

(Aus der Univ.-Klinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu Erlangen.
Direktor: Prof. Dr. Scheibe.)

Ein Fall von Hirnabsceß nach Ohrfeige.

Von
Dr. Gustav Buckreuss,
Assistenzarzt der Klinik.

Daß Ohrfeigen auf indirektem Wege durch Luftkompression im Gehörgang oft Trommelfellperforationen mit Schwerhörigkeit zur Folge haben und daß Perforation wie Schwerhörigkeit gewöhnlich bei Fernhaltung jeder Schädlichkeit mit Verschluß des Trommelfells und normaler Hörweite wieder ausheilen, ist bekannt. Eine Ohrfeige hat also bei entsprechender Vorsicht für den Verletzten gewöhnlich keine Folgen, für den Täter aber öfter ein gerichtliches Nachspiel.

Daß eine Ohrfeige über eine Trommelfellperforation selbst zu einem Hirnabsceß führt und so für den Verletzten wie für den Täter folgenschwer wird, habe ich in der zur Einsicht vorliegenden Literatur noch nicht erwähnt gefunden. So berichtet z. B. Körner in seinem Buche „Die otischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter“ bei Angabe der verschiedenen Ursachen für otogene Hirnabscesse von keinem Fall, der letzten Endes seinen Ursprung einer Ohrfeige verdankt. Auch bei Heimann, der eine tabellarische Übersicht über 646 Hirnabscesse gibt, findet sich unter den Ursachen für Hirnabsceß in keinem Falle eine Ohrfeige erwähnt. Da ein solches Vorkommen von Hirnabsceß nach Ohrfeige bisher noch nicht beschrieben worden zu sein scheint und der uns zur Verfügung stehende Fall mit seinem gerichtlichen Nachspiel sowohl von gerichtlich-medizinischer wie auch von klinischer Seite interessant ist, so ist es wohl gerechtfertigt, denselben im Auszug hier zu bringen.

Es handelt sich um den 17jähr. Schlosserlehrling H. M., der in einer Maschinenfabrik mit noch 6 weiteren Lehrlingen tätig war. Aus den Akten läßt sich als Tatsache feststellen, daß der Werkmeister der Fabrik schwere Mühe hatte, unter den jungen Leuten, die durch die Folgen des Krieges und der Revolution „radikaliert“ waren, Ordnung zu halten. So gab es häufig Klagen über zu geringen Verdienst und speziell H. M. scheint sich hier besonders bemerkbar gemacht zu haben. Deshalb ließ ihn auch am 3. III. 1924 der Werkmeister G. auf das Kontor kommen und forderte ihn auf, Akkordarbeit zu leisten, wodurch bei Ablieferung von 200 Stück unter Berücksichtigung der Lohnsätze für Lehrlinge 9 Mark in der Woche zu verdienen wären. Der H. M. soll dann in ungezogenem und protzigem Tone dem Werkmeister erwidert haben: „Wenn ich 500 Stück arbeite, bekomme ich noch mehr.“

Diese ungehörige Antwort rügte der Werkmeister, indem er mit der Hand zu einem Schlag auf die linke Backe des M. ausholte. Da sich letzterer, um auszuweichen, gleichzeitig nach vorne beugte, ging der Schlag der flachen Hand auf das linke Ohr desselben nieder. Die Darstellungen des weiteren dramatischen Auftrittes gehen nun ziemlich weit auseinander. Unter Eid wurde bei der gerichtlichen Verhandlung ausgesagt, daß M. nach dem Schlag zurücktaumelte, zuerst ganz taub war und gar nichts mehr von sich wußte. Ob M. dann noch etwas erwiderte, weiß er nicht; nach anderer Darstellung soll das geschehen sein. Auf jeden Fall bekam er noch einen zweiten Schlag mit der flachen Hand auf die rechte Backe, so daß er über die im Kontor stehende Ölkanne fiel. Bis zu dem 3. III. 1924 hatte M. immer gut gehört und nie Ausfluß aus den Ohren gehabt. Am gleichen Tage wusch sich nun M. wie immer nach der Arbeit, wobei auch Wasser in das linke Ohr kam, welches nicht mehr herausging. Diese Tat-sache ist bis jetzt in den Gerichtsakten nicht erwähnt, nur in unserem Kranken-blatt. M. bekam nun Schmerzen im linken Ohr mit Schwerhörigkeit und Sausen. Blutung aus dem Ohr war nicht vorhanden. Da die Schmerzen zunahmen und 3 Tage nachher einen sehr starken Grad erreichten, ging der Patient zum Arzt, welcher eine Mittelohreiterung feststellte. Am Trommelfell ließ sich eine Perforation mit Blut am Rande nachweisen. Das Ohr wurde vom Arzt, da schon eine Eiterung vorhanden war, ausgespült; der Patient selbst arbeitsunfähig geschrieben. Als weitere Befunde wurden vom gleichen Arzt an demselben Tage noch Furunculose des Körpers und ein Unterschenkelabsceß konstatiert. Der Ausfluß aus dem Ohr wie auch die linksseitigen Kopfschmerzen hielten dauernd an.

In der letzten Woche des April 1924, also 8 Wochen nach Beginn der Ohr-eiterung, trat eine Schwellung hinter dem linken Ohr auf, die als subperiostaler Absceß zu deuten ist. Über Klopfen im Ohr, das ein wichtiges Empyemsymptom ist, findet sich in der Krankengeschichte keine Angabe. Der Patient wurde in einem chirurgischen Krankenhaus am 3. V. 1924 auf dem linken Ohr operiert, wonach die Kopfschmerzen verschwanden. Die Sekretion aus dem linken Ohr hielt aber an, wenn auch in geringerem Grade. Mitte August 1924, also $5\frac{1}{2}$ Monate nach Beginn der Mittelohreiterung und $3\frac{1}{2}$ Monate nach der ersten Operation, nahm die eitrige Sekretion aus dem linken Ohr wieder zu, wobei neuerdings wieder Kopfschmerzen auftraten. Es ist hier eigens erwähnt, daß Klopfen im Ohr nicht bestanden hat. Da nach Mitteilung des behandelnden Arztes hinter dem linken Ohr von der Operation her noch eine Fistel vorhanden war, so wurde diese ausgekratzt und die Dura dabei freigelegt.

Während in den ersten 8 Tagen nach diesem Eingriff der Zustand des Kranken besser war, wurden dann die Kopfschmerzen noch stärker, wobei 3 tägige Bewußtlosigkeit mit häufigem Erbrechen bestanden haben soll. Gleichzeitig war angeblich die Temperatur etwas erhöht. Im Verlauf von weiteren 8 Tagen erholte sich der Patient wieder; seitdem sollen auch keine Kopfschmerzen mehr vorhanden gewesen sein. Das Denken dagegen fiel nach Angabe des Vaters dem Kranken seit seiner zweiten Operation schwer, er gab auf alle Fragen langsam Antwort. 2 Wochen nach der zweiten Operation, also Ende August 1924, konnte er auch Gegenstände nicht mehr benennen, obwohl er deren Verwendung kannte. Es wurde auch über Schwindel im Kopfe geklagt, aber nicht über Dreh-schwindel. Der Stuhlgang war angeblich immer normal, der Appetit gut.

Auf den aus dem Urlaub am 7. IX. 1924 zurückgekehrten leitenden Arzt des oben erwähnten chirurgischen Krankenhauses machte Patient sofort den Eindruck eines „Schwachsinnkranken“. Bei dieser Gelegenheit wurde auch eine Facialisparesis der anderen Seite (?) erwähnt. Am 21. IX. 1924 erbrach der Kranke plötzlich wieder 3—4 mal, ebenso war er nach Angabe des Arztes für einen halben

Tag aphasisch, ohne Fieber. Am 22. IX. 1924 war er wieder munter und der Sprache mächtig. Er wurde nun wegen Verdachtes auf subduralen oder Hirnabsceß der Universitätsklinik für Ohren-, Nasen- und Kehlkopfkrankheiten zu Erlangen überwiesen, wo er am 23. IX. 1924 Aufnahme fand.

Aufnahmefund (im Unwesentlichen gekürzt):

Der Patient fühlt sich matt, aber nicht krank. Er hat nach Angabe des Vaters an Gewicht abgenommen. Auf den Untersucher machte er einen geistig trügen, schwerbesinnlichen Eindruck.

Die Zunge ist weißlich belegt; es besteht aber kein Fötor ex ore, angeblich keine Stuhlverstopfung. Weiter fehlen Kopfschmerzen und Druckempfindlichkeit der Kopfknochen. Der Puls ist voll und beträgt 72 Schläge in der Minute.

Augen: Nystagmus beiderseits nur in Endstellung. Augenbewegungen frei; keine Doppelbilder; Pupillen beiderseits gleichweit, von prompter Reaktion auf Lichteinfall und Konvergenz. Augenhintergrund: Die linke Papille ist etwas größer als die rechte. Die Grenzen der linken Papille sind besonders nasal verwaschen; die Farbe ist etwas blaß. An der rechten Papille sind die Grenzen leicht verwaschen. (Augenklinik.)

Keine Geruchsstörungen. Der Nervus facialis wird intakt gefunden. In den nachfolgenden Tagen wird aber vom 16. X. 1924 ab eine leichte, linksseitige Facialisparesis festgestellt, von der sich in der Krankengeschichte später nichts mehr erwähnt findet. Zeitweise Singultus. Keine Hyper- oder Hypotonie, keine Gehstörungen. Abgesehen von dem sonstigen negativen neurologischen Befund hat sich aber das wichtige Symptom der amnestischen Aphasia ergeben, d. h. der Patient kann vorgehaltene Gegenstände wie Flasche, Zündhölzer, Schlüssel, Bleistift nicht benennen, aber ohne weiteres auf Befragen deren Verwendung angeben.

Ohr, rechts: Nach Entfernung eines Ceruminalpfropfes erweist sich das Trommelfell reflexlos, sonst normal.

Links: Hinter dem Ohr besteht eine 5 cm lange Narbe, die in der Höhe des Antrum durch eine eingezogene, etwa kleinerbsengroße und mit schlaffen Granulationen ausgekleidete Fistel unterbrochen ist. Die Umgebung der Fistel ist leicht gerötet, in der Fistel selbst befindet sich pulsierendes Sekret. Bei der Sondierung kommt man in 2 cm Tiefe auf rauen Knochen. Im Gehörgang befindet sich rahmiges, fötides, pulsierendes Sekret. Die hintere obere knöcherne Gehörgangswand ist geschwelt, das Trommelfell maceriert; Hammerteile sind nicht zu erkennen. Der Valsalva-Versuch ist positiv, d. h. es wird im vorderen unteren Quadranten des Trommelfells aus einer nicht sichtbaren Perforation Sekret herausgepreßt. Die funktionelle Prüfung des Ohres ergibt für das rechte Ohr Flüstersprache 7 m und mehr, für das linke Ohr Flüstersprache 5 cm und Konversationssprache 50 cm mit Lärmtröhre im rechten Ohr. Die Stimmgabel a¹ wird vom Scheitel ins linke Ohr lokalisiert, per Luft wird a¹ links mehrmals gehört.

Es wurde die Diagnose: Akute Mittelohreiterung mit Schläfenlappenabsceß links gestellt und am 24. IX. 1924 die Radikaloperation der Mittelohrräume nach *Barany* vorgenommen. Die Dura der mittleren Schädelgrube wurde als verdickt vorgefunden und bis ins Gesunde freigelegt. Die Punktions des Schläfenlappens nach verschiedenen Richtungen ergab keinen Eiter, eine weitere Punktions nach 4 Richtungen beim ersten Verbandwechsel verlief gleichfalls ergebnislos. Am 28. IX. 1924 wurde ein dritter Versuch gemacht. Die 1. Punktions entleerte wieder nichts, bei der 2. wurde in 3 $\frac{1}{2}$ cm Tiefe gegen die Pyramiden spitze zu ein Absceß gefunden und 3 ccm dicken rahmigen Eiters in die Punktionspritze entleert. Die Absceßhöhle wurde nun entlang der Nadel mit dem Messer eröffnet und durch Spreizen eines langen *Killian-Speculums* dem

Auge zugänglich gemacht. Am 13. X. 1924 wurde beim Verbandwechsel im *Killian-Speculum* ein 2. Absceß in der Richtung nach hinten und oben vom ersten entdeckt und entleert.

Der Patient machte dann noch ein langes Krankenlager durch mit zeitweiser starker Verschlechterung des Zustandes, so daß sein Ableben befürchtet wurde. Am 30. I. 1925 aber, also nach über 3 monatigem Klinikaufenthalt, konnte er als geheilt entlassen werden mit folgendem Befund:

Kein Schwindel mehr, ab und zu Zucken und Schmerzen etwa 3 Querfinger breit oberhalb des linken Ohrmuschelansatzes.

Ohr, links: Gehörgang noch sehr eng; Hammerteile nicht erkennbar. Flüstersprache am Ohr.

Rechts: Trommelfellbefund wie bei der Aufnahme; Flüstersprache 7 m und mehr.

a¹ per Luft beiderseits prompt; vom Scheitel ins linke Ohr. Rinne mit a¹ rechts + 17 Sekunden; links: — 10 Sekunden.

Augenhintergrund: Die Papillengrenzen sind noch leicht verwaschen, die Zeichnung etwas unscharf. Links ist eine feine postneuritische Atrophie vorhanden. S = $\frac{6}{6}$ — $\frac{6}{5}$. (Augenklinik.)

Neurologischer Befund: Neben ganz leichten sensorisch-aphasischen Störungen besteht noch eine geringe, aber deutliche amnestische Aphasie. Das Verhalten des Patienten ist etwas apathisch. Sonst ist bezüglich des Nervenstatus nichts zu erheben. (Psychiatrische Klinik.)

Bei der letzten Nachuntersuchung am 16. V. 1925, also $4\frac{1}{2}$ Monate nach der Entlassung, ist das Allgemeinbefinden des M. gut. Die amnestische Aphasie hat sich weiter gebessert, doch kommt es noch vor, daß er Gegenstände nicht benennen kann. Das Trommelfell ist grau, Hammerteile sind deutlich; der Gehörgang ist noch verengt.

Epikrise.

Nach der Anamnese und dem Befund des erstuntersuchenden Arztes 3 Tage nach der Verletzung, der eine Blutung am Rand der Trommelfellperforation feststellte, ist mit Sicherheit anzunehmen, daß die vom Arzt festgestellte traumatische Perforation im kausalen Zusammenhang mit der Ohrfeige steht. Durch Eindringen von Waschwasser ist es zu einer akuten Mittelohreiterung gekommen, die vom Arzt schon am 3. Tage festgestellt worden ist. Letztere hat trotz zweier operativer Eingriffe zu einem Hirnabsceß geführt. Da die Dura freigelegt worden ist, könnte man auf den Gedanken kommen, daß ein kausaler Zusammenhang zwischen Durafreilegung und Hirnabsceß bestünde. Das kommt aber nach unserer Erfahrung nicht in Frage; auch spricht entschieden dagegen die Tatsache, daß der Absceß nicht oberflächlich lag, sondern $3\frac{1}{2}$ cm von der Dura entfernt. Man muß vielmehr annehmen, daß der Hirnabsceß eine direkte Folge der Mittelohreiterung ist. Auf dem linken Ohr blieb eine hochgradige an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit zurück. Dies ist etwas Ungewöhnliches nach einer traumatischen Perforation durch Ohrfeige. Selbst wenn sekundär akute Mittelohreiterung sich anschließt, tritt gewöhnlich wieder normale Hörweite ein. Die Erklärung dürfte darin liegen, daß bei der Schwere des

Krankheitsfalles zur sicheren Auffindung des Schläfenlappenabscesses von dem operierenden Assistenten — (Direktor und Oberarzt waren in Urlaub) — eine Totalaufmeißelung der Mittelohrräume für nötig gehalten wurde, auf welche die nicht unbeträchtliche Herabsetzung des Hörvermögens auf dem linken Ohr zurückzuführen sein dürfte. Bei der Operation dürften wohl die Gehörknöchelchen verletzt worden sein; von einer Entfernung derselben ist in der Operationsgeschichte nichts notiert und sie wird auch an unserer Klinik bei der Totalaufmeißelung möglichst vermieden.

Eine Störung des Allgemeinbefindens des Patienten ist nicht vorhanden; derselbe ist wieder erwerbsfähig.

Das eingeleitete Gerichtsverfahren führte am 18. VI. 1924 zu einer Verurteilung des Werkmeisters zu einer Zeit, als noch gar keine Symptome eines Hirnabscesses vorhanden waren, und zwar wurde der Täter eines Vergehens der fahrlässigen Körperverletzung im rechtlichen Zusammenhang mit einer Übertretung nach § 148 Abs. 1 Ziff. 9 der GewO. für schuldig erkannt und hierwegen in eine Geldstrafe von 15 RM., für den Fall der Uneinbringlichkeit 3 Tage Gefängnis, und die Kosten des Verfahrens und des Strafvollzuges verurteilt.

Die inzwischen von dem Täter am 26. VI. 1924 eingelegte Berufung beim Obersten Landgericht in München wurde mit Urteil vom 19. IX. 1924 verworfen. Zur Zeit schwebt noch ein Verfahren vor der Zivilkammer des Landgerichts Eichstätt, wo der Verletzte im Zivilprozeß auf Ersatz aller Schäden klagt. Zu dem hierfür angesetzten Termin ist auch von hiesiger Klinik ein Gutachten eingefordert.

Der so sonderbar gelagerte Fall gibt auch vom gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus zu einigen Bemerkungen Anlaß.

Die Ohrfeige ist eine Handlung, deren Folgen als Körperverletzung zu qualifizieren sind. Demgemäß werden uns speziell die Paragraphen des RStGB. interessieren, welche die verschiedenen Arten von Körperverletzung unterscheiden und würdigen. In ihrer Auslegung bereiten diese Paragraphen dem medizinischen Sachverständigen häufig Schwierigkeiten vor Gericht. Der Gesetzgeber hat für die strafrechtliche Qualifikation einer Verletzung als leichte oder schwere das Prinzip aufgestellt, daß nur die aus einer Verletzung sich ergebenden Folgen dafür maßgebend sind. Der Arzt dagegen kann in vielen Fällen die ausschließliche Anwendung dieses Grundsatzes bei der Beurteilung einer Verletzung nicht als zu Recht bestehend anerkennen.

Nach diesem Grundsatz ist z. B. eine Stichverletzung des Herzens, die dank einer vorzüglichen chirurgischen Technik, klinischer Pflege und sonstiger günstiger Verhältnisse geheilt worden ist, ohne zu einem der in § 224 aufgezählten gesundheitlichen Schäden geführt zu haben, eben nicht unter den § 224 zu subsumieren und darum auch keine

schwere Körperverletzung. Und doch wird jeder Arzt und das allgemeine Rechtsbewußtsein sie unbedingt als schwere bezeichnen.

Der günstige oder ungünstige Ausgang einer Verletzung macht doch sicherlich diese weder unbedeutender noch schwerer, und auch die Schwere des die Verletzung setzenden Verbrechens wird durch einen günstigen oder ungünstigen Ausgang nicht wesentlich geändert.

In unserem Falle ist für den Verletzten als einzige bedeutende und bleibende Folge der Ohrfeige eine hochgradige an Taubheit grenzende Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr zurückgeblieben. Die noch in ganz geringem Grade vorhandene amnestische Aphasie kann nicht dahin ausgewertet werden, daß der Tatbestand des § 224 „Verfall in Siechtum oder Geisteskrankheit“ gegeben ist. Zudem hat sich die Aphasie in den letzten Monaten sehr gebessert und wird auch wahrscheinlich noch ganz verschwinden.

Wer selbst einmal, sei es z. B. infolge eines akuten Tubenabschlusses oder eines Ceruminalpropfes, für längere oder kürzere Zeit auf einem Ohr stark schwerhörig gewesen ist, der wird zugeben müssen, daß eine hochgradige einseitige Schwerhörigkeit durchaus nicht als etwas Geringfügiges zu betrachten ist.

Abgesehen von der Erschwerung des Umgangs mit der Umgebung sei nur das eine speziell hervorgehoben, daß im Zeitalter der Maschine und des Verkehrs für den Menschen die Lateralisation von Signalen und Geräuschen, z. B. der Verkehrsfahrzeuge, für seine Lebenssicherheit auf der Straße ein wesentliches Erfordernis ist. Letztere ist bei Ausschaltung auch nur eines Ohrs sehr erschwert.

Und doch hat der Gesetzgeber als Folge einer Verletzung des Ohres, wenn sie als schwere qualifiziert werden soll, den Verlust des Gehörs in § 224 verlangt, was doch praktisch Taubheit auf beiden Ohren gleichkommt.

Geht man in dem betreffenden Paragraphen aber nur eine Zeile höher, so sieht man, daß bezüglich des Sehvermögens schon der Verlust desselben auf einem Auge ausreichend ist, um die betreffende Verletzung als eine schwere dem § 224 einzureihen. Es ergibt sich hier die alte Frage wieder: wer ist unglücklicher? Der Blinde oder der Ertaubte? In unserem Falle der Einseitigblinde oder der Einseitigtaube? Hier muß man doch sagen, daß das eine Auge leichter stellvertretenderweise für das andere eintreten kann, als das eine Ohr für das andere. Es sei hier nur nochmal darauf hingewiesen, daß wir mit unseren beiden Ohren die Geräusche lateralisieren, daß dies bei einseitiger Taubheit sehr erschwert und daß infolgedessen für einen solchen Menschen die Unsicherheit auf verkehrsreichen Wegen groß ist.

Hier dürfte sicherlich eine andere Fassung des § 224 im Sinne einer gleichmäßigen Behandlung beider Sinne, nämlich des Sehens und Hörens, zu erstreben sein. Damit würde dann auch eine Verletzung mit nach-

folgender hochgradiger Beeinträchtigung des Hörvermögens auf einem Ohr, was praktisch dem Verlust des Gehörs auf einer Seite gleichkäme, als schwere qualifiziert werden können. Letzteres entspräche dann sicher auch mehr dem allgemeinen Rechtsempfinden. In unserem Falle ist z. B. eine Ohrfeige von solchem Ausmaß, daß der Verletzte zurücktaumelt, ganz taub ist und gar nichts mehr von sich weiß, kein Backenstreich mehr im landläufigen Sinne, der Schmerzen verursachen soll, sondern sie geht weit über das normale Züchtigungsmaß gegenüber Jugendlichen hinaus.

Als weiterer Punkt wäre zu erörtern, ob die hochgradige linksseitige Schwerhörigkeit in kausalen Zusammenhang mit der Ohrfeige zu bringen ist.

Es ist festgestellt, daß der Verletzte einen Schlag auf das linke Ohr bekommen hat, was auch vom Täter nicht bestritten wird. 3 Tage nachher wurde erst ein Arzt konsultiert, welcher am Rande einer Perforation im linken Trommelfell noch eine Blutung feststellte neben gleichzeitig bestehender Mittelohreiterung der gleichen Seite. Die Blutung am Rande der Perforation spricht für einen traumatischen Ursprung der letzteren. Der Zusammenhang zwischen Ohrfeige und Trommelfellruptur ist, da ein anderes Trauma in der Zwischenzeit von 3 Tagen nicht nachgewiesen werden kann, mindestens sehr wahrscheinlich.

Die folgende Mittelohreiterung konnte nur durch Mikroorganismen zustande kommen. Es ist also als Bindeglied zwischen Verletzung und Eiterung eine Infektion anzunehmen. Da die flache Hand, mit welcher die Ohrfeige appliziert wurde, nur mittels Luftkompression, also indirekt, das Trommelfell rupturieren konnte, so ist eine Keimübertragung von Hand zu Trommelfell nicht möglich gewesen. Es ist nicht zu bezweifeln, daß die Infektion dadurch zustande kam, daß mit dem Waschwasser Keime in das linke Ohr eindrangen. Trotzdem aber ist die Verletzung für das Entstehen der Eiterung verantwortlich zu machen, da die Bakterien nur durch das verletzte Gewebe freien Zugang zum Mittelohr hatten, um dort ihre schädlichen Wirkungen hervorrufen zu können.

Nach akuter Mittelohreiterung wie nach Trommelfellruptur tritt nun allgemein keine bleibende hochgradige Schwerhörigkeit, sondern wieder normale Hörweite ein. Warum es in unserem Falle anders kam, wurde schon oben bei Besprechung des operativen Eingriffes zur Auffindung des Hirnabscesses auseinandergesetzt. Ohrfeige — Trommelfellruptur — Mittelohreiterung — Hirnabsceß und operativer Eingriff — Schwerhörigkeit sind die aneinanderhängenden Glieder einer Kette. Es ist also letzten Endes Ohrfeige und Schwerhörigkeit als im kausalen Zusammenhange stehend zu bezeichnen.

Bei nochmaliger Durchsicht der einzelnen Etappen des Krankheitsverlaufes müssen wir sagen, daß jedes frühzeitig abgegebene Gutachten eine richtige Beurteilung nicht hätte bringen können, und daß dies erst

jetzt nach abgeschlossener klinischer Behandlung möglich ist, also $1\frac{3}{4}$ Jahre nach der erfolgten Verletzung. Daraus ergibt sich wieder die alte Mahnung, mit der Abgabe eines endgültigen Gutachtens ja möglichst lange Zeit zuzuwarten. Sollte aber vom Richter frühzeitig zu einem Gutachten gedrängt werden, so dürfte dies immer nur bedingungsweise erstattet werden.

Zusammenfassung.

Wir kommen nach den vorausgegangenen Darlegungen zu folgendem Resultat:

A. Im klinischen Teil:

1. Eine Ohrfeige auf das linke Ohr hat über den Weg einer akuten Mittelohreiterung zu linksseitigem Schläfenlappenabsceß geführt.
2. Ein derartiger Fall scheint in der Literatur bisher noch nicht beschrieben worden zu sein.
3. Als einzig bleibende Schädigung ist nach Ausheilung des Hirnabscesses eine hochgradige linksseitige Schwerhörigkeit zurückgeblieben.

B. Im gerichtlich-medizinischen Teil:

1. Die durch die Ohrfeige gesetzte Verletzung mit den daraus sich ergebenden Folgen, nämlich der hochgradigen einseitigen Schwerhörigkeit, kann nach den Bestimmungen des RStGB. nur als eine leichte Verletzung qualifiziert werden.
2. Diese ungleiche Bewertung des Gehörs im RStGB. gegenüber dem Auge ist vom ärztlichen Standpunkte nicht unangreifbar.
3. Es sollte eine Änderung des § 224 des RStGB. dahin vorgenommen werden, daß auch einseitige starke Beeinträchtigung des Gehörs, vielleicht Flüstersprache auf nur noch 10 cm (was praktisch gleich Verlust des Gehörs auf einem Ohr ist), dem Verlust des Sehvermögens auf einem Auge gleichgestellt wird.
4. Bei Begutachtung von Trommelfellzerreißung — im allgemeinen klinisch und gerichtlich-medizinisch eine leichte Verletzung — soll der Arzt auch dem Drängen des Richters nicht nachgeben und das endgültige Gutachten erst erstatten, wenn heilärztlich die Verletzung zum Abschluß gebracht ist.

Literaturverzeichnis.

Dittrich, Handbuch der ärztlichen Sachverständigkeit, III. — *Hauser, Wilh.*, Der § 224 des deutsch. RStr.G.B. vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. N. F. 38, 39 und Suppl. — *Heimann, Th.*, Ein Fall von akutem otitischem Schläfenlappenabsceß. Arch. f. Ohren-, Nasen- u. Kehlkopfheilk. Bd. 66, 67. — *Hüttig*, Verletzungen des Ohres vom gerichtsärztlichen Standpunkt. Vierteljahresschr. f. gerichtl. Med. III. F. 5, 6 und Suppl. — *Körner*, Die otitischen Erkrankungen des Hirns, der Hirnhäute und der Blutleiter.