

**Guéniot, Paul, et Viguié:** Shock mortel après un accouchement à terme; constatation néropsique d'une perforation utérine ancienne sans doute rouverte et infectée au cours du travail. (Tödlicher Shock nach rechtzeitiger Geburt; Aufdeckung einer alten, wieder aufgebrochenen und während der Geburt infizierten Perforationsnarbe durch die Autopsie.) Bull. Soc. Gynéc. 28, 515—516 (1940).

Demonstration des Sektionspräparates von einer 35-jährigen erstgebärenden Frau, bei der nach einer Geburtsdauer von  $77\frac{1}{2}$  Stunden wegen drohender Asphyxie des Kindes eine hohe Zangenextraktion mit Muttermundssincision ausgeführt worden war. Das 4520 g schwere Mädchen kam tot zur Welt. Da die Nachgeburt nicht abging, wurde sie mit der Hand herausgeholt, wobei man einen Kontraktionsring feststellte, über dem die schon gelöste Placenta lag. Bei der Austastung wurden noch ein kleines Stückchen des Mutterkuchens und ein Eihautfetzen entfernt. Gleich nach der Geburt schwerer Kollaps, obwohl der Blutverlust nur gering gewesen war. Trotz Anwendung von Cardiaca und einer Bluttransfusion ging die Frau zugrunde. Bei der Sektion fand man einen beträchtlichen Meteorismus und im Bereich des rechten Uterushornes nahe der Ansatzstelle des runden Mutterbandes einen bräunlichen Fleck, aus dem sich ein oder zwei Gasblasen entleerten; er entsprach offenbar einer linsengroßen, alten Uterusperforation, die durch den jetzigen Geburtsvorgang geöffnet worden war, da alle Zeichen eines frischen Traumas fehlten und ein Instrument in die Gebärmutter überhaupt nicht eingeführt worden war. Der postpartale, tödliche Shock wird auf diese wieder aufgebrochene und durch das fötide Fruchtwasser infizierte Perforation zurückgeführt.

*Hans Heidler (Wien)..*

**Bartsch, Georg Hans:** Darmeinklemmung durch Lückenbildung im breiten Mutterband. (Chir. Klin., Univ. Innsbruck.) Zbl. Chir. 1940, 1714—1715.

Bei einer 50-jährigen Nullipara wird wegen eines seit 7 Tagen bestehenden Dünndarmileus eine Laparotomie vorgenommen, in der Annahme, daß eine allgemeine eitrige Peritonitis vom Wurmfortsatz ausgehend besteht. Es ergab sich eine Pelvooperitonitis infolge Obturationsileus dreier Dünndarmschlingen, die durch eine 3 cm große Lücke im Lig. latum unter der linken Tube und dem Lig. ovarii proprium von rückwärts nach vorn zu durchgeschlüpft waren. Resektion der linken Adnexe, Vorlagerung des gangränosen Dünndarmes. Nach 12 Stunden Exitus letalis. Bisher keine sichere Erklärung für die Entstehung der Lücken. Die beschriebene Veränderung wird häufiger bei mehrgebärenden Frauen gefunden.

*Franz-Joseph Schmelzer (Münster i. W.).*

### Leichenerscheinungen.

**Kalbfleisch, Heinrich H.:** Eine raumsparende Einrichtung des Leichenkühlkellers. (Path. Inst., Stadtkrankenh. Friedrichstadt, Dresden.) Frankf. Z. Path. 54, 653—656 (1940).

An dem Beispiel des Leichenkühlraums der Prosektur des Rudolf-Hess-Krankenhauses in Dresden zeigt Kalbfleisch eine praktische Raumausnutzung der einzelnen Kühlzellen; gewöhnlich sind ja in solchen Kühlzellen durch eine Zwischenschiene nur 2 Leichen auf getrennten Bahnen übereinander unterzubringen. In seiner geschilderten Darstellung werden nun 3 Leichen bequem dadurch untergebracht, daß die unterste Rollentragbahre direkt auf dem Boden aufsteht; die mittlere wird durch erhöhte Füße mit Rollen, die auf dem Boden des Kühlraums ruhen, über die untere hinweggeschoben und es ist so noch möglich, eine dritte mit noch höheren Rollgestellen hineinzuschieben. Freilich müssen diese 3 Wagensysteme derartig gebaut sein, daß der unterste Wagen den schmalsten Raum beansprucht und die beiden darüberzuschiebenden Wagen dann etwa den Raum bis an die Seitenwand beanspruchen; nur so ist es wohl möglich, daß man jeden einzelnen Wagen auch für sich aus der Kühlzelle herausziehen kann. Ein Ventilator in jeder Kühlzelle sorgt für die Entlüftung des Kühlraumes. So gelingt es wohl, wie man annehmen darf, in dieser Weise eine möglichst große Zahl von Leichen auf relativ kleinem Raum unterzubringen. Der Breite der Leichenwagen entsprechend muß dann auch die Leichenwaage konstruiert sein so daß man jeden tarierten Einzelwagen über die Waage fahren und dabei das Gewicht der Leiche automatisch bestimmen kann. Die Einrichtung scheint empfehlenswert.

*Merkel (München).*

**Zsakó, Stefan: Die Bestimmung des Todeseintrittszeitpunktes.** (*Staatl. Geistes- u. Nervenheilanst., Budapest-Lipotmező.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1941, 66—69.

Verf. greift in erster Linie die supravitale mechanische muskuläre Erregbarkeit heraus, mit Hilfe welcher er in den ersten 150 min nach dem Tode Zeitbestimmungen vornimmt. Einzelne Muskeln werden, auch durch die Kleidung hindurch, beklopft. Einige Minuten nach dem Tode sind noch alle quergestreiften Muskeln erregbar, das stufenweise Ausbleiben dieser postmortalen Erregbarkeit schreitet entweder vom Kopf abwärts in der Richtung nach den unteren Extremitäten oder aber umgekehrt oder aber von der einen Seite nach der anderen fort. Er nennt auch die mimische Gesichtsmuskulatur mit Klopfstellen für den Musculus frontalis oberhalb der Augenbraue, für die Muskeln des Mundes oberhalb und unterhalb der Mundwinkel, die Kaumuskeln. Am Arm wird das obere Drittel des Unterarmes beklopft, wodurch das Heben der ganzen Hand mit Spreizen der Finger bewirkt wird. Weiter unten am Unterarm werden die Daumenmuskeln gereizt. An der Grenze zwischen oberem und mittlerem Drittel des Unterschenkels wird der Musculus tibialis anticus mit Heben des Fußes gereizt. Am Fuhrücken, einige Zentimeter vor dem äußeren Knöchel wird durch Beklopfen der Zehenmuskeln Streckung der Zehen bewirkt. Zwischen Wirbelsäule und medialem Rand des Schulterblattes wird durch Beklopfen das Schulterblatt nach medialwärts gezogen. Entsprechende Muskelkontraktionen werden an der Wadenmuskulatur, am Infraspinatus hervorgerufen. Verf. bemerkt noch, daß bei bestehenden peripheren Lähmungen (Nervus radialis, Nervus peroneus) die Erscheinungen nicht auslösbar sind. Die muskuläre Erregbarkeit, die in mechanischer Weise natürlich viel einfacher ist als auf elektrischem Wege, dauert etwa 4 Stunden, doch legt Verf., wie bemerkt, nur Wert auf die ersten  $2\frac{1}{2}$  Stunden. Er hat 3 Jahrzehnte lang ungefähr 1000 Fälle, davon 500 persönlich, kontrolliert. Einem Irrtum scheint der Verf. zu unterliegen, wenn er das Hörbarwerden eines Seufzers oder eines Röchelns bei Bewegungen mit der Leiche als vitale Erscheinung deutet; es dürfte sich doch um den bekannten Totenlaut, beim Hindurchstrecken der Luft durch die in Kadaverstellung befindlichen Stimmbänder handeln. Es wird darauf hingewiesen, daß auch Nichtärzte die Untersuchung vornehmen können (das erscheint mir doch etwas gewagt; Ref.). Im übrigen wird noch auf das momentane Weichwerden der Augäpfel, „im Verlauf einer Sekunde“, hingewiesen, das im Augenblick des Todes in Erscheinung treten soll. Die postmortale Veränderung der Pupillenweite führt Verf. auf die Verdunstung des Kammerwassers zurück, was auch experimentell durch Punktions der vorderen Augenkammer gezeigt werden könnte. Auf Grund des festgestellten Stadiums des Aufhörens muskulärer mechanischer Erregbarkeit bei Prüfung am ganzen Körper glaubt Verf. entscheiden zu können, ob der Tod vor 30, 60 oder 90 min erfolgt ist. Das Schrifttum ist nicht berücksichtigt.

Walcher (Würzburg).

**Poppi, Arrigo: Studio di biometria del cuore nel cadavere in condizioni normali e patologiche. 5. Biometria del cuore normale nei due sessi dai 20 ai 59 anni. Correlazioni cardiosomatiche. Confronto tra dati cardiometrici nel cadavere e nel vivente.** (Biometrisches Studium über das Leichenherz unter normalen und pathologischen Bedingungen. 5. Biometrie des normalen Herzens bei beiden Geschlechtern von 20 bis 59 Jahren. Kardiosomatische Beziehungen. Vergleich der biometrischen Daten an der Leiche und beim Lebenden.) (*Istit. di Pat. Spec. Med. e Metodol. Clin., Univ., Bologna.*) Arch. Pat. e Clin. med. 21, 383—412 (1940).

In den Verhältniszahlen zwischen Herzfleisch- und Körpergewicht besteht beim weiblichen Geschlecht eine relative Hypoplasie. Herzgewicht, Herzkapazität und das ganze Herzvolumen zeigt eine positive Beziehung ebenso wie die linke Kammer mit dem Gewicht, Kapazität des Herzens und dem ganzen Körpergewicht. Intensiv ist die Beziehung zwischen Mittelwerten der Gliedmaßen und Herzgewicht, weiter zwischen Gewicht der linken Kammer und dem ganzen Herzvolumen. Strenge Beziehung hat das Herzgewicht mit dem Rumpf-, Brust- und Bauchwert; das Körpergewicht mit

den 3 großen Durchmessern des Herzens. Die stärkste Beziehung findet man zwischen dem antero-posterioren Durchmesser des Herzens und den Umfangswerten der Gliedmaßen. Mit dem Körperbau ist der Längsdurchmesser in Beziehung. Die bi- und tricuspidalen Klappen zeigen keine Beziehung zu den anthropometrischen Daten. Die Körperschlagadermündung hat mit dem Körpergewicht, Rumpf-, Brustkorb- und anderen inneren Werten eine diskrete Beziehung. Das absolute Gewicht der verschiedenen Herztypen bezieht sich mit dem kleineren oder größeren Körpergewicht. Das Gesetz des relativen Antagonismus besteht zwischen dem Herzvolumen und Rumpfwerten. Auf Grund der verschiedenen Werte kann der morphologische Typ des Herzens bestätigt werden. Der morphologische Typ des Herzens entspricht nicht dem des isolierten Herzens. Zwischen den orthodiagraphischen und anatomischen Daten besteht eine ausgesprochene Beziehung. Da die anatomischen und orthodiagraphischen Durchmesser nicht übereinstimmen, können die auf Grund der Orthodiographie erhaltenen Werte dem wirklichen Herzvolumen nicht entsprechen. Zwischen den verschiedenen Durchmessern und dem Herzvolumen errechnete anatomische Daten stimmen gut mit den orthodiagraphischen überein. Mittels des Orthodiagramms bestätigter morphologischer Typ entspricht nicht vollkommen dem des isolierten Herztypus. (4. vgl. diese Z. 34, 188.)

v. Beöthy (Pécs).

**Düll, Marianne:** Gewichtsbestimmungen der reinen Muskelmasse beider Herzkammern bei normaler und pathologischer Herzbelaßtung. (*Ludwig Aschoff-Haus, Path. Inst., Univ. Freiburg i. Br.*) Beitr. path. Anat. 105, 337—365 (1941) u. Freiburg i. Br.: Diss. 1941.

Verf. verwendete die Müllersche Methode der Gewichtsmessungen in etwas modifizierter Form: Das unsezriert der Leiche entnommene Herz wird in Joresscher Flüssigkeit sezriert, nachdem Kammern und Vorhöfe ausgespült und mit Zellstoff angefüllt waren. Das ganze Epikard und subepidardiale Fett wird abpräpariert. Dann werden die Vorhöfe und die großen Gefäßstümpfe von den Ventrikeln abgetrennt, sämtliche Klappen und Sehnenfäden sowie der bindegewebige Teil des Septum entfernt. Die weitere Zerlegung des Herzens in den freien Anteil des rechten Ventrikels, des linken Ventrikels und in das Ventrikelseptum. geschieht unter Führung des Auges mit dem Messer ziemlich genau. Wägung aller Herzen unter gleichen Bedingungen nach sorgfältigem Abtrocknen sowohl in frischem Zustand gleich nach Herausnahme aus der Leiche, nach Fixierung mit und ohne Fetthülle und zuletzt nach Zerlegung in die einzelnen Abschnitte. Die Ergebnisse werden in Tabellen geordnet wiedergegeben: 1. Gewichtsverhältnisse bei normalen Herzen, 2. bei links überlastetem Herzen, 3. bei rechts überlastetem Herzen, 4. bei rechts und links überlastetem Herzen mit Angabe von Alter und Geschlecht, Körperlänge, Körpergewicht, Rohgewicht des fixierten Herzens, Gewicht der reinen Muskelmasse beider Ventrikel, nach Präparation (in Gramm und pro mille Körpergewicht), Gewicht des freien Anteils des rechten Ventrikels, des linken Ventrikels, des Septum, errechneter Septumanteil des rechten, des linken Ventrikels, errechnete Werte für das Verhältnis rechter Ventrikel : linker Ventrikel (Funktionsindex nach Müller). Die Ergebnisse sind zusammengefaßt folgende: Am normalen Herzen ist das Verhältnis des Gewichtes des rechten zu dem des linken Ventrikels auffallend konstant, die Verhältniszahl bewegt sich in den Fällen der Verf. zwischen 0,43 und 0,54, sie liegt in der Regel unter 0,5 (der Durchschnittswert liegt nach W. Müller bei 0,507). Da die Gewichtsmasse der beiden Herzkammern eine Funktion der in der letzten Zeit vor dem Tode vom Herzen aufgebrachten mittleren Leistung ist, dürfen wir die errechnete Zahl als Ausdruck des Verhältnisses der Leistung des rechten zu der des linken Ventrikels bewerten. Diese Leistung würde sich also zwischen rechts und links wie 1 : 2 verhalten. Nach früheren Untersuchungen von anderer Seite käme man aber zu anderen Werten, besonders auf Grund von Tierversuchen. Diese Versuche bedürfen also der Überprüfung. Besonders wichtig erscheinen die Beobachtungen am links überlasteten Herzen bei der genuinen Hyper-

tonie. Es ist anzunehmen, daß die in solchen Fällen festgestellte Hypertrophie des rechten Ventrikels so zu erklären ist, daß nach reiner Linkshypertrophie sekundär eine Plethora auftritt, welche beide Ventrikel zusätzlich mehr belastet. Ähnliches gilt für die Fälle von renaler Hypertonie. Bei den Fällen von chronischer Überbelastung des rechten Ventrikels hat sich mit Ausnahme eines Falles eine wesentliche Massenzunahme des rechten Ventrikels ergeben. In allen übrigen Fällen war die Verhältniszahl der beiden Ventrikel sehr zugunsten des rechten Ventrikels verschoben, in 3 von 7 Fällen erreichte oder überstieg sie den Wert 1. Damit schien erwiesen, daß bei gleichem Schlagvolumen der beiden Ventrikel bei chronischer Überbelastung des rechten Ventrikels der Druck im Pulmonalsystem in diesen Fällen dem Aortendruck sich nähert, ihn erreicht oder sogar übersteigt. Die Wirkung auf die an sich zarteren Pulmonalgefäße und Capillarmembranen der Lunge liegt auf der Hand. Die bei chronischer Überbelastung des Herzens vergrößerte Muskelmasse schluckt mehr Blut durch das Coronarsystem ab als die normale Muskelmasse beider Ventrikel. Deshalb dürften Störungen der Blutversorgung des hypertrophierten Herzmuskels viel häufiger eintreten als bei normaler Muskelmasse, vor allem bei starkem Blutbedarf in der Kreislaufperipherie, z. B. durch anstrengende Muskelarbeit oder durch das Verdauungsgeschäft.

Walcher (Würzburg).

**Sugiyama, Shigeteru, Keiki Kure und Kosaku Mayeda:** Studien über die Leichenerscheinungen und die Wiederbelebung. 1. Mitt. Der Einfluß der Temperatur auf die Zeitdauer der Reaktivität des Herzens und Skelettmuskels. (*Path. Inst., Kais. Univ. Kyoto.*) (30. gen. meet., Tokyo, April 1940.) *Transactiones Soc. path. jap.* **30**, 701—703 (1940) [Japanisch].

Am rückenmarkslosen Frosch wurde das Erhaltenbleiben der automatischen Herzbewegung sowie der elektrischen Erregbarkeit von Herz- und Skelettmuskel bei verschiedener Versuchstemperatur (5, 10, 20, 30 und 40°) geprüft. Die Herzautomatie blieb am kürzesten (3 Stunden) bei 40°, am längsten (ungefähr 10 Tage) bei 5° erhalten. Die elektrische Erregbarkeit des Herzmuskels hielt bis 53 Stunden nach dem Ausfall der Automatie bei 10° an, bis 2 Stunden bei 40°, diejenige des Skelettmuskels am längsten (267 Stunden) bei 5°, am kürzesten (rund 4 Stunden) bei 40°. Im großen ganzen nahm die Zeitdauer der Herzautomatie und der elektrischen Erregbarkeit mit der Zunahme der Versuchstemperatur ab. An der Maus wurden entsprechende Ergebnisse erzielt.

T. Inouye (Kanazawa, Japan).

**Galletto, G.:** Experimentelle Untersuchungen (am Leichnam) über die arteriographische Darstellung der Gehirngefäße unter Druck in Verbindung mit Einspritzung von Kontrastmitteln unter Druck in den Subduralraum. (*Univ.-Röntgeninst. u. Inst. f. Kriegschirurgie, Florenz.*) *Fortschr. Röntgenstr.* **62**, 308—316 (1940).

Bei den in der Überschrift bezeichneten Versuchen wurde zur Darstellung der Liquorräume eine im Verhältnis 1 : 3 verdünnte Umbratholösung benutzt, die billiger ist als das Thorotrast. Das Kontrastmittel wurde unter ziemlich starkem Druck injiziert, trotzdem eine Beeinflussung der arteriographischen Darstellung der Hirngefäße nicht festgestellt. Nur in einem Fall kam es zu einem Bild, wie man es sonst bei intrakraniellen Neubildungen findet. Eine gleichzeitige Füllung der Seitenventrikel von den äußeren Liquorräumen aus wurde nur einmal beobachtet.

Schiersmann.

**Fazio, Cornelio:** Neue Betrachtungen über die Grenzen der Anwendbarkeit der histologischen Methoden mit Benzidin im Zentralnervensystem. (*Klin. f. Nerven- u. Geisteskrankh., Univ. Genua.*) *Z. Neur.* **171**, 128—134 (1941).

Die von Dretler hervorgehobenen postmortalen Vorgänge sind in bezug auf ihr zeitliches Eintreten und ihre Intensität nicht geeignet, das mit dem neuen Benzidinverfahren an breiten Schnitten zur Anschauung gebrachte Bild des Gefäßnetzes in den ersten Stunden nach dem Tode zu verändern. Sie machen daher die Anwendung des Verfahrens auf nicht sofort nach dem Tode fixiertes Material nicht unmöglich. Die Deutung der mit dem Verfahren für das Studium der morphologischen Erscheinungen des Gefäßnetzes herstellbaren Befunde kann daher als sicher betrachtet werden. Andere Faktoren setzen jedoch der Brauchbarkeit des Verfahrens für die Deutung derartiger komplizierter Vorgänge wie die funktionellen Veränderungen der Gefäßbeweg-

lichkeit gewisse Grenzen. Das gilt für Untersuchungen an menschlichem Material und an Versuchstieren, wie Verf. an geköpften Meerschweinchen beobachtete, wo sich verschiedenartige Veränderungen der Füllung des Gefäßnetzes und manchmal auch kleine Blutungen im Rückenmark, und zwar besonders in der grauen Substanz und im Cervicalteil, vorfanden.

Weimann (Berlin).

**Naville, F., et R. Herrmann: La réaction du flocculation de Meinicke (M.T.R.) en médecine légale.** (Die Meinicke-Flockungs-Reaktion in der gerichtlichen Medizin.) (*Inst. de Méd. Légale, Genève.*) Schweiz. med. Wschr. 1941 I, 74—76.

Die Anwendung der Meinicke-Flockungs-Reaktion (M.F.R.) für Leichenblut und -liquor ist im Gegensatz zur Wa.R. bei der Einfachheit der Technik überall leicht durchführbar. Bei 50 Leichenöffnungen wurde die M.F.R. angestellt. Sie war immer positiv bei positivem Wa.R., oftmals aber auch leicht bis stark positiv bei negativem Wa.R.

Im Institut für Gerichtliche Medizin in Genf wird folgende Methodik angewandt: In ein Röhrchen kommt 1 ccm Antigenextrakt, in ein weiteres 10 ccm 3 proz. Kochsalzlösung. Die Lösungen kommen für 10 min in ein Wasserbad von 45°. Dann wird die Kochsalzlösung mit dem Antigen unter mehrmaligem Umgießen vermischt. In ein Röhrchen bringt man nun 0,2 ccm des zu untersuchenden, nichterhitzten Serums, dazu 1 Tropfen 40 proz. Formols sowie 1 ccm der Antigen-NaCl-Lösung. In ein weiteres Röhrchen kommen 0,2 ccm nichterhitztes Serum + 1 ccm der Antigen-NaCl-Lösung. Die Lösungen bleiben bei Zimmertemperatur stehen; abgelesen wird 1—2 Stunden nach Beginn.

Die Kenntnis des Ausfalls der M.F.R. kann für folgende Fälle in der gerichtlichen Medizin wertvoll sein: 1. bei plötzlich oder sehr rasch eingetretenem Tod, wo die Sektion nicht ohne weiteres vorgenommen werden darf und die Frage, ob eine spezifische Infektion vorliegt, durch einfache Blutentnahme mittels Punktions der Vena subclavia geklärt werden kann; 2. desgleichen bei Fällen plötzlichen oder rasch eingetretenen Todes, wo die Todesursache durch makroskopische und mikroskopische Untersuchungen nicht eindeutig geklärt ist; 3. in gewissen Fällen, wo das Vorliegen einer Syphilis an sich bekannt ist, ist es interessant, die Beziehungen zwischen anatomischen Veränderungen einerseits und dem serologischen Zustandsbild andererseits zu studieren; 4. ein positiver Ausfall der Reaktion kann vom psychiatrischen Standpunkt aus — beim Fehlen spezifischer Organveränderungen — gewisse Handlungen von Selbstmörдern erklären; 5. die Reaktion muß angestellt werden mit Leichenblut, das zu Transfusionszwecken benutzt werden soll. Zu den Punkten 1—4 wird je eine einschlägige Beobachtung mitgeteilt. Zu 5 wird über einen Fall berichtet, wo bei einem Mann mit syphilitischem Geschwür am After die Wa.R. im Laufe intensiver Behandlung negativ wurde, während die M.F.R. positiv blieb. Würde dieser Mensch z. B. in diesem Stadium bei einem Unfall getötet werden und das Blut zu Transfusionszwecken in Frage kommen, könnte bei negativem Sektionsbefund und negativer Wa.R. die spezifische Infektion unerkannt bleiben. Zusammenfassend wird angeregt, die M.F.R. in Anbetracht der oben erwähnten Möglichkeiten und bei der einfachen Methodik systematisch mit dem Blut bei jeder Leichenöffnung anzustellen.

Manz (Göttingen).

### **Strittige geschlechtliche Verhältnisse. Sexualpathologie. Sexualdelikte.**

**Bürger-Prinz, H.: Über das Problem der Homosexualität.** 3. Mitt. Mschr. Kriminobiol. 32, 32—39 (1941).

Der Verf. wendet sich gegen die von Lemke in dessen Buch „Über Ursache und strafrechtliche Beurteilung der Homosexualität“ (vgl. diese Z. 34, 140) aufgestellten Thesen, daß die Homosexualität auf einer sich recessiv verhaltenden Anlage beruhe, die in Form einer endokrinen Störung quantitativen Schwankungen unterworfen sei, und daß der Hauptesitz der angenommenen pluriglandulären Störungen im Hypophysen-zwischenbereich zu suchen sei. Der Verf. schildert einen Fall, in dem starke erbliche Belastung vorlag. Der Untersuchte war früh mit der Familie zerfallen, wurde von Kameraden als überheblich, kühl, starrköpfig, taktlos, ewiger Besserwisser bezeichnet. Nach mehreren sexuellen Verhältnissen verlobte er sich. Der Braut gegenüber war er