

zur Prüfung benutzte Tafel oder entfernt von ihr stellt. Fälschlicherweise wurde aus diesem Verhalten früher auf Simulation geschlossen.

Die Ermüdungseinschränkung faßt Verf. als neurasthenische Erscheinung auf.

Hervorzuheben sind die interessanten Beobachtungen, die WILBRANDT über das Verhalten der Erholung der Retina im Dunkelraume gemacht hat.

Meist sind cutane Anästhesien combinirt mit sensorischen Störungen, speciell mit Gesichtsfeldeinengung; diese Combination findet sich bei den Fällen, die entweder reine Hysterie sind oder hysterische Züge tragen. Diese Combination spricht gegen Simulation, wenngleich die beiden Symptome keine objectiven Symptome im strengen Sinne des Wortes sind. Aber was ist objectiv in der Psychiatrie? fragt Verf. mit OPPENHEIM.

Was von den Anästhesien, gilt auch von den hysterischen Lähmungen; sie sind nach Gelenkabschnitten abgegrenzt. Neben der Lähmung findet sich oft eine Aufhebung des Muskel- und Lagegefühls.

Eine große Schwierigkeit bietet in nicht seltenen Fällen die Unterscheidung der Simulation und Krankheit, da die Symptome meist psychisch bedingte, nicht objective sind. Zudem verschieben sich manchmal die Grenzen zwischen Krankheit und Simulation so, daß es nur theoretisch, aber nicht praktisch im Einzelfalle möglich ist, eine Entscheidung zu treffen. Volle Simulation hält er für selten.

Die beste Therapie ist, wenigstens in den leichteren Fällen, allmähliche Wiedergewöhnung an Arbeit. Wirksamer ist die Prophylaxe. Sie wirkt, weil eine Unfallsneurose nicht die nothwendige, unausbleibliche Folge eines jeden Unfalls ist. Vor Allem tragen die schon oben erwähnten, psychischen Momente zur Entwicklung und Fixirung der Neurose bei, und hiergegen muß man bei Zeiten einschreiten. Der behandelnde Arzt sollte daher neurologisch und vor Allem psychiatrisch soweit geschult sein, um die psychische Entwicklung der Neurosen zu verstehen. Man muß sie im Keime ersticken, vor Allem jede schädliche Suggestion vermeiden.

Diese kurze Inhaltsangabe der lesenswerthen Arbeit dürfte für die Leser *dieser Zeitschrift* genügen; aus ihr ergibt sich, welche wichtige Rolle Verf. den psychischen Factoren bei der Entstehung, Ausbildung, Behandlung, Begutachtung der traumatischen Neurosen mit Recht zumißt, und eben deshalb erscheint eine so ausführliche Besprechung an dieser Stelle durchaus gerechtfertigt.

ERNST SCHULTZE (Andernach).

**NÄCKE. Einige innere somatische Degenerationszeichen bei Paralytikern und Normalen, zugleich als Beitrag zur Anatomie und Anthropologie der Variationen an den inneren Hauptorganen des Menschen.** *Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie* 58, S. 1009—1078. 1900.

Während die äußeren Degenerationszeichen des Menschen seit Langem eingehend bearbeitet sind, hat auf innere Degenerationszeichen bisher kaum Jemand näher geachtet, wohl aus dem Grunde, weil man sie nur selten bei Lebzeiten des Betreffenden zu sehen bekommt. NÄCKE hat die Frage jetzt angeschnitten und Herz, Lunge, Leber, Niere und Milz daraufhin untersucht; er berichtet über 100 und mehr Paralytiker, während er den Befund bei psychisch Normalen von NAUWERK erhalten hat. Leider kennen wir

bisher die normale Variationsbreite in der Gestalt der inneren Organe, ihren Theilen und Geweben gar nicht. Abgesehen von der Leber fand N. bei sämtlichen Organen auf Seiten der Paralytiker die wichtigeren Anomalien zahlreicher als bei Normalen. Bis zu einem gewissen Grade nimmt ferner die Zahl der inneren Entartungszeichen mit der der äußeren zu. Somit wäre ein weiterer Schritt vorwärts gethan, um den wahren Connex der Paralyse mit Degenerationszuständen darzulegen und das Bestehen des invaliden Gehirns der meisten Paralytiker immer wahrscheinlicher zu machen. Erblich Belastete sind wahrscheinlich häufiger unter den Luetikern als nicht Belastete; erblich Belastete besitzen eine weitere Verbreitung der inneren Stigmata als die nicht belasteten Paralytiker, womit die nahe Verwandtschaft von erblicher Belastung mit degenerativen Zuständen von Neuem nahe gelegt ist. N. giebt dann an, was er als innere Stigmata aufgefaßt haben will, und hält diese dann für wichtiger als die äußeren. Die inneren Degenerationszeichen sind alle nur seltenere Abweichungen und ihre Wichtigkeit bekundet sich dadurch, daß sie häufiger, verbreiteter und in stärkerem Grade auftreten als bei Normalen, bei den Paralytikern, Geisteskranken etc., also bei solchen, die wir, wie er, den Entarteten zurechnen dürfen. Im Ganzen beeinflussen die sog. inneren Degenerationszeichen viel mehr den Körper als die äußeren; sie sind also wichtiger und verdienen mehr den Namen erster Stigmata als die fast durchweg hierbezüglichen gleichgültigen äußeren. Daher sollte mehr auf sie geachtet werden.

UMPFENBACH.

VON SCHRENCK-NOTZING. **Die Frage nach der verminderten Zurechnungsfähigkeit.** *Archiv für Criminal-Anthrop.* 8, S. 57—84. 1901.

Verf. behandelt die Frage nach ihrer Entwicklung und ihrem gegenwärtigen Standpunkt, um dann einige eigene thatsächliche Beobachtungen, die zum Theil recht interessant sind, zu geben. Im deutschen Reichsstrafgesetzbuch giebt es nur zwei Möglichkeiten, die Zurechnungsfähigkeit und die Unzurechnungsfähigkeit. Dies entspricht nicht den praktischen Verhältnissen und Erfordernissen. Es giebt bekanntlich Uebergangszustände zwischen Gesundheit und Geisteskrankheit; eine scharfe Grenze zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit ist oft schwer zu ziehen. Hier kann man oft nicht anders, als eine verminderte Zurechnungsfähigkeit annehmen. Juristisch hilft man sich dann mit den üblichen mildernden Umständen. Das praktische Bedürfnis verlangt aber mehr, bisher leider ohne Erfolg. Darum heißt es weiter kämpfen! Auf die Fälle von SCHRENCK näher einzugehen, ist hier nicht der Ort. Sehr schwierig wird es übrigens sein, die Unzurechnungsfähigkeit, wie SCHRENCK es thut, nach Procenten zu berechnen, analog der Erwerbsunfähigkeit.

UMPFENBACH.