

Arbeitern, die einer Bleierkrankung verdächtig waren, Speichel und Zahnstein auf Bleigehalt. Auch 20 Untersuchungen von Speichel, der direkt an der Arbeitsstelle entnommen war, wurden vorgenommen. Immer blieben die Resultate negativ, eine Ausdehnung der Untersuchung auf Speichel und Zahnstein zur Diagnostik ist daher zwecklos.

Holtzmann (Karlsruhe).

● **Handbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten.** Hrsg. v. J. Jadassohn. Bd. 12, Tl. 3. **Geschwülste der Haut. II.** Berlin: Julius Springer 1933. X, 1191 S. u. 323 Abb. RM. 248.—

Ullmann, Karl: Krebsbildung in der Gewerbemedizin und ihre Beziehungen zur experimentellen Geschwulstforschung. S. 551—719 u. 61 Abb.

Verf. vertritt wie bisher den Standpunkt, daß grundsätzlich der ursächliche Zusammenhang zwischen einmaligem mechanischem Trauma und Krebs und zwar auch ohne Brückensymptome zuzugeben sei. Das vorliegende Werk gibt uns eine Übersicht über die ungeheure Literatur auf diesem Gebiet. Nicht in allen Fällen werden wir bei kritischer Betrachtung den Gedankengängen unbedingt folgen können, aber für die ganze Begutachtungsfrage ist jedenfalls eine derartige Zusammenstellung, wie sie hier der Verf. mit großem Fleiß bringt, ein äußerst wertvolles Hilfsmittel. Es sei daher wenigstens kurz eine Übersicht über den reichen Inhalt gegeben:

Nach einem historischen Überblick über die Berufskrebse und sonstige Geschwulstbildungen bei bestimmten Berufen wird allgemein die traumatische Geschwulstbildung und der schwierig zu beurteilende Fall eines einmaligen Traumas als Krebsursache besprochen. Gerade diese Fälle dürften einer besonderen skeptischen Beurteilung unterliegen, während chronischer Reizzustand und chronische Entzündung als Krebsursache in vielen Fällen ja auch von kritischen Forschern anerkannt werden. Auch über letzteres finden wir die entsprechenden Darstellungen (mechanische Reize, dauernd oder wiederholt). Ferner die Krebsbildung durch Hitze und Frostwirkung, daran schließt sich an die Krebsbildung durch schädigende Strahlen, Lichtkrebs, Röntgen- und Radiumstrahlen, bei welchen ein Zusammenhang von niemand bezweifelt werden kann. Dann folgt eine Schilderung der bösartigen Gewächsbildung durch chemisch wirkende Reizstoffe, wobei besonders auf die Einwirkung von Arsenik, Kobalt, Teer und radioaktiv wirkender Metalle hingewiesen wird. Einen breiten Raum der Darstellung nimmt der Teerkrebs ein und hier auch die gelungene Erzeugung von Teerkrebs und Teerpapillomen am Kaninchenohr. In einem Schlußkapitel werden Bemerkungen zur Prognose, Behandlung und Vorbeugung beruflich entstandener Krebsbildung angefügt.

Die vorliegende Abhandlung ist jedenfalls als Nachschlagewerk sehr gut geeignet und bietet, wenn auch manches nicht der strengsten Kritik standhält, wertvolle Hinweise für die Begutachtung im Rentenverfahren. Die eingefügten 61 Abbildungen sind fast durchweg außerordentlich instruktiv.

Merkel (München).

Leclereq, J.: Les cancers traumatiques devant la loi française sur les accidents du travail. (Traumatisches Carcinom und französisches Gesetz für Arbeitsunfälle.) Schweiz. Z. Unfallmed. 27, 115—133 (1933).

Nach grundsätzlicher Auseinandersetzung über die Frage Tumor nach einmaligem Trauma wird der Schluß gezogen, daß ein einmaliges Trauma wohl einen wesentlichen Anteil an der Entstehung eines Neoplasmas haben kann, daß aber eine lokale oder allgemeine Prädisposition erforderlich ist. Nach dem französischen Unfallgesetz müssen aber Fälle, wo ein Zusammenhang zwischen Unfall und Geschwulstbildung nicht ausgeschlossen werden kann, voll entschädigt werden, da nach dem Gesetz eine vorhergehende Prädisposition nicht anerkannt wird. Hervorzuheben ist, daß der Verf. sich auch gegen zeitliche Regeln über Trauma und Geschwulstbeginn wendet. *Schürch.*

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Pires, Waldemiro: Gerichtlich-medizinischer Standpunkt gegenüber den gewöhnlichen malariabehandelten Paralytikern. Arqu. brasil. Neurol. 16, Nr 3, 34—42 (1933) [Portugiesisch].

Die straf- und zivilrechtliche Verantwortlichkeit des mit Malaria behandelten Paralytikers liegt dann vor, wenn er mindestens 2 Jahre lang rezidivfrei geblieben ist, seinen Beruf

und seine soziale Stellung wieder ausfüllen kann, und wenn er sich seinem Familienleben wieder anzupassen in der Lage ist. *Ganter (Wormditt).*

Schröder, P.: Psychopathen und abnorme Charaktere. (*Psychiatr. Klin., Univ. Leipzig.*) Münch. med. Wschr. 1933 I, 1007—1009.

Schröder bedauert, daß der Begriff „Psychopathie“ ein gefährlich verschwommener geworden sei. Man gewöhnte sich daran, die Menschheit in Geistesgesunde, Geisteskranke und Psychopathen dreizuteilen, parallel damit in Zurechnungsfähige, Unzurechnungsfähige und Gemindertzurechnungsfähige. Es sei nicht möglich, den Begriff einheitlich und eindeutig zu umschreiben, er müsse zerschlagen werden. „Psychopathen sind Menschen, welche gegenüber dem Durchschnitt ein Mehr oder ein Weniger besitzen an Eigengehalt, an Liebesfähigkeit, an Geltungsstreben, Temperament und Ansprechbarkeit, und zwar in bunter Mischung, bald vorwiegend nur von einem, bald von mehreren. Die endlosen Versuche, hier zu typisieren, sind Utopien.“ Hinweis auf die hysterisch Geltungssüchtigen, die Gruppe der Versager, die Haltlosen, die Gemütsarmen, die disharmonischen unausgeglichenen Psychopathen (letztere haben ganz verschiedene Wurzeln, worauf etwas näher eingegangen wird). Schwachsinn, der an sich keine Krankheit sei, werde am besten ganz von der Psychopathie getrennt. *Karl Pönitz (Halle a. S.).*

Wildermuth, Hans: Falsches Geständnis. Ein Gutachtenfall der württ. Heilanst. Weinsberg. Allg. Z. Psychiatr. 100, 297—302 (1933).

19jähriger, mäßig Schwachsinniger, der Brandstiftung verdächtig, bezichtigt sich dem ihn verhaftenden Landjäger gegenüber und bei späteren Vernehmungen unter Angabe von Einzelheiten doppelter Brandlegung. Das Gerichtsverfahren ergibt seine Unschuld. Der Sachverständige erklärt sein Verhalten als Ausfluß der mit Verhaftung und Verhör verknüpften Erregung, die den Beschuldigten jeder vernünftigen Überlegung beraubte. Bemerkenswert war die leicht paranoische Reaktion, mit welcher er sich gegen die vermeintlichen Angeber wendete. *N. Pfister (Bad Sulza i. Thür.).*

**Szántó, Jenő: Über die Homosexualität mit besonderer Berücksichtigung der Buda-
pester Verhältnisse.** Börgyógy. Szemle 11, 21—26 u. 40—44 (1933) [Ungarisch].

Nach einer breiten theoretischen Einführung teilt der Verf. statistische Angaben über 3425 homosexuelle Männer mit. Die Angaben über Alter, Beruf, Konfession, eheliche Verhältnisse usw. stimmen im allgemeinen mit den Tabellen der übrigen europäischen Großstädte überein. — Die Zahl der Buda-
pester Homosexuellen schätzt der Verf. auf etwa 2% der Einwohnerzahl. *F. Klauber (Budapest.).*

Reiter, Paul J.: Mental disturbances after trauma capitis. (Psychische Störungen nach Kopftrauma.) (*6. congr. of scandinav. neurol., Copenhagen, 24.—26. VIII. 1932.*) Acta psychiatr. (Københ.) 8, 101—103 u. 113—116 (1933).

Von 3 Patienten, die schwere Unfälle durch Automobile (Überfahren) gehabt hatten, zeigte einer eine reine Dysphorie, wie sie auch bei „traumatischer Neurose“ vorkommt, ein 2. dagegen war eine Zeitlang auffallend euphorisch, glaubte sich (nach Basisbruch) nie in seinem Leben so wohl befunden zu haben. Ein 3. Patient hatte nach schwerem Basisbruch episodische Dämmerzustände mit Gesichts- und Gehörshalluzinationen. *F. Stern (Kassel.).*

Hoven, Henri: Deux cas de psychose encéphalitique tardive avec homicide. (2 Fälle von Spätencephalitis mit Mord.) (*11. congr. belge de neurol. et de psychiatrie, Gand, 24.—25. IX. 1932.*) J. belge Neur. 33, 109—114 (1933).

In beiden Fällen handelt es sich um junge Frauen mit Parkinsonismus, die in einem plötzlichen Impuls ihre Kinder töten (in einem Falle 3), indem sie mit einem Rasiermesser die Kehle durchschneiden. Beidemale fehlten irgendwelche Motive, ebenso waren keine psychischen Besonderheiten der Umgebung aufgefallen; es bestand ziemlich starke psychopathische Belastung. Es handelt sich um ausgesprochene Impulshandlungen, welche den epileptischen verwandt sind; ein Verwirrheitszustand soll bei der einen Frau längere Zeit anhalten. *F. Stern (Kassel.).*

**Cisternas, Ramón, und José M. Lauragaray: Die Gefährlichkeit der Kranken mit
durchgemachter Encephalitis.** Semana méd. 1932 II, 1097—1100 [Spanisch].

Krankengeschichte von 4 Fällen, bei denen nach Encephalitis lethargica eine Charakterveränderung sich entwickelte, die zu asozialen Handlungen (Gewalttätigkeit, Diebstahl) führte, während die intellektuellen Fähigkeiten mehr oder weniger erhalten blieben. *Ganter (Wormditt.).*

Wulfften Palthe, P. M. van: Amok. Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1933, 983—991 [Holländisch].

Amok, die perakute Aggressivität, wobei der Malaie mehrere Leute mit Messer, Klewang oder Flinte tötet (die Bevölkerung flüchtet unter dem Ruf: „Amok, Amok“), auch Karabauen und Pfähle anfällt und schließlich erschossen wird oder sich selbst tödlich verwundet (öfters mit Mutilation der Geschlechtsteile), ist durch diesen Ablauf nur selten klinisch zu observieren. van Loon hat gezeigt, daß diese akute Verwirrtheit mit Bewegungssturm in vielen Fällen auftritt, während eines Fieberanfalls infolge von Malaria, Pneumonie oder Lues; van Loon sah in Amok die spezifische Reaktion der malaiischen Rasse auf toxische Einflüsse die im Z. N. S. angreifen. Aber Amok tritt auch auf bei Chinesen und Arabiern in Insulinde; und zweifellos tritt Amok nicht nur bei Fieberdelirien auf, sondern auch im Anfang von Psychosen, und psychogen, unter Einfluß von unlösbaren psychischen Konflikten, besonders sexuellen Spannungen oder wenn einfache Leute in komplizierter Umgebung viele Unannehmlichkeiten zu überstehen haben. Bei den psychischen Konflikten bereitet der Amok-„Macher“ sich meistens in einer „période de méditation“ z. B. durch monotones Hersagen von Korantexten und rhythmischen Bewegungen des Oberkörpers vor und bewirkt dadurch eine Bewußtseinsverengerung. Dann tritt die emotionelle Überschwemmung auf, die sich entladet in den aggressiven Bewegungssturm, wofür in den Fällen, daß der Patient am Leben bleibt, eine völlige Amnesie besteht. Psychische Störungen sind in diesen Fällen nicht feststellbar; die Spannungen, Sorgen oder die Verlegenheit sind die Ursache der Reaktion. Bei Katastrophenstimmung im Anfang einer Psychose (Schizophrenie) kann der Raptus amokartig verlaufen. — Verf. meint, daß, wie in Europa, jeder völlig Normale auf überstarke Emotionen mit hysterischen Mechanismen reagieren kann (Panik, Stupor), jeder Eingeborene des Indischen Archipels unter Umständen den Amokmechanismus zeigen kann. Unter den Einheimischen in Insulinde ist die Selbstbeherrschung fast ein Kultus; wenn der Affekt aber durchbricht, kann er einen lawinenartigen Verlauf haben; und besonders unlösbare psychische Konflikte führen zu dieser Regression. In dem malaiischen Archipel ist das Amok eine Art gebahnter Weg, eine präformierte Reaktionsweise. Das Ritenartige der Reaktion wird von der Bevölkerung anerkannt; sie macht Unterschied zwischen Mord und Amok und hegt eine heilige Ehrfurcht für letzteres. — Daß Chinesen und Araber in Indien auch Amok „laufen“, zeigt, daß es sich hier nicht um eine rassenpsychiatrische Frage handelt; das Milieu hat sich denn auch von größter Bedeutung erwiesen; in alten Spitälern z. B. kam Amok vor; in den modernen völlig abendländischen Krankenhäusern nicht. Von Amok bei Malaien in Holland ist nichts bekannt. — Merkwürdig ist noch, daß der Amokmacher z. B. einen Tag allein bleiben kann, doch wenn dann jemand in seine Nähe kommt, von neuem anfangen kann. — Nicht jede Aggression ist Amok; nicht z. B. ein bewußter Mordversuch; nicht das Töten eines Blanken, um die himmlische Seligkeit zu erwerben. Wohl kann, nach einem bewußten Mordversuch, anschließend Amok auftreten. Psychopathologisch ist Amok also keine Einheit.

Grewel (Amsterdam).,

Weinreich, Rudolf: Straftaten geisteskranker Frauen. Zusammenhang zwischen Symptomen und Verbrechen. (Prov. Heilanst., Andernach.) Bonn: Diss. 1932. 56 S.

An 23 Insassininnen der Anstalt Andernach prüft Verf. den Zusammenhang zwischen den Straftaten und der Geisteskrankheit und die weibliche kriminelle Sondertendenz. Die meisten Kriminellen waren Hysterische und danach Schwachsinnige. Diebstähle überwiegen, und hauptsächlich bei Hysterischen, als Impulsivhandlungen, häufig in Warenhäusern. Unter den Fällen von Kindsmord ist besonders zu erwähnen ein im Dämmerzustande nach *Commotio cerebri* begangener. Wegen der geringen Zahl von Beobachtungen liegt der Wert der Zusammenstellung hauptsächlich in der Kasuistik.

P. Fraenckel (Berlin).

Lea-Plaza, H.: Dreifacher Mord, studiert vom psychiatrischen und gerichtlich-medizinischen Standpunkt aus. Rev. méd. Chile **60**, 667—674 (1932) [Spanisch].

Ein 27 Jahre alter Mann tötete ohne sichtlichen äußeren Anlaß seine Frau und seine zwei Kinder. Der Täter war immer ein heftiger Charakter und dem Alkoholismus verfallen. Auch an dem Tage des Mordes hatte er stark getrunken. Nach der Tat irrte er umher und erzählte anderen Arbeitern von seinem Mord, die ihm aber nicht glaubten. Nunmehr begab er sich wieder nach Hause, nahm seine Hühner und verkaufte sie. Mit dem Geld fuhr er mit der Bahn in die nächste Stadt, wo er verhaftet wurde. Im Gefängnis fiel er zunächst nicht auf. Erst allmählich kam es zur Entwicklung verworrener Wahnideen, die seine Überführung in die Irrenanstalt notwendig machten. Nach dem Gutachten des Verf. war der Mann zur Zeit der Tat nicht geisteskrank, sondern wurde es erst während des Gefängnisaufenthaltes: es handelt sich um einen geisteskranken Verbrecher. *Ganter (Wormditt).*

Volfovskij, O., und E. Popov: Der Einfluß chronischer Quecksilbervergiftung auf die Psycho-Neuro-Sphäre. Sovet. Psichonevr. **9**, 48—57 (1933) [Russisch].

An 120 mit der Gewinnung von Quecksilber beschäftigten Arbeitern angestellte Untersuchungen. Psychische Symptome der Quecksilbervergiftung kommen sehr häufig und früh vor, am meisten handelt es sich um Reizbarkeit, Depression, Apathie, Abulie, ferner Gedächtnisschwäche und mangelnde Tenazität der Aufmerksamkeit usw. Verff. weisen auf eine Gegensätzlichkeit der bei Hg-Vergiftung vorkommenden Symptome hin, wie z. B. Reizbarkeit-Apathie, Euphorie-Depression, Schlafsucht-Schlaflosigkeit usw. und glauben sie als Phasen desselben Prozesses der Intoxikation auffassen zu können. Die nichtpsychischen Symptome (sensomotorische und vegetative) kommen noch häufiger vor; psychische Symptome finden sich nur bei Patienten mit solchen. Es ließ sich keine Korrelation feststellen zwischen Konstitution und klinischem Bilde bei Hg-Vergiftung; relativ häufig fand sich Erregung bei athletoiden und Depression bei infantil-asthenischen Patienten. Aus dem klinischen Bilde folgern Verff., daß das Quecksilber eine elektive Wirkung auf den Stamm und die subcorticalen Ganglien ausübe, was besonders bei den leichteren Fällen von Quecksilbervergiftung festzustellen sei. Die Prognose der chronischen Hg-Vergiftung ist günstig. Die körperlichen Symptome schwinden früher als die psychischen. Verff. haben bei ihren Patienten keine hysterischen oder anderweitigen psychogenen Überlagerungen gesehen. Verff. machen darauf aufmerksam, daß die Erscheinungen der Quecksilbervergiftung am intensivsten auftreten bei Beginn der Intoxikation, sowie nach Aufhören der Intoxikationsmöglichkeit, d. h. hier nach Verlassen der betreffenden Arbeitsstätte, in welchem Falle zunächst eine Verschlechterung des Zustandes eintritt (namentlich von seiten des Intestinaltraktes). *Bresowsky (Dorpat).*

Broggi, E.: Curva alcoolemica sperimentale negli astemi e negli alcoolisti cronici. Sulla possibilità di una diagnosi biologica di alcoolismo cronico. (Verlauf der experimentellen Alkoholämie bei Gesunden und bei chronischen Alkoholikern. Über die Möglichkeit einer biologischen Diagnose des chronischen Alkoholismus.) (*Osp. Psichiatria e Istit. di Pat. Spec. Med., Univ., Siena.*) Rass. Studi psichiatr. **22**, 355—388 (1933).

Eine Anzahl Untersuchungen werden geschildert über die Alkoholkurve im Blut nach Eingabe von durchschnittlich 50—60 g Alkohol, entweder per os oder intravenös. Während bei Gesunden der Alkoholspiegel im Blut nach der Einnahme nicht immer schneller zum Maximalwert ansteigt als bei Alkoholikern, sinkt er ganz regelmäßig erheblich früher auf 0 (bzw. wohl richtiger zur Norm; Ref.) ab als speziell bei chronischen Trinkern. (Die Befunde decken sich mit denen von Matossi.) Aus diesem deutlichen Unterschied kann eine biologische Diagnose des chronischen Alkoholismus gestellt werden. *Riebeling (Hamburg).*

Epstein, A. L.: Somatologische Studien zur Psychiatrie. VIII. Das subakute agrypnische Syndrom der Alkoholiker (zur Klinik und pathologischen Physiologie der paranoiden Wahnzustände). (*Balinski-Krankenkh. f. Geisteskranke, Leningrad.*) Z. Neur. **146**, 525—547 (1933).

Verf. beschreibt als „agrypnisches Syndrom“ der Alkoholiker einen Zustand, der den Übergang von der Latenzperiode zur manifesten Psychose bildet und in welchem

Schlaflosigkeit das Kardinalsymptom ist. In diesem Stadium entwickeln sich aus der Schlafmüdigkeit, den hypnagogen Halluzinationen und dem durch Angstträume gestörten Schlaf ohne scharfe Grenze paranoide Wahnbildungen, die sodann in das stets „schlafumschleierte“ Bewußtsein des Alkoholikers hineinreichen. Verf. nimmt an, daß die für die Inkubationszeit von 3—4 Tagen charakteristische absolute Schlaflosigkeit die unmittelbare Ursache der Psychose ist. Während bei Tieren langdauernde Schlaflosigkeit zum Tode führt, ist dies beim Menschen deshalb nicht der Fall, weil die aus ihr erwachsende Psychose eigentlich eine Art Schlaf darstellt. Verf. faßt die eigentlich psychotischen Erscheinungen — Angststimmung, Kopfschwindel, paranoide und delirante Erscheinungen — als „psychovestibuläre Störungen“ zusammen, wobei der egozentrische — „egopetale“ — Charakter der paranoiden Symptome eine Art soziales Analogon zu den körperlichen Gleichgewichtsstörungen darstellen soll. (VII. vgl. diese Z. 22, 175.)

Erwin Weaxberg (Wien).^o

Bender, Laretta, and Paul Schilder: Encephalopathia alcoholica. (Polioencephalitis haemorrhagica superior of Wernicke.) (*Research Dep., Psychopath. Div., Bellevue Hosp., New York.*) Arch. of Neur. 29, 990—1053 (1933).

Verff. teilen die alkoholischen Hirnschäden nach klinischen Gesichtspunkten in folgende Gruppen ein: 1. Fälle mit Bewußtseinstrübung und wechselnder Rigidität. Die Rigiditätszustände nehmen bei passiven Bewegungen zu. Es handelt sich zum Teil um Erscheinungen des Widerstandes, wobei psychische und neurologische Symptome nicht getrennt werden können. Oft bestehen athetoide Bewegungen, Greif- und Tastphänomene mit Greif- und Saugreflexen sowie mit positiven und negativen Stützreaktionen. Weitere fakultative Symptome sind: Sprachstörungen, Oculomotorius- und Pupillenstörungen, Opticusatrophie und Netzhautblutungen. Bewußtseinstrübungen und Schlafstörungen fehlen nie. Erstere werden eingehend psychologisch analysiert. Nach Aufklärung kann ein Korsakoff-artiges Bild zurückbleiben. Störungen auf vegetativem Gebiet mit Abmagerung, Temperatursteigerung, Hyperhidrose, trophischen Störungen der Haut von pseudopellagrösem Typ kommen vor und führen in 2 Tagen bis zu 6 Monaten zum Tod. Pathologisch-anatomisch finden sich bei dieser Form die ausgebreitetsten Veränderungen. Sie betreffen in erster Linie die von Liquor bespülten Oberflächen und hier wieder diejenigen Teile, an denen die Liquorströmung am trügsten ist, d. h. die Auskleidung der Ventrikel sowie, wenn die Rinde beteiligt ist, die Furchentiefe. Im übrigen sind betroffen: die Corpora mamillaria — auch diese offenbar von der Peripherie her —, Substantia nigra, Thalamus und subthalamische Region und das Putamen. 2. Fälle mit Kleinhirnsymptomatologie. Rigidität und Bewußtseinstrübung waren in dieser Gruppe weniger ausgeprägt als in der ersten. 2mal bestanden ausgeprägte Oculomotoriusschädigungen, in denselben Fällen war die kalorische Vestibularisreaktion gestört. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen griffen hier weiter in die Tiefe des Daches der Ventrikel und des Aqueductus; sie betrafen auch den Nucl. dentatus. 3. Fälle, die an akute Katatonie erinnern. Psychische Dissoziation und Halluzinationen beherrschen das Bild. Extrapiramidale Störungen wie in der I. Gruppe kommen dazu. Post mortem: vor allem Randgliose in der Rinde. Die Fälle bilden ein Bindeglied zwischen den psychomotorischen Erscheinungen der Katatonie und den Rigiditätsphänomenen der I. Gruppe. 4. Fälle mit protrahierten Alkoholdelirien. 5. Kombination von Encephalopathie mit Polyneuritis. Jede der beiden Komponenten dieses zusammengesetzten Bildes kann über die andere ganz überwiegen. Athetoide Bewegungen und andere Bewegungsstörungen sind meist vorhanden. 3mal unter 7 Fällen bestanden pseudopellagröse Hautveränderungen. Pathologisch-anatomisch waren chronisch-progressive Gliaveränderungen wie in den anderen Gruppen vorhanden. Im Gegensatz zu der absolut schlechten Prognose in den Fällen der ersten 3 Gruppen kamen von diesen 7 Fällen 2 zur Heilung, und zwar solche, bei denen die cerebralen Symptome wenig ausgesprochen waren. 6. Fragliche Fälle. Das pathologisch-anatomische Bild ist das bekannte, gerade in der letzten Zeit

wieder besonders eingehend studierte. Es setzt sich aus proliferativen Erscheinungen an der Glia und an den Gefäßwandelementen (Endothel- und Adventitiazellen) zusammen. Blutungen sind nur in der I. Gruppe einigermaßen regelmäßig vorhanden. Entzündliche Veränderungen fehlen; deshalb ist sowohl der Name „Encephalitis“ wie der Zusatz „haemorrhagica“ unzutreffend; Verff. schlagen daher vor, nur von „Encephalopathia alcoholica“ zu sprechen. Betont wird die marginale Lokalisation aller Veränderungen; dringt der Prozeß ausnahmsweise mehr in die Tiefe vor, so geschieht das auf dem Wege der eintretenden Gefäße. Im allgemeinen dürfte aber die schädliche Substanz — wahrscheinlich nicht der Alkohol selbst, sondern ein sekundär — durch Leber- oder Darmschädigung? — entstandener Stoff — vom Liquor aus wirken. Die Lokalisation der hauptsächlichsten Veränderungen in den einzelnen Gruppen stimmt gut mit dem klinischen Bild überein. *Fr. Wohlwill (Hamburg).*

Schneider, Kurt: Suchten. (*Dtsch. Forsch.-Anst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.]*, München.) *Dtsch. med. Wschr.* 1933 II, 1423—1426.

Anschauliche Schilderung der Alkohol- und Alkaloidsuchten für die Belange des praktischen Arztes. Verf. mißbilligt beim Alkoholiker hinsichtlich der fürsorglichen Maßnahmen den Euphemismus „Alkoholranke“, da es den Trinker der Verantwortung enthebt. Er weist beim Morphinismus auf die iatrogene Komponente hin und tritt für die Entziehungen in geschlossener Anstalt ein. Besondere Formen der Schlafmittelsüchtigkeit werden nur gestreift. *Leibbrand (Berlin).*

Zur dritten Verordnung des Reichsministers des Innern über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 20. V. 1933. *Dtsch. med. Wschr.* 1933 I, 966—967.

In der Begründung zur Reichratsvorlage der dritten Verordnung des Reichsministers des Innern über das Verschreiben Betäubungsmittel enthaltender Arzneien und ihre Abgabe in den Apotheken vom 20. V. 1933 wird ausgeführt, daß die mit der Verordnung vom 19. XII. 1930 gemachten Erfahrungen sich im allgemeinen bewährt hätten. Daß die Freiheit der Ärzte durch die letztgenannte Verordnung nicht übermäßig eingeschränkt würde, gehe daraus hervor, daß auch die Vertreter der Ärzteschaft sich im allgemeinen für die Beibehaltung der Grundgedanken dieser Verordnung ausgesprochen hätten. Dem Wunsch der Ärzteschaft nach einer Cocainaugensalbe und nach der Möglichkeit, in bestimmten Fällen auch 20proz. Cocainlösungen verschreiben zu können, werde stattgegeben. Um die Verordnung nicht zu unübersichtlich zu machen, sei das eigentlich nur für den Arzt notwendige Recht des Verschreibens solcher Arzneizubereitungen auch auf den Tierarzt und Zahnarzt ausgedehnt worden. Die Bestimmung des § 14, wonach Cocain nur dann in der Praxis des Arztes oder Zahnarztes Verwendung finden dürfe, wenn die beabsichtigte Schmerzlinderung auf andere Art nicht möglich sei, dürfe nicht so ausgelegt werden, daß vor der Anwendung des Cocains immer erst ein anderes Arzneimittel ausprobiert werden müsse; es genüge, wenn der Arzt sich auf allgemeine Erfahrungen der Wissenschaft und Praxis stützen könne. Zum Schluß werden noch einige Einzelheiten über Rezeptaufbewahrung usw. behandelt, die für den Apotheker von speziellem Interesse sind.

H. Linden (Berlin).

● **Die gesetzlichen Bestimmungen über den Verkehr mit Betäubungsmitteln. Für Apotheker, Ärzte, Handel und Industrie. 2. Aufl. Nach dem Stande vom 15. August 1933.** Berlin: Julius Springer 1933. 67 S. RM. 2.40.

Kommentarlose Zusammenstellung der Bestimmungen des Opiumgesetzes und seiner dazugekommenen Nebenverordnungen. Hier sei nochmals darauf hingewiesen, daß Dicodid, Dilaudid, Eukodal und zuletzt auch Peronin unter § 1, Abs. 1 bzw. 2 fallen. Ref. weist im übrigen darauf hin, daß nach § 9 der Allgemeinen Bestimmungen keine gesetzliche Möglichkeit besteht, einem Eukodalisten mehr als 0,2 Eukodal zu verschreiben; in solchen Fällen müßte auf Morphin umgerechnet werden, was bei Vitalindikationen nicht immer ohne weiteres geht (Notstand?). Das Büchlein ist zur raschen praktischen Orientierung besonders geeignet.

Leibbrand (Berlin).

Meyer, Fritz M.: Über einige seltener vorkommende Formen von Rauschgiftsucht. Münch. med. Wschr. 1933 I, 732—733.

Verf. berichtet über einen Fall von Acediconismus (46jährige Dame, die täglich 250 Tabletten je 0,005 g zu sich nahm; das A. ist in Österreich im freien Handel!). Er verweist anschließend auf die Codeinsucht, von der er einige Fälle andeutungsweise mitteilt; daß das C. keine Euphorie hervorrufe, könne man deshalb nicht geltend machen, weil das Auftreten einer Euphorie für das Zustandekommen einer Sucht nicht Voraussetzung sei. Zuletzt werden noch Fälle von Dioninmißbrauch erwähnt; es ist erwünscht, daß die hier noch klaffende Lücke des Opiumgesetzes (Dionin ist wie Codein dort nicht vorgesehen) baldigst geschlossen wird.

Donalies (Berlin).^o

Ripin, Rowena: Definition der Neurose. Internat. Z. Individ. psychol. 11, 161 bis 176 (1933).

Weder von klinischer noch von psychologischer Seite liegt eine klare Definition des Neurosebegriffes vor. Leichter als das Wesen ist die Symptomatologie der Neurose zu erfassen, zu deren Schilderung auch die Persönlichkeit und die Umwelt des Neurotiker gehört. 2 Symptome stehen im Vordergrund: Unglück vom subjektiven, Leistungsverminderung vom objektiven Standpunkt aus. Der Neurotiker ist abgeneigt — oder unfähig — sich den realen Notwendigkeiten anzupassen, das Es rebelliert gegen die Außenwelt und versucht sich in seinem Luststreben durchzusetzen. Der Sinn dieses Vorganges und sein Ausdruck im Symptom bleibt dem Neurotiker unbekannt. Ätiologisch lassen sich der erregende Faktor, die prädisponierenden Ursachen und der Mechanismus der Symptomenentstehung unterscheiden. Die Anerkennung konstitutioneller und hereditärer Momente setzt sich auch in der Psychoanalyse immer mehr durch. Der Anlaß zur Neurose liegt in einem äußeren Faktor, der ganz allgemein als Enttäuschung beschrieben werden kann. Das neurotische Symptom ist eine Maßnahme zur Befriedigung eines Wunsches, dessen erste Anfänge aus frühester Kindheit stammen. Die wunscherfüllende Bedeutung bleibt aber unbewußt. Nebenbei ist das Symptom durch das Leid auch Strafe für eine bewußt verbotene, unbewußt aber doch erreichte Triebbefriedigung. Der Neurotiker entzieht sich durch einen „nicht ganz als willkürlich angenommenen“ Akt der Wirklichkeit, bezahlt diese Flucht vor dem Konflikt mit objektiver Leistungsverminderung und subjektivem Leid, weicht also realem Leid aus und ersetzt es durch psychisches, verschafft sich gleichzeitig durch die Befriedigung unbewußter und infantiler Triebe im Symptom eine, wenn auch unvollständige Befriedigung.

Grotjahn (Berlin).^o

Credner, Lene: Neurose als Flucht vor Verantwortung. Internat. Z. Individ. psychol. 11, 207—215 (1933).

Neurotisches Versagen tritt nicht immer in Erwartung vor einer besonderen Beanspruchung auf, sondern kann auch einmal nach einem Erfolg oder nach einer geleisteten Arbeit erstmalig einsetzen. Ein Abiturient bekommt seine Depression, z. B. nach bestandenen Examen, ein Beamter nach der Beförderung, ein Kind nach dem Tod einer tyrannischen Erzieherin. Es handelt sich dabei um Menschen, die vor der Selbständigkeit und der Verantwortung in die Neurose flüchten. Der Typ der übertüchtigen Hausfrau, des ewigen Schülers usw. gehören hierher. Spuren dieser Tendenz, die Verantwortung vom Individuum auf überpersönliche Schicksalsgebundenheiten zu verschieben, finden sich auch im wissenschaftlichen Denken.

Grotjahn (Berlin).^o

Ackerly, Stafford: Rebellion and its relation to delinquency and neurosis in sixty adolescents. (Opposition und ihre Beziehung zu Verbrechen und Neurosen in 60 Beispielen.) Amer. J. Orthopsychiatry 3, 147—160 (1933).

Die Arbeit bringt Leitsätze für weitere Studien für: 1. Physikalische Konstitution; 2. die Beziehung der physikalischen Konstitution zu der Art und Weise des Benehmens während der Periode der Opposition; 3. Hinweise auf die Wichtigkeit des aufrührerischen und verbrecherischen Benehmens in der geistigen Verfassung von Menschen, die unter verschiedenen psychischen Konflikten leiden.

Trendtel (Altona).^o

Kellermann, Erwin: Beitrag zur Psychologie der Brandstiftung. (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Jena.*) Jena: Diss. 1933. 37 S.

Nach einer eingehenden Literaturübersicht über die psychiatrische Beurteilung

von Brandstiftern werden 2 Fälle geschildert, die sich in der Jenaer psychiatrischen Klinik zur Beobachtung befanden.

Im 1. Falle handelte es sich um einen leicht beeinflussbaren haltlosen Menschen von starker Affekterregbarkeit, der ein Schädeltrauma erlitten hatte und intoleranter Alkoholiker geworden war. Die Brandstiftung wird als eine dem Charakter des Kranken angemessene Reaktionsform auf den im pathologischen Rauschzustande sich geltend machenden Angst- affekt aufgefaßt. — Im 2. Falle waren die Brandstiftungen als Triebhandlungen, begangen in epileptischen Ausnahmezuständen (vermutlich Äquivalenten) zu betrachten. Der Alkohol- genuß war lediglich provozierender Faktor für das Zustandekommen des Ausnahmezustandes, bestimmende Umwelteinflüsse waren nicht nachzuweisen. *Giese (Jena).*

Middleton, Warren C.: Denunciation and the inferiority complex. (Angebortum und Minderwertigkeitskomplex.) *J. abnorm. a. soc. Psychol.* 27, 358—363 (1933).

Das Angebertum, die Denunziation wird als Sublimation einer Schwäche erklärt und mit dem Minderwertigkeitskomplex in Verbindung gebracht. *Scheid (Frankfurt a. M.).*

● **Wessinger, Julie Dorothea: Über den Selbstmord bei Frauen in den ersten zehn Jahren nach dem Kriege.** (*Inst. f. Soz. Hyg., Univ. Berlin.*) (Veröff. Med. verw. Bd. 40, H. 2.) Berlin: Richard Schoetz 1933. 34 S. RM. 1.60.

Es wird zunächst die verschiedene Häufigkeit des Selbstmordes (Sm.) in der Zeit vor, während und nach dem Kriege verglichen; dabei ergibt sich (wieder), daß die Kurve erst etwa 1926 die Vorkriegshöhe erreicht. Das Verhältnis der Geschlechter (Frauen zu Männer) ist wie etwa 1 : 3, in Berlin ungefähr 1 : 2; die Kurve der weiblichen Sm. steigt langsam, aber stetig an. Bezüglich des verschiedenen Verhaltens der Stadt- und Landbevölkerung, der Jahreszeit und des Alters (hier werden auch Menstruation und Klimax mit betrachtet) nichts wesentlich Neues. Von Interesse sind dann die Ausführungen über die Beziehungen zu Religion und Konfession; bei den Juden ist die Proportion der Geschlechter (s. o.) wie 3 : 4. Einige Angaben über den Einfluß des Familienstandes und die Motive (hier ist die Statistik notwendig völlig unbrauchbar) schließen sich an. Die dann gegebenen Zusammenstellungen über die Wahl der Todesart lassen die bekannte relative Vorliebe der Frauen für Gift und Ertränken erkennen; das Vergiften ist gegenüber der Vorkriegszeit — wohl infolge der Zunahme der Gas- vergiftungen — viel häufiger geworden. Beruf: Auf die große Gruppe der Berufs- losen (einschließlich der Ehefrauen, der Witwen usw.) folgt zunächst die der Haus- angestellten (Trennung von der eigenen Familie, uneheliche Gravidität usw.). Einige abschließende Bemerkungen über die Prophylaxe bleiben so im allgemeinen wie die einleitenden Ausführungen; die Literaturangaben geben nur einen Ausschnitt und nicht einmal einen charakteristischen. *Donalies (Potsdam).*

Geffen, Dennis H.: The causes of suicide. (Die Ursachen des Selbstmordes.) *Trans. med.-leg. Soc. Lond.* 26, 1—29 (1933).

Vor der englischen juristisch-medizinischen Gesellschaft gehaltener Vortrag mit ausführlicher Aussprache. Er behandelt weniger die eigentlichen Ursachen des S., als die mögliche Auswirkung bestimmter landeseigentümlicher Umstände (in England ist S. ein Vergehen, über jeden Fall sitzt der staatliche Leichenrichter [Coroner] zu Gericht, die Tagespresse gibt diese Verhandlungen in der ausführlichsten Weise wieder; Ref.). Insbesondere meint Verf., daß die detaillierten Berichte in der Tages- presse Schaden stiften. Hierin ist ihm durchaus beizupflichten. Den an der sozialen Seite einer vergleichenden S.kunde Interessierten kann das Original empfohlen werden.

H. A. Strecker (Edinburgh).

Forster, E.: Wann muß der praktische Arzt Suicidneigung vermuten und wie verhält er sich dann? *Münch. med. Wschr.* 1933 I, 766—769.

Verf. geht von der Möglichkeit des Selbstmordes beim Geistesgesunden aus (an die freilich der Praktiker — und zumal der dem Selbstmordgefährdeten fremde — nur per exclusionem, d. h. zuletzt denken sollte), um dann der Selbstmordneigung der endogenen Melancholien, der hypochondrischen und der ängstlichen Depressionen in der ihrer Wichtigkeit entsprechenden Ausführlichkeit zu gedenken. Bei den Schizo- phrenien, bei progressiven Paralysen und senilen Demenzen weisen — wie schon bei

den ängstlichen Depressionen — andere Erscheinungen auf das Vorliegen einer psychischen Erkrankung hin, so daß Verf. auf diese Fälle nicht weiter eingehen zu sollen meint. Er bespricht dann die Selbstmordgefahr bei den Dämmerzuständen, beim Somnambulismus und zumal beim pathologischen Rausch, um abschließend der Möglichkeit zu gedenken, daß Selbstmord begangen wird in Reaktion auf eine Erkrankung; hier sind es weniger die bekanntlich mit einer Euphorie (wie die multiple Sklerose) oder mit einer allmählichen Einstellung an die veränderten Daseinsbedingungen einhergehenden Leiden (wie etwa die Tabes), sondern mehr Zustände wie heftige Trigemineuralgien oder sogar subjektive Ohrgeräusche, die hier in Betracht kommen.

Donalies (Potsdam)._o

Levi Bianchini, M.: *Il suicidio e l'omicidio degli alienati internati negli ospedali psichiatrici.* (Suicide und Totschlag der in den Irrenanstalten internierten Geisteskranken.) (*Osp. Psichiatr. Consortile, Nocera Inferiore, Salerno.*) Arch. gen. di Neur. 14, 205—278 (1933).

Die Zahl der gewaltsamen Todesfälle in den Jahren 1901—1932 betrug für sämtliche psychiatrische Anstalten Italiens durchschnittlich 10 im Jahr, darunter 9 Selbstmorde und 1 Totschlag. Der Hauptteil (64%) aller Suicide fällt auf dysthymische delirante Psychosen und Schizophrenien, und zwar erfolgen 73% aller Suicide im 1. Jahr der Internierung, 94% in den ersten 5 Jahren. In den heißen Monaten und bei Tage ist der Selbstmord etwas häufiger (60 und 60%) als in den kalten Monaten und nachts. 50% der Selbstmorde erfolgten in den streng überwachten und 50% in den freien Abteilungen. Bei Männern war die Häufigkeit $2\frac{1}{2}$ mal so groß als bei Frauen. Die Unmöglichkeit, gewaltsame Todesfälle ganz auszuschalten, hängt einerseits mit der Überfüllung der Anstalten, andererseits mit den psychologischen Faktoren der Überlistung und der begünstigenden Gelegenheit zusammen. *Liguori-Hohenauer* (Illenau)._o

Meerlo, A. M.: *Über die Beurteilung der Selbstmordneigung.* (*Städt. Psychiatr. Anst. „Maasoord“, Rotterdam.*) Z. Neur. 144, 223—244 (1933).

Es handelt sich dem Verf. darum, brauchbare Gesichtspunkte für die Prognose des Selbstmordkandidaten (und damit für die Prophylaxe) zu gewinnen. Er unterscheidet die tieferen Ursachen von der sekundären Motivierung und geht dann — hier auf den Spuren von Kurt Schneider — auf die psychische Situation des Selbstmörders ein, indem er von den Sinneserlebnissen über die vitalen und psychischen zu den geistigen Erlebnissen fortschreitet. Er bemüht sich, an Hand von — skizzierten — klinischen Beispielen die Schwankungen darzustellen, denen unser Urteil unterworfen ist; besonders beachtlich sein Hinweis auf die Rolle der subjektiven Einstellung des Beurteilers und seine Warnung vor unangebracht drastischen Maßnahmen.

Donalies (Berlin)._o

Schläger: *Ärztliche Behandlung eines Selbstmörders.* Dtsch. med. Wschr. 1933 II, 1134.

Ein Jurist nimmt zu den einschlägigen Fragen Stellung; es handelt sich meist um die bekannte „Geschäftsführung ohne Auftrag“. Einen Selbstmörder zu retten, ist nicht rechtswidrig; also sind es auch die dazu nötigen Eingriffe des Arztes in Körper und Eigentum des Selbstmörders nicht; die Versuche des Selbstmörders, die ihm geleistete Hilfe abzuwehren, verstoßen gegen die guten Sitten und brauchen nicht beachtet zu werden (hierzu vgl. die abweichende Ansicht von Leonhard, diese Z. 21, 309). Der Arzt hat einen Erstattungsanspruch an den Geretteten, bei Minderjährigen und Entmündigten evtl. an die gesetzlichen Vertreter. — Bemerkenswert der Ausgangspunkt des Verf.: „Die Vernichtung eigenen Lebens verstößt gegen das öffentliche Interesse des Staates an der Erhaltung der Staatsangehörigen. Deshalb sieht auch die allgemeine Anschauung in dem Selbstmord eine Verletzung dringender öffentlicher Interessen, die zu hindern als allgemeine sittliche Pflicht empfunden wird.“ Diese erfreulich präzise und sehr zeitgemäße Formulierung hat neben ihrem aktuellen auch ihr historisches Interesse; Zeiten, die das Individuum über alles andere stellen zu sollen glaubten, mußten gerade über diesen Punkt ganz anders denken. *Donalies.*_o