

störungen des Mannes, die eine Reihe wirklich treffender Schilderungen der Erscheinungsbilder bringt, sonst aber durchwegs in dem sattsam bekannten Deutungswust steckenbleibt. Nach Jones und Abraham werden Gedanken, wie Verf. auf S. 63 berichtet, unter gewissen Umständen unbewußt „als Kot aufgefaßt“. Ich meine, so mancher wird dies wahrscheinlich ganz bewußt tun, wenn er z. B. von einem Manne, der in der Jugend bei Begräbnissen die Trompete blies, auf S. 57 in Sperrdruck erfährt, daß sein Trompetenspiel bei Begräbnissen — orale Wiederholung des Flatus — vom Patienten unbewußt als Triumph über den mit dem jeweils Beerdigten identifizierten Vater gefeiert wurde, wobei demonstriert wurde: jetzt nach dem Tode des Vaters kann ich mich sexuell betätigen (= Flatus lassen). *v. Neureiter* (Berlin).

**Sochański, Henryk: Psychoanaphylaxie.** *Polska Gaz. lek.* 1937, 21—24 [Polnisch].

Sochanski bespricht zuerst das Wesen der somatischen Anaphylaxie, die bei mit Fleisch sich nährenden Menschen eine fast tägliche Erscheinung darstellt. Sodann geht er zur Besprechung der Psychoanaphylaxie über. Er unterscheidet eine positive und negative Psychoanaphylaxie. Bei der positiven soll es oft, bei der negativen äußerst selten zum schnellen Abflauen ihrer Intensität durch die Entstehung eines „psychischen Receptors“ kommen. Dieses schnelle Abflauen ihrer Intensität erscheint nur bei unechter Psychoanaphylaxie; die echte oder wahre zeichnet sich durch Beständigkeit der Intensität in ihrem ganzen Verlaufe aus. Zur ersten, also zur unechten Psychoanaphylaxie neigen Personen, bei welchen die Darm-Lebersperre verhältnismäßig teils durchlässig, teils undurchlässig ist. Die Mittelstellung nehmen einträchtige, euphoristische, somatisch mit Durchlässigkeit für Antigene versehene Personen ein. Die Erscheinung der Psychoanaphylaxie bildet einen Beweis strenger Abhängigkeit und Vereinigung unserer Psychik mit den körperlichen Vorgängen. *L. Wachholz* (Krakau).

**Takats, Josef: Kriminologie und Individualpsychologie. Individualpsychologische Analyse der Seele des Mörders.** *Internat. Z. Individ. psychol.* 14, 137—155 (1936).

Der Verf. kommt zu dem Schluß, daß es ein apodiktisches, objektives Kriterium für Kriminalität nicht gibt. Seiner Auffassung nach gibt es auch kein absolutes Maß, an welchem gemessen werden könnte, wo erlaubte Handlungen enden und die Delikte beginnen. Die jeweilige Gesellschaftsordnung erklärt, daß eine Handlung oder Unterlassung für sie besonders gefährlich sei und belegt dieselben mit Strafen. Darin sieht der Verf. die einzige Unterscheidungslinie zwischen Kriminell und Nichtkriminell.

*H. Többen* (Münster i. W.).

**Grierson, Hugh A.: Memory and its disorders in relation to crime.** (Gedächtnis und seine Störungen im Hinblick auf Verbrechen.) *J. ment. Sci.* 82, 360—370 (1936).

Verf. diskutiert an Hand einiger ausgewählter Beispiele die Störungen der Hypermnesie, Paramnesie und Amnesie. Er findet letztere bei Melancholie, organischen Reaktionsformen, Alkoholismus, Epilepsie, Schizophrenie, ferner als Verdrängung und Dissoziation. Alle diese Zustände müssen bei der Begutachtung einer Amnesie bei Kriminellen berücksichtigt werden. *Conrad* (München).

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

● **Calligaris, Giuseppe: Il canero. Le catene lineari del corpo e dello spirito davanti alla diagnostica.** (Der Krebs. Die linearen Verkettungen des menschlichen Körpers und vom künftigen Geist der Diagnostik.) Udine: Istit. d. Ediz. Accad. 1936. 237 S.

Seit Jahren beschäftigt sich Verf., der bereits 14 Bände veröffentlicht hat und gleichzeitig 3 weitere ansagt, mit einem System hyperästhetischer Linien, die nach bestimmtem Gesetz miteinander verknüpft sind. Hinter ihm steht weiter ein Gesetz präformierter Synkinesen, das die Enthüllung einer Ordnung enthält, die eine Welt bisher unbekannter Erscheinungen beherrscht. Nach 26jähriger Forschung hat er erkannt, daß ein bestimmter Punkt einer solchen Linie der Überempfindlichkeit aus der Tiefe des Körpers auf Entfernung auf die Körperoberfläche projiziert werden kann, wobei sich dieser Punkt vergrößert und ein kreisförmiges Areal von genauer Lokalisation

auf der Körperoberfläche bildet, das wie das Licht eines Leuchtturms aufleuchtet und wie eine Alarmglocke vibrieren kann, so den Kranken sensibilisiert und Sitz und Art seines Leidens enthüllt. Die darauf beruhende neue medizinische Wissenschaft ist die Radioästhesie. Sucht man aus der Fülle der geschriebenen Worte das Wesentliche heraus, so dürfte es wohl auf eine Neuentdeckung der altbekannten Head'schen Zonen hinauslaufen, nur daß Head viel kritischer und sorgfältiger war. Hier wird aber behauptet, es sei so möglich, bereits eine exakte Diagnose zu stellen, wenn auch nur eine einzige Zelle des Körpers carcinomatös erkrankt sei, und diese Diagnose sei für das Carcinom ebenso eindeutig, wie für seine Lokalisation sicher. Die neuentstehende Wissenschaft der radiobiologischen Medizin lehrt, daß die Krankheitserscheinungen Störungen der Elektronenenergien seien; da helfe die radioelektronische Medizin, die verwirrten Elektronenschwingungen in den Zellen wieder zu richten, dieser Medizin nahe verwandt sei die Homöopathie. Auf diesem ersten Teil von 136 Seiten folgt ein zweiter von nochmals 130 Seiten. Wenn Ref. darauf verzichtet, über die darin entwickelten sublimen Gedanken zu berichten, dann glaubt er keine schwere Unterlassung zu begehen, eine fördernde und kritische Erkenntnis in der Carcinomfrage hat er damit sicher nicht unterschlagen.

Müller (Wuppertal).

**Bergmann, G. v.:** Die Bedeutung der „funktionellen Pathologie“ für ärztliches Denken und Handeln. Z. ärztl. Fortbildg 34, 1—6 (1937).

Biologische Leistung, insbesondere sportlicher Art, kann nicht im Rahmen naturwissenschaftlicher Erkenntnisse und Forschung gewertet werden, denn hinter der Leistung steht ein Wille, der Charakter und die Begeisterung, die als irrationale Realitäten nur aus dem Metaphysischen begriffen werden können. Lebensvorgänge zu analysieren und zu verstehen, heißt mehr als naturwissenschaftliche Kausalforschung treiben, wir bedürfen hierzu auch einer finalen, teleologischen Betrachtungsweise. Hierzu gibt Verf. ein Beispiel an der Muskelleistung des Menschen, indem er die Beziehungen zwischen Muskeltätigkeit und Stoffwechsel und deren Abhängigkeit von der Blutversorgung aufzeigt, wobei sich als Folge einer erhöhten Blutversorgung des Muskels eine erhöhte Anforderung an die Herzleistung und damit auch an die Blutversorgung des Herzmuskels selbst ergibt. Die Bedeutung der Sauerstoffversorgung des Herzmuskels wird erläutert, unzureichende Sauerstoffversorgung ist letzten Endes die Ursache fast aller Schäden des Herzmuskels.

Estler (Berlin).

**Aschoff, Ludwig:** Über die mechanisch bedingten Strukturveränderungen bei operativ oder bei der Leichenöffnung entfernten Organen. (Path.-Anat. Anst., Univ. Freiburg i. Br.) Med. Klin. 1937 I, 149—150.

Unter Bezugnahme auf die Referate bzw. Vorträge von Orsòs und dem Ref. über die vitale Reaktion anlässlich der Tagung der Dtsch. Gesellschaft für Gerichtl. Medizin 1935 kommt Aschoff auf die alte Frage der supravitalen Lebensvorgänge an den einzelnen Zellen und Geweben nach dem Tode des Gesamtorganismus zu sprechen; besonders führt er, entsprechend der Überschrift des Aufsatzes, die grobmechanischen Einwirkungen an, die die autolytischen und Fäulnisvorgänge durch Operationen an Lebenden oder Überlebenden, durch Leichenöffnung, Einsargung und Bestattung usw. erleiden. Er erwähnt die operativ gesetzten Blutungen am Wurmfortsatz, die so oft fälschlich als Zeichen einer intravitalen Blutung, und zwar einer spontanen, angesehen werden. Das gleiche gilt für frische Blutungen an anderen operativ entfernten Organen. Sodann führt er die Quetschfiguren besonders an den Kernen der Lymphocyten an, speziell Vergrößerung und Verschmelzung mehrerer Kerne zu sog. Spießfiguren, wie sie besonders an den Operationsflächen von hypertrophischen Tonsillen vorkommen (Uffenorde), und die besonders von normalen Histologen als Zeichen der Wanderung oder der Reizung und somit als Beweis der chronischen Entzündung angesehen werden (Hoepke). Auch an anderen lymphocytenreichen Organen (Magen, Darm, Wurmfortsatz) findet man in den Quetschfurchen diese Produkte. Auch Epithelien können verklumpt aussehen, in den operativ

entfernten Schilddrüsen sieht man in den Randpartien dunkle Zellhaufen, die als angeborene Keime gedeutet wurden (fetale Adenomkeime nach Wölfler). Auch hier liegen Quetschungsfiguren vor (Simons, Vogel), die besonders an den weichen Schilddrüsen Neugeborener erzeugt werden können. Weiterhin behandelt Verf. die Desquamation des Epithels. Er warnt vor der Deutung der postmortalen Trübung gewisser Hohlraumflüssigkeiten als Beweis für Beimischung von Eiterzellen. Auch das Bronchialepithel wird durch die unsanfte Berührung der Lunge bei der Leichenöffnung gelegentlich bis in das respiratorische Parenchym der Lunge verschoben (im desquamierten Zustande). Es folgen Hinweise auf die autolytische Lösung der Epithelien am Magendarmkanal, an der Gallenblase, an den Harnwegen, und besonders auf die Lösung der Endothelien der Gefäße, auf die Dissoziation der Leberzellen, auf die postmortale Verwerfung der Kanälchenepithelien der Niere, die Desquamation der Follikelepithelien der Schilddrüse. Durch Finger und Messer kommt es zum Zerbrechen der totenstarr gewordenen Herzmuskelfasern, zu der fragmentatio cordis. Daß dies ein postmortaler Prozeß sein muß, geht aus der Unversehrtheit des weichbleibenden Capillarnetzes hervor. Niemals sieht man eine Blutung, auch nicht bei stärkster Fragmentatio. Die Kittlinien, die mit dem Alter zunehmen, sind auch, im Gegensatz zu der Fragmentatio, schon an Herzen vorhanden, die vor der Totenstarre vorsichtig entnommen wurden. Zusammenfassend betont A. die Notwendigkeit der genauen Kenntnis der operativ oder postmortal gesetzten Veränderungen an den Organen und die Kenntnis der Abgrenzung von spontanen vitalen Veränderungen. *Walcher*.

**Velten, Carlheinz:** Technisches zur „Großen Sektion“ der Halsorgane nach Gräff. (*Path. Inst., Univ. Heidelberg.*) Zbl. Path. 66, 273—274 (1936).

Bei der Freilegung der Halsorgane, insbesondere des Epipharynx, nach Gräff, (ebenda Bd. 53) von der Oberfläche der Schädelbasis her, macht die Herrichtung der Leiche nachher Schwierigkeiten insofern, als die Fixation des aus dem Zusammenhang gelösten Vorderkopfes mit dem Hinterkopf nicht immer leicht ist; außerdem sinken die Bulbi nachher leicht zurück, weil sie den Halt durch das retrobulbäre Fettgewebe verlieren. Diese Nachteile vermeidet Verf., indem er zunächst nach einseitiger Freilegung der seitlichen Halsmuskulatur den Unterkiefer auf beiden Seiten bis zum Sichtbarwerden beider Processus styloidei präpariert. Mit dem Quermeißel geht er hinter der Crista galli ein, der Sägeschnitt geht über das mediale Drittel der Ala parva des Keilbeins durch die mittlere Schädelgrube über die Mitte des Felsenbeins hinweg, durch das Foramen ovale hindurch in das große Hinterhauptloch, durch die Mitte des Condylus occipitalis, dann erfolgt die Exartikulation im Atlanto-Occipitalgelenk durch Eingehen mit Messer oder Quermeißel von hinten oben her durch das große Hinterhauptloch. *Walcher* (Würzburg).

**Havlicek, Hans:** Arbeitet das Herz wie eine Druckpumpe oder wie eine Saugpumpe? *Polska Gaz. lek.* 1937, 41—43 [Polnisch].

Havlicek will durch seine Erwägungen die Anatomen und Physiologen darauf aufmerksam machen, ob nicht vielleicht ihre mühsamen Berechnungen der Herzarbeit auf einer falschen Konzeption basieren. Ihre Zahlen erscheinen ihm viel zu phantastisch im Vergleich mit der wirklichen Herzleistung. Die biologische Medizin kann sich damit nicht für einverstanden erklären, daß das Herz ein Motor von  $\frac{1}{375}$  Pferdekraft sei. H. ist der Ansicht, daß das Herz nicht als Druck-, sondern eher als Saugpumpe arbeitet. Demgemäß muß sich uns der Bau des Herzmuskels anders vorstellen. Ein Teil des Herzventrikelmuskels muß teils dem Aufhalten des aus den Vorhöfen gelangenden Blutes, teils dem Hineinpressen desselben in die Hauptschlagadern dienen.

*L. Wachholz* (Krakau).

**Peery, Thomas M.:** „Healed“ dissecting aneurysm of the aorta. („Geheiltes“ Aneurysma dissecans der Aorta.) (*Dep. of Path., Med. Coll. of the State of South California, Charleston.*) *Arch. of Path.* 21, 647—654 (1936).

Bericht über eine Patientin mit einem ausgedehnten Aneurysma dissecans. Das

Lumen unter der Adventitia setzte sich auf die Art. iliaca und auf die großen Bauchgefäße fort. Die Kommunikation befand sich am Beginn des absteigenden Aortenteils. Die Entstehung des Aneurysmas lag  $1\frac{1}{2}$  Jahre zurück. Trotzdem schon mindestens 6 Jahre vorher ein enormer Hochdruck bestanden hatte, machte sich Herzhypertrophie erst nach dem Durchbruche bemerkbar. Dekompensationserscheinungen traten erst im letzten Lebensmonat auf.

*Elbel* (Göttingen).

**Weissenborn, W.:** Über Milzgefäßrupturen. (*Chir. Klin., Städt. Krankenanst., Wiesbaden.*) Chirurg 8, 883—890 (1936).

Bei Milzgefäßzerreißen finden wir als Gefäßveränderung Aneurysmen der Arterie oder Erweiterungen der Vene. Solche Gefäßbrüche sind sehr selten, wie aus der Literatur hervorgeht. Die Diagnose einer solchen Veränderung wurde nur selten gestellt, da die Symptome sehr uncharakteristisch sind. Als Ursache werden Infektionskrankheiten und Arteriosklerose angegeben. Die häufigste Komplikation der Gefäßveränderungen ist die Ruptur. Auch deren Diagnose wird nur selten gestellt. Auch sind Milzgefäßzerreißen bei Schwangerschaft beschrieben. Einen solchen Fall teilt auch Verf. mit. Es handelte sich um einen geplatzten Varixknoten. Untersuchungen haben ergeben, daß bei Schwangeren der Venendruck besonders in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft ein deutliches Ansteigen zeigt. Das durch Operation gewonnene Präparat zeigte außer dem geplatzten Varixknoten 2 Aneurysmen der Arterie. Mikroskopisch konnte eine „elektive Schädigung des elastischen Gewebes“ bei beiden Gefäßen festgestellt werden.

*Braun* (Ohligs).

**Lhermitte, J.:** Pathogénie de Phémorragie cérébrale. (Pathogenese der Hirnblutung.) Presse méd. 1936 II, 1843—1847.

Die ätiologische Bedeutung der Arteriosklerose für die spontane Hirnblutung ist umstritten; Verf. schließt sich den Anschauungen der Autoren Rosenblath, Lindemann, Westphal und Bär sowie Schwartz an, die wohl eine Bedeutung für die Erweichung, nicht aber für die Blutung selbst zugeben. Als auslösendes Moment für die Blutung im Einzelfall werden wie von Westphal und Bär Hochdruckwellen bei physischen oder psychischen Anstrengungen angesehen. Die Infektionstheorie von Nové-Josserand und H. Dufour wird abgelehnt. Diese Autoren nahmen an, daß die in apoplektischen Herden gefundenen Gefäßveränderungen die Folgen von Substanzveränderungen des Gehirns infolge von infektiösen Prozessen seien. Bei der Frühapoplexie fehlen oft alle ätiologisch greifbaren Faktoren. Bei Besprechung der klinischen Gesichtspunkte wird auf den apoplektischen Habitus von Morgagni hingewiesen, der dem pyknischen Habitus von Kretschmer ähnlich sein soll. Nach Westphal und Bär fällt die Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von Hämangiomen der Haut mit Apoplexien auf; 30 Hypertoniker mit äußeren Hämangiomen hatten 25mal Apoplexien. Es wird an eine Gefäßveränderung des ganzen Ektoderms und der davon ausgehenden Organe gedacht. Dabei ist freilich auffallend, daß die Hämangiome des Gehirns gut vertragen werden. Die Hämangiome und Teleangiectasien des Gehirns sind auch schon in Zusammenhang gebracht worden mit dem „vasoneurotischen Temperament“ nach Ottfried Müller, doch erklärt Verf., daß er die Symptome dieser besonderen Konstitution nicht kenne. Die kleinen, oft zahlreich vorhandenen älteren Erweichungsherde, die man bei Apoplektikern im Gehirn findet, sind Vorläufer der Apoplexie und äußern sich klinisch in mannigfacher Weise mit cerebralen Erscheinungen oft vorübergehender Art. Diese kleinen Herde liegen besonders in Gebieten mit auffallend dünnwandigen Gefäßen. — Rosenblaths Theorie von den (nephrogenen) chemischen Veränderungen des Gehirns als Vorbedingung für die Apoplexie ist nicht bewiesen. Die Anschauungen Volhards über die Bedeutung der Nierenschädigungen für cerebrale Störungen vorübergehender Art werden erwähnt. Unklar ist die Ätiologie der posttraumatischen Apoplexie. Die multiokuläre Art der Blutungen nach Schwartz in Form der Erythrodiapedese wird vom Verf. angenommen; aber was ist der Grund dafür? Daß vor der Blutung Veränderungen des Parenchyms eintreten, dafür haben der Verf. und Kyriaco sowie Globus und Strauss klinische Beweise erbracht, nachdem schon Rochoux 1920 darauf hingewiesen habe. Nach Staemmler beginnen pathologisch-anatomisch die Nekrosen

meist außen an der Adventitia und schreiten nach innen fort. Aber diese Nekrosen sind nicht die einzige Ursache der Apoplexie. Gegen die Bedeutung lokaler Zirkulationsstörungen in Form der Prästase und Stase im Sinne der Gefäßnerventheorie Rickers (gestützt von Schwartz) werden zwei Einwände erhoben: 1. Welcher Beweis liegt vor für das wirkliche Vorhandensein einer Stase und wie erklärt sich die lange Dauer dieses Zustandes? 2. Kann ein Spasmus eine Angionekrose bewirken?; denn niemals konnte bisher durch Reizung oder Zerstörung zuführender Nerven, die mit den hypothetischen Gefäßnerven im Zusammenhang stehen müßten, ein Spasmus der Hirngefäße experimentell erzeugt werden. Es muß sich wohl bei der Ätiologie der Blutung um ein Zusammenwirken lokaler Zirkulationsstörung mit Veränderungen des Gehirns handeln. Bei den Versuchen von Rühl im Aschoffschen Institut, z. B. mit Injektion von Hühnerblut, wurde ein Eindringen der kernhaltigen Blutkörperchen in die perivaskulären Räume, ähnlich wie bei der Apoplexie, beobachtet. Bei eigenen Versuchen des Verf. fanden sich nach Ligatur der Hirngefäße bei der Katze nach Wiederherstellung der Zirkulation massenhafte Blutungen, also sekundär, wie man sie in der Umgebung des apoplektischen Herdes findet. Westphal konnte schon 10 Minuten nach Entstehung einer lokalen Nekrose Milchsäure im Gewebe nachweisen. Bei Injektion von Milchsäure in die Carotis eines Kaninchens fand er nachher Angionekrosen im Gehirn. Fischer-Wasels schließlich fand nach Injektion von Gehirnbrei in das Zellgewebe des Kaninchenohres multiple Blutungen und Gefäßveränderungen vom Typ der Angionekrosen. Bei Venenthrombosen der Hirn- oder Halsarterien treten, ähnlich wie bei Versuchen des Verf. mit Venenunterbindung, zuerst Stase und Ödem, dann Gewebsdesorganisation, schließlich Erythrodiapedese und zuletzt eine große Blutung auf, ganz ähnlich wie bei der Apoplexie. Von Bedeutung sei auch noch eine Beobachtung des Verf.: doppelseitige Blutungen nach einseitiger Ligatur. — Zusammenfassend wird bemerkt, daß es sich nicht um ein einfaches Problem, wie etwa Zerreißen eines Gefäßes, handelt, sondern sowohl sehr komplexe, wie sehr verschiedenartige Vorgänge können Blutungen hervorrufen. Unbeantwortet bleiben nach wie vor die Fragen, warum die oder jene Hirnstelle befallen wird, warum es plötzlich zur Blutung kommt, warum sie gelegentlich schon im jugendlichen Alter vorkommt. Ebenso bleiben offen hereditäre Fragen und die Ätiologie posttraumatischer Blutungen (Bollingersche Spätapoplexie? Ref.). 11 farbige und 9 Schwarz-Weiß-Abbildungen. *Walcher.*

**Veiders, Edwin: Zur Frage der Agnosien, zugleich ein Beitrag zum Problem der Alexie und der Orientierungsstörung.** (*Inst. f. Klin. Psychol., Univ. Bonn.*) Arch. f. Psychiatr. 105, 433—474 (1936).

Ein Kriegsverletzter mit einem Knochendefekt im rechten Occipitale und einem intrakraniellen Metallschatten, der nach Krönlein etwa in das mittlere Drittel der ersten Temporalwindung zu projizieren ist, hatte, soweit die Vorgeschichte ergibt, nach der Verletzung Kleinhirnstörungen, eine Hemianopsie, eine über 2 Monate anhaltende Sprachstummheit, die sich dann allmählich besserte, Schreib- und Lesestörungen. Bis in die Gegenwart hinein traten epileptiforme Anfälle auf. Der gegenwärtige Befund zeigte eine leichte Hemiparese rechts, Fallneigung bei Romberg nach links, eine leichte Hypästhesie im rechten Fußgebiet. Das Gesichtsfeld ergab eine vollständige rechtsseitige Hemianopsie, ein linksseitiges homonymes paramaculäres Skotom im unteren Quadranten und ein zentral gelegenes Skotom, das die Macula in geringer Ausdehnung frei ließ. Die allgemeine psychologische Analyse erwies ein gutes Gedächtnis, eine herabgesetzte Merkfähigkeit auf akustischem Gebiet, gutes Schul- und allgemeines Wissen, ein intaktes Urteilsvermögen. Die Stimmungslage ging ins Depressive. Die Hörprüfung ergab keine Ausfälle, die Geräuschauffassung war ungestört, die akustische Aufmerksamkeit herabgemindert. Auf musikalischem Gebiete wird eine partielle Tontaubheit angenommen, allerdings war der Kranke von jeher unmusikalisch. Die Prüfung der Sprache wies eine schwere Nachsprechstörung als auffälligstes Symptom auf; nur wenige Buchstaben konnten nachgesprochen werden, die angeführten Beispiele, die allerdings meist aus artikulatorisch sehr schwierigen Wörtern bestehen, verdeutlichen ein mühevolleres, zögerndes und erschwertes Nachsprechen von Wörtern. Bei der von dem Verf. geschilderten Störung im Nachsprechen ergeben sich allerdings von diesem nicht weiter beachtete Widersprüche: so wird angeführt, daß der Kranke, um eine Aufforderung ausführen zu können, diese stets wiederholen müsse, was doch nicht recht in Einklang mit dem vom Verf. herausgestellten Vorherrschen der Störung im Nachsprechen bei der aphasischen Gesamtstörung zu stehen

scheint. Das Wortsinnverständnis war offenbar weitgehend erhalten, das Satzverständnis etwas gestört, stärker gestört war die Wortfindung. Die Spontansprache zeigte Artikulationschwierigkeiten, die ebensowohl bei Bildung von Lauten wie auch von Wörtern in Erscheinung traten, einzelne Laute konnte der Kranke fast überhaupt nicht aussprechen. Verbale Paraphrasien, grammatische Störungen fehlten. — Im Optischen trat bei länger dauernder Fixation ein positives Skotom entsprechend dem erhaltenen Maculaanteil auf. Es bestand ferner eine Aufmerksamkeitschwäche, eine psychische Farbenschwäche im Sinne Poppelreuters bei erhaltener Fähigkeit zu sortieren, eine Farbnamensamnesie und eine Störung für Gedächtnisfarben, eine Störung des absoluten und relativen Ortssinnes und im Bewegungssehen. Nachzeichnen war ungestört, ebenso die Praxie. Zeichnungen von Figuren erkannte er nur dann, wenn er sie sinnvoll deuten konnte, Gebrauchsgegenstände wurden fast stets richtig erkannt. Bei der tachistoskopischen Prüfung zeigte sich eine Verlangsamung der optischen Auffassung. Ineinander gezeichnete Gegenstände erkannte er, ebenso unvollständige Abbildungen, vermochte aber bei letzteren den fehlenden Teil nicht anzugeben. Zu einer Gesamtaufassung von szenischen Darstellungen gelangte der Patient nicht. Das Schreiben war ungestört. Das Lesen von Buchstaben in Kursivschrift war erhalten, bei ungewöhnlicheren Schriftarten hatte er größere Schwierigkeiten. Sinnvolle Silben und kurze Wörter vermochte er gut zu lesen, während er bei sinnlosen Silben versagte. Auch das Lesen längerer Wörter war sehr mangelhaft. Ein Leseverständnis trat nur bei Lautlesen auf. Es wurde jedes Wort sofort als Ganzes gelesen, nach Ansicht des Verf. faßte er nicht visuell, sondern akustisch zusammen, die Grundlage der Lesestörung sieht Verf. in der Unfähigkeit, die Elemente in ihren Einzelheiten und gegenseitigen Relationen zu erkennen, dazu komme noch eine Störung in der optischen Aufmerksamkeit. Die Körperorientierung war erhalten, die Orientierung im Außenraum schwer gestört; alte Eindrücke in der räumlichen Orientierung haften fest, die neuen gingen verloren, die Orientierungsstörung wird deshalb auf einen Defekt in der optischen Wahrnehmung bezogen.

Das Wesen der optischen Grundstörung des Patienten sieht der Verf. darin, daß der Kranke nur sukzessive auffassen kann, die Aufmerksamkeit wird durch einen Teileindruck so gefesselt, daß dieser von der Gesamtgestalt isoliert wird. Wenn der Kranke trotzdem imstande war, auch komplizierte Gestalten aufzufassen, so ist das darauf zurückzuführen, daß er imstande war, aus einem charakteristischen Teileindruck die Gesamtgestalt Erinnerungsgemäß zu reproduzieren. *R. Klein (Prag).*

**Schreiner, Karl:** Die Lymphogranulomatosis inguinalis, eine neu erkannte Geschlechtskrankheit. (*Dermatol. Univ.-Klin., Graz.*) Wien. med. Wschr. 1936 II, 1282 bis 1285.

Vortrag (1932) über Klinik, Differentialdiagnose und Therapie der Lymphogranulomatosis inguinalis bzw. der Esthiomene (*Ulcus chron. elef. vulvae et ani et recti*). Die Ausführungen stützen sich auf die Erfahrungen, welche an 10 Krankheitsfällen gewonnen wurden. Insbesondere wird der Wert der Hautprüfung bei klinisch nicht charakteristischen Fällen, der Zusammenhang von L.i. und Esthiomene und schließlich die gute Beeinflussung zweier Esthiomene-Kranken durch Alt-Tuberkulininjektionen (0,25—6 mg) besprochen. *Autoreferat.*

**Stein, R. O.:** Über konjugale Lymphogranulomatosis inguinalis. Ein Beitrag zur Klinik der Elephantiasis genito-ano-rectalis. (*Abt. f. Haut- u. Geschlechtskrankh., Mariahilfer Ambulat. u. Spit., Wien.*) Wien. med. Wschr. 1936 II, 1285—1288.

Übersichtliche Zusammenstellung der bisher gewonnenen Erkenntnisse über die Lymphogranulomatosis inguinalis: Krankheitsentwicklung und Verlauf, Zusammenhang zwischen der L. i. und der Esthiomene (*Ulc. chron. elephant. vulvae*), anatomische Ursachen der verschiedenartigen Krankheitsentwicklung, Technik und Wert der Hautprüfung, Therapie. Anschließend wird die Krankengeschichte einer seit vielen Jahren an Esthiomene leidenden Frau mitgeteilt. Die Bestrebungen zur Klarstellung der Krankheitsübertragung ergeben, daß der Mann ungefähr 1 Jahr vor Beginn des geschwürigen Krankheitsprozesses — am Anus und Genital — der Frau unter der Diagnose *Ulcus molle* und *Bubo* mehrere Monate behandelt wurde. Die derzeit positiven Cutanreaktionen bei Frau und Mann lassen den Schluß zu, daß die seinerzeitige Erkrankung des Mannes als L. i. aufzufassen ist; diese auf die Frau übertragene Krankheit verläuft bei derselben unter dem Krankheitsbild der Esthiomene. *Schreiner (Graz).*

**Platz, Rudolf:** Beitrag zum Thema: „Wandern von Fremdkörpern“. (*Chir. Abt., Krankenanst., Bautzen.*) Zbl. Chir. 1936, 2889—2890.

Verf. berichtet über einen bemerkenswerten Fall von Fremdkörperwanderung. Es handelt sich um einen 20jährigen jungen Mann, dem am 25. VI. ein Stahlsplitter in die Innenseite des linken Oberschenkels an der Grenze vom mittleren und unteren Drittel eindrang, wobei die am 30. VI. vorgenommene Röntgenaufnahme diesen in der Streckseite des Oberschenkels 1½ Handbreit oberhalb des Kniegelenkspaltes erkennen ließ. Ein außerhalb des Krankenhauses unternommener Versuch, den Fremdkörper zu entfernen, war mißlungen. Eine am

21. VII. 1936 angefertigte Röntgenaufnahme zeigte den Splitter auf der Rückseite des äußeren Oberschenkelknorrens, woselbst er am folgenden Tage in unmittelbarer Nachbarschaft des Wadenbeinnerven von einem Längsschnitt in der Kniekehle aus leicht entfernt werden konnte.

*Max Budde (Gelsenkirchen).*◦

**Rivoir, Johann: Eingekapselte Präputialsteine in einer jahrelang bestehenden Phimose.** (*Chir. u. Urol. Abt., Krankenh. d. Eisenbahnermannschaft, Athen.*) *Z. urol. Chir. u. Gynäk.* 43, 58—59 (1937).

Verf. berichtet von einem 78jährigen Mann, der plötzlich keinen Urin mehr lassen konnte. Es bestand eine Verwachsung des Praeputiums mit der Glans, außerdem fand Verf. ein tumorartiges Gebilde. Bei Aufschneidung des Praeputiums war dieses von der Glans nicht zu lösen. Als man in die Gegend des Tumors kam, entleerten sich 14 schrotähnliche Steine, deren chemische Untersuchung Harnsäure ergab. Diese 14 Steine sind nach Ansicht des Verf. wahrscheinlich bei ein und derselben Miktion herausbefördert und haben sich in derselben Krypte angesammelt. Zu bemerken ist, daß der Mann Jahre hindurch an einer Phimose litt.

*Foerster (Marburg).*

**Baensch, W.: Über Röntgenspätschäden (Folgezustände des indurativen Ödems).** (*Röntgeninst., Chir. Univ.-Klin., Leipzig.*) *Röntgenprax.* 8, 749—752 (1936).

Verf. berichtet über 2 Fälle von indurativem Ödem der Kinn- und Unterkinn- gegend infolge von Röntgentherapie, die er als gerichtlicher Gutachter kennenlernte. In beiden Fällen lag die Bestrahlung 6 bzw. 8 Jahre zurück. Bestrahlt wurde zur Epilation des Kinns und wegen Bartflechte. In einem Fall war das Ödem verbunden mit einer totalen Kiefernekrose, im anderen mit Zahnausfall und Kieferatrophie. Weitere Folgen waren hochgradigste Hautatrophie und Mikrostomie. — „Die Dosierung im Bereich der Hals- und Mundbodenregion ist so vorsichtig wie nur möglich zu machen.“

*Sandera (Solingen).*◦

**Dietschlag, Emil: Das Tier als Individualität in der Großhirnforschung.** *Sitzgsber. Ges. Naturwiss. Marburg* 71, 29—45 (1936).

Theoretische Auseinandersetzung mit verschiedenen Methoden, insbesondere Pawlows bedingten Reflexen, an deren Stelle eine mehr „ganzheitliche“ Verhaltensforschung zu treten hätte. Experimentell Neues wird nicht vorgebracht. Bedeutsame Ergebnisse der letzten Jahre auf diesem Gebiet der tierischen Verhaltenslehre (z. B. die Arbeiten von Lorenz) bleiben leider unberücksichtigt, wodurch der Eindruck entsteht, als wenn diese Forschungsrichtung noch in primitivsten Anfängen steckte.

*Erich v. Holst (Berlin).*◦

### **Histologie und mikroskopische Technik.**

**Giannuli, Francesco: Rapporti anatomici del corpo calloso con il fascio occipito-frontale e con la capsula interna nell'uomo.** (Anatomische Beziehungen des Corpus callosum mit dem occipito-frontalen Bündel und mit der inneren Kapsel beim Menschen.) *Nuova Riv. Clin. psichiatr.* 12, 1—20 (1936).

Die Untersuchung eines Falles von linksseitiger Großhirnatrophie ergab, daß das Corpus callosum in großer Ausdehnung in dem zur atrophischen Großhirnhälfte homolateralen Teil degeneriert erscheint; die Mittelschicht des Balkens ist auch im kontralateralen Teil degeneriert. Das zur atrophischen Großhirnhälfte homolaterale occipito-frontale Bündel ist völlig degeneriert. Aus diesen Befunden ergibt sich, daß die Fasern dieses Bündels mit der Großhirnrinde in enger Beziehung stehen. Fasern des Balkens strahlen in das Feld dieses Bündels und in die innere Kapsel ein. — Nach dem Autor enthält der Balken Assoziations- und Commissurenfasern; die ersteren ermöglichen die Verbindung einzelner Lappen der gleichen Hemisphäre untereinander, die letzteren, welche sich im Stratum medium des Balkens sammeln, verbinden die beiden Hemisphären miteinander. Das occipito-frontale Bündel besteht aus Assoziationsfasern.

*Max Clara (Leipzig).*◦

**Timm, Friedrich: Der histochemische Nachweis des „normalen“ Bleis in menschlichen Hartgeweben.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Leipzig.*) *Virchows Arch.* 297, 502—507 (1936).

Hinweis auf die Erforschung der Fragen nach Aufnahme, Ausscheidung und Verteilung des „pathologischen“ Bleies im Körper, auch in quantitativer Hinsicht, und