

Erfassung, der vergleichenden Selbstbeobachtung, des Experimentes und der Statistik. — An zweiter Stelle wird folgendes Experiment beschrieben: Ausgehend von der bekannten Deutung, daß Steilheit einer Schrift für eine Verstandesnatur des Schreibers spricht, ließ Verf. schwierige Übersetzungsarbeiten aus einer Fremdsprache aufschreiben und konnte so eindeutig eine steilstellende Wirkung des Nachdenkens konstatieren. Beim Beschreiben von Bildern, die eine starke Gemütswirkung erzielen, konnte er dagegen eine Abnahme des Neigungswinkels um 25° gegenüber der Normal-schrift beobachten. — Die Studie ist mit Schriftbeispielen versehen.

Feitscher (Amsterdam).

Stahl, Henri: Un faux magistral. (Eine meisterhafte Fälschung.) *Rev. internat. Criminalist.* 9, 70—76 (1937).

Einer Bank waren 2 Schecks, auf die gleiche Summe lautend, vorgelegt worden. Die Unterschriften waren gleichartig. Die Nummern der beiden Schecks folgten aufeinander (34, 35). Die auffallend gleiche Art der beiden Schecks veranlaßte die Bank, ihre Echtheit durch den Verf. überprüfen zu lassen. Er stellte fest, daß die Unterschriften auf beiden Schecks photographisch gleich waren, einschließlich einer Stelle, an der die Feder versagt hatte. Spuren von Vorzeichnungen waren allerdings nicht feststellbar. Bei der Untersuchung der Kontrollnummer ergab sich, daß die Zahlen handschriftlich verändert waren. Durch Feststellung der ursprünglichen Nummern gelang es, Hinweise dafür zu erhalten, aus welcher Gegend der Umgebung der Stadt Bukarest die Schecks stammten. Durch weitere Nachforschungen glückte es auch, den Scheck zu finden, der als Muster zu der gut gelungenen, freihändigen Fälschung der Unterschriften gedient hatte, und es gelang schließlich durch weitere Ermittlungen, den Täter zu entdecken.

B. Mueller (Heidelberg).

● **Preuss, Friedrich Wilhelm: Blitz-Wirkungen bei Materialien aller Art und bei Mensch und Tier.** (Gewitter-Schäden. 7. Folge.) Altdamm b. Stettin: H. Hormann 1937. 154 S. u. 51 Abb. RM. 6.85.

Die vorliegende Arbeit des Sachverständigen für Unwetterschäden bringt ein großes Erfahrungsmaterial über Blitzwirkungen bei Material aller Art, über die zerstörende Gewalt des Blitzes, insbesondere aber auch reichliche Erfahrungen über Blitzwirkungen beim Menschen: 115 Einzelfälle über Wiederbelebungsversuche bei Scheintoden nach Blitzschlag; 40 Einzelfälle bei Tieren. Verf. erörtert dann die Gefahren des Spannungsfeldes als Schadenbringer. Ein weiteres Kapitel über die Verwertungsmöglichkeiten der Erfahrungen ist nicht nur für Versicherungsbeamte, sondern auch für alle Ärzte, ganz besonders für Gerichtsärzte, von großer Bedeutung. Auch der Gerichtsarzt, der die Arbeiten Jellineks und sein wohl einzig dastehendes elektropathologisches Institut in Wien kennt, wird aus der vorliegenden Arbeit mancherlei Nutzen ziehen können. Praktisch wichtig sind auch die letzten drei Kapitel über den Kugelblitz, über merkwürdige Blitzschadensfälle und über den Aberglauben, daß der Blitz nicht in Birken und Buchen einschlagen könne. Mit Recht vertritt Preuss den Standpunkt, daß der veraltete Spruch: „Den Pappeln und Eichen sollst du weichen, die Birken und Buchen aber suchen“, irreführend und deshalb gefährlich sei, und will ihn durch folgenden ersetzt wissen: „Beim Blitz den Bäumen weiche, der Birke, Buche, Eiche; doch auch dem Waldessaum und jedem freien Baum.“ — Für den Gerichtsarzt scheint mir auch noch die Unterscheidung von Blitzwirkungen und anderen Gewitterschäden, z. B. Windhosen, über welche P. eine zweite Arbeit ankündigt (Gewitterschäden, 8. Folge), von Bedeutung zu sein, da gerade der Gerichtsarzt durch falsche Angaben seitens der Umgebung irreführt werden könnte, andererseits negative Befunde an der Leiche oder an einem Verletzten nicht immer erlauben dürften, Blitzwirkung mit voller Sicherheit auszuschließen.

Kalmus (Prag).

Psychologie und Psychiatrie.

● **Bleuler, Eugen: Lehrbuch der Psychiatrie.** 6. Aufl., den neueren Anschauungen und Bedürfnissen angepaßt. Unter Mitwirkung v. Josef Berze, Hans Luxenburger u. Friedrich Meggendorfer. Berlin: Julius Springer 1937. XII, 496 S. RM. 18.—.

Wenn ein Lehrbuch der Psychiatrie neben zwei anderen einschlägigen Lehr-

büchern, die Ref. unlängst in dieser Zeitschrift besprochen hat, zur Zeit in 6. Auflage erscheint, so spricht das nicht nur für die zunehmende Bedeutung und Anerkennung der Irrenheilkunde, sondern nicht minder auch für die Güte und Brauchbarkeit des Werkes unseres Altmeisters der Psychiatrie, der vor kurzem seinen 80. Geburtstag feiern konnte. Die Anerkennung, die die 4. und 5. Auflage in dieser Zeitschrift gefunden hat, verdient auch die vorliegende Auflage in vollem Maße, zumal Verf. entsprechend der Ankündigung auf dem Titelblatt es verstanden hat, seine Arbeit den neueren Anschauungen und Bedürfnissen anzupassen. Das gilt nicht nur hinsichtlich des klinischen Teiles und hier nicht nur für die Wahnpsychosen, sondern vor allem für das manisch-depressive Irresein, die Schizophrenie, die Epilepsie, also Krankheiten, die gerade für uns Deutsche eine besondere Bedeutung nach dem Umbruch gewonnen haben, sondern auch für den gerichtsärztlichen Teil. Meggendorfer, dem wir einen ausgezeichneten, inhaltsreichen Abriß der gerichtlichen Psychiatrie verdanken, der sich auch in einem kurzen Abschnitt (S. 387) über die Vorbeugung der Unfall- und Pensionsneurose geäußert hat, gibt eine gute Übersicht über die deutschen Verhältnisse; Berze hat das österreichische Recht bearbeitet, während Bleuler selber naturgemäß die Erörterung schweizerischer Rechtsverhältnisse beibehalten hat. Dankenswerterweise hat der Verlag, da das neue deutsche Strafgesetzbuch zur Zeit der Drucklegung des Buches noch nicht erschienen ist, einen Nachtrag unentgeltlich in Aussicht gestellt, der auf die einschlägigen Bestimmungen des Strafgesetzbuches Bezug nimmt. Vor allem aber verdient hervorgehoben zu werden, daß ein so bewährter und allgemein anerkannter Fachmann wie Luxenburger auf etwa 50 Seiten eine ausgezeichnete Übersicht über die eugenische Prophylaxe gegeben hat, und zwar nicht nur allgemeine Vorbemerkungen, in denen er mit Recht immer wieder die vielfach verkannten Beziehungen zwischen Anlage und Umwelt betont, sondern auch eine spezielle psychiatrische Erb- lehre, die dank seinen klinischen Erfahrungen den Lesern dieser Zeitschrift besonders erwünscht sein wird. Ref. möchte nicht unterlassen, schließlich noch hervorzuheben, daß der Verf. es dank seinem didaktischen Geschick verstanden hat, die neue Auflage gegenüber der vorigen zu kürzen. Kurz und gut, ein Werk, das nach wie vor die größte Anerkennung verdient!

Ernst Schultze (Göttingen).

● **Gruhle, H. W.: Grundriß der Psychiatrie. 11. Aufl. d. „Psychiatrischen Diagnostik“ v. Julius Raeeke.** Berlin: Julius Springer 1937. VI, 166 S. u. 7 Abb. RM. 4.80.

Es ist ein Beweis für die Richtigkeit des methodischen Aufbaues des altbeliebten Raeekeschen Leitfadens, daß er trotz der notwendig gewordenen Neubearbeitung und Erweiterung vom Verf. als 11. Auflage der „Psychiatrischen Diagnostik“ bezeichnet wird. Die flüssige, klare, anschauliche Darstellung des Stoffes wird den Grundriß im neuen Gewande wie seine Vorgänger wieder zum unentbehrlichen Arbeitshilfsmittel in der Hand aller jungen Kollegen machen, namentlich derjenigen, die jetzt als psychiatrisch nicht ausgebildete Hilfsärzte der Gesundheitsämter vor die schwierige Aufgabe gestellt sind, zu den positiv oder negativ ausgerichteten Zielen der Erb- und Rassen- pflege die verschiedensten Volksgenossen auf ihren Geisteszustand zu untersuchen und das Ergebnis in einem geordnet aufgebauten und überzeugenden Gutachten darzu- stellen. Daß bei dieser Aufgabe für den jungen Arzt die Schwierigkeit schon bei der ersten Unterhaltung mit dem Prüfling und seinen Angehörigen darin besteht, „mit ihnen in Kontakt zu kommen“, ist dem Verf. als erfahrenem Psychiater wohlbekannt, und es ist ihm besonders zu danken, daß er den Anfänger bei Erhebung der Vorgeschichte und dem Gang der Untersuchung praktisch zu führen weiß. Dem preiswerten Buche ist ein so rascher Absatz zu wünschen, daß bald die 12. Auflage fällig wird. *Schütt.*

Plichet, André: Les procédés modernes d'exploration du système nerveux. (Die modernen Methoden der Untersuchung des Nervensystems.) Bull. méd. 1937, 507—512.

Kurze Darstellung der Methodik und der Ergebnisse einiger neuerer Untersuchungsmethoden bei Erkrankungen des Nervensystems, besonders der Methode von Quecken- stedt-Stockey (Messungen des lumbalen Liquordruckes bei Kompression der Jugu-

laris am Hals oder bei abdomineller Kompression), ferner der Encephalo-, Ventrikulo- und Arteriographie, der Hyperpnoe-Probe und endlich der elektro-encephalographischen Untersuchung.

A. Schüller (Wien).^{oo}

Mattioli-Foggia, Cesare: Sul trattamento del parkinsonismo postencefalitico con un metodo derivato dalla cosiddetta „cura bulgara“. (Über die Behandlung des postencephalischen Parkinsonismus mit einer von der sog. „bulgarischen Behandlung“ abgeleiteten Methode.) (*Osp. Psichiatr. Prov. di Parma, Colorno.*) *Note Psichiatr.* 66, 113—123 (1937).

Die besten Ergebnisse bei der Behandlung des Parkinsonismus nach Encephalitis epidemica werden mit der sog. „bulgarischen Methode“ erreicht, welche von der Königin-Kaiserin in Italien eingeführt wurde. Beinahe alle italienischen Verff. haben diese Methode angewendet. Der Kranke erhält 600 g weißen, nicht süßen („secco“) Wein, in welchem 13—15 Minuten lang 30 g Belladonna bulgarica gekocht werden. Der Botaniker Raeff beginnt die Kur mit einem Suppenlöffel des Decoctums. Die Praxis hingegen zeigte, es sei besser mit einem Infusum von 1—2 ccm zu beginnen, und so behandelte auch Verf. seine Kranken im Spitale von Colorno. Dann erhöhte er diese Dose, bis diese bei Frauen 50 und bei Männern 60 ccm erreichte. Die Behandlung darf nicht brüsk unterbrochen werden. Die Diät besteht aus Milch oder Milch und Pflanzenkost. Turnübungen und Massage ergänzen die Behandlung. Ohne Zweifel ist die Heilung auf die Alkaloide basiert, aber der Mechanismus ist hypothetisch. — Verf. beschreibt 11 Fälle mit ganz wesentlicher Besserung. Die italienische Wurzel ist mindestens ebenso gut wie die bulgarische, ferner ist die von ihm empfohlene Dosis geringer als die mit der bulgarischen Wurzel erreichte. Die Maceration in Wein scheint ihm besser zu sein als die in Wasser.

Révész (Sibiu).

● **Grassl, Erich:** Die Willensschwäche. Gleichzeitig ein Beitrag zur Theorie des Willens, der Willensentwicklung und Willenserziehung. (Z. angew. Psychol. Hrsg. v. Otto Klemm u. Philipp Lersch. Beih. 77.) Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1937. VI, 254 S. RM. 12.—.

Einleitend wird eine Übersicht über die Entwicklung des Begriffs der Willensschwäche und über die Rolle, die sie bisher in der psychiatrischen, pädagogischen und heilpädagogischen Forschung gespielt hat, gegeben. Nicht nur, daß das Problem der Willensschwäche gegenüber dem der Intelligenzschwäche zu kurz gekommen ist, auch die Uneinheitlichkeit des Begriffes hat manche Unklarheiten in die Fragestellung gebracht. Die Erörterungen waren meist nur systematische Einordnungen. Es fehlten die Beobachtungen. Besonders war die Frage der Behandlung vernachlässigt worden. Verf. umreißt dann Aufgabe (Früherfassung zwecks Vorbeugung), Methode (Beobachtung und Katamnesen nach den Akten, Besichtigung von Musteranstalten u. a.) und Ziel (Einzeldarstellung der Willensschwäche in einheitlichem Aufbau und in geschlossener Durchführung) der eigenen Arbeit. Bei der Erörterung des Wesens der Willensschwäche wird besonders auf die „Triebe“ und „Strebungen“, auf das Verhältnis: Gefühl—Trieb—Wille und auf das Wesen der Motive eingegangen. Die Annahme einer „elementaren Willenskraft“ wird abgelehnt und es wird entwickelt, daß die Willensschwäche als Erscheinungsform psychologisch völlig verschiedene Wurzeln haben kann. Sie ist lediglich Symptom. Die normale Willensentwicklung vollzieht sich in Stufen, von denen besonders eingehend die zwei Hauptentwicklungsphasen des Willens im 3. und 4. Lebensjahr und um die Jahre der Vorpubertät und Pubertät behandelt werden. Bei der Erörterung kommen auch die verschiedenen Formen der entwicklungsgebundenen Willensschwäche nicht zu kurz. Die Ausführungen über die verschiedenen Erscheinungsformen der Willensschwäche werden durch kasuistische Beiträge belebt. Verf. unterscheidet bei den Grundlagen der Willensschwäche eine Störung der Selbständigkeit des Willens, eine Störung des Arbeits- und Leistungswillens und eine Störung der Selbstbeherrschung, die sich alle wieder in Unterformen gliedern lassen. Sodann werden besondere Erscheinungsformen der Willensschwäche (Faulheit und Arbeitsscheu, Durchbrennen, ständiger Berufswechsel u. a.) herausgestellt und auf frühe Anzeichen im Säuglings- und Kindesalter (Inaktivität und Unselbständigkeit beim Spiel, verspätetes Gehen- und Sprechenlernen u. a.) hingewiesen. Als Folgeerscheinungen sind Lügenhaftigkeit, Beschönigungssucht, Ausreden, Vielschwätzei, Schwächlichkeit, Kriecherei, Gutmütigkeit, Gleichgültigkeit und Stumpfheit, Geltungssucht und Streitsucht angeführt. In einem weiteren Teil des Buches sind Ursachen, Vorkommen und Auslözungsmomente der Willensschwäche behandelt. Die Vererbbarkeit erscheint gesichert. Doch steht die Forschung hier erst am Anfang. Kurz wird dann noch die Stellung der Willensschwäche im Rahmen

des Ehegesundheitsgesetzes behandelt und eine zusammenfassende Übersicht über das Problem gegeben, wobei eine mehr oder weniger schematische Aufteilung nach der zeitlichen Dauer, dem Umfang, dem Stärkegrad, der Art der Willensschwäche und eine Aufteilung nach Typen versucht wird. Die Behandlung wird im Rahmen der allgemeinen Willenserziehung erörtert, wobei einerseits eine fördernde, andererseits eine hemmende und bewahrende Erziehung, ferner eine nachgehende Erziehung unterschieden werden. Zum Schluß wird die Stellung des Willensschwachen im Recht, in der Fürsorge, in Arbeitsdienst und Heer und in der christlichen Moral kurz erörtert. Ein ausführliches Schrifttumsverzeichnis ermöglicht weiteres Quellenstudium. *Dubitscher* (Berlin).

Scharfenberg, Kurt: Der Ärger als Ursache körperlicher und seelischer Dauerstörungen. (Med. Univ.-Poliklin., Erlangen.) Erlangen: Diss. 1937. 20 S.

Aus der subjektiven Empfindung Ärger können besonders bei der Steigerung ärgerlicher Verstimmung zum Zornaffekt seelische und körperliche Dauerstörungen entstehen, und zwar in Form der Hemmung im gesamten menschlichen Organismus. 3 Faktoren bestimmen die Verstimmbarkeit: Verlauf, Intensität und Persönlichkeit des Betroffenen. Arbeits- und Beschäftigungstherapie ist besonders wirksam. Dem Thema entsprechend werden pathologische Reaktionen nur kurz gestreift. *Günther*.

Tusques, Jean: Les troubles endocriniens dans les états d'excitation. (Endokrine Störungen bei Erregungszuständen.) Ann. méd.-psychol. **95**, II, 15—39 (1937).

An Hand einer umfangreichen Literatur sucht der Verf. nachzuweisen, daß nur eine sehr geringe Anzahl von manischen Erregungszuständen endokrinen Störungen zugeschrieben werden kann; in keinem Fall ist es geglückt, die hormonale Bedingtheit eines manischen Erregungszustandes zu beweisen. Der Verf. hält es für nötig, bei der Untersuchung von manischen Erregungszuständen, die vielleicht auf einer endokrinen Störung beruhen könnten, nicht die „manisch-depressive Psychose“ als eine Krankheitseinheit anzunehmen, sondern zu beachten, daß das, was man eine klassische Psychose nennt, meist eine Gruppe von Krankheitszuständen verschiedenster Ätiologie bildet. Ferner empfiehlt der Verf., sich nicht auf das Studium der Funktion einer Drüse bei der Untersuchung zu beschränken, sondern das Krankheitsbild als eine endokrine Bilanz aufzufassen. *W. Brandt* (Leverkusen).

Barag, G.: Zur Psychoanalyse der Prostitution. Imago (Wien) **23**, 330—362 (1937).

Wie man uns hier unter Mitteilung mancher interessanter Einzelheit aus Geschichte und Völkerkunde glauben machen will, sucht der Klient unbewußt in der Dirne die Mutter, speziell die Mutter, wie sie in der prägenitalen Phase erlebt wurde. Dahingegen handelt es sich bei der Dirne um intensive Kastrationswünsche. Sie fürchtet letzten Endes den übermächtigen väterlichen Penis. Die große Anzahl der zum Coitus zugelassenen Männer dient dem fraktionierten Abreagieren, aber auch der Entwertung des Mannes. Die wiederholte Selbstbelehrung soll eben zeigen, wie unbedeutend doch das im Unterbewußtsein gefürchtete Glied sei. *v. Neureiter* (Berlin).

Speijer, N.: Eine Untersuchung nach den Triebgrundlagen des Selbstmordes. (Psychiatr. Klin., Univ. Leiden.) Psychiatr. Bl. **41**, 272—294 (1937).

Verf., der kürzlich eine holländische Monographie über die „energetisch-psychologischen Grundlagen des Selbstmordes“ vorgelegt hat, stellt seine Anschauungen in einem deutsch geschriebenen Aufsatz nochmals kurz zusammen. Ausgehend von Freud, Alexander und den anderen bekannten Anschauungen der Psychoanalyse, setzt er sich wieder mit dem Todestrieb (dessen Intensität sowie den Beziehungen zu den verschiedenen Destruktionstrieben usw.) auseinander. Arbeiten dieser Art entziehen sich naturgemäß einem kurzen Referat; Interessenten seien deshalb auf das Original verwiesen. Verwunderlich erscheint dem Ref., wie man psychologische Verhältnisse so fast ausschließlich quantitativ betrachten und daß man sie so präzise graphisch darzustellen unternehmen kann; er vermag hier nicht viel mehr zu sehen als eine Konstruktion, die klinisch bzw. praktisch kaum fördert. *Donalies* (Eberswalde).

Pilez, Alexander: Über einen ungewöhnlichen Fall von Lachzwang. Wien. med. Wschr. 1937 II, 790.

15jähriger Realgymnasiast leidet seit einiger Zeit an eigentümlichen Zuständen

mit krampfartigem Zwangslachen, ohne daß irgendwelche sonstigen psychischen Symptome vorliegen. Seine Schulleistungen sind nach wie vor gut. Beide Eltern des Patienten sind sehr nervös; Patient wurde ohne Komplikationen geboren, entwickelte sich normal, machte außer einer Grippe keinerlei ernstliche Erkrankungen durch. Ob es sich bei der Grippe vor einigen Jahren vielleicht um eine epidemische Encephalitis handelte, läßt der Verf. dahingestellt. Bei der Untersuchung finden sich keinerlei somatische Symptome, insbesondere keine für postencephalitische Zustände oder für multiple Sklerose charakteristischen Zeichen. Nach Angabe des Patienten tritt der Lachzwang ohne äußeren Anlaß und ohne spaßhafte Erinnerung auf. Zwangsweinen hat der Patient niemals gehabt. Während *Economo* bei Postencephalitikern weder Zwangslachen noch Zwangsweinen beobachtete, erwähnen andere Autoren das gelegentliche Vorkommen eines Lächelns oder leichten Lachens. Der Verf. glaubt, daß es sich im vorliegenden Falle gar nicht um ein Symptom handle, das mit den sonst bekannten Bildern des Zwangslachens und -weins in Einklang zu bringen sei. Den wichtigsten Unterschied sieht er darin, daß das Lachen nicht — wie etwa bei den Pseudobulbärparalytikern — suggestiv erzeugt werden kann und daß niemals analoge Weinanfälle aufgetreten sind. Der Verf. möchte bei seinem Fall, wo es sich um ganz unmotivierte heftigste Lachanfälle handelt, in denen sich der Patient vor Lachen krümmt, überhaupt nicht von Zwangslachen, sondern lieber von einem „Lach-tic“ sprechen. Aus der Klinik der postencephalitischen Zustände ist dem Verf. ein ähnliches Bild nicht bekannt, dagegen hörte er von einem Kranken mit *Lues cerebri*, der 3 Jahre nach einer Apoplexie mit Reflexstörungen auf der linken Seite ohne sonstige psychische Veränderungen an anfallsweisem Zwangslachen litt, ohne daß durch irgendwelche Beeinflussung jemals Zwangsweinen bei ihm ausgelöst werden konnte. *Wagner (Bethel).*

Speer, Ernst: Das Problem der Sucht. (*Privatklin. Dr. Speer, Lindau a. Bodensee.*) *Z. Neur.* 157, 579—587 (1937).

Der Suchtbegriff wird nicht von der Quantität oder Qualität des Mittels hergeleitet, sondern er involviert bei seiner Verwandtschaft mit den Anankasmen (*v. Gebssattel. Ref.*) immer die „Haltungsanomalie der betroffenen Persönlichkeit“. Verf. reiht seine Typeneinteilung von hinten auf: an der Endstellung befindet sich der unerziehbare echte „Haltlose“: er eignet sich zu keinerlei Psychotherapie und für ihn gibt es letzten Endes als Therapie nur die geschlossene Anstalt und Sicherheitsverwahrung! Zwischen diesem Typus und den erworbenen Haltungsanomalien gibt es Zwischenglieder. Verf. glaubt, daß der Charakter nicht ohne weiteres durch die Süchtigkeit abgebaut werde; auch der Alkohol sei kein Keimschädling (*Boss, Zürich. Ref.*); er mache aber mangelhafte Anlagen sichtbar. Als Entziehungstechnik wird 2—2½ tägige Luminal-Scopolamin-Dauernarkose bevorzugt: ein wichtiger Faktor ist die psychische Haltung vor Beginn der Kur, die durch psychotherapeutische Aktivierung möglichst widerstandslos gemacht werden muß (*Beringers Selbstversuche über „Einstellung“.* *Ref.*). Lösung der Konfliktsituation gehört auch nachher zum wichtigsten Teil der Behandlung. Verf. schildert zum Schluß einen besonders interessanten Fall von Bromuralismus mit temporaler Abblassung, Salivation und Ataxie. *Leibbrand.*

Oettel, H.: Experimentelle Sucht und Abstinenz. *Tung-Chi* 12, 253—266 (1937).

Verf. stellt eingangs fest, daß die Ursache des Morphinismus zwar psychischer Art sei, daß aber auch 2 pharmakologische Probleme beständen: Toleranz und Abstinenz. Das Auftreten dieser beiden Erscheinungen, d. h. von Gewöhnung bei längerem Gebrauch des Mittels (es werden zur Erreichung der beabsichtigten Wirkung immer höhere Dosen nötig) und von Ausfallserkrankungen bei Entzug, sei durch ausgedehnte, kritische tierexperimentelle Versuche bestätigt worden. Es sei aber auch durch Tierversuche erwiesen, daß die Gewöhnung nicht auf einer erhöhten Ausscheidung oder einem beschleunigten Abbau des Morphiums und seiner Verwandten beruhe, sondern Folge einer im Wesen ungeklärten Umstimmung des Organismus sei. Dieser werde einerseits weniger empfindlich dem Mittel gegenüber, andererseits baue er es als lebens-

notwendig in seinen Stoffwechsel mit ein. Dadurch werde aus der psychischen eine somatische Sucht. Auch mit Schlafmitteln seien Tierversuche unternommen, und es sei von schweren Abstinenzerscheinungen nach plötzlichem Entzug berichtet worden. Verf. hat an Hunden mit Veronal, Luminal, Phanodorm, Noctal solche Versuche wiederholt, dabei aber gleichzeitig auch die Ausscheidung des jeweiligen Mittels und seiner Abbauprodukte im Harn gemessen (Trennung der Abbauprodukte von dem unveränderten Mittel durch fraktionierte Sublimation. Identifizierung durch Schmelzpunkt). Es zeigte sich, daß Abbau und Ausscheidung bei der Gewöhnung nur wenig verändert wurden. Verf. erklärt deswegen auch hier die Toleranz wie beim Morphinum durch geringer werdende Empfindlichkeit des Organismus. Abstinenzerscheinungen nach Entzug wurden nicht beobachtet. Die im Schrifttum mitgeteilten Erregungszustände der Tiere nach Entzug deutet Verf. als trotz des Entzuges auftretende Vergiftungssymptome. Ähnliche Erscheinungen hat er bei seinen Hunden noch während der Zufuhr extrem hoher Dosen beobachtet. Verf. folgert, daß bei den Schlafmitteln die Sucht nicht wie beim Morphinum somatisch werde. Verf., Professor für Pharmakologie an der Staatl. Tung-Chi Universität in China, fordert abschließend eine scharfe internationale Überwachung des Opiumhandels und der ärztlichen Verordnung von Opiaten und befürwortet den weitestgehenden Ersatz der Morphinummittel durch solche Antineuralgica und Sedativa, die nicht zur Sucht führen.

Drope (Berlin).

Wall, James H.: A study of alcoholism in women. (Über Alkoholismus bei der Frau.) (*Bloomingtondale Hosp., White Plains, N. Y.*) *Amer. J. Psychiatry* **93**, 943—955 (1937).

Gegenstück zu einer entsprechenden Untersuchung an Männern [*Amer. J. Psychiatr.* **92**, 1389 (1936)]. Untersuchungen an 50 Alkoholikerinnen, die ebenfalls in der Zeit von 1920—1933 wie die männlichen im Bloomingtondale Hospital, White Plains, New York, aufgenommen wurden. (Diagnose: „einfacher Alkoholismus“ bei 13 Fällen, „Psychopathie mit Alkoholismus“ bei 8, „Delirium tremens“ bei 13, „akute Halluzinose“ bei 5, „Korsakow“ bei 7, „alkoholische Entartung“ bei 4. 4 Beispiele.) Gegenüber den Männern tritt der einfache Alkoholismus zurück, Korsakowsche Psychose und besonders Delirium tremens, auch alkoholische Entartung ist häufiger. Besondere Elternbindungen spielen bei den Frauen keine Rolle, dagegen fallen sie durch Launenhaftigkeit in der Kindheit auf. Ein großer Teil waren Wildfänge, körperlich kräftig. Im Gegensatz zu den alkoholischen Männern legen Frauen auf Verbindungen mit ihrem eigenen Geschlecht keinen Wert. Die Mehrzahl hatte nach der Eheschließung außereheliche Beziehungen. Der durchschnittliche Beginn des Trinkens liegt bei den Frauen höher (28 Jahre anstatt 18 Jahre), ebenso das Durchschnittsalter bei der Aufnahme (41 anstatt 38 Jahre). Bei den Frauen ist die Trunksucht mehr mit einer bestimmten Lebenssituation verknüpft, reaktiv auf diese entstanden. Beiden Geschlechtern gemeinsam ist der narzistische Persönlichkeitstyp mit wachsender Unfähigkeit zur Anpassung an die Wirklichkeit.

K. Ernst (Tübingen).

Pappenheim, Else, und Erwin Stengel: Zur Psychopathologie der Rauchgewohnheiten. II. Mitt. Ein Fall von Pyromanie. (*Klin. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Univ. Wien.*) *Wien. klin. Wschr.* **1937 I**, 354—356.

Beschreibung eines Falles von Feuerlust, bei dem sich die Entwicklung des Brandstiftungstriebes von frühester Kindheit an verfolgen ließ. Seine Besonderheit liegt darin, daß möglicherweise eine in der Jugend durchgemachte Encephalitis lethargica zur Enthemmung der Triebregung beigetragen hat. Der Bericht, der in eindrucksvoller Weise die Dringlichkeit einer gesetzlichen Regelung der Frage nach der Unterbringung krimineller Psychopathen erhellt, bildet auch einen Beitrag zur Psychopathologie der Rauchgewohnheiten, konnte doch gezeigt werden, daß im Rahmen des Rauchaktes pyromane Tendenzen zum Teil befriedigt wurden. Das Rauchen wurde aufgegeben, sobald es nicht mehr imstande war, die Funktion der teilweisen Befriedigung der pyromanen Triebhandlung zu erfüllen. Interessant ist, daß auch andere

erlaubte Arten der Befriedigung der Feuerlust die Patientin eine Zeit lang vor der Kriminalität zu bewahren vermochten. *v. Neureiter* (Berlin).

Flinker, Robert: Jakob Haringer. Eine psychopathologische Untersuchung über die Lyrik. Mit Hinweisen auf Hermann Hesse und Max Herrmann. Arch. f. Psychiatr. 107, 347—399 (1937).

Die eingehende Beschäftigung mit den lyrischen Werken der nach der Meinung des Verf. zweifellos schizothymen Dichter Jakob Haringer, Hermann Hesse und Max Herrmann stützt die Vermutung, daß die den Menschen des schizothymen Kreises eigene Grundstimmung (das Gefühl des Einsamseins, die Unfähigkeit zum naiven, selbstverständlichen Erfassen der Umgebung, die Unmöglichkeit harmonisch mit den anderen Menschen mitzuklingen) bei den genannten Lyrikern teilhat an der Wirkung ihrer Gedichte. *v. Neureiter* (Berlin).

Korzeniowski, Lucjan: Reaktive Störungen des Psychopathen und die sogenannten Gefängnispsychosen. Now. psychiatr. 13, 1—70 u. franz. Zusammenfassung 427 (1936) [Polnisch].

Korzeniowski bespricht an der Hand der einschlägigen Literatur zuerst die allgemeinen Begriffe über das Wesen der Psychopathie bzw. der psychopathischen Veranlagung, die Einteilung der Psychopathen (in Nervöse, Ängstliche, Empfindliche, Reizbare usw.) und ihre Eigentümlichkeiten, sodann ihre Reaktivität und ihre reaktiven psychischen Verstimmungen, insbesondere jene, die durch Zorn, Angst, Depression und Fluchttendenz aus der Wirklichkeit ausgelöst werden. Im letzten Abschnitt behandelt K. die sog. Zuchtauspsychosen und führt einige Fälle dieser Psychosen an, die er seiner eigenen Erfahrung entnimmt. *L. Wachholz* (Krakow).

Wuth, O.: Betrachtungen über einige Psychopathiefragen in der Wehrmacht. Dtsch. Mil.arzt 2, 320—324 (1937).

Verf. macht Ausführungen über die Einteilung der Psychopathen und macht den Versuch, eine für die Bedürfnisse des Truppenarztes geeignete neue Einteilung zu finden. Er geht dabei in rein empirischer Weise auf Grund des Studiums von Krankenblättern aus, indem er immer die Gesamtpersönlichkeit berücksichtigt. Verf. bildet Gruppen nach 5 Gesichtspunkten: Intellekt, Temperament (anathymes und katathymes, nicht im Sinne von Kretschmer), Gefühlswärme (Gemüt), Willigkeit und Charakter im engsten Sinne. Diese Gruppierung ermöglicht eine leichtere Beurteilung und Kennzeichnung als die Typenbildung von Aschaffenburg und Schneider. Die sexuell Abnormen, die Cycloiden und Schizoiden werden in der Aufteilung nicht berücksichtigt. Die Schizothymie und Cyclothymie rechnet Verf. den Temperamenten zu. Die Frage der epileptoiden Psychopathen ist noch wenig aufgeklärt. Zahllose Psychopathen genügen ihrer Dienstpflicht. Psychopathie ist keine Krankheit, sondern ein angeborener Zustand. Die graduellen Unterschiede der Psychopathien kommen sozial zum Ausdruck, wobei vor allem der Charakter im engeren Sinne die Hauptrolle spielt. Für die Kennzeichnung dürfte es angezeigt sein, nachdem L 15 einen Fehler darstellt, nur in dem Falle von Psychopathie zu sprechen, wo die Minderwertigkeit so stark ausgeprägt ist, daß der Betreffende zum Dienst in der Wehrmacht nicht geeignet ist. Psychopathische Persönlichkeiten ohne Krankheitswert sind besser nicht als psychopathisch zu bezeichnen, sondern lediglich durch ihre Haupteigenschaften zu charakterisieren.

R. Henneberg (Berlin)._o

Björnberg, Joen: Zur Frage der Psychopathenpflegeordnung. Sv. Läkartidn. 1937, 1413—1420 [Schwedisch].

In der aktuellen Diskussion über Neuordnung der Psychopathenpflege in Schweden schlägt Verf. vor, daß diese Pflege auf eine kleine Zahl von Anstalten mit höchstens 150 Plätzen konzentriert wird und daß dazu die Möglichkeit einer Familienpflege gefördert wird. Die Anstalten seien als Spezialabteilungen in ausgewählte Irrenanstalten einzufügen, mit gemeinsamem Chefarzt. *Einar Sjövall* (Lund, Schweden).

Beduschi, V., e G. Corberi: Simulazione e pseudodemenza. (Simulation und Pseudodemenz.) (*6. congr. naz. d. Assoc. Ital. di Med. Leg., Milano, 10.—13. X. 1935.*) Arch. di Antrop. crimin. **57**, Suppl.-H., 248—260 (1937).

1898 beschrieb Ganser seine Fälle von Haftpsychose, 1917 sprach Stier von Pseudodemenz, Bumke kennzeichnete den Zustand der „psychogenen Reaktion“, Braun stellte eine entsprechende Bibliographie 1928 auf, 1935 erschien eine entsprechende Arbeit von J. Lange. — Verff. kommen zu folgenden Ergebnissen: 1. Man kann nicht von echter Simulation sprechen im Sinne einer bewußten, gewollten, hingezögerten Simulation. 2. Die Rückkehr zu normalen Bedingungen oder wenigstens zur Arbeitsfähigkeit, die nicht unter einer primitiven Grenze liegt, ist nach begründeter Voraussetzung die Regel, wenn die Entschädigung liquidiert ist. 3. Einige Kranke sind einer psychotherapeutischen Beeinflussung zugänglich, und zwar auch unabhängig von der Frage der Entschädigung. Verff. schildern einige Fälle ihrer Kasuistik und kommen zum Ergebnis: Es gibt 3 Ordnungen möglicher Faktoren: 1. Einfluß vorgefaßter Meinungen über die psychischen Folgen bei Kopftrauma; 2. Elemente angeborener Minderwertigkeit, erworbener psychischer Defekte der Persönlichkeit; 3. Phase der „Sensibilisierung“. Die Zeit an sich ist kein Verschlimmerungsfaktor, so lange die Ereignisse derart sind, daß sie den Kranken erfüllen. Hier aber handelt es sich um andersartige Ereignisse: Schwierigkeiten mit dem Arbeitgeber, Drängen seitens der Ehefrau und Angehörigen, Beispiel eines Kollegen und die Schwierigkeit, zum Ziel zu kommen und sich aus der gegenwärtigen Beengtheit zu befreien. Diese Situation des Unfallkranken erzeugt dann jene emotionale Seelenverfassung, die geeignet ist, abnorme Störungen des Bewußtseins zu produzieren. Simulation als bewußter Akt kann nie ausgeschlossen werden, insbesondere am Anfang der seelischen Störungen. Aber die Symptomatologie gerät bald ins Feld der hypobulischen und hyponoischen Mechanismen. *Leibbrand* (Berlin).

● **Hecker, Walther: Über die sittliche Entwicklung von Schulkindern und Frühjugendlichen.** (Neue psychol. Stud. Hrsg. v. Felix Krueger. Bd. 7. Experimentelle Kinderpsychologie. Hrsg. v. Felix Krueger u. Hans Volkelt. H. 6.) München: C. H. Beck'sche Verlagsbuchhandl. 1937. 150 S. RM. 8.—.

Gegenstand der Untersuchung ist die sittliche Entwicklung normaler Kinder und Jugendlicher (1365 Jungen und 1195 Mädchen) im Alter von 10—15 Jahren. Besonderes Interesse gilt den Zusammenhängen zwischen Geschlecht, Altersstufe, Zugehörigkeit zu verschiedenen großstädtischen Bevölkerungsschichten und durch Beschulung mitbedingten Unterschieden. Der Arbeit liegen die Lehren von F. Krueger und dem Leipziger Arbeitskreis über seelische Entwicklung, seelische Ganzheit und besonders über Gefühle, Struktur und Wertleben zugrunde. Zu 5 verschiedenen sittlichen Werten (Selbstachtung, Nächstenachtung, Gemeinschaftsachtung, Ehrlichkeit, Wahrhaftigkeit) wurden in Form von Geschichten 2 dem kindlichen Leben und Gemüt gemäße Tatbestände dargeboten. Versuchsanordnung und Versuchsverfahren sind eingehend beschrieben. Das Verfahren bezeichnet Verf. selbst als ein kombiniertes, indirektes, unwissentliches, vertrauliches und stilles. Proben aus den Rohergebnissen geben einen Einblick in das gewonnene Material. Bei der Auswertung wurde ein statistisches Auswertungsverfahren angewandt. Zunächst wird ein Überblick über die wichtigsten Prozentzahlen für die verschiedenen Geschlechter, Altersstufen und Schulgattungen gegeben, und zwar im Hinblick auf die Zunahme der erkennbaren sittlichen Äußerungen, die Abnahme der nur andeutenden sittlichen Äußerungen sowie das Anwachsen der erkennbaren unterschiedenen Stellungnahmen, die Zunahme der Motivangaben im Laufe der Entwicklung, Bejahung und Verneinung der einzelnen Tugenden auf den verschiedenen Altersstufen und Motivierung der Stellungnahme zu den einzelnen Tugenden. Die Motive ließen sich in 4 Hauptgruppen aufteilen (selbstische, autoritative, religiöse und selbständig-sittliche Motivierungen). Schließlich wird die sittliche Entwicklungshöhe der verschiedenen Gruppen von Kindern und Frühjugendlichen quan-

titativ bestimmt. Weiterhin wird an Hand der Niederschriften versucht, durch statistische Auswertung die Entfaltung der Motivierung vom Motivansatz bis zum Motivgefüge zu verfolgen. Die Frage, ob eine experimentelle Entwicklungspsychologie seelisch-geistiger Strukturen möglich ist, wird vom Verf. entschieden bejaht. „Wir wissen, daß Wesentliches an der sittlichen Entwicklung uns nach wie vor wenig zugänglich bleibt. Aber wir vermochten die Entfaltung der sittlichen Urteilsleistung genauer als bisher zu beschreiben und vor allem zahlenmäßig zu erfassen.“ — Es ist nicht ganz einfach, sich durch die Fülle der Einzelergebnisse durchzuarbeiten und zu einer Zusammenschau zu gelangen. *Dubitscher (Berlin).*

Anderson, Harold H.: Domination and integration in the social behavior of young children in an experimental play situation. (Herrschaft und Einordnung im sozialen Verhalten von Kleinkindern in einer experimentellen Spielsituation.) (*Iowa Child Welfare Research Stat., Univ. of Iowa, Iowa City.*) Genet. Psychol. Monogr. **19**, 341 bis 408 (1937).

Ausgehend von theoretischen Erwägungen über den Begriff des Wachstums erläutert Verf. die gegensätzliche Bedeutung von „Einordnung“ und „Herrschaft“ für das Wachstum der Persönlichkeit (= freiwilliges Preisgeben eines Zustandes). Im Gegensatz zu dem starren, statischen, herrschaftlichen Verhalten ist das elastische, dynamisch einordnende Verhalten ein Maßstab für soziale Reife und ein Kriterium des Wachstums. Beide Verhaltensweisen können experimentell untersucht werden. Zu diesem Zweck wurden 128 Kinder im Vorschulalter unter bestimmten Bedingungen in einer Spielsituation unauffällig beobachtet. Die Beobachtungsergebnisse sind in zahlreichen Diagrammen und Tabellen zusammengestellt. Die einzelnen Gruppen — insgesamt und nach Geschlechtern getrennt — werden nach Herrschaft und Einordnung miteinander verglichen. Korrelationen zu anderen Faktoren wie z. B. Lebensalter, Intelligenzalter, Größe, Gewicht werden errechnet, und es wird die dynamische Natur der gegenseitigen Beeinflussung erörtert. Aus den Ergebnissen erscheint erwähnenswert, daß die Kinder der Gruppe, die der Durchschnittsbevölkerung im allgemeinen überlegen waren und zum Teil aus Familien des Lehrkörpers der Universität stammten, verträglicher und weniger herrschaftlich waren als die Waisenkinder. Allgemein zeigten sich die Mädchen bedeutend herrschaftlicher als die Knaben. Es bestand eine negative Korrelation zwischen Herrschaftspunktwerden und Intelligenzalter bei konstantem Lebensalter, eine positive Korrelation zwischen Einordnung und Intelligenzalter, was als Beweisführung für eine der Grundvoraussetzungen der Untersuchung angesehen wird, daß nämlich hohe Einordnungs- und niedrige Herrschaftswerte ein Maßstab für soziale Reife und Kriterium des Wachstums sind. Ferner erweisen die Ergebnisse, daß Herrschaft eines Kindes herrschaftliche Reaktionen im Gefährten hervorruft. Dasselbe ist bei der Einordnung der Fall. Herrschaft und einordnendes Verhalten sind nicht nur verschiedene Reaktionsarten, sondern — wenigstens im Rahmen dieses Versuchs — dynamisch nicht miteinander verwandt. *Dubitscher (Berlin).*

Sterba, Editha: An abnormal child. (Ein abnormes Kind.) Psychoanalytic Quart. **5**, 375—414 u. 560—600 (1936).

Eine von Sidney G. Biddle übersetzte Wiedergabe der anderwärts erschienenen Arbeit der Verf., die über ein 2 Jahre lang beobachtetes Kind, seine Anomalien, deren Analyse und Behandlung berichtet. *H. Pfister (Berlin-Lankwitz).*

Schwalbe-Hansen, P. A.: Seelenblindheit bei Kindern. (*Psychiatr. Afd., Kommunehosp., København.*) Ugeskr. Laeg. **1937**, 520—522 [Dänisch].

Verf. untersuchte in der psychiatrischen Kinder-Poliklinik nach den üblichen Gesichtspunkten die wortblinden Kinder Kopenhagens. Bei allen Kindern konnte außer bei einem Knaben, der wegen eines Gehirntumors operiert werden mußte, kein wesentlicher körperlicher Befund erhoben werden. Psychisch verhielten sich die Kinder sehr unterschiedlich, aber kein Kind machte einen natürlichen, harmonischen Eindruck. Die meisten waren scheu, ängstlich und hatten starke Hemmungen. Bei einigen bestand eine ausgesprochene depressive Stimmung mit Minderwertigkeitsgefühlen. Bei den

anderen war das entgegengesetzte Verhalten vorwiegend, sehr lebhaft, viel redend, naseweis, hastig und unaufmerksam. Die nach der Binet-Simon-Probe vorgenommenen Intelligenzprüfungen ergaben keinen bemerkenswerten Unterschied gegenüber normalen Kindern. Die wortblinden Kinder waren weder besonders begabt, noch fand sich ein diffuser Intelligenzdefekt. Die Hauptsache bei diesen Untersuchungen ist die Geduld des Untersuchenden, da nur mit viel Geduld die wirkliche Intelligenz der Kinder erforscht werden kann. Als Beispiel erwähnt Verf. einen Knaben, bei dem ein Voruntersucher einen Quotienten von 80, während Verf. einen von 136 herausfand. Die besten Ergebnisse für die Untersuchung wortblinder Kinder hat Verf. durch die psychodiagnostischen Tafeln von Rorschach (Tintenklexproben) erhalten. Auf Grund dieser Untersuchungen glaubt Verf. 3 Grundtypen unterscheiden zu können: 1. den Buchstabentyp, der vorzugsweise akustisch eingestellt ist; 2. den Wort- oder visuellen Typ, die gewissermaßen Wortbilder lesen; 3. den motorischen Typ, die gewissermaßen in die Luft schreiben und damit erkennen. Im allgemeinen seien alle 3 Typen kombiniert. Für die Wortblinden sei besonders die Wortbilderinnerung gestört. Außerordentlich schwer sei die Frage nach der Ätiologie zu beantworten, da im allgemeinen mit wenigen Ausnahmen keine anatomischen Befunde erhoben werden können. Es könne sogar die Wortblindheit auf eine Sprache beschränkt bleiben. Die Frage der Vererbbarkeit dieses Leidens sei noch nicht gelöst, obwohl Rönne dieses Leiden bei mehreren Familien vererbt gefunden habe. Die Behandlung wortbilder Kinder müsse in besondere Schulklassen erfolgen, sie dürften aber nicht mit minderbegabten Kindern zusammen unterrichtet werden.

Heesch (Helmstedt).

Meerowitsch, R. I., und K. M. Kandaratzkaya: Das Maß des Anspruches bei hysterischen Kindern. Trudy Inst. Izuč. Mozga Bechterev 5, 162—183 u. engl. Zusammenfassung 316 (1936) [Russisch].

Verff. untersuchten experimentell die Bedeutung des Erfolges und Mißerfolges für die Tätigkeit des „hysterischen“ Kindes, die Besonderheiten seines Anspruchsniveaus und von dessen Veränderung infolge von Erfolg oder Mißerfolg. Als Grundlage der Analyse wurde [wie auch von Hoppe, Psychol. Forschg 14, 1 (1930)] die Dynamik des situationsbedingten Verhaltens genommen. Es wurden zur Prüfung 2 Methoden angewandt: 1. 2 Reihen von Tabellen zu 10 Stück. Die 1. Reihe enthält nach der Schwierigkeit abgestufte Labyrinth, aus denen ein Ausweg gefunden werden muß, die 2. Reihe besitzt keinen Ausweg, ist daher unlösbar. 2. In einem hölzernen Kasten ist eine runde Öffnung angebracht; vor dem Kasten sind auf dem Boden 10 Striche im Abstände von je $\frac{1}{2}$ m voneinander gezogen, so daß der weiteste Strich 5 m vom Kasten entfernt ist. Der zu Prüfende hat von einem dieser Striche aus eine Kugel in die Öffnung des Kastens zu werfen; es werden ihm 10 Kugeln zur Verfügung gestellt, von denen er möglichst viele in den Kasten zu werfen hat. Diese Methode hat den Vorzug, daß sie den Charakter eines Spieles hat, zu gleicher Zeit Erfolg oder Mißerfolg anzeigt und schließlich dem Verständnis der 9—12jährigen Prüflinge angepaßt ist. Es wurde mit 20 psychopathischen (hysterischen) Kindern im Alter von 9—12 Jahren sowie mit 9 Kontrollkindern experimentiert. Von den Ergebnissen der Experimente werden einige typische Beispiele mitgeteilt und analysiert. Im ganzen läßt sich sagen, daß für die hysterischen Prüflinge charakteristisch waren: ein hohes Anspruchsniveau, eine geringe Veränderlichkeit desselben und die Abhängigkeit von der Umgebung, wodurch ihr Verhalten in bezug auf die Umgebung unadäquat erschien. So heuchelten sie Gleichgültigkeit bei Mißerfolg, während sie in Abwesenheit des Versuchsleiters das Spiel (Werfen) eifrig fortsetzten, ebenso wurde das Spiel trotz dauernden Mißerfolges hartnäckig fortgesetzt. Solche Prüflinge, die schon eine entsprechende Erziehung genossen hatten, zeigten ein nicht adäquates Verhalten insofern, als sie das Ziel auf dem leichtesten Wege zu erreichen suchten, also ein zu niedriges Anspruchsniveau zeigten. Dagegen suchten die normalen Kontrollkinder die Aufgabe zu erfüllen, nachdem sie sich

von der Möglichkeit des Erreichbaren durch wiederholte Versuche überzeugt hatten; sie suchten auch nicht gleich das Maximum des Erreichbaren zu erzielen.

Bresowsky (Dorpat).^{oo}

Kuribayasi, Uiti: Intelligenzprüfung von Volksschulkindern, Mittelschülern und -schülerinnen, sowohl in einer kleinen Stadt als in einem kleinen Dorf in der Provinz Miyagi. (*Psychol. Inst., Univ. Sendai.*) Tohoku psychol. Fol. (Sendai) 4, 71—92 (1936).

Intelligenzuntersuchungen von 2349 Kindern verschiedenen Alters und Schuljahres aus Volks- und Mittelschulen in einem kleinen Dorf (Osawa) und einer kleinen Stadt (Siroisi). Die Ergebnisse werden verglichen mit gleichen Untersuchungsergebnissen in einer größeren Stadt (Sendai), über die Verf. früher berichtet hat [Tohoku psychol. Fol. (Sendai) 1, 169 (1934)]. Hinsichtlich der Methodik wird auf diese Arbeit verwiesen. Verf. stellt Intelligenznormen für die einzelnen Schuljahre und Lebensalter auf und berechnet die Intelligenzverteilung entsprechend diesen Gruppen. Das Wesentliche des umfangreichen Tabellenmaterials ist, daß die Leistungen auf dem Dorf (Osawa) wesentlich geringer sind als in der Kleinstadt (Siroisi) und hier wiederum geringer als in der Großstadt (Sendai). Ein gleiches Verhältnis zeigt die Streuung der Einzelleistungen. Verf. führt das auf den Mangel an Reizen auf einem Dorf oder in einer Kleinstadt zurück, die eine Entwicklungsverzögerung und einen langsameren Fortschritt bedingen.

Dubitscher (Berlin).^{oo}

Wiegand, Maria: Das Hilfsschulkind — Erfahrungen und Beobachtungen im Hort. Dtsch. Jug.hilfe 29, 198—200 (1937).

Hilfsschüler unterscheiden sich sowohl in körperlicher als auch geistiger Beziehung von gleichaltrigen Normalschülern, aber auch bei ihnen handelt es sich um bildungsfähige Menschen. Gegenüber den mangelnden intellektuellen Fähigkeiten und mangelnder ethischer Einsichtsfähigkeit hat sich der Hort als zusätzliche Betreuung außerordentlich bewährt, besonders hinsichtlich der Verhütung krimineller Handlungen, einer Gefahr, der diese Kinder zufolge ihrer geistigen Struktur besonders ausgesetzt sind. Die Erfahrungen berechtigen Verf. zu der Überzeugung, daß die schulische Sonderausbildung und die zusätzliche Hortbetreuung im Hinblick auf die Erfolge vollauf gerechtfertigt sind, gelingt es doch, die Hilfsschüler in der weitaus überwiegenden Zahl erwerbsfähig zu machen. Eine Verminderung der zusätzlichen Kosten verspricht sich Verf. aus der allmählichen Auswirkung des Sterilisationsgesetzes. *Günther.*

Bostroem, A.: Die verschiedenen Lebensabschnitte in ihrer Auswirkung auf das psychiatrische Krankheitsbild. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg.*) Arch. f. Psychiatr. 107, 155—171 (1937).

Der Verf. behandelt die pathogenetischen und pathoplastischen Einflüsse der verschiedensten Lebensalter auf das psychiatrische Krankheitsbild. In der Kindheit kann die Unreife der Persönlichkeit und die mangelnde seelische Differenzierung einer in dieser Zeit entstehenden Psychose eine besondere Färbung verleihen. Die Pubertätszeit aber ist in ganz besonderer Weise geeignet, etwa vorhandene Anlagen zum Durchbruch zu bringen. Die diesem Lebensalter der seelischen Differenzierung eigentümliche Symptommfärbung kann gelegentlich so stark sein, daß die pathoplastischen Alterseinflüsse die von dem Krankheitsvorgang ausgehenden Erscheinungen überdecken. Dem Stadium des mittleren Lebensalters kommt im allgemeinen, abgesehen von den nervösen Zuständen, kein besonderer Einfluß auf das psychische Geschehen zu. Das höhere Lebensalter vermag einmal krankheitsverstärkend zu wirken, zum anderen aber allgemein mildernde Einflüsse auf Krankheitszustände affektiver Art geltend zu machen. Der Zeit der Involution und des Klimakteriums, der biologisch und seelisch empfindlichsten, ist ein besonders provozierender und symptomverstärkender Einfluß zueigen. Denn die erhöhte Bereitschaft zu körperlicher Krankheit, eine gesteigerte Verletzbarkeit in seelischer Beziehung und ein häufigeres Auftauchen verschiedenartigster, bisher latenter Anlagen zusammen mit den für diese Zeitspanne charakteristischen seelischen Eigenarten erzeugen Krankheitsbilder, deren Vielgestaltig-

keit meist zu diagnostischen Schwierigkeiten führt. Eine befriedigende Lösung ist aber nur dann möglich, wenn man den Aufbau der erzeugten Krankheitsbilder aus den verschiedensten Komponenten und das Lebensalter als pathogenetischen, provozierenden und pathoplastischen Faktor in psychischer und biologischer Beziehung berücksichtigt.

Heinr. Többen (Münster i. W.).

Voelker, Charles H.: Amelioration of Dyslogia mongolia. (Besserung mongoloider Sprachfehler.) *J. abnorm. a. soc. Psychol.* **31**, 266—270 (1936).

Im Gegensatz zu anderen Autoren, insbesondere zu R. West, stellt der Verf. eine verhältnismäßig günstige Prognose für die sprachliche Erziehung mongoloider Kinder. Er empfiehlt, nicht einzelne Laute üben zu lassen, sondern mit kurzen dramatischen Sätzen zu einer überbetonten Intonation anzuleiten und auf die Genauigkeit der Aussprache erst später Wert zu legen. Auf diese Weise ließen sich, wenn auch langsam beträchtliche Erfolge erzielen, besonders wenn die Kinder in einem Milieu mit lebhaftem sprachlichen Kontakt stünden, da so die ausgesprochene Nachahmungstendenz der Mongoloiden begünstigend mitwirke.

Rüssel (Leipzig).

Kraft, E.: Über Akalkulie. *Schweiz. Arch. Neur.* **39**, 330—334 (1937).

Neben der sensorischen Seite des Rechenvorganges muß auch die motorische in Betracht gezogen werden. Diese ist nach Verf. bisher vernachlässigt worden, sie spielt in der Genese der parietal bedingten Rechenstörung eine entscheidende Rolle. Die Arbeiten des Ref., die gerade darauf hinweisen, scheinen dem Verf. entgangen zu sein.

R. Klein (Prag).

Dretler, Julian: Über verkannte Paralyzen. (*Staatsanst. f. Geistes- u. Nervenkrankhe., Kobierzyn b. Kraków.*) *Allg. Z. Psychiatr.* **105**, 245—258 (1937).

1. 38-jähriger Mann, wird in extrem marastischem Zustande eingeliefert; katatonen Zustandsbild mit Neologismen, Mutismus, Verfolgungsideen und Unruhe. Pupillen reagieren auf Licht und Akkommodation in gleichem Ausmaße schwach, Sprache nicht dysarthrisch, mehr von pseudobulbärem Typus, keine pathologischen Reflexe. Hauthyperästhesie, Druckempfindlichkeit einiger Nervenstämmen. WaR. im Serum positiv, Meinicke nur schwach. 8700 Leukocyten mit Linksverschiebung. Im Liquor WaR. negativ; andere Untersuchungen konnten wegen Blutbeimischung nicht vorgenommen werden. In den folgenden 7 Tagen nahm der Marasmus noch zu, Gewichtsabnahme von 14,8 kg. Zum Schluß Anfälle, Exitus im Status epilepticus. Bei der Obduktion typisch paralytischer Hirnbefund (Spatz positiv, Gliawucherung, Ependymitis granulosa, Parenchymschwund, Plasmazellen usw.). Spirochäten konnten nicht nachgewiesen werden. — 2. 27-jähriger Mann. Infektion vor 18 Monaten. Psychisches Bild von mehr exogenem Typus, Beginn akut mit Reizbarkeit und Aggressivität. Pupillarreaktion prompt, Sehnenreflexe normal. Liquor: WaR. negativ, Weichbrodt und Pandey schwach positiv, ebenso Phase I, 176/3 Zellen, darunter einige Plasmazellen, Eiweiß 0,05%, Eiweißquotient 0,4. Goldsolkurve 555554320000. WaR. im Serum negativ, 6400 Leukocyten mit 4,5% eosinophilen Elementen. Exitus im Kollaps. Bei Obduktion typisch paralytischer Hirnbefund (Gliawucherung, Plasmazelleninfiltration, Ependymitis, Spatz positiv, Meningen stark verdickt mit Rundzelleninfiltration, Gefäßneubildung usw.). Zahlreiche Spirochäten. — 3. 57-jährige Frau, Bild der paranoiden Schizophrenie. Neurologisch ohne Befund, keine Sprachstörung (auch nicht während des ganzen 8-jährigen Anstaltsaufenthaltes). WaR. im Serum und Liquor negativ, ebenso negativ 4 Reaktionen. Vor dem Tode einige Schwindelanfälle. Obduktion deckte, abgesehen von arteriosklerotischen Veränderungen, wieder typisch paralytischen Hirnbefund auf (Gliawucherung, Verlust der Tangentialfasern, schwere Zellveränderungen, Spatz in der Rinde schwach positiv). Es konnten vereinzelt Spirochäten nachgewiesen werden.

Unter Heranziehung des einschlägigen Schrifttums erörtert Verf., warum intra vitam die Diagnose nicht auf Paralyse gestellt werden konnte, betont den negativen Ausfall der humoralen Befunde, im 2. Falle speziell auch Kürze des Intervalles zwischen Primäraffekt und Psychose, endlich das Atypische des klinischen Bildes. 2 Tafeln mit Photogrammen veranschaulichen die histologischen Befunde. A. Pilcz (Wien).

Radovici, A., et M. Schaechter-Nancy: Deux cas d'agoraphobie associée au tabes. (Zwei Fälle einer Agoraphobie bei Tabeskranken.) (*Hôp. Filantropia, Bucarest.*) *Cervello* **16**, 245—249 (1937).

Unter Anwendung geeigneter psychotherapeutischer Maßnahmen (neben einer antisypilitischen Behandlung) erholten sich die Kranken relativ schnell. Die mit der

Tabes häufig vergesellschafteten Ataxien deuten die Verff. als psychoneurotische Koeffizienten. Hinsichtlich der Pathogenese der Phobien meinen sie, daß luische Schäden der Tabes pseudoneurotische Zustände herbeiführen können. Darüber hinaus äußerten sich die Verf. in Zusammenarbeit mit Marinesco über hysteroides Syndrome als post-encephalitische Rückstände bei einzelnen Krankheiten. *H. Többen* (Münster i. W.);

Betzendahl, Walter: Umweltempfinden und Eigenbeziehung bei einer Basedow-psychose. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) *Mschr. Psychiatr.* **96**, 129 bis 142 (1937).

Ausführliche Mitteilung einer Krankheitsgeschichte, die im Original nachgelesen werden muß, da es gerade auf Einzelheiten ankommt. Die Schilddrüsenerkrankung drängte sich im vorliegenden Falle als ätiologischer Faktor ganz in den Vordergrund. Im Krankheitsgeschehen waren 2 Punkte besonders bemerkbar: Die Wahnhalte knüpften fast ausschließlich an die äußeren Gegebenheiten an, und in der Selbstauffassung war das Beherrschende gerade die Entleerung von allen Bestandteilen des persönlichen Daseins. Die Angst als gewöhnlich bei dieser Erkrankung im Vordergrund stehendes Symptom zeigte im Gegensatz zu echter Depression nicht die Tendenz, im eigenen Körper lokalisiert zu werden, sondern heftete sich wieder an Umweltgegebenheiten. Zusammengehend mit dieser Objektivierung wurde ein Hinschwinden der eigenen Persönlichkeit empfunden. So wurden anfangs neue Situationen als unheimlich und bedrohlich aufgefaßt; im Laufe der Krankheit änderte sich dann die Affektlage dahin, daß an die Stelle der Angst ein beobachtendes Interesse trat, das Indizien eines angeblich im Gange befindlichen Verbrechens suchte. Hier setzte das paranoide Verhalten ein und damit die Schwierigkeit der differentialdiagnostischen Abgrenzung zur Schizophrenie. Es entstand schließlich eine Haltung intellektueller Überheblichkeit und ein Sichgefallenlassen in einer anklagenden Rolle, wobei die äußere Regsamkeit ebenso gering blieb wie vordem. Nur war der Stupor der ängstlichen Zeit jetzt abgelöst durch die euphorische Gelassenheit. In dieser Zeit erwachten Wunscherfüllungstendenzen, die mehr oder weniger traumhaft erlebt wurden. Nunmehr bereitete sich eine Wiederverknüpfung des Emotionellen mit der unmittelbaren Selbstwahrnehmung vor. Diese schritt unter der Wirkung einer sedativen und roborierenden Therapie unter Zuführung von Schilddrüse (Dijodtyrosin) fort. Nach entwickelter Remission bestehen keine Defektsymptome oder Residuärwahnvorstellungen. *Arno Warstadt.*

Plattner, Walther: Psychosen bei Kretinismus. II. Mitt. (*Kanton. Heil- u. Pflegeanst., Rheinau, Kanton Zürich.*) *Z. Neur.* **157**, 648—675 (1937).

Eingehendere Berichte über Psychosen bei Kretinismus liegen im Schrifttum nicht allzu zahlreich vor. Namentlich über das Vorkommen von Epilepsie bei Kretinen ist nur wenig mitgeteilt worden. Um so begrüßenswerter ist die Mitteilung Plattners. In dem von ihm geschilderten Falle handelt es sich um einen eurysoyomen Kretinentyp; psychisch bestanden ein Schwachsinn und eine genuine Epilepsie mit Charakterveränderung und Verblödung. Die Durchmusterung der Sippe ergab in der väterlichen Linie Alkoholismus und Schwachsinn, in der mütterlichen Schwachsinn, Epilepsie, Psychopathie und charakterliche Auffälligkeiten. Interessant sind die Ergebnisse des Rorschachschen Formdeuteversuchs (der leider noch viel zu wenig bekannt ist. Ref.), durch die neben einem primären Schwachsinn typische Merkmale für eine genuine Epilepsie ermittelt werden konnten. [I. vgl. *Z. Neur.* **153**, 524 (1935).]

Dubitscher (Berlin).

Crinis, Max de: Verfall der Gesittung bei Hirngeschwülsten. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) *Z. Neur.* **160**, 426—440 (1937).

Der Verf. weist aus der Literatur und auf Grund eigener Beobachtung nach, daß eine krankhafte Veränderung der Gesittung bei Stirnhirngeschwülsten wohl häufig, aber keineswegs regelmäßig vorkommt. Es besteht demnach also keine Gesetzmäßigkeit zwischen Charakter- und Gesittungsänderung einerseits und Herd an der Stirnhirnbasis anderseits. Die Veränderung oder der Verlust der Gesittung ist daher

nur im Zusammenhang mit anderen Stirnhirnsymptomen lokalisatorisch verwertbar. Dann ist dieses Krankheitszeichen der allgemeine Ausdruck des Ausfalles jenes Rindengebietes, das sich am Aufbau der Persönlichkeit besonders beteiligt. Wenn auch die Entwicklung des menschlichen Geistes von einer bestimmten Grundlage ausgeht, so unterscheiden die Menschen sich doch durch ihre Fähigkeiten, Strebungen und Triebe. Die durch den Aufbau bedingte Leistung seelischer und geistiger Art setzt das harmonische Zusammenspiel der Einzelleistungen voraus. Wenn dieses jedoch gestört ist, bricht der Aufbau ein, die dadurch entstandene Enthemmung bringt Strebungen und Hemmungen zum Durchbruch und zeitigt so den Verfall der Gesittung. Den Ausfallserscheinungen haftet auch auf psychopathologischem Gebiete Persönliches an, um so mehr, je höher die ausgefallene Leistung in ihrem Aufbau war. *Többen* (Münster i. W.).

Enfedschieff, Michael: Ein Beitrag zu den traumatischen Psychosen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1937. 48 S.

Der Hauptteil der lesenswerten Arbeit bringt eine ausführliche Darstellung des Schrifttums über Gehirntrauma (*Commotio cerebri*, *Contusio cerebri*, *Compressio cerebri* werden unterschieden) und seine Folgezustände. Die Angaben über die psychischen Störungen werden in einem Sonderkapitel berücksichtigt. Verf. nimmt dann zusammenfassend dahin Stellung, daß das Vorkommen von leichten und schweren Geistesstörungen nach Gehirntrauma gesichert sei, umstritten bleibe aber die Frage des inneren Zusammenhangs zwischen Unfall und Geistesstörung. Nach Ansicht des Verf. spricht die prätraumatische, individuelle Veranlagung in allen Fällen höchstwahrscheinlich mit. Auch bei den noch am ehesten als unfallbedingt anzusehenden Störungen auf organischer Grundlage — *Kommotionspsychose* und *traumatischer Epilepsie* — hält Verf. diese Mitbeteiligung der prätraumatischen, individuellen Komponente nicht für ausgeschlossen, da bei der gleichen Gewalteinwirkung längst nicht alle Menschen erkrankten, und auch das Krankheitsbild individuell sehr verschieden sei (Erfahrungen der Kriegsstatistik). *Schreckneurose* und *traumatische Hysterie* faßt Verf. als *psychogene Reaktionen* auf. Sie kämen erst nach Abklingen der organischen Störungen zum Vorschein, da für ihr Zustandekommen ein organisch nicht veränderter Persönlichkeitsfaktor notwendig sei. Die anderen, *posttraumatisch* beobachteten Psychosen (*Schizophrenie*, *manisch-depressives Irresein* u. a.) seien *endogen* bestimmt. Der Unfall habe bei ihnen nur auslösende oder verschlimmernde Bedeutung. Auch Unfall als Folge einer plötzlich auftretenden Psychose sei beobachtet worden. Abschließend beschreibt Verf. einen eigenen Fall, bei dem eine scheinbar durch eine *Commotio cerebri* bedingte Psychose sich bei längerer Beobachtung als *präsenile Geistesstörung* herausstellte, die durch das Kopftrauma verschlimmert worden war. *Drope* (Berlin).

Gelma, E.: Les altérations de la mortalité après traumatisme cranio-cérébral. (Änderung der sozialen und moralischen Verhaltensweise nach Hirn-Schädelverletzungen.) *Ann. Méd. lég. etc.* 17, 1033—1039 (1937).

Verf. teilt einen typischen Fall mit, wo eine Hirn-Schädelverletzung die Persönlichkeitsentwicklung eines aus bester Familie stammenden jungen Menschen jäh unterbrach und diesen zu kriminellen Handlungen führte. *Heinr. Többen* (Münster i. W.).

Böbinger, Walter: *Lingua nigra, Lingua geographica, Lingua plicata*; ihr Vorkommen bei Geisteskranken und Schwachsinnigen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1937. 23 S.

Untersuchungen an 2023 geisteskranken Anstaltsinsassen ergaben in 69 Fällen (= 3,41%) eine Zungenveränderung, die bei 67 Personen (= 3,3%) in einer *Lingua plicata* und bei 2 Personen in einer *Lingua geographica* bestand. Eine *Lingua plicata* kam bei Männern etwa ebenso häufig vor wie bei Frauen (3,39 : 3,2%). Die Zungenanomalien verteilten sich nicht gleichmäßig über alle Geisteskranken, Schwachsinnige wiesen 17mal unter 371 (= 4,6%) eine *Lingua plicata* auf, das bedeutet eine geringe

Erhöhung gegenüber der Häufigkeit dieser Zungenanomalie bei den anderen Geisteskrankheiten.

Portius (Hildburghausen).

Dimitrijević, Dim. T.: Zur Frage der Körperbaubestimmung bei Geisteskranken. (*Univ.-Klin. f. Nerven- u. Geisteskrankh., Beograd.*) Z. Neur. 160, 179—188 (1937).

Bei der Untersuchung von 239 Geisteskranken nach einem Index, der im Zähler die Höhe des Sternums, die vordere Rumpflänge und die Beinlänge, im Nenner aber die Brustbreite, die Brusttiefe, die Schulterbreite und die Beckenbreite enthielt, zeigte es sich, daß sich die Indexziffern für Leptosomen und Pykniker sowohl bei Männern als auch bei Frauen in ganz verschiedenen Höhen bewegten. Während die Leptosomen bei Werten von 2,58 begannen und sogar bis auf solche von 2,95 stiegen, betrugen die höchsten Werte für die Pykniker nur 2,48 und begannen schon bei 2,08. Daraus ergibt sich, daß sich diese 2 Gruppen mittels des angeführten Index gut voneinander trennen lassen. Und zwar fällt alles, was mehr als 2,58 gibt, in die Gruppe der Leptosomen, während alles, was unter 2,48 liegt, zur Gruppe der Pykniker gehört. Für die Athletiker wurde die Formel: $\left(\frac{a+b+c}{D}\right) \cdot 10 + E + F$ gewählt, wobei a, b und c die Beinlänge, die Brustbreite und die Brusttiefe, D die Schulterbreite, E die Beckenbreite und F die vordere Rumpflänge darstellten. Die Bearbeitung eines relativ kleinen Krankengutes, das Athletiker und verwandte Formen umfaßte, nach diesem Index lehrte, daß die Indexziffer 120 als die Abgrenzungsziffer zu gelten hat, welche ziemlich scharf die Gruppe der Athletiker von den übrigen ähnlichen Formen trennt. Alle Werte unter 120 bedeuten bestimmt den athletischen Typus, während die Ziffern über 120 die Gemischten und Unbestimmten kennzeichnen.

v. Neureiter (Berlin).

Geyer, H.: Die Epilepsien. (*Abt. Rassenhyg., Kaiser Wilhelm-Inst. f. Anthropol., Berlin-Dahlem.*) Fortschr. Erbpath. usw. 1, 78—109 (1937).

Die Übersicht über das Schrifttum, die nahezu 240 Bücher und Arbeiten umfaßt, ist in 3 Hauptteile gegliedert: 1. Die allgemeine Erbpathologie der Epilepsien, 2. Differentialdiagnose der erblichen und nichterblichen Fallsucht, 3. allgemeine Rassenhygiene der erblichen Fallsucht. Im 1. Teil sind vorwiegend die zusammenfassenden Darstellungen (Bumke, Mauz, F. Braun, Bonhoeffer, Conrad, Scholz, Wilson u. a.) behandelt und kritisch gewürdigt. Das Schwergewicht des Referats liegt auf dem 2. Hauptteil. In einem allgemeinen Abschnitt sind Arbeiten über die Mikrosymptomatik, über die Häufigkeit der Degenerationszeichen und die verschiedenen Krampfformen aufgeführt. Ein weiterer Abschnitt behandelt die wichtigsten Arbeiten über experimentelle und Stoffwechseluntersuchungen. Zahlreiche Arbeiten beschäftigen sich mit der im Mittelpunkt des gesamten Erblichkeitsproblems der Epilepsie stehenden „Krampfbereitschaft“ des Organismus. Die italienischen Arbeiten hierüber finden gebührend Berücksichtigung; weiterhin die wichtigsten Arbeiten über traumatische Epilepsie, raumbeengende Prozesse, Parasiten u. a., sowie über die Reflexepilepsie. Mit Recht weist Geyer nach kritischer Besprechung der Arbeiten über Provokation von Anfällen darauf hin, daß im Schrifttum kaum die Möglichkeit von Gesundheitsschäden durch die künstlich gesetzten Anfälle erwähnt wird, obwohl „die Gefahr von Schädigungen durch den Anfall in einem Mißverhältnis zu dem erreichbaren Ziel zu stehen scheint“. Die Übersicht über „krankhafte Hirnbefunde“ berücksichtigt die Arbeiten von Spatz, Laubenthal, Kanahara und Tamura, Albrecht u. a. Ferner sind die wichtigsten Arbeiten über die Beteiligung extrapyramidaler Mechanismen im klinischen Bild der Epilepsie berücksichtigt. Nach den Erfahrungen muß damit gerechnet werden, daß auch bei genuiner Epilepsie Anomalien des Encephalogramms vorkommen können. Die Arbeiten über seelische Krankheitszeichen führen zu dem Schluß, daß sich ähnlich wie im Körperlichen auch im Seelischen unter Umständen keine sicheren Grenzen in der Symptomatik der erblichen und nichterblichen Epilepsie aufzeigen lassen. Das Schrifttum über Narkolepsien führt Geyer zu der Vermutung, daß dem narkoleptischen Syndrom endogene und exogene Faktoren zugrunde liegen können. Ähnliches gilt auch für die Pyknolepsien. Nach den Beob-

achtungen gibt es außer der von Lundborg beschriebenen Myoklonusepilepsie auch exogene myoklonische Epilepsien, vielleicht auch Formen, die einem anderen Erbgang als dem einfach recessiven folgen. In dem Abschnitt über Kinderkrämpfe finden neben anderen Autoren besonders Peterman, Kleessens, Kanahara und Schreck Berücksichtigung. Schließlich sind noch Arbeiten über eine Reihe epileptischer Sonderformen erwähnt. In dem 3. Hauptteil sind die Arbeiten von Luxenburger, Conrad und Demme eingehender behandelt. Bezüglich der erbpflegerischen Maßnahmen wird auf den Kommentar von Gütt-Rüdin-Ruttke, ferner die Arbeiten von Seelert, Stefan, Ewald, Villinger u. a. hingewiesen. — Das Referat vermittelt durch das reichhaltige Schrifttum und die klare Gliederung einen guten Überblick über den derzeitigen Stand der Epilepsieforschung.

Dubitscher (Berlin).

Heydt, Arthur von der: Epilepsie und Hirntumor. Zur Differentialdiagnose und Notwendigkeit einer erweiterten Diagnostik im Erbgesundheitsverfahren. (*Psychiatr. u. Nerv.-Klin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Öff. Gesdh.dienst 3, A 373—A 384 (1937).

Die Diagnose „erbliche Fallsucht“ wird „per exclusionem“ gestellt. Wesentlich ist dabei die Untersuchungsbreite: Es reicht im Rahmen einer Erbgesundheitsbegutachtung nicht aus, sich mit der Erhebung der Familien- und Eigenanamnese, der ärztlichen Beobachtung von Anfällen sowie einer eingehenden körperlichen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchung zu begnügen. Notwendig ist vielmehr eine generelle Erweiterung der bisherigen Untersuchungsbreite um die Trias: Schädelröntgenaufnahme, Encephalographie und Liquoruntersuchung. Verf. hat in der Arbeit an Hand verschiedener Fälle dargelegt, wie er zu seinen Forderungen kommt. Ich (Ref.) kann hier nicht darauf eingehen und muß Interessenten auf das Original verweisen. Mir erscheinen die Forderungen des Verf. zu weitgehend. Da eine Encephalographie ohne Zustimmung des Betroffenen nicht möglich ist, würden wir bei der Epilepsie auf diesem Wege zu einer rein freiwilligen Sterilisierung kommen. Dies ist aber gar nicht nötig, da wir bei voller Würdigung des Gedankens des Verf., die Diagnose möglichst sicher zu gestalten, in vielen Fällen auch ohne Encephalographie zu einer sicheren Diagnose kommen können. Pohlisch hat dies auf der diesjährigen Jahresversammlung deutscher Neurologen und Psychiater sehr schön und klar auseinandergesetzt.

H. Linden (Berlin).

Conrad, Klaus: Psychiatrisch-soziologische Probleme im Erbkreis der Epilepsie. (*Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst. f. Geneal. u. Demogr., München.*) Arch. Rassenbiol. 31, 316—326 (1937).

Verf. fand, daß in den sozial tieferstehenden Schichten der Bevölkerung relativ mehr Fälle von Epilepsie vorkommen als in den höherstehenden Schichten. Verf. erklärt dies dadurch, daß bei Manifestierung der Krankheit ein soziales Absinken einsetzt. Der Mediziner wird sein Studium nicht beenden und sich vielleicht mit einer einfachen Angestelltenstelle begnügen. Der Kaufmann wird in einen anderen Beruf übergehen usw. Gleichzeitig tritt eine Beschränkung in der Gattenwahl ein, und häufig wird die Wahl auf einen gesundheitlich gleichfalls nicht gänzlich einwandfreien Partner fallen müssen. Dieser Vorgang findet nun wieder bei den Kindern statt usw. Der ganze Prozeß ist einem Ausflockungsprozeß vergleichbar mit dem langsamen Absinken eines Niederschlags bis auf eine Bodenschicht. Zur Beurteilung der Erbprognose genügt es also bei einigen Krankheiten nicht, die pauschale Erkrankungswahrscheinlichkeit der Nachkommen zu kennen, es muß vielmehr auch die soziale Schicht, aus der der Proband kommt, in Rechnung gestellt werden.

H. Linden (Berlin).

Fischel, Eugenio: I fattori determinanti nella patogenesi della epilessia genuina accertati col metodo radiologico. (Die Pathogenese der genuinen Epilepsie bestimmende radiologisch feststellbare Faktoren.) (*Istit. Radiol., Univ., Bari.*) Arch. di Radiol. 12, 329—335 (1937).

Man sollte nicht mehr von einer genuinen Epilepsie sprechen, da der epileptische Anfall nur der späte Ausdruck einer früher, wahrscheinlich schon intrauterin ent-

standenen Krankheit ist, deren Endzustand sich durch die Röntgenuntersuchung nachweisen läßt. Die Röntgenuntersuchung darf nie unterlassen werden, besonders wenn die Anamnese nichts für die Entstehung der Epilepsie Wesentliches ergibt. Eine enge Zusammenarbeit von pathologischer Anatomie und Radiologie ist erforderlich, um die bei der Röntgenuntersuchung gefundenen Veränderungen im Gehirn und am Schädel nachzuprüfen. Es können schon während der Fetalperiode im Gehirn und an den Häuten entzündliche Prozesse stattgefunden haben, deren Ausgänge in Form von Mißbildungen des Schädels, Verdickungen oder Verkalkungen der Meningen, frühzeitigen Synostosen usw. nachweisbar sind. Die Veränderungen im Aussehen und dem Volumen des Türkensattels, die man so häufig in Fällen von Epilepsie trifft, können eine Störung in der Funktion der Hypophyse mit folgender Störung des endokrinen Gleichgewichts herbeiführen. Die Verordnung von endokrinen Präparaten wäre damit angezeigt, um die Über- oder Unterfunktion der Hypophyse zu beheben.

Ganter (Wormditt).

Liebers, Max: Dementia paralytica bei genuiner Epilepsie. (*Landesanst., Zschadraß b. Colditz i. Sa.*) Arch. f. Psychiatr. **107**, 106—112 (1937).

Die Syphilis vermag eine Epilepsie hervorzurufen, wobei einmal symptomatische Formen bei gummösen oder encephalitischen Prozessen im Vordergrund stehen. Zum anderen kommen auf toxischer Grundlage bzw. durch das syphilitische Virus Epilepsieformen im Sinne einer Spätepilepsie zustande. Dagegen ist eine Kombination von Paralyse mit genuiner Epilepsie außerordentlich selten. Verf. berichtet über eine einschlägige Beobachtung. Der Kranke stammte aus erblich nicht belasteter Familie und machte eine normale Entwicklung durch. Im Felde erlitt er eine Gasvergiftung und Verschüttung ohne neurologische Folgen. Kurz nach seiner Militärentlassung traten im Jahre 1919 epileptiforme Anfälle auf. 1920 syphilitische Infektion. 1927 (im Alter von 31 Jahren) klinische Aufnahme wegen eines typischen epileptischen Anfalles. Dabei ergab die anschließende Untersuchung eine einwandfreie progressive Paralyse mit entsprechenden klinischen, neurologischen und serologischen Zeichen. Unter wiederholter Malaria- nebst Bismogenol- und Salvarsanbehandlung weitgehende Besserung der Paralyse mit Sanierung von Blut und Liquor. Die epileptischen Anfälle bestanden aber weiter fort, und es entwickelte sich in den letzten 4—5 Lebensjahren eine typische epileptische Wesens- und Charakterveränderung. In jeder Beziehung erweckte der Patient den Eindruck eines genuinen Epileptikers, bot dagegen keine Symptome, die aus Paralyse oder Hirnlues hinweisen könnten. Bemerkenswert war, daß die epileptischen Anfälle prompt auf Brom und Luminal reagierten, mit Aussetzen dieser Medikation aber sofort wieder auftraten. Auch diese Erscheinung sprach nach Ansicht des Verf. für genuine Epilepsie, da organisch bedingte symptomatische Epilepsieanfälle nicht mit solcher Prompttheit auf Brom und Luminal zu reagieren pflegen. Der Tod trat 1937 bei dem 41jährigen Patienten an Sepsis und eitriger Meningitis im Anschluß an schwere Unterhautphlegmonen ein. Der histologische Hirnbefund entsprach den bei Malariabehandelten bzw. geheilten Paralysen häufig gemachten Beobachtungen. Es fanden sich nämlich nur geringe plasmacelluläre Infiltrationen neben einigen parenchymatösen Ausfällen, außerdem geringe syphilitische Endarteriitis der kleinen Hirnrindengefäße, Verödung des Sommerschen Sektors im linken Ammonshorn. Aus all dem wurde der Schluß gezogen, daß es sich unzweifelhaft um eine genuine Epilepsie gehandelt hat, wobei etwa 7 Jahre nach einer syphilitischen Infektion eine progressive Paralyse hinzutrat, die durch entsprechende Behandlung zum Stillstand gebracht worden war.

Schrader (Halle a. d. S.).

Rezek, Philipp: Über Pyrrolepilepsie. (*Neurol. Inst., Univ. Wien.*) Z. exper. Med. **101**, 358—364 (1937).

Verf. beobachtete nach bestimmt dosierten, intraperitonealen Pyrrolinjektionen große epileptische Anfälle bei einer Reihe von 10 Versuchstieren (7 Hunde, 3 Ratten). Das Bild dieser Pyrrolepilepsie glich dem der menschlichen Epilepsie. Die Tiere gingen

im Status epilepticus zugrunde. Therapeutische Beeinflussung gelang nicht. Eingehende bioptische und autoptische Untersuchungen wurden angestellt. An Befunden werden Veränderungen des Zentralnervensystems, der Ganglien des Plexus solaris, der Hypophyse, besonders aber der Leber (seröse Durchtränkung, Auflockerung und Zerreißung des Gewebes, Gewebsseinbrüche in die Gefäße) hervorgehoben. Es wird gefolgert, daß der zentralnervöse Angriff über die Leber erfolgt. *Günther.*

Schrieker, Ernst: Ursachen und Pathogenese epileptischer Anfälle. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1937. 51 S.

Darstellung der zahlreichen Theorien und Befunde bei Krampfkranken an Hand umfassenden Schrifttums ohne eigene Stellungnahme. *Günther (Berlin).*

Golla, F., S. Graham and W. Grey Walter: The electro-encephalogram in epilepsy. (Elektro-Encephalogramm bei der Epilepsie.) (*Centr. Path. Laborat., London County Hosp. f. Nerv. u. Ment. Disorders, London.*) J. ment. Sci. 83, 137—155 (1937).

Die Verf. berichten über die Ergebnisse ihrer elektro-encephalographischen Untersuchungen bei 214 Fällen von Epilepsie. Bei 91 Kranken ergab das Elektro-Encephalogramm einen von der Norm abweichenden Befund, charakterisiert vor allem durch das Auftreten der langsamen δ -Wellen. Es handelte sich hier besonders um Fälle von genuiner, mit großen Anfällen einhergehender Epilepsie. Andererseits wurden bei Kranken über 40 Jahre nur relativ selten Abweichungen von der Norm festgestellt, so daß den Verf. eine Beziehung zwischen dem Ablauf des Elektro-Encephalogramms und dem Alter des Patienten vorzuliegen scheint. *Laruelle (Brüssel).*

Roth, J.: Der Wasseraureicherungsversuch als krampfauslösendes Mittel bei Epileptikern. (*Erbkrankensichtungsstelle d. Landesanst., Arnsdorf i. Sa.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1937, 58—59.

Verf. berichtet zunächst über die Mitteilung Engels, der bei Epileptikern durch Injektion von „Tonephin“ Bayer (Hypophysenhinterlappenhormon) eine starke Wasseraureicherung und als deren Folge Krampfanfälle auslösen konnte (vgl. auch die Berichte von L. Daneo und Platania). Verf. gab seinen Patienten 3 Injektionen von je 1 ccm Tonephin (um 6, 10 und 14 Uhr). Die Wasseraureicherung (reichliches Trinken!) lag zwischen 2 und 5,5 l. Bei einer Gruppe von 28 alten genuinen Epileptikern und einem traumatischen Epileptiker konnte so in 45% ein typischer epileptischer Anfall ausgelöst werden. Bei einer zweiten Gruppe, bei denen nur vereinzelte, nicht eindeutige Anfälle in größeren Zeitabschnitten vorgekommen waren, die aber wahrscheinlich auch Epileptiker waren, konnte mit Tonephin ein Krampferfolg nur in etwa 10% erzielt werden. Dieses Verfahren kann also als auch nur einigermaßen sicheres diagnostisches Mittel für Epilepsie nicht angesehen werden. [Vgl. Nervenarzt 6, 120 (1933) u. Dtsch. med. Wschr. 1935 I, 1038 (Engel).] *M. H. Fischer (Berlin).*

Wichmann, B.: Ergebnisse und Bemerkungen zur Frage des durch Cardiazol künstlich hervorgerufenen epileptiformen Anfalles. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Münster i. W.*) Z. Neur. 159, 582—596 (1937).

Unter gleichbleibenden Versuchsbedingungen zeigten von 170 Personen 76,76% Epileptiker und Epilepsieverdächtige und nur 7,04% sonstige Kranke und Gesunde epileptische Anfälle nach Cardiazolinjektion. Gespritzt wurden 3—3,5 ccm in 15 bis 18 Sekunden. Schädigungen ohne Zusammenhang mit dem Anfallsgeschehen wurden nicht beobachtet. Seine Untersuchungsergebnisse führen Verf. zu folgenden Feststellungen: Grundsätzlich können durch Cardiazol epileptiforme Krämpfe ausgelöst werden. Im Gegensatz zu ablehnenden Bewertungen der Cardiazolprovokation als diagnostisches Hilfsmittel vertritt Verf. die Ansicht, daß dieser Methode ein großer diagnostischer Wert beizumessen ist. Er fand ein augenfälliges Überwiegen der Empfindlichkeit bei Epileptikern gegenüber Nichtepileptikern. Weiterhin läßt der provozierte Anfall eine Unterscheidung zwischen organischen und psychogenen Anfällen bei fraglichen, spontanen Anfällen zu, desgleichen zwischen genuiner und exogenbedingter Epilepsie, da die provozierten Krämpfe im Gesamtbild stets den beobachteten Spontan-

anfällen gleichen. Verf. betont aber, daß dem Spontankrampf die größere diagnostische Bedeutung zukommt. Besonderen Wert mißt Verf. seinen Erfahrungen bezüglich der Erbgesundheitsgerichtsbarkeit bei, insofern, als in kurzer, fast zu berechnender Zeit Anfälle hervorgerufen werden können, so daß eine notwendige Beobachtungszeit auf ein Mindestmaß herabgedrückt werden kann. Daß Cardiazol auch bei Nichtepileptikern zu Krämpfen führen kann, spricht nach Verf. nicht gegen die Anwendbarkeit, da gleichbleibende Versuchsbedingungen eine Cardiazolkonzentration im Blut schaffen können, die eine Anfallsreaktion beim Nichtepileptiker nur ausnahmsweise zustande bringt, beim Epileptiker dagegen zu Anfällen führt. — Nicht als Folge einer Krampfgiftwirkung, sondern als Ausdruck einer Anfallsbereitschaft hat der Anfall nach Cardiazol zu gelten. Die Einwirkung erfolgt auf Zentralstätten des Gehirns, Tonus-, vegetative und vasomotorische Zentren, die beim Epileptiker ererbt oder erworben gesteigert ansprechbar sind. Günther (Berlin).

Reiter, Paul J.: Einige Untersuchungen über die Intoxikationstheorie bei Dementia praecox mit besonderer Berücksichtigung eines Versuches mit Totaltransfusionen. (*Act. Hans Hosp. II, København.*) Bibl. Laeg. 129, 287—309 (1937) [Dänisch].

Verf. geht von der Meinungsrichtung aus, daß Dementia praecox von einer Intoxikation irgendeiner Art (endokrine Störungen, kombinierte endo-exogene Beeinflussung?) verursacht wird. Er hat einige Untersuchungen vorgenommen, um die Angaben von Gamper und Kral über die Toxizität des Liquors zu prüfen, und hat dabei völlig negative Ergebnisse erhalten, sowohl bei Injektion von Liquor intraperitoneal an weißen Mäusen wie beim Studium, inwiefern ein besonders empfindliches Explantat (Osteoblasten) in seinem Wachstum durch den Liquor gehemmt wird. Dagegen hat er deutlichen Erfolg gehabt, wenn er an Kranken mit Dementia praecox in aktivem Stadium eine sog. Totaltransfusion vorgenommen hat; es wird dabei innerhalb kurzer Zeit mehrere Liter des Blutes des Kranken durch Blut gesunder Menschen ersetzt. Verf. hat 4 derartige Versuche vorgenommen. In 2 dieser Fälle zeigte sich hochgradige, aber vorübergehende Besserung, im 3. Fall trat eine weniger auffallende, aber dauernde Besserung ein, im 4. Fall blieb der psychische Zustand des Kranken unverändert, aber es konnte eine kräftige Reizwirkung auf das myeloische Parenchym festgestellt werden. Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Cacciapuoti, G. B.: La prognosi delle schizofrenie di fronte alle nuove cure (cure pirogogene, insulinoterapia, alcaloterapia). (Die Prognose der Schizophrenie unter dem Gesichtspunkt der neuen Behandlungsmethoden [Fieberbehandlung, Insulintherapie, Alkalibehandlung].) (*Clin. d. Malatt. Nerv. e Ment., Osp. Psichiatr. L. Bianchi, Napoli.*) Cervello 16, 250—266 (1937).

Verf. sieht die Grundstörung der Schizophrenie in einer Übersäuerung des Organismus mit zu geringem Kalkgehalt im Blut. Dadurch entstünden der asthenische Habitus, der häufige Handschweiß, die fettige Haut, die leichte Ermüdbarkeit, die Übererregbarkeit der Muskeln, die Zahncaries. Darin läge auch der Grund, daß sich Verschlechterungen des Zustandsbildes in der Zeit und unter den Bedingungen einzustellen pflegten, unter denen gewöhnlich die Acidose des Körpers steige, nämlich am Abend, bei Ermüdung und Hunger. Bemerkenswert sei ferner, daß Manifestationen von Alkalose des Organismus (Asthma, Hemicranie, Krampfanfälle) bei Schizophrenen selten seien. Aus dieser Theorie heraus will Verf. die Wirkung der Shockbehandlung, zu der er auch die Fieberbehandlung rechnet, erklären. Die auch nur teilweise wiedererlangte Klarheit und der Kontakt mit der Umgebung fallen mit den beiden extremen Phasen des Shocks zusammen, mit dem Schüttelfrost und der Krise. In dieser werde durch hyperaciden Schweißausbruch und kritische Urinentleerung aus dem Organismus eine große Menge von Säure ausgeschieden. Dabei werde zwangsläufig die Tendenz zur Alkalisierung von Flüssigkeiten und Gewebe gefördert. Durch die häufigen Messungen der Alkalireserve und Auftreten von Eosinophilie als Zeichen einer Alkalose des Blutes und der Gewebe lasse sich dieses Wechselspiel manchmal nachweisen. Eine säureschaffende

Therapie sei, wie das acetonämische Koma, begleitet von einem klassischen Phänomen der Ablösung des Zwischenhirns vom corticalen Tonus. Auch die Katatonie, gewissermaßen die Manifestation eines Präkomas, äußere sich zum Teil durch spezifische Anfangssymptome von seiten des Striatums wie alle Acidosezustände, z. B. die beginnende Rachitis. Logischerweise erscheine dieses Phänomen nicht nur als Ausdruck der Irritation des Striatums, sondern auch als Manifestation autonomer, übergeordneter Funktionen, die nach und nach mit steigender Acidose untertauchen und keinen Widerstand mehr leisten. Physiologisches Beispiel dafür sei der Schlaf. Die subcorticalen Gebiete, die reich an Eisenpigment sind, wie Putamen, Caudatum usw., unterwerfen sich besonders leicht der Säureüberproduktion. Bei der Insulinbehandlung komme das im Auftauchen einer Katalepsie zum Ausdruck, die auf Alkali- oder Zuckerzufuhr sofort verschwindet. Beim pyrogenen Shock trage der Schüttelfrost den Charakter einer exzessiven Abgabe von Alkali aus dem Striatum oder eines initialen Abgangs der corticalen Alkalireserve. Mit Anstieg des Fiebers beginne eine Abgabe der Alkalireserve aus dem Mittelhirn, sobald die der Rinde erschöpft ist. Das erste Stadium ist durch Rigidität und Tremor, das zweite durch Absinken des affektiven und muskulären Tonus gekennzeichnet. So stelle die ganze Shockbehandlung einen Wechsel dar zwischen katatoner Versteifung und ihrer Lösung, zwischen Abfall der Reflexe und ihrer Entwicklung zu idiomuskulärer Erregbarkeit, zwischen Apathie und sensorischem und affektivem Erwachen. Beim Fiebershock werden 4 Phasen durchlaufen: 1. Schüttelfrost mit Abwehr, Vagotonus, Konvergenz der Bulbi, Angst; 2. unter Fieberanstieg Lösung des Schüttelfrostes mit lucidem Intervall, trockener Haut, Tachykardie, Myoklonus; 3. im Fieberabfall cutane Areflexie, Divergenz der Bulbi; 4. Schweißausbruch und Kollaps, Konvergenz der Bulbi, Vagotonus, Anrufung des Helfers. Einen ähnlichen Kampf zwischen Antagonisten gebe es beim Insulinhock. Hier entsteht noch die Vorphase des Eintastens bis zu der das Koma auslösenden Insulinmenge mit einem Verbrauch des Blutzuckers, Euphorie, Unruhe. Dann kommt das Stadium der Hypothermie mit Katalepsie, passiver Ruhe, Divergenz der Bulbi, schnellenden Reflexen, Tachykardie, diastolischer Hypotension und anschließendem Übergang ins Koma mit Erlöschen der cutanen Reflexe und Auftreten von Babinski. Es schließt sich die Phase der absoluten Hypotonie an, in der alle Reflexe erloschen sind, Cheyne-Stockessche Atmung besteht und alternierender Puls vorhanden ist. Schließlich kommt nach Zuckerzufuhr die Phase des Erwachens in Schwäche, der Ruf nach Beistand, Vagotonie, waches Bewußtsein, Aufnahme des Kontaktes mit der Umgebung und des Interesses; jetzt ist wieder Fieber vorhanden. Verf. ist der Ansicht, daß eine Wirkung der Behandlungsmethoden nicht zu verkennen ist, daß aber die Besserungen doch flüchtig bleiben und von einer Heilung nicht gesprochen werden dürfe. Die Prognose der Schizophrenie erscheine durch die Behandlung um nichts günstiger als vordem. Verf. hält die Fieberbehandlung nicht für aussichtsloser als die Insulinbehandlung und stellt ihren Vorteil heraus, der darin bestehe, daß sie bei geringerer Gefährlichkeit und geringerem Aufwand an Mühe und Kosten auch nicht weniger leiste. Er bevorzugt bei akuter Schizophrenie eine unspezifische Eiweißtherapie, teilweise auch mit Milch oder Schwefel (bei Neuro-lues bevorzugt er dagegen die Malaria, bei Postencephalitis Schwefel). Erfolge verspricht er sich auch von einer intravenösen Behandlung mit beliebigen alkalisierenden Mitteln. Die hierbei auftretende Erregung, das Hitzegefühl, der kalte Schweiß, das Angstgefühl seien im ganzen ein abgeschwächtes Shockbild. Während die Shockbehandlung aber ihre Wirkung erst auf einem Umwege entfalte, dürfte die Alkalibehandlung die Acidose direkt angreifen, sich so ursächlich auswirken und damit eine direkte und aktive Therapie darstellen.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

● Langfeldt, Gabriel: The prognosis in schizophrenia and the factors influencing the course of the disease. A katamnestic study, including individual re-examinations in 1936, with some considerations regarding diagnosis, pathogenesis and therapy. (Die Prognose der Schizophrenie und die ihren Verlauf beeinflussenden Faktoren. Eine

katamnestische Studie einschließlich einer individuellen Nachuntersuchung mit besonderer Berücksichtigung der Diagnose, Pathogenese und Therapie.) (*Univ. Psychiatr. Clin. a. Inst., Vinderen near Oslo.*) (*Acta psychiatr. [Københ.] Suppl.-Bd. 13.*) Copenhagen: Levin & Munksgaard, Ejnar Munksgaard u. London: Humphrey Milford 1937. 228 S. Kr. 10.—.

In vorliegender Arbeit hat es der Verf. unternommen, die Prognose des Formenkreises der Schizophrenie näher zu beleuchten. Dazu untersuchte er das präpsychotische Leben und die treibenden Kräfte, die für eine Prognose von Wichtigkeit erschienen. Das Untersuchungsmaterial umfaßte 100 Fälle eindeutig erwiesener Schizophrenie, die in den Jahren 1926—1929 in der Psychiatrischen Klinik Vinderen bei Oslo behandelt wurden. Das gleiche Material unterzog der Verf. 1936 einer erneuten Untersuchung. Das Wesen des vorliegenden Buches erforderte es, eingehend Stellung zu nehmen zu der Frage der diagnostischen Ergebnisse der Untersuchung jener Gruppen der Schizophrenie, die logisch zueinander gehören. Das Ergebnis der Pathogenese der verschiedensten Formen der Schizophrenie wird ebenso wie die Grundlage einer erfolgversprechenden Therapie eingehend erörtert. Das Buch gliedert sich in 3 Abteilungen; die erste enthält eine tabellarische Übersicht über die Bedeutung der verschiedensten Faktoren, wie die präpsychotischen und solche, die im Zusammenhang mit dem Ausbruch der Psychose stehen und der Symptomatologie einer Phase einer akuten Psychose. Der zweite Teil ist ein Versuch, die prognostischen Ergebnisse in aller Schärfe zu umreißen. Einen Vergleich zwischen den Prognosen eindeutiger und zweifelhafter Fälle von Schizophrenie bringt der dritte Teil. *Heinr. Többen (Münster i. W.).*

● **Scheid, K. F.: Febrile Episoden bei schizophrenen Psychosen. Eine klinische und pathophysiologische Studie.** Leipzig: Georg Thieme 1937. 97 S. u. 7 Abb. RM. 7.80.

Die Suche nach körperlichen Äußerungen des den schizophrenen Psychosen zugrunde liegenden Morbus dementiae praecocis veranlaßte den Verf., zumal man somatische Grundsymptome, die für alle Stadien des Verlaufs bei sämtlichen schizophrenen Psychosen oder einer bestimmten Gruppe charakteristisch wären, etwa wie das Liquorsyndrom bei der Paralyse, bisher nicht ermittelt hat, im vielgestaltigen Ablauf schizophrenen Leiden nach besonderen Abschnitten (Episoden) zu fahnden, in denen das körperliche Geschehen für unsere heute noch wenig ausgebildeten Methoden deutlicher und faßbarer wird als sonst. Tatsächlich ist es ihm unter rund 1000 Schizophreniekranken an einem gesiebten Krankengut von 47 Fällen gelungen, solche Episoden, die bestimmte Abweichungen körperlicher Art als Ausdruck der Grundkrankheit aufwiesen, aufzuzeigen und mit den Mitteln der inneren Klinik genau zu durchforschen. Und zwar handelt es sich dabei 1. um febrile cyanotische Psychosen und Episoden mit und ohne hämorrhagische Diathese (22 Fälle), die in körperlicher Beziehung durch Fieber, Cyanose ohne Dyspnoe und Tachykardie gekennzeichnet waren; 2. um febrile und subfebrile stuporöse Episoden (4 Fälle), die als zeitlich begrenzte Einlagen in schizophrenen Verläufen auftraten oder auch freistehend als episodische Psychose verliefen und mit Temperaturerhöhungen und vegetativen Störungen in Form schwerer Sekretionsstörungen (Salbengesicht) einhergingen und 3. um febrile und subfebrile schizophrene Schübe (21 Fälle mit 31 Beobachtungen), denen hämolytische Erscheinungen (Veränderung des Farbeindex, Vermehrung von Blutfarbstoffabbauprodukten im Plasma und Urin) und gewisse unspezifische Reaktionen von seiten des Organismus (Schwankungen des Gesamteiweißspiegels, Blutkörperchensenkungsbild, Pulsbeschleunigung, Veränderung im weißen Blutbild und Temperaturerhöhung) zugeordnet waren. Über die unter 1. beschriebenen Krankheitsbilder, bei deren körperlicher Symptomatologie ein hämolytisches Syndrom wohl eine wichtige Rolle zu spielen scheint, läßt sich hinsichtlich ihrer Pathogenese nach der vorsichtigen Formulierung des Verf. zur Zeit nur sagen, daß „sie in einer sicheren, aber heute noch nicht vorstellbaren pathophysiologischen Beziehung zu dem Morbus der schizophrenen Psychosen stehen; d. h. eine chronische in ihrem Wesen und in ihren somatischen Äußerungen unbekannte

Krankheit macht zu bestimmten Zeiten (Episoden) deutlich faßbare körperliche Erscheinungen. Es drängt sich dabei der Vergleich mit Erkrankungen der inneren Medizin auf, etwa mit dem übrigens teilweise ebenfalls erblich bedingten Diabetes. Auch hier stehen alarmierende und lebensbedrohende Einlagen (Koma) in einem chronischen Verlauf. In diesen Episoden ist die körperliche Symptomatologie viel greifbarer und eindrucksvoller als während der chronischen Krankheit selbst.“ Auch für die febrilen und subfebrilen stuporösen Episoden ist die Annahme nicht von der Hand zu weisen, daß es sich hier gleichfalls im Körperlichen um ein hämolytisches Syndrom handelt. Mit Sicherheit gilt dies allerdings nur für die oben erwähnte 3. Gruppe, bei der die Hämolyse tatsächlich nachgewiesen werden konnte. Zum Schlusse dieser kurzen, die vorliegende wertvolle Arbeit in ihrem ganzen Reichtum bei weitem nicht erschöpfenden Besprechung sei noch betont, daß die von Scheid beschriebenen Episoden keine nosologischen Einheiten darstellen. Sie sind vielmehr als zeitlich begrenzte Zustände aufzufassen, in denen die der Schizophrenie zugrunde liegende Krankheit deutlichere und leichter greifbare körperliche Erscheinungen macht. Die psychotischen Prozesse, in denen die Episoden stehen, unterscheiden sich weder klinisch noch durch den Verlauf, noch — soweit bisher zu urteilen — erbbiologisch von anderen Schizophrenien. v. Neureiter (Berlin).

Milici, Pompeo: Pfropfschizophrenia. Schizophrenia engrafted upon mental deficiency. (Pfropfschizophrenie. Auf Schwachsinn aufgepfropfte Schizophrenie.) (*Kings Park State Hosp., Long Island, N. Y.*) Psychiatr. Quart. 11, 190—212 (1937).

Verf. unterscheidet zwischen schizophran gefärbten episodischen Psychosen bei Schwachsinnigen, die nach relativ kurzer Zeit vollständig abklingen und lediglich den ursprünglich vorhanden gewesenen Schwachsinn zurücklassen, und zweifellosen, in typische Defekte ausgehende schizophrene Prozeßpsychosen als Kombination von Oligophrenie und Schizophrenie. Schwierig zu entscheiden sei es oft, ob es sich von Anfang an schon um eine bereits vor Ausbruch der manifesten schizophranen Psychose vorhanden gewesene latente Dementia praecox oder um einen primären Schwachsinn gehandelt hat, wobei ein allmählich zunehmender geistiger Rückgang mehr für einen destruktiven schizophranen Prozeß spreche. An sich steht Verf. auf dem Standpunkt, daß Kombinationen von Schizophrenie, manisch-depressiven und organischen Psychosen mit Schwachsinn tatsächlich vorkommen. Bei den von anderen Autoren beschriebenen und lediglich als Äußerungsformen des Schwachsinnigen angesehenen depressiven, erregten oder schizophran gefärbten Zustandsbildern der Oligophranen handele es sich um Zustände, wie sie auch bei Psychopathen und Psychoneurotikern vorkämen. Das beweise aber noch nicht, daß nicht prinzipiell auch echte andere Psychosen bei Schwachsinnigen auftreten können. Der Nachweis schizophrener Symptome berechtige für sich allein allerdings noch nicht immer zur Diagnose einer Schizophrenie mit Ausgang in Defekt. Andererseits könne aber auch bei keiner psychotischen Reaktion die Möglichkeit ihres Chronischwerdens oder einer eines zurückbleibenden Defektes von vornherein absolut ausgeschlossen werden, da dies von der Dauer und Fixation der Reaktion sowie von der Erholungsfähigkeit der psychobiologischen Mechanismen abhängen. Es bestehe daher auch nur ein gradueller Übergang von den neurotischen Vorboten der Schizophrenie zur späteren Dem. praecox, während andererseits eine spätere Exacerbation bei einer von Kindheit an ohne fokale Erscheinungen bestehenden Geistesschwäche in der Regel als aufgepfropfte Hebephrenie aufgefaßt werden müsse, falls Epilepsie und cerebrale Lues auszuschließen sind. Bei kurz dauernden und ohne Defekt ausheilenden schizophranen Zustandsbildern sei eine sorgfältige Abgrenzung von den rein katathymen wahnhaften Formen der Oligophranen erforderlich. Typische Bizarrenrien deuten dabei entschieden auf schizophrene Mechanismen hin. Wenn diese episodischen und abheilenden Fälle von manchen Autoren nur als oligophrane Reaktionen aufgefaßt werden, so widersprechen zum mindesten die Fälle mit neu hinzutretender und bleibender schizophrener Symptomatologie bzw. mit Ausgang in typi-

schen Defekt der Auffassung, daß alle schizophrenen Symptome u. a. Psychosen bei Schwachsinnigen nur der Oligophrenie zur Last zu legen seien. Verf. hält derartige echte Pffrophebephrenien für häufiger, als man glaubt und meint, daß eine systematische Durchuntersuchung der Schwachsinnigenanstalten zeigen würde, daß die Dem. praecox bei Schwachsinnigen gar nichts Seltenes ist. Unter Anerkennung weitgehender Ähnlichkeiten zwischen den episodischen und den destruktiven Fällen hebt Verf. als Extreme heraus: einmal überwiegend konstitutionell unterlegte Fälle ohne nennenswerte äußere Anlässe, andererseits solche, bei denen auslösende äußere Ursachen als ätiologischer Faktor ganz im Vordergrund stehen — bei an sich sonst noch normalem äußeren Verhalten. Zwischen beiden Extremen gebe es Übergänge. Prinzipiell gemeinsam sei allen Fällen ein Versagen der Anpassungsfähigkeit — sei es auf konstitutioneller (endogener) Grundlage oder aus exogenen Ursachen heraus —, meist verbunden mit eigentümlichen Anstrengungen zur Wiedererlangung des seelischen Gleichgewichts, wobei letztere gerade das im klinischen Bild so besonders auffällige und die speziellen Mechanismen in der analytischen Betrachtungsweise ausmachen. *Skalweit.*

Claude, Henri: *Rapports de l'hystérie avec la schizophrénie.* (Beziehungen zwischen Hysterie und Schizophrenie.) *Ann. méd.-psychol.* **95**, II, 1—14 (1937).

Hysterie und Schizophrenie haben phänomenologisch darin gemeinsame Züge, daß die Hysterie ebenso wie die Schizophrenie mit einer Dissoziation der psychischen und psychomotorischen Funktionen zentralnervöser corticaler und subcorticaler Systeme einhergeht. Beispielsweise wird die Uermüdbarkeit hysterischer Bewegungs- und Haltungsstörungen ähnlich wie bei der Katatonie angeführt, ferner die Unerregbarkeit des Labyrinths mittels des elektrischen Stromes bei Hysterikern und Katatonikern. Die beiden Krankheitsbilder unterscheiden sich in der Dauer, der Tiefe und dem Grad der Dissoziationsstörung, weshalb die hysterischen Störungen im Gegensatz zu den tiefer gehenden schizophrenen, häufig suggestiven therapeutischen Maßnahmen zugänglich sind. Die Hysterie kann dem Kreis der „neuro-psychischen Störungen“, die der Verf. unter dem Begriff der „Schizosen“ zusammenfaßt, zugerechnet werden.

W. Ederle (Tübingen).

Pollock, Horatio M., Benjamin Malzberg and Raymond G. Fuller: *Hereditary and environmental factors in the causation of Dementia praecox and manic-depressive psychoses. V. Environmental factors in manic-depressive psychoses.* (Hereditäre und Milieufaktoren bei der Entstehung der Dementia praecox und des manisch-depressiven Irreseins.) *Psychiatr. Quart.* **10**, 110—126 u. 495—509 (1936); **11**, 131—162 (1937).

In dem vorliegenden 5. Kapitel der Arbeit, deren Inhalt in einem kurzen Referat nicht wiederzugeben ist und die daher von Interessenten im Original gelesen werden muß, wird der Versuch unternommen, die verschiedenartigsten Milieueinflüsse bei der Entstehung des manisch-depressiven Irreseins statistisch zu erfassen. [IV. vgl. *Psychiatr. Quart.* **9**, 129 u. 287 (1935).]

F. Münzer (Prag).

Luxenburger, H.: *Fortschritte im schizophrenen und cyclothymen Erbkreis.* *Fortschr. Erbp. usw.* **1**, 49—77 (1937).

Die Erkrankung an Schizophrenie ist erblich bedingt. Der Genotypus vererbt sich wahrscheinlich rezessiv. Monomerie ist wahrscheinlicher als Polymerie. Die Gene sind in einem Autosom zu denken. Gonosomale Faktoren spielen keine Rolle. Die Penetranz der Gene ist nicht absolut groß, ihre Expressivität abgestuft. Der Genotypus unterliegt also erheblichen Manifestationsschwankungen. Rein quantitativ sind diese auf durchschnittlich 20—30% zu veranschlagen bei einem oberen Grenzwert von etwa 36%. Verf. glaubt, daß die sog. innere Umwelt den Zeitpunkt der Manifestation reguliere, und zwar so, daß sie der Manifestation entgegenwirkt. An der völligen Verhinderung der Manifestation sind auch Einflüsse der äußeren Umwelt beteiligt, die jedoch im einzelnen nach nicht bekannt sind. Die verschiedenen heute bekannten klinischen Unterformen der Schizophrenie sind ohne selbständige erbbiologische Bedeutung. Die Art der Variante wird im Einzelfall weitgehend durch das

Erkrankungsalter und damit wohl auch durch die innere Umwelt bestimmt. Der heterozygote Zustand des Phänotypus kann sich manifestieren, und zwar in erster Linie an Form dessen, was wir in den Familien der Schizophrenen als schizoide Psychopathie bezeichnen. — Bei der Zykllothymie wurde die empirische Erbprognostik erweitert. Dabei ergaben sich Ansätze zu Differenzierungen nach der psychischen Beschaffenheit der Eltern. Die Bedeutung der Psychopathie des zykllothymen Kreises trat deutlicher zutage, wenn sie auch noch lange nicht mit der Bedeutung verglichen werden kann, die der schizoiden Psychopathie im schizophrenen Kreise zukommt. Die Größe als Manifestationsschwankungen des manisch-depressiven Irreseins läßt sich mit rund 20% vorläufig festlegen. Diese Ziffer ist jedoch keineswegs als gesichert anzusehen. Die erbbiologische Stellung der Involutionmelancholien beginnt sich erst allmählich abzuheben. Wenn sie vielleicht auch zum zykllothymen Kreis zu rechnen sind, so nehmen sie doch wahrscheinlich eine biologische Sonderstellung ein. Während die Fruchtbarkeit der Schizophrenen gegenüber der Normalbevölkerung erheblich vermindert ist, sind die Manisch-depressiven ebenso fruchtbar wie die Normalen.

H. Linden (Berlin).

Curran, Desmond: The differentiation of neuroses and manic-depressive psychoses. (Die Differenzierung von Neurosen und manisch-depressiven Psychosen.) (*Hosp. f. Epilepsy a. Paralysis, Maida Vale.*) J. ment. Sci. 83, 156—174 (1937).

Im allgemeinen ist man der Anschauung, daß eine scharfe Grenze zwischen gewissen Neurosen und depressiven Psychosen nicht zu ziehen ist. Immerhin werden verschiedene Kriterien für die eine wie für die andere Gruppe angegeben. An 25 Fällen, die Erscheinungen von Angst und Depression zeigten, hat Verf. 11 Kriterien überprüft, und zwar: Klagen über Depression, somatische Beschwerden, Reue und Selbstvorwürfe, Anschuldigungen gegen andere, Gewichtsverlust, Obstipation, Depersonalisationsgefühle, den Auslösfaktor, Wechsel im Verlauf, Krankheitsgeschichte, Familienanamnese. Bei Registrierung dieser Kriterien in den einzelnen Fällen zeigte sich, daß bei keinem der Fälle eine Entscheidung nach der neurotischen oder depressiven Seite hin möglich war. Es erweist sich deshalb auch als angezeigter, statt von einer Krankheitseinheit von Reaktionstypen zu sprechen. Es wird dann noch weiter darauf hingewiesen, daß verschiedene andere Kriterien wie der periodische Ablauf der Depression, die psychotherapeutische Unbeeinflussbarkeit keineswegs immer zutreffen.

Klein (Prag).

Kriminologie. Kriminalbiologie. Pönologie.

Mayer, Hellmuth: Kriminalpolitik als Geisteswissenschaft. Z. Strafrechtswiss. 57, 1—27 (1937).

Den überaus klaren und überzeugenden Ausführungen Mayers zufolge, die geeignet sind, die Grenzen künftiger Forschung abzustecken, ist Kriminalpolitik Geisteswissenschaft und nicht Naturwissenschaft. Sie ist wesentlich verstehende Sozialpsychologie. Diese Lehre vom Geist, wie er sich typischerweise im Zusammenleben der Menschen äußert, ist zugleich Lehre vom Einzelnen, wie er sich typischerweise in der Gemeinschaft als Persönlichkeit entfaltet und bildet. Die Grundlage dafür bildet die Lehre vom normalen Ablauf des Gemeinschaftslebens und vom normalen, d. h. empirisch zu erwartenden Verhalten des Einzelnen, welche Lehre nur durch ein verstehendes Beschreiben der gesellschaftlichen Vorgänge und des gesellschaftsbezogenen Verhaltens des Einzelnen gewonnen werden kann. Erst durch dies verstehende Beschreiben erlangen wir die Kenntnis der wirklichen psychischen Sachverhalte. Bevor wir aber den normal-psychologischen Verlauf des Gemeinschaftslebens nicht kennen, ist es ganz unmöglich, ein sittlich auffälliges Verhalten biologisch oder psychiatrisch zu deuten. Die Naturwissenschaft kann demnach immer nur Hilfswissenschaft sein, die beherrschende Fragestellung gebührt der Geisteswissenschaft. Damit ist keineswegs gezeugnet, daß sich alles geistige Leben unter natürlichen Bedingungen abspielt, deren