

gut verfügen, haben bislang derartig hohe Werte gefunden. Ein Alkoholblutgehalt über 4%₀₀ (auch nach Umrechnung der von Elbel angegebenen und von Künkele bestätigten Reduktionszahl von 1,2, wenn die Bestimmung am Serum vorgenommen war), ist eigentlich nur bei tödlicher Alkoholvergiftung gefunden. Sollte hier nicht bei der Blutentnahme ein Versehen unterlaufen sein? (Blutentnahme mittels Spritze, die selbst oder deren Kanüle in Alkohol gelegen hatte; Übersendung in nicht absolut alkohol-ätherfreiem Gefäß?) Ebenso erscheint es ausgeschlossen, daß eine 33jährige Arbeiterin (!) mit einem Blutalkoholgehalt von 4,06 mg % noch „bei der Vernehmung durch die Polizei heftig bestreiten“ konnte, die Straße unvorschriftsmäßig überquert zu haben! Oder ist die polizeiliche Vernehmung später — nach Ernüchterung — erfolgt? Selbst dann ist ein tatsächlicher Blutalkoholgehalt von 4,06 mg % für eine 33jährige Frau (!) so hoch, daß zunächst an einen Fehler bei der Blutentnahme o. ä. zu denken ist.

Dem Vorschlag des Verf., in jeder Stadt eine „Untersuchungsstelle für die aus der betreffenden Gegend kommenden Alkoholproben einzurichten“, kann sich Ref. keineswegs anschließen. Denn einmal sind derartige Untersuchungen doch glücklicherweise nicht so häufig, daß sie in jeder Stadt vorgenommen werden müßten; und zum anderen erscheint es wesentlich zweckmäßiger, nur gewisse Centrallaboratorien mit diesen Aufgaben zu betrauen. Denn nur so ist durch genügend zahlreiche Untersuchungen stets die nötige Übung und Exaktheit bei den einzelnen Bestimmungen ebenso gewährleistet wie die auf Erfahrungen und Kenntnissen beruhende forensische Auswertung der chemischen Befunde in Verbindung mit den gesamten Umständen.

Jungmichel (z. Z. Heidelberg).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Baroja, Pío: Die Psychologie der Massen. Psiquiatr. y Criminol. 1, 151—155 (1936) [Spanisch].

Skizzierung dessen, was über die Massenpsychologie bekannt ist. Verf. weist darauf hin, daß im allgemeinen Spanien bzw. die Spanier nur in den großen Centren Madrid und Barcelona etwas von dem Zusammengehörigkeitsgefühl und Kollektivismus besitzen, die Voraussetzung massenpsychologischer Erscheinungen sind, während im zentralen Europa, besonders in Deutschland, die Bedingungen zur Wirkung auf die Massenseele in gutem wie im schlechten Sinne gegeben sind. Er sieht speziell in der Musik ein Mittel zur Zusammenführung und Verschmelzung der Einzelpersönlichkeiten in eine von einheitlichen Gedanken und Empfindungen bewegte und dementsprechend beeinflußbare Volksmasse, zur Zeit, wie er sagt, das Ideal der Politiker. *H. Pfister.*

● **Eckstein, Ludwig:** Psychologie des ersten Eindrucks. Mit einem Geleitwort v. Oswald Kroh. Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1937. X, 140 S. RM. 7.50.

Mit einem leichten Unbehagen erwartet man von einer „Psychologie des ersten Eindrucks“ rein spekulative Ausführungen und ist angenehm enttäuscht von den sachlich klaren Darlegungen Ecksteins, die von praktischen Untersuchungen an 403 „ersten Eindrücken“ durch verschiedene Eindrucksempfänger ausgehen. Obwohl man stets das Gefühl hat, daß Verf. sich sehr eng an die gestellte Aufgabe hält, die ausgesprochen ausdruckspsychologisch orientiert ist, werden eine Reihe von Einzelfragen erörtert, die mit dem Problem in mittelbarem oder unmittelbarem Zusammenhang stehen. In folgerichtiger Stetigkeit werden die ganze Entwicklung der gewonnenen Erkenntnisse und die kritischen Einwände sowie ihre sachlichen Widerlegungen dargestellt und der Leser hat Gelegenheit, diese ganze Entwicklung in ihren einzelnen Phasen mitzuerleben. Zunächst wird versucht, aus den ersten Eindrücken selbst das Maß an Erkenntnissen zu gewinnen, das irgendwie möglich ist, ohne Hinzuziehung eines außerhalb der Eindrücke stehenden Bezugssystems. Die Ergebnisse waren stichwortartig: Der erste Eindruck scheint ursprünglich auf das Auffallende, das Besondere, das Hervorstehende eingestellt zu sein. Dabei kann der Eindruck unter Umständen über die bloße Aufreihung von mehr oder weniger äußerlich auffallenden Punkten nicht hinauskommen, während er sich in anderen Fällen von Anfang an schon auf offenbar wesentliche Stellen festlegt. Des öfteren gelingt es auch schon, eine Skizze der inneren

Zusammenhänge und des wesentlichen Kräfteverhältnisses aufzureißen. Ob dieses „Auffallende“ auch das Wesentliche ist, wird in einem weiteren Abschnitt behandelt, in dem von den Inhalten verschiedener Eindrücke über denselben Beeindrucker ausgegangen und untersucht wird, ob sich in den Befunden dasselbe oder doch Ähnlichkeiten entdecken lassen. Dabei ließ sich feststellen, daß es aus dem ersten Eindruck leichter ist, treffende charakterologische Aussagen zu machen in den Fällen, die einfach, klar, durchsichtig regelhaft in der Struktur sind. In anderen treten die charakterologischen Urteile zurück und an ihre Stelle treten Fragen oder einfache Wiedergaben des Ausdrucks. Es konnte gezeigt werden, daß das „Auffallende“, das beim ersten Eindruck bemerkt wird, nicht etwas Äußerliches ist, sondern „innerer Aufgipfelung“ entspricht. Schließlich wird von dem umgekehrten Ansatz ausgegangen, nämlich von den Befunden, und gefragt, ob und bis zu welchem Grade die ersten Eindrücke das darin Wesentliche schon zu fassen vermögen. Hierbei zeigte sich, daß gerade der „Hang und Drang“ der Seele, die „Zielhaftigkeit oder Ziellosigkeit“ der inneren Kraft bei der ersten Begegnung in auffälliger Weise beeindrucken. Kritisch werden dann die Abhängigkeiten und Grenzen der Bedeutung des „ersten Eindrucks“ beleuchtet, namentlich wird ausführlich auf die Bedeutung der Person des Beeindruckten eingegangen, und als Vergleich Untersuchungen durch andere Beeindruckte an einem anderen Material herangezogen. Interessant sind auch die „Stellungnahmen“ zum ersten Eindruck, die meist von den Befundpersonen selbst herrühren. In einer Schlußbetrachtung werden nochmals die grundsätzlichen Punkte zusammengefaßt und erörtert. Daß auch zahlreiche andere Probleme, wie die Bedeutung der Ähnlichkeit, die Unechtheit und Bewußtheit u. a. Berücksichtigung finden, kann hier nur angedeutet werden. E. kommt zu dem Schluß, daß „empfängliche Wachheit und natürliches Aufgeschlossensein einerseits, wie gründlich bohrendes Eindringen zur Bereitstellung vertiefter Erfahrung andererseits die besten Voraussetzungen sind, daß der erste Eindruck schon in zutreffender und charakteristischer Weise das Wesen des Gegenüber wahrnehmend erfaßt“.

Dubitscher (Berlin).

Graf, Otto: *Experimentelle Psychologie und Psychotechnik.* Fortschr. Neur. 8, 437—454 (1936).

In außerordentlich gedrängter Form nimmt Graf zu einer Reihe von Fragen Stellung. Die Fülle des Materials macht eine Teilung der Aufgaben notwendig, und G. verweist bezüglich weiterer Ausführungen über die Leistungen der Gestaltpsychologie u. a. auf eine spätere Arbeit. In erster Linie wird die Weiterentwicklung der Integrationspsychologie von E. R. Jaensch behandelt, nachdem etwas weiter ausholend diese Forschungsrichtung kurz umrissen wird. Die Fülle von kritischen Einzelheiten und Ausführungen, die die Hauptgesichtspunkte der Integrationspsychologie berücksichtigen, können unmöglich im Rahmen eines Referates behandelt werden. Jedenfalls nimmt G. zu der weiteren Entwicklung der Lehren von Jaensch und den Arbeiten seiner Schule eine sehr kritische, gelegentlich auch begründend ablehnende Stellung ein. Die weiteren Ausführungen sind mehr referierend und beschäftigen sich mit dem Ausbau der Konstitutionslehre Kretschmers, bei der sich die Arbeiten von Kretschmer, Enke und der Tübinger Schule ergänzen. Namentlich werden die Untersuchungen über das Form-Farbe-Problem berücksichtigt. Wesentlich kürzer sind die Ausführungen über Intelligenzuntersuchungen, bei denen G. — was mir nicht vorbehaltlos richtig erscheint — auf die Zweckmäßigkeit des Binetariums und des Testheftverfahrens von Huth hinweist. Es werden dann noch die Entwicklungstestsysteme aufgezählt sowie auf die Untersuchungen über die elektroakustische Analyse der Sprache hingewiesen. Bemerkenswert ist die eindeutige Abwendung von der Apparatepsychotechnik; wie in der Heerespsychologie, so hat sich auch in der Berufsberatung nach und nach die Strukturpsychologie durchgesetzt. Die experimentellen Zwillingsuntersuchungen stecken zwar noch in den Anfangsgründen, haben aber doch schon bemerkenswerte Ergebnisse gezeigt.

Dubitscher (Berlin).

Maier, Norman R. F.: Reasoning in children. (Die Fähigkeit, zwei getrennte Erfahrungen zu einem gewünschten Effekt zu kombinieren.) (*Dep. of Psychol., Univ. of Michigan, Ann Arbor.*) J. comp. Psychol. 21, 357—366 (1936).

Experimentell-psychologische Arbeit, die nachweist, daß diese Fähigkeit von Kindern kaum vor dem 6. Lebensjahr erreicht wird. *Ottlie Budde* (Göppingen).^o

Horsley, J. S.: Narco-analysis. (Analyse in Narkose.) (*Dorset Ment. Hosp., Dorset.*) J. ment. Sci. 82, 416—422 (1936).

Verf. empfiehlt zur schnelleren Herbeiführung eines hypnotischen bzw. suggestiblen Zustandes des Patienten die Vorbehandlung mit einem der kurzwirkenden Barbitursäurepräparate: Nembutal, Evipan und Pentothal, unter denen er dem Nembutal den Vorzug gibt. Die Technik besteht in der intravenösen Injektion einer durchschnittlichen Dosis von nicht mehr als 1 ccm der 2½ proz. Nembutallösung in der Minute; die Injektion wird abgebrochen, sobald ein Stadium leichter Narkose eingetreten ist. Verf. hat die Methode bei rund 200 sehr verschiedenen Fällen angewandt und berichtet von ganz überwiegend guten Erfolgen der anschließenden Analyse und Synthese der Persönlichkeit. In einfach gelagerten Fällen soll eine einzige Sitzung dazu genügen haben. — Wenn diese Methode auch Zeit sparen sollte, so ist es doch fraglich, ob bei dieser Form der Aufrollung und Besprechung innerseelischer Konflikte ebensolche Dauererfolge möglich sind, wie sie bei einer Durcharbeitung der Persönlichkeitskonflikte ohne künstliche Hilfsmittel erzielt werden können. *Enke* (Marburg).^o

Lang, J. B.: Experimentelle Beiträge zur psychologischen Diagnose des Tatbestandes. Zbl. Psychother. 9, 104—121 u. 151—177 (1936).

Nach einem kritischen Überblick über einschlägige Literatur erörtert Verf. ausführlich 2 von ihm untersuchte Fälle. So deutlich die Reaktion auf kritische Reizwörter die Bedeutung, die das Assoziationsexperiment für die Tatbestandsdiagnostik haben kann, aufzeigt, so sehr wird durch die Ausführungen des Verf. die Gefahr der Deutung offenbar. Lang ist Anhänger der Freud-Jungschen Richtung. Seine Schlüssefolgerungen aus den Ergebnissen des Assoziationsexperiments sind, so weit sie sich in der psychoanalytischen Richtung bewegen, keineswegs überzeugend. *Többen*.

Roberti, C. E., e G. Fiore: Emozione e stati psicopatici. I. (Über die Gefühlseregungen und psychisch-anormale Zustände. I.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Firenze.*) Riv. Pat. nerv. 47, 334—350 (1936).

In einer vielmehr philosophisch und psychologisch als medizinisch gerichteten Arbeit — auch der Ausdruck psychopathische Zustände wird nicht in dem in Deutschland üblichen Sinne gebraucht, sondern für psychisch-abnorme Zustände — besprechen die Verff. die über die Gefühle und Gefühlseregungen vorliegenden Theorien. Die Versammlung der Französischen Gesellschaft für Neurologie und Psychiatrie hatte im Dezember 1909 diese Frage in den Mittelpunkt der Erörterung gestellt und vorwiegend die Fragen der Hysterie und des Gefühlsshocks behandelt, die Fragen stehen aber heute noch offen. — Verff. gehen davon aus, daß „die Psyche“ der Brennpunkt aller Empfindungen sei und Gefühlseregungen nur möglich seien bei vorhandener Totalität einer Persönlichkeit, und behandeln dann in historischer Abfolge die Theorien von James und Lange, welche im wesentlichen in den Gefühlen die cerebrale Reaktion auf vasomotorische Vorgänge, die sich dem Reflexschema unterordnen, sehen. Diese Theorie der peripherogenen Gefühlsentstehung wird von Sergi dahin abgeändert, daß er den Reflexbogen in der Oblongata sucht, Sutherland und Ferrari machen den Sympathicus zum Träger. Binet, vom amerikanischen Pragmatismus beeinflußt, betont im Reflex die motorische Phase, die Beteiligung des Cortex tritt in den Theorien von Sollier und von Bianchi in den Vordergrund. *R. Müller* (Wuppertal).

Roberti, C. E., e G. Fiore: Emozione e stati psicopatici. II. (Über die Gefühlseregungen und psychisch-anormale Zustände. II.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Firenze.*) Riv. Pat. nerv. 47, 351—367 (1936).

In der Fortsetzung ihrer philosophisch-historischen kritischen Besprechung gehen

die Verff. auf die finalen (teleologischen) Theorien von Bergson und von Monakow ein und bringen die Entstehung der Gefühle in nähere Beziehungen zu den Instinkten, von denen 3 Grundformen unterschieden werden (formative, konservative und Sexualinstinkte). Deren Zusammenwirken klingt bei Monakow in der harmonisch geordneten Einheit des „Ich“ aus, dessen dynamisches Moment in den Gefühlen liegt. *R. Müller.*

Mallet, Raymond: *La douleur du point de vue psychiatrique.* (Der Schmerz vom psychiatrischen Gesichtspunkt aus.) *Presse méd. 1936 II*, 1868—1870.

Verf. versteht unter Schmerz gleicherweise den körperlichen wie seelischen. Er sei von rein physiologischen und rein psychischen Momenten abhängig, die zusammen wirken. Zu einem taktilen Element trete ein Element der verarbeitenden Übertragung, das eine Verbindung zu dem vegetativen und den psychischen Zentren herstelle, wobei schließlich die intellektuellen Fähigkeiten und der affektive Tonus ausschlaggebend mitwirkten. Während der körperlich bedingte Schmerz lokalisatorisch verwertbar sei, sei das bei dem psychisch bedingten nicht der Fall. So bringe jede Verwirrung in dem oben geschilderten Entstehungsprozeß eine abnorme Sensation hervor, Anästhesie, Hypo- und Hyperästhesie, Parästhesie. Der psychisch bedingte Schmerz bleibe uneinfühlbar und führe zu Wahnvorstellungen, mit denen er bewiesen werden soll. Er sei seinem Charakter nach mehr enerzierend als schmerhaft, widerstehe den üblichen Schmerzmitteln und entspringe ursprünglich aus der Angst. Diese sei das Urelement und bestimme Grenzen und Äußerungen des Schmerzes. Bei erhaltenem Bewußtseinslage bestehe hier der Übergang zu den Zwangsvorstellungen, die dann entstehen, wenn die intellektuelle Korrektur noch vorhanden sei, der Wille sich aber den Realitäten der Außenwelt und des Lebens nicht mehr anzupassen vermöge. Die körperliche Grundstörung dieser aus der Angst entstehenden Zwangsvorstellungen seien Kreislaufstörungen im Sinne des Vegetativ-Stigmatisertseins, des Blutunterdrucks und ähnlicher Zustände, denen vielfache funktionelle Störungen zugrunde lägen. Die Angst führe schließlich aus den hierdurch bedingten körperlichen Sensationen zur Wahnbildung. Der Erfolg einer beliebig gearteten Therapie beruhe auf einer Beseitigung der Angst. Während der Zwangskranke infolge Erhaltung seiner intellektuellen Fähigkeiten die Möglichkeit der Korrektur noch besitze, gehe diese bei der Geisteskrankheit verloren. Der Schmerz sei also eine affektive Abwandlung taktiler Sensationen. Wo keine Affektivität mehr vorhanden sei, gebe es auch keinen Schmerz mehr und es bleibe der Wahn ohne innere Anteilnahme übrig. *Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

Strecker, H. Pullar: *The body-length-leg ratio in the general population and in mental hospital patients and its possible significance in suicide.* (Das Verhältnis der Beinlänge zur gesamten Körperlänge bei Normalen und bei Geisteskranken: ein Beitrag zu Körperbau und Selbstmord.) *J. ment. Sci. 82*, 38—42 (1936).

Piney berichtete in einer Zuschrift an den Lancet über folgendes: bei 500 Sektionen an Normalen war es ihm aufgefallen, daß bei den Selbstmörtern darunter die Beinlänge gewöhnlich mehr als 50% der Körperlänge betrug. Mehr als 50% Beinlänge ist nach Piney als ein Mißverhältnis anzusehen. Piney meint, daß dies Mißverhältnis auf konstitutionelle Selbstmordneigung hindeute und fragt, ob dasselbe Mißverhältnis bei Geisteskranken häufiger bzw. ausgeprägter sei als bei Normalen? Strecker hat diese Frage aufgegriffen. Hauptsache ist ihm nachzuweisen, daß die Mehrzahl der in der Weltliteratur niedergelegten Messungen zur Entscheidung dieser Frage nicht herangezogen werden kann, weil nicht unter einheitlichen Gesichtspunkten ausgeführt. Vor allem hat fast jeder Forscher die Beinlänge auf seine eigene Weise gemessen. Hierzu kommt, daß manche nur Normale, andere nur Geisteskranke gemessen haben, wieder andere nur Lebende oder nur Leichen (hier müssen die durch Verlust des Muskeltonus hervorgebrachten Verschiebungen berücksichtigt werden, die sich am Bein stärker auswirken als am Rumpf). S. schlägt vor, einheitlich am Stehenden vom Proc. med. tuberis calcanei zum oberen Rand der Symphyse zu messen. Ferner haben Geschlecht, Rasse, große Verschiedenheiten der Körperlänge und des

Brustumfanges, bestimmte Berufsarten Einfluß auf das Verhältnis der Beinlänge zur Körperlänge: all dies muß berücksichtigt werden. Die einzigen Messungen, die für die von Piney aufgeworfene Frage herangezogen werden können, stammen von Clegg [J. ment. Sci. 81, 297 (1935)]. Sie ergaben, daß bei 100 Melancholischen das Mißverhältnis stärker ausgeprägt war als bei 100 Schizophrenen und 100 Normalen: dies spricht für die Theorie von Piney. Die ausschließlich an Geisteskranken vorgenommenen Messungen von Kretschmer und von Henckel ergaben jedoch, daß bei Melancholie das Mißverhältnis weniger ausgeprägt war als bei anderen, nicht so sehr mit Selbstmordneigung einhergehenden Geisteskrankheiten: dies spricht gegen die Theorie von Piney. 3 Tabellen.

Autoreferat.

Stern, Erich: **Neuro-psychiatrie infantile et hygiène mentale.** (Neuropsychiatrie des Kindes und psychische Hygiene.) (*Clin. Annexe de Neuro-Psychiatrie Infant., Univ., Paris.*) Hyg. ment. 31, 161—174 (1936).

Sowohl bei Debiilen als auch bei Charaktergestörten ist die Zahl der Kinder, die syphilitische Stigmata aufweisen, verhältnismäßig groß. An zweiter Stelle stehen bei beiden Gruppen die endokrinen Störungen, häufig ist auch bei beiden Alkoholismus der Eltern oder Großeltern. Unter den Charaktergestörten entstammen nur 7% aus völlig normalem Familienleben, Milieuschädigung spielt also hier eine sehr große Rolle. Psychische Hygiene muß so früh wie irgend möglich einsetzen. Sie muß den debilen Kindern die für sie mögliche Schulung geben und bei den Charaktergestörten versuchen, die Störung zu heilen oder wenigstens ein Abgleiten in die Verwahrlosung zu verhüten. Besonders in Psychotherapie geschulte Ärzte und darauf eingestellte Anstalten sind ein dringendes Erfordernis. Medizinische Behandlung etwaiger körperlicher Störungen versteht sich von selbst.

Ottlie Budde (Göppingen).*o.*

Esser, P. H.: **Über eine seltsame Form episodischer und phasischer Keimpsychosen.** (*Psychiatr. Anst., Dennenoord Zuidlaren.*) Psychiatr. Bl. 40, 586—603 (1936).

Verf. gibt einleitend eine Übersicht über die Entwicklung der Frage der Degenerationspsychosen (Bonhoeffer, Schröder, Kleist u. a.) und berichtet dann über 3 eigene Beobachtungen, die er als besondere Gruppe abzutrennen vorschlägt. Diese Gruppe hat Beziehungen zu den von Jelgersma zusammengefassten „Keimpsychosen“ und ist gekennzeichnet durch komplizierte psychomotorische Erregung mit katatoniformen, evtl. geradezu stuporösen, auch hysterischen, manisch-depressiven und epileptiformen Zügen, triebhafte Dämmerzustände (auch Schwindelanfälle, Absencen und hysterische Bewußtseinseinengungen usw.), geringe Produktivität bei großer Monotonie, eigenartige und durchaus spezifische schizophrene (kataton) Züge und gewisse charakteristische körperliche Beschwerden wie Schlafstörungen, Kopfschmerzen, Durst u. a. Die fraglichen Psychosen sind in der Konstitution verankert und treten in autochthonen Phasen auf, die — bei Abwesenheit sicherer Prozeßsymptome — nicht zu Defekten führen.

Donalies (Eberswalde).*o.*

Georgi, F.: **Psychiatrische und neurologische Probleme im Lichte der Humoralpathologie.** Schweiz. Arch. Neur. 38, 25—36 (1936).

Verf. bespricht unter anderem die Steuerung centralnervöser Vorgänge durch Hormone und Ionen und ihre umgekehrten Beziehungen. Besonders wird als Beispiel die Genese des epileptischen Anfalles in den Vordergrund gestellt, ferner die Beziehungen des Cholesterinstoffwechsels zum manischen depressiven Irresein und ihre Beeinflussung durch Nebennierenrindenpräparate. Das interessante Übersichtsreferat eignet sich nicht zum kurzen Bericht und muß im Original gelesen werden.

V. Kafka (Hamburg).*o.*

Gallotti, Odilon: **Traumatische Psychose mit amnestischem Symptomenkomplex.** (*Hosp. Psiquiatr., Rio de Janeiro.*) Arqu. brasil. Neuriatr. 19, 44—51 (1936) [Portugiesisch].

Auftreten des Korssakowschen Symptomenkomplexes nach Trauma. Der 40 Jahre alte Mann erhielt von der Lokomotive einen Stoß an den Kopf. Nach dem Erwachen aus dem Koma wurden in der Folgezeit Amnesie und retrograde Erinnerungsstörungen festgestellt.

Neurologisch: Atrophie des Sehnerven, Steigerung der Tiefenreflexe, Fußklonus und Fehlen des rechten Bauchreflexes.

Ganter (Wormditt).

Stock, W.: Über eine bis jetzt nicht beschriebene rasch verlaufende Form der Pigmentdegeneration der Netzhaut mit vollständiger Verblödung. (*Univ.-Augenklin., Tübingen.*) Klin. Mbl. Augenheilk. **97**, 577—585 (1936).

Verf. beschreibt einen Fall von Pigmentdegeneration der Netzhaut, der von der gewöhnlichen Retinitis pigmentosa abweicht, erst im späteren Alter auftrat, in kurzer Zeit zu Verblödung und Tod führte. Und zwar handelte es sich um einen akuten Zerfall der nervösen Centralorgane im Auge und aller Ganglienzellen im Gehirn.

v. Marenholtz (Berlin-Schmargendorf).

Stockert, F. G. von: Psychische Störungen nach Hirnoperationen. (*Neurochir. Abt., Staatl. Luitpoldkrankenh., Würzburg.*) Psychiatr.-neur. Wschr. **1936**, 589—592.

Während der Gehirnoperation und in unmittelbarem Anschluß an diese werden keinerlei Erscheinungen beobachtet, die dem Commotions- und Contusionssyndrom nach stumpfen Schädelverletzungen entsprechen. Die postoperativen Reaktionen sind als exogene Zustandsbilder im Sinne von Bonhoeffer aufzufassen. Wahrscheinlich gibt ein längeres Bestehen eines erheblichen Hydrocephalus vor dem Eingriff in der reaktiv steril entzündlichen Phase des postoperativen Verlaufes häufiger zu halluzinatorischen Zuständen Veranlassung. Eine hereditäre Belastung aus dem manisch-depressiven Formenkreise vermag zuweilen — ebenso wie sonst bei Psychosen infolge von Hirntumoren — Form und Verlauf zu beeinflussen. Nach Operationen im Hypothalamusgebiet kommt es zuweilen zu Schlafsucht und amnestischen Symptomenbildern, die sich bei in Rückbildung begriffenen Gehirnen bis zu viele Wochen dauernden Korsakoff-Zuständen steigern können, letzten Endes aber eine günstige Vorhersage aufweisen. Aus diesen Beobachtungen kann geschlossen werden, daß die Verfolgung des postoperativen Zustandsbildes nach Eingriffen am Gehirn ein gewisses Licht auf die Genese exogener Psychosen und auf die Probleme der Lokalisation psychischer Störungen werfen kann. Die mitgeteilten Erfahrungen sollen das Augenmerk auf diese Fragen lenken und den Ausbau dieser Probleme anregen. Heinr. Többen (Münster i. W.).

Schröder, P.: Sinnestäuschungen und Hirnlokalisation. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Klin. Wschr. **1936 II**, 1345—1348.

Hirnphysiologische und hirnpathologische Erkenntnisse und Beobachtungen haben das Verstehen des Vorganges, der Halluzinieren genannt wird, nicht gefördert; sie sind vielmehr durch die Übertragung der lokalisatorischen Feststellungen auf seelische Erscheinungen ein Ballast und ein Hemmnis für die Forschung des Halluzinationsproblems geworden. Sinnestäuschungen, Trugwahrnehmungen dürfen nur im Zusammenhang mit dem jeweiligen Gesamtzustande des Kranken betrachtet werden; sie dürfen nicht, wie es heute noch vielfach geschieht, aus dem seelischen Gesamtbilde herausgerissen und als isolierte Sondererscheinung betrachtet werden. Halluzinationen sind seelische Erlebnisse recht verschiedener Art und recht verschiedener Entstehung. Das Abtrennen von „Pseudohalluzinationen“ ist ein gewaltsames Zerschlagen zusammenhängender seelischer Geschehnisse zugunsten einer erstarrten Theorie. Auch die Entstehung der Halluzinationen kann nur im Rahmen des ganzen Zustandsbildes erfaßt werden und nicht nach dem Muster der Photome und ähnlicher Erscheinungen bei Hirnkranken verstanden werden. Auch bei anderen Fragen der allgemeinen Psychiatrie wird nicht daran gedacht, nach genauer Hirnlokalisation psychischer Einzelerscheinungen zu suchen.

Seelert (Berlin-Buch).

Balázs, Julius von: Menstruation und Selbstmord. (*I. Interne Abt., Hauptstädt. St. Rochus-Krankenh., Budapest.*) Psychiatr.-neur. Wschr. **1936**, 407—409 u. Orv. Hetil. **1936**, 630—632 [Ungarisch].

Auf Grund einer Statistik über 3110 Fälle weist Verf. unter Zugrundelegung des 28-tägigen menstruellen Cyclus nach, daß die Selbstmorde bzw. Selbstmordversuche, die auf die erhöhte Reizbarkeit des Nervensystems und die Neigung zu Depressionen

zurückgeführt werden, am häufigsten während der Menses, und zwar am ersten Menstruationstag, verübt werden, während die kritische Bedeutung der einzelnen Phasen in ihrer natürlichen Reihenfolge abnimmt, so daß das Prämenstruum im Gegensatz zu den bisherigen Angaben die geringste Häufigkeit aufweisen würde. *Hans Roemer.*

Mignot, Roger: *L'insuline comme anaphrodisiaque.* (Insulin als Anaphrodisiacum.) Ann. méd.-psychol. 94, II, 427—432 (1936).

Die sexuellen Störungen der Geisteskranken nehmen nicht selten für die Kranken selbst wie für ihre Umgebung derart unangenehme Formen an, daß man mit den üblichen Anaphrodisiaca nicht mehr zum Ziele kommt. Ausgehend von einem Bericht über die günstige „Nebenwirkung“ des Insulins auf die sexuelle Übererregbarkeit einer geistesgesunden Diabetikerin hat Verf. seit 1934 Versuche mit Insulin in kleinen Dosen (10—20 Einheiten 4—5 Tage lang, dazu 30—60 g Sirup per os) bei — meist paroxysmal auftretenden — Zuständen sexueller Erregung bei Geisteskranken angestellt und derart gute und prompte Erfolge damit erzielt, daß er diese Behandlung einer Nachprüfung an größerem und auch männlichem Krankenmaterial (ihm selbst standen nur weibliche Kranke zur Verfügung) empfiehlt. Die günstige Wirkung ist unabhängig von der Art der Geistesstörung. Verf. berichtet kurz über 7 erregte Geisteskranke zwischen 28 und 63 Jahren, bei denen er diese Insulinkur, z. T. wiederholt, mit promptem Erfolg angewandt hat, ja, wo die Kranken z. T. selbst — und auch das Pflegepersonal — nach den „Einspritzungen“ verlangten, wenn die Zustände sexueller Erregung aufraten. Wenn die Behandlung u. a. auch völlig ungefährlich sei, so gebe ein Fall doch Anlaß, zur Vorsicht zu ermahnen: Es handelte sich um eine 30jährige Manisch-depressive, bei der die sexuelle Erregung durch 20 Einheiten Insulin, 4 Tage hintereinander gegeben, prompt verschwand, dafür aber ein Dämmerzustand mit heftigen Angstzuständen, Sinnestäuschungen und Wahnsieden auftrat, wie ihn die Patientin während ihrer seit 10 Jahren bestehenden Phasen noch niemals gehabt hatte, so daß Verf. ihn (als toxisch bedingt) auf die Insulinapplikation zurückführen möchte.

Haug (Rostock).°

Rizzo, Cristoforo: *Paralitico ottantenne malarizzato a settant'anni. Considerazioni sul contagio luetico tardivo, sulla paralisi progressiva senile, la malarioterapia e la profilassi della neurolue.* (Achtzigjähriger Paralytiker, der mit 70 Jahren malarisiert worden war. Betrachtungen über die späte luische Infektion, über die senile progressive Paralyse, die Malariatherapie und die Prophylaxe der Neurolues.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Messina.*) Riv. Pat. nerv. 47, 460—491 (1936).

Es wird ein Mann beschrieben, der sich mit 62 Jahren mit Lues infizierte, der nach einigen Monaten eine basilare gummosa Meningitis durchmachte, mit Lähmung des linken Abducens, und mit 70 Jahren mit einer klassischen progressiven Paralyse erkrankte. Die eingeleitete Malariatherapie hatte eine sehr gute Remission zur Folge, die noch heute nach 10 Jahren anhält. — Es scheint, daß Individuen, die im späten Alter sich infizieren, leicht frühzeitige tertiäre Lokalisation im Centralnervensystem erfahren; in solchen Kranken ist die Latenzperiode bis zum Ausbruch der progressiven Paralyse kürzer. Die senile progressive Paralyse ist nicht selten, Verf. findet 8,96% über 60 Jahre alt; allerdings haben diese fast immer die Lues sich in früherem Alter zugezogen. Mit einiger Vorsicht kann man auch bei solch alten Leuten die Malariatherapie mit gutem Erfolg anwenden; Voraussetzung ist auch hier eine genügende Widerstandskraft. — Wahrscheinlich stammen die ersten positiven Ergebnisse pathologischer Zusammensetzung des Liquors schon aus den ersten Jahren der luischen Infektion, daher ist es verfehlt, das Auftreten der ersten klinischen Symptome als Beginn einer Neurolues anzunehmen und abzuwarten. Daher muß man eine frühzeitige Überwachung des Liquors schon von der primären und sekundären Periode der Lues an fordern. — Verf. hat gefunden, daß die meisten Paralytiker sich überhaupt nicht oder nur ungenügenden Behandlungen unterzogen haben oder daß eine solche nicht genügend „biologisch wirksam oder kontrolliert“ war.

Selzer (Rom).°°

Meco, Osvaldo: *Osservazioni cliniche sul significato delle remissioni totali o quasi della positività della reazione di Wassermann sul liquor dei paralitici progressivi in rapporto all'andamento patologico mentale. (Contributo allo studio del meccanismo terapeutico pireto-specifico.) IV.* (Klinische Beobachtungen über die Beziehungen zwischen

positivem Ausfall der Wa.R. im Liquor der Paralytiker und psychischem Krankheitsverlauf im Hinblick auf die Voll- oder annähernde Vollremission. [Beitrag zum Studium des fiebertherapeutischen Mechanismus.] IV.) (*Clin. d. Malat. d. Sistema Nerv., Univ., Firenze.*) Riv. Pat. nerv. 47, 633—659 (1936).

Verf. beschäftigt sich mit der bekannten Tatsache, daß beim Paralytiker nach der Malariabehandlung serologische und klinische Remission nicht parallel zu laufen pflegt, daß es vielmehr sowohl klinische Remission mit zunächst unverändertem Liquor als auch serologische Remission bei unverändertem oder verschlechtertem klinischen Befund gibt, und daß dazu alle Übergangsformen beobachtet werden. Er gibt ein Schema zur Bewertung der Wa.R. für die klinische Remission. Danach sollen bei mehr oder weniger stark positiver Wa.R. am Ende der Behandlung die Fälle, in denen die Wa.R. weiterhin stark positiv bleibt, klinisch unverändert bleiben oder sich verschlechtern; die Fälle, bei denen die Wa.R. sich langsam bis zum Negativwerden bessert, gute Remissionen zeigen. Sei am Ende der Behandlung die Wa.R. negativ oder fast negativ, so sollen die Fälle, in denen sie vorher stark positiv war, einen ungünstigen klinischen Verlauf zeigen; die Fälle, in denen sie vorher schwach positiv war, in ihrem Verlauf verschieden sein. In der Wa.R. sieht Verf. den Ausdruck der immunbiologischen Reaktion des Centralnervensystems. Ihr Ausfall zeige daher die Stärke der Abwehrkräfte des Organismus an. Ihr Stärkerwerden entspreche stärkerer Immunisierung und umgekehrt. Die Fieberbehandlung steigere die Immunisierungskräfte. — Die Arbeit berücksichtigt nur geringe eigene Literatur des Verf., obwohl Wertvolles und Wesentliches über die vorliegende Frage bereits von anderer Seite gesagt worden ist. Das vom Verf. aufgestellte Schema hat einen Hauptfehler: Der klinische Ausgangsbefund wird nicht berücksichtigt und die Erfahrung völlig vernachlässigt, daß der serologische Verlauf niemals allein für die Entwicklung einer malariabehandelten Paralyse maßgebend ist. Der zweite Teil des Schemas erscheint zudem stark angreifbar (Ref.).

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Schamulow, B., und I. Wisch: Die Reaktivität der Haut bei progressiven Paralytikern. Sovet. Vestn. Venerol. i Dermat. 4, 1072—1075 (1935) [Russisch].

Verff. haben die Reaktivität der Haut auf Carbolsäure (1—15 proz. Wasserlösungen) untersucht, einerseits bei 30 progressiven Paralytikern, anderseits bei nerven- bzw. geisteskranken (Tabes, Hysterie, Neurasthenie, Schizophrenie) und vollkommen gesunden Menschen. — Versuchsergebnisse: 1. Wird ein Tropfen Carbolsäure (7,5 bis 10—15%) auf die Haut eines gesunden Menschen appliziert, so tritt nach etwa 10 bis 15 Minuten eine Rötung der Haut ein; nach 12—15 Minuten tritt an dieser Stelle eine Papula hervor; die Rötung hält etwa 15—25 Stunden an. — 2. Bei progressiven Paralytikern ließ sich bei der Probe folgendes feststellen: a) eine Reaktion auf 1—3 proz. Lösungen blieb aus; b) nach der Applikation einer 5—7,5 proz. Lösung trat die Rötung der Haut mit einer großen Verspätung ein (im Mittel nach 20—25 Minuten); bei 5 Vp. trat nach 25—30 Minuten eine sehr schwach ausgesprochene Papula hervor, bei den übrigen 25 Vp. blieb sie gänzlich aus; c) nach der Applikation einer 10 proz. Lösung war eine intensive Rötung und Papulabildung bei der Hälfte der Patienten; d) durch die Applikation einer 15 proz. Lösung wurde bei 24 Vp. eine beträchtliche Rötung der Haut bewirkt; die Papula fehlte bei 24 Vp. — Trat im Laufe der Erkrankung eine Remission ein, so wiesen die Kranken eine intensivere Reaktion auf.

Lindberg (Leningrad).○

Wildermuth, Hans: Kretinenpsychose. (Württ. Heilanst., Weinsberg.) Z. Neur. 156, 422—423 (1936).

Ein Vollkretin, der seit der Kindheit geistesschwach war, wurde in fortgeschrittenem Alter zunehmend „bössartig“. Im Alter von 59 Jahren fing er an, Verfolgungsideen zu äußern, wurde störend, aggressiv, schrie und schimpfte. Dieser Zustand blieb stationär. Bei der Sektion ergab sich ein Hirngewicht von 1240 g, Hydrocephalus leichten Grades und Arteriosklerose der Hirnbasisgefäße.

Die psychotische Störung sieht Verf. als schizophren an und glaubt etwaige senil-

arteriosklerotische Prozesse als Ursache ausschließen zu können. Der schizophrene Prozeß ist — ähnlich wie bei den Plattnerschen Fällen — „ärmlich“ in seiner Symptomatik, zeigt aber im Gegensatz zu diesen keine Neigung zum Fortschreiten. Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß die Kasuistik der Psychosen bei Kretinismus noch recht dürftig ist, obwohl anzunehmen ist, daß die Fälle nicht ganz so selten sind.

Dubitscher (Berlin).

Hochheimer, Wolfgang: Zur Phänoanalyse stationär Schwachsinniger. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Hirnforsch., Berlin-Buch.*) J. Psychol. u. Neur. 47, 170—219 (1936).

Hochheimer macht den beachtenswerten Versuch, das Wesen des Schwachsinnigen von innen her zu erfassen. Im ganzen hat er bei 25 Fällen mit verschiedener Schwachsinnursache eine Intelligenzuntersuchung vorgenommen, die er unauffällig in ein Gespräch einflieht. Mit Recht betont er, daß Schwachsinn nicht Unwissenheit sei. 6 Beispiele von diesen 25 werden ausschnittweise mitgeteilt, und es ist durchaus lohnend, die Protokolle eingehend durchzuarbeiten. Sehr schön zum Ausdruck kommt das konkrete Denken der Schwachsinnigen sowie das Vorhandensein von „bloßen“ Redewendungen, die Suggestibilität in der Aussage und das kritiklose Nachsprechen; ferner auch die Lesefehler, sofern der Sinn der Worte nicht geläufig ist, und das Merken von Einzelheiten, ohne den Gesamtüberblick zu haben. Die Bilderklärung gelingt nur auf dem Boden von sprachlich Geläufigem, oder sie klingt an selbsterlebte Situationen an. Was sprachgedächtnismäßig angeregt wird, wird beim Reden verfolgt. Sehr gut kommen ferner die zusammenhanglosen abreißenden Anklänge an den gelesenen Text und die Konkretisierung bei der Geschichtserzählung zum Ausdruck. Schwachsinnige knüpfen beim Aufzählen von Namen nicht an Bekanntes, sondern an Bekannte an (also an die Vorgänge ihres engsten Lebenskreises), sie folgen dem Prinzip des geringsten Widerstandes aus Denknöt. Beim Erzählen schweifen sie ab in Gestalt von konkreter Assoziationsstätigkeit, die durch Sachdenken nicht unterdrückbar ist. Verf. betont, daß Schwachsinnige denken können und auch Intelligenz haben, erst bei bestimmten Aufgaben können sie sich nicht mehr „konzentrieren“ und werden „gedankenlos“. Es besteht eine ausgesprochene Reaktionsbindung an konkret-anschauliche Anhaltspunkte für ihr Denken. „Einfälle“ können richtige Sachergebnisse zeitigen; wird aber dann das bewußte Denken darauf gerichtet, so wird der (richtige) Einfall als falsch verworfen. Das Vermögen zur allgemeinen Abstraktion fehlt. H. denkt an eine vielleicht diffus an Rindenmassen gebundene „Denkkraft“, ohne sich aber auf eine eingehende Analyse einzulassen. „Von innen betrachtet verstehen wir als wesentlichen Grund zu dieser Verarmung (im abstrakten Denken) eine grundsätzliche Schwäche der Denkdynamik.“ So bleibt der Schwachsinnige, obwohl nicht denkfähig oder unintelligent, „gebunden“ und ohne Beziehung zu dem normalen nachbezogenen und „allgemeingültigen“ frei vorstoßenden Denken. — Wenn allerdings H. den Gedanken der Sprache als Handlung im täglichen Leben und als Umweg bei erforderlichen Denkleistungen als neu ansieht, so ist das nicht ganz zutreffend, da sich bereits Esquirol im 18. Jahrhundert und eine Reihe Untersucher nach ihm mit dieser Frage befaßt haben. Auch dürfte es noch zweifelhaft sein, ob die sicher im wesentlichen zutreffenden Feststellungen (vgl. auch Bleuler, Weygandt u. a.) eine allgemeine Eigenschaft aller Schwachsinnigen sind. Die Frage läßt sich an dem untersuchten Material nicht entscheiden, da es sich durchweg um ziemlich schwere Fälle handelt. Begrüßenswert wäre es gewesen, wenn der Verf. von der Möglichkeit, eine große Anzahl von Fremdwörtern zu verdeutschen, Gebrauch gemacht hätte.

Dubitscher (Berlin).

● Stemplinger, F.: Beitrag zur Abgrenzung der physiologischen Dummheit vom angeborenen Schwachsinn leichten Grades. (*Stadtgesundheitsamt, Nürnberg.*) (Veröff. Volksgesdh.dienst. Bd. 47, H. 4.) Berlin: Richard Schoetz 1936. 75 S. RM. 3.40.

Die beachtlichen Ausführungen Stemplingers beschäftigen sich zunächst mit den diagnostischen Möglichkeiten zur Erkennung eines etwaigen Schwachsinns bei Jugendlichen, als da sind: Intelligenzuntersuchung, erbliche Belastung, Entwicklung

und schulische Leistungen, sowie mit der Möglichkeit einer Erfassung in der Berufsberatung. Hinsichtlich der Bedeutung einer „Bewährung im Leben“ verhält sich St. sehr kritisch. Er entwickelt ein eigenes System zur Beurteilung der Grenzzustände mittels Testmethoden, das auf bestimmten Zusammenhängen zwischen körperlicher Entwicklung (KpE), Intelligenzalter (IA) und Lebensalter (LA) aufgebaut ist. Bei seinen Untersuchungen ließen sich Abweichungen von den normalen Proportionen feststellen, die bei intellektueller und allgemeiner Frühreife, bei Lern- oder Leistungsschwäche, bei Spätreife und echtem Schwachsinn unterschiedlich und spezifisch waren. Der Grundgedanke eines Vergleiches zwischen körperlicher und geistiger Entwicklung ist sicher richtig. Nur scheint mir der Versuch, die erstere — namentlich die „Entwicklung“ — mit dem absoluten Maß des „Intelligenzalters“ zu vergleichen, nicht ohne weiteres möglich, da beide andere Voraussetzungen haben. Als Vergleichswerte kämen eher eindeutige Entwicklungstests in Betracht, oder aber es könnte versucht werden, das IA etwa mit den Körperperformen von Zeller zu vergleichen. Interessant sind die Untersuchungsergebnisse mit dem amtlichen Intelligenzuntersuchungsbogen bei Normalen. Verf. hat weiter noch eine Reihe von Fragen nach Altersstufen geeicht. Wenn auch damit das Problem der Abgrenzung des Schwachsins bei Erwachsenen noch offenbleibt, so stellen die Ausführungen doch einen beachtlichen Beitrag zur Frage der Abgrenzung des Schwachsins bei Kindern und Jugendlichen dar. *Dubitscher.*

Cleland, C. A.: Schizoid trends in children. (Schizoide Neigungen bei Kindern.) (*Mental Health Clin., Brockville.*) Canad. med. Assoc. J. 34, 514—518 (1936).

Abschließen von der Außenwelt, vages Denken, Ausweichen vor Verantwortlichkeit, sinnlose Grausamkeit sind beim Kinde Zeichen einer schizoiden Veranlagung, die unter Umständen erste Andeutungen einer späteren Schizophrenie sein können, sehr häufig aber auch bei äußerlich völlig Normalen zu finden sind. Umwelteinflüsse können viel dazu beitragen, diese Züge zu verstärken oder günstig zu beeinflussen. Verf. glaubt, daß gute heilpädagogische Behandlung selbst imstande sei, den Ausbruch einer konstitutionell gegebenen Schizophrenie zum mindesten hinauszuschieben. Mitteilung einiger Fälle von kindlicher Psychopathie und Frühschizophrenie. *Budde.*

Stern, Erich: Über einen Fall von Schizophrenie im Kindesalter. Schweiz. med. Wschr. 1936 II, 917—918.

Es handelt sich darum, daß bei einem Jungen im 11. Lebensjahr Erziehungsschwierigkeiten auftreten, die zunächst an eine „Psychopathie“ denken lassen; in den folgenden Jahren kommt es dann zu Unruhe, zu Äußerungen von Angst usw., allmählich auch zu negativistischen Verhaltensweisen, bis endlich — mit 15 und 16 Jahren — typische Sinnestäuschungen, Manieren u. ä. zur Beobachtung kommen. Es wird jetzt möglich, die früheren psychischen Erscheinungen als erste Schübe der gleichen schizophrenen Erkrankung zu deuten. Verf. meint, solche Fälle seien evtl. doch häufiger, als vielfach angenommen werde; die sog. „Schizoiden“ hätten sicher oft in der Kindheit einen — nicht erkannten — Schub durchgemacht, nach dem dann ein Defekt zurückbleibe. *Donalies* (Eberswalde).

Rosenfeld, M.: Über schizophrene Psychosen im Kindesalter. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Rostock.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1936, 477—480.

Die Sicherung der Diagnose einer „präpubischen“ Schizophrenie ist auf Grund der Forderungen des Erbkrankengesetzes dringlicher denn je. Manche Autoren halten kindliche Schizophrenie nicht für ganz selten, andere warnen vor der Diagnose. Bedenklich wird es sein, bei Kindern von 1½—3 Jahren überhaupt von Schizophrenie zu sprechen. Selbst Ähnlichkeiten des klinischen Bildes lassen nicht ausschließen, daß verschiedenartige anatomische Veränderungen der Symptomatologie zugrunde liegen. Kataraktische Nachprüfungen (Seelig) haben von 39 angenommenen Frühschizophrenien nur 4 bestätigen lassen; diese vier waren beim Beginn der Psychose bereits 14 Jahre alt. Für die Beurteilung des Einzelfalles ist die Kenntnis des intellektuellen Ausgangsniveaus wichtig; Erschwerung des Denkens und Störungen der affektiven Grundhaltung können einmal schizophrene Züge vortäuschen. Auch grob organische Hirnkrankheiten angeborener oder früh erworbener Natur können die Symptome einer „Pfropfhebephrenie“ zeigen. — Die normale Pubertät kann gelegentlich das gemütliche und

motorische Verhalten eigenartig verschieben, Erregbarkeitssteigerung auf vegetativem Gebiet, Abschwächung der Leistungsfähigkeit, Unlust, Trägheit, Gleichgültigkeit kennzeichnen gewisse Phasen der Pubertät. — Für die Annahme einer Schizophrenie im Kindesalter wird eine zeitliche Abgrenzbarkeit der Phase und eine Progressivität der Reaktionsweise gefordert werden müssen; ein bis dahin normales Kind muß sich in der Gesamtpersönlichkeit vom gut umgrenzten Zeitpunkt ab seelisch verändern. — Differentialdiagnostisch soll man daran denken, daß die Encephalitis im Kindesalter unter Umständen schwer abgrenzbare psychotische Symptome erzeugen kann; man wird immer eine kindliche Encephalitis auszuschließen haben, ehe man kindliche Schizophrenie annimmt. Prodromal findet sich ungenügendes Selbstvertrauen, stilles Wesen, mangelnde Anschlußneigung. Während des eigentlichen Schubes sind elementare motorische Regungen vorhanden. Affektstiefheit und Unsuggestibilität kennzeichnen die Affektlage. Denkstörungen und Sinnestäuschungen sind nie Phänomene der unkomplizierten Pubertät, ihr Nachweis beweist Schizophrenie. Katatone Formen sollen prognostisch günstiger sein. — Mitteilung eines Falles, bei dem eine akute Motilitätspsychose bei einem bis dahin normalen 15jährigen als Schizophrenie diagnostiziert wurde, während die Autopsie — neben einer Lungenembolie als unmittelbarer Todesursache — „mikroskopisch eine ausgedehnte Thrombenbildung in den zahlreichen kleinen Gefäßen und kleine Blutungen in die Hirnsubstanz“, und zwar nur „in den Hirnabschnitten, welche den Seitenventrikeln zugekehrt waren“, ergab. Solchen Veränderungen können, wie die Pathologen glauben, auch bei im übrigen negativem Befund Infektionen zugrunde liegen. — Der Fall beweist die Notwendigkeit strenger Zurückhaltung bei der Diagnose einer genuinen Schizophrenie bei Kindern und Adolescenten.

Hofheinz (Magdeburg).).

Burger, Max: Episodische Versagenszustände (pseudoneurasthenische Phasen) als Frühsymptom der Schizophrenie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Nervenarzt 9, 217—226 (1936).

Es wird über Versagungszustände, Zustände von Leistungsschwäche berichtet, die phasenhaft, isoliert, unter einem neurasthenischen und psychasthenischen Bild mit mehr oder minder langen Zwischenzeiten vollkommener oder doch weitgehender Remission auftreten und erste Manifestationen der Schizophrenie darstellen können. Diese Zustandsbilder lassen sich kennzeichnen als Verminderung der geistigen Leistungskraft und -höhe im Sinne abnormer Ermüdbarkeit, Konzentrationsschwäche, Vergeßlichkeit und Mangel an Antrieb zu jeglicher Tätigkeit. Von körperlichen Begleiterscheinungen sind damit häufig Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit und Darniederliegen der allgemeinen körperlichen Leistungsfähigkeit verknüpft. Was die Persönlichkeit der Erkrankten anlangt, so ergibt sich zunächst keine einheitliche prämorbide Wesensart. Es fand sich unter ihnen keine Debilität, sondern die meisten zeigten recht gute Verstandesleistungen. Der Beginn lag in rund $\frac{2}{3}$ der Fälle vor dem 20. Lebensjahr. Bei den meisten ließen sich deutlich mehrere Phasen pseudoneurasthenischen Versagens abgrenzen, deren Dauer sehr verschieden war. Beimischungen körperlicher Begleiterscheinungen erheblicher Ausmaßes fanden sich recht häufig, und zwar vor allem Kopfschmerzen, dann Schlaflosigkeit oder Schlafsucht und endlich ausgesprochen vegetativ-vasomotorische Erscheinungen wie Augenflimmern, Schwitzen und Schwindel. Die Symptomenzusammensetzung für sich zeigt nichts Charakteristisches. Daß es sich bei den Versagungszuständen um reaktiv ausgelöste, verständliche Reaktionen handeln könne, wird abgelehnt. Die Frage, ob eine Stoffwechselasthenie im Sinne Jahns und Grevings eine Rolle spielt, könne nicht bestritten, aber auch nicht bewiesen werden. Viele Gründe sprechen aber nach Ansicht des Verf. unbedingt dafür, daß es sich um Auswirkungen des schizophrenen Krankheitsprozesses handelt. So führen sie z. B. bei einer Reihe von Fällen mehr oder minder rasch, aber zeitlich kontinuierlich in die Psychose über. Dem Leistungsvermögen liegt eine Denkerschwerung zugrunde, die qualitativ der schizophrenen Denkstörung, wie sie Berze, Beringer, Carl Schneider

und Gruhle phänomenologisch erfaßt haben, entspricht, und die sich nur in ihrem Ausmaße davon unterscheidet. *J. Jacobi* (Gießen).^{oo}

Smith, Jens Chr.: Dementia praecox-Probleme. Untersuchungen hinsichtlich Häufigkeit, Erblichkeitsverhältnisse, die gegenseitige Beziehung der klinischen Untergruppen, ihre spezielle Disposition, biologische Reaktionen und andere. (*Irrenanst., Augustenborg, Dän.*) Z. Neur. 156, 361—381 (1936).

Bei einem sorgfältig ausgesuchten Material von 200 Patienten mit Dem. praec. (86 Männern und 114 Frauen) ergab sich eine Geschwisterzahl von 6,31. Von den 1061 Geschwistern der Probanden litten 3,3% an sicherer Dem. praec., bzw. 4,1%, wenn verdächtige Fälle mitgezählt werden, ein etwas geringerer Prozentsatz als in anderen Statistiken. Verf. führt den Unterschied darauf zurück, daß in letzteren eine Neubearbeitung des Materials mit Ausscheidung nicht mehr als zugehörig erkannter Fälle stattgefunden hat. Von den Eltern litten 1,25% sicher an Dem. praec., bei Mitberücksichtigung verdächtiger Fälle 2,25%, von den Elterngeschwistern 2,3%. Ein wesentlicher Unterschied in dem zahlenmäßigen Auftreten von Dem. praec. und ähnlichen Psychosen in den Probandenfamilien war zwischen dem Material des Verf. und dem aus München und Amerika nicht festzustellen. Die Beobachtung Bleulers, daß bei einer Gruppe schwer dementer Schizophrener eine erbliche Belastung nicht festzustellen war, so daß man hier an exogene Ursachen denken mußte, konnte dagegen nicht bestätigt werden. Von den 3 Untergruppen kam die Dem. praec. simpl. vorwiegend bei Männern, die Dem. paran. bei Frauen vor, erstere durchschnittlich im Alter von 26—27 Jahren, letztere zwischen dem 41. und 42. Lebensjahr. Da nun in derselben Familie oft die verschiedenen Untergruppen vorkommen, scheint es, daß die erblichkeitsmäßige Anlage kaum sehr verschieden sein kann, daß dagegen andere Faktoren — die Totalkonstitution des Individuums? — die genetische Grundlage sich verschieden auswirken lassen. Dauernde Liquorveränderungen (Erhöhung der Zellenzahl, wie des Globulins und des Gesamteiweißgehaltes) waren am ausgeprägtesten bei den Gruppen Dem. praec. simpl. und Katatonie, viel geringer in der Gruppe der Dem. paranoides, woraus man vielleicht auf stärkere organische Veränderungen bei den mehr ausgesprochenen deletären Psychosen schließen kann, wie denn auch andere Forscher bei Injektionen in Kaninchenaugen stärkere Reaktionen mit Liquor von hebephrenen und katatonen Gruppen erzielten. Auffallend war, daß relativ viele — 9 von 27 Patienten — mit starken Spinalflüssigkeitsveränderungen als präpsychotisch geistesschwach oder minderbegabt bezeichnet wurden. Die Blutsenkung ergab keine besonderen Aufschlüsse. Veränderungen im Blutbild, sog. Linksverschiebung, zeigten sich im größten Teil der Fälle aller 3 Gruppen. Der Konstitution nach entfielen deletäre Fälle Dem. praec. simpl. mit 74%, katatone mit 81% überwiegend auf den leptoformen Typus, während die paranoiden mit 45% den pyknoformen bevorzugten, was mit der Annahme der Kretschmerschen Schule übereinstimmt, welche den pyknoformen Typen eine größere Resistenz gegen das Auftreten von Psychosen zuschreibt. *Klix* (Berlin).

Tronconi, V.: Sulla questione della demenza precoce che si manifesta negli individui già psichicamente minorati. (Zur Frage der Ppropfschizophrenie.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Pavia.*) Riv. Pat. nerv. 47, 37—125 (1936):

In einer umfangreichen Arbeit, die kritisch gehalten ist und weitgehend die Literatur, besonders auch die deutsche, berücksichtigt, setzt sich Verf. mit dem Problem der Ppropfschizophrenie auseinander. Er setzt die Bedenken auseinander, die gegen die Auffassung geltend gemacht werden, daß es sich bei der Ppropfschizophrenie um eine klinisch fest umrissene und einheitliche Krankheitsform handele, die darauf hinauslaufen, daß man teils die Schizophrenie als auf dem Boden des Schwachsinn entstehend, teils als neben dem Schwachsinn einhergehend ansehe, oder daß man die Ppropfschizophrenie für eine Frühform einer zur Verblödung führenden Dementia praecox oder für den Ausdruck einer schizoiden Veranlagung bei einem Schwach-

sinnigen halte. Es sei also unklar, ob in der Ppropfschizophrenie nicht Zustände zusammengefaßt seien, die nach Ätiologie wie Grad und Qualität des psychischen Defektes verschieden seien. Für Verf. ergaben sich daher die Fragen, bei welcher Kategorie von Schwachsinnigen am häufigsten Schizophrenie erscheine, und ob es eine klinisch fest umrissene Differenzierung der Schizophrenieformen bei Schwachsinnigen mit und ohne Zeichen cerebraler Schädigung gebe. 12 Krankheitsgeschichten mit vorwiegend langen Beobachtungszeiten werden ausführlich wiedergegeben. Sie führen Verf. zu dem Schluß, daß der Verlauf der Schizophrenie sich bei den Schwachsinnigen von dem bei den intellektuell Vollwertigen nicht grundsätzlich unterscheidet. Es scheine aber, als ob Imbezille mit den körperlichen Zeichen einer Cerebropathie degenerativen Charakters mehr zu einer hebephren-paranoiden Schizophrenie neigten, während Idioten ohne körperliche Stigmata mehr katatonen Zustandsbilder darböten. Hierbei scheine es sich nicht um ein zufälliges, sondern um ein enger im Krankheitsgeschehen begründetes Zusammentreffen zu handeln. Des Fehlers der geringen Zahl der untersuchten Fälle ist sich Verf. voll bewußt.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Broggi, E., ed E. Costanti: *Sulla ricerca culturale del bacillo tubercolare nel sangue e nel liquido cefalo-rachidiano di malati di demenza precoce.* (Über den kulturellen Nachweis von Tuberkelbacillen im Blut und Liquor bei Dementia praecox.) (*Istit. di Ig. e Batteriol., Univ., Siena e Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Firenze.*) Riv. Pat. nerv. 47, 526—582 (1936).

Bei 41 Dementiapatienten und bei 21 anderen Geisteskranken konnten niemals im Blut oder Liquor Tuberkelbacillen nachgewiesen werden. Die Behauptungen Löwensteins konnten also auch von den Verff. in Übereinstimmung mit zahlreichen anderen Autoren nicht bestätigt werden. Verf. erörtern eingehend die Fehlerquellen derartiger Untersuchungen.

Meinicke (Berlin).

Morselli, G. E.: *Contribution à la psychopathologie de l'intoxication par la mescaline. Le problème d'une schizophrénie expérimentale.* (Beitrag zur Psychopathologie der Mescalinvergiftung. Das Problem einer experimentellen Schizophrenie.) J. de Psychol. 33, 368—392 (1936).

Dieser Bericht über einen Selbstversuch des Verf. stellt die Einführung zu einer von ihm angekündigten größeren Studie über die Mescalinvergiftung dar. Er berichtet ausführlich (in ähnlicher Art, wie wir sie von den Protokollen Beringers, Guttmanns, Forsters u. a. kennen) über seine Erlebnisse im Zustande der Vergiftung: gesteigerte Erregbarkeit, allgemeine Unruhe, Angstgefühle, Veränderung der Farben; alles vibriert; er sieht Blitze, hat das Gefühl, als ob etwas in ihm rotiere, bekommt Übelkeit, sieht Hieroglyphen; die Gegenstände und Personen verändern ihre Form. Besondere Aufmerksamkeit wendet er einigen Gemälden, die an der Wand hängen, zu: Eine Venus von Botticelli und eine Salome von Stuck u. a. werden plastisch, bewegen sich, tanzen; es sieht aus wie im Film. Ein besonderes Erlebnis aber hat er mit einem Bild von Titian: der Unbekannte vom Palazzo Pitti. Mit diesem bekommt er einen „virtuellen“ Dialog, sieht genau, wie jener die Lippen bewegt, die Augen wendet usw. Er mokiert sich darüber, worauf jener drohende Haltung annimmt und mit Donnerstimme spricht. Mit zunehmender Intoxikation wird er selbst immer unruhiger und ist nahe daran, an die Realität dieser Erlebnisse zu glauben. Er kennt sich selbst (im Spiegel) nicht mehr, hat das Gefühl, als ob eine andere Person sich neben ihm entwickele und er selbst seiner Persönlichkeit lustig ginge. Die „Realfunktion“ droht verlorenzugehen. Und doch behält das registrierende Ich seine Integrität, was erheblich kontrastiert mit den starken Störungen der Perzeption, der Affektivität und des Willens, ähnlich wie manchmal bei der Schizophrenie. Es treten plötzliche Impulse auf, sich vom Balkon zu stürzen. Er „flieht“ von seinem Heim in die Klinik, hört auf dem Weg entfernte Menschen ganz laut reden, empfindet den Zwang, sich auf sie zu stürzen, desgleichen auf ein sich näherndes Auto. Sein Kollege ist verzerrt bis zur Unkenntlichkeit. Plötzliches Gefühl enormer Kraft; er will den

Stuhl zerbrechen. Er benimmt sich wie ein Schizophrener (Katatoner). Das immer wieder auftauchende Gefühl, seine Persönlichkeit verändere sich, ängstigt ihn sehr. — Das Bemerkenswerteste aber ist, daß noch etwa 2 Monate lang nach dem Versuch, der keine weiteren Störungen hinterlassen hatte, jenes Bild von Titian „lebendig“ wurde, sooft er es ansah; stets wurde es drohend, so daß er oft sich zum Schlafen ausquartieren mußte. („Ich benahm mich, wie wenn diese Existenz wirklich wäre — und infolgedessen fühlte ich deren Wirklichkeit und glaubte daran.“) Die Ursache davon liegt seines Erachtens in einem durch die psychogenen und toxischen Alterationen, welche sich auf der Höhe der Vergiftung bei ihm „festgesetzt“ haben, hervorgerufenen krankhaften psychomotorischen Verhalten. Die Aktivierung von psychomotorischen Tendenzen war dadurch so heftig, daß sie sich sogar über die Dauer der Episode erstrecken konnte.

Haug (Rostock).^o

Schultz, Heinz: Die hypomanischen Kinder. Charakter, Temperament und soziale Auswirkungen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Z. Kinderforsch. 45, 204 bis 233 (1936).

Verf. berichtet über 63 Fälle konstitutioneller Hypomanie bei Kindern auf Grund klinischer Beobachtungen. Die Kinder wurden durchschnittlich im Alter von 8½ Jahren eingewiesen, nachdem sie durch Unruhe, Eigentumsvergehen, Herumtreiben, schulische Leistungsschwäche usw. oder sexuell auffällig geworden waren. Neun der Fälle werden eingehend geschildert. Neben einem Beispiel von rein manischem Temperament werden solche aufgeführt, bei welchen die Hypomanie mit auffallender Geltungssucht, mit Gemütsarmut, Haltlosigkeit oder mit Ängstlichkeit, mit Erethie gepaart war. Differentiell-diagnostische Betrachtungen sind überall eingestreut. H. Pfister.^{oo}

Gastaldi, Gildo: In tema di rapporti fra radiodiagnosticia cranica ed epilessia essenziale. Contributo di osservazioni e di considerazioni cliniche. (Die Radiodiagnostik des Schädels in Beziehung auf die genuine Epilepsie. Klinische Beobachtungen und Überlegungen.) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Univ., Pavia.*) Riv. Pat. nerv. 47, 213 bis 264 (1936).

Es wurden Röntgenaufnahmen des Schädels bei 25 Fällen von genuiner Epilepsie gemacht. In keinem der Fälle ließen die Aufnahmen Veränderungen erkennen, die mit dem Entstehen der Krämpfe hätten einwandfrei in Beziehung gesetzt werden können. In 5 Fällen = 20% konnten Veränderungen gefunden werden, die sicher pathologischer Natur waren, aber nur die Bedeutung von Begleitsymptomen hatten, so eine Vergrößerung und eine Verkleinerung der Sella turcica (2 Fälle = 8%), Veränderungen der Processus clinoidei posteriores (2 Fälle) und Verkalkung der Epiphysen (1 Fall). In 8 Fällen = 32% zeigte die Röntgenaufnahme Veränderungen, die auf den Überdruck im Schädelinnern zurückgeführt zu werden pflegen. In 5 von den 8 Fällen können diese Veränderungen, nämlich die Vergrößerung der Impressiones digitatae (in 1 Fall verbunden mit Dilatation der venösen Sinus), nicht in ursächliche Verbindung mit dem Überdruck gebracht werden, sondern sind aller Wahrscheinlichkeit nach als eine individuelle Besonderheit des Schädelknochens anzusehen, der man keine sichere pathologische Bedeutung zuschreiben kann. In 2 Fällen besteht die Möglichkeit, daß ein alter hydrocephaler Prozeß zusammen mit den Konvulsionen infolge des Überdrucks zu einer Diastase der Nähte geführt hat.

Ganter (Wormditt).^o

Marugo, Dario: Ricerche sperimentali sull'epilessia ottenuta col metodo di Viale. (Experimentelle Untersuchungen über Epilepsie mit der Methode von Viale.) (*Istit. di Fisiol., Univ., Genova.*) Arch. di Fisiol. 36, 300—314 (1936).

Viale erzeugte epileptische Anfälle bei Hunden und Kaninchen, indem er einen starken Wechselstrom Bruchteile einer Sekunde durch den Körper der Tiere jagte. Mit dieser Methode, die harmloser ist als elektrische Reizung nach Trepanation wird in der vorliegenden Arbeit die Wirkung des Luminal studiert. Verf. sah, daß Luminal vor der Reizung gegeben, den Anfall verhinderte. Die Dosen, die man mindestens geben mußte, sind diejenigen, die gewöhnlich beim Menschen therapeutisch angewandt

werden. Während im epileptischen Anfall normalerweise der Blutdruck stark ansteigt, vermindert Luminal den Druck, während bei der elektrischen Reizung eines Hundes, bei dem der Blutdruck vorher mit Luminal vermindert war, er sich auch durch den Anfall nicht erhöht. Der Blutdruck wird also nicht auf die elektrische Entladung, sondern auf den epileptischen Anfall zurückzuführen sein. Exstirpation der Nebennieren vermindert die Rindenreizbarkeit, so daß nur einmal ein Anfall ausgelöst wurde. Die Blutdruckerhöhung im Anfall hängt offenbar mit einer Adrenalinausschwemmung, hervorgerufen durch den Anfall, zusammen. Die Nebennierenentfernung hat infolgedessen zweifellos eine gewisse Berechtigung. *Fumarola* (Rom).

Plotitscher, A.: Zum Problem: Narkolepsie-Epilepsie. *Nevropat. i t. d. 5*, 1183 bis 1186 (1936) [Russisch].

Einleitend kurzer Literaturbericht über die Narkolepsie. Es wird dann die Krankheitsgeschichte eines 12jährigen Mädchens gebracht, das über mehrere Jahre beobachtet wurde. Bei diesem Kinde konnte im Laufe der Beobachtung festgestellt werden, daß sich langsam die Anfälle von der Katalepsie in Petit mal-Anfälle umwandelten. Diese Beobachtung würde für den ätiologischen Zusammenhang zwischen Narkolepsie und Epilepsie sprechen. Am besten läßt sich für beide Symptome die gleiche Reaktionsbereitschaft annehmen, vielleicht nur mit dem Unterschiede der mehr oder weniger fortgeschrittenen Erkrankungsphase. Es soll aber nicht auf Grund der vorliegenden Beobachtung verallgemeinernd gesagt werden, daß immer das Symptom der Narkolepsie auf die Erkrankungsgruppe Epilepsie deute. *v. Lilienfeld* (Hamburg).

● **Penta, Pasquale: La narcolessia. Contributo clinico.** (Die Narkolepsie. Ein klinischer Beitrag.) Napoli: Arti Grafiche La Nuovissima 1935. 192 S. u. 2 Abb.

Ausgezeichnete, auf gründliche Literaturstudien und zehn Eigenbeobachtungen aufgebaut Abhandlung über die Narkolepsie, die über gewisse Erfolge in der Behandlung mit Ephedrin zu berichten weiß. Bei der Besprechung der Ätiologie der „Schlaf-fälligkeit“, wie sich der Krankheitsnamen vielleicht nicht ganz uneben verdeutschen ließe, wird auch der Verletzung gedacht und im allgemeinen Zurückhaltung in der Annahme einer traumatischen Narkolepsie empfohlen, obgleich sich einige einwandfreie einschlägige Fälle im Schrifttum verzeichnet finden. Ein kurzer Abschnitt von 2 Seiten befaßt sich mit den gerichtlich-medizinischen Folgen des Leidens. Hierbei wird vor allem auf das plötzliche Auftreten der Schlafzustände aus vollem Wohlbefinden heraus verwiesen, ein Umstand, der begreiflicherweise, wie beim Streckenwärter, beim Autolenker oder beim Wachtposten, besonders leicht zu empfindlichen Störungen im sozialen Getriebe führen kann. Natürlich sind die Kranken als schuldunfähig zu betrachten und daher für den angerichteten Schaden in keiner Weise haftbar. Sie sollen darum auch nicht in verantwortlichen Stellungen beschäftigt werden. *v. Neureiter* (Berlin).

Cahane, Mares, et Tatiana Cahane: Sur les formes cliniques de l'hystérie. (Über die klinischen Formen der Hysterie.) (*Sect. Neuro-Psychiatr., Hôp. Diclosamartin, Paris.*) *Arch. internat. Neur.* 55, 222—229 (1936).

Psychose und Hysterie finden sich häufig vergesellschaftet. Baruk hat auf das Miteinander von Cyclothymie und Hysterie hingewiesen, Claude, Ballif und Caraman finden Analogien zwischen Schizophrenie und Hysterie. In 2 Krankenberichten, dem einen von Courtois und Beley, dem andern von Capgras, Rouart und Derombies, über weibliche Patientinnen mit hysterischen Anfällen nötigt die sich im weiteren Verlauf einstellende Persönlichkeitsveränderung zur Diagnose Schizophrenie. Eine Kranke von Parhon, Stefanescu und Cahane hatte 5 Jahre lang hysterische Störungen, denen ein schizophrener Schub folgte. Ein Fall von Katz in New York: Nach künstlicher Menopause delirante Ideen, Depression, Mutismus, Hemiparese, Hemianästhesie, infantilistische Darstellungen. — Die Verff. des Artikels haben ebenfalls Fälle beobachtet, bei denen hysterische Merkmale und psychotische Störungen nacheinander vorkamen: Eine Kranke, die 1929 eine geistige Verwirrtheit bei Pellagra zeigte, 1930 und 1935 wieder in klinischer Behandlung war, an agitativen und depres-

siven Zuständen litt, blieb, als die Depression schon längere Zeit wesentlich gebessert war, plötzlich mehrere Tage lang mit geschlossenen Augen und ohne Bewegungen zu Bett, reagierte nicht auf Reize, ab nur, wenn sie unbeachtet blieb usw. Sie war amenorrhoeisch. Auch bei der zweiten Kranken, einer 34jährigen amenorrhoeischen Ärztin, handelt es sich um eine Depression mit hysterischen Merkmalen. — Ausführliche Befprechung einer Psychasthenie (Zwangsvorstellungen) mit Störungen des Schilddrüsenstoffwechsels (Hyperfunktion) und Hysterie. Auffassung, daß sowohl die Depression oder Psychasthenie als auch die Hysterie die Reaktion organisch geschädigter Menschen (Pellagra, endokrine Störungen) auf widrige Umweltsverhältnisse gewesen seien.

Hahn (Gießen)._o

Stumpf, Friedrich: Über Diskordanz bei psychopathischen Zwillingen. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Geneal., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, München.*) Nervenarzt 9, 385—392 (1936).

Verf. teilt die Geschichte eines erbgleichen und eines erbverschiedenen psychopathischen Zwillingspaares mit. Die Darstellung soll zeigen, was von der Zwillingsmethode auf dem Gebiete der psychopathologischen Erbforschung überhaupt zu erwarten ist. Aus der Betrachtung der mitgeteilten Fälle läßt sich der Schluß ziehen, daß Persönlichkeitsunterschiede, die den Aufbau und die Grundeigenschaften des Charakters betreffen, bei einigen Zwillingen sich nicht nachweisen lassen, selbst dann nicht, wenn zunächst erhebliche Diskordanzen vorzuliegen scheinen. Diese beruhen auf Unterschieden des Verhaltens (Reaktionen), die nicht einer Erbanlage entspringen, sondern als Anpassung an äußere Schicksale aufzufassen sind. Solche Diskordanzen sind nicht auf Ungleichheiten bei der Chromosomenteilung zurückzuführen. Würden solche vorkommen, so muß man erwarten, daß es Zwillinge, die eine Art Zwischenstellung zwischen erbgleichen und erbverschiedenen darstellen, gibt. Solche Fälle hat Verf. aber niemals beobachtet. Fälle, die unter psychiatrischen Gesichtspunkten auffallend diskordant erscheinen, decken sich nicht mit solchen, die anthropologisch-morphologisch bei aller Ähnlichkeit auffallende Verschiedenheiten zeigen. Die Annahme, daß chromosomal bedingte Verschiedenheiten sich ausschließlich in psychischen Manifestationen auswirken und gar nicht auf körperlichem Gebiet, hat keine Wahrscheinlichkeit für sich.

Henneberg (Berlin)._o

Alcoholism and drug addiction in relation to mental health. (Alkoholismus und Süchtigkeit in Beziehung zur geistigen Gesundheit.) Med.-leg. a. criminol. Rev. 4, 305—307 (1936).

Soziale und individuelle Faktoren werden als bedeutungsvoll angesprochen. Die Abnahme der Strafverfahren wegen Trunkenheit (von 51 auf 7,5 pro Zehntausend der Bevölkerung) läßt schließen, daß der Alkoholismus in England von 1913—1932 ständig abgenommen hat. Ansteigen des Lebensstandard, Hebung der Familie u. a. werden als fördernde Ursachen dafür genannt. Bei den Rauschgiften haben die sozialen Faktoren keine so hohe Bedeutung gewonnen. Bemerkenswert ist die Feststellung, daß in Ägypten im Jahre 1934 Cocain-, Morphin- und Heroinmißbrauch von $\frac{1}{2}$ Million auf etwa 18000 Personen absanken, während diese Suchten in Indien zunahmen. Die Schätzungen für die Vereinigten Staaten belaufen sich etwa auf 100000 Personen. Bezüglich des Alkoholismus und seines starken Rückganges wird auf die Bedeutung der Heilsarmee und vorbeugender Maßnahmen neben allgemeinen religiösen Einflüssen hingewiesen.

Schrader (Marburg a. d. L.)._o

Pesericò, Mario: La dipsomania è veramente un impulso? (Ist die Dipsomanie wirklich ein Trieb?) Arch. gen. di Neur. 17, 247—252 (1936).

Die Dipsomanie wird in der Regel als ein periodischer und anfallsweise auftretender Trieb zum Trinken aufgefaßt und von manchem Verf. als epileptisches Äquivalent, von anderen dagegen als Zwangsercheinung betrachtet; allgemein wird jedoch der triebhafte Charakter der Dipsomanie als das Wesentliche angenommen. Von der Feststellung ausgehend, daß die Kranken ausnahmslos angeben, daß sie einen heftigen

Durst empfinden, und nur durch diesen zum Trinken veranlaßt werden, vertritt Verf. die Meinung, die Dipsomanie sei nicht als Trieb, sondern als Syndrom zu betrachten, das seine Ursache in einer krankhaften Durstempfindung findet. Es ist klar, daß ein Trieb keine Empfindung erzeugen kann; wohl aber kann eine Empfindung eine Reaktion auslösen, die wegen ihrer Heftigkeit den äußersten Anschein eines Triebes hat. Ein Reisender in der Wüste, der nach vielen Tagen brennenden Durstes Trinkwasser bekommt, kann sich von einem Dipsomanen nicht grundsätzlich verschieden verhalten. Ganz anders liegen die Dinge bei dem Pyromanan, bei dem das Vorhandensein von psychologisch verständlichen Gründen für sein Handeln nicht anzunehmen ist, so daß letzteres als echter Trieb (d. h. als Störung des Willens) zu betrachten ist. Zu betonen ist ferner, daß bei der Dipsomanie Getränke jeder Art (d. h. nicht nur alkoholartige), einschließlich Trinkwasser, getrunken werden. Die Definition der Dipsomanie sollte somit nach Verf. folgenderweise lauten: eine krankhafte Durstempfindung, die periodisch und anfallsweise auftritt und ein unwiderstehliches Bedürfnis zum Trinken auslöst.

C. Ferrio (Turin).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Grünthal, E.: Über Unterschiede im Gehirnbau der Anthropoiden und des Menschen und das eigentlich Menschliche am Gehirn. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Waldau-Bern.*) Fortschr. Neur. 8, 261—284 (1936).

Die Frage nach dem spezifisch Menschlichen am Gehirn, die der Verf. in einer Reihe früherer Mitteilungen in fruchtbarer Weise aufgerollt hat, wird hier zusammenfassend erörtert. 3 Wege können beschritten werden: 1. Die vergleichende makroskopische und mikroskopische Untersuchung der Gehirne der Säugerreihe; sie gibt nur grobe Ergebnisse; 2. der Vergleich des Gehirns der Anthropoiden mit dem des Menschen. Die Anthropoiden stehen im Grundbauplan dem Menschen am nächsten von allen Säugern, erreichen aber bei weitem nicht dessen seelische Entwicklungsstufe. 3. Als Verbindungsglieder zwischen Menschen und Anthropoiden können auch die fossilen Reste primitiver Menschenrassen herangezogen werden. Diese 3 Betrachtungsweisen werden auf das Großhirn und auf das Zwischenhirn angewandt. Die für das menschliche Großhirn charakteristischen Gewichts-, Form- und feineren Strukturverhältnisse werden an Hand der Arbeiten von Vogt, Beck, Ariens Kappers, Rose u. a. besprochen, mit besonderer Berücksichtigung der Stirnhirnentwicklung. Beziiglich des Zwischenhirns stützt sich Verf. auf das reiche, in früheren Arbeiten niedergelegte, eigene Material. Das Hauptergebnis dieser Untersuchungen ist die wichtige Feststellung, daß der Hypothalamus im Gegensatz zu der immer mehr sich vergrößernden und differenzierenden Großhirnrinde von den niederen Säugern bis zum Menschen einfacher werdende Bauverhältnisse zeigt. Beim Thalamus liegen die Verhältnisse anders. Die Differenzierung der Thalamuskerne steigt in der aufsteigenden Säugerreihe an bis zu den niederen Affen, wird aber bei den Anthropoiden und beim Menschen wieder in manchen Bezirken primitiver. Dabei zeigt der Mensch Eigenheiten in der Ausbildung, im Verschwinden und Neuauftreten einzelner Thalamuskerne gegenüber dem Schimpansen, über deren Bedeutung im einzelnen nur Vermutungen geäußert werden können.

Ernst Scharrer (Frankfurt a. M.).

Gysi, Werner: Über einen Fall von Anencephalie. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Lausanne.*) Schweiz. Arch. Neur. 38, 69—96 (1936).

Es wird ein neugeborenes Mittelhirnwesen beschrieben, das klinisch die Eigentümlichkeit zeigte, gegenüber Morphin relativ unempfindlich zu sein, und das außer dem Fehlen des Saugreflexes Reaktionen eines normalen Säuglings aufwies. Das Zentralnervensystem bestand aus einem gut entwickelten Rückenmark, einem Hirnstamm, der bis und mit Mesencephalon gut entwickelt ist, dem Kleinhirn und einem kastanienartigen Endkörper, der einen rudimentären Thalamus enthält. Die Hirnnerven II—XII sind gut entwickelt. Am verlängerten Mark fallen makroskopisch