

Versicherungsrechtliche Medizin.

● **Stern, Richard:** **Über traumatische Entstehung innerer Krankheiten unter besonderer Berücksichtigung der Unfallbegutachtung.** 3. Aufl. Völl. neu. bearb. v. Rudolf Stern. Jena: Gustav Fischer 1930. XVI. 664 S. RM. 32.—.

Das beliebte Sternsche Handbuch, das zuletzt 1907—1913 erschienen war, wird hier von dem Sohne des Begründers unter Erhaltung alles Wesentlichen des ursprünglichen Werkes mit viel neuem Inhalt herausgegeben, der auf die neuen Erkenntnisse in der Traumatologie sorgfältig Rücksicht nimmt. Der Zweifel, den der Verf. ausspricht, ob das Buch in dieser Form heute noch willkommen sei, ist sicherlich, weil ganz unbegründet, seit dem Erscheinen des Buches durch den Erfolg entkräftet. Die Eigenart des „Stern“ macht ihn für jeden Gutachter nach wie vor zu einem wertvollen Berater, trotzdem in den letzten Jahrzehnten sich die Zahl ähnlicher Werke vermehrt hat. Im „Stern“ findet nämlich die fragliche Beziehung zwischen Krankheit und Unfall eine knappe, aber doch vollständige Beleuchtung durch Anführung der experimentellen und praktischen Grundlagen der verschiedenen Auffassungen. Der Leser wird in den Stand gesetzt, die Probleme rasch zu übersehen und sich vor kritikloser Befolgung irgendeiner Lehre zu bewahren. Die Beibehaltung auch älterer Kasuistik ist gutzuheißen, wenn auch manche Beispiele mit ungenauerer Beobachtung künftig wohl zurücktreten könnten. Daß der Verf. meistens seine eigene Stellung zum Ausdruck bringt, erhält dem Buche die persönliche Note, ohne darum die Entscheidungsfreiheit des Lesers zu beeinträchtigen. Gewisse Differenzen zu seiner Auffassung ergeben sich bei besonders schwierigen Problemen namentlich für den Gutachter im Zivilprozeß, da der Verf. entsprechend dem viel häufigeren Bedürfnis nach Gutachten aus der Sozialversicherung geneigt ist, den dort berechtigten, dem Verletzten günstigeren Standpunkt einzunehmen, wie z. B. in der Frage des traumatischen Diabetes und einigen anderen. Auf die strengere Fragestellung im bürgerlichen Rechtsstreit wird nicht verwiesen. Gerade die Verwischung dieses Unterschiedes fällt dem Ref. an Gutachten reiner Kliniker öfters auf. Dieser kleine Mangel kann aber nur demjenigen Leser gefährlich werden, der die dargebotenen Unterlagen nicht selbst genügend bewertet. Er vermindert keinesfalls den Wert dieses um die Fortschritte durch Röntgendiagnostik und andere Untersuchungsmethoden und um eine ganze Reihe neuer Kapitel bereicherten, und größtenteils überhaupt neu bearbeiteten, aber nach wie vor auf die inneren Krankheiten beschränkten, also die Nervenkrankheiten ausschließenden Buches, dessen Benutzung auch für wissenschaftliche Zwecke durch ein sorgfältiges, bis 1929 reichendes Literaturverzeichnis gefördert wird. *P. Fraenckel* (Berlin).

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Berlit, Berthold: **Erblichkeitsuntersuchungen bei Psychopathen.** (*Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie, Kaiser Wilhelm-Inst., München.*) *Z. Neur.* **134**, 382—498 (1931).

Der Verf. hat die Verwandtschaft eines unausgelesenen Psychopathenmaterials untersucht, in dem nur die Süchtigen im engeren Sinne und zum Teil die Hysteriker im engeren Sinne fehlen. Es handelt sich um 225 Probanden, die zur Zeit Kraepelins in die Münchener Psychiatrische Universitätsklinik aufgenommen wurden. Die wichtigsten in der Verwandtschaft bei diesen Erblichkeitsuntersuchungen erhobenen Befunde sind folgende: Psychopathie und Schizophrenie zeigten sich unter den Geschwistern und Eltern der Probanden etwa doppelt so häufig, wie in einer Durchschnittsbevölkerung. Manisch-depressives Irresein wurde bei Geschwistern etwa 3mal so häufig, unter den Eltern etwa doppelt so häufig wie in einer Durchschnittsbevölkerung festgestellt. Die Epilepsiehäufigkeit fand sich bei den Geschwistern in gleicher Höhe wie bei einer Durchschnittsbevölkerung, bei den Eltern ein wenig erhöht. Erhöht war auch die Häufigkeit der Selbstmörder unter den Probandengeschwistern gegenüber dem Durchschnitt. Bei den Eltern fehlte diese Erhöhung. Bei den Großeltern war die Zahl der Alterspsychosen gegenüber dem Durchschnitt gesteigert. Die Sterblich-

keit an den Folgen der Arteriosklerose war etwas niedriger, die an Tuberkulose deutlich höher als in der Durchschnittsbevölkerung. Unter den Verwandten der „nervösen“, „weichen“ und „zykloiden“ Unterformen zeigte sich besonders häufig das manisch-depressive Irresein und das Suicid. In der Verwandtschaft der „Schizoiden“ fanden sich gehäuft Schizophrenien und schizoide Sekundärfälle, in der der Haltlosen zeigte sich eine Häufung von haltlosen Psychopathen. Erregbare und „nervöse“ Psychopathen waren vertreten in der Verwandtschaft aller Gruppen. Der Wert der Arbeit liegt nach Ansicht des Referenten darin, daß hier der Versuch einer „systematischen Untersuchung“ der Genealogie der Psychopathen unternommen ist. *Többen.*

Emma, Michele: Contributo clinico allo studio dei deliri famigliari similari (psicosi indotte). (Klinischer Beitrag zum Studium der familiären gleichartigen Delirien [induziertes Irresein].) (*Osp. Psichiatr. Prov. di Milano, Mombello.*) *Rass. Studi psichiatr.* 20, 69—122 (1931).

Die 3 Patienten, Geschwister (der Bruder 30jährig, die Schwestern 32- bzw. 38jährig), alle ledig, entstammen einer mit Geisteskrankheiten schwer belasteten Familie. Die Eltern nervös, übertrieben fromm, der Vater etwas debil. Die Patienten zeigen fast identische somatische Konstitutionsmerkmale und eine sehr ähnliche prämorbid geistige Verfassung: Bei allen bereits lange vor dem Manifestwerden der Erkrankung deutlicher Hang zum Mystizismus, Verschrobenheit, Reizbarkeit. Die gleichzeitige Einlieferung der 3 Patienten erfolgte wegen absurder Größenwahnideen religiöser Natur, Verfolgungswahn mit konsekutiven Abwehr- und Angriffsreaktionen, und vor allem deshalb, weil die Patienten seit einiger Zeit öffentlich miteinander inzestuösen Sexualverkehr ausübten, den sie durch göttliche Befehle und Stimmen motivierten. Der Antrieb zu den sexuellen Handlungen ging vom Bruder aus, während die jüngere Schwester bei der Gestaltung des religiösen Wahns der aktivere Teil war. Sie griffen zuletzt auch in das Sexualleben der Eltern ein, indem sie dieselben zur Wiederaufnahme des von ihnen seit mehreren Jahren wegen religiöser Skrupeln nicht mehr geübten Geschlechtsverkehrs zwingen wollten.

Verf. hebt mit Recht hervor, daß es sich in ihrem Fall weniger um eine echte induzierte Psychose, als vielmehr um eine similäre familiäre Form paranoider Natur handle. Verf. betont merkwürdigerweise immer wieder die „Schwäche der sexuellen Instinkte“ der Patienten, sei es vor, sei es während der Erkrankung, trotzdem man aus der Krankengeschichte eher den gegenteiligen Eindruck gewinnen muß. Daß nämlich Patient bis zum Militärdienst keinen heterosexuellen Verkehr hatte, daß er auch während des Militärdienstes „bloß unregelmäßigen“ Sexualverkehr pflegte, daß er Frauengesellschaft mied und daß er nicht übermäßig masturbierte, dann aber beide Schwestern verführte und sie bis zur Internierung, wenn auch mit wahnhafter Motivierung, mißbrauchte, spricht sicherlich für eine pathologische Sexualität, aber durchaus nicht für eine „Schwäche der sexuellen Instinkte“ und schon gar nicht für eine „extreme Armut der vita sexualis“. Dasselbe, vielleicht noch in höherem Maße, gilt für die jüngere der Schwestern. *I. Imber (Rom).*

Goldstein, Kurt: Über die Anomalien der Persönlichkeit durch Gehirnläsionen. (*Abt. f. Neurol., Krankenh. Moabit, Berlin.*) *Rev. méd. germ.-ibero-amer.* 4, 215—225 (1931).

Eine genaue und lange ausgedehnte Beobachtung von Kranken mit Schädigung der Hirnrinde zeigt, daß die Störungen nicht genau mit den Erscheinungen der Aphasie, Apraxie und Agnosie zusammenfallen. Es handelt sich vielmehr um eine Veränderung der Gesamtpersönlichkeit in folgendem Sinne: die Kranken zeigen ein normales Verhalten gegenüber der konkreten Wirklichkeit, während sie gegenüber Verhältnissen, die jenseits der Grenzen dieser Wirklichkeit liegen, versagen. Aufgaben, die die gegenwärtige Situation erfordert, werden richtig gelöst, die richtige Stellungnahme zu Möglichkeiten, zu Vergangenheit und Zukunft wird nicht gefunden. Die genannten apraktischen usw. Störungen sind als Ausdruck dieser Grundstörung zu betrachten. Sie tritt bei jeder einigermaßen ausgedehnten Schädigung jeder beliebigen Stelle der Hirnrinde auf, wenn das Bild sich auch bei der Lage des Herdes in der Nähe der motorischen und sensorischen Gebiete verändern kann. Aus dieser Grundstörung gehen die

zahlreichen seelischen Störungen solcher Kranken hervor: Störungen des Gedächtnisses, der Aufmerksamkeit, der Orientierung usw. Schließlich entspringen ihr gewisse Eigenarten des Verhaltens, die man als Neigung zur Ordnung, zur Gleichmäßigkeit, zur Beständigkeit bezeichnen kann. Sie stehen im Zusammenhange mit der Abneigung des Kranken, vor neue Situationen gestellt zu werden.

Reich (Breslau).

Mörehen, Fr.: Die Verkennung ethischer Unreife als Anlaß zu psychiatrischen Fehldiagnosen. *Mscr. Psychiatr.* 78, 237—246 (1931).

Verf. warnt davor, in der Beurteilung ethisch abnormer Persönlichkeiten sich dem deterministischen Standpunkt ganz zu verschreiben. Die Tätigkeit des Arztes, insbesondere des Psychiaters verlangt, nicht nur in seiner Mitwirkung in der Rechtspflege, auch in der Beurteilung der privaten Beziehungen des Leidenden zu seiner Umgebung das Prinzip der Verantwortung gelten zu lassen. Zu oft lassen sich selbst erfahrene Psychiater von „Pseudodepressionen“ und paranoid gefärbten Affektzuständen täuschen, die sie für psychotisch und daher der Verantwortung für ihr Handeln frei halten; sie sind auch oft psychopathischen Zuständen, die in ihrem Wesen doch gesteigerte Abwandlungen des gesunden und insbesondere des kindlichen psychischen Verhaltens zeigen, in der Auffassung und Behandlung nicht gewachsen. Auch wenn sich der Arzt über Gut und Böse stellt, so kann er, und gerade dann, den sozialen Forderungen, die seine Aufgaben als Arzt an ihn stellen, genügen und im Sinne seiner sozialen Verantwortlichkeit „sachlich und unerbittlich“ handeln.

E. Feuchtwanger (München).

Jacobi, Erich: Die Psychosen und Psychoneurosen in der Involution des Mannes. (Gleichzeitig ein Beitrag zur Frage des „Klimakterium virile“.) *Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Königsberg i. Pr.* Arch. f. Psychiatr. 93, 358—408 (1931).

Verf. geht zunächst die bisherige Literatur über die männlichen Wechseljahre (insbesondere Arbeiten von K. Mendel und Hoche) durch und wirft dann folgende 5 Fragen auf: 1. Sind die Psychosen des höheren Alters beim Manne denen der Frau sowohl nach ihrer Symptomatologie wie nach ihrem Verlauf ähnlich? 2. Sind bei den Psychosen dieses Lebensabschnittes beim Mann bestimmte Abhängigkeiten vom evtl. Klimakterium, von der Involution oder von anderen Faktoren zu finden? 3. Sind diese Abhängigkeiten so groß, daß man von Ursachen sprechen kann? 4. Oder ist das Klimakterium, die Involution, das Alter usw. nur einer von vielen Faktoren, die bei der Ursache eine Rolle spielen? 5. Sind wesentliche symptomatologische Unterschiede gegenüber ähnlichen Erkrankungen anderer Lebensabschnitte vorhanden? Antworten: In dem Lebensabschnitt zwischen 40 und 60 Jahren neigt die Frau mehr als der Mann dazu, psychisch zu erkranken. Es bleibt aber immer noch die Tatsache bestehen, daß eine Reihe psychotischer und psychoneurotischer Krankheitsfälle auch beim Manne vorhanden ist, die sich durch exogene Faktoren bekannter Art nicht erklären lassen. Bei einer Reihe von Krankheitsfällen bei Männern finden wir Veränderungen, die darauf deuten, daß involutive Einflüsse vorhanden sind. Diese involutiven Einflüsse zeigen sich in der vermehrten Beschäftigung mit seinem eigenen Körper, in den mehr oder weniger ausgeprägten, teils fast wahnhaften hypochondrischen Vorstellungen, in dem häufigen Auftreten des Angstaffektes, in der fast allen Erkrankungen dieses Lebensalters anhaftenden depressiven Affektlage, in dem protrahierten und schleppenden Verlauf, der ungünstigen Prognose, dem Übergang in geistige Schwächezustände. Hier läßt sich ebenso wie bei der Frau, wenn auch lange nicht so ausgeprägt, der Einfluß des Alterungsprozesses in seiner Widerspiegelung in der Färbung der Psychosen nachweisen. Ein Climacterium virile, das einen dem weiblichen Klimakterium entsprechenden Prozeß darstellt, gibt es nach Verf.'s Ansicht nicht. Verf. gibt allerdings selbst zu, daß das Klinikmaterial nicht allein diese Frage entscheiden kann, da die leichteren Störungen nur sehr selten zur klinischen Behandlung kommen. „Psychopathologische Ähnlichkeiten zwischen beiden Geschlechtern sind bei allen Erkrankungen dieses Lebensabschnittes vorhanden, jedoch läßt sich daraus noch nicht der Schluß

ziehen, daß es sich hier bei beiden um Keimdrüsenveränderungen handelt.“ „Man kann in gewissen Fällen von Psychoneurosen, die man in der Klinik kaum zu sehen bekommt, wohl an die Möglichkeit eines Zusammenhanges denken, besonders wenn über Hypofunktionen der Keimdrüsen geklagt wird, man kann es auch dann nicht beweisen.“ „Man kann es so sehen wie Mendel — besonders wenn man diese Fälle wie Mendel beobachtet —, aber man braucht es nicht (Hoche).“ In der Involution des Mannes werden folgende Krankheitsbilder beobachtet: Melancholien, insbesondere mit starker hypochondrischer Einstellung, Psychoneurosen, paranoische Erkrankungen, Spätschizophrenien, Eifersuchts- und Querulantenwahn. Die Prognose aller dieser Erkrankungen ist ungünstig. Das Alter ist verschieden, im allgemeinen fallen die involutiven Erkrankungen des Mannes in ein späteres Jahrzehnt; es fehlt das Erlebnis der Menopause und damit der Involution der Keimdrüsen; es fehlt beim Manne die Spätkatatonie (die wir bei Frauen im Klimakterium öfter sehen). Gemeinsam ist beiden Geschlechtern die vermehrte Bereitschaft, in diesem Alter psychisch zu erkranken, und der das Bild färbende und den Verlauf ungünstig beeinflussende exogene Faktor. (Vgl. diese Z. 2, 234 [Mendel].) *Kurt Mendel* (Berlin).

Barranco, Aristides: Geistige Störungen bei der Essigvergiftung. Rev. Criminología etc. 17, 652—659 (1930) [Spanisch].

Ein 21jähriges Mädchen erkrankt mit Amenorrhöe, „nervösen Attacken, Inkohärenzen, Aggressivität, vagen Verfolgungsideen, deutlicher affektiver Gleichgültigkeit gegenüber der Familie“, läuft weg, versucht sogar ein Suicid und wird interniert. In der Anstalt ist sie dauernd unruhig, meist ängstlich erregt, gelegentlich heiterer und „puerilistisch“ bei guter Orientierung. Nach 3 $\frac{1}{2}$ monatiger Krankheitsdauer kommt es zur Genesung. Zur gleichen Zeit stellen sich auch die Menses wieder ein. Verf. führt die Erkrankung auf eine Vergiftung mit Essig zurück, den Patientin, um abzumagern, 3—4 mal täglich in Dosen von 60—80 g zu sich nahm. — Leider ist nicht angegeben, wie lange dieser Mißbrauch erfolgte. Auch im übrigen ist der Fall nur sehr fragmentarisch dargestellt. Die Ablehnung der Diagnose Schizophrenie scheint dem Ref. nicht genügend begründet, um so mehr, als psychische Störungen nach Essigvergiftungen bisher nicht bekannt sind. *Eduard Krapf* (München).

● **Goldbaum, Wenzel: Opiumgesetz nebst internationalem Opiumabkommen und Ausführungsbestimmungen.** 2. Aufl. (Stilkes Rechtsbibliothek. Nr. 75.) Berlin: Georg Stilke 1931. 170 S. geb. RM. 5.—

Das Büchlein umfaßt das Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) vom 10. Dezember 1929 nebst Kommentar; es folgt das Gesetz über das internationale Opiumabkommen vom 19. Febr. 1925. Schließlich folgen die dieses Gebiet betreffenden Verordnungen, insbesondere die für den Arzt besonders wichtigen Verordnungen über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe vom 19. Dez. 1930 und vom 24. März 1931. Das Wesentliche ist, daß dem Arzte nunmehr bestimmte Vorschriften gegeben sind, nach denen er sich zu richten hat und nach denen er sich richten kann; bei Innehaltung dieser Vorschriften läuft er nicht mehr Gefahr, mit dem Strafrichter in Konflikt zu geraten. Der Kampf gegen die Rauschgiftsucht ist international. Er muß es sein, weil die Rauschgiftsucht und die Erzeugung und der Handel mit Rauschgiften international sind. Der Kampf wendet sich gegen die Sucht, gegen den unterweltlichen Erwerbstrieb und gegen die Lethargie.

Lochte (Göttingen).

Hamburger, Adolf: Die Verordnung über das Verschreiben und die Abgabe Betäubungsmittel enthaltender Arzneien v. 14. Dezember 1930 (RGBl. 1930 I, 635). Jurist. Wschr. 1931 I, 1426—1428.

Kurze Zusammenfassung der rechtlichen Konsequenzen, die durch das neue Inkrafttreten der Verordnung über Verschreiben und Abgabe Betäubungsmittel enthaltender Arzneien entstehen. Insbesondere werden die strafgesetzlichen Möglichkeiten vom rein juristischen Standpunkt aus erörtert. *Leibbrand* (Berlin).

Raw, Nathan: Dangerous drugs. (Gefährliche Arzneimittel.) (*Med.-Leg. Soc., London, 28. V. 1931.*) *Lancet* 1931 I, 1241—1242.

Bericht über die Tätigkeit des Völkerbundes gegen den Rauschgifthandel.

Wilcke (Göttingen).

Benon, R.: Alcoolisme et dégénérescence mentale. (Alkoholismus und psychische Degeneration.) (*Quartier des Maladies Ment., Hosp. Gén., Nantes.*) *Gaz. Hôp.* 1931, 584-585.

Überlegungen allgemeiner Art über den unscharfen Begriff der Degeneration. Die Lehre von Magnan ist nicht bestätigt worden. Zwischen körperlichen und psychischen Anlageanomalien besteht kein enger Kausalnexus. Bei so viel früheren Irrtümern über den Degenerationsbegriff muß auch gefragt werden, ob der Alkohol wirklich keimschädigend wirkt. Die Frage muß frei von Vorurteilen erneut wissenschaftlich angegangen werden.

Pohlisch (Berlin).

Stender, Arist, und Fritz Lüthy: Über Spätatrophie der Kleinhirnrinde bei chronischem Alkoholismus. (*Univ.-Nervenklin., Hamburg-Eppendorf.*) *Dtsch. Z. Nervenheilk.* 117/119, Nonne-Festschr., 604-622 (1931).

Ein starker Bier- und Schnapstrinker wurde erstmals mit 39 Jahren und später noch 2mal wegen Delirium tremens und Alkoholepilepsie ins Krankenhaus aufgenommen. Im 59. Lebensjahr erkrankte er unter dem Bild zunehmender schlaffer Parese der Beine und in geringerem Grad auch der Arme, verbunden mit hochgradigen Gefühlsstörungen abwärts von der Leistenbeuge, ferner mit einer Abschwächung der Armreflexe und eine Areflexie der Bauchdecken-, Cremaster- und Sehnenreflexe. Es zeigten sich hochgradige Ataxie, eine ataktisch-cerebellar anmutende Sprachstörung, ferner völlige Astasie und Abasie. In der Folge: Zunehmende Parese an den Beinen bis zur vollständigen Lähmung, Atrophie der Beinmuskulatur. 6 Wochen nach der damaligen Krankenhausaufnahme bilden sich Lähmung und Atrophie zurück, auch die Gefühlsstörungen schwinden bis auf einen hypästhetischen Bezirk an beiden Füßen. Arm-, Bauch- und in geringerem Grade auch die Patellarreflexe werden wieder in normaler Weise auslösbar. Der Gang bleibt stark ataktisch-ausfahrend, taumelig, breitspurig. Auch die ataktische Unsicherheit der Beine bessert sich nicht; die Verwaschenheit der Sprache bildet sich nur andeutungsweise zurück. Das klinische Bild bleibt bis zum Tode im 76. Jahr so gut wie stationär. Die Diagnose lautet wegen der schließlichen isolierten Kleinhirnsymptome auf eine cerebellare Ataxie auf alkoholischer Basis. Die anatomische Untersuchung ergibt am Großhirn arteriosklerotische und senil-degenerative Veränderungen. Der im Vordergrund stehende primär-degenerative Prozeß am Kleinhirn findet seine Hauptausbreitung in der Rinde. Am intensivsten befallen ist der Wurm in seinen oberen Anteilen. Stark gelitten haben die oberen Hemisphärenanteile, nämlich die Lobi quadrang. ant. und post., weniger die Lobi sem., gracil. und biventre. Gut erhalten sind die Partien der Kleinhirnrinde, vor allem Uvula, Nodus, Flocke und Tonsille. Die inneren Kleinhirnerkerne weisen leichte Zellausfälle auf, während die Brücke im Prinzip intakt erscheint. Im medialen Abschnitt des dorsalen Schenkels der Hauptolive finden sich einige Zelldegenerationen. Die vorliegende Beobachtung ordnet sich Beschreibungen von Pierre Marie, Foix und Alajouanine ein (Atrophie cérébelleuse tardive à prédominance corticale). Ätiologisch darf außer auf den Alkoholismus auf eine hypothetische, in der Anlage begründete Minderwertigkeit bestimmter Anteile des Kleinhirns verwiesen werden. Als Krankheitsbezeichnung schlagen die Autoren „Spätatrophie der Kleinhirnrinde“ vor. [Pierre Marie, *Rev. neur.* 29, 849, 1082 (1922).]

v. Braunmühl (Egling b. M.).

Tsiminakis, Yanni: Beitrag zur Pathologie der alkoholischen Erkrankungen des Zentral-Nervensystems. *Arb. neur. Inst. Wien* 33, 24-62 (1931).

Zwecks Nachprüfung von Gampers Befunden (17. Jahresverslg. *Dtsch. Nervenärzte Wien*, 1927) wurden 3 Fälle anatomisch genau untersucht (2 Fälle von Korsakow-Syndrom, davon einer nach früherer Lues sowie Kohlenoxydvergiftung und offenbar nicht aus alkoholischer Grundlage entstanden; 1 Fall von langjähriger Alkoholepilepsie). Gegenüber Gampers wird festgestellt, daß in der Medulla nicht nur der dorsomediale Vagus Kern, sondern fast alle Kerngebiete der Ventrikelumgebung betroffen sind; daß die Corpora mammillaria nicht jenen Hauptherd der Erkrankung darstellen, wie das von Gampers angenommen wird; daß eine besonders schwere Erkrankung im Bereiche der langgezogenen Kernsäule des Nucleus paraventricularis besteht, am stärksten in den dorsalen Anteilen. Bezüglich der feineren Gewebsveränderungen bestätigt Verf. Gampers Befunde im wesentlichen; doch legt er besonderes Gewicht auf das regelmäßige Vorkommen von degenerativen Gefäßwandveränderungen, von Blutungen und Blutungsresiduen, dabei auch von hämatogenem Formolpigment in den Ganglienzellen. Die Gliawucherung wird ebenso wie die Gefäßvermehrung als Reaktion auf ein in der Blutbahn kreisendes Toxin aufgefaßt. Die Parenchymveränderungen treten gegenüber den mesenchymalen und glösen Proliferationserscheinungen zurück. Bei dem nicht-

alkoholischen Korsakow-Fall ist dagegen eine allgemeine Parenchymschädigung vorhanden; bezüglich der Topik besteht keine Beziehung zu den Prädilektionsbezirken des alkoholischen Korsakow; vielmehr sind Gefäßveränderungen und Erweichungen an verschiedenen Stellen zu sehen, die mit der Lues, vielleicht auch mit der vorangegangenen Kohlenoxydvergiftung zusammenhängen. Die Gampersche Hypothese zur Erklärung des Korsakow-Syndroms, die von den Veränderungen in den Corpora mammillaria ihren Ausgang nimmt, wird vom Verf. angezweifelt, auch auf Grund der Tatsache, daß sein 3. Fall, der jenes Syndrom nicht bot, ähnliche histologische Veränderungen zeigte wie sein typischer alkoholischer Korsakow-Fall. Verf. schließt mit dem Hinweise, daß gleiche psychische Syndrome differente anatomische Grundlagen haben können, während klinisch ungleiche Bilder bei gleichartigen Prozessen im Zentralorgan vorkommen.

Neubürger (Egfling b. München).

Fajbušević, V.: Über die Diagnostik des chronischen Alkoholismus. *Vrač. Delo* 13, 651—655 (1930) [Russisch].

Verf. empfiehlt bei Diagnostik des chronischen Alkoholismus auf die von Šumkov beschriebenen Leberreflexe zu achten.

Wolpert (Berlin-Schlachtensee).

Fränkel, Fritz, und Dora Benjamin: Sekundärer Alkoholismus. (*Fürsorgestelle f. Nerven- u. Gemütskranke, sowie f. Rauschgiftsüchtige d. Bezirksamts Kreuzberg, Berlin.*) *Dtsch. med. Wschr.* 1931 II, 1151—1153.

Verff. versuchten bei einer größeren Zahl von Trinkern die begleitenden somatischen bzw. psychischen Krankheiten festzustellen. Von 478 Fällen blieben ohne andere Krankheiten 326; somit sind etwa 25% des Gesamtmaterials von sonstigen Krankheiten begleitet. Als Nebenkrankheiten seelischer Natur kamen hauptsächlich Zyklomyen vor. Aus der Gruppe der körperlichen Begleitkrankheiten ragt die Neurosyphilis mit etwa 10,9% weit hinaus, d. h. unter Trinkern befanden sich mehr als 10mal so viel Erkrankte an Neurosyphilis als unter der Gesamtzahl der Syphilitiker (unter den 50 Fällen befanden sich 36 Verdächtige; Ref.). Bei 12 Personen sollte der Alkoholismus eine Folge von Kriegsverletzungen sein. Von diesen haben Verletzungen des Zentralnervensystems 4. In einem Fall wurde der Alkoholismus als Dienstbeschädigung anerkannt (30%). Unter den 11 Verkrüppelten überwiegen hauptsächlich Defekte des Skelets. Bemerkenswert erscheint, daß unter den Trinkern auffällig wenig durch Unfall Beschädigte gefunden worden sind. Während die Alkoholepilepsie verhältnismäßig selten gefunden worden ist, ist die Gruppe der Epileptiker stark beteiligt. Ferner sind 3 Fälle von Bleivergiftung und 12 Tuberkulose bzw. Lungenerkrankte vermerkt worden. Die Verf. hatten den Eindruck, als ob bei den Tuberkulösen der Mißbrauch von Alkaloiden eine viel größere Rolle spielt als Trunksucht. *Schwarz.*

Künkel, F.: Zur Psychologie des Alkoholismus. *Alkoholfrage* 27, 23—27 (1931).

Es müsse in jedem Einzelfall untersucht werden, welche Rolle im Zusammenspiel der Charakterzüge und Eigenschaften der Trunksucht zukomme, an welcher Stelle sie stehe und welche neue Aufgaben durch ihre Beseitigung für die Gesamtpersönlichkeit entstehen. Die Alkoholvergiftung, auch geringsten Grades, verhindere das exakte Erkennen subtiler Tatbestände. Sie umneble die Wahrnehmung, verschleierte die scharfen Umrisse und lasse nur noch grob und ungefähr die allgemeinen Züge erkennen. Der sensible Mensch werde zum Trinker, weil er mehr als der Durchschnittsmensch unter den Enttäuschungen des grauen Alltags leide und es schwerer habe, sich mit der Umwelt auseinanderzusetzen. Er trinke sich auch Mut an, um seine allzu scharfe Wahrnehmung zu umnebeln, seine Empfindlichkeit abzustumpfen und die Umrisse der Gefahr zu verschleiern. Die Wahrscheinlichkeit des Erfolges werde aber dann durch den Mangel an Exaktheit ebenso gefährdet wie vorher durch die zu große Ängstlichkeit. Das günstigste wäre es, wenn jemand den gleichen Mut hätte wie der Durchschnittsmensch und die gleiche Feinfühligkeit wie der Sensible. Die Flucht in den Alkohol verhindere diese Synthese, ihr Vorteil sei rein subjektiv, und ihre objektive Schädlichkeit mache sich früher oder später schmerzhaft bemerkbar. Bei der Behandlung des

Alkoholismus komme es immer darauf an, den ganzen Menschen zu ändern. Es könne ein Trinker jahrelang in einer Anstalt oder in einem Verein enthaltsam leben, ohne geheilt zu sein; dies sei er erst, wenn er selbständig die Verantwortung für sein Schicksal auf sich nehme und wenn er imstande sei, trotz seiner Sensibilität die Anforderungen des Alltags sachgemäß zu bewältigen. *Kankeleit* (Hamburg).

Rode, E.: *Kritische Gedanken zur Frage der Therapie bei Rauschgiftsucht.* Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 I, 115—120.

Bei Behandlung der Giftsuchten soll in geeigneten Fällen nach völligem Abschluß der Entziehung von einer weiteren Internierung abgesehen werden. Der Patient wird am zweckmäßigsten in ein Psychopathenheim gebracht, wo konsequente Durchführung einer Arbeitstherapie das Haupttherapeuticum bildet. Solche Heime können evtl. an Heil- und Pflegeanstalten angegliedert werden. *Pohlisch* (Berlin).

Rittershaus, E.: *Nochmals „Gerichtliche Medizin und Psychiatrie“.* Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 I, 161—165.

Erwiderung auf den Artikel von Vogler (vgl. diese Z. 17, 302). Polemik zur Frage Gerichtsarzt oder Psychiater. *Walcher* (München).

Porot, A.: *La responsabilité pénale des sourds-muets.* (Strafrechtliche Verantwortung der Taubstummen.) (10. congr. belge de neurop. et de psychiatrie, Liège, 28.—29. VII. 1930.) J. de Neur. 30, 796—798 (1930).

Verf. berichtet kurz über einen durch einen Taubstummen verübten Vatermord. In gedrängten Erörterungen setzt er sich für eine mildere Beurteilung kriminell gewordener Taubstummer ein. Er begründet seine Ansicht mit dem Hinweis auf die bei Taubstummen nicht seltenen Abwegigkeiten auf dem Gebiete des Gemütslebens und hält eine mildere Beurteilung krimineller Taubstummer auch deshalb für gerecht, weil dem Taubstummen nur in geringem Maße die Möglichkeit geboten wird, sich intellektuelle Kenntnisse zu verschaffen und zu einer vertieften moralischen Werterfassung zu gelangen. *Többen* (Münster i. W.).

Stertz, G.: *Encephalitische Wesensveränderung und Mord. Gutachten über die Zurechnungsfähigkeit.* (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Kiel.) Mschr. Kriminalpsychol. 22, 320—332 (1931).

5jähriges Kind wird mit tiefer Halswunde tot aufgefunden. Aus dem eröffneten Leib waren die Gedärme herausgerissen, beide Oberschenkel bis auf die Gelenke eingeschnitten. Der Täter, Pflegevater des Kindes, war nach einem Zerwürfnis mit seiner Frau von einem Maskenfest allein heimgekommen und hatte nach seiner Angabe reichlich Alkohol genossen. Beim Entkleiden überfiel ihn angeblich heftige sexuelle Begierde, er warf sich auf das schlafende Kind und versuchte, es geschlechtlich zu mißbrauchen. Als das Kind sich wehrte und schrie, habe er ihm in der Wut die Kehle zugeedrückt, habe dann in starker Erregung ein Messer aus der Küche geholt und die Kehle des Kindes durchschnitten. Von da ab keine zusammenhängende Erinnerung mehr. Er habe noch ein zweites Messer geholt, habe auch einen kurzen Moment in die Gedärme hineingelangt. Dann habe er wohl 2 Stunden bewußtlos neben der Leiche gelegen. Beim Erwachen habe er mit der Absicht, aus dem Leben zu gehen, den Gashahn geöffnet und sich zu Bett gelegt. Er wurde aber 20 Minuten später durch das Klopfen seiner Frau geweckt. Die Erinnerung an die ganzen Vorgänge sei ihm sehr unklar, er wisse auch nicht, ob es zu Orgasmus bzw. Samenerguß gekommen sei. Der sexuelle Drang, der Alkoholrausch, der Jähzorn hätten ihm die Überlegung geraubt. Er bereue seine Tat tief, habe das Kind sehr gern gehabt. Der Täter, 29 Jahre alt, stellungloser Chauffeur, war als Kind normal. Ein Großvater mütterlicherseits hatte sich an einem Mädchen vergangen und dann Selbstmord verübt. Er selbst wurde angeblich im Alter von 17 Jahren von einem perversen Lehrer mißbraucht. Sexuelle Regungen sehr früh, Onanie mit 14 Jahren. Mit 18½ Jahren Encephalitis mit Fieber, Schlafsucht und Gesichtslähmung links. Lange Zeit danach Schlaflosigkeit, Erschöpfung und Nervosität. Mußte das Lehrerseminar verlassen. Ein Jahr darauf Krampfanfälle mit Zuckungen der Glieder, Augenverdrehen und Weinkrämpfen. Allmählich Bewegungsbehinderung des linken Armes und Beines, wovon jetzt noch Reste bestehen. Ärztliche Behandlung ohne nennenswerten Erfolg. Er versuchte sich in den verschiedensten Berufen. galt als faul, unsittlich, träge, verwaorlost, hielt nirgends lange aus. Mit 25 Jahren Ehe, zunächst gut. Dann zunehmend Streitigkeiten. Mit 27 Jahren Selbstmordversuch. Sexuell unbefriedigt, verging sich an Knaben und Mädchen, hatte sadistische und masochistische Phantasieträume. Neurologisch leichte amyostatische Bewegungsstörung der linken Extremitäten. Psychisch: Intelligenz nicht wesentlich geschwächt, Mangel an Elastizität, geschraubte Sprache, Minderwertigkeitsgefühl.

Stertz beurteilt ihn als organisch defekte, vermindert zurechnungsfähige Persönlichkeit, gemeingefährlich und anstaltsbedürftig. Kastration wird empfohlen. Da vor der Encephalitis die Sexualität zwar abwegig gewesen sei, aber keine Delikte vorgekommen seien, müsse man die organischen Hirnveränderungen als Folge der Encephalitis dafür verantwortlich machen, die „diese Abknickung der Entwicklungskurve“ bedingt hätten.

Adolf Friedemann (Buch b. Berlin).

Wimmer, August: Die forensische Ausnutzung des spätluischen Humoral-syndroms. (*Psykiatr. Laborat., Univ., og Nerve-Sindssygeaf., Kommunehosp., København.*) *Hosp.tid.* 1931 I, 331—341 [Dänisch].

Wimmer erörtert hier die Beziehungen, die das spätsyphilitische Humoralsyndrom mit der gerichtlichmedizinischen Beurteilung zweifelhafter Fälle haben kann. Einige Beispiele werden erläuternd angeführt. Das Humoralsyndrom besteht in Hypertension der Spinalflüssigkeit, lymphocytäre Pleocytose, starke Vermehrung der Globuline bei geringer Zunahme der Albumine, positive Kolloidreaktion nach dem paralytischen Typus, stark positive Komplexbindungsreaktion in der Spinalflüssigkeit, schwächere oder fehlende im Blut, ferner erhöhter Permeabilitätsindex nach Dujardin. Die spätsyphilitische Humoralreaktion beweist nur die Tendenz zum Übergreifen der Veränderungen auf das nervöse Parenchym; dieselbe kann vorhanden sein, wo klinische Zeichen des Hirnleidens oder der Paralyse fehlen, aber pathologisch-anatomisch später diese Veränderungen im Gehirn erwiesen werden (Asymptomatische Paralyse). Der spätluische Humoralkomplex kann aber auch bei dem Auftreten einer nicht luischen Psychose gelegentlich vorkommen. Der positive Humoral- und Liquorbefund kommt bei Syphilitikern nicht selten vor, ohne daß Hirnveränderungen je auftreten. Andererseits spricht das negative humorale Syndrom keineswegs gegen das Bestehen eines spätsyphilitischen Nerven- oder Hirnleidens. In zivil- wie in strafrechtlicher Hinsicht ist hier oft die Beurteilung einschlägiger Fälle nicht leicht, ob anatomische oder funktionelle und klinische Erscheinungen, auch das vorhandene humorale Syndrom mit den begangenen Taten irgendwie im Zusammenhang stehen und die Gesetzesübertretungen als pathologisch anzusehen sind. Bestehen selbst das paralytische Humoralsyndrom und neurologische Symptome, wie z. B. Pupillenstarre, und fehlen klinische seelische charakteristische Veränderungen, so wird man die Frage der Unzurechnungsfähigkeit verneinen müssen. Denn reflektorische Pupillenstarre und tabische Symptome allein neben dem spätluischen Humoralsyndrom beweisen nicht das Vorhandensein der Paralyse und entsprechender psychischer Störungen. Auch ein syphilitisches organisches Hirnleiden mit neurologischen Symptomen bedingt nicht immer Unzurechnungsfähigkeit. Eine serologische Paralyse und eine präparalytische Periode auf Grund der Humoralveränderungen allein anzunehmen, ist man nicht berechtigt. Auf der anderen Seite kommen Fälle von Paralyse vor mit negativem Humoralsyndrom. Es kommt in allen Fällen zunächst auf die psychischen Veränderungen und das Verhalten zur Tat bei dem Beschädigten an, und erst in zweiter Reihe (aber nicht allein) spielen die physisch-biologischen Reaktionen eine Rolle.

Kalischer (Charlottenburg).

Block, Léon de: Un cas de viol avec application de l'article 375 du code pénal. (Ein Fall von Notzucht mit Anwendung des Artikels 375 des Strafgesetzbuchs.) *J. de Neur.* 31, 141—146 (1931).

Die Untersuchungen auf den Geisteszustand der Opfer eines Notzuchtsattentates sind selten. Block teilt den Fall eines 17jährigen Mädchens mit, das von einem 69jährigen Mann geschlechtlich gebraucht wurde.

Das Mädchen zeigte ein bizarres Wesen, hatte ein wenig intelligentes Aussehen und doppelseitigen Tremor. Die Untersuchung ergab eine Encephalitis lethargica, die bereits im 7. Lebensjahr aufgetreten war. Sie hatte damals einen Schlafzustand, der 9 Monate anhielt. Die Intelligenzprüfung ergab nun ein wesentlich besseres Resultat, als zu erwarten war, so daß das Mädchen weder als Geisteskranke noch als hochgradig Schwachsinnige bezeichnet werden konnte. Da sie übrigens selbst angab, daß sie jedesmal bei dem Notzuchtsakt geschrien und daß sie sich gewehrt hat, daß aber ihre Kräfte nicht ausreichten, war auch Bewußtlosigkeit auszuschließen.

Salinger (Herzberge).