

Zeit ausnahmslos sehr lang. Der Grad der durch die Staublungenerkrankung bewirkten Minderung der Arbeitsfähigkeit und des Verdienstes scheint sehr schwierig zu bewerten. Es wird nämlich nicht immer möglich sein, die durch die Staubinhalation an sich bewirkte Beeinträchtigung zu trennen von der durch somatische Minderwertigkeit jenes besonderen Menschenschlages bedingten (Alkoholismus, umweltbedingte und konstitutionelle Faktoren). Auch für die radiologische Differenzierung der Staublungenerkrankungen nach der Art der eingeatmeten Staubsorten glauben Verf. aus ihrem Material brauchbare Ergebnisse erzielt zu haben.

C. Neuhaus (Münster i. W.).

Mumford, P. B.: Certain medico-legal difficulties concerning occupational dermatitis. (Einige gerichtlich-medizinische Schwierigkeiten bei den gewerblichen Hauterkrankungen.) (*Salford Skin Hosp., Manchester.*) Brit. med. J. Nr 3827, 860—861 (1934).

Bei der Schwierigkeit, festzustellen, ob Hautekzeme auf Grund der Beschäftigung entstanden sind oder ob es sich um spontan entstandene Ekzeme im Beruf handelt, z. B. im Bäckereibetriebe, schlägt Verf. eine gemeinsame Untersuchung von Betriebsarzt und Hautarzt vor, um nach genauer Aufnahme der Vorgeschichte und Vornahme von Hauttesten ein sicheres Gutachten erstatten zu können.

G. Strassmann (Breslau).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Costedoat, A.-L.-D.: L'étude des maladies mentales chez les militaires condamnés. (Die psychiatrische Untersuchung verurteilter Soldaten.) Arch. Méd. mil. 101, 1 bis 21 (1934).

In Friedenszeiten können längerdauernde psychische Störungen bei Soldaten sowohl vor wie nach der Verurteilung kaum den Vorgesetzten und den Militärärzten entgehen. Wer weiß, mit welcher Sorgfalt die Leute von ihren Vorgesetzten beobachtet werden, wird das begreifen. Es hat sich auch gezeigt, daß die Anträge auf Sachverständigenbeobachtung stets berechtigt waren. Verf. warnt aber vor einer zu weiten Ausdehnung des Begriffes der Geisteskrankheit. Man würde die psychiatrische Sachverständigentätigkeit rasch in Verruf bringen, wenn man etwa die Gewalttätigkeit der Angeklagten, nur weil sie exzessiv ist, oder ihre Laster, nur weil sie eingewurzelt sind, für sichere Krankheitszeichen ansehen würde.

Meggendorfer (Hamburg).

Lederer, Emil von: Über Bedeutung und Folgen der Krämpfe im Säuglings- und Kindesalter. (*Nervenambulanz, Univ.-Kinderklin., Budapest.*) Arch. Kinderheilk. 102, 1—15 (1934).

Das poliklinische Material der Universitätskinderklinik aus 4 Jahren wurde auf Dagewesensein von Krämpfen irgendwelcher Art in der ersten Kinderzeit untersucht. Bei 10% der Kinder waren die Ergebnisse positiv. Dabei waren bei 13,4% die Kinderkrämpfe in den ersten Lebenswochen, bei 56,2% im 1. Lebensjahr erstmals aufgetreten. Aus dem statistisch verarbeiteten und hinsichtlich der Pathogenese der Anfälle und der Folgen analysierten Material folgert Verf., daß schon der einmalige Krampfanfall schwere und tiefgreifende Folgen nach sich ziehen kann, jedenfalls aus irgendeinem, selbst banalen Grunde aufgetretene Eklampsien auf das ganze Leben sich erstreckende Folgen haben können, die in Psyche und Nervensystem desto wahrscheinlicher sich bemerkbar machen, je früher der erste Krampfanfall auftrat.

H. Pfister (Bad Sulza).

Rupilius, Karl: Ein Beitrag zur Epilepsie im Kindesalter. (*Univ.-Kinderklin., Graz.*) Med. Klin. 1934 I, 604—608.

Verf. berichtet über nach verschiedenen Richtungen angestellte Untersuchungen bei 113 kindlichen Epileptikern der Grazer Kinderklinik. In 34% der Fälle begannen die Anfälle im 1. Lebensjahr, bei 19 Säuglingen im ersten $\frac{1}{2}$ Jahre. Verf. erwähnt 2 einschlägige Fälle von Reflexepilepsie, Beobachtungen von passagerer Hemeplegie sowie von vorübergehender Stummheit. Unter den therapeutischen Maßnahmen empfiehlt er Malariakuren und Röntgenbestrahlungen. In der Frage der Ätiologie wird auf die Bedeutungslosigkeit der Lues und auf den zahlenmäßig geringen Einfluß der Belastung hingewiesen. Schwere Geburtsschäden fanden sich in 24 Fällen. Selten blieben neurologische Krankheitssymptome zurück. „Die Krankheit muß als genuine Epilepsie aufgefaßt werden, wenn die Anfälle typische epileptische sind und weder

die neurologische Untersuchung noch das Encephalogramm Anhaltspunkte für einen größeren anatomischen Defekt des Gehirns gestatten.“ Diese Feststellung scheint mir besonders wichtig für die erbbiologische Beurteilung der Epilepsie. *Gierlich.*

McLean, A. J.: Autonomie epilepsy. Report of a case with observations at necropsy. (Vegetative Epilepsie.) Arch. of Neur. 32, 189—197 (1934).

Penfield führte den Terminus autonome Epilepsie ein zur Bezeichnung von folgenden Anfällen: Hitze, Durst, Kongestion, Blutdrucksteigerung, Tränen, Schwitzen, Salivation, Pupillenbewegungen, Exophthalmus, Pilomotorenreaktion, Hypothermie, Tachykardie, verlangsamte Atmung, Singultus, Cheyne-Stokessche Atmung, Harnretention, selten Bewußtlosigkeit. Penfield führte den Zustand auf eine Läsion des Thalamus zurück. Verf. beschreibt einen ähnlichen Fall, bei welchem im Anfall ängstliche Erregung, Beklemmung, Hunger, Tachykardie, Dyspnoe, Anisokorie, Schwitzen, pilomotorische Reaktion, Schlafanfälle und Hypersomnie vorhanden waren, aber auch typische extrapyramidale Motilitätsstörungen und Pyramidenzeichen. Es fand sich bei der Obduktion ein sehr ausgedehntes, vielleicht vom Hypothalamus ausgehendes Astroblastom.

Josef Wilder (Wien).

Minkowski, M.: Zur pathologischen Anatomie und Pathogenese der Epilepsie. (*Hirnanat. Inst., Univ. Zürich.*) Jb. Psychiatr. 51, 134—151 (1934).

Verf. bespricht zunächst die pathologische Anatomie des epileptischen Anfalles. Die Veränderungen hierbei sind zwar in der Hauptsache auf vasomotorische Störungen zu beziehen; doch erscheint dieser Faktor nicht genügend, um die Entstehung von epileptischen Anfällen in ihrer charakteristischen Gestalt zu erklären. Die chronischen Veränderungen an Gefäßen, Parenchym, Glia, Ependym, Plexus und Meningen sind zu einem erheblichen Teil als Folgen von wiederholten Anfällen, als Summation und Kumulation akuter Veränderungen im Verlauf einzelner Anfälle aufzufassen. Daneben dürften aber auch konstitutionell bedingte oder prozeßhaft pathologische Momente eine Rolle spielen, z. B. Hypoplasie bzw. Dysplasie des Ependyms und der Plexus. Doch ist auch die Gesamtheit der chronischen Veränderungen nicht genügend konstant, charakteristisch und spezifisch für Epilepsie, um als notwendige und zugleich ausreichende Ursache derselben angesehen zu werden. Was nach Abzug der paroxysmalen Schädigungen noch übrig bleibt, ist nur als Ausdruck einer allgemeinen Störung zu werten. Welcher Art diese ist, darauf kann die Anatomie keine direkte Antwort geben, aber sie kann doch wichtige Hinweise liefern. Verf. denkt hier an eine elementare Störung der nervösen Grundfunktionen, etwa in dem Sinne, daß infolge einer Erschwerung der Leitung und Ausbreitung von Erregungen im Großhirn es zu einer abnormen Konzentration von Erregungen und zu abnormen Ladungen in bestimmten Regionen der Rinde selbst oder im Hirnstamm komme; die Beteiligung des letzteren würde für die Entstehung der vasomotorischen Krise von Belang sein. Bei der symptomatischen Epilepsie ist anzunehmen, daß ein Herd die allgemeinen Bedingungen der normalen Leitung, Irradiation und Konzentration von Erregungen im Gehirn beeinträchtigt. Weitere Einzelheiten der interessanten Arbeit sind im Original nachzulesen.

Neubürger (Egling b. München).

Suchareva, G., und E. Kogan: Die Prognostik der kindlichen und pubertalen Schizophrenie. Sovet. Psichonevr. 9, Nr 6, 120—131 (1933) [Russisch].

Das Lebensalter bei Erkrankung mit Schizophrenie hat nicht nur eine pathoplastische Bedeutung, sondern beeinflußt und bestimmt auch den Krankheitsverlauf und -ausgang. Da der Ausgang das Ergebnis ist des Zusammenwirkens einer Reihe von Faktoren, ist es erforderlich, den Einfluß jedes dieser Faktoren zu kennen, wenn man prognostische Erwägungen anstellen will. Verff. haben auf Grund katamnestischer Erhebungen diese Einflüsse zu bestimmen unternommen. Es wurde untersucht der Zustand von im Kindes- oder Pubertätsalter Erkrankten nach Erreichung eines vorläufigen Endzustandes, 2—10, in den meisten Fällen aber 3—7 Jahre nach der Erkrankung. Das Lebensalter dieser Untersuchten betrug bei der Untersuchung meist

16—20 Jahre. Es ergab sich, daß der Prozentsatz der gebesserten, praktisch geheilten und leicht defekten Fälle bei den Pubertätskrankungen weit höher ist, als bei entsprechenden Erwachsenen und Kindern, bei letzteren sind ungünstigere Ausgänge häufiger als bei Erwachsenen. Die Remission tritt bei Kindern und Jugendlichen nach kürzerem Krankheitsverlauf ein als bei Erwachsenen. Wichtig für die Prognose ist die klinische Form des Krankheitsbeginnes: die beste Prognose geben die Fälle mit Verwirrtheit, Unorientiertheit, Amentia am Beginn, ebenso die akuten katatonischen Fälle; manische Züge weisen auf einen günstigen Verlauf hin, depressive auf einen ungünstigen. Hebephrenische und chronisch-katatonische Zustände haben die schlechteste Prognose. Doch bezieht sich alles Gesagte nur auf den schizophrenen Anfall nicht auf den schizophrenen Prozeß. Am günstigsten verlaufen die stürmischen Formen in der Pubertät, am ungünstigsten die in früher Kindheit beginnenden, sowie die chronischen Fälle mit akutem Beginn. Ungünstig wirken wiederholte Rezidive. Jedenfalls entspricht die Intensität der psychotischen Erscheinungen nicht etwa einer besonders starken destruktiven Tendenz des schizophrenen Prozesses, sondern einer stürmischen Reaktion des Organismus auf eine mehr oder weniger intensiv wirkende, einer Intoxikation ähnlichen Noxe, wobei der schließliche Ausgang sowohl von der Toxizität der Noxe, wie von der Widerstandsfähigkeit des Organismus abhängt. Der Einfluß der prämorbidem Persönlichkeit äußert sich darin, daß — in bezug auf den Körperbau — die Dysplastiker die schlechteste, die Pykniker die beste Prognose haben; daß ferner in bezug auf die intellektuelle Entwicklung — die unentwickelten, sowie in bezug auf charakterologische Eigentümlichkeiten die Psychopathen und die sensitiven, asthenischen Charaktere die schlechteste Prognose haben. Verff. betonen den äußerst günstigen Einfluß der Arbeit auf die Erhaltung und Entwicklung auch der schizophrenen Persönlichkeit, der postschizophrene Defekt ist nichts Unvermeidliches, da er nicht nur vom schizophrenen Prozeß abhängt, sondern auch von der betroffenen Persönlichkeit und ihrer sozialen Umgebung. *Bresowsky (Dorpat).*

Baeyer, W. von: Gutachten über Eheanfechtung bei einer schizophreneartigen Erkrankung nach Encephalitis epidemica. Nervenarzt 7, 246—251 (1934).

Das Gutachten wurde veröffentlicht, weil es einen der nicht seltenen Fälle betrifft, in denen der Arzt vor die Aufgabe gestellt ist, einen Zusammenhang praktisch zu beurteilen, dessen Wesen überhaupt noch nicht klar durchschaubar ist, und bei dem nur eine abwägende Stellungnahme zu den denkbaren Möglichkeiten einer Kausalbeziehung möglich ist. — Eine ihrer prämorbidem Persönlichkeit nach unauffällige Frau erkrankte als junges Mädchen an einer Encephalitis epidemica mit nachfolgendem leichteren Parkinsonismus ohne nachweisbare geistige Veränderung. Erst 11 Jahre später brach eine Psychose aus, der einige Jahre vorher gewisse Wesensveränderungen vorausgingen. Die Kranke schloß sich einer Freidenkersekte an, lebte vegetarisch, betätigte sich nach der Mazdaznanlehre und verstieg sich zu der Idee, nur noch von Düften leben zu wollen, bildete sich eine Schwangerschaft ein. Die Psychose verlief mit optischen und akustischen Sinnestäuschungen, heftiger, zum Teil ekstatisch-religiös gefärbter Erregung mit wechselnden phantastischen Wahnideen, Personenverkennungen und führte zu einem Zustand von starker Antriebsarmut mit nahezu vollkommener Abwendung von der Außenwelt. — Es waren 3 Möglichkeiten bezüglich des Zusammenhanges der Encephalitis mit der schizophreneartigen Psychose zu erörtern: 1. der encephalitische Gehirnvorgang verursacht die Geistesstörung; 2. Encephalitis und Schizophrenie treffen in einem Menschen zufällig zusammen; 3. der encephalitische Gehirnprozeß läßt eine dem Menschen konstitutionell eigene Anlage zur Schizophrenie zur manifesten Psychose werden. Von diesen Denkmöglichkeiten kann beim heutigen Stande der Forschung noch keine als die allein zutreffende bezeichnet werden. Aus der praktischen Schlußfolgerung für die Begutachtung ist hervorzuheben, daß die Frage, ob zur Zeit der Eheschließung eine „Grundlage“ oder „Anlage“ der geistigen Erkrankung bestanden habe, die nach der gewöhnlichen Entwicklung zur Geisteskrankheit habe führen müssen, zu verneinen war. *Panse (Berlin).*

Genil-Perrin, Georges, et Madeleine Lebreuil: Usage de faux au cours d'un état confusionnel. (Gebrauch einer falschen Urkunde während eines Verwirrheitszustandes.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 494—500 (1934).

Ein Lotterielos, zunächst zum Scherze gefälscht, wandert von einer Hand zur anderen, indem immer einer den anderen damit anführt. Es gelangt schließlich in den Besitz eines Schizophrenen, dessen Erkrankung bisher nicht bemerkt wurde. Dieser merkt in seinem

krankhaft veränderten Geisteszustand den Scherz nicht und glaubt, das wirkliche große Los in der Hand zu haben. Er übergibt das Los seinem Bruder, der in gutem Glauben bei der Kasse des Finanzministeriums eine Million Franken einzieht. Erst nachträglich wird die Fälschung von der Behörde bemerkt und die Geistesstörung erkannt. *A. Heidenhain* (Tübingen).

Laiguel-Lavastine, Georges d'Heucqueville et Michel Gautier: Tentative de suicide par la hache, d'un alcoolique, au début d'une paralysie générale. (Selbstmordversuch mit dem Beil bei einem Trinker im Beginn der progressiven Paralyse). (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 17. V. 1934.*) *Ann. méd.-psychol.* **92, I, 741—742** (1934).

Kurze kasuistische Mitteilung: Ein 45jähriger Mann, der sich seit einem Jahr psychisch auffallend verändert hat, bringt sich, nachdem ihm ein Revolver weggenommen, und auch ein Versuch, sich den Hals mit dem Rasiermesser durchzuschneiden, verhindert worden ist, 12 Wunden am Kopf mit der Schneide eines Beiles bei. Die Untersuchung ergibt das Vorliegen einer typischen progressiven Paralyse. — Die Anwendung einer derartigen Selbstmordtechnik läßt schon — Verff. bestätigen damit eine alte Erfahrung — auf das Vorliegen einer Psychose bei dem Selbstmörder schließen. Ein Versuch, den sicher gegebenen Anteil des Potatoriums abzugrenzen, ist nur mit einigen wenigen Worten gemacht. *Donalies* (Potsdam).

Wagner-Jauregg: Über maximale Malariabehandlung der progressiven Paralyse. *Klin. Wschr.* **1934 II, 1028—1031.**

Unter „maximaler“ Malariabehandlung soll gesagt sein, daß aus der Kur das Möglichste an Heilerfolg herausgeschöpft werden möge. Dazu ist zunächst möglichst frühzeitiges Einsetzen der Behandlung erforderlich; zitierte Statistiken ergeben das Parallelgehen von Verringerung der Zahlen für die Vollremissionen mit zunehmender Krankheitsdauer. Immerhin werden auch nach längerer Dauer der Paralyse (2 bis über 3 Jahre) noch Vollremissionen beobachtet. Desgleichen sind die Ziffern für Vollremissionen am günstigsten bei jenen Fällen, welche von vornherein die besten Erfolgsaussichten darboten, also bei einer Auswahl der Fälle. Daher sind auch die Erfolge der offenen Nervenheilanstalten besser als die bei einem Irrenanstaltsmateriale. Zur maximalen Kur gehören auch möglichste Bekämpfung der Gefahren der Malariabehandlung, für die Anweisungen gegeben werden. Verf. erwähnt die Seltenheit tuberkulöser Paralytiker einerseits, die Beobachtungen von Weselko andererseits, der Tuberkulose ohne alle Lues mit Impfmalaria behandelt —; ferner führt Verf. aus, daß auch der Diabetes keine Kontraindikation bildet, und erinnert, daß Singer gewisse Fälle von Diabetes durch Proteinkörpertherapie zur Heilung brachte. Die zweizeitige Behandlung ist ferner angezeigt bei Nieren-, Leber- und Herzkrankheiten. Hier überall kommt der körperliche Aufschwung besonders zum Ausdruck. Als Nachkur ist in Wien 5—6 Neosalvarsan und 15—20 Bismogenol üblich. Hinsichtlich der Weiterbehandlung teilt Verf. die Fälle in folgende 3 Gruppen ein: I. Fälle, welche schon am Ende der sechswöchigen spezifischen Therapie Aussicht auf Vollremission erkennen lassen; hierbei kann zunächst zugewartet werden. II. Bei zweifelhaften Fällen läßt man am besten sofort eine zweite Malariakur durchführen. III. Fälle, welche am Ende der Nachkur noch keine Besserung aufweisen. Bei Patienten der 1. und 2. Gruppe soll frühestens nach $\frac{1}{2}$, spätestens nach 1 Jahr eine zweite Lumbalpunktion vorgenommen werden, wobei die Ergebnisse der Befunde vor der ersten Kur quantitativ ausgewertet verglichen werden sollen. Abnahme der Zellzahl hat keine besondere Bedeutung, Gleichbleiben der Pleocytose ist prognostisch ungünstig. Eine neuerliche Malariakur ist angezeigt bei klinischen Zeichen von Rezidiven oder mangelnder Besserungstendenz im Liquor. Da bei Reinokulation $\frac{1}{2}$ —1 Jahr später öfters Versagen der Impfung oder spontanes Zessieren der Anfälle beobachtet wird, empfiehlt sich für diese zweite Fiebertur Impfung mit *Recurrentis* oder *Malaria quartana*. Von da ab soll der Liquor regelmäßig nach $\frac{1}{2}$ —1 Jahr kontrolliert werden, und immer wieder eine oder mehrere spezifische Kuren bei ungenügender Abnahme der Reaktionen vorgenommen werden. Bei dreijähriger Dauer der Remission und abnehmenden humoralen Befunden ist ein Rezidiv nur höchst ausnahmsweise zu befürchten, und zwar in der Regel nur bei unzweckmäßigem Verhalten des Behandelten (Kaltwasserprozeduren, stärkere Insolation, Excesse in baccho et venere; auch andauernde oder häufige intensive Gemütsregungen

scheinen ähnlich schädlich zu wirken). Verf. erinnert daran, daß auch bei stationär gewordenem, sohin klinisch ungünstigem Verlaufe der Liquor negativ befunden wird. Fälle der 3. Gruppe sind am besten ihrem Schicksal zu überlassen, wobei freilich auch hierbei gelegentlich noch nach 2 Jahren infolge der höchst rätselhaften langdauernden Nachwirkung der Impfmalaria mehr oder minder vollständige Remissionen beobachtet werden können; derartige Fälle sind dann wie Gruppe I und II weiter zu behandeln. Verf. führt nunmehr besonders eindringlich aus, wie die Paralyseprophylaxe in den Händen des praktischen Arztes und Syphilidologen gelegen sei; besonders sorgfältige Behandlung der Frühluës durch spezifische Mittel, nach 3—5 Jahren aber Liquorkontrolle, bei positivem Befunde Fortsetzung der spezifischen Kuren; bleibt aber der Liquorbefund weiter unbeeinflußt, Malariakur mit folgender spezifischer Behandlung, evtl. Wiederholung dieses Verfahrens nach 1 Jahre, je nach Ausfall der Liquorbefunde. Verf. erinnert bei dieser Gelegenheit an die Mitteilungen von Kauders über Auftreten paralytischer Symptome bei Malariaimpfung von liquorpositiven Luikern der Spätlatenz, jedoch ohne klinische Symptome; diese Störungen verschwanden mit der Entfieberung vollkommen. Hinsichtlich der spezifischen Mittel bespricht Verf. das in Deutschland meist verwendete Neosalvarsan, das in Amerika übliche Tryparsamid und das in Frankreich übliche Stovarsolnatrium. Letztere beiden pentavalenten Arsenpräparate bringen gewisse Gefahren für den Opticus mit sich; doch gehen beginnende Opticuserkrankungen mit Aussetzen der Injektionen wieder zurück. Verf. schließt, daß die Malariabehandlung die wirksamste unspezifische Methode ist; daß durch eine folgende spezifische Behandlung die Heilungsaussichten gesteigert werden, ist feststehende Tatsache; welche der spezifischen Methoden sich als die wirksamste erweisen wird, muß erst durch vergleichende systematisch durchgeführte Versuchsserien erhoben werden.

Alexander Pilcz (Wien).

Vié, Jacques: Comment concevoir actuellement l'organique et le fonctionnel en neuropsychiatrie. (Die heutige Fassung der Begriffe organisch und funktionell in der Neurologie und Psychiatrie.) Hyg. ment. 29, 45—71 (1934).

Ausführliche Auseinandersetzung mit den Tatsachen der modernen Neurologie und Psychiatrie, die zu einer Relativierung des früher verhältnismäßig einfach aufgefaßten Gegensatzes des Organischen und des Funktionellen führten. Ein 1. Abschnitt beschäftigt sich mit den historischen Grundlagen des Begriffes des Organischen, der durch 3 Momente gekennzeichnet schien: 1. Vorhandensein einer anatomischen Läsion, 2. Konstanz der Symptome, 3. Unmöglichkeit, die Symptome mit dem Willen zu reproduzieren. Eine bedeutende Erweiterung erfuhr das Gebiet des Organischen durch die Kenntnis der extrapyramidalen Erscheinungen und der vasomotorischen und trophischen Symptomatologie der Erkrankungen des sympathischen und endokrinen Systems. Die Liquor- und Röntgenuntersuchung änderte die Anschauungen über die Konstanz der organischen Erscheinungen, indem sie deren starke Veränderlichkeit ergab. In demselben Sinne sprachen die Ergebnisse der modernen Infektionslehre und der Fiebertherapie. Es zeigte sich ferner, daß organische Phänomene im Bereiche des Extrapyramidalen den äußeren Anschein des Willkürlichen erwecken können. Auf der anderen Seite ließen sich die scheinbar mit dem Willen zusammenhängenden psychomotorischen Symptome der Katatonie mit Giften künstlich erzeugen. In der Psychiatrie ist die Anwendung des Gegensatzpaares organisch und funktionell noch schwieriger als in der Neurologie. Dies wird dargetan an den Problemen der Demenz, der Katatonie, der Halluzinationen und des geistigen „Automatismus“. Verf. möchte den Gegensatz des Organischen und Funktionellen offenbar nicht vollständig verwischen, wozu manche Autoren neigen. Er schlägt zunächst eine neue Definition des Organischen vor: 1. Das Organische repräsentiert eine anatomisch-physiologische Störung, sei es dauernder, sei es vorübergehender Art; 2. es besteht ein notwendiger Zusammenhang zwischen Symptomatologie und anatomisch-physiologischer Grundstörung; 3. der ätiologische Faktor ist materieller Natur. Unter den

funktionellen Störungen unterscheidet er 2 Gruppen: 1. Lebensäußerungen, die etwas ganz Neues, Pathologisches darstellen und auf irgendwelche schädliche Einflüsse hin entstehen; 2. Kompromisse der normalen Funktion mit den pathologischen Vorgängen. Ein Spezialfall des Funktionellen ist das Psychogene. Die traditionelle Gegenüberstellung von Organisch und Funktionell hat allerdings keine präzise Bedeutung mehr. Man ordnet die krankhaften Erscheinungen besser in 3 Kategorien ein, in die Kategorie des Morphologisch-Läsionellen, in die des Funktionellen organischer, aber unphysiologischer Art, das an einen Kausalfaktor gebunden ist, und in die des Reaktiven, das im Zusammenhang mit der normalen Funktion bleibt, worunter auch das Psychologisch-Reaktive zu rechnen ist.

W. von Baeyer (München)._o

Slotopolsky-Dukor, B.: Beitrag zur Klinik der hysterischen Psychosen, insbesondere der hysterischen Pseudodemenz. (*Psychiatr. Univ. Klin., Basel.*) Schweiz. Arch. Neur. 33, 128—152 u. 250—270 (1934).

Ausführliche Mitteilung eines Falles hysterischer Pseudodemenz, „die sich, im Gegensatz zu den ausgesprochen an die Umwelt appellierenden, plumpen, gelegentlich der Simulation nahestehenden analogen Reaktionen präsentiert“. „Der Grundzug des Zustandes ist eine gewisse Echtheit“, „durch eine gewisse Ähnlichkeit mit dem echten Schwachsinn, auch mit einer organischen Demenz.“ Die N. war von klein auf sehr nervös, zappelig, schwach begabt, oberflächlich. 21jährig verkehrte sie zum ersten Male sexuell, im Glauben, daß der Mann sie heiraten würde. Nach dem endgültigen Bruch machte sie einen ersten Selbstmordversuch (Schuß in die Herzgegend). Aufnahme in Chirurgische Klinik: Shockzustand; keine Verletzung innerer Organe. Zunächst unruhig, dann apathisch, negativistisch; dann wieder unruhig; dabei stets ruhige Nahrungsaufnahme. Nach Heilung der Schußwunde Verlegung in die Psychiatrische Klinik: Zunächst fast dauernde psychomotorische Unruhe mit intensivem Masturbieren, Abwehrreaktionen. 3 $\frac{1}{2}$ Wochen nach der Aufnahme Pseudodemenz mit Perseverieren und anamnestischen Erscheinungen: Störung der Merkfähigkeit und des Erinnerungsvermögens: Konfabulationen. Allmähliche restitutio ad integrum innerhalb eines vollen Jahres. Zum Schluß sagt Verf.: „Der besondere Charakter der Reaktion, die (im Gegensatz zum Puerilismus) als eine Art echte Verkindlichung zu bezeichnen ist, erklärt sich vermutlich aus ihrer rein intrapsychischen Tendenz sowie aus der besonderen — ausgesprochen infantilen — Persönlichkeit der Pat.“

Klieneberger (Königsberg i. Pr.).

Slotopolsky-Dukor, Benno: Der hysterische Formenkreis. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Basel.*) Schweiz. med. Wschr. 1934 I, 301—306 u. 325—330.

Hysterie als Krankheitseinheit gibt es nicht. Hysterische Reaktionsweise ist eine Sonderform der Psychogenie; Verf. schließt sich Poenitz und Hauptmann an, stellt aber fest, daß die Zweck-Wunschtendenz auch bei nichthysterischen Psychogenien auftritt. Die hysterische Reaktion bringt nicht Wunscherfüllung, sondern sie ist „Mittel“ zum Zweck. Typisch ist der „Verstellungsscharakter“. Der Mechanismus benutzt „fertige Schablonen“ (Enthemmung striärer Bewegungsapparate). Kretschmer wies auf „willkürliche Reflexverstärkung“ hin. Regressive Mechanismen werden lebendig. Daher paart sich Tendenz auch mit „Primitivreaktion“ im Sinne des „Bewegungssturmes“. Dazu kommt „zufälliges Material“ im Sinne der Imitation, Symbolik, falschen Verknüpfung, Hypochondrie, Pseudologie. Ätiologisch handelt es sich um Disposition und Entwicklungshemmung. Katastrophen können „hysteriefähig“ machen. Zwischen „hysterischem Charakter“ und „hysterischer Reaktion“ besteht nicht ohne weiteres eine Verbindung (Kurt Blum). Das Wort „hysterische“ bezieht sich hier auf das Tertium comparationis „unecht“. „Hysterische Neurose“ ist eine „Charakterreaktion“, die zu dauernder Etablierung hysterischer Reaktionen neigt; sie ist durch „traumatische Erlebnisse“ bedingt. Hierher gehört die Unfallneurose und ihre Homologe. Hierbei spielt das Ressentiment (Kehrer) eine Rolle. Simulation ist eine menschliche Normalreaktion, sie kann mit Hysterie verbunden sein oder in sie übergehen. Die praktisch sozialen Folgen ähneln oft denen der Geisteskrankheit; ebenso liegt das forensische Problem: Internierung, Ehescheidung, Zurechnungsfähigkeit, Verhandlungsfähigkeit, Vormundschaft müssen forensisch-psychiatrisch geklärt werden. Die Therapie muß individualisierend sein. Verf. bringt am Schluß typische Kasuistik.

Leibbrand (Berlin).

Kauders, Otto: Der Todesgedanke in der Neurose und in der Psychose. Nervenarzt 7, 288—297 (1934).

Kauders bringt einige Beobachtungen über die Auswirkungen des Todesgedankens in dem Seelenleben nervöser oder geistig abnormer Personen. Er weist zunächst darauf hin, daß „für den nicht in der Ebene tiefer religiöser Versenkung lebenden Menschen das Todeserlebnis, der Todesgedanke, zwar mitunter von starker Intensität, aber weder von längerer Dauer noch von richtunggebendem Einfluß sei“. Er fragt dann, ob der Todesgedanke sich in der Neurose und Psychose vorfinde, ob man an dem Todesgedanken selbst seelisch erkranken könne, ob sich derselbe, scheinbar unter der Oberfläche der Bewußtseinsvorgänge schlummernd, in der geistigen Erkrankung in besonderer Weise durchsetze. Er geht von jenen Menschen aus, die die Hypnose ablehnen, er glaubt feststellen zu können, daß der Grund dieses Widerstandes eine kaum überdeckte, dem Patienten selbst nicht immer bewußt gegebene Todesangst sei, denn der Schlaf sei der Bruder des Todes (Homer). Von hier aus geht er den Gründen der nervösen Schlaflosigkeit nach, insbesondere auch bei Herzkranken, und glaubt, daß diese Menschen den Schlaf fürchten, weil sie den Tod fürchten. Er zieht 2 Schlußfolgerungen: 1. „Das auch scheinbar ohne bedeutendere Gesamtreaktion der Persönlichkeit einhergehende Todeserlebnis kann unter gewissen Umständen tiefgreifende seelische Umstellungen zur Folge haben, als es zunächst den Anschein hat. Es verfällt einer unbewußten Verarbeitung. 2. Das Todeserlebnis kehrt als Todesgedanke und dieser wieder als Todesangst, bewußt erlebt oder nur in symbolhafter Verkleidung, wieder. Der Todesgedanke wirkt traumatisierend und kann zu einer neurotischen Umstellung der Lebensäußerungen führen.“ Es wird dann in diesem Zusammenhange auf die Angst- und die Zwangsneurose und auf die Hysterie eingegangen. Es wird betont, daß der Todesgedanke in so manchen neurotischen Bildungen als bildender Faktor verhüllt oder unverhüllt zutage tritt, daß die Angstentwicklung der Neurotiker in vielen Zügen der Todesangst ähnele. Es wird dann von den Psychosen gesprochen, die den Drang zur Selbstvernichtung, zum Selbstmord haben. Die Todesangst könne einmal als ein vorwiegend körperliches, das andere Mal als ein rein seelisches Erlebnis erscheinen. Der Todesgedanke kann in allen Altersstufen eine Rolle spielen, wobei unter anderem auf die Angstzustände von allein gelassenen Kindern in dunklen Räumen gesprochen wird. Zum Schluß geht der Autor auf die Prophylaxe der Todesangst beim kranken Menschen ein.

Karl Pönitz (Halle a. d. S.).

Engbretsen, Ragnar: Über psychogene Dämmerzustände und Wanderungen. (*Neevengården Sykeh., Bergen.*) Med. Rev. 51, 145—160 (1934) [Norwegisch].

Fall 1: Mehrtägiger Dämmerzustand bei einem vorher gesunden Seemann nach psychischem Trauma bei einem Schiffsunglück. Dauer nur wenige Tage; keine retrograde Amnesie. Begleiterscheinung: Glykosurie, die einige Tage anhielt. — Fall 2: Intellektuell und ethisch hochstehender Arbeiter mit psychopathischen Zügen (überskrupulös, religiös überspannt u. dgl.). Im Gefolge häuslicher und wirtschaftlicher Schwierigkeiten schon 1932 ein kurzer Dämmerzustand; 1933 nach Vorboten „fugue“. Kam nach einem Weg von 85 km vorübergehend zu sich und machte den Weg zurück. An diese Zeit Einzelerinnerungen, aber ohne Zusammenhang. Im Krankenhaus ein ängstlicher Verwirrheitszustand, der plötzlich abbrach; einige Wochen später ein erneuter eintägiger Verwirrheitszustand; seitdem klar und besonnen, aber dauernd labil und überempfindlich. Körperlich: Lungentuberkulose und Granulome an mehreren Zähnen. Verf. nimmt an, daß der tuberkulöse Prozeß wesentlich dazu beigetragen habe, Patient für die auslösenden psychischen Ursachen zu „sensibilisieren“. Vielleicht spiele auch die fokale Infektion von der Zahnerkrankung aus eine Rolle. In vielen der als psychogen bezeichneten geistigen Störungen werde die abnorme psychische Reaktion bedingt durch eine somatische Bereitschaft des Organismus. Ranschoff (Lüneburg).

Kinberg, Olof: Familienmord eines Schizoiden im affektiven Dämmerzustand. Sv. Läkartidn. 1934, 489—512 [Schwedisch].

Kinberg berichtet über eine schizoide Person, die im affektiven Dämmerzustand einen Mord beging. Ein Gasthausbesitzer, der stark verschuldet war, hatte mit seiner Frau eine Auseinandersetzung wegen seiner wirtschaftlichen Schwierigkeiten. Er stand vor dem Konkurs. Die Frau warf ihm vor, daß er seine Familie ins Armenhaus brächte. Die Familie legte sich an diesem Abend zur gewohnten Zeit schlafen; der Mann schlief unruhig, wachte nach

4 Stunden wieder auf und grübelte über seine wirtschaftlichen Sorgen. Da kam ihm plötzlich der Gedanke, sich und seiner Familie das Leben zu nehmen. Er ging in die Küche und holte einen Hammer. Eine Stunde lang zögerte er noch und überlegte, ob er sein Vorhaben ausführen sollte. Dann erschlug er mit dem Hammer seine Frau und würgte sie hinterher; das gleiche tat er mit seinen beiden Töchtern. Unmittelbar nach der Tat klingelte ein Kellner an seiner Wohnungstür und verlangte einen Schlüssel von ihm. Nach seinen Angaben wachte er dadurch aus seinem Dämmerzustand auf, er holte sein Auto, fuhr planlos umher und kam nach Auffassung des Begutachters erneut in einen „automatischen Zustand“, kaufte sich ein Rasiermesser und versuchte sich beide Pulsadern zu öffnen. In diesem hilflosen Zustand stellte er sich der Polizei. Er wurde verbunden und in die Gerichtspsychiatrische Klinik eingeliefert. Nach dem abgegebenen Urteil hat er einen leptosom-dysplastischen Körperbau. Es fand sich kein Anhalt für eine bestehende oder früher durchgemachte Geisteskrankheit. Er zeigte während der Beobachtung ausgesprochen schizoide Wesenszüge. Er hielt sich für sich, sprach wenig, war affektarm, phantasielos, kalt und berechnend. Er war unaufrichtig und lügenerisch, unselbständig und leicht zu beeinflussen. Beim Besprechen der Tat zeigte er eine auffallende Gefühlskälte. Er bot keinen Anhalt für eine Verzweiflung über seine Tat. Er war nicht suicidal. Über sein Verbrechen befragt, gab er an: Während der Tat habe er sich nicht richtig wach gefühlt, die Handlungen kamen schnell aufeinander, ohne Überlegung, wie eine Folge banaler Handgriffe. Demnach könne, so sagt der Gutachter, kein Zweifel darüber bestehen, daß er sich bei Begehung der Tat in einem Dämmerzustand befand, in dem er automatisch das Verbrechen ausführte. Er wurde straffrei erklärt, aber wegen seiner Gemeingefährlichkeit interniert.

Rudolf Lemke (Jena).

Schröder, Paul: Der Psychopath vor dem Strafrichter. Mschr. Kriminalpsychol. 25, 106—114 (1934).

In einem vor der Juristisch-Medizinischen Gesellschaft in Leipzig erstatteten Referat führt Verf. aus: Der Begriff Psychopathie wird zur Zeit schlechthin als Bezeichnung für die Zwischenstufen zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit genommen. Es entstand die Skala: geistesgesund — psychopathisch — geisteskrank und damit die Abstufung: zurechnungsfähig — vermindert zurechnungsfähig — unzurechnungsfähig. Psychopathie im medizinischen Sinne ist ein Sammelbegriff, der Anwendung findet auf: 1. dauernd leicht bleibende einwandfreie Geistesstörungen (abortive Fälle), 2. Neuropathien und 3. besonders geartete und gewordene Charaktere (Schwindler, Affektlabile, moralische Schwachsinnige usw.). Alle diese Psychopathen sind nur seelenkundlich zu verstehen, sie sind das Objekt der Charakterologie, die die Aufgabe hat, die seelischen Gegebenheiten, d. h. das, was der Mensch an Charakterlichem mitbringt, festzustellen. Erst nach Feststellung der charakterlichen Gegebenheiten ist im einzelnen Falle die Frage aufzuwerfen, was aus dem Menschen mit diesen Gegebenheiten unter den Einflüssen von Erziehung, Erleben und äußeren Umständen geworden ist. Das gleiche Milieu kann schädlich und unschädlich sein, gutes und schlechtes Milieu sind nichts weniger als absolute Werte. Es gibt nicht den „geborenen Verbrecher“, wohl aber Menschen mit Bereitschaften zu bestimmten Wandlungen und Reaktionsweisen. — Die Gesellschaftsordnung steht und fällt mit der Annahme der Willensfreiheit eines jeden, der nicht geisteskrank oder schwer geistesschwach ist. Was man bei Rechtsbrechern oft Psychopathie nennt, hat man früher mit dem Namen Moral insanity bezeichnet. Der § 51 StGB. setzt eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit voraus. Ererbte Defektzustände, d. h. höhere Grade des angeborenen Schwachsinnes, lassen die Unterordnung unter den Begriff der krankhaften Störung zu, erst bei sehr hohen (praktisch sehr seltenen) Graden von moralischen Charakterdefekten ist der Tatbestand des § 51 erfüllt. Eine bestimmtere Umschreibung des Begriffes „krankhaft“ ist erforderlich. Die neue Fassung des § 51 macht zum Maßstab die Unfähigkeit, das Unerlaubte der Tat einzusehen sowie die Unfähigkeit, nach dieser Einsicht zu handeln. Bei den „psychopathischen“ Rechtsbrechern kann kaum je das Fehlen dieser Einsicht heranziehbar sein. Die Fähigkeit, nach der Einsicht zu handeln, kann nur einem kleinen Teil der Psychopathen abgesprochen werden. „Wissenschaftlich besteht keine Grenze zwischen krank und gesund. Wo sie innerhalb des Grenzgebietes gezogen wird, kann nur von generellen, praktischen, der Allgemeinheit nützlichen Gesichtspunkten aus bestimmt werden.“

Henneberg (Berlin).