

auch deswegen, weil sie der beste Prüfstein der praktischen Graphologie sind, die sich in foro noch durchzusetzen hat.

*R. M. Mayer* (Königsberg i. Pr.).

### ***Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.***

**Meyer, Fr.: Die Bedeutung konstitutions- und rassenanatomischer Forschung für die Psychiatrie.** (*Gesundheitsamt, Magdeburg.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1936, 97—101.

Verf. entwickelt ein Programm zur exakten anatomischen bzw. pathologisch-anatomischen („konstitutionsanatomischen“) Untersuchung von Individuen, die bereits zu Lebzeiten eingehend anthropologisch und anthropometrisch erfaßt worden sind. Durch die so gewonnenen Einblicke in die konstitutions-typologischen Eigenarten und Konstitutionsanomalien der Organe werden nicht nur die psychiatrische Forschung und die Konstitutionstypenlehre befriedigt, sondern auch die Rassenkunde. Verf. macht sich völlig die Ausführungen von Rittershaus über die Zusammenhänge zwischen Konstitutionstyp und Rasse zu eigen. Ein selbst entworfenes Schema zu einem Sektionsprotokoll für die angestrebten Zwecke ist beigeftigt. (Rittershaus, vgl. diese Z. 27, 18.) *Dubitscher* (Berlin).

**Guggenheim, Lilli: Das bewußte psychologische Verständnis bei Kindern von 7 bis 12 Jahren.** Psyche (Solothurn) 3, 30—35 u. 45—50 (1936).

Die Frage, die eingangs aufgeworfen wird, ob bei Kindern von 7—12 Jahren bereits ein bewußt psychologisches Verständnis besteht, wird von der Verf. nicht beantwortet. Der Aufsatz ist lediglich eine Schilderung des methodologischen Vorgehens zu einer Untersuchung, ob Kinder bei anderen Menschen die Vorgänge, Gedanken und Gefühle erkennen, wenn sie die Handlungen und Worte kennen. Verf. hat einer anscheinend kleinen Zahl von kindlichen Vpn. (die genauen Zahlen sind nicht ersichtlich) 7 Geschichten mit verschiedenen Situationsschilderungen zur Beurteilung vorgelegt. Die getroffene Auswahl der Geschichten wird eingehend berichtet. Die Bewertung der Antworten wird nur grob summarisch mitgeteilt, und es wird darauf hingewiesen, daß einem Intelligenzfaktor, der Vorstellungsfähigkeit und der Ausdrucksfähigkeit des Kindes Rechnung getragen werden muß. Eine quantitative Auswertung der Antworten wird abgelehnt, und es wird hervorgehoben, daß ein erheblicher Unterschied zwischen theoretischer Stellungnahme und praktischer Handlungsweise der Kinder besteht. Leider wird nicht mitgeteilt, an wieviel Kindern die Untersuchungen vorgenommen worden sind, ebenso wird nichts über die Ergebnisse berichtet. *Dubitscher* (Berlin).

**Boenheim, Curt: Die Bewertung der Kinderlüge.** Psychother. Prax. 3, 15—19 (1936).

Bezüglich der Kinderlüge ist eine genaue Begriffsbestimmung aus praktischen wie aus theoretischen Gründen unerlässlich; sie — die bewußt falsche Aussage zum Zwecke der Täuschung — muß präzise gegenüber den Aussageirrtümern infolge mangelhaften sprachlichen Ausdrucksvermögens oder infolge unvollständiger Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit abgegrenzt werden. Genetisch sind Angst, Schamgefühl und Geltungsdrang wirksam. Pädagogisch kommt es darauf an, den Maßstab für den Wert der Wahrheit zu schaffen und unzweckmäßiges Verhalten der Erwachsenen (Inquirieren) zu vermeiden. Eine besondere Beurteilung erfordern 3 Gruppen: einmal können die in früheren Lebensjahren ganz gewöhnlichen Schwierigkeiten in der Unterscheidung von Phantasie und Wirklichkeit bei gewissen Kindern länger persistieren. In anderen Fällen sind Intelligenzdefekte oder vorübergehende Entwicklungshemmungen verantwortlich zu machen. Und schließlich können nachweisbare Störungen auf dem Gebiete des Trieblebens vorliegen. Für die Beurteilung der Kinderlüge ist immer eine genaue Kenntnis der Gesamtpersönlichkeit erforderlich; je mehr die Lüge nur Teilsymptom ist, desto ungünstiger ist die Prognose. *Donalies* (Potsdam).<sub>o</sub>

**Meng, Heinrich: Organische Erkrankung als Organ-Psychose.** Schweiz. Arch. Neur. 36, 271—283 (1935).

Mit dem höchst mißverständlichen Ausdruck „Organ-Psychose“ will der Autor

solche Fälle bezeichnen, bei denen organische Leiden diagnostiziert wurden, die sich als sekundär erwiesen, während primär eine psychische Erkrankung vorlag, die oft bis in die Kindheit zurückzuverfolgen war. Unter Benutzung psychoanalytischer Nomenklatur stützt sich die Arbeit auf Beobachtungen von 16 Kranken. Es hätte das Verständnis für die Bemühungen des Verf. erheblich gefördert, wenn er seiner Arbeit Krankengeschichten beigegeben hätte. So wird es dem Leser nicht recht klar, warum die um scharfe Begriffe ringende Psychiatrie um den in der Überschrift gegebenen Ausdruck „Organ-Psychose“ bereichert werden soll. *H. Schwarz* (Berlin).,

**Ciafaloni, Giulio:** *Ancora a proposito della etio-patogenesi dell'oto-ematoma negli ammalati di mente.* (Nochmals zur Ätio-pathogenese des Othämatoms bei Geisteskranken.) (*Osp. Psichiatr. di S. Antonio Abate, Teramo.*) Osp. psichiatr. 3, 322—336 (1935).

Unter 1000 Kranken seiner Anstalt fand Verf. 8 Fälle von Othämatom, und zwar bei einem Schizophrenen, einer dementen Involutionspsychose, 2 Schwachsinnigen und 2 Idioten, einer epileptischen Demenz und einer Melancholie, alle in gutem körperlichen Zustand. In allen Fällen, außer einem, tritt das Othämatom am linken Ohr auf. Außer bei dem Epileptiker glaubt Verf. in allen Fällen ein Trauma ausschließen zu können. Da Verf. spontane Othämatome auch bei Geistesgesunden gefunden hat, glaubt er, daß nicht nur nervöse Störungen, sondern besonders eine eigenartige anatomische Struktur der Ohrmuschel in Frage komme. *Steck* (Lausanne).,

**Salmanson, A. N.:** *Zur Frage der Grundstörung bei der Schizophrenie.* Trudy psichiatr. Klin. 5, 60—86 (1934) [Russisch].

Eine kritische Skizze der Lehre von Berze. *Mark Serejski* (Moskau).,

**Molochow, A. N.:** *Zum Studium der abiotrophen Formen der Schizophrenie.* Trudy psichiatr. Klin. 5, 44—59 (1934) [Russisch].

Verf. schildert einige Fälle von Schizophrenie, die v. Gannuschkin als abiotrophen, oder richtiger abiotische Form von Schizophrenie, als Schizophrenia sine Schizophrenia bezeichnet hat, die der psychasthenischen Schizophrenie sehr nahe verwandt ist. Diese Abarten der Schizophrenie sind eigenartig konstruiert und unterliegen in hohem Maß der Macht exogener und psychogener Faktoren. Die Diagnose ist sehr schwer zu stellen, auch bei langjähriger Observation. Zur Pseudodemenz oder wirklicher Demenz kommt es selten. *Higier* (Warschau).,

**Rizzatti, Emilio:** *Ulteriore contributo allo studio della catatonie sperimentale. Bozze del dizionario della catatonie sperimentale.* (Weitere Beiträge zum Studium der experimentellen Katatonie. Entwurf eines Wörterbuches der experimentellen Katatonie.) Schizofrenie 5, 357—397 (1935).

Alphabetische Literaturzusammenstellung, deren Zweckmäßigkeit fraglich erscheint. *Werner* (Wien).,

**Runeberg, Johan:** *Die Neurologie der Schizophrenie.* (*Sjukh., Pitkäniemi.*) Finska Läk. sällsk. Hdl. 77, 690—708 u. dtsch. Zusammenfassung 708 (1935) [Schwedisch].

Bei der Schizophrenie lassen sich häufig anatomische Veränderungen an der Hirnrinde feststellen. Runeberg versucht nun, diese Befunde mit der neurologischen Symptomatik der Schizophrenie in Zusammenhang zu bringen. Die bei der Schizophrenie veränderte Motorik wurde, wie bei der Encephalitis, auf Veränderungen in den zentralen Ganglien zurückgeführt; seitdem man die Bedeutung der Hirnrinde für das encephalitische Krankheitsbild, besonders für die dabei vorkommenden psychischen Störungen erkannt hat, werden auch die motorischen Symptome bei der Schizophrenie als corticale Funktionsstörungen gedeutet. Im Anschluß an die Theorien von Lotmar, Berze und Homburger über die Bedeutung der zentralen Ganglien für die Entstehung der katatonen Motorik weist R. auf die Auffassung von C. und O. Vogt hin, die die zentralen Ganglien als Zentren für primäre Automatismen ansehen, wobei das Striatum dem Pallidum übergeordnet ist. Diese Zentren stehen in Verbindung mit dem Corp. Luisii, der Subst. nigra, dem Nucl. ruber und so mit dem extrapyramidalen System. Normalerweise bekommt dieses System gleichmäßige Impulse von der frontalen Hirn-

rinde. Bei der Schizophrenie werden diese Impulse durch Erkrankung der Ganglienzenellen in der Hirnrinde abnormal, die Störung im Stirnhirn ist somit letzten Endes Ursache der katatonen Motorik. Nach R. beruhen aber auch die Affektiv- und Initiativstörungen bei der Schizophrenie nicht nur auf Veränderungen im Thalamus, sondern ebenso auf Erkrankungen der Hirnrinde besonders im Bereich des Stirn-, Scheitel- und Schläfenlappens. Wenn auch Thalamus und Höhlengrau des 3. Ventrikels für die Persönlichkeitsstruktur von größter Bedeutung ist, nämlich weil hier die sensorischen und sensiblen Reize umgekoppelt werden, so werden diese Impulse doch zur Hirnrinde weitergeleitet. Die Bedeutung des Stirnlappens für die Affektivität und für die Initiativfunktionen ist uns seit Feuchtwangers Untersuchungen an Stirnhirnverletzten bekannt. Schließlich beruhen nach R. auch die Sprachstörungen der Schizophrenie — die von Gruhle und C. Schneider als sekundär, von Kleist als organisch bedingt angesehen werden — auf Ausfällen in der Hirnrinde (nach Untersuchung von Head ist besonders der Gyrus supramarginalis und der Gyrus angularis von Bedeutung!). R. hat 100 Schizophrene (chronische Fälle) neurologisch untersucht und fand, wie auch andere Autoren, häufig asymmetrische Reflexe (unter den paranoiden Formen wieder häufiger als unter den katatonen). Die Schluck- und Cornealreflexe waren oft vermindert oder aufgehoben. R. führt diesen Befund auf eine Störung in der Verbindung Thalamus-Cortex zurück. Der Mayersche Reflex war bei den Katatonen nur in 27% normal, über 70% zeigten eine veränderte Pupillenreaktion. Bei der Katatonie war die Pupille durchschnittlich größer als bei der paranoiden Schizophrenie. Pupillenveränderungen, Veränderungen im Mayer- und Leri-Reflex und eine allgemeine Hypotonie waren die am häufigsten zu findenden neurologischen Symptome bei der Schizophrenie.

Rudolf Lemke (Jena).<sub>o</sub>

**Ossipow, W.: Die Grenzen der Schizophrenie, ihre gelinden Formen und die leichsinnige Diagnosestellung bei derselben.** Sovet. Nevropat. 4, Nr 7, 1—30 (1935) [Russisch].

In einem Überblick über die Entwicklungsgeschichte des Schizophreniebegriffes übt Verf. Kritik besonders an der Anwendung der Kretschmerschen Lehre, welche zu einer Verwischung der Grenzen zwischen gesund und krank führte, an Bumkes Handbuch, das bei dem Fehlen eines einheitlichen methodologischen Prinzips und seinem bloßen Elektizismus schließlich enttäuschend wirke, bemängelt die Vernachlässigung des von Kraepelin geforderten Momentes des fortschreitenden Charakters des Prozesses, warnt vor der Übertreibung der spezifischen Bedeutung des Autismus; in der Erforschung der milden Formen der Schizophrenie, welche erst durch die Ausdehnung der Psychiatrie über die Anstaltsgrenzen hinaus möglich wurde, beansprucht er ein besonderes Verdienst für die „Sowjet-Psychiatrie“, welche durch die Entwicklung der ambulatorischen Behandlung, die Arbeitstherapie und die Einbeziehung der Invaliden der Arbeit in den Arbeitsprozeß besonders auf dieses Gebiet hingewiesen werde. Er verlangt, daß zur Schizophrenie, die unbedingt als organische Erkrankung aufgefaßt werden müsse, nur die prozessualen Formen gezählt werden. Die Grundmerkmale des schizophrenen Prozesses erblickt er in der Entfremdung von der Außenwelt, der Störung des harmonischen Ablaufes des emotionell-intellektuellen Prozesses, der intrapsychischen und Wortataxie, der Störung des psychomotorischen Gebietes und schließlich dem fortschreitenden Verlaufe. Alle Symptome müßten jedoch in jedem Falle sorgfältig auf ihre schizophrene Herkunft geprüft und nicht nur auf Grund äußerer Übereinstimmungen verwertet werden. Besondere Beachtung sei den Entstehungsbedingungen der Erkrankung (Infektion, Trauma u. a.) zuzuwenden, wobei ein akuter Beginn mit folgender Remission oder Intermission für Schizophrenie spricht, vor allem ist auch die Erblichkeit zu berücksichtigen, ferner die prämorbiide Persönlichkeit und die Bedingungen ihrer Entstehung, wobei die Erforschung der kindlichen Charaktere sehr aufschlußreich ist. Auszuschließen wären Infektionspsychosen, in denen die Infektion nicht nur ein auslösendes Moment für die Schizophrenie ist, cyclo-

phrene Zustände von protrahiertem Verlaufe, alle nur symptomatologisch ähnlichen funktionellen Formen; so müsse man sich auch hüten, hypomanische Zustände bei Jugendlichen als schizophrene (hebephren) zu betrachten. Im wesentlichen dieselben Erwägungen sind bei der Beurteilung der milden Formen maßgebend. Hier ist zunächst einmal festzustellen, ob es sich um einen wirklich geisteskranken Menschen handelt oder um eine Reaktion, der noch gar nicht ein Krankheitsprozeß zugrunde liegt; selbst sog. spezifische Symptome können dabei irreführen. Außer den Grundmerkmalen, die zwar weniger ausgeprägt, aber doch als Symptome des endogenen organischen Prozesses vorhanden sind, ist auch wieder die wesentliche Bedeutung des somatischen Bildes nicht zu vernachlässigen. Die Aufstellung einer „Schizophrenie ohne Schizophrenie“ wird unbedingt abgelehnt. Bei Mischformen von Cyclophrenie und Schizophrenie müsse die Grundlage für die Entwicklung der Krankheit maßgebend sein. Milde Formen der Schizophrenie beständen gewiß, aber sie seien jedenfalls viel seltener, als sie diagnostiziert werden. Durch leichtsinnige Diagnosen werde viel geschadet, besonders im Sinne der Schaffung iatrogener Zustände. Gerichts- und Militärärzten wird besondere Vorsicht zur Pflicht gemacht. *Adam (Berlin-Buch).*

**Dretler, Julian: Influence de l'encéphalite épidémique chronique sur la schizophrénie.** (Einfluß der chronischen epidemischen Encephalitis auf die Schizophrenie.) (*Asile Public, Kobierzyn près Cracovie.*) *Encéphale* 30, 656—670 (1935).

Pseudoschizophrene Psychosen sind bei der epidemischen Encephalitis nicht selten. In den 3 Fällen des Verf. hatte bereits vor der akuten Encephalitis eine echte Schizophrenie bestanden, alle 3 Fälle hatten eine schizophrene erbliche Belastung. Fall 1: Die Kranke hatte den ersten schizophrenen Schub mit 17 Jahren; mit 20 Jahren bekam sie eine akute Encephalitis unter einem choreiformen Bild, danach war sie psychisch unauffällig; es folgte ein weiterer schizophrener Schub; dann entwickelte sich der Parkinsonismus; ein dritter schizophrener Schub war mit typischen Körpersensationen und „magischem, prälogischem“ schizophrenen Denken verbunden; es kam zu einem neuen encephalitischen Schub; nach diesem verschwand alle schizophrene Symptomatik, sogar der Autismus, und kehrte nicht wieder. Während der Schizophrenie hatte die Kranke akustische Halluzinationen von Stimmen, die sie bedrohten, während der Encephalitis sprachen die Stimmen nur mit ihr, und sie halluzinierte auch optisch; sie unterschied die Halluzinationen der Schizophrenie sehr wohl von denen der Encephalitis; letztere war durchaus mit Krankheitsgefühl verbunden im Gegensatz zu ersterer. In der Encephalitis erinnerte sie sich an die Halluzinationen der Schizophrenie, dagegen hatte sie an die Halluzinationen der Encephalitis nachher keine Erinnerung, es muß also eine andere Bewußtseinslage vorgelegen haben; an dem Wirklichkeitscharakter der Halluzinationen zweifelte sie weder in der Encephalitis noch in der Schizophrenie. — Fall 2: Der Kranke bekam während eines dritten katatonen schizophrenen Schubes eine choreiform-athetotisch-thalamische Encephalitis; der katatone Schub klang, zugleich mit der Encephalitis, vielleicht unter der Wirkung des Fiebers, unverhältnismäßig rasch ab; gegen Ende eines vierten schizophrenen Schubes setzte der Parkinsonismus ein; mit dem Zunehmen der parkinsonistischen Störungen verschwand die schizophrene Symptomatik vollkommen, ebenso der schizophrene Autismus; der Kranke hatte Blickkrämpfe, die mit Zwangsantrieben einhergingen; letztere ergriffen schließlich von seiner ganzen Persönlichkeit Besitz (Waschzwang, Rekapitulationszwang). — Fall 3: Die Schizophrenie führte sich bei diesem Kranken mit einem Zwangssyndrom ein (Wiederholungszwang); der zweite Schub ging mit Halluzinationen und Wahnsideen einher, klang schließlich ab; es folgte dann eine symptomarme akute Encephalitis (im wesentlichen Schlafstörungen), danach wurde der Kranke wieder arbeitsfähig; schließlich entwickelte sich der Parkinsonismus; schizophrene Symptome fehlten vollkommen, auch die schizoide Eigenart des Kranken war verschwunden. Bemerkenswerterweise kehrten die Zwangsvorstellungen des präschizophrenen Stadiums im Parkinsonismus nicht wieder.

Es ist möglich, daß für das Auftreten von Psychosen bei der Encephalitis eine hereditäre konstitutionelle Disposition Voraussetzung ist. Es ist aber bemerkenswert, daß in Fall 2 der Parkinsonismus mit einem schweren Zwangssyndrom einherging, der Kranke aber in und vor der Schizophrenie keine Zwangsercheinungen hatte; daß hingegen in Fall 2 die Schizophrenie mit einer Zwangsneurose begonnen hatte, der Parkinsonismus aber nicht von Zwangsantrieben begleitet war (abgesehen von leichten Iterationserscheinungen). In allen 3 Fällen wurde also die Encephalitis in ihrem charakteristischen chronischen Verlauf durch die Schizophrenie in keiner Weise beeinflußt. Dagegen hatte die akute Encephalitis in jedem Fall eine Besserung der Schizophrenie

zur Folge und der Parkinsonismus brachte die schizophrenen Symptome und sogar die schizophrene Persönlichkeitswandlung zum Schwinden. Natürlich läßt sich nicht entscheiden, ob die Schizophrenie wirklich geheilt oder nur scheinbar verschwunden war, vielleicht fehlten ihr nur infolge der parkinsonistischen Wesensänderung die Ausdrucksmöglichkeiten. Man hat eine Zeitlang geglaubt, die psychomotorischen Störungen der Schizophrenie in den subcorticalen Hirnteilen lokalisieren zu können, trotzdem die histologischen Untersuchungen ergebnislos gewesen waren. Die 3 Encephalitisfälle der Verff. sprechen gegen diese Hypothese: wenn die katatonen Symptome der Schizophrenie in den subcorticalen Ganglien lokalisiert wären, müßte man im Verlauf des Parkinsonismus eine Zunahme der schizophrenen Störungen erwarten, in Wirklichkeit verschwanden sie.

*Vult Ziehen (München).*

**Shislin, S.: Über Halluzinosen. (Zur Frage über die Blutversorgung des Großhirns und die Schizophrenie.)** Sovet. Nevropat. 4, Nr 7, 31—46 (1935) [Russisch].

Bezüglich der Alkoholhalluzinose, welche Verf. in erster Linie beschäftigt und welche er vom Alkoholdelirium absondert, nimmt er außer der zweifellos alkoholischen Genese eine besondere, und zwar schizophrene Grundlage an, zu der jedoch noch eine andere Konstitutionsbesonderheit hinzutreten müsse. Diese erblickt er in der Art der Blutversorgung des Großhirns. Eine gute Blutversorgung, wie bei der pyknischen Körperkonstitution, hat eine günstige prognostische Bedeutung im schizophrenen Prozesse, eine schlechte eine ungünstige; dem entspricht auch der Einfluß akuter Infektionskrankheiten. Die Wirkung des Alkohols besteht nun nicht nur in einer toxischen, sondern auch in der Erzeugung einer vasoparalytischen Hyperämie; ein Umstand, der übrigens die Frage der Behandlung der Schizophrenie mit Alkohol nahelegt. Die akute Alkoholhalluzinose beginnt nun im wesentlichen nach der Zeit der Trunkenheit oder auch in anderen Fällen des Deliriums, also nachdem an die Stelle der pathologischen Hyperämie eine verhältnismäßige Anämie getreten ist. Allerdings kann die Veränderung der Blutversorgung nur bei Bestehen eines chronischen Alkoholismus eine Rolle spielen. Demnach kann erst das zeitliche Zusammentreffen der Veränderung der Blutversorgung des Großhirns mit einem tiefgehend pathologischen Zustande auf Grund aller toxischen Momente bei einer konstitutionellen Veranlagung, gegebenfalls einer Art schizophrenen Prozesses, für das Zustandekommen einer Halluzinose geltend gemacht werden. Die Psychosen bei Chloralhydratmißbrauch unterscheiden sich wenig von den alkoholischen. Daß der Cocainwahn nicht in der Abstinenz, sondern während der eigentlichen Vergiftung auftritt, ist wieder vom Gesichtspunkte der Blutversorgung verständlich; allerdings ist auch hier ein chronischer Mißbrauch Bedingung. Bei den syphilitischen Halluzinosen kommen nicht die meningo-encephalitischen Veränderungen in Betracht, sondern die Gefäßveränderungen von chronischem Charakter. Bei diesen Halluzinosen, wie auch bei den tabischen, handelt es sich also um eine chronische Veränderung der Blutversorgung im Sinne einer verhältnismäßigen Anämie des Großhirns wie bei der Alkohol- und Cocainhalluzinose, wenn auch bei einem anderen Mechanismus und anderen sonstigen pathogenetischen Faktoren. Auch bei den halluzinatorischen Syndromen bei mit Malaria behandelten Paralytikern spielt die mit dem Sinken der Temperatur verbundene Veränderung der Blutversorgung des Großhirns ihre Rolle. Hierher gehören auch Halluzinosen, welche beim Temperaturabfall bei Pocken auftreten. Es zeigt sich also, ohne Rücksicht auf die Mannigfaltigkeit der pathogenetischen Faktoren, daß da, wo der charakteristischen Veränderung der Blutversorgung des Großhirns chronische und nicht wieder herstellbare Gefäßveränderungen zugrunde liegen, es vorwiegend zu Halluzinosen von chronischem Verlaufe kommt, so bei der luischen, daß hingegen da, wo nicht dauernde und organische Gefäßveränderungen vorliegen, sondern eher funktionelle, verhältnismäßige Anämien im Kontrast zu vorhergehenden Hyperämien, entsprechend akute Formen von Halluzinosen auftreten, vorausgesetzt, daß nicht protrahierende Faktoren einwirken, so bei der alkoholistischen, cocainistischen, pockeninfektiösen und bis zu

einem gewissen Grade bei einigen paralytischen Formen. Diese Feststellungen bieten auch einen Beitrag zum Probleme der Schizophrenie. Adam (Berlin-Buch).<sup>o</sup>

**Stransky, Erwin: Über das Leistungsgefälle bei Testversuchen an Psychischgesunden, Psychopathen und Psychischkranken (Manisch-Depressiven und Schizophrenen).** Schweiz. Arch. Neur. 36, 349—369 (1935).

Bei der Kombinationsfähigkeit als Intelligenzfunktion unterscheidet Verf. eine einordnende und eine neuordnende Kombinationsgabe. Er kritisiert den Ebbinghaus-Test, der weniger einer Untersuchung der einordnenden Kombinationsgabe als vielmehr des Gedächtnisbesitzes dient, wenn nicht wirklich wesentliche Charakteristica der Wort- und Satzbilder fortgelassen werden. Unter der Fragestellung, ob sich mit derartigen Lückentests ein Leistungsgefälle zur Unterscheidung von psychisch Gesunden, Psychopathen und Psychotikern finden läßt, hat Verf. 4 Serien von Lückentests nach steigender Schwierigkeit zusammengestellt. Im ganzen werden 60 Vpn. untersucht. Aus den Ergebnissen wird gefolgert, daß bei psychisch gesunden oder nicht betont abnormalen Vpn. ein wenig bewegtes bzw. durch Versager unterbrochenes Leistungsgefälle besteht. Bei Kranken des manisch-depressiven Formenkreises ist das Bild des Leistungsabfalls bei steigender Schwierigkeit verzerrt, Versager sind zahlreich. Schwere Psychopathen weichen qualitativ und quantitativ stark von den Normalen ab. Direkte Versager sind aber nicht so zahlreich wie bei den Geisteskranken. Das bewegteste Abfallsbild zeigen die Schizophrenen, die besonders neben recht guten Leistungen auffallend schlechte aufweisen (intrapsychische Ataxie); die Zahl der Totalversager ist aber wesentlich geringer als bei den Manisch-Depressiven. — Die Versuche und ihre Ergebnisse, die leider nur an einer sehr kleinen Zahl von Vpn. durchgeführt worden sind, geben eine Reihe von psychologischen und psychopathologischen Problemen auf, denen weiter nachzugehen, sich zweifellos verlohnend würde.

Dubitscher (Berlin).

**Bondarew, N.: Zur Frage über die Beziehungen zwischen den hereditären Epilepsieformen und der manisch-depressiven Psychose.** Nevropat. i t. d. 4, Nr 9/10, 25 bis 30 (1935) [Russisch].

Es werden kurz 10 Fälle skizziert, in denen es sich um Patienten handelt, bei welchen sowohl epileptische Anfälle, wie auch Erkrankungen an Phasen des manisch-depressiven Irreseins auftraten; ferner um Patienten, bei welchen in der Aszendenz bzw. Deszendenz oder in der Verwandtschaft diese Kombination aufgetreten war; z. B. Vater — man.-depr. Anfälle, Sohn Epileptiker; — Patient ist Epileptiker, 2 Brüder sind Cyclothymiker; im Alter von 50 Jahren erkrankt Patient an zirkulärem, Irresein die epileptischen Anfälle änderten ihren Charakter: statt der typischen Anfälle krampfhafte Beugung des Kopfes auf eine Seite, Verlust der Sprache bei erhaltenem Bewußtsein; Patient ist Epileptiker seit dem 14. Lebensjahr, daneben seit derselben Zeit Depressionen und später manische Anfälle; Vaterschwester cyclothym, deren Sohn Epileptiker, eine Cousine epileptisch. Verf. erörtert seine Fälle. Er weist darauf hin, daß sowohl beim epileptischen Anfall, wie auch beim manischen bzw. depressiven es sich um Anomalien der Innervation der Hirngefäße handle, wie viele Autoren annehmen. Verf. glaubt annehmen zu dürfen, daß es sich in seinen Fällen um eine gemeinsame Ursache handle, die sowohl den cyclothymen wie den epileptischen Anfällen zugrunde liege. Die stürmische Äußerung dieser Störung erscheine als epileptischer, die langsamere als cyclothymer Anfall. Man könne daher die Cyclophrenie als eine Krankheit bezeichnen, die in der Form des manisch-depressiven Irreseins, der Dipomanie und schließlich der epileptischen Reaktion erscheinen könne. Verf. macht ferner darauf aufmerksam, daß in diesen Fällen die Epilepsie nicht zur Demenz geführt habe, ferner daß zwar wohl Cyclophreniker epileptische Kinder haben können, nicht aber Epileptiker manisch-depressive Kinder, wie aus seinem Material hervorgehe.

Bressowsky (Dorpat).<sup>o</sup>

**Mauro, Salvatore di:** *Raptus melancholicus o equivalente epilettico? (Studio clinico e medico-legale.)* (Raptus melancholicus oder epileptisches Äquivalent? [Klinische und gerichtlich-medizinische Betrachtung.]) (*Reparto Neur.-Psichiatr., Osp. Civ. „Garibaldi“, Catania.*) *Osp. psichiatr.* **3**, 540—546 (1935).

45jähriger Mann, der schon während des Militärdienstes im Anschluß an eine Erregung sich selbst Läsionen in Form von zahlreichen Messerstichen beigebracht hatte. 14 Jahre später erkrankte er wiederum mit einer Depression und fügte sich im Verlauf einer Erregung eine schwere Selbstverletzung des rechten Hodens zu. Er wurde aus diesem Grunde 2 Jahre in einer Irrenanstalt interniert. Vor 1 Jahr traten wiederum psychische Störungen auf, die mit seiner Internierung endeten, da er wiederum in einer Phase melancholischer Erregung sich befand. Dabei wurde einmal während des Aufenthaltes in der Anstalt ein typischer epileptischer Anfall besonders der linken Körpermuskulatur mit Schaum vor dem Mund und Bewußtlosigkeit beobachtet, was die Frage einer Epilepsie als Erklärung für die ganze Krankheitsgeschichte aufwerfen läßt.

*Fumarola (Rom.).*

**Gruhle, Hans W.:** *Über den Wahn bei Epilepsie.* *Z. Neur.* **154**, 395—399 (1936).

Aus der bisherigen Erforschung des Themas über den echten, primären unableitbaren Wahn bei Epileptikern zeigt sich, daß es Fälle gibt, wo eine dem Ansehen nach schizophrene Psychose sich mit eigentlicher Epilepsie so durchflieht, daß es nach Gruhle heute im Belieben des Forschers steht, ob er eine Schizophrenie mit sek. sympt. Epilepsie oder eine idiopathische Epilepsie mit sekundärer symptomatischer Schizophrenie oder eine zufällige Kombination beider Leiden annehmen will. Der Verf. hat in der Heilanstalt Weissenau an 92 schweren Epileptikern in 8,7% (8 Kranken) Wahngesetze feststellen können. Bei 7 von ihnen brach zuerst das epileptische Leiden, in einem zuerst die Psychose aus. — Die Wahngesetze dieser Kranken ließen sich von schizophrenen Wahngesetzen nicht unterscheiden. Besondere Beziehungen zwischen epileptischer Charakterveränderung und Art des Wahns bestanden nicht, die Wahngesetze waren keine Reaktionen auf epileptischer Grundveränderung. Es handelt sich nicht um Fälle, wo es sich um Kombination zweier Leiden handelte, sondern die wahnhaften Psychosen sind symptomatische Schizophrenien. Es liegt nur ein Grundleiden vor: eine toxisch endogene Epilepsie. Die Einteilung in genuine und symptomatische Epilepsie genügt dem Fachmann nicht mehr. Als Einteilung, die den realen Zusammenhängen besser gerecht wurde, schlägt G. am Schluß der anregenden Arbeit vor: 1. Toxische Epilepsie (endogen toxisch, exogen toxisch). 2. Cerebrale Epilepsie (endogen cerebral [gewisse Idiotien u. dgl.], exogen cerebral [Lues cerebrospinalis, Traumata usw.]).

*Braun (Zürich.).*

**Meyer, Walter Constantin:** *Über posttraumatische Spätepilepsie.* (*Klin. Hirnverletztenheim, Frankfurt a. M.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* **139**, 278—293 (1936).

Dem Auftreten epileptischer Anfälle nach Traumen ist zeitlich keine Grenze gesetzt. Frühepilepsien werden besonders nach Verletzung der zentralen Rindenpartien beobachtet; die Prognose ist bei den frühen Fällen am günstigsten. Spätepilepsien ähneln klinisch den genuinen. Schilderung von 33 Fällen mit verschiedener Lokalisation des Traumas, vorwiegend mit Beteiligung des Stirnhirns, bei denen der erste epileptische Anfall erst viele Jahre (über 8) nach dem Trauma auftrat. Mit steigender Latenzzeit sind anscheinend vorwiegend die übrigen Hirnpartien außer der Zentralregion für die Entstehung der Epilepsie verantwortlich. Dies trifft vielleicht besonders für die Stirnhirnverletzungen zu. Sehr häufig besteht bei Hirnverletzungen eine Übererregbarkeit der Gefäße, vorzeitiges Nachlassen und Erlöschen der Potenz und der geistigen Leistungsfähigkeit als Erscheinungen vorzeitigen Alterns. Lange vor dem ersten Anfall treten Schwindelerscheinungen und kurz dauernde Absencen in ständig zunehmendem Maße auf. Selbst jetzt, 17—21 Jahre nach dem Weltkriege, wird bei Hirnverletzungen gelegentlich noch das Auftreten erster Brückensymptome beobachtet. *Dubitscher.*

**Odobesco, Grégoire I., et H. Vasilescu:** *Syndrome hypophysaire et épilepsie post-climatérique.* (Hypophysensyndrom und postklimakterische Epilepsie.) Ann. méd.-psychol. 93, II, 760—767 (1935).

Mitteilung eines Falles, in welchem Menopause, Einsetzen der epileptischen Anfälle und das Syndrom eines Hypophysentumors zusammentreffen. Es werden die Möglichkeiten des Kausalzusammenhangs dieser 3 Faktoren diskutiert. Conrad (München).,

**Dobruskin, W., und E. Jurazkaja:** *Zur Frage der Hyperventilation bei Epilepsie.* Sovet. Nevropat. 4, Nr 8, 113—118 (1935) [Russisch].

34 Fälle. Auf Grund der Hyperventilation und anderer Symptome untersuchten Verff. 3 Gruppen: 1. Genuine Epilepsie mit ausgesprochenen Anfällen und geringen organischen Veränderungen des Zentralnervensystems. In dieser Gruppe ruft die Hyperventilation Anfälle hervor. 2. Epilepsie mit Hervortreten vegetativer Symptome; hier führt die Hyperventilation hauptsächlich zu vegetativen Erscheinungen. 3. Epilepsie mit kortikalen Läsionen (Jackson u. a.); hier bleibt die Hyperventilation ohne Effekt.

Mark Serejski (Moskau).

**Cacchione, A.:** *L'ipernea nella epilessia.* (Hyperventilation in der Epilepsie.) (Clin. Neuropsichiatri, Univ., Roma.) Giorn. Psichiatr. 63, 315—324 (1935).

Verf. hat 50 Epileptiker der Hyperventilation unterworfen, die maximal  $\frac{1}{2}$  Stunde dauerte. Ein vollständiger epileptischer Anfall wurde nur in 6% der Fälle ausgelöst, häufiger, d. h. in 36%, traten epileptoide Symptome auf in Form von klonischen Zuckungen, Zittern, auch tetanische Symptome usw. Bei 10 normalen Kontrollpersonen wurden nur leichter Schwindel, Ameisenlaufen in den Gliedern und einige vasomotorische Störungen erzielt, niemals tetanische Symptome. Bei 10 „Epileptoiden“ fiel der Versuch immer negativ aus.

Steck (Lausanne).

**Salmanson, A. N., und J. K. Erdmann:** *Über die Struktur des Korsakowschen Syndroms.* Trudy psichiatr. Klin. 5, 144—162 (1934) [Russisch].

Tiegreifende Analyse der alten Korsakowschen „Cerebropathia psychica toxæmica“ mit Hervorhebung der Rolle des Spezifikationskriteriums, des Hintergrundes des amnestischen Symptomenkomplexes, der Entfremdung der Erinnerungen, der Depersonalisation der vergangenen Tätigkeit und der Regression der Reminiszenzen, des inaktiven traumhaften Benommenheitszustandes. Higier (Warschau).,

**Obiglio, Julio R.:** *Menstrual bedingte Störungen und gesetzliche Verantwortlichkeit.* Semana médica 1935 II, 1553—1558 [Spanisch].

Die Menstruation hat mehr oder weniger psychische Veränderungen zur Folge. Wird während der Periode von der Frau eine strafbare Handlung begangen, kann nur dann eine verminderte Zurechnungsfähigkeit in Betracht kommen, wenn die Veränderung ins Pathologische übergreift. Ganter (Wormditt i. Ostpr.).

**Świetłow, B.:** *Posttraumatische Neurose und ihre Stellung in gegenwärtiger Neurologie.* Polska Gaz. lek. 1936, 374—376 [Polnisch].

Świetłow gelangt zur Ansicht, daß es gegenwärtig noch unmöglich ist, das Wesen der posttraumatischen Neurose endgültig zu bestimmen. Man kann nur behaupten, daß diese Neurose eine pathologische Reaktion seitens des Kranken darstellt, welcher eine abnorme Erregbarkeit gegen unangenehme Impulse äußert. Der Ausbruch der Neurose muß als das Resultat verschiedener Faktoren angesehen werden. Als diese Faktoren nennt S. die präreaktiven genotypischen Mechanismen, die erworbenen individuellen Reflexe, die psychophysische Konstellation des Kranken im Augenblicke der Einwirkung des Traumas, zuletzt die Art, Intensität und Dauer der schädigenden Einflüsse.

L. Wachholz.

**Friedman, Polina:** *Zur Revision der Frage über das nosologische Wesen der präsenilen Psychosen.* Trudy psichiatr. Klin. 5, 35—43 (1934) [Russisch].

Bei genauer kritischer Durchsichtung und klinischer Interpretierung des Status und der psychischen Defekte auf dem Terrain der präsenilen Geisteskrankheiten scheint dem Praesenum als solchem eine geringe Rolle zuzufallen. Die meisten Fälle

sind als Schizophrenia tarda aufzufassen. Drei Patienten werden genau an Hand ihrer Krankengeschichten analysiert. *Higier* (Warschau).<sub>o</sub>

**Santanelli, Ernesto:** *Sulla suggestione sperimentale. (Nota prev.)* (Über die experimentelle Suggestion.) (*Istit. di Psicol. Speriment., Univ., Napoli.*) *Fol. med.* (Napoli) **21**, 731—742 (1935).

Die vom Verf. angestellten Experimente bezwecken festzustellen, ob es möglich ist, unter dem Einfluß der Suggestion die Muskelkräfte zu erhöhen. Die suggestive Beeinflussung wurde dadurch ausgeübt, daß Verf. seine Hand auf die Schulter der gesunden Versuchsperson legte und indem er ihr sagte, dadurch würde ihre Kraft erhöht. Die Muskelkraft wurde mittels eines dem Kinographion verbundenen Dynamometers registriert. Dabei hielt die Versuchsperson die Augen entweder geschlossen oder offen, um die erzielten Resultate lesen zu können. Es hat sich ergeben, daß es möglich ist, durch Suggestion die Muskelkraft zu erhöhen und daß diese Erhöhung beträchtlicher bei offenen als bei geschlossenen Augen ist. (Auch ohne Suggestion sind die erzielten Werte bei offenen Augen höher als bei geschlossenen.) Die Fähigkeit, suggeriert zu werden, besteht in jedem Individuum, nur ist ihr Grad individuell verschieden. *Biondi.*<sub>o</sub>

#### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

**Groskloss, Howard H.:** *Fat embolism.* (Fettembolie.) *Yale J. Biol. a. Med.* 8, 59—91, 175—197 u. 299—315 (1935).

Unter Fettembolie versteht man einen Zustand, in dem kugelförmige Massen von flüssigem Fett im Blute in hinreichender Menge auftreten, um einen Verschluß der kleinen Blutgefäßwurzeln herbeizuführen. Man hat von pulmonaler und cerebraler Fettembolie, vom renalen, kardialen und Pfortader-Typus der Fettembolie gesprochen. Die Bezeichnung „multiple Fettembolie“ umfaßt alle diese Formen. Endogene Quellen der schädigenden Materie sind: Knochenmark, Unterhautgewebe, die verschiedenen parenchymatösen Organe und intramuskuläres Fettgewebe, auch die lipämischen Zustände im Gefolge von Diabetes und anderen inneren Krankheiten sowie im Anschluß an die Narkose. Zu den exogenen Quellen gehören die in der Behandlung des Urogenitalapparates angewandten Mittel, wie Campher- und Olivenöl und Wismuth-pasten. Die Verbreitung des Fettes kann durch das lymphatische und das venöse System, insbesondere die Venen des Knochengewebes, erfolgen. Die Lungen sind das 1. Organ, welches dem Eindringen der lipoiden Partikel in den großen Blutkreislauf entgegentritt. Mikroskopisch sind sie hier gewöhnlich als plumpe und umfangreiche Herde zu sehen. Außenseite und Schnittflächen zeigen gesprengeltes Aussehen. Im Gehirn wie in den weichen Hirnhäuten finden sich petechiale Blutungen und winzige Erweichungsherde, ausgestreut über Mark und Rinde („*Purpura cerebri*“). In sämtlichen Capillaren und den kleinen Arterien der Rinde sind Fettropfen enthalten. Nicht selten findet man Erweiterung der rechten Herzkammer und Inhalt von charakteristischen Fettklümpchen im Herzen. Mikroskopisch können sich wurstförmige Emboli finden, welche Zweige der Kranzarterien und Capillaren verschließen. In der Leber sind die Capillaren in ziemlich ausgebreittem Maße durch die Fettembolie betroffen. In den Nieren fällt die Fettembolie am meisten in den Capillarschleifen und in den Kapselräumen auf. Hämorrhagien in der Haut sind sehr häufig. Als Todesursache kann nach vorsichtiger Schätzung erst ein Befallensein von mehr als zwei Drittel der ganzen Lunge durch Embolie betrachtet werden. Daher ist es angebracht, eine Sektion jedes Lappens der Lunge vorzunehmen. Der durch die Fettembolie hervorgerufene Schaden ist fast ausschließlich dem Verschluß der ernährenden Blutgefäße zuzuschreiben. Die wichtigste Veränderung infolge dieses Verschlusses betrifft das Zirkulations-system. Das rechte Herz war oft durch Massen fetthaltigen Blutes erweitert, wodurch das Blut mit seinen Fettpartikeln in die Kranzvenen zurückgedämmt wird, was zu einer verminderter Ernährung des Herzmuskels führt. Andere haben das Erlahmen des Herzens einer Embolie der Coronararterie zugeschrieben. In den Lungen kommt es