

H. Klein, H. Widmer und L. Großmann: Die histochemische Bestimmung der Lipaseaktivität der Leber. [Inst. f. gerichtl. Med., Univ. Heidelberg.] Zbl. Path. 88, 295—300 (1952).

Rudolf Graf: Der Selbstmord in Beziehung zu Jahreszeit, Tagesstunde und Wochentag. Wien. Arch. f. Psychol. 2, 15—24 (1952).

Der Selbstmord ist Gesetzmäßigkeiten unterworfen. Sie werden von meteorologischen und sozialpsychologischen (äußeren Faktoren) und von konstitutionsphysiologischen und charakterologischen Faktoren (inneren) bestimmt. Material 39467 Fälle. 36048 zeigen die Beziehungen zur Jahreszeit, 219 Fälle (Selbstmordversuche) Beziehungen zur Tagesstunde, 3200 Fälle Beziehungen zum Wochentag. Einfluß des Witterungscharakters. Bisher keine eindeutigen Ergebnisse. Statistik über jahreszeitliche Einflüsse (von 1924—1937 in Wien) zeigt Gipfel im Mai. Vielleicht infolge der Zunahme der Ultraviolettstrahlung. Vegetative Reaktionen, depressive Stimmungslage. Geändertes Stoffwechselfgeschehen. Minimum im Oktober, Altweibersommer, ausgeglichene Stimmungslage. Beziehungen zur Tagesstunde. Im Tagesablauf kommen Krisen vor. Das diesbezügliche Material stammt aus der Psychiatrischen Klinik Wien. Maximale Selbstmordtätigkeit von 17—19 Uhr. GRAF zitiert 2 „Schlaftypen“ (HELLPACH). Leistungshöhen stimmen mit Krisen überein. Verstärkung der Einflüsse durch sozialpsychologische Faktoren. Arbeitsende, Zeithaben für private Beschäftigung und Gedanken. Beziehungen des Selbstmords zum Wochentag. Sozialpsychologische Faktoren bestimmend. Statistik nach Motiven geordnet. Dazu bemerkt der Ref., daß Krankheit, Geisteskrankheiten, Alkoholismus keine Motive, sondern als Ursachen des Selbstmords anzusehen sind. Es geht nicht an, Selbstmordmotiv und Selbstmordursache gleichzusetzen. Ausführliche Abhandlung der „Hauptmotive“: häusliche Zwistigkeiten, Ehezwistigkeiten, Krankheit, unglückliche Liebe, Depression. Häusliche Zwistigkeiten — Maximum am Montag (Katzenjammer). Ehezwistigkeiten — Maximum am Sonntag. Das lange Zusammensein der Ehegatten am Wochenende bringt Konfliktbereitschaft mit sich. Krankheit — Maximum am Montag, Minimum am Sonntag. Unglückliche Liebe — Maximum am Montag. Das weibliche Geschlecht neigt zum Selbstmord aus unglücklicher Liebe. Depression — Maximum am Montag. Erklärung schwierig. Der Montag ist im allgemeinen der selbstmordreichste Tag. Sicher sind die obengenannten Faktoren nicht ohne Einfluß auf das Zustandekommen einer Selbsttötung. Das Entscheidende ist aber einmal die Krankheit (pathologisch-anatomische Befunde HELLER 1900), sodann die psychische Konstitution (Psychopathie). Der Selbstmord, die Selbstmordneigung ist eine Erscheinung der Psychopathie. KOOPMANN (Hamburg).

Plötzlicher Tod aus innerer Ursache.

Klaus Speckmann: Hirnschwellung und Hirnödem als Komplikation bei diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen in der inneren Medizin. [Med. Univ.-Klin. Kiel.] Med. Klin. 1952, 527—530.

A. J. Linzbach: Über die vacuoläre Verfettung der Herzmuskelfasern. [Path. Inst. d. Städt. Krankenhauses am Urban, Berlin.] Virchows Arch. 321, 611—622 (1952).

In Fortsetzung früherer Arbeiten über das kritische Herzgewicht [Virchows Arch. 314, 534 (1947)] wird die in etwa 5% aller Fälle zu beobachtende grobtropfige vacuoläre Verfettung in Entstehung, Entwicklung und in ihrem weiteren Schicksal eingehend beschrieben. Die grobtropfige vacuoläre ist von der feintropfigen degenerativen Verfettung zu unterscheiden; sie entsteht, wie angenommen wird, durch eingeschränkte Zellatmung, Zunahme der Glykolyse bei nichtgenügend gedecktem Schädigungsstoffwechsel, so daß die Beobachtung zunächst fettfreier kernpolnaher Vacuolen verständlich wird. Erst später enthalten die Vacuolen neben Neutralfetten auch Lipide und Lipoid-Eiweißgemische. Trotzdem ist eine Unterscheidung von der chromotrop-granulären Degeneration der quergestreiften Muskelfasern möglich. In 13 musterhaften Abbildungen wird die Ausstoßung des Vacuoleninhaltes in das interstitielle Gewebe gezeigt und (mit genügender Kritik) auf die merkwürdige Tatsache hingewiesen, daß die Art, wie die Vacuole entleert wird, weitgehend vergleichbar ist mit der einzelliger Lebewesen, ihre Stoffwechselschlacken aus dem Zellraum auszustoßen. H. KLEIN (Heidelberg).

M. Decortis-Constant, J. Dochain et L. Renson: Quelques aspects chiniques de l'hypertrophie du thymus. (Klinische Gesichtspunkte zur Thymushypertrophie.)

[Clin. et Polyclin. des Maladies de l'Enfance, Univ., Liège.] Rev. med. Liège 7, 177—179 (1952).

Die Thymushypertrophie der Neugeborenen und Säuglinge kann derartige Ausmaße annehmen, daß sich im Röntgenbild eine erhebliche Verbreiterung des Mediastinums im Thymusraum nachweisen läßt. Sie ist entweder symptomlos oder äußert sich in keuchhustenartigen Anfällen oder Zuständen der Dyspnoe und Cyanose. Wiederholte Röntgenbestrahlungen (50 r) bilden den Thymus zur Norm zurück.

RAUSCHKE (Heidelberg).

K. E. Grewin: **Two cases of polypus cordis.** (2 Fälle von Herzpolypen.) [Cardiovascular Clin. and Path. Inst. at Södersjukh., Stockholm.] Cardiologia (Basel) 20, 40—46 (1952).

Verf. berichtet in seiner Arbeit über 2 von ihm beobachtete Fälle von Herzpolypen. In beiden Fällen handelt es sich um Frauen von 75 und 51 Jahren, die klinisch Zeichen einer Mitralklappenstenose aufwiesen und erst durch die Sektion konnte die Ursache in Form von Polypen in der Gegend des linken Herzohres festgestellt werden.

KREFFT (Leipzig).

Helmut Fegerl: **Massive Blutung aus einem Corpus luteum.** [Gynäkol. Abt., Allg. Krankenhaus der Stadt Linz.] Zbl. Gynäk. 74, 390—394 (1952).

Bei der Operation einer 41jährigen Multipara, die 22 Tage nach den letzten Menses akut unter Anämie und unter peritonealen Erscheinungen mit Verdacht einer inneren Blutung (geplatzte Extrauterin gravidität?) erkrankt war, wurden 1,5 Liter (? Ref.) teils flüssiges, teils geronnenes Blut in der freien Bauchhöhle und als Blutungsquelle das rechte Ovar festgestellt. Kein Trauma vorher; Ausgang in Heilung. Pathologisch-anatomische Untersuchung schließt Ovarialschwangerschaft aus und stellt in dem sonst normalen Ovar die Blutungsquelle direkt vor der mensuellen normalen Blutung in der Wand einer Follikelcyste fest, die direkt nach außen geblutet hat. Summarischer Bericht über die einschließliche Literatur; meist sind Frauenpersonen vom 14.—40. Lebensjahr betroffen. Unter anderem hat E. NOVAK 85 Fälle zusammengestellt (vgl. auch Med. Klin. 1943, 564. Wir selbst haben in einem Sektionsfall eine intra-peritoneale Verblutung beobachtet. Ref.) Begreiflicherweise wird klinisch im Anfangsstadium oft eine Appendicitis oder dann geplatzte Tubar- oder Ovarialschwangerschaft vermutet.

H. MERKEL (München).

Verletzungen, gewaltsamer Tod und Körperbeschädigung aus physikalischer Ursache.

H. Kuhlendahl: **Über den Begriff und das Wesen der sog. Commotio cerebri.** [Neurochir. Abt., Chir. Klin. d. Med. Akad., Düsseldorf.] Mschr. Unfallheilk. 55, 106—109 (1952).

Angriffspunkte des exogen-mechanischen Reizes sind bei der Commotio nach neueren Vorstellungen nicht mehr das nervöse Parenchym (Ganglienzellen), sondern die Meningen und die sich verzweigende innervierte Gefäßbahn... „Das Hirnparenchym ist selbst nur der Resonanzboden des Lautsprechers aber nicht Mikrophon“... Verf. empfiehlt deshalb statt „C. cerebri“ lieber „C. cranii“ zu sagen. Er trennt das *Komotionssyndrom* (Schock) vom *postkomotionellen Syndrom* (vegetative Regulationsstörung) als verschiedene Phasen des gleichen Geschehens. Wie es eine Contusio ohne Erscheinung der Commotio und umgekehrt gibt, so können andererseits bei schwerer Commotio selbstverständlich auch durch vasomotorische Reizwirkung tiefgreifende hypoxämisch bedingte (anämische und hämorrhagische, Ref.) Parenchymschäden eintreten. Verf. glaubt mahnen zu müssen zur Zurückhaltung bei der versicherungsrechtlichen Begutachtung hinsichtlich der Zubilligung länger dauernder Unfallfolgen (Erwerbsminderung usw.) nach Commotio.

H. MERKEL (München).

Sverre Aarseth: **Traumatischer Diabetes mellitus.** Nord. Med. 47, 485—486 mit engl. Zusammenfassung (1952) [Norwegisch].

Verf. berichtet über einen 20jährigen Pat., welcher sich beim Militärdienst schwere Schäden an Hoden und Gehirn zugezogen hatte. Pat. war früher immer gesund. In der Familie gab es keinen Fall von Diabetes. Unmittelbar nach dem Unfall stellten sich Zeichen von Diabetes ein mit bedeutender Glykosurie, Hyperglykämie, Durst und Abmagerung. Sechs Wochen nach dem Unfall wurde Insulinbehandlung eingesetzt und nach weiteren 11 Wochen waren die Diabetessymptome in langsamer Abnahme geschwunden. Unter dem folgenden Halbjahr war die Kohlenhydrattoleranz noch herabgesetzt bei einer für Diabetes typischen Belastungskurve. Neun Monate nach dem Unfall ließ die elektrencephalographische Untersuchung eine organi-