

gar tödliche Folgen hatten, eine Schuldhaftigkeit des Arztes darstellen. — Große Beihilfe kann die gerichtliche Medizin von dem Spezialfach beim Erkennungsdienst erfahren. Dabei wird angeregt, daß der Morphologie der Zunge (die Verf. besonders zu pflegen scheint), ferner der Stimme, dem inneren Ohr und sogar dem Cerumen in diesem Zusammenhang größere Aufmerksamkeit als bisher gewidmet werde. *Richartz.*

Psychologie und Psychiatrie.

Sander, Friedrich: Zur neueren Gefühlslehre. Sammelreferat. (15. Kongr., Jena, Sitzg. v. 5.—8. VII. 1936.) Verh. Dtsch. Ges. Psychol. 23—52 (1937).

Nach einem geschichtlichen Rückblick über die neuere Gefühlslehre, der die Wendung der deutschen Psychologie weg von der Elementenauffassung der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts hin zu einer umfassenden Ganzheitstheorie des Seelischen dartut, werden in groben Zügen einige der gesichert erscheinenden Ergebnisse der Gefühlslehre skizzenhaft umrissen und dabei vor allem gezeigt, daß das Gefühl als Ganzqualität des jeweiligen Erlebnisgesamtes weitgehend das Sosein aller Ganzheitsbereiche bestimmt, wie daß umgekehrt jede wie auch immer bedingte Veränderung eines Ganzheitsbereiches und seiner Gegebenheiten die gefühlsartige Qualität des Ganzen umfärbt.

v. Neureiter (Berlin).

Hippius, Rudolf: Gefühl und Denken. (15. Kongr., Jena, Sitzg. v. 5.—8. VII. 1936.) Verh. Dtsch. Ges. Psychol. 52—65 (1937).

Der interessante Aufsatz beweist klar und deutlich, daß jede Erfassung der Außenwelt ein ästhetisches Phänomen im weitesten Sinne des Wortes ist, in dem Ausdruck und Gestalt erfahren werden.

v. Neureiter (Berlin).

Wartegg, Ehrig: Gefühl und Phantasiebild. (15. Kongr., Jena, Sitzg. v. 5.—8. VII. 1936.) Verh. Dtsch. Ges. Psychol. 70—81 (1937).

Bericht über ein testartig anwendbares Untersuchungsverfahren, mittels dessen die individuelle Ausbildung der Gefühls- und Phantasiefunktion auch bei zeichnerisch ungeschulten Versuchspersonen erkannt werden kann.

v. Neureiter (Berlin).

Reuther, Fritz: Das Gefühlsleben in seiner typologischen Bedeutung bei E. R. Jaensch. Z. angew. Psychol. 52, 179—242 (1937).

Die Bedeutung des Gefühlslebens ist in der Jaenschschen Typologie nicht eindeutig geklärt; teils erscheint das Gefühl als eine den übrigen Funktionen gleichgeordnete Funktion, teils wird ihm eine übergreifende Stellung zugewiesen. Weitere Schwierigkeiten in dieser Typologie bestehen darin, daß von dem ursprünglichen Einteilungsprinzip nach dem Grade der Integration zu Unterschieden in der Richtung und in der Dauer der Integration übergegangen wird und daß der desintegrierte Typ im strengen Sinne des Wortes als psychophysische Person nicht möglich ist. Der Verf. gibt zunächst eine eingehende Übersicht über die Grundprinzipien und die Haupttypen der Marburger Schule. Zur Analyse des Gefühlslebens stellt er den Begriff der Untergründigkeit des Gefühls auf, womit zum Ausdruck gebracht wird, daß das Gefühl, die immer bestehende emotionale Haltung der Grund, der Nährboden ist, aus dem alles seelische Leben aufsteigt. Die Lust-Unlusttheorie wird entschieden abgelehnt. Der Begriff der Untergründigkeit wird nun allerdings in gewisser Weise wieder aufgehoben, indem der Verf. dem Gefühl eine integrierende Kraft zuschreibt. Unter dieser integrierenden Kraft wird nicht die das Ganze der aus dem Gefühlsgrund aufsteigenden seelischen Bestände zusammenhaltende, ganzerhaltende Kraft des Gefühls verstanden, vielmehr wird ihr eine verbindende, zusammenschmelzende Rolle zugewiesen; die vorfindbaren seelischen Ganzen werden zum Integrationsprodukt, wodurch mit Notwendigkeit vorausgesetzt ist, daß zunächst unverbundene Bestände vorhanden gewesen sein müssen. Diese Hauptproblematik des Integrationsbegriffes hat der Verf. nicht gesehen. In der Frage der Arten der Gefühle schließt sich der Verf. eng an die Kruegersche Unterscheidung flacher und tiefer Gefühle an, steht aber so stark im typologischen Denken, daß sofort eine eindeutige, fast ausschließliche typologische Zuordnung vorgenommen wird. Wohl

läßt sich sagen, daß es relativ wenig strukturierte Individuen gibt, die überwiegend in flachen Gefühlen leben; aber auch bei diesen gibt es Höhepunkte des Lebens, die in tiefen Gefühlen gegründet sind. Keineswegs gibt es aber Typen, deren Gefühle ständig oder auch nur überwiegend der Dimension der Tiefe angehören. Das überstiege alle Möglichkeiten menschlicher Erlebensfähigkeit. Im Grunde beruht das Mißverständnis darauf, daß der Verf. den Gedanken der ganzerhaltenden, „integrierenden“ Kraft der Gefühle nicht ernsthaft genug aufrechterhält; dieser fordert mit Notwendigkeit, daß jederzeit Gefühle erlebt werden. Innerhalb der tiefen Gefühle unterscheidet der Verf. Stimmungen und Wertgefühle. Stimmungen wie Fröhlichkeit, Seligkeit, Wehmut, Sorge usw. verbleiben nicht innerhalb der Persönlichkeit, sondern ergießen sich in die Außenwelt; sie sind kohärenzstiftende Gefühle, bewirken die Integration von Mensch und Außenwelt. Wertgefühle verbleiben innerhalb der Person, das Wertgefüge erhellt sich, die Werte werden klar und bewußt. Damit verbindet sich eine abständige Haltung zur Welt. Zwischen den Jaenschschen Typen und den Arten des Gefühlslebens findet der Verf. folgende Zusammenhänge: Der S-Typ ist der Typ der flachen Gefühle. Ob dies auch von der für ihn charakteristischen Weltangst behauptet werden kann, erscheint allerdings fraglich. Die Kennzeichnung des S-Typs als Projektionstyp wird abgelehnt. Wesentlich sei vielmehr die starke Labilität der flachen Gefühle und der auf ihnen beruhenden Erlebnisanzeihen. Die Integration nach außen des I₁-Typs wird durch die kohärenzstiftende Kraft der für ihn charakteristischen Stimmungen hervorgerufen, während der I₁ durch Wertgefühle bestimmt ist.

Rüssel (Leipzig).

Ach, Narziss: Zur neueren Willenslehre. Sammelreferat. (15. Kongr., Jena, Sitzg. v. 5.—8. VII. 1936.) Verh. Dtsch. Ges. Psychol. 125—156 (1937).

Sammelreferat, das einen trefflichen Überblick über den heutigen Stand der Lehre von der Motivation vermittelt.

v. Neureiter (Berlin).

● **Bense, Max: Anti-Klages oder von der Würde des Menschen.** Berlin: Widerstands-Verl. 1937. 46 S. RM. 1.25.

Sachlich nur mangelhaft begründeter Angriff auf das philosophische Lebenswerk von L. Klages, der in seiner Maßlosigkeit unangenehm von dem absticht, was man sonst im Rahmen kritischer Auseinandersetzungen zu lesen gewohnt ist.

v. Neureiter (Berlin).

Riviere, Joan: Zur Genese des psychischen Konfliktes im frühen Lebensalter. Internat. Z. Psychoanal. 22, 487—512 (1936).

In dieser Arbeit werden die Probleme der „oralsadistischen Triebregungen und der ihnen zugehörigen Ängste“ besprochen. Es wird gezeigt, daß die Hilflosigkeit gegenüber inneren zerstörenden Mächten die größte psychische Gefahrenquelle sei, der der Organismus ausgesetzt sein kann. Diese Hilflosigkeit ist die tiefste Angstquelle des Menschen. Um über diese Ängste Herr zu werden, nimmt das Ich seine Zuflucht zu der sehr intensiven Anwendung der Abwehrmethoden der Introjektion und der Projektion. Introjektion und Projektion dienen dazu; Gutes und Böses zu trennen; das Gute drinnen zu behalten, das Böse auszustoßen. Diese Entwicklungsschwierigkeiten der frühesten Kindheit sind es, die den Weg zu mehr oder weniger neurotischen Lösungen eröffnen.

von Kuenburg (München).

Schmeißing, Karl: Eidetische Studien zum Problem des „Zweiten Gesichts“. Z. Psychol. 139, 212—280 (1936).

Der Verf. hat sich zur Aufgabe gemacht, der Erscheinung des Vorschauens nachzugehen. Die Personen, welche mit der Fähigkeit des Vorschauens begabt sind, d. h. mit halluzinatorischer Deutlichkeit zukünftige Ereignisse schauen, sind im Norden Deutschlands im Volk wohlbekannt. Je nach dem Landstrich werden sie verschieden benannt. Das Vorkommen der Vorschauer wird etwa durch folgende Linie nach Süden begrenzt: Königsberg, Schneidemühl, Stendal, Göttingen, Winterberg, Krefeld. Es wird an Hand der Schilderungen von Gesichtern solcher Vorschauer untersucht, wie weit Beziehungen zur eidetischen Veranlagung bestehen. Ausschlaggebend für die Ent-

scheidung dieser Frage sind jedoch an einer Reihe von als Vorschauern bekannten Personen vorgenommene Untersuchungen des Verf. — Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß die Vorschauer eine deutliche Beziehung zur eidetischen Veranlagung haben. Es wird die Frage aufgeworfen, ob das geographisch abgeschlossene Vorkommen damit zusammenhängt, daß überhaupt die in diesen Landschaften wohnende Bevölkerung in höherem Maße eidetisch veranlagt sei.

Bunge (Kiel).

Garma, Angel: Psychologie des Selbstmordes. Imago (Wien) 23, 63—95 (1937).

Der Selbstmord wird in das Libido-Schema der Psychoanalyse eingepaßt und imponiert nun im wesentlichen als Ergebnis autosadistischer Triebe aus verdrängter Unbefriedigung der Aggressionstrieb gegen die Um- und Außenwelt. Teilweise spielt dabei die Identifikation mit dem verlorenen Lustobjekt eine Rolle. Den Kindheits-erlebnissen wird dabei eine schädigende Rolle zugeteilt. Für den Bereich einiger neurotischer Selbstmörder mögen solche Erklärungen teilweise ausreichen. Im Grenzgebiet metaphysischer Problematik gibt die Arbeit ihr Versagen ehrlich zu: (Das angeführte Beispiel des Sokrates, der Glauben an ein Leben nach dem Tode, an Unsterblichkeit dürfte kaum als „psychischer Mechanismus“ zu erklären sein; die Stoiker haben den Selbstmord philosophisch gerechtfertigt; in Sokrates' und Seneca's oft dargestelltem Selbstmord steckt ein Heldentum, das mit der auf sich selbst bezogenen Aggressionstendenz allein nicht verstehbar sein wird. Ref.).

Leibbrand (Berlin).

Sava, V., und I. Stanescu: Amnesie nach seelischer Erregung mit Verdoppelung der Persönlichkeit. Rev. Med. leg. 1, 492—496 (1936) [Rumänisch].

Die Rolle der Emotivität im Seelenleben ist seit langem bekannt, die Störungen hingegen, welche durch emotionellen Shock hervorgerufen werden und die bewußte Persönlichkeit beeinflussen, werden erst seit kurzer Zeit studiert (Dupré). Diese Störungen sind ohne Zweifel durch das Nervensystem, die inneren Drüsen und den Sympathicus determiniert. Nach Herzählung ähnlicher Fälle berichten die Verf. über einen derzeit 52jährigen, verheirateten Mann, der im Kriege 1917 infolge einer heftigen seelischen Erschütterung eine tiefgehende Störung des organo-vegetalen Gleichgewichtes erlitt. Er hatte zwischen 1922 und 1930 einen vollkommenen Verlust der mnemischen Bilder. Hauptsymptom war eine retro-anterograde Amnesie als eine vollkommene Lücke in der bewußten Persönlichkeit. Die Krankheit entstand während eines Luftbombardements. Er fürchtete gefangengenommen zu werden. Seitdem hatte er in unregelmäßigen Intervallen ähnliche Anfälle mit pseudoepileptischem Charakter. (Tendenz zum automatischen Herumgehen, geistige Automatie, Amnesie.) Die Amnesie wurde in der Folge komplett. 8 Jahre wußte er nicht, wer er, wer seine Umgebung sei. Verdoppelung der Persönlichkeit: Sein wahres Ich wurde zurückgedrängt, eine neue Persönlichkeit entwickelte sich automatisch. 1930 sah er im Traum Szenen wie im Kriege. Er, der frühere Unteroffizier, glaubt nun ein Schafhirt zu sein und hatte deshalb Schwierigkeiten, seine Pensionsrechte geltend zu machen. Sein Zustand besserte sich etwas.

Révész (Sibiu).

Gillespie, R. D.: Amnesia. Component functions in remembering. (Amnesie. Die zusammengesetzte Natur der Erinnerungsfunktionen.) (*Dep. of Psychol. Med., Guy's Hosp., London.*) Brit. med. J. Nr 3962, 1179—1183 (1936).

Der Verf. diskutiert die Amnesie von einem physiologischen und psychologischen Standpunkt aus. Er zieht es vor, die Prozesse, die eine Amnesie verursachen, als eine Verhinderung im Akte des Erinnerns (aktiv) darzustellen gegenüber dem Verlust des Gedächtnisses, was einen passiven Vorgang voraussetzen würde. Die funktionellen Faktoren beim Erinnern sind Registrieren, Behalten, Wiederwachrufen, Zeitsinn und ein Sinn für „Vergangenes“ und persönliche Identifizierung. Der Verf. erwägt die psychologischen Faktoren bei der Amnesie und glaubt, daß alles aktive Vergessen nicht verursacht wird durch Unterdrücken, sondern gibt der Meinung Ausdruck, daß Verhinderung und Unterdrückung zwei Gesichtspunkte von ein und demselben psychologischen Prozeß sind. Amnesie kann von 3 Prozessen abhängen. 1. Es besteht

eine automatische Funktion des Überichs wie in Neurosen, die ihren Ursprung in früher Kindheit hat. 2. Es besteht eine Handlung des Ichs selbst, wenn eine Erfahrung von gemütsbewegendem Inhalt die Selbsterhaltung bedroht oder eine sehr wertvolle Funktion, wie das Sehvermögen, wo das Ich sich schützt durch Unterdrücken der Erinnerung an die Erfahrung. 3. Es gibt einen Typ von Amnesie, die verursacht ist durch einen Widerstreit von Wünschen, wo der Wunsch siegt, der mehr mit den egoistischen Interessen in Einklang steht. Der Verf. bringt dann klinische Typen zur Darstellung, die auf den Erwägungen beruhen. Er schließt die Diskussion, indem er eine Differentialdiagnose zwischen organischer Amnesie und psychogener Amnesie bringt. Kurz gesagt, diese liegt in der Natur der ätiologischen Faktoren, ob die intellektuellen Fähigkeiten unberührt bleiben von Anfang an, ob die Genesung vollkommen und plötzlich ist. Wenn die beiden letzteren Faktoren auftreten, ist die Amnesie psychogenen Charakters. *Hackfield (Seattle).*

Weber, A.: Lösungen des Binet-Bobertagschen Bildertests als Persönlichkeitsleistungen und ihre diagnostische Verwertung. (*Psychiatr.-Univ.-Klin., Waldau-Bern.*) Z. Neur. 157, 277—303 (1937).

Der Bildertest im Rahmen der Binet-Simon-Bobertagschen Prüferserie gestattet — wie Verf. überzeugend darstellt — nicht nur einen Einblick in die intellektuellen Fähigkeiten, sondern vermittelt auch wertvolle Aufschlüsse über die Gesamtpersönlichkeit. 270 Untersuchungen hat Weber angestellt, von denen er eine Reihe mitteilt. Es läßt sich neben einer ästhetischen Einstellung auch eine subjektive und eine objektive unterscheiden. Beide zerfallen wiederum in zwei Unterarten, die objektive in eine nur sachliche und eine anteilvolle, lebendig gestaltende, die subjektive in eine primitiv-affektive und eine fast beziehungslose zum Objekt. Die letztgenannte findet sich aber nur bei Schizophrenen, konfabulierenden Dementen und Debilen. Reizbare, gewalttätige Psychopathen, Epileptiker und Alkoholiker sehen in dem ersten (Blindekuh-) und zweiten (Schneeball-)Bild nicht selten Gewalt- und Tumultszenen. Bei Schizophrenen forderte das Schneeballbild die Ambivalenz manchmal so stark heraus, daß sie sich nicht entscheiden konnten, wer den Schneeball geworfen hat. Allgemein weist eine Verkennung oder ein Versagen bei dem dritten Bild (Fensterpromenade) auf irgendeine Störung der Sexualität im weitesten Sinne hin; mitunter läßt sich sogar die Art der Störung vermuten und selbst erkennen. Durchweg war die prämorbid Persönlichkeit in der Art der Einstellung zu den Bildern gut erkennbar.

Dubitscher (Berlin).

● **Rorschach †, Hermann: Psychodiagnostik. Methodik und Ergebnisse eines wahrnehmungsdiagnostischen Experiments (Deutenlassen von Zufallsformen).** 3. Aufl. Mit einem nach dem Tode durch Dr. Emil Oberholzer herausgegebenen Beitrag: **Zur Auswertung des Formdeutversuchs.** (Arb. z. angew. Psychiatrie. Hrsg. v. W. Morgenthaler. Bd. 2.) Bern: Hans Huber 1937. 255 S. u. 10 Taf. geb. RM. 16,20.

Die 3. Auflage des „Rorschach“ ist gegenüber der zweiten im wesentlichen unverändert, abgesehen davon, daß die vorher im Text verstreuten Tabellen am Schluß zusammengefaßt und eine Reihe weiterer Tabellen, die den Gebrauch des Werkes erleichtern sollen, angefügt worden sind. Es ist zu begrüßen, daß eine 3. Auflage des Werkes des leider zu früh verstorbenen Forschers sich als erforderlich erwies. Die Zahl der Untersucher, die sich mit dem Formdeuteversuch befaßt haben, ist in den letzten Jahren bedeutend angewachsen, wie sich aus dem angeführten Schrifttumsverzeichnis ergibt. Rorschach selbst hat in der 1. Auflage sein Buch als Beschreibung der Methodik und der vorläufigen Ergebnisse des Deutenlassens von Zufallsformen bezeichnet. Inzwischen ist die Methodik — die Faktoren des Versuchs und ihre Deutung — zum Teil fruchtbar ergänzt und erweitert worden. Daß sie noch nicht in allen Einzelheiten eindeutig festliegt, kann bei der verhältnismäßigen Neuheit und Neuartigkeit der Untersuchungen nicht wundernehmen. Jedenfalls aber lohnt sich eine eingehende Beschäftigung mit dem Formdeuteversuch. Für die praktische Anwen-

dung wäre es zweckmäßig gewesen, wenn die 10 Formentafeln auf dünnem Papier anstatt auf Karton aufgezogen worden wären, da die Ränder der Tafeln durch die Hände der Untersuchten so leicht beschmutzt werden, während sie anderenfalls auf einen überstehenden Karton aufgeklebt werden könnten, der genügend Randbreite zum Greifen läßt.

Dubitscher (Berlin).

Ehrenwald, Hans: *Hirnpathologische Bemerkungen zu einem Falle von „paranormalen“ Erscheinungen bei einem Kinde (F. v. Neureiter).* Z. Neur. 157, 734—742 (1937).

Vom hirnpathologischen Standpunkt wird auf die Möglichkeiten hingewiesen, die zu einer Erklärung der von v. Neureiter beschriebenen „paranormalen“ Erscheinungen bei einem als schwachsinnig bezeichneten Kinde beitragen können. Verf. betont selbst, daß es sich um einen vorläufigen Anhaltspunkt, nicht aber um eine meritorische Stellungnahme handelt. Der Fall v. Neureiters (Wissen um fremdes Wissen. L. Klotz: Gotha 1935 [diese Z. 26, 83]) wird auszugsweise mitgeteilt, und es wird darauf hingewiesen, daß die Produktionen des Kindes sich in erster Linie auf Bewußtseinsinhalte beziehen, die der sprachlichen Sphäre angehören, daß alle Reaktionen nur auf dem Wege der sprachlichen Übermittlung erfolgen. Es wird ferner darauf hingewiesen, daß die Erscheinungen, die das Kind bietet, an eine reine Wortblindheit erinnern, die mit einzelnen agraphischen Zügen kombiniert ist. Der Intelligenzrückstand (nach Binet-Bobertag und Bühler-Hetzer) kann durch das hirnpathologisch umschriebene Ausfallssyndrom mit vermutlicher Lokalisation im subcorticalen Mark des linken Hinterhauptlappens vorgetäuscht werden. Ihr Gegenstück finden die aphasisch-agrammatischen Störungen in dem Vermögen zur Wiedergabe sprachlich formulierter Gedanken und Aufträge bzw. „in der inneren Sprache gelesener Texte“. Damit enthält die Annahme einer korrelativen Entsprechung zwischen Ausfall und Leistung eine gewisse Stütze. Durch das mutige Bekenntnis zu einer quantitativ-energetischen Vorstellung über das nervöse Geschehen kommt Verf. zu einer formalen Einordnungsmöglichkeit für das v. Neureitersche Phänomen in eine große Gruppe hirnpathologisch erfaßbarer kompensatorischer Vorgänge. Allerdings spielen die alternativen Beziehungen in Leistungsbereiche hinüber, die in ihren physiologischen Voraussetzungen bisher unkontrollierbar sind, wodurch sich die Auseinandersetzung mit dem in Rede stehenden Phänomen mehr und mehr auf erkenntnistheoretisch-weltanschauliches Gebiet verlagert. Hierzu wird bewußt nicht Stellung genommen.

Dubitscher (Berlin).

Lange-Cosack, H.: *Psychiatrie des Kindesalters.* Fortschr. Neur. 9, 16—29 (1937).

Zusammenfassender Bericht über die seit 1934 erschienenen Arbeiten, soweit sie den Jugendpsychiater interessieren. Nicht berücksichtigt sind der Schwachsinn, die Epilepsie, die erblichen Nervenkrankheiten und die kongenitalen Erkrankungen des Nervensystems, da diese Krankheiten in den Fortschritten für Psychiatrie und Neurologie besondere Bearbeitung finden. Unter dem Kapitel Entwicklungsstörungen, psychopathische Konstitutionen, Neurosen, Schwererziehbarkeit, gerichtliche Psychiatrie wird u. a. die Arbeit von W. Lange angeführt, welche sich mit den Veränderungen befaßt, die bei Kindern und Jugendlichen im Gefolge einer Encephalitis epidemica beobachtet werden; ferner eine Arbeit von Appel und Bond über den gleichen Gegenstand, sodann die von Kraus herausgestellten „Persönlichkeitsveränderungen nach Chorea minor“. Auf die von Ch. Bühler und H. Hetzer ausgearbeiteten Kleinkindertests wird hingewiesen und auf den Versuch H. Hetzers und Zellers, durch ambulante psychologische Untersuchungen im Sonderkindergarten die stationäre Beobachtung zu ersetzen. Dubitschers Bericht über die Fürsorgeerziehung in Preußen im Rechnungsjahr 1933 findet Besprechung. Ferner der Bericht Heuyer (Paris), der bei 300 jugendlichen Rechtsbrechern 34% haltlose, 29% haltlose und „böartige“, 19% intellektuell debile und 4% epileptische fand, ein Resultat, welches das Justizministerium veranlaßte, die medizinisch-psychologische Untersuchung für alle jugendlichen Kriminellen verpflichtend einzuführen. Mit Psychosen im Kindes-

alter befassen sich die kurz referierten Arbeiten von Bürger-Prinz, Pfersdorf, Winokurowa, Dussik, Galaskaja, Tramer, Lutz und Gareiso. Entsprechend der steigenden Beachtung, die Geburtsverletzungen und exogene Erkrankungen für spätere Defektzustände zur Zeit erfahren, werden eingehender gewürdigt die Monographie von Naujoks, Arbeiten von Zappert, Jenkins und Glickmann (eine Zwillingsbeobachtung), Ebergényi, Brusa und Orlandi und Hemsath. Hinweisen wird ferner auf Kehrsers materialreiche und die Literatur eingehend berücksichtigende Arbeit über die Armlähmungen bei Neugeborenen und die Untersuchung von Prisman und List, die sich ebenfalls mit den geburts-traumatischen Nervenschädigungen befaßt. Von den Veröffentlichungen, die sich mit dem uneinheitlichen Krankheitsbild der Encephalitis befassen, werden besprochen die Arbeiten von Terwesten, Brandt, Jähkola und Pounders, Schleussing und Stewart.

H. A. Schmitz (Bonn).^o

Glanzmann, E., und N. Copulsky: Beiträge zur Kenntnis der Pyknolepsie im Kindesalter. (*Univ.-Kinderklin. [Jennerspit.], Bern.*) Z. Kinderpsychiatr. 3, 69—76 u. 115—123 (1936).

Die Verff. bringen nur ein paar Krankengeschichten von echter Pyknolepsie; auch bei diesen erstreckt sich die Beobachtungsdauer aber nicht über so viele Jahre, wie dies zur endgültigen Klärung der Diagnose doch unerlässlich ist. Die Verff. beschränken sich darauf, in Form einer kleinen Monographie über die Grundsymptome, die akzidentellen Symptome und den Krankheitsverlauf die Literatur und eigene Erfahrungen kritisch zusammenzustellen. Neues bringt diese Zusammenstellung nur insofern, als sie von 4 Fällen eigener Beobachtung berichten können, bei denen die Lumbalpunktion gelegentlich eine Drucksteigerung ergeben hatte und bei denen auch gewisse Neigung zu vermehrtem Fettansatz und Andeutung von Myxödem gefunden wurde; weiterhin in verstärktem Maße auf die Liquorbefunde und überhaupt auf Zwischenhirnsymptome zu achten, dürfte sich daher empfehlen.

Stier (Berlin-Charlottenburg).^o

Susukita, Tukasa: Untersuchung über die Lügen der Schulkinder. (*Psychol. Inst., Univ. Sendai.*) Tohoku psychol. Fol. (Sendai) 4, 51—70 (1936).

Im methodischen Anschluß an eine gleichartige Untersuchung von Baumgarten wurden Kinder des 5. bis 8. Schuljahres nach ihrer letzten Lüge und den Umständen, unter denen sie erfolgte, gefragt. Die Auswertung der Befunde geschieht fast ausschließlich statistisch. Die Mehrzahl der Lügen erfolgt zu Hause, nicht in der Schule. Ein Alterseinfluß ließ sich nicht feststellen. Überwiegend werden Mitschüler belogen, zu Hause auch die Mutter. Unter den Arten der Lügen tritt eine Form auf, die unserem Sprachgefühl nach nicht als Lüge gilt: die Lüge als Wortbruch, d. h. das nicht eingehaltene Versprechen. Da die Kinder selbst solche Fälle bringen, muß der Sprachgebrauch ein offensichtlich abweichender sein; damit wird, da diese Gruppe ziemlich stark vertreten ist, die Vergleichbarkeit der Ergebnisse recht erschwert. Besonders häufig sind Lügen aus Eigennutz, aus Neckerei und zur Selbstverteidigung, während die reine Phantasielüge sehr selten auftritt. Es bestehen Zusammenhänge zwischen der Art der Lüge und dem Milieu, in dem sie erfolgt, und dem Belogenen. Positive Gefühlsfärbung haben die Lügen aus Ritterlichkeit und Neckerei, aber auch die aus Eitelkeit und Rachsucht. Im übrigen sind regelmäßig Unlustgefühle vorhanden.

Rüssel (Leipzig).^o

Nikolsky, V. N.: Die Besonderheiten der Arbeitskurve der schwer erziehbaren Kinder auf Grund des psychophysiologischen Experimentes. Trudy Inst. Izuč. Mozga Bechterev 5, 137—161 u. engl. Zusammenfassung 315—316 (1936) [Russisch].

Die Untersuchungen wurden an 15 Kindern im Alter von 11—14 Jahren angestellt, die 3 Gruppen bildeten: I. sozial vernachlässigte, aber nervös gesunde, II. solche mit Erscheinungen krankhafter nervöser Erregbarkeit und zum Vergleich eine III. Gruppe von Kindern von normalem Verhalten. Das Galvanogramm und Pneumogramm

brachten dabei nicht nur die Veränderungen des Zustandes, die Ermüdung, sondern auch diejenigen in der Einstellung zur Arbeit zum Ausdruck, die psychische Spannung, welche sich bei dem Eintreten von Veränderungen im Zustande oder in der Einstellung bemerkbar macht. In den vegetativen Komponenten drückte sich die Ermüdung in Abweichungen des galvanischen Reflexes oder völligem Fehlen desselben aus. Die Atmung war arrhythmisch unter Vorherrschen der Expiration. Die psychische Sättigung ergab ein oszillierendes Galvanogramm und ein arrhythmisches Pneumogramm mit ausgiebiger Inspiration und Expiration. Die geringe Intensität und Ausdauer und die Unregelmäßigkeit des Arbeitsprozesses erwiesen sich als die für die Arbeit der schwer erziehbaren gegenüber den gesunden Kindern allgemein charakteristischen Eigenschaften. In der Gruppe der gesunden sozial Vernachlässigten werden diese nicht mit einer Schwäche der neuropsychischen Mechanismen, sondern mit dem Charakter der Einstellung in Zusammenhang gebracht, welche ihre Unbeständigkeit in der Arbeit bestimmt. Bei neurotischen Kindern muß neben der Einstellung auch die beträchtliche Rolle des Zustandes, der Ermüdbarkeit sowie der erhöhten nervösen Erregbarkeit und affektiven Labilität in Rechnung gezogen werden. Verf. betont besonders die prinzipielle Bedeutung der Feststellung des Zusammenhanges zwischen der Arbeitseigenheit des schwererziehbaren Kindes und dem Charakter seines Verhältnisses zur Umgebung. Zur Erhöhung der Arbeitsfähigkeit dieser Kinder sei demnach die Heranbildung einer bewußt prinzipiellen Einstellung zur Schularbeit erforderlich, die auch mit einem regulierenden Einfluß auf das Verhalten im Prozeß jeder konkreten Arbeit verbunden sein würde. Gleichzeitig müsse eine systematische Übung die Ausdauer in der Arbeit herstellen. Die Anwendung von Variationen und Anspannungen habe nur eine vorübergehende Steigerung der Produktivität zur Folge; es bestehe dabei auch die Gefahr einer Vertiefung des konkret persönlichen Charakters der Einstellung zur Arbeit. Durch die erforderliche Art der Einstellung würde auch eine Regulierung des Zustandes bei neurotischen Kindern erzielt werden. Für diese muß eine Dosierung der Arbeit den therapeutischen Wert derselben erhöhen. Schließlich ergebe sich die Notwendigkeit einer Differenzierung der untersuchten Gruppen, die in einer entsprechenden Organisation der Schulen ihren Ausdruck finden müsse, insbesondere in der Einrichtung eigener Schulen für sozial vernachlässigte Kinder mit krankhafter nervöser Erregbarkeit oder wenigstens besonderer Klassen für sie innerhalb der Schulen für schwer Erziehbare. *Adam (Berlin).*

Weygandt, W.: Seelische Spätreifung und ihre gesetzliche Auswirkung. Münch. med. Wschr. 1937 I, 456—461.

Im Gegensatz zu manchen im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses aufgeführten Erbkrankheiten, wie etwa die erst im 4. Jahrzehnt manifest werdende Huntingtonsche Chorea oder die wahrscheinlich recessiv mendelevnde Schizophrenie, wird die rassenhygienische Ausmerzung beim endogenen Schwachsinn wesentlich schneller vor sich gehen, da nach dem Wesen dieses Erleidens der Defekt bereits in früherer Kindheit erkennbar und die Unfruchtbarmachung schon mit Vollendung des 10. Jahres zulässig ist. Bei der Untersuchung jugendlicher Schwachsinniger muß man aber die Aufmerksamkeit darauf richten, ob nicht eine Jugendentwicklungshemmung vorliegt, die einer Nachreifung und späteren Bewährung im Leben fähig ist, so daß im späteren Leben die Diagnose Schwachsinn nicht mehr berechtigt wäre. Wenn auch in der Mehrzahl der Fälle von Jugendentwicklungshemmung zunächst das Tempo gegenüber der Norm verlangsamt, aber auch der Stillstand eher erreicht ist, in manchen Fällen sich jedoch noch ein Ausgleich durch eine sich weiter hinauszögernde Reifung beobachten läßt, werden doch auch hier und da Fälle bekannt, die nach geradezu hoffnungslosem Verhalten während der Kindheit es schließlich doch noch zu ausreichender Lebensstellung brachten. Die im Schrifttum bekanntgewordenen, aufsehererregenden Beispiele von Fällen, die in der Kindheit und Schulzeit als mangelhaft begabt aufgefaßt wurden, so daß ihnen völliges Versagen im Leben

prophezeit wurde, während sie es dann doch zu etwas brachten, hohe Stellungen erreichten und bedeutende, sogar geniale Leistungen boten, sind gewiß recht beachtenswert, bedürfen aber zu ihrer Beurteilung einer sehr genauen Nachprüfung. Zum Teil handelt es sich dabei höchstens um einen Teilausfall, der zunächst vom scholastischen Standpunkt überschätzt worden ist. Verf. bespricht nun eine sehr interessante Reihe historischer Beispiele eines anscheinenden Begabungsmangels in der Jugend bei späterer Hochentwicklung, so z. B. bei Thomas von Aquin, Claude Lorrain, Linné, Liebig, Helmholtz, Edison, Tolstoi, Napoleon und bei anderen. In der Frage einer Auswirkung dieser Betrachtungen im Bereich des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses ist zu betonen, daß eine naheliegende Gefahr, es könnte ein schwachbegabter Schüler sterilisiert werden, der sich durch Spätreifung zu einem hochwertigen und ganz besonders talentierten Menschen entwickelt, aber dann infolge des Eingriffes außerstande ist, sein wertvolles Erbgut weiter zu vererben, tatsächlich nicht besteht. Die Aussicht, daß ein Hochtalentierter überhaupt entsprechend bedeutende Nachkommen erzeugt, ist an sich nicht groß, wenn schon eine überdurchschnittliche Veranlagung in manchen Familien häufiger vorkommt. Sollten immerhin Zweifel auftauchen, ob nicht in einem an sich minderwertig erscheinenden Jugendlichen noch verborgene, entwicklungsfähige Anlagen stecken, so ist durch das Gesetz die Möglichkeit offen gelassen, die Entscheidung über Unfruchtbarmachung zu vertagen. Zusammenfassend meint Verf. daß zweifellos Fälle einer verlangsamten geistigen Entwicklung in der Jugend mit späterer Nachreifung vorkommen, zum Teil durch exogene Umstände bedingt oder verschlimmert, zu einem wohl kleineren Teil auch auf Grund endogener Veranlagung zu einem langsameren Entwicklungstempo. Diese Möglichkeit ist in jedem einzelnen Jugendschwachsinnfall zu überlegen und beim geringsten Verdacht durch besonders eindringliche Prüfung zu berücksichtigen. Ergeben sich begründete Zweifel in dieser Richtung, so ist eine Vertagung um mehrere Jahre unter regelmäßiger Beobachtung des Falles durch das Gesundheitsamt gesetzlich zulässig und ratsam. Daß anlagemäßig hochtalentiertere Menschen in der Jugend als hoffnungslos und geradezu schwachsinnig verkannt werden, ist bei guten und zeitgemäßen Methoden der Erziehung und Untersuchung nicht zu befürchten. *K. Thums.*

Nordenfält, Per J.: On the prognosis of spasmophilia. (Über die Prognose bei Spasmophilie.) (*Sachsska Barnsjukh., Stockholm.*) *Acta paediatr.* (Stockh.) **19**, 187 bis 208 (1936).

Es wurden 81 Kinder, die früher an Spasmophilie gelitten hatten, auf geistige Schwäche und neuropathische Symptome untersucht. Nur 2 Fünftel der Kinder konnten bei der Nachuntersuchung als normal betrachtet werden. Bei dieser hohen Zahl muß berücksichtigt werden, daß 62 Kinder überhaupt nicht zur Nachuntersuchung kamen. Da im allgemeinen gänzlich unauffällige Kinder weniger zu Nachuntersuchungen geschickt werden, wäre der Prozentsatz mit diesen sicher geringer ausgefallen. Ferner entstammten die Kinder durchweg den ärmsten Bevölkerungsschichten, bei welchen der geistige Stand an und für sich geringer ist. Immerhin bleiben 12,1% bzw. 10,8% an früher kranken Kindern mit geistiger Schwäche gegenüber 2,4% bei gesunden Kindern, so daß ein Zusammenhang zwischen Spasmophilie und geistiger Schwäche wohl anzunehmen ist. Zu neuropathischen Symptomen hingegen ließ sich eine Beziehung nicht nachweisen.

Bohnenkamp (Freiburg i. Br.).

McGhie, B. T.: The problem of the subnormal in the community. (Das Problem der Unternormalen im Gemeinwesen.) *Canad. publ. Health J.* **28**, 105—111 (1937).

Das schon an und für sich schwierige Problem der Unterdurchschnittlichen ist noch erschwert durch die Verwirrung der Begriffe „mental defect“ und „mental disease“. Letztere vergleicht Verf. mit physisch „Kranken“, erstere mit physisch „Kleinen“ (zu klein in den geistigen Fähigkeiten). Die „zu Kleinen“, Unternormalen, bilden nur einen Bruchteil der Insassen von Heilanstalten. Unternormale Intelligenz ist angeboren und bleibt unverändert das ganze Leben hindurch, die „mental de-

fectives“ oder „feeble-minded“ sind aber keine scharf abgrenzbare Gruppe, allen fehlt aber die Fähigkeit zu intelligentem Verhalten. Sie umfassen die ganze Reihe von der Idiotie bis zu den „hochgradigen“ Geistesschwachen von völlig normaler Erscheinung, die sich als normale und nützliche Bürger führen können und es in den meisten Fällen auch tun. In der Provinz Ontario gibt es zur Zeit etwa 60—70000 Schwachsinnige, von denen sich etwa 90% im Gemeinwesen fortzubringen vermögen, ohne als schwachsinnig erkannt zu werden, es sei denn durch Anstaltsärzte oder Fürsorge. Als Ursachen der mental defectiveness werden Drüsenstörungen, abnorme physiologische Bedingungen während der Schwangerschaft, Störung der vorgeburtlichen Umgebung, Hirnverletzungen nach der Geburt und nur in $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ der Fälle Erblichkeit angegeben. Verf. warnt vor einer Überbewertung der Erblichkeit und nimmt an, daß die Familien, in denen Schwachsinnige vorkommen, nicht größer sind als die des Durchschnitts der Bevölkerung, daß Schwachsinnige selbst sogar weniger Kinder haben als der Durchschnitt, daß die Geburts- und Heiratsziffer niedriger, die Sterbeziffer höher ist als die Ziffern für die allgemeine Bevölkerung. Das scheinbare Anwachsen der Schwachsinnigen in- und außerhalb der Anstalten sei zurückzuführen auf die Verbesserung der diagnostischen Methoden, die Ausdehnung der Behandlung, das gesteigerte Bewußtsein von der sozialen Bedeutung des Problems. Von den zur Lösung des Problems vorgeschlagenen Mitteln wird die Registrierung allein als zwecklos, die Anstaltsbehandlung als schon aus ökonomischen Gründen nicht durchführbar bezeichnet. Die Unfruchtbarmachung sei nur einigen freiwilligen Fällen vorzubehalten, z. B. wenn die Eltern eine größere Anzahl Kinder aufzuziehen nicht imstande sein würden. Als einzig wirksame Mittel werden Erziehung und Überwachung angesehen, und zwar sei wichtiger als die schulische oder berufliche Erziehung die breite soziale Erziehung, die zum guten Teil von der Initiative der Fürsorger und Jugendерzieher und der Mitarbeit der Eltern abhängt. Da das Problem der Unternormalen wesentlich ein Gemeinschaftsproblem zu sein scheint, kann es auch nur innerhalb und durch die Gemeinschaft gelöst werden.

F. Dubitscher (Berlin).^o

Schwab, Georg: Die Bedeutung gesellschaftsbiologischen Denkens für die Genetik des angeborenen Schwachsinn. (*Heilerziehungsanst., Idstein i. Taunus u. Landesstrafanst., Ludwigsburg.*) Z. Neur. 157, 762—781 (1937).

Begrüßenswert ist der Versuch des Verf., gesellschaftsbiologische Wege zur Erforschung des Schwachsinn aufzuweisen. Wenn sich auch über Einzelheiten streiten läßt, so muß der Versuch im ganzen doch als gelungen bezeichnet werden. Schwab erklärt, daß beim Schwachsinnigen die gesamtseelische Entwicklung verzögert abläuft und nicht das normale Ziel erreicht. Die psychische Gesamtentwicklung vollzieht sich verzögert und gelangt vorzeitig zum Abschluß. Innerhalb der partiellen psychischen Entwicklungssysteme vermögen Differenzierungshemmungen und vorzeitiger Stillstand einzutreten. Überhaupt verläuft die Entwicklung in abwegigen Bahnen. S. spricht von einer biologischen Einheit von Individuum und Umwelt. Eine ausschlaggebende Bedeutung der intellektuellen Störung lehnt er ab und legt das Hauptgewicht auf eine Beurteilung der praktischen Möglichkeiten, die der Schwachsinnige im Umgang mit seinen Mitmenschen einzuhalten vermag. Für bedeutungsvoll hinsichtlich der Beziehungen des Schwachsinnigen zu den Lebensaufgaben hält er die Unfähigkeit zur Eingliederung in die Gemeinschaft und das Fehlen praktischer Lebensbefähigung, die sich in dem Ausbleiben einer Prägung eines Ichs und dem Mangel eines geordneten und planvollen Inbeziehungsetzens von Lebenserfahrungen äußern. Die instinktiven Fähigkeiten sind dabei weitgehend intakt, die Denkfunktionen dagegen gestört. Als „Moral-Defekte“ werden Fälle mit einem Fehlen der höheren Gemeinschaftsempfindungen und Gemeinschaftsbeziehungen bezeichnet. Das Bewußtsein ist bei Schwachsinnigen flacher und weniger umfangreich. Der Bewußtseinskomplex blaßt rasch ab. Einzelne Bestandteile bröckeln ab und verändern den Umfang. Auch kann sich der

Bewußtseinsinhalt in seiner Dynamik, um bestimmte Inhalte in das Zentrum des Bewußtseins zu rücken, rasch erschöpfen. Unter Umständen vermag die vitale Energie auch bei erheblichem Schwachsinn eine Brauchbarkeit für die Gemeinschaft zu gewährleisten. Vitale Energie und Bewußtsein sieht Verf. als die Eckpfeiler des soziologischen Geschehens an, als Hauptursache des sozialen Versagens betrachtet er weniger eine Schädigung des Intellekts als Störungen im Triebleben. *Dubitscher* (Berlin).

Kreezer, George: Electric potentials of the brain in certain types of mental deficiency. (Elektrisches Potential des Gehirns bei verschiedenen Formen von Schwachsinn.) (*Dep. of Research, Training School, Vineland.*) *Arch. of Neur.* **36**, 1206—1213 (1936).

Es wird über Elektroencephalogramme bei Schwachsinnigen berichtet. Es wurden 41 Patienten mit mongoloider Oligophrenie (21 Männer und 20 Frauen), sowie 19 Patienten (sämtlich Männer) mit hereditärer Oligophrenie, schließlich 22 Normalpersonen untersucht. Es stellte sich zunächst heraus, daß die Grundtypen der Rhythmen bei den Oligophrenen in derselben Form wie bei Normalen vorhanden sind. Auch der Alpha-Rhythmus (mit einer Frequenz von 10 Wellen in der Sekunde), sowie der Beta-Rhythmus und schließlich das Reduktions- oder Eliminationsphänomen der Alpha-Wellen nach Lichtreizen sind gleichartig bei beiden Gruppen feststellbar. In diesen Beziehungen unterscheiden sich Schwachsinnige nicht von Normalen. Die detaillierte Untersuchung der Elektroencephalogramme ergab folgendes: Die mongoloiden Idioten weisen unter einer Intelligenzstufe, die der eines 5jährigen Kindes entspricht, zweierlei elektroencephalographische Veränderungen auf. Man findet erstens in einer viel geringeren Prozentzahl den regulären Alpha-Rhythmus und in einer höheren Prozentzahl irreguläre Sequenzen. Zweitens findet man die Erscheinung der breiten Wellen von langer Dauer mit einer Frequenz von ungefähr 5 Wellen per Sekunde. Der letztere Befund ist am ausgesprochensten bei Aufnahme über die motorischen und frontalen Gebiete. Diese Erscheinungen waren bei Kranken, die die genannte Intelligenzstufe überschritten haben, nicht zu beobachten. Mit Hinweis auf den Bergerschen Befund, wonach die Charakteristica des Encephalogramms des normalen Menschen erst im Alter von 4 Jahren auftreten, folgert Verf., daß für den Auftritt dieser Charakteristica nicht das chronologische Alter, sondern die Intelligenzstufe maßgebend ist. Anders ausgedrückt: Es geschieht wahrscheinlich etwa um das 4. Lebensjahr in der Rindenstruktur und Rindenfunktion normalerweise etwas, das einerseits zur Erhöhung der Regelmäßigkeit der elektrischen Aktivität des Gehirns, andererseits zur Ermöglichung der geistigen Weiterentwicklung führt. Die Bedeutung der Resultate wird diskutiert.

Ö. Fischer (Budapest).

Stefan, Hermann: Angeborene und erworbene Schwachsinnzustände. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) *Med. Klin.* **1937 I**, 602—604 u. 639—642.

Kurze Besprechung einer Reihe von Schwachsinnformen, die ätiologisch unter Zugrundelegung der Weygandtschen Einteilung aufgegliedert sind. Die angeborenen Schwachsinnzustände werden dann noch aufgeteilt in Idiotie, Imbecillität und Debilität. Auf die diagnostischen Hilfsmittel wird kurz hingewiesen. Von den erworbenen Schwachsinnzuständen werden namentlich die luetischen und traumatischen Formen sowie die Zangengeburt behandelt. Schließlich werden einige Fälle aus der Praxis mitgeteilt. Verf. erklärt: „Schwachsinn ist gleich Demenz.“ Unter anderem hält er die seelischen Leistungen für abhängig von der sprachlichen Gewandtheit. Unter moralisch Schwachsinnigen versteht er Psychopathen. Mit diesen Annahmen befindet er sich im Gegensatz zu einer Reihe anderer Autoren. Die recessive Vererbbarkeit der Störungen, die Verf. annimmt, ist sicher nicht für alle Schwachsinnformen zutreffend.

Dubitscher (Berlin).

Fromenty, L.: Utilitarisme et hystérie. (Zweckmäßigkeitseinstellung und Hysterie.) *Ann. méd.-psychol.* **95**, **I**, 192—201 (1937).

Verf. stellt fest, daß es keinen Hysteriker gibt, bei dem nicht die Zweckmäßigkeit eine ausschlaggebende Rolle spielt. Der Hysteriker will etwas erreichen. Seine Krank-

heitssymptome verschwinden, wenn er sein Ziel erreicht hat. Damit erhebt sich die Frage, ob es noch eine Hysterie geben würde, wenn sie durch keinen Arzt mehr ernst genommen, sondern der Simulation gleichgesetzt werden würde. Anerkannt soll trotzdem werden, daß Hysteriker meistens abartiger psychischer Konstitution sind, Debile, Phantasten oder Hypochonder. Für die Therapie ist notwendig, daß der Arzt die äußeren Umstände berücksichtigt und seine Suggestion danach richtet. Damit stellt die Heilung eines Hysterikers entgegen der Meinung Babinskis keine mehr oder weniger ernsthafte Angelegenheit dar. Notwendig ist, daß der Kranke von 2 Dingen überzeugt wird: 1., daß der Arzt ihn und seine Willensrichtung durchschaut, und 2., daß der Arzt imstande ist, auf die Konfliktumstände soweit Einfluß zu nehmen, daß der Kranke sein Interesse an der Krankheit verliert. A. Warstadt (Berlin-Buch).

Nomura, Akiehika: *Studies on psychogenic disturbances, especially on the detention psychosis.* (Studien über psychogene Störungen, insbesondere über Haftpsychosen.) (*Matsuzawa Prefectural Mental Hosp., Tokyo.*) Psychiatr. et Neur. japonica **41**, 121 bis 189 u. engl. Zusammenfassung 11—12 (1937) [Japanisch].

Englischer Auszug aus einer größeren Arbeit in japanischer Sprache. Verf. berichtet über 38 Fälle aus einer psychiatrischen Anstalt, 8 psychogene Erkrankungen im allgemeinen und 30 Haftpsychosen. Unter den letzteren befinden sich 26 Kommunisten! Die Haftpsychosen werden eingeteilt in hysterische, manische, paranoide und schizophrene Erkrankungen. Bei den hysterischen Fällen findet Verf. in der Hälfte Angstzustände mit nächtlichen Delirien, Halluzinationen, Illusionen von Verfolgungscharakter. In einigen hysterischen Fällen waren die Angstzustände auch von Stupor gefolgt. Die manischen und paranoiden Typen werden nicht näher charakterisiert. Die schizophrenen Haftpsychosen will Verf. von anderen Schizophrenien unterscheiden. Die Hauptsymptome seien zwar ähnlich, aber der Verlauf sei anders. Die Haftschizophrenien setzten plötzlich ein und hätten eine bessere Prognose als die sonstigen schizophrenen Erkrankungen. Die Wahnideen bei Haftpsychosen sind flüchtig und entspringen meist aus halluzinatorischen und illusionären Erlebnissen und aus dem Angstaffekt. Was das zeitliche Verhältnis des Ausbruchs der Haftpsychose zum Termin der Einkerkierung betrifft, so liegen 20% der Fälle unter 6 Monaten, 20% über 2 Jahren. Unter den Fällen, die erst später erkranken, überwiegen die Kommunisten. Die Behandlung soll in frühzeitiger Überführung in die Anstalt und in Arbeitstherapie bestehen.

v. Baeyer (Nürnberg).

Rafkin, I. G.: *Structure, clinique et pathogénie des psychoses exogènes. I. Sur les questions fondamentales de la doctrine de la réaction à type exogène.* (Aufbau, Klinik und Pathogenese der exogenen Psychosen. I. Über die Fundamentalfragen der Lehre vom exogenen Reaktionstyp.) (*Inst. de Prophylaxie Neuro-Psychiatr. et Inst. d'Étude des Maladies Profess., Univ., Moscou.*) Ann. méd.-psychol. **94**, II, 387—426 (1936).

Nach einer eingehenden Analyse der Elemente symptomatischer Psychosen kommt Verf. in großen Zügen zu der gleichen Einteilung, wie Bonhoeffer sie gegeben hat. Er unterscheidet 1. Zustände von verschieden starker Verwirrung bis zum Koma; 2. delirante Zustände wechselnden Grades bis zur „Konfusion“; 3. Erregungszustände mit Bewußtseinstörungen; 4. das amnestische Syndrom. Als besonders charakteristisch werden die beiden letzten Reaktionsformen angesehen. Der amnestische Symptomenkomplex im besonderen wird als End- bzw. Defektzustand angesehen. Das Delir wird teils als Abwehrreaktion des Gehirns, andererseits als Zeichen der Toxizität des Prozesses wie auch der größten Unversehrtheit des Gehirns gewertet. — Im Gegensatz zu Bonhoeffer möchte Verf. annehmen, daß symptomatische Komplexe auch bei endogenen Psychosen vorkommen können. So glaubt Verf. bei exogenen Psychosen oft „schizophrene Symptome“ diagnostizieren zu können, ohne daß eine Belastung in Richtung Schizophrenie vorzuliegen brauche. Das gleiche gelte auch für epileptische Elemente. Bei der Ausbildung des manisch-depressiven Irreseins könnten exogene Momente aktivierend bzw. begünstigend wirken. Organische Prozesse

könnten überhaupt in gewissem Umfang endogene Psychosen provozieren bzw. ihr Eintreten begünstigen. Andererseits seien Erregungszustände wie auch amnestische Syndrome bei Schizophrenen wie bei Epileptikern als Ausdruck einer Autointoxikation aufzufassen. — Durch die ganze Arbeit zieht sich demnach, wie aus den wiedergegebenen Thesen hervorgeht, die Bemühung und der Versuch, die Grenzen zwischen endogenen und exogenen Seelenstörungen zu verwischen.

H. Boeters (Breslau).^o

Brandino, Giuseppe: *Intorno ad un caso di morte per avvelenamento da sabina.* (Todesfall durch Vergiftung mit Sabina.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Sassari.*) (6. congr. naz. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Milano, 10.—13. X. 1935.) Arch. di Antrop. crimin. 57, Suppl.-H., 285 (1937).

Eine Frau starb unter merkwürdigen Umständen; sie soll ein Infus von Sabina- blättern getrunken haben. Die Sektion ergab eine starke Gastroenteritis und eine hämorrhagische Nephritis. Die mikroskopische Untersuchung der Mageninhaltsreste konnte die Diagnose klären. Ein chemischer Nachweis war wegen fehlender spezifischer Reaktionen nicht möglich.

K. Rintelen (Berlin).

Paulstich: *Süchtigenprobleme und Erb- und Rassenpflege.* (*Städt. Hauptgesundheitsamt, Berlin.*) Öff. Gesdhd.dienst 2, B 650—B 654 (1937).

Programmatische Ausführungen hinsichtlich der im Auftrage des Reichs- und Preußischen Ministers des Innern innerhalb des Reichsausschusses für Volksgesundheitsdienst errichteten Reichsarbeitsgemeinschaft für Rauschgiftbekämpfung; diese Reichsarbeitsgemeinschaft hat für die einzelnen Gaue des Reiches Fachbeauftragte berufen, denen die Bildung von Gauarbeitsgemeinschaften für Rauschgiftbekämpfung obliegt. Die vorliegende Veröffentlichung zeigt die Grundlagen der beabsichtigten Arbeit, ihre Richtung und ihre Ziele auf.

K. Thums (München).^o

Evans, Frank A.: *Chronic alcoholism: A neurosis.* (Chronischer Alkoholismus: Eine Neurose.) (*Med. Div., Western Pennsylvania Hosp., Pittsburgh.*) Internat. Clin. 1, Ser. 47. 216—223 (1937).

Die Ausführungen sind eine Begründung und Umschreibung des Titels mit einigen Beispielen. Wesentlich bei den Alkoholikern ist ihre Neigung, der Wirklichkeit und ihren Forderungen auszuweichen.

K. Ernst (Tübingen).^o

Schubert, Hans: *Zur Frage des Schlafmittelmisbrauches.* (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Bonn.*) Med. Welt 1937, 47—50.

Die Schlafmittelsucht hat in den letzten Jahren nicht nur in Großstädten, sondern auch andererseits zugenommen. Auch aus dem Ausland liegen ähnliche Berichte vor. — Verf. hat die Aufnahmen der Jahre 1925—1935 der dortigen Anstalt mit Hinblick auf Schlafmittelsüchtige zusammengestellt. Während 1929 noch 0% erkrankt waren, betrug die Zahl der Schlafmittelsüchtigen 1935 1,1% bei 1100 Aufnahmen. Es wurden die verschiedensten Schlafmittel genommen, besonders häufig Phanodorm. Verf. erwähnt kurz die Symptomatologie der Phanodormsucht, die mit der von Polisch und Panse geschilderten übereinstimmt. Ein letal verlaufener Fall eines Phanodormdelirs, das mit einem Status epilepticus begann, wird erwähnt. Bei diesem Fall begann das Delir mit der plötzlichen Entziehung.

Brosowski (Berlin).^{oo}

Kleist, K., und W. Driest: *Die Katatonie auf Grund katamnestischer Untersuchungen. I. Tl. Die als Katatonien verkannten Degenerationspsychosen, Psychosen der Schwachsinnigen und symptomatischen Psychosen.* (*Nervenklin. d. Stadt u. Univ., Frankfurt a. M.*) Z. Neur. 157, 479—556 (1937).

Außerordentlich interessante, zu kurzem Bericht leider völlig ungeeignete Arbeit, die sich in breiter, durch die Mitteilung zahlreicher Krankengeschichten anschaulich gestalteter Darstellung um die Abgrenzung der Katatonie von den Degenerationspsychosen, den Psychosen der Schwachsinnigen und den symptomatischen Psychosen auf Grund katamnestischer Erhebungen an 184 Fällen, die in der Frankfurter Nerven- klinik in der Zeit von 1921—1925 als „Katatonie“ diagnostiziert worden waren, bemüht. Der Abhandlung ist eine Anmerkung der Schriftleitung beigelegt, die besagt,

daß sich die Herausgeber nicht zur Überzeugung bekennen können, daß den Verf. der Beweis dessen gelungen sei, was sie bewiesen zu haben glauben, daß nämlich die von ihnen als nichtschizophren angeführten Fälle tatsächlich von der Gruppe der Schizophrenien abgetrennt werden müssen. *v. Neureiter (Berlin).*

Munch-Petersen, Carl Julius: Les schizobasies. (Die Schizobasien.) (*Clin. Neurol. et Neurochir., Univ., Copenhagen.*) *Revue neur.* **66**, 693—715 (1936).

Nach einer Definition des menschlichen Gangs wird der durch den Verf. eingeführte Begriff der Schizobasie charakterisiert als eine Störung des Gangs, die bedingt ist durch einen Mangel an Gleichgewicht und Synergie, aber vollständig frei ist von äquivalenten Symptomen von seiten des Gleichgewichts und der Synergie oder wenigstens frei von ihren elementaren Symptomen. Für die Schizobasie bezeichnend wäre also die Dissoziation zwischen dem Grad der motorischen Störung und dem der elementaren Symptome. Trotzdem erscheint ihre Einreihung unter rein funktionelle Erscheinungen nicht das Gegebene. Der Torsionsspasmus (der Verf. bezieht sich auf seine Studie über den Torsionsspasmus in den *Kopenhagener acta psychiatrica et neurologica* von 1935), die multiple Sklerose, der Parkinsonismus sind Beispiele für die unlösbare Vereinigung von funktionellen und organischen Symptomen. Der Zukunft bleibe es vorbehalten, durch feinere Methoden die organische Grundlage sog. funktioneller Symptome zu erweisen. Unter den 27 Beobachtungen von Gangstörungen, die der Verf. mitteilt, sind 12 sicher organische, 3 wahrscheinlich organische und 7 im wesentlichen funktionelle Fälle: der Diagnose nach: 1 Tumor des l. Kleinhirns, 1 Kleinhirnsabszeß, 6 sichere und 8 fragliche chronische epidemische Encephalitiden, 3 multiple Sklerosen, 1 Radikulomeningomyelitis, 1 Arachnitis spinalis, 1 Myelitis funicularis infectiosa, 1 fragliche Lues cerebrospinalis, 1 Hydrocephalus internus, 1 Psychoneurose, 1 Polyarthrit. Die beschriebenen Gangstörungen sind zum Teil dystonischer Natur, zum Teil Störungen des Gleichgewichts. Die dystonische Form der Schizobasie findet sich bei Kleinhirnaffektionen. Die Gleichgewichtsstörung kann mannigfache Formen annehmen. Kombination beider Typen ist häufig. Ein Schema erläutert die anatomischen Grundlagen der verschiedenen Tonusarten, des Tonus medullaris, pyramidalis, extrapyramidalis, praefrontalis. Den Lobi frontales spricht der Verf. unter genauer Darlegung der Gründe und Auseinandersetzung mit der einschlägigen Literatur eine entscheidende Rolle für die Entstehung der Schizobasie und im besonderen für ihren mehr oder minder funktionellen Charakter zu.

Hahn (Gießen).

Baruk, H.: Les hallucinations visuelles. (Die Gesichtshalluzinationen.) *Bull. Soc. Ophtalm. Paris* Nr 8, 713—739 (1936).

Bereits Baillarger hat 1845 die Gesichtshalluzinationen in solche eingeteilt, die mehr einer Sehempfindung entsprechen, und in solche, die mehr seelisch bedingt sind, ohne daß diese letzteren aber gewissermaßen absichtlich durch ein Einbildungsvermögen hervorgerufen würden. Verf. unterscheidet, doch ohne scharfe Grenzen, 3 Formen, 1. die sensorische Gesichtshalluzination, 2. die traumhafte Halluzination und 3. die Gesichtshalluzination bei geistigem Verfall. Die 1. Form findet sich z. B. bei Epilepsie, ferner bei Hemianopsien und Störungen der Sehsphäre im Hinterhauptlappen, teilweise in hemianopischer Art, aber auch bei Schläfenlappenerkrankung und Störungen der Sehbahn und der Augen selbst. Baruk bringt Beispiele hierzu aus dem Schrifttum und eigene Beobachtungen. Die sensorischen Gesichtshalluzinationen werden im allgemeinen mehr als die akustischen von den Kranken kritisiert und als nicht wirklich empfunden. Die 2. Form, die traumhaften Gesichtshalluzinationen, können bei leidlich klarem Bewußtsein, aber auch bei desorientierten Kranken entstehen und sind typisch für Vergiftungen, wie bei *Delirium tremens*, oft als Liliputhalluzinationen; sie finden sich auch bei Herden in der Gegend der Schädelbasis, der Infundibulohypophysären Gegend und der Nachbarschaft der Schlafzentren. Diese Art Halluzinationen hat ebenfalls ausgesprochen Empfindungscharakter, der bei einer

andern Art Gesichtshalluzinationen, denen bei Einbildungsträumerei Hysterischer, mehr zurücktritt. Endlich bespricht Verf. seine 3. Form, die Gesichtshalluzinationen bei psychischem Zerfall der Persönlichkeit, Schizophrenie, progressiver Paralyse u. a., wobei im allgemeinen das sensorische Element gegenüber dem seelischen noch mehr zurücktritt. — Was die Pathogenese angeht, so ist ein Teil der Gesichtshalluzinationen, besonders bei rein sensorischer Form, durch örtliche Reizung erklärbar. Nicht gilt dies für die traumhaften Halluzinationen, die aus den allgemeinen Bedingungen des Schlafvorganges abgeleitet werden müßten, und nicht für die toxische und die mehr psychisch betonte Halluzinationsform, die das Gehirn als Ganzes betrifft. Man soll die Halluzination nicht zu sehr unter dem engen anatomischen Gesichtspunkt analysieren. Kurz weist Verf. auf die Beobachtung von Bourguignon hin, der während der Dauer von Gesichtshalluzinationen eine rechtsseitige Verminderung der optischen und vestibulären Chronaxie fand, die vielleicht auf eine Störung in der linken Hirnhälfte während des Halluzinierens zu beziehen ist. *Best (Dresden).*

Kinberg, Olof: Raubversuch im asthenisch-emotionalen Verdunklungszustand. Sv. Läkartidn. 1937, 5—24 [Schwedisch].

Die ungemein ausführliche Beschreibung betrifft einen den asthenisch abnormen Persönlichkeiten nahestehenden Mann, der mit seiner Frau im allgemeinen gut auskommt, wirtschaftlich jedoch, zum Teil weil seine Frau sehr viel für Kleider verbraucht, schlecht dasteht. Er neigt zu Affektionen, die mitunter dazu führen, daß er seiner Frau gegenüber tätlich wird, doch bekommt er die Schläge prompt zurück und bittet nachher in der Regel schwächlich und unter Tränen um Verzeihung. Schon längere Zeit vor der Tat ging es ihm finanziell besonders schlecht, ein kleines Geschäft, das früher ganz gut gegangen war, warf gar keinen Gewinn mehr ab. Am Tag der Tat hatte er nur 50 Öre bei sich, als er das Geschäft verließ. Am Heimweg hatte er verschiedene Ausgaben, so daß ihm zuletzt nur noch 15 Öre blieben. Da kam er vor einem Milchgeschäft vorbei, wo die Gardinen schon über die Türe heruntergezogen waren zum Zeichen, daß das Geschäft schon geschlossen ist. Trotzdem kam er auf den Gedanken, sich ein Gebäck zu kaufen. Er dachte nicht daran, daß dieses 25 Öre kostet, und trat in das Geschäft. Die Geschäftsinhaberin war gerade dabei, ihr Geld zu zählen. Sie gab ihm das verlangte Gebäck. Er wollte bezahlen, suchte krampfhaft und vergebens in seinen Taschen und in seiner Geldbörse. Zufällig war ihm eine Schnur in der Hand geblieben, und er kam auf den Gedanken, die Geschäftsinhaberin damit zu binden. Er warf ihr die Schnur um den Hals, zog fest zusammen, stieß sie um und würgte sie so fest, daß sie wahrscheinlich ihren Geist aufgegeben hätte, wenn nicht im letzten Augenblick jemand dazwischen gekommen wäre. Hierauf ließ er sich willig zur Polizei führen und legte sofort ein volles Geständnis ab.

Verf. gab sein Gutachten dahin ab, daß der Raubversuch und, man kann hinzufügen, Mordversuch, in einem Verwirrtheits- und einem Verdunklungszustand asthenisch-emotionaler Art begangen worden und direkter Ausdruck einer „Geisteskrankheit“ sei und daß der Täter der ärztlichen Pflege bedürfe. Vom Gericht wurde er daraufhin für straffrei erklärt. — Kein deutscher Psychiater hätte in diesem Fall auf § 51 erkannt, denn es ist offenkundig, daß es sich um einen ganz alltäglichen Fall von Konfliktkriminalität bei einer an sich unpsychopathischen Persönlichkeit handelt.

F. Stumpfl (München).

Brugger, C.: Untersuchungen über die Häufigkeit von Geisteskranken in der Durchschnittsbevölkerung. Gesdh. u. Wohlf. 17, 86—95 (1937).

Verf. gibt in der vorliegenden Studie eine gedrängte Darstellung der Begründung, Bedeutung, Methodik, Theorie und Praxis der Untersuchungen über die Häufung von Geisteskranken in der Durchschnittsbevölkerung. Trotz der ungeheuren Wichtigkeit derartiger Untersuchungen und ihrer Ergebnisse für die psychiatrische Erbforschung, für die Sozialhygiene und für die praktische Rassenhygiene, findet man bei verschiedenen Autoren ganz verschiedene Ansichten: die einen rechnen mit 2—3% geisteskranker Individuen in der Durchschnittsbevölkerung, andere mit 10, ja sogar mit 15%. Diese Unterschiede sind vor allem — abgesehen von begrifflichen Differenzen, z. B. was alles zu den geistig Abnormen zu zählen ist — darin begründet, daß es sich bei den mitgeteilten Ziffern meist nur um ganz grobe und willkürliche Schätzungen handelt. Exakte Untersuchungen über die Belastung der Durchschnittsbevölkerung

müssen von solchen Probanden ausgehen, die keine psychiatrische Qualitätsauslese darstellen, also z. B. von den Ehegatten bestimmter Geisteskranker, die an keiner erblichen Geisteskrankheit leiden. Wenn auch diese Ehegatten schon annähernd als eine Durchschnittsbevölkerung anzusehen sind, so ist es mit Rücksicht darauf, daß es sich bei solchen Ehegatten stets um eine Auslese nach Heiratsfähigkeit und nach das Kindesalter überlebenden Personen handelt, besser, die Geschwister, Eltern und andere Verwandte dieser Ehegatten als Durchschnittsbevölkerung im strengsten Sinne zu betrachten. Bis jetzt wurden 14 moderne Belastungsstatistiken der Durchschnittsbevölkerung veröffentlicht, die über das psychiatrische Schicksal von ungefähr 11 500 Geschwistern genaue Auskunft gaben (München, Allgäu, Sachsen, Berlin, Schlesien, Basel, Liestal). In den einzelnen geographischen Gebieten sind übereinstimmend etwa 2% der Durchschnittsbevölkerung als geisteskrank und weitere $2\frac{1}{2}$ —4% als schwachsinzig oder schwachbegabt erkannt worden. Nur bei der Schizophrenie ließen sich lokale Häufigkeitsunterschiede nachweisen: während in allen Gegenden außer Basel die Erkrankungsziffer für Schizophrenie 0,8% betrug, wurde in Basel eine Erkrankungshäufigkeit an Schizophrenie von 1,5% gefunden. Aber auch eine andere Frage ist in diesem Zusammenhang wichtig, nämlich die Frage nach der Größe der psychiatrischen Belastung der lebenden Gesamtbevölkerung; sichere Angaben über die Häufigkeit der Geisteskranken eines bestimmten Gebietes lassen sich nur erhalten, wenn alle Bewohner dieses Gebietes, Psychotische und angeblich Normale, einer ärztlichen Untersuchung unterzogen werden. Einer solchen biologischen Inventarisierung der ganzen Bevölkerung eines Gebietes stehen zahlreiche finanzielle, organisatorische und mannigfaltige andere Hindernisse entgegen. Erst die persönliche Initiative Rüdins hat es ermöglicht, derartige psychiatrische Bevölkerungsuntersuchungen wenigstens in zwei kleinen Gebieten durchzuführen, von denen das erste 5 Ortschaften mit nahezu reiner Landbevölkerung im bayrischen Allgäu, das zweite bereits Gemeinden mit teilweiser Industrialisierung in der Nähe des Chiemsees umfaßt, wobei insgesamt 8700 Personen psychiatrisch erfaßt wurden. Im Allgäuer Zählbezirk wurden 406 Personen (7,5%) der untersuchten Gesamtbevölkerung als psychiatrisch auffällig erkannt, die Schwachsinnigen und Kretinoiden machen in diesem Gebiet allein 5,5% aller Einwohner aus (Kropf- und Kretinismusendemie im Allgäu), während die Psychopathen und eigentlichen Geisteskranken 2% ausmachen. Die Verbreitung der Geisteskranken stimmte im zweiten Zählbezirk mit den Ergebnissen der Allgäuer Untersuchungen, abgesehen von den Schwachsinnigen, gut überein, Debile, Imbezille und Idioten wurden aber statt zu 5,5% nur zu 2% gefunden. Eine derartige in bestimmten Zeitabständen stets wiederholte biologisch-psychiatrische Inventarisierung der Bevölkerung ist eines der geeignetsten Verfahren, um eine Zunahme der Erbkrankheiten schon in den ersten Anfängen zu erkennen und zu verhüten. K. Thums (München).

Page, James, et Carney Landis: Quelques aspects sociaux des maladies mentales. (Soziale Erwägungen zu dem Problem der Geisteskrankheiten.) (12. congr. belge de neurol. et de psychiatrie, Corbeek-Loo et Bruxelles, 26.—27. IX. 1936.) J. belge Neur. 37, 104—108 (1937).

Der große Zugang zu den öffentlichen Pflegeanstalten in U.S.A. veranlaßt die Verff., die sozialen Momente herauszustellen, die zur Internierung der Geisteskranken führen. Das Problem der Geisteskrankheiten ist nicht nur ein ärztliches. Es gibt eine große Zahl von Geisteskranken, die zeit ihres Lebens in der schützenden Obhut ihrer Angehörigen verbleiben. Denn für das Schicksal der Geisteskranken sind ihre sozialen Verhältnisse mitbestimmend oder gar ausschlaggebend. Das Hauptkontingent der Anstaltsinsassen stellen die Geisteskranken vorgerückten Alters. Während ein Geisteskranker in seiner Jugend meist in der Familie verbleibt, muß er später, wenn er alt geworden und ohne Familie dasteht, in eine Pflegeanstalt untergebracht werden. Auch das Milieu und Geschlecht haben soziale Bedeutung: Städter sind um 80% mehr anfällig für Geisteskrankheiten als Landbewohner, Männer zeigen eine um 40% größere

Empfänglichkeit für Geisteskrankheiten als Frauen. Diese von den Verff. statistisch erhärtete Tatsache ist Ausdruck gegenwärtiger sozialer Verhältnisse. Die Geisteskranken werden erst dann asylisiert, wenn ihr soziales Verhalten den Gepflogenheiten ihrer engeren Umgebung zutiefst widerspricht. Auch der Familienstand ist von sozialer Bedeutung für die Häufigkeit der Geisteskrankheiten. Geschiedene haben 4mal und Ledige 3mal soviel Aussicht auf Anstaltsverwahrung als Verheiratete. Auch Verwitwete sind relativ häufiger in Pflegeanstalten untergebracht als Verheiratete, da letztere häufiger Familienpflege genießen als die Nichtverheirateten. *H. Többen.*

Parhon, C. I., S. D. Enăchescu und Mihail Stănescu: Psychiatrische und gerichtsarztliche Erwägungen über einen Fall eines alten poliomyelitischen Mörders. *Rev. Med. leg.* 1, 393—401 (1936) [Rumänisch].

Ein 23-jähriger Postbeamter war wegen Mordes an einer Frau angeklagt. Er stammte aus einer anscheinend ziemlich schwer erblich belasteten Familie, war im Alter von 3 Jahren an Poliomyelitis erkrankt, litt danach etwa 2 Jahre lang an Krämpfen, hatte im 16. Lebensjahre ein Trauma mit längerem Bewußtseinsverlust. Seine intellektuelle Entwicklung war verhältnismäßig recht gut; auf sexuellem Gebiete zeigte er keine Neigungen. Wegen seiner Affektivität kam er öfter in Konflikt mit seinen Vorgesetzten; es stellten sich weiterhin poriomane Züge ein; verschiedentlich trug er sich mit Selbstmordabsichten. Seit einiger Zeit waren zeitweise Halluzinationen aufgetreten und hatten sich religiöse Wahnvorstellungen herausgebildet. Den Mord beging er nach seiner Darstellung auf Befehl einer Engelstimme an einer Frau, die er mit einer seiner Halluzinationen identifizierte. Nach der Tat sog er das Blut des Opfers aus der Wunde und zeigte sich dann sehr heiter, bei seiner Festnahme sang er fortgesetzt. Als Folgeerscheinung der alten Poliomyelitis zeigten sich bei der Untersuchung trophische und motorische Störungen der rechten unteren Extremität; außerdem bestand übrigens eine eitrige chronische Otitis media. Der Kranke war völlig orientiert, sprach viel und gern über sich und seine Erlebnisse, verfaßte einen 60 Seiten langen Lebenslauf. Verff. nehmen an, daß meningo-cerebrale Erscheinungen der Poliomyelitis psychische Veränderungen hinterlassen haben, wie es bei epidemischer Encephalitis zu beobachten ist. In dem gegenwärtig festzustellenden krankhaften Geisteszustand könnte eine ganze Reihe von Zügen an Epilepsie erinnern. Auch ein beträchtlicher Grad von Sadismus ist zu verzeichnen. Der Fall wäre also aufzufassen als eine alte Poliomyelitis, welche geistige Störungen zeigt, die gekennzeichnet sind durch Impulsivität mit Neigung zu aggressiven Handlungen, durch Mystizismus und übertriebene Religiosität, Sadismus, Neigung zu Dämmerzuständen, mit Halluzinationen; sein Geisteszustand steht dem der Epileptiker nahe. Der Kranke wurde für nicht verantwortlich und Unterbringung in einer Irrenanstalt für nicht absehbare oder Lebenszeit für erforderlich erachtet. *Adam (Berlin).*

Weil, Mathieu-Pierre, et Victor Oumansky: Parkinsonisme traumatique. (Traumatischer Parkinsonismus.) *Revue neur.* 67, 489—493 (1937).

Während noch im Jahre 1921 auf einem Ärztekongreß die Anschauung herrschte: „Der Einfluß eines Traumas bei Entstehung des Parkinsonismus ist selten und in jedem Falle schwierig festzustellen“ und selbst die Ärzte, die einen traumatischen Einfluß für möglich hielten, diesem nur eine begünstigende Rolle zuschreiben zu können glaubten, hält Verf. auf Grund vieler einwandfreier Beobachtungen des letzten Jahrzehnts für erwiesen, daß in bestimmten Fällen der Unfall alleinige Ursache des Parkinsonismus sei. Zum Beweise führt er 2 eigene Fälle an: 1. Inneres Kopftrauma, Comotio mit Facialislähmung. 6 Monate nach dem Trauma: Lähmungsschwäche linker Arm und Bein, gewisse Bewegungssteifheit. Liquor normal. Infektiöser Einfluß ist auszuschließen. 1 Jahr später deutliche Parkinsonsyndrome, wobei die linke Seite in bezug auf die Rigidität stärker betroffen war. 2. 1922 schweres Kopftrauma mit Fraktur des linken Seitenwandbeins. Trepanation. 1926 typische epileptische Anfälle, die bis 1930 häufig auftraten, dann Nachlassen derselben, aber langsam zunehmende Parkinsonsyndrome. Liquor normal. Infektiöser Einfluß auszuschließen. Zur Anerkennung eines traumatischen Ursprungs des Parkinsonismus hält Verf. folgende Vorbedingungen für erforderlich: 1. Ausschluß infektiöser Noxe. 2. Schweres Kopf- oder Halstrauma. 3. Es muß längere Zeit — mindestens mehrere Monate — zwischen dem Trauma und nachweisbaren Parkinsonsymptomen vergangen sein. 4. Ausschluß jedes anderen ätiologischen Faktors. *v. Marenholtz (Berlin).*

Menninger-Lerchenthal, E.: Zur Frage der Entstehung des Othämatoms bei Geisteskranken. (*Sanat., Tulln b. Wien.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1937, 264—269.

Die Frage nach der Entstehung des Othämatoms ist 1933 von verschiedenen italienischen Autoren (Albanese, Ciafolini u. a.) erneut aufgeworfen worden. Albanese stellt der bisher bestehenden traumatischen, infektiösen und neurodystrophischen Theorie die einer vegetativ-nervösen Störung als Ursache des Othämatoms gegenüber und erklärt sein Zustandekommen durch eine toxische Schädigung des Nervus sympathicus. Das in der Hauptsache linksseitige Auftreten des Hämatoms, welches durch keine der bisher aufgestellten 3 Theorien eine hinreichende Klärung findet, wird eingehend erörtert. Der Verf. hebt hervor, daß mit der Theorie von Albanese gerade die Tatsache, daß alle halbseitigen vegetativen Störungen vorwiegend linksseitig auftreten, sich vereinbaren läßt und daß dadurch alle Zweifel über das linksseitige Entstehen des Hämatoms behoben werden. Der Verf. hat an insgesamt 500 Geisteskranken das Auftreten subconjunctivaler Blutungen verfolgt und dabei festgestellt (13 Fälle), daß auch hier die linke Seite bevorzugt ist. Trotzdem wird das Problem der Entstehung des Othämatoms noch nicht für geklärt angesehen, da gerade bei Geisteskranken das häufige Auftreten der verschiedensten Traumen nicht unterschätzt werden darf. In diesem Zusammenhange wird besonders hervorgehoben, daß das linksseitige Auftreten sowohl des Othämatoms als auch der subconjunctivalen Blutungen wohl nicht „auf die Rechtshändigkeit ungeduldiger Pflegepersonen“ zurückzuführen ist, sondern daß diese Erscheinung im Hinblick auf die viel häufigeren und mannigfacheren Autotraumatisierungen mit der angeborenen schwächeren Entwicklung der linken Körperseite, auch in bezug auf das vegetative Nervensystem, in Zusammenhang zu bringen ist.

Wagner (Berlin).

Selzer, Hermann: Studi sulle manifestazioni patologiche di 52 paralitici progressivi prima della infezione luetica. (Studien über die präsyphilitische psychiatrische Situation von 52 Paralytikern.) (*Osp. Psychiatr. Prov. S. Maria d. Pietà, Roma.*) Note Psychiatr. 66, 5—28 (1937).

Die Ansichten über die prämorbid Situation der Paralytiker gehen bei den einzelnen Autoren (Jahrmärker, Wollenberg, Luxenburger, Godivier, Raecke, Cullère, Rey, Regis, Houghberg, Kaes, Höstermann, Kraepelin, Berg, Bonhöffer, Mendel, Jadassohn, Siemerling, Reinhardt, Pilcz, Pinckus usw.) erheblich auseinander. Neben der Lues wurde früher Alkoholismus (Kellener, Kraepelin, Ascher, Oebeke), Hirn-Schädeltrauma (Wagner, Heubner, Fournier, Wollenberg, Hegelmann, Henneberg) und psychisches Trauma (Lange, Hirschl, Austin, Burmann) ätiologisch berücksichtigt. Verf. stellte sich die Aufgabe, durch kritische Anamnesenerforschung nichthereditär-luischer Fälle den Lebensabschnitt vor der Luesinfektion diagnostisch zu erfassen. Er gibt 52 Krankengeschichten in folgenden Gruppierungen: Einwandfreie Formen der Psychopathie (Triebhafte, Schizoide, Epileptoide, Degenerative), unter denen auch Hysterische, Psychotische, Alkoholiker, Choreatische verstanden werden; ferner eine Gruppe von Organikern mit überstandenen Prozessen (Meningitis, kindliche Epilepsie, Encephalitis, Typhus-Meningitis); schließlich Fälle von verschiedenartiger degenerativer Symptomatik und subnormale Charaktere. Die Fälle 44—49 sind normal, Fall 50—52 ist schwer gruppierbar. 60% wurden psychopathisch befunden, 9,6% hatten meningo-encephalitische Prozesse überstanden; 11,6% waren vor der Luesinfektion geistig gesund, 43% der Frauen galten als hysterisch und 9,6% waren diagnostisch nicht sicher bestimmbar.

Leibbrand (Berlin).

Dattner, Bernhard: Über interkurrente psychotische Reaktionen bei remittierten Paralytikern. (*Klin. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Univ. Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1937 I, 337—339.

Im Anschluß an die Mitteilung von 3 Eigenbeobachtungen, in denen vollständig remittierte Paralytiker mit negativem humoralen Syndrom nach interkurrenten Er-

krankungen oder Gesundheitsstörungen anderer Art von einer akuten Psychose befallen und ohne jede Behandlung nach kurzer Zeit wieder gesund geworden sind, wird vermutet, daß es sich dabei um exogene Reaktionsformen im Sinne von Bonhoefer gehandelt hat. Solche können bei einem invaliden Gehirn leichter ausgelöst werden als beim normalen und bedürfen keiner spezifischen Behandlung. Ja, diese kann sich sogar manchmal direkt schädlich auswirken. *v. Neureiter (Berlin).*

Gorriti, F.: Bewußte, künstlich herbeigeführte, begleitende und vorübergehende Halluzinationsbilder. *Semana méd. 1936 II, 1478—1480 [Spanisch].*

Verf. berichtet über einen Geisteskranken, der Geruchs-, Gehörs- und Gesichtshalluzinationen hatte. Der Pat. konnte angeblich diese Halluzinationen bewußt künstlich herbeiführen, indem er sich die Vorgänge, die den Inhalt seiner Halluzinationen bildeten, selbst vorsprach oder von anderen erzählen ließ. Die Halluzinationsbilder waren angeblich gegenüber der Wirklichkeit in stark verkleinertem Maßstabe vorhanden, sie traten etwa in 40 cm Entfernung vom Auge des Kranken auf. Der Patient war sich jederzeit bewußt, daß die Bilder irrealer Natur seien. Weiterhin gab der Patient an, daß er niemals die Bilder sehe, die er sich nur denke. Es gehöre immer lautes Sprechen dazu. Isolierte Halluzinationen eines einzigen Sinnes allein traten nie auf. Vorübergehend waren die Halluzinationen in dem Sinne, daß eine Fixierung der Inhalte nie möglich war. Die Inhalte seien in Form eines Tonfilms vor dem Bewußtsein des Patienten vorübergegangen. *Bade (München).*

Pap, Zoltán v.: Erfahrungen mit der Insulinshocktherapie bei Schizophrenen. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Debrecen.*) *Mschr. Psychiatr. 94, 318—346 (1937).*

Die vorliegende Arbeit ist eine kritische Zusammenfassung der bisherigen Ergebnisse der Insulinshockbehandlung der Schizophrenie. Die Methode wird am Anfang geschildert sowie die Symptome, wobei darauf hingewiesen wird, daß das Koma zur Erreichung eines Erfolges anscheinend unbedingt erforderlich ist, da die Heilwirkung nicht eine spezifische Wirkung des Insulins ist, sondern durch das durch Insulin hervorgerufene Koma bedingt scheint. Einige besondere Erscheinungen des Insulinkomas, wie Veränderungen der Wahrnehmung, die Verf. selbst beobachtete, werden besonders besprochen. Die Gefahren des Insulinkomas dürfen nicht als gering betrachtet werden, wenn auch sicher ein Teil der durch das Koma entstandenen organischen Hirnveränderungen reversibel sind, so konnten im Tierexperiment auch schwere Hirnschädigungen beobachtet werden, die mit der Nisslschen „schweren Zellerkrankung“ vergleichbar waren. Verf. teilt drei im Anschluß an einen Insulinshock aufgetretene Zustände mit, die er selbst beobachtete, diese erinnerten in ihrem Ablauf an eine akute Gehirnentzündung. Zum Schluß spricht Verf. die Ansicht aus, daß die Insulinbehandlung bei großer Vorsicht und richtiger Auswahl der Fälle jedoch befriedigende Ergebnisse bei der Behandlung frischer Schizophrenien zu erzielen scheint. *Brosowski.*

Braunmühl, A. von: Über die Insulinshockbehandlung der Schizophrenie. (Organisatorisches und Praktisches.) (*Oberbayer. Kreis-Heil- u. Pflegeanst., Eglfing-Haar, München.*) *Psychiatr.-neur. Wschr. 1937, 156—163.*

Zu dieser im Brennpunkt des Interesses stehenden Frage liefert Verf., der über Erfahrungen verfügt und die Einzelheiten der Sakelschen Methode schon in einem früheren Aufsatz besprochen hat, einen Beitrag, der hauptsächlich einige Feinheiten der Behandlung erörtern will. Er befürwortet ihre Einführung in die Anstalten, schon wegen der Notwendigkeit, sie zu prüfen und viele Erfahrungen zu sammeln. Der Behandlungsraum soll hell und luftig sein; es empfiehlt sich, mit mindestens 10 Patienten zu beginnen, mit Pflegepersonal darf nicht gespart werden. Ein Arzt wird vollständig in Anspruch genommen. Man soll sich zunächst an frische Fälle halten und keinen Kranken ohne Aufklärung und Zustimmung der Angehörigen behandeln. Bei Besprechung der Methode wird eine Schilderung der „Zick-Zack-Behandlung“ gegeben (abwechselnd hohe und ganz niedrige Dosen Insulin). Epileptische Anfälle dämmt man mit Belladonen zurück. Die Shockbehandlung wird i. A., falls erfolglos, nach 2 Monaten

abgebrochen, sonst 3 Monate lang fortgesetzt. Es folgt eine Schilderung der Maßnahmen bei einigen unangenehmen Zwischenfällen: Nichterwachen, Somnolenz nach dem Erwachen, Shockverstärkung nach Zuckergabe, Nachshock. Eine Karteikarte für Insulinbehandlung ist abgedruckt worden. Den Schluß macht ein Bericht über 2 interessante Fälle.

H. Müller (Klotzsche b. Dresden).^o

Grubel, Rudolf: Der Wert der Auslösung von Cardiazolkrämpfen für die Erbgesundheitspflege. (Heilanst. Strecknitz, Lübeck.) Münch. med. Wschr. 1937 I, 469—471.

Verf. konnte durch 47 Versuche an 40 Kranken die bisherigen Befunde über die Auslösung epileptischer Anfälle durch intravenöse Injektion von Cardiazol bestätigen; diese Methode ist im Erfolg und in der einfachen Technik allen anderen Provokationsmethoden weit überlegen, sie läßt sich auch bei unzugänglichen Kranken — im Gegensatz zum Hyperventilationsversuch — leicht durchführen und hinterläßt keine nachweisbaren Schäden. Zu diagnostischen Zwecken liegt der Wert zunächst in der Möglichkeit, einen fraglichen Anfall ärztlich zu beobachten und ihn als organisch oder psychogen zu differenzieren. Die Beobachtung des Anfalles genügt selbstverständlich nicht zum Schluß auf genuine oder symptomatische Epilepsie, wohl aber zum Schluß auf erhöhte Krampfbereitschaft; dieses Symptom muß im Rahmen des gesamten erbbiologischen und neurologischen Befundes gewertet werden, etwa ebenso, wie es in der Erbgesundheitsgerichtspraxis mit dem negativen Ausfalle des Encephalogramms häufig geschieht.

K. Thums (München).^{oo}

Janz, Hans-Werner: Zur diagnostischen Verwertbarkeit der Cardiazolkrämpfe. (Univ.-Nervenklin., Königsberg i. Pr.) Münch. med. Wschr. 1937 I, 471.

Nach den Untersuchungen des Verf. eignet sich der Cardiazolversuch nicht zu einem Hilfsmittel in der Epilepsiediagnostik. Bei insgesamt 71 Fällen (33 Epileptikern und Epilepsieverdächtigen und 38 Nichtepileptikern) bewirkte die intravenöse Cardiazolinjektion, daß in 54,6% der Fälle bei Epileptikern und Epilepsieverdächtigen ein Anfall auftrat, aber auch bei 36,9% der Nichtepileptiker (Schwachsinnige, Schizophrene, Psychopathen) traten Anfälle auf. Daraus schließt der Verf., daß der mit der Cardiazolmethode provozierte Krampfanfall keineswegs als Beweis für das Vorliegen einer Epilepsie gewertet werden darf.

F. Braun (Zürich).^o

Villinger, Werner: Zur Frage der erblichen Fallsucht. (v. Bodelschwinghsche Anst., Bethel b. Bielefeld.) Münch. med. Wschr. 1937 I, 461—467.

Verf. bringt in den vorliegenden Bericht, den er auf der Amtsversammlung der Amtsärzte des Regierungsbezirks Minden am 21. X. 1936 hielt, außerordentlich interessante und grundsätzlich wichtige Ergebnisse, die an dem einzigartigen Epileptikermaterial der Bethelschen Anstalt gewonnen wurden. Von den an einem Stichtag vorhandenen 2094 Krampfkranken, waren 1580 (75,5%) erblich fallsüchtig im Sinne des Gesetzes, bei 386 Kranken (18,4%) handelte es sich um symptomatische Epilepsien, insofern eine exogene Ursache festgestellt oder in hohem Grade wahrscheinlich gemacht worden war; der Rest von 128 Kranken (6,1%) war diagnostisch nicht vollkommen zu klären. Dieses Ergebnis ist kein Zufallsprodukt, bei anderen ähnlichen Stichproben ergab sich stets ein annähernd gleiches Resultat. Unter den 386 Fällen der symptomatischen (exogen bedingten) Epilepsien wiesen nicht weniger als 237, also etwa zwei Drittel cerebrale Kinderlähmung auf. Verf. hält das Problem der cerebralen Kinderlähmung für eine der Kardinalfragen der symptomatischen Epilepsie. Mögen manche Einzelfragen über die cerebrale Kinderlähmung auch noch umstritten sein, es darf heute als gesichert gelten, daß die verlängerte, die Schwer- und die Frühgeburt häufig den Anlaß zu Hirnschädigungen mit folgenden cerebralmotorischen Störungen geben, daß die kongenitale Lues im weiten Ausmaß an der Verursachung der cerebralen Kinderlähmung beteiligt ist und daß von Schädigungen, die das frühkindliche Gehirn nach der Geburt treffen, die Infektionskrankheiten, wie etwa Meningitiden, Encephalitiden (Encephalitis epidemica, Impencephalitis, Hundswut), Keuchhusten, Enteritiden, Grippe, Masern u. a. am stärksten ins Gewicht fallen.

Es erhebt sich nun die entscheidende Frage, ob das Vorhandensein von Symptomen der cerebralen Kinderlähmung ein sicherer Beweis für die exogene Entstehung einer gleichzeitig bestehenden Epilepsie ist. Dies beantwortet Verf. dahingehend, daß die Feststellung von Erscheinungen infantiler Cerebrallähmungen allein noch nicht Sicheres für die ausschließlich exogene Bedingtheit einer Epilepsie beweist, daß aber die cerebrale Kinderlähmung und ihre exogene Ätiologie in ihrer Bedeutung für die Entstehung von epileptischen Syndromen weder über- noch unterschätzt werden darf. Nach einer kürzeren Erörterung der sog. unklärbaren Fälle in der Gruppe der echten erblichen Fallsucht gibt Verf. am Schluß eine sehr wertvolle übersichtliche Gruppierung der Erscheinungsbilder der erblichen Fallsucht, die vom Leichterem zum Schwereren, vom Zweifelsfreien zum Problematischen und Unklärbaren aufsteigt und gleichzeitig einige Fingerzeige für das methodische Vorgehen bei Untersuchungen gibt. Es ist leider nicht möglich, diese diagnostische Gruppierung (5 Gruppen) auszugsweise wiederzugeben, da man jedes Wort anführen müßte und dadurch das Referat auf die doppelte Länge anwachsen würde; es sei aber auf diesen als besonders gelungen zu bezeichnenden Versuch einer diagnostischen Gruppierung der Erbpilepsie nachdrücklichst verwiesen.

K. Thums (München).

Perseh, R.: Epileptoide Persönlichkeiten und Pyromanie. (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Tapiau, Ostpr.*) Mschr. Psychiatr. 95, 173—212 (1937).

Der Verf. stellt in seiner Arbeit das pyromanische Syndrom als Sonderform heraus und grenzt es gegen die Epilepsie und die anderen epileptoiden Syndrome und Psychopathien ab. Nach Ansicht des Referenten dürfte es sich empfehlen, der Gefahr einer monomanischen Betrachtungsweise durch eine besonders gründliche Anamnese zu begegnen, die vielleicht noch andere Ursachen, etwa eine bisher larvierte Epilepsie, aufdecken könnte. Aus den eingestreuten Besprechungen der einschlägigen Literatur lassen sich deutlich eine Anzahl Fälle als epileptoide Triebstörungen im Sinne der epileptoiden Syndrome kennzeichnen. Unter manchen der angeführten Fälle zeigen sich größte Ähnlichkeiten. Verwandte Züge aber sind allen Beispielen eigen, so daß man von einem Typus des epileptoiden Pyromanen zu sprechen zu berechtigt ist. Vergesellschaftet damit treffen wir häufig andere abnorme Triebregungen wie Poromanie, Kleptomanie, homicide Impulse und sexuelle Perversionen an. Alle diese Triebstörungen im Verein mit der Pyromanie weisen sich nach den Forschungsergebnissen des Verf. als Funktionsanomalien einer bestimmten Hirnregion und zwar des Hirnstammes aus. Von forensischer Bedeutung ist die Frage der Schuldfähigkeit der Pyromanen. Nur der ganz schweren triebhaften Verstimmung billigt der Verf. den Schutz des § 51, Abs. 1 Reichs-Strafgesetzbuches zu, während er im allgemeinen die Strafmilderung des 51, Abs. 2 für Pyromanen als ausreichend erachtet. Auf Grund des § 42, b des R.Str.G.B. wird die Unterbringung gemeingefährlicher Pyromanen in Heil- und Pflegeanstalten erfolgen müssen. Die Exkulpierung jugendlicher Pyromanen regelt sich gemäß § 3, Abs. 2 des Reichs-Jugendgerichtsgesetzes. Der Verf. schließt seine Arbeit mit dem Hinweis darauf, alle Brandstifter seien einer psychiatrischen Begutachtung zu unterziehen, selbst wenn die Tat noch so verständlich erscheint und auch keine monomane anfallsartige Erkrankung vermuten läßt.

Többen.

Goldstern, S.: Ein Fall von Spontanhypoglykämie mit epileptiformen Anfällen. (*Sanat. Fango-Heilanst., Wien. Kuranst., Wien.*) Wien. klin. Wschr. 1936 II, 1395 bis 1397.

An Hand eines Falles wird die Differentialdiagnose der durch Hypoglykämie bedingten Krämpfe gegenüber den genuinen epileptischen Anfällen besprochen. Nur wenig mehr als 60 Fälle von hypoglykämischen Zuständen sind beschrieben. Eine individuelle Krampfbereitschaft des Gehirns wurde nicht festgestellt. Neben der erfolgreichen Entfernung vorhandener Inseltumoren wurde die Teilresektion des Pankreas erfolglos vorgenommen, zweimal führte die bloße operative Freilegung des Pankreas zu einer Besserung. Verf. wandte in seinem lange unerkannt gebliebenen Fall

neben regelmäßiger oraler Zuckerzufuhr Röntgenbestrahlung des Pankreas an. Den Hypoglykämiekrämpfen gehen Schweißausbruch, Heißhunger und ein (bis stundenlanger) schlafähnlicher Zustand voraus, die Entwicklung der Anfälle selbst schreitet langsam fort zu kombinierten narkolepsieähnlichen und epileptiformen Anfällen. Keine erkennbare Dauerschädigung des Gehirns; Verf. beobachtete jedoch bei seiner Patientin Gedächtnisabnahme. Darreichung selbst größerer Luminalmengen ohne Einfluß auf das Auftreten und die Dauer der Anfälle. Eintritt der Anfälle am Morgen.

Kresiment (Berlin).

Fischel, E.: Aspetti radiologici del cranio in casi di cosiddetta epilessia genuina. (Schädelröntgenbefunde bei sogenannter genuiner Epilepsie.) (*Istit. di Radiol. e Terapia Fisica, Univ., Bari.*) Arch. di Radiol. 12, 114—120 (1936).

Bei 21 Fällen von genuiner Epilepsie beschreibt der Autor folgende Röntgenbefunde: 2mal Verdickung des Schädeldaches, 3mal prämatüre Nahtsynostose, 9mal Zeichen von Drucksteigerung im Schädel, 10mal Verkleinerung der Sella turcica, 2mal endo- und parasellare Verdickungen, 1mal mongoloiden Typus, 3mal keine Veränderungen.

A. Schüller (Wien).

Hamill, Ralph C.: Petit mal in children. (Petit mal bei Kindern.) Amer. J. Psychiatry 93, 303—312 (1936).

Verf. betont an Hand einer Reihe von Fällen aus seiner Praxis, daß bei dem Zustandekommen der Petit mal-Fälle oft ein Angstzustand eine Rolle spielt, deren Behebung zu einer Besserung führen kann. Diese Zusammenhänge werden vom psychoanalytischen Standpunkt behandelt.

Soeken (Berlin-Buch).

Engel: Epilepsieforschung und Erbgesundheitsgesetzgebung. Öff. Gesdh.dienst 2, A 917—A 923 (1937).

Erbliche Fallsucht ist anzunehmen, wenn Vorgeschichte und Befund keinen Anhalt für symptomatische Epilepsie ergeben. Eingehende Familienanamnese und Untersuchung aller erreichbaren Familienmitglieder sind zur Erhärtung der Diagnose wichtig. Die Aufnahme der Anamnese erfordert die genaue Kenntnis aller Erkrankungen, die Krampfanfälle — besonders im Kindesalter, in der Pubertät und in der Schwangerschaft — oder kurze Bewußtseinsstörungen bedingen. Diese Ursachen, unter denen die Kreislaufstörungen (Vasomotorenkollapse) hervorzuheben sind, werden übersichtlich zusammengestellt, desgleichen die klinischen Methoden zur Sicherung der Differentialdiagnose. Dabei dürfte aber der Wert encephalographischer Befunde noch nicht genügend erwiesen sein (Ref.).

Kresiment (Berlin).

Selinsky, Herman, Bruno Klopfer and Marguerite Emery: Inferences drawn from Rohrschach tests in convulsive states. (Folgerungen aus der Anwendung des Rorschach-Test bei Krampfstörungen.) (*New York Soc. f. Clin. Psychiatry, 9. IV. 1936.*) J. nerv. Dis. 84, 322—323 (1936).

Bericht über die Anwendung des Rorschachschen (nicht Rohrschach) Formen-deuterversuchs bei 20 Patienten, die an verschiedenen Formen von Krampf- oder epileptiformen Zuständen litten. Unter anderem zeigten eine Reihe Kranker die Neigung, auf ihren Antworten bei den verschiedenen Tafeln zu beharren. Bei manchen kehrten Gewalttätigkeitsmotive immer wieder. Fehlen der Fähigkeit, Form und Farbe angemessen zu verbinden, sprach für Persönlichkeitsauflösung oder intellektuelle Beeinträchtigung. Bei einigen Kranken trat eine religiöse Neigung zutage. Eine Ergänzung der Rorschach-Antworten durch eine psychiatrische Untersuchung ergibt, daß die gesündesten Persönlichkeiten koartative Neigung zeigen.

In der Aussprache betonte Piotrowski, daß die Rorschach-Methode viele methodologische Forderungen Goldsteins erfüllt. Wohl einzigartig ist Rorschachs Entdeckung der Tatsache, daß die formalen Daten der Tintenklecksauslegung die Struktur der Gesamtpersönlichkeit widerspiegeln. Er wirft die Frage auf, ob es möglich ist, die Wirkung psychogener Faktoren auf das Verhalten von Epileptikern auszuwerten. In Beantwortung dieser Frage geht Klopfer davon aus, daß das ganze Epilepsieproblem eng mit gemüthlicher Unbeständigkeit verbunden ist. Starke Reaktion auf Farben mit Vernachlässigung der Form — die sich übrigen

bei den Kranken sehr häufig fand — sind Anzeichen für gemütlliche Erregbarkeit. Im übrigen stimmen die erhaltenen Durchschnittswerte mit denen überein, die Cuirdham an über 100 Epileptikern erhalten hat. *Dubitscher (Berlin).*

Contini, Mario: I protidi plasmatici nell'epilessia e loro variazioni in rapporto all'accesso. (Die Protide im Blutplasma bei Epilepsie und ihre quantitativen Veränderungen nach dem Anfall.) (*Osp. Psichiatri. di S. Niccolò, Siena.*) *Rass. Studi psichiatri.* 25, 813—825 (1936).

Bei 20 Epileptikern wurden die verschiedenen Proteinfractionen des Plasmas quantitativ in anfallsfreier Periode und kurz nach dem Anfall untersucht. Die für die anfallsfreie Periode gefundenen Werte weichen leicht von der Norm ab: Totaleiweiß und Fibrinogen sind schwach vermehrt, die Globuline sind normal, Albumin ist deutlich vermindert. Daraus ergeben sich konstant verminderte Werte für den Albumin-Globulin-Quotient. Die nach dem Anfall ermittelten Werte, verglichen mit denen der anfallsfreien Periode, ergaben: Totaleiweiß vermehrt, Fibrinogen vermindert (normal, verglichen mit dem physiologischen Mittelwert), Globuline unverändert, sehr deutliche Albuminvermehrung. Der Albumin-Globulin-Quotient ist entsprechend erhöht. Einen gewissen Einfluß auf die beschriebenen Veränderungen scheint die zwischen dem Anfall und der Blutentnahme verstrichene Zeit zu haben: sie sind deutlicher, wenn die Blutentnahme erst einige Stunden (bis 20) nach dem Anfall erfolgt. Verf. denkt, daß die von ihm gefundenen Veränderungen als Reaktion auf eine nach dem Anfall im Kreislauf auftretende toxische Substanz aufzufassen sind. Seine Resultate sind in entschiedenem Gegensatz zu denen anderer Autoren. *Glück (Cagliari).*

Sani, Celso: Contributo allo studio della velocità di sedimentazione dei globuli rossi nelle malattie mentali. (Beitrag zum Studium der Senkungsgeschwindigkeit der roten Blutkörperchen bei Geisteskrankheiten.) (*Osp. Psichiatri. di S. Niccolò, Siena.*) *Rass. Studi psichiatri.* 25, 899—927 (1936).

Bei 215 körperlich gesunden Geisteskranken wurde die Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit beobachtet. Sie war deutlich erhöht bei paranoischen Formen der Dementia praecox, bei progressiver Paralyse im Anfangsstadium, bei affektiven Psychosen, bei involutiven Melancholien, weniger stark war sie erhöht bei den hebephrenen und katatonen Formen der Dementia praecox, bei senilen Psychosen, bei Folgezuständen von epidemischer Encephalitis, bei Alkoholismus und Psychopathien. *Quincke (Istanbul).*

Haberkamp, Theodor: Kopfschußverletzung und Vitamin B₁. (*Privatklin. Dr. Haberkamp, Flensburg-Mürwik.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1937, 261—264.

Es wird die günstige Beeinflussung von Nervenerkrankungen durch Vitamin B₁, Betoxin, vom Verf. bestätigt, der unter anderem auch einen Erfolg mit dieser Behandlung bei Ischias und Trigemineuralgien zu verzeichnen hat. Ganz besonders mit aller Ausführlichkeit wird von einem bisher jeder Behandlung trotzens Leiden (Zustand nach Kopfschußverletzung) berichtet, bei dem durch die Anwendung des Betoxin eine restlose Beseitigung der Beschwerden erzielt wurde. Infolge einer 1916 erlittenen Granatsplitterverletzung am Kopf kam es bei dem Patienten nach kurzer Zeit zu einer Lähmung des linken Beines, die über 1 Jahr bestehen blieb; später traten auch „Anfälle“ auf. Beschwerden im linken Bein bestanden in wechselnder Stärke dauernd. Der Kranke war bisher mit Bädern, Massagen und elektrischem Strom behandelt worden, ohne daß jedoch eine nennenswerte Besserung eintrat. Die Schmerzen im linken Bein (Parästhesie) bestanden fort. Die Untersuchung im Sommer 1936 ergab keinen besonderen Organbefund. Das linke Bein zeigte am Oberschenkel einen geringen Muskelschwund. Neurologisch zeigten sich außer einem Fehlen des Achillessehnenreflexes links, einer Lebhaftigkeit des Patellarsehnenreflexes rechts (links spastisch) ebenfalls keine wesentlichen Ausfallserscheinungen. Röntgenologisch wurde in der Stirnhöhle ein 15,5 mm großer Granatsplitter festgestellt. Auf Grund der krampfverhütenden Eigenschaft des Betoxins wurde die Behandlung mit diesem Medikament eingeleitet (17 Injektionen,

alle 1—2 Tage eine Ampulle). Schon nach wenigen Tagen war eine wesentliche Besserung eingetreten und später eine völlige Heilung von den Beschwerden. Der Verf. nimmt als Ursache der Beschwerden eine cortical gelegene Narbe im Bereiche der rechten Zentralwindungen an und glaubt die Wirkung des Betoxins darin erblicken zu müssen, daß durch die Narbe bedingte Zirkulationsveränderungen und deren Folgeerscheinungen (Stoffwechselstörungen am Gehirn) beseitigt worden sind. Unter diesen Umständen war jedoch von vornherein eine Dauerheilung nicht zu erwarten; es traten später bei dem Patienten auch wieder Beschwerden auf, die aber durch erneute Betoxininjektionen wieder restlos beseitigt werden konnten. Bei den objektiv feststellbaren Veränderungen am Gehirn sei man deshalb nicht berechtigt den Zustand und den Behandlungserfolg auf eine Mangelkrankung, Hypovitaminose, zurückzuführen.

Wagner (Berlin).

Heringa, S.: Über atypische Alkoholpsychosen. (*Psychiatr. Neurol. Klin., Alg. Prov. Stads en Acad. Ziekenh., Groningen.*) Psychiatr. Bl. 41, 47—58 (1937) [Holländisch].

Verf. teilt die Krankengeschichten von 2 Trinkern mit, die sich nicht unter das Bild einer der typischen Alkoholpsychosen einordnen lassen, einen Pykniker mit manischen Zügen und einen Astheniker mit ängstlicher Verwirrtheit, Inkohärenz, Gehörs- und Gesichtstäuschungen, bei beiden Ausgang in Heilung bzw. Defektheilung. Nur eine mehrdimensionale Diagnostik ist imstande, die Inangasetzung präformierter Mechanismen durch das Zusammenwirken pathogenetischer und pathoplastischer Faktoren begreiflich zu machen. *Hans Baumm.*

Weigner, Walter C.: Chorea gravidarum. A study of psychogenic factors therein, with report of a case. (Eine Studie über die psychogenen Faktoren bei der Chorea gravidarum mit Bericht über einen Fall.) (*Butler Hosp., Providence, R. I.*) Amer. J. Psychiatry 93, 843—855 (1937).

Die rheumatisch-infektiöse Genese der Chorea und die Anschauung, daß sie durch Schwangerschaftstoxine entstehe, werden nicht abgelehnt, aber durch den Nachweis, daß auch psychogene Faktoren die Schwangerschaftschorea auslösen können, in eine andere Ebene verschoben. Die Chorea gravidarum könne nicht mehr als Krankheitseinheit betrachtet werden, sondern sei nur der Ausdruck einer konstitutionellen Anlage, auf Grund deren sie durch infektiöse, toxische, nervöse und psychische Faktoren ausgelöst werden könne. Von den fast 950 Fällen der Statistik hält der Verf. in 137 Fällen psychogene Faktoren für ausschlaggebend. Er hat die Fälle nach Verlaufsgesichtspunkten (z. B. sofortige Heilung nach Abort, Heilung durch eine „dramatische“ Therapie, Entstehung nach Schreck usw.) durchgesehen und berichtet auch über einen selbst beobachteten Fall. — In der Aussprache werden weitere ähnliche Fälle beigebracht, auch ein letaler mit Asymmetrie des Gehirns und ungleicher Bildung der Basalganglien des Corpus striatum. *Hahn (Gießen).*

Struppler, Theodor: Hat das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Zusammensetzung der Anstaltsaufnahmen beeinflußt? (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Münch. med. Wschr. 1937 I, 611—612.

Verf. hat sich die Frage gestellt, ob das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses die Zusammensetzung der Anstaltsaufnahmen beeinflußt; denn Angehörige von Erbkranken betonen es gelegentlich immer wieder, daß sie den Kranken niemals in die Klinik gebracht hätten, wenn sie gewußt hätten, daß man ihn dort dem Erbgesundheitsgericht meldet. Verf. hat nun folgende Überlegung angestellt: der angeborene Schwachsinn, der chronische Alkoholismus und die erbliche Fallsucht lassen sich unter dem Gesichtspunkt der genannten Fragestellung in eine Gruppe zusammenfassen, da es ihnen gemeinsam ist, daß die Angehörigen eine Einweisung schwer verhindern können, denn irgendwann wird doch ein Vorfall, der sich außerhalb der Familie ereignet, von behördlicher Seite zur Einweisung führen. Man wird daher bei dieser Gruppe erwarten können, daß die absolute Zahl mit der Bekanntmachung des Gesetzes absinkt, daß dafür aber mit dem Einsetzen der behördlichen Einweisungen die früheren Zahlen überschritten werden. Bei der Schizophrenie ist der Umstand zu berücksichtigen, daß die Angehörigen bei dieser Krankheit am leichtesten einsehen, daß es sich um eine Geisteskrankheit handelt, in deren Verlauf man den Kranken nicht zu Hause behalten kann; daher ist bei den Schizophrenen keine wesentliche Änderung der Aufnahmeziffern zu erwarten. Hingegen wollen bei den Depressiven die Laien es am allerwenigsten einsehen, daß es sich um eine Erbkrankheit handelt; sie haben mit dem Kranken

selbst Kontakt und werden alles versuchen, ihn zu Hause zu behalten; daher ist anzunehmen, daß die Ziffer der Depressiven absinken wird. Diese Überlegungen wurden nun durch die Statistik der Aufnahmen an der Münchner Klinik durchaus bestätigt. Die Erbkrankheiten der ersten Gruppe sinken mit dem Bekanntwerden des Gesetzes wesentlich ab, steigen dann aber bereits 1935 wieder schlagartig an (um das $\frac{1}{3}$ — $2\frac{1}{2}$ -fache des Vorjahres); auch 1936 hat eine weitere deutliche Steigerung angehalten. Die Aufnahmeziffern der Schizophrenen bleiben im wesentlichen unverändert, die der Depressiven sinken, wie erwartet, stark ab. So kann zusammenfassend gesagt werden, daß die sozial wichtigste und häufigste Erbkrankheit, die Schizophrenie, bezüglich der Aufnahmeziffer nicht zurückgegangen ist, daß Schwachsinnige, Alkoholiker und Epileptiker eher besser erfaßt werden als vorher, daß sich hingegen ein erheblicher Teil der Depressiven einer Klinikaufnahme mit Erfolg zu entziehen scheint.

K. Thums (München).

Junckerstorff, K.: Die Beeinträchtigung des normalen Geisteszustandes als strafrechtliches Problem. Mschr. Kriminalbiol. 28, 182—183 (1937).

Fast überall hat man erkannt, daß es einen Unterschied bedeuten muß, ob jemand aus krankhafter oder ererbter Anlage heraus in einer Bewußtseinsstörung eine strafbare Handlung begeht, oder ob er sich zuvor in einen solchen Zustand etwa durch Alkoholmißbrauch oder durch Mißbrauch von Rauschmitteln versetzt. Der tschechoslowakische Strafgesetzentwurf will in gleicher Weise wie das deutsche Gesetz den Entschluß, sich selbst des normalen Geisteszustandes zu berauben, nach Möglichkeit erschweren und formuliert deshalb in dem Übertretungsgesetz ein besonderes Delikt der Trunkenheit. Nach diesem Entwurf werden aber künftig auch die schwersten strafbaren Handlungen, z. B. Delikte gegen Leib und Leben, als Folge von Trunkenheit, wenn sie im Zustande der Zurechnungsunfähigkeit begangen werden, mittelbar nur noch als Übertretung mit Haft oder Geldstrafe gar geahndet werden können. Diese strafrechtspolitisch unerwünschte Folge hat der deutsche Gesetzgeber durch Ausgestaltung des Deliktes der Volltrunkenheit zu einem wirklich vollwertigen Straftatbestand, der den Charakter eines Vergehens trägt, vermieden. Nach dem schweizerischen Entwurf wird jeder, der infolge selbstverschuldeter Trunkenheit oder Betäubung zurechnungsunfähig ist und in diesem Zustande eine als Verbrechen oder Vergehen bedrohte Tat verübt, mit Gefängnis bis zu 6 Monaten oder mit Buße bestraft. Das deutsche Gesetz macht hier die beachtenswerte Einschränkung, daß die Strafe nach Art und Maß nicht schwerer sein darf als die für die vorsätzliche Begehung der Handlung angedrohte Strafe. Alle drei Entwürfe halten grundsätzlich an der Straffreiheit der in Zurechnungsunfähigkeit begangenen strafbaren Handlung fest. Bei der sog. verminderten Zurechnungsfähigkeit mildert nach dem schweizerischen Entwurf der Richter nach freiem Ermessen schon bei herabgesetzter, der deutsche Richter nur bei erheblicher Verminderung der Zurechnungsfähigkeit die Strafe. Der tschechoslowakische Entwurf berücksichtigt die verminderte Zurechnungsfähigkeit überhaupt nicht. Die deutsche amtliche Strafrechtskommission hat den Ausdruck „Zurechnungsfähigkeit“ und „Zurechnungsunfähigkeit“ durch die sprachlich und sachlich treffenderen Worte „Schuldfähigkeit“ und „Schuldunfähigkeit“ ersetzt.

Germanus Flatau (Dresden).

Korzeniowski, Lucjan: Über Schwierigkeiten der Anwendung des Begriffes „verminderte Zurechnungsfähigkeit“. Now. psychjatr. 13, 96—100 u. franz. Zusammenfassung 431 (1936) [Polnisch].

Laut Ansicht des Verf. liegen den Art. 18 und 80 des polnischen Strafgesetzes gemäß 2 Möglichkeiten vor. Der Gesetzgeber hat die Absicht gehabt, entweder den vermindert Zurechnungsfähigen zuerst in einer Heilanstalt voll zurechnungsfähig zu machen und ihn dann voll zu bestrafen, oder ihn als im vorhinein psychisch teilweise Normalen, teilweise Abnormen mit einer geringeren Strafe zu belegen. Da die verminderte Zurechnungsfähigkeit nach Art. 18 zumeist bei Psychopathen erkannt zu werden pflegt, die Psychopathie aber als angeborener Zustand unheilbar ist, so muß die erste

Möglichkeit des Gesetzgebers als unzweckmäßig bezeichnet werden. Desgleichen erscheint auch die zweite Möglichkeit als falsch. Wird nämlich ein psychopathischer Verbrecher laut Art. 18 mit einer kürzeren Freiheitsstrafe bestraft, so wird er als unheilbarer Verbrecher schneller der Gesellschaft gefährlich werden. Die alleinige Lösung dieses Dilemmas erblickt Korzeniowski in der Verwerfung der falschen Auffassung seitens des polnischen Strafgesetzes der Strafe als Sühne. Gegenwärtig soll die Strafe nur als ein Sicherungsmittel gelten, eine Detention sein. Die Dauer dieser Detention könnte verschieden lange je nach Fall bestimmt werden. Sie ließe sich auch probeweise aufheben.

L. Wachholz.

Kriminologie. Kriminalbiologie. Pönologie.

Reuter, Fritz: Inwieweit soll der Gerichtsarzt auch Kriminalist sein? Wien. med. Wschr. 1937 I, 579—583.

Die im vorliegenden Aufsatz behandelte Frage sollte eigentlich richtiger so formuliert werden: „Inwieweit soll der gerichtliche Mediziner auch Kriminalist sein?“ weil doch ein ganzer Teil der Forderungen, welche der Verf. in diesem seinem Vortrag aufstellt, nicht von dem amtlich angestellten Gerichtsarzt erfüllt werden können, wohl aber von dem Personal der gerichtlich-medizinischen Institute, dem Vorstand und seinen Hilfsassistenten und sonstigen Hilfsarbeitern. Reuter geht von der Streitfrage aus, inwieweit der gerichtliche Mediziner kriminalistische Fragen zu lösen beauftragt werden sollte. Für die rein kriminalistisch-technischen Aufgaben (Schriftfälschungen usw.), an deren Lösung natürlich die Strafrechtspflege auch ein weitgehendes Interesse hat und haben muß, lehnt R. folgend den Ausführungen von Haberda, die Zuständigkeit der gerichtlichen Mediziner ab. Andererseits aber folgt er diesem letzteren, seinem früheren Lehrer, doch auch wieder, indem er die medizinisch-kriminalistischen Fragen bzw. deren Lösung als das Arbeitsgebiet der gerichtlichen Medizin und der gerichtlich-medizinischen Institute bezeichnet. Daß es Grenzgebiete zwischen Kriminalistik und gerichtlicher Medizin gibt und geben muß, sei selbstverständlich und je nach den lokalen Verhältnissen und nach der Individualität wird einmal der Vertreter der technischen Kriminalistik und ein anderes Mal der gerichtliche Mediziner der zuständige Mann sein. R. tritt energisch, ganz mit Recht, für eine Zusammenarbeit der Kriminalisten und der Polizeiorgane mit den gerichtlichen Medizinern ein und führt dies in seinem Vortrag für die verschiedenen Gebiete der Rechtspflege aus. Die biologisch-psychologische Ausforschung des Täters und des Delikts wird nur dann eine richtige und für die Rechtsfindung brauchbare sein, wenn der Sachverständige nicht nur klinisch-psychiatrisch, sondern auch kriminal-psychologisch geschult ist. Dies wird ganz besonders erreicht durch eingehende Beschäftigung mit den Insassen der Strafanstalten insbesondere den verschiedenen Spielarten der psychopathischen Gewohnheitsverbrecher. R. weist in diesem Zusammenhang auf die guten Erfahrungen hin, welche er in den Jahren seiner Wirksamkeit in Graz durch seine und seiner Mitarbeiter Tätigkeit im Strafgefängnis gesammelt hat. Die Heranziehung der Experimentalpsychologie im Strafverfahren lehnt auch R. als unzweckmäßig beachtlicherweise ab. Die kriminalpsychologische Betätigung soll sich nicht nur auf die Feststellung der Zurechnungsfähigkeit beschränken, sondern auch den ganzen objektiven Tatbestand einbeziehen bei allen Körperverletzungs- und Tötungsdelikten. So soll sich der Sachverständige auch in der Verhandlung nicht nur über den psychischen und somatischen Befund äußern, sondern auch über den ganzen Komplex des betreffenden Tatbestandes, wobei eine innige Zusammenarbeit mit der Polizei schon von dem gemeinschaftlichen Lokalaugenschein an bis zu den kriminalistischen-gerichtlich-medizinischen Untersuchungen hin empfohlen wird. Auch mit dem letzten Teil der Reuterschen Ausführungen kann man im ganzen einverstanden sein; sie betonen, daß für die Strafrechtspflege nicht nur die medizinische Seite des jeweiligen Falls zu berücksichtigen ist — ein solches Gutachten ist oft für den Richter unbrauchbar — sondern daß eben der