

Schichtdicke vor die Milchglasscheibe einer kleinen Lampe. Die Einstellung des Thio-sulfats geschieht mit einer bekannten Menge Kaliumchlorid. Bei Kaliumbestimmung in Geweben wird dieses nach dem Verfahren von Linderström-Lang, K. [Compt. rend. Lab. Carlsberg, Sér. chim. 21, Nr 7 (1936)] verascht und nach der letzten Veraschung mit 3 mal 30 cmm Wasser in das Fällungsröhrchen gespült. Kleine Bariummengen stören nicht. Bei Serien histologischer Schnitte kann in jeder 2. Probe Kalium und in den anderen Natrium und Kalium bestimmt werden und durch Rechnung die Menge des Natriums als Differenz erhalten werden. Die Methode gestattet Kaliumbestimmungen in reinen Lösungen von weniger als  $10^{-4}$  Milliäquivalenten mit einem Fehler von etwa  $1-2 \times 10^{-6}$  Milliäquivalent.

Klawer (Halle a. d. S.).

### Psychologie und Psychiatrie.

● Wyss, Walter H. von: **Grundformen der Affektivität. Die Zustandsgefühle beim gesunden und kranken Menschen.** (Abh. Neur. usw. H. 83.) Basel u. Leipzig: S. Karger 1938. VIII, 104 S. u. 4 Abb. RM. 8.20.

Nach einer kurzen Einleitung, die sich mit dem Wesen der Gefühle im allgemeinen und mit ihren biologischen Wurzeln und Ausdrucksformen beschäftigt, werden eingehend in gefälliger Darstellung die wichtigsten Zustandsgefühle (wie der Schmerz, der Hunger, der Durst, die Übelkeit, der Schwindel, die Angst, die Freude, die Traurigkeit) und die ihnen entsprechenden Ausdruckserscheinungen geschildert. Dabei werden auch jedesmal die Bedingungen gekennzeichnet, unter denen das betreffende Gefühl auftritt. Auf S. 41 oben ist leider ein peinlicher Druckfehler stehen geblieben („komische“ Einsföhlung statt „kosmische“).

v. Neureiter (Berlin).

Beyerholm, Otto: **Die biologische gesetzmäßige Wechselwirkung zwischen Lust- und Unlustgefühlen. Ein Beitrag zur Physiologie von Genuß und Schmerz.** Bibl. Laeg. 130, 37—55 (1938) [Dänisch].

Verf. benutzt die Begriffe Lustgefühl und Genuß als gleichbedeutend, und ebenso die Begriffe Unlustgefühl und Schmerz. Wichtigste Aufgabe des Menschen ist, sich Lustgefühle zu verschaffen und Unlustgefühle zu vermeiden. Wenn nun noch Lustgefühl als das Gefühl „definiert“ wird, das wir uns zu verschaffen streben, und Unlustgefühl als das Gefühl, das wir zu vermeiden trachten, dann ist offenbar eine gute Begriffsunterlage für eine weitgehende spekulative Behandlung des Themas gegeben! Dem Psychiater und Neurologen wird wohl mit einem Katalog der Mittel zum Genuß wenig gedient sein, der eine Einstellung in neurogene (sensorische und psychische) und hämatogene (exogene und endogene) Mittel bringt. Verf. will in der Hauptsache zeigen, daß im allgemeinen jeder Genuß mit einem Vor- und Nachschmerz verbunden ist und daß deshalb Schmerz und Genuß nicht getrennt werden können. Das ist ja auch nicht weiter schwer zu beweisen, wenn man gelegentlich auch „unbemerkte“ Schmerzen hypostasiert.

Otto Lauenstein (London).

Rickers-Ovsiankina, Maria: **The Rorschach test as applied to normal and schizophrenic subjects.** (Die Anwendung des Rorschach-Tests bei Normalen und Schizophrenen.) (Research Serv., Worcester State Hosp., Worcester, Mass.) Brit. J. med. Psychol. 17, 227—257 (1938).

Mit dem Rorschach-Test wurden 37 erwachsene männliche Schizophrene und zur Kontrolle 20 normale Vpn. untersucht. Die Analyse der Antworten umfaßt einen statistischen Vergleich der Ergebnisse beider Gruppen und eine Erörterung der Ergebnisse bei den einzelnen Vpn. Gegenstand der Analyse waren Wahrnehmungstyp, Qualität und Inhalt der Antworten sowie Häufigkeit von Original- und Allgemeinantworten. Der Wahrnehmungstyp der Schizophrenen erscheint nach den Ergebnissen gekennzeichnet durch den Verlust des normalen Gleichgewichtes in der geistigen Struktur. Die Inhalte der Antworten zeichnen sich häufig durch Mangel an Ideen aus; oftmals geben sie zweckdienliche Hinweise auf die besonderen Inhalte etwaiger Wahnvorstellungen. Auffallenderweise sollen Farbantworten bei Schizophrenen eine viel

größere Rolle spielen als Bewegungsantworten. Nach Ansicht der Verff. darf man aus dem Vorherrschen der Farbantworten keine Rückschlüsse auf das Phantasieleben der Schizophrenen ziehen, vielmehr seien sie Ausdruck einer Diskrepanz und Disharmonie im psychischen Wirken. Das Innenleben möge noch aktiv sein, aber geistige Regsamkeit und Produktivität seien verkümmert oder gehemmt. Die Persönlichkeit vermöge sich nur in unkontrollierten und unangepaßten gefühlsmäßigen Formen auszudrücken. Die „Lage“-Antworten, die bei Normalen äußerst selten vorkommen, werden für ziemlich sichere diagnostische Anzeichen von Abnormität gehalten. Das Verhältnis der Original- zu den Allgemeinantworten spricht für den mangelhaften Wirklichkeitssinn und den Autismus im Denken der Schizophrenen. *Dubitscher* (Berlin).

**Mahler-Schoenberger, M., und I. Silberpfennig: Der Rorschachsche Formdeutversuch als Hilfsmittel zum Verständnis der Psychologie Hirnkranker.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Wien.*) Schweiz. Arch. Neur. **40**, 302—327 (1938).

Unter der Fragestellung, welche psychischen Mechanismen der Amputierte zur Verfügung hat, um mit dem schwierigen Konflikt fertig zu werden, daß er wohl das Bestehen des Defektes seiner Extremität anerkennen muß, daß ihm aber immer wieder einzelne seiner Sinnesorgane die Existenz des verlorenen Gliedes vortäuschen, haben die Verff. 12 Amputierte mit und 5 ohne Phantomgefühl mit dem Rorschachschen Formdeutversuch untersucht. 3 Versuchsergebnisse werden ausführlich mitgeteilt. Bemerkenswert ist, daß beim Exponieren der Tafeln alle 3 Kranken das Dargebotene auf das eigene Körperschema beziehen. Aus diesem Orientieren am eigenen Körper ergeben sich dann regelmäßig Lagedeutungen im Sinne Rorschachs. Die anatomischen Deutungen überwiegen bei weitem. Bei allen 3 Fällen steht der Kastrationskomplex sehr im Vordergrund. Nach Mitteilung der Verff. zeigen sich ähnliche Erscheinungen mehr oder weniger deutlich bei 10 von den 12 Kranken mit Phantomgefühl. Die 5 Fälle ohne Phantomgefühl boten einen unauffälligen Durchschnittsbefund. Aus den Ergebnissen lassen sich weitgehende Schlüsse auf die unbewußten psychischen Mechanismen des Amputierten bei der Entstehung und Überwindung seines Phantoms ziehen. Einerseits wird im Rorschachversuch eine erhöhte narzistische Besetzung des eigenen Körpers manifest, andererseits werden die Mechanismen der Introjektion und Projektion, deren sich der Amputierte bei der Lösung seines Konfliktes bedient, beim Deuten der Tafeln ebenfalls verwandt, und zwar so, daß vielen von ihnen keine anderen Möglichkeiten zur Verfügung stehen. Abschließend gehen Verff. auf die allgemeine Bedeutung der anatomischen Lagedeutungen ein. Sie vermuten, daß diese parallel gehen mit der narzistischen Besetzung des Körperschemas. *Dubitscher* (Berlin).

**Fervers-Pirig, Agnes: Der Quadrattest, eine Neugestaltung des Bourdontests auf Grund experimentell-psychologischer Untersuchungen.** (*Psychol. Inst., Univ. Bonn.*) Arch. f. Psychol. **100**, 198—222 (1938).

Ausgehend von der Feststellung, daß der Bourdon-Test in der vorliegenden Form für medizinisch-psychologische Untersuchungen nicht ausreicht, vielmehr zwecks Anwendung bei Primitiven, Kranken, Normalen mit abnormen Körperzuständen usw. vereinfacht werden muß, hat die Verf. Untersuchungen mit dem von Karl Fervers vorgeschlagenen „Quadrattest“ vorgenommen, bei dem die Variabilität der Quadrate durch achtfache Veränderung je einer Seite mittels gleichförmiger kleiner Öffnungen erreicht wird. Durch Hunderte von Versuchen und 400 Vergleichsversuche mit dem Bourdon-Buchstaben-Test wurde die endgültige Testform festgelegt und rd. 600 Einzelversuche angestellt. In der vorliegenden Arbeit wird über die Ergebnisse bei 15 Studenten, 12 primitiven Erwachsenen und 28 Schulkindern berichtet. Einfachere Leistungen der Intelligenz, Aufmerksamkeit unter sonst sehr verschiedenen Versuchsbedingungen konnten leicht festgestellt werden. Verf. nimmt an, daß die so aufgegebenen Leistungen trotz ihrer Einfachheit ausgesprochen psychisch bedingt und vorsätzlich sind. Eine Berechnung der Fehlerzahl und des Zeitaufwands ergibt charakteristische Zahlen. Dabei ist es zulässig, Fehler durch Übersehen mit Fehlern durch Verwechslung

zu addieren. Intellektuelle sehen häufig die Quadrate in der Richtung des Lesens durch und beachten die wagrechten Linien mehr als die senkrechten. Erhebliche Leistungsunterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen nicht. Gegenüber dem Bourdon-Test hat der Quadrattest eine Reihe von Vorzügen. *Dubitscher.*

**Lurie, Louis A.: Endocrinology and the understanding and treatment of the exceptional child.** (Endokrinologie und Verstehen und Behandlung des kranken Kindes.) (*Child Guidance Home, Cincinnati.*) J. amer. med. Assoc. **110**, 1531—1536 (1938).

Der Einfluß endokriner Störungen auf die Psyche und Persönlichkeit des Kindes wird ausführlich behandelt. Die typischen Symptombilder werden herausgearbeitet, besonderer Wert wird dabei gelegt auf leichte Hypofunktion einer Drüse. Zustände von mäßigem Hypothyreoidismus und leichte Fälle von Fröhlich'scher Erkrankung nehmen den größten Raum in dieser Besprechung ein. *Gerstenberg* (Gießen).

**Pötzl, O.: Zur Anatomie und Patho-Physiologie des von Auersperg und Flach beschriebenen Falles.** Arch. f. Psychiatr. **107**, 636—650 (1937).

Die Deutungen, zu denen Auersperg und Flach in dem von ihnen beobachteten Falle gekommen sind (vgl. diese Z. **30**, 314), werden von Pötzl ergänzt und in Beziehung gebracht mit Befunden, die P. in einer Reihe von Arbeiten aus der letzten Zeit niedergelegt hat und die darauf abzielen, in ihren feinsten Details jene Mechanismen zu verfolgen, die sich nach Schädigung der rückwärtigen Hirnpartien abspielen. Insbesondere werden Zusammenhänge zwischen Polyopie, Scheinbewegungen, Zerstückelungen des Körperschemas und des Außenraumes nachgewiesen. Der makroskopische Befund des vorliegenden Falles zeigte eine fast völlige Erweichung der Polgebiete beider Occipitallappen, während die oralen Teile der Schrinde viel weniger gelitten hatten. Dies entspricht insofern dem klinischen Befund, als aus diesem hervorging, daß eine Projektion gestörter optisch-räumlicher Leistungen auf eine intakte Körperfühlsphäre stattfand. Die mikroskopische Untersuchung der Corpora geniculata externa ergab in beiden basalen großzelligen Schichten die von Minkowski erhobenen typischen Veränderungen nach Enucleation eines Auges, während die kleinzelligen Schichten gleichmäßig geschädigt waren. Diese Besonderheit im Befund wird mit einer ontogenetisch wie phylogenetisch bedingten größeren Resistenz dieser Schichten erklärt. Die noch besonders auffällige schwere Alteration des Spornanteils beiderseits wird mit der voraneilenden oberen Quadrantenhemianopsie in Zusammenhang gebracht.

*R. Klein* (Prag).

**Buscaino, V. M.: L'hystérie au point de vue biologique.** (Die Hysterie vom biologischen Gesichtspunkt.) Arch. Neur. (Bucarest) **2**, 147—155 (1938).

Verf. fordert die Betrachtung hysterischer Syndrome unter biologischen Gesichtspunkten. Manche Symptome im Verlauf von hysterischen Zuständen sind auf Funktionsstörungen im Diencephalon zurückzuführen. Gleichgewichtsstörungen in den vegetativen und endokrinen Systemen stellen bei Affektlabilen einen Circulus vitiosus dar, der zu einer Dissoziation in der psychischen Gesamthaltung führen kann. Verf. beschreibt einen Fall von sog. hysterischer Paraplegie, Stummheit und Taubheit, der in 2 Wochen durch strenge Isolierung geheilt wurde. Auf dem Höhepunkt der nervösen Störungen bestanden: Anisokorie, Mydriasis, fehlende Schmerzreflexe der Pupillen, Pulsarrhythmie und andere vegetative Symptome, welche im Zeitpunkt des Schwindens der hysterischen Störungen nicht mehr nachweisbar waren. Verf. bemängelt, daß man in solchen Fällen von Flucht in die Krankheit, vom Willen zur Krankheit spreche oder Psychoanalyse betreibe, statt eine gründliche neurologische Untersuchung vorzunehmen. Auch bezüglich der bedingten Reflexe, die sich vorwiegend innerhalb der vegetativen Systeme abspielen, betont Verf., daß die Leichtigkeit, mit der diese Reflexe bei Hysterischen zustande kommen, von biologischen (endokrinen und vegetativen) Vorgängen abhängt und daher auch eine Untersuchung mit biologischen Methoden am Platze ist.

*Rosenfeld* (Berlin).

**Hartenberg, P.: La nouvelle hystérie.** (Die neue Hysterie.) Presse méd. 1938 II, 1141—1142.

Bei einer Analyse der Hysterie der Salpetrière bemerkt man, daß sie eine künstliche Konstruktion war, indem Störungen folgender Art vereinigt wurden: 1. Zeichen organischer Erkrankung, die durch diagnostischen Irrtum als Neuropathien betrachtet waren; 2. emotionelle Reaktionen; 3. Störungen, entstanden durch Suggestion oder Autosuggestion, d. h. geschaffen durch die Einbildungskraft der Persönlichkeiten; 4. vorgetäuschte Krankheitserscheinungen (Simulation und Betrug). Es wäre falsch, diese so verschiedenartigen Darbietungen unter eine nosologische Einheit zu pressen. Babinski hat von der klassischen Hysterie die rein durch Suggestion entstandenen Störungen losgelöst. Aber dieser Forscher hat sich getäuscht, wenn er als Grundlage für sie einen speziellen psychischen Zustand vom Gepräge der Krankheitseinheit annahm. Diese Krankheitseinheit gibt es nicht. Die Suggestibilität ist eine normale Eigenschaft des menschlichen Geistes. Ohne Zweifel könnte man an sich annehmen, daß den Hysterischen eine Hypersuggestibilität zu eigen sei, infolge einer ungenügend nivellierten Einbildungskraft, wie man sie bei sogenannten kleinen Leuten und bei Frauen und Kindern findet. Aber diese gesteigerte Suggestibilität ist ein Erbteil eines großen Teiles der Menschheit, sie ist nur eine geistige Disposition und nicht das Stigma einer bestimmten Krankheit. Kurz gesagt kann also weder die sogenannte Hysterie Charcots, noch der Pithiatismus Babinskis, der durch Reaktionen gekennzeichnet ist, die den bewußten Vorstellungen und dem bewußten Willen zugänglich sind, als Krankheitseinheit anerkannt werden. Die pithiatischen Krankheitskundgebungen sind neuropathische Symptome, hervorgerufen durch die Einbildungskraft emotionaler Persönlichkeiten unter dem Einfluß von Gelegenheitsursachen. An dem Tage, an dem man diese Wahrheit erkennt, wird das Problem der Hysterie gelöst sein. *Heimr. Többen.*

**Liddell, H. S.: The experimental neurosis and the problem of mental disorder.** (Experimentelle Neurose und das Problem der geistigen Störung.) (*Dep. of Physiol., Cornell Univ. Med. Coll., Ithaca.*) (93. ann. meet. of the Americ. Psychiatr. Assoc., Pittsburgh, 10.—14. V. 1937.) Amer. J. Psychiatry 94, 1035—1043 (1938).

Im Verlaufe von Versuchsreihen an Schafen zeigten mehrere Tiere ein von den übrigen abweichendes Verhalten in Gestalt einer allgemeingesteigerten Erregbarkeit und Unruhe zwischen den Versuchen, erhöhter Atem- und Pulsfrequenz und nervöser Reizbarkeit während derselben; Erscheinungen, die noch nach Jahren der Ruhe bei gleichen Bedingungen wiederkehren und die Verf. als experimentelle Neurose im Sinne Pavlovs deutet. Die Ursache wird angenommen in einer Abänderung gewohnter Verhältnisse, die ähnlich menschlicher Konfliktsituationen eine über die Fähigkeiten des Individuums hinausgehende Entscheidung fordern. Bei einem Schweine, das durch Änderung des gewohnten Fütterungsablaufes vor eine solche Entscheidung fordernde Situation gestellt wurde, ließen sich die neurotischen Symptome experimentell hervorrufen. Man kann erwarten, auf dem Wege weiterer experimenteller Studien an Tieren Aufschlüsse über manche Form der geistigen Störung beim Menschen zu gewinnen. Im anschließenden Diskussionsbericht nimmt French (Chicago) Stellung zu den Pavlovschen Anschauungen und Methoden vom Standpunkte des Klinikers aus und betont die bessere Verwertbarkeit der Liddellschen Versuche in bezug auf Analogien zum Menschen wegen seiner Berücksichtigung nicht nur der Verhältnisse eines einzelnen bedingten Reflexes, sondern der Gesamtpsyche der Versuchstiere.

*v. Notz-Schwarz (Homburg-Saar).*

**Kral, Adalbert: Zur Frage der Abgrenzung der Neurosen von den organischen Erkrankungen des Zentralnervensystems.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Dtsch. Univ. Prag.*) Dtsch. Arzt tschechoslow. Republ. 1, 170—174 (1938).

Es wird in der Abhandlung auf die immer noch bestehenden Schwierigkeiten in der Differentialdiagnose hingewiesen, ob krankhafte neurologische und psychische Syndrome organisch oder neurotisch bedingt sind. Verf. vertritt sehr mit Recht die

Auffassung, daß das Vorhandensein bzw. das Fehlen eines anatomischen Substrates die Frage, ob organisch oder neurotisch nicht entscheiden kann, denn es gibt materielle, physikalisch-chemische Veränderungen, und gerade auch flüchtiger Natur, die wir heute noch nicht nachweisen können. Der ätiologische Gesichtspunkt als Unterscheidungsmerkmal muß entscheidend sein. Verf. empfiehlt die Einteilung zwischen funktionalen, organischen Erkrankungen und neurotischen, welche seelischer Herkunft sind. Bei der Beurteilung solcher Fälle stehen 2 Wege zur Verfügung: der symptomatologische und der ätiologische. Die symptomatologische Erfassung allein kann die Diagnose nicht in jedem Falle sichern; denn es kommen bei den schwersten organischen Erkrankungen, z. B. bei Stirnhirnerkrankungen, Syndrome vor, welche neurotischen und psychogenen Reaktionen (wenigstens zeitweise. Ref.) gleichen können. Andererseits ist die Diagnose einer psychogenen Störung nur dann gesichert, wenn die seelische Verursachung auch wirklich nachgewiesen ist. Hier ist zu berücksichtigen, daß die psychogene Reaktion zu dem auslösenden Erlebnis nicht nur in einem kausalen Zusammenhang steht, sondern auch in ihren Symptomen eine inhaltliche Beziehung erkennen läßt. Verf. berichtet zum Schluß über eine 22jährige Frau, bei der sich ein hysterischer Puerilismus im Anschluß an den Tod eines Kindes entwickelt hatte. Die psychogene Entstehung erschien sichergestellt. Die neurologische Untersuchung ergab aber das Bestehen einer Encephalomyelitis. Also selbst in Fällen, in denen der Nachweis psychologischer Zusammenhänge erbracht erscheint, dürfte Vorsicht am Platze sein, damit die organische Grundlage nicht übersehen wird. *Rosenfeld (Berlin).*°°

**Curran, Frank J.: Personality studies in alcoholic women.** (Persönlichkeitsstudien bei Alkoholistinnen.) (*Psychiatric Div., Bellevue Hosp., New York.*) *J. nerv. Dis.* 86, 645—667 (1937).

Die Zahl der Alkoholistinnen in New York ist ziemlich groß. Während des Jahres 1930 wurden in die psychiatrische Abteilung des Bellevue-Hospitals 1432 Frauen wegen Alkoholismus aufgenommen, von denen 160 psychotisch waren. Zwischen 1931 und 1935 schwankte die Zahl der Alkoholistinnen zwischen 1212 und 1370, 1935 wurden sogar 1633 Frauen wegen Alkoholismus aufgenommen, gegenüber 7506 Alkoholikern im gleichen Jahr. Der Prozentsatz an Alkoholpsychosen unter den Alkoholikerinnen schwankte zwischen 5 und 28% in den verschiedenen Jahren. Meistens handelte es sich um akute Alkoholhalluzinosen und Delirium tremens. Unter den Deliranten litt die Mehrzahl nur an vorübergehenden deliranten Reaktionen. — Als Grundlage für die Arbeit wurden hauptsächlich akute Halluzinosen herausgesucht (27), außerdem ein Korsakow, 6 delirante Reaktionen und 16 nichtpsychotische Alkoholikerinnen. 5 Analysen werden näher mitgeteilt. Es wird dabei nach der Persönlichkeitsstruktur, den Erlebnisgehalten gefahndet. Die Halluzinationen hatten hauptsächlich heterosexuelle Beschuldigungen zum Inhalt; wie Verf. annimmt im Gegensatz zu Alkoholikern, bei denen homosexuelle Beschuldigungen eine stärkere Rolle spielen sollen. Das Zerstückelungsmotiv trat ebenfalls hervor. Die Deutung zeigt im übrigen psychoanalytische Ausrichtung. Der Verf. betont, daß er ausgesprochen schwere Fälle zum Ausgang nahm. Über die Art der den Alkoholikerinnen zugrunde liegenden Psychothiefenform läßt die Analyse, die sich im wesentlichen auf (beschönigende) Selbstschilderungen der Patienten stützt, keine Schlüsse zu. Der russischen Herkunft nach herrschten Irinnen und Negerinnen vor. Nur eine Jüdin (Schauspielerin) war in dem Material. 23 der 50 Frauen waren kinderlos. Im Durchschnitt hatten sie 1,26 Kinder. In 25 Fällen war mäßiges bis starkes Trinken des Vaters bekannt geworden, nur in 2 Fällen trank die Mutter stark. Sexuelle Perversionen spielten praktisch keine Rolle, doch gaben 16 an, von jeher frigide gewesen zu sein. *Panse (Bonn).*°°

**Binder, Hans: Psychiatrische Untersuchungen über die Folgen der operativen Sterilisierung der Frau durch partielle Tubenresektion.** (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Poliklin., Basel.*) *Schweiz. Arch. Neur.* 40, 1—49 (1937), 249—276 (1938).

Die eingehende seelenärztliche Nachuntersuchung von 293 Frauen, die mit ihrem

Einverständnis aus medizinischen (128 Fälle), eugenischen (22 Fälle, Schwachsinnige und schwere asoziale Psychopathinnen haltloser, hysterisch-pseudologischer oder gemütskalter, moralisch defekter Art betreffend) oder „sozialen“ (143 Fälle) Gründen in den Jahren 1926—1933 im Basler Frauenspital durch partielle Tubenresektion unfruchtbar gemacht worden waren, ließ den Verf. erkennen, daß das „weit verbreitete Dogma“ von der Unschädlichkeit der operativen Sterilisation falsch sei. Der Eingriff hat in den allermeisten Fällen sowohl Vorteile wie Nachteile zur Folge. Beträchtliche Nachteile traten in 40% der Fälle auf; sie waren aber nur bei 10% so schwer, daß sie nicht von anderweitigen, größeren Vorteilen überwogen wurden. Neben dem eugenischen Nutzen kann der Eingriff nach der Erfahrung des Verf. folgende persönlichen Vorteile zeitigen: Schonung körperlicher Leiden und Abwendung körperlicher Gefahren, Behebung neurasthenischer Erschöpfungszustände, Verschwinden der Angst vor weiteren Schwängerungen. Das letztere Moment, das bei mindestens drei Viertel aller Sterilisationen sehr erleichternd wirkte, hat bei 8% des Basler Krankengutes eine Heilung von ausgeprägten Neurosen herbeigeführt, die durch die Schwängerungsangst und die dadurch erzeugten Sexualstörungen und Ehezerüttungen entstanden waren. Durch die Behebung von neurasthenischer Erschöpfung, hauptsächlich aber durch das Verschwinden der Schwängerungsangst wurde die Sexualität in 30%, die Menstruation in 6% der Fälle günstig beeinflußt. In sozialer Hinsicht kann die Sterilisation zu vorteilhaften Veränderungen im ehelichen und familiären Gemeinschaftsleben (recht häufig besserer Zusammenhalt, vereinzelt auch Verschwinden von Eifersucht bei Mann und Frau, Aufhören der Untreue des Mannes) führen. Die Nachteile der Operation waren nie organischer Natur, sondern beruhten stets auf ungünstigen psychogenen Entwicklungen, deren Gestaltung entweder durch das Leiden unter unbefriedigter Mütterlichkeit (23%) oder unter gestörter körperlicher Integrität (14%) oder unter moralisch-religiösen Schuldgefühlen (3%) vorwiegend bestimmt war. Durch diese psychischen Veränderungen wurde die Sexualität in 20% der Fälle, die Menstruation in 9% ungünstig beeinflußt. Ferner erzeugten die nachteiligen seelischen Entwicklungen ausgesprochene Minderwertigkeitsgefühle, die entweder das eheliche Verhältnis tiefgehend beeinträchtigten oder eine paranoide Verarbeitung und verschiedenartige Überkompensationen (Machtkämpfe, „männlicher Protest“, hysterische Haltungen) bewirkten. In knapp der Hälfte der Fälle nahmen die ungünstigen psychogenen Entwicklungen neurotischen Charakter an, d. h. sie führten zur Abspaltung von Konflikten. Bei diesen „Sterilisationsneurosen“ spielte infantiles Material gegenüber dem aktuellen, sich an die Sterilisation anschließenden Zwiespalt eine sehr untergeordnete Rolle; symptomatologisch fanden sich alle bekannten Neuroseformen (mit Ausnahme der Zwangsneurose). In sozialer Hinsicht zog die Sterilisation des öfteren Unstimmigkeiten im ehelichen und familiären Gemeinschaftsleben (übertriebenen Individualismus, Verwöhnung der Kinder, Eifersucht und Untreue bei Mann und Frau) nach sich. Ob der Möglichkeit einer Schädigung soll in der Praxis keineswegs grundsätzlich auf den Eingriff verzichtet werden, er muß aber auf jene Fälle beschränkt bleiben, in denen er aus medizinischen oder eugenischen Gründen wirklich geboten ist, weil die zu gewärtigenden Vorteile individueller oder überindividueller Natur die möglichen Nachteile überwiegen. Wegen der Einzelheiten in der Indikationsstellung, deren Wiedergabe sich für den deutschen Arzt mit Rücksicht auf die im Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses eindeutig festgelegte Ordnung der Dinge erübrigt, muß auf die Urschrift verwiesen werden. *v. Neureiter* (Berlin).

**Humbert, Elisabeth: Über Dissimulationen bei Erbkrankheiten.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Köln.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1938, 133—137, 144—147 u. 156—158.

Gestützt auf einige einschlägige Fälle zeigt Verf., daß in erster Linie Schizophrenien, und zwar vor allem paranoide Formen, dann aber auch Depressionen dissimuliert werden; bei der genuinen Epilepsie handelt es sich aus naheliegenden Gründen nur um zum Scheitern verurteilte Versuche. An Motiven kommen Besorgnisse für das eigene An-

sehen oder um die Stellung, Furcht vor Anstaltsaufnahme, evtl. auch (bei Depressiven) Selbstmordabsichten in Frage, vor allem aber auch das Bestreben, der Sterilisierung zu entgehen. Abschließend wird auch ein Fall von Verdeckung einer Homosexualität mitgeteilt. Die eventuelle Rolle der Angehörigen wird entsprechend berücksichtigt. Ref. möchte nur anmerken, daß es ihm eine Überdehnung des Begriffes Dissimulation zu sein scheint, wenn ein bei einem Debilen zu beobachtender eiserner Fleiß als Versuch, den bestehenden Schwachsinn zu „dissimulieren“, gedeutet wird; auch sollte eine scharfe Begriffsbestimmung nicht daran vorübergehen, daß es entscheidend weniger auf ein Tun, als auf ein Unterlassen ankommt. *Donalies* (Eberswalde).

**Leonhard, K.: Klinische und erbbiologische Stellung der involutiven und idiopathischen Angstdepression.** (*Städt. Nervenklin., Univ. Frankfurt a. M.*) (*3. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Neurol. u. Psychiater, München, Sitzg. v. 20.—22. IX. 1937.*) *Z. Neur.* **161**, 511—515 (1938).

Die involutive und die idiopathische Angstdepression unterscheiden sich von den echten manisch-depressiven Psychosen. Sie unterscheiden sich außerdem untereinander, wenn sie sich auch im Erbgang ersetzen können. Beiden Formen gemeinsam ist die Neigung zu protrahierten Phasen. Die idiopathischen Angstdepressionen, die an sich in jedem Lebensalter auftreten können, häufen sich in der Involution. Neben den idiopathischen und involutiven Angstdepressionen kann noch eine dritte Form, die „Rückbildungsdepression“, besonders abgegrenzt werden. Sie ist neben der Angst noch durch die schwere Hemmung mit größtenteils katatonem Gepräge gekennzeichnet.

*Grotjahn* (Chicago, Ill.).

**Brochado, Alberto: Ein in der Art seiner Ausführung ungewöhnlicher Selbstmordversuch durch Verschlucken von Fremdkörpern.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Oporto.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* **44**, 169—171 (1938).

42jährige Schizophrenie mit periodisch auftretenden traurigen Verstimmungen (mehrfache Selbstmordversuche) gibt an, sie hätte einen Bleistift und eine Zahnbürste verschluckt. Röntgenologisch wird diese Angabe bestätigt, die Fremdkörper werden operativ aus dem Magen entfernt. Merkwürdig ist die Wahl der Gegenstände bei Fehlen anderweitiger Mittel zum Selbstmord sowie die Tatsache, daß die Fremdkörper sich wahrscheinlich länger als 18 Monate im Magen befunden haben, ohne Funktionsstörungen hervorzurufen. Die Patientin hatte sogar noch vor der Operation 10 kg an Gewicht zugenommen.

*Manz* (Göttingen).

**Pollaek, Benjamin: A study of the problem of suicide.** (Ein Beitrag zum Problem des Selbstmordes.) *Psychiatr. Quart.* **12**, 306—330 (1938).

In den Staatlichen Krankenanstalten von Rochester, N. Y., untersuchte der Verf. aktenmäßig 51 Fälle von Selbstmord und Selbstmordversuchen aus dem Zeitraum von 1911—1938. In großem Ausmaße waren äußere Umstände, wie Milieuverpflanzung, der Anlaß zum Selbstmord, wenngleich auch erbliche Belastung und psychische Abwegigkeiten der lebensmüden Patienten eine große Rolle spielten. Die sogenannten „geistig gesunden Persönlichkeiten“ unterschieden sich in der Wahl der Todesart kaum von denen, die in einer Psychose ihrem Leben ein Ende setzten. Die Bedeutung der Konfessionszugehörigkeit der Selbstmörder, die der Verf. hervorhebt, kann nach Ansicht des Referenten nur sehr relativ gewertet werden. Hinsichtlich der Beteiligung der Geschlechter am Selbstmord und Selbstmordversuch überwog die Zahl der Männer die der Frauen. Von Frauen wurden im allgemeinen mißglückte Selbstmordversuche nicht wiederholt, während die Männer sich bei der Verwirklichung ihrer Todesabsichten hartnäckiger erwiesen. Über den Personenstand der Beteiligten ließ sich nicht in allen Fällen Genaueres ermitteln; jedoch waren die Verheirateten in der Überzahl. Beachtenswert ist die Tatsache, daß 50% der Selbstmörder schizophoren waren. Weit geringer dagegen war der Anteil der an manisch-depressivem Irresein oder an Melancholie leidenden Patienten der Krankenanstalt. Bei dem relativ kleinen Material

sollte man die Bedeutung des Überwiegens des Anteils der Schizophrenen gegenüber den Thymopathen nach Ansicht des Referenten mit großer Zurückhaltung werten.

*Heine Többen* (Münster i. W.).

**Geyer, Horst: Die angeborenen und früh erworbenen Schwachsinnszustände.** (*Abt. Rassenhyg., Kaiser Wilhelm-Inst. f. Anthropol., Berlin-Dahlem.*) Fortschr. Neur. 10, 289—323 (1938).

Zunächst gibt Geyer eine Übersicht über die zusammenfassenden Darstellungen auf dem Gebiete der Schwachsinnsforschung (insbesondere Bumke, Weygandt, Dubitscher). Ferner finden hier die Untersuchungen von Stemplinger, Nevinny und Brander Berücksichtigung. In sorgfältiger Auswahl ist dann eine Übersicht über die Einzeldarstellungen gegeben, die sich mit der Definition des Begriffs Schwachsinn, dem körperlichen Korrelat der Intelligenz, der Bedeutung der Gemütsfaktoren und namentlich den Zusammenhängen zwischen Frühgeburt, Zwillingsg Geburt, intranataler Schädigung, Erblichkeit und Begleitsymptomatik einerseits und der Schwachsinnsätiologie andererseits befassen. Eine große Anzahl von Arbeiten befassen sich in Einzeluntersuchungen mit der allgemeinen Diagnostik und der Therapie. In einem dritten Abschnitt sind die neueren Arbeiten über anatomische und klinische Sonderformen des Schwachsinns — angeborene Mißbildungen des Gehirns, cerebrale Kinderlähmungen, amaurotische Idiotie und verwandte Krankheitsbilder, tuberosöse Sklerose, mongoloide Idiotie und Schwachsinnsformen mit endokrinen Leitsymptomen — mitgeteilt. Weiterhin sind eine Reihe von Arbeiten erschienen, die sonstige Symptomenkomplexe mit gleichzeitigen Schwachsinnszuständen behandeln. Mit Untersuchungen über die Verteilung des Schwachsinns auf die Gesamtbevölkerung haben sich im wesentlichen die gleichen Untersucher befaßt, die sich früher schon mit diesem Gebiet beschäftigt haben (Juda, Brugger, Rosorius, Hartnacke, Lohoff, Gottschick u. a.). Jedenfalls läßt sich im ganzen eine Entwicklung erkennen, die gekennzeichnet ist durch das immer mehr ins Einzelne gehende Herausarbeiten abgrenzbarer Typen im Rahmen des „Schwachsinns“ und durch eine Vertiefung der Kenntnisse von Ätiologie, Symptomatologie und pathologischer Anatomie der verschiedensten Schwachsinnszustände.

*Dubitscher* (Berlin).

**Möllmann, Margot: Tagträumerei oder Wahnanknüpfung? Zur Frage der Reichweite des Psychogenen.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Berlin.*) Mschr. Psychiatr. 98, 1—20 (1938).

Mitteilung der Krankengeschichte eines 24-jährigen Mädchens, bei dem es zur Entwicklung einer Reihe von Wahnideen kommt, zu deren Realität sie selbst ständig wechselnd Stellung nimmt. Die Auffälligkeiten werden als wachträumerische Erlebnisse angesehen auf der Grundlage einer Entwicklungskrise und als Ausdruck augenfälliger Wunscherfüllungstendenzen. Das Zustandsbild wird — nach sorgfältiger Abwägung der Grenzziehung zu beginnenden schizophrenen Prozeßpsychosen — den psychogenen Reaktionen zugerechnet, und zwar nach der Unterscheidung von Zutt dem Typ der „sensitiven Naturen, die zu mehr oder weniger ausgesprochenen psychogenen Reaktionen neigen.“ Außerdem wird für die Frage nach der Genese des Wachträumens noch darauf verwiesen, daß die Patientin ihrem Wahrnehmungstyp nach den Eidetikern zuzurechnen ist. Im ganzen wird das Krankheitsbild in die Degenerationspsychosen eingereiht, wobei allerdings zu bedenken bleibt, daß eine definitive Entscheidung erst nach Kenntnis der weiteren Persönlichkeitsentwicklung (Freibleiben von schizophrenen Defektsymptomen) möglich sein wird.

*H. Boeters* (Breslau).

**Rostan, Alberto: Sulla psicosi allucinatoria cronica.** (Über die chronische halluzinatorische Psychose.) (*Osp. Psychiatr. Prov., Milano.*) Neopsichiatri. 3, 547—581 (1937).

Es werden einige Fälle chronischer Halluzinosen beschrieben, die nach Ansicht des Verf. nicht zur Schizophreniegruppe gerechnet werden dürfen wegen Vorwiegens von Illusionen und wegen ihres Mangels an Verwirrtheit und an intellektueller



Abschwächung. Verf. glaubt derartige Fälle zu den Paraphrenien (halluzinatorische Paraphrenie von Halberstadt) bzw. zu den Halluzinosen von Kleist) rechnen zu müssen. Voraus geht eine Erörterung des Problems der Entstehung von Halluzinationen und eine Heranziehung des anatomischen Befunds der pedunkulären Halluzinosen von Lhermitte und van Bogaert. *Liguori-Hohenauer* (Illenau).

**Lang, Jonathan: The other side of hallucinations.** (Die andere Seite der Halluzinationen.) Amer. J. Psychiatry **94**, 1089—1097 (1938).

Der Autor (Pseudonym) ist ein intelligenter und gebildeter 30jähriger Schizophrener, der mit 23 Jahren plötzlich erkrankte, paranoide und katatone Erscheinungen zeigte, und nunmehr auf Veranlassung von Rosanoff seine halluzinatorischen Erlebnisse schildert.

Als erste Kategorie beschreibt er Gehörshalluzinationen. Eine Stimme, die er dicht über seinem Ohr vernimmt, spricht in klar verständlichen Worten, monoton, unter ständiger Wiederholung einer oder zweier Äußerungen. Sie gibt an, von Gott zu kommen. Diese Erscheinungen werden als „einfache“ G.H. bezeichnet. Eine zweite Gruppe von G.H. bestand in einzelnen Worten, die wiederholt wurden, sich bisweilen auch zu kurzen Sätzen erweiterten und synchron mit einem Ton kamen, mit dem sie auch den gleichen Ursprung zu haben schienen. Sie werden als „unbeseelt“ empfunden. Bei der dritten Art von G.H. hört der Kranke Personen, die sich bei ihm befinden, mit der ihnen eigenen Stimme sprechen, was zu Mißverständnissen Anlaß gibt (G.H. mit „menschlicher Beziehung“). Das Gedankenlautwerden wird als pseudoakustische Pseudohalluzination bezeichnet. Es wechselt seinen Charakter, wenn nämlich der Kranke äußere Eindrücke in sich aufnimmt, sprechen die Gedanken darüber, kommentieren sie gewissermaßen. Wenn sein Ich introvertiert ist, wird das Gedankenlautwerden zu einer Zwiesprache zwischen dem Ich und einer anderen Person. Die verhältnismäßig seltenen optischen H. teilt der Kranke in unbewegliche Erscheinungen und bewegliche Objekte. Die erstgenannten sind häufiger, sehr variabel, Lichterscheinungen, Auftauchen von Worten und Symbolen: hierzu gehört auch der Ersatz wirklich Gesehenen durch Sinnestäuschungen, z. B. verschwindet bei Lesen eines Buchs die Zeile und es erscheint dafür ein halluzinatorischer Text. Patient hatte nur einmal eine o. H. mit bewegtem Objekt, ohne daß damit andere Sinnestäuschungen verbunden waren. Selten sind auch kombinierte a. und o. H., wenn beispielsweise der Kranke eine nicht vorhandene Person auf der Straße gehen sieht und ihren Schritt hört. Nächst den a. H. hat Patient am häufigsten Schmerz-H. Sie sind in der Wahrnehmung von richtigen Schmerzen nicht zu unterscheiden, das ist nur durch das Fehlen einer äußeren Ursache möglich. Sie lokalisieren sich in diesem oder jenem Körperteil, wechseln im Lauf des Tages sehr. Sie kommen besonders dann, wenn durch das Gedankenlautwerden Zweifel an der göttlichen Herkunft der Stimmen auftauchen, und werden somit als Strafe gedeutet. Ebenfalls als Faktor des Komplexes des Gedankenlautwerdens werden Druck- und Vibrationsempfindungen an verschiedenen Teilen des Kopfs erklärt. Die gelegentlich aufgetauchten Geruchs-H. kommen scheinbar von einem außerhalb der Nase befindlichen Objekt und stehen in Beziehung zum Gedankenlautwerden. Einmal hatte der Kranke eine kinästhetische H., als er in suicidalen Absicht zum Wasser ging, das Gefühl hatte, vom Ufer herabzufallen und sich dem Wasser zu nähern, in Wirklichkeit aber noch am Ufer stand.

Rosanoff betont, daß es bei einer derartigen Beschreibung unmöglich ist, subjektive Faktoren auszuschließen. *Meumann* (Meseritz-Obrawalde).

**Weiss, Karl: Forensische Beurteilung des Querulantenwahns.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Jena.*) Jena: Diss. 1937. 47 S.

Es werden Geschichte, Theorien, Diagnose des Querulantenwahns, ferner die Maßnahmen zur Heilung und Sicherung des Querulanten sowie zum Schutz der Öffentlichkeit besprochen, auch wird auf die rechtliche und erbgesundheitliche Stellung des Querulanten eingegangen. 4 eigene Fälle von Querulantenwahn werden mitgeteilt und erläutert. Das Schrifttumsverzeichnis ist ausführlich. *Drope* (Berlin).

**Esser, P. H.: Die epileptiformen Anfälle der Schizophrenen und die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten im Grenzgebiet von Epilepsie und Schizophrenie.** (*Psychiatr. Anst., „Dennenoord“, Zuidlaren u. „Vogelenzang“, Bennebroek, Holland.*) Z. Neur. **162**, 1—24 (1938).

Verf. gibt zunächst einen Überblick über die zahlreichen Mitteilungen älteren und jüngeren Datums bezüglich des Vorkommens von epileptischen Anfällen im Verlauf der Schizophrenie. In dem Krankenmaterial zweier Anstalten fand Verf. unter 202 männlichen und 152 weiblichen Schizophrenen 15 Fälle; in denen Anfälle notiert waren,

unter 93 männlichen und 85 weiblichen Kranken 3 Fälle mit Anfällen. 11 Krankengeschichten werden mitgeteilt. Es wird vornehmlich den Fällen Beachtung geschenkt, in denen die epileptischen Anfälle erst im weiteren Verlauf einer sicheren schizophrenen Erkrankung auftreten (und nicht im akuten Stadium). Es zeigte sich, daß echte epileptische Insulte bei Defektschizophrenen selten sind, daß sie bei chronisch kataton-erregten Kranken aber vorkommen, und zwar im Anschluß an akute Erregungen. Die Anfälle pflegen typisch epileptisch zu sein; es kommen auch Bewußtseinsverluste ohne Krämpfe vor. Von besonderen cerebralen Symptomen wird nur das Erbrechen erwähnt. Verf. vermutet, daß ein vorübergehend gesteigerter Hirndruck die Ursache sein könnte, und erblickt in den Anfällen „eine schützende psychomotorische Entladung“. Besserungen in der psychischen Gesamthaltung nach den Anfällen konnten nicht beobachtet werden. Die mitgeteilten Fälle sind nur zum Teil bezüglich der Diagnosen sichergestellt; bei einigen ganz chronischen Defektschizophrenen traten die epileptischen Insulte erst zwischen dem 60. und 70. Jahr auf.

*Rosenfeld* (Berlin).

**Leonhard, K.: Chronische Wahnbildung eines Epileptikers aus ekstatischer Religiosität heraus.** (*Heilanst., Gabersee i. Oberbayern u. Städt. Nervenklin. u. Univ., Frankfurt a. M.*) *Allg. Z. Psychiatr.* **107**, 233—245 (1938).

Ein chronisch psychotischer Epileptiker wird beschrieben, der seit einer Reihe von Jahren einen Arzt als Gott anspricht und jedesmal, wenn er ihn sieht, freudiges Entzücken zeigt. Sich selbst hält er für einen Sohn Christi, der in Nazareth bei seinem Vater aufgewachsen sei. Später bezieht er auch andere Ärzte in seine Wahnbildung ein. Epileptische Wesensveränderung ist deutlich, dagegen fehlt Demenz. Verf. vertritt die Meinung, daß das sonst bei Epileptikern vorhandene Überschwengliche und Pathetische in der Affektivität als Ausdruck epileptischer Wesensveränderung bei dem mitgeteilten Fall ins Ekstatische gesteigert ist, und daß aus diesem Boden die wahnhaften Ideen herauswachsen. Für eine Kombination mit Schizophrenie besteht bei der aufgeschlossenen Art des Kranken und bei dem Fehlen anderer schizophrener Symptome sicherlich kein Anhalt; erbliche Belastung mit Schizophrenie ist unbekannt, der Körperbau wird als kräftig beschrieben. Auch ein einfacher Residuärwahn nach epileptischem Dämmerzustand ist nicht anzunehmen, da die Wahnbildung im Laufe der Jahre sogar noch fortschreitet. Vielmehr handelt es sich um eine echte epileptische Psychose, die sich organisch aus der epileptischen Wesens- und vor allem Affektveränderung ableiten läßt. — Weitere Veröffentlichungen über gleich- oder andersgeartete chronisch psychotische Epileptiker, die sich zweifellos da und dort in Anstalten finden, sind wünschenswert.

*E. Illing* (Potsdam).

**Schulte, Walter: Symptomatische Epilepsien bei endokrinen Störungen.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Jena.*) *Med. Welt* **1938**, 522—525.

Verf. teilt eine Anzahl von Fällen mit, bei denen es im Verlauf von hormonalen Störungen zu epileptischen Anfällen gekommen ist. In einem Falle traten tetanische und epileptische Krämpfe bei einer 42jährigen Frau nach Strumektomie auf; in einem anderen Falle nach einer Myomoperation. Zwei andere Kranke zeigten die Symptome einer Akromegalie und einer Dystrophia-adiposo-genitalis. Verf. schließt mit Recht, daß man eine bestimmte Blutdrüse nicht für das Auftreten der Krampferscheinungen verantwortlich machen kann. In den beiden Fällen, die mit Tetanie kombiniert waren, wurde die amtsärztlich beantragte Unfruchtbarmachung von den Gerichten abgelehnt. Auch bezüglich der genuinen Epilepsie hat man an hormonale Störungen als Ursache gedacht, und zwar deswegen, weil die Anfälle häufig im Zeitpunkt der Geschlechtsreife einsetzen, weil es einen menstruellen Typus der Anfälle gibt, weil in manchen Fällen die Krampfanfälle während der Gravidität ausbleiben oder erstmalig ausgelöst werden und weil Eunuchen vielfach an epileptischen Anfällen leiden. Das Vorliegen einer anlagebedingten epileptischen Reaktionsbereitschaft ist auch in solchen Fällen wahrscheinlich, aber oft nicht zwingend zu beweisen, so daß die Differentialdiagnose zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie äußerst schwierig sein kann.

*Rosenfeld.*°

**Steinau-Steinrück, J. von: Cardiazolversuch bei Epilepsieverdacht.** (*Elisabeth-Diakonissen- u. Krankenh., Berlin.*) (*3. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Neurol. u. Psychiater, München, Sitzg. v. 20.—22. IX. 1937.*) *Z. Neur.* **161**, 348—351 (1938).

Verf. verwertet den Cardiazolversuch, wobei er bemerkenswerterweise ganz lang-

sam (3 ccm in 3—4 Minuten) injiziert, vorsichtig und kritisch und stimmt der Ansicht von Janz und Roggenbau zu, daß dem durch Cardiazol verursachten Krampfanfall eine spezifische diagnostische Bedeutung nicht zukommt. Immerhin hat er in 19 Fällen, von denen 17 der Gutachterpraxis angehörten, doch differentialdiagnostische Schlüsse ziehen können. Einzelheiten der Kasuistik müssen im Original nachgelesen werden; nicht in allen Fällen wird man der Beweisführung des Verf. zustimmen können.

Hempel (Königsberg i. Pr.).

**Langelüddeke, Albrecht: Die Auslösung von epileptischen Krämpfen und ihre Bedeutung.** Sitzgsber. Ges. Naturwiss. Marburg 73, 1—12 (1938).

Wenn Epileptiker im allgemeinen eine niedrige Krampffreischwelle haben, dann muß sich das in der Menge Cardiazol ausdrücken, die nötig ist, um einen Krampf auszulösen. Verf. bestimmte deshalb bei 70 Epileptikern die Cardiazolkrampffreischwelle nach folgender Methode. Morgens nüchtern wurde regelmäßig Cardiazol in einer Menge von zunächst 2 ccm gespritzt. Wurde damit ein Krampf ausgelöst, erfolgte Dosenreduktion am folgenden oder den folgenden Tagen um je  $\frac{1}{2}$  ccm, bis kein Krampf mehr auftrat. Wurde mit 2 ccm kein Krampf ausgelöst, erfolgte Dosensteigerung um je 0,5 ccm bis zur Krampfauslösung. Die Dosis, mit der sich eben ein Krampf auslösen läßt, wird als Schwellendosis bezeichnet. Das Maximum der Anfallshäufigkeit bei Epileptikern liegt bei einer Schwellendosis von 2 ccm. Fast ein Drittel aller Epileptiker bekam mit dieser Dosis einen ausgesprochenen Krampf. — Für 53 Nichtepileptiker wurde das Verfahren insofern abgeändert, als von einer Dosensteigerung Abstand genommen wurde, wenn bei 3 ccm kein Krampf auftrat. Dosen von 1,5 bzw. 2 ccm Cardiazol vermochten bei Nichtepileptikern nur ausnahmsweise (5 Fälle) Krämpfe hervorzurufen; bei weitem die größte Zahl reagierte erst auf Gaben von mehr als 3 ccm. Man kann nach Verf. sagen, daß die Cardiazolkrampffschwelle bei Epileptikern im allgemeinen tiefer liegt als bei nicht organischen nervösen und geistigen Erkrankungen. Da die Häufigkeitskurven der Epileptiker und der Nichtepileptiker sich überschneiden, so ist der Cardiazolversuch für die Epilepsiediagnose nur mit aller Vorsicht verwertbar, und zwar nur dann, wenn andere Symptome die Diagnose Epilepsie nahelegen. Das Versagen des Cardiazolversuches mit Dosen bis zu 3 ccm spricht nicht gegen Epilepsie. — Die Frage, ob die Cardiazolkrämpfe wirklich den spontan auftretenden Krämpfen gleichen, ist nicht völlig geklärt. Es sind Cardiazolkrämpfe beobachtet, die anders verliefen als die Spontankrämpfe. Verf. hat seinen Standpunkt dahin festgelegt, daß ein Cardiazolkrampf mit lokalem Gepräge Anzeichen für eine symptomatische Epilepsie biete. Ein generalisierter Krampf läßt sich indes nicht gegen die Annahme einer symptomatischen Epilepsie verwenden. Mit Hinweisen auf das Verhalten der Pupillen beim Cardiazolanfall und der Wirkung von Luminal und Belladonal auf die Krampfbereitschaft wie mit Bemerkungen über den Wasserstoßversuch schließt die Arbeit.

v. Braunmühl (Egfling-Haar).

**Zanger, Heinrich: Das sogenannte freie Intervall (früher das lucide Intervall), dessen rechtlich-medizinische Bedeutung. Eine Betrachtung über die so verschiedenen Rechtsfolgen.** Schweiz. med. Wschr. 1938 II, 875—877.

Das „freie Intervall“ ist besonders charakteristisch für die Blutungsbildung bei Verletzung der Meningea media. Es kommt auch bei Vergiftungszuständen verschiedenster Art vor. An die Möglichkeit des freien Intervalls muß öfters gedacht werden, und zwar besonders dann, wenn Blutspuren entdeckt werden können, die darauf hinweisen, daß der Verletzte noch eine Strecke gelaufen ist. Einige typische Fälle dieser Art werden beschrieben.

Leibbrand (Berlin).

**Schaltenbrand, Georg: Hirngeschwulstähnliche Erkrankungen, die keine Geschwülste sind.** (Neurol. Abt., Med. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.) (3. Jahresvers. d. Ges. Dtsch. Neurol. u. Psychiater, München, Sitzg. v. 20.—22. IX. 1937.) Z. Neur. 161, 162—166 (1938).

Unter dieser Überschrift behandelt der Verf. eine Anzahl von Krankheitsbildern,

die einen Tumor imitieren können, wie das chronische subdurale Hämatom, die hämorrhagische Pachymeningitis, Lues cerebri, Aquaeductstenose, traumatische Arachnoiditis und Hirnabszesse. Ausführlicher werden dargestellt: die retrobulbäre Neuritis, die Stauungspapillen täuschend ähnlich sehen kann — Folgezustände einer diffusen Encephalomyelitis mit Neigung zu Hirnschwellung — Turmschädelkranke mit ihrer besonderen Empfindlichkeit gegenüber Infektion und Hirntrauma; ferner die arteriosklerotischen Gefäßprozesse, das Biedlsche Syndrom und die Steward Morellsche Krankheit, die wie die Enostose zu Hirndruck führen kann. *Ostertag* (Berlin).<sup>o</sup>

**Case, Theodore J.: Electroencephalography in the diagnosis and localization of intracranial conditions.** (Die Bedeutung der Elektroencephalographie für die Diagnose und die Lokalisation intrakranieller Störungen.) (*Div. of Neurol. a. Neurosurg., Univ. of Chicago Clin., Chicago.*) *J. nerv. Dis.* 87, 598—602 (1938).

In verschiedenen Fällen von latenter Epilepsie oder bei Kindern, die häufig Petit mal-Anfälle aufweisen, kann im Elektroencephalogramm, aufgenommen bei geschlossenen Augen der Kranken, das Auftreten von Potentialschwankungen mit großen Amplituden im niedrigen Frequenzrhythmus der im großen, epileptischen Anfälle beobachteten Frequenzen festgestellt werden, z. B. das Auftreten von großen Wellen in einer Frequenz von 3 in der Sekunde. — In 1 Falle von Osteom des rechten Frontalsinus mit arachnoidischen Reaktionen im Gebiete des rechten Frontalhirns finden sich außer sehr langsamen (0,5 Sekunden) Potentialschwankungen, bei der Ableitung vom rechten Frontalhirn, hin und wieder Potentialschwankungen vom Charakter derjenigen, die bei Epilepsie vorkommen, trotzdem klinisch nie epileptische Anfälle aufgetreten sind. *Walther* (Genf).<sup>o</sup>

**Smith, Franklin O.: An experimental study of the reaction time of the cerebral hemispheres in relation to handedness and eyedness.** (Eine experimentelle Studie der Reaktionszeit der Hirnhemisphären in bezug zur Händigkeit und Äugigkeit.) *J. of exper. Psychol.* 22, 75—83 (1938).

Verf. hat an einer Reihe von Vpn. bei fovealer, temporaler und nasaler optischer Reizung in zahlreichen Versuchen Reaktionsbestimmungen gemacht, indem die Vpn. mit der rechten oder linken Hand einen Schlüssel niederzudrücken hatten. Die Ergebnisse wurden statistisch ausgewertet. In bezug auf Hirnigkeit, Äugigkeit und Händigkeit müsse man zwischen „Dominanz“ und „Superiorität“ unterscheiden. Unter Dominanz ist die einfache Bevorzugung einer Hirnhemisphäre, einer Hand oder eines Auges zu verstehen. Unter Berücksichtigung dieser Auffassung der Dominanz werden unsere Bewegungen dominant von einer Hemisphäre beherrscht: bei Rechtshändern von der linken und bei Linkshändern von der rechten Hemisphäre. Der Gebrauch der rechten oder linken Hand, des rechten oder linken Auges ist demnach eine Sache der Bevorzugung. Superiorität bedeutet aber größere Wirksamkeit, d. h. kürzere Reaktionszeit einer Hemisphäre, einer Hand oder eines Auges. Bei Betrachtung des Mittels aller Untersuchungen ergab sich keine einheitliche Superiorität einer Hemisphäre und kein wesentlicher Unterschied zwischen der Reaktionszeit der beiden Hände. Beim Vergleiche der Reaktionen der Einzelindividuen wurden aber ziemlich individuelle Unterschiede betreffs der Hemisphären- und Hand-Superiorität festgestellt; es gab eine annähernd gleiche Verteilung zwischen der Superiorität der rechten und linken Hemisphäre ohne Rücksicht darauf, ob die Vpn. Rechts- oder Linkshänder waren. Die Hirnhemisphären sind also offenbar zusammen eine Einheit; die Superiorität der einen ist wahrscheinlich auf gewisse anatomische und Umweltfaktoren zurückzuführen, die die Variabilität bedingen. Mit Rücksicht auf die Reaktionszeit scheint die Äugigkeit definitiv in Korrelation mit der Händigkeit und Hirnigkeit zu stehen. *M. H. Fischer.*<sup>o</sup>

**Akelaitis, Andrew J.: Hereditary form of primary parenchymatous atrophy of the cerebellar cortex associated with mental deterioration.** (Hereditäre Form der primären, parenchymatösen Atrophie der Kleinhirnrinde und geistiger Abbau.) (*Dep. of Med., Univ. of Rochester School of Med. a. Dent. a. Med. Clin., Strong Mem. a. Rochester Municip.*

*Hosp., Rochester.*) (93. ann. meet. of the Americ. Psychiatr. Assoc., Pittsburgh, 10. to 14. V. 1937.) Amer. J. Psychiatry 94, 1115—1140 (1938).

Von einer Familie, die über 3 einander folgende Generationen verfolgt werden konnte, erkrankten 5 Mitglieder an ataktischen Erscheinungen und geistigen Störungen verschiedenen Ausmaßes. Das Erkrankungsalter lag zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre. Die Erkrankung verlief rasch fortschreitend und führte meist innerhalb von 2 Jahren zum Tode. Neurologische Auffälligkeiten traten meist zuerst in Erscheinung. Bei dem Großvater, Mutter und einem Sohn setzten ataktische Erscheinungen vor den seelischen Ausfallserscheinungen ein. Beim 2. Sohn traten vor dem Merklichwerden seelischer Störungen Sprachstörungen auf und erst in den letzten Lebensmonaten ataktische Störungen. Bei den beiden Brüdern der 3. Generation ergab der pathologisch-anatomische Befund eine Atrophie des Frontal- und Parietallappens und eine Degeneration der Purkinje-Zellen von zentrofugalem Typ bei erhaltener Korbfaserung innerhalb der phylogenetisch älteren Kleinhirnteile.

Fall 1: Beginn mit leichten Schwierigkeiten beim Sprechen und Schlucken im Alter von 40 Jahren. 1 Jahr später Diplopie. 6 Monate vor dem Tode (2 Jahre nach Beginn) Schwierigkeiten beim Gehen; 3 Monate vor dem Tod war Gehen ohne Hilfe nicht möglich; später unkoordinierte Bewegungen des rechten Armes; er wurde unordentlich, gelegentliche Verwirrheitszustände. Im Krankenhaus deutliche cerebellare Störungen; Exitus letalis nach Kraniotomie. Pathologisch-anatomisch: Groß- und Kleinhirn ohne erhebliche Atrophie. Histologisch: Diffuser Ganglienzellausfall in der 3. und 5. Schicht der Frontal- und schwächer der Parietalarinde. Elektiver Ausfall von Purkinje-Zellen mit Erhaltensein der Korbfasern, besonders im Oberwurm, Vinculum lingulae, Ala lobuli ventralis, Lobulus quadrangularis. Med. obl. und Rückenmark o. B., insbesondere keine Strangerkrankungen. Zellausfall und sklerotische Atrophie der Olivenzellen im mediodorsalen Bandteil. — Fall 2: Beginn mit einer agitierten Depression und Ungeschicktheit der Bewegungen im Alter von 50 Jahren. 6 Monate später Schwierigkeiten beim Sprechen und Essen. 4 Monate vor dem Tod (1 Jahr nach Beginn) setzten Symptome im Sinne eines organischen Abbaues ein, sowie ataktische Gangstörungen. Exitus letalis nach Pneumonie. Pathologisch-anatomisch: Erhebliche Atrophie der Vorder- und Scheitellappen. Histologischer Befund ähnlich Fall 1, nur stärker; die Purkinje-Zellveränderungen „etwas akuter“.

Verf. meint, daß seelische Veränderungen bei cerebellaren Erkrankungen häufiger sind als allgemein üblich angenommen wird. Die Befunde sprechen dafür, daß der Kleinhirnoberwurm eine wichtige Rolle für die Regulation der harmonischen Bewegungen der unteren Extremitäten darstellt. Allerdings war dieser Teil nicht der einziggestörte innerhalb des gesamten Zentralnervensystems. Im Senium werden nicht selten in den vorderen Anteilen des Kleinhirns Purkinje-Zellausfälle beobachtet ohne ataktische Störungen. Die Olivenveränderungen werden gegenüber denen im Kleinhirn als sekundär aufgefaßt. Die beschriebenen Fälle werden zu dem primären parenchymatösen, cerebellofugalem Typ der hereditären familiären cerebellaren Ataxie gerechnet, dem die cerebellopetalen olivo-ponto-cerebellaren Typen gegenübergestellt werden.

Aussprache: Meyer (Baltimore). — Rothschild (Foxborough) weist angesichts des frühzeitigen Alterns bei cerebralen Erkrankungen auf die Beziehungen solcher Fälle zur Pickschen und Alzheimerschen Erkrankung hin. *Jacob (Hamburg).*

### Kriminologie. Kriminalbiologie. Poenologie.

**Neureiter, Ferdinand v.:** Die Organisation des kriminalbiologischen Dienstes in Deutschland. Mitt. kriminalbiol. Ges. 5, 21—28 (1938).

Der Verf. gibt zunächst unter besonderer Hervorhebung der Verdienste Degens und VierNSTeins einen Überblick über die Entwicklung der Kriminalbiologie in Deutschland. Er betont, daß an allen Strafvollzugsanstalten, an denen ein Arzt hauptamtlich angestellt ist, kriminalbiologische Untersuchungsstellen eingerichtet sind. Alsdann erwähnt er die vorbildliche Tätigkeit der bayrischen kriminalbiologischen Sammelstelle, die erst im Zuchthaus in Straubing untergebracht war, aber seit dem 1. VII. 1930 als selbständige, justizeigene Abteilung im Gebäude der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München sich befindet. Aus dieser Sammelstelle sind zahlreiche und wegweisende wissenschaftliche Arbeiten hervorgegangen. Kurz streift Verf. auch ähn-