

des Verf. beachtet, mit der er Mißbräuche auf dem Gebiete der Schlafmittel und Beruhigungsmittel hinsichtlich der Herstellung und Deklaration aufdeckt.

Walcher (Würzburg).

Collins, J.-V.: Some cases of fraud involving postage stamps. (Einige Fälle von Briefmarkenfälschung.) *Rev. internat. Criminalist.* 8, 412—414 (1936).

Nach dem Bericht des Verf. blüht in Ceylon die Betrügerei mit Briefmarken. Dies liegt wohl daran, daß sehr viele Fremde sich nur kurze Zeit im Hafen aufhalten, in dieser kurzen Zeit Briefmarken erwerben und dann wieder abfahren. Bei späterer Entdeckung der Fälschung haben sie kaum Lust, sich zu beschweren. Besonders begehrt sind von den Fremden Marken zu höheren Werten. Diese Marken werden zwar im Postdienst wenig benutzt, dienen aber vielfach als Kostenmarken in der Zollverwaltung. Sie werden hier auf das Gepäck aufgeklebt und durch Beschreiben mit Feder und Tinte entwertet. Den Fälschern gelingt es vielfach, diese entwerteten Marken an sich zu bringen, die Tintenschrift durch geeignete Mittel auszulöschen und die Marken dann an Fremde ohne Stempel oder mit gefälschtem Poststempel zu verkaufen. Manche Fremde beauftragen auch die Händler, bestimmte Marken auf eine Postkarte zu kleben und diese Postkarte an ihre Heimatadresse zu senden. Sie wollten auf diese Weise gestempelte Marken erhalten und wunderten sich nachher vielfach, wenn sie auf diesen Postkarten nicht die gekauften Marken, sondern nur die zur Freimachung der Karte notwendigen Marken von geringerem Werte finden. Verf. erwähnt weitere Fälschungen von Überdrucken, die dort mit einem Gummistempel angefertigt werden, und von Doppeldrucken. Er läßt sich jedoch über die Technik der Fälschung und die Art ihrer Entdeckung nicht weiter aus.

B. Mueller (Göttingen).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Bumke, Oswald:** Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 4. Aufl. München: J. F. Bergmann 1936. X, 632 S. u. 128 Abb. RM. 21.—

Der 3. Auflage des bekannten Lehrbuchs der Geisteskrankheiten, das 1929 vom Ref. in dieser *Z.* 17, 166 besprochen ist, ist vor kurzem die 4. Auflage gefolgt. Mit Recht macht Verf. im Vorwort — übrigens entgegen dem Titelblatt, in dem, Ref. möchte sagen, unnötig zurückhaltend, im erfreulichen Gegensatz zu anderen Autoren die neue Auflage nur kurz und bündig als „4. Auflage“ angezeigt ist — darauf aufmerksam, daß sich in der Psychiatrie so viel geändert habe, daß er dieses Buch im wesentlichen habe neu schreiben müssen. Das ist, wie schon ein flüchtiger Blick in das Lehrbuch zeigt, in der Tat der Fall, wenn natürlich auch die Stoffanordnung im wesentlichen dieselbe geblieben ist. Die einfache, klare, ebenso lebendige wie anschauliche Darstellung, frei von allen Fremdwörtern, ist wieder hervorzuheben. Nach wie vor zieht er scharf zu Felde gegen die Psychoanalyse, wie er denn überhaupt nicht vor einer scharfen, aber berechtigten Kritik zurückweicht. Bumke stützt sich auf seine eigenen reichen Erfahrungen und Beobachtungen, die er, offensichtlich auch gegen sich selbst kritisch (Anm. 1 auf S. 146), im Laufe der Jahrzehnte zielbewußt gesammelt hat, berücksichtigt auch das neueste Schrifttum und streut mancherlei Anekdoten aus der Geschichte und aus der schöngeistigen Literatur, auch eigene Erlebnisse (Anm. 1 auf S. 86) ein, vor allem solche, die nicht allgemein bekannt sind. Das Kapitel „Epilepsie“ ist wesentlich geändert. Die Bedeutung der inneren Medizin für die Psychiatrie hebt B. mehrfach unter Bezugnahme auf Arbeiten seiner Schüler hervor. Bemerkenswert ist die eingehende Berücksichtigung der praktischen Irrenpflege. Lesenswert sind seine Auslassungen über die sog. Unfallneurosen. Wenn er meint, alle Menschen seien Egoisten, hat er wohl nicht ganz unrecht. Der anatomische Teil ist wieder von seinem bewährten Mitarbeiter Spatz mit gewohnter Meisterschaft erledigt. Ref. braucht kaum hervorzuheben, daß das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses und das Gesetz vom 24. XI. 1933 eingehend berücksichtigt ist. Dementsprechend hat er der Konstitution, übrigens in voller Übereinstimmung mit seinen früheren Anschauungen, die ihr gebührende Beachtung geschenkt. Ref. bedauert, daß der Teil, der sich mit den gerichtsärztlichen Aufgaben beschäftigt, etwas zu kurz gefaßt ist, zumal auch dieser Abschnitt das große didaktische Geschick von B. verrät. Warum aber behält er den Ausdruck: Unzurechnungsfähigkeit bei, der sich sprachlich nicht rechtfertigen läßt?

Nach wie vor tritt er erfreulicherweise für die verminderte Zurechnungsfähigkeit ein, ebenso spricht er sich wieder gegen partielle Geschäftsfähigkeit und partielle Zurechnungsfähigkeit aus. Ref. vermißt den Hinweis auf die Reichsgerichtsentcheidung vom 18. VI. 1934, Anfechtung der Ehe wegen Anlage zur Schizophrenie, bei § 1333. Das Sachverzeichnis ist gar zu summarisch. In der vorliegenden Form ist es, das verzeihe mir der Verf., fast unbrauchbar. Das Lehrbuch kann nicht nur dem Psychiater, dem es so viele Anregungen gibt, sondern auch dem Nichtfachmann bestens empfohlen werden, nicht zuletzt den Amtsärzten und den Strafanstaltsärzten, da es gerade die klinischen Fragen, die diese angehen, eingehend berücksichtigt.

Schultze (Göttingen).

● **Hoffmann, Hans: Kurzes Repetitorium der Psychiatrie unter besonderer Berücksichtigung der Erbpathologie und der Erbgesundheitsgesetzgebung. Mit einem Geleitwort v. B. Pfeifer.** Berlin u. Wien: Urban & Schwarzenberg 1937. VI, 158 S. RM. 4.20.

Wie schon in Repetitorien für andere Gebiete der Medizin geschehen, so ist auch in diesem das ganze Stoffgebiet in Frage und Antwort verarbeitet. Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Art von Wiederholung dem Prüfling sehr zustatten kommt. Es ist daher zu begrüßen, daß ein Fachmann unter Benutzung der neuesten Lehrbücher und des neuesten Schrifttums auf 145 Seiten in klarer Form das vor allem für die heutige Zeit so wichtige Gebiet der Psychiatrie abgehandelt hat. Daß der Verf. die bisherigen erbpathologischen Ergebnisse mit aufzeigt, macht das Büchlein besonders wertvoll. Am Schluß werden die für den Psychiater wichtigsten Gesetzbestimmungen gebracht. Im ganzen ist das kleine Werk den Prüflingen schon zur Kontrolle ihres aus Lehrbüchern und Kollegs erworbenen Wissens sehr zu empfehlen und gibt auch dem praktischen Arzt Gelegenheit, sich rasch über auftauchende Fragen aus dem Gebiet der Psychiatrie ausreichend zu unterrichten.

Matzdorff (Berlin).

Stockert, F. G. v.: Psychische Störungen bei Hirntumoren. (*Neurochir. Abt., Staatl. Luitpold-Krankenb., Würzburg.*) *Nervenarzt* 10, 119—125 (1937).

Die klinische Zuordnung der psychischen Störungen bei Hirngeschwülsten weist vor allem auf den exogenen Reaktionstypus Bonhöffers als Ausdruck einer Hirnschädigung im weitesten Sinne hin. Dieser Grundtyp erfährt dann jeweils infolge der individuellen psychischen Veranlagung zu endogenen Reaktionsformen nicht nur durch die entsprechende hereditäre Belastung, sondern auch durch die konditional bedingte Persönlichkeitsstruktur seine besondere Modifizierung. Auf der anderen Seite gewinnt das entstandene Symptombild auch durch den Sitz der Geschwulst zuweilen besonderes Gepräge. Psychische Einzelsymptome können für die Art- und Lokal-diagnostik eines Hirntumors dann herangezogen werden, wenn man sie, wie die neurologischen Symptome, im klinischen Krankheitsbild als einen Baustein des diagnostischen Gebäudes betrachtet. Exogene Psychosen bei Hirntumoren können im wesentlichen unter dem Gesichtswinkel betrachtet werden, wie weit der Tumor durch Art und Sitz zum Hydrocephalus und zur Hirnschwellung Veranlassung bietet. Bei Psychosen von endogenem Gepräge wird aber die erbliche Belastung ausschlaggebend sein und der Tumor selbst höchstens als Aktivator der jeweiligen Phase gewertet werden können.

Weimann (Berlin).

Benedek, Ladislaus: Psychotische Symptome nach Röntgenbestrahlungen bei cerebralen Tumoren. (*Vorl. Mitt.*) *Wien. klin. Wschr.* 1937 I, 278—280.

Auszugsweise werden einige Beobachtungen aus einer Monographie mitgeteilt, die in Kürze erscheinen und das in Frage stehende Thema eingehend erörtern soll. Verf. verfolgt eine introspektive phänomenologische Richtung bei der Analyse psychotischer Symptome bei Hirntumoren, die nach Röntgenbestrahlung zur Beobachtung kamen. Er führt aus, daß die konkreten psychotischen Symptome durch Hirnschwellung als frühe tiefe Röntgenreaktion verursacht werden. Die auf die Einwirkung der radiotherapeutischen Bestrahlung auftretenden neuen Symptome besitzen nicht bloß vom pathopsychologischen und gehirn-pathologischen Gesichtspunkt Bedeutung,

sondern auch deshalb, weil sie aller Wahrscheinlichkeit nach auf eine anfängliche Affektion gewisser zentraler Partien hinweisen. Im Falle eines progressiven Prozesses kann das Auftreten solcher neuen Symptome nach der Bestrahlung die Verbreitungsrichtung des Prozesses andeuten. Es folgt die Mitteilung zweier hierher gehöriger Fälle. — Man wird die Monographie abwarten müssen, um zu den Gedankengängen des Verf. im einzelnen Stellung nehmen zu können. *Dubitscher* (Berlin).

Langelüddeke, A.: Zur forensischen Bedeutung der perniziösen Anämie. (*Landesheilanst., Haina.*) Allg. Z. Psychiatr. **105**, 147—152 (1937).

Verf. bringt zu den beiden Fällen von Kluge und von Hübner, Müller-Hess einen neuen Fall einer perniziösen Anämie, in deren Verlauf eine Psychose auftrat. K. gab an, daß seine Schwester ihn bestohlen habe, er versuchte sie zivilrechtlich zu belangen, weil die Staatsanwaltschaft seine Anzeige nicht annahm. Es entstand nun die Frage, ob der Kläger geschäftsfähig sei. Aus der Untersuchung ging hervor, daß eine paranoide Psychose bei perniziöser Anämie vorlag, Geschäftsunfähigkeit mußte angenommen werden. Der Kläger wurde dann in die Staatskrankenanstalt aufgenommen, auch dort wirkte er paranoid. Die Medullose schritt fort, und der Patient starb. Der Fall ist deshalb von Bedeutung, weil diese Fälle ihrer neurasthenischen Vorstadien und des Wechsels der Erscheinung wegen oft verkannt werden. *Foerster* (Marburg).

Raser, Edward F.: Psychosis associated with glaucoma simplex. (Psychose bei Glaucoma simplex.) J. nerv. Dis. **84**, 663—666 (1936).

Bei einem 32-jährigen Kranken mit labilem Charakter und erworbener Syphilis entwickelten sich gleichzeitig schwere Sehstörungen mit Kopfschmerzen und Veränderungen des psychischen Verhaltens mit angstbetonten Wahn- und Verfolgungsideen. Während Kopfschmerzen und psychische Störungen im Verlauf einer antiluischen Behandlung gebessert wurden, wurde an den Augen Glaukom mit weiten lichtstarrten Pupillen und Exkavation, rechts mit Druck bis 70 und Erblindung, festgestellt. Nach doppelseitiger Glaukomoperation Besserung des Sehens und Heilung der Psychose. *Rath* (Nienburg a. d. Weser).

Küppers, Karl: Zur Diagnostik der Schizophrenie. (*Dr. Wieners Nervenklin., Bernau b. Berlin.*) Psychiatr.-neur. Wschr. **1936**, 319—323.

Verf. gibt zu, daß das Gros der Schizophreniefälle so klar liegt, daß die Beurteilung auch im Hinblick auf die einschneidenden erbpflegerischen Maßnahmen nicht schwierig ist. Für Grenzfälle möchte er Mindestforderungen aufgestellt wissen, die für die Diagnose Schizophrenie erfüllt sein müssen. Diese für die kritische Beurteilung älterer Aufzeichnungen sicher gerechtfertigte Forderung wird „langatmig“ mit einer Krankengeschichte belegt. *Kresiment* (Berlin).

Küppers, E.: Die Insulinbehandlung der Schizophrenie. (*Heil- u. Pflgeanst., Illenau i. Baden.*) Dtsch. med. Wschr. **1937 I**, 377—383.

Die Veröffentlichungen Sakels (1935) wurden nach 1 Jahr in der Gießener und Tübinger Klinik praktisch nachgeprüft und ausgebaut. Die Wiener Klinik sah 1936 bei 58 frischen Schizophrenien 70% Vollremissionen, in 88% berufsfähige Remission; bei alten Fällen in 20% Vollremission, in 48% berufsfähige Remission (die Spontanremissionen betragen etwa 30%). Illenau behandelte bis November 1936 34 Fälle; 35 Kranke (davon 11 Männer) stehen noch in Behandlung. Bei der Shockwirkung wird ein „nasser“ und ein „trockener“ unterschieden: Der nasse beginnt mit Schläfrigkeit, Schwitzen und folgenden Komaerscheinungen. Er kann durch intravenöse Zuckergabe oder Sondenfütterung beseitigt werden; der trockene ist ein epileptiformer Anfall. Er muß sofort durch Zuckergabe beendet werden. Behandlung: Morgens nüchtern 20 E Insulin intramuskulär, nach 4 Stunden Zuckermenge, die eine Hypoglykämie ausschließt; Patient kann frühstücken und mittagessen. In den folgenden Tagen Dosissteigerung um 5—10 E zur Erzeugung eines hypoglykämischen Zustandes bis zur völligen Bewußtlosigkeit (20—260 E). Das Koma wird täglich neuerzeugt (Dauer 1—1½ Stunden). Es wurden bis 60 künstliche Komata erzeugt. Die Endphase der Behandlung besteht in Gaben mittlerer Mengen (20—40 E) 2—3mal täglich, wobei man die Kohlehydratgabe 2 Stunden hinauszögert. Gesamtdauer der Kur 14 Tage,

mittlerer Durchschnitt 2 Monate. Die Kur erfordert Vermehrung des Ärzte- und Pflege-Personals. Der in der Hypoglykämie auftretende aktivierte Zustand soll nur bei Lebensgefahr unterbrochen werden. Koma soll praktisch als Zustand der „Unweckbarkeit“ gelten. Es gibt eine Insulinsensibilisierung, der dosierungsmäßig Rechnung getragen werden muß. Die epileptischen Anfälle sind häufig durch Zirkulationsstörungen kompliziert; typisch ist die retrograde Amnesie (6% Anfallhäufigkeit). Temperaturen von 37,5° abends und 37° morgens erfordern einen Schontag: Ausdruck des Widerstandsschwundes gegen Infektionen. Mortalität 1,5%. Der Heilfaktor besteht wohl in der Erzeugung der Bewußtseinsminderung. *Leibbrand.*

● **Mauz, Friedrich: Die Veranlagung zu Krampfanfällen.** Leipzig: Georg Thieme 1937. 68 S. RM. 2.80.

Ausgangspunkt für die hier mitgeteilten Erkenntnisse war die bei der Untersuchung von Krampfkranken gemachte Erfahrung, daß den Krampfkranken ganz bestimmte ererbte und familiäre Merkmale in körperlicher und seelischer Beziehung eigen sind, die sich als „iktaffine Konstitutionen“ zusammenfassen lassen. Zu diesen Konstitutionstypen gehört: 1. Die enechetische Konstitution, die eine auf einer bestimmten und besonders gearteten Stufe der Hirnentwicklung stehengebliebene und nicht ausdifferenzierte leibseelische Einheit darstellt und für die das durchgängig Amorphe und Strukturarme in der Körperlichkeit, die das körperliche Gesamt beherrschende Haftneigung (Perseverationstendenz) und das Kompakte und Summarische in der Affektivität kennzeichnend ist. 2. Sind ihnen die kombinierten Defektkonstitutionen zuzuzählen. Diese zweite Hauptgruppe ist alles andere als einheitlich. In einer für das biologische Geschehen charakteristischen Affinität finden sich hier in einer im Einzelfall wechselnden Zusammengruppierung von Merkmalen Minderwertigkeiten und Schwächen der verschiedensten körperlichen Apparate und Systeme zusammen. Auf der untersten Stufe dieser Konstitutionsreihe ist die Minderwertigkeit durchgehend in allen Teilsystemen des Körpers vorhanden. Auf einer höheren Stufe heben sich bereits spezifische Merkmalsgruppierungen ab, die sich in eine Typenreihe mit zwei besonders charakteristischen Flügelgruppen gliedern lassen. Auf dem einen Flügel finden sich die Merkmale „kopffvasomotorischer Insuffizienz und Athletik“ zur explosiven Konstitution zusammen, auf dem anderen Flügel gruppiert sich die Insuffizienz des Reflexapparats mit der Asthenie und bildet die reflexhysterische Konstitution. Daneben gibt es natürlich auch Mischformen, die in ihrem Gesamt Bestandteile der explosiven und reflexhysterischen Konstitution aufweisen. Der zweite Teil dieses inhaltsreichen und, wie nebenbei bemerkt sei, glänzend geschriebenen Büchleins bemüht sich im wesentlichen um die Klarstellung der Beziehungen zwischen Krankheitsform und Konstitution. Und da ist es als ein besonders wichtiges Ergebnis festzuhalten, daß mit der enechetischen Konstitution, deren Symptomatik vorwiegend durch den Krampfanfall und die Absence bestimmt wird, nicht nur eine erhöhte Krampfbereitschaft, sondern darüber hinaus die Veranlagung zu genuiner Epilepsie verbunden ist. Die als Kerngruppe der genuinen Epilepsie aufzufassende konstitutionelle Katastrophe mit raschem oder protrahiertem Verlauf ist ausschließlich an die enechetische Konstitutionsform geknüpft. Wir finden ihr aber auch „symptomatische“, und zwar vor allem „traumatische Epilepsien“ und „Alkoholepilepsien“ zugeordnet. Im iktaffinen Kreis der kombinierten Defektkonstitutionen häufen sich im Gegensatz zur einfachen Symptomatik der enechetischen Konstitution die schweren Erscheinungen: die heftigen motorischen Erregungen und Verwirrtheiten mit hochgradiger Angst oder wilder Wut, die raptusartigen suizidalen und aggressiven Zustände, die langdauernden Bemannheiten und Verwirrtheiten nach dem Anfall, die Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, die dumpfen und protrahierten Verstimmungen. Aber auch das Anfallsgeschehen selbst ist hier äußerst vielgestaltig. Außer dem epileptischen Krampfanfall beobachtet man einfaches „Hinschlagen“ mit Bewußtlosigkeit, „Wutkrämpfe“, Ohnmachten mit vorausgehendem Schwindel, hysterische Zitter- und Krampfparoxysmen

und heftige „Leib- und Herzkrämpfe“. Der dritte Teil der Abhandlung ist der Schilderung der iktaffinen Diathesen (= Neigung zu Anfallserscheinungen, die bereits auf solche Reize hin und unter solchen Bedingungen zutage tritt, welche von der Mehrzahl der Menschen schadlos vertragen werden) gewidmet. Die Diathesen unterscheiden sich von den iktaffinen Konstitutionen hauptsächlich dadurch, daß sie ein höheres persönliches und familiäres Gesamt haben; daß die Schwächen und Minderwertigkeiten der einzelnen körperlichen Systeme und Apparate nicht mehr als elementare psychophysische Radikale den fertigen und unveränderlichen konstitutionsbiologischen Kern bilden, sondern, zu variablen und reversiblen Funktionsschwächen abgewandelt, qualitativ ganz anderen Strukturen eingefügt sind; daß es bei den Diathesen immer krampfauslösender Faktoren bedarf, damit es zu einem Anfall kommt, und daß schließlich die Anfälle regelmäßig nur zu solchen Zeiten auftreten, die besonders „krampfgefährdet“ sind. Den Abschluß dieser wertvollen Abhandlung bilden Hinweise auf den Aufbau der Diagnose einer Epilepsie, Hinweise, die auch für die Praxis des ärztlichen Gutachters in foro von wesentlicher Bedeutung sind und daher durch die Lektüre des Buches zur Kenntnis genommen werden sollten. *v. Neureiter* (Berlin).

Janz, Hans-Werner: Die diagnostische Verwertbarkeit einiger Methoden zur Provokation epileptischer Anfälle. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Arch. f. Psychiatr. **106**, 267—295 (1937).

Um die Entscheidung der Frage, ob es sich im einzelnen Falle wirklich um eine Epilepsie handelt, in der Praxis zu erleichtern, wurde die diagnostische Verwertbarkeit verschiedener Methoden zur Hervorrufung epileptischer Anfälle an 316 Einzeluntersuchungen eingehend nachgeprüft. Dabei wurden nachfolgende, äußerst wichtige Ergebnisse erzielt: 1. Mit Hilfe der Hyperventilation und mehrerer Variationen dieser Methode konnten nur in 10% epileptische Anfälle ausgelöst werden. Die diagnostische Bedeutung der Hyperventilation genügt daher den Anforderungen der Praxis nicht und wird weiterhin durch die Tatsache in ihrem Wert verringert, daß diese Provokationsart in der Mehrzahl der Fälle unspezifische (tetanische) Erscheinungen auslöst, die den Nachweis einer Epilepsie erschweren können. 2. Durch den Chloräthylspray nach Muck konnte bei keinem von 90 sicheren Epileptikern ein epileptischer Anfall ausgelöst werden. Das Verfahren ist daher zur Provokation von epileptischen Anfällen völlig ungeeignet. 3. Bei der Injektion von Cardiazol wurden in 54,6% epileptische Anfälle hervorgerufen. Die Methode eignet sich jedoch nicht als diagnostisches Hilfsmittel, da sie auch ohne endogene oder erworbene epileptische Krampfbereitschaft epileptische Anfälle herbeiführt. 4. Die Injektion hypertonischer Salzlösungen ist wegen der Gefahr fieberhafter Allgemeinreaktionen und lokaler Gefäßwandschädigungen als Untersuchungsverfahren abzulehnen. 5. Durch intensive Flüssigkeitszufuhr in Verbindung mit harntreibenden Maßnahmen konnten in 42% bei Epileptikern epileptische Krampfanfälle ausgelöst werden. Bei Nichtepileptikern wurden mit dieser Methode keine epileptischen Erscheinungen hervorgerufen. Die Wasserstoßprovokation erlaubt demnach in einem verhältnismäßig hohen Hundertsatz den Nachweis einer bestehenden epileptischen Anfallsbereitschaft und bedeutet bei weiterer Verbesserung der Methodik einen Fortschritt in der Diagnostik und Pathogenese der Fallsucht. *v. Neureiter* (Berlin).

Röper, Erich: Zur Frage der Reflexepilepsie. *Nervenarzt* **10**, 126—132 (1937).

Mitteilung zweier Fälle, bei denen es sich um eine Reflexepilepsie gehandelt haben soll.

1. 31-jähriger gesunder und erblich nicht belasteter Mann wird 1917 durch MG.-Querschläger im rechten Handgelenk schwer verletzt. Nach Behandlung bildet sich eine Klauenstellung und schwere motorische, sensible und trophische Störungen der rechten Hand heraus. 1919 wurde Patient als verstümmelt mit 70% entlassen. Rentenbescheid: Wesentliche Fehler der großen Gelenke (fast völlige Versteifung des rechten Handgelenkes in Streckstellung mit Verlust fast aller Handwurzelknochen), Verlust von mehr als 2 Fingern einer Hand (alle 5 Finger der rechten Hand so gut wie unbeweglich, der Daumen in die Hand eingezogen,

die 4 anderen in Klauenstellung, erhebliche Funktionsausfälle im Gebiete des Medianus und Ulnaris rechts). Seit 1923 Anfälle, bei denen sich zunächst die rechte Hand verkrampft; später kommt es dann zu Bewußtseinsverlust mit Zungenbissen und Bettnässen. Patient konnte die Anfälle couperen, wenn ihm jemand die Hand in der Narbe kräftig abdrückte. Verf. lehnte zunächst einen Zusammenhang zwischen der Epilepsie und der Handverletzung ab, 1928 entschloß er sich aber zur Anerkennung des ursächlichen Zusammenhanges. 1930 Begutachtung durch Nonne, der einen ursächlichen Zusammenhang mit dem D.B.-Leiden bestreitet. 1933 wird die Erkrankung von Goldstein in einem Gutachten für das Reichsversorgungsgericht als wahrscheinliche Reflexepilepsie bezeichnet und daher als D.B.-Leiden anerkannt. — 2. Bei einer Frau, die schließlich an einem Mediastinaltumor verstorben war, entwickelte sich ein schwerer Herpes zoster im Gebiete des 6. und 7. Zwischenrippennerven, der an einzelnen Stellen gangränös zerfiel und erst nach etwa $\frac{5}{4}$ Jahren unter Narbenbildung abheilte. $\frac{1}{2}$ Jahr später soll ein epileptischer Anfall aufgetreten sein, nachdem die Frau einen stechenden Schmerz an der Stelle, wo der Herpes zoster seinerzeit bestanden hat, empfunden hat. Ein Jahr später Recurrenslähmung. Kurze Zeit danach trat ein Anfall auf, der mit klonischen Zuckungen im rechten Bein begann und zu einem generalisierten epileptischen Anfall mit tiefer Bewußtlosigkeit und lange dauerndem terminalen Schlaf führte.

v. Neureiter (Berlin).

Stern, R.: Zur Differentialdiagnose der Epilepsie. Münch. med. Wschr. 1937 I, 177.

Kurze Antwort auf Einwände gegen des Verf. Mitteilung von der differentialdiagnostischen Bedeutung der intravenösen Cardiazol-Injektion bei der Epilepsie. Conrad (München).

Melsheimer, Alfred: Über Fehldiagnosen bei genuiner Epilepsie. (Landes-Heil- u. Pflgeanst. „Philippshosp.“, b. Goddelau.) Psychiatr.-neur. Wschr. 1936, 604—606, 616 bis 620 u. 633—637.

Mitteilung von 4 Fällen, bei denen seit 20, 18, 3 und 2 Jahren Anfälle bestanden, und die während ihres Lebens für genuine Epileptiker gehalten worden waren. Nach dem Tode fand sich in dem einen Fall eine Dermoidcyste des rechten Schläfenlappens, im zweiten ein cystisch erweitertes Gliom im linken Stirnhirn, im dritten ein Gliosarkom der rechten Stammganglien und im 4. Falle bestanden Gliosarkome in beiden Seitenventrikeln. Neurologisch bestanden im 1. Falle keine Ausfallerscheinungen, im 2. Fall eine Facialisparese und Hemiparese rechts, Ptosis des linken Oberlides und ein Nystagmus, im 3. Fall vorübergehende uncharakteristische Hirndrucksymptome und im letzten Fall ein pathologischer uncharakteristischer Liquorbefund und Opticusatrophie. Allerdings waren 2 der Fälle gleichzeitig mit Epilepsie belastet; in einem Fall durch den Bruder, in dem zweiten durch Schwester und Vater. Die psychischen Veränderungen entsprachen in allen Fällen denen einer genuinen Epilepsie. Verf. fordert auf, die Diagnose „genuine Epilepsie“ erst dann zu stellen, wenn nach genauester Untersuchung unter Heranziehung aller zweckdienlichen diagnostischen Hilfsmittel (unter Umständen Röntgenaufnahme des Schädels und Encephalographie) und unter Ausschließung aller gegebenenfalls in Betracht kommenden exogenen Momente, aber auch unter Würdigung der Erblichkeitsverhältnisse ein organisches Hirnleiden als Ursache ausgeschlossen werden kann. Immerhin kann mit Befriedigung festgestellt werden, daß sich unter allen, in der Hessischen Heil- und Pflgeanstalt Philippshospital bei Goddelau in den Jahren 1920—1935 verstorbenen und zur Sektion gekommenen Fällen mit der Diagnose „genuine Epilepsie“ nur 4 mit Auffälligkeiten fanden.

Dubitscher (Berlin).

Urechia, C. I.: Sur un autre cas d'épilepsie cardiaque. (Über einen weiteren Fall von „kardialer Epilepsie“.) Arch. internat. Neur. 56, 33—36 (1937).

Bericht über einen 46jährigen Patienten, bei dem gleichzeitig mit Dekompensationserscheinungen epileptische Anfälle auftraten. Die Behandlung des Herzleidens führte zum Aufhören der Anfälle. Verf. meint, man könne das Vorliegen einer „kardialen“ Epilepsie nicht bestreiten, solange man eine andere Pathogenese nicht gefunden habe.

H. Elbel (Göttingen).

Hoff, H., und E. Pichler: Vagomimetische Wirkungen im epileptischen Anfall. (Klin. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh., Univ. Wien.) Wien. klin. Wschr. 1937 I, 342 bis 347.

Die Verff. haben früher den Einfluß der Peripherie auf vegetative Zentren im Hirnstamm untersucht und versuchen in den vorliegenden Ausführungen der Frage nachzugehen, welche Veränderungen in der humoralen Zusammensetzung — geprüft am Acetylcholinstoffwechsel — sich bei Reizung der Großhirnrinde an dieser selbst abspielen. Sie konnten feststellen, daß faradische Reizung der Großhirnrinde ebenso wie die neutrale Reizung durch Belichtung des Auges und durch Coramin verursachte Krampfanfälle in der Großhirnrinde keine Zunahme von Acetylcholin bewirken.

Beim Coraminkrampf erfolgt im Hirnstamm eine starke Freimachung des Acetylcholins, die, wie eine Verhinderung der peripheren Muskelkrämpfe durch Curare erwies, durch Vorgänge in der Peripherie (Muskeln) nicht wesentlich beeinflusst wird. Belichtung des Auges bedingt im Großhirn des Kaninchens sowie im gesamten Zentralnervensystem des Frosches eine Verschiebung in der Zustandsform des Kaliums, und zwar eine Vermehrung des freien Kaliums. Zwischen der Kaliummobilisierung in der Großhirnrinde und der Acetylcholinbildung im Hirnstamm bei Coraminkrämpfen wird ein ursächlicher Zusammenhang angenommen. *Dubitscher* (Berlin).

Jaensch, E. R.: Der Auflockerungs- und Auflösungstypus (lytischer S-Typus) als Wurzelform pathologischer Zustandsbilder. (Vorbemerkung zu der Arbeit von L. Schulz, Der hysterische Menschentypus. (Inst. f. Psychol. Anthropol., Univ. Marburg a. d. L.) Z. Psychol. 140, 1—14 (1937).

Jaensch geht den von ihm beschrifteten Weg der Aufspaltung seiner Grundformen konsequent weiter und versucht seinen Auflockerungs- und Auflösungstypus, den „Gegentypus der deutschen Bewegung“ (lytischer S-Typus), in 8 Unterformen aufzuteilen. Dabei greift er mitten hinein in speziell psychiatrische Probleme und geht von der Annahme zweier Formenkreise aus, einem schizophren-paraphren-hysterischen (neuropathische Störung und Konstitution) und einem manisch-depressiven Formenkreis (assimilopathische Störung und Konstitution), die er mit Überzeugung als gegeben voraussetzt, die aber in Wirklichkeit höchst problematisch sind. Zur Stützung seiner Hypothese greift er auf hippokratisch-galenische Anschauungen zurück, ohne sich um die moderne Schizophrenie- und namentlich Hysterieforschung weiter zu kümmern. Im übrigen stellen die Ausführungen nur eine Art Vorwort zu dem Aufsatz von L. Schulz (vgl. nachstehendes Ref.) dar. Unbeschadet seiner großen Verdienste um die Psychologie muß man wohl befürchten, daß sich Jaensch hier auf einem ihm noch wenig vertrauten Gebiet etwas zu weit vorgewagt hat. *Dubitscher* (Berlin).

Schulz, Ludwig: Der hysteriforme Menschentypus und seine Einordnung in die Integrationspsychologie. (Inst. f. Psychol. Anthropol., Univ. Marburg a. d. L. u. Rhein. Prov.-Inst. f. Arbeits- u. Berufsforsch., Düsseldorf.) Z. Psychol. 140, 15—85 (1937).

Die Jaenschsche Schule bildet einen eigenen Kreis, ohne sich viel um andere Anschauungen zu kümmern, obwohl das natürlich erforderlich wäre, namentlich auch eine Berücksichtigung der modernen psychiatrischen Hysterielehre bei der Aufstellung eines „hysteriformen Menschentypus“. Die angeführten Autoren sind größtenteils veraltet. Jaensch vertritt die Auffassung, daß nicht jeder, sondern nur der Mensch vom S-Typus hysterisch reagieren könne. Schulz hat sich die Aufgabe gesetzt, den Nachweis der Existenz dieser Typen zu erbringen, die zu den hysterischen hinführen. Ihm standen 40 Vpn. zur Verfügung sowie 160 weitere Vpn. zu gelegentlichen Einzeluntersuchungen. Nur 6 waren von einem Psychiater zur Verfügung gestellt. Untersucht wurden das Aubert-Foerstersche Phänomen (A.F.Ph.) und die Tastempfindung als Hysteriekriterien; zur Feststellung der Strukturzugehörigkeit wurde die ergographische Methode, ein Bildbeschreibungstest und ein Prismenbrillentest angewandt. Aus den Ergebnissen folgert Sch., daß die I-Typen nicht „hysteriefähig“ seien, daß die S₁-Typen dagegen gleitende Übergänge vom normalen bis zum hysterischen Verhalten aufweisen, also „hysteriefähig“ seien und daß die Typen mit ausgeprägterem S₂-Einschlag ebenfalls Übergänge zu hysterischen Erscheinungen zeigen, weil den Typen die hysteriefähige S₁-Struktur zugrunde liege, derartige Typen seien also S₂(S_{1hy})-Typen. Bei S_{hy} sollen alle die Schichten eine Veränderung erfahren, die mit den Strukturen des Ich in engerem Zusammenhang stehen. Diese Strukturen seien geschwächt, demnach auch die von ihnen abhängigen Funktionen des Gesichtsfeldes, der Tastsphäre, der Psychomotorik und des Willens, dagegen bleibe der intellektuelle Bereich, die Strukturen des Denkens und der Wahrnehmung bestehen. In einem zweiten Teil sucht Sch. die experimentellen Ergebnisse deskriptiv weiter auszubauen und zu veranschaulichen. Dabei setzt er sich auch mit der Schnieder-

schen Interpretation der hysterischen Typen (S_2 -Typen) auseinander, die er abänderungsbedürftig findet. Hysterische Erscheinungen sollen erwachsen auf dem Boden einer lytischen S_1 -Struktur durch eine „Lyse psychisch-organischer Formen, die hervorgerufen wird durch Rassenmischung, chronische Intoxikationen, erbliche Belastung, lytische Krankheitsprozesse, lytische Lebensphasen usw.“ *Dubitscher* (Berlin).

Froment, Jules: L'accident hystérique pithiatique et la physio-pathologie dite hystérique. (Der hysterisch-pithiatische Anfall und die sogenannte hysterische Physio-Pathologie. (*Revue neur.* **67**, 153—195 (1937).

Verf. wendet sich dagegen, daß die Hysterie ein fest umrissener klinischer Begriff sei. Sie bilde vielmehr einen Topf, in den alle klinischen Irrtümer so lange hineinkämen, bis sie als etwas anderes erkannt würden. Nachdem man es 2300 Jahre lang so gehalten habe, müsse man dazu übergehen, in der Hysterie das Organische vom Nichtorganischen zu trennen. Hier gebühre Babinski das Verdienst, daß er (nach Souques) den organischen Affektionen das zurückgegeben habe, was ihnen die Hysterie genommen habe. Verf. gibt in einem historischen Überblick die Entwicklung der Anschauungen über die Hysterie von Charcot („es gibt wenig organische Symptome, welche die Hysterie nicht nachzuahmen vermag“) zu Babinski, welcher die Beachtung organischer Zeichen in den Vordergrund stellte. Hierbei ging er von der Beobachtung aus, daß die hysterische Nachahmung eines organischen Symptoms niemals die Naturtreue echten organischen Geschehens erreicht. Er kam zu folgender These: Hysterische Störungen können von organisch-physischen begleitet sein. Damit ist aber nicht gesagt, daß die einen von den andern abhängig sind. Es gibt vielmehr auch als Abzweigung dieser Hysterie eine Gruppe von Anfällen, die unabhängig von jeder körperlichen Störung allein auf dem Wege der Suggestion bei bestimmten Individuen mit Sicherheit auszulösen und ebenfalls auf demselben Wege mit derselben Sicherheit zu beheben sind, — eben die „pithiatischen“ Anfälle. Die Diskussion der Babinskischen Thesen ergab schließlich nach Ansicht des Verf. Einigkeit über folgende 3 Punkte: 1. Der pithiatische Anfall bleibt eine unleugbare klinische Einheit, wenn er auch heute infolge seiner schnellen Bekämpfung nur noch selten beobachtet wird. 2. Die sog. ständigen Stigmata der Hysterie haben keinerlei klinische Bedeutung. 3. Weder hypnotische Suggestion, noch emotiver Shok, noch irgendein anderer psychischer Einfluß kann die physio-pathologischen Störungen hervorrufen, die als sichere Zeichen der Hysterie galten. Dagegen blieb die Frage der „nicht-pithiatischen“ Hysterie, der sog. „hysterischen Physiopathologie“ strittig. Ihre Anerkennung ergibt sich aber aus der grundsätzlichen Verschiedenheit zwischen dem eigentlich psychogenen (pithiatischen und dem auch mit körperlichen Stigmen einhergehenden (physiopathologischen) Anfall. *Warstadt*.

Lhermitte, J., et F. Aman-Jean: Hyperthermie et pithiatisme. La fièvre du thermomètre. (Hyperthermie und Pithiatismus. Das Thermometerfieber.) (*Soc. de Neurol., Paris, 4. II. 1937.*) *Revue neur.* **67**, 206—210 (1937).

Mitteilung eines eigenartigen Falles. Im Verlaufe einer Radiumbehandlung bekommt eine Frau 4mal im Laufe eines Monats Erregungszustände, die infolge ihres demonstrativen, clownhaften und phantastischen Charakters und ihres plötzlichen Auftretens und Verschwindens als hysterische erkannt wurden. Dabei hatte sie keine Merkmale einer Alteration organischer Natur. Regelmäßig aber traten während dieser Zustände hohe Fieberzacken bis 43° auf, die nicht längere Zeit anhielten, sondern manchmal minütlich wechselten. Der Puls blieb dabei immer um 80, auch die Atmung und das Allgemeinbefinden waren nicht verändert. Das psychogene Moment konnte in familiär-sexuellen Dingen aufgedeckt werden. Trotzdem lehnen Verff. es ab, die Temperaturschwankungen in einem solchen Ausmaß als zur Psychoneurose gehörig zu erklären. Temperaturen von 43° überschreiten ja auch schon die Grenzen des Physiologischen, und Comby teilte einen Fall mit, in dem sogar 45° gemessen wurde. Es spreche auch dagegen das schnelle Schwanken innerhalb größerer Grenzen. Sie erklären das Fieber als „Thermometerfieber“, einem nach Ansicht der Verff. in der „Myotho-

manie“ im Sinne Babinskis genügend verankerten Begriff. Solche Fälle erlaubten auch Ausblicke dahin, daß es Menschen von mittelmäßiger und selbst unterdurchschnittlicher Intelligenz gebe, die mystische Fähigkeiten und Gaben besäßen, die sich einer naturwissenschaftlichen Erklärung entzögen. (So wird also ein Unklärbares mit einem anderen Unerklärlichen „erklärt“. Ref.) *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Backmann, Leonhard: *Pseudodemenz und ursprüngliche Persönlichkeit.* (*Univ.-Nervenklin., Gießen u. Tübingen.*) *Allg. Z. Psychiatr.* **105**, 130—145 (1937).

Bei der Erforschung der ursprünglichen Persönlichkeit bei Pseudodementen traten dem Verf. vorzugsweise psychopathische Mängel der Lebenskraft und des Verantwortungsgefühls mit Einschluß der Hysterie bzw. der Neigung zu psychogener Reaktion und geistige Beschränktheit als Abnormitäten entgegen. In ähnlichen Fällen werden die intellektuellen Defekte in der Regel auf das Konto des Scheinblödsinns gesetzt. Nach objektiver Beurteilung jedoch ergab sich meist zweifelsfrei, daß es sich um angeborenen Schwachsinn handelte, dem eine Pseudodemenz, meist nach Unfall, aufgepfropft wurde.

H. Többen (Münster i. W.).

Kolle, K.: *Sexualpsychopathologie.* *Fortschr. Neur.* **8**, 381—386 (1936).

Es handelt sich um ein Übersichtsreferat über zusammenfassende Arbeiten dieses Gebietes, die zumeist in dieser Zeitschrift besprochen wurden (vgl. diese *Z.* **21**, 303, **24**, 377, **27**, 160 u. 238, **22**, 281). Soweit die berücksichtigten Arbeiten nicht bereits hier referiert wurden, geht Kolle im Zusammenhang auf eine Reihe individualpsychologisch und psychoanalytisch orientierter Schriften ein und erwähnt noch kurz einige andere einschlägige Monographien. Als Referat eignet sich der Beitrag nicht zu einer eingehenden Besprechung.

Wiethold (Kiel).

Pilez, Alexander: *Über Begutachtung von Rauschgiftsüchtigen.* *Wien. med. Wschr.* **1937 I**, 267—269.

Nachweisbare Cocainpsychosen sind exkulpiert. Delikte der Morphinisten müssen in engstem Zusammenhang mit der Süchtigkeitssituation stehen, um für eine Exkulpierung in Betracht zu kommen (Rezeptfälscher, Diebstahl usw.). Wichtig ist für den Nachweis des chronischen Morphinismus die Hechtsche Probe. Homosexuelle Betätigung bei Cocainisten ist ebenfalls exkulpiert. Das österreichische Gesetz (Fassung von 1927) sieht in den §§ 55 ff. Zwangsmaßregeln für die Entziehungsbehandlung vor (Höchstdauer der Internierung 2 Jahre). § 368 sieht Bestrafung für diejenigen vor, die Süchtigen in der Anstalt zu Rauschgiften verhelfen. Straftauglichkeit und Verhandlungsfähigkeit ist nur während der Zeit der eigentlichen Abstinenz unterbrochen. Die österreichische Entmündigungsordnung von 1916 ermöglicht auch die Entmündigung von Individuen „wenn sie wegen gewohnheitsmäßigen Mißbrauches von Alkohol (Trunksucht) oder von Nervengiften sich oder ihre Familie der Gefahr des Notstandes preisgeben oder die Sicherheit anderer gefährden oder eines Beistandes zur gehörigen Besorgung ihrer Angelegenheiten bedürfen“. Die Entmündigung kann nach § 36 zurückgestellt werden, wenn eine Besserungsmöglichkeit sachverständig erwartet werden kann, in diesem Fall kann das Gericht auf eine 6—12monatige Heilbehandlung erkennen.

Leibbrand (Berlin).

Meyer, Fritz M.: „Junge“ Morphiniker. (*Privatklin. f. Rauschgiftkranke v. Dr. F. M. Meyer, Berlin.*) *Münch. med. Wschr.* **1936 II**, 1749—1750.

Das Opiumgesetz mit seinen Ausführungsbestimmungen vom Jahre 1931 und die zusätzlichen wertvollen Bestimmungen des StGB. vom Jahre 1933, nach dem Süchtige, die sich Vergehen zuschulden kommen lassen, bis zu einer Dauer von 2 Jahren zwangsweise zur Entziehung in einer Anstalt untergebracht werden können, haben einen sehr starken Rückgang der Opiatsüchtigen zur Folge gehabt. Insbesondere sind Morphiniker, die nach 1931 erstmalig süchtig geworden sind, überaus selten. Verf. teilt aus eigener Erfahrung 5 derartige Fälle mit, 2 aus 1932, 1 aus 1933 und 2 aus 1934. Darunter sind zwei Ärzte und eine Krankenschwester. Verf. weist darauf hin, daß von Suchtfreiheit und wirklicher Heilung erst gesprochen werden könne, wenn der Süchtige

auf die Dauer eines Jahres ununterbrochen frei von Morphin, Schlafmitteln und Alkohol (gemeint ist Mißbrauch des Letzteren) geblieben sei. *Panse* (Bonn).

Tillgren, J.: Die Behandlung von Alkoholkrankungen. Nord. med. Tidskr. 1936, 825—826 [Schwedisch].

Ein kurzgefaßter Bericht über die Methoden zu psychologischer Beeinflussung auf den Alkoholisten, die den schwedischen, kommunalen Alkoholisten-Überwachungsausschüssen zur Verfügung stehen. *Wigert* (Stockholm).

Tillgren, J.: Die Behandlung von Alkoholkrankheiten. II. Nord. med. Tidskr. 1936, 1628—1631 [Schwedisch].

Die Arbeit ist eine Fortsetzung einer früheren Arbeit desselben Verf. in Nord. med. Tidskr. 1936, 825—826. In jener Arbeit spricht der Verf. von der Bedeutung der Umgebungen und von den Schwierigkeiten, den Kranken in solchen Umgebungen unterzubringen, wo er keinen Zutritt zu Alkohol hat, wenn man ihn nicht in einer verschlossenen Anstalt unterbringen will. Ferner wird die Bedeutung hervorgehoben, die die Aufsicht und Hilfe der sozialen Untersucher für die Kranken haben können. In der gegenwärtigen Arbeit wird auf die Schwierigkeiten, die Diagnose festzustellen, hingewiesen. Es wird empfohlen, die Blutprobe Widmarks zu diagnostischem Zweck (z. B. bei Krämpfen) zu verwenden, da es öfters vorkommt, daß der Kranke und seine Verwandten alles tun, um zu verhehlen, daß der Kranke Alkohol genossen hat. Der Verf. beschreibt ein Formular, das von Krankenhäusern u. a. m. zur Anmeldung an den Nüchternheitsausschuß verwendet wird. Im Formular wird der gegenwärtige Fall klassifiziert, u. a. um die soziale Gefährlichkeit des Kranken nachzuweisen. Hierdurch wird es dem Nüchternheitsausschuß ermöglicht — wenn erwünscht —, durch spezielle soziale Fürsorger einzugreifen und dem Kranken zu helfen. *Munck*.

Tillgren, J.: Die Behandlung von Alkoholkrankheiten. III. Nord. med. Tidskr. 1936, 1633—1634 [Schwedisch].

Der Verf. behauptet dem Artikel Rodhes: Die Behandlung von Alkoholismus, gegenüber, daß die Benennung „Alkoholkrankheit“ exakt und rationell ist; die Krankheit ist eine ätiologische Einheit und fordert auch einen chemisch-physiologischen Verlauf von gleichartigem Charakter im Organismus, den kein anderer ätiologischer Faktor herbeiführen kann. Natürlich können die Symptome und der Verlauf sehr abwechselnd sein, da die Krankheit in verschiedenem Milieu und bei Personen verschiedener Konstitution, verschiedenem Geschlechts und Alters vorkommt. *Willy Munck*.

Rodhe, Einar: Die Behandlung von Alkoholismus. Nord. med. Tidskr. 1936, 1631—1633 [Schwedisch].

Die Arbeit ist durch einige Artikel von J. Tillgren (vgl. vorsteh. Ref.) über die Behandlung von Alkoholkrankheiten veranlaßt. Rodhe ist dagegen, die Alkoholkrankheit als einen Einheitsbegriff aufzufassen. Seiner Meinung nach muß sie in verschiedene Gruppen eingeteilt werden, die sowohl in ätiologischer als auch in symptomatologischer Beziehung verschieden sind. Insbesondere behauptet R., daß die Dipso manie ausgeschieden werden muß, weil es sich hier möglicherweise um eine latente Neurose oder ein epileptisches Äquivalent handelt. R. ist jedoch mit Tillgren darin einverstanden, daß das Milieu eine außerordentlich wichtige Rolle für die Entwicklung des Alkoholismus spielt. R. erwähnt die Behandlung von Alkoholisten und betont hier insbesondere die Arbeit, die von dem Nüchternheitsausschuß ausgeführt wird. Teils handelt es sich um eine ständige Kontrolle der Betroffenen und teils um Internierung in besonderen Anstalten, wo die Behandlung aus moralischer Beeinflussung und Arbeitstherapie besteht. Der Verf. möchte gern eine größere Individualisierung in der Behandlung haben, z. B. durch verschiedene Anstalten für die verschiedenen Kategorien von Alkoholisten. *Willy Munck* (Kopenhagen).

Hamburger, F.: Kinderpsychologisches für den praktischen Arzt. Med. Klin. 1937 I, 3—9.

Verf. will mit seinen Ausführungen vornehmlich dem Praktiker dartun, wie ein-

fache und leicht verständliche psychologische Tatsachen für sein Arbeiten an Kindern (doch auch, sagt Hamburger, an Erwachsenen) von Bedeutung sind und daß die Kenntnis dieser Tatsachen leicht zu erwerben und anzuwenden ist. Bei seinen Darlegungen geht er aus vom Stimmungs- (thymogenen) Mechanismus, dessen Bedeutung und tieferer Sinn durch die Worte „Kraft durch Freude“ voll ausgedrückt wird, um dann den Ernährungs- (Appetits-) Mechanismus in seiner Bedeutung für den Organismus darzulegen und weiterhin die Schädigungen zu kennzeichnen, die den Kindern aus erzwungener Nahrungsaufnahme, Eltern und Kindern durch ängstliche Kontrolle von Ernährung und Gewicht, überhaupt durch zu vieles Wägen und Messen (Verf. spricht vom „Enervierenden der Zahl“) beim Säugling und Kleinkinde erwachsen können.

H. Pfister (Berlin-Lankwitz).

Mjassistchew, V. N.: Die Persönlichkeit und Leistung von anormalen Kindern. Trudy Inst. Izuč. Mozga Bechterev 5, 3—23 u. engl. Zusammenfassung 313 (1936) [Russisch].

Verf. betont, daß die psychologischen Probleme, insbesondere hinsichtlich der schwer erziehbaren Kinder, auf Grund der Auffassung der Persönlichkeit behandelt werden müssen. Diese stellt, so führt er aus, das soziale Individuum dar in seiner bewußten Beziehung zur Umgebung, auf die es aktiv einwirkt. Anstatt der Psychologie von Elementen und Funktionen müsse die Psychologie der Beziehungen erforscht werden. Ihren stärksten Ausdruck findet die Persönlichkeit in der Arbeit, und die Beziehung und Einstellung zu dieser ist kennzeichnend für sie. Das Problem der Arbeitsfähigkeit könne nur auf Grund der Beziehung und Einstellung zur Arbeit, wie sie durch die soziale Umgebung des Kindes bedingt wird, gelöst werden. Bei einem Vergleiche der geistig minderwertigen und zurückgebliebenen Kinder mit den schwer erziehbaren sei festzustellen, daß bei der ersteren Gruppe es sich um Mängel in der Entwicklung der funktionellen psychologischen Strukturen handelt und nicht um Störungen der Beziehungen; sie sind Persönlichkeiten, welche „wollen, aber nicht können“, die schwer erziehbaren dagegen solche, welche „können, aber nicht wollen“. Diese Unterscheidung sei auch von maßgebender Bedeutung für die erzieherischen Maßnahmen.

Adam (Berlin-Buch).

Fedorov, S. I.: Über das Problem der Wahrnehmung bei geistig zurückgebliebenen Kindern. Trudy Inst. Izuč. Mozga Bechterev 5, 210—226 u. engl. Zusammenfassung 317 (1936) [Russisch].

Zur genaueren Untersuchung der Wahrnehmungen zurückgebliebener Kinder wurden vom Verf. eigene Tests angewendet. Es handelte sich nur um optische Wahrnehmungen; die Aufgabe bestand darin, ähnliche bzw. gleiche Figuren zu vorgewiesenen aus einer Menge von verschiedenen ähnlichen Figuren herauszufinden (Dreiecke, Quadrate mit verschiedenfarbigen Seiten), ferner eine gezeigte, aus farbigen Ringen zusammengesetzte geometrische Struktur aus diesen Ringen zusammenzusetzen. In einer anderen Reihe von Untersuchungen mußten die Versuchspersonen das Unrichtige an einer ihnen gezeigten Abbildung angeben (z. B. Apfel und Birne an einem Zweige, über einen Brettersteg fahrender Eisenbahnzug usw.). Bei diesen Untersuchungen weist Verf. auf die hier zutage tretenden primären und sekundären Beziehungen hin: auf die Erkennung der optischen Struktur und auf die Einordnung der Wahrnehmung in den Erfahrungsschatz der Versuchsperson. Letztere erweist sich häufig als ungenügend.

Bresowsky (Dorpat).

Hofstätter, Peter R.: Testuntersuchungen an japanischen Kindern und das Reifungsproblem. (*Psychol. Inst., Univ. Wien.*) Z. Kinderforsch. 46, 71—112 (1937).

Mit geringen, den lokalen Verhältnissen angepaßten Abänderungen hat Verf. 91 japanische und 19 koreanische Kinder bis zu 3 Jahren mit den Entwicklungstests von Ch. Bühler untersucht. Der durchschnittliche Entwicklungsquotient (E.Q.) lag bei 1,03 bzw. korrigiert bei 1,06. Die Prozentwerte der Kinder, die die mit Test geforderte Leistung erfüllten, lagen bei 57% bzw. nach erfolgter Leistungskorrektur

bei 59%. Für die einzelnen Dimensionen (Sinnesrezeptionen, Körperbewegungen, soziales Verhalten und Sprache, Lernen, Materialbearbeitung, geistige Produktion) werden die Werte gesondert aufgestellt. Die sich dabei ergebenden Unterschiede in Form leicht voneinander abweichender Werte scheinen im Material begründet, d. h. für Japaner spezifisch zu sein. Verf. teilt dann die bis 3jährigen Kinder nach ihrer Entwicklung in 8 Altersstufen ein und konnte deutlich das Vorherrschen bestimmter Leistungsgebiete in den einzelnen Altersstufen nachweisen. Gegen Ende des 2. Jahres scheint eine Krise des sozialen Verhaltens einzusetzen, die der „negativen Phase“ Charlotte Bühlers entspricht. Als charakteristisch für japanische Kinder wird ihre starke Hinwendung auf Gegenständliches (Material) neben einer schwachen Neigung zu Sachverhältnissen angesehen. Die Leistungen bei der Geburt waren verhältnismäßig höher als bei dem Wiener Material. Es wurde deshalb an die Möglichkeit einer höheren neurobiologischen Entwicklung der Kinder zur Zeit der Geburt gedacht. Schließlich wird versucht, ein Strukturmodell für das Verhältnis von Reifung und Übung zu entwerfen. Nach den Ergebnissen wird die Anwendbarkeit der Bühlerschen Tests auf japanische Kinder mit Recht bejaht. Interessant sind auch die gelegentlichen Streiflichter, die Verf. auf die Vorbedingungen und die äußeren Umstände bei der Untersuchung seines Materials wirft. *Dubitscher* (Berlin).

● **Brander, Torild: Studien über die Entwicklung der Intelligenz bei frühgeborenen Kindern. Beitrag zur Kenntnis der Entstehung insbesondere leichter Grade der exogen bedingten Unterbegabung.** (Soc. scient. fenn. Comment. biol. Bd. 5, Nr. 8.) Helsingfors: Akad. Buchhand. u. Berlin: R. Friedländer & Sohn 1936. 296 S. u. 58 Abb. RM. 13.—

Als frühgeborene Kinder bezeichnet Brander solche mit einem Geburtsgewicht bis 2500 g; die Grenze nach den Fehlgeburten hin zieht er bei 600 g. Aus einem Überblick über die geschichtliche Entwicklung der Anschauungen hinsichtlich der psychiatrischen Fragen bei Frühgeborenen folgert er, daß die Untersuchungsmaterialien vom genetischen Standpunkt aus zu heterolog gewesen sind, zum Teil zahlenmäßig zu gering waren oder nicht vollständig ausgewertet worden sind; oft war auch zu großes Gewicht auf die anamnesticen Angaben oder die allgemein psychologischen Umstände gelegt worden. Verf. selbst gab den Versuch einer Fragebogenmethode als nutzlos auf. Er stellte bei 376 frühgeborenen Kindern, die zur Zeit größtenteils 7—15 Jahre alt waren, den Intelligenzquotienten (IQ.) nach der Methode Binet-Simon-Terman fest. Schwachsinn wurde angenommen bei einem IQ. bis 70. Im ganzen Material fanden sich 11,2% Schwachsinnige. Die Unbegabten zusammen machten 52,7%, die Normalbegabten 46% und die Überbegabten 1,4% aus. Je später die Kinder laufen und sprechen lernten, um so niedriger waren die Mittel- und Höchstwerte ihrer IQ. Umgekehrt waren die Mittel-, Mindest- und Höchstwerte der IQ. um so höher, je größer die schulischen Ansprüche waren. Der IQ. stieg im allgemeinen parallel den Schulleistungen. Je niedriger das mittlere Geburtsgewicht, um so niedriger ist auch der Mittelwert des IQ. Zwischen beiden besteht eine deutliche Proportionalität; unter Kindern mit einem Geburtsgewicht bis 1500 g war kein einziges normal, erst ab 2110 g kamen überbegabte Kinder vor. Ferner war der Prozentsatz an Schwachsinnigen in der Gruppe der erblich belasteten Fälle deutlich höher als der in der Gruppe der nicht belasteten. Ganz besonders unglücklich scheint sich die Trias Frühgeburt, Geburtskomplikation und Belastung auszuwirken. In dieser Gruppe von Fällen kam Schwachsinn in 35% vor. Als belastendes Moment hatte namentlich Alkoholismus den ungünstigsten Einfluß. Aber auch ohne Belastung ist die Zahl der Unterbegabten bei komplizierter Frühgeburt — besonders bei Gesichtslage, Beckenendlage, Sturzgeburt, hoher und mittelhoher Zange sowie Extraduktion in Beckenendlage — höher als bei unkomplizierter. Unter den Schwachsinnigen war der Prozentsatz an Zwillingen größer als im Gesamtmaterial; die IQ.-Differenzen bei EZ. waren kleiner als bei ZZ., sofern nicht ernste Geburtskomplikationen vorgelegen hatten. Auf jeden Fall ist — so fordert Verf. — die Möglichkeit einer Einwirkung konkordant auftretender un-

günstiger Momente im Anschluß an die Geburt von Zwillingen zu berücksichtigen, da sie bei EZ. eine Konkordanz vortäuschen können, obwohl es sich um exogene Störungen handelt. Verf. gedenkt weiterhin des Einflusses verschiedener anderer Faktoren auf die geistige Unterentwicklung Frühgeborener und mißt namentlich der Encephalitis und Meningitis eine gewisse Bedeutung bei. Etwa 12,5—25% aller Fälle von Schwachsinn bringt er mit frühzeitiger Geburt in Zusammenhang. Da sich ferner unter den 42 Fällen von Schwachsinn nur 2 Mongoloide, 1 Myxödem und 3 überwiegend erblich bedingte Fälle fanden, nimmt er in der Mehrzahl der Fälle bei frühgeborenen Kindern eine exogene Schädigung als Ursache an. Demzufolge hält er eine Prophylaxe obstetrischer Art für erforderlich. — Die 42 Schwachsinnsfälle werden anschließend mitgeteilt. Eine tabellarische Übersicht über alle 376 Fälle, eine Reihe Photographien frühgeborener Kinder und ein reiches Schrifttumsverzeichnis vervollständigen die interessante und gründliche Arbeit.

Dubitscher (Berlin).

Mach, Lotte: Lese- und Schreibschwäche bei normalbegabten Kindern. Z. Kinderforsch. 46, 113—197 (1937).

Einleitend geht die Verf. auf die möglichen Störungen beim Lesen und Schreiben ein, um dann die Ergebnisse reiner isolierter, nicht durch Schwachsinn komplizierter Leseschwäche bei 7 Kindern, die in einem Material von 30000 Kindern zu finden waren, eingehend zu analysieren. Zunächst werden die Leseversuche im einzelnen ausführlich beschrieben. Sodann gibt die Verf. eine Übersicht über die „Phänomene des Lese- und Schreibvorganges“. Gemeint sind wohl die vorkommenden Versager. Die Leistungen werden verglichen mit dem Versprechen, mit der Traumsprache, mit den Fehlern des tachystoskopischen Lesens bei Normalen und mit den Fehlern normaler Leser. Die hierbei ebenfalls vorkommenden Fehler werden aus dem Gefundenen ausgesondert und für die restlichen Fehler werden Erklärungsversuche gegeben. Darüber hinaus wird aber auch danach gefragt, ob die Fehlerarten bei den besonderen Leseversuchen und die Fehlerarten, die auch bei normalen Kindern vorkommen, ungewöhnliche Erscheinungen zeigen. Dabei ließ sich feststellen, daß auch innerhalb der allgemeinen Fehlerarten manche besonderen Fehler gefunden werden können, für deren Entstehung die gleichen Ursachen anzuführen sind wie bei den speziellen Fehlleistungen des Lesens. In ähnlicher Weise werden die Phänomene des Schreibvorganges analysiert. Im wesentlichen fanden sich als Ursache der Fehlleistungen des Lese- und Schreibvorgangs: „Geringes optisches Unterscheidungsvermögen für Buchstaben in Sütterlinschrift und deutscher Schreib- und Druckschrift; geringes Unterscheidungsvermögen für Lageunterschiede von Buchstaben; geringes akustisches Unterscheidungsvermögen und Gedächtnis für Laute; geringes Gedächtnis für die jeweilige Zugehörigkeit eines Buchstabens zu einem Laut (und umgekehrt); eine sprachmotorische Schwerfälligkeit, zusammenhängend zu lesen, d. h. Laute des optisch erfaßten Wortes richtig zu bilden und aneinanderzufügen; eine geringe Fähigkeit zu erkennen, aus welchen Einzellauten ein Wort besteht; mit Vorbehalt: ein geringes Gedächtnis für Wortbilder.“ Es folgt eine Beschreibung optischer, akustischer und sprachlicher Versuche und die Auswertung der Ergebnisse. Das Versagen auf visuellem Gebiet kann nach den Ergebnissen nur bedingt als Ursache für Fehlleistungen des Lesens und Schreibens angeführt werden. Auch ist die Fähigkeit des akustischen Unterscheidungsvermögens und die akustische Merkfähigkeit der Norm gegenüber nicht eindeutig gestört. Ungewohnte und schwierige Lautverbindungen machen den Kindern mehr oder weniger Mühe, wenn es sich nicht um geläufige Worte handelt. Die meisten Kinder beherrschen die grammatischen Regeln nur wenig und sind sprachlich ungewandt. Ihr Wortschatz ist jedoch nicht auffallend klein. Schließlich geht Verf. auf die möglichen psychologischen und anatomischen Ursachen der Lese- und Schreibschwäche ein und führt eine Reihe von Behandlungsvorschlägen anderer Autoren an. Mit einer kurzen Schilderung der 7 Fälle werden die Ausführungen abgeschlossen.

Dubitscher (Berlin).

Cumpston, J. H. L.: *Les déficients mentaux en Australie.* (Die Schwachsinnigen in Australien.) Bull. mens. Off. internat. Hyg. publ. 29, Nr 1, Suppl., 1—14 (1937).

Nach dem Bericht über den Schwachsinn von Dr. W. Jones, dem ständigen Komitee des internationalen Büros für öffentliche Hygiene mitgeteilt durch Dr. J. H. L. Cumpston, Generaldirektor des Bundesdepartements für öffentliche Gesundheit, Delegierter von Australien. Bericht über eine 1928 vom Bundesrat für öffentliche Gesundheit beschlossene Enquête über die Ausdehnung des Schwachsinn in Australien, die von Dr. Jones, dem Generalinspekteur der Geisteskranken im Staate Viktoria, durchgeführt wurde. Von 12000 Schulen mit etwa 1100000 Kindern von 6—14 Jahren wurden 78—100% erfaßt. Zusätzlich der in Kliniken und Anstalten untergebrachten schwachsinnigen Kinder im schulpflichtigen Alter wurden als schwachsinnig 13169 Knaben und 9048 Mädchen (nach den Berechnungen von Prof. Berry, Melbourne, 7496 Knaben und 5260 Mädchen) ermittelt, d. h. 3,39% Knaben und 2,37% Mädchen. Und zwar waren 0,11% Idioten, 0,93% sicher Schwachsinnige, die aber auf etwas höherem Niveau standen als die I. Gruppe (IQ = unter 70) und 1,85% Zurückgebliebene („Grenzfälle“). In ländlichen Gegenden war der Prozentsatz höher als in Mittelstädten, hier wieder höher als in Großstädten (5,35% zu 3,21% zu 2,50%). Ein besonderer Teil der Enquête befaßte sich mit der Unterbringung der schwachsinnigen und anti-sozialen Kinder. Die meisten von ihnen befinden sich in besonderen Abteilungen der staatlichen Anstalten für Geisteskranken, doch wurden in den einzelnen Staaten auch einige Spezialanstalten geschaffen. Im ganzen waren so 4681 Kinder (2594 Knaben und 2087 Mädchen) untergebracht. Für die nichtanaltsbedürftigen Kinder bestehen Sonderschulen und Sonderklassen. In Bezirken mit geringer Bevölkerungsdichte sind die Sonderklassen ökonomischer, aber wirkungsvoller scheinen Sonderschulen zu sein. Als wichtigste Ursachen des Schwachsinn werden Erbllichkeit und Syphilis bezeichnet. Außer der Bekämpfung der Syphilis und des Alkoholmißbrauchs scheinen die wirksamsten Maßnahmen zur Verhütung des Schwachsinn zu sein: Erfassung und Bewahrung Schwachsinniger, geeignete Erziehungsbedingungen und Vormundschaft; Sterilisierung der belasteten Personen; eine Ehegesetzgebung, die nur geistig und körperlich geeigneten Individuen die Ehe gestattet. Der Bericht von Jones empfiehlt die Einrichtung von staatlichen psychologischen Beratungsstellen für Kinder, von Internatsschulen für höhergradige Schwachsinnige, wo diese evtl. bis zum 18. Jahre bleiben können, von Tages-Sonderschulen oder -klassen, Kolonien für Erwachsene, die eine häusliche, gewerbliche oder häusliche Befähigung haben, aber außerhalb einer Anstalt nicht leben können. Dr. Jones glaubt nicht, daß in irgendeinem Staate des britischen Reiches die Sterilisation eingeführt wird, da hier die in England herrschenden Grundsätze maßgebend seien. Zum Schluß wird noch auf den Zusammenhang zwischen Schwachsinn und Kriminalität hingewiesen. In einem Fürsorge-Erziehungsheim wurden von 362 Kindern 35% als zurückgeblieben und 14% als sicher schwachsinnig festgestellt. In den verschiedenen Staaten Australiens befaßt sich die Gesetzgebung noch mit der Regelung einer Schaffung besonderer Einrichtungen, es fehlt aber noch ein Parlamentsgesetz, ohne welches Maßnahmen für zurückgebliebene Kinder nur sehr schwer durchzuführen sind.

Dubitscher (Berlin).

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

● **Handbuch der Neurologie.** Hrsg. v. O. Bumke u. O. Foerster. Bd. 15. **Spezielle Neurologie. VII. Erkrankungen des Rückenmarks und des Gehirns. V. Endokrine Störungen.** Berlin: Julius Springer 1937. VIII, 469 S. u. 46 Abb. RM. 88.—

Jores, A.: **Die Krankheiten der Thymus.** S. 419—422.

Dieser 3 Seiten langen Übersicht, die sich auf die Anatomie, Physiologie und Klinik der Thymusdrüse erstreckt, ist die für den gerichtlichen Mediziner besonders wichtige Feststellung zu entnehmen, daß der Status thymico-lymphaticus als Krankheits- bzw. Todesursache von fast allen Autoren heute abgelehnt wird. *v. Neureiter.*