

als daß ihr gelegentliches Vorkommen als „Vergiftungssymptom“ aufzufassen wäre. Verhältnismäßig oft bildet sich bei den Arbeitern der Bronzefabriken infolge des beim Arbeitsgang unvermeidlichen Lärmes eine Lärmschwerhörigkeit heraus, die entschädigungspflichtig nach der V.O. vom 11. II. 1929, Ziff. 18 der Liste ist. Trotzdem muß das allgemeine gesundheitliche Berufsrisiko dieser Arbeiter — normale Betriebs-einrichtungen vorausgesetzt — als relativ günstig bezeichnet werden. *K. Landé.*

Schulze, Martin: Höhlenbildungen in den Mansfelder Staublungen. Pathologisch-anatomische Untersuchung an 67 Fällen. (*Path. Inst., Univ. Halle-Wittenberg.*) Arch. Gewerbepath. 5, 158—176 (1933).

Der makroskopische Teil der Arbeit befaßt sich mit dem Lokalisierungsort, dem Inhalt und der Umgebung der Höhlen. Der mikroskopische Teil grenzt die tuberkulösen Höhlen ab, bespricht die mischinfizierten Höhlen und geht besonders auf die reine Stauberweiterung (Phthisis atra) ein. Die Zusammenfassung enthält folgende Ergebnisse: Von 67 Mansfelder Staublungen waren 31 mit Tuberkulose kombiniert. 90% aller Staublungen mit Tuberkulose und 66,7% ohne Tuberkulose zeigen bereits makroskopisch Höhlenbildungen. 80% aller Höhlen liegen in den rückwärtigen Abschnitten der Lunge, 10% finden sich ausgesprochen in Hilusnähe. Die Oberlappen werden bevorzugt. Die Tuberkulose spielt eine einflußreiche Rolle. Bei den tuberkulösen Staublungen zeigt sich ein Zerfall auch in kleinere Staubknoten im Gegensatz zu den tuberkulosefreien Staublungen. Die Höhlen liegen in reinen Staublungen innerhalb der Schwielenknoten. Dabei braucht selbst in umfangreichen Verschwielungen keine Höhle vorzukommen. Es kann eine „unspezifische“ Erweichung vorgetäuscht werden. Tuberkelbacillen können mitten im Schwielenewebe zu deren Auflösung führen, ohne daß eine tuberkulöse Gewebsreaktion festzustellen wäre. Die unspezifische „Phthisis atra“ führt nur zu kleineren, aber zahlreichen Höhlenbildungen. Die Erweichung des hyalin-fibrösen Gewebes geht von den gewaltigen Staubablagerungen innerhalb der Schwielengebiete aus. Nach der angewandten Technik läßt sich der Staub nicht analysieren. Es werden physikalische, chemische und physikalisch-chemische Wirkungen zwischen Staub und Gewebe angenommen. Die „Auflösungsvorgänge“ können sich in der Umgebung wohlhaltener Gefäße abspielen. Für die ischämische Nekrose als Ursache der Höhlenbildung sind keine sicheren Anzeichen vorhanden.

Wilcke (Göttingen).

Teleky, L.: „Schwere Silikose.“ Klin. Wschr. 1933 II, 1456—1459.

Verf. behandelt die Begriffsbestimmung der schweren Silikose für die Unfallversicherung nach den Erfahrungen und Rechtsurteilen, die seit Erlaß des Gesetzes über die Berufskrankheiten vorliegen. Die Forderung eines Mindestprozentsatzes an Invalidität lehnt Verf. als Grundsatz ab, räumt aber ein, daß unter 40% in der Praxis kaum Renten zugesprochen werden. Mit dem Vorliegen des Stadium III der Silikose im Röntgenbild sind nach Verf. immer erhebliche Funktionsausfälle verbunden. Aber auch wenn noch nicht die Lungenveränderungen der ausgesprochenen Silikose III vorliegen, aber schwere funktionelle Störungen vorhanden sind, ist Berufskrankheit anzuerkennen. Das gleiche gilt bei Vorliegen tuberkulöser neben silikotischen Lungenveränderungen.

Holtzmann (Karlsruhe).^{oo}

Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

Bostroem, A.: Die Früherkennung geistiger Erkrankungen. (*Psychiatr. u. Nerven-klin., Univ. Königsberg i. Pr.*) Z. Bahnärzte 29, 4—22 (1934).

Vortrag vor Bahnärzten. Hinweise auf die Schwierigkeiten und die große praktische Bedeutung frühzeitiger Diagnose, auf die besonderen Fragen bei Beamten und Angestellten; wertvolle technische Winke für den Untersucher und Gutachter bei den einzelnen Formen von Geistesstörung. Bei der Psychopathie werden als die 3 für den Hörerkreis wichtigsten Gruppen herausgehoben: 1. die leistungsschwachen, aber arbeitswilligen Selbstquäler, 2. die arbeitsscheuen Versager und Hysteriker,

3. die disziplinlosen Störer; ihre Verwendbarkeit wird kurz kritisiert. Die frühzeitige Unterscheidung zwischen Psychose und Psychopathie ist häufig unmöglich, muß aber immer ernst versucht werden. Psychopathen als Beamte und Angestellte dürfen nicht nachgiebig behandelt werden, sie sind „jedenfalls nicht so krank, daß sie besondere Rücksicht verdienen“. Häufig ist ihre Dienstunfähigkeit wegen Krankheit abzulehnen, aber wegen Ungeeignetheit zu bejahen. Einzelheiten des anregenden Überblickes siehe im Original.

P. Fraenckel (Berlin).

Quensel, F.: Über die Spätfolgen der Kopfverletzungen und ihre Behandlung. (*Nervenheilanst. Bergmannswohl, Schkeuditz.*) *Med. Welt* 1933, 1243—1246.

Nach Hinweis auf die Unvollkommenheiten unserer pathologisch-anatomischen und -physiologischen Kenntnisse und die diagnostischen Schwierigkeiten betont Verf. die Notwendigkeit der genauen Erfassung des Unfallvorganges und der eingehenden Fixierung der Daten des ersten Verlaufes im chirurgischen Krankenhaus. Quensel stimmt Reichardt durchaus zu, daß einfache, unkomplizierte Gehirnerschütterungen in der Regel nach nicht langer Zeit geheilt sind, warnt aber vor schematisierender Betrachtungsweise. Nie sollte eine ohrenärztliche Untersuchung, speziell des Vestibularapparates, unterlassen werden. Abgesehen von den lokalisierbaren Erscheinungen einer organischen Schädigung des Gehirns ist eine der wichtigsten Spätfolgen von Kopfverletzungen die traumatische Epilepsie, deren Erkennung und Beurteilung in nicht klaren Fällen bekanntlich auch für den Erfahrenen schwierig sein kann. Die Bezeichnung traumatische Demenz wird gemieden, da die psychische Leistungsschwäche der Hirnverletzten keine allgemeine ist, sondern auf Schädigung spezieller Mechanismen beruht und bei entsprechend genauer Untersuchung meist auf Einzeldefekte zurückgeführt werden kann. Es entspricht den Erfahrungen auch des Ref., wenn Q. das Vorkommen „echter komplexer“ Psychosen als Folge einer Kopfverletzung anzweifelt oder wenigstens als große Ausnahme bezeichnet wissen will. In der überwiegenden Zahl der Fälle beschränken sich die Erscheinungen auf die bekannten subjektiven Beschwerden und einfach funktionell nervöse Störungen der Kopftraumatiker. Wenn Verf. gegen die wahllose Anwendung der Ventriculographie bei versicherten Unfallverletzten ernste Bedenken hat, wird man ihm unbedingt zustimmen. Die Behandlung kann für die große Mehrzahl nur eine symptomatische sein. Insbesondere für die späteren Stadien verlangt Q. mit Recht strenge Indikationsstellung bei allen Eingriffen. Er erwähnt den Fall eines Schädelverletzten, wo wiederholte, nicht streng indizierte Lumbalpunktionen als einziges Ergebnis eine „Liquorneurose“ zur Folge hatten. Besonders wichtig und schwierig zugleich ist die soziale Behandlung und Wiedereinfügung in die Arbeit, deren befriedigende Durchführung für die schwerbeschädigten Kopfverletzten der Verf. von der Arbeitsbeschaffung erhofft, während für die leichten Fälle allzu große Rücksicht mehr schädlich als förderlich ist. *Hans Baumm* (Königsberg i. Pr.).

Preiser, R.-A.: Über senile Paralyse. *Arch. f. Psychiatr.* 100, 253—274 (1933).

Nach kurzer Übersicht über die in der Literatur beschriebenen Fälle von seniler Paralyse werden 10 eigene Fälle mitgeteilt. — Auch diese Fälle bestätigen die Meinung, daß die senile Paralyse sich gern unter dem Bild einer senilen Demenz verbirgt. In erster Linie führt zunächst das Alter der Kranken zu irrtümlichen Anschauungen über die Art der Erkrankung, zumal die meisten der beschriebenen 10 Kranken psychisch ein stumpf-euphorisches Bild (teilweise gepaart mit Unzufriedenheit und mürrischer, gereizter Ablehnung) zeigten. Sinnestäuschungen konnten bei keinem der Fälle mit Sicherheit nachgewiesen werden, während fast alle Kranken Wahnideen irgendwelcher Art boten, einige auch im Sinne von Größenideen, jedoch nicht in dem Maße, daß man sie als expansive Form der Paralyse hätte ansprechen können. Die in diesen Fällen geäußerten Größenideen trugen lediglich konfabulatorischen Charakter. Besonders stark trat in fast allen Fällen die zunehmende Verblödung hervor. Stärker als das Gedächtnis war bei sämtlichen Kranken die Merkfähigkeit herabgesetzt. Die Fälle beweisen dadurch wieder, daß die senile Paralyse sich in ihren psychischen Symptomen

sehr der senilen Demenz nähert, wenn nicht überhaupt dieselben kopiert. Diese starke Annäherung mag auch heute noch zu Fehldiagnosen führen, zumal wenn Blut und Liquor nicht untersucht sind. — Auch der neurologische Befund kann zu Fehldiagnosen verleiten, da die reflektorische Pupillenstarre bei der senilen Paralyse nicht in allen Fällen nachweisbar ist. Viel häufiger findet man Entrundungen der Pupillen und des öfteren auch Anisokorie. Diese beiden Symptome müßten den Verdacht auf eine senile Paralyse aufkommen lassen, selbst wenn sie zwanglos als Symptom der arteriosklerotischen Demenz gedeutet werden können. Die Sprachartikulation kann, besonders im Anfang, nicht immer den Ausschlag geben, da sie häufig erst nach längerem Verlauf das paralytische Silbenstolpern und die Verwaschenheit zeigt. Haut- und Sehnenreflexe sind differentialdiagnostisch fast gar nicht zu verwerten. Die Ansicht von Megendorfer, daß die Inkubationszeit der Paralyse bei Infektion im höheren Lebensalter abnimmt, kann weder bewiesen noch widerlegt werden. *v. Braunmühl.*

Delgado, Honorio: Seniles geistiges Versagen und Analphabetismus. (*Cátedra de Psiquiatr., Univ., Lima.*) Archivos Med. leg. **3**, 83—104 (1933) [Spanisch].

Die Ärzte hatten in ihrem Gutachten bei einer 98 Jahre alten Analphabetin Dementia senilis festgestellt. Gegen diese Diagnose wendet sich der Verf. nach einer eingehenden Untersuchung. Es waren weder Wahnideen und Sinnestäuschung vorhanden, noch ein Erregungszustand, noch Urteilsschwäche, noch erhöhte Suggestibilität, wohl aber eine gewisse Gedächtnisschwäche. Im allgemeinen zeigte sich eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten nur soweit, wie sie für die normale Senilität bezeichnend ist. Darin liegt aber kein Grund zur Entmündigung.

Ganter (Wormditt).

Gabriel, Ernst: Zum Problem der Süchtigkeit. (*Landes-Heil- u. Pflegeanst. „Am Steinhof“, Wien.*) Internat. Z. Alkoholism. **41**, 161—175 (1933).

Verf. gibt eine Übersicht über die psychologischen und physiologischen Suchtheorien. Verf. prüfte an seinem Material die Theorie Kratzmanns, die ihm die beste zu sein scheint: „Die passiv Verneinenden“ verschanzen sich im Rausch wie in einer Festung; „die aktiv Verneinenden“ (Künstler) brauchen das Rauschgift aus Furcht vor der Ernüchterung nach dem Schöpfungsrausch; die „Menschen des Nichts“ verschieden gradueller Schattierung trinken aus innerer Langeweile; die „aktiv Bejahenden“ sind die munteren Zecher, während die „passiv Bejahenden“ Betäubung und Milderung der trostlosen Stimmung erstreben. Diese Typologie wird psychiatrisch genauer untersucht. Die psychologischen Deutungsversuche werden vom Standpunkt der psychischen Hygiene für praktisch heuristisch gehalten. Aufklärung für Laien (im Gegensatz zu Joel, Ref.), besonders für Ärzte tut not; Einbringung eines österreichischen Trinkerfürsorgegesetzes wird propagiert.

Leibbrand (Berlin).

Kuniewski, Witold: Über die Zahl der rauschsüchtigen Narkomanen und ihre Konstitutionsbeschaffenheit. Roczn. psychjatr. H. **21**, 218—232 u. franz. Zusammenfassung 423—424 (1933) [Polnisch].

Die Berechnung der Zahl der Narkomanen ist schwer durchführbar. Die internierten Narkomanen betragen kaum einen Bruchteil derjenigen, die ihre krankhafte Gewohnheit dissimulieren. Ihre Zahl nimmt von Jahr zu Jahr enorm zu. In Polen scheint approximativ ihre Zahl kaum 300 zu übertreffen. Verf. betrachtet die in der ersten Reihe stehende konstitutionelle Anlage und analysiert auch die ziemlich differenten psychologischen und akzidentellen Faktoren. Die semitische Rasse wird viel seltener befallen als die arische, die leptosomische Struktur seltener als die eury-somische. Es ist ganz gut möglich, daß die Psychopathien der Narkomanen weder bei den somatisch leptosomen oder eury-somen noch bei den psychisch cyclothymen oder schizoiden Individuen sich vorzugsweise entwickeln. Der Alkoholiker scheint ein anderes konstitutionelles Substrat als der Narkomane zu besitzen. Besonders zeigen ausgesprochene narkomane Tendenz androgyne, gynandrine und pervers sexuelle Individuen.

Higier (Warschau).

Ramón Beltran, Juan: Die Verantwortlichkeit der Giftsüchtigen. Rev. Asoc. méd. argent. **45**, 300—305 (1932) [Spanisch].

Das Strafgesetz Argentiniens berücksichtigt noch nicht die Grenzfälle der Geistes-

krankheit, deren Gefährlichkeit mitunter sehr groß werden kann. Es wurde darum folgender Entwurf ausgearbeitet: Derjenige, der, ohne eigentlich geisteskrank zu sein, infolge seiner geistigen Anomalie, oder im Zustand chronischer Vergiftung durch Alkohol oder ein anderes Betäubungsmittel ein Verbrechen begeht, soll in einer entsprechenden Anstalt auf unbestimmte Zeit untergebracht werden. Die Zeit darf nicht weniger als die Hälfte der für das betreffende Verbrechen festgestellten Höchststrafe betragen. Bei Verbrechen, die mit lebenslänglichem Gefängnis oder Zuchthaus bestraft werden, darf die Zeit der Internierung nicht unter 20 Jahren liegen. Gegebenenfalls kann das Gericht die Überführung in die Strafanstalt verfügen. *Ganter* (Wormditt).

Azevedo Neves: Lutte contre les stupéfiants en Autriche. (Kampf gegen die Rauschgiftsuchten in Österreich.) *Arch. Med. leg.* 5, 246—248 (1932).

Das Bundesgesetz vom 25. 10. 1928 über den Verkehr und über die Gebarung mit Gift regelt den Kampf gegen die Rauschgifte: Wien ist die offizielle Zentrale (Polizeidirektion) ab 1. 1. 1919. Das Zentralbureau regelt die Informationssammlung, führt Archive mit Notizen über die Schmugglerin modern-kriminalistischer Weise und gibt das Material der Zollkontrollbehörde weiter. Die politischen Behörden instruieren wieder die Polizei hinsichtlich gesetzlicher Neuerungen. Die Fürsorgeorgane haben Berichte über ihre Frequenz poliklinischer und klinischer Art einschließlich praktischer Vorschläge an die Ministerien und das Volksgesundheitsamt zu geben. Bezüglich des Handels dürfen neben Apotheken nur Fabriken und Drogerien Rauschgifte bereiten und vertreiben, die nicht en detail verkaufen; andernfalls bedürfen sie besonderer Konzessionen. Öffentliche wissenschaftliche Institute werden besonders behördlich autorisiert. § 361 St.G.B. wird durch § 9 des Ges. v. 25. 10. 1928 ergänzt oder ersetzt und bedroht mit Konzessionsentziehung oder bei Ausländern mit Landesverweis die Übertretungen. Im Fall mangelnder Rechtsverfolgung bestraft die zuständige politische oder polizeiliche Behörde selbständig. Bei Überschreitung von 0,2% M. oder 0,1% Coc. gelten besondere Vorschriften. Rezepte über 0,1 M., 0,15 Coc., 0,1 Dic., 0,1 Euc. müssen vom Apotheker zurückbehalten werden. *Leibbrand* (Berlin).

Jungmichel, Gottfried: Die Resorption von Äthylalkohol unter besonderer Berücksichtigung bei Alkoholgewöhnung. (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Greifswald.*) Naunyn-Schmiedebergs *Arch.* 173, 388—397 (1933).

Verf. prüfte in den hiesigen Untersuchungen neben der allgemeinen praktischen Brauchbarkeit der Widmarkschen Methode auch die in der forensischen Praxis so wichtige Bedeutung der Resorption des Alkohols. Die Geschwindigkeit der Alkoholresorption ist von großer Bedeutung, da bei noch nicht abgeschlossener Resorption die Resultate bei der chemischen Bestimmung des Blutes nicht der tatsächlich genossenen Menge entsprechen würden. Die vorliegenden Versuchsergebnisse sind zum Teil anderer Versucher widersprechend. Bei Versuchen am Menschen, bei peroraler Verabreichung auf nüchternen, gesunden Magen ist die Alkoholresorption bei Männern und Frauen nach 40—60 Minuten abgeschlossen. Die Ausnahmen sind auf besondere Umstände (Krankheit, psychische Momente u. ä.) zurückzuführen. Die intravenöse Verabfolgung von Alkohol bestätigt, daß der niedrige Alkoholgehalt des Blutes bei „Gewöhnten“ auf schnellere Verbrennung des Alkohols zurückzuführen ist. Die Untersuchungen über die Resorption sind stets unter Berücksichtigung des Gesamtzustandes der Versuchsperson anzustellen, unter Beachtung der Art, Form und Menge des verabfolgten Alkohols. Es ist daher ohne genaue Kenntnis von der Beschaffenheit von Magen, Leber, Nieren usw. nicht möglich, allein aus den Konzentrationswerten des Blutes bei einem einmaligen Alkoholversuch im Laboratorium die Diagnose des „chronischen Alkoholismus“ zu stellen. *Wietrich* (Budapest).

Gabriel, Ernst: Die Wahl der Behandlungsmethode nichtgeisteskranker Trinker. Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Oberarzt Dr. Tilliss in dieser Wochenschrift 1933 Nr. 11. *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1933, 357—359.

In der *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1933, Nr. 11, berichtete Tilliss über 398 entmündigte

Trinker der Arbeitsanstalt Brauweiler bei Köln und die an ihnen erzielten Resultate (7% Entwöhnungen, 38,7% Besserungen, 54,3% Unbeeinflusste). Verf. setzt sich mit Tilliss über diese Resultate, die Erfolge der Heilstätten bei der Trinkerbehandlung, die Methoden derselben auseinander. Er mißbilligt Tilliss „heilpädagogische Maßnahmen mit Strafcharakter“ und wendet sich gegen die Ansicht, nach welcher asoziale Trinker nicht als geisteskrank zu betrachten sind und ihnen eine Schuld an ihrem (doch konstitutionell bedingten) Trinken und seinen Folgen zuzumessen ist. (Vgl. diese Z. 21, 317 [Tilliss].)

H. Pfister (Bad Sulza, Thür.).

Wuth, O.: Der heutige Stand unserer Kenntnisse über die Physiopathologie der Morphingewöhnung und -abstinenz, sowie deren Therapie. (*Kuranst. Bellevue, Kreuzlingen.*) Nervenarzt 6, 617—628 (1933).

Das Tierexperiment bei der Untersuchung der Pathophysiologie der Morphiumgewöhnung und -Abstinenz ist unausreichend; die Ergebnisse der an Menschen gemachten Erfahrungen deuten zunächst sicher auf eine Störung des endokrin-vegetativen Systems. Untersuchungen während der Gewöhnungsperiode ergaben: Leukocytose, erhöhten Cholesterin- und Milchsäuregehalt bei vermindertem Phosphatgehalt im Blut, leichte Störungen seitens der Magendarmtractus, Störung des Kohlehydratstoffwechsels bei Traubenzuckerbelastung und Nierenstörung. Untersuchungen der Abstinenzperiode ergaben: Polynukleose, Lymphopenie, Eosinopenie, Bluteindickung bei Wasserverarmung des Körpers; der Blutchemismus zeigte Erhöhung des Cholesterins, Abfall des Magnesiums. Alle diese Resultate sind unbefriedigend hinsichtlich der klinischen Würdigung der Erscheinungen. Wesentlich sind die Ergebnisse von Schoen bei der Morphineinzugabe bei 20 Gesunden: er nimmt eine „die stoffwechselregulierenden Zentren wie auch das Wärmezentrum lähmende Wirkung des M. an. Im Urin zeigt sich Alkalose und Acidose, die der Blutkurve nachhinkt“. Acidose ist Folge der CO₂-Häufung infolge Atemlähmung, Alkalose entsteht bei Rückkehr zur Norm. Bei mäßiger Gewöhnung entstehen Herabsetzung des Gesamtumsatzes, Acidose und Hyperglykämie. Daraus folgert: M. lähmt das Atemzentrum, macht CO₂-Retention, setzt den Grundumsatz herab, wodurch neue saure Stoffwechselprodukte entstehen. Daher Acidose. Sie schwindet bei Wegfall der Herabsetzung des Grundumsatzes infolge Gewöhnung. Es tritt Sekretionsnarkose (HCl) ein. Die anfängliche Stoffwechselerabsetzung schlägt ins Gegenteil bei Gewöhnung, also entsteht Alkalose und Stoffwechselsteigerung. Dies ist wegweisend für die Klärung der Gewöhnung, nicht für die der zellulären Unterempfindlichkeit. Verf. untersuchte nun den Harn der Abstinenten (p_H-Bestimmung). Bei gänzlichem Absetzen entstand Abfall der p_H im Urin, Verschiebung nach der sauren Seite. Dabei traten häufige Schwankungen bis zur Normrückkehr ein. In der Abstinenzperiode tritt also in Kombination mit den Blutergebnissen Schöns eine Acidose auf. Das Ganze manifestiert sich aber phasenhaft: zuerst die der Gewöhnung anheimfallende Acidose, während der Gewöhnung Alkalose, in der Abstinenz Acidose. Erste und letzte Phase sind kurz, mittlere ist dabei „statisch“ lang. Verf. schließt nun: Einmalige M.-Gaben lähmen Atemzentrum (lähmende Phase-Acidose); es folgt Alkalose (erregende Phase); sie dauert bis 24 Stunden an; bei regelmäßiger Giftfortsetzung (schon nach 5—7 Injektionen) fällt acidotische Phase weg, es folgt steigende Alkalose mit Erhöhung des Grundumsatzes. M. wirkt jetzt als Stimulans. Biologischer Zellzustand ist jetzt verändert. Der alkalotisch veränderte Organismus benötigt jetzt M., verträgt mehr, jede Zufuhr steigert den Zustand. Nach Absetzen tritt Abstinenzperiode ein: kurzdauernde Acidose, neuerliche Zelländerung, Körper spricht wieder auf geringe Mengen an und reagiert auf die tolerierte Dosis letal. Das endokrin-vegetative System ist dabei Erfolgsorgan. Verf. hält von den M.-Nachweisen die von Panse für die beste, in der Therapie tritt er für die alte Erfahrung wirksamer langer Kuren in geschlossenen Anstalten ein, widerrät der zu gefährlichen Schlafkur, warnt vor Pernocton und gibt Cholinderivate als erfolgreich an. Die Insulin-Traubenzucker-Therapie bedarf noch der Prüfung. Helvetin- und

Euphyllinerfolge sind zweifelhaft. An Erfolg der Psychoanalyse glauben nur die Psychanalytiker! Entlassungen dürfen nicht plötzlich sein, Quarantänen sind unerlässlich.

Leibbrand (Berlin).

Stringaris, M. G.: Zur Klinik der Haschischpsychosen. (Nach Studien in Griechenland.) (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Heidelberg.*) Arch. f. Psychiatr. **100**, 522 bis 532 (1933).

Im Gegensatz zu früheren Publikationen über dieses Gebiet trennt Verf. scharf den Rausch von den eigentlichen Haschischpsychosen ab. Das ist beim Haschisch wesentlich schwieriger als beim Alkohol, weil der einzelne Rauschzustand unter Umständen langdauernde Nachwirkungen haben kann, die sich über Tage hinziehen. Folgt nun der nächste Rausch vor Abklingen des vorhergehenden, so entsteht der sog. protrahierte Rausch, der sich über längere Zeiträume erstreckt und wie eine echte Psychose aussehen kann. Von den eigentlichen Haschischpsychosen ist zu fordern, daß sie nach Entzug des Mittels nach ihrer Eigengesetzlichkeit weiter verlaufen, wie ja auch die Alkoholpsychosen, etwa das Delir. 2 Typen dieser Geistesstörungen konnte Verf. beobachten, einmal episodische Psychosen von „exogenem“ Charakter, delirante oder halluzinatorische Bilder mit szenenhaften Sinnestäuschungen. Diese Formen dauerten kurze Zeit und heilten völlig aus. Außerdem gibt es chronische Psychosen nach Haschischmißbrauch, die sich im Zustandsbild von schizophrenen Erkrankungen nicht unterscheiden. Überhaupt erhebt sich hier das gleiche Problem wie bei den chronischen Alkoholpsychosen: Handelt es sich dabei nicht überhaupt um (ausgelöste) Schizophrenien? Bemerkenswert ist für Verf. der bei einem Fall beobachtete „exogene“ Beginn, der ihm eine Abtrennung von der Schizophrenie zu ermöglichen scheint.

Scheid (München).

Wachholz, L.: Über die in heftiger Gemütsbewegung begangenen Delikte gegen das Leben. Czas. sad.-lek. Nr 3/4, 197—208 (1933) [Polnisch].

In einem Vortrag bespricht Wachholz jene Fälle von Tötung, die laut § 2 Art. 225 des polnischen Strafgesetzes „unter dem Einfluß einer heftigen Gemütsbewegung“ begangen worden sind. W. glaubt nun, daß unter Tötung aus Gemütsbewegung nur jene Fälle zu verstehen wären, in welchen der Täter plötzlich einem heftigen Affekte unterlag, z. B. dem Zorn, der Verzweiflung, der Rachsucht gleich nach erlittener schwerer Beleidigung usw. W. illustriert solche Fälle an der Hand von Beispielen aus eigener Kasuistik. Andere Fälle dagegen, die aus einer länger gehegten Leidenschaft entspringen, dürften nach Ansicht des Verf. nicht dem § 2 Art. 225 subsummiert werden. Als Leidenschaftsmotive führt W. an: Sexuellen Neid (z. B. bei Podnischtschew in Tolstois Kreutzersonate und in einigen Fällen aus eigener Kasuistik des Verf.), Vergeltungssucht an den Feinden des Täters und seiner Angehörigen (z. B. Frau Caillaux, die Mörderin Gaston Calmettes), sinnliche Liebe, politischer, sozialer und religiöser Fanatismus (z. B. die biblische Judith, T. de Mericourt und Louise Michel, die Bolschewikinnen Olga, Dora und Ilona Felek usw.). Da die meisten Täter von Delikten aus Leidenschaft psychopathisch veranlagt sind, so kann man ihre Zurechnungsfähigkeit als vermindert bezeichnen.

L. Wachholz (Kraków).

Schneider, Kurt: Psychiatrische Begutachtung für Straf- und Zivilgerichte. (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München.*) Dtsch. med. Wschr. **1933 II**, 1739—1741.

Richtlinien für den praktischen Arzt, der in gutachtlicher Stellungnahme vor Gericht ungeübt ist. Vor häufig begangenen Fehlern wird gewarnt. Die Grenzen der Begutachtung werden allgemein umrissen. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

Loudet, Osvaldo: Über die Behandlung der sogenannten geisteskranken Verbrecher und verbrecherische Geisteskranken. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 23. VIII. 1933.*) Archivos Med. leg. **3**, 329—335 (1933) [Spanisch].

Die Begriffe geisteskranker Verbrecher und verbrecherische Geisteskranker haben juristische, aber keine klinische Bedeutung. Der Gefährlichkeit nach sind gefährliche

und nichtgefährliche Geisteskranke zu unterscheiden, mögen sie mit dem Gericht zu tun gehabt haben oder nicht. Die Behandlung der gefährlichen Geisteskranken kann in besonderen Abteilungen der Irrenanstalten oder in Verwahrungsanstalten erfolgen. Das Zusammenlegen von gefährlichen Geisteskranken, von vermutlich Geisteskranken und der Simulation Verdächtigen ist unstatthaft. Letztere gehören in einen Überwachungssaal.

Ganter (Wormditt).

Benon, R.: Traumatisme et perversité acquise. (Trauma und erworbene Triebhaftigkeit.) (*Hosp. Gén., Univ., Nantes.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 11. XII. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **14**, 66—67 (1934).

Die erworbene Triebhaftigkeit nach Trauma (charakterisiert durch Verlogenheit, Faulheit, Neigung zu sexuellen und alkoholistischen Exzessen), Überheblichkeit, Eifersuchts- und Zornkrisen, bei denen es zu asozialen Verhalten gegen Familie und sonstige Umgebung kommt, unterscheidet sich streng von der chronischen Psychasthenie; bei dieser besteht depressives moroses Verhalten mit Reizbarkeit; Verlogenheit und Alkoholneigung sind selten; der Alkoholexzeß ist hier mehr kompensatorisch (Ausgleich des depressiven Insuffizienzgefühls); die Faulheit entspringt hier der Psychasthenie. Verf. fragt, ob man die traumatische Triebhaftigkeit rentenmäßig entschädigen soll; bei der verwandten postencephalitischen Störung sei das Problem leichter. Der Zwiespalt zwischen wissenschaftlicher und moralischer Einstellung sei schwierig.

Leibbrand (Berlin).

Mueller, Béla: Un raro caso di raptus omicida in un antico ebefreno-catatonico. (Ein seltener Fall von Mordraptus bei einem hebephren-katatonen Kranken.) (*Osp. Psichiatr. Consortile, Nocera Inferiore, Salerno.*) *Arch. gen. di Neur.* **14**, 326—331 (1933).

Der beschriebene Fall eines mit großer Raschheit und Brutalität im Wachsaal durchgeführten Mordes von seiten eines Katatonikers, der sich bis dahin harmlos und ruhig gezeigt hatte, ist ein Beitrag zu dem Problem der relativen Unvermeidbarkeit derartiger Vorgänge in psychiatrischen Anstalten.

Liquori-Hohenauer (Illenau).

Steffen, E.: Ein Fall von Muttermord auf Grund von Schizophrenie. *Arch. kryminol.* **1**, 24—40 u. franz. Zusammenfassung 155 (1933) [Polnisch].

Steffen berichtet über einen Fall, welcher einen erblich belasteten, 25jährigen Absolventen einer Hochschule betraf. Derselbe war seit einer gewissen Zeit sichtlich psychisch verändert, was jedoch seiner nächsten Umgebung nicht genug auffiel. Eines Tages verging sich der Kranke blutschänderisch an seiner Mutter, die er gleich darauf durch Zufügung von beinahe 100 Verletzungen mittels eines Messers tötete. Der Muttermörder erwies sich während der strafgerichtlichen Untersuchung und dann in der Anstaltsbeobachtung als schwerer Schizophreniker.

L. Wachholz (Krakow).

Rojas, Nerio, und Jose Belbey: Trauma und Dementia praecox. *Archivos Med. leg.* **3**, 197—204 (1933) [Spanisch].

22 Jahre alter Student, von jeher etwas nervös, zurückgezogen. Vater wahrscheinlich syphilitisch gewesen. Gelegentlich eines Studentenkrawalles erhielt der junge Mann mit einem harten Gegenstand einen Schlag auf den Kopf, darnach kurze Zeit bewußtlos. Seitdem verändert: Kopfschmerzen, Ängstlichkeit, Reizbarkeit, sonderbare Handlungen, Verfolgungsideen, Neigung zu Tätlichkeiten, Selbstmordäußerungen. Aufnahme in die Anstalt, Diagnose: Schizophrenie mit der Unterart Hebephrenie. Die Verf. sind der Ansicht, daß jener Schlag und die damit verbundene Shockwirkung die Ursache für den Ausbruch der Krankheit gewesen seien.

Ganter (Wormditt).

Benon, R.: Asthénie chronique et démence précoce traumatiques. (Traumatische chronische Asthenie und Dementia praecox.) (*Quartier des Maladies Ment., Hosp. Gén., Nantes.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 9. X. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **13**, 545—549 (1933).

Ausführliche Krankengeschichte eines Kriegstraumatikers, die keineswegs von der Richtigkeit der gestellten Diagnose, deshalb auch nicht von der Berechtigung der scharfen Kritik des Verf. gegen Gerichtsärzte und Staatsraison überzeugt.

P. Fraenckel (Berlin).

Cisternas, Ramon, und José M. Lurnagaray: Die Gefährlichkeit der Postencephaliker. *Rev. Asoc. méd. argent.* **46**, 1535—1539 (1932) [Spanisch].

4 Krankengeschichten von postencephalitischen Kranken, von denen 3 Angriffe

und 1 einen Diebstahl sich hatten zuschulden kommen lassen. Liegen gleichzeitig geistige Störungen vor, so ist es leicht, die Kranken für nicht verantwortlich zu erklären. Schwieriger ist es schon, wenn die Störung nur auf dem affektiven Gebiet liegt.

Ganter (Wormditt).^o

Heuyer, G., et D. Lagache: Syndrome d'influence symptomatique d'une encéphalite; impulsions suicide et homicide. (Symptomatischer Beeinflussungswahn bei Encephalitis mit Selbstmord- und Mordimpulsen.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 13. VII. 1933.*) *Ann. méd.-psychol.* **91, II**, 214—220 (1933).

Bei einem Manne, der zwei Damen auf der Straße durch Revolverschüsse verletzte, wobei er als Begründung angab, er habe zeigen wollen, daß der Mann der stärkere sei, deckte die psychiatrische Exploration eine wenig systematisierte Wahnbildung mit einigen akustischen Halluzinationen, Gedankenentzug, Fremdimpulsen und dem Gefühl, nicht mehr Herr seiner Gedanken und Bewegungen zu sein, auf. Besessenheitsideen, die Wahnidee, in eine Frau verwandelt worden zu sein, Größenideen neben hypochondrisch-nihilistischen fanden sich gleichfalls. Mehrfach homizide Impulse. Suizidversuch, wobei ein Schuß den rechten Opticus durchtrennte. Neurologisch: fibrillärer Zungentremor, Tremor der Lider und Finger, Fehlen des Mitpendelns des linken Armes beim Gehen, Zahnradphänomen. Liquorzucker 0,42. In der Anamnese fand sich eine Periode von Schlafsucht in der Kindheit und ein ähnlicher Zustand im Alter von 18 Jahren. Verff. knüpfen an die Tatsache, daß der Kranke dreimal psychiatrisch-ambulatorisch untersucht wurde, ohne interniert worden zu sein, forensisch wichtige Erwägungen, hauptsächlich in der Richtung, inwieweit eine obligatorische Meldung gemeingefährlicher Geisteskranker durchführbar wäre.

Kral (Prag).^o

Brandam, Javier: Ein Fall von Kleptomanie. (*Ges. f. Gerichtl. Med. u. Toxikol., Buenos Aires, Sitzg. v. 26. VII. 1933.*) *Archivos Med. leg.* **3**, 312—315 (1933) [Spanisch].

Krankengeschichte eines 18 Jahre alten Mädchens, das seit dem 15. Lebensjahr anfang, sich fremde Gegenstände, erst nur Kleinigkeiten, dann auch Geld und Kleider anzu eignen, die es dann auch wieder verschenkte. Das Stehlen geschah unter einem unüberwindlichen Zwang. Es handelte sich nach Verf. um eine Degenerierte mit vielfacher erblicher Belastung. Deshalb ist nicht eine Bestrafung, sondern gegebenen Falles die Unterbringung in einer Anstalt angebracht. Verf. hebt die Seltenheit derartiger Fälle im Lande hervor.

Ganter (Wormditt).

Schmidt, Eugen: Neurose, Verbrechertum und Hochstaplerium. *Internat. Z. Individ. psychol.* **11**, 283—295 (1933).

Die neurotische und die verbrecherische Verhaltensweise sind gesellschaftsfeindlich. Das wichtigste Unterscheidungsmerkmal ist, daß der Verbrecher eine bewußte gesellschaftsfeindliche Einstellung hat. Das ist wesentlich für die Frage der Verantwortlichkeit. Dem Neurotiker fehlt jeder Mut; der Verbrecher hat zwar einen gewissen Mut; aber sein sozialer Mut ist gering entwickelt; er hat nur geringe Zuversicht, seine sozialen Aufgaben zu lösen. Für das Selbstwertgefühl gibt es nur eine reale Basis: die soziale Leistung, die die soziale Anerkennung nach sich zieht. Der Verbrecher verneint letztere, und zwar mit besonders starkem Effekt, woraus sich ergibt, daß er sie im Grunde stark begehrt. Der Neurotiker sucht sie gewöhnlich auf einem Nebenkriegsschauplatz. Der Hochstapler täuscht eine soziale Leistung oder eine Stellung, die eine soziale Leistung repräsentiert, vor. Zum Schluß bringt Verf. einen Fall eines Betrügers mit hochstaplerischen Zügen.

Göring (Elberfeld).^o

Falkowski, Adolf: Die Neurose als Faktor des sozialen Lebens. *Roczn. psychjatr.* **H. 21**, 125—133 u. franz. Zusammenfassung 417—418 (1933) [Polnisch].

Die Neurose ist eine Reaktion bei dem Konflikte des Individuums mit den Lebensbedingungen. Die Form des Kulturlebens der Menschheit ist das Erzeugnis der unbewußten Faktoren des Individuums und des bewußten Lebens des Menschen. Der Entwicklungsgang der Neurose ist aber nicht gleichmäßig: der Intellekt, die bewußte Komponente, nimmt neue Formen rascher an, als die unbewußte, die autonome. Der Konflikt zwischen den bewußten Faktoren des Lebens und den unbewußten einerseits, zwischen der Anpassung des Individuums an die ältere gebahnte Lebensform und an die sich bildende neue andererseits, sind als Ursachen der Neurosen aufzufassen. — Es wird ein historischer Überblick über die Neurosenfrage und die Art ihrer Auffassung mitgeteilt. Es werden 3 als typische Grundformen der Neurosen angenommene

Krankheitsformen: die Neurasthenie, die Hysterie und die Psychasthenie besprochen. Die Menschheit erlebt die Neurosenepidemien ebenso wie diejenige der Infektionskrankheiten. Im Mittelalter bildeten die Lebensbedingungen und die allgemeine Richtung des Seelenzustandes den Grund zur Entstehung des psychischen Automatismus, speziell zur Entstehung der Hysterie und hysterischen Reaktionen. Das beschleunigte Leben, der schwere Kampf ums Dasein steigerten die Zahl der Erkrankungen, führten zur Absonderung der Krankheitsform der Neurasthenie. Während des Weltkrieges haben wir eine Epidemie der Kriegsneurose beobachtet. Allgemein bekannt sind im letzten Vierteljahrhundert die Unfall-, Renten- und Invaliditätsneurosen. Für die Gegenwart ist charakteristisch die Krisis-Zukunftssorge, die besonders unerträglich für diejenigen ist, die von Haus aus Mangel leiden an Entschluß und Sicherheit — für die Psychastheniker. In den komplizierten Lebensverhältnissen des jetzigen Lebens orientiert sich besonders schwer ein Mensch mit einem geschwächten Verständnis der Wirklichkeit (*fonction du real* — Janet), und das ist wieder ein Zeichen der Psychasthenie. Die zur Zeit waltenden Lebensverhältnisse bilden gerade einen Nährboden für konstitutionell psychasthenische Charaktere. Die Psychastheniker sind gerade diejenigen, die die Atmosphäre der Panik hervorrufen und das allgemeine Gefühl der Unsicherheit vertiefen. Sie beeinflussen sich untereinander mit den psychopathischen Zuständen und beeinflussen sozial andere, mehr stabile Individuen. Je höher die soziale Stellung des Neurotikers ist, desto schwieriger wird die Manipulation mit den Begriffen vollzogen: der Durchschnittsmensch versteht nicht sein eigenes Leben zu ordnen, derjenige, der eine bedeutende Rolle in der Hierarchie des Soziallebens spielt, kann einen ziemlich ungünstigen Einfluß auf das Gemeinschaftsleben ausüben. Der Verf. betont die führende Rolle des psychologischen Faktors in der Weltkrise. Es werden Versuche gemacht, das Sozialleben mit Hilfe wissenschaftlicher Prinzipien zu regulieren, an dem auch der Psychiater mitarbeiten dürfte. Psychiatrie soll nicht ausschließlich individuell sein, sondern auch Sozialpsychiatrie werden. Sie dürfte ihr Urteil über die Fragen des Gemeinschafts-, des Wirtschafts-, des Familienlebens aussprechen. Falkowski macht nebenbei auf die neue Richtung „der bewußten Mutterschaft“ aufmerksam, die von der richtigen Idee ausgeht, daß eine Beschränkung der Geburten in unserer Zeit unvermeidlich sei, die spontane Beschränkung übt keinen so schädlichen Einfluß auf das Individuum wie das organisierte Eintreten des Bewußtseins in die tiefen Geheimnisse der autonomen Funktionen. Besonders schwer leidet dabei die sog. frigide Frau.

Autoreferat durch Higier (Warschau).

Estapé, José María: Angstpsychoneurose und Gattenmord. *Rev. méd. lat.-amer.* 18, 1039—1042 u. franz. Zusammenfassung 1042 (1933) [Spanisch].

Der des Gattenmordes Angeklagte wurde vom Verf. begutachtet. Der Mann war von Natur leicht erregbar, hatte sich geistig überanstrengt und litt viel unter häuslichem Kummer, als er erfuhr, daß seine Frau untreu sei. So kam es allmählich zu einem ängstlichen Erregungszustande, der bei einer häuslichen Szene, als ihm seine Frau gestand, einen Geliebten zu haben, einen solchen Grad erreichte, daß er seine Frau tötete (*Raptus anxiosus*). Es handelt sich also nach Verf. um ein Leidenschaftsverbrechen auf Grundlage einer Angstpsychoneurose.

Gantier (Wormditt).

Heine, Maurice: Le marquis de Sade et Rose Keller ou l'affaire d'Arcueil devant le parlement de Paris (3 et 15 avril—10 juin 1768). (Der Marquis de Sade und Rose Keller oder der Skandal von Arcueil vor dem höchsten Pariser Gerichtshof am 3. und 15. IV. bis zum 10. VI. 1768.) *Ann. Méd. lég. etc.* 13, 309—366 (1933).

Verf. hat sich die große Mühe genommen, die in den Pariser Archiven verwahrten Gerichtsakten über den 1768 geführten Prozeß gegen den Marquis de Sade durchzustudieren und gibt die Protokolle der Verhandlungen, die Aussagen verschiedener Zeugen, auch der auf die schrecklichste Weise gequälten und mit raffinierten Instrumenten grausam gepeitschten 36jährigen Spinnerin, der verwitweten Rose K. wieder, geht auch auf die Beurteilungen ein, die Zeitgenossen und spätere Autoren, auch Ärzte dem Marquis, um den sich allerlei Legenden gewoben haben, angedeihen

ließen. Anscheinend kommen auch masochistische Handlungen in Frage, also Allogagnie im Sinne Schrenck-Notzings. Daß der Marquis bei den nach ihm benannten furchtbaren Mißhandlungen zurechnungsfähig war, ist dem Verf. nicht zweifelhaft. *Uberg.*

Finke, H.: Kastration von Sexualverbrechern. Bl. Gefängnisde 64, 130 bis 165 (1933).

Nach Ausführungen über die Methoden der Unfruchtbarmachung, wobei er auf die operative Sterilisierung beim Manne und beim Weibe, auf die temporäre Sterilisierung durch Röntgenstrahlen, auf die hormonale Sterilisierung der Frau und auf die Kastration eingeht, geht Verf. auf die Wirkung der Kastration bei Früh- und Spätkastraten ein, wobei er meines Erachtens etwas übertreibt, wenn er betreffs der Wirkung der Spätkastration sagt: „Es tritt eine Verkindlichung bzw. Vergreisung ein.“ Dagegen kann man sich den Darlegungen der Wirkung in sexueller Hinsicht wohl anschließen, insbesondere der Aufzählung der verschiedenen Möglichkeiten in bezug auf Potenz und Libido. Verf. betont, daß die in der Literatur mitgeteilten Fälle wie auch die seiner eigenen Erfahrung die verschiedensten Reaktionsmöglichkeiten zutage treten lassen und deshalb zur Vorsicht und Gewissenhaftigkeit bei der praktischen Indikationsstellung mahnen. Als kriminaltherapeutische Maßnahme bei Sexualverbrechern kommt wegen der erheblichen körperlich-seelischen Schäden bei Frühkastration eine Kastration vor dem 25. Lebensjahre kaum in Betracht. Sehr mit Recht weist Verf. auch darauf hin, daß ein Sexualverbrecher nicht dem anderen gleichzusetzen ist, daß es vielmehr hier zahlreiche Schwankungen der Triebstärke gibt.

Wie Ref. selbst kürzlich anderen Ortes dargelegt hat, gibt es Sexualverbrecher aus Hyper- und Hypoerotismus. Nur bei den ersteren hätte eine Kastration einen therapeutischen Sinn, aber auch bei diesen ist an die Möglichkeit einer Verlagerung des kriminell-libidinösen Verhaltens zu denken. Deshalb ist die sachverständige Untersuchung aller Sexualverbrecher und die individuelle Behandlung anzustreben, nicht nur im Interesse der Sexualverbrecher selbst, sondern auch im öffentlichen Interesse.

Meggendorfer (Hamburg).^{oo}

Benon, R.: Asthénie chronique et perversité. (Chronische Asthenie und Minderwertigkeit.) (*Quartier des Maladies Ment., Hosp. Gén., Nantes.*) (13. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 22.—24. V. 1933.) Ann. Méd. lég. etc. 13, 479—483 (1933).

Ein 49jähriger Mann, der mit 18 Jahren eine Gehirnerschütterung durchgemacht hatte, begeht unzüchtige Handlungen mit seinen Töchtern. Psychische Minderwertigkeit mäßigen Grades (Trunksucht, Arbeitsscheu, Lügenhaftigkeit usw.) wird als Folge der Gehirnerschütterung aufgefaßt. Da die körperliche und geistige Untersuchung keine wesentlichen Defekte aufweist, wird verminderte Zurechnungsfähigkeit bei Begehung der Straftaten abgelehnt.

Matzdorff (Hamburg).

London, Louis S.: Psychosexual pathology of transvestism. (Psychosexuelle Pathologie des Transvestitismus.) *Urologic Rev.* 37, 600—604 (1933).

Verf. bringt ausführlich Lebensgeschichte, Tagträume und sexuelle Verirrungen eines Degenerierten, bei dem sadistische, masochistische und homosexuelle Züge neben der Neigung, sich in Frauenkleidern nach Frauenart zu betätigen, latent vorhanden waren. Das Transvestieren bedeutete nach Verf. die Identifikation mit der Mutter. Die Bindung an die Mutter konnte durch 2 Ehen nicht beseitigt werden. Es kam zur Neurose, deren Grundlage nach Verf. homosexuell ist. Homosexualität kann stets auf eine starke Bindung an die Mutter zurückgeführt werden. Der Transvestitismus des Kranken war nach Verf. nur ein Aushilfsmittel, seinem instinktiven Verlangen Genüge zu tun. In 90 psychoanalytischen Sitzungen wurde der Kranke von seiner Perversion — nach Verf. nichts mehr als eine Neurose — geheilt und soll seit 2 Jahren ein neues Leben, in einer 3. Ehe, führen. *H. Pfister* (Bad Sulza, Thür.).

Lopes, C.: Selbstmorde in Porto (Portugal). *Czas. sad.-lek.* Nr 3/4, 135—138 (1933) [Polnisch].

Die Selbstmorde in Porto bieten in der Zeit 1901—1931 eine stete Abnahme dar. Die Zahl der Selbstmorde bei Männern und Frauen beträgt 3:1. Die häufigste Todesart war Erhängen, welches neben Erschießen zumeist von männlichen Selbstmördern gewählt wurde. Die meisten Schüsse waren gegen den Kopf, seltener gegen die Herzgegend gerichtet. Frauen griffen zumeist zum Gift (Oxalsäure, Sublimat, Phosphor und Arsenik — Selbstmord mittels CO oder Leuchtgas war beinahe unbekannt) oder zum Ertrinken. Die Mehrzahl der Selbstmörder stand im Alter zwischen 20 und

40 Jahren und war ledigen Standes. In der Winterszeit kamen Selbstmorde selten vor. Die Rolle des Nachahmungstriebes war unverkennbar. *L. Wachholz* (Kraków).

Bakalowa, St.: Selbstmordattentate in Warschau. *Warszaw. Czas. lek.* **1933**, Nr 50 [Polnisch].

Bakalowa hebt hervor, daß die Häufigkeit der Selbstmorde in Warschau in den Krisenjahren (1930—1932) abgenommen hat, dagegen nahm die Zahl der tödlichen Selbstmorde zu. Die Zahl der weiblichen Selbstmorde war höher, aber mit geringerer Sterblichkeit. Bei den Juden war der Selbstmord seltener, aber mit höherer Sterbezahl und überwiegend bei Männern. Was das Alter der Selbstmörder anbelangt, so entfallen bis 49% auf das Alter zwischen 20—29 Jahren, bis 27% auf das Alter zwischen 30 bis 49 Jahren, endlich 17% auf das Alter zwischen 15—19 Jahren. Selbstmord wurde in 82,6% der Fälle durch Erhängen, in 60,7% der Fälle durch Sturz aus der Höhe, in 58,5% der Fälle durch Schuß, endlich in 17,3% der Fälle durch Vergiftung öfters ohne Todeserfolg begangen. In 47% der Fälle blieb die Selbstmordursache unbekannt, in 43,8% der Fälle bestand sie im materiellen Zusammenbruch, in 19,9% der Fälle in Familienzerwürfnissen, endlich bei Frauen in Liebesenttäuschungen. Bei Juden kommt nervöse Überreiztheit viel öfter als Selbstmordursache vor als bei Christen. Die größte Zahl der Selbstmorde ereignete sich im Mai, die geringste im Februar.

L. Wachholz (Kraków).

Nelken, Jan: Selbstmord und Jahreszeit. *Roczn. psychjatr. H.* **21**, 403—408 u. franz. Zusammenfassung 441—443 (1933) [Polnisch].

Der Selbstmord dominiert beinahe in ganz Europa im Mai und Juni und hat sein Minimum in der Winterjahreszeit, was hauptsächlich von exogenen Momenten abzuhängen scheint. Verf. als Militärarzt hat sich überzeugen können — was auch aus den Literaturberichten hervorzugehen scheint —, daß während der obligatorischen Militärdienstzeit sowohl die Zahl der Selbstmorde zunimmt (in Deutschland um das Doppelte, in Österreich um das Achtfache) und der Jahreszeittypus sich ändert im Vergleich mit der Zivilbevölkerung desselben Alters: das Maximum fällt auf die drei letzten Jahresmonate X, XI, XII und das Minimum auf die drei ihnen vorangehenden Sommermonate VII, VIII, IX. Im 1. Dienstjahre fallen als Opfer des Selbstmordes die jungen Rekruten (das scheint selbstverständlich zu sein! Ref.), in den späteren Dienstjahren die Offiziere und Unteroffiziere. — Zwar nicht ganz zum Thema gehörend führt Nelken die Desiderate der Psychohygiene auf dem Gebiete der Selbstmorde: 1. Schaffung von Beratungsstationen für Selbstmordkandidaten, die den Selbstmord scheuen und vermeiden möchten. Die Suggestionskur soll günstig wirken bei vorstehenden reaktiven Selbstmorden (Sadger). 2. Öffentliche Diskussionen über die Heredität des Selbstmordes und sensationelle Berichte über Selbstmordaffären in den Boulevardtagesblättern sind womöglich zu verbieten (Geffen). 3. Organisation der Arbeit ist als antisuicides Vorbeugungsmittel zu empfehlen (Geffen). 4. Psychoanalytische Behandlung ist in geschlossenen psychiatrischen Anstalten bei mißlungenem tentamen suicidii anzuraten (Nelken). *Higier* (Warschau).

Dufresne, Eug.: Corps étrangers chez les aliénés. (Fremdkörper bei Geisteskranken.) (*Hôp. Saint-Jean-de-Dieu, Montreal.*) *Un. méd. Canada* **62**, 1014—1019 (1933).

Verf., Chirurg am Hôpital Saint-Jean-de-Dieu, schildert einige, zum Teil recht seltsame Fälle, in denen Geisteskranke in krankhaftem Trieb oder in selbstmörderischer Absicht Gegenstände in ihren Körper hineingebracht hatten. Er trennt die Fälle, bei denen die Fremdkörper im Körpergewebe saßen, von denen, wo sie in die natürlichen Körperhöhlen gelangt waren. Nadeln spielten eine große Rolle, auch Knöpfe, Rosenkränze u. a. Durch den Verdauungskanal waren Gegenstände, die nicht in der Speiseröhre steckengeblieben waren, meist glatt hindurchgegangen. In einem Fall hatte sich das Kreuz eines Rosenkranzes am Sphincter ani festgesetzt. *H. Müller.*