

n e y s entsprechend. Der Schnitt beginnt in Nabelhöhe und soll ungefähr 8 cm lang sein. Nach Durchschneiden der Aponeurose, welche das vordere Blatt der Rektusscheide darstellt, hebt man den äußeren Schnittrand ab, bis man den äußeren Muskelrand erreicht, macht diesen frei, zieht den Rektus nach innen, schneidet hinter dem Rektus das untere Blatt der Scheide durch, gleichzeitig mit dem Peritonäum. Dann wird der zu entfernende Processus vermiformis gesucht. Die Resektion geschieht immer erst, nachdem das Mesenterium ganz abgebunden und alle Adhäsionen gelöst sind. Ein Schnitt durch die Serosa und Muskularis bildet, zirkulär geführt, eine kleinen Manschette um einen inneren Zylinder, der nur von der Schleimhaut gebildet wird, diese wird an ihrer Ansatzstelle am Blinddarm abgebunden. Man bedeckt den Stumpf mit der Manschette, welche vernäht wurde und dann durch eine zweite Naht ganz in die Wand des Blinddarms eingelassen wird.

In dritter Zeit folgen Etagennähte der Bauchdecken, man hat dann den Vorteil wie bei der Leistenhernie, daß die verschiedenen Linien der Naht sich nicht entsprechen und bei Heilung per primam keine Hernie oder Erschlaffung der Narbe auftreten kann. Ferner vermeidet man fast immer, soweit als möglich, jede Drainage der Wunde.

IV.

Ein weiterer Beitrag zur pathologischen Anatomie der militärischen Selbstmörder.

(Aus der Prosektur des Militärleichenhofes in Wien.)

Von

Oberarzt Dr. E d u a r d M i l o s l a v i c h , Prosektursadjunkt.

Die in vieler Hinsicht praktisch so wichtige Frage nach den letzten Ursachen des Selbstmordes ist wohl nie verstummt und namentlich im Laufe der letzten Jahre immer wieder besonders von seiten der Psychiater aufgeworfen worden, indem man vielfach den Selbstmord als eine Reaktion einer erkrankten Psyche ansah. Naturgemäß suchte man auch im Sektionsbefunde Anhaltspunkte zu gewinnen, um die abnormale Reaktion des Selbstmörders auf mannigfache, oft höchst unbedeutende Reize erklären zu können. So hat man beispielsweise vielfach Residuen abgelaufener Krankheitsprozesse als ursächliches Moment angesehen.

Die erste größere Zusammenstellung über Beobachtungen an Selbstmörderleichen verdanken wir zweifellos Heller¹⁾, welcher im Jahre 1900 über 300 Sektionsfälle von Selbstmördern berichtet. Heller betont in seinen Fällen die große Zahl von akuten Krankheiten, welche Erfahrung er sonst nicht in der Literatur erwähnt fand. Er registriert ferner „Veränderungen des Zentralnervensystems und seiner Hüllen in mannigfachen Kombinationen“: Hyperostosen, Sklerosen des Schädels, Hämorrhagien, Atrophie, Erweichungsherde des Gehirns usw., Mißbildungen, Tumorbildungen. Bei Frauen Zustände von Gravidität, Status post partum und Menstruation

als physiologische Zustände, welche zu abnormem psychischen Verhalten in hohem Maße disponieren. Mancherlei Veränderungen werden von ihm auf Alkoholismus bezogen, der gleichfalls mit unter den letzten Ursachen des Selbstmordes angeführt erscheint. In 8 % seiner Fälle ist vermerkt, daß pathologische Befunde nicht vorhanden waren. Bezüglich der Beurteilung der Selbstmordfrage meint er: „So dürfte scharf zu unterscheiden sein zwischen dem letzten Anlasse zur Tat und der eigentlichen, die abnorme Reaktion bringenden Ursache. Die letztere ist das Wesentliche, der erstere ist seiner Art bedeutungslos; statt des einen hätte ebensogut ein ganz anderes, verhältnismäßig wenig bedeutendes Ereignis den gleichen Erfolg herbeiführen können.“ So sind auch nach seiner Meinung „statistische Angaben über die Veranlassung der Selbstmorde von sehr geringem Werte“ und müsse es deshalb prinzipiell verlangt werden, daß „die Sektion aller dem Anscheine nach durch Selbstmord Umgekommenen stattfände“, da durch die Sektion pathologische Zustände aufgedeckt werden können, „welche zu vorübergehenden geistigen Störungen oder dauernder Beeinträchtigung der Zurechnungsfähigkeit erfahrungsmäßig die Grundlage geben“.

Ollendorff²⁾, auf der Arbeit von Heller fußend, berichtete im Jahre 1905 über 362 Selbstmordfälle, die eine fast vollinhaltliche Bestätigung der Hellerschen Befunde darstellen. Akut fieberhafte Krankheiten verzeichnet er in 65 Fällen (17,96 %), worunter sich 34 Fälle (9,39 %) von frischer Milzschwellung befinden. Die letztere konnte ich in keinem meiner Fälle konstatieren. Dem Status thymico-lymphaticus schenkte Ollendorff offenbar keine besondere Beachtung, denn in seinen Fällen findet man nur dreimal eine Schwellung des lymphatischen Apparates, sowie in vier Fällen eine persistierende Thymus, die letztere einmal in Kombination mit der Schwellung des lymphatischen Rachenringes erwähnt.

Im Jahre 1906 hat ferner Bartel mit Stein³⁾ gelegentlich der Wiedergabe histologischer Untersuchungen über den Status lymphaticus bzw. thymico-lymphaticus (Paltau¹⁾) drei Fälle von Selbstmördern vermerkt, welche einen ausgeprägten Grad von Lymphatismus mit übergroßer Thymus aufwiesen. Die Zahl der Fälle war zu klein, um damals daraus irgendwelche positive Schlußfolgerungen zu ziehen, wohl aber gaben diese Fälle Veranlassung zu später zu erörternden ausführlichen Mitteilungen Bartels⁴⁾. Das Jahr 1909 bringt uns nun gleichfalls auf Wiener Boden eine größere Abhandlung von Brosch⁵⁾, welche speziell die Frage des militärischen Selbstmörders zum Ziel hatte. Soweit er Veränderungen pathologisch-anatomischer Natur beschreibt, findet er sich vielfach in Übereinstimmung mit Heller. Speziell den Residuen akuter Entzündungen, wie Atrophien und Hypertrophien und mannigfachen Bildungsanomalien, erscheint ein besonderes Augenmerk zugewendet. Ein großes Gewicht wird ferner auf den „Status digestionis“ gelegt. Im Anhang wird erwähnt, „daß Veränderungen am lymphatischen Apparate bei Selbstmördern ziemlich häufig beobachtet wurden“. Es wird diesbezüglich ferner bemerkt, daß die Untersuchungen schon fast abgeschlossen waren, als die Aufmerksamkeit auf diese Verhältnisse gelenkt wurde, so ergab sich an Fällen späterer Untersuchungsreihen eine oft ungewöhnliche Größe der Thymus und auch das Bild des Status lymphaticus (nach A. Paltau¹⁾). Hierzu bemerkt Brosch: „Da aber im vorliegenden Material nicht systematisch auf diese Veränderungen geachtet wurde, können darüber auch keine präzisen Zahlenangaben gemacht werden, und bleiben dieselben einer späteren Publikation vorbehalten.“ So viel war jedoch trotzdem zu ersehen, daß Status lymphaticus bei seinen Selbstmordfällen „ziemlich häufig“ sei.

Kurz darauf veröffentlichte Bartel⁴⁾ im Anschluß an jene oben erwähnten drei Fälle seine Beobachtungen an einer größeren Zahl (122 Fälle) von Selbstmörderobduktionen. Das Hauptgewicht wird von ihm dem Vorhandensein eines Status lymphaticus bzw. thymico-lymphaticus beigelegt. Er zeigt, indem er sein Material je nach der Genauigkeit der Sektion mit Beachtung der verschiedenen Befunde in Gruppen teilt, wie das Bild des Selbstmörders auf dem Sektions-tische bei zunehmender Achtsamkeit auf „scheinbar“ zufällige und unbedeutende „Nebenbefunde“ ein bestimmtes Gepräge zeigt. Dies gilt in allererster Linie für Lymphatismus, den wir ja mit Fug und Recht als ein sicheres und sehr prägnantes Signum einer

Konstitutionsanomalie betrachten dürfen. Unter 52 Fällen seiner Gruppen II und III vermerkt er in 36 % Status thymico-lymphaticus, in 26 % Status lymphaticus, in 20 % Teilsymptome einer solchen Körperbeschaffenheit. Es wird hierzu bemerkt: „Wenn solchergestalt in 18 % der Fälle Angaben negativ erscheinen“ (vgl. bezüglich des Lymphatismus), „so darf nicht vergessen werden, daß in Gruppe II die Protokollierung keine entsprechend sorgfältige war“. Tatsächlich erwies sich in Gruppe III, welche 26 genauest protokollierte Fälle umfaßte, daß der Lymphatismus, meistens hohen Grades, mit und ohne Thymus persistens, bei Selbstmördern namentlich der jüngeren Jahrzehnte ein fast konstanter Befund ist. Gleichlaufend wird ferner berichtet über Hypoplasien des Genitales, des arteriellen Systems“ über Bildungsanomalien, Befunde, welche ja recht häufig bei „Lymphatikern“ gesehen werden können. Bartels sonstige Befunde stimmen im allgemeinen mit Heller und Brosch überein. Am Schlusse wird betont, daß wenn auch durch die mitgeteilten Befunde die Selbstmordfrage noch keineswegs gelöst erscheine, doch ein Fingerzeig vorhanden sei, über die bisherige Art und Weise der Sektion bei Selbstmördern hinaus genau auf Momente zu achten, welche für eine konstitutionelle Anomalie zu sprechen geeignet sind, dabei müsse man, wie den mannigfachen Bildungsfehlern, auch dem ganz auffallend häufigen Befund des Status thymico-lymphaticus das Interesse zuwenden.

Die letztere größere Zusammenstellung hat Egglhuber⁶⁾ zum Verfasser. Er benutzte hierzu eine Anzahl von 136 Sektionen von Selbstmördern, bei welchen allerdings dem Anscheine nach den Anzeichen des Status thymico-lymphaticus kein besonderes Augenmerk zugewendet war. So vermerkt er nur dreimal die Persistenz der Thymus, die in einem Falle mit lymphatischer Hyperplasie verbunden war. Er bemerkt hierzu: „Dem Status thymico-lymphaticus wird von mancher Seite eine Beziehung zur Entstehung von Geistesgestörtheit zugeschrieben. Brosch⁵⁾ legt ihm die Bezeichnung der retardierten Pubertät bei. Jedenfalls wissen wir von diesen Verhältnissen wenig Sicheres.“ Sonst sind in den Aufzeichnungen Egglhubers zahlreiche Beobachtungen derart, wie sie seit Heller bei Selbstmördern bekannt sind und auch von Brosch und Bartel gesehen worden, vermerkt. Er meint: „Diese Befunde müssen, wo die Sektion sonst nichts ergibt, als Verlegenheitserklärung dienen, und es kommt ihnen, besonders wenn sie nicht auffallend sind, keine Beweiskraft zu.“

Eigene Untersuchungen.

Das Material, welches hier zur Beurteilung kam, stellt gleichzeitig eine Fortsetzung der von Brosch angefangenen und so ausführlich beschriebenen Selbstmordfälle dar, mit besonderer Berücksichtigung der Konstitutionsanomalien.

Ich teile meine Statistik in:

I. Gruppe: Status thymico-lymphaticus (A. Paltauf): ausgesprochene Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates mit übergroßer Thymus;

II. Gruppe: Status lymphaticus: Schwellung des gesamten lymphatischen Apparates ohne Bestehen einer Thymus oder mit Thymusfettkörper;

III. Gruppe: Status thymicus: übergroße, zuweilen zweilappige Thymus, ohne anscheinend sichtbare Beteiligung des lymphatischen Apparates;

IV. Gruppe: Teilsymptome eines Lymphatismus: partielle Schwellung des lymphatischen Apparates (wie Darm, Mesenterialdrüsen, Milz, Zungengrund usw.);

V. Gruppe: negative Fälle.

In jenen Fällen, wo Status thymicus allein vermerkt wurde, ebenso wie bezüglich der Fälle mit „negativen“ Angaben muß ich einschalten, daß ich es hier nicht ausschließen kann, daß bei einer Anzahl dieser Fälle tatsächlich Anzeichen von Lymphatismus vorhanden waren, jedoch nicht im Obduktionsprotokoll vermerkt wurden.

Abkürzungen: Th. = Thymus, Str. par. = Struma parenchymatosa, koll. Str. = kolloide Struma, B. = Bildungsfehler, T. = Tumor, App. = Appendix, A. = Aorta.

Unter Bildungsfehler sind abnorme Formen und Lappungen innerer Organe, das Offenbleiben embryonaler Wege (Foramen ovale, Leistenring usw.) sowie der angeborene innere Hydrozephalus und andere Anomalien verzeichnet worden.

Als Tumoren sind Adenome der Schilddrüse, Hämangiome der Leber, Gliome des Gehirns usw. verstanden. (Bösartige Neubildungen, wie Karzinome und Sarkome, sind übrigens in keinem Falle zur Beobachtung gekommen.)

I. Gruppe: Status thymico-lymphaticus.

F. 3.	28. I.	1907.	20 J.	Brustschuß: B.
F. 39.	30. VI.	1908.	20 J.	Kopfschuß: A. 6,5 : 5 cm.
F. 92.	12. V.	1911.	20 J.	Kopfschuß: Str. par.; B.; A. 5 : 3,8 cm.
F. 103.	19. I.	1911.	20 J.	Brustschuß: A.: 5 : 3,8 cm.
F. 106.	7. XI.	1911.	20 J.	Erhängen: B.; App. 13 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
F. 1.	31. X.	1906.	21 J.	Brustschuß: A. 6 : 4,5 cm.
F. 8.	5. III.	1907.	21 J.	Erhängen: A. 5 : 2,5 cm.
F. 10.	7. IV.	1907.	21 J.	Erhängen: Str. par.; B.; A. 6 : 2,5 cm.
F. 30.	29. X.	1907.	21 J.	Erhängen: B.; A. 5,5 : 4 cm.
F. 31.	26. XI.	1907.	21 J.	Kopfschuß: A. 5 : 3,5 cm.
F. 38.	10. VI.	1908.	21 J.	Erhängen: B.; A. 6 : 5 cm.
F. 50.	4. III.	1909.	21 J.	Kopfschuß: B.; A. 6,5 : 5 cm.
F. 83.	11. I.	1911.	21 J.	Kopfschuß: B.; App. 9 cm; A. 5,7 : 4,5 cm.
F. 88.	22. II.	1911.	21 J.	Brustschuß: Str. par.; T.; A. 6,2 : 4,9 cm.
F. 101.	7. I.	1911.	21 J.	Erhängen: B.; T.; App. 9 cm; A. 5,3 : 4 cm.
F. 102.	18. I.	1911.	21 J.	Kopfschuß: B.; A. 5,3 : 4,1 cm.
F. 105.	2. XI.	1911.	21 J.	Kalilangevergiftung: B.; App. 8,5 cm; A. 6 : 5,5 cm.
F. 2.	28. XI.	1906.	22 J.	Kopfschuß: A. 5 : 4 cm.
F. 21.	12. VI.	1907.	22 J.	Erhängen: B.; A. 4,5 : 3 cm.
F. 29.	21. X.	1907.	22 J.	Kopfschuß: A. 6,5 : 5 cm.
F. 34.	21. III.	1908.	22 J.	Kopfschuß: B.; A. 6,5 : 4 cm.
F. 46.	16. XI.	1908.	22 J.	Brustschuß:
F. 67.	17. I.	1910.	22 J.	Brustschuß: B.; A. 5,5 : 3,7 cm.
F. 68.	19. IV.	1910.	22 J.	Kopfschuß: B.; App. 14 cm; A. 5,5 : 4,2 cm.
F. 69.	22. IV.	1910.	22 J.	Sturz aus der Höhe: B.; A. 5,5 : 4 cm.
F. 78.	18. X.	1910.	22 J.	Kopfschuß: B.; A. 5 : 4,3 cm.
F. 81.	30. XII.	1910.	22 J.	Kopfschuß: B.; A. 5 : 4 cm.
F. 93.	15. V.	1911.	22 J.	Brustschuß: B.; App. 4,5 cm; A. 6 : 5,2 cm.
F. 99.	20. I.	1911.	22 J.	Kopfschuß: B.; App. 13 cm; A. 6,4 : 4,5 cm.
F. 100.	1. XI.	1910.	22 J.	Sturz aus der Höhe: Str. par.; A. 5,7 : 4,9 cm.
F. 13.	16. IV.	1907.	23 J.	Brustschuß: B.; A. 6 : 4,5 cm.

- F. 36. 7. V. 1908. 23 J. Erhängen: B.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 42. 5. X. 1908. 23 J. Brustschuß: A. 4,5 : 4,5 cm.
 F. 57. 7. X. 1909. 23 J. Kopfschuß: B.; Str. par.; A. 5,2 : 4,5 cm.
 F. 66. 12. I. 1910. 23 J. Kopfschuß: B.; Str. par.; App. 10 cm; A. 7 : 4,5 cm;
 F. 107. 8. XI. 1911. 23 J. Erhängen: B.; T.; coll. Str.; App. 8,5 cm; A. 7 : 4,5 cm.
 F. 108. 16. XI. 1911. 23 J. Brustschuß: B.; App. 9 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 110. 25. XII. 1911. 23 J. Kopfschuß: B.; koll. Str.; A. 6 : 4,5 cm; App. 9 cm.
 F. 27. 3. X. 1907. 24 J. Überfahren: B.; Str. par.; A. 5,5 : 4 cm.
 F. 51. 20. IV. 1909. 24 J. Brustschuß: A. 5,5 : 4 cm.
 F. 109. 10. XII. 1911. 24 J. Löffelschlucker: B.; koll. Str.; App. 9 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 5. 12. II. 1907. 25 J. Ertrinken: B.; A. 6 : 4 cm.
 F. 89. 21. IV. 1911. 26 J. Kopfschuß: B.; A. 5,5 : 4,2 cm.
 F. 20. 5. VI. 1907. 27 J. Erhängen: B.; A. 6 : 4,5 cm.
 F. 94. 21. V. 1911. 27 J. Veronalvergiftung: B.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 11. 10. IV. 1911. 28 J. Brustschuß: B.; Str. par.; A. 5,4 : 4,3 cm.
 F. 56. 30. IX. 1909. 29 J. Brustschuß: B.; App. 14 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 90. 1. V. 1911. 32 J. Brustschuß: A. 7,5 : 5 cm.
 F. 76. 7. X. 1910. 38 J. Erhängen: B.; Str. par.; App. 9,5 cm; A. 6 : 5 cm.
 F. 65. 6. I. 1910. 41 J. Zyankalivergiftung: B.; App. 8 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 91. 5. V. 1911. 48 J. Blausäurevergiftung: T.; App. 2 cm obl.; A. 7 : 5,2 cm.
 F. 7. 28. II. 1907. 52 J. Kopfschuß: B.; App. 8,5 cm.

II. Gruppe: Status lymphaticus.

- F. 18. 22. V. 1907. 21 J. Erhängen: B.; Str. par.; A. 6,5 cm.
 F. 54. 29. VII. 1909. 21 J. Kopfschuß: A. 6,5 cm.
 F. 61. 15. XI. 1909. 21 J. Sturz aus der Höhe: T.
 F. 86. 30. I. 1911. 21 J. Kopfschuß: B.; Str. par.; A. 5 : 4 cm.
 F. 96. 20. VII. 1911. 21 J. Erhängen.
 F. 26. 29. IX. 1907. 22 J. Brustschuß: B.; A. 5 : 4 cm.
 F. 79. 2. XII. 1910. 22 J. Brustschuß: B.; App. 8 cm; A. 5 : 3 cm.
 F. 87. 16. II. 1911. 22 J. Brustschuß: A. 5,4 : 4,3 cm.
 F. 6. 23. II. 1907. 23 J. Erhängen: B.; A. 5 : 4,5 cm.
 F. 15. 27. IV. 1907. 23 J. Kopfschuß: T.; A. 6,2 : 4,5 cm.
 F. 28. 12. X. 1907. 23 J. Erhängen: B.; A. 6 : 4 cm.
 F. 60. 3. XI. 1909. 23 J. Brustschuß: T.; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 71. 2. VI. 1910. 23 J. Überfahren: App. 12 cm; A. 5,2 : 3,7 cm.
 F. 98. 11. X. 1911. 24 J. Brustschuß: T.; B.; Str. par.; A. 5 : 4 cm.
 F. 73. 5. VIII. 1910. 25 J. Brustschuß: B.; A. 5 : 4,3 cm.
 F. 82. 5. I. 1911. 26 J. Erhängen: B.; A. 6 cm.
 F. 84. 17. I. 1911. 34 J. Erhängen: B.; koll. Str.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 95. 21. V. 1911. 34 J. Brustschuß: T.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 77. 15. X. 1910. 36 J. Veronalvergiftung: A. 6 : 4,5 cm.
 F. 80. 2. XII. 1910. 38 J. Kopfschuß: B.; App. 10 cm; A. 7 : 4 cm.
 F. 63. 2. I. 1910. 40 J. Kopfschuß: B.; Str. par.
 F. 47. 24. XI. 1908. 48 J. Lysolvergiftung: B.
 F. 74. 26. VIII. 1910. 62 J. Kopfschuß.

III. Gruppe: Status thymicus.

- F. 41. 1. IX. 1908. 21 J. Brustschuß: B.; A. 5 : 4 cm.
 F. 70. 13. V. 1910. 21 J. Kopfschuß: T.

- F. 85. 17. I. 1911. 21 J. Brustschuß: B.; A. 5,2 : 4 cm.
 F. 17. 13. V. 1907. 22 J. Brustschuß: B.; A. 6,5 : 4 cm.
 F. 32. 13. I. 1908. 22 J. Kopfschuß: A. 6 : 4,5 cm.
 F. 33. 18. II. 1908. 22 J. Kopfschuß: Str. par.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 37. 10. V. 1908. 22 J. Kopfschuß: A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 40. 14. VIII. 1908. 24 J. Kopfschuß: A. 6 : 4,5 cm.
 F. 52. 2. VI. 1909. 24 J. Kopfschuß: B.; A. 5,5 : 4 cm.

IV. Gruppe: Anzeichen eines Lymphatismus:

- F. 22. 10. VII. 1907. 20 J. Brustschuß: B.
 F. 72. 8. VI. 1910. 24 J. Kopfschuß: B.; A. 5,7 : 4,8 cm.
 F. 45. 2. XI. 1908. 44 J. Kopfschuß: T.; A. 8 : 6 cm.
 F. 44. 29. X. 1908. 56 J. Kopfschuß: B.; App. 11 cm; A. 9 : 6,3 cm.

V. Gruppe: Negative Fälle¹⁾:

- F. 64. 3. I. 1910. 21 J. Kopfschuß: B.; Str. par.; App. 12 cm; A. 6 : 4 cm.
 F. 14. 26. IV. 1907. 22 J. Brustschuß.
 F. 19. 26. V. 1907. 22 J. Brustschuß: B.
 F. 23. 19. VII. 1907. 22 J. Ertrinken: A. 6 cm.
 F. 25. 19. VIII. 1907. 22 J. Brustschuß: A. 5,5 : 3,5 cm.
 F. 48. 14. I. 1909. 22 J. Brustschuß: A. 5 : 4 cm.
 F. 55. 22. IX. 1909. 23 J. Brustschuß: B.; App. 21 cm; A. 5,5 : 4,5 cm.
 F. 24. 6. VIII. 1907. 24 J. Kopfschuß: A. 6 : 4,2 cm.
 F. 53. 23. VII. 1909. 24 J. Laugenvergiftung.
 F. 104. 28. III. 1911. 24 J. Ertrinken: A. 5,5 cm.
 F. 49. 26. II. 1909. 26 J. Kopfschuß: B.; A. 6 : 4 cm.
 F. 35. 8. IV. 1908. 27 J. Brustschuß: B.; App. 2 cm obl.; A. 6,5 : 4,5 cm.
 F. 4. 6. II. 1907. 28 J. Kopfschuß: B.; A. 6 : 5 cm.
 F. 58. 8. X. 1909. 34 J. Kopfschuß: B.; Str. par.; A. 6 : 5,5 cm.
 F. 16. 7. V. 1907. 36 J. Kopfschuß: B.; A. 7,5 : 5 cm.
 F. 43. 18. X. 1908. 41 J. Brust- und Kopfschuß: B.
 F. 59. 10. X. 1909. 43 J. Erhängen: B.; A. 6 : 4 cm.
 F. 97. 17. IX. 1911. 43 J. Brustschuß: B.
 F. 9. 18. III. 1907. 46 J. Kopfschuß.
 F. 62. 20. XI. 1909. 46 J. Kopfschuß: A. 6,3 : 5,7 cm.
 F. 12. 12. IV. 1907. 59 J. Sturz aus der Höhe: koll. Str.
 F. 75. 6. X. 1910. 65 J. Brustschuß.

Über die sonstigen bei Selbstmördern vorgefundenen krankhaften Veränderungen geben die nachstehenden Zusammenstellungen Aufschluß.

I. Akute Infektionskrankheiten:

- Appendizitis: Fall 7;
 Bronchitis: Fall 34;
 Zystitis, Pyelitis, Pyelonephritis: Fall 7, 45, 63;
 Gonorrhoe: Fall 5;
 Ulcus molle: Fall 46.

II. Chronische Entzündungen:

- chronischer Magenkatarrh: Fall 7, 43, 44, 60;
 chronisches Bronchitis: Fall 8;
 chronische Samenblasenentzündung: Fall 9, 44, 59;

¹⁾ d. h. negativ in bezug auf thymiko-lymphatische Begleitbefunde.

chronische Nebenhodenentzündung: Fall 16, 36, 44, 45, 65, 91, 108;
 chronische Appendizitis: Fall 103;
 chronische Herzklappenentzündung: Fall 44, 53, 62, 107.

III. Tuberkulose:

miliare Tuberkulose der bronchialen Lymphdrüsen: Fall 21;
 chronische Spitzentuberkulose: Fall 12, 56, 103;
 Schwielen und Narbenbildung (Lurge); Fall 35, 73, 82, 85;
 chronische Tuberkulose in beiden Oberlappen und Bronchialdrüsen: Fall 29, 57;
 chronische Nierentuberkulose: Fall 18.

IV. Lues:

frische Infektion: Fall 20;
 Lues inveterata: Fall 24, 27, 84, 101;
 Mesaortitis: Fall 12, 44, 45, 91.

V. Krankhafte Zustände und Folgezustände nach abgelaufenen Krankheiten (nach Organsystem geordnet):

1. Zentralnervensystem und seine Hüllen:

Hyperostose und Sklerose des Schädeldaches: 8 mal, in Fällen: 1, 4, 5, 7, 22, 44, 49, 102;
 Verwachsungen und Verdickungen der Dura mater: 18 mal, in Fällen: 1, 3, 7, 9, 12, 14, 44, 45, 47, 48, 56, 58, 61, 62, 84, 91, 97, 98.
 Trübung der Meningen und Leptomeningitis: 33 mal, in Fällen: 4, 5, 6, 8, 14, 20, 28, 30, 36, 43, 45, 46, 49, 61, 65, 76, 79, 80, 86, 88, 91; 10, 11, 13, 19, 35, 44, 47, 51, 55, 58, 62, 102;
 apoplektische Narbe: Fall 58;
 Atrophie des Gehirns: Fall 7, 43, 44.

2. Blutgefäßsystem:

Herzhypertrophie: 29 mal, in Fällen: 8, 9, 10, 12, 13, 15, 16, 18, 36, 39, 51, 57, 63, 64, 65, 66, 67, 72, 74, 81, 82, 88, 89, 92, 100, 101, 102, 104, 107;
 Herzdilatation: 4 mal, in Fällen: 7, 21, 43, 59;
 Fettherz: 10 mal, in Fällen: 4, 7, 23, 30, 34, 43, 54, 63, 66, 97;
 Endokardverdickung, in Fällen: 48, 55, 57;
 Concretio cordis cum pericardio: Fall 7;
 fleckweise Degeneration der Aortenintima: 17 mal, in den Fällen: 1, 3, 9, 20, 21, 26, 44, 47, 51, 65, 73, 80, 83, 98, 99, 100, 101;
 Koronarsklerose: Fall 36;
 allgemeine Arteriosklerose: Fall 7.

3. Respirationstrakt:

Pleuraverwachsungen: 31 mal, in Fällen: 5, 7, 12, 17, 18, 22, 25, 26, 34, 46, 56, 60, 65, 71, 77, 78, 79, 84, 91, 94, 96, 97, 98, 101, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 110;
 Bronchiektasie: Fall 44;
 chronisches Emphysem: Fall 12.

4. Verdauungstrakt:

Ösophaguserweiterung (im unteren Drittel, spindelförmig): in Fällen: 34, 49, 59, 72, 83, 84;
 Verdickung der Ösophagusschleimhaut: Fall 4, 44;
 État mamellonné des Magens: 19 mal, in Fällen: 1, 2, 9, 11, 45, 51, 62, 66, 75, 77, 78, 81, 88, 98, 105, 106, 107, 108, 109;
 Dehnung des Dickdarms und Zökums: 16 mal, in Fällen: 5, 68, 69, 78, 79, 81, 83, 86, 88, 89, 100, 101, 105, 106, 107, 108;
 Coecum mobile: Fall 65, 78;

chronische Perisigmoiditis mit Divertikelbildung: Fall 44, 45;

Appendix (öfter mit trichterförmiger Einmündung),

das kürzeste Maß: 2 cm,

das längste Maß: 21 cm,

Durchschnittslänge: 10 cm,

Appendektomie: Fall 92;

Insuffizienz der Ileozökalklappe (geprüft nur in den letzten 30 Fällen): 15 mal, in Fällen:

68, 69, 72, 78, 80, 81, 82, 84, 88, 89, 93, 97, 98, 101, 106;

Status digestionis: 23 mal, in Fällen: 4, 8, 22, 29, 30, 33, 34, 49, 50, 51, 55, 67,

68, 78, 80, 81, 85, 86, 90, 93, 101, 107, 108;

Askaridiasis: Fall 51;

Peritonäalverwachsungen: 14 mal, in Fällen: 17, 18, 35, 45, 49, 51, 73, 81, 86, 90, 98, 100, 101, 106;

Cholelithiasis: Fall 45.

5. Urogenitalsystem:

Hydronephrose: Fall 65, 72;

Prostatahypertrophie, in 8 Fällen: 7, 9, 11, 20, 26, 38, 44, 59;

Atrophie der Hoden, in 7 Fällen: 57, 62, 64, 65, 75, 84, 92;

Hydrozoole: Fall 6, 107.

6. Sonstige Befunde:

Alcoholismus acutus, in 7 Fällen: 4, 51, 54, 80, 81, 108, 110;

allgemeine Fettsucht, in 5 Fällen: 4, 5, 16, 43, 97;

Atrophie der Thyreoidea, in 11 Fällen: 25, 62, 69, 70, 77, 81, 83, 85, 91, 94, 103.

Bezüglich der allgemeinen Befunde kann man also konstatieren, daß hier eine Übereinstimmung mit allen bisherigen Autoren besteht: mannigfache Bildungsfehler, akute und chronische Erkrankungen sowie Krankheitsfolgen usw. Ich will hier des näheren nicht auf die mehrfach von verschiedenen Seiten erhobenen Befunde eingehen, wohl aber möchte ich nachdrücklichst hinweisen auf die ganz außerordentliche Bedeutung des so häufigen Befundes eines Status thymico-lymphaticus und dessen Teilsymptome. Ich weise darauf hin, daß diese Beobachtung im Einklang steht mit einer Reihe von Befunden von Brosch, namentlich aber von Bartel, welcher dem Lymphatismus ein ganz besonderes Augenmerk zugewendet hat.

Ich selbst konstatierte Anzeichen einer lymphatischen Konstitution in 80 % meiner Fälle (88 von 110), und zwar:

Status thymico-lymphaticus in 52 Fällen = 47 %,

Status lymphaticus in 23 Fällen = 21 %,

Status thymicus in 9 Fällen = 8,5 %,

Status thymicus in 9 Fällen = 8,5 %,

Teilsymptome in 4 Fällen = 3,5 %,

negative Angaben in 22 Fällen = 20 %.

Es besteht also in meinen Fällen eine weitgehende Übereinstimmung mit Beobachtungen Bartels. Ich glaube nun, daß man an diesen Tatsachen nicht gleichgültig vorübergehen darf, auch dann, wenn man bedenkt, daß Lymphatismus bzw. Status thymico-lymphaticus in der Jugend häufiger anzutreffen ist (siehe Bartel) als in späteren Jahrzehnten, und der Selbstmord, wie es auch

aus meinen Fällen ersichtlich ist, speziell Individuen der ersten Jahrzehnte betrifft. Es fragt sich nun, inwieweit sich hier eine Möglichkeit ergibt, einen näheren Zusammenhang mit den letzten Ursachen des Selbstmordes zu finden. Untersuchungen der Schule Weichselbaum (Bartel, Bartel⁷ und Hermann^{7,8}, v. Wiesner⁹, Kyrle¹⁰) haben ergeben, daß man bei Individuen mit lymphatischer Konstitution Entwicklungsstörungen an spezifischen Parenchymen, speziell an Lymphdrüsen und Sexualdrüsen mit gleichzeitiger Wucherung des Stützgerüsts sehen kann. Es möge hier auch auf die Beobachtungen von Wiesel¹¹ und Rössle¹² bezüglich des chromaffinen Systems hingewiesen werden. Ich habe in dieser Richtung gelegentliche Nachprüfungen vorgenommen und kann die Beobachtungen der genannten Autoren bestätigen. Es erscheint nun nicht so ganz unberechtigt, daran zu denken, daß bei solchen Lymphatikern auch das spezifische Parenchym des nervösen Systems, speziell der Nervenzellen, ein von der Norm mehr oder weniger abweichendes Verhalten zeigen. Untersuchungen nach dieser Richtung stehen noch aus. Wir wissen nur, daß sich Zustände von Hirnhypertrophie bei Lymphatikern nicht so selten finden, eine Tatsache, die schon Rokitansky nicht mehr fremd gewesen ist. Diesbezügliche Untersuchungen konnten in meinen Fällen leider nicht angestellt werden. Freilich ist die Annahme einer solchen Beziehung derzeit noch als eine Hypothese anzusehen.

Wenn seinerzeit Heller auf Grund seiner Beobachtungen die genaue Obduktion der Leichen von Selbstmördern als ein auf verschiedenen sozialen Momenten basierendes Erfordernis bezeichnete, so möchte ich mich diesem Standpunkte auch nach den eben mitgeteilten Befunden voll und ganz anschließen. Dabei möchte ich mit Bartel auf die besondere Bedeutung der so überaus häufigen Beobachtungen eines zumeist sehr ausgesprochenen Status thymicolymphaticus (Paltauf) hinweisen, welche Konstatierung man bei keiner Sektion eines Selbstmörders unterlassen sollte. Es hat ja gerade diese Frage der „besonderen Leibesbeschaffenheit“ des Selbstmörders nicht nur ihre Bedeutung für den betreffenden Fall an sich, sondern auch für die so oft zur Diskussion gestellte Frage der auslösenden Mitschuld dritter Personen an der eingetretenen Katastrophe, welche Frage besonders im militärischen Milieu eine bedeutende Rolle spielt.

In jüngster Zeit hat besonders Bonhoeffer¹³ in einer Monographie auf Grund einwandfreier Fälle auf die „im Gefolge von akuten Infektionen und inneren Erkrankungen“ auftretenden vorübergehenden Geistesstörungen hingewiesen. Es erscheint mir von besonderer Wichtigkeit, zu betonen, daß das Zusammentreffen von solchen auf Grundlage von akuten Infektionen, von inneren Erkrankungen oder physiologischen Vorgängen (Status digestionis, Menstruation, Puerperium usw.) auftretenden passageren geistigen Störungen mit einem

Status thymico-lymphaticus wahrscheinlich das Wesen der inneren organischen Selbstmorddisposition bildet, denn über die auffallende Häufigkeit dieser Konstitutionsanomalie bei Selbstmördern kann man sich füglich nicht mehr hinwegsetzen.

Diese namentlich bei jüngeren Selbstmördern mit einer bemerkenswerten Regelmäßigkeit vorkommen Simultanbefunde zwingen uns vielmehr, aus ihrer Häufigkeit nach dem Wahrscheinlichkeitsgesetz die entsprechenden Schlußfolgerungen zu ziehen.

Literatur.

1. Heller, A., Zur Lehre vom Selbstmord nach 300 Sektionen. Münch. med. Wschr. Nr. 48, 1900. — 2. Ollendorff, K., Krankheit und Selbstmord. Greifswald, J. W. Kunike, 1905. — 3. Bartel, J., und Stein, R., Über abnormale Lymphdrüsenbefunde und deren Beziehung zum Status thymico-lymphaticus. Arch. f. Anat. u. Physiol., Anat. Abt. 1906, S. 234. — 4. Bartel, J., Zur pathologischen Anatomie des Selbstmordes. Wien. klin. Wochr. Nr. 14, 1910. — 5. Brosch, A., Die Selbstmörder. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1909. — 6. Eggelhuber, Über Sektionen von Selbstmördern. Diss. München 1911. — 7. Bartel und Herrmann, Über die weibliche Keimdrüse bei Anomalie der Konstitution. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. Bd. 33, H. 2, 1911. — 8. Herrmann, E., Demonstration von Ovarien beim Status lymphaticus bzw. hypoplasticus. Verhdl. d. Morph.-physiol. Ges. zu Wien, 4. Mai 1909. Ztbl. f. Physiol. Bd. 23 Nr. 8. — 9. v. Wiesner, R., Gefäßanomalien bei sog. Status thymico-lymphaticus. Verhdl. d. D. Path. Ges., XIII. Tagung, Leipzig 1909. — 10. Kyrle, J., Ebenda. 11. Wiesel, Zur Pathologie des chromaffinen Systems. Virch. Arch. 1904. — 12. Rössle, Zur Pathologie der Nebennieren. Münch. med. Woch. 1910. — 13. Bonhoeffer, K., Die symptomatischen Psychosen. F. Deuticke, Leipzig und Wien, 1910.

V.

Zur Differentialdiagnose von primärem Knochenendotheliom und Hypernephrommetastase nebst Beitrag zur Histogenese der Grawitz-Tumoren.

(Aus dem Pathologisch-anatomischen Institute des Stadtkrankenhauses Dresden-Friedrichstadt.)

Von

Dr. Franz Rost, Assistent.

(Hierzu 6 Textfiguren und Taf. I.)

Auf dem Kongreß der Pathologischen Gesellschaft im Jahre 1909 legte Schlaginhauser¹⁾ Präparate eines Falles von endothelialer Knochenschwulst vor, bei dem das histologische Bild einem Hypernephrom sehr ähnlich sah. Die Ansichten über die Art des Tumors waren damals geteilt. Während ihn Herxheimer und v. Hansemann für ein Osteoblastom ansahen, war Dietrich mehr geneigt, ihn als Metastase eines Nebennierentumor auf-

¹⁾ Verh. d. D. Path. Ges., 13. Tag., S. 222, 1909. Ein endothelialer (?) Tumor des Humerus.