

Schuld an dem Mißtrauen, das der Schriftvergleichung entgegengebracht wird. — Bekannt sind „Familienähnlichkeiten“ und „Schulähnlichkeiten“; letztere seien dem gleichmäßigen Einfluß ein und derselben Lehrkraft auf eine Vielzahl von Schülern und Schülerinnen zuzuschreiben. — Viel weniger klar sei die Ursache der „Familienähnlichkeiten“. Die Schriftähnlichkeiten naher Verwandter könnten nicht mit der Vererbung begründet werden; denn Untersuchungen der Handschriften von eineiigen und zweieiigen Zwillingen hätten ergeben, daß sich sehr oft trotz dieser denkbar nächsten Verwandtschaft, trotz größter Körperähnlichkeit und gleicher Charakterveranlagung der Zwillinge in den Handschriften keinerlei Ähnlichkeiten feststellen ließen. Verf. gibt hierzu ein anschauliches Beispiel. — Demgegenüber findet man oft verblüffende Ähnlichkeiten zwischen Schriften von Vater und Sohn oder zwischen Schriften von Personen, die keinerlei Beziehungen zueinander haben. Die Ursache dieser auffälligen Erscheinung könnte nicht immer im Nachahmungstrieb oder in einer bewußten Ausgleichung gesucht werden. — Verf. sucht die Ursachen mehr in der ähnlichen sozialen Stellung und Lebensweise der Eltern in gleichem Bildungsniveau, ohne durch die angeführten Beispiele, in denen charakteristische Ähnlichkeiten nur eines Großbuchstabens bestehen, eine befriedigende Erklärung geben zu können. *Buhtz (Jena).*

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Seneider, Kurt: Pathopsychologie der Gefühle und Triebe. Ein Grundriß.** Leipzig: Georg Thieme 1935. 28 S. RM. 1.20.

Empfindungen sind gegenständlich, zuständig oder gemischt. Viele vitale Leibempfindungen sind zugleich Triebe. Wesentlich für die Scheidung von Empfindungen und Gefühlen ist die kennzeichnende Eigenschaft des Angenehmen oder Unangenehmen für die letztgenannten. Empfindungen sind nur dann leibliche Gefühle, wenn sie diese positiven oder negativen Vorzeichen haben. Quantitative und qualitative Abweichungen der gefühlsmäßigen Empfänglichkeit gegen Empfindungen bei verschiedenen abnormen und krankhaften Zuständen, insbesondere der Schizophrenie, der endogenen und reaktiven Depression werden kurz erörtert. Die von den Leibgefühlen unterschiedenen seelischen Gefühle lassen sich gruppieren in angenehme und unangenehme Zustandsgefühle und in Wertgefühle als Selbstwert- und Fremdwertgefühle, die in ihren einzelnen Äußerungsformen, ihren quantitativen und qualitativen Unterschieden und in ihren abnormen Varianten kurz besprochen werden. Gefühle gehen auf etwas „Seiendes (Gewesenes, Zukünftiges)“, Triebe auf etwas „Seinsollendes“. Sehr kurz werden die leiblichen und seelischen Triebe behandelt, ihre abnormen Steigerungen, Herabsetzungen und qualitativen Abweichungen werden nur gestreift. Die Triebe sind dem Streben gleichzusetzen. Ergibt sich aus dem Hin- und Wegstreben ohne weiteres die Handlung, so spricht man von einer Triebhandlung. Wille ist die Möglichkeit, zwischen zwei oder mehr verschiedenen Strebungen zu entscheiden. Eine inhaltliche, materiale Willenspsychologie gibt es nicht; alles inhaltliche kommt vom Trieb. Dankenswert ist das Bestreben des Verf., eine Systematik und Ordnung in die Pathopsychologie der Empfindungen, Gefühle und Triebe zu bringen. Die Ausführungen gehen über eine systematische Aufzählung und Untergruppierung normalpsychologischer Begriffe aber auch kaum hinaus. Wünschenswert wäre besonders ein weiterer Ausbau der nur skizzenhaft angedeuteten Darstellungen abnormer Art- und Gradvarianten der Gefühle und Triebe. *Dubitscher (Berlin).*

● **Lange-Eichbaum, Wilhelm: Genie — Irrsinn und Ruhm. 2., verm. Aufl. München: Ernst Reinhardt 1935. 531 S. RM. 13.—.**

Zum ersten Male hat Verf. versucht, den Geniebegriff aus seiner starren Dogmatik zu befreien und die Unrichtigkeit der Auffassung des Genies als biologische Persönlichkeit nachzuweisen. Genie ist ein wandelbarer Wertbegriff, der nur soziologisch und religionspsychologisch zu verstehen ist. Unter Irrsinn versteht Verf. alles ungünstig Abnorme bis zum Pathologischen und alle seelischen Ausnahmezustände. Die Geniefrage ist unauflöslich verknüpft mit 2 anderen Problemkreisen: den seelischen Ausnahmezuständen oder seelischen Krankheiten und der

Frage: Wie werden Menschen zu Heroen und Göttern? Verf. sucht alles das, was empirisch als Genie erlebt und was irgendwo oder irgendwann als Genie benannt wird, zu erfassen. Wer ist ein Genie und von wem wird er als solches angesehen? Aus der Darlegung der historischen Entwicklung des Geniebegriffs wird gefolgert, daß das lebendige Erlebnis des Genies heute noch in etwa das gleiche ist wie in der Antike. Verehrung grenzt oft an religiöse Inbrunst. Als Rüstzeug für das Genieproblem setzt sich Lange-Eichbaum mit der Phänomenologie des Werterlebens auseinander. Wert ist die potentielle Funktion eines Werkes, das „ich-positiv“ für den Verbraucher ist. Das Genie als historischer Mensch ist nicht als „Nur-Genie“, als „Immer-Genie“ aufzufassen. Genie kann als historischer Mensch nicht ausschließlich ein höchster absoluter Wert sein. Es ist ein System von verschiedenen, bald positiven, bald negativen potentiellen Wertfacetten. Auch der Begriff der Krankheit, der bionegativen Abartung kann nicht verabsolutiert werden, ist nicht nur und absolut Unwert. Keinesfalls aber ist der Verbraucher zu vergessen. Genie ist ein Werterleben, folglich etwas Relatives. Wer dem Verbraucher Wertbringer ist, wird als Genie gefeiert. Weiterhin darf nicht vergessen werden, daß der historische Mensch zu dem selbstgewünschten Heiligenbild umgeformt wird. Nicht zu verwechseln mit dem genialen Schaffen sind die Leistungen des Intelligenz-talentes. Produktiv schaffen ist nicht, im Augenblick etwas aus dem Nichts heraus schaffen, sondern es ist ein Werden aus der eigenen psychischen Konstellation des Individuums heraus. Psychologisch liegt also jeder einzelne Fall wieder anders. Genie ist nichts Psychobiologisches, es ist eine Relation, ist das Verhältnis des Menschen zum Zeitgeist, zur Umwelt, seine Formung und Färbung durch die Umgebung; alles geht mit ein in seine Produktion, in den späteren Komplex, der Genie heißt. Ruhm, dessen Elemente eingehend behandelt werden, ist eine der Vorbedingungen, daß jemand als Genie erscheint. Das Gefühl des Heiligen, vermindert um das sittlich Gute, ergibt das Numinose im Sinne von R. Otto. Erst wenn numinoses Erleben mit dem Ruhm zusammentrifft, dann ertönt der Ruhm als Heiliger, als Genie. Genieruhm heißt also die Dynamik, wie einer bei Vielen numinöse Gefühle erweckt. Eingehend wird das Wesen des Bionegativen, der psychischen Krankheit und der Psychose, der Psychopathie und der Entartung (ein Psychopath ist kein Entarteter, sondern eine bionegative Variante des Abnormen), behandelt. Auf Grund von 171 eingehend analysierten Belegfällen kommt L.-E. zu dem Schluß, daß eine überwiegende Zahl der Geniegeordneten und der Genialen bionegative Züge aufweisen, und zwar in den meisten Fällen im Sinne einer Psychopathie, sehr viele sind außerdem neurotisch, viele zugleich vergiftet (durch Narkotica), manche zeigen daneben psychische Ausnahmezustände. Das besagt aber nicht, daß „das“ Genie abnorm ist, sondern der Abnorme wird eher berührt und damit eher zum Genie. Das Psychotische allein für sich leistet für das Werk sehr wenig oder meist gar nichts. Es kann aber sehr wohl den Antrieb für ein gesundes Talent abgeben. Das Bionegative hat aber nur genetischen Wert. Es kommt nur dem Schaffensprozeß, nicht der Ausführung zugute. Der Akkord wird erzielt durch Werk, Person, Schicksal und Ruhm. Aber das Bionegative fast ganz allein rundet den Akkord erst zum echten Genieklang. Soziologisch lassen sich ebenfalls bestimmte Gruppen von Genieerscheinungen unterscheiden. — Die ungeheure Fülle von Einzelproblemen und Fragestellungen in einem Referat auch nur in Übersicht darzustellen, ist unmöglich. Die temperamentvollen Darstellungen sind zum Teil originell und sehr subjektiv und werden trotz der eindrucksvollen Sprache manchen Widerspruch hervorrufen. Für L.-E. gibt es keine Kompromisse. Die Schlußfolgerungen sind hart, vielleicht gehen sie manchmal sogar etwas zu weit. Verf. betont zu Recht, das Werk müsse im ganzen gelesen werden. Es ist aber daneben mit seinem außerordentlich großen Material wohl das umfassendste Nachschlagewerk zu dem Problem Genie und Irrsinn. Zu begrüßen ist die Erweiterung der 2. Auflage um das Autoren- und Sachregister, die Liste aller Berühmten, eine Anleitung zum Lesen der „Belege“ und eine Erweiterung des Schrifttumverzeichnisses über 1926 hinaus bis 1935, das mit seinen 1883 Ziffern eine außerordentlich wertvolle Sammlung von Hinweisen und Unterlagen darstellt.

Dubitscher (Berlin).

Glück, Peter: Psychologische Analyse und Prüfung der Unfallaffinität von sieben- bis neunjährigen Kindern. (*Psychol. Inst., Univ. Würzburg.*) Arch. f. Psychol. 93, 1—41 (1935).

Den von Marbe schon vielfältig, besonders auch statistisch untersuchten Zusammenhängen der Unfallneigung wird an 7—9jährigen Kindern mit verschiedenen Testverfahren nachgegangen. In einer Untersuchung von Schorn an älteren Schulkindern hatte sich die Fehlerzahl eines Erbsenversuches (je 3 Stück aus einem Becherglas in ein Reagensglas einzuschütten) als kennzeichnend für Unfälle erwiesen; bei Erwachsenen versagte diese Zuordnung. Die vorliegende Arbeit versucht über diesen Einzelzusammenhang zwischen Unfallaffinität und Handgeschicklichkeit hinauszugelangen. Die Feststellung der Unfallneigung erfolgte durch Beobachtung einer Schulklasse über einen längeren Zeitraum; alle Kinder, die innerhalb von 6 Wochen mehr als

6 sichtbare Verletzungen aufwiesen, galten als Unfälle. Unter 41 Schülern waren es 10. Milieu und Länge und Art des Schulweges waren für Unfälle und Nichtunfälle ungefähr gleich. Die benutzten Tests erfassen einen ziemlich weiten Spielraum psychischer Leistungen. Sie berücksichtigen u. a. Mehrfacharbeit, Auftrags erledigung unter Schreckreiz, motorische Veranlagung, persönliches Tempo, Ordnungsliebe, Handgeschicklichkeit, Körpergewandtheit. Die Tests sind in der Veröffentlichung eingehend beschrieben, ebenso die gefundenen Ergebnisse. Diese lassen 3 Gruppen von Fähigkeiten hervortreten, deren Fehlen der Unfallneigung in hohem, mittlerem und geringerem Grade zugeordnet ist. Zu der ersten und wichtigsten Gruppe gehören: Fähigkeit, einen Schreckreiz zu überwinden, mehrere Betätigungen gleichzeitig auszuführen, plötzlicher Umstellbarkeit, Körpergewandtheit und bestimmte Formen der Handgeschicklichkeit. Die Tatsache, daß nur die Leistungen der Handgeschicklichkeit, die beim Umgang mit schwierig zu behandelndem Material beobachtet wurden, zur Unfallneigung eine Beziehung haben, könnte zu folgender Vermutung Anlaß geben: Die gefundenen Gruppen von Tests mit größerer oder geringerer Korrelation zur Unfallneigung seien nicht dadurch gekennzeichnet, daß in ihnen die der Unfallneigung zugrunde liegenden Faktoren erfaßt würden; vielmehr geben sie rein auf Grund ihres methodischen Aufbaues Anlaß zu verschiedener Unfallhäufigkeit, während die Unfallneigung selbst eine nicht weiter oder ganz anders zu analysierende Anlage sei. Auch die abweichenden Ergebnisse zweier Umstellungsversuche ließen sich vielleicht auf diese Weise erklären.

Rüssel (Leipzig).^{oo}

Ssouhareva, G., et D. Einhorn: Les phénomènes psychiques résiduels chez les enfants après lésions traumatiques de la tête. (Psychisch-nervöse Folgen von Kopftraumen bei Kindern.) (*Clin. Psycho-Neurol. pour Enfants et Hôp. Kachtschenko, Moscou.*) Z. Kinderpsychiatr. 1, 165—176 u. 2, 8—17 (1935).

Verff. behandeln seelische Störungen bei 30 klinisch behandelten Kindern von 9—15 Jahren, die meist aus beträchtlicher Höhe herabgestürzt waren. Kontusionen des Gehirns wurden aus zum Teil ziemlich groben neurologischen Symptomen geschlossen (davon 14 Fälle vasomotorischer Art). In 23% der Fälle wurden neben Bewußtseinsverlust psychopathische Zustände, z. B. deliranter Art, mit Zerreißen der Kleider, Verwirrtheit, Stumpfheit, Unfähigkeit Angehörige zu erkennen, Sprachverlust, beobachtet. Während Schwindelgefühl bei Erwachsenen fast stets besteht, wird es von Kindern, wohl wegen mangelhafter sprachlicher Ausdrucksfähigkeit, seltener geäußert. In 19 Fällen war die Fähigkeit, in der Schule mitzukommen, beeinträchtigt. In 9 Fällen war das Auswendiglernen schwerer geworden, in ebenso vielen die Fähigkeit, Gelerntes zu behalten. Störung der Aufmerksamkeit fand sich in 17 Fällen, stärkere Ermüdbarkeit in 18, Mangel an Beständigkeit in 12, intellektuelle Störungen äußerten sich in Behinderung der Wortfindung, besonders bei der Wahl der Substantive. In 53% bestand die Störung länger als 1 Jahr nach dem Unfall. Die Schlafstörungen verloren sich gewöhnlich nach einigen Monaten, die Kopfschmerzen meistens nach 2 Jahren. Am hartnäckigsten hielten sich die Störungen der Willens-, der Gefühlssphäre und die Charakteränderung. Die Störung der geistigen Leistungsfähigkeit war zum Teil hartnäckig, zum Teil verlor sie sich. Gebrauch von Erholungsstätten brachte Besserung, die aber nicht anhält. Nur in 8 Fällen war der Unfallhergang leicht, auch bei diesen blieben in 4 Fällen nervöse Symptome länger bestehen. Die leichten Unfälle zogen nach sich Erreglichkeit, Ängstlichkeit, Verwirrtheit, Störung der Arbeitsfähigkeit, Klagen über Kopfschmerzen, Schwindel, Gedächtnisstörungen, nächtliches Erschrecken. Bisweilen blieb eine länger dauernde Störung der Leistungsfähigkeit als einziger Rest zurück. Ein ganz anderes Bild boten die Kinder mit schweren Unfällen, nämlich dauernde Störung der intellektuellen Leistungen, sehr ausgesprochene Störungen des Affektlebens (zum Teil mit Grausamkeit und asozialem Verhalten), epileptoide Erscheinungen (3 Fälle), in 2 Fällen Demenz. Die Kinder ähnelten den Restzuständen von Encephalitis. Verff. erinnern an anderweitige Untersuchungen, wonach Verletzungen

des rechten Stirnhirns wirkungslos blieben, und die psychischen Erscheinungen mehr oder weniger proportional der Verletzung des linken Stirnhirns waren. Relativ harmlose Unfälle hatten schwere Erscheinungen zur Folge, während unter Umständen Sturz aus erheblicher Höhe gut abließ. Im allgemeinen hatten aber schwerere Unfälle schwerere und länger dauernde Folgen, namentlich hinsichtlich der intellektuellen Leistungsfähigkeit und des Charakters zur Folge. Die leichteren Unfälle wirkten bisweilen schon infolge des Shoks nachteilig. (Hierauf führen Verff. auch in manchen Fällen die totale Amnesie zurück.) Wesentlich ist, daß nicht weniger als 67% vor dem Unfall schon Charakter- oder Intelligenzschwierigkeiten boten. Gehirnerschütterung im frühen Kindesalter zieht schwere Folgen nach sich, da dann häufig Entwicklungsstörung mitwirkt, dagegen ist das späte Kindesalter günstiger als Erwachsensein. Die psychische Vergangenheit der Betroffenen ist nur von Bedeutung bei leichten und mittelschweren Unfällen. Bei sehr schweren Verletzungen ist die Vergangenheit der geschädigten Person bedeutungslos. — Schon vorher übertrieben eindrucksfähige Kinder reagierten auf den Unfall stärker. Von 15, die nach dem Unfall psychopathisches Verhalten zeigten, hatten nur 25% vorher keine psychischen Abweichungen. Unter den psychischen Veränderungen nach dem Unfall findet man neben Verstärkung der schon vorher vorhanden gewesenen Besonderheiten auch neue Züge. Psychogene Einflüsse zeigen sich auch in der Zurückwirkung der sozialen Konflikte, in die die Kinder infolge einer verminderten Lernfähigkeit nach dem Unfall geraten. Als organische Unterlagen der Veränderungen mutmaßten Verff. Gehirndruckveränderung, Ernährungsstörungen im Gefolge der Erschütterung der Gefäße und endokrine Störungen, die im Anschluß an das Trauma ausgelöst werden. Infolge der zu geringen Zahl von Beobachtungen erlaubt die Arbeit freilich keine weit gehenden Schlüsse, auch weil eben nur klinischer Behandlung bedürftig Gewordene, also recht schwere Fälle, zur Beobachtung gelangt sind. Verff. hatten sich von den Untersuchungen auch eine Klärung der Frage erhofft, inwiefern die Theorie berechtigt ist, daß bei den Unfallfolgen Erwachsener Wunscheinflüsse überwiegend mitwirken, weil Kinder von materiellen Interessen naturgemäß frei sind. Indessen deuten Verff. selbst an, daß in gewissen Fällen der Wunsch größerer Rücksichtnahme seitens der Umgebung (Vermeidung von Schulanstrengungen, Verzärtelung) auch in der Kinderpsyche Wünschen Raum gibt. Hinsichtlich der hohen Zahl schon vor dem Unfall intellektuell defekter Kinder ist darauf hinzuweisen, daß solche Kinder ja auch mehr Unfälle erleiden, weil sie aus sehr verschiedenen Gründen häufiger in Gefahr kommen.

Foerster (Berlin).

Bürger-Prinz: Der Beginn der Erbpsychosen. (*Psychiatr. u. Nervenkltn., Univ. Leipzig.*) Nervenarzt 8, 617—624 (1935).

Ermittlungs- und Beobachtungsergebnisse an Kindern und Jugendlichen mit auffälligen psychischen Erscheinungen, von denen 20 zu dem Formenkreis der Schizophrenie, 20 zu dem des manisch-depressiven Irreseins, 8 zu fraglichen endogenen Psychosen zu rechnen waren; bei 20 Kindern bestanden präpuberale oder puberale Persönlichkeitsveränderungen im Sinne schicksalsbedingter endogener Durchgangphasen. Sie ließen sich unterteilen in hypo-manische, ängstlich hypochondrische, affektiv-dekompensierte, anankastische Formen, in puberale Antriebsverarmung und gesteigerte Pubertät. Die Entwicklung der Persönlichkeitsveränderung erfolgte rasch aber nie akut aus der vorphasischen Persönlichkeit heraus. Im Gegensatz dazu setzten die Phasen aus den Formenkreisen der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins meist akuter ein. $\frac{3}{4}$ der Psychosenfälle stammten aus belasteten Familien. Die Zahl der präpsychotisch Unauffälligen war sowohl bei den Schizophrenen und den manisch-depressiv Erkrankten etwa gleich ($= \frac{1}{3}$). Ursprünglicher Charakter oder Erkrankungsalter besagen nichts über die Prognose. Die schizophren Erkrankten zeigten im Beginn meist eine Neigung zum Abseitsstellen und Absondern, Leistungsverfall begleitet von körperlichen Allgemeinerscheinungen, schulisches Versagen, Antriebs- und Interesseverarmung, ängstliche Unsicherheit und Leere, oft körper-

lichen Verfall; Steigerungen sind möglich bis zu ablehnendem Protest, Arbeitsscheu oder andererseits skrupulöser Gewissenhaftigkeit; ausgesprochen schizophrene Denkstörungen und eindrucksvolle katatone Symptome waren selten; sehr häufig rasches Fortschreiten und Wechsel der Erscheinungen. Bei Manisch-Depressiven scheint auf verschieden lange Phasen nach der Pubertät zunächst eine erkrankungsfreie Zeit zu folgen, die mindestens bis in das 20. Lebensjahr reicht. Die erste Phase ist meist eine depressive mit weinerlicher Müdigkeit, Denkhemmungen, Einfallsverarmung, Planlosigkeit, Ausdrucksverarmung, ängstlichem Sich-Einpassen, das Verhalten trägt den Charakter der Belastungsunfähigkeit. Während der manischen Phase besteht Umtriebigkeit, Abstandslosigkeit, kindliche Größenideen und Großmannssucht mit Phantastereien. Verf. schließt, daß die Diagnose der Schizophrenie oder des manisch-depressiven Irreseins im vorpuberalen oder puberalen Alter mit wünschenswerter Sicherheit möglich ist, sie ist aber sehr schwierig und setzt gründliche Beobachtung und Analyse der Fälle voraus, eine Überwachung ist besonders in den Fällen zu fordern, die mutmaßlich als Erbkrankte unter das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses fallen.

Dubitscher (Berlin).

● **Lehrbuch der Nerven- und Geisteskrankheiten.** Hrsg. v. **W. Weygandt.** Unter Mitwirkung v. **Gruhle, Kehrer, Kihn, Meggendorfer, Rittershaus, Rosenfeld, Scholz, Stertz, Veraguth, Walter u. Weygandt.** Mit einem Geleitwort v. **Ernst Rüdin.** Halle a. d. S.: Carl Marhold 1935. XXI, 663 S. u. 210 Abb. RM. 24.80.

Bei der innigen Verbundenheit und der nahen Verwandtschaft von Psychiatrie und Neurologie, die schon rein äußerlich darin zum Ausdruck kommt, daß es wohl an allen deutschen Universitäten eine psychiatrische und Nervenklinik gibt, lag es nahe, zu versuchen, diese beiden klinischen Fächer gemeinsam in einem Lehrbuche darzustellen. Diesen Versuch hat Weygandt unternommen, unter Heranziehung von 10 bekannten Autoren: Gruhle, Kehrer, Kihn, Meggendorfer, Rittershaus, Rosenfeld, Scholz, Stertz, Veraguth, Walter. Er ist ihm trotz mancher sicher bestehenden Schwierigkeiten gelungen, und Weygandt hat, wie Ref. sich überzeugen konnte, erreicht, daß grobe Widersprüche, die sonst bei der Zusammenarbeit so vieler Autoren fast unausbleiblich sind, vermieden sind. Es kann nicht Aufgabe des Ref. sein, jeden einzelnen Abschnitt zu besprechen und zu würdigen. Es möge genügen hervorzuheben, daß das Buch sich nicht nur für den Studierenden, sondern auch für den Arzt, auch den als Gutachter tätigen Arzt, sehr eignet, letzteres um so mehr, als die Psychosen, die seit dem Umbruch im Vordergrund des Interesses stehen — ich meine den Schwachsinn, das manisch-depressive Irresein, die Schizophrenie und die Epilepsie — nicht nur, wie alle anderen Erkrankungen von berufenen Fachleuten geschildert werden, sondern auch eine sehr ausführliche — meines Erachtens hinsichtlich des Schwachsinn eine zu ausführliche — Darstellung erfahren haben. — Die gerichtliche Psychiatrie hat Rittershaus bearbeitet, nach Ansicht des Ref. im Vergleich zu dem Umfang des Buches etwas kurz — sagt er doch selbst: diese kurzen Andeutungen könnten natürlich das ganze Gebiet nicht erschöpfen —; immerhin bringt Rittershaus erstaunlich viel zusammengedrängt. Auf einige Irrtümer gerade in diesem Abschnitt möchte Ref. mit Rücksicht auf die Leser der Zeitschrift hinweisen. Das Gesetz stammt vom 24. XI. 1933, nicht XII. Warum soll ein epileptischer Dämmerzustand nicht unter den Begriff der Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51 StGB. fallen? (S. 187). Nach § 330a StGB. kann Volltrunkenheit nur dann bestraft werden, wenn Vorsatz oder Fahrlässigkeit nachgewiesen ist (S. 188). Verschiedene Paragraphen werden nicht mit den richtigen Ziffern angeführt. Geschäftsunfähigkeit setzt einen Dauerzustand voraus, kann also nicht durch eine vorübergehende Störung im Sinne des § 105 II BGB. (S. 193) bedingt sein. Der unter Pflugschaft Stehende ist an sich nicht in seiner Geschäftsfähigkeit beschränkt, wie man aus der Übersicht auf S. 194 entnehmen könnte; richtig S. 198. Erfreulich ist die verhältnismäßig ausführliche Darstellung des Eherechts, zumal im Hinblick auf die heutigen Anschauungen. — Für eine neue Auflage möchte Ref. eine

grundsätzliche Vermeidung des leicht irreführenden Hauptwortes Hysterie vorschlagen. Luminal ist nicht Phenylacetylbarbitursäure (S. 154). Eine noch schärfere Ablehnung einer Reflexepilepsie wäre Ref. erwünscht, der bisher noch keinen Fall von Reflexepilepsie gesehen hat. — Eine richtige Schreibweise der Eigennamen (Babinski, nicht mit y, freilich nur im Inhaltsverzeichnis; Kramer statt Cramer; Wilbrand, nicht Wilbrandt; Ménière, nicht Menière; auch schließlich Foerster mit oe, nicht ö) ist erwünscht, ebenso auch wohl eine Verweisung innerhalb des Buches nicht unter Benutzung der Kapitel, sondern unter Benutzung der Seitenzahlen. Würde schließlich noch häufiger eine, wenn auch nur kurze, Literatur-Übersicht gegeben werden, so würde dadurch die Brauchbarkeit des Buches nur gewinnen. *E. Schultze* (Göttingen).

Pilcz, Alexander: Forensische Beurteilung der progressiven Paralyse mit besonderer Berücksichtigung der Malariatherapie. Wien. med. Wschr. 1935 I, 624—626 u. 660—662.

Pilcz gibt zunächst einen Überblick über die klinischen Symptome der Paralyse, schildert das Prodromal- und das Initialstadium, weist darauf hin, wie enorm wichtig die Frühdiagnose der progressiven Paralyse sei. — Die sicher gestellte Diagnose „progressive Paralyse“ habe früher die straf- und zivilgerichtliche Beurteilung ungemein vereinfacht. Das habe sich seit der Großtat Wagner-Jaureggs wesentlich geändert. Erschwert werden die Fragen vor allen Dingen durch die 20—30 proz. Vollremissionen, die man bei der Malariabehandlung initialer Fälle erwarten kann. Eine Vollremission setzt ja die völlige Wiederherstellung der früheren psychischen Persönlichkeit voraus. P. hält es für sehr selten, daß ein wirklich voll remittierter Paralytiker Anlaß zur Untersuchung seines Geisteszustandes zur Entscheidung der Frage der Zurechnungsfähigkeit gebe. Dabei weist er darauf hin, daß Menschen, die später an Paralyse erkranken, in ihrer prämorbidem Persönlichkeit Neigung zu anti- und asozialen Handlungen kaum jemals zeigten. Demgegenüber ist die Kriminalität der nichtbehandelten Paralytiker bekanntlich eine recht hohe. Der Ansicht von C. Schneider, daß die einmal an Paralyse Erkrankten trotz Remission immer noch als paralytisch anzusehen und generell als unzurechnungsfähig zu erklären seien, schließt er sich nicht an. Er weist auf die Verschiedenheiten der Ansichten über diesen Punkt in der Literatur hin. Liegen bei einem zu Untersuchenden zwar keine Zeichen einer Geistesstörung vor, jedoch die unveränderten und kaum gebesserten humoralen Befunde des paralytischen Krankheitsprozesses, so muß man dem Gericht darlegen, daß der Inkulpat nur scheinbar geheilt, daß der destruktive, fortschreitende Prozeß noch vorhanden und daß früher oder später ein Rückfall zu gewärtigen sei. Remissionen dürften erst nach 2—3jähriger Dauer als dauernd angesehen werden. Man muß bei der Beurteilung solcher Fälle auch die Straftat als solche bzw. die Tatumstände in Erwägung ziehen. Daß das Argyll-Robertsonsche Phänomen für die Beurteilung solcher Fälle ohne Bedeutung ist, da es durch die Malariatherapie so gut wie nie zum Schwinden gebracht wird, ist sicher. Mit der völligen Wiederherstellung erachtet P. aber auch die strafrechtliche Verantwortlichkeit als gegeben. — Nebenbei lehnt P. ein irgendwie häufigeres Auftreten der sog. „traumatischen Paralyse“ durchaus mit Recht ab. — In zivilgerichtlicher Hinsicht empfiehlt P. ein Vorgehen, das sich aus praktischen Gründen in der letzten Zeit eingebürgert habe. Bei Paralytikern wird nicht sofort mit der definitiven Kuratelsverhängung vorgegangen, die Kranken werden vielmehr „verfristet“ und ihnen ein provisorischer Kurator beigelegt. Nicht selten sei bei Ablauf der in der Regel auf 6 Monate gestellten Frist die Remission bereits so weit vorgeschritten, daß von einer Verhängung der Kuratel Abstand genommen werden könne. Für ein ähnliches Vorgehen spricht sich P. auch für die Frage der Zulässigkeit der Internierung in einer geschlossenen Anstalt aus. Für die Frage der Wiederbemündung remittierter Paralytiker wird man selbstverständlich auch den Wirkungskreis des Betreffenden erwägen. Auch hier macht P. einen praktischen Vorschlag insofern, als er empfiehlt, zunächst mit der Aufhebung der (vollen oder beschränkten) Entmündigung noch ein halbes oder ein ganzes Jahr

zuzuwarten, dem Entmündigten jedoch, dem bisher allwöchentlich oder allmonatlich ein bestimmter Geldbetrag zur Bestreitung seiner Bedürfnisse eingehändigt worden sei, nunmehr den Gesamtbetrag von einem halben oder einem ganzen Jahr auf einmal auszufolgen. Damit kann der Betreffende seine Fähigkeit zu einer selbständigen Lebensführung beweisen. — Man wird mit der Wiedereinstellung von behandelten Patienten in den früheren Beruf sehr vorsichtig sein müssen, aber auch hier kann sich P. nicht der Ansicht anschließen, daß auch voll remittierten Paralytikern die Wiederaufnahme von Berufen, von denen die öffentliche Sicherheit unmittelbar abhängt, verweigert werden müßte. Er zitiert aus der Literatur eine ganze Reihe von Fällen, die ihren alten Beruf wieder voll ausfüllen konnten. — Das Bestehen einer Paralyse bildet keine Indikation zu der Einleitung einer künstlichen Frühgeburt. — Hinsichtlich der Testierfähigkeit remittierter Paralytiker ist jedenfalls genau zu analysieren, ob angenommen werden kann, daß der Testator wußte, daß er eine letztwillige Verfügung erlasse und was er als eine solche angesprochen haben wolle. — Zum Schluß betont P., daß es zweckmäßig sei, bei Berufen, die die öffentliche Sicherheit berühren, von Amtswegen aus regelmäßig periodische Untersuchungen der Angestellten stattfinden zu lassen. So könne manches Unglück durch Paralytiker verhütet werden. *Fleck.*

Wile, Udo J., and Eugene A. Hand: Juvenile dementia paralytica with special reference to its treatment with malaria. (Juvenile Paralyse, mit besonderer Berücksichtigung ihrer Behandlung mit Malaria.) (*Dep. of Dermatol. a. Syphilol., Univ. of Michigan Med. School, Ann Arbor.*) J. amer. med. Assoc. **105**, 566—567 (1935).

Verf. beobachteten in ihrer dermatologisch-syphilidologischen Klinik in 7 Jahren unter 1040 Fällen von kongenitaler Syphilis 31 Fälle von juveniler Paralyse. Während das Geschlechtsverhältnis weiblich zu männlich bei der Paralyse der Erwachsenen 1:7 war, war das Verhältnis bei der juvenilen Paralyse 1:3. Das Alter der Fälle bewegte sich zwischen 2—31 Jahren. Die meisten Fälle waren zwischen 6 und 9 Jahre alt. In 24 von den 31 Fällen konnten Hinweise für Syphilis bei den Eltern festgestellt werden, in einem Fall hatte der Vater selbst Paralyse. Die Fälle wurden etwa zur Hälfte mit Malaria, zur Hälfte mit Schwermetallen behandelt. Auch die meisten mit Malaria behandelten Fälle erhielten noch eine Nachbehandlung mit Schwermetallen. Verf. finden, daß die Malariaabehandlung kaum eine Änderung der Prognose gegenüber der Behandlung mit anderen Mitteln ergibt. In einigen Fällen verlängert sie das Leben und scheint den Verfall zu verlangsamen, aber die leichte Besserung, die einige Kranke bieten, reicht nicht aus, um sie sozial und intellektuell bis zur Entlastung ihrer Familie zu fördern, sondern vermehrt nur die Lasten der Familie. Nur in Fällen, die serologisch diagnostiziert werden, ehe klinische Zeichen von Paralyse auftreten, erscheint eine Malariakur angezeigt. *Meggendorfer* (Erlangen).^{oo}

Bigoni, Antonio: Il problema dei limiti fra demenza paralitica e psicosi luetiche. (Das Problem der Abgrenzung zwischen progressiver Paralyse und Luespsychosen.) (*Osp. Prov. di S. Maria d. Pietà, Roma.*) *Osp. psichiatr.* **2**, 663—707 (1934).

Nach allgemeinen Betrachtungen und Anführung des wichtigsten einschlägigen Schrifttums bringt Verf. 10 genauer mitgeteilte Krankheitsgeschichten, Fälle betreffend, welche wegen der positiven humoralen Befunde und wegen des klinischen Bildes als Paralyse aufgefaßt werden konnten, die sich aber bei genauer Analyse (z. B. Fehlen eigentlicher psychischer Defektsymptome u. dgl.), sowie dem Verlaufe nach teils als rein luische Psychosen herausstellten, teils als anderweitige Psychosen bei Syphilitikern. In einem der Fälle kam es zur Rückbildung der Symptome schon bevor eine Malariatherapie angewendet worden war. Am Ende der Kur waren die neurologischen Symptome unverändert, während die psychischen sich vollkommen zurückbildeten. In einem anderen Falle kam es zur Heilung nach spezifischer Kur. Ein Fall betrifft einen durch 40 Jahre beobachteten Periodicus, bei dem es auch zur Entwicklung meningitischer oder endarteriitischer luischer Affektionen gekommen war. Im ganzen lesenswerte Kasuistik, ohne wesentlich neue Gesichtspunkte. *Pilcz.*

Fleming, Robert: A psychiatric concept of acute alcoholic intoxication. (Psychiatrische Definition der akuten Alkoholvergiftung.) (*Boston Psychopath. Hosp., Boston.*) *Amer. J. Psychiatry* **92**, 89—108 (1935).

Verf. erörtert die verschiedenen klinisch faßbaren Grade der Trunkenheit unter

Heranziehung medizinisch-historischen Materials. Seine Schlußfolgerungen besagen, daß die mannigfache Symptomatologie der akuten Alkoholvergiftung auf dem Wechselspiel zweier Hauptfaktoren beruht, nämlich der pharmakologischen Wirkung auf die verschiedenen physiologischen Systeme und der Persönlichkeit des Trunkenen mit ihren angeborenen wie erworbenen Eigenschaften. Wenn auch für erstgenannte das Alkoholquantum, Art des Getränkes und physiologischer Zustand des Organismus von Einfluß sind, so hängt sie doch hauptsächlich von der Alkoholkonzentration in den Geweben ab. Die Untersuchung der Persönlichkeitsfaktoren des klinischen Bildes der Trunkenheit bildet ein vielversprechendes Feld moderner psychiatrischer Forschung.

Schrader (Marburg a. d. L.).

Buzzo, Alfredo, und Rogello E. Carratalá: Toxische Psychosen. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 12. VII. 1935.*) *Archivos Med. leg.* 5, 249—278 (1935) [Spanisch].

Für den Praktiker ergeben sich schon Schwierigkeiten bei der Abgrenzung der Psychose gegen das eigentliche Vergiftungsbild. Dieser Umstand macht sich vor allem in der Stellung der Prognose bemerkbar. — Die persönlichen Faktoren, also die Konstitution des Patienten spielt bei den psychotischen Vorgängen eine große Rolle, wobei auch der Alkoholismus als häufige Grundlage von Psychosen auf eine minderwertige Anlage zurückzuführen ist. Daneben sind auch die Umwelteinflüsse, insbesondere Arbeits- und Wohnbedingungen sehr bedeutungsvoll. Verf. wendet sich gegen das Gesetz 9688, welches bei der Beurteilung der Unglücksfälle während der Arbeit nicht die häufig genommenen Rauschgifte berücksichtigt, ebensowenig die Schädigungen durch Kohlenoxyd, Blausäure, Anilin usw. Dieses Gesetz ist daher unvollständig, wie überhaupt der Schutz des Arbeiters durch die Gesetze noch wirkungsvoller gestaltet werden muß. Das Kohlenoxyd ist sehr häufig die Ursache von psychischen Störungen mit Halluzinationen usw. Der chronische Äthergenuß ist von anderen Suchtarten zu unterscheiden dadurch, daß der Zwang und die Abstinenzerscheinungen sehr gering sind. In diesen Fällen liegt schon vorher eine starke Gleichgewichtsstörung der Psyche vor. Paraldehyd, Chloralhydrat, Barbitursäurederivate, Atropin, können alle gelegentlich Psychosen auslösen. Es werden eingehend die verschiedenen Formen des Rausches, Delirien, Verwirrungszustände, Epilepsie, Melancholie usw. durch Alkohol beschrieben. Die Gruppe der Cocainpsychosen ist besonders bedeutungsvoll wegen der starken intellektuellen Veränderungen. Sehr ausführlich werden auch alle Folgeerscheinungen der Morphinvergiftung zusammengestellt. Infolge von Kohlenoxydvergiftungen sind Delirien, Stupor, Amnesie und Manie sehr häufig. Bei Bleivergiftungen sind leichte Formen der Neurasthenie zu finden, ebenso aber auch schwere akute und subakute Psychosen und Demenz. — Die Arbeit stellt im wesentlichen einen praktischen Überblick über die toxischen Psychosen dar.

Rieper (Berlin).

Kant, Otto: Die Eigenart psychiatrisch-neurologischer Diagnostik. (*Univ.-Klin. f. Gemüts- u. Nervenkrankh., Tübingen.*) *Münch. med. Wschr.* 1935 II, 1312—1315.

Verf. ist der Ansicht, daß die psychiatrische Symptomatik viel schwerer zu fassen sei als die der übrigen Medizin, insbesondere aus dem Grunde, weil man auf objektive Kriterien häufig verzichten müsse. Man müsse nicht nur nach dem „Was“, sondern nach dem „Wie“ der einzelnen Krankheitserscheinungen fragen. Er geht sodann auf Beispiele ein, um die Verschiebung des diagnostischen Problems zu veranschaulichen. So kommt er auf die Steigerung der Reflexe zu sprechen, auf das Taumeln bei Fuß-Augenschluß. Er zeigt, daß man hier darauf achten muß, wie sich das Symptom äußert. Besonders bedeutsam wird die Unterscheidung, wenn man sich den seelischen Erscheinungen gewisser organischer Hirnstörungen zuwendet. Auch in dem Gebiet der reinen Psychiatrie steht im Vordergrund der Diagnostik das „Wie“. Nur ein guter Psychologe kann in der Psychiatrie und auch in der Neurologie ein guter Diagnostiker sein. Die Echtheit und Tiefe eines Symptomes zu ergründen, haben eine überragende Bedeutung in der Diagnostik.

Foerster (Münster i. W.).

Giehm, Gerhard: Zur hysterischen Reaktion. (*Nervenheilanst., Zepernick b. Berlin.*)
Dtsch. med. Wschr. 1935 I, 995—997.

Es gibt keine hysterische Krankheit, sondern nur eine hysterische Reaktion. Das spezifisch Hysterische besteht im folgenden: 1. Das Ich ist „zweckhaft orientiert“, wobei teils bewußte, teils unbewußte geistige oder materielle Vorteile den Inhalt dieser Orientierung ausmachen. 2. Die Art der Symptome wird durch das zu erreichende Ziel determiniert. 3. Die „Symptome“ dienen als Kampfmittel. 4. Das Verhalten ist durch Unechtheit, Verkrampftheit, Unwahrhaftigkeit charakterisiert. 5. Die „Symptome“ sind reversibel. — Je mehr bei einem Hysteriker das „Psychopathische“ überwiegt, um so schwieriger ist es, ihn zur Aufgabe der Symptome zu zwingen. Die Ursachen der Hysterie sind: 1. Die Flucht aus der Wirklichkeit in die Verantwortungslosigkeit der „Ohnmacht“. 2. Das Geltungsstreben. 3. Schuldgefühle. Hierzu käme bei der weiblichen Hysterie noch „der Mann“. Deshalb müsse nicht nur die Frau, sondern auch der Ehemann behandelt werden. Es wird nun über die Untersuchung 30 Ehemänner hysterischer Frauen berichtet, aus denen hervorgeht, daß die Hälfte derselben psychisch mehr oder weniger abwegig gewesen sei. Beispiele für diese Auffassung werden angeführt.

Pönitz (Halle a. d. S.).

Ewald: Über den Schwachsinn. Münch. med. Wschr. 1935 II, 1315—1321.

Die Darstellung des Verf. über die Erkrankung und Verursachung des Schwachsinnens soll dem Praktiker die Mitarbeit an der Durchführung des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erleichtern. Die Beziehungen zwischen hypomanischer Beweglichkeit und Intelligenz werden an Beispielen aus der Praxis, nämlich einem Verhältnisblödsinn (Bleuler) und einem erethischen oder agilen Schwachsinn erläutert. Daraus ergibt sich zwangsläufig eine Besprechung und Anweisung zur Intelligenzprüfung, der Erkennung der hysterischen Pseudodemenz und die Erörterung der Frage der körperlichen Stigmen des Schwachsinnens. Im Hinblick auf das oben genannte Gesetz werden die mongoloide Idiotie, die amaurotische Idiotie und die tuberoöse Sklerose besonders hervorgehoben. Es folgen eine Darstellung der Ursachen des erworbenen und des angeborenen Schwachsinnens; Ausführungen über die Verbreitung des Schwachsinnens, dessen Kombination mit Defekten des Gefühls-, Trieb- und Willenslebens; die Bekämpfung des Schwachsinnens durch Sterilisation und Hinweise auf therapeutische Versuche und fürsorgliche Betreuung.

Estler (Berlin).

Jahrreiss, Walther: Die angeborenen und früh erworbenen Schwachsinnzustände. Fortschr. Neur. 7, 495—508 (1935).

Der Aufsatz stellt ein Sammelreferat über eine Anzahl von Arbeiten aus dem Gesamtgebiet der Schwachsinnfrage dar, das aber keineswegs den Anspruch auch nur einer annähernden Vollständigkeit erheben kann. Im einzelnen werden die Fragen des Schul- und Hilfsschulbesuchs als Kriterium für einen Schwachsinn, die Frage der Erblichkeit und Belastung, die ätiologische Bedeutung der Lues, der Frühgeburt und Untergewichtigkeit, ferner das Verhältnis von capillarmikroskopischen Untersuchungsergebnissen, mechanischer Geschicklichkeit, Rechtshändigkeit und Sprachentwicklung zur Intelligenz behandelt. Weiterhin finden eine Reihe Arbeiten über Spezialformen des Schwachsinnens, und zwar über Mongolismus, amaurotische Idiotie und tuberoöse Sklerose Erwähnung. Die Bedeutung der Intelligenzuntersuchung wird kaum berührt.

Dubitscher (Berlin).

Meggendorfer, Friedrich: Zur Abgrenzung des krankhaften Schwachsinnens von der physiologischen Beschränktheit. Z. Neur. 154, 486—498 (1936).

Die Erfassung der leichteren Schwachsinnfälle und ihre Abgrenzung von der physiologischen (besser: „landläufigen“ — Ref.) Dummheit bereitet erhebliche Schwierigkeiten. Neben der Intelligenzuntersuchung sind Vorgeschichte, besondere Kindheitsentwicklung und Schulergebnisse eingehend zu berücksichtigen. Ein Versagen in Schul- und Allgemeinkenntnissen muß aber nicht unbedingt für einen Schwachsinn sprechen. Selbst der Besuch einer Hilfsschule ist kein unbedingtes Kriterium. Wich-

tiger als zweifelhafte Schulleistungen ist die Bewährung im Leben bzw. das Versagen in einfachen selbständigen Berufen, oder Berufswechsel mit sozialem Abgleiten. Ein eindeutiges Kennzeichen für einen etwaigen Schwachsinn ist damit aber auch noch nicht gegeben. Neben Intelligenzstörungen können andere Erscheinungen in den Vordergrund treten wie: Schwankungen und Unbeherrschtheit der Triebe, Unzulänglichkeit des feineren Beziehungsdenkens, Unterentwicklung einer differenzierten Verstandesmoral. Charakterliche und moralische Minderwertigkeit ohne Intelligenzschwäche sind nicht als Schwachsinn im Sinne des Gesetzes zu bewerten, sie sind aber von wesentlicher Bedeutung, wenn gleichzeitig auch nur ein leichtes Versagen auf dem Gebiet des Verstandes nachzuweisen ist. Besondere Beachtung gerade bei Grenzfällen erfordert eine etwaige Erblichkeit, und zwar nicht nur eine Belastung durch Schwachsinn. Anscheinend bestehen auch Beziehungen zu anderen erblich bedingten Geistesstörungen und Psychopathien. Enge Beziehungen scheinen zu bestehen zwischen Haltlosigkeit, Kriminalität, Süchtigkeit und Schwachsinn. Auch körperliche Entartungszeichen dürfen bei der Beurteilung nicht außer acht gelassen werden. Auffallend ist die Neigung intellektuell, psychopathisch und sozial Minderwertiger zu Verbindungen mit ebensolchen Geschlechtspartnern.

Dubitscher (Berlin).

Schneider, Kurt: Die Diagnose der Schizophrenie und Cyclothymie. (*Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.*) Dtsch. med. Wschr. 1935 II, 1385—1390.

Sowohl die Diagnose der Schizophrenie wie auch der Cyclothymie (die Bezeichnung manisch-depressives oder zirkuläres Irresein lehnt Schneider ab), ist, gegen 3 Grenzen gestellt: 1. die abnormen Persönlichkeiten und abnormen Reaktionen (Psychopathien und Neurosen), 2. gegen andere Psychosen, deren Ursache gleichfalls unbekannt ist (sog. endogene, konstitutionelle Psychosen), 3. gegen Psychosen mit bekannter Ursache („symptomatische“ Psychosen und Psychosen bei faßbaren Gehirnprozessen). Die Möglichkeit der diagnostischen Erfassung ist einmal aus dem Verlauf des Leidens heraus gegeben, 2. aus den Symptomen heraus. Beim Schizophrenen kommt noch hinzu die Erfassung des Leidens aus der Beziehung (Rapport, Kontakt). — Die einzelnen Symptome der beiden Psychosen werden kurz, aber prägnant geschildert, ihre Wertigkeit als spezifisches Einzelsymptom kritisch abgewogen.

Esser (Bonn).

Molochow, A. N.: Über die paranoische Entwicklung der Persönlichkeit, die paranoische Reaktion und deren Beziehung zur Schizophrenie. *Trudy psichiatr. Klin.* 4, 327—337 (1934) [Russisch].

Verf. erörtert zunächst einen Fall, als dessen grundlegende, im Rahmen einer paranoiden Psychopathie sich haltende Charakterzüge er bezeichnet: Egozentrität, Selbstzufriedenheit und -überschätzung, Mangel an Kritik, Naivität und fanatisch zielbewußtes Streben in Beziehung auf seine überwertige Idee (Heilbehandlung durch Hunger); ein kurz dauernder Prozeß habe hier eine der Hauptbedingungen für eine paranoische Entwicklung der Persönlichkeit abgegeben. Im allgemeinen möchte Verf. der Paranoia dasselbe Schicksal zuteil werden lassen wie der Hysterie, sie unter Aufgabe des Begriffes der paranoiden Konstitution und der nosologischen Einheit zerfallen lassen in 1. eine besondere Psychopathie, 2. besondere Reaktionen und 3. eine Kombination derselben mit leichter Schizophrenie. Die paranoische Psychopathie, welche die Mehrzahl der pathologischen Fanatiker, Erfinder, Reformatoren usw. umfaßt, erscheine als Folge einer pathologischen Entwicklung einer Persönlichkeit mit dysharmonischer psychischer Konstitution, ohne daß in dieser Veranlagung spezifische paranoische Züge zu liegen hätten, welche als Grundlage für die weitere Entwicklung erschienen. Epileptische Debilität, ein gewisser Infantilismus, Vorherrschen der Triebe, Hyposexualität seien die häufigsten Eigenheiten dieser Art von Psychopathen. Leichte Formen abgeschlossener oder chronischer Schizophrenie begünstigten bei Personen mit epileptoiden Zügen das Auftreten einer paranoiden Entwicklung.

Adam (Berlin-Buch).

De Mennato, Mario: La psicopatologia dei deliri paranoidi. (Die Psychopathologie des paranoiden Wahnes.) (*Manicomio Giudiziario ed Istit. di Antropol. Crimin., Univ., Napoli.*) Osp. psichiatr. **3**, 507—530 (1935).

Bei dem paranoiden Wahne wären 2 Arten von Inkohärenz zu finden, und zwar: eine vorübergehende, die auf krankhafte Komplikationen zurückzuführen ist, und eine dauernde, die durch „Schwäche“, Zerrfahrenheit oder Sperrung zustande kommt. Unter Schwäche versteht Verf. die frühzeitige Erschöpfbarkeit der Fähigkeit, die Ideen zu verarbeiten, sowie die Unfähigkeit der Auswahl von Handlungen oder der Umwandlung der verschiedenen Bedürfnisse in Tendenzen. Verf. behauptet, daß das Temperament eine pathoplastische Wirkung auf die paranoiden Wahnideen ausübt, so daß dieselben eine dystymische bzw. neurasthenische, epileptoide, schizoide Färbung bekommen können und stellt diese Annahme auf Grund von 8 eingehend untersuchten klinischen Fällen dar. Einige paranoide Wahnideen, die sich durch ein affektives Merkmal auszeichnen, wären nach Verf. der Ausdruck krankhaft hypertrophischer Bedürfnisse, die durch eine Art Traum bei offenen Augen ihre Befriedigung finden. C. Ferrio (Turin).

Feldman, Z.: Trauma und manisch-depressives Syndrom. Sovet. Nevropat. **4**, Nr 2, 65—70 (1935) [Russisch].

Zirkuläre Anfälle können auch exogen ausgelöst werden, und zwar so, daß man es mit einer doppelten Pathogenese zu tun hat, 1. der cycloiden Disposition und 2. einer organischen Schädigung (des zentralen Nervensystems), die aber nicht zu intensiv sein darf, da sie dann nur organische Symptome zeigt, während die endogenen zurücktreten. Ein auf diese Weise zustande gekommener zirkulärer Anfall ist durch seine organischen Symptome ausgezeichnet, z. B. das vasomotorisch-vegetative Syndrom. Nach einem Trauma pflegt bei den Disponierten ein manischer Anfall aufzutreten, wirkt aber außer dem organischen Trauma ein erheblicher psychischer Faktor ein, so erfolgt ein depressiver Anfall. Dieser depressive Anfall ist nicht mit einer reaktiven Depression zu verwechseln. Verf. berichtet über einen einschlägigen Fall.

Bresowsky (Dorpat).

Steinert, Walter: Prämorbid Persönlichkeit und Presbyophrenie. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Leipzig.*) Leipzig: Diss. 1935. 23 S.

Verf. beobachtete 15 Fälle von Presbyophrenie. Ein „syntones bzw. hypomanisches Naturell“, das nach Ansicht Bostroems Voraussetzung für die Entstehung einer Presbyophrenie ist, konnte Verf. beim Studium der Vorgeschichte nur in 7 bzw. 8 Fällen als charakteristisch für die prämorbid Persönlichkeit ermitteln. Arbeitsfreudigkeit stellte er in 9 Fällen fest. Aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen zieht Verf. die Schlußfolgerung, daß „eine bestimmte Temperamentsanlage . . . nicht als bedeutungsvollster Faktor für die Entstehung einer Presbyophrenie anzunehmen sein“ dürfte. Größere Bedeutung müsse vielmehr dem organischen senilen Prozeß zuerkannt werden, „auch wenn bisher eine überzeugende Begründung noch nicht dafür gegeben werden kann, weshalb das eine Senium die senile Demenz, das andere zunächst die Presbyophrenie zeitigt“. Nach Ansicht des Verf. werden hirnpathologische Untersuchungen „den wichtigsten Beitrag zur Erforschung der Presbyophrenie . . . liefern, zumal wenn man berücksichtigt, daß die Fischersche Drüsenlehre nach Bumke zwar nicht die alleinige Erklärung für den Krankheitsprozeß gibt, aber doch im Mikroskop zahlenmäßig beachtliche Veränderungen gegenüber der senilen Demenz zeigt“.

Többen (Münster i. W.).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Waldbott, George L.: The allergic theory of so-called thymic death. (Die allergische Theorie des sog. Thymustodes.) J. amer. med. Assoc. **105**, 657—660 (1935).

In Übereinstimmung mit früheren Arbeiten vertritt Verf. die Auffassung, daß der Thymustod ein präallergisches Phänomen ist, welches mit dem anaphylaktischen Shock identisch sei. Dieser entstünde durch ein Antigen, welches durch den Ver-