

schleunigte bzw. verlangsamte Zirkulation des Blutes zurückzuführen ist, und 2. daß die unregelmäßige (Lebercarcinom und -cirrhose) und verlangsamte (Diabetes mellitus, Hyperthyreoidose) Entfernung des Alkohols aus dem Organismus durch eine Funktionsstörung der Leber bzw. durch einen Glykogenmangel in derselben bedingt ist. *Steuber.*

Milovanović, M.: Zur Beurteilung von Schußverletzungen. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Belgrad.*) Arch. Kriminol. **102**, 177—190 (1938).

Wie schwierig mitunter die Rekonstruktion des Tatvorganges bei atypischen Schußverletzungen sein kann, zeigt der beschriebene Fall: Bei einem nächtlichen Streifzug zum Einfangen eines Raubmörders hörte ein Gendarm ein leises Geräusch und bemerkte auch „etwas Weißes“. Nach Anruf gab er 2 Schüsse hintereinander aus seinem Mausergewehr in diese Richtung ab. Beim vorsichtigen Absuchen dieser Stelle bei Tagesanbruch fand man die Leichen eines Brautpaares. Auf Grund des Obduktionsbefundes und mit Hilfe des Lokalaugenscheins und der Situationsphotographien war eine restlose Klärung des Tatherganges möglich. Die ursprünglich als Stichwunden durch Gewehrbajonett angesehenen Verletzungen konnten als atypische Schußverletzungen und die zunächst als Nahschußverletzungen angesprochenen Veränderungen als Fernschüsse aufgedeckt werden. Die eingehende kriminalistische Durchforschung dieses Falles brachte also eine völlige andere Beurteilung und damit eine Entlastung des auf Grund gutachtlicher Äußerung zweier anderer medizinischer Sachverständiger und der Mordkommission zunächst verdächtigten Gendarmen. *Matzdorff* (Berlin).

Elger: Der Fall Kalina. (Vorgetäuschter Mord und Selbstmord.) Kriminalistik **12**, 126—130 (1938).

Die genaue kriminalistische Untersuchung des Falles ergab, daß die Angabe des Kalina, es handle sich bei den drei durch Schüsse getöteten Personen um Mord und Selbstmord, falsch war, und zwar konnten folgende Merkmale herangezogen werden: 1. Die eigenartige Lage der Leiche des Sch., 2. die Haltung der Schußwaffe in der rechten Hand des Sch., 3. der tödliche Schuß durch den dicken Wintermantel bei dem angeblichen Selbstmörder Sch., 4. der Geschoßverlauf im Körper des Sch. Der Mordverdacht durch eine vierte Person wurde durch weitere Ermittlungen gestärkt und durch das Geständnis des Mörders Kalina bestätigt. Einzelheiten müssen der Arbeit entnommen werden. *Matzdorff* (Berlin).

Psychologie und Psychiatrie.

● **Lehtovaara, Arvo: Psychologische Zwillingsuntersuchungen.** (*Ann. Acad. Sci. Fennicae B Bd. 39.*) Helsinki: Akad. Buchhandl. 1938. 460 S. u. 214 Abb.

In einer Einleitung gibt Verf. eine Übersicht über den heutigen Standpunkt der psychologischen Zwillingforschung. Er berichtet über ein eigenes Material von 58 PZ. Von diesen sind unter 6 Jahren: 17 EZ., 16 ZZ. und 16 PZ. Die Eizigkeit wurde durch die Ähnlichkeitsdiagnose nach der Methode von Siemens und von v. Verschuer gestellt. Zunächst wird über die über 6 Jahre alten Zwillinge (bis 17jährig) berichtet. Bei den meisten wurde eine Intelligenzuntersuchung vorgenommen. Die durchschnittliche intrapaarige IQ.-Differenz war bei den EZ. 4,6, bei den ZZ. 5,8. Die Untersuchung war allerdings unvollständig, da die nächst schwierigeren Tests der nächsten Altersstufe nicht vorgelegt worden sind. Wahrscheinlich wäre dann die Differenz, vor allem bei den ZZ., noch größer ausgefallen. Ein Vergleich der Schulzeugnisse zeigt, daß für die Unterschiede bzw. deren Ursachen bei einigen Schulfächern der Anteil erblicher Faktoren sehr groß ist. Andererseits aber scheint die Ausprägung der erbbedingten Unterschiede bei anderen Fächern stark modifizierbar zu sein. Sodann wurden die Zwillingspaare „als soziales Gebilde“ untersucht. Es wurde erstrebt, eine Erfassung von möglichst vielen Seiten her (nach Fragebogen und Angaben von Lehrern und Eltern) zu erreichen. Ein weiteres Kapitel des Buches beschäftigt sich mit den mimischen Erscheinungen bei 28 EZ. und 41 ZZ. Es zeigte sich, daß auffallend einseitige Kontaktverhältnisse bei den EZ. etwas häufiger auftreten. Die Reaktionsgeschwindigkeit ist bei den EZ. weniger verschieden als bei den ZZ. Der Verlauf des mimischen Prozesses erweist sich als ziemlich fest erbbedingt. Die Beschaffenheit des Mienenspiels ist besonders stark erbbedingt. Auch eine vorwiegende Erbbedingtheit der Tiefenstufen

der mimischen Erscheinung konnte festgestellt werden. 13 EZ. und 20 ZZ. wurden hinsichtlich der eidetischen Anlage untersucht. Nur unter den manifesten Eidetikern ist die Konkordanz bei den EZ. etwas erhöht; bei den ZZ. stimmt die Konkordanzhäufigkeit gut mit der überein, die man als zufallsbedingt annehmen kann. Die unter 6 Jahre alten Zwillinge wurden mit den Kleinkindertests von Bühler und Hetzer untersucht. Die Mädchen zeigen ein etwas rascheres Entwicklungstempo als die Knaben. Es zeigen sich auch Unterschiede je nach der Gesellschaftsklasse, der die Familie angehört. Die durchschnittliche intrapaarige EQ.-Differenz beträgt bei den EZ. ungefähr drei Einheiten, bei den ZZ. ist sie 2mal und bei den PZ. 3mal so groß. Im allgemeinen sind die intrapaarigen Unterschiede in den Entwicklungsprofilen der EZ. deutlich geringer als in denen der ZZ. und PZ. Ein umfangreiches Schrifttumsverzeichnis und Photographien der Zwillinge sowie des zur Untersuchung verwandten Bildmaterials bilden den Abschluß des lesenswerten Buches. *Dubitscher (Berlin).*

Löwy, S.: Die biologische Stellung des Traumes. Zugleich Beitrag zur Lehre über den Affekt. Nederl. Tijdschr. Psychol. 6, 176—186 (1938).

Verf. bringt in zusammenfassender Weise seine Beobachtungen, Feststellungen und Vorstellungen über den Traum. Danach unterscheidet er zwischen dem Traumvorgang, den er als „lebensnotwendiges biologisches Phänomen“ ansieht, und dem nach dem Erwachen erinnerten Traumbild, das „eine Art Stoffwechselprodukt“ des ersteren „darstellen dürfte“. Der Traumvorgang gehört nach Verf. zu den affektregulierenden Vorgängen des Nervensystems und kann auch dann als funktionierend angenommen werden, wenn kein Traumbild erinnert wird. Schlafstörungen resultierten meistens aus Dysfunktionen des Affektstoffwechsels. Das Traumbild habe großen diagnostischen Wert für die Behandlung psychogener Leiden. Die Energiequalität, die als Reiz von den Organen kommend die Traumbildung beeinflusst, ist nach dem Verf. „ähnlich, wenn nicht gleichartig“ der aus den psychischen Erlebnisquellen stammenden Energiequalität, die sich als Material der Traumbildung darbietet. Zur Behandlung der Schlaflosigkeit müsse in den meisten Fällen danach getrachtet werden, den Affektstoffwechsel positiv zu fördern und zu entlasten. *Clauss (Berlin).*

Teixeira Lima, A.: Von der Leidenschaft. Begriff und gerichtliche Auswirkung. Arqu. Assistência geral Psicopatas S. Paulo 2, 161—177 u. dtsch. Zusammenfassung 174—176 (1937) [Portugiesisch].

Verf. gibt folgende Definition der Leidenschaft: Die Leidenschaft ist eine Disposition, die fälschliche Überzeugungen hervorruft, welche sich der Kritik gegenüber unzugänglich verhalten, und zwar mit Neigung zur Expansion. Er kommt dann auf die Unterschiede zu sprechen, die zwischen Leidenschaft und starker Gemüts-erregung, Gefühlen und Wünschen bestehen und berührt dann auch die gerichtlich-medizinische Seite der Frage, so vor allem die psychologischen Vorgänge bei Verübung von Verbrechen aus Leidenschaft. Den Leidenschaftsverbrechen liegen verschiedene Mechanismen zugrunde. Die Leidenschaft kann die direkte Veranlassung zu antisozialen Handlungen abgeben. Sehr oft ist das Verbrechen das unmittelbare Ergebnis der Gemüts-erregung und kennzeichnet sich dann als eine impulsive Handlung, oder es ist das Ergebnis von Gefühlen und kennzeichnet sich dann als vorbedachte Handlung. Zuletzt behandelt Verf. das Problem der Verantwortlichkeit der Verbrecher aus Leidenschaft. Es sind dabei dreierlei Umstände zu berücksichtigen. 1. Liegt dem Verbrechen aus Leidenschaft eine akute oder chronische Geisteskrankheit zugrunde, so ist auf Unverantwortlichkeit und Anstaltsunterbringung zu erkennen. 2. Ist die geistige Störung weniger ausgesprochen, so daß man sie nicht genau umschreiben kann, bildet sie gleichsam ein Übermaß normaler Eigenschaften und besteht Gemeingefährlichkeit, so ist der Täter verantwortlich zu machen und dem Gefängnis zu überantworten. 3. Ist das Verbrechen aus Leidenschaft geschehen, ohne daß die Gefahr eines Rückfalles anzunehmen, der Täter demnach nicht gemeingefährlich ist, so ist auf Unverantwortlichkeit, aber ohne Internierung zu erkennen. *Ganter (Wormditt).*

Benjamin, John D., and Franklin G. Ebaugh: The diagnostic validity of the Rorschach test. (Der diagnostische Wert des Rorschach-Testes.) (93. ann. meet. of the Americ. Psychiatr. Assoc., Pittsburgh, 10.—14. V. 1937.) Amer. J. Psychiatry 94, 1163—1178 (1938).

Bei 50 Patienten wurde durch einen der beiden Verff. die Diagnose auf Grund eines Testversuches nach Rorschach ohne Kenntnis des klinischen Befundes abgeleitet und durch den anderen der beiden Autoren die vorläufige und nach Abschluß der Beobachtung die endgültige klinische Diagnose gestellt. Der tabellarisch wiedergegebene Vergleich der beiden Diagnosengruppen ergibt eine erstaunliche Übereinstimmung (85—90%). Die Verff. sehen jedoch die Bedeutung des Rorschach-Testes weniger auf dem Gebiet der praktischen Diagnostik als auf dem Gebiet „spezifisch psychiatrischer Forschung“, wobei die Verff. andeuten, daß sie großangelegte derartige Versuche ausführen, ohne aber nähere Angaben zu machen. In der Aussprache wird vor allem auf den Wert des Rorschach-Testes für „die Beschreibung der Persönlichkeit“ hingewiesen. Ederle (Tübingen).

Hertz, Marguerite R.: The „popular“ response factor in the Rorschach scoring. (Der Vulgäranwort-Faktor im Rorschach-Test.) J. Psychol. 6, 3—31 (1938).

Nach Rorschach und Oberholzer handelt es sich bei Vulgär- (Populär = P-) Antworten um solche, die durchschnittlich eine unter 3 Vpn. gibt. Sie sollen das Ausmaß darstellen, in dem die Vpn. ein dem Denken ihrer sozialen Gruppe gemeinsames Denken zeigt. Die Meinungen über die als Kriterium einer P-Antwort zu wählende Häufigkeit sind allerdings verschieden und schwanken zwischen $\frac{1}{3}$ bis $\frac{1}{6}$ aller Antworten. Eine Zusammenstellung der von 5 verschiedenen Forschern (Beck, Loosli-Usteri, Vernon, Gardner und Hertz) als P gewerteten Antworten ergab eine ziemliche Verschiedenheit des Inhalts der P-Antworten, d. h. eine weitgehende Abhängigkeit von verschiedenen Variablen wie Geschlecht, Alter, Rasse der Vpn., Örtlichkeit, Verfahren und Wertungskriterien. Nur 7 Formen waren von sämtlichen Untersuchern übereinstimmend als P-Antworten gewertet worden. Von diesen Formen ist anzunehmen, daß sie nicht durch die Variablen beeinflußt werden. Im übrigen zeigen die Ergebnisse der Forscher eine weitgehende Übereinstimmung mit den eigenen Untersuchungsergebnissen der Verf. an 8 verschiedenen Personengruppen. Verf. nimmt daher an, daß der P-Faktor zwar nicht als ein Index für Intelligenz oder für eine spezifische Eigenschaft der Persönlichkeit, aber als ein wertvolles Hilfsmittel in Verbindung mit anderen Faktoren angesehen werden kann. Bei Intelligenten ist der Prozentsatz an P höher als bei Unintelligenten. Bei normalen Jugendlichen unter 16 Jahren beträgt er 20—30%, bei normalen Erwachsenen 25—30%, bei unterdurchschnittlich Intelligenten 11—18%. Vpn. mit neurotischen Neigungen sowie schlecht Einordnungsfähige haben ein niedriges P-Prozent. Der P-Faktor steht demnach in Verbindung mit Brauchbarkeit und Neigung zum Zusammenarbeiten. Er spiegelt den Grad von Stereotypie und Gemeinschaftlichkeit der Denkvorgänge wieder. In hohem Grade wird er bei koartierten Persönlichkeiten und in der Depression gefunden. Dubitscher (Berlin).

Mezger, Edmund, und Max Mikorey: Affekt und Zurechnungsfähigkeit. (Univ.-Nervenklin., München.) Mschr. Kriminalbiol. 29, 444—476 (1938).

Zu den juristischen Bemerkungen Mezgers zu dem Problem gibt Mikorey Kasuistik in forensisch-psychiatrischen Ausführungen. Nach Mezger ist die alte, im Frankenschen Kommentar zum StBG. festgelegte Anschauung, daß der Affekt sich bis zu einer die Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 StGB. ausschließenden Bewußtlosigkeit steigern könne, durch die Novelle vom 24. XI. 1933 nicht umgestoßen worden. Sie gilt vielmehr erst recht für den in dieser festgelegten Begriff der Bewußtseinsstörung. Der Absatz 2 des § 51 in der Neufassung verleiht dem Problem erhöhte Bedeutung. Der Begriff des Affektes muß klargestellt und schärfer umgrenzt werden. Entscheidend muß eine emotionale Auffassung der Affekte sein, während eine intellektualistische lediglich als Bestandteile eines emotionalen Bewegungs- und Triebvorgangs gelten

dürfen. Damit ist der subjektive Bewußtseinsvorgang beim Affekt nur das „Signal eines tiefer liegenden biologischen Geschehens. Inhaltlich sind am besten die beiden großen Gruppen der Erregungs- und Hemmungs- (excitativen und depressiven) Affekte zu unterscheiden. Hierbei ist es belanglos, ob die Gemütsbewegung in kurzer oder längerer Zeit abläuft. Es gibt akute und chronische Affekte ebenso wie manifeste und latente, bei denen wiederum der Grad der subjektiven Bewußtheit gleichgültig ist. Entscheidend für die vorliegende Fragestellung ist nun nicht das Verhältnis von Affekt und krankhaftem Seelenleben, denn der Affekt als solcher ist eine inhaltlich gekennzeichnete „Gemütsbewegung“, die ihrer Natur nach nicht „krankhafter“ Art ist. So erhebt sich die Frage, ob eine affektbetonte Lebenssituation nicht nur auf dem Wege der „krankhaften Störung der Geistestätigkeit“, sondern auch auf dem Wege an sich nicht krankhafter „Bewußtseinsstörung“ die Zurechnungsfähigkeit nach § 51 Abs. 1 StGB. auszuschließen vermag. In diesem Falle würde also auf den Nachweis „krankhafter“ Momente verzichtet werden. Diese Fragestellung erwägt also die Möglichkeit der Straflosigkeit einer Handlung allein aus der Lebenssituation als solcher ohne Nachweis einer krankhaften Störung, also ohne im engeren Sinne psychiatrische Erwägungen. Eine grundsätzliche Bejahung dieser Frage könnte durch die Ausweitung der Anwendung des § 51 Abs. 1 eine Gefahr für die Strafrechtspflege bedeuten. Nur sorgfältige Analyse von Einzelfällen kann das Problem einer Lösung näherbringen. Mikorey teilt die Gutachten über 2 Täter mit, bei deren erstem er die Anwendbarkeit des § 51 Abs. 1 StGB. auch ohne das Fehlen einer wesentlichen psychopathischen Grundlage bejaht, während er bei dem zweiten besonders die notwendigen Grenzen seiner Anwendbarkeit darlegt. Im 1. Fall handelt es sich um eine Frau, die sich und ihr uneheliches Kind, nachdem sie von dessen Erzeuger verlassen worden war, durch Ertränken umbringen wollte. Das Kind ertrank, während sie selbst durchnäßt am Ufer aufgefunden wurde. Der 2. Fall betraf eine Frau, die ihr uneheliches Kind mit Tollkirschen vergiftete und brandstiftete. Die Einzelheiten entziehen sich dem Rahmen eines Referats. In ihrer forensisch-psychiatrischen Besprechung gehen Verff. davon aus, daß jeder Affekt eine mehr oder weniger tiefgreifende Alteration des Bewußtseins bedingt, die natürlich relativ ist. Jeder Organismus hat aber sein Affektsystem, das bestimmte Bereitschaften des Tun und Lassens unabhängig vom Denken garantiert. Somit enthält die Gesamteinrichtung des Menschen in den Affekten Veränderungen des Bewußtseins, die im Vergleich mit einem affektfreien Normalzustand als „Bewußtseinsstörungen“ imponieren, gemessen an der Affektsituation aber nicht als „Störungen“ gelten können, weil sie biologisch zweckmäßige Umstimmungen des Organismus darstellen. Sie sind biologisch zweckmäßig. Im Naturplan liegt es aber nicht, daß bei banalen affektbetonten Situationen das klare Bewußtsein und die Kritik bis zur „Kopflosgkeit“ ausgeschaltet werden. Dazu müssen im allgemeinen Konstruktionsfehler im Sinne einer psychischen Abartigkeit vorliegen, die die harmonische Abstimmung des Affektapparates stören. Betrachtet man den Affekt als Instinktersatz eines höchst organisierten Intelligenztieres, ergibt sich sein Zuschnitt auf die häufigsten banalen Umweltsituationen. Damit kann er aber auch, vor eine einmalige Katastrophe gestellt, die Form des Bewußtseins sprengen, die er sonst nur modelliert. Für die Entscheidung im Einzelfall ergeben sich so ausgeprägte Merkmale. Erforderlich ist die Rekonstruktion der Schlüsselsituation, die durch besondere Komplikationen den Charakter der Einmaligkeit haben muß. Weiterhin muß die Analyse der Tatumstände den Stempel des Abrupten und Sinnlosen tragen. Eine nachfolgende reaktive Verstimmung zeigt hier die Distanzierung einer Persönlichkeit von ihrer Tat an. Werden diese Grenzen scharf eingehalten, ergibt sich die außerordentliche Seltenheit solcher Fälle, in denen ein geistig gesunder Mensch durch Affekt strafrechtlich unzurechnungsfähig werden kann. Für den Strafrechtler (Mezger) ergibt sich zum vorliegenden Problem nun die Erkenntnis, daß der Ausschluß der Zurechnungsfähigkeit durch hochgradigen Affekt außerhalb des Kreises von Psychose, Schwachsinn und Psychopathie gesetzlich nach

dem Merkmal der „Bewußtseinsstörung“ in § 51 StGB. zu beurteilen ist. Hier leitet ausschließlich das psychologische Gesamturteil die Untersuchung und Entscheidung.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Malinowski, Adolf: Gerichtlich-psychiatrische Expertise beim Militär. Lek. wojsk. 30, 340—351 u. 416—429 u. franz. Zusammenfassung 429 (1937) [Polnisch].

Malinowski bespricht die Vorschriften der im Jahre 1937 in Kraft getretenen polnischen Militärstraßprozeßordnung in bezug auf die psychiatrische Expertise. Er bemängelt eingangs die im Art. 100, § 1 enthaltene Vorschrift, die besagt, daß zur Feststellung des Geisteszustandes eines Angeklagten nicht unbedingt, sondern nur „wo möglich“, Psychiater bestellt werden sollen. Diese Vorschrift ist die Folge eines Mangels an psychiatrisch geschulten Militärärzten. Dann hebt M. hervor, daß die Zivilgerichte schlimme Erfahrung mit psychiatrischen Gutachten gemacht haben, die nicht nur von nicht psychiatrisch geschulten Ärzten, aber auch von nicht in der forensischen Psychiatrie bewanderten Psychiatern abgegeben wurden. Des weiteren bespricht M. den Gang einer gerichtlich-psychiatrischen Untersuchung des Geisteszustandes der Angeklagten und unterzieht kritischer Erwägung die gesetzlichen Bestimmungen in Fällen, in welchen der Angeklagte die Tat im Alkoholrausch beging. M. stimmt dem Wortlaut des Art. 18, § 2 des polnischen Strafgesetzbuchs vollkommen bei, der besagt, daß der selbst verschuldete Rauschzustand des Täters nicht als Milderungsgrund im Sinne des Art. 18, § 1 bezeichnet werden darf.

L. Wachholz (Krakow).

Riedel, Heinz: Psychasthenische Persönlichkeiten. (*Kaiser Wilhelm-Inst. f. Genealog. u. Demogr., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, München.*) Med. Klin. 1938 II, 925—928.

Verf. wendet sich gegen die Ansicht, daß Psychopathen nur abnorme Persönlichkeiten im Bereiche des Nichtkranken seien, damit, daß er von 26 als Astheniker in die Anstalt aufgenommenen Psychopathen die genauen Vorgeschichten ermittelte. Dabei fand er, daß 30,8% derselben an spastischen Störungen des Magen-Darmtractus litten, darunter 4 Kranke an Magengeschwür, 6 an Appendicitis. Von 11 weiblichen Asthenikern waren 6 erst zwischen 17. und 19. Jahre zur Menarche gekommen, 6 hatten menstruelle Beschwerden und andere Genitalanomalien, Prolaps, Retroflexio, 6 hatten Nieren- oder Blasenleiden. 11 von 26 hatten schwere Infektionskrankheiten durchgemacht, 9 hatten tuberkulöse Prozesse, 11 Kokkenerkrankungen durchgemacht. 6 weisen organische Nervenleiden auf, 8 hatten Unfälle mit Knochenbrüchen und Commotio cerebri erlitten. Die Häufung körperlicher Krankheiten bei diesen 26, nur nach psychiatrischen Gesichtspunkten eingewiesenen Kranken übertraf also bei weitem die Zahl in der Durchschnittsbevölkerung. — Von psychischen Anomalien sind 5 frühere Bettnässer, 5 Fälle von Pavor nocturnus oder Sprechstörungen anzuführen, 18 litten an Anfällen, 3 an „Nervenshock“, 16 an „Erregungszuständen“. Beabsichtigte oder ausgeführte Selbstmordversuche waren 13 zu verzeichnen; von 15 psychasthenischen Männern waren 12 unfähig zum Militärdienst; 42% waren vorbestraft. Die Verknüpfung seelischer Auffälligkeiten mit Erscheinungen körperlicher Mangelhaftigkeit ist darnach augenfällig.

H. Haenel (Dresden).

Schwartz, L.: Zur Pathogenese der Neurasthenie nach den Theorien von Janet. Schweiz. med. Wschr. 1938 II, 1025—1028 u. 1049—1053.

Verf. stellt kurz und klar die Gedankengänge von Pierre Janet zusammen, wie sie sich aus seinen Hauptwerken über die neurasthenischen Zustände ergeben. Nach ihm handelt es sich dabei stets um ein Versagen der geistigen Kräfte oder der geistigen Spannungen. Die freie geistige Kraft ersetzt sich bei starker Beanspruchung aus den Reserven, diese sind in den Instinkten und in den Trieben zu suchen. Schlaf und Ruhe ersetzen die verbrauchten Kräfte. Der Verbrauch geschieht durch körperliche, mehr durch seelische Leistungen, besonders wenn sie schwierig, langdauernd und eilig sind. Arbeitsteilung zeitigt Kraftersparnis. Hinweis darauf, daß Janet vor Freud die Bedeutung des psychischen Trauma gelehrt hat, und daß unerledigte Erlebnisse

oder Handlungen dauernd an den Kräften zehren. Übermäßiger Kraftverbrauch wird als eine Hauptursache der Neurasthenie aufgefaßt. Bei starken Individuen kann nichts den Kräftehaushalt aus dem Gleichgewicht bringen, während die Schwachen, die Astheniker Janets, wegen geringer Reservekräfte auch bei mäßiger Beanspruchung durch das tägliche Leben über ihre Verhältnisse leben können. Angeblich werden asthenische Kinder von Lehrern als faul bezeichnet. (Jedoch kann Ref. hier nicht die wesentlichere Ursache der kindlichen Faulheit verschweigen: Die gesunden Kinder bemerken ihre Erschöpfung und gehorchen dem gesunden Instinkt, der sie zum Ausruhen veranlaßt, während das „nervöse“ Kind durch die Triebe [Ehrgeiz, Pflichtbewußtsein, Gehorsam usw.] veranlaßt wird, unter Überwindung des Instinktes seine Kraftreserven übermäßig zu verausgaben.) Die krankhaften Störungen (Depressionen, Phobien, Aufregungszustände, Organneurosen) sind eine Folge übermäßiger Belastung. Als Therapie ergibt sich daraus, daß der Astheniker Kräfte einsparen muß. Der Gegenspieler der geistigen Kraft ist die geistige Spannung, die erst die Triebe und Instinkte aktiviert. Sie wird erhöht durch jede Tätigkeit, Gemütsregung, entsprechende Umwelt. Mangelnde Spannung charakterisiert den Hypotoniker, der daher in Langeweile, Gedrücktheit und Trägheit verharret. Da die Spannung häufig nicht genügt, um das gewünschte Ziel zu erreichen, macht es sich unter Umständen in innerer Unruhe, Angstzuständen, Zwangsgedanken, Grübelsucht usw. Luft. Auch das Zusammenspiel von Kraft und Spannung kann gestört sein, dann kommt es zu Entgleisungen und ähnlichen Zuständen. Die geistige Spannung fördert komplizierte Handlungen und spart so durch Umgehung ermüdender Tätigkeit Kräfte. Freie, nicht durch Spannungen gezügelte Kräfte sind die Ursache für Überempfindlichkeit mannigfacher Art, die wiederum zu übermäßigem Kraftverbrauch Anlaß gibt. Also ist es für den Hypotoniker, der seine Kräfte nicht zu lenken versteht, besser, wenn er einen kleinen Kräftehaushalt hat. Nachlassen der Spannung läßt auch Kraftentladungen, wie epileptische, hysterische und Migräneanfälle, zum Ausbruch kommen (Ref. möchte hier bemerken, daß die Auffassung psychogener Symptome als Enthemmung phylogenetisch älterer Mechanismen bereits vor 15 Jahren von Kretschmer ausführlich dargelegt worden und nicht erst jüngeren Datums ist). Der Hypotoniker soll demnach mit kraftvermindernden Maßnahmen, zu denen auch Brom gerechnet wird, behandelt werden, dazu mit Arbeitstherapie und geistigem Training. Meist wird allerdings ein Gemisch von Asthenie und Hypotonie angetroffen.

Matzdorff (Hamburg).

Landis, Carney: Methods and conclusions in contemporary abnormal psychology. (Methoden und Folgerungen in der pathologischen Psychologie der Gegenwart.) (*Psychiatr. Inst., Columbia Univ., New York.*) *J. abnorm. a. soc. Psychol.* **33**, 323—331 (1938).

Zu psychologischen Studien am körperlich wie seelisch oder hirnkranke Menschen bedient man sich derselben Methoden wie beim Gesunden, so z. B. des „Rorschach“, und hat in den letzten Jahren viel Material gesammelt, aber nicht alles genügend kritisch verarbeitet. Verf. nennt die Veröffentlichungen von Murray, Zubin, Moore, Bolles, Dunbar, während er selbst gemeinsam mit Hunt und Strauss die Reaktion auf den Knall einer abgefeuerten Pistole bei Katatonen, Parkinsonkranken und Epileptikern untersuchte. Als Gegenstand für weitere Forschungen erscheinen ihm die Unterschiede in der Persönlichkeit zwischen kranken und gesunden Tagen, die Art des Abbaus während einer Erkrankung und des Wiederaufbaus während der Genesung, sowie der Einfluß von Umwelteinwirkungen, z. B. von Giften aller Art, Diät usw. von Wichtigkeit.

Hoenig (Berlin).

Säker, G.: Ärztliches zum Selbstmordproblem. (III. Med. [Nerven-] Abt., Allg. Krankenh. St. Georg, Hamburg.) Münch. med. Wschr. **1938 I**, 782—785.

Verf. berichtet über die 220 Selbstmordversuche, die in den Jahren 1935 und 1936 auf seiner Abteilung Aufnahme fanden; es handelte sich 89 mal um Männer und 131 mal um Frauen. Der Anteil an den Gesamtaufnahmen betrug etwa 5 bzw. 11%. 27- (5-

bzw. 22-) mal lag eine Psychose vor, und zwar 12mal eine Depression, 13mal eine Schizophrenie und je 1mal ein Delirium tremens (man wird zweifeln dürfen, ob es sich hier um einen Selbstmord im strengen Sinne gehandelt hat; Ref.) und einen epileptischen Dämmerzustand. Die Wahl des Mittels erscheint dem Verf. überschätzt und eigentlich nebensächlich; charakteristisch sei nur, ob zu einem „aktiven“ (z. B. Erschießen) oder „passiven“ (z. B. Gas oder Schlafmittel) Mittel gegriffen werde. Von den Frauen (eine Altersverteilung ist leider nicht gegeben; Ref.) waren nur 19 menstruiert, was prozentual der zeitlichen Ausdehnung der Menstruation entspricht. Ausführlicher werden dann die Selbstmordversuche der Nichtgeisteskranken („menschlich fesselnder, weil einfühlbar“) abgehandelt; Verf. folgt dabei der Betrachtungsweise von K. Schneider, zitiert aber auch Jaspers, Gruhle, Weichbrodt. Seine Motivstatistik ist nicht viel brauchbarer als die sonst immer wieder versuchten (und an der Unmöglichkeit der Aufgabe gescheiterten; Ref.); wichtig aber dann die Unterscheidung von Anlaß und Reaktionsart bzw. -fähigkeit, die Heranziehung der aktuellen seelischen Verfassung und der „Leistungsanamnese“. Es wird dann eine Unterteilung in „Bilanz“- (Hoche), Flucht-, Affekt- und theatralische Selbstmordversuche gegeben, wobei diese Gruppen zum Teil zu den verschiedenen Motiven, zur Schwere des Versuchs, zur Tageszeit usw. in Beziehung gesetzt werden. Eine solche verstehend-psychologische Betrachtungsweise sei der nur statistischen überlegen. *Donalies (Eberswalde).*

Seatamacchia, Elido: Suicidio in un impulso motorio puro durante l'ebbrezza alcoolica. (Selbstmord in einem reinen Antriebe während des Alkoholrausches.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz.; Univ., Roma.*) (7. congr. d. Assoc. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Napoli, 15.—17. X. 1937.) *Arch. di Antrop. crimin.* 58, 530—537 (1938).

Eine 47jährige Frau mit einer Reihe kleinerer körperlicher Beschwerden hat sich in schwerer Trunkenheit 28 Verletzungen beigebracht, denen sie erlegen ist. Sie erstreckten sich auf die Vorderseite des Körpers vom Gesicht bis zu den Schenkeln. In der Abhandlung sind sie einzeln beschrieben. Da die Geschlechtsteile besonders stark verletzt waren, so hätte man eher an einen Lust- als an einen Selbstmord geglaubt, wenn nicht nach den Umständen ein Mord ausgeschlossen wäre. Bemerkenswert ist der Fall durch die Schwere und die Eigenart der Verletzungen. Der Schluß enthält einige psychologische Erörterungen des Rauschzustandes. 5 Abbildungen vervollständigen den Text. *Wilcke (Göttingen).*

Reistrup, Herman: Spiritismus als Ursache bei seelischen Störungen. (*Dansk Røde Kors' Folkekuranst., Hald.*) *Ugeskr. Laeg.* 1938, 1031—1034 [Dänisch].

In dem modernen Gemeinwesen lebt der Spiritismus als eine Reminiszenz an die okkultistischen Spekulationen früherer Zeiten weiter. Auch in Dänemark sind im Zusammenhang mit dieser geistigen Strömung eine Anzahl Nerven- und Geisteskrankheiten aufgetreten, deren Bild hierdurch sein Gepräge bekommen hatte. Der Verf. schildert einen solchen Fall (28jährige Frau), in dem sich das Leiden auf der Grundlage einer psychopathischen Konstitution entwickelte und die Tendenz einer psychogenen Depression zeigte. Das Symptomenbild trug das Gepräge eines unvollständig behobenen hypnotischen Zustandes, eines sog. hypnotischen Verschleppungszustandes. Die Patientin wurde erfolgreich durch hypnotische Sitzungen behandelt, worauf ein langsame Freimachen von den haften gebliebenen alten Suggestionen erfolgte. *Sjövall.*

Ley, Aug.: Sur l'alexie d'évolution familiale et héréditaire. (Über Alexie von familiärem und hereditärem Charakter.) *Ann. méd.-psychol.* 96, II, 145—150 (1938).

Der Verf. berichtet über die außerordentlich interessante Beobachtung einer Familie, bei der der Vater und 3 von den 4 Kindern in gleicher Form die Erscheinungen der Alexie aufwiesen. Der Vater, ein im übrigen körperlich und psychisch gesunder Mann, in sozial geordneten Verhältnissen, hatte bis ins Erwachsenenalter stets aufs neue erfolglos versucht, seinen Mangel zu beheben. Eine 19jährige Tochter zeigte bis zum 17. Lebensjahr die Erscheinungen der verbalen Alexie, als es ihr plötzlich innerhalb weniger Wochen gelang, in normaler Weise lesen zu lernen. Der Verf. glaubt, daß dieses verspätete Erwerben der lexischen Synthese auf eine Entwicklungshemmung und verzögerte Myelinisierung gewisser nicht näher bekannter Hirnzentren und Assoziationswege zurückzuführen sein könnte. Bei einem

13jährigen und einen 9jährigen Sohn, beide sonst ebenso wie die Schwester körperlich und geistig normal entwickelt, bestand eine ausgesprochene litterale Alexie. Beide Jungen versuchten im übrigen mit Hilfe eines ausgezeichnet geübten Gedächtnisses, das ihnen erlaubte, mühelos ganze Seiten ihrer Schulbücher auswendig zu lernen, erfolgreich ihre Alexie zu dissimulieren. Mit Recht betont der Verf. zum Schluß, daß, wenn an der organischen Grundlage solch umschriebener Lücken in der geistigen Entwicklung nicht gezweifelt werden kann, es nicht angängig ist, bei entsprechenden Lücken in der affektiven und moralischen Persönlichkeit den somatischen Faktor zu leugnen. *Laruelle (Brüssel).*^{oo}

Angyal, L. v., und B. Loránd: Beiträge zu den Zeichenstörungen autotopagnostisch-aphasischer Kranken. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Budapest.*) Arch. f. Psychiatr. 108, 493—516 (1938).

Verff. beschreiben 4 Fälle, deren grundlegende Symptome in einer rechtsseitigen zentralen Facialisparese, in autotopagnostischen Störungen für die Finger und das Gesicht, in einer amnestischen Aphasie, in einer Agraphie und in gewissen Zeichenstörungen bestanden. Diese Zeichenstörungen werden genau erläutert, analysiert und dahin interpretiert, daß sie einen autotopagnostischen, einen generell regressiven und einen konstruktiven oder Richtungsfehler erkennen lassen. Inhalt und Umfang dieser Begriffe ausführlich schildernd, kommen die Verff. zu dem Schlusse, daß der regressive Fehler beim Zeichnen auf eine allgemeine Schädigung des corticalen Sprachfeldes, der autotopagnostische auf eine herdförmige Läsion des Gyrus angularis zu beziehen sei. *Kessel.*

Schneider, Kurt: Eine Schwierigkeit im Wahnproblem. (*Klin. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München.*) Nervenarzt 11, 461—465 (1938).

Bei der Wahnwahrnehmung ist es möglich, das Wesen des Wahns in einem bestimmten Wahnvorgang zu sehen. Es handelt sich um eine primäre Beziehungssetzung ohne äußeren Anlaß. Sie ist nicht verständlich aus Gefühlszuständen ableitbar, auch nicht, wenn ihnen eine vage Wahnstimmung vorangeht. Es gibt aber auch äußerlich ähnliche „Wahnwahrnehmungen“ abgeleiteter Natur, die sich innerhalb einer stimmungsmäßig vorgezeichneten Bahn bewegen. Ihre „Verständlichkeit“ ist entscheidend. Wo primäre Wahnwahrnehmung ist, ist Psychose. Das Wahnproblem ist aber mit der Wahnwahrnehmung nicht erschöpft; Jaspers stellte neben sie die Wahnvorstellungen als plötzliche Einfälle und die Wahnbewußtheiten als andere primäre Wahnarten. Verf. nimmt diese in dem Begriff des Wahneinfalles zusammen, da wirkliche Wahnvorstellungen sehr selten sind. Nicht jeder Wahn aber beginnt mit Wahnwahrnehmungen. Während aber bei der Wahnwahrnehmung eine bestimmte gewissermaßen zweigliedrige Struktur feststellbar ist (eine bestimmte Wahrnehmung bedeutet etwas Bestimmtes), ist der Wahneinfall eingliedrig; das Kriterium der Bedeutung fällt weg. Damit läßt er sich nicht grundsätzlich von Einfällen jeder Art trennen. Die Wahnwahrnehmung ist nicht nur unableitbar, sondern trägt in ihrem psychologischen Aufbau selbst positive Kennzeichen des Wahns. Beim Wahneinfall muß man aber auf außerhalb des Wahns liegende Gesichtspunkte zurückgreifen, die an sich mit dem Wahn nichts zu tun haben: Unwahrscheinlichkeit usw. Wahnwahrnehmung und Wahneinfall unterscheiden sich auch darin, daß ersterer immer ernst ist, letzterer auch spielerisch sein kann. Sie können daher leicht wechseln. Damit ist es willkürlich, ob man den Wahneinfall noch als Wahn gelten lassen oder nur von wahnhaften Einfällen sprechen will. Er ist diagnostisch gesehen ohne grundsätzliches Gewicht, während die Wahnwahrnehmung ihr Gewicht behält. Die Psychosen zeigen Symptome zweierlei Ranges: Scharf, nicht nur typenmäßig abgrenzbare Symptome ersten Ranges erlauben die Diagnose. Hierhin gehören Wahnwahrnehmung, Gedankenentzug und -beeinflussung, auf dem Gebiet der Sinnes-täuschungen Gedankenlautwerden, Stimmen in der Form von Rede und Widerrede, Begleitung der eigenen Handlungen und Gedanken mit halluzinierten Bemerkungen und körperliche Beeinflussung, auf dem der Gefühle, der Triebe und des Willens alles „Gemachte“. Symptome zweiten Ranges sind nur typologisch abgrenzbar und für die Diagnose nur in ihrem Zusammenhang entscheidend: der Wahneinfall, die Mehrzahl der Sinnes-täuschungen, der Denkstörungen (auch der Zwang), der Gefühlsabnormalitäten. Unsere Differentialtypologie zwischen den in ihrer körperlichen Ätiologie

unbekannten Psychosen beruht vorwiegend auf den Symptomen ersten Ranges, die durchweg schizophren sind. Sie bezeichnen aber nur die klassischen Randformen, weil sie nicht in allen Fällen vorhanden sind. Die Ableitung wahnähnlicher Erlebnisse aus anderen Erlebnissen geschieht durch Stimmungen, Gefühle, Wertungen, Streben. Die Anknüpfung an Sinnestäuschungen setzt die Unkorrigierbarkeit infolge der psychotischen Gesamtveränderung der Persönlichkeit voraus. Wahnwahrnehmung und Wahneinfall sind die ursprüngliche Form des Wahns. Bei Festhalten an ihrer Realität und ihrem Fortspinnen ist von Wahnideen zu sprechen, in denen dann neue primäre Wahnerlebnisse und sekundäre Verarbeitung meist nicht auseinander zu kennen sind. In diesem Sinne kann der Begriff der Wahnidee beibehalten werden, während es unhaltbar ist, den ganzen Wahn einfach als Wahnvorstellung zu bezeichnen.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Dubitscher, F.: Klinische Schwachsinnformen. (Abt. f. Erb- u. Rassenpflege, Reichsgesundheitsamt, Berlin.) Wien. med. Wschr. 1938 II, 887—891 u. 915—920.

Verf. behandelt in vorliegender Arbeit das ganze Gebiet des Schwachsinn in erbpflegerischer Hinsicht. Zu diesem Zweck bespricht er zunächst kurz alle endogenen und exogenen kindlichen Krankheiten, bei denen Schwachsinn beobachtet wird, wobei er vor allem auf die Ursachen und die Vererbbarkeit Rücksicht nimmt. Die endogenen teilt er in 1. Hirnanlagestörungen, 2. prozeßhafte Störungen, 3. Oligophrenie, 4. sekundäre Hirnentwicklungsstörungen, die exogenen in endokrine, infektiöse, toxische und traumatische. Er dehnt seine Ausführungen auf Krankheitsformen aus, die nur lose mit dem Schwachsinn zusammenhängen, wie Rückenmarks- und Nervenkrankheiten, Muskelatrophie, Encephalitis epidemica. Anschließend spricht er über die Bekämpfung des Schwachsinn durch Behandlung, Fürsorge und Erbpflege, insbesondere über das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses, das Ehegesundheitsgesetz und fördernde Maßnahmen.

H. Müller (Klotzsche).

Laubenthal, F.: Über einige Sonderformen des „angeborenen Schwachsinn“. (Klinischer und erbbiologischer Beitrag zur Kenntnis der kongenitalen Wortblindheit und Worttaubheit, der Hörstörungen bei Schwachsinnigen und der xerodermischen Idiotie.) (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. u. Rhein. Prov.-Inst. f. Psychiatr.-Neurol. Erbforsch., Bonn.) Z. Neur. 163, 233—288 (1938).

Verf. gibt mit der ausführlichen Schilderung einer Reihe von Fällen einen Beitrag zur Kenntnis bestimmter Schwachsinnformen, die klinisches, theoretisch-erbbiologisches und eugenisches Interesse verdienen. Klinisch handelt es sich zum Teil nur um Partialdefekte. Ausschlaggebend für die Diagnose des Schwachsinn ist in den geschilderten Fällen weniger der psychopathologische als der somatische Befund, ohne daß aber die psychopathologischen Besonderheiten bei der Mitteilung vernachlässigt werden. Die genaue klinische Bewertung und Diagnose wird erst durch erbklinische Befunde ermöglicht. Mit Recht wird betont, daß abnorme neurologische Befunde nicht ohne weiteres die Annahme einer exogenen Genese rechtfertigen. Zunächst werden 2 Fälle mitgeteilt, an Hand deren die Frage der „kongenitalen Wortblindheit“ erörtert wird. Mit der Feststellung einer multiplen Lokalisation und verschieden starker Ausdehnung der organischen Grundlage sinkt sie vom Range einer Krankheit oder eigenständiger Anomalie herab zum Range eines Symptoms. Sie ist sogar als ein unspezifisches Symptom zu werten, da ihre Entstehung sowohl exogen wie auch erblich sein kann. In Fällen gesicherter Erblichkeit hält Verf. die Durchführung der Unfruchtbarmachung für erforderlich. Des weiteren wird über ein Syndrom mit angeborenen Störungen des Sprachverständnisses berichtet. Das bei einem Geschwisterpaar vorliegende Syndrom umfaßt Sprachstörungen im Sinne der angeborenen Worttaubheit, Ikterus, leichtere Zwischenhirnsymptome, bei der Schwester außerdem Pyramidenbahnsymptome, pluriglanduläre Erscheinungen, Mikrocephalie, Prognathie; in der Sippe findet sich eine starke Häufung intellektueller Auffälligkeiten. Es wird Aufgabe weiterer Untersuchungen sein, an sprachgestörten Schwachsinnigen der Frage nachzugehen, ob dieses

Syndrom eine gewisse Konstanz aufweist und ob aus dem Syndrom Rückschlüsse auf den ontogenetischen Aufbau und die zeitliche Störungsart gezogen werden können. Auch die Fälle mit kongenitalen Störungen des Sprachverständnisses gliedert Verf. den Schwachsinnformen ein. Er berichtet dann über Syndrome mit Herdstörungen und schildert 2 Fälle, deren Eingliederung in eine der bekannten erblichen Gehirnerkrankungen nicht leicht möglich ist, die aber mancherlei Beziehungen zu anderen bekannten Syndromen zeigen. Ferner wird ausführlich über ein eineiiges Zwillingspaar mit voll ausgeprägtem Syndrom der xerodermischen Idiotie berichtet. Die eingehenden Sippenermittlungen ergeben eine Reihe klinisch recht verschiedener Krankheitsbilder in der Verwandtschaft, die aber doch bedeutsame gemeinsame Züge aufweisen und einen Beweis für die Zusammengehörigkeit der klinisch differenten Bilder erbringen können. — Durch die Mitteilung der Fälle sucht Laubenthal zu einem weiteren Ausbau der Syndrome zu gelangen, mit dem letzten Endziel, daß er nur andeutet, eine Aufstellung der Syndrome mit Zwischenhirnstörungen daraufhin zu betrachten, inwiefern die zweifellos vorhandenen Querverbindungen unter den jetzt bekannten und von ihm selbst geschilderten Syndromen Rückschlüsse auf die zeitliche Wirksamkeit von Störungsfaktoren im „Organisationsfeld“ des Zwischenhirns gestatten.

Dubitscher (Berlin).

Scheid, K. F.: Zur Differentialdiagnose der symptomatischen Psychosen. (*Klin. Inst., Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München u. Psychiatr. Abt., Städt. Krankenh., München-Schwabing.*) Z. Neur. **162**, 564—581 (1938).

Verf. definiert die symptomatischen Psychosen als psychische Störungen, welche syndromal mit einer der bekannten Erkrankungen der speziellen Pathologie zeitlich und bezüglich des Verlaufes verknüpft sind, und betont, daß man aus dem psychopathologischen Zustandsbilde und aus dem psychischen Verlauf allein nicht die Diagnose stellen sollte; ein greifbar körperliches Syndrom fällt mehr ins Gewicht als ein psychopathologisches. Die Kenntnis der bei febrilen schizophrenen Episoden vorkommenden körperlichen Erscheinungen ist wichtig. Folgende Veränderungen kommen in Betracht: Temperaturen, Blutkörperkungsgeschwindigkeit im Beginn, das weiße Blutbild, das rote Blutbild, Harnfarbstoff, allgemeiner Urinbefund, Reststickstoff, Ödeme, hämorrhagische Diathese. Verf. führt dann weiter aus, daß der Nachweis einer bekannten Krankheit der speziellen Pathologie bei einer psychotischen Störung es noch nicht gestattet, von einer symptomatischen Psychose zu sprechen. Es bestehen 3 Möglichkeiten bezüglich der Beziehungen zwischen einem nachgewiesenen Leiden und einer Psychose. 1. Beide sind nosologisch ganz unabhängig voneinander, z. B. Angina bei Schizophrenie und beeinflussen sich gegenseitig nicht; es kommt aber nicht selten vor, daß eine fieberhafte fokale Erkrankung die Sichtpsychose bessert und zum Verschwinden bringt. Bei den Anämien können Psychosen während der Remissionen, d. h. während der Besserungen des Blutbildes unter Leberbehandlung auftreten. 2. Die Psychose tritt im Beginn oder während des internen Leidens auf; letzteres heilt (z. B. ein Erysipel) und die Psychose überdauert das körperliche Leiden um ein halbes Jahr. In einem solchen Fall hat Verf. Bedenken, von einer symptomatischen Psychose zu sprechen, weil die Dauer der psychischen Reaktion in keinem Verhältnis zur Reizdauer steht. 3. Das interne Leiden und die Psychose gehen bezüglich Beginn und Dauer vollkommen parallel oder die Psychose stellt eine Einlage in den Verlauf der körperlichen Erkrankung dar. Es werden 4 Krankengeschichten als Belege für die verschiedenen Typen mitgeteilt. Sehr beachtenswert erscheint der Hinweis des Verf., daß die Wochenbettpsychosen nach somatologischen Grundsätzen beurteilt und erforscht werden sollten, da es sich in diesen Fällen um ein noch nicht rubrifizierbares Grundleiden handelt. Zum Schluß wird die Frage erörtert, ob das Auftreten von symptomatischen Psychosen ein Konstitutionsproblem ist, ob es eine Disposition zu symptomatischen Psychosen gibt. Verf. ist im Gegensatz zu dieser Ansicht der Meinung, daß man die Bedingungen für das Auftreten der symptomatischen Psy-

chosen im körperlichen Geschehen suchen solle. Die erbbiologische Forschung würde davon einen Nutzen haben, wenn aus der großen Gruppe der endogenen Psychosen die symptomatischen Psychosen sich zuverlässig ausscheiden ließen. *Rosenfeld.*

Pötl, Otto: Zwischenhirn und periodisches Irresein. Wien. klin. Wschr. 1938 II, 845—849.

Den klassischen Beobachtungen O. Foerstes über maniakalische Zustände bei Reizung des Infundibulums durch Tumoren fügt Verf. eigene Ergebnisse hinzu, die eine Beteiligung des Zwischenhirns an Psychosen wahrscheinlich machen. Die wiederholte Punktion einer Cyste im Striatum mit alleiniger Schädigung des Ependyms dieser Stelle führte jedesmal zu Euphorie und übermäßiger Lebhaftigkeit. Ähnliche Zustände konnten bei operativer Eröffnung des dritten Ventrikels hervorgerufen werden. Verf. gibt zu bedenken, ob eine chirurgische Therapie depressiver Krankheitsphasen durch Ependymdurchstechung versucht werden dürfe, verspricht sich aber — wohl mit Recht — keine tiefgreifende Änderung des Krankheitsgeschehens von solchen heroischen Eingriffen, denen hauptsächlich physiologisches Interesse zukommt. Bei Manisch-Depressiven erwies sich das Zwischenhirn refraktär gegen alle Versuche zentraler Diuresesteigerung. Bei Dipsomanen wurde eine Diuresehemmung bei Zwischenhirn-Diathermie beobachtet. Die Beiträge anderer Autoren zum Problem „Zwischenhirn und Psychose“ werden gestreift. *Weidner (Tübingen).*

Bostroem, A.: Atypische Schizophrenien und schizophrenieähnliche Erkrankungen im Erbgesundheitsverfahren. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Dtsch. med. Wschr. 1938 I, 892—896.

Verf. betont in seinem Vortrag die bekannten Schwierigkeiten, welche sich ergeben, wenn man atypische oder schizophrenieähnliche Zustandsbilder zu beurteilen hat und vor dem Erbgesundheitsgericht gefragt wird, ob die Erbkrankheit Schizophrenie vorliegt oder nicht. Da wo die exogene Noxe bekannt ist wie bei der Paralyse, ist die Entscheidung leicht. Schwierig ist sie bei den Psychosen im Klimakterium, bei denen sich die allerverschiedensten psychischen Syndrome finden, darunter auch schizophrene. Eine Anlage zu klimakterischen Psychosen wird man annehmen können; ob sie mit der Anlage zur Schizophrenie identisch ist, ist nicht erwiesen. Manche Fälle, die sich in ihren Symptomen sehr der Schizophrenie nähern, könnten unter das Sterilisationsgesetz fallen. Eine besondere Vorsicht ist aber am Platze, da durch die Diagnose die ganze Familie getroffen wird. Als typisch für das Rückbildungsalter bezeichnet Verf. Angstzustände und Unruhe, Erstarrung und Einengung und manche Formen von erotischer Wahnbildung. Die Schwierigkeiten in der Beurteilung symptomatischer Psychosen nach Infektionen sind oft sehr groß, wenn die Sichtpsychose sich von dem exogenen Reaktionstypus entfernt. Der Ansicht, daß es kein katatonies Symptom gibt, welches nicht auch bei symptomatischen Psychosen vorkommen kann, schließt Verf. sich an; es könne dieses auch für schizophrene Erscheinungen gelten; die Differentialdiagnose zwischen Inkohärenz und Zerfahrenheit sei oft schwierig; die Tendenz zur Persönlichkeitsänderung könne auch nicht eine sichere Entscheidung bringen. Verf. äußert Bedenken, Personen, welche gegenwärtig keine deutlichen schizophrenen Defektsymptome zeigen, nur auf Grund einer früheren Krankengeschichte zu sterilisieren. Denn die schizophrenieähnlichen Reaktionsformen sind viel verbreiteter, als man früher angenommen hat. *Rosenfeld (Berlin).*

Michaelsen, Uwe: Schizophrenieähnliche Krankheitsbilder im Erbgesundheitsverfahren. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Kiel.*) Kiel: Diss. 1937. 28 S.

Verf. gibt kasuistische Beiträge zu jenen Krankheitsbildern, die im Verfahren vor dem Erbgesundheitsgericht deswegen besondere Schwierigkeiten machen, weil die Diagnose einer Schizophrenie im Anfangsstadium oder bei wenig charakteristischen oder mehrdeutigen Symptomen erörtert werden muß. Besondere Beachtung verdienen aus den 4 mitgeteilten Fällen der 1. und 3. Bei diesem handelte es sich um einen hypomanischen Psychopathen, dessen erster Schub sehr schizophreneverdächtig

erschien; bei jenem um eine Encephalitis, bei der die encephalitischen Symptome erst nach einer hebephren erscheinenden Episode auftraten. Diese Fälle legen die Annahme einer anlagemäßig bedingten Neigung zu schizophrener Reaktionsform auf eine erworbene Schädigung nahe. Ihre Beurteilung erfordert neben Ausgang und Verlauf der Erkrankung immer die Berücksichtigung der erblichen Beziehungen und der prä-psychotischen Persönlichkeit. Wo trotzdem eine diagnostische Unsicherheit bleibt, „genügt für das rassehygienische Verhalten im Rahmen des Gesetzes schon allein die Feststellung, daß eine Geisteskrankheit, und zwar eine endogene, in der Anlage bedingte Störung vorliegt“.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Seelert, Hans: Schizophrenie und symptomatische Geisteskrankheit im Erbgesundheitsverfahren. Mschr. Psychiatr. 99, 300—308 (1938).

In dankenswerter Weise nimmt Verf. zu einem Problem Stellung, dessen Schwierigkeiten wir noch keineswegs beherrschen. Ein Krankheitszustand mit der Symptomen-gestaltung einer Schizophrenie kann schwinden, ohne Spuren zu hinterlassen. Wenn nach Jahren eine oder mehrere neue Erkrankungen die schizophrene Natur der Erkrankung sicherstellen, dann erst ist die Diagnose gesichert. Je kürzer die Krankheitsdauer, um so schwieriger und unsicherer bleibt die Krankheitsbewertung. Fällt der Krankheitsbeginn mit einer Körperkrankheit zusammen, dann entsteht die Frage: Schizophrenie oder Begleitpsychose der Körperkrankheit oder des Generationsvorganges? Bei Beantwortung derselben ist die Aufgabe des Gutachters nicht erledigt mit der Feststellung eines zeitlichen Zusammenhangs. Es ist in jedem Falle zu prüfen, ob die Gestaltung der Geisteskrankheit so ist oder war, daß eine von außen wirkende Gehirnschädigung als ihre Grundlage anzunehmen ist; weiter ist zu prüfen, ob aus der Körperkrankheit eine Gehirnschädigung entstanden oder wahrscheinlich ist, die nach den Erfahrungen eine Geisteskrankheit zur Folge haben kann. Heute ist es so, daß die Stellungnahme zur obigen Frage bei diagnostisch unsicheren Fällen mehr aus Gefühlseinstellung als aus genauem festem Nachweis eines bestimmten Krankheitsbildes gewonnen wird. Es ist ein müßiges Beginnen, diese Frage nach irgendwelchen Symptomen oder Symptömchen zu entscheiden. Ist weder das eine oder andere sicher nachzuweisen, rät Verf., diesen Krankheitsfall unter Nr. 19 der Diagnosentabelle einzuordnen. Dadurch erleidet das Volkswohl weniger Schaden, als ihm durch eine unzuverlässige Krankheitsbenennung zugefügt werden kann, denn die Auswirkung einer solchen trifft ja nicht nur den Kranken selbst, sondern auch die ganze Sippe. Seitens der Erbgesundheitsgerichte wird zu häufig eine thyreotoxische Psychose angenommen; diese Annahme ist nur dann gerechtfertigt, wenn wirklich Zeichen des Hyperthyreoidismus nachweisbar sind. Es fehlt aber an gesicherten Feststellungen, daß z. B. die Basedowsche Krankheit zu Stuporzuständen, zu Zuständen mit gemüthlicher Verflachung und verminderter gemüthlicher Regsamkeit und zu Einförmigkeit der Körperhaltung und Verminderung der Körperbewegungen führt. Man kann Verf. nur zustimmen, wenn er darauf hinweist, daß die persönliche Anschauung des Gutachters nicht entscheidend sein darf in der Frage, ob eine Erbkrankheit einwandfrei nachgewiesen ist oder nicht. Es kommt nicht darauf an, daß der Gutachter seine Ansicht durchsetzt, sondern er hat das Gericht nach dem allgemeinen Stand des ärztlichen Wissens zu beraten. Gelingt es auf Grund dessen nicht, eine Anschauung zu gewinnen, gegen die Einwände, die gewürdigt werden müssen, nicht gemacht werden können, so ist eben dieser Krankheitsfall als ungeklärt zu bezeichnen. von der Heydt.

Langfeldt, Gabriel: Untersuchungen über die Prognose der Schizophrenie und Betrachtungen über die Diagnose der Schizophrenie. (Psychiatr. Klin., Univ., Vinderen, Oslo.) Norsk Mag. Laegevidensk. 99, 589—609 (1938) [Norwegisch].

Der Verf. untersuchte 100 Fälle, die in der Psychiatrischen Klinik einwandfrei diagnostiziert wurden und später in Asylen oder in privaten Verpflegungsanstalten untergebracht wurden. Die Nachuntersuchung wurde 7—10 Jahre nach der ersten Einlieferung durchgeführt und berücksichtigte erbliche Belastung, Temperament,

Konstitution, prämorbid psychopathische Züge, soziale Lage, Alter zur Zeit der Erkrankung und auslösende exogene Faktoren. Zum Teil wurden die bekannten Befunde von Mauz über die Beziehungen von Körperbau bzw. Temperament zur Prognose bestätigt. 100 unsichere Schizophrenien, welche als Kontrolle dienten, konnten leider nicht persönlich untersucht werden. Erbliche Belastung ist nach den Ergebnissen für die Individualprognose ohne Bedeutung, atypische Zustandsbilder haben eine günstige Individualprognose.

F. Stumpfl (München).

Persch, R.: Heredodegenerative Schizophrenie bei kombinierter Systemerkrankung. (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Tapaiau.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1938, 311—313.

Rein kasuistische Mitteilung eines Falles von kombinierter Systemerkrankung (Friedreichsche Ataxie und Muskeldystrophie) mit einer Defektschizophrenie, der nach Ansicht des Verf. die Auffassung bestätigt, daß es sich sowohl bei der vorliegenden Psychose wie bei dem Nervenleiden um Heredodegenerationen im Sinne von Kleist handelt, die sich miteinander verbinden können. (Der neurologische Befund erscheint Ref. nicht ausführlich genug, um restlos zu überzeugen — besonders hinsichtlich des gleichzeitigen Vorliegens einer Muskeldystrophie. Auch bei der psychischen Erkrankung wäre eine ausführlichere und mehr in die Tiefe gehende Darstellung erwünscht. Die ausschlaggebende differentialdiagnostische Bewertung der Lehmann-Faciuss-Reaktion muß im übrigen nach den letzten Mitteilungen von Roeder und Jahnel auf dem Psychiater-Kongreß in Köln im September 1938 höchst bedenklich erscheinen. Ref.)

Skalweit (Rostock-Gehlsheim).

Kouretas, D., et M. G. Stringaris: Sur la schizophrénie tardive (à propos d'un cas). (Über Spätschizophrenie [bei Gelegenheit eines Falles].) Ann. méd.-psychol. 96, II, 182—193 (1938).

Ausführlich mitgeteilte Krankengeschichte eines 64jährigen Mannes, der mit zahlreichen klassischen Symptomen eines akuten schizophrenen Schubes erstmalig in klinische Beobachtung kam. Vorherrschend waren paranoische Elemente, delirante und halluzinatorische Zustandsbilder. Auf Grundlage der Anamnese handelt es sich um eine paranoide Persönlichkeit, die drei psychotische Schübe mit in der Zwischenzeit anscheinend völliger Remission durchgemacht hat. Zum ersten Male wurden von der Umgebung Störungen im Alter von 51 Jahren bemerkt; die mitgeteilte Eruption zeichnete sich durch schwere Änderung des Ichgefühls und Beeinflussungsideen aus (Gedankendiebstahl und ähnliches), außerhalb des Wahnsystems erschien das Persönlichkeitsbild intakt, logisches und ethisches Urteilsvermögen als solches dem Alter entsprechend; Patient wurde nach 4 Monaten gebessert, aber mit Residualwahn entlassen. Anschließend gibt Verf. einige Anmerkungen zu dem Problem der Beurteilung und Zuordnung solcher präseniler Psychosen. Das Einbrechen der Psychose in eine ausgereifte Persönlichkeit läßt die Symptomatik der Schädigung stärker heraustreten und sich reiner von der erhaltenen normalen Reaktion abheben; der Prozeß kann nicht als solcher sekundär wirkend andere Sphären des Geistes und Empfindungslebens grundlegend beeinflussen, da die Entwicklung bereits abgeschlossen ist und nicht wie etwa bei Jugendlichen in ihrer Richtung völlig abgeändert werden kann. Auf das Auftreten schizophrener Prozesse im Evolutionsalter sowie wie in diesem Fall im Involutionsalter wird hingewiesen, ferner an den Unterschied zwischen klassischer und juveniler Paralyse.

I. v. Notz-Schwarz (Homburg-Saar).

Hylkema, G. W.: Les modifications du protocole de Rorschach et les effets du traitement moderne de la schizophrénie. (Die verschiedenen Arten der Rorschach-Untersuchung und die Wirkungen der modernen Schizophreniebehandlung.) Amsterdam: Diss. 1938.

Verf. hält es für besser, eine kleine Anzahl von Schizophrenen in allen Einzelheiten mit dem Rorschach-Test zu untersuchen, als eine lange Reihe von Fällen durchzugehen und Statistiken aufzustellen. Man wird auf diese Weise mit größerer Genauigkeit feststellen können, wann sich eine Besserung bei den nach der Methode

Sakel behandelten Schizophrenen auszuwirken beginnt. Jedoch kann man selbst durch die Rorschach-Methode die große Frage, ob nur eine einfache Remission oder eine wirkliche Heilung eingetreten ist, noch nicht endgültig lösen. *Dubitscher.*

Cavalieri d'Oro, E., e Tullio Tognacci: Osservazioni sul trattamento della schizofrenia con la terapia insulinica e l'associazione insulina-cardiazol. (Beobachtungen über die Behandlung der Schizophrenie mit Insulin und mit Insulin-Cardiazol.) (*Osp. Psichiatr. Prov. „Luigi Lolli“, Imola.*) *Note Psichiatr.* 67, 347—379 (1938).

Verff. weisen einleitend darauf hin, daß zur Durchführung der Behandlung wohl ein eingeschultes Assistenz- und Pflegepersonal gehört, daß aber dann das Gefahrenmoment als sehr gering zu betrachten ist. Von 7 eigenen behandelten Fällen zeigten 6 völlige Remission, beim 7. Fall wurde wegen eingetretener Komplikationen von Seite des Herzens die Kur unterbrochen. 2 weitere Fälle erscheinen weitgehend gebessert. Bei 3 von den remittierten Fällen wurden im hypoglykämischen Zustand durch Cardiazol epileptische Anfälle ausgelöst, die eine Beschleunigung des Heilungsprozesses hervorzurufen schienen. Wenngleich die Anzahl der eigenen Fälle, wie Verff. selbst betonen, nur sehr gering ist und eine statistische Erfassung nicht zulassen, so erscheinen doch die erzielten Erfolge ganz beträchtlich. Ohne nähere Richtlinien zu geben, glauben die Verff., daß beide Behandlungsmethoden sich nicht ausschließen, sondern ergänzen.

Langsteiner (Linz).

Schmorl, E. A.: Beobachtungen über die Einwirkung der Cardiazol-Krampfbehandlung auf das klinische Bild der Psychosen. *Allg. Z. Psychiatr.* 108, 328—342 (1938).

Jede Heilungsstatistik der Schizophrenie krankt an der Außerachtlassung der Spontanremissionen. Die Erfolgsaussichten jeder Schizophreniebehandlung liegen bis zu einem gewissen Grade schon durch die damit bedingte größere Bindung des Kranken an den Therapeuten fest. Daher ist es allgemeine Erfahrung, daß Schizophrenie auf vital bedrohliche oder somatisch unangenehme Zustände wie auf psychische Shocks synton zu reagieren vermögen, daß sie aber danach ohne weitere psychotherapeutische Behandlung wieder in schizophrene Mechanismen versinken. Deshalb ist es für die Beurteilung des Wertes einer neuen Behandlungsmethode notwendig, zu untersuchen, wie sich innerhalb des Rahmens, in dem sie angewendet wird, analytisch gesehen das schizophrene Zustandsbild ändert, und was hierbei somatische Einwirkung der Therapie ist, was dagegen nur psychische Reaktion darauf. Aus seiner Erfahrung mit 130 vorwiegend weiblichen Kranken hält Verf. als das deutlichste Symptom der Cardiazolkrampfbehandlung die Enthemmung. Sie beginnt mit einer Differenzierung der gesamten Mimik und führt zu einer Auflockerung aller Ausdrucksbewegungen. Hiermit kann sich die Wirkung schon erschöpfen, doch kommt es oft daneben auch zu einer sprachlichen Enthemmung. Beides zusammen kann zu völliger psychomotorischer Entfesselung und schwerer Erregung führen. Dazu gesellt sich oft eine Förderung des Kontaktes. Hier scheint weniger eine körperliche Einwirkung der Krampfbehandlung vorzuliegen als vielmehr eine psychologische Wirkung im Sinne einer schizophrenen Reaktionsweise. Dafür spricht auch die verschiedenartige Stellungnahme der Kranken zur Behandlung, von denen sie einige gleichgültig, andere freudig, wieder andere ausgesprochen ängstlich hinnehmen. Ab und zu kommt es zu einer Euphorie, die sich bis zu manischer Erregung steigern kann. Hierbei handelt es sich wohl um eine direkte Cardiazolwirkung, wie überhaupt das Sprunghafte und Jähe der auftretenden Änderungen cardiazolbedingt zu sein scheint, zumal es im Gegensatz mit dem mehr zähen und massiven Affekt steht, der bei der Insulinbehandlung zu beobachten ist. Daher wurde der Cardiazolkrampf auch bei depressiven Psychosen versucht, doch sind die Erfahrungen noch zu klein. Andererseits werden agitierte und verwirrte Kranke oft gebremst. Das kann so weit gehen, daß es zu einer Verstumpfung kommt, scheint also auch somatische Cardiazolwirkung zu sein. Komplikationen waren sehr selten; am unangenehmsten war der manchmal auftretende Brechreiz. Bei intramuskulärer Anwendung des Cardiazols kam es oft zu verstärktem Auftreten von Reizzuckungen und zu gehäuftem Krampfanfällen. Verf. verließ deshalb diese Methode wieder. Eine Korrelation zwischen Krampfbereitschaft und Einwirkungsneigung konnte nicht beobachtet werden. Ebenso wenig ist bisher eine Voraussage über den Behandlungseffekt möglich. Die Wirkungsbreite läßt sich noch nicht berechnen. Aus diesem Grunde erscheint es auch zweckmäßig, die Behandlung an dem Punkte abzubrechen, an dem eine gewisse Sozialisierung des Kranken erreicht ist, da sonst die Gefahr besteht, daß durch ein Zuviel der Erfolg wieder geopfert wird.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Stauder, K. H.: Epilepsie. (*Psychiatr. u. Nervenclin., Univ. München.*) *Fortschr. Neur.* 10, 163—188 u. 189—227 u. 237—259 (1938).

In einem umfangreichen Sammelreferat gibt der Verf. in Fortführung seiner Bericht-

erstattung über diesen Gegenstand in den Fortschritten für Neurologie und Psychiatrie im Jahre 1936 Auskunft über die Epilepsieliteratur der letzten Jahre. Indem er Anschluß sucht an die großen Sammelberichte Gruhles, erstrebt er die Vervollständigung der Epilepsie-Bibliographie der letzten 35 Jahre an. Wenn man von einzelnen Lücken absieht — es wurden z. B. die Ergebnisse der letzten Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater in München 1937 nicht berücksichtigt —, dann erfüllt das Referat seine Aufgabe in glücklicher Weise. Die kritischen eigenen Stellungnahmen zu den anschaulich referierten Arbeiten machen den Bericht besonders lesenswert. Eine inhaltliche Wiedergabe des umfangreichen Referates kann hier naturgemäß nicht in Frage kommen. Genannt seien nur die Untersuchungen von Eugen Schreck über das Verhältnis der genuinen zur symptomatischen Epilepsie, die ebenso reizvolle wie eigene Gesamtdarstellung der Epilepsie durch F. Frisch und die Arbeit von Fr. Mauz über die Veranlagung zu Krampfanfällen. Da die belangvollen Arbeiten ziemlich ausführlich behandelt werden, eignet sich das Sammelreferat auch zur Orientierung des Lesers, der aus äußeren oder zeitlichen Gründen auf das Studium der Originalarbeiten verzichten muß. *H. A. Schmitz* (Bonn a. Rh.).

Viola, Domenico: *Sul controllo medico legale della diagnosi di epilessia.* (Zur Feststellung der Diagnose Epilepsie in gerichtsärztlicher Hinsicht.) (*Istit. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Univ., Pavia.*) (7. congr. d. Assoc. Ital. di Med. Leg. e d. Assicuraz., Napoli, 15.—17. X. 1937.) *Arch. di Antrop. crimin.* 58, 657—662 (1938).

Zur Feststellung, ob es sich in einem gegebenen Falle um eine echte Epilepsie handle, empfiehlt Verf. das Verfahren von Muck. Dies Verfahren besteht darin, wenige Sekunden lang Äthylchlorid auf die Gegend des Radialispulses aufzusprühen. Dadurch wird bei echter Epilepsie ein Anfall ausgelöst, der alle Kennzeichen des genuinen Anfalles aufweist. In 40% der Fälle von Epilepsie erzielte Verf. ein positives Ergebnis, während Gesunde nicht reagierten. Das Versprühen auf andere Körpergegenden war unwirksam. Daß der Anfall von der Gegend des Radialpulses hervorgerufen werden kann, erklärt Verf. durch Reizung des N. medianus, wodurch eine epileptogene Zone geschaffen wird. Das Mucksche Verfahren kann überall da angewendet werden, wo Epilepsie in Frage kommt, oder wo es sich um den Nachweis von Simulation oder Dissimulation handelt. *Ganter* (Wormditt).

Pitha, V.: *Épilepsie réflexe.* (Ein Fall von Reflexepilepsie.) (*Clin. Neurol., Univ., Prague.*) *Revue neur.* 70, 178—181 (1938).

Bei dem Kranken, einem Medizinstudenten, hat sich diese seltene Form der Epilepsie, die der sog. Jacksonschen am nächsten steht, nach einem schweren Schädeltrauma in der Jugend entwickelt. Offenbar war es dabei, wie Verf. auf Grund des neurologischen Befundes annimmt, zu einer Verletzung im Bereich des linken Frontal- und Parietallappen, der beiderseitigen Basalganglien und beider Pyramidenbahnen gekommen. Die Krämpfe waren bis zum 17. Lebensjahr generalisiert, seitdem vom Typ der Reflexepilepsie. Sie werden bei dem Kranken durch heftige Bewegungen der Beine ausgelöst, bei Bewegungen eines Beines nur auf der gleichen Seite, bei Bewegungen beider Beine generalisiert auf beiden Seiten. Auch durch das Ansehen von Wettläufen oder reinen Bewegungsvorstellungen, z. B. dem Gedanken an den Rekordlauf von Owen, treten sie in Erscheinung. Sie können von dem Kranken nicht unterdrückt, jedoch durch Muskelanspannungen vermindert werden. Kein Bewußtseinsverlust, keine typischen Zeichen genuiner Epilepsie. *Weimann* (Berlin).

Feitig, Annelise: *Zur Kritik der Reflex-Epilepsie.* (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.*) *Arch. f. Psychiatr.* 108, 439—468 (1938).

Nach einer sehr sorgfältigen Zusammenstellung und kritischen Sichtung der in der Literatur unter der Bezeichnung Reflex-Epilepsie mitgeteilten Fälle und der experimentellen Beiträge zu der Frage der Reflex-Epilepsie kommt Verf. zu folgendem Ergebnis: Die größte Zahl der Fälle, die unter der Diagnose Reflex-Epilepsie publiziert sind, hält einer strengen Kritik nicht stand. Nur in 12 Fällen kann die Diagnose in Erwägung gezogen werden: 1 Fall von Victoria beschrieben (Drahtstück in der Nähe des 5. Metacarpus), 2 Fälle mit Narbenbildung, 1 Fall mit Hyperostose, 1 Fall mit Resektion des Trigeminus mit Narbenbildung, 2 Fälle nach Pleuraeingriffen, 1 Fall

mit Nasenmuschelhypertrophie und 2 mit Erkrankung bzw. Anomalien der Zähne. Unter diesen 12 Fällen finden sich nur solche, in denen mehrfach und einwandfrei epileptische Anfälle beobachtet waren. Man hat 4 Bedingungen für die Diagnose Reflex-Epilepsie aufgestellt: Die Anfälle dürfen nicht vor der als reflexauslösend angesehenen Erkrankung bestanden haben; die sensible oder motorische Aura muß regelmäßig von dem Nervengebiet seinen Ausgang nehmen, welches in die lokale Erkrankung einbezogen ist; die Anfälle müssen nach Ausmerzungen der epileptischen Zone fortbleiben; die Anfälle sollen durch Reizung des peripheren Herdes auslösbar sein. Verf. prüft dann nochmals, ob die oben erwähnten 12 Fälle auch wirklich diese Bedingungen ganz erfüllen. Es bleiben 6 Fälle übrig, gegen welche auch bei strengster Kritik keine Einwendungen bezüglich der Diagnose Reflex-Epilepsie gemacht werden können. Als Voraussetzung jeder Reflex-Epilepsie hat Stauder die familiäre Belastung für die ererbte Krampfbereitschaft bezeichnet. Tierexperimente haben gezeigt, daß reflektorische Anfälle nur dann ausgelöst werden konnten, wenn auf irgendeine Weise eine Übererregbarkeit corticaler Zentren vorhanden war. Verf. kommt zu dem Ergebnis, daß der Begriff der Reflex-Epilepsie beibehalten werden kann — wenn auch nur für eine sehr kleine Gruppe von Fällen. Eine Krampfbereitschaft wird in allen Fällen angenommen werden müssen, die allerdings ohne Hinzutreten des exogenen, meist traumatischen Faktors nicht zu Anfällen geführt haben würde. *Rosenfeld* (Berlin).°

Seydel, Walter: Die traumatische Epilepsie, unter besonderer Berücksichtigung der an der Psychiatrischen und Nervenlinik zu Jena in den Jahren von 1920—1935 behandelten Fälle. *Allg. Z. Psychiatr.* 108, 94—114 (1938).

Nach einleitenden Ausführungen über Epilepsie im allgemeinen und traumatische Epilepsie im besonderen berichtet Verf. über 250 traumatische Epileptiker der Jenaer Nervenlinik, und zwar 102 Hirnschußverletzte, und 148 Friedensverletzte. Besprochen werden vor allem die Bedeutung von Art, Schwere und Lokalisation des Traumas für die Entstehung der Epilepsie, die sog. Latenzzeit, das Anfallsbild, die psychischen Krankheitssymptome (in 6% „ausgesprochene Demenz“), Verlauf, Prognose und Differentialdiagnose der traumatischen Epilepsie. Wesentlich neue Gesichtspunkte oder Ergebnisse werden nicht gebracht. *Hans Baumm* (Königsberg i. Pr.).°°

Faraone, Antonio: Sulla epilessia cosiddetta „reattiva“ od organovegetativa. (Über die sogenannte „reaktive“ oder organovegetative Epilepsie.) (*Reperto Neuro-Psichiatri., Osp. Milit., Udine.*) Policlinico Sez. prat. 1938, 1815—1816.

Mitteilung eines Falles: 23jähriger Mann, Sohn eines Paralytikers, alkoholintolerant. In unregelmäßigen Abständen treten im Anschluß an irgendwelche Aufregungen epileptiforme Krämpfe auf, die oft als hysterisch aufgefaßt werden. Die Beobachtung ergab starke vegetative Labilität, Affektinkontinenz, Impulsivität; die Krämpfe hatten alle Zeichen echt epileptischer. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Benedek, Ladislaus: Epilepsia choreica familiaris eum dementia. (*Neurol. u. Psychiatr. Klin., Univ. Budapest.*) *Mschr. Psychiatr.* 98, 301—316 (1938).

Eingehender Bericht über Symptomatik und Verlauf dieses Krankheitsbildes bei 2 Schwestern aus einer im übrigen gesunden Familie, das neben echten epileptischen Anfällen eine choreatische Bewegungsunruhe mit „elektra“-artigen Zuckungen aufweist. Bei beiden Schwestern traten die Anfälle und die choreatischen Zuckungen in „konstellierender Wechselseitigkeit“ auf. Besonders bei der jüngeren der beiden Schwestern trat jedesmal nach dem epileptischen Anfall ein 3—4tägiger relativer Ruhezustand der Spontanmotorik ein. Im Laufe der Krankheit sank die Intelligenzhöhe bei der älteren, 20jährigen Schwester bis zur Idiotie, bei der jüngeren, 18jährigen Schwester bis zur Imbezillität ab. Während bei der älteren moriaartige Zustände mit läppischer Heiterkeit und psychomotorischer Unruhe beobachtet wurden, zeigte die jüngere Neigung zu Depressionen. Verf. ist der Ansicht, daß es sich hier um das „idiopathische Zusammentreffen kombinierter Defektkonstitutionen“ handelt. *Portius.*

Wawrzik, Fritz: Über konsanguine juvenile Tabo-Paralyse. (*Psychiatr. u. Nerven-klin., Univ. Jena.*) Arch. f. Psychiatr. **108**, 661—667 (1938).

Die Kinder eines tabischen Vaters und einer vermutlich tertiärsyphilitischen Mutter erkrankten beide an einer juvenilen Metalues. Der ältere Bruder bemerkt im 17. Lebensjahr ein Nachlassen seiner Sehkraft, das ihn in Behandlung einer Augenklinik führt, die eine doppelseitige Opticusatrophie auf dem Boden einer Tabo-Paralyse feststellt. Der jüngere Bruder erkrankt ebenso etwa mit 15 Jahren an einem Nachlassen seiner Sehkraft, auch er begibt sich deswegen zunächst in augenklinische Behandlung, auch bei ihm wird eine doppelseitige Opticusatrophie als Ausdruck einer juvenilen Tabo-Paralyse gefunden. Diese Gleichartigkeit der Verlaufsform spricht für das Bestehen einer besonderen familiären Disposition des Nervensystems. Die Theorie vom „Virus nerveux“ gibt hierfür keine befriedigende Erklärung. v. Neureiter.

Curran, Frank J.: A study of fifty cases of bromide psychosis. (Studie über 50 Fälle von Brompsychose.) (*Dep. of Psychiatry, Med. Coll., New York Univ. a. Bellevue Hosp., Psychiatr. Div., New York.*) J. nerv. Dis. **88**, 163—192 (1938).

Psychosen durch Bromvergiftung sind seit 1859 bekannt. Seit 1927 ist eine Brombestimmung im Blute nach Wuth ausführbar: wenn 25—35% der Bluthalogene durch Brom verdrängt sind, zeigen sich Vergiftungssymptome. 40% Bromgehalt gilt als tödlich. Epileptiker haben anscheinend eine erhöhte Verträglichkeit gegenüber Brom. Die hauptsächlichen Symptome sind auf körperlichem Gebiete: Acne, Abmagerung, Verdauungsstörungen, träge Pupillenreaktion, verwaschene Sprache, unsicherer Gang, Zungen- und Fingertremor, Veränderungen der Reflexe; psychisch ist bei der Brompsychose am häufigsten ein Delirium von 3—6wöchiger Dauer; nicht selten sind auch Korsakoffsche Symptome. Die Sterblichkeit kann bis auf 11% steigen. Im Delirium werden beobachtet: paraphasische Störungen, Gesichtshalluzinationen in der Form ferner Bilder am Horizont oder am Himmel, Gedächtnisdefekte mit Konfabulation, vestibuläre Halluzinationen (Schiffschaukeln), Elektrisierungsgefühle, manchmal Mikropsien und Makropsien. In den meisten Fällen war dem Brommißbrauch ein solcher von Alkohol vorausgegangen. In einer Anzahl von Kranken zeigte sich nach Abklingen der Bromhalluzinose, daß dieser noch eine andere Psychose, eine Schizophrenie, eine Cyclothymie oder Hirnarteriosklerose zugrunde lag. Einer der beschriebenen Fälle ist dadurch bemerkenswert, daß er eine Frau betraf, die 10 Jahre an einer Zwangsneurose sexuellen Inhalts gelitten hatte; nach Abheilen des Bromdeliriums war sie auch von diesen Zwangsideen befreit. Diese Beobachtung lenkt die Aufmerksamkeit auf die schon von anderer Seite gemachten Versuche, melancholische oder schizophrene Kranke mit großen Bromgaben bis zur beginnenden Vergiftung zu behandeln. — Die Behandlung besteht in sofortiger Absetzung des Broms, reichlichen Kochsalzgaben per os oder auch intravenös, Diuretica und Beherrschung der Erregungszustände durch feuchte Packungen oder Dauerbäder. — Die Bromsalze werden sehr langsam ausgeschieden und häufen sich deshalb selbst in therapeutischen Dosen manchmal in schädlicher Menge an. Vertritt deshalb dafür ein, für Bromsalze und bromidhaltige Medikamente den Rezepturzwang einzuführen.

H. Haenel (Dresden).

Petragnani: Sur un cas d'encéphalite post-vaccinale. (Ein Fall von Encephalitis post-vaccinalis.) Bull. mens. Off. internat. Hyg. publ. **30**, 1710—1711 (1938).

Ein 9 Monate altes Kind aus Navarra bekam 7 Tage nach der Impfung Fieber und Krämpfe sowie eine linksseitige spastische Lähmung. Im Liquor Eiweiß und Zellvermehrung. Allmählich trat Heilung ein. Es handelte sich um eine Encephalitis. Bei militärischen Pockenimpfungen wurde 1933—1937 in Italien unter einer Million Impfungen einmal eine Encephalitis postvaccinalis beobachtet. Weimann (Berlin).

Nicol, C. M.: Un cas d'encéphalite post-vaccinale survenu à Murree (Pendjab). (Ein Fall von Encephalitis postvaccinalis in Murree [Pendjab].) Bull. mens. Off. internat. Hyg. publ. **30**, 1708—1709 (1938).

Ein 11 Monate altes Hindukind wurde mit positivem Erfolg gegen Pocken ge-

impft. 7—11 Tage nach der Impfung entwickelten sich Erscheinungen einer Encephalitis mit ausgesprochenen Störungen von seiten der Hirnnerven, Pupillenstarre, rechtsseitiger Facialislähmung, leichter Armparese links, Fieber, Bewußtlosigkeit und Krampfanfällen. Im Liquor Eiweißerhöhung, sonst keine pathologischen Befunde. In einigen Wochen trat Heilung ein.

Weimann (Berlin).

Kriminologie. Kriminalbiologie. Poenologie.

Weber, Hellmuth von: Die deutsche Kriminalstatistik 1934. Z. Strafrechtswiss. 58, 598—623 (1938).

Die Arbeit bezeichnet zunächst alle die verschiedenen Umstände, die es unmöglich machen, die deutsche Kriminalstatistik von 1934 zu einem Vergleich mit anderen Jahren heranzuziehen. Sodann wird über die Anwendung der Maßregeln der Sicherung und Besserung auf Grund der amtlich mitgeteilten Zahlen kurz berichtet.

v. Neureiter (Berlin).

● **Vogel, Gustav:** Das Milieu des Rheinisch-Westfälischen Industriegebiets im Hinblick auf seine Kriminalität. Zeulenroda: Bernhard Sporn 1938. 123 S. RM. 4.80.

Die gründliche und aufschlußreiche Arbeit, die als Dissertation von der Medizinischen Fakultät der Westfälischen Wilhelms-Universität zu Münster angenommen wurde, kommt für das untersuchte Gebiet zu dem Ergebnis, daß das Milieu einen unverkennbar nachhaltigen Einfluß auf die Kriminalität ausübt. Die besonderen Verhältnisse im Rheinisch-Westfälischen Industriegebiet, die sich insbesondere in einem Fehlen der einheitlichen Stammesverwurzelung und der damit im Zusammenhang stehenden außergewöhnlich starken Rasse- und Stämmevermischung auswirken, setzen nach dem Verf. schon in der zukünftigen Erbanlage für die Nachkommen eine Abbiegung in der Richtung einer Entwurzelung und Entformung. Keimschädigungen durch die Umwelt, schädliche Einflüsse auf die Persönlichkeit im Kindes- und Pubertätsalter und größere Häufigkeit von verbrechenauslösenden Situationen bedingen, daß das Milieu des Industriegebiets einen starken Hang zur Kriminalität herbeiführt, daß die natürlichen Abwehrkräfte dagegen geschwächt und daß die verbrechenauslösenden Momente zahlreicher und andersartiger als in anderen Gebieten sind. Wie der Verf. an Hand überzeugender Untersuchungen nachweist, sind in dem Berichtsgebiet besonders zahlreich vertreten Gewalt und Drohung gegen Beamte, leichte und schwere Körperverletzung, Hehlerei, Diebstahl, Notzucht, Blutschande und Unzucht mit Kindern.

Hans H. Burchardt (Berlin).

● **Olbermann, Albert:** Kriminalität des alternden Menschen. Bonn: 1936. 75 S.

Zu kurzem Bericht leider ungeeignete statistische Untersuchung, die sich auf die Kriminalität beider Geschlechter in den Umbildungs- und Rückbildungsjahren einschließlich des Greisenalters erstreckt. Bei der Frau sind die Altersklassen jenseits des 40. Lebensjahres, beim Manne die vom 50. Jahre an berücksichtigt, wobei sowohl das Alter selbst als kriminogener Faktor der jeweiligen Altersklasse, als auch die äußeren Einflüsse des Lebens, soweit sie die Kriminalität des alternden Menschen zu beeinflussen vermögen, in Betracht gezogen wurden.

v. Neureiter (Berlin).

● **Gummersbach, Heinz:** Die Kriminalpsychologie und ihre Bedeutung für die praktische Seelenkunde. Bad Homburg v. d. H.: Siemens-Verlags-Ges. 1938. 69 S. u. 21 Abb. RM. 1.75.

Für den Laien bestimmte Aufklärungsschrift, die sich im Ausdruck leider nicht immer von Flüchtigkeiten freihält und daher ihrem Zweck nur bedingt entspricht.

v. Neureiter (Berlin).

Fleischer, W.: Die Kriminalität in Griechenland. Kriminalistik 12, 257 (1938).

Der kurze Beitrag gibt einige Ergebnisse der griechischen Kriminalstatistik für das Jahr 1934 wieder. Gegenüber 1933 hat die Kriminalität um 1,45% abgenommen, nachdem sie von 1932 auf 1933 eine Zunahme von 10,75% aufzuweisen hatte. Auf die Darlegung weiterer Einzelheiten kann hier verzichtet werden.

Hans H. Burchardt.