

im Lauf der Zeit ziemlich konstant geworden: 13,3% aromatische Kohlenwasserstoffe, wie Benzol, Xylolen, Toluol, Xylol, auch Cumol; der Rest zu 86% besteht aus Paraffinen. Die örtliche ekzemerzeugende Wirkung kann kaum durch Paraffin entstehen, da dieses nur eine entfettende, aber keine reizende Wirkung ausübt. Eine entfettete Haut ist aber anderen Reizen gegenüber zugänglicher.

Die Annahme der völligen Wasserunlöslichkeit der aromatischen Kohlenwasserstoffe muß korrigiert werden. Die chemische Landesanstalt (Vorstand Oberregierungsrat Dr. Werner) erhielt folgendes Resultat: In einer Glasschale von 10 cm Durchmesser, die im Brutschrank bei 36° gehalten wird, werden 200 g Sangajol über 400 ccm Wasser geschichtet und dieses Wasser nach 8 und nach 24 Stunden auf seinen Gehalt an Kohlenwasserstoffen untersucht; es waren nach 8 Stunden 5,9 mg und nach 24 Stunden 11,2 mg Kohlenwasserstoffe in das Wasser übergegangen. Die Intensität der molekularen Wirkung der aromatischen Kohlenwasserstoffe in wässriger Lösung hängt sehr davon ab, ob sich neben ihnen noch andere Stoffe, besonders Salze, in Lösung befinden, die diese Wirkung erheblich verstärken. Es muß daher als sehr wahrscheinlich bezeichnet werden, daß diese Stoffe, selbst in geringsten Mengen im salzhaltigen Schweiß gelöst, wirksamer sein werden als in reinem Wasser.

Aus diesen Erwägungen geht hervor, daß im Sangajol die Homologen des Benzols das Ekzemantigen darstellen. Wo ein Arbeiter mit empfindlicher Anlage bei Beschäftigung mit Sangajol an Ekzem erkrankt, sollte er gemäß Ziffer 6 der Anlage zur 2. Verordnung vom 11. Februar 1929 als Unfall entschädigt werden. Das Urteil des I. Rekursenates des Reichsversicherungsamtes (E. u. M. d. RVA. 24, 325, 1929) sollte deshalb aufgehoben werden.

*Ganzoni (Winterthur).*

**Flaig, J.: Gewerbepathologische und gewerbehygienische Zusammenhänge der Alkoholfrage.** Arch. Gewerbepath. 4, 697—714 (1933).

Der Verf. hat seiner Arbeit die zum großen Teil bekannten und oft zitierten Statistiken über die lebensabkürzende und die Häufigkeit mancher Erkrankungen steigernde Wirkung des chronischen Alkoholgenusses zugrunde gelegt. Eigenes Material wird nicht hinzugefügt. Als praktische Schlußfolgerung ergibt sich dem Verf., daß der Kampf gegen die Alkoholschäden fortgesetzt werden müsse; er empfiehlt Abschaffung des Freitrunkes in den Brauereien, Vorsorge für billige alkoholfreie Getränke in den Kantinen der Industrie und Aufklärung über die Schäden und Gefahren des Alkohols. Irgendwie neue Vorschläge werden nicht gemacht.

*Panse (Berlin).*

### **Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.**

**Rittershaus, E.: Die Änderung der Strafgesetzgebung.** (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1934, 1—6.

Verf. weist darauf hin, daß die vorläufige Neuregelung des Strafrechtes in § 51 bedauerlicherweise die alte Fassung „eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden“ beibehalten hat, die schon zu erheblichen Schwierigkeiten führte (während es im Jugendgerichtsgesetz einfach heißt: „... ist nicht strafbar...“), so daß bei Unzurechnungsfähigkeit des Täters auch fernerhin die Strafbarkeit des Anstifters und Gehilfen, des Begünstigers und Hehlers in Zweifel gezogen werden kann, da der Ausweg, den freigesprochenen Täter nur als „willenloses Werkzeug“ und den Anstifter als Täter anzusehen, bei weitem nicht in allen Fällen möglich ist. Bei der Neuregelung ist endlich aber die Forderung vom „Ausschluß der freien Willensbestimmung“, damit auch ein gewisser Widerspruch zwischen Zivil- und Strafrecht beseitigt (ersteres setzt in § 104/II den in einem, die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande Befindlichen einem 7jährigen Kinde gleich, während ein Schwachsinniger auf der Stufe eines 14jährigen Kindes nach § 51 freizusprechen ist). „Bewußtlosigkeit“ ist glücklicherweise durch „Bewußtseinsstörung“ ersetzt, die nunmehr alle toxischen Bewußtseinsstörungen umfaßt. „Krankhafte Störung der Geistestätigkeit“ ist mit Recht beibehalten worden, wobei Geist wohl als pars pro toto für das gesamte Seelenleben genannt ist. Überflüssig war nach Verf. die Beibehaltung von „Geistesschwäche“. Sie ist ja bereits im weiteren Begriff der krankhaften Störung der Geistestätigkeit enthalten, wirkt auch mißverständlich, da nicht geklärt ist, ob mit diesem Ausdruck der zivilrechtliche Begriff des § 6/I und § 114 BGB. gemeint ist oder der medizinische des „Schwachsinn“. Zu begrüßen ist nach Verf., daß im neuen § 51 die frühere intellektualistische Über-

schätzung der „Einsicht in das Unerlaubte der Tat“, entsprechend dem § 3 JGG. durch den Zusatz „nach dieser Einsicht zu handeln“ beseitigt ist. Der § 58 (Taubstummenchutz), in dem es abweichend vom § 51 und besser „ist nicht strafbar“ heißt, zeigt entsprechende Abänderung (man hätte ihn besser ganz in § 51 aufgehen lassen). Ferner ist zu begrüßen die Einführung der „verminderten Zurechnungsfähigkeit“ (die eine bessere Berücksichtigung der sog. Grenzfälle ermöglicht), und daß jetzt dem Richter die Macht gegeben ist, neben der Strafe auf Sicherheitsverwahrung zu erkennen (§ 42b), die im allgemeinen erst nach Verbüßung der Strafe beginnt (§ 246b StPO.). Die Maßregeln der Sicherung und Besserung des § 42a—i entsprechen den Bestimmungen des JGG., doch gelten sie nicht für Übertretungen. Wichtiger als die §§ betreffend Befreiung von Internierten, den strafbaren Versuch dazu, betreffend Vereitelung von Sicherungsmaßnahmen, heimliche Zustellung von berauschenden Getränken, Arzneimitteln an Süchtige ist der § 330a, nach dem der selbstverschuldete Rausch und die Rauschgiftbetäubung bestraft werden kann, wenn durch sie ein Verbrechen ermöglicht wurde, das nach § 51 zu exkulpiert ist. Verf. erwähnt noch, nachdem er auf den alten, wenig beachteten § 361/V StGB. hingewiesen hat, die Neuerungen betr. Untersagung von Beruf und Gewerbe, Ausschluß der Öffentlichkeit bei Verhandlungen, wenn über Anstaltsinternierung verhandelt wird, ferner, daß dem Sachverständigen schon im Vorverfahren die Möglichkeit zur Untersuchung des Beschuldigten gegeben ist (§ 80a StPO.), daß im § 81 StPO. die Höchstfrist von 6 Wochen beseitigt ist, daß außer der psychischen auch die körperliche Untersuchung des Angeschuldigten angeordnet werden kann, weshalb Blutentnahmen usw. nach Regeln der Kunst, Photographieren, Messungen, Abnehmen von Fingerabdrücken auch ohne Einwilligung statthaft sind und vor allem, daß auch Zeugen sich unter Umständen (Nachweis von Verletzungen, Lues) untersuchen lassen müssen. Verf. meint, daß auch bei ihnen nach der Rechtslage evtl. Blutentnahme, selbst Lumbalpunktion erzwungen werden könnte, da § 81a/II nicht von dem Beschuldigten, sondern allgemein von dem zu Untersuchenden spricht. Es sind also durch die Neuregelung viele Wünsche der Psychiater erfüllt.

H. Pfister (Bad Sulza).

**Stern, William: Zum Thema: Psychologie und Wiederaufnahme. Eine Vorbemerkung zu der folgenden Abhandlung.** *Z. angew. Psychol.* **45**, 54—56 (1933).

Der „Fall Stern“ hat in den letzten 11 Jahren eine große Rolle gespielt, weil er gezeigt hat, daß Psychiater und Psychologe etwas Grundverschiedenes ist, daß es unter Umständen notwendig ist, neben dem Psychiater einen Psychologen zu hören (es gibt auch psychologisch geschulte Psychiater. Ref.). Es wird auch auf die Schwierigkeit, ein Wiederaufnahmeverfahren herbeizuführen, hingewiesen; es ist nur möglich, wenn neue Tatsachen vorliegen, nicht aber, wenn die Tatsachen anders beurteilt werden. Der Fall ist ausführlich geschildert in *Z. angew. Psychol.* **45**, 57 (1933).

Göring (Elberfeld).

**Höfler, Rudolf: Über Aussage, Sprache und Einstellung bei Taubstummen.** *Arch. f. Psychol.* **90**, 123—156 (1934).

Eingehende Experimente ergeben, daß für den Durchschnitt der Taubstummen die ausschließlich schriftliche Verständigung nicht zur objektiven Wahrheitsfindung ausreicht. Lesenkönnen bedeutet nicht Verstehenkönnen. Der Taubstummenlehrer allein kann durch klare Begriffserklärungen und Umschreibungen der schweren juristischen Terminologie unter zielbewußter Hinlenkung und Einstellung zu klaren objektiven Aussagen zur Wahrheitsfindung beitragen. Das Experiment ergibt geringe Brauchbarkeit der Spontanberichte, Auftreten subjektiver Überwertigkeiten, Parteeinstellung; Ausfall akustischer Abkenkbarkeiten kann manchmal bessere Aussagen als bei Hörenden zur Folge haben. Die Lückenhaftigkeit des Sprachperzeptionsweges erschwert die Lage. Aussagen oder Anklagen abgesehener, lautsprachlicher Mitteilungen sind nur mit größter Vorsicht verwertbar. Absehen ist nur bei gutbegabten Taubstummen möglich, bei den anderen muß die Gebärde einsetzen. Aber auch die gebärdensprachlichen Mitteilungen sind unzuverlässig, da man geradezu von „Gebärdendialekten“ sprechen muß; es gibt keine Eindeutigkeit. Ausdrucksbewegungen der Gestik und Mimik werden sehr häufig mißdeutet, wie überhaupt die Einstellbarkeit auf objektive Sinnzusammenhänge äußerst erschwert ist; andererseits ist suggestive Einstellung und Partei-

einstellung weit wirksamer beim Taubstummen. Aussagefälschungen sind besonders dort zu erwarten, wo affektgebundener Kontakt besteht. *Leibbrand (Berlin).*

**Hartgenbusch †, Hanns Georg: Untersuchungen zur Psychologie der Wiedererzählung und des Gerüchtes.** Psychol. Forsch. 18, 251—285 (1933).

Die Arbeit knüpft an Untersuchungen an, wie sie unter forensischen Gesichtspunkten von Stern u. a. durchgeführt worden sind, will aber die allgemeinpsychologisch bedeutsamen Gesetze, die für die Umformungserscheinungen, die beim Weitergeben mündlicher Äußerungen auftreten, maßgebend sind, erforschen. Es wurden deshalb zunächst 3 relativ kurze Texte ausgewählt, die 7, 14 und 20 Worte umfaßten. 10 Gruppen von je 25 Versuchspersonen wurden zusammengestellt. Jede Gruppe enthielt Versuchspersonen gleichen Alters und ähnlicher Vorbildung. 1 Gruppe bestand aus Akademikern, 3 aus anderen Erwachsenen, 6 aus Schülern und Schülerinnen von 8—16 Jahren. Der betreffende Text wurde der 1. Versuchsperson vorgelesen und unmittelbar anschließend von ihr möglichst wortgetreu niedergeschrieben; diese Niederschrift wurde der 2. Versuchsperson vorgelesen usw. bis zur 25. Versuchsperson. Schon bei dem Texte von 7 Worten erfolgten in 9 von 10 Reihen Veränderungen, die aber nicht als beliebige auftreten, sondern in beträchtlichem Maße übereinstimmen. Es ist also die Labilität eines Satzes nicht chaotisch, sondern gerichtet. Sehr viel stärkere Umformungen ergaben sich bei dem Text aus 14 Worten, deren Zahl sich in keiner der 10 Reihen erhalten konnte. Der Ausgangstext lautete: „Der Bäcker bäckt uns in der Nacht das Brot und ruht bei Tage aus.“ Als qualitative Veränderung tritt eine Angleichung der Präpositionen hervor, auf Grund deren sich dann die betreffenden Wendungen sehr viel konstanter erhalten als ohne diese. So wird sehr häufig „in der Nacht“ angeglichen in „bei Nacht“. Dem Sinne nach ungewichtige Satzteile, wie hier das „uns“, fallen leicht aus. Am auffallendsten ist die in 9 von 10 Reihen vorkommende Umformung der Art, daß der Bäcker bei Tage backt und nachts ruht. Die Labilität des Ausgangssatzes ergibt sich aus dem Widerspruch gegen die geläufige Färbung des Tages als Arbeitszeit, die hohe Konstanz des umgeformten Satzes aus der Übereinstimmung mit dieser. Da die Umformung in der Richtung auf den ausgezeichneten Sachverhalt durch Umstellung des Ausgangssatzes erreicht werden kann, setzt sie sich auch leicht und regelmäßig durch. Bei dem 3. Text von 20 Wörtern sind die vorkommenden Veränderungen noch stärker. Die Wortzahl wird zum Teil bis auf 8 vermindert. Wieder bestätigt sich die Labilität präpositionaler Wendungen. Auch hier fallen dem Sinne nach unwichtige Satzteile leicht aus, wichtige erhalten sich. Dies ergab sich auch bei Untersuchungen mit 2 längeren Geschichten. Die Verminderung der Wortzahl ist hier relativ geringer als bei den kurzen Sätzen, das Behalten ist also keine Funktion der Wortzahl. Ausfall, Umformung und Konstanz zentraler Teile wirken zur Konkretisierung zusammen. Die Angleichung tritt hier als Anpassung ganzer Geschehnisse auf. Der durch sie geleisteten Nivellierung wirkt eine Tendenz zur Gliederung entgegen, die durch scharfes, gebrochenes Absetzen im Erzählungsverlauf erreicht wird. *Rüssel (Leipzig).*

● **Schönfeld, Willy, und Karl Menzel: Tuberkulose, Charakter und Handschrift. Eine experimentell-statistisch graphologische Untersuchung an Heilstättenpatienten, durchgeführt in der Lungenheilstalt „Weinmannstiftung“ in Bokau b. Aussig a. E. (Chefarzt: Primarius Dr. Hugo Adler.)** Brünn, Prag, Leipzig u. Wien: Rudolf M. Rohrer 1934. 98 S. u. 25 Abb. RM. 5.—.

Die von einem Arzt und einem Graphologen gemeinsam durchgeführte Studie kommt zu dem Ergebnis, daß bei tuberkulösen Heilstättenkranken in Sonderheit bei den mittelschweren und schweren Fällen, einmal somatisch bedingte Schreibstörungen mit großer Häufigkeit auftreten (55%, wenn man die leichten Fälle ausnimmt). Es wird begründet, daß diese ihre 3 Hauptursachen in der körperlichen Schwäche, im Fieber und in Atemstörungen haben. Hervorzuheben sind unter diesen Symptomen mehrfach geknickte Grundstriche und Schleifen, Strichunterbrechungen, Zitter-

formen und gestützte Ruhepunkte, schwankende Zeilenführung und Strichweite. — Sodann können sehr unterschiedliche psychogene Schreibstörungen auftreten, die vom prämorbidem Charakter abhängig sind und sich weniger qualitativ als quantitativ voneinander unterscheiden. Von den vielseitigen reversiblen Schreibstörungen werden die weitgehende Auflösung — „Zerstückung“ — der Schrift und das Verschreiben mit Buchstabenauslassungen und -vertauschungen, Silben- oder sogar Satzteilwiederholungen als zweifellos geistige Abbauerscheinung hervorgehoben. Andererseits erscheint auch dem graphologisch wenig Geschulten die geistige Reifung und das seelische Wachsen an der Krankheit bei einem tuberkulösen Jugendlichen an Hand des gebotenen Anschauungsmaterials glaubhaft. — Die Arbeit bedeutet für den Gerichtsmediziner nicht nur eine Bereicherung der Schriftpathologie, über die Ref. u. a. kürzlich eine Übersicht gegeben hat, und interessante Charakterstudie tuberkulöser Heilstättenpatienten, sie verdient auch hinsichtlich der angewandten Arbeitsmethoden, der Umfanglichkeit des Materials und der Kritik in den Schlußfolgerungen Beachtung.

R. M. Mayer (Königsberg i. Pr.).

**Scheid, K. F.: Über senile Charakterentwicklung.** (*Dtsch. Forschungsanst. f. Psychiatrie [Kaiser Wilhelm-Inst.], München u. Psychiatr. Abt., Städt. Krankenh., München-Schwabing.*) Z. Neur. 148, 437—468 (1933).

An Hand von 3 ausführlich mitgeteilten Krankengeschichten erörtert Verf. die Frage der senilen Charakterentwicklung bei Menschen, die in ihrem praktischen Verhalten dement erscheinen, obwohl das Denken selbst und das Gedächtnis nicht nennenswert gestört sind. In allen 3 Fällen ist das Wesentliche der Veränderung in quantitativen Verschiebungen in dem System der Triebfedern oder Strebungen (Klages) zu sehen. Der Fortfall von Hemmtriebfedern läßt zum Teil abnorme Strebungen größere Bedeutung gewinnen; außerdem werden die Möglichkeiten „innerer Haltung“ (Zutt) in der senilen Erstarrung verringert. Die verständlichen Zusammenhänge bleiben in allen 3 Fällen gewahrt, dagegen sind für das quantitative Ausmaß der Verschiebung nur die kausal-körperlichen Zusammenhänge, d. h. der Altersprozeß verantwortlich zu machen. Zwischen normaler und pathologischer (prozeßhafter) Persönlichkeitsentwicklung finden sich fließende Grenzen. Während die Veränderungen im Strebungsaufbau, in der Artung des Charakters im Vordergrund stehen, findet nebenher eine Wandlung des Temperamentes statt, die für den Alterungsprozeß spezifisch ist: Der Mensch wird schwerbeweglicher und weniger leicht ansprechbar als früher. Die „Demenz“ liegt ganz und gar im Gebiet der Persönlichkeit; die patho-psychologische Analyse des „organischen Schwachsinn“ ist hier identisch mit der Zergliederung der senilen Charakterveränderung selbst. Aus dem Zusammenwirken von abnormer Charakteranlage, abnormer Charakterentwicklung und „Verknöcherung“ der Persönlichkeit ergibt sich die „Demenz“; hieraus werden die oft schwachsinnig anmutenden Denkprodukte und Handlungen begreiflich.

O. Kant (Tübingen).

**Villinger, Werner: Psychiatrische Begutachtung zweier jugendlicher Mörder (nebst den Urteilen und Urteilsbegründungen beider Instanzen).** (*Gesundheits- u. Fürsorgebehörde, Hamburg.*) Z. Kinderforsch. 42, 391—439 (1934).

Die Veröffentlichung enthält die in der Strafsache gegen 2 Schlosserlehrlinge, die ihren Meister ermordeten, von Verf. erstatteten Gutachten sowie 2 Nachgutachten, das Urteil des großen Jugendgerichts nebst Begründung und das Urteil der Berufungsinstanz nebst Gründen. Der Begutachter erklärte beide Täter trotz infantiler Züge und einer gewissen Beschränktheit für verantwortlich. Die Berufung stützte sich darauf, daß den Jugendlichen trotz ihrer geistigen Reife die Bestimmbarkeit des Willens, die der § 3 JGG. meine, gefehlt habe. Das Berufungsgericht ließ das Urteil der ersten Instanz zu je 10 Jahren Gefängnis unter Anrechnung der Untersuchungshaft bestehen.

H. Pfister (Bad Sulza).

**Brenneke, Hans: Ein kasuistischer Beitrag zur Psychologie des Mörders.** (*Landesheilanst. Nieleben, Halle a. S.*) Mschr. Kriminalpsychol. 23, 402—415 (1932).

Ein Raubmörder wird mit 25 Jahren trotz geschlossenen Indizienbeweises mangels Geständnisses freigesprochen. Er verschwindet aus der Gegend, kann in einem anderen Länderteil unbehelligt als Landarbeiter ein „stilles, fleißiges“ Leben führen, heiraten, eine eigene

Landstelle erwerben. Er scheint außer Gefahr zu sein. Da erzählt er seiner Frau, er habe einmal unter Mordverdacht gestanden und sei für die erlittene Untersuchungshaft nicht entschädigt worden. Sie erwiderte: Dann bleibe der Verdacht gegen ihn bestehen. Von da an findet er keine rechte Ruhe, wird mißmutig, trinkt, wird mitunter tätlich gegen die Familienmitglieder. Die Frau erzählt dem Sohn aus erster Ehe von den Andeutungen des Mannes, das Gerücht geht im Dorfe um. Er droht wiederholt, sich das Leben zu nehmen, bei solcher Gelegenheit legt er schriftlich seiner Frau das Geständnis des Raubmords ab. Eines Tages geht er mit dem eigenen Kinde von Hause weg, angeblich, um sich das Leben zu nehmen. Die Frau zeigt die Sache an. Er legt vor Amtspersonen ein volles Geständnis ab, mit allen Zeichen starken Affekts und mit beweiskräftigen Einzelheiten. Später sucht er zurückzuziehen, gibt sich zeitweise pseudodement. Vor Gericht passive Resistenz, dann verletzender Zynismus und Haß.

Es gelingt dem Verf. darzustellen, wie dieser seelisch „normale“, im ganzen primitive Mensch auf den Druck des Tatbewußtseins mit allerlei Ausweichversuchen, schließlich, da diese ihn nicht nachhaltig entspannen, mit dem Geständnis reagiert, danach aber wieder im Sinne des Selbsterhaltungstriebes gefaßt und zielstrebig wird. Mit Recht bezeichnet Brennecke es dennoch als unergründet, was über 10 Jahre lang in der Seele dieses Mannes vorging und ihn schließlich dazu brachte, selbst die alte Schuld ans Tageslicht zu ziehen.

Leppmann (Berlin).<sup>oo</sup>

**Révész, Béla:** Zur Psychologie der Moral Insanity. Allg. Z. Psychiatr. 100, 39 bis 45 (1933).

Béla Révész ergänzt in diesem Artikel einen anderen aus der Z. Neur. 108, 178. Er geht auf einzelne Seiten des Seelenlebens des moralisch Schwachsinnigen (m. I.) ein, und zwar zuerst auf die Triebe. Alles, was der m. I. tue, sei maßlos. Die Ursache dieser Maßlosigkeit seien 1. die zu starken Triebe und 2. die zu schwachen Hemmungen. 2. geht er auf die Stimmung ein. Sowohl die gehobene Stimmung ist beim m. I. eine intensivere als beim Normalen als auch die depressive; mit anderen Worten, es wird auf die starke Stimmungs labilität und die starke Ausschlagsbreite nach den äußersten Polen verwiesen. Als 3. Punkt wird die unerschöpfliche Eitelkeit des m. I. diskutiert. Im 4. Absatz werden sonstige soziale Defekte kurz gestreift, und es wird dann anschließend die Frage der Möglichkeit einer Therapie erörtert und etwas über das Wesen der m. I. gesagt. Wesentlich neue Gesichtspunkte bringt die Darstellung kaum. (Vgl. diese Z. 10, 700.)

Pönitz (Halle a. d. S.).<sup>o</sup>

**Odobesco, Grégoire I., et H. Vasilescu:** Schizophrenie et neurosyphilis. (Schizophrenie und Neurosyphilis.) Ann. méd.-psychol. 91, II, 652—665 (1933).

Mitteilung dreier Krankheitsgeschichten: 1. Schizophrenie, die in Schüben verläuft. Während einer Remission Neurosyphilis, antiluische Behandlung. Keine neuen Erscheinungen von seiten der Schizophrenie. 2. Paralyse mit schizophrenem Zustandsbilde. Tod. 3. Schizophrenes Zustandsbild mit positiven Liquorreaktionen. Antiluische Behandlung. Remission. Beziehungen zwischen Schizophrenie und Neurosyphilis lassen sich in keinem dieser Fälle nachweisen, auch sonst sollte man vorsichtig sein.

Arno Warstadt (Berlin-Buch).<sup>o</sup>

**Carp, E. A. D. E.:** Über den Zusammenhang zwischen schizoider Psychopathie und schizophrenem Prozeß. (Psychiatr. Clin., Univ., Leiden.) Nederl. Tijdschr. Geneesk. 1933, 5759—5765 u. dtsh. Zusammenfassung 5765 [Holländisch].

Bei einer Giftwirkung — sei es durch Einverleibung eines Giftes, sei es durch Krankheit — sieht man eine allgemeine, supraindividuelle Wirkung (vermutlich auf eine allgemein verbreitete Disposition beruhend), und andere Reaktionsformen, die vielmehr einen individuellen Charakter zeigen (Jelgersma, Bonhoeffer: exogene Reaktionsformen). Letztere sind Folge eines geringeren Widerstandes des kranken Individuums gegen das wirkende Gift. Die individuellen Veränderungen zeigen sich bereits bei einer kleinen Menge des Giftes; die allgemeinen Veränderungen der Geistesfunktionen, wie Störungen in der Aufmerksamkeit, baldige Geistesermüdung usw. erheischen, wie die Klinik lehrt, längerdauernde Einwirkung des Giftes oder eine stärkere Konzentration. Die Reaktion im Sinne des kleinsten Widerstandes, die individuelle Reaktion geht den allgemeinen, exogenen Reaktionsformen voran. Bei Arteriosclerosis cerebri und bei Dementia senilis sieht man vorerst die Veränderungen in den Persönlichkeitsreaktionen, später die allgemeinen und supraindividuellen Störungen

der verschiedenen Geistesfunktionen, die dann allmählich die Persönlichkeitsreaktion überwuchern, daher in den weiteren Stadien bei den verschiedenen Fällen eine stets größere Einförmigkeit. Diesen Gesichtspunkt nun wendet Verf. an bei der in ihrem Wesen noch gänzlich unbekanntem Schizophrenie. Schizophrene Psychosen zeigen manchmal im Anfang das Bild eines hysterischen, zwangsneurotischen, angstneurotischen oder hypochondrisch-melanchotischen Symptomenkomplexes, wobei sich allmählich Beziehungen (c. q. Beeinflussungs-) Gedanken und verschiedene andere Erscheinungen anschließen. Wie erklärt man es, daß ein schizophrener Prozeß sich oft lange Zeit hinter einem neurotischen Zustandsbild verstecken kann? Es ist möglich, daß der schizophrene Prozeß durch eine Änderung der Verhältnisse in der Persönlichkeitsstruktur den Boden bereitet für die Entwicklung einer neurotischen, c. q. psychopathischen Reaktionsform: desto eher wenn die Persönlichkeitsstruktur sich in einem Stadium geringerer Festigkeit verkehrt, wenn Gleichgewichtsverschiebungen in der Persönlichkeit vorwalten (Pubertät, Involution). Es ist nicht der Inhalt, sondern die formelle Ausarbeitung des Inhaltes, die das Wesentliche ist einer bestimmten, neurotischen Reaktionsform. Wenn man mit Kahn nur die überwiegend aktiv- oder passiv-autistische, von der Erfahrung der Außenwelt abgekehrte und ihrem eigenen „Ich“ zugekehrte Persönlichkeiten, mit einer Disposition zu schizophrenen Reaktionen schizoid nennt, und sie längere Zeit beobachtet, kann man sich schwerlich dem Gedanken entwinden, daß diese Leute Schizophrene sind, deren Symptome sich beschränken zu einer abweichend gestalteten Persönlichkeitsstruktur. Verf. meint, daß da der bereits latent bestehende schizophrene Prozeß im Anfang nur die sich ausbildende Persönlichkeitsstruktur beeinträchtigte und auf diese Art und Weise eine psychopathische Persönlichkeit bildete. Verf. betrachtet also den schizoiden Psychopath vielmehr als an schizophrener Psychose leidend, der sich aber im Stadium befindet, wo nur noch Reaktionen im Sinne des geringeren Widerstandes (Persönlichkeitsstruktur) das Krankheitsbild kennzeichnen.

*F. Geelen (Uithoorn).*

**Betzendahl, Walter: Über maskierte Verrücktheit und ihre sozialen Folgen. Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung gewisser degenerativer Besonderheiten. Allg. Z. Psychiatr. 100, 141—185 (1933).**

Es handelt sich um die Darstellung eines interessanten Falles, der vielen Berliner Fachärzten bekannt sein dürfte (z. Z. befindet sich die Patientin in Behandlung des Ref.). So lange die jetzt 49jährige Frau in nervenärztlicher Behandlung steht, so lange bestehen differentialdiagnostische Schwierigkeiten in der Auffassung des Krankheitsbildes. Unser Autor möchte die Kranke zu den Schizophrenen zählen; sie ist von verschiedenen Untersuchern als manisch-depressive, als degenerative Psychopathin, als Zwangsneurose usw. aufgefaßt worden. Der Versuch, schizophrene Kardinalsymptome bei der Patientin aufzuzeigen, scheint uns nicht geglückt, so daß wir es für keine Bereicherung im Kampf um die Klärung des Schizophreniebegriffes halten möchten, wenn derartige Fälle ohne zwingende Gründe dieser Krankheitsgruppe eingeordnet werden. Einzelheiten des Krankheitsfalles zu schildern, überschreitet die Grenzen eines Referates; die tiefenpsychologischen Deutungsversuche des Autors, die allerdings zuweilen durch eine schwierige Wortwahl des Verf. die notwendige Klarheit vermissen lassen, machen den Artikel lesenswert. Insbesondere sei das Studium der Arbeit denen empfohlen, die sich für die „sozialen Folgen“ einer komponierten Psychose, für das Problem des „folie à deux“ und für die psychologische Reaktion des einen Ehepartners auf eine geistige Erkrankung des andern interessieren.

*Hanns Schwarz (Berlin).*

**Hoeven, H. van der: Die gerichtliche Bedeutung der manisch-depressiven Psychosen. (Niederländ. Vereinig. f. Psychiatrie u. Neurol., Utrecht, Sitzg. v. 17. XII. 1932.) Psychiatr. Bl. 37, 498—510 (1933) [Holländisch].**

Verf. gibt seiner Meinung Ausdruck, daß manisch-depressive Psychosen selten forensische Bedeutung erlangen. Im wesentlichen bespricht er nur einige besondere Fragen, so zunächst die des Selbstmordes. Er geht die Stellung der Gesetze zum Selbstmord von den Zeiten des Altertums an historisch durch, sagt aber selbst, daß die Frage der Strafbarkeit des Selbstmordes für die Melancholischen bedeutungslos sei. Für diese weist er auf den Gewissenskonflikt des Arztes hin, der entscheiden soll, ob die für den Kranken oft quälende Anstaltsunterbringung erfolgen müsse. Auch dem Familienmord

wendet er seine Aufmerksamkeit zu. Dann kommt er zu den Selbstbeschuldigungen der Melancholischen, welche erst durch die psychoanalytischen Begriffe des Strafbedürfnisses und Geständniszwanges wieder ans Tageslicht geholt worden seien. Allerlei Überlegungen knüpft er an die Frage, weshalb man überhaupt auf Sünde Strafe folgen lasse, weshalb nicht einfach Wiedergutmachung des angestifteten Übels. Er spricht im Anschluß daran über archaische Reaktionen und die Auffassung, daß Rache ursprünglich ein Schutzreflex sei. *H. Müller (Dösen).*

**Calasans, José Julio de: Dissimulation? Remission? Lucider Intervall? Diskussion über einen Fall von manisch-depressivem Irresein.** (*Hosp. São João de Deus, Bahia.*) Arch. Inst. Nina Rodrigues 11, Nr 1/2, 121—126 (1933) [Portugiesisch].

Beim manisch-depressiven Irresein gibt es lucide Intervalle. Der vorliegende Fall indessen bot eine unvollständige Remission, indem zwar die größten Symptome geschwunden waren, leichtere Symptome aber, wie Heiterkeit, Schlaflosigkeit und Illusionen weiter bestanden. Von einer Dissimulation konnte nach Verf. keine Rede sein. *Ganter (Wormditt).*

**Carlier: Obsession homicide.** (Zwanghafter Mord.) J. belge Neur. 33, 522 bis 526 (1933).

Mitteilung eines interessanten Falles, der dadurch ungewöhnlich erscheint, daß sich zwangsartig auftretende, sinnlose Mordimpulse einmal in die Tat umsetzen und zur grausamen Tötung eines Menschen führen. Es handelt sich bei dem Täter um einen Mann, der von Jugend auf abnorme Züge (im Sinne des Erregbar-Epileptoiden, Asozialen) aufweist und seit dem 18. Lebensjahr an periodisch auftretenden, mit Verstimmung, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit einhergehenden Antrieben der erwähnten Art leidet. Er scheint diese Antriebe tatsächlich in der Erlebnisweise des Zwanges zu haben, sich ihnen zu widersetzen, seine Isolierung zu verlangen, wenn er den Zwang herannahen spürt, sein Messer zu zerbrechen und zum Fenster hinauszuerwerfen. Der Verf. betont seine sonstige geistige Unversehrtheit, das Fehlen einer Demenz. Er bezeichnet ihn als „être dégénéré“, versucht aber keine nähere Erklärung des Zustandekommens der Mordsucht. *W. v. Baeyer (München).*

**Pilez, Alexander: Die forensische Bedeutung und Begutachtung der Epilepsie.** Wien. med. Wschr. 1933 II, 1421—1424.

Verf. bespricht in diesem Vortrag auf einem Amtsärzte-Fortbildungskurs die wesentlichsten Erscheinungen der Epilepsie und erörtert an Hand der österreichischen Gesetzesbestimmungen kurz ihre strafrechtliche Seite, ihre Renten- und Invaliditätsbegutachtung, das Problem der künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung, deren Indikation er bei Status epilepticus im Gegensatz zu Wagner-Jauregg anerkennt, sowie abschließend einige zivilrechtliche Fragen. *Hans Baumm (Königsberg i. Pr.).*

**Marchand, L.: L'automatisme ambulatoire épileptique.** (Epileptische Wanderzustände.) Ann. méd.-psychol. 91, II, 609—651 (1933).

Marchand faßt unter dem Begriff automatischer Handlungen Epileptischer alle geordneten und ungeordneten psychomotorischen Äußerungen zusammen, die unvermittelt kommen und vorübergehen, die unabhängig von Willenseinflüssen sind und in der Regel mit Erhaltensein der höheren Hirnleistungen, aber nachfolgender Amnesie einhergehen. Die Wanderzustände sind gewissermaßen kurz dauernde „Fugue“-zustände, welche Bezeichnung M. kritisiert, da es sich ja nicht um Flucht handle, sondern um ein zielloses Gehen und Reisen. Nach kurzer Erwähnung besonders älterer Literatur berichtet Verf. über eigenes Material (1052 Epilept. 571 ♂ und 481 ♀), davon hatten Wanderzustände 48 Männer (= 8,2%) und 21 Frauen (= 4,3%). Im einzelnen teilt Verf. seine Fälle ein in 3 Gruppen: 1. Wanderzustände bei manifest epileptischen Kranken; 2. Wanderzustände, die dem ersten Krampfanfall vorausgehen; 3. Wanderzustände ohne sonstige anfallsartige Zustände (die II. und III. Gruppe betreffen nur je 3 und 2 Kranke). Tabellen unterrichten über das Lebensalter zur Zeit des ersten Wanderzustandes (einmal mit 49, einmal sogar mit 59 Jahren, nachdem schon seit dem 15. bzw. 27. Jahr Krampfanfälle bestanden; andererseits gingen Ausnahmezustände den Krampfanfällen 8—16 Jahre voraus); sowie über die Dauer dieser Attacken (24 von 52 einige Minuten bis 1/4 Stunde; 15 mehr als 1 Stunde, darunter einer 24 Stunden). Eine klinische Schilderung dieser Ausnahmezustände bietet nichts Neues. Verf. ist der Meinung, daß die Abgrenzung besonders gegenüber den hysterischen Dämmer-

zuständen von scheinbar ähnlicher Symptomatologie möglich sei, auch in den relativ seltenen Fällen, in denen sie die einzigen Erscheinungen einer Epilepsie darstellen. Forensisch interessant sind sie auch deshalb, weil sie häufiger zu Vergehen als zu Verbrechen (besonders solcher brutaler Art) führen, und weil Zurechnungsunfähigkeit auch dann anzunehmen ist, wenn das Verhalten während der Ausnahmezustände äußerlich geordnet war.

Walther Jahrreiss (Köln).

**Levin, Max: Military aspects of narcolepsy, with remarks on the pathogenesis of narcolepsy and on fatigue.** (Narkolepsie im militärischen Beruf mit Bemerkungen über die Pathogenese von Narkolepsie und Ermüdung.) *J. of Neur.* 14, 124—131 (1933).

Narkoleptische Zustände, die nicht selten vorkommen bei Soldaten, sucht Verf. in Parallele zu setzen zu Pawlows bedingtem Reflex. Wenn der Soldat auf Wache steht, muß er dauernd achten auf die Bewegungen der Feinde. Die kleinen Geräusche, die ständig an sein Ohr dringen, bedeuten keine Gefahr sowie keinen Anlaß zur Handlung. Dieses monotone Ertragen der Geräusche bedingt eine Hemmung über einen großen Teil der Hirnrinde, die Schlaf zur Folge hat. Ähnlich erklären sich die Schlafzustände beim Bombardement und beim Verweilen im Schützengraben. Beim Bombardement ist es die Unterdrückung des steten Dranges, fortzulaufen aus der Gefahrzone, welche durch Hemmung der Hirnrinde Schlaf erzeugt. Im Schützengraben wirkt die monotone Lebensgestaltung, welche den Drang zum Nahkampf nicht zuläßt, als bedingter Reflex für Schlaferzeugung. Verf. meint, daß im Zivil- und Militärleben öfter durch Unterdrückung starker Impulse Ermüdung und Schlaf hervorgerufen wird. Hypnagogische Halluzinationen und Schlafähmung werden hervorgerufen durch teilweise Hemmungen der Hirnrinde.

Gierlich (Wiesbaden).

**Kaufman, Irene W.: Die Schrift der Paralytiker vom psychiatrischen Standpunkte.** (*Nervenabt., Graf Apponyi-Poliklin., Budapest.*) *Psychiatr.-neur. Wschr.* 1933, 517 bis 520.

Verf. will prüfen, ob sich in der Schrift des Paralytikers neben dem Grade der Schädigung des Zentralnervensystems in einem mehr oder minder erkennbaren Grade auch die in ihrer Kondition mitenthaltene Bereitschaft und Tätigkeit dieser Apparate verrät, auf bestimmte, die Änderung der krankhaften Kondition bezweckende Einwirkungen (z. B. Fieberserien) wieder mehr oder minder arbeitstüchtig zu werden. Die Untersuchungen seien aufschlußreich, aber wenig zeitraubend. Verf. unterscheidet bei den Schreibfehlern: 1. vornehmlich subcorticale Faktoren, und zwar gröbere (Ataxie, Tremor) und feinere qualitative Störungen (dynamische Störungen, Störungen der Buchstabenverbindung, der Buchstabengröße, der Größe der Grundstriche, der Linienführung, der Richtung von Buchstaben, Wörtern und Zeilen. 2. Vornehmlich corticale bzw. psychocorticale Schriftfaktoren, und zwar Auslassungen, Zusetzungen, Vertauschungen von Wörtern, Silben, Buchstaben (-teilen), Schriftzeichen, Akzenten, Fehler der Rechtschreibung, quantitative, homogene und perseverative Hemmungen. Ineinanderfließen von benachbarten Worten, Zerfall der Worte, Kontinuität, Störungen der Richtigkeit der Satzkonstruktion, Korrekturen. Aus dem Vergleich der Schriften von Paralytikern und Gesunden ergab sich folgendes: Spezifisch paralytische Schreibfehler, die ausschließlich bei Paralytikern und bei keinem Normalen oder auch bei keinem sonstigen Gehirnkranken vorkämen, scheint es nicht zu geben. Die verschiedenen subcorticalen Fehler kommen bei Normalen, meist bloß entweder der eine oder andere, mit der Häufigkeit von 4—28% bei Paralytikern unverhältnismäßig öfter, dabei aber die verschiedenen Arten bei den einzelnen Patienten gehäuft und in ihren schweren Graden, wie solche bei den Normalen bloß ganz ausnahmsweise zu finden waren, vor (Ataxie, höchst auffällige pathologische Schwankungen der Buchstabengröße auch innerhalb einzelner Worte, Tremor und arge dynamische Störungen usw.). Von den corticalen Fehlern kamen das Konfluieren benachbarter Worte, das Auslassen von Silben und Worten usw. bei den Schriftproben von 50 Normalen überhaupt nicht vor. Charakteristisch ist bei den Paralytikern die gleichzeitige

Dominanz der verschiedenen Fehler. Kein Paralytiker zeigte eine fehlerlose Schrift, aber auch bei 50 Normalen war die Schrift bloß in 30 Fällen völlig fehlerfrei. — Keine wesentliche, pathologisch zu nennende Veränderung zeigten die Paralytiker in 10%, geringfügige Veränderungen in 30%, schon wesentlichere in 27%, hochgradige Störungen in 33,3%. — Aus dem Ergebnisse der Schriftprobe vor der Behandlung läßt sich mit einer nicht unbeträchtlichen Wahrscheinlichkeit auf den Eintritt einer Besserung, ja auch auf den Grad derselben nach der Fieberbehandlung folgern. Lehrreich sind auch die Zusammenhänge der postfebrilen Besserung der Schrift mit der postfebrilen Besserung der sonstigen geistigen Fähigkeiten. — Alle untersuchten Fähigkeiten zeigen nach der Behandlung eine merkliche Koinzidenz des Grades ihrer Besserung mit derjenigen der Schrift. Am auffälligsten ist dieser Zusammenhang beim unmittelbaren Gedächtnisse für logische Wortverbindungen, wo sich die Leistung der am besten Schreibenden auf rund 90% erhöht, diejenige der am schwächsten Schreibenden im Durchschnitte bloß 24% betragen hatte. Einen Parallelismus beinahe des nämlichen Grades zeigt auch das Verhalten des konservativen Gedächtnisses im Vergleiche zur Besserung der Schrift. — Infolgedessen hält Verf. die Untersuchung der Schrift für ein recht brauchbares Hilfsmittel der feineren Diagnostik und Prognostik des Krankheitsverlaufes bzw. des Zustandes des höheren Nervensystemes vor und nach der Fieberbehandlung.

*Buhtz* (Heidelberg).

**Stewart, R. M.:** *Juvenile types of general paralysis.* (Juvenile Typen der progressiven Paralyse.) (*Ment. Hosp., Leavesden.*) *J. ment. Sci.* **79**, 602—613 (1933).

Vorwiegend referierend gehaltener Aufsatz, ohne detaillierte Krankheitsgeschichten persönlicher Beobachtung; doch berichtet Verf. im Texte auch gelegentlich über persönlich beobachtete Fälle. Beiläufig 1% aller kongenital-luischer Kinder erkrankt an Paralyse. Beginn gewöhnlich zwischen dem 10. und 16. Lebensjahre; Dauer länger als bei der Paralyse der Erwachsenen (in einem eigenen Falle mit Opticusatrophie 11 Jahre). Kongenital-syphilitische Stigmen können vollständig fehlen und sind nach den eigenen Erfahrungen des Verf. nicht häufig. Gewöhnlich besteht allgemeine körperliche Entwicklungshemmung oder Infantilismus. Gegenüber der Paralyse der Erwachsenen sind Herdsymptome, absolute Pupillenstarre, Opticusatrophie und tabetische Symptome häufiger. In psychischer Hinsicht können 2 Hauptgruppen unterschieden werden, eine mit geistiger Defektuosität von Geburt an, eine andere mit ursprünglich normaler geistiger Entwicklung. Von 14 eigenen Fällen gehörten 8 der 1., 6 der 2. Gruppe an. Zumeist einfache Demenz, selten sind Größenideen und paranoide Wahnideen (ein 16jähriger Knabe eigener Beobachtung, mit Fröhlichem Typus, äußerte die Wahnvorstellung, vom Teufel besessen zu sein). Humorale Befunde wie bei der Paralyse der Erwachsenen; nur scheint die Zellvermehrung nach den persönlichen Erfahrungen des Verf. weniger ausgesprochen zu sein; in 9 eigenen Fällen unter 50. In den inneren Organen konnten niemals von Verf. Spirochäten nachgewiesen werden, wohl aber im Liquor. Von pathologisch-anatomischen Befunden sind vor allem die Großhirnhemisphärenatrophie, Status spongiosus der Hirnrinde, Atrophie der Kleinhirnwindungen und zweikernige Purkinjesche Zellen hervorstehend (4 Photographie im Texte). Vorzeitige atheromatöse Veränderungen in den Carotiden beobachtete Verf. auch bei Fällen juveniler Paralyse, ferner Zeichen chronisch-interstitieller Hepatitis, chronisch entzündliche Veränderungen im Pankreas und den endokrinen Drüsen. Kombinierte Malaria-Arsen-Therapie wenig erfolgreich. *Alexander Pilcz.*

**Ferrière, G.:** *À propos d'un cas atypique de paralysie générale dite traumatique.* (Über einen atypischen Fall von sog. traumatischer Paralyse.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. XI. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **13**, 588—591 (1933).

Verf. berichtet von einem 36jährigen Mann, der mit 21 Jahren sich luisch infizierte, ungenügend behandelt wurde, seit Anfang 1932 abmagerte, reizbar und explosiv wurde. Ende 1932 gelang es ihm als gewiegtem Chauffeur mit äußerster Mühe das Überfahren zweier Passanten zu verhüten. Dabei erlitt er einen gewaltigen „Shock“, sprang in äußerster Erregung aus dem Wagen, schimpfte auf die Fußgänger, auf die Polizei, rief nach einem Revolver, um

die Leute umzubringen und äußerte phantastische Größenideen. Er wurde in ein Krankenhaus eingeliefert. Es fanden sich Pupillenstörungen, eine dysarthrische Sprache, Reflexdifferenzen und positive Liquorbefunde. Man stellte die Diagnose Taboparalyse. Nach einer Fieberbehandlung verschwanden die psychischen Störungen. Auch der Liquor war nach kurzem weitgehend gebessert. Verf. meint, „das Trauma hat Delirium und Erregung unmittelbar manifest werden lassen“; man könne auf Grund dieses Falles von einer neuen Form posttraumatischer Paralyse sprechen und müsse die Rolle des Psychischen beim Zustandekommen des Bildes berücksichtigen. — In der Aussprache wird abgelehnt, den vorliegenden Fall von progressiver Paralyse traumatisch zu nennen.

*Paul Kopp (München).*

**Claude, Henri, et Pierre Masquin: Le devenir des paralytiques généraux malarisés. Expérience de neuf ans de malariathérapie.** (Das Schicksal der mittels Malaria behandelten Paralytiker. Erfahrung über 9 Jahre Malariatherapie.) (*Clin. des Maladies Ment., Univ., Paris.*) Presse méd. 1933 II, 2005—2010.

Verff. verfolgten katamnestisch 320 Fälle männlicher Paralyse, welche in den Jahren 1924 bis September 1932 der Malariatherapie unterworfen worden waren. Die unmittelbaren Resultate (selbstverständlich für jedes Jahr speziell zusammengestellt) waren 13,2% Voll-, 21,2% gute, 28,4% mittelmäßige Remissionen, 32,8% Mißerfolge, 4,4% Todesfälle. Die entsprechenden Ziffern lauten bei Abschluß der Katamnesen: 23,6%, 17,6%, 17%, 18% und 23%. Es ergibt sich daraus vor allem wieder eine Bestätigung der schon seinerzeit von Wagner-Jauregg wiederholt hervorgehobenen Erfahrungsbeobachtung, daß die Remissionen öfters noch recht spät, nach anfänglichem anscheinendem Mißerfolge, sich entwickeln können (Ref.). Besonders beachtenswert scheinen die Ergebnisse der katamnestischen Nachforschungen bei den einzelnen Gruppen der in der Rubrik „unmittelbare Ergebnisse“ geführten Fälle. Aus der Gruppe der Vollremissionen (42) standen noch 33 auch bei Abschluß der Beobachtung in diesem Zustande, 1 Fall war gestorben, 1 progredient. Von der Gruppe der guten Remissionen gelangten 38% zu einer vollen Remission, 45% zu einer mittelmäßigen, 4% wurden verschlechtert, 6 Todesfälle. Gruppe III (mittelmäßiger Erfolg unmittelbar nach der Behandlung) wies zum Schluß folgende Ziffern auf: 10,3% Voll-, 20,6% gute, 34,5% mittelmäßige Remissionen. 14% kein Erfolg, 20,6% Todesfälle; die entsprechenden Zahlen lauten endlich bei der IV. Gruppe (unmittelbar als Mißerfolg gebucht): 6,4% gute, 14,8% mittelmäßige Remission, 34% kein Erfolg, 44,8% Todesfälle. Rezidive waren bei den ursprünglich als Vollremissionen geführten Fällen nur selten und sehr spät zu beobachten, bei den guten Remissionen in 17% schon gegen Ende des 1. Jahres, bei den mittelgradigen Remissionen in 34%, wovon in 20% schon während des 1. Jahres. Besonders beachtenswert ist auch ein Vergleich der Ergebnisse dieses Irrenanstaltsmaterials mit den Resultaten, welche dieselben Beobachter bei einem Material von 47 (1925—1932) in der Privatpflege behandelten Patienten verzeichnen konnten. 56% Vollremissionen, 10% gute, 7,4% geringgradige, stationär gewordene Fälle, 2,6% (1 Fall) erfolglos, 12% Todesfälle, 12% Rezidive. Im allgemeinen geben initiale und manische Formen die beste Prognose. Die Zahl der Kontraindikationen schrumpfte bei entsprechender Vorsicht immer mehr zusammen; so wurden auch Aortiker, Leberkranke, Tuberkulöse und Gravide der Malariatherapie unterzogen. Anschließend lange fortgesetzte antiluische Behandlung. Die Malariatherapie ist die einzige wirksame Paralysebehandlung und muß in jedem Falle mit der Stellung der Diagnose auch sofort, ohne Zögern und ohne die Zeit mit anderen Behandlungsversuchen zu verlieren, eingeleitet werden. 6 Tabellen und 4 Abbildungen im Text veranschaulichen die Resultate.

*Alexander Pilcz (Wien).*

**Eidelberg, Ludwig: Zur Theorie und Klinik der Perversion.** Jb. Psychiatr. 50, 255—278 (1933).

An der Hand zweier analytischer Anamnesen wird festgestellt: Bejahung einer perversen Handlung ist nicht gleich Bejahung des Partialtriebes, vielmehr ist die perversen Handlung das Ergebnis eines Konfliktes zwischen Ich und Es (Kompromiß von Triebbefriedigung und Triebversagung). Triebbefriedigung bleibt maskiert, der wahre Inhalt unbewußt. Die Es-Befriedigung erfolgt aber im Gegensatz zur Neurose im Orgasmus. Daneben fallen Allmachtswünsche auf. Perverse und Neurotiker wehren also den Partialtrieb ab; sie unterscheiden sich nur

im Verhalten des Ichs zur Abwehr. Während in der Neurose das Symptom als Fremdkörper betrachtet wird, wird die perverse Handlung vom Ich bejaht. Hier wird aber der kindliche Größenwahn weitgehendst berücksichtigt. *Leibbrand* (Berlin).

**Ribeiro, Leenidio: Un cas de grand sadisme.** (Ein Fall von schwerem Sadismus.) (*Inst. d'Identification, Rio de Janeiro.*) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 13. XI. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* **13**, 592—598 (1933).

Febronio, ein Neger-Indianerbastard, kam 1912 nach Rio de Janeiro als Dentist und Heilpraktiker. F. war schon bestraft wegen Diebstahl, Betrügereien, Vertrauensbruch, Kurpfuscherei. 9mal vorbestraft. F. pflegte Jünglinge in entlegene Gegenden zu führen, um — unter Bedrohung mit einem großen Messer — pädcastische Akte vorzunehmen. Als Dentist hatte er die Gewohnheit, mehrere Zähne auf einmal zu ziehen. Einmal nutzte er einen Augenblick aus, in dem der Patient unaufmerksam war, und schnitt in eine Cyste unter der Angabe, die Operation sei dringend notwendig. Ein anderes Mal versuchte er in einem Krankenhaus einen 20jährigen jungen Mann Gewalt anzutun in Gegenwart anderer Kranker; als diese dazwischentrat, wurde er sehr heftig, warf sein Opfer auf den Boden und trat es derart mit den Füßen, daß der junge Mann infolge innerer Verletzungen am nächsten Tage starb. Im Jahre 1928 beging F. unter gleichartigen Umständen Morde an 2 Jünglingen, die er in einen Wald gelockt hatte. Dort hatten sie sich nackt ausziehen müssen, um an Brust und Rücken tätowiert zu werden, dann hatte er sie erwürgt. Durch einen Traum wollte F. berufen sein, ein Buch zu schreiben, dem er den Titel gab: „Offenbarungen des Feuerprinzen“. Die Gutachter sahen F. als einen konstitutionellen Psychopathen an mit zwangswesisen sadistischen Neigungen, er wurde als unzurechnungsfähig erachtet, aber — als gemeingefährlich interniert. Abbildungen von F., seinen Tätowierungen, verschiedenartiger Unterschriften und der Fingerabdrücke vervollständigen den Bericht; auch eine Traumfigur ist wiedergegeben. Bei uns hätte man vermutlich nicht auf § 51 erkannt, eine eigentliche Seelenstörung lag sicher nicht vor. *Röper.*

**Fraulini, Mario: Un singolare caso di tricotillomania.** (Ein besonderer Fall von Trichotillomanie [zwangsmäßiges Herausreißen der Haare.] (*Laborat. Scient., Lazzaro Spallanzani*“, *Istit. Psychiatr. di S. Lazzaro, Reggio Emilia.*) *Arch. ital. Dermat.* **10**, 231—244 (1934).

Die echte Trichotillomanie, ohne Pruritus, kommt als zwangsmäßige neurotische Erscheinung bei Neurotikern und Geisteskranken vor. Sie tritt meist anfallsweise auf, kann aber viele Jahre hindurch anhalten. Die symptomatisch bei einigen Krankheiten vorkommende und dann meist mit Pruritus verbundene T. wird als Pseudotrichotillomania Coppola bezeichnet. In dem beschriebenen Fall waren die nachgewachsenen Haare an allen den Stellen, wo sie vorher herausgerissen waren, vollständig pigmentlos geworden. Diese Tatsache veranlaßt den Verf. zu der Annahme, daß für das Herausreißen und die Entfärbung ein und derselbe Faktor verantwortlich zu machen ist, nämlich eine nervöse trophische Störung in der Pigmentierung der betreffenden Region. Fälle von Entfärbung nach traumatischer Alopexie sind schon früher beschrieben worden; Julius Mayr-München nimmt Lufttritt in das verletzte Haar als Ursache der Entfärbung an, die später zurückgeht. In dem beobachteten Fall dagegen blieb die Pigmentlosigkeit dauernd bestehen. Ferner war in der depilierten Zone Hyperästhesie und Hyperalgesie vorhanden, was ebenfalls auf eine nervöse Funktionsstörung der Pigmentbildung hinweist. *Liquori-Hohenauer* (Rom).

**Moene, Ivar: Fremdkörper im Verdauungskanal.** (*Kir. Avd., Haukeland Sykeh., Bergen.*) *Norsk Mag. Laegevidensk.* **94**, 1229—1241 (1933) [Norwegisch].

6 Fälle. 1. 26jähriger Mann, der  $1\frac{1}{3}$  Blechdeckel von Malerbüchsen, Schrauben verschiedener Art, Hosenschellen, Aluminiumstreifen, Spiegelstücke und eine Uhrkette verschluckt hatte. Der Abgang der letzteren entpuppte ihn als Dieb. Gastrotomie und Entfernung der Fremdkörper. — 2. 29jähriger Schuster. Teilweise Abgang per vias naturales. Da Röntgen den größten Teil des Magens voll von Metallschatten zeigte, wurden durch einen 3 cm langen Gastrotomieschnitt mit Hilfe eines Stabmagnets sämtliche Fremdkörper entfernt, und zwar 797 Teile: 3 Metallrollen, 8 Schrauben, 61 große Nägel, 86 Pumpspiker, 639 Zwecken. — Fall 3. 57jährige Frau. 20 cm lange Stricknadel im Magen, an dem einen Ende umgebogen und gegen den Pylorus gelegen. Laparotomie. Das spitze Ende der Nadel wurde durch die Magenwand gespießt und so die Nadel entfernt. — Es werden außerdem 3 Fälle erwähnt von Nähnadeln im Verdauungskanal. In 2 Fällen hatten die Nadeln perforiert, ohne Symptome zu geben. Sie wurden operativ entfernt. Im 3. Fall waren 10 Nadeln verschluckt, 2 wurden entleert. Eine Nachuntersuchung etwa  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach Verschlucken der Nadeln zeigte röntgenologisch sämtliche 8 Nadeln wie früher teils im Magen, teils in den Därmen und teils wahrscheinlich außerhalb des Verdauungskanals gelegen. Patientin war symptomfrei und arbeitsfähig. *Koritzinsky* (Trondheim).

**Konečný, Jan: Fremdkörper im Verdauungstrakt.** *Čas. lék. česk.* **1933**, 1458 bis 1460 [Tschechisch].

Bericht über 3 Fälle von Fremdkörpern im Verdauungstrakte, welche durch Verschlucken

hineingelangt waren, und wo in keinem Falle die Verletzten angaben, daß sie etwas verschluckt hätten. Im 1. Falle fanden sich bei einer Näherin, welche über Schmerzen im Magen klagte und bei der eine Schmerzhaftigkeit über dem rechten Rippenbogen nachzuweisen war, röntgenologisch im Magen und Duodenum 10 Nadeln, von welchen zwei durch das Duodenum in die Leber reichten und hier Abscesse hervorriefen. Operation, Heilung. — Im 2. Falle, wo ein 44jähriger Mann mit Schmerzen in der Gallenblasengegend zur Operation kam, fand sich röntgenologisch ein 15 cm langer Löffelstiel im Duodenum. Operation, Heilung. — Im 3. Falle, der nach längerer Beobachtung mit einem Infiltrat in der Ileocoecalgegend zur Operation kam, war ebenfalls ein Löffelstiel, aber im Ileum vor der Bauhinischen Klappe. Entfernung desselben, Exitus unter den Zeichen von Herzschwäche. *Haim* (B. Budweis).

**Lendrum, Frederick C.: A thousand cases of attempted suicide.** (1000 Fälle von versuchtem Selbstmord.) *Amer. J. Psychiatry* **13**, 479—500 (1933).

Verf. berichtet über 1000 unzweifelhafte Selbstmordversuche, die in einem Spital in Detroit von Ende 1927 bis Anfang 1930 zur Beobachtung kamen. Davon endeten allerdings 72 noch im Spital tödlich. Während unter den erfolgreichen Selbstmördern die Männer über  $\frac{3}{4}$  ausmachen, waren unter den 1000 Eingelieferten 363 Männer und 637 Frauen (nach Abzug der noch Gestorbenen ein Verhältnis von 34,7 : 65,3. Ref.). Dabei lebten in Detroit 1930 fast um  $\frac{1}{10}$  weniger Frauen als Männer. Die Alterskurve gipfelt bei den Frauen zwischen 20 und 25 Jahren, auch mit Bezug auf die Größe der Altersklassen, die Verf. überall berücksichtigt, und fällt dann rasch ab. Die mißglückten Selbstmorde nach dem 45. Jahre machen nur mehr wenige Hundertteile aus, während bei den Männern die Kurve in der 2. Hälfte der 20 die Höhe erreicht und dann nur ganz langsam abfällt. Unter den Weißen sind die einheimischen etwas stärker beteiligt als die zugewanderten. An den Selbstmordversuchen sind die Neger, ähnlich wie die Frauen, verhältnismäßig stark beteiligt, während vollendete Selbstmorde bei ihnen seltener sind als bei den Weißen. Die Berechnung nach dem Stand gibt keine sicheren Zusammenhänge. Auffallend groß ist bloß die Zahl der geschiedenen Frauen. Die Beteiligung der religiösen Bekenntnisse ist durch die Unverlässlichkeit der Zählung, die hier nicht einmal die Hälfte der Einwohner erfaßt, nicht klar. Der Anteil der Arbeitslosen macht mehr als das Doppelte ihrer Ziffer in der Bevölkerung aus. Hinsichtlich der Begünstigung durch den Beruf muß die Altersklasse der Berufsvertreter berücksichtigt werden. So wird für Ärzte die Ziffer dadurch irreleitend hoch, als es in jungen Altersklassen noch keine Ärzte gibt. Bei Betrachtung langer Zeiträume ist ein Zusammenhang zwischen allgemeiner Wirtschaftslage und Häufigkeit des Selbstmordes nicht zu erkennen, wie überhaupt bei Betrachtung solcher Abschnitte die Zunahme des Selbstmordes fraglich sein soll. Die Selbstmorde wurden am häufigsten abends, am seltensten am frühen Morgen versucht. Luesreaktionen waren bei mehr als  $\frac{1}{5}$  positiv. Unter den Gründen des Selbstmordversuches stehen bei den Männern wirtschaftliche Notlage, bei den Frauen ehelicher und häuslicher Zwist im Vordergrund. Bei etwa  $\frac{1}{4}$  wurden geistige Störungen festgestellt. Davon steht bei Männern und Frauen Trunkenheit weitaus an erster Stelle, bei Männern folgt der chronische Alkoholmißbrauch. Unter den Vergiftungsversuchen nimmt die Jodtinktur mit 268 Fällen (ohne Todesfall) den ersten Platz ein. Dann folgen Lysol, Kohlenoxyd und Sublimat. Frauen nehmen auch häufig übermangansaures Kalium und Mercurochroma (ein Desinfektionsmittel). Unter 949 Selbstmorden in den Jahren 1927—1930 kommen auf Gifte (ohne Kohlenoxyd) 278, auf Kohlenoxyd 200, auf Erschießen 185 und auf Erhängen 155 Fälle. Alle anderen Selbstmordarten folgen erst in weitem Abstand.

*Meixner* (Innsbruck).

**Loudet, Osvaldo: Geistesstörung, Selbstmord und Lebensversicherung.** *Rev. Criminología etc.* **20**, 383—388 (1933) [Spanisch].

Nach den Statistiken sind zwei Drittel der Selbstmordfälle pathologisch bedingt, so daß eine etwaig abgeschlossene Lebensversicherung fällig wird und der Betrag ausbezahlt werden muß. In dem weiteren Drittel der Fälle können Schwierigkeiten entstehen, wenn entschieden werden soll, ob der Selbstmörder in einem normalen oder anormalen Zustand gehandelt hat. Jedenfalls ist es schwieriger, den normalen als den anormalen Zustand zu beweisen. Der Verf. sieht die beste praktische Lösung in der englischen Rechtsprechung, wonach die Versicherungssumme auf alle Fälle ausbezahlt werden muß, wenn der Selbstmord 1 Jahr nach Abschluß der Versicherung ausgeführt worden ist.

*Ganter* (Wormditt).

**Schwarz, Fritz: Tödliche Lachgasvergiftung bei Selbstnarkose.** (*Gerichtl. Med. Inst., Univ. Zürich.*) *Arch. Kriminol.* **93**, 215—217 (1933).

Der hier ausführlich mitgeteilte Fall gehört in die Gruppe der „tödlichen Unfälle als Folgen perverser Neigungen“, wie sie früher vom gleichen Verf. beschrieben wurden. Ein Student der technischen Wissenschaft, Sohn eines Arztes, wird tot im Bett aufgefunden, unter Umständen, welche deutlich erkennen lassen, daß der Tote gewohnheitsmäßig Rauschmittel gebrauchte und sich des öfteren Selbstnarkosen mit Lachgas gemacht hatte, die in diesem

Falle durch Überdosierung unfreiwilligen Tod nach sich zog. Die erst 3 Tage nach dem Tode vorgenommene Sektion ergab außer einzelnen Blutungen in Herz- und Lungenfell, einer akuten Lungenblähung und starken Blutüberfüllung der inneren Organe nichts Auffälliges. Das Blut war dunkel, zum Teil flüssig, zum Teil locker geronnen. Die Befunde sicherten die Vermutung, daß der Tod in tiefer Narkose zufolge Atemlähmung eingetreten war. (Vgl. diese Z. 19, 85 [Orig.])  
*Else Petri (Berlin).*

**Meyer, Fritz M.: Morphinsucht als Massenproblem.** Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 611—615.

Verf. faßt die Morphinsucht als ein Massenproblem auf und warnt zur Vorsicht bei Verwertung des zur Verfügung stehenden statistischen Materials. Der hier gewählte Ausdruck „Morphinmißbrauch“ ist unrichtig, da es sich um eine Krankheit handelt; der Begriff der Sucht kann auch nicht von der Höhe der Tagesdosis abhängig gemacht werden; denn viele Süchtige kombinieren verhältnismäßig kleine Mengen des Alkaloids mit Alkohol oder Schlafmitteln, so daß bei ihnen eine Narkomanie in Reinkultur vorliegt. Es ist daher zu fordern, daß die Abgabe von Schlafmitteln wesentlich erschwert und daß Morphin nur noch vom Arzt verabfolgt wird, nicht von seinem Hilfspersonal. Die Zahl der deutschen Alkaloidsüchtigen, die im 1. Halbjahr 1928 mit 6000 angegeben wird, ist in Wirklichkeit ganz erheblich größer. Über die Zahl der versicherungspflichtigen Süchtigen liegt überhaupt keine Angabe vor; man könnte dadurch einen Einblick gewinnen, daß man über eine lange Zeit sämtliche Morphinschriften der Kasse sammelt und danach eine gründliche Zusammenstellung vornimmt. Die frühere Auffassung, daß die Morphinsucht eine Krankheit der Intellektuellen sei, ist längst als unrichtig erwiesen worden. Von Kindern abgesehen, bleibt auch keine Altersklasse von der Sucht verschont. Die Unkenntnis über das Wesen der Sucht ist selbst bei Ärzten noch sehr groß, daher die Leichtfertigkeit, mit der Morphiuminjektionen gemacht werden. Verf. hält seine Ansicht aufrecht, daß die Sucht das Symptom einer schweren Neurose ist, die erst durch die Sucht aufgedeckt wird. Die Sucht ist kein Laster, wie noch vielfach angenommen wird, sondern eine Krankheit; es ist auch falsch, von einer Unheilbarkeit zu sprechen und so die leicht beeinflussbaren Kranken von erneuten Kuren abzuhalten. Die Behandlungsergebnisse werden wesentlich besser sein, wenn die Sucht als Neurose anerkannt und bei jedem Kranken eine Dreiteilung der Behandlung vorgenommen wird: 1. die klinische Kur, für die durchschnittlich 6 Wochen genügen; 2. die ambulante seelische Behandlung, 3. die wiederholte Quarantäne 2, 5 und 9 Monate nach der Kur. Jede richtig angelegte Kur muß durch einen Dämmer Schlaf eingeleitet werden. Völlig verfehlt ist es, den Kranken die Kurdauer selbst bestimmen zu lassen. Völlig unzulässig ist das Verfahren mancher Ärzte, den Süchtigen nur zu einer Schlafkur aufzunehmen, um ihn dann nach 7—10 Tagen ins Leere zu entlassen. Der Kernpunkt der Behandlung heißt nicht pharmakologische, sondern seelische Entgiftung, nicht Entziehung, sondern Erziehung. Es kommt nicht darauf an, daß der Kranke wochen- oder monatelang kein Alkaloid erhält, sondern daß er sich innerlich von seinem Dämon löst und dem Gifte völlig gleichgültig gegenübersteht. Ebenso notwendig ist die seelische Nachbehandlung, mit der die wirtschaftliche Beruhigung Hand in Hand gehen muß, sei es durch Fühlungnahme mit geeigneten Persönlichkeiten, sei es durch Belehrung der Behörden. Kassenpatienten, sofern sie süchtig sind, werden im allgemeinen nicht oder nur überaus schwer endgültig geheilt werden können. Ebenso liegen die Verhältnisse bei den Wohlfahrtsämtern. Als Erklärung hierfür wird die von jedem gern anerkannte Notwendigkeit zum Sparen genannt. Gerade im Hinblick auf die Sparsamkeit ist der jetzt fast regelmäßig gegangene Weg völlig verfehlt. Die Kassen gewähren den offiziellen Tagessatz 6 Monate lang. Der dafür notwendige Betrag entspricht etwa dem Honorar für eine private Kur, nur daß diese wesentlich kürzere Zeit dauert und außerdem die notwendige seelische Behandlung in sich schließt, während die 6 Monate Kassenbehandlung nichts nützen, wenn keine Behandlung erfolgt. Grundlegender Wandel in der Behandlung der Morphinsüchtigen kann nur durch systematische Aufklärungsarbeit geschaffen werden, die

Kranken müssen durch Wort, Bild und Schrift von der Heilbarkeit der Morphinsucht belehrt und überzeugt werden.

*Ziemke (Kiel).*

**Thomas, Werner: Bekämpfung der Rauschgiftsuchten durch die Kriminalpolizei.** (*Rauschgiftzentralstelle, Landeskriminalpolizeiamt, Berlin.*) Z. Gesdh. verw. 5, 105-108 (1934).

Der Arbeit der Kriminalpolizei im Dienste der Bekämpfung der Rauschgiftsuchten dient als Grundlage die Betäubungsmittelverschreibungsverordnung vom 19. XII. 1930. Die Sammlung des Beweismaterials beginnt „mit einer Nachprüfung des Bestandes, Verbrauches und Bezuges der Betäubungsmittel“. Die Kontrolle der Betäubungsmittelbücher gibt wichtige Aufschlüsse. Bei der Aufdeckung von Zuwiderhandlungen ist zu prüfen, ob Fahrlässigkeit oder absichtliche Verstöße vorliegen. Ein Verfahren gegen einen Apotheker zieht auch ein Strafverfahren gegen die Ärzte nach sich, „die aus Leichtsinne oder Gutmütigkeit, aber auch aus Gewinnsucht und Gewissenlosigkeit bewußt gegen die gesetzliche Vorschrift gehandelt haben“. Der Sammlung des Beweismaterials folgen die verantwortlichen Vernehmungen. Wenn ein Arzt sich auf seine ärztliche Überzeugung beruft, so muß ein Gerichtsarzt zugezogen werden zur Erstattung eines Gutachtens darüber, „ob die Verschreibung der Betäubungsmittel ärztlich begründet war“. Während des Verfahrens hat die Kriminalpolizei die einzelnen Beteiligten dauernd zu beobachten. Ihre Arbeit wird unterstützt durch die Beratungs- und Fürsorgestellen für Rauschgiftsüchtige bei den Wohlfahrtsämtern. Verf. erörtert auch die Stellung der Ärzteschaft selbst zu der Betäubungsmittelfrage, wie sie in den Richtlinien des Deutschen Ärztetages zu Danzig aus 1928 und in dem Beschluß der Ärztekammer für Berlin vom 5. V. 1931 niedergelegt ist. Zur Aufdeckung von Fälschungen und Verfälschungen von Rezepten bedarf die Kriminalpolizei der Hilfe der Standesvertretungen, der pflichttreuen Ärzte, namentlich der Kreisärzte, der Apotheker, der Leiter von Krankenanstalten, der Beratungsstellen für Süchtige sowie der Rezeptprüfungsstellen der Krankenkassen. „Die Kriminalpolizei selbst unterhält eine sehr sorgfältige Zentralkartei, ferner eine Lichtbildersammlung für Personen und eine Handschriftensammlung von Rezeptfälschern, sowie Handakten von besonderen Fällen.“

*Többen (Münster i. W.).*

**Menninger-Lerchenthal, E.: Intravenöser Morphinismus.** (*Sanat., Tulln b. Wien.*) Z. Neur. 149, 514—519 (1934).

Neuerdings wurde wiederholt festgestellt, daß Süchtige sich das Morphin nicht subcutan, sondern intravenös einspritzen. Verf. schildert einen derartigen Kranken. Zur Begründung dieser Art der Einverleibung des Giftes wird angegeben, daß das Mittel so viel rascher wirke, daß geringere Dosen erforderlich sind, damit Kostenersparnis erzielt werde und daß auch die häufigen Verunstaltungen der Haut durch subcutanes Injizieren wegfielen. Verf. weist dagegen mit Recht auf die zweifellos größeren Gefahren der natürlich vielfach ohne vorherige Stauung, ebenfalls unsauber usw. ausgeführten intravenösen Einführungen des Mittels hin. *H. Pfister (Bad Sulza).*

**Rylander, Gösta: Barbiturismus — eine neue Sucht.** (*Psyk. Klin., Karolin. Inst., Stockholm.*) Nord. med. Tidskr. 1933, 647—653 [Schwedisch].

Eine Übersicht über die deutsche, französische und englische Literatur zeigt, daß der „Barbiturismus“ jetzt immer mehr Aufmerksamkeit erweckt. Bei subchronischem Gebrauch von größeren Mengen veranlassen die Barbitursäurederivate zahlreiche neurologische Symptome. Parese der Augenmuskeln, Nystagmus, Störungen des Gleichgewichts. Chronischer Gebrauch von kleineren Mengen hat überwiegend psychische Veränderungen zur Folge. Krankheitsbilder entstehen, die oft eine photographische Ähnlichkeit mit progressiver Paralyse haben. Der Mißbrauch führt auch Symptome von echtem Narkomaniecharakter mit, was auch französische Autoren (z. B. Heuyer, Guillaud) klar gemacht haben. Die Kranken fühlen Hunger nach größeren Dosen und typische Abstinenzerscheinungen entstehen, wenn die hypnotischen Präparate ausgesetzt werden. Im allgemeinen werden öfter die euphorisierenden Wirkungen der Barbitursäure erstrebt als die schlafbringenden. In Stockholm hat der Mißbrauch besonders von Bromural und Ersatz dieses Präparates eine beunruhigende Verbreitung gewonnen. Der Verf. teilt schließlich einige Krankengeschichten aus seinem Material mit. (Vgl. dies. Z. 14, 268 [Heuyer u. Le Guillaud].) *Autoreferat (durch Wigert [Lund]).*

**Meerlo, A. M.: Über die Toxikomanie.** (*Psychiatr. Inrichting „Maasoord“ d. Gemeente, Rotterdam.*) Geneesk. Bl. 31, 351—377 (1934) [Holländisch].

In 5 Kapiteln, die die allgemeine psychologische Wirkung des Giftes, die Gewöhnung an dasselbe, die spezifische Giftwahl, die Psychologie der narkomanen Be-

friedigung und schließlich die körperlichen Reaktionen auf das Gift, die Abstinenzerscheinungen und die Therapie behandeln, beschäftigt sich der Autor mit den Fragen der „Süchtigkeit“, wobei er besonders Alkohol, Schlafmittel, sowie Morphinum bzw. seine Derivate und Cocain berücksichtigt. Ohne wesentlich Neues zu bringen, ist es eine gute, knappe Zusammenfassung, bei der nur die Therapie, besonders die psychische Komponente, etwas arg kurz gestreift wird. *König (Bonn).*

**Endersz, Frigyes: Über die Zunahme des Alkoholismus.** *Orv. Hetil.* 1933, 701 bis 705 [Ungarisch].

Statistische Bearbeitung der alkoholischen Psychosen im Material des Kaposvárer Krankenhauses vom Komitat Somogy (Ungarn) von den Jahren 1928—1931. Die Prozentzahl der alkoholischen Psychosen schwankte unter den Männern zwischen 7,59—18,39%, unter den Frauen zwischen 0—1,47%. Unter 38 alkoholischen Geisteskranken waren: 1. Psychosen nach akuter Alkoholvergiftung 5,26%, 2. Delir 44,73%, 3. chronischer Alkoholismus 36,84%, 4. Alkoholhalluzinose 13,15%. Verf. bespricht noch an Hand von 3 Fällen die auffallende Toxizität des „Noah-Weines“, der ebensoviel Methylalkohol und noch weniger Äthylalkohol als die Durchschnittsweine enthält und dennoch viel toxischer wirkt. *István Fényes (Budapest).*

**Bühler, Bernhard: Der Körperbau der Alkoholiker.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Heidelberg.*) *Arch. f. Psychiatr.* 101, 381—388 (1933).

100 chronische Alkoholiker der Heidelberger Klinik wurden auf ihren Körperbau und die Grundzüge ihres Verhaltens der Umwelt gegenüber untersucht. Unter ihnen fanden sich 37 athletische, 28 pyknische und 33 leptosome Typen. 2 Personen waren auf ihren Körperbautypus nicht zu bestimmen. Die Pykniker wurden am häufigsten in den Berufen mit leichter körperlicher Arbeit, am seltensten in solchen mit schwerer gefunden. Letztere weisen vorwiegend athletische, aber auch leptosome Typen auf. Die Mehrzahl der Athletischen findet sich in den jüngeren Altersklassen, während die Pykniker erst in den reiferen Jahren häufiger werden. Damit mag es wohl auch zusammenhängen, daß unter den Pyknikern wesentlich mehr Verheiratete festgestellt werden konnten als unter den anderen Typen. Bei den Alkoholpileptikern fehlten die pyknischen Typen (kleines Material!). Was die Kriminalität anbelangt, so kam der größte Prozentsatz den Affektvergehen zu unter vorwiegender Beteiligung des athletischen Typus. Sonst sind die Ergebnisse uncharakteristisch. Die Athleten sind mesocephal, leptoprosop, die Pykniker brachycephal, euryprosop, die Leptosomen ebenso. Die Pykniker sind mesorhin, Athleten und Leptosome leptorhin. Für alle Alkoholiker ist ein Hauptmerkmal die Erregbarkeit. Die Geselligkeit, das lebhaftes Verhalten, die relative Nachgiebigkeit der Pykniker, ihr Hang zum Vereinsleben und zur Beschäftigung mit Politik stehen in deutlichem Gegensatz zum Verhalten der Leptosomen. — Wenn auch im einzelnen die Ergebnisse der Untersuchung angesichts der kleinen Gruppen noch wenig stabil sind, so geht aus ihnen doch wohl hervor, daß für die Alkoholiker keiner der Kretschmerschen Typen eigentlich charakteristisch ist. *Luxenburger.*

**Gabriel, Ernst: Beiträge zur Frage der erworbenen Vorbedingungen des Alkoholismus.** (*Wien. Landes-Heil- u. Pflegeanst. „Am Steinhof“, Wien.*) *Allg. Z. Psychiatr.* 101, 411—485 (1934).

Die großenteils schon früher mitgeteilten Gedanken des Verf. über Trinken und Trunksucht vermitteln zwischen der physiologisch-somatischen und der modernen psychologischen Auffassung vom Wesen der letzteren. Er unterscheidet zwischen Gewohnheitstrinkern, bei denen der äußere Anlaß zum Alkoholkonsum (er kann auch in einem seelischen Erlebnis bestehen) das Wesentliche ist und den eigentlich Süchtigen, bei denen eine ererbte und vererbte Veranlagung die Ursache bildet, wenn auch äußere Momente bisweilen auslösend oder treibend wirken. Die Ausführungen über die Häufigkeit, die Formen der Trunksucht, ihre Folgen, die Beziehungen zum Milieu usw. sind großenteils durch statistische Angaben erläutert. *H. Pfister (Bad Sulza).*

**Mydlarski, Jan, und Mieczysława Brun: Anthropologisch-psychiatrische Untersuchungen von Alkoholiker-Familien.** (*Klin. psychiatr. uniw., Warszawa*) *Roczn. psychiatr.* H. 22, 158—190 u. franz. Zusammenfassung 240—241 (1934) [Polnisch].

Mydlarski und Brun befassen sich in ihrer Arbeit mit der Frage des Zusammenhanges

zwischen den Rassetypen, den serologischen Blutgruppen und der körperlichen und psychischen Konstitution, zugleich mit der Frage, ob diese Zusammenhänge imstande wären, manche pathologische Probleme zu erklären. Auf Grund ihrer einschlägigen Untersuchungen von Mitgliedern dreier Familien gelangen M. und B. zu nachstehenden Schlüssen: 1. Das durch sie untersuchte Menschenmaterial gehörte zu den in Polen üblichen Rassetypen. 2. Von 10 Personen konnte bei 9 der Zusammenhang zwischen der körperlichen und der psychischen Konstitution im Sinne Kretschmers festgestellt werden. 3. Unter 12 anthropologisch untersuchten Fällen bestand bei 10 ein ihrem Rassetypus entsprechender Körperbau. 4. Unter 12 serologisch untersuchten Personen war das Ergebnis der festgestellten Blutgruppe mit dem gegebenen Rassentypus im Einklang. 5. Unter 12 anthropologisch untersuchten Personen zeigten 3 dysharmonische Abweichungen von der Norm, die vielleicht als pathologische Prädisposition aufgefaßt werden könnten. 6. In einem Fall entsprach der dem geborenen Verbrecher im Sinne Lombrosos entsprechende Gesichtsausdruck nicht der psychischen Persönlichkeit. Dies beweist, daß der Wert physiognomischer Untersuchungen für kriminellbiologische Zwecke problematisch ist. *L. Wachholz* (Krakow).

**Ernst, Konrad: Klinische Beobachtungen an Alkoholikern.** (*Univ.-Nervenklän., Tübingen.*) *Klin. Wschr.* 1933 II, 1829—1832 u. 1870—1872.

Es wird über 141 Alkoholiker (darunter 9 Frauen) berichtet, die 1929—1932 in der Tübinger Klinik zur Aufnahme gelangten. Auch dort fiel die starke Beteiligung der Alkoholberufe auf (30% der Männer) sowie der hohe Prozentsatz an Akademikern und Beamten (über 20%). Von den Altersklassen war die erste Hälfte des 5. Jahrzehnts am stärksten vertreten; bezüglich des Alters noch von Interesse, daß bei den jüngeren Altersklassen, bei denen mehr die primären Charakteranomalien hervortraten, häufiger die Diagnose „Psychopathie“ gestellt, bei den älteren, bei denen mehr die sekundären Charakterveränderungen auffielen, öfters „Alkoholismus“ angenommen wurde. 18% wurden wegen eines Delirs, 15% wegen halluzinatorischer und paranoider Zustände aufgenommen; Eifersuchtsideen wurden bei insgesamt 17% der Kranken festgestellt, Selbstmordimpulse bei 15%. Unter den Straftaten spielten Gewalttätigkeiten eine verhältnismäßig geringe Rolle; sie kommen, weil sie sich überwiegend in der Familie abspielen, wohl oft nicht zur Anzeige. Bei den Frauen ist die Belastung stark, das Milieu besonders abnorm. Die allgemeinen Erörterungen über die Rolle von Anlage und Umwelt, primäre und sekundäre Süchtigkeit, Toleranz und Einfluß der Wirtschaftslage bringen nichts prinzipiell Neues; die zentrale Eigenschaft des späteren Trinkers ist vielfach die Haltlosigkeit; unter den Haltlosen tritt wieder eine Gruppe „weich-erregbar“ hervor. *Donalies* (Potsdam).

**Mayerhofer, Georges: Recherches psychotechniques concernant l'effet de l'alcool sur le comportement des conducteurs d'automobiles.** (Psychotechnische Untersuchungen über die Wirkung des Alkohols auf das Verhalten von Chauffeuren.) *Trav. hum.* 1, 257—277 (1933).

Es ergibt sich bei Trinkern — bemerkenswerterweise auch außerhalb der unmittelbaren Wirkung von Alkohol — gegenüber dem Nichttrinker vor allem eine erhebliche Schwankungsbreite der Werte, aus der die Neigung zu Unfällen ableitbar ist. Bei den in Frage kommenden Begutachtungen sind auch die ärztlichen bzw. physiologischen Gesichtspunkte zu beachten; weiter müssen vor allem die speziellen Bedingungen und Umstände des zu beurteilenden Unfalles bekannt sein, denen dann die der anzustellenden Versuche anzugleichen sind. Die Versuchsergebnisse müssen dann in geeigneter Weise ausgewertet werden; Verf. will in Abweichung vom sonst üblichen besonders auch die Maximal- und Minimalwerte berücksichtigt wissen. Für die Untersuchung der Reaktionszeiten benutzt er eine Modifikation des Dispositivs von Forster, für die Prüfung der Geschwindigkeitsschätzung eine eigene Apparatur. *Donalies.*°°

**Martin, Étienne, et Pierre-Étienne Martin: Delirium tremens, pneumonie et traumatisme.** (Delirium tremens, Pneumonie und Trauma.) (*18. congr. de méd. lég. de langue franç., Paris, 22.—24. V. 1933.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 14, 49—51 (1934).

Dem Trauma kann man für den Ausbruch des Delirium tremens nur dann eine Rolle zuschreiben, wenn das Delirium tremens nicht durch irgendeine Infektionskrankheit wie die Pneumonie kompliziert wird, die dann die wirkliche Ursache ist, und wenn

das Trauma genügend schwer gewesen ist, um an sich einen Shockzustand zu veranlassen, der geeignet ist, infektiöse Komplikationen und das Delirium tremens hervorzurufen.

*Germanus Flatau* (Dresden).

**Gabriel, E.: Arzt und Alkohol.** Internat. Z. Alkoholism. **41**, 257—262 (1933).

Verf. vertritt absoluten Abstinenzstandpunkt und warnt vor jeglicher ärztlicher Alkoholverordnung. Insbesondere wendet er sich gegen die intravenöse Alkoholtherapie bei septischen Erkrankungen.

*Leibbrand* (Berlin).

**Binswanger, Herbert: Leberuntersuchungen bei Alkoholpsychosen gleichzeitig ein Beitrag zur funktionellen Pathologie der Leber.** (*Psychiatr. Univ.-Klin., Zürich.*) Arch. f. Psychiatr. **100**, 619—669 (1933).

Sehr ausführliche, sich über Jahre erstreckende Untersuchungen an 110 chronischen Alkoholikern, 8 Korsakowpsychosen, 19 Fällen von Delirium tremens und 11 Fällen von pathologischem Rausch. Es fand sich fast ausnahmslos irgendein krankhafter Befund, indes ließ sich eine Abhängigkeit vom Krankheitsbild oder eine andere Gesetzmäßigkeit nicht feststellen. Es besteht auch keine Gesetzmäßigkeit in bezug auf die Dauer der pathologischen Symptome. Alle können zur Norm zurückkehren, das geschah auch fast ausnahmslos. Regelmäßig fand sich bei Delirium tremens ein negativer Glykogenest nach Bürger, indes wird diesem Befund keine ursächliche Bedeutung für das Zustandekommen des Delirium tremens zugesprochen. Auffallende Blutzuckerkurven fanden sich bei pathologischen Rauschzuständen, indes fanden sich ähnliche Kurven auch bei konstitutionellen Psychopathien, woraus geschlossen wird, daß es sich um eine konstitutionelle Eigentümlichkeit, nicht um eine durch den Alkohol hervorgerufene Störung handelt. Neben den eigentlichen Leberfunktionsproben (Bilirubinprobe nach Bergmann-Eilbott, Bromsulphalein nach Rosenthal, Galaktoseprobe, Glykogenest nach Bürger, Phosphatidbestimmung im Serum auf Grund der Überlegungen von Staub und Jost) wurde bei 40 Patienten eine fraktionierte Magenausheberung vorgenommen, die in der Mehrzahl der Fälle pathologische Werte ergab, ein Volhardscher Verdünnungsversuch vorgenommen, der etwas verzögerte Ausscheidung ergab, sowie bei über 30 Fällen Bestimmungen der Eiweißkörper im Plasma (Starlinger und Hartl) vorgenommen, die wiederum in der Mehrzahl der Fälle pathologische Befunde ergaben, allerdings auch nicht einheitlich. Schließlich wurde noch in einigen Fällen eine Alkoholbelastungskurve angestellt (Technik nach Widmark) (die allerdings den Befunden von Widmark, insbesondere aber Fabbe und später Jungmichel, nicht entsprechen. Ref.). Als Therapie wurde entsprechend den Befunden eine solche gewählt, die die entgiftenden Funktionen der Leber unterstützt und außerdem evtl., wenn auch mit Vorsicht, die Entwässerung und damit Ausschwemmung der giftigen Stoffwechselprodukte befördert (Insulin-Traubenzucker, Decholin, evtl. Salyrgan).

*Riebeling* (Hamburg).

**Jungmichel, Gottfried: Epilepsie und Bestimmung des Blutalkoholgehaltes.** (*Inst. f. Gerichtl. Med., Univ. Greifswald.*) Allg. Z. Psychiatr. **100**, 444—450 (1933).

Bei einer „epileptischen Persönlichkeit“ (Strafverfahren auf Grund psychiatrischen Gutachtens wegen § 51 RStGB. eingestellt) wird zur Klärung der Frage, warum „epileptische Persönlichkeiten“ schon nach kleinen Alkoholmengen oft so schwere Berausung (besonders schnelle Resorption durch nervöse Einflüsse?) zeigen, ein Alkoholversuch nach Widmark vorgenommen. Obwohl schwerere Symptome (Flimmern vor den Augen, Übelkeit, starke Mattigkeit, stockende Sprache, 2 Absenzen) auftraten, konnte hinsichtlich Resorptionsfähigkeit des Alkohols, Konzentration im Blut, Alkoholverbrennung usw. gegenüber Vergleichsversuchen keine wesentlich abweichenden Befunde erhoben werden. Es muß daher angenommen werden, daß es nur geringer Alkoholmengen bedarf, um unabhängig von der Höhe der Alkoholkonzentration im Blut „epileptische Rauschzustände“ auszulösen. Der im Alkoholversuch erhobene Befund, schwere psychische Symptome bei verhältnismäßig niedriger Alkoholkonzentration im Blut, vermag die Diagnose „epileptische Persönlichkeit“ zu stützen.

*Kärber* (Berlin).