

zwei besondere Stellungnahme: 1. Ausheilen von Lungentuberkulose, bei der man den Sport ablehnen soll, namentlich wenn es sich um exsudative Prozesse handelt. 2. Sei man dagegen bei Herzneurosen und Adoleszentenherzen in der Erteilung von ärztlichen Befreiungssattesten sparsam. Soweit die negative Auslese. Die positive aber ist vom Körperbau als morphologische Eignung zum Sport abhängig. Mag für die Entwicklung des Körperbaues der Genotyp grundlegend sein, so ist seine endgültige Form als Phänotyp von den Umwelteinflüssen und der Funktion, demnach den Leibesübungen gebildet. Die Besprechung der verschiedenen Sporttypen betrifft Geräteturnen, Fünfkampf, Ringkämpfer, Lang- und Kurzstreckenläufer, Springer, Werfer, Schwimmer und Ruderer. Neben der Körperform, welche für jede dieser Typen ihre Eigenheiten aufweist, kommt für die Leistung auch die physiologische Eignung des Sportlers in Frage. Sie betrifft Kraft, Schnelligkeit und Ausdauer, wobei für beide letzteren Stoffwechselforgänge im Muskel ausschlaggebend sein sollen. Sauerstoffschuld und Sauerstoffaufnahmevermögen kämen als leistungsbegrenzende Faktoren in Frage. Beim gesunden Menschen sei die körperliche Leistungsfähigkeit nicht durch die Atmung, sondern die Arbeitsfähigkeit des Herzens begrenzt. Aus Mangel an geeigneten Funktionsproben sollte der Entscheid über Sporteignung auf dem Sportplatz gefällt werden. Das umschließe dort zugleich einen dritten Faktor, den der psychischen Eignung des Sportmannes.

Lorentz (Hamburg).

Messerli, Fr. M.: Le contrôle médical du sport. (Die ärztliche Überwachung des Sports.) Ann. Hyg. publ., N. s. 12, 162—178 (1934).

Sport- und Arztwesen sind keine Gegensätze. Vielmehr bildet der Sport die Grundlage für gesunde Körperlichkeit und dient zur Prophylaxe gegen Krankheit. Daher ist auch die körperliche Erziehung im gewissen Sinne ein Zweig der Hygiene. Das Wort „Sport“ komme von dem französischen „desport“ = „plaisir“ oder „divertissement“. Während des Wachstums erhalte der Körper seine Formung durch die Funktion der sportlichen Betätigungsart. Das wird durch den Verf. an Hand der verschiedenen jugendlichen Altersstufen eingehender erläutert. Hierdurch entsteht die Forderung nach der ärztlichen Überwachung des Sports. Es wäre dies eine Forderung, die interessanterweise zuerst im Sportlager selbst erhoben worden sei. So habe in den letzten Jahren der Schweizer Radfahrerbund vorgeschrieben, daß vor der Teilnahme am Radrennen eine ärztliche Eignungsuntersuchung stattzufinden haben. Der Schweizer Fußballbund habe für alle seine Mitglieder unter 18 Jahren die ärztliche Untersuchung obligatorisch angeordnet. Im Jahre 1923 sei die „Association Nationale d'Education Physique“ gegründet worden, und eine Kommission unter dem Vorsitz von Dr. Knoll, jetzt Professor der Physiotherapie in Hamburg, habe ein Projekt ausgearbeitet, das zu kompliziert gewesen sei, um bei den Ärzten und Sportleuten Erfolg zu finden. Andere Länder, wie Deutschland und Finnland, hätten eine pflichtmäßige ärztliche Überwachung der gesamten Sportjugend angeordnet (leider ist davon in Deutschland nichts bekannt; Ref.). Daher fordert Verf. eine sportärztliche Untersuchung für die Schweizer Jugend, die für den einzelnen in jedem Jahre 2mal stattzufinden habe. Er bespricht da die großen volkshygienischen Vorteile, die daraus erwachsen würden. Er kommt auf Einzelheiten, besonders verschiedene Messungsindizes zu sprechen, indem er dabei auf die alten bekannten Säuglingsmessungen Pirquets mit dessen Volapük-Ausdrücken zurückgreift. Verf. schließt wieder mit dem Hinweis auf die große prophylaktische Wirkung des Sports. Dafür fordert er genau aufgestellte Programme, welche den Patienten gegenüber die Stundenzahl des Sports, die Art der Leibesübungen, ihre Dauer und die Zeit der Ruhepausen, die Häufigkeit der Stunde, der Bäder, Duschen usw., auch Arbeits-, Schlaf- und Essenszeiten, kurz einen festumrissenen Lebensplan betreffen.

Lorentz (Hamburg).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Deutsche Seelenheilkunde.** Hrsg. v. M. H. Göring. Zehn Aufsätze zu den seelenärztlichen Aufgaben unserer Zeit. Von W. Cimbald, M. H. Göring, C. Haeblerlin, H. v. Hat-

tingberg, G. R. Heyer, W. M. Kranefeld, F. Künkel, J. H. Schultz, H. Schultz-Hencke u. L. Seif. Leipzig: S. Hirzel 1934. 118 S. RM. 4.80.

Das Buch, dessen Einzelheiten den Rahmen eines Referates überschreiten, — sind doch die einzelnen Beiträge selbst fast Übersichtsreferate — ist Zeichen der Umkehr von einer auf Theorien aufbauenden, einer bestimmten bürgerlichen Schicht zugewandten, in schwächerer Allgemein-Menschlichkeit aufgehenden Psychotherapie zu einer arteigenen, volksbewußten, dem Ganzen dienenden deutschen Seelenheilkunde. Das Buch ist Programm dieses neuen Weges und Willens. Das Schwergewicht liegt dabei auf „deutsch“. Dieser Wille kommt im einleitenden Aufsatz von M. H. Göring „Die nationalsozialistische Idee in der Psychotherapie“ ausgeprägt zum Ausdruck, in dem er die im Nationalsozialismus lebenden im Sinne der Psychotherapie wirkenden Kräfte nennt. Cimal fordert in „Aufgaben und Wege einer deutschen Seelenheilkunde“ die Anpassung der Psychotherapie an den germanischen Menschen, wozu das innere Erleben des Deutschtums beim Arzt selbst notwendig ist. Jung habe mit Recht erkannt, daß hierbei Bindung an die Religion notwendig sei, zu der die Bindung an das arteigene Volk zu treten habe. So führt H. von Hattingberg in „Neue Richtung, neue Bindung“ aus. Jungs Werk führe über Neuroselehre und Krankheitsheilung hinaus weit in die deutschen Fragen seelisch-leiblichen Wesens hinein. So G. R. Heyer in „Die Polarität, ein Grundproblem in Werden und Wesen der deutschen Psychotherapie.“ Auch W. M. Kranefeldt beschäftigt sich mit „Freud und Jung“. In Freud gehe der weltanschauliche Materialismus zugrunde, bei Jung sei Neurose immer der erste Schritt zur Lösung eines Konfliktes. Klages und Prinzhorn werden von C. Häberlin in ihrer Verteidigung der Verbundenheit von Leben, Blut und Volk gewürdigt. („Die Bedeutung von Ludwig Klages und Hans Prinzhorn für die deutsche Psychotherapie.“) Dieser Verbundenheit gilt auch die Arbeit L. Seifs „Volksgemeinschaft und Neurose“. Andere Aufsätze befassen sich mit umschriebenen Gebieten: Fr. Künkel, „Die dialektische Charakterkunde als Ergebnis der kulturellen Krise“, J. H. Schultz, „Der Yoga und die deutsche Seele“, H. Schultz-Hencke, „Die Tüchtigkeit als psychotherapeutisches Ziel“. Arno Warstadt.

Hoffmann, H. F.: Der Psychiater und die neue Zeit. Z. psych. Hyg. (Sonderbeil. d. Allg. Z. Psychiatr. 101) 6, 161—167 (1934).

Auch in früherer Zeit wurde die Arbeit des Psychiaters von zwei Grundsätzen geleitet: Seinen Kranken zu helfen und seiner Verantwortung vor der Allgemeinheit gerecht zu werden. Er hatte dabei die Möglichkeit, Zwangsmaßnahmen einzuleiten oder selbst anzuwenden, um die Gemeinschaft vor Eingriffen gemeingefährlicher Geisteskranker zu schützen. Während früher die Fürsorge für das individuelle Wohl der Kranken im Vordergrund stand, hat der Psychiater im nationalsozialistischen Staat nicht nur das Recht, sondern die Pflicht, in erster Linie die Interessen der Gemeinschaft zu bedenken und das individuelle Interesse der Kranken in diese Grundhaltung einzubauen. Der Begriff der Gemeingefährlichkeit oder Gemeinschädlichkeit muß in Zukunft weiter gefaßt werden, als es bis heute üblich ist. Er soll sich nicht nur auf die Kranken selbst beziehen, sondern muß auch auf ihre Erbmasse ausgedehnt werden. Der Ausmerze minderwertiger Erbmasse muß eine positive aktive Bevölkerungspolitik parallel gehen. Seelert (Berlin-Buch).

Geck, L. H. Ad.: Der Gegenstand der Sozialpsychologie. Z. Psychol. 131, 382—387 (1934).

„Sozialpsychologie ist somit die Wissenschaft vom einzelmenschlichen seelischen Sein (oder von der Psyche des Individuums), insofern dieses eine soziale Bestimmtheit aufweist.“ Der Ausdruck „Psychologie der Gesellschaft“ im Sinne von Psychologie von sozialen Gebilden oder Menschenmehrheiten erscheint bedenklich, da nur die Einzelmenschen Träger von Seelischem sind, niemals Menschenmehrheiten; hier ist das Ergebnis „geistiger Inhalt“, also nichts Seelisches. Tatbestände, welche die soziale Bestimmtheit des einzelseelischen Seins ausmachen, sind demnach die „der peripherischen Berührungen, der persönlich betonten Kontakte zwischen Menschen, des Inbeziehungtretens, Inbeziehungbleibens“ usw. Sozialpsychologie ist also „Wissenschaft von der Psyche des Individuums, insoweit diese sozial bezogen ist

durch individuelle Haltung, zwischenmenschliche oder soziale Prozesse, Beziehungen und Beziehungsgebilde“. In der Einteilung ergibt sich für Verf.: 1. Allgemeine Sozialpsychologie: a) Individualsozialpsychologie (im engeren Sinne), b) Kollektivpsychologie ganz allgemein. 2. Spezielle Sozialpsychologie: a) Sozialpsychologie im engeren Sinne der verschiedenen Lebenssphären, b) Kollektivpsychologie der verschiedenen Lebenssphären. Die näheren, sehr gedrängten Definitionen und Ableitungen müssen in der Originalarbeit nachgelesen werden.

Leibbrand (Berlin).

Taverna, Miguel J.: Die Wichtigkeit des psychischen Traumas beim Überdruck.

(*Hosp. de Caridad, Sante Fé.*) *Semana méd.* 1934 I, 695—696 [Spanisch].

Eine 76 Jahre alte an Überdruck leidende Frau hatte eine heftige Auseinandersetzung mit einem Mieter, die sie sehr aufregte. Unmittelbar nach dem Streit merkte sie, daß sie plötzlich nicht mehr sehen konnte. Am folgenden Tag trat ein Koma ein, das den Tod zur Folge hatte. Der Fall beweist den engen Zusammenhang zwischen dem psychischen Trauma, der Amaurosis und der Gehirnblutung.

Ganter (Wormditt).

Hausmann, Max F.: A method to objectively demonstrate thinking difficulties.

(Eine Methode zur objektiven Demonstration von Denkstörungen.) (*Henry Phipps Psychiatr. Clin., Johns Hopkins Univ., Baltimore.*) *Amer. J. Psychiatry* 13, 613—625 (1933).

Verf. geht von der bekannten Tatsache aus, daß Klagen über Denk- und Konzentrationserschwerung sowohl von schizophrenen wie von melancholischen Kranken vorgebracht werden. Er gibt in Anlehnung an andere Autoren verschiedene Tests an, mittels deren die subjektive Denkstörung objektivierbar gemacht werden kann. Test I verlangt die Heraushebung optischer Formen aus einer Serie ähnlicher Gebilde. Test II besteht in einer Ergänzung gewisser Zahlenreihen; Test III fordert das Erkennen von Absurditäten innerhalb schriftlich gegebener Sätze und innerhalb einer bildlichen Darstellung. Unter den Personen, die bei Test III Fehler machen, unterscheidet Verf. 3 Gruppen: 1. diejenigen, welche die verbalen Absurditäten nicht erkennen und zu Test I ungewöhnlich lange Zeit brauchen — allgemein Denkgehemmte; 2. diejenigen, welche die verbalen Absurditäten nicht erkennen und zugleich Test II schlecht lösen — intellektuell Schwachbegabte; 3. diejenigen, welche Test I und II rasch und gut erledigen, dabei aber die verbalen Absurditäten nicht herausfinden, während sie die bildlichen erkennen — eigentlich Denkgestörte. Über eine spezielle klinische Zuordnung der an Gesunden, Kindern und Kranken erprobten Tests spricht sich Verf. nicht aus. Er hofft durch weitere Versuche eine Methode zu gewinnen, schizophrene und melancholische Denkerschwerungen objektiv auseinanderzuhalten. Er glaubt auch, durch Kombination mit anderen Tests einen Maßstab für die Schwere der Veränderung gewinnen zu können.

W. von Baeyer (München).

Goldstein, Kurt: Über das Phänomen der Angst. *Nederl. Tijdschr. Psychol.* 1, 434—454 (1934).

Allen Angstzuständen ist das Erlebnis der Gefährdung der eigenen Person gemeinsam. Angst ist jedoch nicht nur Erlebnis, sondern auch körperlicher Vorgang, Veränderung an der Motorik, am Puls, an den Vasomotoren usw. Im Gegensatz zur Furcht ist die Angst ein objektloses Erlebnis. Wenn Hirnkranken vor Aufgaben gestellt werden, die für sie unlösbar sind, so geraten sie in einen unlustvollen Zustand, der alle objektiven Kennzeichen gegenstandsloser Angst aufweist, sie zeigen die charakteristische Ausdrucksgestalt der Angst, das Versagen bei Leistungen, die sonst möglich wären, ja eine Loslösung von der Außenwelt, Unfähigkeit Wahrnehmungen zu verarbeiten, sinnlose Reaktionen. Es ist dies der vom Verf. schon früher als „Katastrophenreaktion“ beschriebene Zustand. Aus seinem Zustandekommen bei Hirngeschädigten zieht Verf. den Schluß, daß Angst ganz allgemein immer dann auftritt, wenn die Verwirklichung der der Wesenheit eines Organismus entsprechenden Aufgaben unmöglich geworden ist. Angst entsteht in einer den Organismus objektiv gefährdenden Umwelt (wobei auch der eigene Körper „Umwelt“ sein kann). Insofern ist Angst also nicht gegenstandslos; nur in erlebnismäßiger Hinsicht ist sie gegenstandslos. Furcht ist dagegen auch im Erlebnis auf ein Objekt bezogen, aber nicht auf ein Objekt an sich, sondern nur

insofern, als an dem Objekt die Möglichkeit des Eintretens von Angst besteht. Furcht ist eine „höhere“ gegenständliche, „kategoriale“ Art der Auseinandersetzung mit der Welt, Angst eine primitivere, zu der eine Stellungnahme nicht hinzugehört, ja meist gar nicht möglich ist. „Die Furcht stärkt die Sinne, die Angst macht sie unbenützlich, die Furcht treibt zum Handeln, die Angst lähmt.“ Die Angst des Säuglings und des Neugeborenen entsteht ebenfalls in Situationen, die eine adäquate Reizverwertung schwer machen. Die Annahme einer ererbten Furcht vor bestimmten Objekten wird dadurch hinfällig. Dasselbe gilt für die Furchtäußerungen neugeborener oder junger Tiere. Angst entsteht jeweils aus einer aktuellen Situation. Frühere Erlebnisse wirken zwar mit, insofern sie die Auffassung der Situation beeinflussen, bestimmen aber niemals allein das Aufkommen der Angst — im Gegensatz zur Anschauung der Psychoanalyse. Für den Gesunden gibt es Möglichkeiten, der Angst zu entgehen, indem er in schöpferischer Weise Situationen schafft, die seine Existenz sichern. Der Hirnverletzte sichert sich durch eine abnorme Ordentlichkeit, durch eine Tendenz zur Kontinuität und gerät so in ein gebundenes, enges unproduktives Verhalten. Dem Kinde hilft ein außerordentlich großer Betätigungsdrang und die Lust am Bewältigen von Aufgaben zur Überwindung der Angst. Im Leben des gesunden Erwachsenen sind beide Möglichkeiten der Überwindung von Angst verwirklicht und als kulturschöpferisch zu betrachten, die Tendenz zum Neuen, zur Eroberung der Welt und die Tendenz zur Ruhe, Ordnung, Normierung der Umwelt. Kulturschöpfungen sind durch diese angstbedingten Tendenzen in vielen Zügen formal bestimmt, aber natürlich niemals allein als Ausfluß von Unsicherheit und Angst zu verstehen. Zum Schluß verweist Verf. auf die Parallelen, die zwischen seinen an Kranken gewonnenen Anschauungen über die Angst und denjenigen der Philosophen Pascal, Kierkegaard und Heidegger vorhanden sind. Religion, Metaphysik und Biologie weisen letztlich auf die gleichen Fundamente des Seins hin.

W. v. Baeyer (München).

Jellinek, Auguste: Gesang als Ausdruckshandlung. Mschr. Ohrenheilk. 68, 333 bis 351 (1934).

Gesang beruht auf akustisch-motorischer Synästhesie. Instrument ist hier der eigene Körper. Atemrhythmus, Länge der Ventilation usw. verändern Zirkulation und Stoffwechsel in erheblichem Maße. Neben diesen kinästhetischen Körpervorgängen müssen die Wahrnehmungen der tonischen Vorgänge unterschieden werden. Beide Vorgänge beeinflussen den singenden Menschen dauernd. Daneben ist Singen eine lustvolle Tätigkeit; beim kollektiven Gesang (Chor) wird dieses Gefühl noch durch Sympathieströmungen erhöht. Im Zusammenhang mit dem Phänomen des „autogenen Training“ erscheint die besondere Bewußtseinsänderung des Sängers charakteristisch. Dieses „Instimmungkommen“, in welchem der ganze Körper als tönendes Gebilde erlebt wird, sowie die Beschäftigung mit dem eigenen Körper führt zu einer typischen veränderten Grundhaltung des Sängers: die oft belächelte einseitig egozentrische Haltung der Berufssänger. Während der Durchschnittsmensch nur seine eigenen Affekte in geübten Automatismen ausdrückt, muß der Sänger seiner Seelenlage gar nicht momentan entsprechende Ausdrucksaufgaben lösen; hier bilden sich dann komplizierte bedingte Reflexe (Routine), die durch eben jene Versenkungstechnik entstehen, welche bei der Yogamethode zutage treten. Auch sprachphysiognomisch (Werner) treten Erlebnisse kinästhetischer Art auf: Lockerungs- und Entspannungserlebnisse, die je nach dem Inhalt des Wortes wechseln und von Mensch zu Mensch verschieden sind. Diese physiognomischen synästhetischen Erlebnisse drücken sich in der oft wunderlichen, dem Nichtsänger fremd erscheinenden Terminologie der Gesangslehrer aus. alle diese Ausdrücke, wie „tönende Säule“, „Kuppel“ (Gaumen), „gedeckt“, „offen“, „hell“ usw. werden in ihrer Metaphorik vom Schüler sehr unmittelbar verstanden. Verf. erörtert die Entstehung der metaphorischen Ausdrucksweise. Auf die spezialistischen psychologischen Deutungen kann hier nur verwiesen werden.

Leibbrand (Berlin).

Wiśniacka, Romana: Die Psychologie der Zeugenaussagen. Arch. kryminol. 1, 215—246 u. franz. Zusammenfassung 323—325 (1933) [Polnisch].

Der Aufsatz gibt allgemeine Charakteristik psychologischer Forschungsmethoden auf dem Gebiete der Psychologie der Aussage und eine Übersicht wichtigster diesbezüglicher Ergebnisse. Ergebnisse und Beispiele stammen teils aus der Literatur, teils sind sie Fragmente eigener Untersuchungen aus dem psychologischen Laboratorium der Warschauer Universität. Verf. erörtert die Rolle der Aufmerksamkeit, der

Suggestion, des Affektes und anderer Faktoren, von welchen der Wert der Aussage beeinflusst wird. Die Zeugenaussagen können und sollen einer psychologischen Analyse unterzogen werden; deshalb sollte der Psycholog bei der Gerichtsverhandlung als Sachverständiger mitwirken, meint die Verf. im Einklang mit anderen Forschern; die Juristen sollten Psychologie studieren mit besonderer Betonung der Aussagepsychologie. Die Aussagen der Zeugen und der Angeklagten sollten samt den Fragen des Richters stenographiert werden; die Gerichtsprozedur sollte auch in mehreren anderen Punkten, welche einzeln die Verf. angibt, reformiert werden gemäß den Ergebnissen der Psychologie der Aussage. Im Aufsatz finden sich manche interessante Bemerkungen zur Psychologie und Psychopathologie der Aussage, zur Tatbestandsdiagnostik und ihren Reproduktions- und Assoziationsversuchen, zur Frage der Zuverlässigkeit und Reform der Zeugenvernehmung, zur Methodologie der rechtspsychologischen Experimente.

Higier (Warschau).

Eliasberg, W.: Zur Psychologie der Korruption. Nederl. Tijdschr. Psychol. 1, 335—342 (1933).

Die vorliegende Erörterung will die psychologischen und dynamischen Faktoren, die für soziale Destruktionen verantwortlich zu machen sind, herausstellen. Soziale Destruktionen können durch Korruption zustande kommen. Unterscheidet man nach Marbe 2 Arten der Gratisleistung, solche 1. Ordnung, die in keiner Weise in Rechnung gestellt werden und solche 2. Ordnung, die zwar nicht ausdrücklich berechnet werden, aber doch im allgemeinen Preisniveau vorkommen, so entsprechen Gratisleistungen im Zusammenhang mit Korruption den Gratisleistungen 2. Ordnung. Personen des öffentlichen Lebens, besonders Beamte, können korrumpiert werden. Für Beamte werden die verpflichtenden Dauerhaltungen durch Standesordnung und Dienstanzweisung festgelegt. Neben der Beamtenkorruption steht die Korruption des Politikers. Hier findet eine Ablenkung der Gesamthaltung von der Richtschnur des redlichen Handelns statt. Grundlegend für diese ganze Problemstellung ist die Psychologie der echten Gratisleistung, des Schenkens. Das Schenken ist eine Handlung des Entgegenkommens. Simmel weist darauf hin, daß das Ziel des Schenkens in einer Expansion des Ichs oder in dem erreichten Endzustand (der Empfänger soll ein bestimmtes Wertobjekt besitzen) liegt. Geber und Nehmer stehen in einer besonderen Beziehung. Normalerweise soll der Geber der Überlegene sein. Von einer derartigen Dankbarkeitsverpflichtung kann man sich immer wieder frei machen. Besteht kein Rangunterschied in bezug auf Persönlichkeit und auf Besitz, so werden von vorneherein Nebenabsichten angenommen. Gegen Verpflichtungen, die durch diese Art von Geschenken entstehen, setzt sich der Verpflichtete durch Verdrängung zur Wehr. Bei dem korrumpierenden Geschenk gelingt diese Verdrängung nicht. Korruption kann und will auch auf immer binden. Voraussetzung von Korruption in ihren allerersten Anfängen ist der Mangel an Entgegenkommen und Sympathie im öffentlichen Leben. Die Korruption stellt einen unvollkommenen und gefährlichen Ersatz dar, gefährlich, weil sie Destruktionstendenzen enthält.

Tropp (Freiburg i. Br.).

Somogyi, I., und A. Z. Ráth: Über die Rolle der exogenen und endogenen Faktoren in der Hervorrufung der symptomatischen Psychosen. (*Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Budapest u. Heilanst. f. Geistes- u. Nervenkrankhe, Budapest-Lápótmező.*) Mschr. Psychiatr. 88, 173—192 (1934).

Die Verf. beschäftigten sich mit der Frage, warum bei Infektionen und anderen Krankheiten nur bei einem Teil der Kranken psychotische Reaktionen auftreten. Unter Verwertung von 200 Krankheitsfällen kamen sie aus klinischen Feststellungen, theoretischen Überlegungen und Schlußfolgerungen, die aus den Ansichten Schaffers über die heredodegenerativen Nervenkrankheiten hergenommen sind, zu der Anschauung, daß für die Entstehung des exogenen Reaktionstypus wahrscheinlich verminderte Widerstandsfähigkeit der mesodermalen Elemente des Zentralnervensystems eine notwendige Voraussetzung ist. Die Entwicklung von Zustandsbildern endogenen

Gepräges bei exogenen Schädigungen führen sie auf „die symptomengebende Rolle“ des endogenen Elementes zurück. Eine Bestätigung ihrer Anschauungen glauben die Verf. in den histologischen Basedow-Forschungen von Hechst zu finden. *Seelert.*

Katz, Siegfried E.: The family constellation as a predisposing factor in psychosis. (Die Familienverhältnisse als prädisponierender Faktor bei Psychosen.) (*New York Psychiatr. Inst. a. Hosp., New York.*) *Psychiatr. Quart.* 8, 121—128 (1934).

Die Analyse der Familien von 83 Schizophrenen, 19 Manisch-Depressiven und 92 anderen Psychosen (alkoholische, arteriosklerotische, senile; organische Hirnerkrankungen, progressive Paralysen) ergab folgendes: Von 83 Schizophrenen waren nur 3 einzige Kinder, die Geschwisterzahl betrug bei 2 Schizophrenen 2 (mit Einrechnung des Kranken), 6 hatten 2 Geschwister, 15 drei, 11 vier, 15 fünf, 9 sechs, 10 sieben, 4 acht, 5 neun, 3 mehr als neun. Es ist also für die Schizophrenie nicht zutreffend, daß sie vorzugsweise in kleinen Geschwisterschaften vorkommt, oder daß einzige Kinder besonders gefährdet sind. Die meisten Schizophreniefälle waren in den Geschwisterschaften von 4 und mehr Kindern zu finden. Ähnliches gilt für die Manisch-Depressiven. Von den 83 erfaßten Schizophrenen waren 12 erste Kinder, 12 zweite, 11 dritte, 18 vierte, 13 fünfte, 11 sechste, 1 siebentes, 2 achte, 2 neunte, 1 zehntes Kind; für die Manisch-Depressiven lauteten die entsprechenden Zahlen 2, 6, 6, 3, 1, 0, 1, 0, 0, 0. Die erstgeborenen Kinder innerhalb der Geschwisterschaften sind also nicht — etwa infolge übertriebener Fürsorge elterlicherseits oder infolge der fehlenden Interessengemeinschaft mit älteren Geschwistern — psychosegefährdeter als z. B. die viertgeborenen, die unter den 83 Schizophrenen am häufigsten vertreten waren. Auffallend war es, daß die 57 männlichen Schizophrenen je 62 jüngere Brüder und Schwestern, 70 ältere Brüder, aber 117 ältere Schwestern besaßen (bei den weiblichen Schizophrenen waren die Differenzen viel geringer). Die Ursache dieses Befundes wird darin erblickt, daß Knaben, die vorwiegend Schwestern zu älteren Geschwistern haben, durch eben diese „Milieubedingung“ für die Schizophrenie prädestiniert sind. Verwöhnung, übertriebene Ängstlichkeit und Nachgiebigkeit oder das Gegenteil: zu große Strenge und Nichtachtung werden solchen Kindern entgegengebracht und machen sie leicht lebensuntauglich. Vor allem aber weckt das vorwiegend weibliche Milieu, in dem diese Knaben aufwachsen, entsprechende Charakterzüge: sie werden geneigt, sich mit einer Traumwelt zu befassen anstelle der wirklichen, leiden dann unter dem Anderssein gegenüber ihren Geschlechtsgenossen und versagen später gegenüber den Anforderungen der Realität. Anscheinend sieht der Verf. in diesem Versagen einen prädisponierenden Faktor der Schizophrenie.

Vult Ziehen (München).

Rowe, Allan Winter, and Henry Meaker Pollock: Psychoses, psychoneuroses, and endocrine dysfunction. (Psychosen, Psychoneurosen und endokrine Dysfunktion.) (*Evans Mem., Massachusetts Mem. Hosp., Boston.*) *Endocrinology* 17, 658—666 (1933).

Unter 4000 Kranken litten 60% an endokrinen Störungen, und zwar bezog sich die Endokrinopathie in 30,1% der Fälle auf die Hypophyse, in 14,8% auf die Schilddrüse, in 12,8% auf die Keimdrüsen, in 2,1% auf die übrigen innersekretorischen Drüsen. Unter diesen 4000 Kranken waren 250 psychisch abnorm (110 Psychosen, 140 Psychoneurosen). Von diesen waren 76% endokrin gestört, und zwar war bei 40,8% die Funktion der Hypophyse beeinträchtigt, bei 12,4% die der Schilddrüse, bei 21,6% der Keimdrüsen, bei 1,2% der anderen Drüsen. Psychisch abnorm waren von den endokrin Intakten 3,7%, von den innersekretorisch Kranken etwa die doppelte Zahl, 8,1%. Es besteht also allgemein eine positive Korrelation zwischen Endokrinopathie und Psychose bzw. Psychoneurose, wobei im besonderen eine Dysfunktion von Hypophyse und Keimdrüsen bei psychisch Gestörten relativ häufiger ist als bei Geistesgesunden. Die Korrelation zur Endokrinopathie gilt für Psychosen und Psychoneurosen, dagegen sind nur die Psychosen mit einer Dysfunktion der Hypophyse, die Psychoneurosen vorwiegend mit einer solchen der Keimdrüsen korrelativ verknüpft. Die Differenzierung der Ergebnisse nach den einzelnen Psychosen ergab folgendes: Von

41 Schizophrenen waren 36 endokrin gestört, davon 30 hinsichtlich der Hypophysenfunktion! Von 47 Manisch-Depressiven waren 39 innersekretorisch abnorm, und zwar war 18mal die Funktion der Hypophyse, 9mal die der Schilddrüse, 12mal die der Keimdrüsen gestört. Von den restlichen 22 verschiedenen Psychosen waren unter 9 endokrinopathischen 7 Fälle mit Hypophysendysfunktion, die sämtlich klimakterische Psychosen darstellten. Es besteht also eine starke positive Korrelation zwischen Schizophrenie und hypophysärer Dysfunktion, ferner scheint die manisch-depressive Psychose korrelative Beziehungen zur Dysfunktion von Schilddrüse und Keimdrüse zu haben. Von den 22 nicht schizophrenen oder manisch-depressiven Psychosen waren 13 endokrin intakt, 9 gestört, hier fehlte also die endokrin-psychotische Korrelation. Die Endokrinopathie allein reicht nicht aus zur Entstehung einer Psychose oder Psychose, da von 2400 Kranken mit innersekretorischer Störung nur 190 geistig abnorm waren und auch unter 1600 endokrin Gesunden 60 eine psychische Störung aufwiesen.

V. Ziehen (München).

Foerster, O., und O. Gagel: Ein Fall von Ependymeyste des III. Ventrikels. Ein Beitrag zur Frage der Beziehungen psychischer Störungen zum Hirnstamm. Z. Neur. 149, 312—344 (1933).

Für Neurologie und Psychiatrie bedeutungsvolle Arbeit. Verff. berichten über erfolgreiche Operation eines cystischen Tumors, der von der Wand des 3. Ventrikels gewachsen war. Neben allgemeinen Hirndruckerscheinungen war das Krankheitsbild ausgezeichnet durch psychische Stumpfheit, Fehlen jeder Spontaneität, hochgradige Störung der Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit, örtliche und zeitliche Desorientierung, zeitweise Schläfsucht und delirante Unruhe. In die völlig indifferente Stimmung traten plötzlich Zustände von Euphorie; der Kranke lachte, pfiff, machte Witze, dabei kam es zu Spontankonfulationen. Entfernung der Cyste, die mit dem Plexus nicht in Verbindung stand, gelang ohne Blutung. Danach zunehmende Besserung des psychischen Zustandes, gute Denkleistungen; Erinnerungslücke für die Höhe der Krankheit. Eingefügt sind makroskopische und mikroskopische Abbildungen und Erörterungen über die Unterscheidung von Plexus- und Ependymeysten.

Es wird angenommen, daß die psychischen Störungen auf Schädigung der Regio hypothalamica beruhen. Zu dieser Annahme führten Erfahrungen, die in anderen Fällen gemacht wurden. Bei Operationen von Tumoren des Hypothalamus beobachtete Foerster, daß durch mechanische Einwirkungen bei der Ausführung der Operation ganz akut und nur für die Dauer dieser Einwirkungen bei vorher ganz stumpfen, stillen, ruhigen Kranken manische Zustände mit Rededrang, Ideenflucht, motorischer Unruhe und Euphorie auftraten. Mechanische Einwirkung auf andere Hirnstellen hatte nicht diesen Erfolg. „Das maniakalische Syndrom konnte nur durch die mechanische Reizung des Infundibulum selbst erzeugt werden.“ Diese auf dem Operationstisch gesammelten Erfahrungen führten zu der Ansicht, daß die Funktion des Cortex cerebri vom vorderen Abschnitt des Hypothalamus eingeschaltet, angeregt, getrieben, von der Oblongata und dem zentralen Höhlengrau des Aquädukts und des hinteren Abschnittes des 3. Ventrikels gehemmt und gänzlich ausgeschaltet wird.

Seelert (Berlin-Buch).

Klein, R., und A. Kral: Zur Frage der Pathogenese und Psychopathologie des amnestischen Symptomenkomplexes nach Schädeltraumen. (Psychiatr.-Neurol. Klin., Dtsch. Univ. Prag.) Z. Neur. 149, 134—175 (1933).

Mitteilung von 4 Krankengeschichten. Der von P. Schröder beschriebene Ablauftypus nach schwerer Hirnerschütterung wird bestätigt und ergänzt. Alle Patienten hatten eine deutliche Störung der Schlaf-Wach-Steuerung (zum Teil Inversion). Während der Schlafstörung delirantes Zustandsbild, sowie ziellose und elementare Unruhe. Diese scheint ebenfalls subcorticalen Ursprunges zu sein. Das delirante Erleben scheint aus einer Störung der Schlaf-Wach-Regulation hervorzugehen. Die Annahme liegt nahe, daß auch die deliranten Erscheinungen in Beziehung zu Schädigungen subcorticaler Hirngebiete zu bringen sind. (Ref. hatte schon 1910 und 1912 versucht, akute psychische Störungen mit dem Hirnstamm in Verbindung zu bringen; Arb. a. d. psych. Klinik Würzburg H. 7, S. 400 und 401.) Ähnlich wie sich die 2. Phase (die deliranten

Erscheinungen) allmählich aus der Bewußtlosigkeit entwickeln, so geht auch das amnestische Syndrom allmählich aus der 2. Phase hervor. Bei diesem Übergang in die 3. Phase schwinden die Bewußtseinstrübung und die vegetativen Symptome; der normale Schlaftypus stellt sich ein. Ein euphorisches Verhalten, das sich bis zur manieähnlichen Enthemmung steigern kann, kommt zum Vorschein. Die Verknüpfung des deliranten Zustandsbildes mit dem amnestischen Syndrom ist bei den beschriebenen Verletzten noch viel inniger gewesen als beim alkoholischen Delir und der alkoholischen Korsakow-Krankheit. In der Kommotionspsychose hat man ein psychopathologisches Verlaufsbild vor sich, welches in einer anfänglichen schweren und allmählich abklingenden Betriebsstörung in Hirnstammgebieten begründet ist. Im 3. Teil ihrer Ausführungen beschäftigen sich die Verf. mit der psychopathologischen Seite des Problems. Das gedächtnismäßige Festhalten der laufenden Ereignisse muß durch Faktoren gestört sein, die wirksam sind, noch bevor die Fähigkeit des Merkens oder der Einprägung überhaupt eingreifen kann. Es fehlt das Einbeziehen der Vorgänge in das Ich, das Sichzueigenmachen der Erlebnisse; es fehlt jenes Etwas, das den aus dem eigenen Körper oder der Umwelt zufließenden Reizdaten die Beziehung zum Ich gibt (Gamper). Die psychopathologische Analyse läßt eine Störung in den Beziehungen von Ich und Außenwelt für das posttraumatische amnestische Syndrom erkennen. Diese sonderbare Abkehr von der Außenwelt stellt aber zugleich auch die Abänderung eines elementaren Vorganges dar, der zweifellos hirnhysiologisch verankert und organisch fundiert ist. Wenn es auch nicht ohne weiteres möglich ist, den psychologisch herausgearbeiteten Sachverhalt auf eine Störung bestimmter organischer Mechanismen zurückzuführen, so läßt sich ganz gut vorstellen, daß diese eigenartige Stellung des Ich zur Außenwelt (die ein wesentliches Merkmal des amnestischen Syndromes bei Schädelverletzten ist) in Beziehung zu bringen ist zur Störung in der Dynamik zwischen Hirnstamm und Hirnrinde. [Vgl. Gamper, *Z. Neur.* **102**, 154 u. **104**, 49 (1926).] Reichardt (Würzburg).

Wespi, H.: Über psychische Insuffizienzerscheinungen bei vermindertem Luftdruck. (*Physiol. Inst., Univ. Zürich.*) *Arb. physiol.* **7**, 484—516 (1934).

In der Unterdruckkammer werden vermittels verschiedener Tests die somatischen und psychischen Veränderungen studiert bei Luftverdünnungen, welche Gebirgshöhen von 450, 3500 und 7000 m über dem Meeresspiegel entsprechen. Es ergeben sich sehr auffallende Erscheinungen, welche teils den bekannten Symptomen der Bergkrankheit, teils narkotischen Zuständen, besonders der Lachgasnarkose ähneln und auf die Anoxämie zurückgeführt werden. Besonders hervorzuheben sind Ataxie, Tremores, Cyanose, Nausea, Erbrechen, Cheyne-Stokessches Atmen. Während Wahrnehmung, Begriffsbildung und Vorstellung nicht nachweisbar verändert waren, war die Stimmungslage durchwegs verändert, meist im Sinne einer Schläfrigkeit, Apathie, mürrischer Stimmung, seltener im Sinne einer ausgesprochenen, manchmal läppischen Euphorie, welche zusammen mit der Ataxie und den häufigen Veränderungen der Sprache (Lallen) an den Alkoholrausch erinnerte; in einem Fall maniakalischer Zustand. Erinnerungsvermögen und Merkfähigkeit waren stark gestört. Während die einfachen Reaktionszeiten beim Assoziationsversuch unverändert waren, waren die Wahlreaktionen stark verzögert. Die Assoziationsfähigkeit war verlangsamt und von äußeren, egozentrischen, situationsbedingten Assoziationen, sowie Stereotypen beherrscht. Die Reflexe waren erhöht, der Muskeltonus vermindert. Es wurden 2 Typen festgestellt: A. mit überwiegender psychischer Insuffizienz und B. mit vorwiegend somatischen Erscheinungen, vor allem Erbrechen.

Josef Wilder (Wien).

Tinel, J.: Coïncidences familiales de démence précoce et de psychose périodique. (Familiäre Koinzidenz von Dementia praecox und periodischer Psychose.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris*, 8. III. 1934.) *Ann. méd.-psychol.* **92**, I, 396—405 (1934).

Verf. berichtet über 3 Familien. In der ersten fand sich eine cyclothyme Mutter mit kurzen und recht häufigen depressiven Phasen; ein Sohn, der 3 Phasen von schwerer

und langdauernder deliranter Melancholie in 7-jährigen Intervallen, 2mal mit vollkommener Heilung, zeigte (in der 3. Phase starb Patient an einer interkurrenten Erkrankung); eine Tochter, die eine akute Phase manischer Verwirrtheit durchmachte, ein Sohn mit depressiven Phasen und eine Tochter mit Dementia praecox. 2. Familie: Ein Schizophrener in einer Reihe von Geschwistern mit verschiedenen Formen periodischer Psychose. 3. Familie: Eine Schwester mit paranoider Psychose neben einem Bruder mit depressiven Phasen, der Vater hatte mehrere Depressionen und ebenso ein Onkel und die Großmutter der Kranken. Verf. legt sich die Frage vor, ob die Dementia praecox nicht eine besonders schwere und destruktive Form der Intoxikation darstellen könne, die auch bei der periodischen Psychose im Spiele ist. An den Vortrag schloß sich eine lebhaft diskutierte Diskussion an, die Verf. mit der Bemerkung schloß, daß das Auftreten des einen oder des andern Syndroms eine Funktion der Schwere der im Zentralnervensystem durch toxisch-infektiöse Attacken hervorgerufenen Läsionen sei.

Kral (Prag).

Abašev-Konstantinovskij, A.: Über das Verschwinden des schizophrenerischen Zustandes nach schwerem Kopftrauma. *Sovet. Psichonevr.* 9, Nr 5, 121—124 (1933) [Russisch].

32-jähriger Mann, von jeher hypochondrisch-nervös, erkrankt ziemlich akut an Verfolgungswahn. Auf einer Reise fällt (oder springt, unaufgeklärt) er aus dem Zuge und wird in bewußlosem Zustande, mit Rippenbrüchen und Hautemphysem in ein chirurgisches Krankenhaus gebracht, wo er einen deliriös-amnestischen Symptomenkomplex durchmacht, kompliziert durch einen, mehrere Wochen dauernden, fieberhaften Lungenprozeß. Schwinden des psychotischen Bildes. Verf. hält den Fall für einen schizophrenen und weist auf die Wirkung des Kopftraumas hin.

Bresowsky (Dorpat).

Buchmüller, József: Todesursachen bei Schizophrenie. (*Heilanst. Lipótmező.*) *Orv. Hetil.* 1934, 79—81 [Ungarisch].

Die durchschnittliche Lebensdauer betrug bei 237 Schizophrenen 40,5 Jahre (bei der Bevölkerung Europas werden 56 Jahre als durchschnittliche Lebensdauer angegeben). Die kürzeste Lebensdauer weisen Katatone und Hebephrene auf. Die Todesursache der Schizophrenen ist in 59,4% Tuberkulose. Diese Tatsache wird auf die leptosome Konstitution und auf die Katatonie zurückgeführt. Eine sichere Korrelation zwischen Tuberkulose und Schizophrenie kann zur Zeit nicht festgestellt werden. Carcinom, akute und chronische Enteritis waren auffallend selten die Todesursache (letztere in 1%). Suicid war nur in einem Falle die Todesursache, obwohl 22% der Kranken suicidal war.

Ö. Fischer (Budapest).

Stander, K. H.: Über die Absencen im Verlaufe der traumatischen Epilepsie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) *Nervenarzt* 7, 174—183 (1934).

Die Beurteilung der Zusammenhänge zwischen Trauma und Epilepsie schwankt mit der verschiedenen Einstellung der Gutachter und der Versicherungsträger. Insbesondere gilt häufig die epileptische Absence als Kriterium dafür, daß genuine Epilepsie oder wenigstens eine latente epileptische Anlage vorhanden sei. Es gibt aber bei dem Einzelfall traumatischer Epilepsie kein Symptom, das aus einer Erscheinungsweise allein schon auf genuine Epilepsie oder epileptische Veranlagung schließen läßt. Damit ist die Frage nicht gelöst, ob Anfallsäquivalente oder psychische Daueränderungen bei der traumatischen Epilepsie ebenso häufig sind, wie bei der genuine. Das Intervall zwischen Trauma und Ausbruch der Epilepsie allein beweist nichts für die Frage genuin oder traumatisch. Häufig werden zur Diagnose frühere Krankengeschichten und Beobachtungen nicht herangezogen und die Kranken nicht lange genug beobachtet, ihre unbestimmten Klagen nicht genügend analysiert. Gerade diesen Beschwerden kommt u. U. als „Brückensymptomen“ große theoretische und praktische Bedeutung zu: Hinter ihnen verbergen sich oft Absencen, besonders hinter den Schwindelzuständen, in welchen die Scheinbewegungen der Umwelt, Störungen der Bewegungswahrnehmung, Symptome aus der Reihe der Dysmorphopsien auftreten. Diese Art von Schwindelzuständen ist durch Plötzlichkeit des Beginnes und kurze Dauer aus-

gezeichnet. Erbliche Belastung mit Epilepsie ist nicht ausschlaggebend für das Auftreten von Absencen im Verlauf traumatischer Epilepsie. Ebensowenig läßt sich ein besonderer anlagemäßiger Faktor nachweisen. Eine bestimmte Lokalisation der Hirnschädigung tritt nicht hervor, dagegen finden sich vorwiegend schwere Hirntraumen mit geweblichen Schädigungen. Häufig ist das Intervall zwischen Trauma und Epilepsie kurz, bis zu 2 Jahren. Das kann aber nicht als spezifisch angesehen werden. In $\frac{4}{5}$ der Fälle traten Krampfanfälle vor den Absencen auf. Es scheint nicht, als ob die Häufigkeit der Äquivalente und Wesensveränderungen mit der Dauer der Epilepsie zunimmt. In 3 Fällen von herdbedingten Anfällen traten die Absencen erst nach Verlust des Herdcharakters auf. 18 andere Herdepilepsien haben keine Absencen. Meistens ändert sich der Anfallstyp im Laufe der Erkrankung: Der große Anfall wird weitgehend durch kleine Anfälle und Absencen verdrängt. Eine Aura ist bei traumatischen Epilepsien mit Absencen ungleich häufiger als bei solchen ohne Absence. Die Absencen übernehmen häufig die Erscheinungsweisen der früheren Krampfaura. Trat die Absence vor den Anfällen auf, zeigt sich das umgekehrte Verhalten. Fälle mit Absencen verlangsamten oder verblöden nicht häufiger als andere. Die iktophilen und iktophoben Lebensphasen im Sinne Carl Schneiders bestimmen auch Beginn und Verlauf der traumatischen Epilepsie. Auch die Absencen scheinen von ihnen beeinflußt zu werden, sicher das Intervall vom Ausbruch der Epilepsie bis zu den ersten Absencen. Die Absencefälle haben keine schlechtere Prognose als absencelose Fälle. Die Krampfhäufigkeit ist weitgehend unabhängig vom Verlauf des Grundleidens. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Stauder, K. H.: Zur Kenntnis des Weltuntergangserlebnisses in den epileptischen Ausnahmezuständen. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) Arch. f. Psychiatr. **101**, 762—779 (1934).

Stauder analysiert den Anteil, den Funktionsstörungen des Vestibularisapparates am Aufbau des Weltuntergangserlebnisses in epileptischen Dämmerzuständen haben. Durch die Untersuchungen Schilders ist der Einfluß labyrinthärer Reize auf den Sehraum bekannt geworden, besonders die Phänomene veränderter Richtungs- und Bewegungswahrnehmung. Experimentell konnte nun St. durch künstliche calorische Reizung im Dämmerzustand zeigen, wie gleichzeitig mit dem Auftreten dieser „labyrinthären“ Veränderung der Sinnestäuschungen das Erlebnis des Weltunterganges auftreten kann. Auch die als spezifisch epileptisch angenommene Bedrohlichkeit der epileptischen Halluzinationen wird auf eine Dysfunktion des Vestibularis bezogen. *Scheid* (München).

Daniels, Luman E.: Narcolepsy. (Über Narkolepsie.) (*Mayo Found., Rochester.*) *Medicine* **13**, 1—122 (1934).

In einer monographisch angelegten Arbeit berichtet Verf. unter ausgedehnter Berücksichtigung der Literatur über 377 Fälle von Narkolepsie, von denen 147 Fälle in der Mayo-Klinik zur Beobachtung kamen. 35 Fälle hat Verf. persönlich untersucht. Es handelt sich durchweg um jugendliche Individuen. Die Resultate sind kurz folgende: als ätiologischer Faktor kam besonders in Frage Heredität, Infektion durch Encephalitis und Kopftraumen. Die Fälle von symptomatischer Narkolepsie waren in keiner Weise verschieden von der idiopathischen Form. Konstitutionelle anatomische oder funktionelle krankhaften Veranlagungen fanden sich in den meisten Fällen und beeinflussten die Symptome. Die Schlafzustände sowohl wie die kataleptischen Attacken zeigten verschiedene Variationen. Es fanden sich Attacken von Wachsein, vor und nach den narkoleptischen Anfällen, in denen der Patient völlig kraftlos war und von Wachträumen und Halluzinationen geplagt war. Auch Doppeltsehen und teilweise Amnesie kam in diesen Zuständen vor. Oft war der Nachtschlaf gestört. Die Patienten nahmen an Gewicht allgemein zu. Einige Male war das Wachstum stark gefördert. Die Krankheit verlief chronisch ohne starke Schwankung. Neben geringer Polyurie fand sich keine Störung des Wasserhaushalts, Blutbild normal. Der Blutzuckergehalt bewegte sich auf der unteren Grenze des Normalen. Der Grundumsatz war zumal bei den Frauen

nicht herabgesetzt. Schwangerschaft, Diabetes mellitus, Fettsucht, Polycythämie sollen hin und wieder auf Auftreten der Narkolepsie Einfluß gehabt haben. Auch zwischen Narkolepsie und Epilepsie fand sich einige Male enge Beziehung. Die Behandlung mit Ephedrine war im allgemeinen günstig. Obschon anatomisch Untersuchungen noch nicht vorliegen, geht die allgemeine Ansicht dahin, daß die narkoleptischen und kataplektischen Anfälle beruhen auf einer Erkrankung bestimmter Zentren am Boden des 3. Ventrikels. 2 Figuren, 7 Tabellen und ausgedehnte Literaturangabe sind der Arbeit beigelegt.

Gierlich (Wiesbaden).

Liebers, Max: Senile Paralyse mit tödlicher arteriosklerotischer Kleinhirnblutung. (*Landesanst., Zschadraf b. Colditz, Sa.*) Mschr. Psychiatr. 88, 30—38 (1934).

Arteriosklerotische Veränderungen des Gehirns und der Körperorgane kommen als Begleitbefunde bei Paralytikern heute häufiger zur Beobachtung, da, nach Einführung der Fieberheilbehandlung, das Lebensende vieler Paralytiker bis ins Senium hinausgeschoben wird. Andererseits ist heute auch bekannt, daß die Paralyse erst im Präsenium und im Senium zum Ausbruch kommen kann. Diese Fälle von Paralyse verbergen sich öfters unter dem Bilde einer arteriosklerotischen oder senilen Psychose. Als senile Paralytiker werden nur solche betrachtet, die erst nach dem 60. Lebensalter erkranken.

In dem vorliegenden Falle handelt es sich um einen Mann, der sich 57jährig infizierte, nach 5—6 Jahren an einer euphorischen, leicht expansiven, dementen Paralyse erkrankte. Die Diagnose wurde durch die charakteristischen körperlichen und psychischen Veränderungen, durch das Blut- und Liquorergebnis sichergestellt. 2 Malariakuren mit nur geringem Erfolg. Etwa 3 Jahre nach Beginn der Paralyse war ein apoplektiformer Schwächeanfall aufgetreten, der sich in der Folgezeit wiederholte. Unter weiterem körperlichem und geistigem Rückgang starb Patient im 72. Lebensjahr „an einer starken arteriosklerotischen Kleinhirnblutung in die linke Hemisphäre“ mit Lähmung der rechten Körperhälfte und dauernder Benommenheit mit plötzlichem Temperaturanstieg bis 40°. Autoptisch und mikroskopisch: Schwere Arteriosklerose der Aorta und großen Hirngefäße bzw. hyaline Gefäßentartung der kleinen Hirngefäße mit endarteriitischen Wucherungen. „Gefäßinfiltrate in Adventitia und Aorta und in den größeren Hirngefäßen lassen diese Arteriosklerose als luisch bedingt vermuten.“

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Molotschek, A., und T. Russin: Zu den Besonderheiten des klinischen Verlaufs bei paralytischen Männern und Frauen unter dem Einflusse der Malariatherapie. (*Psychiatr. Kreisanst., Simpheropol, Krim, U.S.S.R.*) Allg. Z. Psychiatr. 101, 375—380 (1934).

50 Männer und 50 Frauen. Von ersteren erlangten 22, von letzteren 25 keine Remission und starben in der Anstalt. 5 Männer zeigten schon vor der Malariabehandlung ein atypisches Bild; davon starben 2 in unverändertem, schizophrenicartigem Zustandsbilde; bei 3 erfuhren die Symptome zunächst unter dem Einflusse der Fiebertherapie eine Verschärfung, dann Remission. 1 Frau hatte schon vor der Behandlung ein deliriöses Bild, starb in unverändertem protrahiertem deliriösem Zustande. 14 Männer und 7 Frauen zeigten während oder nach der Malariabehandlung eine Umwandlung des Krankheitsbildes, wobei bei ersteren ausgeprägte endogene, bei letzteren exogene Reaktionstypen überwogen. Bei den Männern zeigte sich 1 mal während, 2 mal nach der Malariaperiode ein schizoides Bild, bei weiteren 2 Fällen Umwandlung der Manie in eine depressive Phase, bei 3 Fällen während der Malaria manisches Zustandsbild, bei 4 Fällen während des Fiebers Delirien, wovon 2 nach Entfieberung einen protrahiert-deliranten Verlauf nahmen. 2 Fälle boten bei Rezidiven nach bereits vorausgegangener Remission schizophrene Symptome. Unter den Frauen entwickelte sich einmal nach, 2 mal während der Malaria ein amentes Bild, das sich in 1 Falle nach Beendigung der Kur später in ein schizophrenes umwandelte; 2 Fälle zeigten halluzinatorisch-paranoide Züge von exogenem Reaktionstypus; 1 mal protrahiert-deliriöser Zustand. 2 Tabellen veranschaulichen Zustand vor Behandlung, Änderung während und nach Fieberperiode und Endausgang.

Alexander Pilcz (Wien).

Pasqualini, Ruggero: Esiti a distanza della piretoterapia nella paralisi progressiva. (Dauerergebnisse der Fieberbehandlung bei Paralyse.) (*Manicomio Prov., Ancona.*) *Osp. psichiatr.* 2, 49—96 (1934).

Neben allgemeinen Erörterungen zur Fiebertherapie bringt Verf. günstige Ergebnisse mit der „Piretamina Russi“ bei 10 Fällen von Paralyse und Taboparalyse. 92 seit 1923 mit Fieber behandelte Paralytiker wurden auf die soziale Wiederherstellung geprüft. Die Resultate waren um so besser, je früher die Behandlung begonnen hatte. Behandlung 2—12 Monate nach den ersten Krankheitszeichen, 44 Fälle: a) volle soziale Genesung 34%, b) unvollständige soziale Genesung und Arbeitsfähigkeit 29,5%, c) keine Änderung 13,6%, d) tot 32,7%. Behandlung 1—2 Jahre nach den ersten Symptomen: 34 Fälle: a) 29,4%, b) 14,7%, c) 29,4%, d) 26,4%. Behandlung 2—5 Jahre nach Anfangszeichen: 14 Fälle: a) 0, b) 4, c) 4, d) 6. Kurze Krankengeschichten sind beigefügt.
P. Fraenckel (Berlin).

Weber, Hellmuth von: Der Psychopath vor dem Strafrichter. *Z. Strafrechtswiss.* 53, 656—675 (1933).

Ein Teilausschnitt aus dem Problem des Verhältnisses des Menschen zum Staate ist das Problem der Verantwortlichkeit psychopathischer Verbrecher. Die Lösung beider Probleme kann nicht aus praktischen Erwägungen heraus erfolgen, sie setzt vielmehr eine weltanschauliche Entscheidung voraus. Von diesem Grundgedanken aus erörtert Verf. in leider kurz nicht wiederzugebenden Darlegungen die Vorgeschichte und Entwicklung der heutigen Auffassung der geminderten Zurechnungsfähigkeit, schildert den Kampf der idealistisch-indeterministischen und der deterministischen Weltanschauung, die Zwiespälte tief in unsere Rechtsauslegung, insbesondere das Strafrecht, hineintrugen, schließlich vor die Alternative stellen, unserer Auffassung der Freiheit die wissenschaftliche Erkenntnis zu opfern oder einer wirksamen Sicherung unsere Gerechtigkeitsanschauungen. Zwei Wege können aus diesem Zwiespalt hinausführen. Den einen ging das bolschewistische Rußland, das in Durchführung der materialistischen Weltanschauung nicht nur ein deterministisches Straf-, richtiger Sicherungsrecht durchführte, sondern auch eine deterministische Sozialordnung, in der die Menschen nicht mehr als sittlich gut oder böse, sondern als sozial nützlich oder schädlich gewertet werden, gegen die Feinde des Proletariates Maßnahmen des sozialen Schutzes Anwendung finden. Auch das nationalsozialistische Rechtsdenken tendiert nach einem Ausbau des Strafrechts zum Sicherungsrecht, hat aber sein Gegengewicht in der starken Hervorhebung des Persönlichkeitsgedankens, dem geforderten Einsatz der Persönlichkeit, welche Forderung ja voraussetzt, daß der einzelne ihr auch entsprechen kann. Der neue Freiheitsbegriff wird daher hier kein naturalistischer, sondern ein sozialer sein, ausgehend von den Anforderungen des Staates. Die neue Auffassung ermöglicht gegenüber den Psychopathen wieder eine klare Scheidung von Sicherung und Strafe. Die Unverbesserlichen werden aus der Gemeinschaft der Rechtsgenossen ausgeschieden, verwahrt, damit entfällt eine Bestrafung. Wo solche Sicherung nicht erforderlich, wie bei der Mehrzahl der Psychopathen, bleibt volle strafrechtliche Verantwortlichkeit ohne Strafmilderung. Diese Behandlung steht nach Verf. mit dem gesunden Rechtsgefühl der Allgemeinheit im Einklang. Er lehnt eine Abstufung der Strafe nach dem Grade der Willensfreiheit ab, fordert gleichmäßige Behandlung der Verantwortlichen ohne Rücksicht auf Anlagedefekte in der Unterstellung, daß die soziale Freiheit für alle Rechtsgenossen die gleiche ist. *H. Pfister* (Bad Sulza).

Lopašić, Radoslav Z.: Kriminalpathologie der psychopathologischen Typen. *Liječn. Vjesn.* 55, 644—659 u. dtsh. Zusammenfassung 659 (1933) [Serbo-kroatisch].

Der Verf. hat Gelegenheit gehabt, 236 forensische Fälle, die innerhalb 10 Jahren — 1921—1931 — in das Krankenhaus Stenjevec zwecks Begutachtung eingeliefert waren, näher zu analysieren, teilweise nach den Krankengeschichten, meistens persönlich. Von 236 Fällen waren nach Birnbaum 135 prozeßpsychotische, 88 mit psych. Aberrationen, 12 sine morbo psychico und 1 Fall mit Simulation. Der Verf. hat ver-

sucht, nach Birnbaums kriminalpsychologischer Methode die prozeßpsychotischen Fälle darzustellen und kriminalpathologisch zu erklären. *Autoreferat* (durch *Rosner*).^o

Gorriti, Fernando: Die Paranormalen in der gerichtlichen Medizin. *Rev. Asoc. méd. argent.* **47**, 3158—3162 (1933) [Spanisch].

In einer spiritistischen Sitzung schilderte das Medium den Vorfall eines Mordes in einer entfernten Stadt mit allen näheren Umständen. Wie spätere Nachforschungen ergaben, hatte in der Tat ein solcher stattgefunden. Verf. ist der Ansicht, daß manche Menschen derartige über das Gewöhnliche hinausgehende hellseherische Gaben besitzen und daß die gerichtliche Medizin unter Umständen aus dieser Fähigkeit Nutzen ziehen könne. *Ganter* (Wormditt).^o

Kubota, Kazuo: Die Funktion des vegetativen Nervensystems von an Opium gewöhnten Personen. (*Laborat. f. Exp. Therapie, Hyg. Abt. d. Regierungsinst. f. Wiss. Forsch. u. Pharmakol. Inst., Med. Schule d. Gen.-Gouvernements, Taihoku, Formosa.*) *J. med. Assoc. Formosa* **32**, Nr 10, dtisch. Zusammenfassung 142 (1933) [Japanisch].

Es ist anzunehmen, daß bei Opiumisten besonders im Zustand zwischen Gewöhnung und Abstinenz Tonusanomalien des vegetativen Nervensystems hervortreten können. Um diese Frage klarzustellen, untersuchte der Verf. 28 an Opium gewöhnte Personen und kam zu folgenden Ergebnissen: 1. Das vegetative Nervensystem von an Opium gewöhnten Personen ist gegen Pilocarpin sowohl im Gewöhnungs- als im Abstinenzzustande empfindlich, wogegen der Einfluß von Atropin undeutlich ist; d. h. es besteht gesteigerter Tonus. Der Tonus des sympathischen wie des parasympathischen Nervensystems ist im Abstinenzzustand, verglichen mit der Gewöhnungsperiode, deutlich gesteigert und befindet sich im labilen Gleichgewicht. 2. Verleichen wir die obigen an Opiumisten gewonnenen Resultate mit den Angaben mehrerer früherer Autoren über die Tonusanomalien des vegetativen Nervensystems von Morphinisten, so scheint bei den Opiumisten der Grad schwächer zu sein als bei Morphinisten. *Autoreferat*.^o

Meyerhofer, G.: De l'influence de l'alcool sur l'aptitude à conduire. (Über den Einfluß des Alkohols auf die Eignung zum Fahren.) (*Congr. pour la sécurité de la route, sect. de psychol. et de psychotechn., Paris, 5.—8. X. 1933.*) *Bull. Inst. gén. psychol.* **33**, 81—85 (1933).

Verf. hat mit psychotechnischen Proben den Einfluß des Alkohols auf die zum Fahren notwendigen Eigenschaften (Reaktionszeit, richtige Reaktion, Aufmerksamkeit, Ausführung verschiedener Bewegungen) geprüft und nach Alkoholgenuß verlangsamte Reaktionen, schlechtere Aufmerksamkeit und weniger geordnete Bewegungen auf bestimmte Reize hin gefunden. Diese Veränderungen gegenüber normalen Reaktionen usw. sind von der Menge des genossenen Alkohols nicht allein abhängig, auch Disposition, Alkoholgewöhnung, Art und Schnelligkeit der Alkoholaufnahme spielen eine Rolle. Um eine möglichst genaue Nachprüfung eines Tatbestandes bei einem Verkehrsunfall vorzunehmen, wurde dieselbe Person ohne Alkohol und nach der entsprechenden Alkoholzufuhr geprüft. Chronische Alkoholisten gaben, auch wenn sie keinen Alkohol zu sich genommen hatten, schlechtere Resultate als normale Menschen. Kein Fahrer sollte daher Alkohol trinken, kein Trinker darf als Fahrer zugelassen werden, auch wenn er seit einiger Zeit alkoholentwöhnt ist. *G. Strassmann* (Breslau).

Sjögren, Vilh. Hakon: Zur Frage des Mißbrauchs von Arzneimitteln. *Nord. med. Tidskr.* **1933**, 1517—1522 [Schwedisch].

Unter dem psychiatrisch-poliklinischen Material ist Arzneimißbrauch ziemlich ausgebreitet. Dies hat nicht nur neurologisch-psychiatrische Bedeutung, sondern auch sozial-medizinische. Als Beispiel dieser letzten werden angeführt 10 Krankengeschichten mit Mißbrauch von Bromvalerylcabamid. *Helgi Tómasson* (Reykjavik).^o

Hirschfeld, Magnus: La situation actuelle de la pathologie sexuelle. (Gegenwärtiger Stand der Sexualpathologie.) *Arch. internat. Neur.* **52**, 523—527 (1933).

Auf Grund des gegenwärtigen Standes der Forschung der Sexualpathologie, besonders des psycho-glandulären Parallelismus und des Parallelismus zwischen Alter und Geschlechtlichkeit versucht der Verf. eine neue Einteilung der Sexualtypen. Danach unterscheidet er 3 Hauptgruppen: 1. Hierher zählt er sexuellen Infantilismus, sexuelle Frühreife, Narzismus, Störungen der sexuellen Funktionen. 2. Intersexuelle Gruppen. Dahin gehören Hermaphroditen, Transvestiten u. a. 3. Gruppe: Störungen des Sexualstoffwechsels: Sexualneurosen, Fetischismus, Exhibitionismus usw. Während die ersten 2 Gruppen einzig durch die Konstitution bedingt sind, spielen bei der letzten Gruppe psychische Momente, wie sie von Freud in Wien aufgegriffen wurden, eine wesentliche Rolle. *Braun* (Zürich).^o

Charlin, Carlos: Okulare, verstümmelnde Hysterie. Rev. méd. Chile **61**, 561—566 (1933) [Spanisch].

Das 20 Jahre alte Mädchen wies an beiden Conjunctiven Ulcerationen auf, deren Heilung jeglicher Therapie trotzte. Dem Verf. gelang durch Prüfung der Sensibilitätsverhältnisse der Nachweis, daß es sich um Hysterie handelte. Die Patientin hatte sich mit dem Fingernagel die Ulcerationen selbst beigebracht. Den Anlaß hierfür erblickt Verf. in der Entfernung des von ihr sehr geliebten Bruders von Hause. Verf. schlug Versetzung in eine andere Umgebung vor.

Ganter (Wormditt).

Hidassy, Dezsö: Selbstmord durch Verschlucken von Fremdkörpern. Orv. Hetil. **1934**, 17 [Ungarisch].

Eine 55jährige Frau verschluckt in selbstmörderischer Absicht 5 offene Sicherheitsnadeln. Nach heftigem Bluterbrechen Tod am nächsten Tag. Bei der Sektion wurde festgestellt, daß 2 4,5 cm lange Sicherheitsnadeln in der Speiseröhre lagen, wobei die eine die Aorta perforierte. 2 kleinere und eine größere Sicherheitsnadel wurden im unverletzten Dünnarm gefunden. Tod durch Verblutung.

Wietrich (Budapest).

Grzywo-Dabrowski, W., und S. Maneczski: Selbstmord in Polen im Jahre 1931. Czas. sad.-lek. **1**, 19—53 (1934) [Polnisch].

Von 4293 als Gesamtzahl der in Polen im Jahre 1931 vorgekommenen Selbstmorde waren nur 3254 Fälle (75,7%) genau verzeichnet. Somit entfielen im allgemeinen 13,3 Selbstmorde auf 100000 Einwohner, 18,4 auf Einwohner Zentralpolens, 12,8 auf Einwohner Westpolens, 8,7 auf Einwohner Südpolens, endlich 8,5 auf Einwohner Ostpolens. Die hohe Selbstmordzahl in Zentralpolen erklärt sich daher, daß sie die Selbstmorde von Warschau einschließt. Ohne Warschau entfallen auf Zentralpolen nur 9,5 Selbstmorde auf 100000 Einwohner. Männliche Selbstmordattentate machten 56,7%, weibliche 43,3% aus. In großen Städten entfielen von 1635 Attentaten auf tödliche Fälle 750, in Kleinstädten von 601 Attentaten 459, am Land von 1018 Attentaten 868 Fälle. Am häufigsten ereigneten sich Selbstmorde in den Monaten Mai bis August, öfter im Anfang des Monats als gegen Ende desselben und Montags öfter als an anderen Wochentagen. Die männlichen Selbstmörder waren meistens zwischen 25 und 30 Jahre, die der Frauen zwischen 15 und 20 Jahre alt, beinahe die Hälfte der Männer war ledig; bei Frauen war das Verhältnis zwischen ledigen und verheirateten Selbstmörderinnen wie 2 : 1. Die Häufigkeitskala der durch die Selbstmörder gewählten Todesart war in abnehmender Richtung folgende: Gift, Erhängen, Schuß, Ertrinken, Stich- und Schnittverletzungen, endlich Sturz von der Höhe. Bei Männern stand an erster Stelle der Häufigkeit nach Erhängen, bei Frauen Gift. Als nächste Ursachen der Attentate sind zu nennen bei Männern psychische Erregungen, Affekte, mißliche materielle Verhältnisse, bei Frauen Gemüts-erregungen, psychotische Zustände und materielle Not.

L. Wachholz (Kraków).

Grzywo-Dabrowski, Viktor: Selbstmord in Warschau und im Warschauer Appellationsprengel im Jahre 1932. Czas. sad.-lek. **1934**, 1—18 [Polnisch].

Im Jahre 1932 ereigneten sich in Warschau 1486 Selbstmordattentate (667 bei Männern, 819 bei Frauen), darunter 353 tödliche bei Personen im Alter von 20 bis 39 Jahren. Die tödlichen Selbstmorde bei Männern entfielen zumeist auf die Monate Oktober bis Dezember, bei Frauen auf Januar, Mai und Juli. Die Häufigkeit der Ausführungsart der Attentate war folgende: 1. Vergiftung bei 55% Männern und 86,3% Frauen (unter den gewählten Giften stand an erster Stelle Essigsäure), 2. Schußverletzungen bei 12,2% Männern und 1,7% Frauen, 3. Stich- und Schnittwunden bei 11,5% Männern und 1,8% Frauen, 4. Erhängen bei 9,8% Männern und 0,9% Frauen, 5. Sturz aus der Höhe bei 6,7% Männern und 6% Frauen, 6. Ertrinken bei 1,7% Männern und 1,3% Frauen, 7. andere Arten bei 2,7% Männern und 0,8% Frauen. Als Ursachen dieser Attentate erwiesen sich psychische Erkrankungen, dann heftige Gemüts-erregungen, materielle Not, Liebesenttäuschung, endlich Krankheiten.

L. Wachholz (Kraków).