

Schutz nähmen, und auf diesem Recht bestand er, ohne sich durch scheinbaren Mißerfolg verbittern zu lassen. Sailer scheint also an obiger Stelle sagen zu wollen: Selbst wenn ein Mitbruder einmal eine irrige Äußerung getan hat, so darf man ihm nicht Heterodoxie vorwerfen, so lange er sich bereit zeigt, den etwaigen Irrtum eingestehen und zu widerrufen. Das ist der Grundsatz, den sein Lehrmeister, der hl. Ignatius, so auffällig an die Spitze des Exerzitienbuches gestellt hat.

Hat also der angeborne Optimismus auch zeitweilig Verlegenheiten und Verdruß über ihn gebracht, so verdankt er doch gerade dem bewußten Festhalten an diesen Optimismus seinen Sieg und seine bleibende Bedeutung. Für manche verwandte Vorkommnisse der jüngsten Vergangenheit ließen sich da wertvolle Vergleiche und Nutzenwendungen finden. Sailer wurde zeitweilig mißverstanden, sein guter Wille, seine eheliche Absicht in Zweifel gezogen und seine Existenz gefährdet. Dieses Los teilte er mit sehr vielen edeln Männern, welche damals für den christlichen Glauben und die Erhaltung der katholischen Religion öffentlich tätig waren. Während aber andere durch zeitweiligen Mißerfolg entmutigt und verbittert wurden, den guten Kampf aufgaben oder gar zu den Feinden überliefen, ließ Sailer es sich am Zeugnis seines guten Gewissens genügen, verlor nicht die Hoffnung auf den Sieg der guten Sache, zog aus eigenen und fremden Erfahrungen Belehrung und bewahrte der katholischen Kirche und deren Vorgesetzten auch dann die Treue, als es schien, als ob diese Vorgesetzten für ihn nur Argwohn und Zurücksetzung hätten. Viele seiner ehemaligen Mitbrüder teilten mit ihm das gleiche Schicksal, aber nur die wenigsten von ihnen hatten den Trost, dessen Sailer sich erfreute. Der Apostolische Stuhl, das ganze katholische Deutschland und viele der Besten unter den Andersgläubigen ließen seinem Wirken Gerechtigkeit widerfahren, ja überhäufte ihn geradezu mit Beweisen der Hochachtung und Verehrung.

Zu diesen Verehrern haben sich auch die „Stimmen“ von jeher gerechnet und ihn z. B. im Jahrgang 1910 einen „wahrhaft edeln, liebenswürdigen und heiligmäßigen Priester und Bischof genannt“ (LXXIX 211). Die Frage nach einer Entwicklung bleibt von solcher Anerkennung unberührt, denn nicht jede Entwicklung braucht gerade eine Befehrung zu sein. Wie vielen großen Männern gereicht es gar nicht zum Tadel oder zur Unehre, wenn sich in ihrem Lebensgange ein Aufstieg vom Guten zum Bessern, also eine Entwicklung zeigt!

Wie sehr aber Prof. Simon mit seiner Bewertung Sailer's und Stölzles als zweier Bundesgenossen im Kampfe gegen den Ultramontanismus sich vergriffen hat, darüber ist gar kein Wort zu verlieren.

Matthias Reichmann S. J.

Nervensheilkunde im Kriege.

Das Nervensystem des Menschen ist ein feiner und wundervoller Organverband, in welchem die innige Einheit des vegetativen und sensitiven Lebens und deren Unterordnung unter den Menscheng Geist zum Ausdruck kommt. Werden nicht die furchtbaren modernen Kriegsgeschosse das Nervensystem so schädigen, daß es

da keine Rettung mehr gibt? Zahlreiche Berichte¹ von Neurologen und Psychiatern, die entweder selbst im Felde stehen oder in den heimatischen Spitälern den verwundeten Soldaten ihre Dienste weihen, gestatten uns, diese Frage zu beantworten. Hier sollen zunächst nur die Schußverletzungen des Nervensystems zur Sprache kommen. Trotz des unverkennbaren Ernstes der Lage bieten die Berichte doch manchen Trost.

Prof. Friedrich hatte in seinen Berichten „Aus den griechischen Kriegslazaretten zu Saloniki und Athen am Ausgang des zweiten Balkankrieges“² in Bezug auf die Rückenmarksschüsse geschrieben: „Die Mitwirkung geübter und erfahrener Neurologen würde auf diesem Gebiete wie auf dem großen der peripheren Nervenverletzungen in den Kriegslazaretten oft von unschätzbarem Werte sein. Das gleiche gilt erst recht von den Hirnverletzungen.“³ Damit sind die drei Hauptgebiete der Nervenheilkunde angegeben, die wir kurz zu berücksichtigen haben. Denn auf die Besprechung des Wundstarrkrampfes müssen wir verzichten.

I. Verletzungen des peripheren Nervensystems. Nach H. Oppenheim⁴ bilden Nervenentzündungen im Gefolge von Verletzungen, periphere Nerven- und Nervenplexuslähmungen das Hauptfeld der Kriegsneurologie. Das Bein ist etwas seltener betroffen als der Arm, am häufigsten wird der Speichennerv verletzt. L. Bruns⁵ (Hannover), konsultierender Nervenarzt des 10. Armeekorps, fand fast ebenso oft wie den Speichennerv auch den Mittelarmnerv verletzt, seltener den Ellenbogennerve. Am Bein sah er betroffen den Hüftnerve, den Wadenbein- und den Schenkelnerve. Sehr merkwürdig ist, wie Oppenheim hervorhebt, die Beteiligung des sensiblen Nervensystems bei diesen Verletzungen. Häufig sind im Stamme des gemischten Nerven nur die sensiblen Bahnen befallen, es zeigen sich ausgesprochene Empfindungsstörungen, enorme Schmerzen treten auf und üben einen gewaltigen Einfluß auf die vasomotorische, sekretorische und psychische Sphäre.

In der Sitzung vom 9. November 1914 der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten sagte Oppenheim im Anschluß an Vorschläge von M. Rothmann zur Vinderung von Schmerzanfällen folgendes: „Die Bekämpfung dieser traumatisch-neuritischen Schmerzen bildet eine der wichtigsten und schwierigsten Aufgaben der Kriegsneurologie. Es ist noch nicht recht aufgeklärt, wie es kommt, daß diese Schmerzen nur bei einem Teil der Nervenverletzten auftreten, während andere

¹ Recht reichhaltig sind in dieser Hinsicht besonders die letzte Nummer des Jahres 1914 und die erste Nummer des laufenden Jahrganges des „Neurologischen Zentralblattes“. Ihnen sind der Hauptsache nach die Angaben der folgenden Ausführungen entnommen.

² In der Münchener medizinischen Wochenschrift 1913 Nr 45—47, vgl. Referat von O. B. Meyer im N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1258.

³ Vgl. Max Rothmann „Der Krieg und die Neurologie“, im N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1245 ff.

⁴ „Zur Kriegsneurologie“, in der Berliner klinischen Wochenschrift 1914 Nr 42; vgl. Referat von E. Tobias im N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 19.

⁵ „Kriegsneurologische Beobachtungen und Betrachtungen“, im N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 12 ff.

ganz schmerzfrei ausgehen. Ganz allgemein kann ich nach meinen Erfahrungen sagen, daß es die partiellen Lähmungen sind, welche mit den heftigen Schmerzattacken verknüpft sind, aber es gibt Ausnahmen nach beiden Richtungen, und es spielen offenbar noch andere Faktoren eine Rolle. So ist es auffallend, wie oft gerade diese schmerzhaften Neuritiden (Nervenzündungen) mit allgemeinen Neurosen und Psychosen einhergehen.¹ E. Bruns bemerkt: „Auch ich meine, daß heftige Schmerzen für partielle Läsion oder echte infektiöse Neuritis sprechen. Hestig sind die Schmerzen meist, wenn gleichzeitig Aneurysmen (umschriebene Erweiterungen von Schlagadern) vorhanden sind.“

Neben der Stillung der Schmerzen geht das Bestreben dahin, durch Heilung die Glieder funktionsfähig zu erhalten. Sind Nerven durchtrennt, so wird zur Nervennaht geschritten.

Nach Lewandowsky ist die Trennung keine vollständige, wenn sich noch Funktionsreste zeigen; aber der Satz läßt sich nicht umkehren, „selbst totale Entartungsreaktionen beweisen noch nicht, daß der Nerv wirklich durchtrennt ist“². „Ich sinne in wachen Nachtsunden“, sagt E. Bruns, „über die Möglichkeit einer sichern Diagnose einer Durchtrennung, die von der Quetschung bisher doch nur sehr selten zu unterscheiden ist. . . . Ich habe noch keinen Weg gefunden, aber vielleicht ist das auch nicht so wichtig, weil bei den Schußverletzungen auch die Quetschnarben sehr oft so derb sind, daß sie herausgeschnitten werden müssen. Jedenfalls haben wir hier bei Operationen in den meisten Fällen einen Befund gemacht, der entweder die Neurolyse (Zerlösung des Nerven von Knochen oder aus Narbengewebe) oder das Heraus-schneiden der Narbe mit nachfolgender Naht oder die Naht der getrennten Nervenenden mit vorheriger Anfrischung nötig machten.“

Bruns rät daher zur baldigen Operation „wenn die Schmerzen sehr arg und hartnäckig sind. . . . Auch ohne die Schmerzen muß man sich wohl eher als im Frieden zu Operationen und eventueller Nervennaht entschließen, da man ja Genaueres über den Status der Nerven nicht sagen kann und . . . sonst nur Zeit verloren wird“³. Lewandowsky dagegen meint, nur in sehr seltenen Fällen können auch sehr starke Nervenschmerzen eine Operation angezeigt erscheinen lassen.

Oppenheim findet es zu früh, „bereits nach einigen Wochen zu operieren“, und empfiehlt, „mindestens drei Monate abzuwarten“. M. Rothmann wartet unbedingt 7—8 Monate, bis er zur Operation rät, es sei denn daß eine völlige Durchtrennung des Nerven mit Sicherheit festzustellen ist.

II. Ein sehr ernstes Kapitel sind die Rückenmarks- und Wirbelschüsse. Außer den Fällen, wo Wirbelbögen zertrümmert und das Rückenmark bloßgelegt ist, ist der Arzt zur Beurteilung über die Art der Verletzung einzig auf die Krankheitssymptome angewiesen. Denn die sog. Laminektomie, eine Eröffnung des Wirbelkanals durch Ausschneiden von Wirbelbögen, ist ein so tiefgehender Eingriff, daß sich der Nervenarzt ohne Not nicht leicht dazu entschließen

¹ Vgl. Autoreferat im N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1262 f. Bei Gelegenheit einer Diskussion zu dem Referat Lewandowsky „Über Kriegsverletzungen des Nervensystems“ weist Oppenheim auf die Erfolgslosigkeit seiner Versuche, die Verletzungsneuralgien zu bekämpfen, hin; vgl. N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 108.

² Autoreferat im N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 48.

³ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 15.

wird. „Die Entscheidung über den Grad der Verletzung“, sagt Prof. Friedrich, „ist meist schwierig, und erst wochenlange Beobachtung sichert die Diagnose der Verletzung nach der einen oder andern Richtung.“¹

Der Wirbelskanal kann fast ganz unverletzt sein und dennoch schwere Verletzung oder Schädigung des Rückenmarks vorliegen, so daß der rein äußere Schein täuscht.

Benda² berichtete in „den vereinigten ärztlichen Gesellschaften zu Berlin“ in der Sitzung vom 23. Dezember 1914 über fünf tödlich verlaufene und von ihm seziierte Fälle von Wirbelschüssen. „Sie hatten das Gemeinsame, daß in keinem einzigen Falle schwerere Zertrümmerungen der Knochen oder des nervösen Organs vorlagen, sondern das Geschöß jedesmal mit ganz geringfügigen Knochenverletzungen und in 3 Fällen auch ohne Verletzung der Dura (harte Rückenmarkshaut) hindurchgegangen war. . . . Nichtsdestoweniger bestanden in allen 5 Fällen schwerste Schädigungen der Funktion, die in der zum Teil mehrmonatigen Beobachtungszeit nicht zurückgegangen waren. Diese waren entweder durch Quetschungen oder durch Erschütterungen des Rückenmarks bedingt und mikroskopisch entweder als umfangreiche Blutungen oder als schwere Degenerationen nachzuweisen. In einem Falle fanden sich auch mikroskopisch nur geringfügige Quellungen der Nervenfasern.“ Bei der gleichen Gelegenheit betonte Schuster, daß selbst ohne Verletzung der Wirbelsäule schwere Rückenmarksverletzungen vorkommen. Er beobachtete eine typische Brown-Séquardsche Lähmung (einer Halbsseitenläsion des Rückenmarks entsprechende Lähmung) und eine kombinierte Syktemerkrankung³.

Anderseits finden sich auch tröstliche Tatsachen, die zeigen, daß die Symptome schwerer erscheinen können, als der wirklichen Verletzung entspricht.

M. Rothmann⁴ hob in der schon erwähnten Diskussion „die weitgehende Resorption bei Erhaltensein verhältnismäßig geringer Teile des Rückenmarksquerschnittes hervor, selbst in Fällen, die anfänglich das klinische Bild der totalen Querschnittsläsion darboten“. Muskens⁵ in Amsterdam hatte zwei Fälle, bei denen die tiefen Reflexe ganz zu mangeln schienen und bei denen deshalb auf vollständige Querschnittsläsion geschlossen wurde. Die operative Erforschung zeigte, daß sogar die harte Rückenmarkshaut unverletzt war. Die Erscheinungen gingen zurück. Über das weitere Schicksal der beiden Patienten konnte jedoch Muskens nicht berichten, da sie in andere Hände übergingen. Oppenheim⁶ sah sechs Patienten mit partieller Läsion des Rückenmarks und fand weitgehende Besserung ohne chirurgischen Eingriff. Auch L. Bruns⁷ fand bei zwei Fällen von Rückenmarksverletzungen so günstigen Verlauf, daß er hofft, es handle sich bloß um eine „Blutung in die Häute“.

Was die Frage betrifft, ob und wann ein operatives Eingreifen angezeigt sei, stehen sich immer noch die Anschauungen gegenüber. Doch scheint man mehr zum Abwarten geneigt.

Sewandowsky sagt: „Rückenmarksverletzungen erfordern eine fast unbedingte Zurückhaltung für operative Eingriffe. Die totalen Rückenmarksverletzungen bieten mit und ohne Operation keine Chance, die partiellen heilen ohne Operation häufig besser. Diejenigen Rückenmarksverletzungen, die überhaupt Aussicht auf eine

¹ Bgl. N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1259.

² Autoreferat im N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 108 f. ³ Ebd. S. 109.

⁴ Ebd. S. 108. ⁵ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 7 ff.

⁶ N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 107.

⁷ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 13.

Wiederherstellung bieten, sind auch fast nie durch Verschmetterung des Rückenmarks bedingt, sondern durch die traumatische Nekrose (Absterben des verwundeten Gewebes) und Blutungen in Fällen, wo das Geschloß nur am Rückenmark vorbeigegangen ist. Das Wichtigste bei der Behandlung der Rückenmarksverletzungen bleibt die Verhütung der Infektion von der Wunde aus.¹

Oppenheimer sieht „der chirurgischen Therapie nicht ganz so ablehnend gegenüber, warnt aber vor zu aktivem Vorgehen“². Prof. Friedrich äußerte sich in seinem Bericht vom zweiten Balkankrieg: Die Laminektomie hätte vielfach schlechte Resultate, doch sei die Schlussfolgerung, die Hände besser davon zu lassen, nicht berechtigt. Am lädierten Rückenmark selbst könne wenig genützt werden. Wohl aber seien narbige Verstrickungen, festere Auflagerungen von Blutergüssen, lokale Drucksteigerungen des Liquor (Gehirn- und Rückenmarksflüssigkeit), eingedrungene Knochen splitter mit Nutzen entfernbar³.

III. Die Kopfschüsse können der verschiedensten Art sein. So demonstrierte M. Rothmann⁴ am 9. November 1914 in der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenerkrankheiten zwei Patienten mit Schüssen durch den Schädel dicht unterhalb des Gehirns. In einem dieser Fälle trat das Geschloß ein links, dicht oberhalb des innern Augenwinkels, und trat aus rechts im Nacken, hatte also den ganzen Schädel durchquert. Das linke Auge war gestört, aber das Gehirn war nicht verletzt. Einen Monat nach der Verwundung waren die Heilungsaussichten zweifellos gut. In andern Fällen ist das Gehirn selber verletzt, sei es durch Streifschüsse, Brallschüsse oder Durchschüsse. „Durchschüsse des Gehirns“, bemerkt Lewandowsky, „machen oft nur geringe Symptome, anscheinende Streifschüsse oft schwere. Letzteres erklärt sich durch bestehende Schädelbrüche, oft bis an die Basis.“⁵

Bei diesen Verletzungen kann es sich handeln um Zerstörung von Gehirnmasse, um Zerstörung der Hirnhäute, Blutungen, Druck von Blutergüssen oder von Knochen splintern auf das Gehirn. Im Gefolge können sich anschließend entzündliche Vorgänge in den Hirnhäuten, Erweichungsprozesse an der Hirnmass selber oder Gehirnhöhle⁶.

Die Symptome sind sehr verschieden. Einige zeigen an, daß das Gehirn in weitem Umfang, wenn auch vielleicht nur ganz vorübergehend leidet, so die Störungen des Bewußtseins, angefangen von bloßer Schläfrigkeit bis zur völligen Bewußtlosigkeit, Delirien usw. Für die Diagnose wichtig sind die sog. Herderscheinungen, welche auf die Störung bestimmter Hirnnerven, bestimmter Rindenfelder oder auf Bahnunterbrechungen im Mark hinweisen. Hierhin gehören z. B. Störungen in den Augenbewegungen, in der Gesichtsinervation, Gleichgewichtsstörungen⁷, sodann Rindenblindheit oder halbseitiger Gesichtsfeldausfall (Hemi-

¹ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 47.

² N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 107.

³ Referat von O. B. Meyer im N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1259.

⁴ N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1260.

⁵ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 47.

⁶ N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1260; 1915 Nr 1, S. 13 41 47.

⁷ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 41.

anopsie), Lähmungen der Glieder, Lagegefühlsstörungen und Astereognosie (Störungen in der Erkenntnis der Körper beim Betasten)¹, vor allem aber die verschiedenen Arten von Aphasie (zentralen Sprachstörungen)².

K. Mendel sagt, die von ihm beobachteten Hirnschüsse „bestätigten mit erfreulicher Klarheit . . . das uns aus der Physiologie und Pathologie Geläufige betreffs der Lokalisation der Funktionen“³. Anderseits bieten die Beobachtungen doch auch des Rätselhaften genug. So schreibt L. Bruns⁴: „Einmal konnte ich bei einem Geschoß, das im rechten Stirnlappen steckte, auch bei der genauesten Untersuchung kein Hirnsymptom finden.“ Ebenso hatte schon Friedrich vom zweiten Balkankriege berichtet: Bei vereinzelt Schädels- und Hirnschußverletzten, die nach der Verletzung noch große Strapazen mitmachten, seien nicht die geringsten Hirnsymptome beobachtet worden⁵. M. Rothmann demonstrierte am 23. Dezember 1914 einen Patienten, „bei dem ein die ganze linke Hemisphäre vom Stirnbein bis zum Hinterhauptbein durchquerender Schuß spontan ohne schwere dauernde Ausfallserscheinung heilte“. Er betonte noch besonders „die weitgehende Restitution der Ausfallserscheinungen bei den jugendfrischen Gehirnen der Soldaten“. Auch Oppenheim hob die weitgehende spontane Rückbildungsfähigkeit der Herbsymptome hervor⁶.

Friedrich befürwortet auf Grund seiner Erfahrungen im Balkankrieg in einer andern Arbeit: „Die operative Indikationsstellung bei den Hirnschüssen im Krieg“⁷, „bei den meist mit partieller Zertrümmerung des Schädeldaches und der Weichteile einhergehenden Tangentialschüssen grundsätzlich das aktive Vorgehen: sorgsame Desinfektion, breite Spaltung des Schußkanals, Entfernung loser Knochensplitter, Hebung der auf das Gehirn drückenden Fragmente, Glättung der Wundränder, Sorge für freien Sekretabfluß. Dagegen empfiehlt er bei den sog. gedeckten Hirnschußwunden, den Diametral-, Segmental- und Durchschüssen, das altbewährte *Noli me tangere*, weil hier eine kaum verletzte Schädelkapsel den Schußkanal deckt. Auch die basalen Hirnschüsse bieten keinen Angriffspunkt für die operative Therapie. Endokranielle Blutungen durch Schuß führen meist binnen 24 Stunden zum Tode, so daß in praxi die Hilfe der Kriegschirurgen in der Regel zu spät kommt. Im allgemeinen soll der Chirurg bei Hirnverletzungen auf dem Verbandplatz sich auf die dringendsten Maßnahmen beschränken und für möglichst rasche und schonende Überführung in die geordnete Lazarettbehandlung Sorge tragen“.

Diesen letzten Wunsch äußert auch M. Rothmann. Zewandowsky aber sagt⁸: Die wesentliche Indikation zum chirurgischen Eingriff sei die Rücksicht auf die möglichst aseptische Gestaltung der penetrierenden Schädelwunde. Sei ein Geschoß aseptisch eingeheilt, so sei kein Grund zur operativen Entfernung desselben gegeben, doch sei diese nicht einfachhin zu verwerfen, wenn das Geschoß leicht erreichbar sei. „Die Erfahrungen an den in die Heimat transportierten Verwundeten bestätigen die Not-

¹ Ebd. S. 13.

² N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1260 f; 1915 Nr 1, S. 13 41 47.

³ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 5.

⁴ Ebd. S. 13.

⁵ N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1259.

⁶ N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 107 f.

⁷ Beiträge zur klinischen Chirurgie XCI, 1. und 2. Heft. Vgl. das Referat von Adler im N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1252 f, dem die folgenden Worte entnommen sind.

⁸ N. Z.-Bl. 1915 Nr 1, S. 47.

wendigkeit der sofortigen operativen Kontrolle aller Schädelwunden, speziell der Tangentialschüsse. Die draußen nicht chirurgisch kontrollierten Fälle sind viel häufiger infiziert als die kontrollierten. . . Für die Schädelverletzungen ohne penetrierende Wunde gilt der Grundsatz, daß nur auf die Boraussetzung umfangreicher meningealer Blutungen (Blutungen der Hirnhaut) operiert werden darf. . . Am ehesten ist die Indikation bei der traumatischen Epilepsie gegeben, sonst mögliche Zurückhaltung angezeigt.“ Gerade solche epileptische Anfälle hat Friedrich zweimal im Anschluß an bloße Streifschüsse gesehen. Überdies bemerkt er: „Hinter primär flachen Depressionen wurden häufig abseßveränderte Hirnmassen freigelegt.“¹

Die Erfahrungen Wendts über Todesfälle an Verletzungen des Zentralnervensystems bestätigen dies: „Bei den Schädelverletzten handelte es sich in allen fünf Fällen um Streif- oder Prellschüsse, von denen nur ein Fall schwerere Knochenverletzungen und kein einziger tiefere Hirnverletzungen zeigte und alle durch Komplikation und Hirnabszeß tödlich endigten.“²

Von einem ersten Fall, der dennoch sehr gut verlief, berichtet E. Bruns³: Der Kranke war bewußtlos, der Atem zeigte das Cheyne-Stokes'sche Phänomen (Atemungsstillstand wechselte zunächst mit tiefem, dann zunehmend schnellerem oberflächlichem Atmen). Es fand sich ein „großer Abszeß im rechten Stirnlappen, unter einer Knochenwunde. Guter Verlauf, trotzdem im Anfang auch meningitische Symptome (Symptome von Hirnhautentzündung) und gekreuzte Abduzenslähmung“ (Lähmung des Seitenwenders des Auges).

Es ist wohl richtig, was Lewandowsky⁴ sagt: „Bei jedem Schädelverletzten ist langandauernde Beobachtung auch bei anscheinend gutem Verlauf notwendig. Noch nach mehrwöchiger Fieberlosigkeit können Meningitiden (Entzündungen der Hirnhäute) und Hirnabszesse zur Erscheinung kommen.“

Dennoch dürfen wir sagen: alles in allem zeigen gerade Kopfschüsse in vielen Fällen bei geeigneter Behandlung eine so günstige Aussicht auf Heilung oder bedeutende Besserung, wie wir sie nie zu hoffen wagten. Die Chirurgie mit ihrer verfeinerten Technik und ihrem aseptischen Verfahren feiert hier wahre Triumphe, und voll dankbarer Verehrung blicken wir auf die Männer der medizinischen Wissenschaft und Praxis, deren unausgesetztes Mühen und Ringen und deren opfermutige Hingabe solche Erfolge möglich gemacht haben.

¹ N. Z.-Bl. 1914 Nr 23, S. 1259.

² N. Z.-Bl. 1915 Nr 3, S. 108.

³ Ebd. Nr 1, S. 13.

⁴ Ebd. S. 47.

Julius Böhmer S. J.



Gegründet 1865
von deutschen
Jesuiten

Stimmen der Zeit, Katholische Monatsschrift für das Geistesleben der Gegenwart. Herausgeber und Schriftleiter: Hermann Mudermann S. J., München, Gifelsstraße 31 (Fernsprecher: 32 749). Mitglieder der Schriftleitung: F. Kreitmaier S. J., F. A. Kroje S. J., R. v. Kostitz-Kienel S. J. (zugleich Herausgeber und Schriftleiter für Österreich-Ungarn), F. Overmans S. J., M. Reichmann S. J., O. Zimmermann S. J.

Verlag: Herder'sche Verlagsbuchhandlung, Freiburg im Breisgau (für Österreich-Ungarn: B. Herder Verlag, Wien I, Wollzeile 33).

Von den Beiträgen der Umschau kann aus jedem Heft einer gegen Quellenangabe übernommen werden; jeder anderweitige Nachdruck ist nur mit besonderer Erlaubnis gestattet.