

Stelle ausgeführt. — Hat man bei Vergleich zweier Tinten festgestellt, daß beide demselben Typus angehören, so kann man auf optischem Wege die Frage der Identität lösen; erfahrungsgemäß sind die quantitativen Verhältnisse der einzelnen Bestandteile bei jedem Fabrikate desselben Typus anders. Man photographiert zunächst mit monochromatischem Lichte (verschiedene Farben) gleichzeitig mehrere zu vergleichende Schriftzüge. Je nach der Lichtabsorption werden die Schriftzüge auf dem Negativ mehr oder weniger belichtet sein. Diese Negative läßt man nun zwischen einer Lichtquelle und einem Photoelement passieren. Die entstehende Stromkurve ist proportional der Dichte der einzelnen Bilder auf dem Negativ. Man kann durch geeignete Umrechnung (Berücksichtigung der absoluten Tintenmenge der Spuren) relative Werte für die Absorption der einzelnen Lichtarten durch jede Spur erhalten. Entsprechende Kombinationen von photographischen Aufnahmen gestatten genaue Schlüsse auf die relativen Unterschiede im Gehalte verschiedener Spuren an bestimmten Grundstoffen.

*H. Elbel* (Göttingen).

**Chavigny, Paul: Les mauvaises écritures. Les écritures illisibles.** (Schlechte und unleserliche Schriften.) *Rev. internat. Criminalist.* 8, 141—161 (1936).

Es wird unterschieden zwischen formlosen Schriften, welche durch Nachlässigkeit bedingt sind, krampfhaften Schriften, welche kennzeichnend sind für leicht störbare Individuen, und anspruchsvollen Schriften, welche für Pretentieuse charakteristisch sind. Graphologische Interpretationen werden grundsätzlich beiseite gelassen, weil der Autor, anscheinend in völliger Unkenntnis der deutschen wissenschaftlichen Graphologie, sie der Astrologie an die Seite setzen zu müssen glaubt. Die Arbeit bringt eine Reihe von Anekdoten und Plaudereien, und wenngleich es an wissenschaftlicher Vertiefung der Problemstellungen fehlt, so ist doch überall eine warme Lebensnähe zu fühlen, wie denn auch die Schrift als etwas Psychisches anerkannt wird. Erwähnt wird beispielsweise ein Sonderling, der mit den Füßen zu schreiben lernte und dabei durchaus dieselben Schriftzüge aufwies wie bei der Handschrift.

*F. Stumpfl* (München).

**Warren, Neil: Over-compensation in finger timing as a factor in typewriting errors.** (Überkompensation im Zusammenstimmen der Finger als Faktor bei Schreibmaschinenfehlern.) *J. educat. Psychol.* 27, 467—470 (1936).

Wenn beide Hände sich gleichzeitig bewegen sollen, besteht für die beim Schreiben nicht gebrauchte Hand die Neigung, der arbeitenden Hand voranzueilen. Ähnliches gilt für die einzelnen Finger und tritt bei genauen Fingerbetätigungen, z. B. beim Maschinenschreiben, Klavierspielen und anderem deutlich in Erscheinung. Verf. erhärtet die Annahme durch eine Analyse von 353 Umstellungen (= 16,5% der Typenfehler), die 60 Gymnasiasten beim Schreibmaschinenschreiben unterlaufen sind. Es konnte gezeigt werden, daß die Anordnung der Aufeinanderfolge von Fingerbewegungen so beeinflußt werden kann, daß sich Umstellungen ergeben. Ferner wächst das Verhältnis der Umstellungen um so schneller im Vergleiche zu den Fehlern insgesamt, je schneller geschrieben wird. Aus den tabellarisch mitgeteilten Ergebnissen geht weiter hervor, daß Umstellungsfehler bei den Fingern am frühesten auftreten, die am wenigsten gebraucht werden (Gold- und kleine Finger). Die linke Hand war an den Umstellungen wesentlich stärker beteiligt als die rechte. Diese Erscheinungen — so folgert Verf. — müssen bei den Lehrmethoden berücksichtigt werden.

*Dubitscher* (Berlin).

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

**Šerel: Gerichtsfall: Affektiver Dämmerzustand durch Hypoglykämie.** *Čas. lék. česk.* 1936, 1067—1069 [Tschechisch].

Ein 28-jähriger Maschinenschlosser kam im Dezember 1935 auf die Neurologisch-Psychiatrische Abteilung des Divisionsspitals zur Beobachtung, weil er als Ersatzreservist zur Waffenübung eingezogen, eines Abends statt ordnungsgemäß mit seinem Passierschein in die Kaserne zurückzukehren, über die Mauer gekrochen war, von der

Wache gestellt, das Bajonett gezogen und dieselbe bedroht, ja selbst auf dem Wohnzimmer sich auf einen schlafenden Soldaten gestürzt und ihn mit dem gezogenen Bajonett gefährlich bedroht hatte. Er wurde von den Kameraden entwaffnet. Als die Wache herbeieilte, wurde er plötzlich still, apathisch, gehorchte dem Befehl, sprach nicht. In der Haft schlief er ein und schlief mit kurzer Unterbrechung bis 11 Uhr vormittags. Als er erwachte, wußte er von nichts, auch nicht, warum er im Gefängnis sei. Die im Laufe des Strafverfahrens angestellten Erhebungen ergaben, daß er schon früher Anfälle von Tobsucht mit Bewußtseinsstörungen gehabt hatte. Er selbst gab an, daß er nahezu ständig an Kopfschmerzen leide, daß er nach Genuß von 2 Glas Bier eine Erleichterung verspürte, daß sich sein Zustand im Frühjahr 1935 gebessert, im September aber verschlimmert habe (Anästhesien der Finger, Druck im Unterleib). — Seitens der Heimatgemeinde wurde er als reizbar, in der Trunkenheit als gewalttätig bezeichnet. Vor der oben geschilderten Straftat hatte er 2 Glas Bier und 1 Gläschen Rum getrunken. Ursprünglich wurde an ein epileptisches Äquivalent bzw. Trunkenheit gedacht, im Laufe der weiteren Beobachtung ergaben sich jedoch Dämmerzustände, welche den Verdacht hypoglykämischer Zustände erweckten. Die dahin gerichtete Untersuchung bestätigte diesen Verdacht und so wurde auch das Gutachten für das Militärgericht in diesem Sinne abgefaßt. Die Bestätigung dieses Gutachtens durch den Insulinversuch konnte aus äußeren Gründen nicht durchgeführt werden, da der Patient als Ersatzreservist möglichst bald vom Militärspital entlassen werden sollte. Bei Dämmerzuständen unklarer Ursache sollte immer an die Möglichkeit hypoglykämischer Zustände gedacht werden.

Kalmus (Prag).

**Stefan, Hermann:** Simulation von Geistesstörung. Bewußte Vortäuschung von epileptischen Anfällen, Aphasie, Amnesie, Demenz. Aus der Gutachtertätigkeit der Klinik. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln, Köln-Lindenthal.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1936, 344—349.

Unter Verzicht auf eine zusammenfassende Auswertung werden 3 Gutachten wiedergegeben. In sämtlichen 3 Fällen handelte es sich um Simulation von seelischen Störungen. Der 1. Fall betrifft einen Mann, der vor 5 Jahren ein entschädigungspflichtiges Kopftrauma erlitt; eine darauf zurückgeführte Hemiplegie bildete sich innerhalb  $\frac{5}{4}$  Jahren wieder zurück. Die noch sicher vorhandene Restschädigung ist jetzt überbaut von zahlreichen funktionellen Beschwerden, so daß es fast unmöglich ist, aus dem rentenneurotisch-psychogenen Beschwerdekomples den wirklich organischen Kern herauszuschälen. Demonstrative Anfälle mit angeblichem Zungenbiß und sehr auffälligem Stottern stellen die aufdringlichsten Symptome dar. — Auch im 2. Falle handelt es sich um eine psychopathische Reaktion nach Schädeltrauma; bei der  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach dem Unfall erfolgten Nachuntersuchung sind organische Störungen nicht mehr nachweisbar, wohl aber werden eine Unmenge von Klagen vorgebracht, u. a. wird über starke „Vergeßlichkeit“ und über „Sich-an-nichts-erinnern-können“ geklagt. Bei der Intelligenzprüfung versagt der Mann in ganz plumper Weise. Er bietet das typische Bild einer Pseudodemenz. — Das 3. Gutachten wurde über eine Frau erstattet, bei der in einem Bezirkskrankenhaus eine Grundumsatzerhöhung von 16% festgestellt und daraus eine entschädigungspflichtige Thyreotoxikose abgeleitet wurde. Bei der psychiatrischen Untersuchung wurde ein reaktiv-depressives Zustandsbild mit Weinerlichkeit, Ängstlichkeit und Affektlabilität ohne sonstige organische Symptome festgestellt. Im übrigen ein ausgesprochen demonstrativ-theatralisches Verhalten und ebenfalls pseudodemente Reaktion bei der Intelligenzprüfung. Die Grundumsatzerhöhung wurde als belanglos angesehen und die Rente abgelehnt.

Ederle (Tübingen).

**Milici, Pompeo:** Simulated foolishness and mental puerilism in the psychoses. (Simuliertes närrisches Verhalten und geistiger Puerilismus in den Psychosen.) (*Kings Park State Hosp., Long Island, N. Y.*) Psychiatr. Quart. 10, 417—437 (1936).

Verf. führt aus, daß Verhaltensweisen, wie sie der Altersstufe des Kindes entsprechen, besonders bei Oligophrenien, aber auch bei organisch bedingter Demenz in die Erscheinung treten, und daß sie die größte Beachtung bei hysterischen Zuständen gefunden haben. Bei letzteren nimmt er im Sinne Freuds eine Regression der Libido auf die kindliche Altersstufe an. Die Regression wird zurückgeführt auf eine Verdrängung unangenehmer, oft sehr affektgeladener Erlebnisse aus dem Bewußtsein. Psychogene Krankheitsursachen müssen im Zusammenhang mit der biophysischen

Reaktionsweise des Individuums berücksichtigt werden. Gewisse psychotische Krankheitsbilder sind überwiegend psychisch bedingt. So steht die Haftreaktion in deutlichem Zusammenhang mit der augenblicklichen Situation. Obgleich nun ihre Symptome oft überraschend verschwinden beim Fortfall der untragbaren Lage, so sind sie doch nicht das Produkt einer Simulation im Sinne bewußter Täuschung, es handelt sich in solchen Fällen um Zweckpsychosen. Unter ihren Syndromen spielt das kindische Verhalten, wie Verf. an Beispielen aufzeigt, eine Rolle. Es wurde während des Weltkrieges bei Rekruten und Ausgehobenen, bei Soldaten, die sich strafbar gemacht hatten, besonders bei Kriegsteilnehmern, die einem heftigen Feuergefecht ausgesetzt waren, beobachtet. Die Kriegserfahrungen erhärteten die Tatsache, daß durch seelische Erschütterung bei prädisponierten Individuen Reaktionen von „milden psychotischen Episoden“ bis zu ersten und selbst dauerhaften Psychosen ausgelöst werden können. Deutlich psychogene, reaktive, emotionale Störungen sind im allgemeinen folgendermaßen gekennzeichnet: Die Krankheit bricht plötzlich aus, sie erscheint als Folge eines augenblicklichen seelischen Druckes und als ein Mittel, ihm aus dem Wege zu gehen; die Wiederherstellung erfolgt gewöhnlich, wenn die unangenehme Situation behoben ist. Kehrt sie wieder, so stellen sich auch die Symptome erneut ein. Verf. beschreibt einen Fall der im oben beschriebenen Sinn simulierten Geistesstörung mit kindischem Verhalten. Diesem Beispiel stellt er einen Fall von manisch-depressivem Irresein mit kindischem Verhalten gegenüber. Er glaubt auch hier eine Regression der Libido als Reaktion auf eine offenbar unangenehme Situation gelegentlich beobachten zu können. Aus der Symptomatologie der Dementia praecox hebt Verf. die Regression der Persönlichkeit hervor. Er weist darauf hin, daß sie nach Jung auf die fehlende Anpassung an die Wirklichkeit in der sexuellen Sphäre zurückzuführen ist im gleichen Sinne, wie Freud sie als charakteristische Ursache der Entstehung neurotischer Symptome ansieht. An Fällen zeigt Verf. auf, daß bei einigen Patienten, deren Krankheit als Dementia praecox diagnostiziert wurde, ein plötzlicher seelischer Shock die Krankheit jäh ausbrechen ließ und daß die Reaktion, die ein deutlich kindliches Benehmen einschloß, nicht weit entfernt schien von der der Zweckpsychosen. — Die Ergebnisse der vom Verf. gemachten Untersuchungen liegen in der Richtung, daß es keine scharfe Trennungslinie zwischen Neurosen und biogenetischen Psychosen gibt und daß eine auffallende Ähnlichkeit der Struktur zwischen Fällen von Dementia praecox, die einer Analyse zugänglich sind, und Zweckpsychosen besteht. *Többen (Münster i. W.).*

**Bender, Lauretta: Reactive psychosis in response to mental disease in the family.** (Reaktive Psychosen in ihrer Beziehung zu Geisteskrankheit in der Familie.) (*Bellevue Psychiatr. Hosp., New York.*) J. nerv. Dis. **83**, 143—165 u. 289—312 (1936).

Mitteilung von 10 Fällen, bei denen es im Anschluß an das Auftreten einer Psychose bei einem näheren Verwandten zu reaktiven Seelenstörungen kam. Zur Erklärung werden konstitutionelle Gesichtspunkte (erbliche Minderwertigkeit) herangezogen, daneben wird auch auf die Bedeutung emotioneller Faktoren (Schuldgefühl, Selbstanklagen gegenüber dem Kranken) hingewiesen. Einen breiten Raum nehmen weiterhin analytische Deutungsversuche ein. So wird beispielsweise ausgeführt, daß durch den frühen Tod eines Familienmitgliedes komplexe seelische Beziehungen entstehen können derart, daß eine Schwester in ihrem Bruder den toten Vater sieht und selbst depressiv wird, wenn der Bruder seelisch erkrankt und interniert wird. Reaktive Psychosen dieser Art zeigen als Grundstimmung im allgemeinen eine depressive Angst, in die psychische Komplexe verschiedenster Art eingehen können. Form und Ablauf der Psychose werden im allgemeinen durch den konstitutionellen Grundtyp der Persönlichkeit und den Familientyp beeinflusst, andererseits wird auch imitativen und neurotischen Zügen als „Ausdruck von infantilen Fixationen einer unvollkommenen Persönlichkeit“ eine wichtige Bedeutung beigemessen. Daher kann auch die Art einer solchen reaktiven Psychose von der ursprünglichen Erkrankung des anderen Familienmitgliedes abweichen. Nur bei Fällen von manisch-depressivem Irresein wurde eine

erhebliche Ähnlichkeit zwischen auslösender und induzierter Psychose hinsichtlich Form und Dauer beobachtet. Für die Prognose wird neben allgemeinen konstitutionellen Gesichtspunkten als wichtig angesehen 1. die Krankheitsaussicht bzw. die Heilung des ersterkrankten Verwandten und 2. eine spezifische Psychotherapie, die auf das Verstehen der vorliegenden seelischen Mechanismen gerichtet sein muß. *H. Boeters.*

**Canavan, Myrtelle M., and Rosamund Clark: The mental health of children of dementia-praecox stock. II.** (Der Geisteszustand der Kinder von Dementia praecox-Kranken.) (*Massachusetts Dep. of Ment. Disorders, Boston.*) *Ment. Hyg.* **20**, 463—471 (1936).

Die erste Untersuchung veröffentlichten Verff. 1923. Damals suchten sie aus den Beständen der Bostoner Nervenklinik 1000 Namen von Patienten mit Dem. praec. in alphabetischer Reihenfolge heraus. 925 von diesen waren im heiratsfähigen Alter. 274 waren verheiratet, davon 5 in zweiter Ehe. 194 von den Verheirateten waren Frauen. Fast alle Kranken gehörten der arbeitenden Klasse an und waren meist in ungelernten Berufen tätig. Einige von ihnen waren im Ausland geboren. Ihre Nachkommen stehen beruflich auf einem nur unbedeutend höherem Niveau. 136 Ausgangsfälle hatten eine Gesamtkinderzahl von 463. Von diesen waren bereits 86 verstorben, so daß die Endergebnisse auf der Beforschung von 381 Nachkommen beruhen, wenn man 4 während der Untersuchung verstorbene Kinder noch mitrechnet. Von den insgesamt 381 Nachkommen zeigten 86 Abweichungen in psychischer, körperlicher oder sozialer Beziehung. In 74 Fällen war die Mutter, in 12 Fällen der Vater dieser Kinder geisteskrank. Von den 295 normalen Nachkommen war in 250 Fällen die Mutter, in 45 Fällen der Vater geisteskrank. Die 86 auffälligen Nachkommen setzen sich zusammen aus: 5 Dementia praecox-Kranken, 4 Schwachsinnigen, 12 Zurückgebliebenen, 12 „Nervösen“, 17 körperlich Kranken und 36 mit abnormen Wesenszügen. Von der Gesamtzahl waren 58 unter, 28 über 16 Jahre. Von den 295 Normalen waren 234 = 79% unter 16 Jahre, 61 = 21% über 16 Jahre alt. Verff. rechnen natürlich noch mit der Möglichkeit, daß diese Kinder später noch Symptome geistiger Störungen bieten können, aber bis zum Abschluß der Untersuchung 1923 boten sie nichts auffälliges. Deshalb stellten sie in Aussicht, die 377 lebenden Nachkommen 1925 und 1930 nachuntersuchen zu wollen, um festzustellen, ob die jetzt Normalen auch weiterhin geistig gesund geblieben sind. 1932, also 10 Jahre später, begannen sie mit dieser Nachuntersuchung, deren Ergebnis in der vorliegenden Arbeit mitgeteilt wird. Es wurden 117 Nachkommen festgestellt, die von 44 Ausgangsfällen abstammen. 108 von ihnen waren noch am Leben. Davon waren 58 — 34 weiblichen, 24 männlichen Geschlechtes — im Alter zwischen 2—40 Jahren z. Z. der Nachuntersuchung gesund. Von 50 Auffälligen — 17 weiblichen, 33 männlichen Geschlechtes im Alter zwischen 12—40 Jahren — hatten 47 eine geisteskranken Mutter, 3 einen geisteskranken Vater. Die 50 Auffälligen setzen sich zusammen aus: 3 Dementia praecox-Kranken, 8 Schwachsinnigen, 6 Zurückgebliebenen, 3 „Nervösen“, 3 körperlich Kranken und 27 mit auffälligen Wesenszügen, z. T. asozialen. Die Verff. kommen zu dem Endergebnis, daß von 377 Kindern mit einem schizophrenen Elter nur 8 = 2% wieder schizophren sind. Diese Resultate erscheinen ihnen selbst aber (mit Recht) zu optimistisch. Die an sich interessante Arbeit kann bezüglich ihrer Ergebnisse nicht mit den Nachkommenschaftsuntersuchungen der Rüdinschen Schule verglichen werden, weil ihr eine Reihe methodischer Mängel anhaften. Z. B. ist nicht berücksichtigt, daß sich 65 von 107 Nachkommen erst im 2. bis 20. Lebensjahr befinden, den Höhepunkt des Gefährdungsalters z. B. für Schizophrenie also noch gar nicht erreicht haben. *von der Heydt.*

**Polik: Geistesstörung bei chronischer Encephalitis epidemica oder Schizophrenie?** (*Landesanst., Neuruppin.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* **1936**, 403—407.

Es werden die Krankengeschichten von 2 Kranken beschrieben, die nach einer fieberhaften Erkrankung die Symptome eines postencephalitischen Zustandsbildes boten und bei denen sich im weiteren Verlauf schizophrene Züge entwickelten. In

der einen ausführlichen und der anderen kurzen Krankengeschichte werden im wesentlichen nur die schizophrenen Inhalte wiedergegeben. Die sehr wichtige phänomenologische Beschreibung fehlt. Die Inhalte betreffen in ganz ausgesprochener Weise die Sexualsphäre. Damit ist der Nachweis erbracht, daß auch die bei der Postencephalitis auftretende Psychose die gleichen Inhalte wie die Schizophrenie haben kann. Es entsteht jetzt die Frage, ob es sich wirklich um eine spezifische postencephalitische Schizophrenie handelt. Die Schizophrenie könnte ja nach Art einer Pfropfbephrenie der Encephalitis aufgepfropft sein. Der Verf. nimmt an, daß bei seinen Kranken das Gehirn erbbiologisch schizophren disponiert war, und daß die encephalitische Erkrankung die latente Schizophrenie auslöste. *Tropp (Würzburg).*

**Alexander, M., et J. Titeca: L'épilepsie post-malariathérapique.** (Epilepsie als Folge der Malariatherapie.) *J. belge Neur.* **36**, 354—362 (1936).

Die Häufigkeit epileptischer Anfälle als Folge der Malariatherapie bei Paralytikern ist schwer festzustellen, weil über deren Zusammenhang und folglich der Zusammenstellung mit der Malariakur keine einheitlichen Auffassungen bestehen. Unter 289 malariabehandelten Paralytikern in der Zeit von 1929—1933 in Brüssel wurden nur 3 Fälle von Epilepsie festgestellt, aber es konnten nicht mehr alle Kranken erfaßt werden. Etwa 2% der behandelten Patienten sollen an Epilepsie erkranken. Die Anfälle verlaufen wie eigentliche epileptische Paroxysmen und unterscheiden sich scharf von den apoplektischen Anfällen der nichtbehandelten Paralytiker. Es werden 4 Krankengeschichten angeführt von Paralytikern, die nach der Malariatherapie an Epilepsie erkrankten, von denen nur ein Fall auf antiepileptische Kur nicht ansprach, bei 2 Kranken verringerte sich die Zahl der Anfälle, beim 4. wurde nur ein Anfall  $4\frac{1}{2}$  Jahre nach der Malariakur beobachtet. Seit 2 Jahren ist er völlig anfallsfrei und arbeitsfähig und zeigt heute außer einer Verziehung der Pupillen weder klinisch noch serologisch Anhaltspunkte für eine durchgemachte Paralyse. — Zur Theorie der Pathogenese der Epilepsie nach Malariatherapie nehmen die Verff., in Anlehnung an Claude und Mosquin, an, daß das Bestehen von cortico-meningealen Läsionen oder Narben die Vorbedingung für das Auftreten der Anfälle sei. *Braun (Zürich).*

**Garetto, S., e A. Romero: La prova dell'iperpnea negli epilettici. Studio clinico e cronassimetrico.** (Die Überventilationsmethode bei Epileptikern. Eine klinische Untersuchung mit Zeitmessungen.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Torino.*) *Riv. Pat. nerv.* **48**, 252—273 (1936).

Die Überventilationsmethode wurde von Vernon 1909 entwickelt, aber erst 1924 von Rosset bei Nervenkranken und gleichzeitig von Förster speziell bei Epilepsie angewandt. Die Fragen nach der physiologischen Wirkung, ob Änderungen im Phosphorgehaltgewicht, ob Alkaleszenzveränderungen durch  $\text{CO}_2$ -Abgabe von Bicarbonaten, die dabei in Carbonate übergehen, ist noch nicht geklärt, die statistischen Angaben über den anfallsauslösenden Erfolg schwanken in weiten Grenzen (den höchsten Prozentsatz gibt Förster 1924 mit 55,5%). Verff. untersuchten 20 Epileptiker mit Luft-einatmung, 10 weitere mit Einatmung von  $\text{CO}_2$ -Luftgemischen, welche sie durch die Maske von Ombrédanne atmen ließen. Nur Überdurchlüftung mit Luft gab nervöse Symptome, und zwar in den ersten Minuten im Sinne einer Reflexsteigerung. Nur in einem Fall trat ein typischer Anfall ein, in einem zweiten ein abortiver, dagegen in fast allen Fällen klonische Zuckungen, Babinskisches Symptom, Oppenheim; Reflexe, die vorher nicht vorhanden waren, wurden auslösbar. Aber in 3 Fällen gingen die Erscheinungen seitens der Pyramidenbahnen zurück, während eigentlich wohl bei fast allen Epileptikern eine Schädigung derselben anzunehmen ist. Die Pyramiden-symptome gehen den Krampferscheinungen weit voraus; wenn letztere eintreten, gehen erstere zurück. Die Reflexzeit des Flexor hallucis longus wird verkürzt, die des Extensor hallucis longus bleibt unverändert oder wächst, also Inversionstendenz des normalen Verhältnisses der beiden Antagonisten. Auch wenn es nicht zur Auslösung von typischen Anfällen kommt, ist die Methode der Überdurchlüftung diagnostisch

wertvoll, indem sie die Reflexsteigerung erkennen läßt und das Auftreten leichter Pyramidensymptome, besonders auch die Änderung der Reflexzeiten vom Pyramidentyp hinsichtlich der Beuger und Strecker der Großzehe. Damit ist das Vorhandensein organischer centraler Läsionen beim Epileptiker bewiesen. *Rob. Müller.*

**Pisk, Gerhart:** Über Veränderungen der hysterischen Symptomatologie in den letzten Jahren. (*Univ.-Klin. f. Psychiatrie u. Neurol., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1936 II, 938—939.

Statistische Zusammenfassung des gesamten Hysterikermaterials der Wiener Universitätsklinik aus den Jahren 1925—1935 mit insgesamt 3840 gesicherten Fällen von Hysterie. Das Material wurde in 4 Hauptgruppen eingeteilt: 1. Alle schweren pseudoorganischen Störungen; 2. psychoseähnliche Zustände (etwa Raimanns „hysterische Geistesstörungen“); 3. jene Fälle, bei denen der hysterische Anfall das Krankheitsbild beherrschte, und 4. „alle übrigen hysterischen Bilder, bei denen grobe pseudoorganische Störungen oder Anfälle nicht im Vordergrund stehen“. Zweckmäßig wurden Männer und Frauen gesondert betrachtet. Dabei ergab sich, daß in den letzten 2 Jahren bei den Frauen die pseudoorganischen Störungen von 2,8% auf 18,2% anstiegen, gleichzeitig bei den Männern die hysterischen Psychosen von 14,3% auf 30%. Die Zahlen für die hysterischen Anfälle dagegen blieben in allen den Jahren bei beiden Geschlechtern nahezu konstant: bei den Frauen um 50 Fälle herum, bei den Männern 25—30 Fälle. Das Gesamtverhältnis der männlichen zu den weiblichen Fällen beträgt bei der Gruppe der groben pseudoorganischen Störungen 1:3, bei den hysterischen Anfällen 3:5, dagegen bei den psychoseartigen Hysterien 4:3. Es hat sich gezeigt, daß die „große Hysterie“ nicht ausgestorben ist, nur der sog. „große Anfall“ scheint seltener geworden zu sein. Trotz der bewußten Fehlerquellen dieser Statistik — vor allem der der kleinen Zahl —, erscheint doch die Divergenz des männlichen und weiblichen Materials recht auffallend und stellt vor neue Probleme. *Clauss (Berlin).*

**Granone, Franco:** Opoterapia e turbe psichiche con particolare riguardo ad alcune psicopatie infantili. Studio sulle correlazioni neuro-gliandolari. (Opothérapie und psychische Störungen mit besonderer Berücksichtigung einiger kindlicher psychopathischer Zustände [Studium über die neuroglandulären Beziehungen].) (*Istit. di Clin. Pediatr., Univ., Bologna.*) Neopsichiatr. 2, 1—120 (1936).

Verf. gibt zunächst einen eingehenden Überblick über die Hormonsekretion und die Nerventätigkeit sowie über die Beziehungen zwischen dem Nervensystem und den Drüsen mit innerer Sekretion. Es werden die Beziehungen zwischen den innersekretorischen Drüsen des vegetativen Nervensystems und der Großhirnrinde besprochen, sowie jene zwischen den Prozessen des vegetativen und des psychischen Lebens. Die Arbeit beschäftigt sich dann eingehend mit den Veränderungen, die bei geistigen Erkrankungen in diesen Beziehungen vorgehen und untersucht, wieweit Störungen des endokrinen Gleichgewichts ursächlich bei Psychosen in Frage kommen. Es wird dann — teilweise auf Grund eigener Fälle — über Heilversuche mit Hormonpräparaten bei den verschiedensten geistigen Störungen berichtet, und zwar vorwiegend über Behandlung mit Sexualhormonen, Schilddrüse usw. Schilddrüsenpräparate werden gut von Erregten, aber schlecht von Depressiven vertragen. Sehr gute eigene Erfahrungen berichtet der Verf. in 8 Fällen von Mongolismus, und zwar nach Behandlung mit Schilddrüsenextrakt. In der gleichen Weise wurden Schwachsinnzustände wegen cerebraler Erkrankungen mit gutem Erfolg behandelt, wenngleich es natürlich nicht zur völligen Heilung kam. *Fumarola (Rom).*

**Balduzzi, Ottorino:** L'origine cerebropatica delle psiconeurosi. Fondamenti per una dottrina organicista. (Der hirnpathologische Ursprung der Psychoneurosen. Fundamente für eine organizistische Doktrin.) (*Clin. Neuropsichiatr., Univ., Genova.*) Riv. sper. Freniatr. 60, 151—168 (1936).

Verf. ist sich der Kühnheit voll bewußt, in einem Moment des reinsten Psychologismus auf dem Gebiet des Psychoneurosen eine organische Basis derselben zu suchen.

Die cerebralen Veränderungen, die als Ursache von Erkrankungen des unreifen Gehirns des Kindes gelten müssen, sind fast immer Zellen- oder Faserarmut in bestimmten Bezirken sowie Anomalien im Verlauf und in der Form der Gefäße eines bestimmten Gebietes. Die Tatsache, daß häufig beim Erwachsenen, der als Kind an einem Gehirnleiden (Krampfanfälle, usw.) gelitten hat, Veränderungen nicht mehr nachzuweisen sind, spricht keineswegs gegen die organische Ursache des seinerzeitigen Leidens. Schließlich haben die massivsten Schwachsinnszustände wie Mongolismus und Kretinismus, die sicher organisch sind, doch kein entsprechendes organisches Substrat. Zu berücksichtigen ist vor allem die Tatsache, daß die Schädigung eines Systems Veränderungen an der gesamten Hirnleistung hervorruft, die durch die Läsion dieses einen Systems den die Hirnfunktion bedingenden Gesamtkonnex stört. Es wird von der Anforderung in einer bestimmten Situation abhängen, ob eine leichte Störung sich bereits äußerlich manifestiert oder ob die Störung im psychischen Gleichgewicht keinen Anlaß findet, sich zu zeigen. Wenn man leichteste hirnpathologische Veränderungen irgendwelcher Art bei einem Kind annimmt, so gibt es verschiedene Perioden in seinem Leben, in denen sich eine Gleichgewichtsstörung in der Hirnfunktion zeigen kann. Eine der ersten Krisen ist die durch die Schule gegebene. Viele andere im künftigen Leben (Wirtschaftliches, Krankheiten, Unfall, seelische Schwierigkeiten usw.) folgen. In einem dieser Stadien wird die Zuflucht dieser Kranken eben die Psychoneurose sein. Verf. zeigt, wie viele Tatsachen der Psychoneurose viel leichter zu verstehen sind, wenn sie nicht auf konstitutionellem Boden entstanden sind, sondern auf Grund organischer Veränderungen. Leichter wird sich die organische Natur eines psychologischen Defizites bei der Psychoneurose beweisen lassen, wenn — wie häufig nebenher — sympathische und viscerale Innervationsstörungen bestehen oder wenn gar in der ersten Kindheit organische Symptome einmal bestanden haben. Die bekannte Tatsache, daß viele Psychoneurotiker an Organminderwertigkeit leiden, läßt daran denken, daß bei ihnen vielleicht tatsächlich hirnpathologisch bedingte Veränderungen der betreffenden Organe vorliegen, beispielsweise bei der Platzangst Innervationsstörungen der unteren Extremitäten. Wesentlich sind vielleicht bei den vielen visceralen Störungen der Psychoneurotiker Innervationsstörungen der Eingeweide bei gleicher cerebral-organischer Basis. Tatsächlich finden sich in der Anamnese fast aller Psychoneurotiker entweder Krämpfe in den ersten Lebensmonaten oder aber andere Störungen in der Entwicklung, wie Schluckanfälle, Saugstörungen, Ernährungsstörungen, sowie spätes Gehen- oder Sprechenlernen. Die Psychoneurosen entstehen auf solch cerebropathischem Boden, werden manifest aber durch innere oder äußere Umwelterlebnisse. Er wird den Zeitpunkt der ersten Erscheinungen der Psychoneurose bestimmen. Diese Umwelterlebnisse werden auch die Art der Symptome bestimmen, und ihre Erkenntnis ist es, die eine Therapie ermöglicht. *Fumarola.*

### Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

**Meyer, Fritz M.: Morphinsucht und inneres Kranksein.** (*Privatklin. f. Rauschgiftkranke v. Dr. F. M. Meyer, Berlin.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1936, 557—559.

Entscheidend für die Entstehung einer Morphiumsucht sind nicht innere Erkrankungen und nicht die äußeren Bedingungen, die den Gebrauch des Opiates veranlassen, sondern lediglich die seelische Struktur der Persönlichkeit. Es wird hervorgehoben, daß die Sucht niemals als ein selbständiges Krankheitsbild angesehen werden kann, sondern daß dieselbe lediglich ein Symptom einer meist sehr schweren Neurose ist. Als Maßstab für die Schwere der Sucht darf nicht die Höhe der täglichen Dosis dienen, auch der ausschließliche „innerlich“ erfolgte Gebrauch des Opiates ist in dieser Hinsicht nicht als prognostisch günstiges Zeichen zu werten. Die Entziehungskur ist heute dank der Umgestaltung der pharmakologischen Entgiftung auch bei denjenigen Kranken möglich, bei denen bisher in Hinblick auf die Gefährlichkeit von einer Kur Abstand genommen worden ist. Die Anschauung über die Unheilbarkeit einer Sucht ist nicht