

ben oft mit einer Hast und einem Ungestüm ab, die feinste Späne am Schraubengewinde hinterlassen. Der einen Einbruch fingierende Betrüger dagegen wird die Schrauben mit Behutsamkeit aus Liebe für sein Eigentum entfernen. Man wird dann am Schraubengang keine Späne finden. — Auf dem Lande oder in einem alleinstehenden Hause wird er es für schlaun halten, eine Leiter aufzustellen, um den beabsichtigten Verdacht nach außen hin hervorzurufen. Aber da er sich ihrer in Wirklichkeit nicht bedient hat, werden die Pfosten nicht in den aufgeweichten Boden eindringen oder wenigstens wird das Eindringen nicht seinem Gewicht entsprechen. Dann muß noch festgestellt werden, ob der Kletterer bei der Stellung der Leiter die Scheibe zerbrechen und ob er seine Hand durch die Öffnung bringen konnte, um den Fensterriegel zu fassen. — Die Fingerabdrücke können hier von großer Bedeutung sein. Auch Flecken können dienlich sein. Bei einem übrigens glänzend in Szene gesetzten Scheineinbruch sah der Verf., wie der Betrüger, der sich beim Eindringen einer Scheibe die Hand verletzt hatte, mit dem blutbefleckten Daumen die Leiter ergriff, aber dabei vergaß, daß er Linkshänder war, und so Spuren hinterließ, die an sich eindrucksvoll wirken sollten, ihn aber tatsächlich ins Verderben stürzten. — Alle Mittel der Kriminalistik können ins Treffen kommen: Analyse von Staubteilchen, Abdrücke aller Art, Tabaksasche, Bestimmung von Blut oder Speichel eines Individuums. Hier sei noch die Bedeutung der Fußspuren hervorgehoben. Oft haben Ungeschickte vor einer Truhe, deren Aufbrechen Räubern zugeschoben werden sollte, die Spur ihrer Pantoffeln oder ihrer nackten Füße hinterlassen. Im Anschluß an diese Betrachtungen erzählt der Verf. zunächst von einem vorgetäuschten Einbruch bei einem Goldschmied und geht dann auf den Betrug bei Lebensversicherungen über. Er berichtet von einem Manne, der mit seinem Wagen in einem Fluß geraten und ertrunken sein sollte. Ehe aber der angebliche Tote gefunden worden war, konnte man feststellen, daß der Wagen mittels eines Hebels in den Fluß geschleudert worden war, ohne daß ein Mann am Steuerrad gesessen hatte. Endlich berührt der Verf. die Raubüberfälle. Wenn es sich um einen Betrug handelt, stimmen die Beschädigungen an Jacke, Weste und Wäsche nie genau überein, was sich ganz klar zeigt, wenn man die Kleidungsstücke einer Kleiderpuppe anlegt. Die vorgetäuschten Arbeits- und Jagdunfälle will der Verf. in einem späteren Aufsatz betrachten.

H. Többen (Münster i. W.).

**Holzer, F. J., und W. Laves: Über Morde mit Leuchtgas. (Der Strafprozeß Marik.)** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Innsbruck u. Graz.*) Beitr. gerichtl. Med. 14, 171—182 (1938).

Bei der Seltenheit, des Nachweises von Morden mit Leuchtgas, die mit Recht von den Verff. hervorgehoben wird, ist die ausführliche Mitteilung von 2 solchen Mordfällen wesentlich. Einzelheiten über das Beweisverfahren müssen in der Arbeit nachgelesen werden. Verff. schließen aus den beiden Fällen mit Recht, daß die Mitglieder der Totenschaubeammissionen sich nicht mit der Diagnose Selbstmord oder Unfall zufrieden geben dürfen und die Leichen nicht zur Bestattung freigeben sollen. Auch die Erhebungsbehörden (Kriminalpolizei) müssen mehr als bisher üblich bei der Aufklärung der Ursache der Leuchtgasausströmung die Möglichkeit fremden Verschuldens in Betracht ziehen. Es kann ein Unfall oder Selbstmord durch Leuchtgas leicht vorgetäuscht werden. Es muß also bei jedem Leuchtgastodesfall eine sanitätspolizeiliche oder gerichtliche Leichenöffnung mit Nachdruck beantragt werden. Nippe.

### Psychologie und Psychiatrie.

● **Kern, Berthold von: Die Grund- und Endprobleme der Erkenntnis.** Berlin: Julius Springer 1938. XVI, 78 S. RM. 3.60.

Die feinsinnigen Ausführungen, die hier zu einem Bande vereinigt sind, bewegen sich durchwegs auf erkenntnistheoretischem Gebiet und stellen in ihrer Gesamtheit eine nachprüfende Kritik von Kants Kritik der reinen Vernunft auf Grund der Ergebnisse der modernen Wissenschaft vor. Vor fast 20 Jahren geschrieben, sind sie erst

jetzt anlässlich des 90. Geburtstages des Verf. mit Unterstützung des Heeresanitätsinspektors Waldmann zum Dank für v. Kerns erfolgreiches Wirken als Militärarzt von Maria Joachimi-Dege herausgegeben worden. *v. Neureiter* (Berlin).

**Delgado, Honorio: Allgemeine Psychologie und Psychopathologie der instinktiven Triebe.** *Rev. Neuro-Psiquiatr.* **1**, 255—353 (1938) [Spanisch].

Großangelegte Arbeit, rein theoretisch, die besonders das deutsche Schrifttum bearbeitet. Sie bietet uns deshalb nichts Neues außer einigen Krankenbeschreibungen. *E. Frauchiger* (Langenthal).

**Boda, Stefan v.: Persönlichkeitsforschung und Typenforschung.** *Arch. f. Psychol.* **101**, 173—204 (1938).

Der Aufsatz wirbt für den Ersatz des Namens „Charakterologie“ durch den Ausdruck „Psychologische Persönlichkeitslehre“ bzw. „Persönlichkeitsforschung“. Der Problemkreis der theoretischen, vom inneren Kern des Individuums ausgehenden reinen Persönlichkeitsforschung, die ungefähr gleichbedeutend mit Lersch's „allgemeincharakterologischer“ Problematik ist, muß vom Problemkreis der speziellen Typenforschungen streng gesondert werden, die in ihrem wesentlichsten Grunde praktisch orientiert sind und von den individuellen Verschiedenheiten ausgehen. Die beiden Problemkreise sind miteinander in einen tieferen Einklang zu bringen. Im Anschluß an diese theoretischen Auseinandersetzungen wird der Versuch der Aufstellung einer Typologie unternommen, die die Verschiedenheiten des individuellen „Abreagierungscharakters“ zur Einteilung nimmt. *v. Neureiter* (Berlin).

**Abernethy, Ethel M.: Dimensions of „introversion — extroversion“.** (Dimensionen von „Introversion-Extroversion“.) (*Dep. of Psychol., Queens-Chicora Coll., Charlotte, North Carolina.*) *J. Psychol.* **6**, 217—223 (1938).

Zweck der vorliegenden Untersuchung ist es, durch Testuntersuchungen (mittels Fragebogen) die Beziehung zwischen sozialen Neigungen einerseits, dem Interesse an Begriffen, Planen, ins Einzelne gehender Beobachtung usw. andererseits zu ermitteln und die Frage zu klären, ob hier wirklich die im allgemeinen behauptete negative Beziehung besteht. Versuchspersonen waren 289 Studentinnen und 124 erwachsene Frauen. Alle hatten die Universität besucht und fast alle Psychologie studiert. Die Untersuchungsergebnisse, die eine Reihe interessanter Einzelergebnisse vermitteln, bestätigen keineswegs die allgemeine Annahme einer negativen Korrelation. Die Kenntnis der Antworten auf einen der beiden Fragebogen, die für die Typen „Menschenliebend“ und „Gedankenliebend“ aufgestellt sind, hat daher keinen prognostischen Wert für ein Individuum hinsichtlich der Beantwortung des anderen Fragebogens.

*Dubitscher* (Berlin).

**Pollák, Franz: Zur Klinik der Stigmatisierungen. Ein weiterer Beitrag zur Frage des psychocerebralen Bauplanes.** *Z. Neur.* **162**, 606—626 (1938).

Die Abhandlung war für den 9. Internationalen Kongreß für Psychotherapie in Kopenhagen 1937 als Referat in Aussicht genommen, das krankheitshalber nicht vorgelesen werden konnte. An die Mitteilung dreier von ihm beobachteter Fälle von psychogenen oder psychisch provozierten Veränderungen auf körperlichem Gebiet (Urticaria, Genitalblutungen, durch psychisches Trauma ausgelöster Glaukomanfall) knüpft der Verf. Gedankengänge über das Leib-Seele-Problem an, die sich nur schwer referieren lassen und daher aus dem Original ersehen werden müssen. Er sieht das Primäre der „Stigmatisierungen“ in einer Enthemmung zentraler nervöser Regulationsmechanismen, wodurch „freigewordene Energiemengen in die Peripherie abströmen“ und dort „in organentsprechender Weise“ (meist an der Haut, dann am Gefäß-, Verdauungs- und Genitalapparat, gelegentlich auch am Auge) „gebunden, umgelagert und umgeformt werden“. Die dabei vor sich gehende Durchbrechung der „normalerweise undurchlässig“ gedachten Schranke zwischen dem seelischen und körperlichen Geschehen, bei der hormonale Dysfunktionen eine aktivierende Rolle spielen, wird in Parallele zur Permeabilitätssteigerung der Blut-Liquorschranke gesetzt. Der Auffassung Hoches

von der Hysteriefähigkeit im allgemeinen und der hysterischen Bedingtheit der Stigmatisierungen im besonderen (Therese von Konnersreuth) schließt sich der Verf. nicht an. Er versteht unter dem „hysterischen Syndrom“ nur die „Summe jener vegetativen Innervationsimpulse, die im Paläencephalon verankert sind“ und von dort aus in Gang gesetzt werden können. Zur Erklärung der Stigmatisationsphänomene werden vom Verf. zum Teil aus der Psychoanalyse entlehnte Thesen und Termini herangezogen. Wenn er unter anderem im Zusammenhang mit der Frage der psychischen Auslösung von Glaukomanfällen argumentiert, daß die „phylogenetisch alten Energiemassen menschlicher Schuld unter bestimmten Umständen am Auge umgelagert werden“, wenn weiterhin eine „psychogene Urticaria“ durch „verdrängte Anteil des Unbewußten“ erklärt wird, die die „psychosomatische Barriere überschreiten“, so wird ihm der nicht psychoanalytisch eingestellte und an naturwissenschaftliches Denken gewöhnte Leser hierin wohl kaum folgen können. Der Verf. erwähnt denn auch nichts davon, daß man ein Glaukom nach dieser These ja durch psychoanalytische Hinwegräumung des Schuldkomplexes beseitigen können müßte.

Janz (Königsberg i. Pr.).

**Jaensch, E. R.: Grundsätze für Auslese, Intelligenzprüfung und ihre praktische Verwirklichung. (Zur Einführung der Arbeit von Friedrich Becker, Die Intelligenzprüfung unter völkischem und typologischem Gesichtspunkt.)** Z. angew. Psychol. 55, 1—14 (1938).

**Becker, Friedrich: Die Intelligenzprüfung unter völkischem und typologischem Gesichtspunkt.** (*Inst. f. Psychol. Anthropol., Univ. Marburg.*) Z. angew. Psychol. 55, 15—111 (1938).

Die einleitenden Bemerkungen von Jaensch geben — weitgehend weltanschaulich orientiert — die allgemeinen Richtlinien: man hat sich die Intelligenz bisher als eine eindimensionale Größe vorgestellt und nur quantitativ unterschieden, und weiter sind Normen und Wertmaßstäbe der zurückliegenden Epoche überwiegend vom „Gegentypus“ abgelesen und entsprechend auf dessen „Werte“ zugeschnitten; es ist dadurch zwangsläufig ein Prüfungssystem jüdischen Ursprungs zur Herrschaft gelangt. Für die praktische Verwirklichung schlägt Verf. eine Verbindung von Test- und Ernstprüfung in der Art vor, daß bei der an den Schulentlassenen vorzunehmenden Prüfung die Gesamtpersönlichkeit zu erfassen, auf den Typus und daneben auf das in Frage kommende „Feld“ von Berufen zu achten ist; die Prüflinge werden dann für 1 Jahr einem Betriebe überlassen, wodurch sich Gelegenheit bietet, die zunächst probeweise getroffene Berufswahl auf ihre Richtigkeit hin zu prüfen und evtl. Umleitungen vorzunehmen. Es wird dadurch u. a. auch dem Umstände Rechnung getragen, daß die Berufentscheidung ja in dem dafür denkbar ungeeignetsten Zeitpunkt getroffen wird. — Die anschließende, sehr umfangreiche Arbeit von Becker gibt zunächst Kritisches zu Wesen und Begriff der Intelligenz und Historisches zur Entwicklung der Intelligenztests, worauf die einzelnen Methoden abgehandelt werden; hier muß ein kurzes Referat versagen. Nach einigen Bemerkungen zu den amerikanischen Ausleseverfahren gelangt Verf. zu eigenen Feststellungen und Forderungen: es gibt nicht eine allen Menschen zukommende Allgemeinintelligenz, sondern Formen der Intelligenz, die an bestimmte Menschentypen gebunden und untrennbar mit ihnen verknüpft sind; die Einordnung in eine Reihe mit Stellenwerten oder Rangplätzen ist daher nicht möglich. Die bisher üblichen Tests bevorzugten eine bestimmte Intelligenzform, die des „S-Typus“ (s. oben), die als einzig wertvolle und für alle Menschen verbindliche postuliert wurde, und hatten eine negative Auslese zur Folge. Auch hier ist Auseinandersetzung mit der als unhaltbar erkannten Vergangenheit Voraussetzung für neuen Aufbau. *Donahies (Eberswalde).*

**Miles, Catharine Cox: Intelligence and social adjustment.** (Intelligenz und soziale Einordnung.) (*Dep. of Psychiatry a. Ment. Hyg., Yale Univ. School of Med., New Haven.*) Ment. Hyg. 22, 544—566 (1938).

Nach allgemeinen Ausführungen über verschiedene Definitionen des Begriffes Intelligenz und über die Entwicklung der Intelligenzprüfungsmethoden wendet sich

Verf. den Beziehungen zu, die zwischen Intelligenz und der sozialen Einordnung des einzelnen bestehen, und bespricht besonders den Zusammenhang zwischen dem sog. Intelligenzquotienten und der Berufswahl. An Hand von praktischen Beispielen aus der Lebensgeschichte von Unterbegabten und von bekannten Genies wird bei letzteren bereits für ihre Kindheit ein hoher Intelligenzquotient errechnet. Auf die Wichtigkeit der Intelligenzuntersuchungen für die berufliche und soziale Prognose des einzelnen wird hingewiesen.

Harold Widenmeyer (Illenau b. Achern).<sup>o</sup>

**Tuppa, Karl: Intelligenz und Alkohol.** (*Anthropol. Inst., Univ. Wien.*) Wiener klin. Wschr. 1938 II, 1183—1187.

Verf. berichtet über sehr genaue Untersuchungen an Kindern aus einer Gegend mit durchschnittlich großem Alkoholverbrauch und aus einer andern mit durchschnittlich geringem Verbrauch, und zwar durch ein und dieselbe schulfremde Person mit der gleichen Aufgabe. Es wurden Gedächtnistests mit Zahlen und solche mit Sätzen, Analogietests und Ordnungstests gewählt. Überprüft wurden Kinder — im ganzen 583 — vom 3. Schuljahr aufwärts. Da zwischen dem 11. und 12. Lebensjahr ein deutlicher Anstieg in der Leistung der Kinder feststellbar war, wurden die Unter-11 jährigen den Über-11 jährigen gegenübergestellt. Die beiden Geschlechter wurden getrennt untersucht. In Betracht wurden auch gezogen die wirtschaftliche Lage, unter der das Kind aufwächst, die Länge des Schulwegs und die rassische Zusammensetzung der Bevölkerung in der Gegend mit reichlichem und in der mit geringem Alkoholgebrauch. Aus dem mitgeteilten Bericht ergibt sich, daß die Intelligenzleistung der Schulkinder in der verhältnismäßig alkoholfreien Gegend bedeutend besser ist als da, wo der alkoholische Most der gebräuchliche Hastrunk ist und der Alkoholverbrauch im Durchschnitt ziemlich hoch erscheint. Ein Einfluß der wirtschaftlichen Lage, unter der die Kinder aufwachsen, auf die Intelligenzleistung ließ sich nicht feststellen. Auch die Länge des Schulwegs scheint, besonders bei den älteren Kindern, keinen Einfluß auf die Leistung zu nehmen. Der bemerkbare Unterschied in der rassischen Zusammensetzung ist zu gering, als daß er mit der Verschiedenheit in den Leistungen in ursächlichen Zusammenhang stehen könnte. G. Ilberg.<sup>o</sup>

● **Völgyesi, Franz: Menschen- und Tierhypnose. Mit Berücksichtigung der Stammes- und Einzelentwicklung des Gehirns.** Dtsch. Ausg. bearb. v. L. Ofner. Zürich u. Leipzig: Orell Füssli 1938. 231 S. u. 188 Abb. Fr. 8.50.

Das in seinen referierenden Teilen nicht uninteressante Buch ist leider mit einer Theorie beschwert, die alles eher als befriedigt. Ihr zufolge besteht nämlich das „Wesen“ der Hypnose darin, daß verschiedene Gebiete des Hirns in Folge verschiedener spontaner oder künstlicher Einmengen (?) aus ihrer Funktion stufenweise bzw. teilweise ausgeschaltet werden. Gleichzeitig damit werde die Funktion der im wachen Zustand verbliebenen Hirnzentren (besonders jener unter der Rinde) unter der Schwelle des Bewußtseins noch gesteigert. Von den überprüfenden, hemmenden, bremsenden Wirkungen der höchsten Hirnrindenzentren befreit, kämen dann „die älteren (archaischeren) physiologischen, vegetativen Regenerations-, Selbstschutz-, Heilungs- usw. Mechanismen gesteigert zur Geltung“. Dabei spiele eine wechselnde Blutversorgung der verschiedenen Hirngebiete eine Rolle. Ferner ist hervorzuheben, daß der Nachweis, beim Kircherschen Experiment der „Tierverzauberung“ handle es sich um einen der menschlichen Hypnose verwandten Zustand, nicht erbracht erscheint. Zu Lasten des Übersetzers geht es schließlich, daß auf den S. 91, 92 und 93 fälschlich von einer „rationalen“ anstatt einer „rationalen“ Beeinflussung gesprochen wird. v. Neureiter.

● **Leonhard, K.: Die Gesetze des normalen Träumens.** Leipzig: Georg Thieme 1939. 124 S. RM. 5.40.

Die interessante Schrift befaßt sich nicht mit der einst so beliebten Traumdeuterei, sondern schildert uns in eingehender Darstellung die Erlebnisse des Schlafes und des Halbschlafes. Außerdem vermittelt sie uns eine Traumtheorie, die die Erscheinungen

des Träumens untereinander und mit den übrigen Lebenserscheinungen des Individuums in einen sinnvollen Zusammenhang bringt. *v. Neureiter* (Berlin).

● **Pophal, Rudolf: Grundlegung der bewegungsphysiologischen Graphologie.** Leipzig: Johann Ambrosius Barth 1939. VII, 172 S., 16 Taf. u. 4 Abb. RM. 8.—

Der Verf. ist Psychiater. Er hat es unternommen, die Lehre der Graphologie, wobei er sich in der Hauptsache nach Klages richtet, nach Möglichkeit medizinisch zu interpretieren. Die Schrift führt, wo es irgend geht, medizinisch-physiologische Begriffe an. Verf. verzichtet auf eine Begründung der charakterologischen Erkenntnisse durch Beurteilung des Gesamtmaterials. Verf. hat hier selbst eine gewisse Skepsis, wenn er schreibt: „Es hat den Anschein, als könnte grundsätzlich überhaupt nicht erwartet werden, daß eine irgendwie geartete Analyse der Schreibbewegung im Hinblick auf die reine Deutungspraxis jemals würde mehr bringen können, als ein intuitiv begabter Graphologe, ohne alle Theorie, im besten Falle aus einer Handschrift, die ‚ihm liegt‘, herausholen kann. Ähnliches gilt aber wohl für jedes diagnostische Gebiet.“ Die Schrift wird dem graphologisch interessierten Mediziner viele Anregungen beten. Forensische Gesichtspunkte werden nicht behandelt. *B. Mueller* (Heidelberg).

**Enke, W.: Handschrift und Charakter im exakten Versuch.** Klin. Wschr. 1938 II, 1624—1627.

Im Bestreben, bei der graphologischen Arbeit grundlegende Bestandteile der Schreibbewegung selbst festzuhalten, wurde der beim Schreiben angewandte Druck gemessen, der vom Ablauf von Spannung und Entspannung der in Betracht kommenden Muskeln abhängt. Auf diese Weise gelang es, wichtige psychomotorische wie affektive Vorgänge beim Schreibenden zu erfassen, zumal die Schreibdruckuntersuchungen grundsätzlich sowohl zu den Konstitutionstypen Kretschmers und den Ergebnissen der deskriptiv-psychologischen Statistik als auch zu den Ergebnissen ganz anders gearteter typenpsychologischer Experimente, wie Tachistoskopversuche, Reaktions- und Assoziationsversuche, psychogalvanisches Reflexphänomen u. a. in Beziehung gesetzt wurden. Die bei diesem Verfahren erzielten Ergebnisse lassen in Übereinstimmung mit den Ergebnissen ganz andersartiger Versuche bei den Cyclothymen auf ein freies und weites Auf- und Abschwingen der psychischen Energie schließen bzw. auf Entspannungsfähigkeit, Freiheit von Verkrampfungen und Losgelöstsein der motorischen Tätigkeit des Schreibenden von affektiven oder willensmäßigen Gegentendenzen. Hingegen verrät die an sich unnötige oder selbst zweckwidrige Kraftentfaltung beim Schreiben, die sich in der Größe der Dauerdruckhöhe bei den schizothymen und viskösen Temperamenten ausdrückt, eine während des Schreibaktes anhaltende innere Spannung. Da es sich hier um stets wiederkehrende Häufigkeitsbeziehungen zu den biologisch fundierten Konstitutionstypen Kretschmers handelte, so kann angenommen werden, daß die im Schriftdruck sich verratenden psychischen Merkmale Dispositions- oder Reaktionsneigungen im Sinne von nicht weiter zerlegbaren Wurzelformen der Persönlichkeit sind. *v. Neureiter* (Berlin).

**Bender, Hans: Experimentelle Visionen.** (*Psychol. Inst., Univ. Bonn.*) Forsch. u. Fortschr. 14, 327—329 (1938).

In Anknüpfung an die seit dem Altertum bekannten „Krystallvisionen“ hat der Verf. bei 65 Erwachsenen und 25 Jugendlichen Sinnestäuschungen experimentell erzeugt, indem er sie im Dunkelzimmer eine wechselnd beleuchtete Glaskugel ansehen ließ. Die jugendlichen „Krystallseher“ erwiesen sich alle, die erwachsenen dagegen nur zur Hälfte als eidetisch veranlagt. Es ließen sich 2 Typen voneinander unterscheiden: die „Integriert-Labilen“, die filmartig bewegte, zuweilen sprunghaft wechselnde Bilder erlebten, und die „Desintegriert-Stabilen“, die wenige, sparsam oder gar nicht bewegte, oft wiederkehrende Bilder erzeugten. Inhaltlich erwiesen sich diese „Visionen“ oft als ein „Steigrohr der Unbewußten“: sie stellten Symbole der eigenen seelischen Lage dar (eine Versuchsperson, die sich in einer Hemmungssituation befand, sah z. B. einen Stabhochspringer, der immer wieder zum Sprung ansetzt, ohne

abzukommen) oder sie ließen längstvergessene, verdrängte Kindheitserlebnisse wieder auftauchen. Die „Visionen“ wurden mit ausgesprochenem „Fremdheitsgefühl“ als etwas vom eigenen Bewußtsein Unabhängiges, „Erlittenes“ erlebt. In vielen Fällen handelte es sich dabei um „visualisierte Denkvorgänge“, denen ein „psychischer Automatismus“ zugrunde liegt, d. h. eine nicht wachbewußte, sondern unterbewußte, ich-unabhängige „intelligente psychische Tätigkeit“. Bezüglich des Wirklichkeitscharakters der subjektiven Bilder vertritt der Verf. den (kürzlich auch vom Ref. ausführlich begründeten) Standpunkt, „daß die Auffassung eines Wahrnehmungserlebnisses als Realität nicht nur von dem sinnlichen Eindruck abhängt, sondern von seiner implizit vollzogenen Eingliederung in ein übergeordnetes Beziehungsganzes und also mitgeformt wird von Faktoren der Persönlichkeit, von Einstellungen, Affekten, Urteilen usw.“. — Wenn der Verf. meint, daß hier „echte Halluzinationen normaler Menschen in normalem Bewußtseinszustand“ vorlägen, so ist das allerdings irrig; denn es handelt sich bei diesen an die Lichtreflexe der Glaskugel anknüpfenden Anschauungsbildern zweifellos nur um Illusionen.

G. Kloos (Haina b. Kassel).

**Valentine, C. W.:** A study of the beginnings and significance of play in infancy. (Studie über Beginn und Bedeutung des Spielens der Kinder.) Brit. J. educat. Psychol. 8, 188—200 u. 285—305 (1938).

Beobachtungen an 5 eigenen Kindern und Erfahrungen anderer bilden die Grundlage der Ausführungen. Sie schildern den Beginn des Spielens (dieses aufgefaßt als Tätigkeit um ihrer selbst willen) vom 3. Lebensmonat an, oft nur in Wiederholung gleicher oder ähnlicher Bewegungen bestehend, ferner die Anfänge des Gemeinschaftsspieles, das Rollenspiel, die Verwertung neuer Gedanken, von Gemütsbewegungen und Trieben beim Spiel. Die Unzulänglichkeit der Beweise von psychoanalytischen und anderen Erklärungen des Spielens wird betont und darauf hingewiesen, daß der gute therapeutische Effekt eines, den kindlichen Konflikten angepaßten Spielens anders erklärt werden kann.

H. Pfister (Coppensbrügge-Lindenbrunn bei Hameln).

**Schröder, P.:** Kinderspsychiatrie. Mschr. Psychiatr. 99, 269—293 (1938).

Der Begriff der Kinderpsychiatrie umfaßt außer dem eigentlichen Gebiet der Psychiatrie auch das ärztliche Verstehen und Helfen bei seelischen Schwierigkeiten aller Art. Entsprechend weit gespannt war der Rahmen des Internationalen Kongresses gleichen Namens in Paris vom Juli 1937 mit dem Hauptthema: Die Erziehungsmethoden bei den Störungen der Intelligenz und des Charakters beim Kinde. Verf. glaubt, Verstand und Charakter scharf trennen zu können, er gibt nur zu, daß grobe Ungewöhnlichkeiten des Charakters die verstandesmäßigen Leistungen beeinflussen können. Intellektueller angeborener Schwachsinn ist keine Krankheit, die Gesamtheit der nicht verstandesmäßigen Abartigkeiten, die sog. Psychopathien, sind keine Zwischenstufe zwischen gesund und gesteiskrank, die Mehrzahl der abartigen Kinder nicht Kranke. Die charakterologische Betrachtungsweise muß den Mittelpunkt der praktischen Kinderpsychiatrie bilden, wobei sich Schröder vor allem mit Tramer auseinandersetzt. Verf. definiert „Charakter“ durch Gleichsetzung mit dem anlagemäßig Gegebenen im Wesen eines Menschen, als Gesamtheit des Seelischen nach Ausscheidung des Intellektuellen. Die Vieldimensionalität des Charakters verlangt eine Aufteilung nach den verschiedenen Typen psychopathischer Persönlichkeiten, sie wirkt sich in den individuellen Erfordernissen eines Kindes für Erziehung und Milieu aus, ist für den Erbgang wichtig. Die moderne Jugendfürsorge, die sich zuerst in den Vereinigten Staaten entwickelte, bedarf der Mitarbeit des Pädiaters, und Verf. verbreitert sich über die gegenwärtigen heilpädagogischen Bestrebungen, ihre Probleme und Ziele sowie die diesbezüglichen Einrichtungen an der Leipziger Universität und die für die Ausbildung von Lernenden geschaffenen Möglichkeiten.

Hoernig (Berlin).

**Hoel, Nic.:** Pseudodebilität. Sv. Läkartidn. 1938, 1521—1533 [Norwegisch].

Ausgehend von den Grundanschauungen der Psychoanalyse, und insbesondere den Schriften von Wilhelm Reich, weist Verf. darauf hin, daß es neben dem endo-

genen, erblichen und dem auf Hirnschädigungen beruhenden Schwachsinn auch noch einen psychogenen Schwachsinn gebe, dessen Existenz in der neueren Literatur meist bestritten wird. Er teilt zwei Beispiele mit, die allerdings recht überzeugend wirken. In beiden Fällen lag zu Beginn ein typisches Bild von Schwachsinn vor: geringe Leistungen in allen Tests (also nicht nur begrenzte Ausfälle), Enuresis bis zum Alter von 7—9 Jahren, Ausdruckslosigkeit, allgemeine Langsamkeit, Antriebslosigkeit usw. In dem einen Fall fand sich auch eine familiäre Belastung mit mäßiger Beschränktheit von der Seite der Mutter her. Es war dem Verf. nun möglich, in beiden Fällen mit einer Behandlung, die sich nicht streng an das psychoanalytische Schema hält, sondern Anregungen ungefähr aller pädagogischer Schulen berücksichtigt, einen vollen Erfolg zu erzielen. In dem einen Fall stieg der Intelligenzquotient von 66 in 18 Monaten auf 85. Die Leistungen wurden in beiden Fällen annähernd normal und auch die Begleitsymptome verschwanden vollständig. Es hatte sich vor allem um Minderwertigkeitskomplexe gehandelt. In dem einen Fall beruhten diese darauf, daß das Kind niemals Gelegenheit zum Spielen und damit zur Übung der elementaren Fähigkeiten gehabt hatte; in dem anderen lagen eine Reihe von komplizierenden Faktoren vor, darunter auch Onanie und die daraus folgenden Angstvorstellungen. Was in der ausführlichen und aufschlußreichen Darstellung der Fälle nicht recht erklärt wird, ist, warum gerade diese Kinder jeweils zwischen ihren Geschwistern die einzigen waren, die mit einer derartigen Pseudodebilität reagiert haben. *Otto Lauenstein* (London).<sup>o</sup>

**Williams, H. W., and Charles Rupp: Observations on confabulation.** (Beobachtungen über Konfabulationen.) (*State Hosp., Howard, R. I.*) *Amer. J. Psychiatry* **95**, 395—405 (1938).

Meist ist Konfabulation verbunden mit Gedächtnisverlust. Häufig fehlen aber trotz Gedächtnisverlustes Konfabulationen. Der Sinn der Arbeit der Autoren war, die Bedingungen der Anwesenheit oder des Fehlens von Konfabulationen zu suchen. Sie untersuchten 15 Patienten (13 Männer und 2 Frauen). Bei 9 Patienten war die Diagnose *Korssakowsche Psychose* gestellt, 1 Patient hatte eine *Lues cerebri*, 1 anderer einen Hirntumor, 3 eine *Arteriosclerosis cerebri* und 1 Patient eine allgemeine Lähmung. Es wurden mehrfach den Patienten 50 einfache Fragen, die sich auf ihr Leben bezogen, vorgelegt. 7 der Patienten konfabulierten. Verff. kommen zu dem Resultat, daß das Bestehen von Konfabulationen von einer Summe verschiedener Faktoren abhängt, vor allem einer retrograden Gedächtnisstörung, einem speziellen Ausmaß dieser Störung, einem Verlust an Einsicht und einer relativ intakten Persönlichkeitsstruktur.

*Gerd Peters* (München).<sup>o</sup>

**Klein, R.: Über die expressiven Störungen bei Schläfenlappenaphasie.** (*Dtsch. Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Prag.*) *Mtschr. Psychiatr.* **98**, 189—237 (1938).

Verf. konnte in 10 Fällen von Schläfenlappenläsionen, deren Krankheitsgeschichte er mitteilt, aphasische Störungen vorwiegend motorischer Art bei fast völlig erhaltenem Sprachverständnis beobachten. 7 mal handelte es sich dabei um einen Hirntumor, 1 mal um einen Hirnabszeß und 2 mal um Erweichungsherde bei embolischen Prozessen. Während sich die Hirnschädigung in fast allen Fällen auf die benachbarten Hirngebiete, wie Insel, Parietal- und Zentralregion und Stammganglien, mehr oder weniger weit erstreckte, war der Stirnlappen in keinem einzigen Falle mit ergriffen. Dieser Beobachtung, der von einzelnen Autoren, die Ähnliches feststellen konnten, entscheidende Bedeutung zugesprochen wird, wird vom Verf. nicht allzu großer Wert gegeben. Entscheidend scheint ihm die Schädigung des Schläfenlappens zu sein, wobei darauf hingewiesen wird, daß bei Operationen über dem linken Schläfenlappen fast stets eine völlige Sprachstummheit eintritt, die sich allmählich zurückzubilden pflegt, fast stets bis zu dem vorher bestandenen sprachlichen Niveau. Bei den vom Verf. mitgeteilten Fällen lassen sich in bezug auf die Art der Sprachstörung 2 Gruppen herausheben. Bei der ersten handelte es sich vorwiegend um dysarthrische Störungen, bei der zweiten standen amnestische Störungen im Vordergrund. Während sich bei der 1. Gruppe vorwiegend

eine Schädigung an der Konvexität des Schläfenlappens fand, waren bei der 2. Gruppe die basalen Teile des Schläfenlappens im wesentlichen geschädigt. — Weiterhin wird die Frage, ob es überhaupt berechtigt ist, von einer motorischen und sensiblen Aphasie als getrennte Aphasieformen zu sprechen, vom Verf. diskutiert, wobei er seinen Ausführungen sowohl klinisch-anatomische wie psycho-pathologische und patho-physiologische Betrachtungsweisen zugrunde legt. Zu einem eindeutigen Ergebnis kommt er dabei nicht. Auffallend ist jedenfalls, daß zweifellos bei Schläfenlappenläsionen sowohl Krankheitsbilder mit gehemmten Sprachäußerungen, bei denen meistens eine Kritik für die Sprachstörung besteht, wie auch solche mit ausgesprochenem Rededrang und völliger Kritiklosigkeit für den Sprachdefekt vorkommen. Gewisse Beobachtungen sprechen dafür, daß es sich bei den ersteren um eine vorwiegend lokale Schädigung des Schläfenlappens handelt, während bei der zweiten Krankheitsgruppe außerdem diffusere Hirnschädigungen vorzuliegen scheinen. — Abschließend wird vom Verf. die Ansicht ausgesprochen, daß das Wesen der Aphasie in einer Beeinträchtigung eines erworbenen potentiellen Sprachwissens besteht, und daß das aphasische Bild durch Störungen im Sprachbetrieb wesentlich modifiziert wird. *Brosowski* (Berlin).

**Ewald, G.: Die Bewußtseinstrübung bei symptomatischen Psychosen.** Mschr. Psychiatr. 99, 411—422 (1938).

Verf. erörtert in der Abhandlung die Frage, wodurch die Bewußtseinstrübung in der akuten Phase der symptomatischen Psychosen zustande kommt. Da die toxisch wirkenden Stoffe bei Infektionen auf dem Blutwege nicht nur in die Hirnrinde gelangen, so könnte die Bewußtseinsstörung auch ein Zwischenhirnsyndrom sein. Verf. kommt aber zu der Auffassung, daß die Bewußtseinstrübung der symptomatischen Psychosen in erster Linie hirnrindenbedingt sind, die Bewußtlosigkeit bei der Encephalitis aber hirnstammbedingt. Bei den symptomatischen Psychosen ist die Bewußtseinsstörung nicht so massiv und der Schlaf kann gestört sein; der Encephalitiker kann während der deliranten Phase wach sein, später kommt es zu dem massiven Symptom des soporösen Schlafes; in dem chronischen Stadium der Encephalitis fehlen die sonstigen Erscheinungen des exogenen Reaktionstypus und das korsakowide Nachstadium. Wenn auch Übergänge zwischen beiden Typen vorkommen, so solle man doch an ihrer grundsätzlichen Unterscheidung festhalten. *Rosenfeld*.

**Urechia, C. I.: Parotidite épidémique à forme psychosique. Autopsie.** (Epidemische Parotitis unter dem Bilde einer Psychose. Autopsie.) *Encéphale* 33, II, 144—150 (1938).

Psychosen bei epidemischer Parotitis sind selten; noch seltener ist bisher das Gehirn solcher Kranker einer genauen mikroskopischen Untersuchung unterzogen worden. Verf. teilt den folgenden Fall mit: 54-jährige Frau ohne erbliche Belastung, bisher gesund; 11 Kinder, die gesund sind. Die Erkrankung, die bei der Aufnahme 3 Tage lang bestand, begann damit, daß die Kranke morgens beim Aufwachen unter ängstlichem Gesichtsausdruck meinte, sie sei sehr krank, sie müsse sterben, sie habe geträumt, ihr Schwager wolle sie töten. In der Unterhaltung gab sie neben richtigen und sinnvollen auch unlogische und inkohärente Antworten. Sie fürchtete, verraten zu werden, bat, man möge sie nicht allein lassen usw. Körperlich fand sich außer leichter Temperaturerhöhung nichts Besonderes. Psychisch bot sie das Bild einer verworrenen Manie: Sie lief im Zimmer umher, machte ungeordnete Bewegungen mit den Händen, grimasierte, sprach viel; der Gedankengang war inkohärent und ideenflüchtig. Dabei war das Bewußtsein nicht getrübt. Affektiv erschien sie sehr labil. Wechselnde Verfolgungsideen. In den folgenden Tagen Verschlimmerung des Zustandes, leichte Verwirrtheit, Abnahme der Körperkräfte. Am 8. Krankheitstage Parotitis beiderseits. Exitus am 10. Tage infolge Myokarditis. Anatomisch fand sich eine Meningoencephalitis.

*Langelüddeke* (Marburg a. d. L.).

**Schumacher, Joseph: Familiäre Narkolepsie.** Mschr. Psychiatr. 98, 283—300 (1938).

Eingangs werden die bisher im Schrifttum enthaltenen 13 Fälle von familiären

narkoleptischen Anfällen kurz wiedergegeben und ihnen eine eigene Beobachtung hinzugefügt:

48 jähriger Kaufmann, dessen Vater 185 cm groß war, und dessen 23 Jahre alte Tochter bei 175 cm Größe auffallend große Füße hat. Ein mit 41 Jahren verstorbener Bruder hatte vom 31. Lebensjahre an narkoleptische und kataleptische Anfälle. Ein älterer Bruder ist gesund. Selbst war er guter Schüler und hat keine als auslösend für die Anfälle in Frage kommende Krankheiten durchgemacht. Erste Einschlafanfälle mit 24 Jahren auf Horchposten, die sich bis zum 42. Lebensjahre etwa 1—2 mal in der Woche wiederholten und 10 bis 15 Minuten dauerten. In den letzten Jahren langsam zunehmende Häufung der Anfälle bis zu 30 am Tage in den letzten Monaten. Manchmal bei Ärger Einknicken in die Knie; keine echten kataleptischen Anfälle. Anfallsweise starkes Durstgefühl mit 3—4 l Flüssigkeitsaufnahme am Tage. Nachlassen der Libido. — Akromegaloider Habitus, 185 cm, 126,2 kg. Leicht euphorisch und antriebsschwach. Eingehende Untersuchung des Stoffwechsels usw. zeigt lediglich eine relative Lymphocytose von 47% und eine leichte Erniedrigung der spez. dynamischen Eiweißwirkung sowie einen etwas niedrigen Blutzuckerwert.

Beschreibung der hypophysären Symptome, die bei Kranken mit dem narkoleptischen Syndrom häufig gefunden werden, und der psychischen Wesensänderung, die als „Hypophysärstimmung“ (Frankl-Hochwart) bezeichnet wird. Auffassung des narkoleptischen Syndroms als eine „genotypisch bedingte Anomalie, eine besondere Anfälligkeit umschriebener Hirnbezirke“ (Bauer), die vererblich ist und durch eine Schädigung des Zwischenhirns infolge Fehlens des kontrainsulären Vorderlappenhormons der Hypophyse in Erscheinung tritt. *Matzdorff* (Hamburg).<sup>oo</sup>

**Altenkämper, Erich: Psychosen nach Kastration beim weiblichen Geschlecht.** (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Münster i. W.*) Münster i. W.: Diss. 1937. 42 S.

Daß es keine spezifische Kastrationspsychose gibt, bestätigen wieder die 7 vom Verf. angeführten Fälle von Psychosen depressiv-ängstlicher Färbung nach Kastration. Im Gegensatz zu den langsamer einsetzenden Ausfallserscheinungen des normalen Klimakteriums erfolgt das Aufhören der inneren Sekretion der Eierstöcke und die damit verbundene Störung des innersekretorischen Gefüges bei der Kastration schlagartig, allerdings kann die Funktion der Eierstöcke durch die Grundkrankheit bereits geschädigt sein. Erheblich milder als die operative Kastration wirkt sich die durch Röntgenbestrahlung erzielte aus, weil die Abtötung der Eierstöcke langsamer geschieht, Zerfallsprodukte wie bei degenerativ geschädigten Hoden zunächst im Körper erhalten bleiben (Ref.) und möglicherweise ein Funktionsrest der Keimdrüsen bestehen bleibt (insbesondere nach der Radiumeinlage in die Gebärmutterhöhle zu erwarten, Ref.). Wie man aber bei der Strahlenbehandlung zugleich mit anderen Schädigungen (z. B. des Blutbildes oder der Resorption von zerfallenden Geschwulstzellen) rechnen muß, so ist bei der Beurteilung operativer Kastrationsfolgen die reine postoperative Psychose durch einen schweren Eingriff in Rechnung zu setzen. Schließlich spielt die erbliche Belastung und Veranlagung eine große, wenn nicht überhaupt die entscheidende Rolle für den Ausbruch einer Psychose, wobei allerdings die psychologische Situation besonders bei jung kastrierten Frauen zu berücksichtigen ist. Als Voraussetzung für die Berechtigung zur Einreihung in die sog. Kastrationspsychosen überhaupt muß die sorgfältige Erforschung der prämorbidem Persönlichkeit, die Sippenforschung und die genaue Ermittlung des Kastrationsverfahrens gefordert werden. Diesen Vorbedingungen entsprechen viele der als Kastrationspsychosen bezeichneten Fälle, die in der Dissertation übersichtlich zusammengestellt sind, nicht (Ref.). *Kresiment* (Berlin).

**Malzberg, Benjamin: Marriage rates among patients with mental disease.** (Heiratsziffern bei Kranken mit geistiger Störung.) (*New York State Dep. of Ment. Hyg. Albany, N. Y.*) *Ment. Hyg.* 22, 634—644 (1938).

Ausgangsmaterial sind die Erstaufnahmen über 15 Jahren in den Heilanstalten des Staates New York aus den Jahren 1929—1931. Die Heiratsziffer dieser Kranken ist unter Berücksichtigung der Altersklassen gegenüber der in der Gesamtbevölkerung niedriger, und zwar ist der Unterschied am deutlichsten bei den Männern (♂ 46 : 63,2; ♀ 62,6 : 70,3). Auch bei den verschiedenen Psychosen ergeben sich deutliche Unter-

schiede. So haben z. B. Hirnarteriosklerotiker trotz des späten Auftretens des Leidens eine niedrigere Heiratsziffer als die anderen Psychosen. Die Heiratsziffer der Schizophrenen beträgt ungefähr nur die Hälfte der Ziffer in der Gesamtbevölkerung. Die männlichen Kranken mit Alkoholpsychosen weisen niedrigere Heiratsziffern auf als die männliche Gesamtbevölkerung, während sie bei den entsprechenden weiblichen Kranken höher sind als in der weiblichen Gesamtbevölkerung. *Dubitscher* (Berlin).<sup>o</sup>

**Hryniewicz, St., und W. Światkowska: Der Alkoholgehalt des Blutes und der Cerebrospinalflüssigkeit bei neurologisch-psychiatrischen Erkrankungen.** (*Szpit. dla now. i psychiczn. chor., Choroszcz.*) *Polska Gaz. lek.* 1938, 885—887 [Polnisch].

Hryniewicz und Światkowska untersuchten 457 nervös und psychisch Kranke in bezug auf Alkoholgehalt im Blut, in 152 Fällen untersuchten sie auch die Cerebrospinalflüssigkeit. Bei 11 Kranken stellten sie nach mehrmalig wiederholter Untersuchung die Erhöhung der Menge des endogenen Alkohols fest. Dieser Befund erschien von der Art der Krankheit ganz unabhängig. Diese Alkoholvermehrung rechtfertigten H. und Ś. mit gesteigerter Blutacidose als Folge motorischer Unruhe der untersuchten Kranken. Das Niveau des endogenen Alkohols im Blut ist vom Inhalt an Cholesterin, Zucker, Calcium und Eisen vollkommen unabhängig. *L. Wachholz.*

**Chavany, J.-A., et Alexandre Placa: L'épilepsie dans les tumeurs cérébrales.** (Epilepsie bei Hirntumoren.) (*Serv. Neuro-Chir., Hôp. de la Pitié, Paris.*) *Presse méd.* 1938 II, 1522—1525.

Die Verff. behandeln das Syndrom der Epilepsie in ihren verschiedenen Erscheinungsformen, der generalisierten Epilepsie, den sog. kleinen Anfällen und den Bravais-Jacksonschen Anfällen, bei Hirntumoren. In 15% ihrer Hirntumoren haben sie epileptische Erscheinungen beobachtet. Die im Vergleich zu früheren Zahlen anderer Autoren geringe Höhe ihrer Hundertzahl führen sie auf die frühere Erfassung der Hirntumoren zurück. Klinische Symptomatologie, lokaldiagnostische Auswertung der Anfälle, Unterscheidungsmöglichkeiten zwischen benignen und malignen Tumoren, Verschiedenheit der Beurteilung und der Möglichkeiten bei Kindern und bei erwachsenen Patienten werden genau besprochen. Ergebnisse: Anfälle aller 3 Arten treten bei Hemisphärentumoren in der Prähypertensionsphase als sekundäre Zeichen der Ventrikel-erweiterung oder des cerebralen Ödems auf. Häufig auftretende und in ähnlicher Erscheinungsform ablaufende Jackson-Anfälle sprechen für Beeinträchtigung der Pyramidenbahnen. Sind die Jackson-Anfälle selten und von wechselndem Aspekt, so wäre bei intrakranieller Hypertension an einen extrapyramidalen Tumor oder eine Encephalitis, ohne intrakranielle Hypertension an eine Encephalitis zu denken. Eine Encephalitis kann aber auch häufige gleichartige Anfälle hervorrufen. Extracorticales Meningeom und intraparenchymatöses Fibrom können klinisch nicht unterschieden werden. Seltenere Jackson-Anfälle sprechen dann fast immer für einen malignen Tumor, wenn sie einer Hemiplegie kurz voraufgehen, zugleich mit ihr oder in ihrem Gefolge auftreten.

*Hahn* (Gießen).<sup>o</sup>

**Piotrowski, Zygmunt: The prognostic possibilities of the Rorschach method in insulin treatment.** (Die prognostischen Möglichkeiten des Rorschach-Versuchs bei der Insulinbehandlung.) (*Dep. of Psychiatry, Columbia Univ., New York.*) *Psychiatr. Quart.* 12, 679—689 (1938).

In der Annahme, daß die durch die Insulinbehandlung hervorgerufene Persönlichkeitsveränderung bei Schizophrenen sich qualitativ nicht von den spontanen Veränderungen unterscheidet, glaubt Verf., daß es möglich ist, die mit dem Rorschach-Versuch bei insulinbehandelten Schizophrenen erzielten Ergebnisse für prognostische Zwecke bei Schizophrenen im allgemeinen anzuwenden. Die Ergebnisse des Rorschach-Versuchs bei 25 insulinbehandelten Schizophrenen, die in zwei Gruppen (geheilte bzw. weitgehend gebesserte und ungebesserte) eingeteilt werden, sind mitgeteilt.

*Dubitscher* (Berlin).

**Mayer-Gross, W.:** The early diagnosis of schizophrenia. (Die Frühdiagnose der Schizophrenie.) (*Dep. of Clin. Research, Maudsley Hosp., Univ., London.*) Brit. med. J. Nr 4061, 936—939 (1938).

Nach knapper einleitender Skizzierung des heutigen Standes der nosologischen und klinischen Forschung werden die wichtigsten klinischen Symptome (Denk-, Willens- und Affektstörungen, autochthone Wahnideen, katatone Symptome und Halluzinationen) geschildert und in ihrer klinischen Wertigkeit (z. B. der katatonen Symptome) sowie ihrer jeweiligen Bedeutung für die Frühdiagnose kritisch beleuchtet, während abschließend Besonnenheit, Spaltungsneigung und doppelte Orientierung (in der schizophrenen wie der normalen Welt) sowie die Abkehr von der Realität (Autismus) als allgemeine Strukturqualitäten des schizophrenen Krankheitsbildes besprochen werden. Eine spezifisch schizophrene „Grundstörung“ sei bisher nicht nachgewiesen. — Der offenbar für den Praktiker bestimmte Aufsatz bietet dem Fachmann nichts Neues.

*Skalweit* (Rostock-Gehlsheim).

**Scheid, K. F.:** Die Somatopathologie der Schizophrenie. Z. Neur. 163, 585—603 (1938).

Vortrag, in dem dargetan wird, daß zu bestimmten Zeiten, die Verf. als febrile Episoden bezeichnet, die den schizophrenen Psychosen zugrunde liegende Krankheit unbestreitbare körperliche Störungen macht, deren Ausmaß sich ohne weiteres mit vielen ernstern internen Krankheiten messen kann. Spezifische, für die Schizophrenie allein charakteristische Befunde haben sich jedoch bisher nicht erheben lassen, so daß zwar eine Abgrenzung gegen die symptomatischen Psychosen wenigstens „negativ“ durch das Fehlen eines der speziellen Pathologie bekannten Leidens möglich ist. Von einer „Auflösung“ der Schizophreniegruppe unter somatologischen Gesichtspunkten ist man jedoch noch weit entfernt. Aus diesem Grunde müssen alle nosologischen Fragen, die in der klinischen Psychiatrie so brennend sind, zurückgestellt werden. Aus den erhobenen Befunden lassen sich keine Schlüsse auf die Einheitlichkeit oder Verschiedenartigkeit der schizophrenen Erkrankungen ziehen. Ja, es ist nicht einmal zu entscheiden, ob es sich um eine primäre Gehirnerkrankung oder um ein primär somatogenes Leiden handelt, wenn auch letzteres als wahrscheinlicher erscheint (vgl. diese Z. 29, 361).

*v. Neureiter* (Berlin).

**Cammermeyer, Jan:** Über Gehirnveränderungen, entstanden unter Sakelscher Insulintherapie bei einem Schizophrenen. (*Krankenh. Dikemark Asker u. Anat. Inst., Univ. Oslo.*) Z. Neur. 163, 617—633 (1938).

Ein Schizophrener, der im Verlaufe einer Sakelschen Insulinkur nach einem Ruhetage an 2 aufeinanderfolgenden Tagen je 70 Einheiten Insulin erhalten hatte, wurde im Laufe der beiden ersten Stunden nach der Injektion, die ihm um 8 Uhr 25 verabfolgt worden war, feucht, schlapp, allmählich so unruhig und unzugänglich, daß er ans Bett gebunden werden mußte. Um 10 Uhr 45 begannen Krämpfe und 15 Minuten später trat Koma ein. Um 12 Uhr 30 waren die Krämpfe deutlicher, und der Kranke erhielt 600 g Zuckerwasser per os. Die Krämpfe nahmen jedoch zu und hatten um 14 Uhr 30 den Charakter eines „Status epilepticus“. In den folgenden Stunden bis 21 Uhr erhielt er etwa 13 Injektionen von 20 ccm einer 33proz. Glucoseauflösung intravenös, außerdem jede Stunde 1 mg Adrenalin intravenös und Cardiazol, was er die ganze Nacht hindurch bekam. Allmählich nahmen die Krämpfe etwas ab, und der Kranke erwachte um 18 Uhr 45. Er war feucht und schwitzig und bekam eine bessere Gesichtsfarbe. Im Laufe der Nacht waren leichte klonische Krämpfe zu beobachten. Am nächsten Tage um 6 Uhr 10 hatte der Patient einzelne vorübergehende Krämpfe. Er reagierte nicht auf Anrede. Um 9 Uhr wurde eine somatische Untersuchung des Kranken vorgenommen: Die Pupillen waren groß und reagierten träge auf Licht. Nystagmus mit 15 Zuckungen per Minute. Rigidität der Muskeln der oberen Extremitäten. Die Reflexe der großen Zehen waren aufwärts gerichtet. Es bestand weder Nackenstarre noch Cyanose. Die Haut des Patienten war feuchtkalt, er lag mit offenem Munde da. Keine bestimmten Fremdgeräusche an den Lungen. Blutzucker: 129 mg%. Der Kranke erhielt während des Tages herzanregende Mittel in Form von Cardiazolinjektionen. Am Nachmittag hörte man Rasselgeräusche über beiden Lungen. Die Respiration war oberflächlich und die Temperatur 40,4°. Um 20 Uhr 20 trat der Tod ein. Der Puls lag in den letzten 24 Stunden zwischen 112 und 140 und war in den letzten Stunden vor dem Tode ungefähr 150. Die Respirationshäufigkeit lag zwischen 40 und 50. Bei der am nächsten Tage vorgenommenen Autopsie wurden, abgesehen von einem pneu-

monischen Infiltrat in der rechten Lunge, keine größeren pathologischen Veränderungen gefunden. Die Leber zeigte makroskopisch Zeichen einer leichten Fettentartung und wog etwa 1150 g. Die Bauchspeicheldrüse wog etwa 75 g. Im Magen und Darm zeigten sich Hyperämie und einige petechiale Blutungen. Das Gehirn zeigte eine Hyperämie in der Dura mit einer kleinen begrenzten Blutung über der rechten Stirnregion. Die Pia war auch hyperämisch und ödematös, milchartig getrübt. Das Gewicht des Gehirns betrug etwa 1500 g. Nach ungefähr dreiwöchiger Formalinfixierung wurde das Gehirn in frontale Scheiben zerlegt und Stücke von den wichtigsten Regionen der beiden Hemisphären, Basalganglia, Medulla oblongata und Kleinhirn mit Alkohol zu Thioninpräparaten weiterbehandelt.

Die Untersuchung der mikroskopischen Präparate vom Zentralnervensystem zeigte, daß in allen wichtigen Regionen Veränderungen in den Nervenzellen und auch, obwohl von geringer Intensität, in den Gefäßen und der Neuroglia vorlagen. Sämtliche Nervenzellenerkrankungen erinnerten an die von Spielmeier beschriebene „ischämische Zellerkrankung“, wie sie nach funktionellen Kreislaufstörungen gefunden wird. Alle die beobachteten Veränderungen sind ziemlich unspezifischer Natur, die bei Insultod nicht allein vorkommen und von den epileptischen kaum unterschieden werden können. Von Wichtigkeit für eine endgültige Beurteilung der Insulingefährlichkeit scheint es aber zu sein, daß ähnliche Befunde bei schweren Erregungszuständen und hypochromen Anämien zu finden sind, bei Anämien insofern, als Patienten in schlechtem Ernährungszustand oft behandelt werden.

v. Neureiter (Berlin).

**Wildermuth, Hans: Schizophrene Endzustände.** (*Württemberg. Heilanst., Winnental.*) *Z. Neur.* 163, 643—655 (1938).

Kasuistische Mitteilung, die folgende, dem Verf. als besonders markant erscheinende Typen schizophrener Endzustände an Hand von Beispielen herausstellt: 1. Den spielerischen Paranoiden. (Ein geistig entschieden lebhafter und interessanter Mann, der schon immer ein unstetes Leben geführt hat, erkrankt mit etwa 30 Jahren an einer Psychose, die als Schizophrenie aufgefaßt wird, nachdem er schon Jahre vorher psychisch auffallend gewesen war, und wird mit 36 endgültig anstaltsbedürftig. Aus psychologisch noch verständlichem Streben, eine Konsularagentur übertragen zu bekommen, entwickelt er spielerisch immer mehr wachsende Größenideen, die er aber nicht festhält, und genau wie ein spielendes Kind von Zeit zu Zeit wechselt. Man ist geneigt, an eine manische Komponente bei ihm zu denken, doch fehlt jede Lebhaftigkeit sowie jede Andeutung von Depression. Er bleibt immer freundlich, ruhig, gemessen und vollständig klar. Für Sinnestäuschungen findet sich kein Anhaltspunkt.) — 2. Den halluzinatorischen gesellschaftsfähigen Paranoiden. (Bei einem schon lange sonderbaren Arzt bricht mit 57 Jahren eine akute Psychose mit Sinnestäuschungen und Wahnideen aus. Nach zweijährigen Schwankungen entwickelt sich ein Dauerzustand mit starker innerer Gespanntheit bei auffallender äußerer Beherrschtheit und deutlicher Dissimulation. Daß der Kranke weiterhin halluziniert und voller Wahnideen steckt, kommt nur zeitweise, dann allerdings mit unzweifelhafter Deutlichkeit, zum Ausdruck. Von einer Demenz kann keine Rede sein. Der Kranke ist beherrscht von seinem krankhaften seelischen Geschehen, von einem außerordentlich starken Affekt, von einer „Spaltung“ kann man eigentlich nicht reden. Dabei bleibt noch so viel Urteil, daß er mit großer Energie dissimuliert. Seine Wahnideen sind zwar abstrus, aber nicht völlig unsinnig. Man mag bei seinen Eifersuchtsideen an eine ähnliche psychologische Entwicklung wie beim Eifersuchtswahn der Trinker denken. Psychologisch oder wenigstens psychiatrisch verständliche Komplexe sind nicht zu übersehen.) — 3. Die excessive Halluzinose. (a) Ein erblich belasteter, beschränkter Mann erkrankt im Alter von 30 Jahren an einer Halluzinose, die zwar ziemlich rasch ausheilt, nach 2 Jahren aber rezidiert. Der Kranke sieht und fühlt fortgesetzt und überall Geister, die ihn auf alle mögliche Weise belästigen. Der Zustand schwankt in kleinen Grenzen, im großen ganzen bleibt er derselbe. Tod mit 36 Jahren an Tuberkulose. b) Ein erblich belasteter, intellektuell angeblich gut veranlagter Mann erkrankt mit 30 Jahren an sich allmählich steigenden, quälenden Halluzinationen, hauptsächlich des Gefühls. Diese massenhaften Sinnestäuschungen beherrschen das Krankheitsbild durchaus, die Wahnideen bleiben dabei verschwommen und tragen den Charakter eines primitiven Erklärungswahns. Der Kranke bleibt erfüllt von den Mißempfindungen der Tag und Nacht auf ihn einströmenden elektrischen Störungen. Dabei ist er immer völlig klar und orientiert. Der Kranke wurde inzwischen in eine andere Anstalt verlegt. Er schrieb von dort eine geordnete Postkarte wegen zurückgebliebener Wäsche, teilte dabei mit, daß die elektrische Bestrahlung auch an seinem neuen Aufenthaltsort anhalte, aber nicht so schlimm sei, weil die elektrische Spannung dort nur 110 Volt und nicht wie in Winnental 120 Volt betrage. c) Bei einem 20jährigen Menschen bricht im Anschluß an eine schwere, langdauernde Krankheit eine Psychose aus, die erst zu einem depressiven Zustandsbild führt, dann zu einer Periode schwerer Reizbarkeit und Ablehnung, um schließlich in einer sonderbaren, massenhaften und quälenden Halluzinose

bei klarem Bewußtsein zu enden. Psychologisch ist, wenigstens möglicherweise, der Inhalt seiner obszönen Sinnestäuschungen bei dem von Natur allzu zahmen und allzu braven Jungen noch verständlich. Die Wahnideen spielen eine größere Rolle wie bei den vorher geschilderten Fällen; man kann sogar im Zweifel sein, ob man das sonderbare „Verlieren der Umrandung“ eine Wahnidee oder eine Sinnestäuschung nennen will; doch scheint das letztere mindestens das Primäre zu sein.) — Im Anschluß daran wird noch die akute schwere Verwirrtheit, die zum Tode führen kann, erwähnt und über zwei Patienten berichtet, bei denen es zu einer Verwischung und Mischung der Symptome gekommen war. (a) Ein von Haus aus mäßig begabter, stiller, einsiedlerischer junger Mensch erkrankt ganz allmählich. Sein Endzustand bildet eine wahre Häufung schizophrener Symptome, von denen kein einziges vermißt wird. Dieser Fall mit seiner schweren Belastung scheint Leonhards Beobachtung zu bestätigen, daß die vielfach belasteten Fälle atypisch erkranken. b) Ein begabter, stiller und zurückhaltender Mann macht mit 21 Jahren seinen ersten schizophrenen Schub durch, von dem er sich völlig wieder erholt, 10 Jahre gesund bleibt, dann zum zweitenmal mit Sinnestäuschungen, Größen- und Verfolgungsideen erkrankt. Im Endzustand zeigen sich zwei, innerlich gar nicht verbundene Symptome: die Wahnidee, der Kaiser Tiberius zu sein, dessen Rolle er in spielerischer Weise durchzuführen sucht, und belästigende Sinnestäuschungen.)  
v. Neureiter (Berlin).

**Baeklin, Eric: Selbstmord im staatlichen Irrenhaus von Schweden in den Jahren 1901—1933.** *Hygiea* (Stockh.) 99, 65—100 (1937) [Schwedisch].

Eingehend diskutierte Statistik der Selbstmorde in sämtlichen schwedischen Irrenanstalten, wobei zum Vergleich jeweils die entsprechenden Ziffern für Dänemark herangezogen werden. Die Selbstmordfrequenz beträgt in den Anstalten etwas über 1% aller Todesfälle, nicht mehr als in der gesamten Bevölkerung. Ebenfalls in Übereinstimmung mit den Verhältnissen in der Gesamtbevölkerung steht es, wenn Männer durchschnittlich 3—4 mal so häufig unter den Selbstmördern vertreten sind wie Frauen. Vergleicht man verschiedene Anstalten miteinander, so zeigt sich fast ausnahmslos, daß die relative Selbstmordziffer höher ist in der Anstalt mit der größeren Umsetzungsgeschwindigkeit. Die Hälfte der gesamten Selbstmorde fällt in die ersten beiden Jahre nach Krankheitsbeginn, ein weiteres Viertel in das 3. bis 5., und der Rest verteilt sich mit allmählich fallender Häufigkeit auf das 6. bis 44. Jahr. Vom Beginn des Anstaltsaufenthalts an gerechnet fallen bereits die Hälfte aller Selbstmorde in das 1. Jahr, aber immerhin noch 10% in die Zeit nach einem Anstaltsaufenthalt von mindestens 10 Jahren. Die meisten Selbstmorde werden im Alter von 30—35 Jahren begangen, darauf folgt noch ein weiteres Maximum der Häufigkeitskurve im Alter von 55 bis 60 Jahren bei Männern und 45—50 Jahren bei Frauen. Wie in der Normalbevölkerung steigt auch in den Anstalten die Selbstmordhäufigkeit im Frühling und Sommer. Die Art des Selbstmordes hängt stark von den in verschiedenen Anstalten gegebenen Verhältnissen und Gelegenheiten ab; doch scheint die Frequenz von der Art der Gelegenheiten nicht wesentlich beeinflußt zu sein. Die häufigsten Todesursachen sind (in dieser Reihenfolge): Erhängen, Ertränken, Höhensturz, Vergiftung, Schnitt- und Stichwunden u. a. Daß Schizophrene 44%, Manisch-Depressive 28%, Fälle von *Insania praesensilis* 13% usw. der gesamten Selbstmordfälle ausmachen, besagt nicht viel, da der Verf. nicht angibt, mit welchen Prozentzahlen die einzelnen Krankheiten unter der Gesamtbelegung der Anstalten vertreten sind. Bei den Manisch-Depressiven erfolgen allein 36% der Selbstmorde im 2. Halbjahr nach der Aufnahme (24% im 1. Halbjahr). Verf. führt das darauf zurück, daß die Kranken häufig im Zustand der schweren Depression eingeliefert werden, und daß sich dieser Zustand nach 6—12 Monaten zu bessern beginnt, wobei die Kranken gelegentlich zuerst nur regsamer und aktiver werden, während die depressive Grundstimmung noch andauert. Bei der Schizophrenie liegt das Maximum der Selbstmordhäufigkeit im Beginn der Erkrankung und mit weiterem Fortschreiten erfolgt eine gleichmäßige Abnahme. Doch kommen gerade hier auch noch in ganz späten chronischen Stadien völlig unerklärliche und unerwartete Selbstmorde vor. Kriminalpatienten begehen fast 3 mal so häufig Selbstmorde wie andere Patienten. Die vorgekommenen Selbstmorde lassen sich in 3 Gruppen aufteilen: 1. eine sehr kleine Gruppe mit intensivem rücksichtslosem Selbstmorddrang. Hier ist es ganz unmöglich, die Tat zu verhindern. 2. Eine Gruppe, die hauptsächlich alte Schizophreniefälle ent-

hält, wo der Selbstmord plötzlich ohne erkennbaren Anlaß eintritt. Diese Fälle können nicht vorausgesehen und deshalb kaum verhindert werden. 3. Eine weitere Gruppe, enthaltend fast  $\frac{3}{4}$  aller Fälle, wo vor der Tat Lebensüberdruß geäußert oder Selbstmordversuch gemacht wurden, oder die Selbstmordgefahr auf andere Weise erkennbar war. Von diesen Fällen hätte ein Teil vielleicht verhindert werden können, wenn der zuständige Arzt die Gefahr nicht falsch beurteilt hätte oder das Pflegepersonal nicht ungenügend unterrichtet gewesen wäre. Das Überwachungssystem und die Verteilung der Patienten läßt sich noch in manchen Punkten verbessern, wobei man allerdings berücksichtigen muß, daß die therapeutischen Maßnahmen nicht leiden dürfen. Unter Umständen wird es sich nicht vermeiden lassen, um der möglichen Heilung willen ein gewisses Risiko einzugehen.

Otto Lauenstein (London).

### **Kriminologie. Kriminalbiologie. Poenologie.**

**Ecard, Georges:** *Les argots étrangers.* (Die ausländischen Gaunersprachen.) Rev. internat. Criminalist. **9**, 580—600 (1937); **10**, 28—44 (1938).

Der Assistent des bekannten französischen Kriminalisten Locard gibt eine interessante Übersicht über die Gaunersprachen in den einzelnen Ländern. Berücksichtigt werden dabei Italien, Deutschland, Dänemark, Holland, England, Albanien und Rußland, ferner die Zigeunersprache und Rotwelsch. Neben einzelnen Ausdrücken mit ihrer Bedeutung werden insbesondere die einzelnen Arbeiten und Untersuchungen aufgeführt, die die Gaunersprache zum Gegenstand haben. *Hans H. Burchardt.*

**Crime — statistics for 1936.** (Kriminalstatistiken für 1936.) Med.-leg. a. criminol. Rev. **6**, 292—293 (1938).

Die englische Statistik für 1936 zeigt in vielen Zweigen der Kriminalität und auch insgesamt ein Ansteigen der Zahlen gegenüber dem Vorjahre: z. B. angeklagte Jugendliche 23083 (22393), Erwachsene 59448 (57185), Totschlag 126 (107), Trunkenheit 50069 (47224), Diebstahl, Hehlerei usw. 64418 (62401). 59% der Gesamtzahl entfällt auf Verkehrsverstöße, d. i. ein Anstieg von 13% gegenüber 1935. Einen geringen Rückgang zeigt die Selbstmordstatistik: 5007 (5156), wobei die Mehrzahl der Fälle bei den Frauen nach dem 45. Lebensjahr, bei den Männern nach dem 55. liegt. Ein Absinken der Zahlen findet sich auch bei den Fehlgeburten, Abtreibungen, Bigamie. Bei den Jugendlichen unter 17 Jahren ist ein Ansteigen aller Verbrechenarten festzustellen: 27126 gegenüber 25543, wobei die größte Straffälligkeit bei den Knaben unter 14 Jahren liegt, bei den Mädchen dagegen über 14. *Matzdorff* (Berlin).

**Coll, Jorge E.:** *Die neuen Richtungen der argentinischen kriminalistischen Politik.* Semana méd. **1938 II**, 587—591 [Spanisch].

Es handelt sich um die Inauguralrede des 1. lateinisch-amerikanischen kriminalistischen Kongresses (Buenos Aires, 25. bis 31. VII. 1938). *Romanese* (Turin).

**Comité d'étude et d'action pour la diminution du crime. Comité central: Paris. Rapport 1937.** (Forschungs- und Hilfsausschuß zur Verbrechensminderung. Hauptausschuß: Paris. Bericht 1937.) Hyg. ment. **33**, 134—135 (1938).

Der kurze Bericht beschränkt sich auf eine Aufzählung einzelner Veranstaltungen des Generalsekretariats und der örtlichen Unterorganisationen. Insbesondere wurden Vorträge und Konzerte in Strafanstalten organisiert, regelmäßige Gefangenenbesuche, zum Teil durch Berufskräfte, ausgeführt, eine Gefangenenzeitung „Rayons“ (Strahlen) verteilt, Weihnachtsfeiern und -bescherungen veranstaltet, z. B. auch in der Strafkolonie Chanteloup für Jungen unter 13 Jahren. Die eigentliche Entlassenenfürsorge mit Arbeitsbeschaffung tritt in den Berichten zurück. *H. Haeckel.*

**Schmidt, Edgar:** *Der kriminalbiologische Dienst im deutschen Strafvollzug.* Bl. Gefängnisde **69**, 164—177 (1938).

Treffende Schilderung des deutschen kriminalbiologischen Dienstes, wobei die Kriminalbiologie als die Lehre von der Persönlichkeit des Täters und seinem Werdegang unter der Einwirkung von Erbanlagen und Umwelteinflüssen gekennzeichnet wird. *v. Neureiter.*