensplitterverlagerungen usw. bedingte Veränderungen. Endlich neben dem Eindringen von Luft (Pneumencephalon oder Aerocoel) wird noch auf die unangenehmen Späterscheinungen durch Verwachsungen an den Hirnhäuten hingewiesen, weil sie zu traumatischer Epilepsie und zu Spätabscessen führen können. Letztere erfahren dann auch als Frühabsesse und Spätabsesse eine kurze Besprechung. Was die praktisch wichtige Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit anbelangt, so stellt sich Bostroem auf folgenden Standpunkt: Bei leichteren Gehirnerschütterungen Arbeitsunfähigkeit von etwa 8—10 Wochen, dann für $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ Jahr Erwerbsminderung von 20 %. Bei mittelschweren Fällen $\frac{1}{4}$ Jahr arbeitsunfähig, dann $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ Jahr lang Erwerbsminderung von 50 %. Schwere Fälle von Commotio kaum länger als $1\frac{1}{4}$ Jahr erwerbsbeschränkt — vorausgesetzt, daß nicht irgendwelche Komplikationen hinzutreten. Bei großen Blutungen und Kontusionen wird man mit einer vollständigen Wiederherstellung nicht rechnen können. — Im Schlußabschnitt werden noch kurz die traumatischen Geburtschädigungen behandelt, die hauptsächlich als Auswirkung einer nach dem Blasensprung eintretenden Druckdifferenz erachtet werden (Schwarz). Sicher kommen aber auch noch andere Faktoren (Kompression) dafür in Betracht. Auf die anatomischen Befunde geht Verf. nicht ein. Die Symptome der traumatischen Geburtschädigung können sofort, manchmal aber auch erst nach einigen Tagen bemerkbar sein; Nystagmus, Krampferscheinungen (generalisiert oder halbseitig), Lähmungen, auch aphatische Störungen, die noch im späteren Leben als Sprachstörungen bestehen bleiben können, werden erwähnt. Von den Lähmungen bleiben zuweilen Resterscheinungen zurück. Auch leichte Entwicklungshemmungen können resultieren. Besonders hingewiesen wird als Ursache von symptomatischen Epilepsien auf das Geburtstrauma, was sehr bedeutungsvoll ist im Hinblick auf die Begutachtung für die Erbgesundheitsgerichte und -Obergerichte; die Encephalographie leistet dabei wertvolle diagnostische Dienste. Ob auch psychische Veränderungen, insbesondere Intelligenzdefekte durch Geburtsschädigungen des Gehirns zustande kommen können, ist eine schwierige Frage, jedenfalls muß man, wenn leichte neurologische Störungen nachweisbar sind, auf die Möglichkeit einer geburtstraumatischen Entstehung hinweisen.

Merkel (München).

Schaller, Walter F.: After-effects of head injury. The post-traumatic consciousness state (concussion, traumatic encephalopathy) and the post-traumatic psychoneurotic state (psychoneurosis, hysteria): A study in differential diagnosis. (Spätwirkungen von Schädelverletzungen. Der posttraumatische Erschütterungszustand [Hirnerschütterung, traumatische Encephalopathie] und der posttraumatische psychoneurotische Zustand

[Psychoneurose, Hysterie]: Eine Studie zur Unterscheidungsdiagnose.) J. amer. med. Assoc. 113, 1779—1785 (1939).

Schädelverletzungen können in organische und funktionelle, je nach der Schädigung des Hirngewebes, eingeteilt werden. Zur I. Gruppe gehören der Hirndruck durch Eindellungsbrüche, epidurale oder subdurale Blutung, Risse, Quetschungen, Erweichungen und infektiöse Verwicklungen wie Hirnhautentzündung und Hirneiterung. Zur II. Gruppe der funktionellen Störungen gehören die posttraumatischen Psychoneurose- und die traumatischen Hysterieformen, beides rein psychogene Zustände. Dazwischen liegt der posttraumatische Hirnerschütterungszustand, ein Leidensbild mit den verschiedensten Bezeichnungen: traumatische Encephalopathie, traumatische Encephalitis, cerebrale Neurasthenie, posttraumatisches Schädelsyndrom, traumatische Konstitution, Commotionsneurose u. ä. Mit diesem letzteren Zustand und seiner Abgrenzung gegenüber der posttraumatischen Psychoneurose und Hysterie will sich Verf. in seinen Ausführungen beschäftigen. Bei der Beschreibung des posttraumatischen Hirnerschütterungszustandes geht Verf. von der Hirnerschütterung aus. In einer Schrifttumsübersicht wird die Bedeutung der Rickerschen Befunde hervorgehoben. Verf. hat zusammen mit Tamaki und Newmann eine Reihe von menschlichen Gehirnen nach tödlichen Verletzungen untersucht. Auch er fand die punktförmigen, petechialen Blutungen, selten in der Hirnrinde, vielmehr in den tieferen Schichten und im Hirnstamm. Es handelt sich um Diapedesisblutungen im Gegensatz zu der amerikanischen Auffassung von Cassasa, der von Rißblutungen spricht. Entsprechende Tierversuche wurden an 35 Ratten ausgeführt. Auch hier wurden nach künstlicher Schädelverletzung in einigen Fällen der gleiche Befund wie an menschlichen Gehirnen erhoben. Die Rattenhirne wurden verschieden lange Zeit nach der Verletzung untersucht. Zumeist waren keine nennenswerten Befunde zu erheben. In einigen positiven Fällen wurde stellenweise perivasculäre Gliose nach der Beschreibung von Rand und Courville gefunden. Andere Gefäße waren verödet und durch Gliawucherung ausgefüllt und seltenerweise fanden sich aneurysmaähnliche Entartung und Wandunregelmäßigkeiten mit frischen extravasalen Blutaustritten. Diese Befunde liegen dem Begriff der Encephalopathie zugrunde. Von hier aus wird das posttraumatische klinische Bild entwickelt, bei welchem objektiv nicht selten ein niedriger Blutdruck herabgesetzte Reflexe, vasomotorische Störungen u. ä. nachzuweisen ist. Der Kranke mit einer posttraumatischen Psychoneurose oder Hysterie, der von unwillkürlichen Furcht- und Ahnungsreaktionen und wunschhaftem Denken beherrscht wird und an Gemütsverstimmung leidet, unterscheidet sich davon. Die verschiedenen Beschwerden und psychischen Befunde werden einander gegenübergestellt. Der Encephalopathiekranke ist arbeitslustig, guter Stimmung, hat eine schlechte Merkfähigkeit und Auffassungsgabe, zeigt Persönlichkeitsveränderungen, hat oft eine lange Bewußtlosigkeit durchgemacht, zeigt keine hysterischen Zeichen, keine Neigung zur Übertreibung, neigt zur Besserung, gleichbleibendes Erscheinungsbild, häufig keine Kopfschmerzen, Schwindel, Empfindlichkeit gegen Hitze und Alkohol u. a. m. Der psychoneurotische oder hysterische Verletzte zeigt in allen diesen Punkten überwiegend das Gegenteil. Die objektiven Erscheinungen (veränderte Reflexe, Schwitzneigung, Zittern, Pulsveränderungen, Blutdrucksenkung, Arbeitsaufnahme trotz vorhandener Beschwerden) werden an 100 ausgesuchten Fällen zusammengestellt und prozentual gegeneinander abgewertet. Das Ziel dieser auf jahrelangen Beobachtungen fußenden Untersuchungen ist, den Begriff der traumatischen Neurose auszumerzen und durch klare Befunde zu ersetzen. Die Spätfolgen einer Schädelverletzung sollten eingeteilt werden in Kontusion, Commotio, Psychose und Psychoneurose. Dem posttraumatischen Commotionszustand liegen rückbildungsfähige Veränderungen zugrunde, nur in einigen Fällen sind sie so schwer, daß sie bleibende Folgen haben. In der umfangreichen Aussprache wird vor allem von Schwab darauf hingewiesen, daß diese Unterscheidung nach wie vor sehr schwierig bleibt. Verf. verteidigt sich dagegen mit dem Hinweis, daß eine andere Einteilung

erstrebt werden muß, wenn seine Einteilung nicht genügen sollte. In jedem Falle muß eine genauere Unterscheidung angestrebt und ermöglicht werden. *Wanke* (Kiel).^o

Harbitz, Francis: Über traumatische tödliche Hirnaffektionen, insbesondere die Bernerschen Blutungen im verlängerten Mark und ihre gerichtsärztliche Bedeutung. Nord. Med. (Stockh.) 1939, 3441—3447 u. engl. Zusammenfassung 3447 [Norwegisch].

Der Verf. hat in mehreren Arbeiten gegen die Auffassung Berners polemisiert, daß kleine Blutungen im Boden des 4. Ventrikels bei Kopfschäden regelmäßig sind und daß diese Blutungen die anatomische Grundlage für die Symptome der Commotio cerebri repräsentieren. In diesem Zusammenhange hat er 165 forensische Fälle untersucht, wovon 62 persönlich Untersuchte. In diesem Materiale waren epi- und extradurale, subdurale, subarachnoidale und corticale Blutungen sehr häufig, waren aber sehr selten mit Blutungen im Hirnstamm verbunden. Zentrale Blutungen (in Zentralganglien, Pons, Mesencephalon, Medulla oblongata) waren in einem Drittel der Fälle vorhanden, aber immer relativ unbedeutende, perivasculäre und nur mikroskopisch nachweisbare, ohne nachweisbare Zerstörung der umgebenden Hirnsubstanz. Die meisten mußten am ehesten als Diapedesisblutungen aufgefaßt werden. In keinem einzigen Falle erschien es als bewiesen, daß solche Blutungen wirklich traumatisch entstanden und als Todesursache von Bedeutung gewesen waren. Ähnliche Blutungen in der Medulla oblongata sind übrigens auch bei einer Reihe nichttraumatischer Fälle nachgewiesen, und es ist wahrscheinlich, daß sie vielfach agonal sind. Das Problem der Commotio ist noch nicht gelöst. Wahrscheinlich hat aber das häufige Gehirnödem weit größere Bedeutung als die relativ seltenen kleinen Blutungen im Hirnstamm.

Ø. Ödegaard (Oslo).^o

Matzdorff, Paul: Beitrag zur Frage nach der Entstehung der Subarachnoidalblutungen. Med. Welt 1940, 114—117.

Verf. setzt sich an Hand eines diesbezüglichen, sehr interessanten Begutachtungsfalles mit der Frage nach der Entstehung der Subarachnoidalblutungen auseinander. Es handelt sich um eine Beobachtung, in der sich innerhalb von 10 Jahren 5 mehr oder weniger schwere direkte oder indirekte Kopfverletzungen ereigneten. 5 Monate nach der letzten kam es zu einer Hirnblutung. Wenn auch die Annahmen vertretbar sind, daß durch die vorangehenden Unfälle ein kleiner Einriß in den inneren Häuten eines vorher völlig gesunden Hirnhautgefäßes stattgefunden hat, in den es hineingeblutet hat, so daß es im Gefolge zur Aneurysmabildung kam, oder aber, daß eine an sich schon anlagemäßig schwache Stelle in den Hirnhautgefäßen von einem solchen Geschehen noch weiterhin beschädigt wurde, ist doch noch an eine dritte Möglichkeit zu denken. Diapedesisblutungen aus erschlafften und erweiterten Gefäßen als Ursache von Hirnhautblutungen hat Verf. schon früher beschrieben. Als Grund der Gefäßerschlaffung müssen Störungen in der Innervation der Blutgefäße, wie sie als Ursache oder Begleitsymptome von Migräneanfällen oder auch von Kopfschmerzen nach Hirnerschütterung bekannt sind. Gerade die Kopfschmerzen und Erregungszustände, welche sich bei den in Frage stehenden Patienten nach den ersten Unfällen einstellten, könnten für die letztgenannte Möglichkeit sprechen. Verf. vertritt deshalb die Ansicht, daß die Hirnhautblutung mit den vorhergegangenen Unfällen in ursächlichem Zusammenhang steht und daß der letzte Unfall auch die ausschlaggebende Ursache für ihr Auftreten abgegeben hat.

Jacob (Hamburg).^o

Messimy, Robert: Les effets chez l'homme des lésions préfrontales. (Die Wirkungen präfrontaler Verletzungen beim Menschen.) Ann. Méd. 45, 321—360 (1939).

96 Gliome, 70 Meningome und 6 andersartige Tumoren wurden beobachtet. 57 Fälle waren linksseitig, 45 rechtsseitig, gelegentlich reichten die Tumoren über beide Seiten. Von den 70 Meningomen waren 29 an der unteren Frontaloberfläche (27 vom Olfactorius ausgehend), 24 suprasellar, 12 an der oberen Frontaloberfläche (sagittal und parasagittal), 2 an den Frontalpolen, 1 links lateral, 2 median an der Tiefe. Die Suprasellartumoren werden gesondert besprochen, so daß zunächst von 102 Gliomen

und 46 Meningeomen die Rede ist. Von Funktionsstörungen werden genannt: Kopfschmerz hinter den Augen, Erbrechen, Schwindel als Vorläufer von Konvulsionen; sie sind von Nackenschmerz zu scheiden. Bei Konvulsionen überwiegt der tonische Krampf (Nacken und Rumpf) mit Zungenbiß und Enuresis. Spontane Paraästhesien besonders im Quintus sind häufig, aber auch in Händen und Füßen. Die Halluzinationen sind akustisch-visuell und von intensiver Realität; sie betreffen auch den Olfactorius. Es wird ein Fall beschrieben, bei dem die Halluzinationen bei der Astligatur der Cerebralis anterior auftraten. Geruchsverminderung wird meist nicht bemerkt; Visus sinkt besonders bei Basalmeningeomen; Pollakisurie und nächtliche Inkontinenz kommt vor, ebenso Hypersexualität bei relativer Impotenz. Intrakranieller Druck erzeugt gastro-intestinale Syndrome (Gefäßigkeit). Gewichtsveränderungen im Sinne der Zunahme. Gelegentlich Somnolenz und psychische Störungen. — Die Olfactoriusuntersuchung nach Erlsberg bestimmt die unterste Schwelle. Im allgemeinen sitzt der Tumor auf der Seite des herabgesetzten Geruchsvermögens. Von visuellen Störungen sind zu nennen Atrophie, Pupillenträgheit, Hemianopsie beiderseits, Hippus und Photophobie; Hypästhesie des Quintus und Facialisparesen wurden beobachtet. Bei 26 Gliomen fand man Hemiparesen, ebenso bei 6 Meningeomen, und zwar meist an der oberen Extremität. Hypertonus und Nackensteife sind typisch, insbesondere Trapeziusrigor. Unter den Reflexstörungen kommt einseitiger Bauchdeckenreflexsteigerung diagnostischer Wert zu (Sitz der Läsion auf entgegengesetzter Seite). Dasselbe gilt für Cremaster-reflex. Ataxieerscheinungen sind häufig (Abweichung des Zeigefingers spricht für Sitz auf entgegengesetzter Seite). Tremor der oberen Extremität ist ein- und doppelseitig. Hyperästhesie und Hyperalgesie fand sich bei 16 Fällen. Nasenjucken. Dysarthrie wie bei Paralyse. Die pathologisch-anatomischen Befunde sind im Hinblick auf die klinische Deutung enttäuschend. Einseitige Tumoren machen wenig Symptome. Die präfrontalen Lobi haben eine hemmende Wirkung auf das extrapyramidale System und wahrscheinlich auf die archaischen Teile. — Das Referat kann nur die wichtigsten Ergebnisse hier zusammenfassen.

Leibbrand (Berlin).

Cariotto, Santi: *Lacerazione vulvo-vaginale da coito in donna rimasta vergine.* (Vulvo-vaginale Beischlafsvorlesung bei einer jungfräulich gebliebenen Frauensperson.) (*Maternita, Osp. Vittorio Emanuele, Catania.*) Rass. Ostetr. **49**, 96—105 (1940).

Beim (mißglückten) Versuch der Defloration eines fleischigen festen Hymens anlässlich eines angeblich in normaler Stellung unternommenen Beischlafes kam es zu einer schweren Zerreißung des Dammes, die tief in das perivaginale Gewebe an der Vorderwand des Rectums hineinreichte. Die Verletzung war von einer starken Blutung begleitet, die eine klinische Behandlung notwendig machte. Ausgang in Heilung.

v. Neureiter (Hamburg).

Slot, Gerald: *The street accident.* (Der Straßenunfall.) Med.-leg. a. criminol. Rev. **7**, 317—338 (1939).

Die Wichtigkeit der Straßenunfälle vom klinischen und gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus wird, auch im Hinblick auf die speziellen Feststellungen nach eingetretenem Tod und unter Berücksichtigung des noch recht liberalen Straßenverkehrsrechts in England, dargetan; betrug doch im Jahre 1937 die Zahl der Todesfälle 5299, die der Verletzten 188032. Es finden sich folgende Unterteilungen: Unfallursachen, Behandlung von Unfällen, finanzielle Haftung, irrite Gutachten, Verletzungsarten, gesetzliche Haftung, Schwierigkeit der ärztlichen Gutachten, Überqueren des Fahrdamms durch Fußgänger, Beweiserbringung, Beleuchtungsvorkehrungen, Schnelligkeitsgrenze, Erlaubnisschein für solche, die fahren lernen, sowie Mängel bezüglich Versicherungen. — U. a. werden hinsichtlich der Ursachen Ermüdung, Wetterverhältnisse, starker Verkehr, Zerstreutheit, Seh- und Hördefekte, mechanisches Versagen und Alkohol angeführt. Die Unfallursache des Alkohols wird auf 300—400 Todesfälle jährlich geschätzt. — Bei der Behandlung sei insbesondere auf sofortige genaue Auf-

zeichnungen zu achten. — Irrige Gutachten über Unfälle könnten entstehen durch ungenügende Berücksichtigung der Vorgeschichte, fehlende Röntgenaufnahmen, nicht ausreichende Prüfung in bezug auf das objektive Vorhandensein einer Krankheit. — Wesentliche Verletzungsarten seien solche des Kopfes sowie der Blase. — Vor Gericht sei der Stand des jungen unerfahrenen Krankenhausarztes, der den Verunglückten versorgt hätte, gegenüber den Versicherungsgesellschaften, die über dauernd in dieser Materie arbeitende Ärzte verfügten, sehr schwierig. — Die Frage, wie sich Fußgänger und Kraftfahrer im Interesse der gegenseitigen Sicherheit zu verhalten hätten, sei noch nicht geklärt. — Es werde eine Änderung des gegenwärtigen Gesetzes, nach welchem der Fußgänger den Beweis für die Schuld des Kraftfahrers erbringen müsse, erstrebt. Seit neuerem liege ein Gesetzentwurf vor dahingehend, daß durch einen Kraftfahrer verletzte Personen ohne Nachweis der Fahrlässigkeit Schadenersatzansprüche eintreiben könnten, wenn sie selbst keine Schuld treffe. — Zur Zeit könnten Personen auf Grund von Lernerlaubnis-Serienscheinen Krafträder und -wagen fahren. Um dies zu verhindern, sei eine Fahrprüfung innerhalb angemessener Zeit zu erzwingen. — Zum Schluß werden einige Anregungen zur Behebung der hinsichtlich Versicherungen noch bestehenden Mängel gegeben. — (Es scheinen in England bezüglich Bezahlung der Ärzte, Krankenhauskosten, Rechtsanwälte und Versicherungen noch recht eigenartige und zum Teil ungeklärte Ansichten zu herrschen, auf die im einzelnen hier nicht näher einzugehen ist. Ref.) Es wurde zur Diskussion gesprochen. *Jungmichel* (Göttingen).

Wuth: Selbstmord und Dienstbeschädigung. (*Psychiatr.-Wehrpsychol. Abt., Milit.-Ärztl. Akad., Berlin.*) Veröff. Heeressan.wes. H. 108, 127—139 (1939).

Verf. geht von der in den einschlägigen Bestimmungen festgelegten Begriffsbestimmung der Dienstbeschädigung aus und erörtert dann die beiden Möglichkeiten des sog. „Bilanzselbstmordes“ und der Kurzschlußhandlung; in beiden Fällen handelt es sich um absichtlich herbeigeführte Gesundheitsstörungen, für die Dienstbeschädigung nicht in Frage kommt. Eine solche liegt aber vor, wenn es sich um einen bei der Musterung nicht erkannten Schwachsinn handelt, oder aber wenn der Selbstmord in einer exogen bedingten Bewußtseinsstörung begangen wird, und für das ursächliche Leiden Dienstbeschädigung anzuerkennen ist. Im Falle des Rausches ist sie abzulehnen, da dann der abnormen Konstitution die Hauptschuld zukommt. Bei ausgesprochener Geisteskrankheit liegt Dienstbeschädigung nur dann vor, wenn die dem Militärdienst eigentümlichen Verhältnisse eine ganz überwiegende Rolle gespielt haben; die Frage liegt am schwierigsten, wenn „Auslösung“ oder „Verschlimmerung“ durch den Militärdienst oder während desselben vorliegen können; Annahme einer Dienstbeschädigung ist in solchen Fällen nur dann gerechtfertigt, wenn besonders erschwerende äußere Umstände vorgelegen haben. Dabei ist Verschlimmerung generell als möglich anzusehen; Auslösung wird vom Verf. annähernd abgelehnt. Selbstmordversuche sind entsprechend zu beurteilen. Kein Zweifel, daß es sich in der Mehrzahl der Fälle um Psychopathen handelt; auch in der Zivilbevölkerung kommen in den gleichen Jahrgängen Selbstmordhandlungen nicht viel seltener vor. Besonders beachtlich der abschließende Hinweis des Verf., daß Selbstmordhandlungen durch eine — übrigens früher übliche — Anerkennung der Dienstbeschädigung eher gefördert als gehindert werden. Insgesamt meint er, daß Dienstbeschädigung fast nur dann anzuerkennen sei, wenn der Selbstmord als Folge einer Dienstbeschädigung angesehen werden müsse. *Donalies* (Eberswalde).

Plötzlicher Tod aus natürlicher Ursache.

Blackstein, Gottfried: Über den plötzlichen Tod aus natürlichen Ursachen bei Erwachsenen. (*Inst. f. Gerichtl. u. Soz. Med., Univ. Halle-Wittenberg.*) Halle a. d. S.: Diss. 1939. 47 S.

Dem Verf. standen 314 plötzliche Todesfälle zur Verfügung, von denen 509 männliche Personen betrafen. Das Sterblichkeitsmaximum lag im 8. Jahrzehnt. Als Todes-