

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Dael, Jac. van: Beiträge zur Psychologie der Zeugenaussage. Nederl. Tijdschr. Psychol. 1, 512—517 (1934) [Holländisch].

Kurz wiedergegebener Fall fraglicher Notzucht. Die Frage war, ob die Erklärungen eines 13½-jährigen Mädchens glaubwürdig waren. Das Mädchen gab an, es habe eine vollständige Notzuchthandlung stattgefunden, sie habe sich gewehrt, gebissen und geschlagen. Objektiv waren weder von dem Geschlechtsakt noch von Biß- oder Schlagverletzungen Spuren zu finden. Wahrscheinlich hat das Kind die Angaben der Polizei und der Justiz gegenüber gemacht, nachdem eine Tante die Tat als eine vollständige Notzuchthandlung in ihrer Gegenwart einer dritten Person erzählt hatte. Verf. fügt hinzu, daß er dennoch glaubt, daß unsittliche Handlungen stattgefunden haben, weil sonst das Mädchen die Erzählung der Tante nicht der Polizei mitgeteilt haben würde als tatsächliches Vorkommnis.

J. B. L. Hulst (Leiden).

Schachter, M.: Le mensonge et le témoignage chez l'enfant. (Lüge und Zeugenaussage beim Kinde.) J. belge Neur. 33, 643—658 (1933).

Zusammenfassende Darstellung mit vorwiegender Verwendung einschlägiger Literatur. Lüge und irrige oder falsche Zeugenaussage seien immer der Unwissenheit des Kindes zuzuschreiben. Seine Zeugenaussage hänge größtenteils von seinem (konstitutionellen) geistigen Typus ab, könne aber auch beabsichtigte und bewußte Fälschung sein. Die Verwendung von Fachpsychologen bei Gericht wird (wie von anderen) empfohlen.

Albrecht (Wien).

Ichheiser, Gustav: Über Zurechnungstäuschungen. Mschr. Kriminalpsychol. 25, 129—142 (1934).

Es ist notwendig, innerhalb des psychischen, besonders innerhalb des personalen Daseinsbereiches zwischen den „reinen Tatsachen“ und ihren häufig unbemerkten Deutungen zu unterscheiden. Die an sich natürlichen Deutungstendenzen besitzen sehr häufig einen Täuschungscharakter, wodurch sich eine Verfälschung oder Verzerrung des Bildes der personalen Wirklichkeit ergibt. Die psychologische Analyse des Vorganges der Zurechnung bzw. der hierbei vorhandenen Bewußtseinslage ergibt, daß die jeweilige Handlung vom Ich-Zentrum ausschließlich oder mindestens überwiegend gelenkt wird. Da unsere Handlungen aber von ich-unabhängigen Faktoren stark beeinflußt werden, entsteht die Zurechnungstäuschung überall dort, wo dieser tatsächlichen Sachlage nicht genügend Rechnung getragen wird. Zwei Haupttypen der Zurechnungstäuschung sind zu unterscheiden: 1. Die vollständige, wenn eine der Persönlichkeit zugerechnete Handlung durch solche Faktoren tatsächlich gesteuert wird, die überhaupt außerhalb des Persönlichkeitsbereiches liegen. 2. Die teilweise, wenn wohl personale Faktoren lenkend sind, aber nicht die ich-zentrierten, sondern triebhafte, automatisierte usw. Für jede Type werden noch 2 Untergruppen aufgestellt, eine „schlechthin verfälschende“ und eine „akzentverschiebende“ Zurechnungstäuschung. Die letzte ist die häufigere. Alle psychologischen Analysen haben rein theoretischen Gehalt. Die aus ihnen gezogenen praktischen Folgerungen sind auf das richtige Maß zu beschränken.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

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

Der Begriff Psychopathie hat im Laufe der Zeit eine bestimmtere Gestaltung dadurch gewonnen, als man ihn als Bezeichnung für die Zwischenstufe zwischen geistiger Gesundheit und Geisteskrankheit gebraucht, so daß einerseits die Skala: geistesgesund—psychopathisch—geisteskrank und parallel die Skala: zurechnungsfähig—vermindert zurechnungsfähig — unzurechnungsfähig entstand. Psychopathie sei ein Sammelname für sehr Unterschiedliches: 1. verstehe man darunter abortive Fälle von Geisteskrankheit. Der Begriff Psychopathie sei hier eigentlich überflüssig. 2. nennt man so das Heer derjenigen Psychopathen, welche besser Neuropathen heißen. 3. die große Zahl der Rechtsbrecher, die man dem Strafrichter gegenüber als Psychopathen bezeichnet, sind als besonders geartete und gewordene Charaktere aufzufassen, z. B. die phantastischen Schwindler, die Affektlabilen, die moralisch Schwachsinnigen usw. Das Wissen, das sich systematisch mit diesen Persönlichkeiten befaßt, ist die moderne

Charakterologie. Die Betrachtungsweise, die im einzelnen dargelegt wird, strebt die Feststellung der seelischen Gegebenheiten an, d. h. dessen, was der Mensch an Charakterlichem mitbringt. Dann kann man danach fragen, was aus diesem Menschen mit diesen Gegebenheiten unter den Einflüssen von Erziehung, Erleben und äußeren Umständen werden mag oder geworden ist. Es gibt nicht den geborenen Verbrecher, wohl aber Menschen mit Neigungen und Bereitschaften zu ganz bestimmten Handlungen und Reaktionsweisen. Die Beschäftigung mit dem entsprechenden Fragenkreis sei Kriminalpsychologie, nicht Kriminalpsychopathologie oder Kriminalpsychiatrie. An die wissenschaftlichen Betrachtungen und Feststellungen werden Ausführungen angeschlossen, die die Frage beantworten sollen: „Was bedeuten sie für die strafrechtliche Gesetzgebung und die Rechtsprechung?“ Darunter findet sich u. a. der Satz: „Der Tatbestand des § 51 ist erfüllt bereits bei mittelhohen Graden von Verstandesschwäche, jedoch erst bei sehr hohen, praktisch äußerst seltenen Graden von moralischen Charakterdefekten.“ Und weiterhin: „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. Das muß stark, sicher und zielbewußt geschehen.“

Pönitz (Halle a. d. S.).

Raviart et Vullien: L'expertise mentale contradictoire, en matière criminelle. (Strafprozessuale psychiatrische Gutachten im kontradiktorischen Verfahren.) Ann. Méd. lég. etc. 14, 333—350 (1934).

Die Einleitung stellt die Unpopularität des psychiatrischen Gutachters trotz fortgeschrittener psychiatrischer Wissenschaft fest. England und Amerika kennt Sachverständigenladung seitens der Verteidigung und Staatsanwaltschaft; Spaniens Art. 335 sieht ebenfalls diesen Weg vor und bestimmt in Widerspruchsfällen einen dritten Gutachter. Monaco sieht einen Sachverständigen vor, welcher von einem anderen Gutachter, der vom Angeklagten bestellt ist, überwacht wird; dieser kann behördlich begründet abgelehnt werden, so daß dann der Angeklagte das Recht hat, einen anderen zu stellen. Der Gutachter des Angeklagten hat Interventionsrecht und protokolliert. Italien läßt neben den Sachverständigen technische Berater zu, die aber keine Beratungsstimme haben. Belgien kennt seit 1930 das kontradiktorische Verfahren. Art. 15 des Gesetzes vom 9. IV. 1930 sieht klinische Beobachtung in der Psychiatrischen Abteilung des Gefängnisses vor, wobei frei gewählten Sachverständigen des Angeklagten der Zutritt gestattet ist; dies geschieht auch im Falle der sonstigen Internierung. Frankreichs erste Gesetzgebung (1879, 1882) sah zunächst die Form wie in Monaco vor. 1898 beschloß die Kammer (Vorschlag Cruppi) die volle Gleichberechtigung der Sachverständigen. Leitende Ärzte und Hochschullehrer werden durch jährliche Liste aufgenommen, und der Richter bedient sich ihrer entsprechend der geforderten Spezialität. Der Angeklagte wird von der richterlichen Wahl benachrichtigt und hat das Recht, seinerseits die entsprechende Zahl anderer Gutachter aus dieser Liste zu bestimmen. Von diesem Recht braucht der Angeklagte keinen Gebrauch zu machen. Die gewählten Sachverständigen genießen die gleichen Rechte. Im Widerspruchsfall wird ein Dritter von den Gewählten zur Entscheidung gerufen. Sind sie sich über die Wahl des Dritten uneinig, so entscheidet der Präsident. (Inhalt der Art. I—IX.) Der zuletzt genannte Art. VIII erfuhr eine Verbesserung (Levrard-Dufour): „Im Falle der Uneinigkeit der Sachverständigen wird ihre Meinung einer Kommission zur obersten Entscheidung übergeben.“ Diese besteht aus den 7 autoritativsten Spezialisten. Ähnlich ist es in Deutschland und Rußland. Der Vorschlag schlug fehl.

Das Gesetz führt in der Tat nur ein Scheinleben im Bereich des Betruges und der Nahrungsmittelkriminalistik. Das Für und Wider argumentiert, wie folgt: Für: Unbewußte Tendenz des Sachverständigen ex officio, auf der einseitigen Partei der Anklage zu stehen. Das Gericht neigt, diese Art Sachverständige zu bevorzugen. Dadurch wird die Verteidigung behindert. Das kontradiktorische Verfahren deckt diagnostische Irrtümer durch Zerstörung des Unfehlbarkeitsnimbus auf. Unfähige Sachverständige werden entlarvt. Gegen: Die Biogsamkeit der psychiatrischen Materie verführt zur Assistenz der Verteidigung. Man entschuldigt psychologisch alles, je nach Ansicht der eigenen Schule. Es wird bald eine Phalanx geeigneter Advokaten medizinischer Schulung geschaffen. Beide Sachverständigenparteien streben noch stärker auseinander. Der Richter wird unschlüssig, erliegt Suggestionen der Verteidigung. Die Psychiater selbst sind gegen die Methode und verlangen eine prinzipielle Vertiefung

des forensisch-psychiatrischen Fachs und vor allem die Schaffung geeigneter Unterbringungsmöglichkeiten außer Gefängnis und Asyl (Forderung Toulouse. Ref.!). Die Schaffung eines „code officiel de psychiatrie médico-légal“ sei erforderlich. Verf. steht dieser Möglichkeit skeptisch gegenüber und glaubt, daß ein Gesetz der „sozialen Verteidigung“, wie in Belgien, erfolgreicher sein werde, d. h. Ver- und Bewahrungsprinzip. Bei dieser Handhabung sei dann das kontradiktorische Sachverständigenverfahren unbedenklich.

Leibbrand (Berlin.)

Vervaeck, Louis: Y a-t-il plus de débilés mentaux en prison que dans la population libre? (Gibt es mehr Schwachsinnige im Gefängnis als in der freien Bevölkerung?) J. belge Neur. 34, 161—171 (1934).

Verf. stellt in Abrede, daß, wie etwa vor einem Jahrzehnt in den Vereinigten Staaten angestellte Untersuchungen ergaben, 25—89% (je nach den benutzten Tests) aller Verbrecher debil seien. Er gibt zu, daß auch in den belgischen Gefängnissen eine große Zahl Minderwertiger, Degenerierter und geistig Anomaler zu finden sei, daß aber gerade die intellektuelle Minderwertigkeit keine große Rolle bei der Entstehung der Verbrecher spiele. Es geht nicht an, für statistische Zwecke die geistig Anomalen und die Schwachsinnigen zu vermischen, wie es oft geschehen ist. Ebenso wie man nach Mm. Descoeudre unter den anomalen Kindern die zurückgebliebenen, einfach debilen, aber erziehbaren und gemütlich ansprechbaren von den unbeständigen, deren Charakterfehler schwerer wiegen als ihre intellektuelle Schwäche, unterscheidet, steht auch im Strafvollzugswesen der Psychopath dem Debilen gegenüber und ist dort bei weitem häufiger zu treffen als der Schwachsinnige. Seit einigen Jahren behaupten andere amerikanische „Psychologen“, oft Nichtärzte, daß in den Gefängnissen keineswegs mehr debile seien als in der Normalbevölkerung, ja daß der intellektuelle Durchschnitt der Gefängnisinsassen oft höher sei als der der amerikanischen Soldaten weißer Rasse. Untersuchungen von Gérard Mennes haben ergeben, daß die Kriminellen hinsichtlich der Intelligenz der Normalbevölkerung gleich, wenn nicht überlegen sind, daß die Insassen der Besserungsanstalten der Normalbevölkerung gleichen, aber eine minderwertige Verteilung des Prozentsatzes derer, die ein Intelligenzalter von 10 Jahren nicht erreichen, aufweisen. Die Rückfälligen sind im großen und ganzen den Erstgefangenen hinsichtlich der Intelligenz etwas unterlegen. Die Diebe sind die intelligentesten unter den Verbrechern, dann folgen die Gewalttätigen und Mörder. Die intellektuell schwächsten sind die Immoralisten und Sexualverbrecher. Verf. wirft dann die Frage auf, ob die hier angewandten, bei der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen bewährten Tests überhaupt geeignet sind zur Prüfung erwachsener Verbrecher. 2 Faktoren können beeinträchtigend wirken: 1. Die krankhaften Störungen des Seelenlebens überhaupt; 2. besteht die Gefahr der absichtlichen Fälschung bei den Kriminellen. Außerdem sind die Tests für den, der die Ursache des Verbrechens in Charakterfehlern sucht, überhaupt lückenhaft und zu theoretisch. Was oft Verbrechen bedingt, ist einerseits Geistesschwäche gepaart mit schweren Störungen des Willens, des Gefühls und des Charakters, andererseits konstitutionelle Psychopathie ohne irgendwelche Debilität. — Nach de Greef ist außerdem nicht allein das testmäßig festgestellte Intelligenzalter ausschlaggebend für eine Bewertung, sondern vor allem die Anpassungsfähigkeit an die Umgebung und das Leben überhaupt. de Greef fand nach den psychologischen Tests von Vermeylen unter den Schwerverbrechern des Centralgefängnisses Louvain 10% wirklich intellektuell-schwachsinnige, deren Intelligenzalter 7 Jahre und darunter war. Bei Berücksichtigung der Abstraktionsfähigkeit, der Überlegung der Urteilsfähigkeit erreichten nur 20% der gewalttätigen und sexuellen Verbrecher das Niveau eines 10jährigen Kindes, von den Dieben 23%. Selbst bei den Mördern und Gaunern, deren Intelligenzkurve der normalen am meisten ähnelt, halten sich die meisten bei der erwähnten psychologischen Prüfung auf dem Niveau der 7—8jährigen. Besonders der Mangel an Urteilsfähigkeit ist ein wesentlicher Faktor des Verbrechens. Es lohnt sich wohl, dem Problem der

geistigen Minderwertigkeit der Verbrecher nachzugehen, aber nur in seinen Beziehungen zu psychischen und charakterologischen Anomalien.

Irmgard Meywerk (Hamburg).

Beringer, K.: Einiges über Entmündigungsfragen für die Praxis. *Jkurse ärztl. Fortbildg* 25, H. 5, 1—4 (1934).

Beringer weist in den *Jkurse ärztl. Fortbildg* kurz und bündig auf die gesetzlichen Bestimmungen der Entmündigung hin und erinnert zunächst daran, daß die Entmündigung ein Instrument sozialer Prophylaxe zum Schutze des zu Entmündigenden ist. In Fällen vordringlicher Notwendigkeit gesetzlicher Maßnahmen kann seitens des Vormundschaftsgerichtes die rasch durchführbare vorläufige Vormundschaft errichtet werden. Auch eine Entmündigung Minderjähriger ist möglich, ebenso eine solche von Psychopathen bei Störungen des Gefühls- und Trieblebens trotz guter Intelligenz. Verf. skizziert dann die bekannten Voraussetzungen der Entmündigung wegen Geisteskrankheit und wegen Geistesschwäche. Morphinisten, die ihre Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen imstande sind, wird der verständnisvolle Richter, solange die Rauschgiftsuchte im Gesetz noch nicht neben der Trunksucht angeführt sind, wegen Geistesschwäche entmündigen. Daß der Staatsanwalt die Entmündigung wegen Trunksucht nicht beantragen kann, wird mit Recht bedauert; das nach landesgesetzlichen Vorschriften bestehende Antragsrecht der Gemeinden oder Armenverbände biete hierfür keinen vollkommenen Ersatz.

G. Ilberg (Dresden).

Lellep, Konstantin: Über Simulation von Geisteskrankheiten. (*11. Estn. Ärztetag, Narvas, Sitzg. v. 29.—30. VII. 1933.*) *Eesti Arst* 12, Beih., 43—45 (1933).

Die Behandlung der Frage der Simulation ist nach Verf. der Entwicklung der Psychiatrie parallel gegangen. Vor 50 Jahren habe man alle diejenigen für Simulanten gehalten, deren Krankheitsbild nicht dem typischen entsprach. Nachher habe man alle Simulanten für geisteskrank gehalten, selbst den Begriff der Simulation fallengelassen, die moderne Zeit beginne mit der Auseinandersetzung mit dem Hysterieproblem. Verf. kommt zum Schluß, es gebe keine echte, reine Simulation; es gebe psychogene Zustände, die mit Simulation nichts zu tun hätten, sowie pathologische Persönlichkeiten, bei denen der Wunsch zu simulieren sich als echte Psychose manifestiere. Der Vortrag wiederholt die Ansichten von Isserlin, vgl. diese Z. 5, 374.

Bresowsky (Dorpat).

Manunza, Paolo: Le psicosi da detenzione (dal punto di vista clinico e medicolegale). (Die Haftpsychosen, klinisch und gerichtlich-medizinisch.) (*Istit. di Med. Leg., Univ., Cagliari.*) *Riv. sper. Freniatr.* 58, 57—95 (1934).

Verf. berichtet über 32 Fälle von Haftpsychosen. Er unterscheidet frühzeitig auftretende sowie spät auftretende Formen, und bei beiden akute und chronisch verlaufende Formen. Die Mehrzahl waren die frühzeitigen Erkrankungen. Er trennte in wahnhafte, melancholische sowie Verwirrtheitsformen. Allmählich bildet sich ein „Unschuldswahn“ heraus, bis schließlich der „querulatorische Unschuldswahn“ entstehen kann, die Kranken schreiben an allerlei Behörden, halten sich für Ehrenmänner. — Am häufigsten sind die melancholischen Formen. Diese haben nichts Charakteristisches, abgesehen natürlich von der Tatsache, daß sie an das Ereignis anknüpfen, das die Gefängnisunterbringung hervorgerufen hat. Manchmal gehen sie mit einem motorischen Stupor einher, so daß die Differentialdiagnose gegenüber anderen Psychosen Schwierigkeiten bieten kann. Die Verwirrtheitsform beginnt meist mit Asthenie und Kopfschmerzen. Allmählich nimmt die geistige Klarheit des Kranken ab, er gibt verwirrte Antworten, widerspricht sich oft, es bildet sich eine Amnesie heraus bis zur schließlich vollständigen örtlichen und zeitlichen Desorientierung. Diese Formen sind jedoch relativ selten. Einige dieser Formen fallen zweifellos in die Reihe der sog. „Dämmerzustände“, die nach Regis durch eine Trübung des Bewußtseins bei plötzlichem Beginn und Aufhören und begrenzter Dauer charakterisiert sind und oft von Halluzinationen und falscher Auffassung begleitet sind. Manchmal gehen diese Formen mit Traumzuständen einher. — Unter den spät auftretenden Psychosen unterscheidet Verf. den chronischen Unschulds- und Verfolgungswahn, sowie den allerdings sehr seltenen und meist nicht in reiner Form auftretenden Begnadigungswahn. Die erstgenannte Form stellt oft nur eine Verschlimmerung einer mit Defekt geheilten wahnhaften Frühform dar, oder aber einen wirklichen Rückfall nach einer offenbar vollständigen Heilung einer solchen Form. Während bei dem chronischen Verfolgungswahn die Kranken stark leiden,

oft unruhig sind und dieses sich meist bei Personen zeigt, die zu Psychopathien stark prädisponiert sind, sind die Kranken, die an Begnadigungswahn leiden, ruhig, da sie mit Zuversicht ihre baldige Befreiung erwarten, beschäftigen sich. Nach Ansicht des Verf. scheint die hereditäre Veranlagung bei diesen Kranken eine geringere Rolle zu spielen. — Nach kurzer Besprechung einiger anderer seltenen Formen von Haftpsychosen geht Verf. noch auf die Frage der Verantwortlichkeit ein und weist auf die Wichtigkeit einer richtigen Diagnosestellung, besonders auch bei beginnenden Formen hin, bei denen es sich manchmal um einen schizophrenen Zustand handeln kann. Aber auch bei den eigentlichen Haftpsychosen ist oft eine psychopathische Prädisposition und familiäre Belastung nachzuweisen. *Oppler (Rom).*

Schulthess, Peter: Über Militärdienstverweigerung aus krankhafter Ursache. Nach dem Material der Zürcher Psychiatrischen Klinik. Schweiz. Arch. Neur. **33**, 95—127 (1934).

Im allgemeinen wird bei Militärdienstverweigerung psychiatrische Begutachtung nur veranlaßt, wenn der Beschuldigte der Gerichtsbehörde als abnorm auffällt. Das erklärt auch den hohen Prozentsatz, in welchem von Verf. psychische Abnormität festgestellt wurde (von 31 Untersuchten wurde nur einer als geistig gesund befunden). Es handelte sich 15 mal um Psychopathien (3 mal durch Debität kompliziert, 3 weitere waren anscheinend initiale Schizophrenien), 1 mal um Imbezillität, 14 mal um Psychosen (13 Schizophrenien, eine progressive Paralyse). 3 der Fälle wurden als gemindert, 19 als unzurechnungsfähig erklärt, bei den übrigen handelte es sich nur um Entscheidung der Frage der Militärdiensttauglichkeit. Die Fälle sind geschildert, auch die Ergebnisse der katamnestischen Erhebungen, die im wesentlichen die ursprüngliche Begutachtung bestätigten, angeführt. *H. Pfister (Bad Sulza).*

Adler, Alfred: Körperliche Auswirkungen seelischer Störungen. Internat. Z. Individ.psychol. **12**, 65—72 (1934).

Körperliche Erkrankung kann für das spätere Leben schwere seelische Auswirkungen haben, insbesondere Erkrankungen der Kindheit, die erstmalig die Schwierigkeiten oder Gefahren des Lebens zeigen oder dem Kinde eine besondere Behandlung zuteil werden lassen. Überstandene Krankheit beeinflußt oft die Berufswahl, oftmals gänzlich unbewußt. Aber nicht nur eigene Krankheit, sondern auch die naher Angehöriger oder gar deren Tod können eine erhebliche Rolle spielen, sei es im Sinne der Entmutigung, sei es, die Krankheitssymptome nachzuahmen. Es gibt keine Krankheit, auf der nicht ein nervöser Überbau aufgepropft werden kann. Krankheit wird vielfach dazu benützt, um sich Pflichten und Schwierigkeiten zu entziehen. Viele Beispiele lehren, daß auch Unfälle nicht zufällig sein müssen, sondern durch eine bestimmte Regie herbeigeführt werden können. Der Wunsch nach einer Geschlechtskrankheit dient dazu, eine Eheschließung zu vermeiden, wie es auch eine Syphilidophobie gibt, die dem uneingestandenem Zwecke dient, das andere Geschlecht völlig auszuschalten. Besonders interessant ist das Leben der Lungenkranken, bei denen sich eine Art „psychische Stacheldrahtkrankheit“ bildet, die die verschiedensten Erscheinungen zeitigt. *Oppler (Rom).*

Epstein, A. L., und E. R. Finkelstein: Somatologische Studien zur Psychiatrie. IX. Die intersexuellen Stigmata bei weiblichen Geisteskranken. (*Balinski-Krankenh. f. Geisteskranken, Leningrad.*) Z. Konstit.lehre **18**, 217—228 (1934).

Die intersexuellen Stigmen kommen bei geisteskranken Frauen weit häufiger vor als in der Norm. Besonders die Hypertrichose ist von Bedeutung. Sie ist namentlich bei der Schizophrenie vorhanden. Daraus folgt das wichtige Problem der Rolle virilisierender Momente, besonders der Hypophyse und der Nebennieren, in der Pathogenese seelischer Erkrankungen. Es ist zweifelhaft, ob die oft beschuldigte innere Sekretion der Keimdrüsen die ihr zugeschriebene Rolle bei der Schizophrenie spielt. (VIII. vgl. diese Z. **22**, 235.) *Marianne Bauer-Jokl (Wien).*

Schneider, Carl: Über Schwankungen der Krampfneigung während des Lebens. (Iktophile und iktophobe Lebensphasen.) (*Anst. Bethel b. Bielefeld.*) Nervenarzt **7**, 161—174 (1934).

Ausgehend von der allgemeinen Erfahrung, daß in gewissen Lebensabschnitten die Krampfbereitschaft besonders groß ist, untersuchte Verf. an seinem sehr großen Epileptikermaterial den Wechsel von krampffreien und krampfkranken Lebenszeiten (iktophobe und iktophile Phasen). Als Mindestwert der Krampffreiheit wird 1 Jahr angenommen. Bei der Einteilung des Lebens in Jahrfünfte fand Verf.: 1. Jahrfünft:

erste Hälfte sehr krampfgefährdet, zweite krampfarm; 2. Jahrfünft: Mitte krampfarm, Anfang und Ende krampfgefährdet; 3. Jahrfünft: Mitte krampfarm; 4. Jahrfünft: gegen die Mitte immer krampfgefährdeter, nächst dem 1. Lebensjahr das krampfgefährdetste Jahrfünft überhaupt; 5. Jahrfünft: sehr krampfarm, gegen Ende sehr oft krampffrei; 6. Jahrfünft: gegen Ende immer krampfgefährdeter; 7. Jahrfünft: sehr oft krampffrei, das krampfarmste des Lebens; 8. Jahrfünft: gegen Ende immer krampfgefährdeter; 9. und 10. Jahrfünft: Krampfgipfel um das 42. und 48. Jahr; 11. Jahrfünft: krampfarm; 12. Jahrfünft: gegen Ende immer krampfreicher; 13. Jahrfünft: zu Anfang krampfreich, allmählich krampfarm. Von hier ab immer stärker sinkende Krampfgefährdung. Der Wechsel der iktophoben und iktophilen Lebensphasen bzw. die entsprechenden Schwankungen der Krampfneigung stellen eine biologische Gesetzmäßigkeit dar, welche unabhängig von den epilepsieerzeugenden Krankheitszuständen ist. In den Gesamtstatistiken fallen die Phasen der Wiederkehr der Krämpfe im Einzelleben zusammen mit den Hauptausbruchphasen der Krampfleiden. Es läßt sich weiterhin ein allgemeiner Zusammenhang dieser Phasen mit den kritischen Lebensphasen überhaupt aufzeigen. Am deutlichsten treten die Phasen bei den symptomatischen Epilepsien hervor, weniger bei den sog. genuinen. Verf. möchte als empirische Regel aufstellen, daß bei Fehlen sonstiger diagnostischer Hinweise die Diagnose symptomatische Epilepsie um so wahrscheinlicher, die Diagnose genuine Epilepsie um so unwahrscheinlicher wird, je früher sich bei dem Kranken der Wechsel krampfreicher und krampffreier Lebensabschnitte beobachten läßt. Die traumatischen Epilepsien folgen weitgehend den iktophilen und iktophoben Phasen. Erfolgte der Unfall in der krampfgefährdeten Lebensphase, traten unmittelbar nach dem Trauma oder doch kurze Zeit später erstmalig Krämpfe auf. Fällt hingegen das Trauma in die krampfgefährdete Zeitspanne, treten die Krämpfe gewöhnlich erst in der nächsten iktophilen Phase auf, unter Umständen also erst 10—12 Jahre nach dem Unfall. Diese Erkenntnis kann für die Rentenbegutachtung von großer Bedeutung sein. Auch für die medikamentöse Behandlung ist die Kenntnis der Phasen von Wichtigkeit. Ausführliche tabellarische Zusammenfassungen.

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

Zonta, Giuseppe: Il riflesso oculo-cardiaco negli epilettici e nei postencefalitici. (Der okulo-kardiale Reflex bei Epileptikern und Postencephalitikern.) (*Istit. Psichiatr. di S. Lazzaro, Reggio-Emilia.*) Riv. sper. Freniatr. 58, 96—124 (1934).

Der okulo-kardiale Reflex besteht in dem Vorgang, daß bei einem Druck auf den Bulbus des Auges eine Pulsverlangsamung eintritt. Es besteht hierüber schon eine recht erhebliche Literatur, doch sind die Ergebnisse der Untersuchungen der verschiedenen Autoren sowohl bei gesunden Personen sowie im Verlaufe verschiedener Krankheiten, insbesondere des Zentralnervensystems, durchaus noch nicht einheitlich. An 54 genuinen Epileptikern sowie an 15 Postencephalitikern hat Verf. das Verhalten des Reflexes nachgeprüft, indem er einmal mit dem Finger einen Druck auf die Augäpfel ausübte, weiterhin hat er Untersuchungen mit einem von ihm konstruierten mechanischen Augendruck-Apparat ausgeführt, bei dem ein gradweiser und langsamer Druck von dem Gewicht von 800 g Quecksilber ausgeübt wurde. Dabei zeigte sich, daß der okulo-kardiale Reflex bei dem größten Teil der Epileptiker auftrat, und zwar unabhängig von der Verabreichung irgendwelcher Mittel. Die Ergebnisse wurden klarer mit der Zählung der Pulsationen in einer viertel Minute als in einer ganzen. Dagegen gelang es mit dem Apparat nur selten, einen positiven okulo-kardialen Reflex hervorzurufen, und auch die Ergebnisse stimmten nicht überein, weder nach einer langen noch einer kurzen Ausübung des Druckes. Bei den Postencephalitikern, die untersucht wurden, ist der okulo-kardiale Reflex nach Fingerdruck positiv und stark, wohingegen mit dem mechanischen Augenkompressor nur schwache Ergebnisse erzielt wurden.

Oppler (Rom).

Notkin, J., and Smith Ely Jelliffe: The narcolepsies. Cryptogenic and symptomatic types. (Über kryptogenetische und symptomatische Narkolepsie.) Arch. of Neur. **31**, 615—634 (1934).

Verff. beschreiben ausführlich 5 Fälle von kryptogenetischer Narkolepsie. Sie erörtern dann unter umfassender Berücksichtigung der einschlägigen Literatur die Frage nach der Pathogenese der Narkolepsie. Sie kommen zum Schlusse, daß dieselbe nur selten eine endogene kryptogenetische Erkrankung ist. In den meisten Fällen liegen andere Krankheiten zugrunde, und zwar: 1. Psychoneurose, manisch-depressives Irresein und Schizophrenie; 2. Encephalitis oder eine andere organische Gehirnkrankheit; 3. Epilepsie. In den weiteren Ausführungen leugnen Verff. die selbständige Stellung der Narkolepsie und wollen dieselbe in der Syndromeepilepsie eingereiht wissen. Diese Identität bezeugt 1. die paroxysmale Natur der Anfälle, 2. das öftere Vorkommen einer Aura, 3. die hyperkinetischen Bewegungen in den Attacken, 4. die Verwirrtheit nach den Anfällen, 5. das Vorkommen von Epilepsie und Narkolepsie bei dem gleichen Individuum und 6. der gelegentliche Übergang des narkoleptischen Anfalls in den epileptischen und umgekehrt. Nur in der kryptogenetischen Gruppe finden sich Schlafanfälle und Kataplexie, in den anderen Gruppen nur eines dieser Symptome.

Gierlich (Wiesbaden).

Braun, F.: Sonnenstich oder epileptischer Anfall. (Schweiz. Anst. f. Epileptische, Zürich.) Schweiz. Z. Unfallmed. **28**, 48—57 (1934).

Ein 28jähriger Mann arbeitete in starker Sonnenhitze auf einem Dach, brach bewußtlos zusammen. Man fand bei ihm zahlreiche Purpurabblutungen an Hals und Brust sowie — nach Aufnahme ins Spital — Jackson-artige Zuckungen. Man nahm zunächst Insolationswirkung an, zumal der Kranke epileptische Antezedentien ablehnte. Die Aufhellung der Anamnese ergab jedoch, daß es sich um einen Mann handelte, der von Kindheit auf an genuiner Epilepsie mit myoklonischen Zuckungen und Imbezillität litt. Es ist deshalb am wahrscheinlichsten, daß er lediglich einen epileptischen Anfall erlitten hatte, der durch die ungewohnte Arbeit in der strahlenden Sonne ausgelöst war. Die Epilepsie nahm ihren schicksalsmäßigen Fortgang.

Panse (Berlin).

Gorriti, Fernando: Delirien infolge spiritistischer Einflüsse. Semana méd. **1934 I**, 743—752 [Spanisch].

Verf. hält das spiritistische Delirium für eine klinische Varietät der chronischen Paranoia. Er bringt ausführlich 2 Krankengeschichten, in denen die Kranken auf Grund ihrer spiritistischen Lektüre und der Teilnahme an spiritistischen Sitzungen ihre Sinnestäuschungen und Empfindungsstörungen, wie auch ihre Zeichnungen auf die Einwirkungen der Geister zurückführen.

Ganter (Wormditt).

Jahnel, Franz: Trauma und progressive Paralyse. (Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.) Med. Welt **1934**, 686.

Polemik gegen die Arbeit Terbrüggens (vgl. diese Z. **24**, 71). Jahnel hält daran fest, daß zu der Klärung der Frage, ob zum Ausbruch einer Paralyse irgendwelche exogenen Hilfsfaktoren (also auch Traumen) in Frage kommen, sich nur durch Sammelstatistiken, nicht aber, wie Terbrüggen meint, durch Einzelkasuistik Aufschluß ergeben. Verf. hält die beiden Fälle Terbrüggens für vollkommen unbeweisend und weist im Gefolge Reichardt's darauf hin, daß ein zufälliges zeitliches Zusammentreffen einer Erkrankung mit einem Unfall kein Beweis für traumatische Entstehung dieser Erkrankung sei.

Esser (Bonn).

Holthaus, B.: Progressive Paralyse und Dienstfähigkeit des Eisenbahnbeamten. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Münster i. W.) Z. Bahnärzte **29**, 121—127 (1934).

Die Dienstfähigkeit eines Beamten kann nur von Fall zu Fall beurteilt werden; doch ist es bei der Paralyse möglich, gewisse allgemeingültige Leitsätze aufzustellen. Dem gleich nach der Fieberkur auftretenden Rückgang der Zellzahl kommt in prognostischer Hinsicht keine Bedeutung zu. Das Bestehenbleiben stark positiver Reaktionen länger als 2—3 Jahre nach der Kur ist ungünstig; dabei etwa vorkommende gute klinische Besserungen sind nicht stabil. Die Sanierung des Liquors muß dem gebesserten psychischen und neurologischen Befunde nachfolgen. In den Fällen, in denen umgekehrt eine Besserung des Liquorbefundes einer wesentlichen klinischen Besserung vorangeht,

ist bald wieder ein Rückgang zu erwarten. Ein Unterschied im Liquorbilde zwischen Vollremissionen und Defektheilungen besteht nicht; bei beiden sind schließlich die Reaktionen im Liquor bis auf Spuren oder ganz negativ. Eine günstige Prognose haben die psychisch und somatisch gebesserten Fälle, die etwa 1 Jahr nach der Kur wesentliche Abschwächungen der Reaktionen aufweisen. Hier ist Vollremission oder Defektheilung zu erwarten. Bleiben dagegen stark positive Reaktionen trotz gebesserten psychischen Befundes länger als 2 Jahre bestehen, so droht Verschlechterung; erneute Fieberbehandlung ist notwendig. Liquorsanierte Patienten, die länger als 5 Jahre unauffällig geblieben sind, sind als ausgeheilt zu betrachten. Als Lokomotivführer oder als Beamte in verantwortungsvoller Stellung des Fahrdienstes können aber Paralytiker auch bei bestem Behandlungserfolge nicht mehr beschäftigt werden, zumal leichte psychische Veränderungen auch bei der Vollremission durch genaue psychotechnische Untersuchung immer noch feststellbar sind. Derartig „Geheilte“ können aber in Werkstätten oder Büros unter entsprechender Beaufsichtigung Dienst tun.

Panse (Berlin).

Masquin, Pierre, et Jacques Borel: Onirisme malarique et paraphrénies paralytiques. À propos des „délires secondaires“. (Die oniroiden Erlebnisform in der Malariakur und die paralytischen Paraphrénien. Beitrag zur Frage der sekundären Delirien.) (*Clin. des Maladies Ment., Univ., Paris.*) *Encéphale* 29, 73—99 (1934).

Verff. teilen die im Verlaufe einer Malariakur auftretenden psychotischen Zustände der progressiven Paralyse ein in: 1. Psychosen während der Fieberkur vom Typus der oniroiden Erlebnisform. 2. Als Spätpsychosen die sog. paralytischen Paraphrénien, die unmittelbar an eine Fieberkur, aber auch Wochen bis Monate später auftreten. In der 1. Gruppe finden sich die halluzinatorischen Verwirrheitszustände mit Gehörs- und Gesichtshalluzinationen. Diese Zustände klingen meistens innerhalb weniger Tage wieder ab, oder sie können auch in Form von mehr oder weniger systematisierten Delirien zurückbleiben und werden dann sekundäre Delirien genannt. Sie heilen aus, wenn die Paralyse ausheilt, sie werden fixiert bei teilweiser Heilung der Paralyse, oder sie gehen in dem allgemeinen paralytischen Verblödungsprozeß unter. Diese oniroiden Delirien werden als toxi-infektiöse Zustandsbilder aufgefaßt. Die sog. paralytischen Paraphrénien, zu denen auch das Malariaparanoid der deutschen Autoren gerechnet wird, zeichnen sich nach Ansicht der Verff. durch die frühzeitige Stereotypisierung des Inhaltlichen aus und werden nicht mit der durchgemachten Malaria in Beziehung gebracht, sondern werden als ganz besondere psychische Reaktionsformen im Sinne der paralytischen Remission aufgefaßt.

Hugo Krayenbühl (Zürich).

Madsen, Jørgen: Über die Bedeutung der frühzeitigen Fieberbehandlung der Dementia paralytica. (*Act. Hans Hosp. Mandshosp., København.*) *Hosp.tid.* 1934 I, 481 bis 491 [Dänisch].

Statistische Verwertung von 293 mit Malaria behandelten Paralysefällen. 256 konnten 1—10 Jahre nach Schluß der Kur beobachtet werden. Von diesen waren 25% arbeitsfähig geblieben; insgesamt hielt die Remission bei 38% an (unmittelbares Resultat 32% gute, 28% mäßige Remissionen). 20% waren stationär und 42% verstorben. Von den 97 Todesfällen traten 33 bereits im 1. Jahr nach Abschluß der Kur ein; ein wesentlicher Unterschied zwischen frühzeitig und verspätet Behandelten war dabei nicht festzustellen. Verff. schließt aus den Ergebnissen, daß eine gewisse Anzahl von Paralytikern todgeweiht sei und auch durch schnell einsetzende Malariabehandlung nicht gerettet werden könne. Hingegen gelinge es durch solche die Zahl der „stationär“ werdenden Paralysen herabzusetzen und die der Remissionen zu erhöhen. Während bei Malariabehandlung im 1. Vierteljahr nach Auftreten von Krankheitserscheinungen die Zahl der haltbaren Remissionen 56,5% betrug, waren es nur noch 24,8% derjenigen, bei welchen die Behandlung erst nach einem Jahr eingesetzt hatte. Verff. verlangt einen beschleunigten Beginn der Malariakur und empfiehlt, wo aus irgendwelchen Gründen Verzögerung eintrete, bei Verdacht auch schon vor Sicherung der Diagnose, mit einer

anderen Fieberbehandlung zu beginnen. Hervorgehoben sei noch die Bemerkung, daß die Zahl der Paralytikeraufnahmen deutlich zurückgegangen sei.

Ransohoff (Lüneburg)._o

Dattner, Bernhard: Neuere Ergebnisse der Paralysebehandlung und Paralyseforschung. Fortschr. Neur. 6, 243—260 (1934).

In diesem 1. Teile berichtet Verf. über die neueren Ergebnisse der Paralysebehandlung, entsprechend der umfangreichen Literatur am ausgiebigsten über Malariatherapie, außerdem über Recurrentherapie, über Zusammenwirken von Malaria mit Herpesvirus, über Neosaprovitan, Pyrifur, Dmelkosvaccine, Überimpfung von lebenden Spirochäten, Sulfosin, Fiebererzeugung auf physikalisch-chemischem Wege vorzugsweise mit Diathermie, über Tryparsamid, Stovarsolnatrium. Nach einer kritischen Würdigung aller dieser Behandlungsmethoden kommt er zu dem Schlusse, daß der Malariatherapie noch immer der erste Platz gebührt. In zweiter Linie stehen die Recurrentherapie und, infolge der leichten Handhabung, die Behandlung mit den pentavalenten Arsenpräparaten, Tryparsamid und Stovarsolnatrium. Sulfosin ist unzuverlässig in seinen Resultaten und verursacht Schmerzen bei der Einspritzung. Die Diathermie ist schwierig durchführbar und erfordert eine kostspielige Apparatur.

*Rontal.*_o

Roncati, Cesare: Ricerche chimiche, sierologiche e biochimiche nel liquor di paralitici progressivi prima e dopo la malarioterapia. (Chemische, serologische und biochemische Untersuchungen im Liquor von Paralytikern vor und nach der Malariabehandlung.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Como.*) *Osp. psichiatr.* 2, 259—289 (1934).

Die Wa- und Mastixreaktion sollen sich im Verlaufe der Malariakur sehr spät und nur selten verändern. Die Totalalbumine und Globuline sollen kein prognostisches Urteil erlauben. Eher solle noch der Cholesteringehalt dem Verlaufe des paralytischen Prozesses parallel gehen.

E. Frauchiger (Langenthal)._o

Roberti, Carlo Emanuele: Sulla diagnosi di paralisi progressiva in malati di mente con liquido „positivo“. (Über Paralyseendiagnose bei Geisteskranken mit positivem Liquor.) (*9. congr. d. Soc. Ital. di Neurol., Modena, 5.—8. X. 1932.*) *Riv. Pat. nerv.* 43, 530—533 (1934).

Die Ausführungen des Verf. warnen vor einer einseitigen Überschätzung der humoralen Befunde, insoferne aus ihnen allein die Diagnose der progressiven Paralyse geschöpft werden solle. Das Wesentliche sei im klinischen Bilde der Nachweis der intellektuellen, fortschreitenden Abschwächung. Er erwähnt einen Fall, dessen ausführliche Veröffentlichung in Aussicht gestellt wird, und bei welchem er die Diagnose auf syphilitische Manie stellte; rein manisches Zustandsbild, Ersterkrankung bei einem 41jährigen Manne, WaR. im Liquor komplett positiv. Malaria und Salvarsan beeinflußten nicht im geringsten den Krankheitsverlauf; 4 Monate nach diesen Kuren lytische Lösung. Niemals während der 8monatigen Dauer irgendwelche Zeichen intellektueller Abschwächung. (Die schönen einschlägigen Studien von Herschmann sind nicht zitiert; Ref.)

Alexander Pilcz (Wien)._o

Hechst, Béla: Histopathologische Untersuchungen bei der sogenannten schizophrenen Form der progressiven Paralyse. (*Hirnhistol. Abt., Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Budapest.*) *Arch. f. Psychiatr.* 102, 25—44 (1934).

Verf. stellte sich die Aufgabe, die Ausbreitung der paralytischen Veränderungen in Fällen mit schizophrenieartigen Bildern zu untersuchen und die nach Ermittlung der stärker befallenen Regionen gewonnenen Rindenkarten mit der Ausbreitung des Rindenprozesses bei gewöhnlichen Schizophrenien zu vergleichen. An 3 Fällen wurden die Veränderungen beiderseits in 50 Aree der Rinde festgestellt, auch die Stammganglien und die hypothalamischen vegetativen Zentren wurden untersucht. Die Ergebnisse der Arbeit sind vorwiegend negativer Art. Eine charakteristische pathoarchitektonische Gesetzmäßigkeit in der Ausbreitung der Veränderungen konnte nicht festgestellt werden. Die Qualität des histologischen Prozesses wich nicht vom gewohnten Bilde der Paralyse ab. Dabei war der histologische Prozeß

in seiner entzündlichen wie in seiner degenerativen Komponente als leicht zu bezeichnen. Die Stammganglien und die vegetativen Kerngebiete waren frei von Veränderungen. Verf. zieht die Möglichkeit in Erwägung, daß die anatomischen Bedingungen für das Auftreten der schizophreneartigen Symptome gerade in der geringen Intensität des Rindenprozesses und in dem Verschontbleiben der subcorticalen Ganglien gegeben wird.

Neubürger (Egfling b. München).

Meyer, Fr.: Anatomisch-histologische Untersuchungen an Schizophrenen. Mschr. Psychiatr. 88, 265—323 (1934).

Verf. betont die Notwendigkeit systematischer Körperorganuntersuchungen von Schizophrenen und hat alle Organe von 5 Schizophrenen histologisch untersucht. Die Befunde werden nur dann für verwertbar gehalten, wenn die Erkrankung klinisch einwandfrei diagnostiziert ist, jüngere Individuen betrifft und komplizierende körperliche Erkrankungen vollständig fehlen. Die Sektion erfolgte 6—11 Stunden nach dem Tode. Die Psychose setzte stets akut ein, 2mal im Anschluß an Entbindungen, und dauerte wenige Tage bis zu $\frac{1}{2}$ Jahr. Keine der 5 Frauen im Alter von 25, 39, 42, 39 und 30 Jahren war erblich belastet, körperliche Erkrankungen fehlten in der Vorgeschichte. Nur 1mal traten kurz vor dem Tode Durchfälle auf. 3 Kranke waren mit der Sonde ernährt worden. 3 Kranke zeigten schwere motorische Unruhe und Inkohärenz, eine ein katonisches, die letzte ein manisch-verworrenes Zustandsbild. Verf. will nicht untersuchen, ob es sich im letzten Falle um eine sog. verworrene Manie und im 1. Falle, bei dem die Psychose 10 Tage nach der 1. Geburt aufgetreten war, um eine symptomatische Psychose gehandelt haben könne, da er glaubt, daß es nur durch systematische Untersuchungen aller Körperorgane und des Gehirns gelingen könne, den „großen schizophrenen Formenkreis zu umgrenzen, etwa zu systematisieren, in einzelne Gruppen zu zerlegen oder gegen den zirkulären Kreis abzugrenzen“. Er stellte „eine Fülle schwerer pathologischer Veränderungen, die das makroskopische Sektionsergebnis kaum hätte ahnen lassen“, fest. Es ergaben sich übereinstimmend 2 Gruppen von Befunden, einmal eine unspezifische subakute bis chronische, infiltrativ-proliferative, atrophische und teils hämorrhagische Gastroenterocolitis, zum Teil mit Hyperplasie der mesenterialen Lymphknoten und desquamativen Sinuskatarrh, 2. eine Proliferation des interstitiellen Bindegewebes mit Rundzelleninfiltration in Schilddrüse, Nebennieren und Hypophysenvorderlappen, zum Teil auch in Leber, Pankreas und Nieren. Schließlich zeigten 4 Fälle noch eine Aktivierung des reticulo-endothelialen Apparates in Leber, Milz, Lymphknoten, Hypophysenvorderlappen und Nebennierenrinde. Organveränderungen, die auf früher durchgemachte Krankheiten schließen ließen, fehlten. Am Gehirn fand sich: Meningofibrose, Erythrocyten, Fibroblasten, zum Teil makrophagenartige Elemente und mehrkörnige Riesenzellen in den Meningen, diffuse und kleinfleckige Rindenverödungen, die nur in einem Falle fehlten. Die Mikrophotogramme stimmen weitgehend mit den Befunden von Reiter und Buscaino überein. Verf. betont, daß er Darmkatarrhe ähnlicher Art und Schwere bei anderen Psychosen nicht beobachtet habe. Die interstitielle Bindegewebswucherung in den innersekretorischen Organen wird nicht als Ausdruck früherer oder während der Psychose bestehender komplizierender Erkrankungen oder Konstitutionsanomalien, sondern als Ausdruck einer Reaktion auf irgendwelche toxischen Einflüsse aufgefaßt, wofür die Rundzellenansammlung und die Aktivierung des reticulo-endothelialen Systems sprächen. Erwägungen darüber, welche Veränderungen primär oder sekundär, im einzelnen oder in ihrem Verhältnis zueinander, sein könnten, werden nicht angestellt, aber die vorhandenen Möglichkeiten aufgezählt. Bakteriologische Untersuchungen ergaben folgende Resultate: Im Darminhalt fanden sich Hefen, Coli und Proteus. Tuberkelbacillen waren im Schnitt und im Tierversuch nach Busson nicht zu finden, Kulturen aus den 5 Liquores blieben steril. Im 1. Fall (Wochenbettpsychose) waren Embolien grampositiver kokkenartiger Bakterien in den Lebercapillaren und Milzsinus zu finden, während die übrigen Organe frei davon waren. In einem weiteren Falle fand Meyer Bakterienembolien in Gefäßen

der Capsula interna, die aus grampositiven Kokken und stäbchenartigen Gebilden bestanden. In allen 5 Fällen fanden sich in der Tiefe der Sulci frei oder in der Pia liegende grampositive micrococcusartige Gebilde. Verf. hält die Frage nicht für klärbar, ob es sich dabei um Verunreinigungen handeln könne. *Friedrich* (Arnsdorf)._o

Hollander, F. d', et Ch. Rouvroy: Étude sur la dégénérescence muqueuse dans le cerveau des déments précoces. (Untersuchung über die mucoid Degeneration im Gehirn von Dementia praecox-Kranken.) *J. belge Neur.* **34**, 172—182 (1934).

Verff. untersuchten 16 Gehirne Schizophrener, bei 12 von ihnen fanden sie die traubenförmigen Abbauschollen aus mucoider Substanz bestehend. Diese Substanz kann außerhalb des Präparates auf dem Objektträger verschleppt werden in Fällen, wo sie besonders reichlich vorhanden ist. Die Herdchen sind öfters bedingt durch den Verlauf der markhaltigen Nervenfasern. Die Abbauschollen und die sog. Mykocyten kommen unabhängig voneinander vor. Die Abbauperde kommen oft in einem Gewebe vor, das eine spongiöse Struktur aufweist. Dort, wo die weiße Substanz eine starke Gliawucherung aufweist, fehlen die Abbauerscheinungen. Die Verff. sprechen sich über die toxische oder infektiöse Natur der mucoiden Degeneration, die bei den verschiedensten Gehirnkrankheiten gefunden werden soll, nicht aus. Es geht aus der Beschreibung nicht hervor, was eigentlich unter Mykocyten verstanden werden soll und die beigegebene Photographie eines Abbauperdes mit mykoiden Schollen im Centrum ovale sieht bedenklich nach einem Artefakt aus. *Steck* (Lausanne)._o

Senise, Tommaso: Distrofia adiposo-genitale con psicosi paranoide. (Dystrophia adiposo-genitalis mit paranoider Psychose.) *Cervello* **13**, 9—26 (1934).

Ein Fall: 63-jähriger ♂, kinderlos verheiratet, 1,72 m groß, Gewicht 108 kg, Gynäkomastie und überreichliches Fettpolster an Bauch und Hüften, hypoplastisches Genitale, fehlende Bart-, Achsel- und Schambehaarung; keine Polyurie. Der Mann wurde wegen tätlicher Beleidigung verhaftet und bekam im Gefängnis einen Erregungszustand mit Halluzinationen und deliranten Verfolgungsideen; Vorgeschichte unbekannt, anscheinend Beginn der paranoiden Psychose etwa 20 Jahre früher, da seit dieser Zeit öfters Konflikte mit dem Gericht wegen Beleidigung vorkamen. — Während leichtere seelische Veränderungen wie Apathie, Somnolenz bei der Fröhlichschen Erkrankung nicht selten sind, wurden nur sehr wenige Fälle mit Schizophrenie beschrieben. Verf. erachtet die Geisteskrankheit für eine Folge des Grundleidens. *Hoening* (Speyer)._o

Rizzatti, Emilio, e V. Debeus: Il liquor nelle varie malattie di mente in confronto al liquor nelle schizofrenie (con particolare riguardo alla reazione di Buscaino applicata al liquor a freddo). (Der Liquor bei verschiedenen Geisteskrankheiten im Vergleich zum Liquor bei Schizophrenie [mit besonderer Berücksichtigung der kalt beim Liquor angewandten Buscainoschen Reaktion].) (*Laborat. Neurobiol., Osp. Psichiatr. Prov., Racconigi.*) *Schizofrenie* **4**, Nr 1, 97—125 (1934).

Verff. untersuchten den Liquor von 102 Nichtgehirnkranken (Gesunde, Neurastheniker, Alkoholisten usw.), 100 initialen Schizophrenien, 45 chronischen Schizophrenien, 121 anderen Cerebropathien (Epilepsie, Postencephalitis, Paralysis agitans, Dementia senilis, Trauma, Tumor usw.), 70 Fälle von Syphilis und Neurosyphilis. Die sehr sorgfältige Untersuchung bringt große Tabellen und ein umfangreiches Zahlenmaterial. Die wesentlichsten Ergebnisse des Vergleichs der Befunde sind: Der Liquordruck ist erhöht bei 49,5% Schizophrenen, 39,2% Cerebropathien, 36,8% Nichtgehirnkranken. Eiweißvermehrung findet sich bei Ausschluß der Syphilis des Zentralnervensystems, insbesondere der Paralyse, bei 58,6% Syphilitikern, 18% Schizophrenen, 6,5% Cerebropathien, 2,8% Nichtgehirnkranken. Die Reaktionen nach Nonne-Apelt und Pandey waren empfindlicher als die nach Weichbrodt. Die Globulinreaktionen gaben höhere Prozentsätze als die Proteinreaktionen. Zellvermehrung wurde bei 78% Syphilitikern, 62,5% Cerebropathien, 53,6% Schizophrenen und 30,3% Nichtgehirnkranken gefunden. Die Benzoereaktion zeigte stärkere Ausflockungen bei 64% Syphilitikern, 8,2% Schizophrenen, keine bei Encephalopathie. Atypische Benzoekurven wurden bei 6,4% Syphilitikern, 20,4% Cerebropathien, 26% Schizophrenen gefunden. Bei Schizophrenen fand sich nie eine Ausflockung im Gebiet der Meningitiskurven. Die Buscainosche Reaktion war zu 57% bei Syphilis, 52% bei Cerebropathie, 23,6% bei Nichtgehirnkranken, aber 80% bei Schizophrenie positiv. Interessante Unterschiede ergaben sich beim Vergleich der initialen und chronischen Schizophrenien. Die

Albumine waren bei 22% initialen, nur bei 4,8% chronischen Schizophrenien vermehrt. Die Proteinreaktionen gaben weniger eindrucksvolle Unterschiede. Zellvermehrung bestand bei 55,5% initialen, 47,3% chronischen Schizophrenien, Erhöhung des Liquordrucks bei 50,6% initialen, 45% chronischen Schizophrenien. Die Benzoe-reaktion ergab atypische Ausfällungen bei 31,1% initialen (6,7% Kurven vom Luestyp) und 10% chronischen Schizophrenien (nur 1 Lueskurve). Die Buscainosche Reaktion verliert ihren positiven Ausfall nicht mit der längeren Dauer der Schizophrenie, sie ist aber bei initialer Schizophrenie stärker. Innerhalb der Schizophrenietypen finden sich folgende Unterschiede: Albuminvermehrung bei 28,1% Hebephrenen, 16,6% Paranoiden, keine bei Katatonie und Amentia. Ähnliches gilt für die Proteinreaktionen. Erhöhung des Liquordruckes bei 61,1% Hebephrenen, 47% Paranoiden, 40% Katatonen, 36,3% Fällen von Amentia. Zellvermehrung bei 59,3% Hebephrenie, 54,5% Katatonie, unter 50% bei Paranoiden und Amentia. Atypische Benzoe-reaktionen ziemlich gleichmäßig verteilt, etwas geringer bei Paranoiden. Buscainosche Reaktion positiv bei 84,2% Katatonen, 83,4% Paranoiden, 78% Hebephrenen, 69,2% Amenten.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Kogerer, H., und L. Pawlicki: Schwangerschaft und Schizophrenie. (*Landes-Heil- u. Pflege-Anst. „Am Steinhof“, Wien.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1934, 253—256.

Bei 19370 innerhalb von 10 Jahren im Steinhof aufgenommenen kranken Frauen war nur in 106 Fällen ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und endogener Psychose festzustellen. Hierunter sind auch die Fälle gerechnet, in denen eine Psychose bis zu 6 Monaten nach der Schwangerschaft auftrat. Nur 34 waren sichere Schizophrenien. Über 14 von diesen konnte nichts Näheres mehr eruiert werden, so daß nur 20 Fälle zur Untersuchung übrigblieben. Die Seltenheit des Zusammentreffens von Schizophrenie mit Schwangerschaft vermindert die praktische Bedeutung nach der Frage der Beziehungen beider. Schizophrene Frauen werden selten schwanger, wahrscheinlich aus einer Minderwertigkeit des endokrinen Systems bei Schizophrenie heraus und infolge der Verminderung der Libido sexualis bei diesen Kranken. 4mal bestand die Psychose schon vor der Schwangerschaft; 11mal ist die Psychose nach Beendigung der Gravidität im Wochenbett oder in der Stillperiode aufgetreten; 5mal hat sich das Zusammentreffen von Psychose und Gravidität im Leben mehrmals ereignet. In der II. Gruppe schien die Prognose der Schizophrenie durch das Stillen nicht ungünstig beeinflußt zu sein. Eine Klärung der Frage, ob und in welchen Fällen von Schizophrenie die Schwangerschaft zu unterbrechen sei, konnte nicht erfolgen. In zweifelhaften Fällen soll man sich lieber für als gegen die Unterbrechung entscheiden. In jedem Falle ist an die Unterbrechung die prophylaktische Sterilisierung anzuschließen. (Diese Stellungnahmen gelten vom Gesichtspunkt der Schizophrenen, nicht der Nachkommenschaft aus. Ref.).

Arno Warstadt (Berlin-Buch).

Glaser, Josip: Tötungsdelikt als Symptom von beginnender oder schleichend verlaufender Schizophrenie. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich.*) Z. Neur. 150, 1—41 (1934).

Ausführliche Darstellung von 9 Fällen von Tötungsdelikt als Symptom einer beginnenden oder schleichend verlaufenden Schizophrenie. Die in keinem der Fälle zu vermissende Enthemmung dürfte überhaupt von großer Bedeutung bei Delikten Schizophrener sein. Sie kann zum Teil als etwas Primäres, durch die Krankheit Entstandenes und nicht weiter Ableitbares aufgefaßt werden, zum Teil geht sie aber sicher auch aus anderen krankhaften Veränderungen hervor. Die Ursachen des Tötungsdelikt sind sehr mannigfaltig und verwickelt und können mit unseren heutigen Kenntnissen nicht genügend ergründet werden. In 8 von 9 Fällen lassen sich aber in verschiedener Kombination bestimmte Eigentümlichkeiten bezüglich der Motive, der Ausführungsweise und der Reaktion auf die Tat aufzeigen: Unter dem Einfluß pathologischer Antriebe kommt es zur Tat ohne logische Begründung und vernünftigen Zweck. Auffallend ist das Mißverhältnis zwischen der Geringfügigkeit der Motive

und der Schwere der Tat, die meist kaltblütig grausam und ganz ohne raffinierte Täuschungsmanöver ausgeführt wird. Unberührtheit, Mangel an Reue, Affektlosigkeit und fehlende Einsicht in die Bedeutung der Tat sowie ihre Folgen charakterisieren die Einstellung nach der Tat. Alle diese Merkmale fehlten in einem Fall, in welchem das Delikt den Charakter einer reaktiven Affekthandlung hatte. Bezüglich der differentialdiagnostischen Abgrenzung schizophrener Anfangsstadien und schleichender Verläufe von bestimmten Psychopathiearten meint Verf., daß man unter Berücksichtigung der geschilderten Eigentümlichkeiten des Deliktes und bei Vorhandensein schizophrenieverdächtiger Symptome mit der Diagnose „Schizophrenie“ nicht sehr zurückhaltend sein müsse.

O. Kant (Tübingen).

Roncati, Cesare: Osservazioni sopra un caso di demenza traumatica con decorso di demenza precoce catatonica. Studio clinico ed istopatologico. (Beobachtungen über einen Fall von traumatischer Demenz mit dem Verlauf einer katatonen Dementia praecox.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Como.*) Schizophrenie 4, Nr 1, 27—40 (1934).

Krankheitsgeschichte: 36-jähriger Mann aus völlig gesunder Familie, völlig unauffällig und ohne belangvolle Anamnese, stürzt vom Rad und fällt mit dem Kopf auf einen Stein. Er trägt eine schwere Gehirnerschütterung davon, ist 12 Stunden bewußtlos. Die sofortige Röntgenuntersuchung zeigt keine Läsion des knöchernen Schädels. Nach 3 Wochen nimmt Patient die Arbeit wieder auf. Er klagt nur von Zeit zu Zeit über Schwindel und Ohrensausen. Die sofortige neurologische Untersuchung ergibt ebenfalls keinen krankhaften Befund. Nach 3 bis 4 Monaten setzt eine Veränderung des Charakters ein. Patient wird unruhig, ist labiler Stimmung, wird geschwätzig, äußert verschrobene Ideen, führt keinen Satz zu Ende. Danach wird Patient schweigsam, gedrückt, jammert trostlos, vernachlässigt sich und seine Familie, wird bizarr in Haltung und Ausdrucksweise, liegt apathisch umher, ist dann wieder jähzornig und hemmungslos, hat tausend Launen und wechselt unaufhörlich. Nach kurzer Sanatoriumsbehandlung Remission, die nicht lange anhält. Nach einigen Monaten neue Remission bis zur Arbeitsfähigkeit. Patient vollführt seine Arbeit, aber ohne Interesse oder Bemühen. 15 Monate nach dem Unfall manische Erregung und Zeichen beginnender Demenz. Die Erregung hält mit Schwankungen an. Dazu treten unklare Verfolgungsideen und Gehörstäuschungen. Die Erinnerung an die Zeit vor und nach dem Unfall für etwa 4 Wochen war erloschen. Zustände von Verwirrtheit und Erregtheit wechseln mit solchen emotioneller Indifferenz und Apathie ab. Es entwickelt sich ein typisch katatonen Zustand, in dem der Kranke künstlich ernährt werden muß. Dazwischen treten wieder Zeiten auf, in denen Patient gleichmäßiger Stimmung, klar und orientiert ist. Schließlich werden die Verfolgungsideen weiter ausgebaut. Patient klagt über Körpersensationen und verkennt Personen. In den letzten beiden Monaten vor dem Tode spricht Patient monoton und ausdruckslos. Die Sprache wird stolpernd, aber nicht dysarthrisch. Er wird völlig amimisch. Die Muskelkraft schwindet. Es kommt zur Ataxie und Unkoordiniertheit der Bewegungen der oberen Extremitäten, schließlich zu einer leichten Parese. Unter raschem Verfall Exitus. Neurologisch bei Beginn des Verfalls Hypotonie der Muskulatur, Tremor der gespreizten Hände und Intentionstremor, Unkoordiniertheit und leichte Ataxie der oberen Extremitäten, Unkoordiniertheit der unteren Extremitäten, Romberg positiv. Sämtliche Sehnenreflexe gleichzeitig gesteigert. Babinski und Oppenheim negativ. Schmerzempfindlichkeit an den Fußsohlen aufgehoben, sonst erhalten. Pupillenreflex normal. Kein Nystagmus. Innere Organe im wesentlichen ohne krankhaften Befund. Wassermann immer negativ. Liquordruck nicht erhöht. Alle Reaktionen im Liquor negativ. 0,3⁰/₀₀ Eiweiß. Keine Lymphocytose. — Sektionsbefund: Keine Fraktur des Schädels. Dura zum Teil adhärent, sehr verdickt. Das Gehirn erscheint verkleinert, mit abgeplatteten Windungen und erweiterten Sulcis. Außerordentlich verdickte Leptomeninx, die stark getrübt ist. Über dem vorderen Teil der rechten ersten Temporalwindung Reste einer alten umschriebenen Erweichung. Die Hirnsubstanz ist ödematös. Die histopathologische Untersuchung ergab: Hyperplasie der Pia, kleine pericapilläre Hämorrhagien an einigen Stellen der Rinde und der weißen Substanz. In der Rinde reichlich Abbauerscheinungen. Zellverödung in einem großen Teil der Rinde, besonders in den Parietal- und Temporallappen, geringer in der 2. und 3. Schicht. Die Schichten erscheinen teilweise verdünnt, besonders die dritte. Manche Zellen zeigen eine totale Chromolyse mit Aufteilung der Nisslschen Kerne, andere zentrale Tüpfelung mit kugelförmigem, blasigem Kern, andere Überfärbung der Protoplasmafortsätze und Zurücktreten und Überfärbung des Kernplasmas mit verkleinertem und stark gefärbtem Kern. Bei anderen Elementen erscheint die chromophile Substanz ringförmig, der Kern deformiert, überfärbt, vom Protoplasma getrennt, seitlich verlagert. In anderen Zellen fanden sich große Vakuolen, zum Teil auch vakuolisierte Dendriten. Die alterierten Zellen waren zu 3 und 4 gruppiert. Auch im Thalamus opticus, Nucleus caudatus und Nucleus lentiformis einige Zellen mit perinucleärer partieller Chromolyse. Die Purkinjeschen Zellen waren nur selten angegriffen. Unregelmäßig vergrößerte Zellen wurden nur im Nucleus dentatus, in

der Pons und in den Oliven beobachtet. Die Nervfasern erschienen überall verdünnt und rarifiziert. In der weißen Substanz der Gegend der Parietal- und Temporalwindungen kleine entmyelinisierte ovale oder lappige Zonen. Weitere Einzelheiten im Original.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).^o

Smalldon, John L.: Pre-psychotic personality of manic-depressive patients. (Die präpsychotische Persönlichkeit der manisch-depressiven Patienten.) (*Hudson River State Hosp., Poughkeepsie, N. Y.*) Psychiatr. Quart. 8, 129—147 (1934).

Verf. untersuchte 75 manisch-depressive Fälle, die sich aus je 25 des manischen, zirkulären und depressiven Typs zusammensetzten, mit dem Ziel, präpsychotische Eigentümlichkeiten zu finden, welche die Entwicklung des einzelnen Typs voraussagen lassen könnten. U. a. fand er, daß das Verhältnis vom pyknischen oder pyknoiden zum asthenischen Habitus beim manischen und zirkulären Typ 2 : 1, bei depressiven 1 : 1 war. Bei der manischen und zirkulären Form waren $\frac{4}{5}$, bei der depressiven Gruppe die Hälfte, insgesamt $\frac{2}{3}$ aller Patienten nach außen gekehrte Persönlichkeiten. Auf intellektuellem Gebiet fand sich bei allen ein gutes Schul- und Allgemeinwissen, in hohem Maße gesunder Menschenverstand, kein bemerkenswerter Wechsel der Zukunftspläne oder der künstlerischen Neigungen. Ein Drittel der manischen Gruppe wies Perioden von launenhafter und sprunghafter Überaktivität auf, während dieses Charakteristicum nur in der Hälfte der Fälle bei der depressiven und zirkulären Gruppe gefunden wurde. Die depressive Gruppe zeigte in der Hälfte der Fälle Perioden von Inaktivität, während solche Perioden bei den beiden anderen Gruppen nicht vorkamen. Bezüglich der Haltung der Umgebung gegenüber war die depressive Gruppe gleichmütig unter Fremden, neigte dazu, asozialer und zurückhaltender zu sein als die beiden anderen Gruppen. Beim manischen und zirkulären Typ trat eine stärkere Neigung zur Widerspenstigkeit hervor. Die Patienten dieser Gruppen waren freier und offener als diejenigen der depressiven, die mehr als die anderen übergewissenhaft und überängstlich waren. Die Tendenz der manischen Patienten, Freundschaften zu schließen, war 2mal so stark wie diejenige der Depressiven und $1\frac{1}{2}$ mal so stark wie diejenige der Zirkulären. In ausführlichen Tabellen sind noch eine Reihe weiterer Merkmale zusammengefaßt, wie Produktivität, Tatkraft; Haltung gegenüber der Umgebung, der eigenen Person, der Wirklichkeit; Gefühlsleben und Reaktionsweisen; Sexualleben.

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).^o

Cremona, G.: Ipocondriaci persecutori di medici. (Casi clinici osservati nel manicomio giudiziario di Reggio Emilia.) (Hypochonder als Verfolger von Ärzten. [Im Gerichtsrrennhaus von Reggio Emilia beobachtete klinische Fälle.]) Arch. di Antrop. crimin. 54, 16—30 (1934).

Cremona beschreibt einige von ihm beobachtete klinische Fälle mit hypochondrischen Syndromen, die kriminell geworden waren, und deren einer noch in der Anstalt einen Arzt tötete, weil er sich von demselben vernachlässigt glaubte. Das hypochondrische Syndrom war hier nach Cr. Urteil nicht etwa Manifestation einer Schizophrenie, Paranoia, Melancholie, Epilepsie oder Präsenilität, sondern als selbständige paranoide Psychose anzusehen, deren Behandlungsschwierigkeit und Gefährlichkeit für die Umwelt in der Literatur vielfach beschrieben ist.

Liguori (Illenau).^o

Benon, R.: Obsessions-morbides et violences. (Krankhafte Zwangsvorgänge und Gewalttätigkeit.) (*Hosp. Gén., Nantes.*) Bull. méd. 1934, 219—222.

Verf. schildert einen im 3. Lebensjahrzehnt stehenden, erblich belasteten, konstitutionell dysthymischen Mann mit zwangsmäßigem Sammeltrieb. Die Sammelwut trat 1927/28 und 1930/31 anfallsartig besonders stark hervor. Der Kranke war deshalb 2mal interniert, das letztmal 5 Monate lang, da er seine Mutter und die Haushälterin seines Bruders, die seinem Sammeln schmutziger usw. Dinge und der Unordentlichkeit seines Zimmers entgegenzutreten wollten, schwer mißhandelte und mit einem Werkzeug verletzte. Verf. erörtert klinisch-symptomatologische Fragen bezüglich der Zwangsvorgänge, bei denen er auf Grundlage von Angst- und auf Grundlage von Lustgefühlen entstandene unterscheidet, zu welch letzteren die Sammelwut des geschilderten Kranken zu zählen wäre sowie die forensische Bedeutung dieser Zustände.

H. Pfister (Bad Sulza).^o

Mirabella, Emanuele: Il contagio nei processomani. (Die Ansteckung bei den Prozeßwütigen.) Arch. di Antrop. crimin. **53**, 586—597 (1933).

Es ist erwiesen (Verf. bringt dafür einige Krankheitsgeschichten), daß Prozeßwütigkeit ansteckt. Bedingung hierfür sind eine erblich bedingte Prädisposition, geistige Minderwertigkeit und Leichtgläubigkeit bei geistiger Passivität. Die Ansteckung wird durch Suggestion übertragen. Ihr Hauptgewicht liegt bei der Affektivität.

Arno Warstadt (Berlin-Buch)._o

Heuyer, G.: Un internement contesté. (Strittige Anstaltsinternierung.) Ann. méd.-psychol. **92**, I, 184—208 (1934).

Bericht über die sich über 20 Jahre erstreckende Krankheit eines, auch ärztlicherseits verschiedenen beurteilten debilen, paranoiden Erfinders und Querulanten. Derselbe war wiederholt bestraft oder als krank in Irrenanstalten interniert worden, weil er immer wieder wegen vermeintlicher Schädigung bzw. auch wegen der Anstaltsverbringung gegen einzelne Beamte oder Behörden in echter Querulantenmanier mit Beleidigungen, Anzeigen, Beschuldigungen vorging, Verwandte, selbst die Presse in seinem Interesse mobil machte. Verf. analysiert den Fall, weist auf die Gemeingefährlichkeit derartiger Querulanten hin, die durch ihre Querelen den Publikumswahn von den widerrechtlichen Internierungen stützen, immer neues Mißtrauen gegen die Irrenanstalten säen. Als besten Schutz dagegen befürwortet Verf. Aufklärung der Laien, Ausbau der psychiatrischen Prophylaxe und Fürsorge. *H. Pfister* (Bad Sulza)._o

Courbon, Paul, et Maurice Leconte: Délire systématisé de la jalousie conjugale. (Systematisierter Eifersuchtswahn in der Ehe.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 8. III. 1934.*) Ann. méd.-psychol. **92**, I, 391—396 (1934).

Nach kurzem Eingehen auf die Definition des Begriffes Eifersucht und dessen psychologische Begründung, auf den Unterschied zwischen normaler und krankhafter Eifersucht, sowie das Vorkommen von Eifersuchtsideen bei psychischen Erkrankungen (Alkoholismus, Schizophrenie, Senium, Paranoia usw.), schildern die Autoren einen von ihnen beobachteten Fall einer 42 Jahre alten Frau, die erblich nicht belastet, früher gesund, unauffällig, beruflich tüchtig, allgemein beliebt und angesehen war. Allmählich entwickelten sich bei ihr gegen ihren Mann, der als gutmütig, geduldig, ordentlich geschildert wird, grundlose Eifersuchtsideen, die an Umfang immer mehr zunahmten, bis sie schließlich wegen aggressiven Verhaltens und weil sie ihren Mann überall zu schädigen suchte, in die Anstalt eingeliefert werden mußte. Dort war sie ruhig, hatte keine Halluzinationen oder Verfolgungswahnideen, hielt aber an ihrem Eifersuchtswahn fest. Die Verf. betonen, daß an der Krankhaftigkeit der Eifersucht wegen des langen Bestandes und der Überwertigkeit der Ideen und des Verhaltens der Kranken nicht gezweifelt werden kann, und sprechen sich wegen des Fehlens anderer Symptome für einen isolierten Eifersuchtswahn aus. In einer Diskussionsbemerkung wies Lévy-Valensi darauf hin, daß derartige Fälle reiner Eifersuchtsideen keine Seltenheit darstellen und daß sie mitunter periodisch als melancholische Äquivalente auftreten. *Jacobi* (Königsberg i. Pr.)._o

Salmon, Alberto: Il fattore organico nella patogenesi dei fenomeni isterici. (Der organische Faktor in der Pathogenese der hysterischen Phänomene.) Riv. sper. Freniatr. **58**, 125—149 (1934).

Die hysterische Gleichgewichtsstörung ist einerseits gekennzeichnet durch die mangelhafte Funktion der höheren psychischen Fähigkeiten (Wille, Überlegung, Kritik), andererseits durch das Überwiegen von Affektivität, Einbildungskraft, Sensibilität, Vasomotorik. Gegenüber den Verfechtern einer rein intrapsychischen Entstehung der Hysterie scheint für das Vorliegen organisch-somatischer Faktoren schon das häufige Vorkommen von Hysterie bei postencephalitischen, schwächlichen und Trinkerkindern sowie bei Rekonvaleszenten zu sprechen. Als Ursache der hysterischen Phänomene wurden in den letzten Jahren vor allem herangezogen: Hypertonie der Basiskerne, der Streifenkerne, Übererregbarkeit des vegetativen, besonders des sympathischen Systems, des vasomotorischen Systems, der kinästhetischen Rindezentren. Nach Annahme des Verf. ist der organische Kausalfaktor, den man äußerst sensibel gegenüber affektiven Reizen annehmen muß, aller Wahrscheinlichkeit nach vegetativer oder vasomotorischer Natur, wodurch sich auch seine Reversibilität und seine Beeinflussbarkeit durch Emotionen und Suggestionen erklären ließe. Die Hysterie ist an eine Übererregbarkeit der kinästhetischen Rindezentren gebunden, die ihrerseits wiederum eine durch größte Empfindlichkeit auf affektive Reize und organische Veränderungen charakterisierte psychisch-organische Koordination bilden. *Liquori-Hohenauer* (Illenau)._o

Henry, George W.: Psychogenie and constitutional factors in homosexuality; their relation to personality disorders. (Geistige und konstitutionelle Faktoren der Homosexualität; ihre Beziehung zu geistigen Störungen.) *Psychiatr. Quart.* 8, 243-264 (1934).

Phylogenetisch und ontogenetisch besteht ein gewisser Zustand von Hermaphroditismus in jedem Menschen. Erlebnisse, Eindrücke und Traumen, besonders die nächster Familienmitglieder, sind entscheidend für das Prävalieren der Hetero- resp. homosexuellen Komponente. 3 von 17 homosexuellen Patienten waren verheiratet gewesen, 2 waren geschieden, 1 lebte getrennt. Von 16 weiblichen Homosexuellen waren 5 verheiratet, 2 später geschieden, eine Ehe nichtig erklärt. Autor bringt viele Einzelheiten von Kindheitserlebnissen, die zum Teil in späteren Psychosen zutage gefördert wurden. 123 Männer und 105 weibliche Patienten wurden sehr lange und eingehend anamnestisch und psychoanalytisch ohne Rücksicht auf die Art ihres Leidens untersucht. 33 Patienten hatten homosexuelle Erlebnisse gehabt. Körperliche Messungen ergaben allerlei typische Veränderungen, u. a. verhältnismäßig lange Beine bei homosexuellen Männern, enges Becken bei solchen Frauen. Bei homosexuellen Männern findet Autor 2 Typen, magere mit kleinem Penis, nicht gefaltetem Scrotum und andererseits starkem Fettansatz, zumal an den Schultern, sehr großer Penis und breite Hüften; analog bei Frauen Über- oder Unterentwicklung. Es werden noch viele — durchweg bekannte — konstitutionelle Einzelsymptome aufgezählt. *Röper.*

● **Hess, Albert Günter: Die Kinderschändung. Unter besonderer Berücksichtigung der Tatsituation.** (Kriminal. Abh. Hrsg. v. Franz Exner. H. 20.) Leipzig: Ernst Wiegandt 1934. 56 S. RM. 2.80.

Eine interessante Arbeit, die hauptsächlich für den Juristen von Bedeutung ist, aber auch dem ärztlichen Sachverständigen wertvolle Anhaltspunkte bei der Untersuchung des Geisteszustandes des Täters bringt. Verf. behandelt die Charakteristik weiblicher wie männlicher Täter, die inneren Verbrechenursachen bei Mädchenschändern und Knabenschändern, die soziale Lage derselben, die Tatumstände, die Beziehungen zwischen Täter und Kind vor der Tat, die Opfer, und zwar deren Alter, Geschlechtsleben und Intelligenz, die sozialen Verhältnisse der Kinder, die Tathandlungen als Befriedigungshandlungen sowie als Einleitungs- und Nachhandlungen, die Tastsituationen und ihre kriminalätiologische Bedeutung. *Dittrich* (Prag).

Goebel, Ferdinand: Über Feststellung der Angetrunkenheit oder Betrunkenheit bei Alkoholdelikten. *Med. Welt* 1934, 706—707.

Referierende Arbeit, die eine gute Zusammenstellung der geübten Untersuchungsmethoden einschließlich der gesetzlichen Bestimmungen bietet. Verf. behandelt die psychischen und die chemisch-psychischen Untersuchungsmethoden, wobei die ersteren etwas kurz abgetan werden. Mit Recht weist Verf. darauf hin, daß die chemischen Methoden des Alkoholnachweises im Urin oder Blut lediglich eine Ergänzung der psychischen Untersuchungswege darstellen. Es kann ja keinem Zweifel unterliegen, daß eine bestimmte Alkoholkonzentration im Blut bei den einzelnen Persönlichkeiten psychisch ganz verschiedene Auswirkungen haben kann, so daß immer von Fall zu Fall entschieden werden muß, wo die Fähigkeit aufhört, ein Fahrzeug „sicher zu führen“. Ausreichend wird der chemische Nachweis allein nur dann sein können, wenn es nur des Nachweises bedarf, daß der betreffende Autoführer überhaupt unter der Wirkung geistiger Getränke stand (Verkehrsordnung in Preußen vom 1. IV. 1934, § 8, 1).

von der Heydt (Königsberg i. Pr.).

Ciafardo, Roberto: Die Diagnose der Trunkenheit in der gerichtlichen Medizin. *Archivos Med. leg.* 4, 12—19 (1934) [Spanisch].

In einer Anzahl von Fällen wurde das Ergebnis der klinischen Untersuchung auf akute Alkoholintoxikation mit dem durch die chemische Methode ermittelten verglichen und zwischen den Ergebnissen beider Untersuchungsmethoden eine beachtenswerte Übereinstimmung gefunden. Derartige Untersuchungen wurden in Argentinien erstmalig 1922 vorgenommen. Im Jahre 1924 wurde die Methode der Polizei zum Ge-

brauch vorgeschlagen, von dieser aber wegen Schwierigkeiten bei der Anwendung und wegen Unsicherheit der Ergebnisse abgelehnt. — Der Verf. benutzte die Methode von Nicloux mit den Modifikationen nach Balthazard und Lambert, Carrara und Schweisheimer. In der Beurteilung der Ergebnisse verwendet er die von französischen Autoren aufgestellte Skala: 2—3⁰/₁₀₀ oberflächliche Trunkenheit; mehr als 3⁰/₁₀₀ sichere Trunkenheit; über 4⁰/₁₀₀ vollständige Trunkenheit; über 5⁰/₁₀₀ tiefe Trunkenheit. Die Einwände hinsichtlich der individuell verschiedenen Alkoholfestigkeit können praktisch als belanglos bezeichnet werden, wie die Untersuchungen des Verf. ergaben. Die Resultate derselben erwiesen den großen praktischen Wert der Methode infolge ihrer Sicherheit und Objektivität. Verf. hat veranlaßt, daß das Verfahren in die gerichtsarztliche Praxis (Argentinien) offiziell eingeführt wurde. *C. Neuhaus.*

Fenga, Edgardo: Alcoolismo cronico. Considerazioni medico-legali e diagnostiche sopra due casi con manifestazioni iniziali. (Chronischer Alkoholismus. Gerichtlich-medizinische und diagnostische Betrachtungen an Hand von 2 Fällen mit initialen Erscheinungen.) *Giorn. Med. mil.* 82, 578—582 (1934).

Die objektive Anamnese ist am wichtigsten und für die Diagnose eventuell entscheidend. Körperlich fanden sich initial Gesichtsröte und Störungen des Herzrhythmus und Tonus, neurologisch Reflexsteigerung, Schlafstörung, leichte Pupillenträgheit, gelegentlich auftretender Tremor, psychisch Mangel an Moral, Ungleichheit der Affektlage, Wankelmut. Mit der Probe nach Kauders und Wiethe (Adrenalininjektion) konnte kein Resultat erzielt werden.

Derartige Leute müssen sofort aus dem Heere entfernt werden, auch wenn sich sonst Zeichen stärkerer Psychopathie nicht finden. Eine Entziehungskur wird vom Verf. nicht in Erwägung gezogen, obwohl es sich um nach seiner Meinung psychisch normal veranlagte Individuen handelt. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

O'Connell, D. J., J. McLeman and Ruby O. Stern: Cranial nerve palsies as a manifestation of peripheral neuritis in alcoholic insanity. (Hirnnervenlähmungen als Erscheinung einer peripheren Alkoholneuritis.) (*St. Andrew's Hosp., Northampton.*) *J. ment. Sci.* 80, 103—110 (1934).

Unter kurzem Hinweis auf die einschlägige Literatur und auf einen früher bereits im St. Andrews Hospital beobachteten, in einer neurologischen Gesellschaft demonstrierten Fall beschreiben Verff. 3 Fälle, die fast zu gleicher Zeit (Ende Juli, Anfang August 1933) ins Hospital eingeliefert worden sind; in allen 3 Fällen sind die betreffenden Patienten Ärzte.

Fall 1: 42 Jahre alt, in akutem Verwirrheitszustand mit optischen und akustischen Halluzinationen eingeliefert. Beiderseitige Abducenslähmung, polyneuritische Erscheinungen in beiden Beinen, leichte Lebervergrößerung. Liquor leicht gelblich verfärbt, leichte Zellvermehrung, erhebliche Vermehrung des Eiweißgehaltes. Verringerung des Cholesteringehaltes im Blut. Die Augenmuskellähmung ging innerhalb 14 Tagen vollständig zurück; die psychischen Störungen waren 7 Wochen nach der Einlieferung ins Hospital völlig zurückgebildet; unverändert blieb die Polyneuritis in den Beinen. — Fall 2: 42 Jahre alt, in akutem Verwirrheitszustand mit optischen Halluzinationen eingeliefert. 1 Tag vor der Einlieferung Totschlagattacke gegen einen Kollegen. 3 bzw. 6 Monate vorher je ein epileptiformer Anfall. Vater ebenfalls starker Trinker gewesen. Vollständige beiderseitige Abducenslähmung, beiderseitige Ptosis, Hängen des linken Mundwinkels, periphere Neuritis in Armen und Beinen. Leichte Steigerung des Eiweißgehaltes im Liquor, Verminderung des Cholesteringehaltes im Blut. Die Hirnnervenstörungen bildeten sich innerhalb 6 Wochen vollständig zurück; der akute Verwirrheitszustand ging in das Korsakoffsche Syndrom über. Die neuritischen Erscheinungen in den Gliedern blieben unverändert. — Fall 3: 63 Jahre alt, in akutem Verwirrheits- und Erregungszustand mit optischen und akustischen Halluzinationen eingeliefert. Seit 1913 (Blutvergiftung) außerdem Morphinist. Gab an, vor Ausbruch des Verwirrheitszustandes oft vorübergehend an Doppelbildern gelitten zu haben. Während der Beobachtung keine gröberen neurologischen Ausfallserscheinungen, auch nicht an den Augen nachweisbar. Verminderung des Cholesteringehaltes im Blut. Liquor o. B. Vollständige Heilung nach 4 Wochen.

Auf die Seltenheit des Auftretens neuritischer Erscheinungen an den Hirnnerven beim chronischen Alkoholismus wird hingewiesen. Bei differentialdiagnostischen Erörterungen wird die Diagnose „Polioencephalitis haemorrhagica superior Wernicke“ mit der Begründung des günstigen Verlaufes und der für alkoholische Neuritis charak-

teristischen Flüchtigkeit der Hirnnervenstörungen abgelehnt (nicht ganz mit Recht; Ref.). Verf. betonen ferner die in allen 3 Fällen nachgewiesene Verminderung des Cholesteringehaltes im Blut. *G. Winkler* (Gleiwitz).

Mazel: Le „delirium tremens“ traumatique. Discussion. (Das traumatische „Delirium tremens“. Diskussion.) (*18. congr. de méd. lég. de langue franc., Paris, 22.—24. V. 1933.*) Ann. Méd. lég. etc. **14**, 43—48 (1934).

Die Diskussion zeigt, daß die französischen Psychiater das „Delirium tremens“ viel weniger scharf abgrenzen von anderen toxischen und traumatischen Delirien. Charpentier sagt direkt, es gibt kein Del. tremens, es gebe nur Infektionsdelir und alkoholisches Delir. Genil-Perrin ist gleicher Meinung. Auffälligerweise scheinen die Gerichts- und Unfallmediziner (Balthazard, Desclaux, Etienne, Martin) gegenüber den Psychiatern an der Entität des Delirium tremens festzuhalten. *Steck* (Lausanne).

● **Ergänzungen des Kommentars zu dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz).** Berlin: Julius Springer 1934. 28 S. RM. 2.—

Die erheblichen Änderungen in der Opiumgesetzgebung machten die Herausgabe einer Ergänzung des Kommentars zu dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln erforderlich. Die vorliegende Schrift enthält das Gesetz vom 10. XII. 1929 in der Fassung des 2. Gesetzes zur Änderung des Opiumgesetzes vom 9. I. 1934, das am 1. II. 1934 in Kraft getreten ist. Weiter sind abgedruckt die Verordnung über den Verkehr mit Codein und Äthylmorphin, die Verordnung zur Änderung der Verordnung über Zulassung zum Verkehr mit Betäubungsmitteln, die 2. Verordnung zur Änderung der Verordnung über das Verschreiben und die Abgabe und die 3. Verordnung hierzu. Es folgen ausführliche Erläuterungen zu den durch die neue Gesetzgebung bedingten Änderungen, Hinweise auf im Kommentar vorzunehmende Änderungen und die Reichsgerichtsentscheidungen, die seit dem Erscheinen des Kommentars bekanntgeworden sind. *Estler* (Berlin).

Menninger-Lerchenthal, E.: Die rechtliche Grundlage für die Internierung Suchtkranker. Wien. med. Wschr. 1934 I, 660—661.

Durch einen in Wien erfolgten Gerichtsentscheid ist die bisherige Praxis der Anhaltung Süchtiger in geschlossenen Anstalten in Österreich in Frage gestellt. Nach dem hier maßgebenden § 22 der Entmündigungsverordnung kann ein Trunk- oder Rauschgiftsüchtiger, wenn er nicht geisteskrank oder geistesschwach ist, nicht angehalten werden. Verf. schlägt daher vor, die Anhaltung Süchtiger, die nicht geisteskrank sind, in einer geschlossenen Anstalt unter Hinweis auf § 36 der Entmündigungsverordnung für zulässig zu erklären. *Kärber* (Berlin).

Harbou-von der Hellen, Mogens: Die Verordnung von Morphium an den Süchtigen vor dem Strafgericht. Med. Welt 1934, 886—888.

Verf. (Rechtsanwalt) erläutert die rechtlichen Gesichtspunkte, die den Arzt betreffen, der Süchtige wegen nicht indizierter Morphiumverschreibung usw. vor das Strafgericht führen kann. *Nippe* (Königsberg i. Pr.).

Pilez, Alexander: Zur Konstitution der Süchtigen. (*Psychol.-Neurol. Klin., Univ. Wien.*) Jb. Psychiatr. **51**, 169—179 (1934).

Die Beobachtung, daß melancholische Kranke nach lange fortgesetzten Opiumkuren fast niemals süchtig werden, veranlaßt den Verf. zu umfassenden Untersuchungen an Suchtkranken, die das Material der Wiener psychiatrischen Klinik aus 10 Jahren zum Gegenstande haben und 272 männliche und 160 weibliche Kranke umfassen. Verf. stellt fest, daß in der Aszendenz der Rauschgiftsüchtigen Fälle von manisch-depressivem Irresein außerordentlich selten sind. Dagegen finden sich auffallend häufig Alkoholismus, Hysterie und andere Psychopathien. Verf. schließt daraus, daß bei der Rauschgiftsucht ein konstitutioneller Faktor mitbestimmend sei, der in einem gewissen Antagonismus stehe zur manisch-depressiven Veranlagung. *H. Kogerer* (Wien).

Pohlisch, Kurt, und Friedrich Panse: Schlafmittelmißbrauch. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Berlin u. Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1934, 289—291.

Einmalige Vergiftungen, meist Selbstmordversuche, haben in den Jahren 1925

bis 1932 ununterbrochen zugenommen. Diese Zunahme wird nicht durch eine entsprechende Zahl von Selbstmördern, vielmehr durch prozentual deutliche Zunahme der Hypnotica als Selbstmordmittel erklärt; sie weist auf wachsende Verbreitung der Schlafmittel in der Bevölkerung hin. Veronal und Luminal werden bevorzugt. Phano-dorm zeigt eine sprunghafte Zunahme in den Jahren 1931 und 1932. In gleicher Weise haben die Aufnahmen wegen chronischer Vergiftungen dauernd zugenommen. Ein Teil der ehemaligen Morphinisten ist, nach den verschärften Abgabebestimmungen, zum gewohnheitsmäßigen Schlafmittelabusus übergegangen. Der akute und chronische Schlafmittelmisbrauch in Berlin erstreckt sich annähernd gleich auf alle Berufe und Bevölkerungskreise. Das Gebundensein an ein Hypnoticum als Suchtmittel wird allmählich ebenso fest wie bei Alkoholsüchtigen an den Alkohol. Auf dem Boden des Dauermissbrauchs stellt sich ein Krankheitsbild ein, das dem des chronischen Alkoholmissbrauchs ähnelt; es kommt zu Alkoholintoleranz, abnormen Räuschen, dämmerzustandsartigen Attacken, epileptiformen und epileptischen Anfällen, letztere relativ oft als Entziehungssymptom, besonders bei Phano-dormmissbrauch. *Klieneberger.*

Amsler, C.: Zur Frage der Entwöhnung von narkotischen Giften. (*Pharmakol. Inst., Univ. Riga.*) *Klin. Wschr.* 1934 I, 773—774.

Nach Ansicht des Verf. gibt es keine Gewöhnung an Morphin, die sogenannte Gewöhnung stellt vielmehr eine eigenartige chronische Vergiftung vor, in der das phasisch wirkende Morphin das Gewebe pathobiotisch umwandelt, so daß es zu einer Veränderung der dynamischen Wirkung des Giftes kommt, die erregende Phase nimmt auf Kosten der dämpfenden zu, bis letztere völlig verdrängt ist, es kommt zur Stoffwechselehöhung mit Alkalose, Erregung des Zentralnervensystems, Steigerung der Entzündungs- und Infektionsbereitschaft der Gewebe, Desensibilisierung für Cocain. In Zusammenhang hiermit steht eine Ausschwemmung des Zellalkali, bedingt durch eine Veränderung des Zellcalciums. In einem gewissen Gegensatz steht die durch die ergotrope Therapie angestrebte Umstimmung. Verf. glaubt, daß der Versuch gerechtfertigt sei, die Entwöhnung des Morphinisten, d. h. die durch Entziehung des Giftes zu erzielenden hygiobiotischen Rückumstimmungen der pathobiotisch veränderten Reaktionslage des Organismus durch parenteral beigebrachte, geeignete, ergotrope Mittel in richtig ausgewählter Dosierung zu beschleunigen. *Estler (Berlin).*

Schaffer, Karl: Plötzlicher Morphiumentzug mittels Insulin. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Budapest.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1934, 121—125.

Verf. tritt für Notwendigkeit der Insulinbehandlung bei allen Fällen von Morphiumentziehung ein, trotzdem er bei seinem Material auch Mißerfolge sah, und betont, daß Insulin nicht generell, sondern partiell auf die Abstinenzerscheinungen einwirkt. Die Dosierungsfrage ist innerhalb des Individuums variabel. Insulintherapie ist keine Kausaltherapie. (Ref. weist in diesem Zusammenhang auf die theoretische Arbeit von Wuth hin.) *Leibbrand (Berlin).*

Stringaris, M. G.: Zur Frage des Heroinismus und seiner Verbreitung. (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Heidelberg.*) *Nervenarzt* 7, 235—242 (1934).

Die Untersuchungen des Autors stützen sich auf „Beobachtungen von zahlreichen griechischen Heroinisten“. Das durch Schnupfen oder intramuskuläre sowie intravenöse Injektion beigebrachte Diacetylmorphin wirkt stärker depravierend als das Morphin. Die Beschaffung ist Objekt eines fast über die ganze Welt verbreiteten illegalen Handels. Entsprechend den Erfahrungen bei anderen Opiumalkaloiden macht das Heroin auch in der Entziehung keine Psychosen. Die Prognose bezüglich des Rückfalles erklärt Verf. für schlecht, weil die Süchtigen wohl stets in dieselben Lebensverhältnisse zurückkehren, aus denen sie kamen. In Deutschland ist der Heroinist „ein seltener Fall“, so daß uns eigene verwertbare Erfahrungen in größerem Maße fehlen. Erwähnt sei, daß in dem großen Material, das der Ref. zur Prüfung der Frage der Prognose des Morphinismus zusammentrug, 3 Heroinisten enthalten sind, von denen 2 völlig gesundet sind. *Hanns Schwarz (Berlin).*