

scharf herausfahrende oder keilförmige Endstriche, häufige Häkchen an An-, Quer- und Endstrichen, hochgesetzte und vorauseilende Oberzeichen. Demgegenüber kennzeichnet die männliche Schrift häufiger positives Formniveau, festere und druckreichere Schrift (der Druck steigert sich bei erhöhter Schreibgeschwindigkeit), gleichmäßiger Druck, mäßig rechtsschräge bis steile Schrift, einfachere Schrift mit weniger Verreicherungen, die Mischschrift mit Wechsel der Schriftsysteme ist seltener, selten finden sich bizarre Schriften, höchstens bei der Unterschrift, häufiger linksläufige Schrift, größerer Verbundenheitsgrad, Winkelbindung (Winkel, Winkelarkaden, Winkelgirlanden), selten gestützte Girlanden oder Fadenbindung, letztere höchstens bei sehr eiliger, flüchtig hingeworfener Schrift, große Zwischenräume von Wörtern und Zeilen, Unterstreichungen von Wörtern, scharfe Haltepunkte an den Unterlängen finden sich seltener oder schwächer ausgeprägt, ebenso wie die Knicke des Neigungswinkels der Langbuchstaben, kurz und schroff abgebogene Unterlängen oder links ausbiegende säbelförmige Unterlängen, sowie verlängerte, scharf herausfahrende oder keilförmige Endstriche seltener oder schwächer ausgeprägt vorkommen, schließlich finden sich seltener Häkchen an An-, Quer- und Endstrichen und die Oberzeichen werden meistens genauer gesetzt.

G. Zillig (Frankfurt a. M.).

**Heiden, Gertrud an der: Feststellungsmöglichkeit bei mit Vorbedacht geplanter, nach Erhalt der echten Unterschrift ausgeführter Maschinenschriftfälschung.** (Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Göttingen.) Arch. Kriminol. 106, 93—98 (1940).

Verf. beschreibt einen Fall von nachträglich geändertem Text einer Quittung mit echter Unterschrift. Der Betrag 20 RM., der in Zahlen und Worten ursprünglich dastand (Schreibmaschinenschrift) und so angeordnet war, daß leicht eine Änderung vorgenommen werden konnte, wurde in 200 RM. in Zahlen und Worten abgeändert. Die stattgehabte Rasur ließ sich nur schwer als Aufrauhung erkennen, jedoch waren die Eindrücke der ursprünglichen Schriftzeichen bei geeigneter Beleuchtung zu erkennen, ebenso noch Reste der Schrift. Der vom Staatsanwalt erteilte Auftrag lautete lediglich auf Feststellung der Echtheit der Unterschrift. Der Fall zeigt wieder einmal die Notwendigkeit, daß von dem Gutachter auch bei präziser Fragestellung, zu deren Beantwortung die Kenntnis der übrigen Umstände nicht erforderlich zu sein scheint, der Akteninhalt eingehend studiert wird und bei der Untersuchung alle bekanntgewordenen Umstände berücksichtigt werden. Gegebenenfalls ist die Untersuchung über die zunächst gestellte Frage hinaus weiter auszudehnen, um ein für die Rechtsfindung brauchbares Gutachten abgeben zu können. Selbstverständlich wird man sich in solchen Fällen mit dem Auftraggeber in Verbindung setzen.

Klauer.

### Psychologie und Psychiatrie.

**Bericht über den XV. ungarischen psychiatrischen Landeskongreß der Gesellschaft ungarischer Psychiater vom 5.—7. November 1939 in Budapest.** Psychiatr.-neur. Wschr. 1940, 125—128, 136—138 u. 145—147.

Auf den Tagungen des Landeskongresses wurden folgende Vorträge gehalten: I. Referat: „Scheidung wegen Geisteskrankheit.“ Vom juristischen Standpunkt referierte Szaladits, vom ärztlichen Standpunkt Szecsödy. Daran anschließend sprachen: Benedek über einen „Aus psychiatrischem Gesichtspunkt abgefaßten Gesetzentwurf betreffs der pflichtmäßigen ärztlichen Untersuchung vor der Eheschließung“; Keresztes über „Die obligatorische ärztliche Untersuchung vor der Eheschließung“; Goldberger über die Frage: „Was können wir im Interesse von Kindern geschiedener Eltern tun?“; Nyirö und Jo: „Von einigen Anfangssymptomen der Schizophrenie“; Klimes über: „Die Psychopathologie der Bewußtseinsstufen“; Bak: „Zur Psychopathologie des Persönlichkeitszerfalls“ und „Zur Symptomatologie und Psychopathologie der krankhaften Organempfindungen“; Klimes: „Über die autoskopischen Halluzinationen“, d. h. das Sichtbarwerden des Körper-Ichs durch Sinnestäuschungen; Szatmári und Lorand: „Über die Anosognosie“, d. h. ein Nicht-

wahrnehmen der eigenen Blindheit und schließlich Eszenyi: „Über die Schlafstörungen.“ — An das II. Referat: „Die Vitamine und das Nervensystem“ von Beznák und Horányi-Hechst schlossen sich Vorträge von Lehoczky, Huszák, Rohny, Lang, v. Lovassy, Nyirö und Bene, Huszák, Keresztes Kelemen, Urban. — Das III. Referat „Über den heutigen Stand der Nosologie und Systematik der Alterspsychosen“ durch von Angyal war begleitet von den Vorträgen folgender Forscher: Nyirö, Kö, Benedek, Juba, Fekete, Stief, Horányi-Hechst, Schmidt, Frick, Fórizs und Szepesy. *Heinr. Többen* (Münster i. W.).

**Gruhle, Hans W.: Psychologie und Psychopathologie im Jahre 1938.** Allg. Z. Psychiatr. 114, 392—430 (1940).

Ein Übersichtsreferat, das mit hoher Kultur des Denkens den Gang der Forschung im Berichtsjahr geschlossen und anschaulich zur Kenntnis bringt. Durch ordnende Vorbemerkungen zu den einzelnen Gebieten und Formulierung eigener Gegenthesen wird die Darstellung dialogisch belebt. Die Wiedergabe von Einzelheiten würde den gebotenen Rahmen überschreiten. *Hermann Schulte* (Düsseldorf-Grafenberg)..

**Hellpach, Willy: Die wissenschaftliche Erkenntnis von den kosmischen Einflüssen auf die menschliche Psychophysik.** Forsch. u. Fortschr. 16, 37—40 (1940).

Verf. gibt eine Übersicht, zu welchen Ergebnissen die deutsche Forschung in den letzten 5 Jahren bezüglich der kosmischen Einflüsse auf die menschliche Psychophysik gekommen ist. Verf. weist zunächst auf die von ihm selbst vorgeschlagene Unterscheidung von Wetterföhligkeit und Wetterempfindlichkeit hin, ferner auf den Begriff des psychotropen Faktors im Wetter, den Jahreszeiten und dem Klima. Die Untersuchungen de Rudders beziehen sich mehr auf die körperlichen Vorgänge. Aber die Frage des „Befindens“ greift bereits erheblich ins Psychische über. Verf. weist auf die zahlreichen Neuerscheinungen hin; so auf das von H. Woltereck redigierte Sammelwerk, an dem zahlreiche Vertreter der Klima- und Wetterkunde mitgearbeitet haben, auf die bioklimatischen Beiblätter der meteorologischen Zeitschrift und die Frankfurter Konferenzen in medizinisch-naturwissenschaftlicher Zusammenarbeit. 3 sehr schwierige Forschungsgegenstände haben in der letzten Zeit eine besondere Förderung erfahren: das Akklimatisationsproblem, die kosmischen Perioden und das künstliche Klima. Für die Akklimatisationsfrage ist die Wichtigkeit des psychologischen Faktors dargetan worden; die Akklimatisation kann nicht ausschließlich physiko-physiologisch erfaßt werden. Verf. spricht von einem Gesetz der lebensräumlichen Beziehung zwischen Rasse und Volk. Neue Gesichtspunkte sind bezüglich der Tropenakklimatisation und der Hochlandakklimatisation beigebracht worden. In der Periodenfrage stehen immer noch zur Diskussion die Beziehungen der Meeresgezeiten und der Mondphasen zu Menstruationszyklen, Schwangerschaftsdauer und Geburtseintrittsterminen. Die Periodeneinheit von 28 Tagen ist nicht erwiesen; denn es gibt weder eine lunare noch eine solare Umlaufs- und Wiederkehrzeit, welche diesem exakten Wert entspricht. Bezüglich der Stadtatmosphäre liegen mancherlei Erkenntnisfortschritte vor. Früher stand die Stadtluftzusammensetzung im Vordergrund des Interesses, jetzt die Strahlenschwächung und -filtrierung durch die Stadtdunsthaube. Die Resultate sind umstritten. Die heliokosmischen Einflüsse scheinen sehr bedeutsam zu sein. Die Stadtbodenforschung befindet sich noch in den ersten Anfängen. Bemerkenswert sind die planmäßigen Untersuchungen bezüglich eines Zusammenhangs des Kropfvorkommens und des Radium-emanationsgrade des Bodens. Die Anhänger der Jodmangeltheorie sind aber bis jetzt nicht gewillt, vor der Emanationstheorie zu kapitulieren. *Rosenfeld* (Berlin)..

**Mira, Emilio: Myokinetic psychodiagnosis: A new technique of exploring the conative trends of personality.** (Myokinetische Psychodiagnose: Eine neue Methode, Züge der Persönlichkeit zu studieren.) (Maudsley Hosp., London.) (Sect. of psychiatry, London, 10. X. 1939.) Proc. roy. Soc. Med. 33, 173—194 (1940).

Verf. hat einen Test ausgearbeitet, in dem der Prüfling eine Reihe von einfachen Figuren (Parallelen von vorgeschriebener Länge, in den 3 Raumrichtungen: horizontal,

sagittal und vertikal, Treppenlinie, Kette aus Kreisen usw.) mit der einen oder der anderen Hand zu zeichnen hat, oder mit beiden Händen zugleich, während die Augen verbunden sind. Da sich Muskelspannungen und Innervationen mit Gefühlsstimmungen ändern und gewisse Charakterzüge widerspiegeln, geben die Ergebnisse des Testes die Möglichkeit, über diese etwas auszusagen. Geprüft wurden Geisteskranke und normale Kontrollpersonen. Es zeigte sich 1., daß deprimierte und gehemmte Patienten Schwierigkeiten haben, Bewegungen nach oben (aktiv entgegen der Schwerkraft) auszuführen, während sie die mehr passive Bewegung nach unten leicht vollziehen; 2. ist diese Tendenz stärker ausgeprägt für die linke Hand bei konstitutioneller ständiger Depression und stärker für die rechte Hand bei nur zeitweiser Depression. (Verf. erklärt diese Beobachtung dadurch, daß die linke Hand eine engere Beziehung zu dem unveränderlichen, konstitutionell festgelegten Wesen der Persönlichkeit habe, während die Rechte das ausdrücke, was aktuell im Bewußtsein gegenwärtig sei.) Während 3. eine Bevorzugung der Bewegung nach oben auf starke, eine Bevorzugung der Bewegung nach unten auf geringe Aktivität hinweist, entspricht die Bewegung sagittal vom Körper fort, einer aggressiven Einstellung gegen andere, sagittal auf den Körper zu einer aggressiven Einstellung gegen das Selbst. Für die erste Einstellung sind manische Patienten charakteristisch, für die zweite Selbstmörder. Viertens haben sich für die vertikalen Bewegungen keine eindeutigen Beziehungen zu bestimmten Geisteszuständen auffinden lassen. Verf. erwartet, daß die Methode nach weiterer Verbesserung und nach der Ausarbeitung einer statistischen Auswertungstechnik die Art und den Grad gewisser Geisteszustände objektiv quantitativ zu messen gestatten wird.

*Otto Lauenstein (Oeslau).*

**Meerloo, A. M.: Die Psychologie des Schmerzes.** Acta Psychiatr. (København) **15**, 109—131 (1940).

Die Schmerzgefühle werden vom Standpunkt der Psychotherapie nach dem Schema Schelers in sinnliche, vitale, psychische und geistige Gefühle eingeteilt und im einzelnen in ihren Erscheinungsformen besprochen. Dabei findet sich auch die merkwürdige Behauptung, daß ein Operationsschmerz während der Narkose bei gewissen Personen zu bestimmten psychischen Reaktionen, ja sogar zu Selbstmord führen kann. Als wirksames Mittel der Schmerzbekämpfung wird Psychotherapie, insonderheit Hypnose, empfohlen. *v. Neureiter (Hamburg).*

**Dimitrijević, T. Dim.: Über Willensmechanismen bei Hysterie.** Med. Pregl. **14**, 229—233 (1939) [Serbo-kroatisch].

Der Hysteriker ist eine physisch, jedenfalls aber psychisch und sexuell unentwickelte, infantile Person. Dazu gehört eine Schwäche und Inferiorität aller höheren seelischen Funktionen, somit auch des echten, einer höheren Bewußtheit entsprechenden Willens, der beim Hysteriker kaum imstande ist, die niederen Willensformen, den Reflexwillen, den Trieb- und Instinktwillen zurückzuhalten. Der einfachen Formel Babinskis: Hysterie oder der Pithiatismus sei das, was durch Suggestion gemacht und durch Persuasion bestätigt werden kann, werden die Auffassungen deutscher Autoren Hoche, Gaupp, Kretschmer u. a. gegenübergestellt. *Rosner (Zagreb).*

**Gruhle, Hans W.: Der Psychopathiebegriff.** Allg. Z. Psychiatr. **114**, 233—236 (1940).<sup>1</sup>

Verf. setzt sich ein für einen wertfreien Psychopathiebegriff. Psychopathie ist weder allgemein auf Vererbung zurückzuführen noch regelmäßig mit Schwererziehbarkeit oder sozialer Unbrauchbarkeit verbunden. Die Zahl der psychopathischen Verbrecher im eigentlichen Sinne, d. h. derer, die aus Psychopathie Verbrecher geworden sind, ist bei den eigentlichen Verbrechern nicht groß, bei den Gemeinlästigen größer. Auch ein Psychopath, der zum Verbrecher wurde, braucht es nicht aus seiner Psychopathie geworden zu sein. „Asozialität und Psychopathie gleichzusetzen ist ein Denkfehler.“ *Hermann Schulte (Düsseldorf-Grafenberg).*

**Sult jr., Chas. W.: Case of acoustic verbal agnosia without alexia or agraphia.** (Ein Fall von verbal akustischer Agnosie ohne Alexie und Agraphie.) Bull. Los Angeles neurol. Soc. 4, 200—201 (1939).

Eine summarische Mitteilung über einen Fall von Wortstummheit „ohne Lese- und Schreibstörung“. Was der Patient schrieb war allerdings ohne Sinn. Herd in der 1. linken Temporalwindung, großer Herd im Striatum und große subarachnoidale Blutung über dem linken Frontalhirn. *W. Wagner* (Leipzig).<sup>o</sup>

**Agadjanian, K.: Introduction à l'étude expérimentale du problème de l'hallucination. (Note prélim.)** (Einführung in das experimentelle Studium des Problems der Halluzination. [Mit einer Vorrede.]) Arch. internat. Neur. 58, 176—198, 199 bis 224 (1939) u. 223a—245; 59, 11—26 (1940).

Die Arbeit geht davon aus, daß die wirklichen Wahrnehmungen der Außenwelt und am eigenen Leibe für gewöhnlich keine merkbare Anstrengung des Menschen erfordern, während dagegen das Hervorrufen der Vorstellung erlebter Bilder eine beträchtliche Anspannung der persönlichen Aktivität bedingen.

*Heinr. Többen* (Münster)

**Nyirő, Julius, und Johann Joó: Über einige psychische Anfangssymptome der Schizophrenie.** (Staatl. Nerven- u. Irrenheilanst., Budapest-Magdolnaváros.) Wien. med. Wschr. 1940 I, 288—290.

Als psychische Anfangssymptome der Schizophrenie werden zunächst die bekannten „pseudoneurasthenischen“ Zustände angeführt. Doch bestehen deutliche Unterschiede zwischen Neurasthenikern und Schizophrenen: Der Neurastheniker konzentriert fehlerlos. Er geht beim unermüdlichen Vortrag seiner Leiden auf die kleinsten Beschwerden ein, klammert sich stets an einen bestimmten, fest aufgebauten Gedankengang. Er achtet genau auf jedes Wort des Arztes und behält es. Beim Schizophrenen dagegen erinnern die Konzentrationsschwäche und Unbeeinflußbarkeit an die Vigilitätsstörungen bei akuten Vergiftungs- und Erschöpfungszuständen. Er kann seine Klagen nicht zusammenhängend vorbringen, sein Vortrag zerfließt, er kommt immerfort auf Nebengleise. Beide empfinden ihre Insuffizienz. Der Neurastheniker malt jedoch seine vermeintlichen Minderwertigkeiten, trotzdem er im Vollbesitz seiner geistigen Kräfte ist, in dunkelsten Farben aus, um vom Arzt immer neue Ermunterungen und Beruhigungen zu erhalten. Beim Schizophrenen ist es oft schwer, das Geständnis der Insuffizienz zu erhalten. Es quält ihn die Furcht, ja oft das sichere Wissen um den Eintritt der Katastrophe, so daß ihn manchmal die grauenhafte Angst vorm Wahnsinnigwerden zum Selbstmord treibt. Verff. vermuten, daß viele Schizophrene zu Beginn ihrer Krankheit infolge besonderer, unbekannter Organgefühle, Beobachtungsstörungen, ganz besonderer Abnormitäten der Intelligenzenergie, verblüffender, bizarre Assoziationen voller unbestimmter Angstgefühle sein müssen, da ihnen ja alle diese Erscheinungen bisher unbekannt waren. Bei manchen Schizophrenen bildet das Veröden der Gefühlswelt das erste Anzeichen. In der Pubertät ist auch beim Gesunden eine Veränderung des Sympathiegefühls zu beobachten, doch ist es hier Ausdruck einer normalen phylogenetisch verankerten Entwicklungsstufe: Die Verbindungen zwischen Eltern und Stämmlingen müssen sich lockern, wenn die Kinder selbstständig leben können. Andere Frühsymptome sind: Metamorphopsien (Veränderungen der Gesichter und der geometrischen Formen der Umwelt), ferner pathologische Gefühlswahrnehmungen aus der Körpersphäre: Leere im Kopf, Gefühl von Deformiertheit am Kopf und an anderen Körperteilen. Oft werden neue Schübe wieder mit den gleichen Mißempfindungen eingeleitet, ein Beweis für ihre prozeßhafte Natur. In der Sphäre der Intelligenz erinnern Verff. an die oft schon früh einsetzende eigenartige Begriffsdissoziation. Auch Störungen des Zeitgefühls treten auf: Die Zeit steht still, eine häufige Klage. Zum Schluß verweisen Verff. auf die provozierende Wirkung der Hypnotika bei schizophrenen Symptomen: Durch Herabsetzung der Bewußtseinswachsamkeit können sonst noch verborgene pathologische Organgefühle und Begriffsdissoziationen zutage treten.

*Gerhard Franke* (Berlin-Buch).<sup>o</sup>

**Yamamoto, S.: Über das Encephalogramm der Schizophrenie.** (Psychiatr. Univ.-Klin., Fukuoka.) Fukuoka Acta med. 33, Nr 4, dtsch. Zusammenfassung 28 (1940) [Japanisch].

Die deutsche Zusammenfassung über Untersuchungen an 56 Schizophrenen besagt folgendes: Bei 43 fand sich eine symmetrische oder asymmetrische Erweiterung, Verkleinerung (2) oder Nichtfüllung der Seitenventrikel. Erweiterung des Subarachnoidalraums bei 28. Verstärkte Oberflächenzeichnung bei 32. Kein Unterschied zwischen den verschiedenen Krankheitsformen, aber hochgradige Erweiterung des Ventrikelsystems und Frontallappenatrophie bei Terminalverblödeten. Die Krankheitsdauer ging annähernd mit dem Grad der Hirnveränderung parallel. Die Cardiazolkrampfbehandlung brachte bei den Fällen Erfolg, in denen die Hirnveränderungen noch gering waren.

*Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

**Ekblad, Martin: Katamnestische Untersuchung von insulinbehandelten Schizophrenen.** (Psykiatr. Klin., Karolinska Inst., Stockholm.) Sv. Läkartidn. 1940, 972—978.

Bericht über insgesamt 121 behandelte Fälle, darunter 27 mit remittentem Verlauf und verhältnismäßig gesunden Zwischenperioden vor der Insulinbehandlung. Die katamnestische Untersuchung stützt die Ansicht, daß fast alle Fälle mit spontanremittierendem Verlauf bei Insulinbehandlung eine Remission zeigen, wodurch Krankheits- und Pflegedauer verkürzt werden. Von 59 akuten Fällen (Krankheitsdauer unter 1 Jahr) ohne Tendenz einer Spontanremission erreichten 47% primär Totalremission und 69% soziale Remission. Die katamnestische Untersuchung zeigte hier die besten Ergebnisse bei primärer Totalremission nach einer Krankheitsdauer von weniger als 6 Monaten vor Beginn der Insulinbehandlung. Von allen 121 Fällen zeigte nur ein einziger nach Abschluß der Insulinbehandlung eine merkliche Veränderung zum Besseren.

*Einar Sjövall (Lund).*

**Klimke, W.: Über das zirkuläre (manisch-depressive) Irresein.** (Psychiatr. u. Nervenkl., Univ. Münster i. Westf.) Jkurse ärztl. Fortbildg 31, 12—16 (1940).

Es muß dem Verf. beigestimmt werden, wenn er gelegentlich der Definition des Begriffes zirkuläres (manisch-depressives) Irresein darauf hinweist, daß der Ausdruck „zirkulär“ oder wie auch gesagt „periodisch“ nicht ganz korrekt ist. Damit solle nicht gesagt sein, „daß in regelmäßiger Wechsel manische und depressive Phasen auftreten, sondern daß der betreffende Mensch einmal oder mehrmals in seinem Leben an einem manischen oder depressiven Zustand erkrankt“. Auch der Ausdruck „Irresein“ sei nicht recht angebracht, denn es lägen kaum Störungen der Verstandes- und Denktätigkeit vor, sondern vielmehr solche, die das Gefühlsleben und das Temperament beträfen. Manie und Melancholie (Depression) seien jedenfalls als eine Krankheitseinheit anzusehen, wobei es zweifellos vorkomme, daß ein gewisser Prozentsatz überhaupt nur einmal im Leben erkranke. Die Dauer der krankheitsfreien Intervalle sei sehr verschieden und die Prognose um so ungünstiger, je später im Leben die erste Krankheitsphase einsetze. Auf die volksstammäßige Verschiedenheit von manischen oder depressiven Zuständen wird hingewiesen (Westfalen z. B. wenig Manien). Die Art der Vererbung wird als polymer angenommen (Ineinandergreifen einer dominanten und zweier oder mehrerer rezessiver Teilanlagen). Nach einer kurzen Beschreibung der Symptomatologie und dem Hinweis auf die wahrscheinlich nur sehr geringe Mitwirkung von Umwelteinflüssen bringt Verf. kurze Erörterungen zur Frage der Behandlung, die lediglich symptomatisch sein könne (bei Depressionen Opium, Drüsenträger, bei erregten Depressionen und Manien Brom und Skopolamin). Wert wird auch der Psychotherapie und der Arbeitstherapie beigemessen.

*Rodenberg (Berlin-Dahlem).*

**Cornil, L., M. Schachter et P. Cony: Considérations physio-pathologiques sur les états mélancoliques.** (Pathologisch-physiologische Betrachtungen über die depressiven Zustände.) Bull. méd. 1940, 115—120.

Nach einer kurzen historischen Einleitung, die unter anderem vermerkt, daß bereits Hippokrates auf die Rolle der Galle bei diesen Erkrankungen hingewiesen hat,

werden diejenigen Organsysteme aufgezählt, an denen die verschiedenen Autoren bei depressiven Patienten schon krankhafte Veränderungen wahrgenommen haben: Gallensystem, Niere, Nebenniere, Blut- und Gefäßsystem, vegetatives System und endokriner Drüsenapparat. Entsprechend wurden auch jeweils therapeutische Versuche unternommen: so wurde z. B. von denjenigen Autoren, die eine Niereninsuffizienz mit azidotischer Stoffwechselstörung als Ursache annahmen, alkalisierende Diät empfohlen, von denjenigen, die vegetative Störungen feststellten, Hämatoporphyrin verabreicht usw. — Aus der Zahl interessanter Einzelheiten sei herausgegriffen, daß einige Forscher bei Depressiven häufig familiäre Cholämie fanden, daß der Harn Depressiver erhöhte Toxizität besitzen, daß bei Depressiven das Säure-Basegleichgewicht im Blut gestört sein soll. — Der Verf. hält die neuro-vegetativen und die innersekretorischen Störungen für besonders bedeutungsvoll in bezug auf ihre ursächlichen Zusammenhänge mit den psychischen Veränderungen bei den Depressiven. Zur Zeit seien diese schwierigen Probleme noch ungenügend erforscht, doch seien in „nicht zu ferner Zukunft“ hierüber brauchbare Aufschlüsse zu erhoffen. *Stutte* (Tübingen).

**Leuthold, Georg Heinrich: Jahreszeit und Phasenbeginn manisch-depressiver Psychosen.** (*Univ.-Nervenklin., München.*) Arch. f. Psychiatr. 111, 55—61 (1940).

Verf. hat die Krankengeschichten der in den Jahren 1930—1935 in die Münchener psychiatrische und Nervenklinik aufgenommenen Manisch-Depressiven hinsichtlich der Zusammenhänge von Jahreszeit und Phasenbeginn unter Zusammenfassung in monatlichen Abschnitten geprüft. Die Altersstufen vor und nach dem 40. Lebensjahr wurden sowohl getrennt als vereint behandelt. Nach dem 40. Lebensjahr waren die Krankheitsphasen häufiger. Mischzustände wurden nicht berücksichtigt. Bei den Männern über 40 Jahre häuften sich die depressiven Phasen im März und November; außerdem bestand ein kleiner Gipfel im Juli. Bei Männern plus Frauen lag der Gipfel der Depressionen im Oktober, im Frühjahr war die höchste Spur im März. Bei Männern plus Frauen lag der Gipfel der Manien im März und September. Bei Frauen unter 40 Jahren — unter Ausschluß etwaiger verfrühter klimakterischer Störungen und der Depressionen in Schwangerschaft und Wochenbett — stiegen die reinen Depressionen im Herbst an, mit dem höchsten Punkt im November; der Frühjahrsgipfel lag im Februar. Die geringe Zahl der Manien ließ hier keinen Schluß zu. Bei Frauen über 40 Jahren — einschließlich der endogenen Depressionen im Klimakterium — lag der Herbstgipfel im Oktober; im Frühjahr Anstieg im März, eigentlicher Gipfel im Mai. Die Depression der Altersstufen unter plus über 40 Jahre zeigte bei Frauen eine klare Herbstzacke mit Gipfel im Oktober und eine zweigipflige Zacke im Frühjahr mit je einem Anstieg im März und im Mai. Bei Manien der beiden genannten Altersstufen lag der höchste Gipfel im März, dann folgte ein Anstieg im Mai und ein weiterer Anstieg im Oktober. Wurden alle Depressionen bei Männern und Frauen zusammengenommen, so lag die Zacke im Herbst mit Spur im Oktober. Bei den Manien ließ sich der geringen Anzahl der Fälle wegen selbst im Schlußergebnis kein charakteristischer Befund erheben. Die Zahl der Suicide und Suicidversuche war in Übereinstimmung mit der Monographie Weichbrodts während des Frühjahrs häufiger als sonst. Das Verhältnis der Anzahl der Phasen zu der der Kranken betrug insgesamt 385/250, bei den Männern 123/95, bei den Frauen 262/155.

*G. Ilberg* (Dresden).

**Schulz, Bruno: Kinder manisch-depressiver und anderer affektivpsychotischer Elternpaare.** (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Genealogie u. Demogr., Dtsch. Forsch.-Inst. f. Psychiatrie, München.*) Z. Neur. 169, 311—412 (1940).

Bericht über die Kinder von 55 affektiv psychotischen oder auf affektive Psychosen verdächtigen Elternpaaren. Das Material wurde aus 900 geisteskranken Elternpaaren ausgesucht. Die Elternpaare werden in 4 Gruppen aufgeteilt. Bei weitem am geringsten ist die Häufung der endogenen Psychosen unter den Kindern derjenigen Paare, bei denen mindestens bei der Psychose eines der beiden Eltern an einen Zusammenhang

mit dem Alter gedacht werden mußte. Größer sind die Ziffern für manisch-depressives Irresein und Schizophrenieerwartung bei den Kindern der Elterngruppe, bei denen mindestens einer der Partner in seiner Psychose Beimengungen zeigte, die an Schizophrenie erinnerten. Am größten sind die Erkrankungserwartungen in den Gruppen, in denen beide Eltern reine affektive Psychosen zeigten oder bei denen mindestens bei der Psychose des einen Elters an eine psychische Auslösung zu denken war. Die 55 Paare erwiesen sich sozial als erheblich höher geschichtet als schizophrene Elternpaare. Auf Grund der Erwartungsziffern schließt Schulz, daß zum mindesten ein großer Teil dessen, was als affektive Psychose bezeichnet wird, entweder genotypisch einheitlich ist, oder daß doch wenigstens das Zusammentreffen der betreffenden elterlichen Anlagen besonders oft zu dem Krankheitsbild der endogenen Psychosen führt. Während unter den Kindern Schizophrener Manisch-Depressive seltener gefunden werden, fällt die große Zahl der Schizophrenen unter den Kindern des Ausgangsmaterials auf. Eine Erklärung dieser Befunde auf Grund bestimmter genotypischer Zusammenhänge wird diskutiert. Die genealogisch-statistische Überprüfung des Materials auf erbbiologische Einheitlichkeit spricht dafür, daß nur ein Teil der Elternpaare vorliegender Arbeit ihrer Beschaffenheit nach imstande sein dürfte, schizophrene Kinder hervorzubringen, vermutlich dürften aber fast alle imstande sein, überhaupt endogen psychotische Kinder hervorzubringen. Eine Kasuistik beschließt die sehr beachtlichen Ausführungen.

Dubitscher (Berlin).

**Knapp, Albert: Körperliche Symptome bei genuiner Epilepsie.** Arch. f. Psychiatr. 111, 413—420 (1940).

Es wird über körperliche Symptome berichtet, die entweder in unmittelbarem Zusammenhang mit den Anfällen vor oder während der Krämpfe auftreten bzw. nach Beendigung der Anfälle noch Minuten- bis manchmal monatelang fortdauern, oder die ohne Zusammenhang mit ihnen als Dauererscheinungen auch im epileptischen Intervall (zwischen den Krampfanfällen) nachzuweisen sind: — Der Verf. weist dabei besonders auf das Fehlen des Grundgelenkreflexes beim vollentwickelten epileptischen Anfall hin, und er spricht dieser Tatsache eine größere, auch differentialdiagnostische Bedeutung zu. Im anfallsfreien Intervall fehle allerdings dieser Grundgelenkreflex ebenfalls bei 10% der Epileptiker. — Die nach den Anfällen nicht selten nachzuweisenden cerebralen Herderscheinungen (meist Ausfallserscheinungen) glaubt Verf. durchaus nicht in den meisten Fällen — wie üblich — als Zeichen übermäßiger Inanspruchnahme gewisser Hirnzentren durch den Krampfvorgang ansehen zu sollen. Er verweist hierbei auf Monoparesen, die tage- und wochenlang andauern können und bei Brommedikation sofort verschwinden. Auch postkonvulsive Störungen der Sprache, agnostische und apraktische Symptome u. ä. wurden des öfteren beobachtet. Ebenso wurden bulbäre bzw. pseudobulbäre Erscheinungen (verlangsamte, monotone, lallende, skandierende Sprache) festgestellt. — An körperlichen Erscheinungen, die auch in freien Intervallen nachweisbar sind, ohne Zusammenhang mit den Anfällen, führt Verf. Degenerationszeichen (Asymmetrien der Gesichtshälften, Prognathie der Kiefer, dysplastischer Habitus), Langsamkeit der Bewegungen, Empfindungsstörungen u. ä. an. — Nach den Krampfanfällen sollen die weißen Blutkörperchen festgestelltermaßen erheblich vermehrt sein (für 10—20 Minuten), dagegen bei hysterischen Anfällen nicht. Ebenfalls sei der Reststickstoff des Blutes nach den Anfällen vermehrt. — Während die Hautreflexe halbseitig tagelang fehlen können, seien andererseits Babinski und Oppenheim noch längere Zeit nach Beendigung der Krampfanfälle nachgewiesen worden. Das Fehlen der Grundgelenkreflexe überdauere das Fehlen der Sehnen- und Hautreflexe und der Pupillenreflexe. Der Grundgelenkreflex fehle auch während der postkonvulsiven Schlafzustände, während er beim physiologischen Schlaf, bei encephalitischen und narkoleptischen Schlafzuständen nicht vermißt werde. Bei 87—95% der untersuchten Gesunden sei er dagegen vorhanden, bei Meningitis gesteigert und bei Herderkrankungen des Gehirns manchmal abgeschwächt. Rodenberg (Berlin-Dahlem).

**Kirchhof, Johannes: Epileptische Wutanfälle bei einem geburtstraumatisch geschädigten Kinde.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Berlin.*) Nervenarzt 13, 201 bis 208 (1940).

Es wird die Krankengeschichte eines 6jährigen Jungen gegeben, der nach einem schweren Geburtstrauma an epileptischen Anfällen und Wutanfällen leidet. An Hand dieses Beispiels wird die These kritisiert, die der genuinen Epilepsie allein die epileptische Wesensveränderung zuspricht. Die Auffälligkeit, daß bei dem Kinde auf Grund affektiver Momente organische Störungen im Sinne von rhythmischen Zuckungen auftreten, gibt Anlaß zu der Erwägung, inwieweit hier eine körperlich-seelische Wechselwirkung in Frage kommen könnte. Es wird auf die beobachteten Fälle sog. Affekt-epilepsie hingewiesen, wenn auch der vorliegende Fall nicht ganz in diesen Rahmen paßt. Daß die Sippe des Kranken außerdem noch eine mehrfache Belastung mit psychischen Störungen aufweist, macht den Fall allerdings in seiner Einordnung nicht klarer, da eine besondere iktaffine Komponente konstitutioneller Art nicht auszuschließen ist.

*Geller (Dürren).*

**Yamamoto, S.: Über das Encephalogramm der progressiven Paralyse.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Fukuoka.*) Fukuoka Acta med. 33, Nr 4, dtsch. Zusammenfassung 27 (1940) [Japanisch].

Die deutsche Zusammenfassung besagt folgendes: Von 45 Paralysen zeigten 42 hochgradige Erweiterung und Deformität der Seitenventrikel, 34 Vergrößerung des 3. Ventrikels. Verstärkte Oberflächenzeichnung und zirkumskripte Luftansammlung an der Hirnoberfläche bei 40. Frontallappen am stärksten beteiligt. Subtentorielle Luftansammlung bei 18. Mit dem Fortschreiten der Krankheit stärkere Ausprägung der Hirnerscheinungen.

*Arno Warstadt (Berlin-Buch).*

**Benedek, Ladislaus, und Adolf Juba: Korsakowsyndrom, Störungen der zentral-vegetativen Regulation und Hypothalamus.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Budapest.*) Arch. f. Psychiatr. 111, 341—372 (1940).

Von den 7 mitgeteilten Fällen lassen besonders die beiden ersten eindeutige lokalisatorische Schlüsse zu. Im 1. Falle bestand neben dem Korsakowsyndrom eine schwere Schlafstörung von Typus inversus. Die histologische Untersuchung ergab schwere Veränderungen in den Corpora mamillaria (Ganglienzellenausfall und Wucherung der Gliaelemente; ferner ausgesprochene Gefäßwucherungen und feine perivasculäre Infiltrate). Im Hypothalamus waren keine Veränderungen nachweisbar, ebensowenig in verschiedenen Rindenabschnitten, in den Stammganglien und in der Brücke wie in der Medulla oblongata. Die Befunde sprechen nach Ansicht der Verff. gegen die Ansicht von Kleist, daß Schlafstörung und Korsakowsches Syndrom eine gesonderte anatomische Lokalisation zulassen, und zwar in der Weise, daß die Schlafstörung mit dem Thalamusanteil des Höhlengraus, die Störung der zeitlichen Registrierung mit dem Corpus mamillare und die größeren vegetativen Störungen mit der Gegend des Infundibulums und des Tuber verknüpft sind. Die Literatur über diese Frage wird eingehend wiedergegeben. Im 2. Fall trafen auch Hypersomnie und das Korsakowsche Syndrom zusammen. Histologisch fanden sich Veränderungen der Corpora mamillaria und im Höhlengrau. Zahlreiche Mikrophotogramme sind der Arbeit beigegeben. Verff. stellen die Frage, warum gerade das Zwischenhirn so oft von Infektionen befallen wird, und meinen, daß unter anderem hier die Blutverteilungsverhältnisse daran schuld sein können. Es gibt zusammengesetzte nutritive (synergistische und antagonistische) Reflexe, welche für die Blutversorgung der im Gehirn untergebrachten Zentren wichtig sind. Die Angioarchitektonik des Hypothalamus ist von ganz besonderer Beschaffenheit (Pfeifer). Diese Gebiete haben eine erhöhte regionäre Anfälligkeit gegenüber toxischen und infektiösen Faktoren. Verff. teilen dann 2 weitere Fälle mit Sektionsbefunden mit, welche hierher gehören. Aus zahlreichen Untersuchungen von Kranken mit dem Korsakowsyndrom ziehen Verff. den Schluß, daß bei dem Korsakowsyndrom die Merkfähigkeit auch für „ichnahe“ und stark affektbetonte Inhalte in hohem Grade

beeinträchtigt ist. Die Ursache der Konfabulation ist darin zu suchen, daß die Erlebnisse in Ermangelang einer Zeitregistrierung untereinander bezüglich ihres Zeitinhaltes nivelliert werden und sich so mit den Erlebnissen der Gegenwart vermengen. Verff. berühren in ihrer Arbeit zahlreiche interessante Probleme, welche an das Korsakowsyndrom anknüpfen. Die Literatur wird auch über diese Probleme eingehend berücksichtigt. Die Fälle 5, 6 und 7 liefern einen Beitrag zu dem Problem der zentral-vegetativen Regulationsstörungen. Im Falle 5 traten bei einem 55jährigen Manne anfallsweise sich einstellende Schweißausbrüche, begleitet von starkem subjektivem Hitzegefühl auf. Die histologische Untersuchung ergab nur leichte Veränderungen der Tuberkerne, während sowohl die supraoptische wie die mamillare Region, ebenso wie die Hypothalamuskerne nicht geschädigt waren. Fall 6 liefert einen Beitrag zur Frage der Störung des Wasserhaushaltes. Es bestand hier neben einer typischen Akromegalie ein durch Pituitrin beeinflußbarer Diabetes insipidus mit frühzeitiger Menopause, Hypotension und Körpergewichtszunahme. Bei der Sektion fanden sich in der hypothalamischen Gegend oberflächliche Erweichungen und Blutungen; ferner ein walnußgroßer Tumor, welcher die Sella ausfüllte. Histologisch fanden sich in der Gegend des Hypothalamus keine wesentlichen Veränderungen; ebenso wenig im Nucleus paraventricularis und in den Tuberkernen. Der Fall liefert einen Beweis dafür, daß ein Diabetes insipidus eintreten kann, obwohl die normale Hypophyse ganz durch das eosinophile adenomatöse Gewebe ersetzt war, ein Befund, welcher den Schluß zuläßt, daß von den verschiedenen Zellarten der Drüsenhypophyse die eosinophilen Zellen diejenigen sind, deren Bestand zur Ausbildung eines Diabetes insipidus notwendig ist.

Rosenfeld (Berlin).<sub>o</sub>

**Roubinovitch, J.:** *Les blessés de guerre sans blessures.* (Die Kriegsverwundeten ohne Verwundung.) Bull. méd. 1940, 65—67.

Der Begriff der „blessés sans blessures“, von Pierre Marie einst für Gehirnerschüttungen im Kriege geprägt, hat durch seine wahllose Verwendung als Sammelbezeichnung sowohl für organische Hirnschäden als auch für Psychoneurosen Verwirrung gestiftet. Im klinischen, therapeutischen und versorgungsmedizinischen Interesse fordert der Verf. eine strenge differentialdiagnostische Abtrennung der Kriegsneurosen von den Folgezuständen einer Commotio und Contusio cerebri. Er gibt eine kurze Übersicht über die Unterschiede der Symptomatologie und weist insbesondere darauf hin, daß sich die ersten Erscheinungen einer Emotionspsychose niemals im Augenblicke unmittelbarster Gefahr einstellen, sondern nur dann, wenn die Möglichkeit besteht, sich durch Krankheit der Gefährdung noch zu entziehen.

H. Voss (Berlin).<sub>o</sub>

**Sturm, Dietrich:** *Auftreten von Psychosen bei der Grippeepidemie im Frühjahr 1939 in Prag. Ein Beitrag zur Erscheinungsform der Grippepsychosen.* (Dtsch. Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Prag.) Psychiatr.-neur. Wschr. 1939, 131—132.

3 Krankengeschichten von Grippepsychosen, die im postfebrilen Stadium auftraten und Pupillenstörungen, Reflexsteigerung und geringe Liquoreiweißvermehrung zeigten. Die psychische Färbung war im einen Fall depressiv-paranoid, im anderen amentiell, im 3. bestand ein delirant-halluzinatorisches Zustandsbild. Berufung auf Ewalds Verhältniszahlen: 37,1% Amentia, 34,7% Depressionszustände, 19,4% Delirien.

Hahn (Gießen).<sub>o</sub>

**Efimoff, Miguel:** *Inanitionspsychose nach einer Fastenkur.* Schweiz. med. Wschr. 1940 I, 260—262.

Verf. beobachtete im Anschluß an eine 28tägige Fastenkur bei einer Kranken, die aus einer sicher mit Geisteskrankheiten belasteten Familie stammte und sich wegen einer Gallensteinerkrankung dieser Behandlung unterzog, einen ängstlich-erregten Verwirrheitszustand, den er als eine Inanitionspsychose auffaßt. Die Kranke äußerte Beeinträchtigungs ideen, war unruhig und widerstrebend, erinnerte sich später nicht mehr an Einzelheiten des psychotischen Erlebens. Sie genas vollkommen nach 4monatiger Behandlung. Die angewandte Behandlung steht deutlich unter Aschners Einflüssen. Anscheinend wird doch die Rolle der Unterernährung hier etwas sehr zu ungünstigen Belastungen hervorgehoben. Verf. möchte ausdrücklich darauf hinweisen, daß Fastenkuren bei psychisch Labilen ein Risiko darstellen und besser durch vorsichtigere Wege zu ersetzen wären.

Geller (Düsen).<sub>o</sub>

**Bosch, Gonzalo, und E. Eduardo Krapf: Die präsenilen Psychosen.** Rev. neur. Buenos Aires 3, 389—404 (1939) [Spanisch].

Seit man den Begriff der präsenilen Psychosen als das „Asyl der Unwissenheit“ bezeichnete, ist doch auf diesem Gebiete bis heute ein großer Fortschritt zu verzeichnen. Die Abtrennung der arteriosklerotischen Psychosen und der groborganischen Störungen im Sinne Picks und Alzheimers, die Erkenntnisse über die Bedeutung der Hypertonie und des Klimakteriums haben den angefeindeten Begriff weitgehend eingeeengt. Trotzdem bleibt noch eine große Menge von Psychosen, die weiterhin unter diesem Begriff zusammengefaßt werden. Die strukturanalytischen Untersuchungen, die Erfassung der Bedeutung der konstitutionellen Faktoren geben die Möglichkeit, das heute noch weitgehend dunkle Kapitel der Psychiatrie besser zu erhellen und zu gliedern. Unsere heutigen Kenntnisse erlauben doch bereits, gerade unter den häufigsten präsenilen Psychosen, den depressiven Formen, eine gutbegründete Unterteilung vorzunehmen. (Leonhard, Medow, Halberstadt.)

*Stoffels (Düren).*

**Claude, Henri, et J. Cuel: Contribution à l'étude des démences préséniles.** (Beitrag zum Studium der präsenilen Demenzen.) Encéphale 34, I, 243—260 (1939).

Es wird die ausführliche Krankengeschichte eines Mannes gegeben, der nach dem klinischen Bilde der Pickschen Atrophie zuzurechnen war. Die histologische Untersuchung bestätigte dies aber nur zum Teile. Es fehlte vor allem die so oft beschriebene Zellschwellung und die argentophile Körnelung. Trotzdem möchten Verff. ihre Meinung nicht ändern, sind vielmehr überzeugt, daß hier noch manches zu klären ist und die präsenilen Demenzen unter den Bildern der Alzheimer- und Pickschen Krankheit nichts Einheitliches darstellen.

*Geller (Düren).*

**Weitbrecht, Hans Jörg: Zur Frage der paranoiden Rückbildungsp痴osen.** (Christophsbad, Göppingen.) Nervenarzt 12, 329—337 u. 394—405 (1939).

Verf. diskutiert die immer problematischer gewordene psychiatrisch-klinische Diagnostik der paranoiden Rückbildungsp痴osen und weist darauf hin, daß die Erbpathologie und die junge Pathophysiologie naturgemäß noch keine verbindliche Auskunft über die nosologischen und genetischen Einheiten dieser Erkrankungen geben können. Die Psychopathologie, unter dauernder Berücksichtigung ihrer begrenzten Möglichkeiten, kann eben nur die jeweiligen Erscheinungsbilder beschreibend umreißen. Vor der übereiligen Einordnung in den Formenkreis des M. D. I. oder der Dementia praecox wird gewarnt, sofern nicht die ziemlich seltenen, ganz einwandfreien Formen von Spätschizophrenie differentialtypologisch einerseits, arteriosklerotische und präsenile oder sonstwie organisch bedingte Formen differentialdiagnostisch andererseits abgetrennt werden können. An Hand von 3 Fällen, bei welchen die Hirnatrophie mit Sicherheit ihre Nichtzugehörigkeit zum schizophrenen Formenkreis bewies, was im Encephalogramm gezeigt werden konnte, gibt Verf. die Anregung in großem Maßstab encephalographische Untersuchungen bei Rückbildungsp痴osen vorzunehmen, sowie bei geeigneten Kranken längsschnittmäßig die Entwicklung von Hirnatrophien und Demenz zu kontrollieren.

*Strobel (Hamburg).*

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

**Bettiol, Giuseppe: Neue Strömungen in der italienischen Strafrechtslehre.** Z. Strafrechtswiss. 59, 505—518 (1940).

**Schaffstein, Friedrich: Methodenwandel, Analogieverbot und Rechtsgutslehre in der neuen italienischen Strafrechtswissenschaft.** Z. Strafrechtswiss. 59, 518—540 (1940).

Aus den beiden Aufsätzen, die unter dem Titel „Zur gegenwärtigen Lage in der italienischen Strafrechtswissenschaft“ zusammengefaßt sind, ergibt sich, daß die italienische Strafrechtswissenschaft bis vor kurzem in ihren Methoden und ihren Arbeitsergebnissen nur wenig von der tiefgreifenden Revolutionierung erkennen ließ, die im geistigen und politischen Leben ihres Landes durch den Faschismus eingetreten war. Indessen mehren sich im italienischen Schrifttum der letzten Jahre die Anzeichen