

daß bei den verdächtigen Worten an einzelnen Buchstaben Typendefekte vorgefunden wurden, die bei den Buchstaben sonst nicht vorkamen. *B. Mueller* (Heidelberg).

Bondam, A. W. L.: Die Schriftexpertise vom Standpunkt des Richters. Arch. Kriminol. 104, 23—28 (1939).

Um dem Schriftsachverständigen bei seinen Ausführungen folgen und sich dessen Gutachten wirklich zu eigen machen zu können, ist, wie durch die Mitteilung zweier Eigenbeobachtungen erhärtet wird, eine Schulung der Richter in der „Pseusmagraphologie“ (= Schriftfalschheitskunde) und der „Homographologie“ (= Schriftidentitätslehre) notwendig. Zum Schluß des Aufsatzes wird für die Heranziehung der Graphologie zur Erkennung der Wesensart Krimineller eine Lanze gebrochen. *v. Neureiter*.

Ledden Hulsebosch, C. J. van: Einige Fälle aus der Praxis eines holländischen Schriftexperten. Nord. kriminaltekn. Tidskr. 8, 136—139 u. 154—157 (1938) [Schwedisch].

Die geschilderten praktischen Erfahrungen veranschaulichen verschiedene Seiten der Schriftexpertise. *Einar Sjövall* (Lund).

Psychologie und Psychiatrie.

Brissaud, Jacques, et Jean Béchade-Labarthe: Les enseignements de Kretschmer et la pratique judiciaire. (Die Kretschmerschen Typen und die Gerichtspraxis.) Ann. Méd. lég. etc. 19, 20—42 (1939).

Verff. sind der Meinung, daß der Richter in einer Kenntnis der Kretschmerschen Körperbautypen und ihrer psychischen Eigenarten ein wesentliches Hilfsmittel zur Beurteilung des Verhaltens, der Glaubwürdigkeit usw. von Menschen haben kann. Sie legen ausführlich Kretschmers Gedanken über die Beziehungen zwischen Körperbau und seelischer Struktur dar. In geistreichen Ausführungen empfehlen sie dem Richter das Studium dieser Gedanken, weil es geeignet ist, psychiatrische und psychologische Kenntnisse zu vertiefen. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Roemer, Georg A.: Vom Rorschachtest zum Symboltest. Rückblick auf 20 Jahre Entwicklung psychomedizinischer Testmethoden. Zbl. Psychother. 10, 310—370 (1938).

Verf., der persönlich mit Rorschach gut bekannt war, gibt zunächst eine kurze Skizzierung von Rorschachs Persönlichkeit und der Entwicklung der Testmethode, deren Anfänge bei Rorschach eigentlich schon in die Kindheit zurückreichen. Aus der Berührung mit Jung ergab sich das Fundament der gesamten Auswertung. Der Aufbau des Testsystems, seine allmähliche Weiterentwicklung werden anschaulich geschildert. Roemer würdigt voll die Verdienste Rorschachs, ohne aber die Grenzen der klassischen Rorschach-Methode, die er einer sachlich wohlbegründeten Kritik unterzieht, zu verkennen. Mit Recht betont er, daß der klassische Rorschach-Test steht und fällt mit der Antwort auf die Frage, was als Bewegungsantwort aufzufassen ist und was nicht. Mehr und mehr stellte sich die Notwendigkeit heraus, die rein formale Auswertung aufzugeben und zu einer inhaltlich-symbolischen überzugehen. Zunächst hat Rorschach diese Auswertungsart bewußt abgelehnt. Doch gestattet die inhaltlich-symbolische Auswertung der Antworten weit unmittelbarer einen Einblick in die inneren Bereiche der Persönlichkeit und erweist sich damit analytisch und psychotherapeutisch weit fruchtbarer als eine rational-funktionelle Auswertungstechnik. Kurz vor seinem Tode hat Rorschach das auch selbst erkannt, namentlich auf Grund der Auswertung eines Protokolls, einerseits rein rechnerisch, andererseits inhaltlich-symbolisch. Es erwies sich aber als notwendig, die ursprüngliche Testserie Rorschachs den neuen Zwecken entsprechend umzugestalten. Die Frage der bilateralen Symmetrie wird erörtert. Der Kleckscharakter wird so gut wie völlig aufgegeben. Die Bilder der Symboltestserie sind nur noch im Groben symmetrisch. Die inhaltlichen Bedingungen gehen noch viel weiter. Verf. erörtert dann die neue Form der Untersuchungstechnik (Lichtbedingungen, pneumographische Untersuchung, Zeitmessung, stenographische Aufnahme des Protokolls). Schließlich werden Beispiele

von Testbefunden gegeben. Zum Schluß erklärt Verf.: „Es gibt keine Methode, die für die Zwecke des Organmediziners so rasch einen zuverlässigen Einblick in die Persönlichkeitsstruktur gestattet wie die Symboltestmethode.“ *Dubitscher* (Berlin).

● **Brandner, Margarete:** *Der Umgang des Kleinkindes mit Würfeln bis zu den frühesten Formen des Bauens. Ein Beitrag zur Psychologie der Entstehung der Dingwahrnehmung und des Gegenstands- und Werkbewußtseins durch handelndes Gestalten.* (Neue psychol. Stud. Hrsg. v. Felix Krueger. Bd. 8. Das bildnerisch gestaltende Kind. Hrsg. v. Felix Krueger u. Hans Volkelt. H. 2.) München: C. H. Becksche Verlagsbuchhandl. 1939. 217 S. u. 214 Abb. RM. 8.50.

Verf. hat sich die Aufgabe gestellt, den ursprünglichen und frühesten Formen des Bauens bei Kindern nachzugehen. Sie weicht in der Methodik von ähnlichen Untersuchungen von Gesell, Halverson und Hetzer durch eine feinere Versuchsanordnung ab. Zur Verfügung standen Kinder von $\frac{1}{2}$ bis zu 3 Jahren, denen naturfarbene Holzwürfel mit möglichst auffälliger Maserung zum Spielen dargeboten wurden. Systematisch wird der Entwicklung des Greifens, der Beteiligung der Hände und der übrigen, weit vor dem Bauen ausgebildeten Umgangsformen nachgegangen. Das innige Verfließen der einzelnen Sonderbestände eines umfassenden Gesamterlebensbestandes zeigt sich darin, daß es die Kinder vornehmlich im 1. Lebensjahr fertig bringen, mehrere Umgangsweisen gleichzeitig auszuführen. Auch ohne Würfel werden vielfach die gleichen Tätigkeiten ausgeführt. Das unterstreicht die Annahme eines aktual-genetischen und phänomenalen Primats des Tunsmäßigen im frühkindlichen Erleben. Verf. geht dann ein auf die Genese der Dingwahrnehmung, die Entwicklung des Stehenkönnens als wichtigste Voraussetzung für die Entwicklung des bauensartigen Tuns und das „früheste Zueinander der Würfel“. Aus den frühesten Formen des Zueinander entwickeln sich dann Vor- und Frühformen des eigentlichen Bauens. Dazu gehört das Daraufhalten und das sog. Luftbauen. Allmählich werden die Kinder fähig, mit den Würfeln etwas herzustellen. Jedoch sind die „Werke“ noch gänzlich an die Gesetzmäßigkeit des Tuns und Umgehens gebunden. Erst am Ende des 2. Lebensjahres beginnen sich Tunsvorgänge und ihr Ergebnis entschiedener voneinander abzuheben. Es werden dann die Anfänge des eigentlichen Bauens besprochen (gelegte Figuren, darstellendes Bauen). Das Verhalten des Kindes zu den Erzeugnissen seines Schaffens geht in zwei verschiedenen Richtungen. Auch der gesamte Erlebensverlauf beginnt sich allmählich in seiner Eigenschaft als Vorgang zu gestalten, so daß sich Verlaufsunterganze herausbilden. Das spielartige Verlaufsganze kann sich dann soweit herausgestalten und durchgliedern, daß sich in Gemeinschaft mit anderen Kindern oder mit Erwachsenen ein geschlossener Tunsverlauf entwickelt. Allmählich wächst das Bestreben der Kinder, ihr Tätigkeitsfeld möglichst weit auszudehnen. Im Affekt können sie gewissermaßen wieder auf frühere Entwicklungsstufen zurücksinken. Als Nebenergebnis zeigte sich, daß die Entwicklung des Kindes durch die größeren Würfel (4 cm Kantenlänge) in stärkerem Maße gefördert wird als durch die kleinen Würfel (2,5 cm Kantenlänge).

Dubitscher (Berlin).

● **Jordi, A.:** *Das Facialisphänomen (Chvostek) im späteren Kindesalter und bei Jugendlichen. Vorkommen und Bedeutung. Beziehungen zum Körperbau. Statistische Untersuchungen an Zürcher Schulen.* Schweiz. med. Wschr. 1939 I, 49—54.

Bei der Untersuchung von 8239 Kindern und 528 Jugendlichen hinsichtlich der Häufigkeit des Vorkommens des Chvostekschen Facialisphänomens zeigte es sich, daß dieses von 27% im Kindergartenalter bis zu 45% im 9. bis 10. Lebensjahr ansteigt, dann bis zur Pubertät gleich hoch bleibt, um nachher wieder abzusinken. Die Zahlen liegen bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich hoch, waren aber ungefähr doppelt so groß wie die von den Klinikern angegebenen. Auf Grund von theoretischen Überlegungen und von zahlreich angestellten Einzelbeobachtungen kann gesagt werden, daß dem Facialisphänomen als isoliertem Symptom und im Einzelfall keine pathomonische Bedeutung z. B. für Neuropathie zukommt. Bei der Auswahl von Für-

sorgekindern ist die besondere Berücksichtigung von Facialispositiven deshalb nicht berechtigt. v. Neureiter (Berlin).

Tarozzi, Giovanni: *Contributo allo studio della psicastenia infantile.* (Beitrag zum Studium der kindlichen Psychasthenie.) (*Casa di Salute per Malatt. Ment., Lonigo.*) *Note Psichiatr.* **67**, 585—621 (1938).

Beschreibung eines Falles von Geisteskrankheit eines 10jährigen Mädchens. Die Differentialdiagnose zwischen präpuberaler Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein wird erörtert. Die Grundlage des Leidens wird in einer kindlichen Psychasthenie gesehen. Die Psychasthenie ist nach Verf. im wesentlichen erblich bedingt und reicht in ihren Anfängen bis in die früheste Kindheit zurück. Reinhardt (Belzig).

Tiling, E.: *Der Psychiater auf der Psychologischen Prüfstelle. Worin unterscheidet sich seine Arbeitsweise von der des Wehrmachtpsychologen und worin ergänzt sie diese?* (*San.-Abt. 23, Nerven-Abt., Laz. Tempelhof, Berlin.*) *Dtsch. Mil.arzt* **3**, 509—514 (1938).

Im Grunde ist jede Abgrenzung einer Wissenschaft gegen eine andere etwas Künstliches. Trotzdem findet die praktische Arbeit des Heerespsychologen ihre scharfe Grenze, während die des Wehrmachtpsychiaters in das Gebiet der Normalpsychologie eingreift, anregend und befruchtend wirkt, von dort aber auch manche Anregungen und Belehrungen schöpfen kann. Neben den rein ärztlichen Aufgaben bei der Prüfung von Offiziersanwärtern kann die Arbeit des Psychiaters die des Psychologen ergänzen oder anregen durch die andersartige Denk- und Arbeitsweise. Das Objekt der Psychologie ist das Gesunde, Typische, Gemeinsame, das der Psychiatrie zunächst das Atypische, von der Norm Abweichende, Individuelle. Ein weiterer Unterschied in der Anschauungsweise ergibt sich daraus, daß die Psychologie den Geisteswissenschaften entstammt, die Psychiatrie als ein Zweig der Medizin den Naturwissenschaften. Zwangsläufig muß den Mediziner seine Arbeitsweise auch zur Erbforschung führen. Ferner hat der Psychiater auf der psychologischen Prüfstelle eine andere Methode der Charakterforschung und Beurteilung als der Psychologe. Vor allem hat der Psychologe nicht die weitgehenden Möglichkeiten beim Explorieren. Was der Psychologe vielleicht an Objektivität gewinnt, geht ihm an lebendigem Erleben der Persönlichkeit verloren. Verf. wendet sich dann einer Besprechung der „Sonderfälle“ zu, deren Beurteilung in erster Linie in der Hand des Psychiaters liegen muß. Hier handelt es sich im wesentlichen um die wichtige Abgrenzung von Neurosen und Psychopathien gegenüber organischen Nervenkrankheiten und Geisteskrankheiten, weiterhin um die Entscheidung, ob eine Dienstunfähigkeit vorliegt oder nicht. Somit ergänzen sich hier Heerespsychologe und Wehrmachtpsychiater in erfreulicher Weise. Dubitscher (Berlin).

Aguiar Whitaker, E. de: *Der Begriff der völligen Mythomanie bei den modernen psychologischen Anschauungen.* (*Serv. de Identificaç., Hosp. de Juquery, São Paulo.*) (*I. Woche f. gerichtl. Med., São Paulo, Sitzg. v. 12.—17. VII. 1937.*) *Arch. Soc. Med. leg. e Criminol. S. Paulo* **8**, Suppl.-Bd, 235—240 u. 261—262 (1938) [Portugiesisch].

Nach Dupré bezeichnet die Mythomanie die pathologische, mehr oder weniger willkürliche und bewußte Neigung zu lügenhaften und phantastischen Darstellungen. Verf. zieht nun in dieser Hinsicht Vergleiche zwischen Schilderungen der Primitiven, der Kinder und der Kranken. Den Schilderungen liegt nicht ein logisches, sondern ein magisches Denken zugrunde. Zuletzt erwähnt Verf. als Beispiel den Fall eines Epileptikers, der fabulierend ein angeblich auf ihn ausgeführtes Attentat schildert.

Ganter (Wormditt).

Goodfellow, Louis D.: *A psychological interpretation of the results of the zenith radio experiments in telepathy.* (Eine psychologische Auslegung der Ergebnisse der Zenith-Radioversuche in der Telepathie.) *J. of exper. Psychol.* **23**, 601—632 (1938).

Verf. will die „versteckten Feinheiten“, die bei telepathischen Versuchen die Hörerschaft beeinflussen können, untersuchen. Ausgangspunkt sind die Ergebnisse, die die Zenith Foundation in einem telepathischen Versuch erhalten hat. Diese Gesellschaft hatte von September 1937 bis Januar 1938 jeden Sonnabend ein einfaches telepathisches

Experiment gesendet und die Hörschaft gebeten, die Eindrücke mitzuteilen. Die Sendung hatte großen Anklang gefunden, so daß Verf. über mehr als 1 Mill. Antworten verfügen konnte. Die Ergebnisse, die in zahlreichen Tabellen zusammengestellt und ausgewertet wurden, zeigen — ebenso wie die Daten über telepathische Versuche überhaupt — nach Ansicht des Verf. deutlich die Mitwirkung von Faktoren, die außerhalb des Zufalls liegen. Die beiden wichtigsten dieser Faktoren sind: das Schema, das der Einzelne zum Aufzeichnen seiner Vermutungen anwendet, und der vorbereitende Einfluß versteckter Suggestionen, die in den Testunterweisungen zu finden waren. Wenn diese beiden Faktoren in Anschlag gebracht werden, ist es unnötig, Telepathie zur Erklärung der Ergebnisse heranzuziehen. *Dubitscher* (Berlin).

Békésy, Georg von: Psychologie und Fernsprechtechnik. (*Telegraphentechn. Versuchsamts, Budapest.*) Forsch. u. Fortschr. 14, 342—344 (1938).

Die Fernsprechtechnik befindet sich heute bereits auf einer Entwicklungsstufe, die es erlaubt, die Apparaturen so weit wie möglich den physiologischen und psychologischen Bedingungen des Menschen anzupassen, der sie zu bedienen hat. Es ist allerdings oft schwer, die seelischen Eigenschaften zahlenmäßig zu erfassen. Bei diesbezüglichen Bemühungen erhebt sich die Frage, wieweit man sich auf subjektive Beobachtungen überhaupt verlassen kann. Entgegen gewissen Zweifeln, die man hier hegen könnte, zeigt der Verf. an einem Beispiel, daß subjektive Schätzungen den entsprechenden objektiven Meßwerten an Sicherheit nicht nachzustehen brauchen: Beim Vergleich der Lautstärke von Tönen und Geräuschen zeigte sich, daß die Fehler der Schätzung innerhalb von 10% lagen und daß bereits eine Schalldruckänderung von $\pm 5\%$ wahrgenommen wurde. Welche Nutzenanwendung sich aus dieser experimentell-psychologischen Feststellung für die Fernsprechtechnik ergibt, führt der Verf. leider nicht aus. *G. Kloos* (Haina/Kassel).

Graewe, Herbert: Die erbpsychologische Fragestellung und ihre Auswirkung auf die Erziehbarkeit. Biologe 8, 58—62 (1939).

Der lebendige Organismus kann nicht unter dem Dualismus Hier Körper — dort Seele gesehen werden. Wir können keine strenge Grenze zwischen beiden ziehen. So ist denn auch eine Vererbung geistig-seelischer Eigenschaften nicht zu trennen von einer Vererbung körperlicher Eigentümlichkeiten. Die Grundansicht von der auch nicht gedanklich trennbaren leib-seelischen Einheit mußte die Frage nach der Vererbung der geistigen Begabung nach sich ziehen und im gleichen Augenblick mußte die Frage nach der Erziehbarkeit mit Notwendigkeit gestellt werden. In Anerkennung der durch die Anlagen bedingten Grenzen mußte aus der ungebundenen Pädagogik mit dem Suchen nach der „besten“ Methode und den Vorstellungen von der Allerziehbarkeit im Lockeschen und Rousseauschen Sinne eine rassegebundene Pädagogik erwachsen. Der Erbpsychologie war als wichtigste Aufgabe gestellt, neben der Erforschung der Vererbung seelischer Eigenschaften in jedem einzelnen Falle die Tragweite der erblichen Grundlegung und die Modifikationsbreite aller Erbanlagen zu bestimmen. Durch die neueste typologische Forschung wird bestätigt, daß es nicht nur eine Vererbung der sog. geistigen Begabung gibt, sondern daß vor allem bestimmte Grundhaltungen innerhalb der Persönlichkeitsstruktur erblich begründet sind und den gesamten Ablauf der psychischen Vorgänge wesentlich vorbestimmen. Alle Schwankungen vollziehen sich lediglich zwischen Polen im Persönlichkeitsaufbau, niemals aber zwischen Gegensätzen. Erst mit der typologischen Betrachtungsweise wurde der Weg frei für eine sinnvolle Erbpsychologie, weil jede psychische Funktion, jede Erscheinungsform und Äußerung im Rahmen der Persönlichkeitsganzheit zu verstehen war. Es wird dann auf die Schwierigkeit hingewiesen, die einer Aufstellung von Erbgesetzen auf psychischem Gebiet entgegenstehen. Als Beispiel wählt Verf. die „Intelligenz“. Die wichtigste Methode zur Erforschung des erbpsychischen Aufbaus der Persönlichkeit ist die Zwillingsmethode. Hierzu werden die Ergebnisse über Schuluntersuchungen, über das kriminelle Verhalten von Zwillingen (Lange, Legras, Kranz und Stumpf) mitgeteilt. Ferner

weist Verf. hin auf eigene Untersuchungen über musikalische Veranlagung, Phantasieveranlagung, logische Veranlagung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Kritikfähigkeit, Zielhaftigkeit des Denkens, ästhetische Veranlagung, Typenzugehörigkeit und Schnelligkeit der psychischen Entwicklung von EZ. und ZZ. Der kommenden Forschung bleibt die Aufgabe, Umfang und Tragweite der erblichen Grundlegung der Einzelkomponenten im Gesamtaufbau der Persönlichkeit zu erforschen, um Möglichkeiten und Grenzen der Beeinflussbarkeit kennenzulernen. *Dubitscher* (Berlin).

● **Strömgen, Erik: Beiträge zur psychiatrischen Erblehre. Auf Grund von Untersuchungen an einer Inselbevölkerung.** (*Acta psychiatr. [Københ.] Suppl.-Bd. 19.*) Kopenhagen: Ejnar Munksgaard 1938. 259 S. Kr. 10.—

Der Plan der Arbeit war, Untersuchungen über die Morbidität der Durchschnittsbevölkerung von Bornholm vorzunehmen, teils mit Hilfe von genealogischen Stichprobenmethoden, teils auf der Grundlage eines Zensus. Hieraus hat Verf. die Krankheitserwartung der großen Psychosen in Dänemark berechnet und anschließend in derselben Bevölkerung statistische Morbiditätsberechnungen an der Verwandtschaft Schizophrener und Manisch-Depressiver durchgeführt. Die ermittelten Zahlen sind mit den entsprechenden ausländischen verglichen und auf der Grundlage des gesamten eigenen und ausländischen Materials sind theoretische Berechnungen zur Beleuchtung des Erbganges der Schizophrenie und des manisch-depressiven Irreseins vorgenommen worden. Im 1. Abschnitt wird eine Übersicht über das Programm gegeben, im 2. über frühere psychiatrische Untersuchungen an abgegrenzten Bevölkerungen kritisch referiert. Der 3. und 4. Abschnitt befassen sich mit einer Beschreibung der geographischen und demographischen Verhältnisse Bornholms und der psychischen Beschaffenheit seiner Bewohner. Im 5. Abschnitt wird eine kritische Analyse der genealogischen Stichprobenmethoden vorgenommen und es werden 4 eigene Untersuchungsreihen (3 genealogische Stichprobenuntersuchungen, 1 auf der Grundlage des Zensus) vorgelegt. Die Morbidität in den ersten 3 Gruppen weicht kaum von dem Durchschnitt analoger ausländischer Materialgruppen ab. Bei Zusammenfassung aller bisher bearbeiteter Familienuntersuchungen erhält man eine Krankheitserwartung für Schizophrenie von $0,66 \pm 0,10\%$, für manisch-depressives Irresein $0,20 \pm 0,07\%$, Epilepsie $0,35 \pm 0,07\%$, Paralyse $0,33 \pm 0,10\%$. Unter den Erwachsenen einer einzelnen Gemeinde fanden sich 12% psychiatrisch Auffällige. Es wird angenommen, daß die untersuchte Bevölkerung als repräsentativ für die dänische Bevölkerung überhaupt angesehen werden kann. In dem 6. Abschnitt werden die Ergebnisse einer Zählung aller auf Bornholm wohnhaften Personen mitgeteilt, die am Stichtage (1. IV. 1935) geisteskrank waren oder gewesen waren, ferner eine Registrierung aller frischen Fälle von Geisteskrankheiten seit 1892. Auf dieser Grundlage werden Berechnungen über die Häufigkeit der Psychosen angestellt. Unter Berücksichtigung der Übersterblichkeit der Geisteskranken beträgt die Krankheitserwartung für Schizophrenie $0,65 \pm 0,05\%$, für manisch-depressives Irresein $0,36 \pm 0,04\%$. Die Untersuchungen über die Belastung Schizophrener und Manisch-Depressiver entsprechen den Ergebnissen anderer Forscher. In den theoretischen Betrachtungen über die Erbgänge wird aus den Berechnungen gefolgert, daß die obligate Erbanlage bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein monomer sein kann, in bezug auf die Schizophrenie recessiv, auf manisch depressives Irresein dominant. Der letzte Abschnitt gibt einen Rückblick und Hinweis auf weitere Ausnutzungsmöglichkeiten des vorliegenden Materials. Ein Anhang erläutert einige der benutzten statistischen Methoden. Ferner werden 5 Tabellen zur Beleuchtung der Demographie Bornholms mitgeteilt. *Dubitscher* (Berlin).

● **Gaupp, Robert: Les tendances du développement de la psychiatrie allemande.** (Die Ausrichtung der Entwicklung der deutschen Psychiatrie.) *Ann. méd.-psychol.* 96, II, 321—359 (1938).

Robert Gaupp bringt in einer höchst anregenden, aus dem Schatze seiner reichen Erfahrung schöpfenden Arbeit einen Überblick über die Entwicklung der deutschen

Psychiatrie, die er in geistreicher Weise mit derjenigen in Frankreich vergleicht. — Um die Mitte des 19. Jahrhunderts schuf in Deutschland Griesinger die Grundlage einer wissenschaftlichen Psychiatrie. Zu einer Hilfswissenschaft entwickelte sich für die Psychiatrie die pathologische Hirnforschung unter Führung der Hirnforscher Tuczek, Nißl, Alzheimer, Spielmeyer und Jahnel. Den Arbeiten dieser Forscher war namentlich die genaue Abtrennung der syphilitischen Hirnprozesse und die Trennung der organischen und funktionellen Psychosen zu verdanken. Von entscheidender Bedeutung war weiterhin die symptomatologische Klassifikation der Katatonie von Kahlbaum und der Hebephrenie von Hecker, desgleichen die genial ersonnene Analyse der psychischen Symptome von Wernicke und die von ihm und Broca in Angriff genommene Aphasieforschung. Er stützte sich auf die Arbeiten Meynerts hinsichtlich der Lokalisation der Geisteskrankheiten und fand in Liepmann, Heilbronner und Kleist die bemerkenswertesten Jünger. Emil Kraepelin war es vorbehalten, als wegweisender Meister große nosologische Krankheitseinheiten zu schaffen, bekannt unter dem Namen der Dementia praecox und der manisch-depressiven Seelenstörungen. Bleuler führte den Begriff der Schizophrenie ein, die durch die Spaltung der Persönlichkeit ihr besonderes Gepräge erhält. Bonhoeffer stellte wegweisende Bezeichnungen der exogenen Reaktionen auf und beschrieb die chronischen alkoholischen Psychosen. Er hatte das große Verdienst, die Bedeutung der Erschöpfung einzuengen. Der Weltkrieg bestätigte die Richtigkeit seiner Auffassung, indem er viele Fälle von Erschöpfungen, aber kaum solche von Erschöpfungspsychosen brachte. Fälle des angeborenen und des früh erworbenen Schwachsinn wurden auf pathologisch-anatomischer Grundlage von Bielschowsky, Spielmeyer, Schaffer, Schob, Jacob und Scholz studiert und eingeteilt. 1888 entwickelte Möbius, fußend auf Arbeiten Charcots, seine eigene Lehre der Hysterie, der die sog. traumatische Neurose als eine männliche Form der Hysterie bezeichnete. Die große Autorität Oppenheims war der richtigen Erkenntnis der traumatischen Neurose lange ein Hindernis. Der Krieg klärte seine Irrtümer auf und verschaffte einer anderen Ausdeutung der Hysterie Eingang. In Deutschland erkannte man im Gegensatz zu Charcot die gewollte Flucht in die Krankheit als die wahre Ursache der Hysterie; auch wuchs dort die Skepsis gegenüber der Hysterie als Krankheit. 1902 wandten sich Hoche und Gaupp gegen diese Auswertung der Hysterie, und Steyerthal zerstörte 1908 jene Lehre radikal. Es blieben die hysterischen Reaktionen. Immer deutlicher wurde die Notwendigkeit einer Unterscheidung zwischen der Hysterie und der Psychogenie. Wesentlich ist nach Sokolowsky bei der Hysterie der Wille zum Kranksein und der hysterische Charakter eine Form der Entartung. Bonhoeffer hob den gewollten Charakter aller hysterischen Zustände hervor. Die Verschiedenheit der Hysterie von den Schreckreaktionen wurde klargestellt. Das Lehrgebäude Freuds über die Psychoanalyse fand in Deutschland Ablehnung bei aller Anerkennung der geistreichen Ausdeutung mancher Symptome durch Freud. Einige Forscher, wie Bleuler, stützten sich bei der Hysterie auf die Leib-Seelen-Theorie, Kleist vertrat die Lokalisationstheorie hinsichtlich der Gehirnganglien, und andere Forscher erwarteten die letzte Erkennung in der Wirksamkeit der Hormone. Die Arbeiten über Pseudodemenz, Gansersche Dämmerzustände usw. forderten die Kenntnis der sog. hysterischen Psychosen. Die Besessenheitssymptome wurden vielfach als Teilerscheinungen der endogenen depressiven Psychosen gewertet. Die Klassifikation der hysterischen Syndrome durch Kraepelin in Hysterie der Entwicklung, degenerative Hysterie, alkoholische Hysterie und hysterische Reaktionen während der Gefangenschaft hat allgemeine Anerkennung gefunden. Kretschmer deckte in sehr eindrucksvoller Weise die Beziehungen zwischen der hysterischen Reaktion und der infantilen psychischen Struktur auf. Hinsichtlich der von J. L. A. Koch aufgestellten Lehre von den psychopathischen Minderwertigkeiten wies Kraepelin auf das häufige Zusammentreffen dieser erblichen Entartung mit dem Infantilismus hin. Kretschmer schuf die Begriffe cycloid und schizoid und zeigte, daß bestimmte Formen

psychopathischer Konstitution an körperliche Strukturen gebunden sind. Er sah in gewissen psychopathischen Charakteren die Abortivformen bekannter Psychosen. So zeigte sich z. B. die biohereditäre Identität der schizoiden Psychopathie und der Schizophrenie und der manisch-depressiven Psychose zur Cycloidie und Cyclothymie. Die Aufgabe, die aktiven hereditären Faktoren zu bestimmen, ist uns das Wesentliche geworden; ebenso, zu wissen, ob sich dominante oder recessive Merkmale entwickeln. Die pathologische Histologie beschäftigt sich mit der Bestimmung und Abgrenzung der spezifisch anatomisch-pathologischen Zustände, hat aber noch nicht das geringste Ergebnis erreicht, was die anatomischen Veränderungen der wichtigsten Psychosen, besonders der Schizophrenie betrifft. Durch neue Untersuchungen im Gebiete der Chemie hofft man chemisch die organischen Entartungen der schizophrenen Prozesse zu ergründen. Die durch Vergiftungen künstlich hervorgerufenen Geistesstörungen erlauben die Beobachtung der Versuchsobjekte (durch eigene oder fremde Beobachtung) im Falle der Versuche, die an Ärzten angestellt worden sind, und enthüllen die Verwandtschaften zwischen den toxischen und den endogenen Zuständen, besonders jenen, welche die Schizophrenie betreffen. Die Arbeiten über hereditäre Biologie, sehr angefeuert durch die Forderungen des Staates, führen zu neuen Methoden und Ergebnissen, stellen die Teilung des Endogenen und Exogenen bei der Entstehung der Geisteskrankheit klar und gestatten eine genauere Analyse der Entartung. *H. Többen.*

Horst, L. van der: Psychopathologie und Psychosen. Psychiatr. Bl. 42, 909—945 (1938).

Nach einer feinen psychologischen Darstellung der Erlebnisinhalte Jugendlicher in der Pubertät, wendet sich der Verf. mit großer Sachkenntnis und feinem Einfühlungsvermögen der Psychopathologie der Pubertät zu und hebt besonders folgende 3 pathologischen Syndrome heraus: 1. Die juvenile Psychoneurose oder Pubertätsdepression, die infolge des plötzlichen Einsamkeitsgefühls und des unbefriedigten Geltungsdranges entsteht; 2. die juvenile Mythomanie, die im 2. Teil der Pubertät entsteht und deren Wurzeln in gesteigerter Tatenlust, in dem Durchbruch der Affektstauung und deren Entladung in Phantasien zu suchen sind; 3. die Integrationspsychose, die entsteht, wenn die Reifung der Persönlichkeit irgendwie behindert wird. Einzelne Fälle illustrieren die Ausführungen des Verf., die durch das Abrücken von Freud und Adler angenehm auffallen. *Plachetsky* (Berlin).

Latif, I.: Some aetiological factors in the pathology of stammering. (Einige ätiologische Faktoren in der Pathologie des Stotterns.) (*Child a. Youth Guidance Clin., Dep. of Psychol., Forman Christian Coll., Lahore.*) Brit. J. med. Psychol. 17, 307—318 (1938).

Nach einer kurzen Besprechung der Anwendung und Weiterentwicklung der Freudschen Lehre hinsichtlich des Stotterproblems im englischen Schrifttum (*Isadore Coriat, Dunlap, Appelt*) gibt der Autor eine ausführliche Darstellung und psychische Analyse von 2 Fällen, einem 18jährigen Jüngling mit Minderwertigkeitsvorstellungen infolge kleiner Statur, rückständiger Sexualentwicklung, Furcht vor den Folgen der Masturbation, Angst vor dem überstrengen Vater und dem Zwang zu einem Berufsstudium gegen seine Neigung usw.; und einem 22jährigen Studenten, dessen Sexualität in frühester Kindheit einerseits unbeabsichtigt durch häusliche Verhältnisse geweckt, zugleich aber durch eine übertrieben strenge moralische Atmosphäre unterdrückt wurde und im Stadium einer „oral libido“ steckenblieb — und kommt, da in beiden Fällen durch sorgfältige Klarlegung ihrer besonderen psychischen Komplexe zusammen mit Entspannungs- und musikalisch-rhythmischer Behandlung Heilung eingetreten war, zu dem Schluß, daß Massenbehandlung abzulehnen und jeder Fall individuell zu behandeln sei. *Schilling* (Freiburg i. Br.).^{oo}

Vedder, R.: Kongenitale oder früherworbene Apraxie bei Oligophrenen. (*Pädol. Inst., Univ. Amsterdam.*) Z. Kinderpsychiatr. 5, 161—172 (1939).

Die psychologische Untersuchung der Schwachsinnigen mittels Testuntersuchungen gestattet Schlüsse in quantitativer, aber weniger in qualitativer Hinsicht. Damit hat

das Untersuchungsergebnis mehr praktischen als wissenschaftlichen Wert. Will man tiefer in das Wesen der psychischen Defekte eindringen, dann muß man jede Funktion gesondert untersuchen in der Weise, wie man das bei den hirnpathologischen Fällen zu tun pflegt. Dabei werden bisweilen Defekte offenbar, die man mit Hilfe der Testuntersuchung nicht gefunden haben würde.

An Hand zweier Krankengeschichten werden einige Syndrome beschrieben, wobei besonders die beobachteten apraktischen Störungen Berücksichtigung finden. Es ließ sich nicht ganz sicher feststellen, ob die Abweichungen kongenital oder früh erworben waren. In dem ersten mitgeteilten Falle ist eine Geburtsschädigung am wahrscheinlichsten, in dem 2. Falle scheint es sich um eine angeborene Apraxie zu handeln. Zwischen der erworbenen und der angeborenen Form der frontalen Apraxie scheint eine große Übereinstimmung zu bestehen, die sogar in mehr oder weniger sekundären Symptomen zum Ausdruck kommt.

Die mitgeteilten Fälle zeigen, daß es sicherlich möglich ist, die Klinik der Oligophrenien noch näher analytisch zu bearbeiten. *Dubitscher* (Berlin).

Minski, Louis: Psychopathy and psychoses associated with alcohol. (Psychopathie und Psychosen in Verbindung mit Alkoholismus.) (*St. Ebba's Hosp., Epsom.*) J. ment. Sci. 84, 985—990 (1938).

Die Zahl der Alkoholkranken, in und nach dem Kriege zurückgegangen, nimmt auch in England wieder zu. Verf. hat 31 Männer und 19 Frauen behandelt und nach Ablauf des akuten Stadiums: Korsakoff, Delirium tremens, paranoide Zustände, Halluzinosen, weiter beobachtet. Er fand dann, daß dem Alkoholismus tiefere Veränderungen zugrunde lagen, meist Psychopathie verschiedener Formen, ferner manisch-depressives Irresein, reaktive Depression, Geistesschwäche, Zwangszustände, Epilepsie. Er sucht dann weiter nach den Gründen, aus denen diese defekten Persönlichkeiten zum Alkohol gekommen waren und konnte aus dem Gesamtbild einen Anhalt für die Aussicht auf dauernde Heilung gewinnen. *H. Haenel* (Dresden).

Karl, Rudolf: Zur Entstehung der Trunksucht bei Frauen. Ein Beitrag. (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. Erlangen.*) Erlangen: Diss. 1938. 39 S.

Verf. gibt in kurzen Abrissen den Lebenslauf von 26 Trinkerinnen der Fürsorge- stelle und von 4 weiblichen Insassen der Heil- und Pflegeanstalt in Regensburg wieder. Dabei wurde die Frage der Entstehung der Trunksucht untersucht. Ergebnisse: Die meisten befragten Frauen leugneten überhaupt den Alkoholabusus. Als Umwelteinflüsse, die zum Teil zur Trunksucht führten, sind zu nennen: Beruf (Kellnerin und andere Angestellte im Wirtsgewerbe, Wanderhändlerin), Ehegemeinschaft mit Trinkern oder Angehörigen aus dem Wirtsgewerbe, Alkoholgewöhnung bereits in der Kindheit, weniger exogene seelische Momente (Tod bzw. Ehebruch des Ehemannes). Im allgemeinen aber handelte es sich um endogen bedingte Trunksucht (Geisteskrankheiten, Psychopathien, Neigung zur Kriminalität in der Ascendenz, Trinker und zum Teil kriminelle Psychopathen in der Descendenz). Eine konstitutionell bedingte Minderwertigkeit war überall feststellbar. *Matzdorff* (Berlin).

Chassell, Joseph: Family constellation in the etiology of essential alcoholism. (Familienverhältnisse in der Ätiologie des echten Alkoholismus.) *Psychiatry* 1, 473 bis 503 (1938).

In Erweiterung der Untersuchungen von Knight, der den Familienverhältnissen der echten Alkoholiker eine besondere Bedeutung beimaß und bestimmte Typen für Vater und Mutter zu finden geglaubt hatte, schildert Verf. einen Fall von echtem Alkoholismus unter besonderer Berücksichtigung der elterlichen Charaktere, ihres Verhältnisses zueinander und ihrer Einstellung zu ihren elterlichen Aufgaben von frühester Kindheit des Patienten bis zum Ausbruch der Trunksucht. Die Ergebnisse bestätigen die Wichtigkeit des Versuchs, im Familienbild nach pathologischen Zügen zu forschen. *Dubitscher* (Berlin).

Schröter, M.: Untersuchungen über Pawlowsche Reflexe bei Geisteskranken. (*Med. Klin., Univ. Münster i. W.*) Z. Neur. 164, 501—515 (1939).

Die Versuche Pawlows über bedingte Reflexe waren beim Menschen schwer durch-

zuführen, weil Speichel und Magensaft bei ihm schwer zugänglich sind. Regelsberger fand in den Veränderungen der Hautpolarisation ein gleichwertiges Kriterium. Aus Messungen an der Haut mit einem einfachen Stromkreis konnte er zu den Hauptmahlzeiten ein sprunghaftes Hochschnellen der Stromwerte nachweisen, das mit Ausnahme von Handflächen und Fußsohlen an allen Körperstellen übereinstimmte. Er schließt daraus auf eine zentralnervöse Steuerung der biologischen Hautfunktion, und zwar auf eine vegetativnervöse Steuerung. Da die Großhirnhemisphären nach Pawlow das Organ für die bedingten Reflexe sind, können diese auch nur dann auftreten, wenn ein normaler Kontakt der Psyche mit der äußeren Welt vorhanden ist. Bei psychisch Kranken ist daher eine Veränderung der bedingten Reflexe zu erwarten. Die Untersuchungen des Verf. bestätigten diesen Schluß. Beim Paralytiker fanden sich entsprechend der meist stark ausgesprochenen Eblust stärkste unbedingte Reflexe. Beim Katatoniker lassen sich wiederholt deutliche bedingte Reflexe nachweisen, so daß hier trotz des äußeren Krankheitsbildes eine Beziehung zur Außenwelt noch vorhanden zu sein scheint. Nichtkatatone Schizophrene wiesen eine glatte Hemmung auf, desgleichen, aber nicht so ausgeprägt, Melancholiker. Bei allen Geisteskranken fällt eine Dissoziation zwischen oberer und unterer Körperhälfte auf, die auf eine psychisch bedingte Störung der Verdauungstätigkeit hinweist und beim Paralytiker am wenigsten ausgeprägt ist. Immer wird mehr oder weniger die Überlagerung durch einen zweiten Rhythmus deutlich, der wahrscheinlich durch das Hineinspielen älterer, cerebral verankelter Assoziationen entsteht.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Csajághy, Márta, und Béla Mezei: Die Ergebnisse der Methoden von Meduna und Sakel bei dem Pubertäts-Irresein. Orv. Hetil. 1938, 242—245 [Ungarisch].

Tetracor-Behandlung nach Meduna. Von 73 Fällen volle Genesung in 6, gute Genesung in 12, übergängliche Genesung in 11, soziale Besserung in 20 Fällen. In 24 Fällen keine gute Wirkung. Die Verbesserung erfolgte in 52%. Gute Genesungen in akuten und subakuten Fällen 35%. Bei Nichtbehandelten erfolgte eine Besserung nur in 11%. Handelt es sich nicht um sonst kranke Personen, so ist die Behandlung nicht lebensgefährlich. Ungewünschte Folgen (Verrenkungen in Gliedmaßen, einmal sogar Schenkelhalsbruch) kommen oft vor. Die von Meduna erreichte Besserung von 90% konnten Verf. nicht erreichen, vielleicht wegen der Verschiedenheit der Krankheitsdiagnose. Insulinhockbehandlung. Sie besteht aus 25—30, täglich hervorgerufenem Shock. Insgesamt wurden 35 Pubertäts-Irre behandelt. Shockdosen zwischen 15—270 Einheiten. Die Shockphasen kommen nicht immer ausgeprägt zum Vorschein. Von 35 Kranken Besserung in 16, volle Heilung in 8, übergängliche Besserung in 6 Fällen. Die Insulinbehandlung gab mehrere Heilungen als die Krampfbehandlung (4mal so gute Ergebnisse). Kein Todesfall. Protrahiertes Koma hat man in 9 Fällen beobachtet. Doppelte (Tetracor- und Insulin-) Behandlung. Von 33 Kranken volle Remission in 5, gute Remission in 5, soziale Besserung in 5 Fällen. In 18 Fällen kein Resultat. Die Medunasche Methode hat die Zahl der spontanen Besserungen auf das 3fache erhöht. Die Insulinbehandlung ist noch besser (Besserung in 25%). Die Medunasche Methode ist einfach, billig. Beide Methoden bedeuten einen großen Fortschritt in der Pubertäts-Irresein-Behandlung.

v. Beöthy (Pécs).

Berendt, Joachim-Friedrich: Katamnestische Betrachtung einiger Fälle von Übergangspsychosen aus dem manisch-depressiven in den schizophrenen Formenkreis. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Königsberg i. Pr.: Diss. 1937. 31 S.

Bericht über 8 Frauen, bei denen einer Depression in verschiedenen langen Zeiträumen eine Schizophrenie folgte, ohne daß es sich um Mischpsychosen handelte. Verf. ist der Ansicht, daß neben der Anlage zur Schizophrenie noch eine oberflächliche Anlage zum zirkulären Irresein besteht und daß die Schizophrenie erst durch das zirkuläre Irresein manifest wird. Bei den leptosomen Frauen erfolgte der Eintritt der Schizophrenie rascher als bei den pyknischen, was als Bestätigung der Ansichten Kretschmers aufgefaßt wird. Zusätzlich wird noch von einem männlichen Patienten berichtet,

bei dem erst nach der Schizophrenie eine Manie auftrat. Das zahlenmäßige Überwiegen der Frauen wird mit deren zarterem psychischem Aufbau erklärt. *Plachetsky* (Berlin).

Weinert, W., und E. Fünfgeld: Über die klinische Bedeutung der Hirnlipoidreaktion nach **Lehmann-Facius**. (*Städt. Nervenklin., Magdeburg-Sudenburg.*) Allg. Z. Psychiatr. **109**, 105—110 (1938).

Schneider, G.: Erfahrungen mit der **Lehmann-Facius-Reaktion**. (*Bad. Heil- u. Pflgeanst., Illenau.*) Allg. Z. Psychiatr. **109**, 86—104 (1938).

Jacobi, A.: Die Liquordiagnose der Schizophrenie mit der **Hirnlipoid-Reaktion** nach **Lehmann-Facius**. *Klin. Wschr.* **1938 II**, 1583—1585.

Verff. berichten über ihre Erfahrungen mit der **Lehmann-Facius-Reaktion**, die an 326 Liquores durchgeführt wurde. Verff. halten die Reaktion für fast 100proz. spezifisch. Sie benutzten von **Lehmann-Facius** zur Verfügung gestellte Extrakte, nachdem **Weinert** die Technik bei **Lehmann-Facius** gelernt hatte. Daß symptomatische Psychosen gelegentlich positiv ausfallen und auch einzelne Psychopathien positive Resultate ergaben, bleibt den Verff. unklar. Über eine Nachprüfung der positiven und negativen Fälle, die doch zum Teil nur sehr kurzfristig unter Beobachtung waren, ist nichts angegeben. Es ist auch nicht angegeben, wieviel von den Schizophrenien „alt“ bzw. defekt waren. Daß defekte Schizophrenien auch einen negativen Befund aufweisen können, glauben Verff. auf einen Stillstand des Prozesses zurückführen zu können. — **Schneider** hat die Technik ebenfalls bei **Lehmann-Facius** gelernt. Er kommt auf über 90% positive Resultate. Daß er trotzdem abrät, die so zuverlässige Reaktion forensisch zu verwerten, ist dann ja kaum verständlich. Bei der Korrektur wird nachgetragen, daß **Hartwich** und **Röder** mittlerweile ihre frühere Zustimmung zu der Methode zurückgezogen haben. „Dies kann aber meines Erachtens an der Tatsache nichts ändern, daß mit den Normalhirnextrakten 35 und 62 und M sowie mit den Katatoniehirnextrakten 81 und 87 sowohl von uns wie von den erwähnten Nachuntersuchern Ergebnisse erzielt wurden, die mit den Angaben von **Lehmann-Facius** übereinstimmen.“ **Schneider** erwähnt nicht, was ihm entgangen sein mag, daß Ref. auf der Tagung der Nordwestdeutschen Psychiater und Neurologen in Hannover im Anschluß an den Vortrag von **Weinert** die Reaktion ebenfalls abgelehnt hat, die er mit eigenen und mit **Lehmann-Facius** zur Verfügung gestellten Extrakten ausgeführt hat. — Die Ablehnung **Jacobi**s gründet sich auf eine zahlenmäßig allerdings verhältnismäßig geringe Erfahrung. Er hat aber die Methode gelernt in einem Institut, das mit **Lehmann-Facius** zusammen arbeitet und dessen Ergebnisse bestätigt hatte. **Jacobi** steht auf dem Standpunkt, daß wohl hauptsächlich die Technik des Schüttelns an den verschiedenen Resultaten schuld ist und hat deshalb auf peinlich gleichbleibendes Schütteln geachtet, ohne indes mehr Erfolg zu erzielen. — Ref. hat schon einmal gebeten, es sollten entweder sicher wirksame Extrakte zur Verfügung gestellt werden, mittels derer ein serologisch vorgebildeter Untersucher die Reaktion nachprüfen kann oder es sollte die Reaktion selbst so objektivierbar sein, daß sie keine Verwechslungsmöglichkeiten mehr bietet. Es wäre meines Erachtens wichtiger, jetzt die Reaktion hieb- und stichfest zu machen als für oder wider zu veröffentlichen. Zweifellos müßten auch die Schizophreniefälle sowohl als auch die anderen negativen und positiven Fälle möglichst katamnestic von neutralen Nachuntersuchern bestätigt werden. Wenn eine frische Schizophrenie positiv ist und eine ältere Schizophrenie negativ, dann fragt es sich doch nach ganz allgemeiner psychiatrischer Erfahrung sehr: Wie sieht der frische Fall in 2 Jahren aus und wie würde man ihn z. B. beurteilen im Erbgesundheitsverfahren? Man sollte also die Sorgfalt der Kritik, die man auf sein Urteil im Erbgesundheitsverfahren verwendet, auf die Kritik einer diagnostischen Reaktion anwenden und man sollte, was ja hoffentlich auch nicht mehr geschieht, nicht die Diagnose Schizophrenie abhängig machen von einer diagnostischen Reaktion, sondern umgekehrt deren Bedeutung prüfen daran, was sie von den Urteilen bestätigt, die der erfahrene Psychiater im Erbgesundheitsgutachten gefällt hat. *Riebeling* (Hamburg).

Bürger-Prinz, Hans: Schizophrenie und Mord. Eine kritische Auseinandersetzung mit dem gleichnamigen Buch von Dr. med. Nikola Schipkowensky. Mschr. Kriminalbiol. **30**, 28—35 (1939).

Verf. referiert und übt gleichzeitig Kritik. Soweit sich diese mit der von Schipkowensky seinen Fällen gegebenen Auswertung befaßt, muß sie im Original nachgelesen werden. Sie bezieht sich vor allem auch auf psychopathologische Konstruktionen, die in der Tat recht anfechtbar erscheinen. Aber auch die Grundthesen der Arbeit seien nicht überzeugend. Es sei überflüssig, eine Reihe neuer Begriffe, z. B. der „Mordfertigkeit“, einzuführen und die klinische Analyse der Fälle mit der Diskussion analytischer Theorien zu belasten und zu komplizieren. Der „rein schizophrene Mord“ sei immer noch die unableitbare und unverständliche Tat. *A. Warstadt* (Berlin-Buch).

Cameron, Norman: A study of thinking in senile deterioration and schizophrenia disorganization. (Studie über das Denken bei senilen Psychosen und Schizophrenie.) (*Johns Hopkins Hosp., Baltimore.*) Amer. J. Psychol. **51**, 650—664 (1938).

Verf. will die Frage klären, ob die schizophrene Sprachunordnung in ihrem Kern und Wesen sich auch bei geistig Senilen vorfindet und einfach als das Produkt einer allgemeinen Verschlechterung (Entartung) zu gelten hat. Er stellt daher Vergleiche an über Wortproduktion und logische Form zwischen beiden Gruppen und vergeleicht außerdem mit dem Ergebnis bei normalen Kindern und Erwachsenen. — Das Ergebnis der Untersuchung war — Methode und Verfahren müssen im Original nachgelesen werden —, daß weder der senile Verfall noch die schizophrene Unordnung ein sprachliches Ergebnis zeitigten, das mit dem Normalen sich vergleichen ließ. Die schizophrene Sprachform und Logik wird als wesentlich unterschiedlich und gegensätzlich zur senilen Ausdrucks- und Denkweise beschrieben (was klinisch übrigens allgemein bekannt ist). Ein gesetzmäßiger Zusammenhang wurde nicht ermittelt, womit auch die anfangs gestellte Frage negativ zu beantworten wäre. Zum Schluß wird noch versucht, die Unähnlichkeit in den mehr allgemeingültigen Verschiedenheiten, der Entwicklung, der psychotischen Persönlichkeit, der Altersperiode des Einsetzens der Erkrankung und in der organischen Pathologie beider Gruppen zu erklären. *Wrede.*

Rohde, Max: Beitrag zur Kenntnis der Pyknolepsie. (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Düsseldorf-Grafenberg u. Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.*) Z. Neur. **164**, 516—530 (1939).

Verf. legt seiner Begriffsbestimmung „Pyknolepsie“ folgende Fälle zugrunde: Im Kindesalter auftretende gehäufte kurzdauernde Absenzen, bei denen das Wesentliche eine Unfähigkeit zu denken und zu sprechen ist. Unter leichtem Erschauern sinkt der Körper etwas in sich zusammen, der Kopf ist vornüber geneigt, die Hände hängen schlaff herab, der Gesichtsausdruck ist ekstatisch entrückt, die Augen sind nach oben gedreht, die Gesichtsfarbe bleibt unverändert. Es treten rhythmische Bewegungen der Gesichtsmuskulatur, besonders der Lippen und Augenlider auf. Größe und Reaktion der Pupillen wechseln; keine Pupillenstarre. Keine Unsicherheit im Stehen oder Gehen. In der Hand gehaltene Gegenstände werden nicht fallen gelassen. Kommen des Anfalls ohne Vorboten. Empfindungsvermögen für Schmerz herabgesetzt. Keine Nachwehen. Je nach der Tiefe der Bewußtseinsstörung wird die vor dem Anfall begonnene Beschäftigung fortgeführt oder nicht. Bei Beginn der Pyknolepsie Häufung der Anfälle bis zu 100 täglich. Für die Diagnose sind immer organische Schäden auszuschließen. Das erste Auftreten muß in die Zeit der mittleren Kindheit fallen (4. bis 10. Lebensjahr). Abnahme der Häufigkeit der Anfälle um die Pubertätszeit. Epileptische Wesensart und entsprechende Veränderungen der Psyche und des Intellekts sprechen gegen Pyknolepsie. Mitteilung von 6 Fällen aus eigener Beobachtung, von denen einer über 20 Jahre besonders gut studiert werden konnte. Die auslösende Ursache der Anfälle war nicht mit Sicherheit festzustellen, doch bestehen Hinweise darauf, daß psychische und vegetative Störungen maßgebend sind. Sexuelle Erlebnisse der frühen Kindheit scheinen eine Rolle zu spielen. Der kleine Anfall scheint Ausdruck eines lustbetonten Vorgangs

zu sein, vielleicht besonders erotischer Natur. In allen Fällen trat nach kurzer Hyperventilation ein Anfall auf. Medikamentöse Behandlung half nie. In 3 Fällen überdauerten die pyknoleptischen Erscheinungen die Pubertätszeit weit. Es war aber keine Persönlichkeitsveränderung vorhanden. Die Pyknolepsie scheint daher mit der Epilepsie nichts zu tun zu haben.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Westphal, Kurt: Zum klinischen Aufbau der exogenen Psychosen. *Z. Neur.* **164**, 417—491 (1939).

Den interessanten Untersuchungen ist zu entnehmen, daß der Leptosome der progressiven Paralyse gegenüber recht resistent ist. Er wird im Verhältnis zu seiner zahlenmäßigen Stärke unter den Gesunden nur wenig häufig von ihr befallen, die Paralyse bricht bei ihm durchschnittlich später aus, sie verläuft in einem hohen Prozentsatz bei Malariatherapie verhältnismäßig günstig, die Todesziffer ist nur eine mäßig hohe. Der Pykniker dagegen stellt einen relativ hohen Prozentsatz der Paralytiker und ist durch die progressive Paralyse vital sehr gefährdet; bleibt er am Leben, so neigt die Krankheit bei ihm in einem sehr günstigen Prozentverhältnis zu guten Remissionen. Beim Athletiker ergab sich eine mäßige Affinität zur Paralyse, eine geringe Mortalität, aber ein sehr ungünstiges Verhältnis der guten zu den schlechten Remissionen. Ferner zeigte es sich, daß die Pykniker bei den exogenen Reaktionstypen der Paralytiker deutlich überwiegen. Sie stellen auch bei den konstitutionstypischen Reaktionen im Verhältnis zu ihrer Gesamtzahl einen fast doppelt so großen Anteil wie die Leptosomen. Unter den cycloiden Reaktionsformen der Paralytiker überwiegen die Pykniker in einem Prozentsatz, der ihrem prozentualen Vorkommen bei den entsprechenden endogenen Psychosen entspricht. Unter den schizoiden Reaktionsformen prävalieren dagegen die Leptosomen in einer Stärke, entsprechend etwa ihrer Affinität zur engeren Dementia praecox-Gruppe.

v. Neureiter (Berlin).

Stahl, Hedwig: Zur Frage der Eklampsiepsychosen. (*Univ.-Nervenclin., München.*) *Arch. f. Psychiatr.* **108**, 594—608 (1938).

40 Jahre alte Frau erlitt 21 Stunden nach einer Zwillingsgeburt einen eklamptischen Anfall, dem innerhalb von 7 Stunden noch 5 weitere folgten. Erfolgreiche Behandlung nach Stroganoff. Zwei Tage später Entwicklung eines etwa 1½ Tage anhaltenden deliranten Zustandsbildes. Amnesie vom Auftreten des ersten Anfalls für etwa 2 Tage.

Verf. erörtert die Ähnlichkeit der Eklampsiepsychosen mit den Zustandsbildern bei epileptischen Dämmerzuständen und bei Hypertensionsdelirien sowohl in klinischer wie pathologisch-anatomischer und pathogenetischer Hinsicht. Bei der Ähnlichkeit der klinischen Symptome könne die Eklampsie und Eklampsiepsychose als symptomatische Epilepsie betrachtet werden. Ursächlich wichtig für das Zustandekommen einer Eklampsie wären Generationsvorgänge, Störungen des Eiweißhaushaltes, insbesondere aber funktionelle Gefäßstörungen. Jedoch müsse wohl auch eine gewisse epileptische Anlage vorausgesetzt werden.

Kucher (Berlin).^{oo}

Pedersen, O.: Epilepsie als Frühsymptom bei Hirngeschwülsten. (*Neurochir. Univ.-Klin., Berlin.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1938 II**, 1061—1064 u. 1103—1105.

Generalisierte epileptische Anfälle, evtl. viele Jahre als einziges Zeichen, werden nicht selten als Frühsymptom bei intrakraniellen Neubildungen beobachtet und können als genuine Epilepsie verkannt werden, bei Steigerung des Hirndruckes sistieren sie manchmal spontan. Natürlich kommen auch rein sensible Krisen und alle möglichen fokalbedingten Anfallstypen vor, z. B. nicht selten zuerst jacksonartige, später allgemeine Krämpfe oder Absencen, Dämmerzustände, Äquivalente verschiedener Art, ferner finden sich ganz atypische Anfälle, wie einfache Ohnmachten, Bewußtseinsverlust bei Jackson-Attacken, heftige Kopfschmerzen beim Anfall, postparoxysmale Paresen, Unzinatusanfälle. Nicht selten ist ein Wechsel im Krampftypus. Die längsten Krankheitsverläufe, 5—10 Jahre und mehr, finden sich bei gutartigen Meningeomen, ferner bei Gefäßneubildungen wie kongenitalen arteriovenösen Aneurysmen, von bösartigen Geschwülsten wurden besonders Glioblastome beobachtet. Wahrscheinlich bildet der Reiz von durch den Tumor verursachten Zirkulationsstörungen die Ursache

der Anfälle. In bezug auf den Sitz der von Epilepsie begleiteten Geschwulst sah Verf. die Zentroparietalregion an erster Stelle, es folgte die Temporal-, Frontal-, zuletzt die Occipitalregion, doch treten Anfälle auch bei hypophysären Geschwülsten auf. 9 Fälle.

Hoening (Berlin).

Braun, F.: Über organische Hirnkrämpfe. Schweiz. med. Wschr. 1938 II, 1069 bis 1075.

Die Arbeit stellt ein sehr gutes kritisches Übersichtsreferat über Theorien und Anschauungen über die Auslösung und das Wesen der organischen epileptischen Krämpfe dar. Verf. bespricht zunächst die pathologisch-anatomischen Veränderungen (Randgliose, Ammonshornsklerose) und behandelt ausführlicher Spielmeyers Forschungen über die Gefäßkrämpfe. Die bisher bekannten anatomischen Veränderungen erklären jedoch nicht Wesen und Ursache der Epilepsie. Bei 40% der Epilepsien wird die Ammonshornsklerose vermißt, bei 20% sowohl Ammonshornsklerose als auch Kleinhirnveränderungen. Die Erkenntnis, daß Gefäßspasmen den Anfällen vorausgehen, hat sich in der Folgezeit für Forschung und Therapie als sehr fruchtbar erwiesen. Es wurden Stoffe gesucht, die diese Gefäßspasmen und damit den Anfall verhindern könnten. Als solche sind zu nennen: Acetylcholin und die sog. 4. Substanz, beides vasodilatatorische Mittel. Die Theorien von Frisch werden ausführlich gewürdigt. Die besonderen Verhältnisse des Eiweißstoffwechsels und des Wasserhaushaltes der Epileptiker konnten mit Erfolg therapeutisch ausgewertet werden (Fieberbehandlung, Reizkörpertherapie, Dehydrierungsmaßnahmen, medikamentös oder durch entsprechende Diät). Bemerkenswert sind die Ausführungen des Verf. bezüglich hypoglykämischen Anfällen. Eigene Untersuchungen haben ergeben, daß die Insulinempfindlichkeit der Epileptiker sich nicht von derjenigen der Schizophrenen unterscheidet. Der Zuckerhaushalt spielt für die Auslösung von Krämpfen bei Epileptikern nur eine untergeordnete Rolle. Kurz erwähnt werden Jacksons und Muskens Theorien über Krampf als Entladung. Die Krampfgifte behandelt Verf. eingehend. Unter geeigneten Umständen kann jeder Mensch in so große Krampfbereitschaft versetzt werden, daß es zu epileptischen Anfällen kommt. Bekannt ist Campher als das hauptsächlichste Krampfgift. Für uns von wesentlichem Interesse ist weiterhin das Cardiazol. Epileptiker sind gegen Cardiazol empfindlicher als Gesunde oder auch Schizophrene. Das Cardiazol steigert die Krampfbereitschaft der Epileptiker; es unterscheidet sich dadurch wesentlich vom Insulin als Krampfmittel. Verf. sieht deshalb im Insulinshockkrampf und Cardiazolkrampf zwei verschiedene Vorgänge. Bei den Krampfgiften spielen sich in erster Linie intracelluläre Vorgänge ab, die sekundär den Stoffwechsel beeinflussen. Dafür sprechen unter anderem die Versuche Krolls. In übersichtlicher und klarer Form bringt Verf. die neuesten Forschungsergebnisse zum Thema „Intracelluläre Krampfstoffbildung“ und „Reflexepilepsie“. Hinsichtlich der Herabsetzung der Krampfbereitschaft wird Brom und Luminal erwähnt. Über die Wirkungsweise des Broms herrschen nach Verf. im allgemeinen falsche Vorstellungen. Klinische Erfahrungen beweisen, daß Brom kein schädliches Gift ist. Es substituiert das Chlor und übernimmt als Natriumbromid die Funktionen des Kochsalzes. Abschließend führt Verf. aus, daß zahlreiche Untersuchungen und Experimente beweisen, daß die eigentümlichen Stoffwechselbewegungen im Blutserum der Epileptiker von Störungen in der Funktion der Gehirnzelle selbst abhängen und nicht umgekehrt. Die Anfälle werden durch die den erkrankten Hirnpartien afferenten Reize ausgelöst. Diese Reize können von außen kommen; öfters stammen sie von inneren Organen, besonders den endokrinen Drüsen (Epithelkörper-epilepsie).

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

Eichler, P.: Über pseudotabische und pseudoparalytische Bilder bei der Kompressionspsychose. (Prov. Heil- u. Pflegeanst., Düsseldorf-Grafenberg u. Psychiatr. Klin., Med. Akad., Düsseldorf.) Arch. f. Psychiatr. 102, 282—303 (1939).

Die hier ausführlich wiedergegebenen Beobachtungen bei 3 Fällen atypischer Kompressionspsychose beweisen, daß auch durch traumatische Hirnschädigung das

Bild einer Pseudotabes verursacht werden kann. Darüber hinaus berechtigt die Kombination des pseudotabischen Syndroms mit maniformen Affektstörungen und konfabulatorischen Größenideen in 2 Fällen zur Feststellung, daß auch bei der traumatischen Hirnschädigung vorübergehende paralyseähnliche Bilder auftreten können, und zwar von einem solchen Grad, daß von einer „traumatischen Pseudoparalyse“ gesprochen werden kann. Prädisponierende endogene oder exogen-körperliche Momente — speziell Alkoholmißbrauch — sind dabei nicht Voraussetzungen für den Eintritt derartiger Komotionspsychotischer Bilder; vielmehr scheint es lediglich von Art, Umfang und Sitz der traumatischen Läsionen abzuhängen, ob eine Commotio oder eine Komotionspsychose eintritt. Die Art der Symptomenkuppelung Pupillenstörung-Areflexie zeigt hinsichtlich des Erscheinungsbildes der Pupillenstörung nicht die eines ganz typischen Tabessyndroms; der Mangel einer reinen reflektorischen Starre mit Miosis, die wechselnde Weite der Pupillen und die leichte Beeinträchtigung der Konvergenzreaktion läßt vielmehr an Übergänge zur Pupillotonie denken, ohne daß man jedoch schon von einem Adieschen Syndrom sprechen könnte. Die Existenz einer spezifischen „traumatischen Pupillenstarre“ kann nicht angenommen werden. Die bei Komotionen auftretenden Hypo- und Areflexien sind nicht nur vorübergehende, sondern können dauernd, mindestens aber mehrere Jahre bestehen bleiben und als Sehnenareflexie am ganzen Körper in Erscheinung treten. Die Auffassung Kehlers, daß eine allgemeine Hypotonie der Areflexie parallel geht, kann auch für die traumatische Pseudotabes bestätigt werden. Die bisher bevorzugte pathogenetische Erklärung derartiger Areflexien als Folge spinaler Hinterwurzelschädigung durch Hirndruck befriedigt nicht, vielmehr spricht vieles dafür, daß die Areflexie wie die Pupillenstörungen und die übrigen Zwischenhirnsymptome (Glykosurie, stärkste Gewichtsabnahme) auf eine Läsion im Hirnstamm zu beziehen sind. Ob und inwieweit das gleichzeitige Auftreten dieser sicheren neurologischen Mittel-Zwischenhirnsymptome und des Korsakowschen Symptomenkomplexes mit expansiv-manischer Affektstörung berechtigt, auch die für die psychotischen Störungen der Komotionspsychose verantwortlichen Läsionen primär im hypothalamischen Gebiet zu suchen, möchte Verf. noch dahingestellt sein lassen. Auf den ersten Blick scheint zwar das gesehene neurologisch-psychische Syndrom eine Bestätigung der Auffassung Gampers u. a., insbesondere experimentell-physiologischer Untersucher über die Bedeutung des Mittel- und Zwischenhirns für die Entstehung des Korsakowschen Syndroms und auch der Affektstörung zu sein; es ist aber zu bedenken, daß sicher in 2 der mitgeteilten Fälle auch Stirnhirnprellungsherde vorlagen, so daß zum mindesten für die Affektstörung der Beweis dafür, daß sie primär und ausschließlich auf eine Läsion des Mittel- und Zwischenhirns zurückgeführt werden könnte, nicht einwandfrei zu erbringen ist. v. Neureiter (Berlin).

Claude, Henri, et J. Cuel: Démence pré-sénile post-traumatique après fracture du crâne. Considérations médico-légales. (Präsenile posttraumatische Demenz nach Schädelbruch. Gerichtsärztliche Betrachtungen.) *Ann. Méd. lég. etc.* **19**, 173—184 (1939).

Eine Frau von 49 Jahren ohne prämorbidie Eigenschaften wurde von einem Auto angefahren und erlitt eine schwere Gehirnerschütterung. Weniger als 1 Jahr nach dem Unfall machten sich fortschreitende geistige Störungen, gekennzeichnet durch Gedächtnisstörungen sowie durch Störungen der Handlungsfähigkeit, Apathie und Gleichgültigkeit geltend. Diese Störungen grenzten an einen Zustand völliger Demenz, die im Jahre 1934, 5 Jahre nach dem Unfall, eine Anstaltsunterbringung notwendig machte. Sie starb im Jahre 1937 im Alter von 57 Jahren an Lungentuberkulose. Die anatomische Untersuchung des Gehirns ergab die typischen Veränderungen der senilen Demenz. — Die präsenilen Demenzzustände, die ziemlich früh — vor dem 60. Jahre — auftreten und eine dunkle Ätiologie aufweisen, sind sicher keine Ausnahme. Im gegenwärtigen Falle muß besonders die mindestens ungewöhnliche Rolle auffallen, welche die der Kranken im Jahre 1929 zugestoßene Schädelverletzung gespielt zu haben scheint. — Diese Frau wird von einem Auto überfahren. Sie weist zu keiner Zeit die Zeichen eines Schädelbruchs auf, sondern nur einen Bruch des Unterliefers; sie hat keine inneren Verletzungen, keinen Bruch der Gliedmaßen, sie hat einen Zustand vorübergehender Bewußtlosigkeit und einen Nervenschock erlitten. Sie hat in der Folge einige Erinnerung von den Vorgängen des

Unfalls, sie bietet kein neurologisches Zeichen von Verletzungen des Zentralnervensystems. Nur ihr seelischer Zustand verändert sich nach und nach. Ihr früher fröhliches Wesen wird finster, sie zeigt für nichts mehr Teilnahme, und ihr Gedächtnis nimmt ab. Ihre Tatlust verschwindet gänzlich, und schließlich werden die Zeichen einer senilen Demenz offenbar. Ihre Unterbringung in einer Anstalt wird 5 Jahre nach dem Unfall notwendig. Die anatomische Untersuchung zeigt das Fehlen jeglichen Schädelbruchs und irgendwelcher Verletzung des Zentralnervensystems, wohl aber sehr deutliche Merkmale des Entartungstypus nach Alzheimer. Hier ist also nach Ansicht der Verf. ein herdförmiger und fortschreitender Zustand, der den Anblick der verfrühten Vergreisung darbietet, die Folge einer Shockwirkung auf die Nervenzentren ohne unmittelbare Verletzung. Die fast völlige Entartung der Zellenteile ist langsam fortgeschritten. — Bei jungen Menschen, die Opfer dieser Zufälle sind, beobachtet man häufig solche Zustände, deren Ursache man nicht leicht erfaßt, und die sich ausweisen durch Niedergedrücktheit, Veränderungen des Wesens und des Tatendranges, Schwindel, Störungen des Gedächtnisses und der Aufmerksamkeit, heftigen Kopfschmerz ohne neurologische Zeichen. — Aber dieses klinische Bild verschwimmt allmählich, und nach einigen Monaten verringern sich die Anzeichen zum Teil. Unser Fall stellt eine der schlimmsten Abarten dar, die durch die Entwicklung der präsenilen Demenz gekennzeichnet sind. Aber es gibt weniger ernste Formen, deren Entwicklung nur angedeutet wird durch die Langsamkeit der Besserung der Anfangerscheinungen, oder sogar durch das Beharren dieser Seelenstörungen, Schwächung des Gedächtnisses, Verminderung der Tätigkeit, Veränderung des Wesens, Unfähigkeit zur Wiederaufnahme der gewöhnlichen Verstandeschäftigungen. In einem Wort: diese Personen bleiben, obwohl sie keine örtliche Verletzungen erlitten haben, körperlich und geistig geschädigt.

Többen (Münster i. W.).

Backlin, Erik: Beitrag zur Frage der strafrechtlichen Beurteilung bei der fieberbehandelten Paralyse. Sv. Läkartidn. 1938, 1945—1953 [Schwedisch].

Die Schwierigkeit der Beurteilung ist besonders groß in den Fällen, wo die Remission nach der Fieberbehandlung so gut wie vollständig zu sein scheint. Der Verf. schildert einen Fall, bei dem seines Erachtens Zurechnungsfähigkeit besteht; das Delikt war von derselben Art (Diebstahl) wie die, deren der Patient sich vor der Erkrankung an Paralyse mehrfach schuldig gemacht hatte. Die Straftat ist jetzt gesühnt, ohne daß während der Strafverbüßung psychische Symptome aufgetreten wären.

Einar Sjövall (Lund, Schweden).

Kriminologie. Kriminalbiologie. Poenologie.

Schinnerer, Erich: Das kriminalbiologische Gutachten und die Verwendung sachverständiger Laienrichter im Strafverfahren. Mschr. Kriminalbiol. 30, 9—17 (1939).

Der Vorschlag, die Entscheidungsfähigkeit der Strafsenate durch die Verwendung sachverständiger Laienrichter zu heben, hat bisher keinen Anklang gefunden. Dahingegen hat man immer wieder eine Ergänzung der strafrichterlichen Ausbildung gefordert, um den Mängeln abzuweichen, die sich durch eine einseitige rechtswissenschaftliche Schulung ergeben können. Durch die Errichtung des kriminalbiologischen Dienstes in Deutschland [vgl. diese Z. 30, 120 (1938)] und durch die Einführung der kriminalbiologischen Gutachten, die vor allem bei der Verhängung von Maßregeln der Sicherung und Besserung eingeholt werden sollen, ist eine völlig neue Situation entstanden, die eine eingehende Prüfung erfordert. Denn das kriminalbiologische Gutachten wird sich nicht nur durch den Umfang, in dem seine Anwendung vorgesehen ist, sondern auch durch das Ausmaß seiner Verwertung eine Sonderstellung unter den Beweismitteln erobern. Ist es doch seinem Wesen nach angetan, zur allein entscheidenden Grundlage des Urteils hinsichtlich der Prognose des Täters zu werden und alle richterlichen Ermittlungen zu verdrängen. Dem entspricht aber die Stellung des Kriminalbiologen als Sachverständiger im Prozeß nicht. Es dürfte daher richtiger sein, demjenigen, der tatsächlich die Verantwortung für einen Urteilsspruch hat, auch verfahrensrechtlich damit zu belasten. Durch eine Umbildung des Richterkollegiums könnte dem in der Weise Rechnung getragen werden, daß bei einer Entscheidung über die Verhängung von Maßregeln der Sicherung und Besserung ein sachverständiger Laienrichter an die Stelle eines Schöffen in der Großen Strafkammer oder eines Geschworenen im Schwurgericht zu treten hätte, während bei der Entscheidung über die Strafaussetzung ein Senat aus 2 Berufsrichtern und einem sachverständigen Laien-