

weist interindividuelle Unterschiede auf und läßt den Grad der individuellen psychischen Anspannung in den entsprechenden Perioden des Katapultierens erkennen. Die Untersuchungsergebnisse werden in zwei Tabellen dargelegt. Einzelheiten sind nachzulesen.

KREFFT (Fürstenfeldbruck)

**I. Lehweß-Litzmann: Visuelle Täuschungen und Probleme der Einschätzung von Höhe und Entfernung beim Fliegen.** [Flugmed. Dienst, Med. Dienst Verkehrswes. DDR, Berlin-Schönefeld.] Verkehrsmedizin 15, 275—281 (1968).

Zusammenstellung der Komponenten (Kontrast, Hintergrundformation, Perspektive, Bewegungspalaxe, Augenbewegungen, Akkommodation), die für die Fehleinschätzung von Höhe und Entfernung beim Fliegen verantwortlich sind. Über derartige Fehleinschätzungen berichteten 75 % der befragten Zivillieger. Literaturzusammenstellung zum Thema.

B. GRAMBERG-DANIELSEN<sup>oo</sup>

**W. Lorenz: Sprachaudiometrische Studien im Segelfluggeräusch.** [Klin. u. Poliklin. f. HNO-Krankh., Univ., Halle-Wittenberg u. Med. Dienst d. Verkehrswes. d. DDR, Zentrale Leitung, Berlin.] Verkehrsmedizin 15, 509—519 (1968).

**R. Nowak und D. Dahl: Schiffsmaschinenlärm und Hörorgan.** [Univ.-Klin. f. HNO-Krankh., Med. Dienst Verkehrswesen d. DDR, Rostock.] Verkehrsmedizin 16, 27—36 (1969).

**R. van Roy: Les ulcères gastroduodénaux parmi le personnel des chemins de fer.** Arch. belges Méd. soc. 26, 321—330 (1968).

### Unerwarteter Tod aus natürlicher Ursache

● **Manfred Körner: Der plötzliche Herzstillstand. Akuter Herz- und Kreislaufstillstand.** (Heidelberger Taschenbücher. Bd. 24.) Berlin-Heidelberg-New York: Springer 1967. X, 110 S. u. 18 Abb. DM 8,80.

Nach einer kurzen Begriffsbestimmung werden die verschiedenen Möglichkeiten der Diagnostik, vor allem unter dem Aspekt einer sehr raschen Entscheidung klar und übersichtlich dargestellt. Nur der Arzt, der gründlich mit der Situation, vor allem auch mit den Grundlagen des pathophysiologischen Geschehens vertraut ist, kann im entscheidenden Augenblick lebensrettende Hilfe bringen. Das Buch schließt mit einer kurzen Zusammenfassung für den Notfall, leicht einpräglich, schlagwortartig. Der Inhalt des Buches kann nicht nur dem Studenten, sondern auch dem praktisch tätigen Arzt wärmstens empfohlen werden. Dem Arzt, der sich mit der Ausbildung von Laien in der ersten Hilfe zu beschäftigen hat, werden der Inhalt des Buches und vor allem die schematischen Abbildungen eine besonders wertvolle Unterstützung sein.

W. SPANN (Freiburg)

**Hidehiko Takamatsu: Experimental studies on the cause of death by rupture of aneurysm of the Willis ring. I. Observation on the subarachnoid blood volume, distribution pattern of the blood and change of small arteries of the brain stem in cases of sudden death.** (Experimentelle Untersuchungen über die Todesursache durch Ruptur des Aneurysma am Circulus Willisii. I. Über den Zusammenhang zwischen plötzlichem Tod und der Blutmenge in der Cisterna des Hirngrundes, die Verteilung des Blutes und die Veränderung der kleinen Arterien des Hirnstammes.) [Dept. Neurosurg., Sapporo Med. Coll., Sapporo.] Sapporo med. J. 32, 307—325 mit engl. Zus.fass. (1967) [Japanisch].

Bei 34 Fällen (75,6 %) von 45 Versuchen mit Hunden wurde die künstliche Cisternablutung im Bereich des Hirngrundes durch die Infusion des Selbstblutes von 3—10 ml in die Cisterna des

Hirngrundes hervorgerufen. Das Einspritzen des Blutes in die Cisterna des Hirngrundes wurde folgendermaßen durchgeführt: Es wurde von der vorderen Halsseite aus die Schädelbasis kurz hinter dem Türkensattel geöffnet, eine dünne Kanüle durch die Hirnhäute in die Cisterna interpeduncularis gelegt und hierdurch arterielles Blut eingespritzt. Bei 26,5% der 34 Fälle wurde ein plötzlicher Tod innerhalb von 12 min beobachtet. Wurden über 7 ml Eigenblut eingespritzt, so erhöhte sich die Zahl auf 39,1%. Ferner wurde ein fester Zusammenhang zwischen der Verteilung des Blutes in der Cisterna und der Prognose der Versuchstiere festgestellt. Die Mortalität nahm zu, wenn das Blut durch die Cisterna ambiens bis zur Cisterna magna vordrang. Es wurde auch ein großer Unterschied festgestellt, wenn statt Blut physiologische Kochsalzlösung als Infusionsmittel verwendet wurde. Die Injektion von mehr als 4 ml Blut in die Cisterna des Hirngrundes ergab in jedem Falle einen Atemstillstand, der teilweise reversibel war. Die Injektion von 9 ml physiologischer Kochsalzlösung ergab bei 3 Kontrolltieren nur einen 30 sec dauernden Atemstillstand. Es ist denkbar, daß Menge und Art des in die Cisterna des Hirngrundes eindringenden Blutes eine große Rolle für die Überlebenschance spielt.

S. KAMIYAMA (z. Z. Heidelberg)

**M. Hochrein und I. Schleicher: Der Herzinfarkt in der Begutachtung.** [Inst. f. Leistungs- u. Begutachtungsmed., Ludwigshafen/Rh.] Münch. med. Wschr. 110, 2577 bis 2588 (1968).

In der Praxis hat es sich weithin eingebürgert, jeden akuten Todesfall als „Herzinfarkt“ oder gar als „Herzembolie“ zu qualifizieren und zugleich eine Coronarsklerose als wegbereitendes Leiden auf dem Totenschein anzugeben. Verff. weisen darauf hin, daß diese Diagnosen allenfalls eine Treffsicherheit von 50% haben, und daß längst nicht jedem Myokardinfarkt eine belangvolle Veränderung der Herzkranzgefäße zugrunde liegt. Die Infarktmorbidität liege zudem auch weit über der Anzahl statistisch gesicherter vasaler Prozesse. Coronarsklerose ist eine praktisch nur vom Pathologen zu stellende Diagnose, und einen Infarkt sollte man nur dann postmortal, ohne Sektion, für einigermaßen wahrscheinlich halten, wenn früher schon ähnliche Ereignisse abliefen, pectanginöse Beschwerden unmittelbar vor dem Ableben bestanden und der Tod in einem nitritrefraktären Anfall eintrat. Weit über  $\frac{1}{3}$  der Infarkte verlaufen schmerzfrei (DORZAUER), und nur  $\frac{1}{6}$  aller Coronarsklerotiker hat überhaupt Beschwerden. Herzinfarkt wird von den Verff., in Ausführung früherer Darstellungen, als Summationsphänomen aus dispositionellen Faktoren (Alter, Konstitution, Stoffwechselstörungen, Allergien etc.), dem Zustand der Kranzgefäße und auslösenden Momenten (Stress, Traumen verschiedener Art, Nicotin, Speisenüberfülle etc.) gesehen. Nicht jeder Infarkt ist „alters- und schicksalsbedingt“; Vorschäden, wie etwa langjährige Mangelernährung mit resultierender Veränderung der Perfusion der Gefäßwände und der Entwicklung vorzeitiger Arteriosklerose (SCHENK u. SCHEIDT) spielen wahrscheinlich eine wichtige Rolle im pathogenetischen Geschehen. Diese Momente sollten besonders bei der Begutachtung von Spätheimkehrern im Bereich der Versorgungsverwaltung Berücksichtigung finden. Einige spezielle Probleme im Geltungsbereich des UVNG werden kurz aufgezeigt.

G. MÖLLHOFF (Heidelberg)

**M. Blohmke, A. Grüntzig, B. Koschorreck und O. Stelzer: Vergleichende Darstellung möglicher Risikofaktoren koronarer Herzkrankheiten. Eine epidemiologische Studie an 40—59jährigen berufstätigen Männern.** [Arbeitsphysiol.-Exp. Abt., Inst. f. Soz. u. Arbeitsmed., Univ., Heidelberg.] Arbeitsmed. Sozialmed. Arbeitshyg. 3, 236—243 (1968).

Im Rahmen einer Querschnittsuntersuchung an 1039 berufstätigen Männern im Alter von 40—59 Jahren maßen die Verff. die physiologischen Größen, von denen anzunehmen war, daß sie in Beziehung zu den coronaren Herzkrankheiten stehen. Die Ergebnisse wurden mit den umfangreichen Befunden einer groß angelegten Studie an 12000 Männern im selben Alter in 7 verschiedenen Ländern in Europa, USA und Japan verglichen. Die Blutdruckwerte in Ruhe der so Untersuchten lagen unter dem gemeinsamen Mittel der Vergleichsgruppe, die Cholesterinwerte darüber. Die Prävalenz von diastolischer Hypertonie und Übergewichtigkeit war bei ersteren höher als im Mittel der Vergleichsgruppen. In einigen Ländern fanden sich jedoch noch stärkere Abweichungen vom gemeinsamen Mittel als bei den Vpn. Wegen des rein deskriptiven Charakters der vergleichenden Daten wird zunächst von einer abschließenden Interpretation abgesehen.

ALBERT V. MALFER (Bozen)<sup>oo</sup>

**H. Breining: Die Massenverhältnisse menschlicher Leichenherzen bei Tod an akuter Lungenembolie.** [Path.-Anat. Inst., Univ., Erlangen.] Zbl. allg. Path. path. Anat. 111, 89—92 (1968).

73 Herzen von an akuter Lungenembolie Verstorbenen (40 ♂, 31—80 Jahre; 33 ♀, 21—88 Jahre) wurden nach der Methode von W. MÜLLER (1883) zerlegt. Die reinen Muskelmassen des Kammerseptums sowie des rechten und linken Ventrikels wurden auf 0,1 g genau gewogen. Eine Kontrollgruppe bestand aus 63 normalen Herzen von Verstorbenen ohne Lungenembolie. Die Ergebnisse wurden graphisch dargestellt [OTTO und WEBER, Frankf. Z. Path. 76, 52 (1966)] und mit dem t-Test nach STUDENT geprüft. Dabei fand sich eine statistisch hochsignifikante Zunahme der Gewichte des ganzen Herzens, insbesondere der rechten Herzkammer bei den an akuter Lungenembolie Verstorbenen. Es wird angenommen, daß die Hämodynamik bei Herzhypertrophie die Entstehung peripherer Venenthrombosen begünstige und Pat. mit vergrößerten Herzen ein höheres Embolierisiko hätten. STELZIG (Mainz)<sup>oo</sup>

**József Nagy und Ferenc Poór: In den Verdauungstrakt perforierte Aortenaneurysmen. Die biophysischen Verhältnisse der Entstehung und der Ruptur des Aneurysmas.** Orv. Hetil. 110, 347—350 u. dtsh. u. engl. Zus.fass. (1969) [Ungarisch].

Das rupturierte Aneurysma brach bei zwei Patienten in den Verdauungstrakt ein. In dem einen Fall ist das Aneurysma auf dem Boden einer idiopathischen Medianekrose auf der absteigenden thorakalen Strecke entstanden und brach in den Magen ein, bei dem anderen war es die sklerotische Bauchaorta, die in das Duodenum einbrach. Laut Meinung der Verfasser ist die These von BERNOULLI zur Erklärung der Entstehung und der Ruptur des Aneurysmas nicht geeignet, da die Verlangsamung der Blutströmung auf der erweiterten Strecke nur eine geringe Blutdrucksteigerung ergibt, die vernachlässigt werden kann. Die biophysische Basis wird durch den bedeutenden Anstieg der Spannung der Gefäßwand ( $\sigma = 1/2 pD$ ) gebildet. Auf Grund dieses letzteren Zusammenhanges sind das ständige Wachsen und die häufige Ruptur des Aneurysmas gesetzmäßig, somit muß nach dem Stande der gegenwärtigen operativen und diagnostischen Möglichkeiten der aktive Eingriff angestrebt werden. Zusammenfassung

**A. Maier et B. Orion: Pneumonie interstitielle desquamative.** (Interstitielle desquamative Pneumonie.) [Serv. Pneumo-Phtisiol., Hôp. Civ. St-Catherine, Saverne.] Poumon 24, 1171—1183 (1968).

Nach einer allgemeinen Beschreibung der klinischen, röntgenologischen, funktionellen und pathologisch-anatomischen Aspekte der „interstitiellen, desquamativen Pneumonie“ wird die Krankengeschichte eines 21jährigen Patienten mitgeteilt. Röntgenologisch zeigten sich leicht unregelmäßig geformte mikro-noduläre Infiltrationen von 2—3 mm Durchmesser in allen Lungenfeldern. Die histologische Untersuchung zweier nach 6 Wochen dauernder Corticosteroidbehandlung gewonnener Biopsiepräparate ergab eine Ansammlung polygonaler Zellen mit acidophilem Plasma in allen Bronchien und Alveolen. Oft kamen auch Epitheloid- und Riesenzellen zur Beobachtung. Das Bronchialepithel war großenteils hyperplastisch. Ebenso zeigte sich eine Hyperplasie der Muskelfasern in der Bronchialwand. Nach Einleitung einer Therapie mit 25 mg Prednison täglich kam es zu einer auffallenden Besserung des Krankheitsbildes. — 7 Abbildungen illustrieren in dieser überwiegend klinisch orientierten Arbeit den röntgenologischen und histologischen Befund. RAINER EISELE (Aachen)

**J. Guillier, L. Chartier, J. Reigner et J. Sulzer: Mort suspecte et rupture spontanée de l'oesophage chez un enfant.** [Soc. Méd. Lég. et Criminol. de France, 11. XII. 1967.] Méd. lég. Dommage corp. 1, 127—130 (1968).

**W. Hartung und D. Meyer-Carlstädt: Über den Reidschen Index zur Diagnose der chronischen Bronchitis.** [Path. Inst., Univ., Münster.] Beitr. path. Anat. 137, 85—98 (1968).

Die Untersuchungen gehen der Frage nach, ob der Reidsche Index (Verhältnis zwischen Schleimdrüsendicke und Dicke der gesamten Schleimhaut) für die Diagnose der chronischen Bronchitis verwertbar ist. Aus dem laufenden Sektionsgut wurden 55 zumeist linke Lungen von Männern entnommen und Trachea, Haupt-, 8. Segment- und Subsegmentbronchus sowie peri-

pheres Lungengewebe in korrespondierenden Bereichen untersucht. Die Messungen wurden an Hand von Zeichnungen der Schleimhautumrisse auf dickem Karton vorgenommen und der Reidsche Index mittels Einfachmessung an der Stelle der dicksten Schleimdrüse bestimmt. Zum Vergleich wurden Mehrfachmessungen (beispielsweise an der Trachea im Mittel bis zu 21 Einzelmessungen) über dem Gesamtumfang der Luftröhre sowie der Haupt- und Segmentbronchien durchgeführt. Weiterhin wurde als genauestes Meßverfahren die Wägemethode herangezogen, indem nach Herausschneiden der Schleimdrüsen sowohl diese als auch die Restschleimhaut gewogen und das Verhältnis von mukösen Drüsen zur inneren Wand bestimmt wurden. In Auswertung der Befunde heben die Autoren hervor, daß die aus der Einfachmessung resultierenden Indexwerte im Vergleich zur Mehrfachmessung und Wägemethode zu hoch liegen. Besonders fällt das unsystematische Abweichen der Indexwerte von denen der exakteren Wägemethode auf. Im Gegensatz dazu stimmen die durch Mehrfachmessung über dem gesamten Bronchusumfang bestimmten Indices völlig mit denen der Wägemethode überein. Die außerordentlich starke Streuung der Einzelmesswerte am gleichen Fall sowie der Fälle untereinander stellt in Verbindung mit der Unmöglichkeit einer festen Grenzziehung zwischen Gesunden und Bronchitikern die Brauchbarkeit des Reidschen Index für die Diagnose der chronischen Bronchitis in Frage. Mit Hilfe des Index lassen sich zwar Fälle von unkomplizierter chronischer katarrhalischer Bronchitis ermitteln, jedoch ist bei dem breiten morphologischen Spektrum der chronischen Bronchitis nicht immer eine Dyskrinie zu erwarten. Die Beobachtungen der Autoren lassen gerade bei funktionell besonders schwerwiegenden chronischen Bronchitiden wie intramurale und destruktive Formen sehr uncharakteristische und nicht selten sehr niedrige Indices erkennen. Eine deutliche Erhöhung des Index wurde beim Asthma bronchiale und bei der asthmatoïden Bronchitis gefunden, bei denen auch die stärkste Zunahme des mukösen Drüsenanteiles zu beobachten war.

SCHILL (Rostock)<sup>oo</sup>

**H. Krug: Histophotometrische Untersuchungen bei Arteriosklerose.** [Path. Inst., Univ., Leipzig.] Beitr. path. Anat. 137, 330—349 (1968).

Mit einem Photometer eigener Konstruktion wurden postmortal Brust- und Bauchorta von 15 Pat. mit Arteriosklerose verschiedener Schweregrade untersucht. Besonders typische Erscheinungsbilder der Arteriosklerose wie Intimaödem, Beete und Atherome wurden standardisierten histochemischen Reaktionen unterworfen und mit einer Schnittdicke von 10  $\mu$  ausgemessen. Angewandte Reaktionen: Toluidinblau, Fastgreen und Alcianblau sowie PAS-Reaktion und Millonsche Reaktion. Die Freisetzung saurer Mucopolysaccharide aus Proteinbindungen erfolgte durch Pepsinverdauung oder Vorbehandlung mit Hyaluronidase. Im Intimaödem waren alle Reaktionen abgeschwächt („Verdünnung“). Frische Beete wiesen einen hohen Gehalt an sauren Mucopolysacchariden auf mit reichlich Hyaluronidase-resistentem Material und mit durch Eiweißkörper maskierten Mucopolysacchariden. Mit zunehmender Fibrosierung wurden die Reaktionen wieder schwächer. Erneute Quellung fibrosierter Beete mit Einlagerung von Lipiden führt zur Nekrose in der verdickten Intima mit Ausbildung des Atheroms. Im Beetdeckel und im nekrotischen Kern konnten unterschiedliche Konzentrationen saurer Mucopolysaccharide nachgewiesen werden. Die Vermehrung der sauren Mucopolysaccharide in Intima und benachbarter Media wird als Beginn der Bindegewebsneubildung aufgefaßt, da die Faserbildung von der Anwesenheit saurer Mucopolysaccharide abhängig ist. Da nicht alle sauren Mucopolysaccharide für die Bindegewebsneubildung verbraucht werden, kann ein Teil Anlaß zu weiteren pathologischen Reaktionen geben und zu einer Störung der metabolischen und mechanischen Eigenschaften der Gefäßwand führen. Die sauren Mucopolysaccharide spielen eine bedeutende Rolle in der Entwicklung arteriosklerotischer Veränderungen.

BREINING (Aachen)<sup>oo</sup>

**Antonio Farneti: Il significato dei reperti istologici e microbiologici nei casi di morte improvvisa in età infantile.** (Die Bedeutung histologischer und mikrobiologischer Befunde bei plötzlichem Tod im Kindesalter.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ. Milano.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. 4, 79—90 (1968).

Tabellarische Mitteilung von 11 einschlägigen Fällen, von denen 9 im 1. Lebensjahr, 4 im Sinne der typischen mors subita unerwartet über Nacht, verstorben waren. Die Lungenhistologie erbrachte praktisch immer positive Befunde, sei es i. S. einer lobulären, sei es einer interstitiellen Pneumonie; auch bakteriologisch fanden sich in Blutkultur bzw. Milzabstrich in allen Fällen pathogene Keime, meist Streptokokken.

BERG (Göttingen)

**P. Benedetti: La morte improvvisa del lattante.** (Der unerwartete Tod im Säuglingsalter.) [Ist. Med. Leg. e Assicuraz., Univ., Milano.] Arch. Soc. lombarda Med. leg. 4, 1—22 (1968).

Anhand von 36 eigenen Fällen, die aber nicht im einzelnen geschildert werden, sind die bekannten Schwerpunkte der (makromorphologischen) Organbefunde diskutiert. In 23 Fällen standen respiratorische Infekte im Vordergrund, darunter 2mal die sog. Capillarbronchitis, 5 interstitielle und 16 lobuläre Pneumonien. Erwähnt sind ferner 3 Erstickungen, 3 akute Enteritiden, 2 angeborene Herzfehler, 2mal „status thymolympathicus“. BERG (Göttingen)

## **Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache**

**Kurt Michaelis: Selbsttötung und Tötung mittels Schere.** [Inst. Gerichtl. Med. u. Kriminalist., Univ., Jena.] Arch. Kriminol. 142, 85—90 (1968).

Verf. beschreibt einen Suizidfall sowie einen Fall von Tötung durch fremde Hand mittels Schere. Im ersten Fall hatte sich die 50jährige Selbstmörderin wegen Depressions- und Verwirrungszuständen eine Stich-Schnittverletzung an der linken Wade beigebracht, die zum Verblutungstod führte. Im zweiten Fall stieß ein 26jähriger Debiler einer Frau eine Schere in die rechte Halsseite, so daß es zum Verbluten aus den verletzten Halsgefäßen kam. An der Unterseite des rechten hinteren Bogenteils des ersten Halswirbels fand sich außerdem ein stichförmiger Defekt, der durch die Schneide einer Scherenbranche entstanden war. Das Tatmotiv lag in den fetischistischen Neigungen des Täters und in seinen Rached Gedanken gegenüber dem weiblichen Geschlecht. Er hatte die Frau im Zustand sexueller Erregung verfolgt, um ihr die Haare mittels einer Papierschere abzuschneiden. Da die Geschädigte kurzes Haar trug, entschloß er sich, ihr einen „Denkzettel“ zu geben und brachte ihr die beschriebene Verletzung bei.

HAMMER (Leipzig)

**Sequelae of head injuries.** (Folgezustände nach Kopfverletzungen.) Med. Sci. Law 8, 188—199 (1968).

In der vorliegenden Abhandlung wird zu den Folgezuständen nach Kopfverletzungen von drei verschiedenen Seiten Stellung genommen. Aus der Sicht des Neurochirurgen berichtet G. KNIGHT über das klinische Bild und betont, daß die Folgeerscheinungen der Kopfverletzungen vor allem durch Richtung, Angriffspunkt und Geschwindigkeit der einwirkenden Kraft bestimmt wird. Nach seinen Beobachtungen sollen lateral gerichtete Stöße oft ein extradurales Hämatom hervorrufen, während Stöße in sagittaler Richtung häufiger zu subduralen Hämatomen führen. Am Hirn sollen sagittal angreifende Kräfte meist schwerere Verletzungen auslösen als lateral einwirkende. Stöße in schräger Richtung rufen nach Ansicht des Verf. oft trotz ausgedehnter Knochenläsionen die geringsten neurologischen Ausfälle hervor. Er weist dann auf das Mißverhältnis zwischen der Ausdehnung einer Schädelfraktur und den neurologischen Auswirkungen hin und bemerkt, daß unter den Folgen von Schädelverletzungen das chronische subdurale Hämatom selten zur Beobachtung gelangt, Occipitalneuralgien jedoch eine häufige Komplikation bei Kopftraumen sind. Auf die operativen Behandlungsmöglichkeiten wird eingegangen. Von neurophysiologischer Seite weist H. MERSKEY darauf hin, daß auch Geburtsschädigungen (z. B. durch Zangen- geburt) traumatisch bedingte Folgezustände auslösen. Nach Ansicht des Verf. werden diese Läsionen durch die größere Kompensationsfähigkeit des kindlichen Organismus oft ausgeglichen. Bei Erwachsenen unterscheidet er die schweren organischen Schädigungsfolgen von den posttraumatischen Neurosen. Organisch bedingte Folgezustände nach schweren Kopfverletzungen können sich in einem breiten Spektrum psychiatrischer Krankheitsbilder äußern, deren Ausprägung in erster Linie von der Lokalisation der Schädigung abhängig ist. Nach Schläfenlappenläsionen leiden vor allem Gedächtnis, Aufnahme- und Lernfähigkeit, was sich auch auf die Intelligenz auswirkt. Als Folge von Stirnlappenläsionen können Schädigungen im Kritik- und Urteilsvermögen sowie Charakterveränderungen auftreten. Diese Hirnschäden können noch nach Jahren eine Besserung oder Verschlechterung erfahren. Verf. macht darauf aufmerksam, daß das neurotische Syndrom, charakterisiert durch Kopfschmerzen, Schwindel, Konzentrationsschwäche und Nervosität oft simuliert wird, wenn Schadensansprüche bestehen. Er warnt hier jedoch vor einem Pauschalurteil. Es ist oft sehr schwer, einen echten Patienten von einem Simulanten zu unterscheiden, und nicht selten steckt hinter den Beschwerden auch eine organische Grundlage. Zu-