

fast in der Hälfte der Fälle sind Libido, erotische Vorstellungen (?) und Potenz aufgehoben. Bei Schizophrenie ist die Wirkung auf den Geisteszustand meist gering. Verschlechterungen nach der Kastration sind beobachtet, desgleichen Depressionen bei Verstimmt. Andererseits ging bei Depression mit Suizidneigung diese zurück. Der Einfluß auf den Charakter ist nicht groß. Im Schrifttum sind 5 Rezidive (Sittlichkeitsverbrechen) bekannt geworden. Auch die übrige Kriminalität nahm ab. Die sozialen Folgen waren in der Schweiz erfreulich. In der Hälfte der Fälle war die Arbeitsfähigkeit gut. Verf. zieht aus dem Auftreten von Unzufriedenheit meist bei zwangsweise Kastrierten den Schluß, daß Zwang zu verwerfen sei, weswegen die Kastration nicht in die Hand des Richters gehöre. Der Wille zur sozialen Heilung unterstütze die Operationswirkung wesentlich. Die Schweizer Erfolge beruhen auf sorgfältiger Auswahl der für die Kastration bestimmten Patienten.

Kresiment (Berlin).

Trunk, Hans: Die Verhütung der Haftreaktionen. Vorschläge zur Strafvollstreckungsordnung. Mschr. Kriminalpsychol. 27, 305—312 (1936).

Bei der Besprechung von Haftpsychosen sollen einzelne Autoren Ausdrücke wie psychopathisch und hysterisch als Schimpf für das Volk bezeichnet haben. Der Verf. meint, daß tatsächlich nur die unmittelbar Betroffenen darin ein Unrecht erblicken, das Volk aber durchaus richtig verstanden hat. Hingewiesen wird auf die Heilung der Neurotiker durch die Methode des „Gewaltexerzierens“ in den Nervenlazaretten des XVI. Armeekorps, mit dem Bemerken, daß allerdings die Geheilten empört und verbittert über diese Methode gewesen wären. Aber das gesunde Empfinden des Frontsoldaten erlaubt dem Geheilten keine Empörung. Im Grunde genommen soll eine Unterbrechung der Vollstreckung der Freiheitsstrafe wegen einer Haftpsychose gemäß § 30 vom 7. XII. 1935 nur ganz selten in Frage kommen. Der Verf. empfiehlt die Kannbestimmung des § 30 dahingehend zu erläutern, daß sie nur bei echten Geisteskrankheiten anwendbar sein soll. Er verweist auf das Material in der Sicherungsverwahrungsanstalt Straubing. Hier kommt überhaupt keine Haftreaktion mehr vor, trotzdem eine ganze Reihe von den Verwahrten früher kürzer oder länger in Irrenabteilungen gewesen waren.

Trendtel (Altona).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Vermeylen, G.: La psychiatrie dans ses rapports avec la psychopathologie de l'enfant. (Die Psychiatrie in ihren Beziehungen zur Psychopathologie des Kindes.) J. belge Neur. 36, 133—141 (1936).

Verf. betont die Bedeutung der psychischen Entwicklung für das Verständnis des gereiften Seelenlebens und dementsprechend den Wert einer möglichst weit in die Kindheit zurückreichenden Anamnese für die Erfassung der neuro- und psychopathischen bzw. psychotischen Zustände des Erwachsenen. An Stelle einer „statischen Psychiatrie“, die sich mit der Beschreibung des augenblicklichen Zustandes und einer summarischen Vorgeschichte begnügt, müssen eingehende Feststellungen über die seelische Entwicklung in allen Einzelheiten treten, wobei sich häufig genug traumatische und toxische Schädigungen des empfindlichen kindlichen Gehirns nachweisen lassen. Auf diese Weise ergibt sich ein genaues Bild der vielgestaltigen neuropsychischen Störungen in der Jugend, die sich häufig nicht in den Rahmen der üblichen Diagnostik einreihen lassen und außerdem ein intimer Einblick in die Entstehungsweise der Psychoneurosen der Erwachsenen, der sowohl in wissenschaftlicher wie praktischer Hinsicht wertvolle Ergebnisse zeitigt.

Hans Roemer (Illenau i. Baden).^{oo}

Baumgarten, Franziska: Supranormales Zeichnen eines Kindes. Z. Kinderpsychiatr. 2, 182—189 (1936).

Die Verf. der „Wunderkinder“ beschreibt in dem interessanten kleinen Aufsatz die Zeichenfähigkeit des verstorbenen Sohnes der Dichterin Else Lasker-Schüler. Insbesondere wird die Zeichnung eines Raben, den das Kind mit 3,1 Jahren — nach Angabe der Mutter vielleicht schon mit 1½ Jahren — gezeichnet haben soll, ausführlich

behandelt und formal analysiert. Die beigegebene Zeichnung in natürlicher Größe läßt in der Tat eine verblüffende künstlerische Ausdrucksfähigkeit erkennen. Ebenso ausdrucksvoll sind 2 weitere Zeichnungen, die das Kind im Alter von 13—14 Jahren angefertigt hat. Nach Angabe der Mutter soll es mit $1\frac{1}{4}$ Jahren ohne jede Anregung und mit allen Mitteln (Ruß, Kalk, Kohlestückchen) angefangen haben zu zeichnen. Der Fall dürfte in der vorliegenden Ausprägung bisher einzig dastehen. Bemerkenswert ist, daß auch die Mutter ein gutes zeichnerisches Talent hat. Leider ist bei der Schilderung die übrige Persönlichkeit des Kindes reichlich kurz behandelt. *Dubitscher.*

Blau, Abram: *Mental changes following head trauma in children.* (Über Wesensveränderung als Folge von Kopfverletzungen bei Kindern.) (*Psychiatr. Div., Bellevue Hosp., New York.*) Arch. of Neur. **35**, 723—769 (1936).

Es wird über 22 Kinder berichtet, die sich im Anschluß an schwere Kopftraumen (Schädelbrüche und Gehirnerschütterungen) in ihrem Wesen und Verhalten verändert hatten. 6 Kinder zeigten das Bild einer akuten Komotionspsychose, gekennzeichnet durch höchste motorische Unruhe, wechselnd gute Orientierung, Äußerungen von Angst und Furcht bei völligem Fehlen von Halluzinationen und Konfabulationen, wie sie bei Erwachsenen so häufig sind. Die Psychosen klangen nach 3—4 Wochen ab und machten einem unauffälligen Verhalten Platz. In 13 weiteren Fällen konnte eine dauernde Wesensveränderung mit recht ungünstiger Prognose beobachtet werden. Die Erscheinungen gleichen auf das genaueste den Schilderungen von Wesensveränderungen encephalitischer Kinder. Im Vordergrund stand die krankhafte Unruhe, Grausamkeit, asoziale Handlungen, Triebhandlungen und Fortlaufen, Unerziehbarkeit trotz unverändert gut erhaltenen intellektuellen Leistungen. In der Hälfte dieser Fälle konnten Brüche des Stirnschädels röntgenologisch festgestellt werden. Posttraumatische Epilepsie mit folgender Demenz und Charakterveränderung traten bei 5 Kindern auf. Die ersten Anfälle zeigten sich gelegentlich erst nach 2 Jahren. Die Empfindlichkeit, Reizbarkeit und die Eigenart der Demenz unterscheiden sich nicht von den Veränderungen bei anderen Epilepsiearten. Eine posttraumatische Demenz scheint auch bei Kindern zu den Seltenheiten zu gehören, und es wird nur 1 selbstbeobachteter Fall angeführt, bei dem die Genese des Defektzustandes nicht in überzeugter Weise geklärt scheint. *Grotjahn (Berlin).^{oo}*

Schiff, Herbert: *Intelligenz und Lückentest. Eine Untersuchung zu den Lösungsmethoden des Ebbinghaus-Tests.* Arch. f. Psychol. **96**, 1—22 (1936).

Ausgehend von dem Hinweis auf die Notwendigkeit einer qualitativen Auswertung von Testergebnissen geht Verf. den subjektiven Kriterien der Schwierigkeit (als Erlebnis) nach, die mehrere Vpn. bei ein und derselben Aufgabe vorbringen, und versucht die angewandten Lösungsmethoden zu zergliedern. Verwandt wurden zwei Lückentests; die 10 untersuchten Vpn. wurden alle 4 Minuten unterbrochen und mußten berichten, was in ihnen vorgegangen war. Es ließen sich vier Lösungsmethoden aufstellen: 1. Die sprachlich-wortsinngemäße, 2. die sprachlich-grammatikalische, 3. die sinngemäße Methode, 4. das „Schweben über dem Satz“. Zwischen der 2. und 3. liegt eine tendenzmäßige Methode. Bei den Aussagen über das Schwierigkeitserlebnis kamen daneben „lösungsfremde“ Aussagen vor, die nichts mit dem Lösungsvorgang direkt zu tun hatten. Störungen können sowohl durch sprachliche Hemmungen (wegen des Stils, der Sprechweise u. a.) als auch durch Denkhemmungen (Ablehnung des Zwangs durch den vorgeschriebenen Weg) bedingt sein. Ferner kommen affektive Ablehnungen des Inhalts oder der Form als Ursache der Versager in Betracht. Die Gefahr ist gegeben, daß gerade Durchschnittsintelligenzen zu günstig beurteilt werden. Sprachliche Hemmungen verschlechtern die Leistung, Denkhemmungen haben anscheinend keinen Einfluß auf die Testlösungsarbeit. Diese Feststellung ist von Bedeutung, da die Pubertät, zeitweiliges Unvermögen, ungenügende Klärung, allzu große Spannung in der Entwicklung die sprachliche Gewandtheit stören können, die Fehlleistungen also durch Ursachen bedingt sind, die in der Entwicklung des Gefühlslebens und nicht in der Intelligenz liegen. *Dubitscher.*

● **Vowinkel, E.:** *Erbgesundheitsgesetz und Ermittlung kindlicher Schwachsinnszustände mit den Entwicklungstests von „Bühler-Hetzer“.* Mit einem Geleitwort v. E. Rominger. (Arch. Kinderheilk. Beih. 9.) Stuttgart: Ferdinand Enke 1936. 54 S. u. 28 Abb. RM. 3.40.

Verf. sucht an einer Reihe von Fällen die Verwertbarkeit der Wiener Testreihen nach

Bühler-Hetzer bei der Feststellung mutmaßlich leichter Schwachsinnzustände nachzuweisen. Sie gibt diesen Tests dem Binet-Simon-Verfahren gegenüber den Vorzug, weil sie eine qualitative Analyse und ein vielseitigeres Bild der Persönlichkeit gestatten, während mit dem Binet-Simon-Testverfahren nur Abweichungen vom Altersdurchschnitt (Stärke der Fehlleistungen) und ein kleinerer Ausschnitt der Persönlichkeit zu erlangen ist. Den Ergebnissen wird zur näheren Erläuterung eine Beschreibung des körperlichen Aussehens, zum Teil auch des Stammbaums vorangestellt und die Beurteilung der Kindergärtnerin bzw. der Krankenschwester angefügt. Neben normalen werden die Befunde bei 6 phänotypisch auffälligen und 15 genotypisch auffälligen Kindern mitgeteilt. Verwertbar hält Verf. die Wiener Testreihen zur Feststellung einer Familienähnlichkeit, zur Erweiterung und Vertiefung des klinischen Eindrucks phänotypisch Auffälliger, zur Feststellung des Ausmaßes der Auffälligkeit in den einzelnen Bereichen (Differenzierung des Rückstandes) und zur Feststellung, wie weit Kinder in ungünstigem Milieu diese Umweltverhältnisse durch selbständige Umgestaltung überwinden können. Ferner sind bei wiederholter Untersuchung in zeitlichen Abständen Fortschritte oder Rückschritte kontrollierbar. Die Bedeutung der Tests im Hinblick auf das Gesetz z. V. e. N. liegt in erster Linie in der Möglichkeit, leichte Schwachsinnzustände schon früh zu erkennen. Debile scheinen ganz andere Testergebnisse zu haben als Psychopathen, gleichfalls zeigen die exogenen Schwachsinnzustände meist ein anderes Bild. Für spätere Untersuchungen ist von Wert, daß schon objektive Testergebnisse aus der vorangegangenen Zeit vorliegen, die wesentlichere Dienste für die Beurteilung leisten können als vage Angaben eines Beobachters. Für Zweifelsfälle empfiehlt Verf. eine 8wöchige pädagogische Beobachtungszeit und wiederholte Testuntersuchung neben der ärztlichen Beobachtung. Die praktische Durchführung der Testuntersuchung erfordert günstige äußere Umstände (Vornahme in der Familie oder im Kindergarten). Ungünstig sind die Voraussetzungen für die Untersuchungen im Gesundheitsamt oder bei kurzem Aufenthalt in der Klinik. — Die Untersuchungen sind sauber durchgeführt, wenn auch bei der Kleinheit des Materials die Ergebnisse noch mit Vorsicht aufgenommen werden müssen, worauf Rominger schon in seinem Vorwort hinweist. Durch Einschaltung der persönlichen Beobachtungen und Erfahrungen bei den Untersuchungen gewinnen die Ausführungen Farbe und Leben. *Dubitscher.*

Earl, C. J. C.: *The affective-instinctive psychology of imbecile children.* (Die affektiv-instinktive Psychologie schwachsinniger Kinder.) *Brit. J. med. Psychol.* **15**, 266—278 (1936).

Verf. weist darauf hin, daß es sich beim Schwachsinn nicht nur um Intelligenzdefekte handelt, sondern gewöhnlich auch um affektiv-instinktive Unterwertigkeiten, daß auch sonstige pathologische Faktoren das klinische Bild des Schwachsinnigen formen und komplizieren. Unter Eingehen auf Einzelheiten wird insbesondere auch der Komplikation durch psychopathische Züge, ja schwere Psychopathie bzw. Psychosen gedacht. Und wenn letzteres auch selten ist, so sind desto häufiger bei Schwachsinnigen die leichten psychischen Abwegigkeiten zu konstatieren, nicht selten als Folge früher Encephalopathien, die auch das sog. „Apachenkind“ mit seinen transitorischen Wutausbrüchen sowie mildere chronische Formen analoger Abwegigkeit bedingen können.

H. Pfister (Bad Sulza).

Bürger-Prinz: *Die Diagnose des angeborenen Schwachsinn.* (*Psychiatr. u. Nerven-klin., Univ. Leipzig.*) *Dtsch. med. Wschr.* **1936 I**, 329—332.

Schwachsinn ist eine unterdurchschnittliche Variation vom Durchschnitt als einer mittleren Größe. Für die Beurteilung ist in erster Linie die Art und Weise maßgebend, wie sich jemand mit bestimmten Anforderungen intellektueller Art abfindet. Leistungsprüfungen haben den Kenntnisstand zu fixieren und die Vorbedingungen zu intellektuellen Leistungen in ihren Funktionen festzulegen. Für Kinder bis 6 Jahre eignen sich die Testreihen nach Bühler-Hetzer, für ältere Kinder die von Binet-Simon und Binet-Norden bzw. Bobertag. Nicht zu vergessen ist die eingehende Beurteilung der Gesamtpersönlichkeit; sehr gute Ergänzungen der Tests sind die Schülerbogen und Lehrernotizen, Auskünfte der Arbeitgeber u. a. Grenzfälle sind verschieden zu beurteilen, je nachdem sie aus schwer belasteten oder kriminellen oder aber aus sozial geordneten Familien stammen. Bei Kindern ist an die Möglichkeit einer „Leistungsschwäche“ oder Spätreife zu denken. Hilfsschulbesuch ist kein ausschlaggebendes Kriterium. Salon- oder Verhältnisblödsinn ist meist mittels Tests zu erkennen, die neue Wege und neue Mittel bei unbekannten Aufgaben verlangen. — Die Ausführungen über Abgrenzungen des erworbenen vom angeborenen Schwachsinn sind ziemlich

allgemein gehalten. Anscheinend mißt Verf. organischen Herderscheinungen des ZNS. eine zu große Bedeutung als Kriterium für eine exogene Ursache des Schwachsinnes bei. Irreführend ist die Hervorhebung, die tuberöse Sklerose zähle nicht unter die angeborenen Schwachsinnszustände, zum mindesten fehlt der Hinweis, daß sie als Erb leiden trotzdem unter das Gesetz z. V. e. N. fällt; ähnlich verhält es sich mit der amaurotischen Idiotie. Zweifelhaft erscheint auch der Hinweis auf eine Darstellung der Ventrikel durch Luftfüllung als diagnostisches Hilfsmittel zur Unterscheidung angeborener und erworbener Schwachsinnszustände. *Dubitscher (Berlin).*

● **Lechner, Johannes: Die Ursache des Schwachsinn bei Bonner Hilfsschulkindern. (Ein Beitrag zum Problem der Schwachsinns-genese.)** (*Hyg. Inst., Univ. u. Städt. Gesundheitsamt, Bonn.*) (Veröff. Med.verw. Bd. 45, H. 2.) Berlin: Richard Schoetz 1935. 46 S. RM. 2.—.

Nachprüfung der Frage nach der Ursache des Schwachsinn bei 169 Bonner Hilfsschulkindern. Bezogen auf die Gesamtzahl der Bevölkerung betragen die Hilfsschulkinder etwa 0,2%. In 67,5% der Fälle mußte der Schwachsinn als endogen angesehen werden. Sicher exogen schwachsinzig waren 17,2%, vorwiegend exogen geschädigt 4,7%, endogene und exogene Ursachen hielten sich die Waage in 0,6%. Bei 9,5% war keine sichere Ursache feststellbar. Die endogenen Fälle waren in der Mehrzahl durch Schwachsinn belastet. Vater und Mutter waren in 4,1% schwachsinzig, der Vater allein in 5,9%, die Mutter allein in 17,2%. Schwache Begabung der Eltern fand sich bei 21,3%. Schwachsinn in der Geschwisterreihe (aber nicht in der Aszendenz) in 6,5%. Neben dem Schwachsinn fand sich in einer großen Zahl der Fälle Trunksucht und Psychopathie in der Familie. Alle übrigen Momente traten diesen belastenden Ursachen gegenüber weit in den Hintergrund. Verf. nimmt an, daß Epilepsie und Geisteskrankheiten auf dem Boden einer erbbiologisch minderwertigen Konstitution entstehen können und zum angeborenen Schwachsinn eine nebengeordnete und nicht eine ätiologische Stellung einnehmen. Bei den exogenen Fällen spielt das Geburtstrauma mit 5,3% eine wesentliche Rolle. In 1,8% war lediglich eine Zangengeburt als Ursache nachweisbar. Bei früher spasmophilen Kindern nimmt Verf. eine große Gefahr hinsichtlich späterer Defektuosität an. Die Bedeutung der Rachitis als Schwachsinnsursache ist nur gering im Verhältnis zu ihrer Verbreitung. Unfälle sind nur dann ernst zu nehmen, wenn sie eine Gehirnerschütterung auslösen oder eine Hirnschädigung durch Ausfallerscheinungen nachweisbar ist. *Dubitscher (Berlin).*

Cantacuzène, Jean: Considérations sur un cas de troubles mentaux post-encéphaliques avec réactions médico-légales. (Betrachtungen über einen Fall von post-encephalitischer Geistesstörung mit gerichtsmedizinischen Auswirkungen.) (*Clin. des Maladies Ment., Univ., Paris.*) Ann. Méd. lég. etc. 16, 295—300 (1936).

Eine 37jährige Frau tötet durch 2 Revolverschüsse ihren schlafenden Ehemann. Der Ehemann trank und mißhandelte die Frau fortgesetzt auf das Schwerste. Vor der Tat hatte die Angeklagte geäußert, sie werde sich dafür rächen und den Mann töten. Von einer Nachbarin borgte sie sich Geld und kaufte eine Schußwaffe, mit der sie dann die Tat verübte, nachdem sie vorher festgestellt hatte, daß sie eine im Hause vorhandene automatische Pistole nicht zu bedienen verstand. Die ärztlichen Sachverständigen, welche die Angeklagte untersuchten, stellten einen schweren postencephalitischen Zustand fest. In dem Gutachten kamen sie jedoch zu dem Schluß, daß man bei der Täterin weder von einer Bewußtseinsstörung, noch von einer Demenz, noch von einem unwiderstehlichen Zwang sprechen könne. Es wurde lediglich eine verminderte Zurechnungsfähigkeit in unserem Sinne angenommen. Die Angeklagte wurde zu 2 Jahren Gefängnis verurteilt, die sie auch verbüßt hat.

Verf. sah die Kranke erstmalig nach der Strafverbüßung. Die postencephalitischen Veränderungen waren so hochgradig, daß die Patientin in eine Heil- und Pflegeanstalt überwiesen werden mußte. Der gleich schwere Zustand hatte aber bereits zur Zeit der Tat bestanden. Die Verurteilung wird als ungerechtfertigt bezeichnet. Das Sachverständigengutachten erfüllt zwar den Wortlaut des Gesetzes, aber um ähnlich gelagerte Fälle vor einer Bestrafung zu schützen, muß ein Kompromiß geschlossen werden zwischen dem Begriff „démence“ im Sinne des Gesetzes und „démence“ im medizi-

nischen Sinne. Die Auslegung des ersteren erlaubte hier eine unnütze Strafe, während vom ärztlichen Standpunkt aus die postencephalitischen Charakterveränderungen Straffreiheit rechtfertigen. Kommt es zu keiner Einigung über die Begriffsbestimmung, so wird man mit den Worten des Verf. „eines Tages zugeben müssen, daß der wissenschaftliche Sinn der Worte tragischerweise dem allgemein-menschlichen fremd ist“

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

Blalock, Joseph R.: Psychology of the manic phase of the manic-depressive psychoses. (Psychologie der manischen Phase der manisch-depressiven Psychosen.) (*Dep. of Clin. Psychiatry, New York State Psychiatr. Inst. a. Hosp., New York.*) Psychiatr. Quart. 10, 262—344 (1936).

Die sorgfältige und ausführliche Arbeit beschränkt sich auf die Psychologie der manischen Phase des manisch-depressiven Irreseins und gibt zunächst einen Überblick über die einschlägige Literatur hinsichtlich der Entwicklung der Vorstellung vom manisch-depressiven Reaktionstypus sowie der manischen Reaktion vom Standpunkt der Ätiologie, Symptomatologie und der psychologischen Mechanismen. Wichtige Beiträge werden im Auszug wiedergegeben. Starke Berücksichtigung findet die psychoanalytische Literatur. Die klinische Untersuchung betrifft den Vorstellungsinhalt zweier Manien, der sich auf eine begrenzte Zahl von Gegenständen beschränkt. Die kritischen Beobachtungen werden dem allgemeinen Gesichtskreis der Bemerkungen der Patienten gemäß erhoben und hinsichtlich der Rolle der Eltern, der psychosexuellen Entwicklung, der Milieuwirkung, der psychischen Traumata, der Todes- und Wiedergeburtsideen und des modernen wie archaischen Symbolismus betrachtet. Die Folgerungen, zu denen Verf. durch Untersuchung der beiden Fälle gelangt, beziehen sich, wie er glaubt, nicht nur auf letztere, sondern lassen sich zum Verständnis der manischen Reaktion im allgemeinen anwenden. — Danach stellt die manische Reaktion eine Lösung oder einen „Ausgang“ im Versuch des Patienten, seine peinlichen Probleme zu lösen, dar. Das Ziel scheint ein Zustand narzistischer Befriedigung oder Glückes zu sein, in welchem schmerzliche Ideen verleugnet, Minderwertigkeiten kompensiert werden und das Ich allmächtig ist. Die manische Reaktion stellt eine Regression zu den früheren Ausdrucksformen des Narzißmus dar, wofür die Symptomatologie den Grad anzeigt und viele Hinweise auf frühkindliche Formen des Denkens, Fühlens und Handelns enthält. Das selbstsüchtige Verhalten gegen die Umgebung dient in verschiedener Hinsicht den narzißtischen Bedürfnissen des Patienten. Der psychosexuelle Zustand des Manischen ist aus dem Vorstellungsinhalt und dem Verhalten ersichtlich. Im allgemeinen ist das ursprüngliche Verhältnis zu den Eltern erhalten geblieben und die Ödipussituation nur dürftig gelöst. Es besteht ein inadäquater heterosexueller Ausgleich, der von einer verstärkten, vielleicht gut sublimierten, homosexuellen Komponente begleitet ist. Die bisexuelle Veranlagung strebt nach Überhebung; dies zeigt sich während der Regression und führt zu gewissen Zeiten zu einem bedeutenden Teil der klinischen Syndrome. Verf. betont am Schluß noch, daß die Pathologie der Psyche nicht die einzige Pathologie der manisch-depressiven Psychosen darstellt und daß die Beziehungen oder Bewertungen der psychischen Faktoren gegenüber den physischen, hereditären oder anderen vorsätzlich nicht behandelt wurden. Ein Literaturverzeichnis bis etwa 1934 bildet den Abschluß. J. L. Clauss (Berlin).

Baumann, C.: Der Zusammenhang zwischen manisch-depressiver Psychose und Paranoia. Psychiatr. Bl. 40, 374—415 (1936) [Holländisch].

Die Arbeit stellt nicht mehr und nicht weniger dar als ein — übrigens bei aller Kürze ausgezeichnet unterrichtendes — Übersichtsreferat über Geschichte und gegenwärtigen Stand der Paranoiafrage, das die einschlägige deutsche Literatur (insbesondere die Autoren, die — wie Hoche, Rittershaus u. a. — zu Kraepelin und seiner Lehre kritisch oder sogar ablehnend gestanden haben) gebührend berücksichtigt. Nach eingehender Würdigung der bekannten Aufstellungen von Specht teilt Verf. 3 eigene Fälle ziemlich ausführlich mit und faßt sie dahin zusammen, daß bei seinen Kranken jeden-

falls ein Defekt nicht nachweisbar war; es bestand hinterher auch volle Krankheits-einsicht. Während im einen Falle die paranoischen Erscheinungen — ohne alles Prozeßsymptom und ohne Tendenz zur Systematisierung — während einer manischen Phase auftraten, kam es im zweiten während einer psychisch provozierten Melancholie zu paranoischen Äußerungen, die mit der Verstimmung wichen. Im 3. Falle erschien das Paranoische erst, als nach Abklingen der depressiven Erscheinungen das Manische überwog. Dem Verf. geht daraus hervor, daß paranoische Äußerungen auch während einer depressiven Phase auftreten können; zwischen den manisch-depressiven und den paranoischen Erscheinungen besteht offenbar eine umkehrbare Wechselwirkung. Manisch-depressive Konstitution und paranoische Affektbereitschaft müssen unter einem gemeinsamen Oberbegriff untergebracht werden, liegen jedenfalls sehr dicht beieinander.

Donalies (Eberswalde).

Stransky, Erwin: Zum Schizoidproblem. Mschr. Psychiatr. 92, 316—325 (1936).

Berze versteht unter Schizoid die abnorme Beschaffenheit der Noo- und der Thymopsyche und vor allem den Defekt des richtigen Zusammenklangs beider zur Gesamtpsychie, welche sich auf eine anlagemäßig bedingte, übermäßige Bindung der Affektivität und die Instinktivität gründet. Auf dem Boden des Schizoids können die Schizoidpsychosen, das sind ins Pathologische geratene Reaktionsweisen, erwachsen; diese dürfen mit der Schizophrenie nicht zusammengeworfen werden. Berze lehnt es ab, das Biologische der Schizophrenie als eine Steigerung des Biologischen des Schizoids zu betrachten. Stransky, der die Funktionsdisharmonie zwischen Noo- und Thymopsyche intrapsychische Ataxie nennt, betrachtet die Aufmerksamkeit als eine Funktion der Thymopsyche, Berze erklärte sie für eine rein noopsychische Angelegenheit. Die Triebpsyche rechnet St. zur Thymopsyche. Beide Forscher fassen alles früher differentiale normale seelische Geschehen als ein Zusammenklingen noo- und thymopsychischer Kräfte auf. Im normalen Leben herrscht nach St. „autaktische Harmonie“, unter krankhaften Verhältnissen — vor allem in der schizophrenischen Seele — Disharmonie. In den schizoiden Zuständen sieht nun St. deutliche Grundphänomene letzterer, während Berze das Schizoid klinisch für etwas völlig anderes als die Prozeßschizophrenie hält. St. findet in der pathopsychologischen Struktur die gemeinsame Radikale; auch im Schizoid sei, wenn auch gedämpft und überkompensiert, Störung des Taxiemechanismus zu finden. Allerdings sei diese bei der schizophrenischen Prozeßpsychose ungleich durchgreifender. Wenn auch bei der Schizoidie noch kein Prozeß da sei, pflege der Schizoide der inneren Disharmonie und Unsicherheit inne zu werden und darauf keineswegs immer unbewußt mit allerlei Arrangements zu reagieren. Dem „innerseelischen Verkehrsante“ fehle die richtige Ordnung. Mit Berze hält es St. für unstatthaft, Schizoidie und Schizophrenia incipiens durcheinander zu bringen, möge auch die Unterscheidung oft recht schwierig sein. Trotz der Taxiestörung, die aber noch nicht intrapsychische Ataxie sei, sagt St., zeigt der Schizoide mehr System in seiner Gesamtstörung, während bei dem Schizophrenen Zerfahrenheit und Neigung zu Entgleisungen zu beobachten seien. Berze, St. und andere fordern zur Frage des inneren Verhältnisses zwischen Schizoid, Schizoidpsychose und Schizophrenie grundsätzliche Unterscheidung. Man könne flüchtige schizoide Reaktionspsychosen nicht als schizophrene Schübe ansehen; ihr Ablauf knüpfe allzu greifbar an einen mehr oder minder exogenen (psychogenen, toxischen) Anstoß an und greife zeitlich nicht allzuviel darüber hinaus. Aber St. fordert die Beachtung von Grenzfällen, in denen ein Anstoß anscheinend vorerst eine Reaktion auslöst, die aber allgemach in einen Prozeß hineinleitet. Das Schizoid gehöre eben doch — ohne natürlich mit der Schizophrenie identisch zu sein — am Ende mit ihr in einen und denselben Familienkreis (den schizischen). Zwar sei bei weitem nicht jedes Schizoid Vorstufe einer Schizophrenie, doch zeige sich die Verwandtschaft darin, daß das präschizophrenische Verhalten zahlreicher späterer Schizophrenen fließend ins schizoide Habitualverhalten zurückzuleiten scheint. Zum Schluß tritt St. Berzes Warnung aufs be-

stimmteste bei, in Theorie und auch ja nicht in der Praxis Schizoid und Schizophrenie zu wenig scharf auseinanderzuhalten. G. Ilberg (Dresden).

Smith, Jens Chr.: Probleme der Dementia praecox. Untersuchungen über Häufigkeit, Erbllichkeit, gemeinsame Züge der klinischen Gruppen, ihre spezielle Disposition, biologische Reaktionen u. a. (*Sindssygehosp., Augustenborg.*) Bibl. Laeg. 128, 1—28 u. 31—56 (1936) [Dänisch].

In dieser umfassenden und gewissenhaften Untersuchung ist versucht worden, auf Grund eines dänischen Materials einen Beitrag zur Beleuchtung der Erblichkeitsverhältnisse und der Frequenz von Dementia praecox zu liefern, ferner festzustellen, ob im Dementia praecox-Gebiet eine Gruppe zu finden sei, die im Hinblick auf hereditäre Belastung eine Sonderstellung einnimmt, und zu erforschen, ob es Anhaltspunkte dafür gebe, daß zwischen den schizophrenen Untergruppen ein Wesensunterschied besteht. Zu diesem Zweck wurde die Blutsenkungsreaktion, die Liquorformel, das Blutbild, teilweise auch die Körperkonstitution und die Erblichkeitssituation untersucht. Das Probandenmaterial besteht aus 200 (86 männlichen, 114 weiblichen) sicheren Fällen von Dementia praecox. Nach Weinbergs „abgekürztem Verfahren“ findet Verf. in den Geschwistererien (insgesamt 1061 Individuen) bei 3,3% der Fälle Dementia praecox. Wenn auch die auf Dementia praecox verdächtigen Fälle mitgerechnet werden, erhält Verf. die Ziffer 4,1% und wird eine Korrektur für „Psychosen unbekannter Art“ vorgenommen, unter welchen sich wahrscheinlich viele Fälle von Dementia praecox befinden, so steigt die Ziffer auf 5,1%. Bei den Geschwistern kam kein Fall von manodepressiver Psychose vor. Unter 69 Halbgeschwistern wurden keine Geisteskranken, aber 2 psychisch auffällige Individuen angetroffen. — Unter den Eltern der Probanden finden sich 1,25% sichere Fälle von Dementia praecox, bzw., wenn die verdächtigen Fälle mitgerechnet werden, 2,25%. Mit Korrektur für Psychosen unbekannter Art steigt die Ziffer auf 3,5%. Von manisch-depressiver Krankheit waren unter den Eltern 2 Fälle zu verzeichnen. — Bei Geschwistern der Probandeneltern wurde Dementia praecox nach der abgekürzten Methode in 2,3% festgestellt (keine Korrektur für Psychosen unbekannter Art). Von den Kindern der Probanden haben erst einige wenige die Gefahrenzone passiert. — Verf. kommt zu dem Schluß, daß zwischen seinen Ziffern und den entsprechenden von München sowie aus Amerika publizierten kein sicherer Unterschied nachzuweisen ist. — M. Bleulers Gruppe von hereditär nicht Belasteten mit stark entwickelter Dementia simplex hat Verf. in seinem Material nicht gefunden. Von 42 nicht Belasteten entspricht nur 1 klinisch dem Typ von M. Bleuler. Von 5, die dem Bleulerschen Typ entsprechen, sind 4 erblich belastet. — Eine weniger starke Belastung in denjenigen Fällen, wo ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Dementia praecox und Schädeltrauma denkbar ist, hat Verf. nicht gefunden (vgl. Schulz). — Werden die Probanden in die Gruppen Dementia simplex, Katatonie und Dementia paranoides eingeteilt, so beträgt die gesamte Dementia praecox-Frequenz bei Probandengeschwistern, Probandeneltern und Geschwistern der Probandeneltern 3,2 resp. 3,1 und 2,0%. — Die Ziffern des Verf. geben eine gewisse Stütze für die Annahme, daß in den einzelnen Familien eine gewisse Disposition für dieselbe Untergruppe von Dementia praecox besteht, sie lassen aber keine sicheren Schlüsse zu. Am deutlichsten tritt die Disposition bei den nächsten Angehörigen der Dementia simplex-Probanden hervor; unter 34 sicheren Fällen von Schizophrenien oder solchen, die darauf verdächtig sind, waren bei diesen Angehörigen 26 vom gleichen Typ, der beim Probanden vorlag. — Im übrigen zeigt das Material, daß Dementia simplex öfter bei Männern, Dementia paranoides öfter bei Frauen auftritt, sowie daß das Anfangsalter paranoider Psychosen viel höher ist als diejenige anderer Gruppen. — Die Senkungsreaktion gab keine brauchbaren Aufschlüsse: Dementia praecox scheint an und für sich keine erhöhte Blutsenkungsreaktion zu verursachen. — Liquorveränderungen (Zellen, Globulin, Albumin, das letztere nach Bisgaard bestimmt) kommen oft vor (unter 135 Fällen weisen 70 pathologischen Befund auf); am wenigsten oft

finden sie sich in der Gruppe Dementia paranoides. Die Durchschnittszahl der erblichen Belastung ist vielleicht in der durch mehr ausgesprochene Liquorveränderungen gekennzeichneten Gruppe etwas niedriger; dieser Unterschied ist jedoch nicht statistisch sichergestellt. — Das Blutbild zeigt in einer großen Zahl von Fällen Linksverschiebung, in keiner von den Untergruppen tritt sie aber deutlich häufiger auf als in den anderen. — Die Körpertypen, die nach einer vom Ref. angegebenen Methode untersucht wurden, zeigen in der Gruppe Dementia paranoides eine höhere Frequenz pyknoformer Typen als in den anderen Gruppen. — Verf. vermutet, daß Dementia praecox in bezug auf die Erbllichkeit eine Einheit bildet. Die Unterschiede im Phänotyp der Untergruppen würden seiner Annahme nach auf Unterschiede in den sonstigen Konstitutionen beruhen, die einen mehr oder weniger günstigen Boden für die Entwicklung der Psychose geben.

Wigert (Stockholm)._o

Müller, Armin: Zur Differentialdiagnose von Schizophrenie und Luespsychose. Nervenarzt 9, 134—137 (1936).

Ein 21-jähriges Mädchen ohne besondere Belastung in der Familie erkrankte 1 Jahr nach der Infektion mit Lues an einer Psychose, die sie anstaltsbedürftig machte. Sie war schlecht orientiert und hatte Halluzinationen optischer und akustischer Art. Später traten läppisch-alberne Züge mit Grimassieren und Wortneubildungen in den Vordergrund. Zunächst war Blut und Liquor negativ — es war eine durchgreifende spezifische Behandlung vorausgegangen —, und neurologisch war lediglich eine etwas träge Pupillenreaktion festzustellen. Während des Klinikaufenthaltes wurde Blut und Liquor positiv, im Liquor bestand außerdem eine deutliche Pleocytose (44/3 Zellen), aber keine Eiweißvermehrung. Nach 10 Monaten Besserung der Psychose; Patientin wurde schließlich unauffällig und konnte entlassen werden. Im Laufe der nächsten 5 Jahre wurde unter dauernder Behandlung der Blutwassermann negativ, die Pupillenstörung blieb bestehen. 2 Jahre später erfolgte erneut die Einweisung der Patientin in Anstaltsbehandlung. Sie hatte Verfolgungsideen, nachdem sie in der ganzen Zwischenzeit unauffällig ihren Dienst als Hausgehilfin hatte versehen können. Die Pupillen waren jetzt (1930) leicht different, die Reaktion war wenig ausgiebig. Blut-Wassermann positiv, im Liquor stark positiver Ausfall der WaR., ferner Zellvermehrung (234/3 Zellen) und Mastixkurve. In der Klinik wurde die Kranke zunehmend paranoisch und verschroben und verhielt sich wechselnd, teils träge, teils aggressiv. Nach fast 3 Jahren konnte sie aus der Heilanstalt entlassen werden. Es war jedesmal eine schizophrene Erkrankung angenommen worden. Nur zu Beginn des ersten Krankheitsprozesses hatte eine leichtere Orientierungsstörung bestanden, die an einen Verlauf vom exogenen Reaktionstyp hätte denken lassen können; später zeigte dagegen das Krankheitsbild vorwiegend bzw. rein schizophrene Züge. — 1934 erfolgte eine Nachuntersuchung im Rahmen des Verfahrens vor dem Erbgesundheitsgericht. Der serologische Befund war inzwischen in Blut und Liquor völlig negativ geworden, die Pupillenstörung war weiter nachweisbar. Es wurde jetzt die Diagnose eines abgelaufenen Zustandes von Hirnlues gestellt, zumal die Kranke auch in seelischer Beziehung völlig unauffällig geworden war. Unter Bezugnahme auf Bonhoeffer, Plaut und Pohlisch wird ausgeführt, daß es sich hier in entscheidendem Maße um einen exogenen Schaden (Hirnlues) handle, der pathoplastisch gewirkt und eine endogene, konstitutionelle schizophrene Reaktionsbereitschaft habe manifest werden lassen. Das Schwergewicht sei in diesem Fall zweifellos auf die exogene Noxe zu verlegen, noch entschiedener als dies Bonhoeffer getan habe, wenn er die Frage aufwerfe, „ob man in gewissen Fällen ausgesprochen exogener Auslösung schizophrener Attacken berechtigt ist, den Anlagefaktor als so geringfügig zu betrachten, daß man ihn unter Umständen bei dem Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses außer acht lassen darf“. Bei dem hier mitgeteilten Fall sei es überhaupt nicht zur Entwicklung einer eigentlichen Schizophrenie gekommen. Die Psychose habe zwar den Abschluß der spezifischen Behandlung erheblich überdauert — und darin sei der Einfluß endogener Momente zu erblicken —, andererseits sei sie aber dann ohne Defekt abgeheilt. Eine Unfruchtbarmachung im Sinne des Gesetzes könne daher nicht befürwortet werden.

H. Boeters (Breslau)._o

Christiani: Beitrag zur Differentialdiagnose Cocainismus—Schizophrenie. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Kiel.) Ärztl. Sachverst.ztg 42, 143—144 (1936).

Bei einem 41-jährigen Mann wurde Antrag auf Unfruchtbarmachung wegen Schizophrenie gestellt. Der Antrag stützte sich auf Krankengeschichten aus den Jahren 1919—1924. Damals lagen vor: gereiztes, mißtrauisches Gesamtverhalten, Eifersuchts-, Verfolgungs- und Beeinträchtigungsideen mit Sinnestäuschungen, Furcht vor dem Alleinsein und auffallende Gesichtshalluzinationen aus Parästhesien: aus einzelnen Punkten, z. B. schadhaften Stellen der Wand, die fixiert wurden, entstanden

Gesichter und Gestalten. Bei der jetzigen Nachprüfung stellte sich heraus, daß früher schizophrene Grundsymptome auf assoziativem und aktivem Gebiete nicht beobachtet waren. Die jetzige Untersuchung war ergebnislos. Der Mann gab an, früher Cocainist gewesen zu sein. Mit dem Aufgeben des Cocaingenusses waren die psychotischen Symptome geschwunden; sie sind seit 14 Jahren nicht mehr aufgetreten.

Böhmer (Düsseldorf).

Weygandt, W.: Über aktive Schizophreniebehandlung. Psychiatr.-neur. Wschr. 1935, 608—611 u. 619—622.

Die Schizophrenie macht als verbreitetste Geistesstörung mit ihrer durch die heutige Anstaltshygiene geförderten Langlebigkeit die Versuche zu einer Besserung oder Beseitigung der Psychose mit aktiven Methoden begreiflich. Durch die intensivierte Beschäftigungstherapie wie durch die Frühentlassung sind die unerfreulichen Anstaltsartefakte selten geworden; eine sozialere Einstellung der Kranken ist erreicht. Von aktiven Methoden werden spezifische und unspezifische Fiebermittel angewandt, die erzielten bescheidenen Erfolge ermutigen immerhin zu weiteren Fortsetzungen. Eingehend setzt sich Weygandt im 2. Teil seiner Arbeit mit der Anwendung des Insulins durch Sakel (Wien) zur Erzielung des hypoglykämischen Shocks (in der II. Phase) auseinander, die mit einer transitorischen Hemiplegie, ja mit Lebensgefahr verbunden ist. Am 9. Tage pflegen als hypoglykämische Reaktion Bewegungsunruhe, Reflexstörungen, Atonie bis zum Koma einzutreten. Nach Klärung des Bewußtseins entstehen Kälteempfindung, Leeregefühl des Kopfes, Veränderungen der Tiefen- und der Bewegungswahrnehmungen, Angst, Sinnestäuschungen, Verwirrtheit. Die zur Hervorrufung des Shocks erforderliche Insulinmenge wird so lange beibehalten, wie diese Shocks erwünscht sind. Sakel setzt 6mal wöchentlich einen schweren Shock (jeweilige Dosis 40—190 Einheiten). In der etwa einwöchigen End- (Polarisations-) Phase werden mittlere Insulinmengen bis zur Grenze der Hypoglykämie gegeben. Erforderlich ist ein Shockbesteck (Spritze mit Traubenzuckerlösung, Nasensonde, Zuckerwasser, Analeptica, Cardiacia) zur Shockunterbrechung. Beim Erwachen kehren die erloschenen Funktionen zurück, zuletzt Sprache und Verstehen. Ein Gefahrenmoment stellt weiter die Schluckpneumonie infolge der starken Salivation dar, sowie selten der Stimmritzenkrampf. Das starke Hungergefühl kann zum „Hungerkrawall“ führen. Als posthypoglykämisches Phänomen tritt (mitunter retrograde) Amnesie auf. Längerer Zuckerhunger löst verlängerten Shock mit gehäuften schwersten epileptischen Anfällen aus. Die beachtlichen kritischen Bemerkungen W.s müssen in der Arbeit nachgelesen werden. (Sakel, Neue Behandlungsmethode der Schizophrenie. Leipzig-Wien 1935.)

Kresiment (Berlin).

Leinisch, Wilhelm: Ein forensisch bedeutsamer Fall von Schizophrenie. Erlangen: Diss. 1935. 37 S.

Ermordung eines Zimmerkameraden durch einen Schizophrenen mittels Beilieben. Retrospektiv deuten eine Reihe von Abwegigkeiten auf eine präpsychotische Persönlichkeitsveränderung und die kontinuierliche Weiterentwicklung eines Prozesses unter dem Einfluß wiederholter persönlicher unlustbetonter Erlebnisse. Der Täter ist erblich belastet (Großvater väterlicherseits Suicid; Großmutter väterlicherseits „zerstreut“, Verwirrheitszustand während des Wochenbettes und im Alter; Vater: systematisierter Beeinträchtigungswahn). Wiederholt wird der Täter als einsiedlerisch, verschlossen, nervös, leicht erregbar bezeichnet. 5 Jahre vor der Tat klinische Behandlung wegen „asthenischer Versagung“. Formal ständig geordnet. Kein Versuch, die Spuren der Tat zu verwischen. Am folgenden Tage machte er selbst einen Suicidversuch. Klare Motive für die Tat ließen sich nicht finden. Die Sachverständigen verneinen die Frage der Geisteskrankheit. Im Gefängnis verschlossen, schwerfällig, stumpf, wegen seines auffälligen Benehmens erneute Untersuchung auf Zurechnungsfähigkeit. Allmähliche Entwicklung des ausgesprochenen Bildes einer paranoischen Form der Schizophrenie mit Sinnestäuschungen, Wahnvorstellungen, Affektdissozia-

tionen und Zerfahrenheit. Die Beobachtungsergebnisse weisen darauf hin, daß schon jahrelang vorher Erlebnisse wahnhaft umgedeutet waren. Getäuscht hat eine formale Besonnenheit. Die derzeitige rechtliche Situation, nach der der Täter ein zu lebenslänglichem Zuchthaus begnadigter, augenblicklich nicht strafvollzugsfähiger Mörder ist, ist untragbar. Eine Wiederaufnahme des gerichtlichen Verfahrens mit dem Ziele der Freisprechung erscheint geboten. *Dubitscher (Berlin).*

Huot, V.-L.: *Note au sujet des peintures et dessins d'un schizophrène malgache.* (Anmerkung zu Gemälden und Zeichnungen eines schizophrenen Madegassen.) *Ann. méd.-psychol.* **94**, **I**, 172—186 (1936).

Verf. gibt die Krankheitsgeschichte eines schizophrenen Madegassen wieder, der, von Beruf Zeichenlehrer, während seiner Krankheit zahlreiche Plastiken, Gemälde und Zeichnungen schizophrener Prägung schuf. 5 symbolüberladene Zeichnungen sind abgebildet, deren teils mythologischer, teils historischer und biographischer Sinn geschickt und unbefangen aufgezeigt wird. Verf. erscheint von keiner der analytischen Schulen stärker belastet. Die Arbeit ist psychiatrisch und psychologisch gut fundiert.

J. L. Clauss (Berlin).

Hill, Joel Milam: *Hallucinations in psychoses.* (Halluzinationen bei Geisteskranken.) (*Clin. Serv., Bloomingdale Hosp., New York.*) *J. nerv. Dis.* **83**, 405—421 (1936).

Die Untersuchungen erstrecken sich auf ein Material von 100 Geisteskranken im Verlauf von 2 Jahren. Der 1. Teil der Arbeit, der zahlreiche Krankengeschichten enthält, versucht eine psychologische Deutung der Halluzinationen auf psycho-analytischem Wege. Der Verf. teilt die Halluzinationen ein in 4 Gruppen. Die 1. Gruppe umfaßt die sog. Verteidigungshalluzinationen, in denen sich der Patient gegen die eigenen Gewissensängste wehrt. Die 2. Gruppe wird nach Freud als „endo-psychisch“ bezeichnet, in der der Patient in den Halluzinationen Stellung zu seiner geistigen Veränderung nimmt. Die 3. Gruppe umfaßt die Wunscherfüllungen, und die 4. enthält endlich diejenigen Halluzinationen, bei denen eine psychologische Deutung nicht möglich ist. — In dem 2. Teil beschäftigt sich der Verf. mit der Art der Halluzinationen und versucht, ein Bild über die Prognose der Geisteskrankheiten zu gewinnen. Es wird zunächst festgestellt, daß im allgemeinen die Prognose der Erkrankungen mit Halluzinationen etwas schlechter ist als bei Krankheiten ohne Sinnestäuschungen. Sie soll günstiger sein, je früher die Halluzinationen auftreten, besonders wenn sie am Beginn der Erkrankung liegt. — An Häufigkeit stehen bei weitem die Gehörshalluzinationen voran. Es folgen dann die optischen Halluzinationen und später die Geruchs- und Gefühlshalluzinationen. Die besten prognostischen Aussichten sollen die optischen, die schlechtesten die Geruchshalluzinationen haben. Die psychologisch verständlichen Halluzinationen sollen außerdem eine bessere Prognose haben als die, bei denen eine psychologische Deutung nicht möglich ist. Die Wunscherfüllungshalluzinationen sollen die beste Prognose haben.

H. Delbrück (Hannover).

Guridham, Arthur: *The Rorschach test in epileptics.* (Die Rorschachsche Untersuchungsmethode bei Epileptikern.) (*Bailbrook House, Bath.*) *J. ment. Sci.* **81**, 870 bis 893 (1935).

Nach einleitenden Worten über die Bedeutung und über die Technik der Rorschachschen Untersuchungsmethode berichtet Verf. über Untersuchungsergebnisse bei 132 Epileptikern. Besonderer Wert wurde bei dieser Untersuchung auf den sog. Erlebnistypus gelegt. Aber auch der Erfassungstypus und die Sukzession der Erfassungsmodi sind bei diesen Epileptikern berücksichtigt worden. — Zusammenfassend kommt der Verf. zu dem Ergebnis, daß bei Epilepsie keine solch konstante Rorschachsche Reaktionstypen aufgestellt werden konnte, wie dies bei anderen Geisteskrankheiten der Fall ist.

Hermann Stefan (Köln).

Harriman, Philip L.: *The ethical discrimination of the epileptic.* (Die ethischen Urteile der Epileptiker.) *J. abnorm. a. soc. Psychol.* **30**, 411—418 (1936).

Es ist bekannt, daß die ethischen Begriffe der Epileptiker unzulänglich sind und

ihre Auffassung von ethischen Verhaltensweisen vielfach vom Normalen abweicht. Über die epileptische Charakterveränderung, das Absinken des Intelligenzniveaus und über die antisozialen Tendenzen mancher Epileptiker ist schon vieles gesagt worden. Um genaue Ergebnisse zu gewinnen und einen Unterschied mit Normalen feststellen zu können, prüfte Verf. 25 Epileptiker und 25 gesunde Männer im Durchschnittsalter von 28 Jahren in einer längeren Untersuchung mit dem Kohó Ethical Discrimination Test. Die verschiedenen Testreihen behandeln Themen über soziale Beziehungen, über moralische Begriffe, über Deutungen von Sprichwörtern und Definitionen von moralischen Urteilen, ferner über die Abschätzung von Beleidigungen u. a. m. Die hohe Zahl der Fehlurteile bei Epileptikern bestätigen die allgemeine Kennzeichnung der epileptischen Persönlichkeit. *von Kuenburg (München).*

Yealand, Lewis R.: Some observations on masked epilepsy and the simulation of traumatic epilepsy by cerebral tumour, with special reference to head injuries without fracture. (Bemerkungen über nicht erkannte Epilepsie und die Vortäuschung einer traumatischen Epilepsie durch Hirntumoren, unter besonderer Berücksichtigung von Schädelverletzungen ohne Fraktur.) *J. of Neur.* **16**, 353—362 (1936).

Verf. gewann aus einem Materiale von 500 Schädelverletzungen ohne Fraktur 17 Fälle, bei welchen kurze Zeit nach dem Trauma epileptische Anfälle aufgetreten waren. Aber in jedem dieser Fälle konnte ein Hirntumor entweder klinisch nachgewiesen oder doch wenigstens vermutet werden. Es werden die Zusammenhänge zwischen Trauma und Auslösung eines epileptischen Anfalles bei bestehendem Hirntumor untersucht. 2 Gruppen werden unterschieden: Fälle, bei denen die Epilepsie im Vordergrund steht und als traumatisch aufgefaßt wurde und solche, bei denen die Epilepsie mehr oder weniger durch eine „traumatische Neurose“ verdeckt wurde. Die Fälle werden eingehend beschrieben, teils mit Sektionsprotokollen und Abbildungen der Geschwülste in situ. Bemerkenswert ist, daß sich die Patienten bis zum Trauma gesund gefühlt hatten und dieses selbst nur geringfügig war. Durch Versuche, deren Anordnung genau mitgeteilt wird, stellte Verf. fest, daß infolge der Elastizität des Schädels auch geringe Gewalteinwirkungen zu einer vorübergehenden Formveränderung des Schädels und damit zu einer Druckschwankung im Schädelinneren führen. Aus seinen sehr instruktiven Fällen glaubt Verf. schließen zu können, daß bei dem Vorhandensein eines raumbeengenden Prozesses bereits die durch ein leichtes Schädeltrauma bedingten geringen Druckschwankungen genügen, epileptische Anfälle auszulösen, ohne daß man von einer traumatischen Epilepsie sprechen kann. *von der Heydt.*

Avendaño, L., und Carlos Bambaren: Geistiger Zustand und Verfügungsfähigkeit bei einer Taubstummen. *Archivos Med. leg.* **5**, 469—483 (1935) [Spanisch].

Ausführliche kasuistische Mitteilung über die Begutachtung einer Taubstummen, wobei zur Frage der Testamentsfähigkeit Stellung zu nehmen war. Diese wurde zuerkannt, weil es sich nicht um eine angeborene Taubstummheit mit cerebralen Defekten handelte, sondern um ein später erworbenes Leiden, das keine psychischen Ausfälle im Gefolge hatte. *Mauss (Berlin).*

Binder, Hans: Über alkoholische Rauschzustände. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Basel.*) *Schweiz. Arch. Neur.* **35**, 209—228; **36**, 17—51 (1935).

Es werden im ganzen 208 Fälle analysiert und die alkoholischen Rauschzustände daraufhin eingeteilt. Als „einfache Räusche“ bezeichnet Verf. die allgemeine menschliche Reaktion auf den akuten Alkoholexzeß in allen Varianten der normalen Streubreite mit dem Anfangsstadium einer geringfügigen Erregung, Euphorie, gesteigerten sinnlichen Empfänglichkeit, Antriebsvermehrung, später mit Benommenheit, in der Enthemmungserscheinungen in den primitiven Funktionen einsetzen, aber die Wahrnehmung erhalten bleibt. Bei den einfachen Räuschen zeigt die Erinnerung meist (nicht immer) keine stärkeren Störungen. Bei schweren Delikten spielt der einfache Rausch nur eine auslösende Rolle, die Zurechnungsfähigkeit wird durch ihn nicht beeinflusst. Den „einfachen“ Räuschen stehen die „abnormen“ gegenüber, mit viel

stärkerer und langdauernder Erregung und brüsk einsetzenden schweren Störungen im geistigen Überbau. Daher so intensive Persönlichkeitserschütterung, daß die äußere Haltung nicht gewahrt werden kann und es zu persönlichkeitsfremden Handlungen kommt. Diese abnormen Rausche teilt Verf. wieder in die komplizierten (quantitativ abnormen) Rausche und die pathologischen (qualitativ abnormen) mit dämmrigen und delirösen Unterformen ein. Bei den komplizierten Rauschen spielen vor allem die gereizte Grundstimmung und nachher betäubungsähnlich hereinbrechende Benommenheit mit extremen Enthemmungserscheinungen eine Rolle. Die Erregung kann auch in späten Stadien der „absteigenden“ Lähmung immer wieder von neuem stoßweise auftreten. Häufig kommt es zu tobsüchtigen motorischen Entladungen mit persönlichkeitsfremden Handlungen trotz sinnvollem, auch für den Zuschauer verständlichem Verhalten bei starker Schwerbesinnlichkeit; dabei Neigung zu Kurzschlußhandlungen, Enthemmung von Komplextendenzen, wahnhaften Beeinträchtigungsvorstellungen, nicht selten schweren Affektdelikten infolge der Gereiztheit. Es besteht verminderte Zurechnungsfähigkeit. Die Erinnerung an den Rausch ist meist nur summarisch. Bei den eigentlichen pathologischen Rauschen setzen die starke Erregung und Bewußtseinsstörung gleichzeitig ein, weshalb das volle Symptomenbild schlagartig auftritt. Angstvolle Grundstimmung. Orientierung meist von Anfang an grundlegend gestört. Daher sind alle pathologisch Berauschten unzurechnungsfähig. Bei den dämmrigen Formen des pathologischen Rausches erfährt der Betrunkene seine Umgebung nur bruchstückweise. Seine Beziehungen zu ihr sind schwer gestört, sein Verhalten ist oft unverständlich, hat einen phantastisch-irrealen Charakter, wobei die angstvolle Erregung nach außen relativ wenig zutage treten, aber zu schwerer Tobsucht führen kann. Dabei Enthemmung von Komplextendenzen, aber auch von blinden Trieb- und Ausdruckshandlungen, ganz elementare Bewegungsformen, unsinnige Verfolgungswahnideen mit Verkennerung der gesamten Situation, ängstliche Sinnestäuschungen. Die Erinnerung an den Rausch ist meist nur eine inselförmige. In diesen Rauschen kann es zu schwersten Affektdelikten infolge der Angst, wahnhaften Situationsverkennerungen und tiefgehender Enthemmung kommen. Bei den delirösen Formen des pathologischen Rausches, die dem Delirium tremens nahestehen, werden die normalen psychischen Zusammenhänge infolge der delirösen Bewußtseinsstörung zerstört. Das Verhalten des Betrunkenen ist daher nicht nur für den Zuschauer, sondern auch in sich selbst sinnlos und unverständlich. Es kann zu plötzlich aufblitzenden Beziehungsideen und Reizhalluzinationen kommen. Motorische Unruhe und elementare Bewegungsformen treten auf. Doch erreichen Angst und motorische Entladungen nicht so hohe Grade, wie im dämmrigen Rausch. Die kriminelle Bedeutung dieser delirösen Rauschform ist daher gering. Wenn auch Misch- und Übergangsfälle der einzelnen Rauschtypen vorkommen, erscheint diese Einteilung Verf. auch praktisch zu einer Klärung des noch so uneinheitlich aufgefaßten Gebietes der Alkoholräusche geeignet.

Weimann (Berlin).

Kehrer, F.: Praktisch wichtige alte und neue Erfahrungen über Geistesstörungen infolge Alkohol- und Schlafmittelmisbrauchs. Jkurse ärztl. Fortbildg 27, H. 5, 23—37 (1936).

Kehrer's Ausführungen, in erster Linie auf die Bedürfnisse des Allgemeinarztes zugeschnitten, vermitteln in gedrängter Form eine ausgezeichnete Übersicht über die als gesichert geltenden Erkenntnisse. Unter kritischer Verwendung neuerer und neuester Literatur bringt Verf. das Wesentliche über pathologische Rauschzustände, Delirium tremens und Korsakoffscher Psychose. Besonders eingehend wird das Delirium tremens behandelt. Neben differential-diagnostischen Erörterungen zur Unterscheidung des D. t. von Fieber- und anderen Delirien, kommt es Verf. vor allem darauf an, Anhaltspunkte zur Früherkennung zu geben. Dabei weist er unter anderem auf die starke Dissimulationstendenz des Deliriumkandidaten hin, der infolgedessen oft viel zu spät einer geeigneten Behandlung zugeführt wird. In einem zukünftigen

„Irrenrecht“ sollte dem praktischen Arzte oder wenigstens dem praktischen Nerven-arzte das Recht zuerkannt werden, schon bei drohendem Delir eine gegebenenfalls zwangsweise Unterbringung des Kranken in einer Nervenheilanstalt anordnen zu können. Scharf herausgestellt werden die ursächlichen Zusammenhänge zwischen Alc. chron., Delir und „anderen wesentlichen Teilursachen“. Als letztere wird die Unfähigkeit des Körpers erkannt, das ihm dauernd zugeführte Gift für das Gehirn zu entgiften. Das Problem der Entstehung des Delirs ist mithin die Klärung der Frage, wodurch jene Entgiftungsunfähigkeit des Körpers hervorgerufen wird. Die nach allen Richtungen angestellten Stoffwechseluntersuchungen konnten bislang noch keine Antwort auf diese Frage geben. Therapeutische und prognostische Hinweise vervollständigen die Ausführungen. Hinsichtlich der Schlaf- und Beruhigungsmittel wird die Symptomatik der durch ihren Mißbrauch hervorgerufenen seelischen Störungen geschildert und als bemerkenswert hervorgehoben, das häufig die Abstinenz bzw. plötzliche Entziehung des Mittels die Psychose erst auslöst. Mit Recht betont Verf., daß der Phano-dormmißbrauch mit seinen Folgeerscheinungen den Arzt bedenklich machen sollte, freigiebig immer wieder dieses Mittel zu verordnen. *von der Heydt.*

● **Haug, Karl: Die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins und verwandte Entfremdungserlebnisse. Eine klinische und psychologische Studie. Mit einem Geleitwort v. Max Rosenfeld.** Stuttgart: Ferdinand Enke 1936. VI, 211 S. RM. 12.—.

„Letztes Ziel“ der sehr gründlichen Untersuchungen über das Depersonalisationsproblem ist, „über psychopathologische Deutungen hinaus eventuell neurophysiologische oder gar lokalisatorische Beziehungen aufzudecken, denn der Fortschritt auf dem Gebiete der Psychiatrie liegt u. E. dort, wo es gelingt, anatomisch-physiologische Korrelate zu psychopathologischen Phänomenen zu finden“. Ausführungen über „bisherige Depersonalisationstheorien“ und einer klaren Herausarbeitung der grundsätzlichen Fragestellungen folgt eine eingehende Kasuistik mit epikritischen Betrachtungen. Sehr zu begrüßen sind die häufig eingeschobenen zusammenfassenden Erörterungen. Im einzelnen werden behandelt: Depersonalisation nach Schädeltraumen, bei groborganischen Hirnerkrankungen, bei inneren Leiden, bei Intoxikationen, bei Neurasthenie und Psychasthenie, bei Hysterie, bei manisch-depressivem Irresein, bei Schizophrenie, ferner „klinisch-psychiatrisch nicht sicher einzugruppierende Fälle mit Depersonalisation“ sowie „Depersonalisationserlebnisse und ähnliche Phänomene bei Normalen und Genialen“. Die Untersuchungsergebnisse des Verf. zeigen mit aller Deutlichkeit, daß das Depersonalisations-Syndrom „weder charakteristisch“ ist „für irgendeine bestimmte Erkrankung, noch . . . selbst als eine eigene Krankheit betrachtet werden“ darf. Allerdings ist die Symptomatologie im einzelnen sehr verschieden. Ursächliche Bedeutung können, „psychodynamisch betrachtet“, nach Ansicht des Verf. „grundsätzlich Störungen sämtlicher psychischen Zentralfunktionen sowie solche der Verbindung des Ichs mit der Außenwelt dienenden Psychismen“ . . . haben: „Störungen der Bewußtseinstätigkeit, Störungen auf dem Gebiete der Affektivität, Störungen des Antriebs und der Ausdrucksvorgänge und Störungen der Bildungsprozesse (vor allem der höheren), gleichviel ob exogener, endogener, organischer, funktioneller oder psychogener Herkunft.“ Auf die Frage, „warum . . . es aber nur bei gewissen Fällen mit derlei Störungen zum Dep.-Erlebnis“ komme, vermögen die Untersuchungen des Verf. Antwort zu geben. Dep.-Erlebnisse erwachsen nämlich in auffallender Weise auf dem Boden gewisser konstitutioneller Eigenarten. Als solche hebt Verf. hervor: eine über dem Durchschnitt stehende seelisch-geistige Differenzierung, besonders in intellektueller Hinsicht, eine Psycholabilität, weiterhin eine Neigung „zu ängstlich-hypochondrisch-depressiver seelischer Grundhaltung“ und „zu peinlicher, oft geradezu zwanghaft-quälender Selbstbeobachtung“. Die Nachforschungen des Verf. über die Frage, „ob pathophysiologische, insbesondere hirnpysiologische oder gar anatomische Grundlagen“ für die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins „auffindbar sind und welche“, „führen zu dem Schluß, daß eine umschriebene hirn-

anatomische Lokalisation der Dep., d. h. die Auffindung eines Zentrums für die Störungen des Persönlichkeitsbewußtseins grundsätzlich unmöglich ist, denn wir sahen das Phänomen auftreten sowohl in Abhängigkeit von Störungen in der Außenwelt, als auch von solchen im Soma, als auch von solchen im Hirnstamm, als auch von solchen im Hirnmantel. Es läßt sich allenfalls sagen, daß gewisse Konstellationen und Intensitäten der Grundstörungen vorzugsweise geeignet erscheinen, Erlebnisse vom Charakter der Dep. hervorzurufen. Das sind einmal Störungen im Hirnstamm, soweit sie für die Bewußtseinsfunktion, den Antrieb und die Gesamtaffektivität verantwortlich sind, zum anderen sind es Störungen im Hirnmantel, soweit sie ebenfalls dem Antrieb, sodann den Abbildungs- und höheren Denkprozessen dienen, und schließlich sind es gewisse endokrin-humorale Störungen.“ Vornehmlich fußend auf der Bewußtseins- und Wahrnehmungslehre Palágyis, versucht Verf. aufzuzeigen, daß „Störungen der Bewußtseinsfunktionen — womit in der Hauptsache Störungen der Bewußtseinshelligkeit gemeint sind —“, „Störungen der affektverwandten Sinnesempfindungen“, „Störungen des Antriebs und der Aktivität“, die bei Dep.-Erlebnissen vorhanden sind, „Störungen der vitalen Prozesse“ zugrunde liegen. „Der geistige Zusammenhang unserer geistigen Akte“ — schreibt Verf. — setzt „nach Palágyi notwendigerweise auch deren vitalen Zusammenhang voraus“. Ist dieser vitale Zusammenhang der geistigen Akte gestört, so ergeben sich „notwendigerweise auch Störungen der geistigen Tätigkeit . . ., deren Bewußtwerden unter bestimmten Umständen den Charakter der Dep. annehmen kann“. Danach liegt also der Depersonalisation, dem Erlebnis der Ichentfremdung, nicht eine Störung des geistigen Zusammenhanges der geistigen Akte, sondern eine Störung des vitalen Zusammenhanges der geistigen Akte zugrunde. Verf. hält überdies seine Untersuchungsergebnisse für „eine weitgehende Bestätigung“ der Behauptung Palágyis, „daß ‚alle sogenannte ‚Geistes‘-Krankheit durchaus nicht auf der Erkrankung des Geistes, sondern auf der Erkrankung der vitalen Phantasie‘ beruhe“, allerdings mit einer Einschränkung hinsichtlich der Paranoia. Er führt aus, daß sich bei ihr „niemals Störungen vom Charakter der Dep. auffinden“ lassen und daß es sich „bei ihr . . . also vielleicht wirklich“ um „eine Erkrankung des unsere geistigen Akte verbindenden geistigen Prinzip“ handelt.

H. Többen (Münster).

Liebnitz, Gerd: Das Merkmal der Überlegung beim Mord und der psychiatrische Sachverständige. Dtsch. Ärztebl. 1936 I, 676.

Verf. legt dar, daß durch eine Reichsgerichtsentscheidung vom 26. VIII. 1935 die ärztliche Sachverständigentätigkeit bei der gerichtlichen Beurteilung von Tötungsdelikten erheblich umfangreicher geworden sei. Das Reichsgericht wies ein Urteil betreffend einen Fall von Kindestötung an die Vorinstanz zurück. Es sei zu prüfen, ob nicht vielleicht ein Zustand von Schwermut vorhanden gewesen sei, der zwar nicht eine Zurechnungsunfähigkeit oder eine verminderte Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StGB bedingt habe, aber „doch die Verstandestätigkeit so überlagert haben“ könne, „daß der Angeklagten trotz der Gedanken, die ihr gekommen sind, die Überlegung im Sinne des § 211 StGB gefehlt hat.“ Die Hinzuziehung eines Facharztes für Psychiatrie wird empfohlen. Es sei auch zu prüfen, ob die Tat in die Zeit einer unmittelbar bevorstehenden monatlichen Blutung fiel und wie dieser Umstand den Geisteszustand der Täterin beeinflusst habe. Verf. führt aus, daß im Einzelfalle nur der psychiatrische Sachverständige werde „feststellen können, ob bei dem allgemeinen Geisteszustande des Täters diesem eine Abwägung aller für und gegen die Tat sprechenden Motive und eine Überdenkung der Folgen der Tat mit genügender Klarheit und Besonnenheit möglich war, wobei auch die Erbanlage und psychische Defekte eine wichtige Rolle spielen, selbst wenn sie nicht unter § 51 StGB fallen. Erst nach Anhörung des Sachverständigen wird der Richter dann mit genügender Sicherheit feststellen können, ob bei der zur Aburteilung stehenden Straftat das Tatbestandsmerkmal der Überlegung zur Zeit der Ausführung der Tat erfüllt war.“ H. Többen.

Read, C. Stanford: The problem of suicide. (Das Selbstmordproblem.) (*Bethlem Roy. Hosp., Beckenham.*) Brit. med. J. Nr 3925, 631—634 (1936).

Nach einem kurzen Überblick über die statistischen Ergebnisse, die diese Bearbeitung des Problems ergeben hat, und nach einem historischen Rückblick über die ethische Wertung des Selbstmordes im Laufe der Zeit und bei den verschiedenen Völkern, analysiert der Verf. die psychologische Struktur des Selbstmörders. Zur Erklärung zieht er in erster Linie Ergebnisse der psychoanalytischen Schule heran, hebt die Bedeutung frühkindlicher seelischer Konflikte, den Mechanismus der Verdrängung und Übertragung hervor. Auch die Freudsche Theorie über das Todesprinzip wird herangezogen. Sogar der Selbstmord bei Manisch-Depressiven wird psychologisch auf derartige, im Unterbewußten verlaufende seelische Reaktionen zurückgeführt. Bei den Selbstmorden der Schizophrenen und anderer Geisteskranken versagt aber auch für den Verf. diese Hypothese. Zum Schluß werden die therapeutischen Maßnahmen diskutiert, wobei vor allem die analytische Behandlungsmethode zur Lösung der der Selbstmordneigung zugrunde liegenden Konflikte empfohlen wird. *W. Ederle.*

Pohlen, Kurt: Die Morbidität und Letalität an Selbstmord. (*Humanmed. Abt., Reichsgesundheitsamt, Berlin.*) Dtsch. med. Wschr. 1936 I, 777—779.

Verf. macht den sehr dankenswerten Vorschlag, auch beim Selbstmord Morbidität und Letalität zu unterscheiden. Es sollten — worauf schon öfters hingewiesen wurde — nicht immer nur die vollendeten Selbstmorde betrachtet und statistisch ausgewertet werden; freilich werden alle Selbstmordhandlungen (also auch die mißglückten Selbstmordversuche) nur hie und da erfaßt. Verf. bespricht die entsprechenden vorliegenden Zahlen aus Ungarn, Wien und Spanien, aus Hamburg und aus dem Bereiche des deutschen Heeres und analysiert sie unter seinen Gesichtspunkten. Er errechnet für die einzelnen Todesarten verschiedene „Ernstlichkeitsziffern“, die z. B. in Ungarn nach den Gemeindegrößenklassen variieren, auch — was ja bekannt ist — bei den beiden Geschlechtern verschieden sind usw.; die Letalität nimmt mit dem Alter zu. Auf naheliegende Einwendungen, die auch die Brauchbarkeit der vorgeschlagenen Betrachtungsweisen nicht vermindern würden, kann im Rahmen eines Referates natürlich nicht eingegangen werden.

Donalies (Eberswalde).

Veiga de Carvalho, Hilario: Das Symbol „Don Galaaz“. Eine Form maskuliner Coitophobie. *Rév. Neur. São Paulo* 2, 46—50 u. dtsch. Zusammenfassung 51 (1936) [Portugiesisch].

Der portugiesische Dichter Julio Dantas (geb. 1876) schildert in einem seiner Romane seinen Helden Nun Alvares, indem er ihn mit dem „Ritter ohne Furcht und Tadel“ Don Galaaz vergleicht, einem unbesiegbaren Helden, der seine Kraft aus dem Umstande schöpfte, daß er nie ein Weib berührte, denn er fürchtete, daß er mit dem Samen seine Stärke verlieren könnte. Verf. fragt sich, ob dies nicht eine Kombination von Ödipuskomplex mit Schuld-, Kastrations- und Geizkomplex sei. Es scheint ihm wahrscheinlich. Von psychiatrischer Seite ist es eine sexuelle Psychasthenie. Don Galaaz ist ein „Coitophob“. Er konnte den Coitus ausführen, aber er fürchtet sich ihn auszuführen. Doch ist dies keine Impotenz, denn diese ist die Unfähigkeit zum Coitus oder zum Zeugen. Galaaz besitzt die *Potentia coeundi et generandi*, aber er fürchtet sich vor ihrem Corollar, dem Coitus. Es ist, wie wenn jemand schreiben kann, aber nicht will, was durchaus keine Agraphie ist. Ist es nun eine psychische Para-Impotenz oder nach Nerio Rojas eine Pseudo-Impotenz? Verf. neigt für die erstere Auffassung. Daß es keine Impotenz ist, beweist Galaaz dadurch, daß er statt des Phallus das Schwert gebraucht, ein seit Voltaire bekanntes Symptom. — Wir alle leiden eine gewisse Zeit an Coitophobie (Cph.), welche physiologisch ist und die Furcht vor dem Unbekannten bedeutet. Es ist eine Wartezeit, eine Zeit, in welcher wir unsere Kräfte für die Zukunft aufbewahren. — Verf. beschreibt 2 Fälle von Cph. Ein junger Mann besitzt einen Zigarrenladen, ist finanziell schwach bestellt und weicht dem Coitus aus, aus Furcht, seinem Geschäfte nicht genug Energie entgegenzubringen. Er leidet an konsekutiven

zahlreichen Pollutionen, wegen welcher er die Zukunft in düsteren Farben sieht. Nach Verf. ist dieser Mensch ein Typus Galaaz: Er siegt mit Zigarren und wird durch die Furcht vor dem Coitus besiegt. Doch gibt er zu, daß er potent ist und ist sogar in ein Mädchen verliebt. — Ein anderer junger Mann ist als Kalkulator in einem Handelshaus beschäftigt und rühmt sich, ein sehr guter Rechner zu sein, befürchtet aber diese Fähigkeit zu verlieren, wenn er den Coitus ausüben würde. Unternahm er aber einen solchen, so konnte er den nächsten Tag nicht gut rechnen, er fühlte in seinem Herzen ein Schuld-bewußtsein. Auch müßte nach ihm das Weib als über den niederen Leidenschaften stehend betrachtet werden. — Die Ursache der Cph. ist die unrechte sexuelle Erziehung. Sie heilt zumeist von selbst, kann sich aber auch verschlechtern und auf andere Gebiete verirren. Psychotherapie ist hier anzuwenden. Révész (Sibiu)._o

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie.

Pfaffenberg, R.: Die Psittakosis (Papageienkrankheit) in den Jahren 1931—1935. Epidemiologie, Forschungsergebnisse, Bekämpfung. (Med. Klin. u. Poliklin., Univ. Greifswald.) Erg. Hyg. 18, 251—331 (1936).

Die zusammenfassende Arbeit beschäftigt sich ausführlich mit der in- und ausländischen Epidemiologie der menschlichen Erkrankungen an Psittakosis, mit den klinischen Erscheinungen und der pathologischen Anatomie. Ferner werden Epidemiologie, Symptomatologie, pathologische Anatomie und veterinäre Differentialdiagnose der Psittakose der Papageienvögel, die Psittakose der Versuchstiere (Maus, Taschenratte, Meerschweinchen, Kaninchen, Affen, Vögel) besprochen. Ferner wird die Laboratoriumsdiagnose der Erkrankung, die Ätiologie, die Immunitätsverhältnisse, Laboratoriumsversuche mit dem Psittakosevirus, Schutzmaßnahmen im Laboratorium, Bekämpfung und gesetzliche Maßnahmen dargestellt. Auf die Einzelheiten der Arbeit muß verwiesen werden. Wesentlich ist, daß die Erkrankung in Deutschland überwiegend in den mittleren und nördlichen Teilen, und zwar vorwiegend in Großstädten (Berlin, Hamburg, Köln, Hannover, Breslau, Dresden und Leipzig) aufgetreten ist, in Süddeutschland bisher nur in Freiburg i. Br. Klinisch beträgt die Inkubationszeit durchschnittlich 10 Tage, die Erkrankung, die zunächst mit unbestimmten grippe-ähnlichen Erscheinungen beginnt, dauert durchschnittlich $3\frac{1}{2}$ Wochen, die Rekonvaleszenz geht nur langsam vor sich. Unter wildlebenden und gezüchteten Papageienvögeln ist die Erkrankung weit verbreitet. Die weiße Maus ist ein außerordentlich empfindliches Versuchstier für Psittakose. Das Psittakosevirus ist leicht erkennbar, so daß die klinische Diagnose durch exakte morphologische und serologische Laboratoriumsuntersuchungen leicht erhärtet werden kann. Von Menschen soll Blut möglichst aus den ersten Krankheitstagen, sowie Sputum der ersten 24 Stunden in größerer Menge zur Untersuchung eingeschickt werden. Von Leichenorganen sind insbesondere Lunge und Milz für den Virusnachweis geeignet. Deutschland hat schon im Januar 1930 ein Einfuhrverbot für Papageien und Sittiche erlassen, am 3. VII. 1934 erschien dann das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Papageienkrankheit (dieses Gesetz wird wörtlich angeführt). Daß auch diesem neuen Gesetz bisher kein voller Erfolg beschieden ist, zeigen 56 Erkrankungsfälle des Jahres 1935. Esser (Bonn).

Böss, Carl: Blutmengenbestimmung am Sektionstisch und ihre Ergebnisse. Kritik und Vergleiche zur Klinik. (Path. Inst., Univ. Berlin.) Virchows Arch. 297, 305—336 (1936).

Nach einleitenden Bemerkungen über frühere Methoden der Blutmengenbestimmung (Kohlenoxyd- und Farbstoffmethode) unter Beiziehung der Spektrophotometrie und Bemerkungen über die Frage der Ausschaltung eines Teiles der Blutmenge aus der Zirkulation, sowie über klinische Erscheinungen von Plethora, geht der Verf. auf die neuen Blutmengenbestimmungen nach Aschoff und Rössle ein. Die Methode nach Rössle ist folgende: Es wird die Blutmenge gemessen, die nach Herausnahme von Herz und Lungen sich aus dem Herzen und den angeschnittenen Gefäßen in den Brust-