

Literaturbericht.

MÜLLER. **Kritische Beiträge zur Frage nach den Beziehungen des Stirnhirns zur Psyche.** *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* 59, 830—884. 1902.

M. will zunächst nicht entscheiden, ob die Frontallappen eine besondere Bedeutung für die psychischen Funktionen besitzen, verwahrt sich aber auf das Entschiedenste gegen die Behauptung vieler, daß die klinischen Erfahrungen bei Stirnhirntumoren für die Lokalisation psychischer Qualitäten in das Stirnhirn sprechen. Es ist sehr schwer zu entscheiden, was im einzelnen Fall Folge des Tumors, was Folge der Allgemeinwirkung des Herdes ist. Es muß streng z. B. zwischen Demenz und Benommenheit unterschieden werden. Ein Tumor kann auch bei bestehender oder erworbener neuropathischer Disposition eine Psychose auslösen. Initiale psychische Störungen finden sich auch bei Tumoren anderer Hirnprovinzen. M. stellt 22 Beobachtungen zusammen von Stirnhirntumoren eines oder beider Frontallappen, woraus sich ergibt, daß auch bei doppelseitigen Affektionen ein gesetzmäßiges, frühzeitiges und intensiveres Auftreten psychischer Alteration keineswegs konstatiert werden kann. In vielen Fällen läßt sich nur, wie bei Tumoren anderer Hirngegenden, eine gewisse Benommenheit nachweisen. Das oft auffallend rasche Schwinden der psychischen Symptome nach operativer Entfernung der Stirntumoren spricht dafür, daß diese Störungen nicht Lokal- sondern Allgemeinsymptome waren, es handelt sich nicht um Ausfallerscheinungen. Wenn wirklich psychische Symptome häufiger bei Stirnhirntumoren als bei anderen Hirntumoren beobachtet werden, so mag dies daran liegen, daß die Tumoren der Frontallappen sehr häufig eine auffallende Größe erreichen, daß dieselben durchschnittlich eine relativ lange Krankheitsdauer bedingen, in klinischer und pathologisch-anatomischer Beziehung. Beide Eigenschaften bedingen wiederum eine intensivere Schädigung der Großhirnrinde, deren klinisches Symptom eine besondere Häufigkeit und Deutlichkeit psychischer Erkrankungen sein müssen. FRIEDMANN'S Versuche haben von neuem bewiesen, daß nach Großhirnläsion auftretende psychische Anomalien nicht auf die lokale Verletzung dieses oder jenes Hirnlappens, sondern auf diffuse Schädigung des Cortex zu beziehen sind. Es bleibt immerhin möglich, daß eine gewisse lokale Färbung je nach der Verletzung dieses oder jenes Gehirnteils besteht. M. hat keine auch nur einigermaßen einwandfreie Belege gefunden, welche für die Annahme engerer Wechselbeziehungen

zwischen der rechten oder linken Hemisphäre, dieses oder jenes Stirnhirnbezirktes und der Psyche oder einzelner psychischer Qualitäten andererseits berechtigen. Das anatomische Substrat der seelischen Prozesse ist nicht das Stirnhirn, sondern das ganze Gehirn, zumindest das ganze Großhirn. M. kann sich aber auch der Möglichkeit nicht verschließen, daß bei Läsion umschriebener Territorien, die durch diffuse Alterationen der Großhirnrinde bedingte psychische Störung einige von der topischen Lage des Herdes abhängige mehr oder minder charakteristische Züge aufweisen kann. Die psychischen Störungen bei Hirntumoren sind nur echte Allgemeinerscheinungen.

UMPFENBACH.

KIRCHHOFF. **Die Höhenmessung des Kopfes, besonders die Ohrhöhe.** *Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie* 59, 363—389. 1902.

Kopfmasse und Schädelmasse sind nicht identisch; sie weichen in bestimmter und annähernd bestimmbarer Weise voneinander ab. K. hat gefunden, daß, was Länge und Breite anlangt, die Schädelmasse $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ cm geringer sind. Die Durchmessermaße sind wertvoller als die Umfangsmaße. Letztere sind schwer exakt zu bekommen, namentlich wegen der Haare. Deshalb ist auch ein Teilmaß des Kopfes wichtiger, die Ohrstirnlinie. Der Ausgangspunkt für Ohrstirn- und Ohrhinterhauptslinie ist das äußere Ohrloch. VIRCHOW erklärte, daß die Lage des äußeren Gehörganges viel größerer Variation unterliegt als die irgend eines anderen in Betracht kommenden Meßpunktes. Die Differenz der Schädelhöhe bei Dolichocephalen und Brachycephalen betrifft mehr die Ohrhinterhauptslinie. Der vordere Teil des Schädels unterliegt ungleich geringeren Schwankungen. Da Lang- und Kurzschädel dieselbe Intelligenz zeigen, scheint nicht die Länge, sondern die Höhe des Schädels größere Bedeutung zu beanspruchen. Die Verbindungslinie der hinteren Ränder der Ohröffnungen fällt in vertikaler Richtung nicht viel vor oder hinter die Mitte der Gelenkfortsätze des Hinterhauptbeines. K. bezeichnet als Ohrebene eine Ebene, die senkrecht auf die Horizontalebene durch die Ohrachse gelegt wird; sie enthält auch die Ohrhöhe. Das sog. Basion liegt im Durchschnitt fast 1 cm vor dieser Ebene. Vom Basion aus wird die Schädelhöhe gemessen. Der Teil der Höhe zwischen Basion und Ohrachse ist eine nahezu konstante Größe bei normalen und pathologischen Schädeln. K. will dafür eine Größe von 2 cm als normal annehmen; hat dieselbe auch bei Mikro- und Hydrocephalen gefunden. Ohrhöhe + 2 cm ist demnach = Kopfhöhe, bei den Erwachsenen berechnet, gleich bei Männern und Frauen. Das Ohrloch hat durchweg eine konstante Höhenlage, das Ohr kann höchstens mal tiefer als normal sitzen. Beim Embryo rückt die äußere Ohröffnung von unten nach oben hinauf. Ohrstirnlinie zu Ohrhinterhauptslinie verhalten sich normal 30:24, bei den dementen Epileptikern z. B. wie 30:20. Bei Kindern sind beide Linien annähernd gleich, bei Erwachsenen ist dies selten, z. B. bei KANT. Dolichocephalen, wo die Ohrhinterhauptslinie relativ groß ist, scheinen besonders oft geistig sehr begabt zu sein. Die Ohrebene schneidet die Stammganglien fast in der Mitte. Degenerierte zeigen eine relativ geringe Kopfhöhe. Das Abtasten der Knochennähte am Lebenden hält K. für sehr unsicher. Künstliche Mißstaltungen des Schädels bleiben ohne nennens-