

Der Rückgang der Sehstörungen erfolgte verschieden rasch, der Gesichtsfelddefekt besserte sich eher als das Sehvermögen. Nicht immer wurde das frühere Sehvermögen wieder erreicht. Die Schwefelkohlenstoffvergiftung gehört zu den meldepflichtigen Berufskrankheiten (Gesetz vom 25. X. 1919, Erlaß v. 16. XI. 1929). — Morax erwähnt in der Aussprache, daß bei der durch Schwefelkohlenstoffvergiftung erzeugten Neuritis des Sehnerven auch das periphere Sehen und damit auch das periphere Gesichtsfeld im Gegensatz zur Intoxikationsamblyopie durch Tabak-Alkohol beeinträchtigt ist, eine Beobachtung, die Nectoux allerdings nur ausnahmsweise gemacht hat. — Onfray fragt, ob nicht eine gewisse Disposition vorliegen müsse, da doch nur eine kleine Zahl von Arbeitern derselben Arbeitsstelle erkrankte, ob vielleicht andere Intoxikationen die Anfälligkeit des Sehnerven erhöhen, ob man die Neuritis retrobulbaris bei Schwefelkohlenstoffvergiftung, also nur auf dieses Gift zurückführen darf. — Nectoux hat bei seinen Fällen nicht beobachtet, daß z. B. Alkoholabusus eine Rolle spielt. Bezüglich der Prognose erwähnt er, daß in 33 % Heilung, in 25 % Besserung durch Behandlung (Strychnin) zu erwarten ist, daß in 20 % der Fälle kein Erfolg erzielt wird. *Jendralski.*

### **Psychiatrie und Gerichtliche Psychologie.**

● **Schneider, Kurt: Probleme der klinischen Psychiatrie.** Leipzig: Georg Thieme 1932. 46 S. RM. 2.60.

Schneider erörtert die Probleme der gegenwärtigen klinischen Psychiatrie. Die Frage, wie und inwieweit das Symptom mit dem Krankheitsprozeß zusammenhängt, bildet das Hauptproblem. Von vielen Seiten wird jetzt betont, daß es verschiedene Arten von bereitliegenden Reaktionsweisen gibt, und damit nähert man sich der Auffassung von Hartmann und Hoche, daß es in der Psychiatrie keine nosologischen Einheiten, sondern nur Symptomenkomplexe gibt; schon Wernicke vertrat diese Auffassung und Kraepelin hat sich 1920 der Ansicht angeschlossen, daß verschiedene äußere Ursachen die gleichen psychotischen Typen verursachen können. — Sch. nimmt kritisch Stellung zu den Arbeiten von Kretschmer, Kleist, Birnbaum und Ewald — Er selbst schlägt folgende typenmäßigen Abgrenzungen innerhalb der psychotischen Bilder vor: die Cyclothymien, die besonnenen episodischen Psychosen, die Delirien (benommene episodische Psychosen), die schizophrenen Prozesse, die Paraphrenien, die Demenzen. Mit diesen Krankheitsbenennungen will er nicht nur die Symptomenkomplexe bezeichnen, sondern auch den Verlauf andeuten. — Die kleine Schrift gibt einen guten Überblick über alle Theorien der klinischen Psychiatrie, die in den letzten Jahren aufgestellt sind und nimmt zu ihnen kritisch Stellung. *Salinger* (Herzberge).

**Herschmann, Heinrich: Psychiatrische Bemerkungen zum III. Abschnitt der Entmündigungsordnung (gerichtliches Verfahren bei Aufnahme in geschlossene Anstalten).** (*Psychiatr.-Neurol. Univ.-Klin., Wien.*) Beitr. gerichtl. Med. 11, 130—149 (1931).

Verf. bespricht in Ergänzung der Ausführungen Berzes Mängel der österreichischen Entmündigungsordnung, insbesondere des Abschnittes „Gerichtliches Verfahren bei Aufnahme in geschlossenen Anstalten“. Juristen haben sich der Gesetzesbestimmungen mit haarspalterischen Auslegungen bemächtigt. Dadurch sind für die Anstaltsleiter insbesondere auf dem Gebiet der psychischen Grenzzustände unhaltbare Schwierigkeiten entstanden. Verf. fordert zum Schutz und zur Erleichterung der verantwortlichen Psychiater jedoch nicht eine Erleichterung des Kontrollrechtes der Gerichte bei der Internierung Kranker, sondern vielmehr eine Ausdehnung dieses Rechtes auch auf die Entscheidung darüber, ob ein Kranker entlassen werden muß. (Nach Meinung des Ref. wird hierbei der rein ärztliche Standpunkt dem rechtlichen allzusehr untergeordnet.) Die Einzelheiten der Arbeit lassen sich dem Rahmen eines kurzen Referates nicht einfügen. Sie sind aber auch für reichsdeutsche Psychiater sehr lesenswert und lehrreich, insbesondere im Hinblick auf eine reichsdeutsche Irrenengesetzgebung. *Arno Warstadt* (Berlin-Buch).

**Petrén, Alfred: Über die Bedeutung einer sicheren Diagnose bei längeren Geisteskrankheiten nebst Bemerkungen über die Gefahr privater Irrenpflege ohne sachverständige ärztliche Hilfe.** Sv. Läk. sällsk. Hdl. 57, 290—324 (1931) [Schwedisch].

Der mitgeteilte Fall Petrén's lehrt, daß häufig nur eine längere mehrfache Beobachtung zu einer sicheren Diagnose länger dauernder Geisteskrankheit führen kann

und daß der Aufenthalt in privater Irrenpflege ohne sachverständige ärztliche Kontrolle, Aufsicht, Hilfe für viele Kranke schädlich sein kann. Der Zeitpunkt einer Besserung einer Wiederunterbringung in die Gesellschaft, Tätigkeit und in das freie Leben kann dadurch leicht verpaßt werden. Bei Manisch-Depressiven kann nach Jahren Besserung, Stillstand eintreten, und dieser Gesichtspunkt ist bei Ehescheidungsprozessen solcher Kranker zu berücksichtigen; der Zeitpunkt des Wiedereintritts dieser Kranken in die Familie kann nur bei sachverständiger Beurteilung festgestellt werden, und diese fehlt zumeist in Hospitälern, Irrenheimen, Pensionen, Familienpflege von Geisteskranken. Die neue Gesetzgebung Schwedens vom Jahre 1931 sucht hier Abhilfe zu schaffen. Als Pflegeheim für Geisteskranke wird ein dafür eingerichtetes Heim bezeichnet, das nicht mehr als 5 Kranke aufnimmt und eine Berechtigung zur Aufnahme derselben erhalten hat; es muß ein gewisser Schutz der Kranken selbst wie deren Umgebung gewährleistet sein. Weder entmündigte noch mündige Kranke können wider den eigenen Willen in ein solches Heim aufgenommen werden, ob es staatlich, kommunal oder auch privat ist. Als Inspektor dieser Häuser und Heime soll ein sachkundiger Arzt angestellt sein, der psychiatrisch gut geschult ist. Zur Kontrolle der Kranken sind dem Inspektor der Heime Berichte über das Befinden der Insassen nach der Aufnahme einzusenden. Die Aufnahme von mehr als 5 Kranken ist strafbar.

S. Kalischer (Charlottenburg).

**Mareschal, P.: Le divorce des aliénés.** (Ehescheidung bei Geisteskranken.) (*Hôp. Henri Rousselle, Paris.*) Prophyl. ment. 6, 411—416 (1931).

So leicht sonst gerade in Frankreich die gesetzlichen Voraussetzungen für eine Ehescheidung gegeben sind („Ausschweifung, Mißhandlung oder schwere Beleidigung“ wird gefordert), so schwierig ist dort die Ehetrennung bei Geisteskranken. Mehrfach sind in den letzten Jahrzehnten Anträge gestellt worden, die etwa nach dem Muster des deutschen Ehescheidungsparagraphen eine 3jährige Krankheitsdauer und eine ärztlich attestierte Unheilbarkeit der Psychose für genügend zur Ehescheidung Geisteskranker erachten; derartige Vorschläge sind stets abgelehnt worden, einmal wegen der immerhin nicht ganz sicheren Prognosebestimmung und dann wegen der Verschwommenheit des Begriffes „Geisteskrankheit“. Zur Zeit werden 2 Verbesserungsvorschläge diskutiert: Trénel spricht von Lösung der Ehe, wenn eine sichergestellte Geisteskrankheit, die ein für allemal unvereinbar mit dem Sinn der Ehe ist, länger als 3 Jahre besteht; Clérambault hält unter dem Gesichtspunkt, daß der Geisteskranke asozial und gemeingefährlich ist, für wesentlich, in welchem Geisteszustand sich der Beklagte bei einer gegen seinen Ehepartner gerichteten Handlung befunden hat. Der Verf. der kurzen Arbeit möchte sich der zweiten weitergehenden Fassung anschließen.

Hanns Schwarz (Berlin).

**Wirszubski, A.: Ehescheidung infolge psychischer Krankheit im jüdischen religiösen Recht.** Now. psychjatr. 8, 210—217 (1931) [Polnisch].

Bei Gegenüberstellung der Bestimmungen des jüdischen Eherechts bzw. die Ehescheidung von psychisch Kranken mit den Anforderungen der modernen Wissenschaft hebt der Verf. manche Unzulänglichkeiten des jüdischen Rechts hervor und fordert, daß die Juden dem modernen allgemeinen Eherecht untergeordnet werden sollten.

Higier (Warschau).

**Gruhle, Hans W.: Welche tatsächlichen Feststellungen sind für die ärztliche Begutachtung von vorübergehenden Bewußtseinsstörungen notwendig?** (*Jurist.-Med. Ges., Leipzig, Sitzg. v. 27. III. 1931.*) Mschr. Kriminalpsychol. 23, 95—96 (1932).

Bewußtseinsstörungen können psychischen Störungen nicht gleichgestellt werden, sie sind spezifisch. Trübung der Klarheit des Bewußtseins zeitigt die Benommenheit, die durch irgendwelche Besebelung (Außengifte wie Alkohol, Innengifte wie bei Diabetes, Urämie) erzeugt wird. Dämmerzustände entsprechen einem alternierenden Bewußtsein; hier gehen zwei Zeit- und Erlebnisstrecken nicht ineinander über, sondern bleiben getrennt. Die Dämmerzustände können verschieden verlaufen, klar, besonnen und zweckvoll, völlig unklar, verworren und zweckwidrig sein; aber die Abspaltung vom normalen Zustand, eben die Alternierung, ist beiden so verschiedenartigen Zuständen gemeinsam. Weiter weist Verf. darauf

hin, daß das Wort bewußtlos nicht selten an Stelle des Wortes willenlos verwendet wird, daß bei Mystikern, Ekstatikern, Besessenen, Medien, schizophrenen Geisteskranken eine Ichstörung als Störung des Bewußtseins vorliegt. Für die Gerichtspraxis hat eigentlich nur der pathologische Rausch besondere Bedeutung, Dämmerzustände kommen kaum in Betracht. Durch Erforschung der Gesamtpersönlichkeit werden die meisten Fälle geklärt. *Klieneberger.*

**Margulies, M.: Hypnose als Hilfsmittel psychiatrischer Begutachtung.** (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) *Ärztl. Sachverst.ztg* 37, 371—373 (1931).

Anwendung der Hypnose bei einem exhibitionistischen Studenten, der an den Beginn seiner onanistischen Handlungen noch Erinnerung hatte, aber nachher angeblich nicht wußte, was er tat. In der Hypnose gelang es nicht die Amnesien zu lösen. Es wird angenommen, daß im Verlauf der exhibitionistischen Handlungen auf Grund phantastischer Einbildungen eine außerordentliche Bewußtseinseinkerbung auftrat, die zu Gedächtnislücken und triebhaften Handlungen führte; es fehlte das Bewußtsein dafür, wie lange Zeit er mit diesen Dingen hinbrachte. Exculpation, da er im Beginn seiner Handlungen, so lange er nicht bewußtseinsgetrübt war, nicht der Öffentlichkeit ausgesetzt war. *F. Stern (Kassel).*

**Oberholzer, E.: Zur Differentialdiagnose psychischer Folgezustände nach Schädeltraumen mittels des Rohrschachschen Formdeutversuchs. Vorläufige Mitteilung an Hand der Auswertung eines Einzelbeispiels.** *Z. Neur.* 136, 596—629 (1931).

An einem besonders gelagerten Fall, der erst als Rentenhysterie, dann als organische diffuse Hirnstörung, bei der 3. Begutachtung als Hysterie + organischer Symptomenkomplex (Gliom des linken Scheitellappens) und schließlich als traumatische Hirncyste im Sinne eines Epileptoids diagnostiziert worden war, wird der Versuch gemacht, die Diagnose durch Anwendung des Rohrschachschen Formdeutversuchs zu klären. Der Verf. ist der Ansicht, daß der Rohrschachsche Versuch in Zweifelsfällen anderen Untersuchungsmethoden in der Regel überlegen ist und daß es mit seiner Hilfe gelingt, auf Grund spezifischer Phänomene organische von psychogenen Zuständen zu unterscheiden. *Panse (Berlin).*

**Rojas, Nerio: Die verbrecherischen Zwangsantriebe.** *Archivos Med. leg.* 1, 231 bis 243 (1931) [Spanisch].

Der Verf. warnt davor, einfach von Kleptomanie, Pyromanie usw. zu sprechen, wenn ein Verbrecher angibt, unter unwiderstehlichem Zwang gehandelt zu haben. Meist verstecke sich dahinter eine geistige Erkrankung. „Diese Bezeichnungen benennen keine Krankheit, nicht einmal ein Syndrom, sondern höchstens ein Symptom, dessen reinste Form der Ausdruck einer seelischen Gleichgewichtsstörung von psychasthenischem Typ auf der Basis einer hyperemotiven Konstitution ist. Solche Fälle sind sehr selten und existieren vielleicht in dieser Reinheit gar nicht.“ *Eduard Krapf (München).*

**Laignel-Lavastine et Georges D'Heucqueville: Un nouveau test clinique simple d'émotion, applicable à l'examen des prévenus: Le  $p_H$  urinaire, différentiel.** (Ein neues Merkmal zur Feststellung von Gemütsbewegungen bei Angeklagten: die  $p_H$ -Konzentration im Urin und ihre Schwankungen.) (*Soc. de Méd. Lég. de France, Paris, 14. XII. 1931.*) *Ann. Méd. lég. etc.* 12, 34—42 (1932).

Die neue Methode soll der Assoziationsmethode Binets und der psychogalvanischen Methode Gelmas gleichwertig sein. Verff. haben die  $p_H$ -Konzentration bei 300 Beschuldigten geprüft, und zwar vor und nach einer 20 Minuten dauernden Unterhaltung, welche sich mit den ihnen zur Last gelegten Straftaten beschäftigte. Als normal sehen sie eine Reaktion an, welche zunächst eine Erhöhung der Konzentration um 0,5 anzeigt, nach 1 Stunde sich umkehrt und nach 1½ Stunden die Ausgangskonzentration erreicht. Diese Schwankungen sollen stärker sein als die durch andere Einflüsse bedingten, wie Nahrungsaufnahme und Schlaf. Es werden 4 Gruppen von Persönlichkeiten unterschieden, solche mit „normaler“ Reaktion, mit ungenügender und außergewöhnlich starker, schließlich mit umgekehrter Reaktion. Die ungenügenden oder außergewöhnlich starken Reaktionen sollen ausschließlich bei Personen mit geistigen Defekten vorkommen. Als Beispiele hierfür werden Imbezille, Hebephrene, Schizophrene, Hypochondrische und Epileptische genannt. Die Bedeutung des Merkmals soll besonders darin liegen, daß es weniger als die Ausdrucksbewegungen vom Willen abhängig ist.

In der Aussprache weist M. H. Claude darauf hin, daß man die täglichen, durch Nahrungsaufnahme usw. bedingten Schwankungen nicht unterschätzen dürfe. *Böhmer (Kiel).*

**Eliasberg, W.:** Beobachtungen und Erwägungen aus der zivil- und strafrechtlichen Gutachterfähigkeit *de lege lata et de lege ferenda*. Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 II, 448—451.

Die verschiedensten Themen: zivilrechtliche Behandlung aphasischer Sprachstörungen, das Recht des Kindes im Ehescheidungsprozeß, medizinischer und juristischer Krankheitsbegriff, forensische Beurteilung der Triebhandlung usw. werden vom Verf. berührt, um Hinweise zu geben auf einiges, was zur Zeit strittig oder wenig beachtet ist.

*Birnbaum* (Berlin-Buch).

**Holt, Earl K.:** *Psychiatric aspects of crime*. (Psychiatrische Anschauungen über das Verbrechen.) (*Boston Soc. of Psychiatry a. Neurol.*, 16. IV. 1931.) Arch. of Neur. 26, 1329—1332 (1931).

Psychiatrische Untersuchung und Behandlung ist besonders im durchschnittlichen Geschäftsgang der Jugendgerichte notwendig, die sich mehr in Städten als in Landgemeinden entwickelt haben. Es ist erwünscht, daß alle Gerichtshöfe sich dem Vorgehen der Jugendgerichte anschließen. Der Versuch der Besserung und Rehabilitation sei in der Kriminalgeschichte neu. Strafe und Abschreckung bestimmen noch immer den Urteilspruch. Die Zweifel an der Gültigkeit dieser traditionellen Einstellung wachsen. Verf. berichtet über 8000 untersuchte Fälle, von denen 5000 statistisch analysiert wurden. 91,5% männliche, 8,5% weibliche Fälle. Von den männlichen Fällen waren ungefähr 8% unter 20 Jahren, 33% zwischen 20 und 30, 28% zwischen 30 und 40, 30% über 40. Der größere Teil bestand aus Inländern. Die Mehrzahl bestand aus Schwerverbrechern. Die Verbrecher über 35 Jahren waren in der Mehrzahl Ausländer. 7% aller Fälle haben keine Schule besucht, weitere 8% haben die Schule unregelmäßig bis zum 12. Lebensjahr besucht. Weniger als 10% waren auf höhere Schulen. Der intellektuelle Drill mancher Schulen habe die kriminellen Tendenzen unter den Verbrechern, die Schulen besucht haben, gesteigert. Bis zum 17. Jahre verlief die Jugend vieler Krimineller in ärmlichem Milieu, alkoholisiert, unmoralisch, unter schlechten häuslichen Verhältnissen. Nur 14,4% aller Verbrecher kamen aus gutem Hause. 10% aller Fälle hatten geistige Anomalien in der Anamnese. 70% stammen aus der Stadt. Die Beteiligung nach Konfessionen entsprach dem Bevölkerungsdurchschnitt, eine Ausnahme machen nur die Juden mit 2,7% Verbrechern bei einer Beteiligung von 6,7% an der Gesamtbevölkerung. Nur 1,2% sind abstinent, 7,2% sind geistig minderwertig, 3,2% haben akute Psychosen. 37,8% unterliegen dem Alkoholismus. Die Zuteilung zur Gruppe der Psychopathen konnte nur unscharf in 15,5% aller Fälle erfolgen, darunter befanden sich nur selten Leute über 35 Jahren. Sehr ungleichmäßig sei die Beurteilung der Trunksucht. — Aussprache: Ch. A. Mac Donald fragt, ob der Psychiater nach erfolgter Untersuchung als Gutachter fungiere, oder ob der Verteidiger noch einen eigenen Gutachter bestellen dürfe. — A. Myerson glaubt, daß der Psychiater sich einen eigenen Platz an den Gerichten schaffen werde. Er betrachtet das Verbrechen nur beiläufig psychiatrisch, vorwiegend sei es ein soziales Problem. Das Studium der Individualität sei nur ein Teil der Verbrechensforschung. Die Städte sollen eine ungünstige Umgebung für Verbrecher darstellen. Das Verhältnis der einheimischen zu den ausländischen Verbrechern drücke das Verhältnis der Kultur zum Verbrechen aus. In der Statistik der Mörder finden sich vorwiegend Italiener. Die Einheimischen begehen vorwiegend Raub. Es sei wertlos, den Verbrecher als konstitutionell minderwertigen Psychopathen zu bezeichnen. Eine große Gruppe falle unter eine Typenkategorie, die nicht eigentlich geistig abnorm sei. Diese Gruppe stelle der unorganisierte Extravertierte („unorganized extrovert“). Intelligenz, Sensationslust, Tätigkeitsdrang und sexuelle Strebungen seien unorganisiert. Diese Leute begehen ihre Verbrechen, wie sie kommen, ohne Reue. Wie solle man das Problem des Verbrechers lösen? Reorganisation der Gesellschaft. Psychiatrische Beaufsichtigung Krimineller sei sehr kostspielig. — Overholser (Schlußwort): Das gesetzmäßige Recht des Verteidigers, geistige Störungen bei seinem Mandanten zu belegen, bestehe unberührt weiter. Der Verteidiger griffe aber wenigstens in Massachusetts selten zum Psychiater, er nehme meist das Urteil des Gerichtspsychiaters an. Der Jurist fordere die Zuziehung des Psychiaters. — Holt: Die Gefangenenerhebung läuft seit 1924 in Massachusetts. In den ersten 5 Jahren seien die 5000 Fälle des Berichtes untersucht worden. Vor der psychiatrischen Untersuchung stelle ein Sozialbeamter eingehende Erhebungen an. Der Psychiater mache seine Untersuchungen im Gefängnis. Da nur ausgewählte psychiatrische Sachverständige diese Untersuchungen vornehmen, so dürfe man glauben, daß sie gründlich und sachverständig durchgeführt werden.

*Adolf Friedemann* (Berlin-Buch).

**Kirschbaum:** Über das absichtliche Verschlucken von Fremdkörpern. (*Ges. d. Neurol. u. Psychiater, Groß-Hamburg, Sitzg. v. 28. XI. 1931.*) Klin. Wschr. 1932 I, 396—397.

In seltenen Fällen sind die Ursachen rein psychotischer Art, am häufigsten schizo-

phrene Wahnsysteme. Ferner kommt es auch in epileptischen Dämmerzuständen vor. Eine Sonderstellung nehmen nichtgeisteskranke primitive Artisten ein, die das Verschlucken von Fremdkörpern als an sich gefahrloses Kunststück rein mechanisch und ohne seelisches Erleben betreiben. Die Hauptgruppe von Fremdkörperschluckern wird von schwachsinnigen Psychopathen gebildet. Geltungsbedürfnis, Trotz und Langeweile in der Anstalt oder Haft sowie der Wunsch, die Lage unter allen Umständen zu verändern, sind die häufigsten Anlässe. Dabei spielen manchmal ängstliche Vorstellungen oder Beeinträchtigungsideen eine ursächliche Rolle für diese triebhaften Handlungen. Ferner wird auch sexueller Anlaß für diesen abnormen Trieb, besonders sadistische und masochistische Veranlagung beobachtet. *Schrader (Bonn).*

**Croce, G.: I sintomi premonitori e iniziali della demenza precoce.** (Die prodromalen und initialen Symptome der Dementia praecox.) (*Osp. Psichiatri., Racconigi.*) Schizophrenie 1, 31—36 (1931).

Eine Zusammenstellung der Frühsymptome der Dementia praecox, bestimmt für die Amtsärzte, denen damit die Handhaben zu einer Frühdiagnose gegeben werden sollen, und die zu intensiver Zusammenarbeit mit den psychiatrischen Anstalten aufgefordert werden. Für den Fachpsychiater bringt diese Zusammenstellung nichts Neues. Sie leidet außerdem darunter, daß differentialdiagnostische Gesichtspunkte nicht beachtet sind und damit die Gefahr einer Fehldiagnose der Schizophrenie gerade für Nichtpsychiater verstärkt wird.

*Arno Warstadt (Berlin-Buch).*°°

**Rizzatti, Emilio M.: Lo stato attuale del concetto clinico di schizofrenia.** (Der gegenwärtige Stand der klinischen Anschauung über die Schizophrenie.) Schizophrenie 1, 37—63 (1931).

Der grundlegende Untersuchungsfehler liege darin, daß ätiologisch und pathogenetisch wahrscheinlich Verschiedenes auf eine Untersuchungsbasis gestellt werde. Nicht alle Autoren verstünden auch unter Schizophrenie und Dementia praecox dasselbe: Die einen beschränkten sich auf die hebephren-katatonen Formen, die anderen zögen den Kreis durch Einbeziehen des Schizoids wesentlich weiter. Außerdem würden verschiedene Stadien der Krankheit gleichwertig behandelt. Verf. geht sodann auf die bisherigen Forschungsergebnisse ein: Konstitution (wobei er auf die Rassenunterschiede hinweist), innere Sekretion und vegetatives Nervensystem, neurologische Ergebnisse (Reflexe, Pupillen), Blutbild und Liquor, Encephalographie, Körpertemperatur. Er bespricht anamnestische Hauptbefunde und geht auf die pathologische Anatomie ein. Er zieht Vergleiche mit der Encephalitis lethargica. Dann kommt er zu den Versuchen experimenteller Erzeugung schizophrener Symptome mit Bulbocapnin, Somnifen, Mescaline. Verf. gibt folgende Einteilung: 1. Dementia praecox biopathica. Diese habe eine ungünstige Prognose, zeige einen schnellen Verfall in Demenz. Ihr psychopathologischer Charakter trage den Typ der Hebephrenie oder des Paranoids. Sie sei selten erblich bedingt. Im pathologisch-anatomischen Befund sei sie mit der degenerativen Dementia praecox Marchands zu identifizieren. 2. Schizoide Reaktionen auf Umwelteinflüsse bei entsprechender Konstitution. Hierher gehörten die blanden, vorübergehenden, paranoiden deliranten Formen. Sie seien aufgepfropft auf einer psychasthenischen Verfassung. 3. Tuberkulöse Schizophrenie. Hier treffe eine Tuberkulose mit entsprechender somatischer und psychischer Konstitution zusammen. Sie sei toxisch bedingt. 4. Im ganzen Verlauf subakute, hebephren-katatone Schizophrenie mit ausgesprochener Verwirrtheit, bei der sich serologische, urologische und pathologisch-anatomische Befunde nachweisen lassen (Buscaino). Diese von vorwiegend katatonen Erscheinungsweisen und toxischer Genese. 5. Dementia heredo-luetica (eine unglücklich gewählte Bezeichnung), die Dementia „praecocissima“ mit furibundem Verlauf. 6. Schizophrenia postencephalitica, vorwiegend kataton anmutend, als Folgezustand der Encephalitis lethargica. 7. Schizophrenia meningo-encephalitica infectiosa, ähnlich der vorigen, mit einem prozeßhaften anatomischen Substrat perivaskulärer Natur (Marchand), selten vorkommend und hervorgerufen durch ein noch unbekanntes pathogenetisches Agens. *Arno Warstadt (Berlin-Buch).*°°

**Rodenberg, Carl-Heinz: Encephalitis und Schizophrenie. Ein kasuistischer Beitrag zum Psychoseproblem der Encephalitis epidemica.** (*Privat-Heil- u. Pflegeanst., Branitz, O.-Schl.*) Allg. Z. Psychiatr. 96, 139—152 (1931).

Beschreibung eines Kranken, der mit 9 Jahren an „Kopfgrippe“ erkrankte, in der Folge die typische postencephalitische Wesensveränderung zeigte, triebhaft, lügenerisch, unfolgsam, brutal und reizbar wurde und schließlich eine zur Demenz führende, paranoid-halluzinatorische Psychose bekam. Verf. nimmt an, daß in diesem Falle zu dem postencephalitischen Prozeß eine schizophrene Erkrankung hinzutrat, begründet diese Ansicht aber nicht im einzelnen und geht auf das Problem der schizophrenieähnlichen postencephalitischen Psychosen nicht ein.

*Sternberg (Dresden).*

**Vedrani, Alberto: Alienati in libertà. Cinismo schizofrenico.** (Geistesranke in der Freiheit. Schizophrener Zynismus.) Giorn. Psychiatr. 59, 22—31 (1931).

Der Verf. schildert einleitend an dem Begriff des Zynismus, daß verschiedene unserer klinischen Begriffe dem Wesen der Geisteskranken nicht gerecht werden. Dann beschreibt er in 2 Fällen das Verhalten Katatonen in der Freiheit. *Braun.*

**Huergo, Alfredo, und Carlos Fernández Speroni: Affektstumpfung, Perversität, epileptisches Syndrom und Mythomanie bei einem postencephalitischen Mädchen.** (*Hosp. Nac. de Alienados, Buenos Aires.*) Rev. Criminología etc. 18, 401—408 (1931) [Spanisch].

Darstellung eines Falles, dessen wesentliche Züge in der Überschrift bereits angegeben sind. Jedoch erscheint die Annahme einer Encephalitis nicht genügend gestützt. *Eduard Krapf.*

**Steck, H.: Die psychischen Störungen nach Encephalitis lethargica. Nach den in der Schweiz gesammelten Beobachtungen, nebst Bemerkungen zur Therapie.** (*Psychiatr. Klin., Univ. Lausanne.*) Schweiz. med. Wschr. 1931 II, 824—827.

Die Mitteilung gründet sich auf die Beobachtung von 364 Kranken aus den schweizerischen Irrenanstalten und 221 von Ärzten und Spitalärzten beobachteten Kranken. Das männliche Geschlecht überwiegt stark. Für die neurologischen Parkinson-Syndrome werden Intervalle bis zu 9 Jahren beobachtet. Zuweilen, besonders bei jugendlichen Kranken, gehen die psychischen Störungen den neurologischen voraus. In den meisten Fällen entwickeln sich die Spätfolgen im Laufe von 1—2 Jahren voll. — Von den 364 Spätencephalitikern in den Irrenanstalten werden nur bei 14 keine wesentlichen psychischen Veränderungen verzeichnet, sie sind alle Parkinsonisten; 42% der Parkinsonisten mit verschiedenartigen psychischen Störungen zeigen eine „Bradyphrenie“: Verlangsamung auf motorischem, psychomotorischem und psychischem Gebiet, wobei es oft erst sekundär zu einer ausgesprochenen Trägheit und Apathie kommt. Die Bradyphrenie hängt durchaus nicht vom Grade des Parkinsonismus ab. Unter den 221 außerhalb der Anstalten beobachteten Fällen finden sich 67 Parkinsonisten ohne, 130 mit psychischen Störungen. Häufiger noch als die Bradyphrenie folgt der Encephalitis lethargica die „Charakter- und Verhaltensveränderung“, die klinisch zusammengesetzt erscheint aus einer besonders labilen, massiven, klebrigen Affektivität, einer ausgesprochenen Reizbarkeit und einem Fehlen von Hemmungen gegenüber den niedrigen und primitiven Instinkten. — Neben Bradyphrenie und Charakterveränderung, den zahlenmäßig häufigsten und wichtigsten Syndromen, finden sich noch andere psychische Störungen, die sich mehr oder weniger auf diesen Hauptsyndromen aufbauen. Eigentliche postencephalitische progrediente chronische Psychosen sind sehr selten. — Im ganzen zeigen die angeführten psychischen Störungen der Postencephalitiker bei aller Polymorphie eine organische, und zwar subcorticale Störung, die sich in der Störung der Automatismen, der Antriebe, der Affekte und der Instinkte äußert. Diese basale Symptomatologie ist nicht in Widerspruch zu der anatomisch nachgewiesenen Lokalisation der akuten Läsionen am Boden des 3. Ventrikels und um den Aqueductus Sylvii.

*J. Jacobi (Bonn).*

**Scheele, Hans: Über psychopathieähnliche Zustände und Selbstmordneigung bei der Huntingtonsehen Krankheit.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Würzburg.*) Z. Neur. 137, 621—648 (1931).

Verf. stellt sehr ausführlich 2 Fälle dar. Im ersten handelt es sich um ein Mitglied der

schon von Entres (Monographie, Julius Springer 1921) veröffentlichten Familie Petronius: einen Jungen, der nach früherem Bettnässen, gelegentlichen Zuckungen und Abwesenheiten sich mit 17 Jahren veränderte, haltlos und unstet wurde, stahl, triebhaft vagabundierte usw. und sich dann — nachdem 2 andere Selbstmordversuche mißglückt waren — von einem Zuge überfahren ließ. Die Schwester des Vaters ist gleichfalls durch Selbstmord geendet; eine — von Entres noch als gesund bezeichnete — Schwester bot später ein typisches Huntingtonbild. — Im 2. Falle hatte sich die Mutter erhängt, ein Onkel hatte sich gleichfalls das Leben genommen. Der Patient selber hatte in der Klinik eine als reaktiv gedeutete Depression gezeigt; die bei ihm beobachtete, im 22. Lebensjahr eintretende Veränderung machte mehr den Eindruck einer organisch bedingten, als den einer psychopathischen; triebhafte Angstzustände führten schließlich, im 26. Jahr, zu einem Selbstmord durch Erhängen.

Im Anschluß an diese beiden Fälle diskutiert Verf. die Frage, wie diese und ähnliche psychopathieähnliche bzw. „pseudopsychopathische“ Zustandsbilder in den Formenkreis der Huntingtonschen Krankheit einzuordnen seien, wobei er an die Bilder der jugendlichen Encephalitiker (Thiele) erinnert; er liefert damit einen u. E. beachtlichen Beitrag zu der Umgrenzung der Psychopathie überhaupt und der Möglichkeit der organischen Grundlage gewisser Formen. Auffallendste Erscheinungen der in Betracht kommenden Fälle seien Neigung zum Vagabundieren und zu Unregelmäßigkeit in der Erfüllung der Berufspflichten, vor allem aber dann krankhafte Veränderung bei an sich nicht als psychopathisch imponierenden Persönlichkeiten, die vom Kranken selber als quälend empfunden werde; es treten triebhafte Verstimmungen auf, in denen es dann öfter zum Selbstmord kommt. Das spätere Schicksal solcher Fälle sei noch ungewiß; der Selbstmord sei geeignet, die Zahl der Huntingtonbelasteten zu vermindern. Die Häufigkeit der Selbstmorde habe schon Huntington selber betont, ohne daß dieser Hinweis bisher in der Literatur beachtet worden sei. Die Anregung des Verf., bei sonst unklaren Fällen von Selbstmord auch an eine Belastung mit Huntingtonscher Krankheit zu denken, erscheint beachtenswert. *Donalies (Berlin).*

**Heuqueville, Georges d': Étiologie et prophylaxie du suicide.** (Ätiologie und Prophylaxe des Selbstmordes.) *Bull. méd.* 1931 II, 551—553.

Übersichtsaufsatz, der sich zunächst mit dem Anteil befaßt, den Geistesranke und Psychopathen am Selbstmord haben, dabei — wie billig — endogene und reaktive Depressionen voranstellt, dann flüchtig die Altersverteilung streift (in Frankreich steigt offenbar die Kurve — im Gegensatz zu anderwärts gemachten Erfahrungen — kontinuierlich an) und schließlich kurz auf die verständlich motivierten Selbstmorde eingeht. Interessant noch die Verteilung der Mittel; auch hier weichen die mitgeteilten Zahlen (40% Erhängen, 25% Ertränken, 10% Gas usw.) in einigen Punkten von dem sonst Bekannten ab. Was Verf. abschließend über die Prophylaxe des Selbstmordes und die Behandlung der internierten Selbstmörder sagt, bringt kaum etwas Neues.

*Donalies (Berlin).*

**Dornedden, Hans: Der Selbstmord in Deutschland.** *Dtsch. med. Wschr.* 1931 II, 1750—1752.

Aus der Statistik über den Selbstmord in Deutschland sei folgendes herausgegriffen: Die subjektive Einstellung des Einzelmenschen ist entscheidender als alles andere (Wirtschaftsnot, Verfehlung, Krankheit usw.). Durch Einbuße von Religiosität und nationalem Gefühl steigen die Selbstmorde in der Stadt mehr als auf dem Lande. Die Selbstmordziffer nimmt von den Großstädten bis zu den Mittelstädten (15—30 000 Einwohner) und von diesen zu den Gemeinden stufenweise ab. Der Unterschied zwischen den dominierenden männlichen und den weiblichen Selbstmordkandidaten ist in den letzten Jahren geringer geworden. Die weiblichen steigen prozentual. Das ist wohl auf das zunehmende Berufsleben der Frau zurückzuführen. Die höheren Altersklassen waren in auffallender Weise im Inflationsjahr 1921 an der Selbstmordstatistik beteiligt. Man kann auch heute die Selbstmordhäufigkeit als wirtschaftlichen Index ansprechen. Eine Selbstmordmonatskurve weist ihren Höhepunkt in den Frühjahrsmonaten auf.

*Lorentz (Hamburg).*

**Wright, Maurice B.: Sociological factors which influence the suicide rate.** (Soziale Faktoren, welche die Zahl der Selbstmorde beeinflussen.) *Psyche* (Lond.) **12**, Nr. 2. 52—61 (1931).

Zwischen der Zahl der Selbstmorde und der Zahl der Geistesstörungen bestehen keine Beziehungen (Häufigkeit der Geistesstörungen, Seltenheit der Selbstmorde bei Juden). Zunahme der Selbstmorde in der Zeit vom Januar bis Juni, weil Selbstmorde meist am Tage ausgeführt werden und in dieser Zeit die Tage länger werden. Größte Häufigkeit der Selbstmorde bei Protestanten, geringere bei Katholiken, noch geringere bei Juden, weil bei Juden der soziale Zusammenhalt, bei Protestanten der Individualismus am größten ist. Aus demselben Grunde größere Häufigkeit der Selbstmorde bei Unverheirateten, Verwitweten und Kinderlosen. Selbstmord als religiöse Handlung in manchen Kulturen.

*Campbell* (Dresden).

**Courbon, Paul: Pseudo-suicide par dépit.** (Pseudo-Selbstmord aus Verdruss.) (*Soc. Méd.-Psychol., Paris, 11. VI. 1931.*) *Ann. méd.-psychol.* **89**, II, 32—36 (1931).

Bericht über eine 36jährige, nicht psychopathische, etwas impulsive, als sehr tüchtig geschilderte, in einem Restaurationsbetrieb in leitender Stellung tätige Frau, die bei geöffnetem Gashahn mit schwererer Schlafmittelvergiftung (Somnifen) aufgefunden wurde. 3 Tage andauernde Verwirrtheit mit motorischer Unruhe, dann klar. Es ließ sich feststellen, daß die Patientin aus Verdruss über eine geringfügige Rüge im Zustand starker körperlicher und geistiger Abspannung infolge übermäßig intensiver Arbeit sich impulsiv entschlossen hatte, ihren Beruf aufzugeben und übermäßig viel Schlafmittel genommen hatte; überkochendes Wasser hatte die Gasflamme gelöscht. Ein Selbstmordversuch lag nicht vor, sondern nur eine im Affekt des Ärgers unternommene lebensbedrohende Handlung. Eine gewisse Bedeutung mißt Verf. auch einer körperlichen Störung, einer sich in letzter Zeit entwickelnden erheblichen Adipositas zu. Verf. will mehrere solche Fälle beobachtet haben. Während Heuyer in der Aussprache die Bedeutung der angeborenen Konstitution hervorhebt, hält Verf. in seinem Fall eine durch die Überanstrengung gegebene erworbene Disposition für vorliegend.

*Runge* (Chemnitz).

**Cox, A. Neville: A note on tuberculosis and suicide.** (Bemerkung über Tuberkulose und Selbstmord.) (*Brighton Sanat., Brighton.*) *Brit. J. Tbc.* **25**, 173—174 (1931).

Von 207 Selbstmordfällen in Brighton in den Jahren 1921—1930 waren nur 2 Tuberkulose. In einem Falle handelte es sich um einen 36 Jahre alten Mann mit chronischer Phthise, aber häufig sich wiederholenden Hämoptysen. Die Furcht vor der Blutung mag bei dem Selbstmord mitbestimmend gewesen sein, der eigentliche Grund war aber wohl die Arbeitslosigkeit; im zweiten Falle handelt es sich um eine 43 Jahre alte Frau mit fraglicher Tuberkulose. Hier sind Armut und Einsamkeit die bestimmenden Faktoren zum Selbstmord gewesen.

*Köster* (Berlin).

**Scouras, Ph.: Le suicide dans l'armée.** (Der Selbstmord im Heere.) (*Serv. de Neuro-Psychiatr., Hôp. Milit., Val de Grace, Paris.*) *Encéphale* **26**, Suppl.-Nr 7, 153 bis 182 (1931).

Der Verf. brichtet in einem 1. Abschnitt über den Selbstmord von „Neuropathen“; er rechnet hierher einmal die Schwachsinnigen (hier ist der — öfters mißglückende — Selbstmord eine Reaktion auf die verhältnismäßig schwierige Situation), die Haltlosen (häufig bei Freiwilligen, aus Enttäuschung) und die Postencephalitiker sowie noch eine aus Triebhaften, Erregbaren und Ängstlichen zusammengesetzten Gruppe, für die der Militärdienst ein ungünstiges Milieu darstelle. Ein 2. Abschnitt ist dem Selbstmord im Verlauf von Psychosen gewidmet sowie dem der Alkoholisten, für deren oft unernsthafte Versuche der Begriff „pseudo-suicide“ gebraucht wird; in diesen Fällen ist der Dienst im Heere nur von sekundärer Bedeutung. Verf., der insgesamt 19 Fälle mitteilt, schildert abschließend einen Fall von „sur-simulation“, wie er den psychogenen Überbau bei psychopathischer Grundlage nennt; er bezieht sich vielfach, besonders bezüglich der Debilen, auf Fribourg-Blanc [vgl. Hyg. ment. **23**, 225 (1928)]. Schade, daß die zugrunde gelegte Systematik von der hierzulande gebräuchlichen in so manchem Punkte abweicht.

*Donalies* (Berlin).

**Fuster, J.: Gerichtlich-Medizinische Gesichtspunkte zum Kampf gegen die Giftsucht.** *An. Hosp. Cruz y Pablo Barcelona* **5**, 5—12 (1931) [Spanisch].

Verf. hat die Zahl der Rauschgiftsüchtigen im Gefängnis von Barcelona fest-



gestellt: es handelt sich um 26 Kriminelle, die wegen aller möglichen Verbrechen bestraft waren. Im Zusammenhang mit seinen Feststellungen bespricht Verf. die sozialen Probleme der Rauchgiftsuchten, wobei er die Neigung der Süchtigen zu antisozialen Handlungen besonders hervorhebt. Er fordert ein Gesetz, das die zwangsweise Entziehung ermöglichen soll. Bemerkenswert ist, daß sich unter den 26 Probanden des Verf. 16 Homosexuelle befanden.

*Eduard Krapf* (München).<sup>o</sup>

**Vervaeck, Louis:** *Que faut-il entendre au point de vue médico-légal par état de toxicomanie? Dans quelles conditions le médecin peut-il être inculpé d'avoir créé, entretenu ou aggravé un état de toxicomanie?* (Was muß man von gerichtsmedizinischem Standpunkt aus über den Begriff der Süchtigkeit wissen?) (*16. congr. de méd. lég. de langue franç.*, Paris, 4.—6. V. 1931.) *Ann. Méd. lég. etc.* 11, 725—730 (1931).

Ausgehend von der Unterscheidung der Morphiomanen in solche, die aus therapeutischen Gründen zum Gifte griffen („Morphiumkranke“), und solche, die aus psychopathisch-perverser Veranlagung zum Abusus kamen, definiert der Autor die Süchtigkeit wie folgt: „Der gebieterische Zwang, gewohnheitsmäßig, ohne therapeutische Gründe, ein Gift zu nehmen, trotz der Störungen und organischen Schädigungen, die es mit sich bringt, charakterisiert durch die Erscheinungen der Gewöhnung und der Entwöhnung, ein Zwang, der sich in dem unwiderstehlichen Trieb niederschlägt, sich das Gift zu verschaffen, sei es um den Preis einer kriminellen Handlung.“

*Hans Schwarz* (Berlin).<sup>o</sup>

**Balthazard, V.:** *Comment on devient toxicomane.* (Wie man süchtig wird.) *Paris méd.* 1931 II, 413—415.

Kurze Betrachtung über die Genußmittel- und Rauschgift-Suchten. Ein etwas breiterer Raum wird der Beschreibung der einzelnen Cocainistentypen gewidmet. Eine Gruppe setzt sich zusammen aus Intellektuellen, Literaten und Artisten; das Gift bringt ihnen ein aktives, farbiges, illusionsreiches, mystisch-träumerisches, ja angstvolles Dasein, aus dem heraus sie „Meisterwerke“ schaffen wollen; die Artisten gebrauchen es gegen ihr Lampenfieber, die Sportsleute zum Kampf gegen die Ermüdung, wie man es auch Rennpferden einverleiht. Eine andere Gruppe besteht aus den „Vielbeschäftigten“: Ärzten, Bankiers, die ihre Leistungen zu steigern beabsichtigen. Einige nehmen es aus Kummer des Herzens oder des Portemonnaies, meist von anderen verführt. Schließlich bleiben noch die zu erwähnen, für die sexuelle Störungen Veranlassung zur Süchtigkeit wurden, seien es solche, die sich in eine Erregung versetzen wollen, seien es solche, denen daran liegt, stumpfer und unbeteiligter zu werden.

*Hanns Schwarz* (Berlin).<sup>oo</sup>

● **Annual report of the central narcotics intelligence bureau for the year 1930. (Egyptian government.)** (Jahresbericht des Zentralbureau für Rauschgifte für 1930. [Ägyptische Regierung.] Cairo: Government press 1931. XIII, 109 S.

Hochinteressante Publikation der ägyptischen Regierung über das Rauschgift-Gangsterwesen an der Hand einer kriminalistischen Kasuistik, welche das fruchtbare Zusammenarbeiten der internationalen Polizeiorganisationen zeigt. Eine rührige Laienpropaganda mit Film- und Theaterbenutzung ist zur Bekämpfung des illegalen Handels bestimmt. *Leibbrand.*

● **Anselmino, Otto, und Adolf Hamburger:** *Kommentar zu dem Gesetz über den Verkehr mit Betäubungsmitteln (Opiumgesetz) und seinen Ausführungsbestimmungen.* Berlin: Julius Springer 1931. VIII, 460 S. geb. RM. 25.50.

Bei der in den verschiedensten Zeitschriften medizinischer, pharmazeutischer und juristischer Disziplin verstreuten Literaturflut über das Opiumgesetz und seine Ausführungsbestimmungen ist eine umfassende Gesetzesdarstellung und Kommentierung, die gleichzeitig als Nachschlagewerk für alle beruflich mit dem Gesetz Verbundenen gelten kann, ein Bedürfnis. Dieses Werk ist jetzt von den Verff. in übersichtlicher Weise geschaffen. Die im letzten Teil des Buches veröffentlichten Wortlaute der einzelnen Abkommen und Gesetze werden im 1. Teil historisch geschildert; die mittleren Teile enthalten einen juristischen Kommentar des Gesetzes und seiner Adnexe, in welchem die wichtigsten wissenschaftlichen Standpunkte mit-erörtert werden. Für die Ärzte ist, abgesehen von der strafrechtlichen Darstellung, jener Teil am wichtigsten, der auf S. 187ff. dem Arzt die gewissenhafte Verordnung von betäubungsmittel-enthaltenden Arzneien vorschreibt. Wenn über den Formalismus des Opiumgesetzes geklagt wird, so kann sich der Fachmann leider dieser Notwendigkeit nicht verschließen, wenn er immer wieder die berühmte iatrogene Verbreitung der Rauschgiftsucht in der Praxis antreffen muß. Ein Sachregister am Ende des Buches gestattet mühelose Orientierung für den einzelnen Berufsinteressenten.

*Leibbrand* (Berlin).

● **Goldbaum, Wenzel: Nachtrag zum Opiumgesetz.** (Stilkes Rechtsbibliothek. Nr. 75.) Berlin: Georg Stilke 1931. 8 S.

Die Verordnung über Fortfall der Bezugscheinpflicht vom 21. IX. 1931 ist veröffentlicht, ferner werden die entsprechenden bezugscheinfreien Medikamente genannt (Morphium-Atropin in bestimmter Dosierung, desgleichen Laudanon-Atropin, Holopon-Atropin usw. in fertigen Ampullen); unter anderem befinden sich die psychiatrisch viel gebrauchten M-Scopolamin-Ampullen und die in der Melancholiebehandlung angewandten Neurophyllin-Pillen darunter.  
*Leibbrand* (Berlin).

**Huwe: „Ärztlich begründet“ im Sinne des § 6 der Verschreibungsverordnung zum Opiumgesetz.** Z. Med.beamte 44, 530—535 (1931).

Der Begriff „ärztlich begründet“ vermag die Wohltaten des Opiumgesetzes zu sabotieren, da auch besonders süchtige Ärzte diesen Begriff zur Proselytenmacherei benutzen werden; es kann nicht engherzig genug mit diesem Begriff bezüglich der Verordnungsindikation umgegangen werden; besonders die soziale Indikation, die der Süchtige stets dolos ins Feld führt, um sich vor der Kur zu drücken, muß streng beurteilt werden.  
*Leibbrand* (Berlin).

**Chopra, R. N., and Gurbaksh Singh Chopra: Cocaine habit in India.** (Cocainmißbrauch in Indien.) (*Dep. of Pharmacol., School of Trop. Med. a. Hyg., Calcutta.*) Indian J. med. Res. 18, 1013—1046 (1931).

Umfassende Untersuchung über Geschichte, geographische Verbreitung und körperliche Wirkungen des Cocainmißbrauches. Es gibt in Indien fast gar kein Erythroxylon coca, und Blätter werden nicht eingeführt. Cocain wird von Japan und China nach Kalkutta eingeführt, von wo aus jährlich ungefähr 7000 kg entlang den Haupteisenbahnlinien von Nordindien (bis Peshawar) an fast 1 Million Cocainesser gelangen. Cocain wird zusammen mit Betel gekaut, aber nicht heruntergeschluckt. Infolgedessen haben Cocainesser charakteristisch schwarz gefärbte Zähne und aufgesprungene Lippen. 200 Fälle wurden genau untersucht. Tabellen über Ursachen und Dauer des Mißbrauches, ferner über die Rolle von Alter, Geschlecht, Beruf und Vererbung. Die allgemeinen und besonderen Wirkungen von Cocain auf Verdauungs- und Respirationstractus, Urogenital- und Nervensystem werden abgehandelt. 6 Tabellen, 1 Landkarte, 3 Tafeln.  
*F. A. Pickworth* (Birmingham).

**Haškovce, V.: Gewöhnung und chronische Vergiftung mit Kodeinpräparaten.** (*Psychiatr. klin., univ., Praha.*) Rev. Neur. 28, 233—243 u. franz. Zusammenfassung 242 (1931) [Tschechisch].

Mitteilung eines Falles von Dicodidomanie (21 Tabletten à 0,01 g täglich) bei einem 28jährigen Opersänger, dessen Vater temporärer Alkoholiker war und der selbst psychopathisch veranlagt einige Jahre hindurch Alkoholmißbrauch getrieben hat. Es entwickelte sich bei ihm eine chronische Vergiftung und bei Entzug Abstinenzerscheinungen, welche jedoch hauptsächlich neurasthenischer Natur waren, ohne psychische Störungen. Während der Abstinenzkur schwanden die Erscheinungen allmählich unter Remissionen. Es wird darauf verwiesen, daß bei therapeutischer Verwendung des Dicodid auf die Persönlichkeit des Patienten und eventuelle endogene Disposition geachtet werden muß. — Weiter Mitteilung eines Falles von Eucodalomanie (2 g täglich) bei einem psychisch vollkommen gesunden 33jährigen Arzt. Die chronische Vergiftung zeigte sich hauptsächlich in psychischen Störungen (Depressionszustände). Die Abstinenzkur führte viel rascher zum Schwund der Krankheitserscheinungen als in dem Fall von Dicodidomanie.  
*Marx* (Prag).

**Wolff, P.: Über Absinthgenuß und Cocktailsucht.** Dtsch. med. Wschr. 1931 II, 1940—1942.

Der Absinth, ein durch Destillation des Wermutkrautes oder durch Vermischen ätherischen Wermutöles mit Alkohol hergestellter, hochprozentiger grüner Schnaps, führt bei gewohnheitsmäßigem Genuß verhältnismäßig schnell zu erheblichen Gesundheitsstörungen (Epilepsie, Halluzinationen, Delirium, körperlicher und geistiger Zerfall). Die Ursache hierfür ist nicht so sehr im hohen Alkoholgehalt als in der giftigen Wirkung ätherischer Öle (Thujon) zu suchen. In Erkenntnis dieser, der Volksgesundheit drohenden Gefahren sind in Belgien, den Niederlanden, in Italien, Frankreich, der Schweiz und in Deutschland (1923) Schutzgesetze erlassen worden, nicht

jedoch in England, wo der Absinthgenuß ziemlich verbreitet ist. Eine ähnliche Gefahr wie durch den Absinth droht namentlich dem westlichen Europa durch den von Amerika überkommenen Cocktail, der in seiner ursprünglichen Form zur Hälfte aus Absinth besteht, aber auch nach einer großen Anzahl anderer Herstellungsvorschriften, die alle zu mehr oder weniger großen gesundheitlichen Bedenken berechtigen, zubereitet wird. Der Cocktail hat eine sehr schnell einsetzende Rauschwirkung zur Folge, er führt aber bei Überschreitung einer gewissen Grenze bereits zu schweren Vergiftungserscheinungen. Vor der mehr und mehr aufkommenden „Cocktail-Mode“ muß ernstlich gewarnt werden. *Erich Hesse (Berlin).*

**Bluhm, Agnes:** Darf die Erbllichkeit der Alkoholschäden als bewiesen gelten? *Z. Sex.wiss.* 18, 145—151 (1931).

Verf. nimmt zu einer Besprechung ihrer Arbeit „Alkohol und Nachkommenschaft“ durch Prof. Just (Greifswald) in der Zeitschrift für Sexualwissenschaft und Sexualpolitik 17, 520 (1931) Stellung. Just war zu der Überzeugung gelangt, daß die Ergebnisse der Versuche der Verf. nicht zu einem völlig sicheren Beweis für die Behauptung, Alkoholismus schädige das Erbgut, ausreiche. Verf. hält im Gegensatz hierzu den Beweis für erbracht. — Die Tatsache, daß bei der Verwendung möglichst erbgleicher Versuchs- und Kontrolltiere gerade die Nachkommenschaft des alkoholisierten Mausmännchens besondere Schädigungen aufwies, welche auch bei Kreuzung dieser Tiere mit normalen Weibchen sich zeigten, wird als sicherer Beweis gewertet, daß die Schädigung an die Chromosomen gebunden und somit vererbbar ist. (Vgl. diese *Z.* 18, 12). *Max H. Rubner (Berlin-Steglitz).*

**Köhler, R.:** Über organische und psychopathologische Befunde bei chronischen Alkoholikern. (*Inn. Abt., Städt. Krankenanst., Bremen.*) *Alkoholfrage* 27, 167—169 (1931).

Zusammenstellung der Alkoholikeraufnahmen der Städtischen Krankenanstalt Bremen aus den Jahren 1920—1929. Insgesamt 1641 Trinker, davon 816 chronische Alkoholiker. Unter den letzteren befanden sich 10% Delirium tremens-Fälle und akute Halluzinosen. Das Gesamtmaterial zeigt, worauf Verf. besonders hinweist, eine auffallend geringe Zahl von Tuberkuloseerkrankungen. *Pohlisch (Berlin).*

**Schlyter, K.:** Die Bedeutung der Blutprobe für den Nachweis der Trunkenheit bei Motorführern. *Sv. Läkartidn.* 1931 II, 1553—1567 [Schwedisch].

Besprechung der neuen schwedischen Motorfahrzeugverordnung, wonach es der freien Beurteilung der Gerichtshöfe überlassen ist, zu prüfen, ob der Angeklagte von alkoholhaltigen Getränken so beeinflusst ist, daß „angenommen werden kann“, daß er nicht die nötige Herrschaft über seine Handlung besessen hat. Schlyter, schwedischer Oberlandesgerichtspräsident, hebt hervor, daß die Blutalkoholbestimmung hierdurch einen selbständigen Wert erhalten hat als wichtiges Moment im Beweismaterial der Gerichtshöfe. Unter Berücksichtigung, daß eine Alkoholkonzentration von 1,0—1,6‰ im Blute schon einen ziemlich beträchtlichen Alkoholkonsum bedeutet, ist eine Alkoholbeeinflussung bei dieser Konzentration, vielleicht schon bei einer niedrigeren, recht wahrscheinlich. Andererseits gestattet die Blutprobe in gewissen Fällen mit verdächtigen Symptomen die erwünschte objektive Entscheidung, daß kein oder nur eine belanglose Menge Alkohol genossen worden ist. *Sjövall.*

● **Klatt, Georg:** Psychologie des Alkoholismus. Ein Versuch. (*Dtsch. Psychol. Hrsrg. v. Fritz Giese. Bd. 7, H. 4.*) Halle a. S.: Carl Marhold 1932. 79 S. RM. 2.75.

Die Schrift beschäftigt sich mit den seelischen Gründen des Alkoholismus. Das Eindringen in metaphysische Sphären durch Alkoholgenuß wird mit Recht abgelehnt. Verf. geht aus von der Nietzscheschen Einteilung in apollinische und dionysische Naturen; der Antrieb zum Trinken entstehe aus Überfülle und Leere. Der Trinker als Neurotiker wird im wesentlichen nach Adlers Gesichtspunkten etwas zu wenig konstitutionell betrachtet. Die in der individualpsychologischen Schule ausgeschliffenen Begriffsbahnen des Geltungsdranges und Gemeinschaftsgefühles gehen, leider ohne Nennung des Vaters der Gedanken, auf die französische Philosophie des vorigen Jahrhunderts und auf Feuerbach zurück. Verf. betont mit Recht den geduldfähigen psychotherapeutischen Aktivismus; die Schilderung der soziologischen Faktoren, die gerade für den im Fürsorgewesen und in der forensischen Psychiatrie stehen-

den Sachverständigen eine besonders große Rolle spielen, könnte zu ungunsten der literarischen Beispiele etwas markanter sein; im übrigen bietet die Schrift auch über den Fachkreis hinaus durchaus belehrende Gesichtspunkte. *Leibbrand* (Berlin).

**Koester, Fritz: Infektionspsychose, Quecksilbervergiftung oder Kompressionspsychose?** (*Prov.-Heil- u. Pflegeanst., Bonn.*) *Med. Klin.* 1931 II, 1428—1430.

In einem akut entstandenen psychotischen Zustande, wahrscheinlich Dämmerzustande, sprang der Kranke vor eine Straßenbahn. Er zog sich einen Bluterguß über einem Auge und Hautabschürfungen an Kopf und Rumpf zu. Im Krankenhaus war er unruhig, sang, hielt Reden. Am 4. Tage Fieber, einige Tage später, als er fieberfrei war, wässrige Durchfälle. Keine Ruhrbacillen. Körperlicher Verfall, Tod. Sektion: Am Schädel keine Veränderung, am Gehirn außer leichter ödematöser Schwellung nichts Krankhaftes, auch nicht mikroskopisch; verschorfende Entzündung des Magens, schwere verschorfende Entzündung des Dickdarmes, Bronchopneumonie. Gutachten: Todesursache durch Sektion nicht eindeutig geklärt. In Frage kommen nach dem anatomischen Befund Hg-Vergiftung oder Ruhr. Gegen Hg-Vergiftung spricht der Nierenbefund. Wahrscheinlicher ist Ruhr oder ein anderer infektiöser Darmkatarrh. Die Psychose, die nach den Ermittlungen schon vor dem Unfall bestand, ist durch den Unfall nicht wesentlich beeinflusst worden. Der Unfall wäre wahrscheinlich nicht zustande gekommen, wenn nicht die Psychose bestanden hätte. *Seelert* (Berlin-Buch).

**Rawkin, I. G.: Die psychischen Erkrankungen infolge von Bleivergiftung.** (*Psychiatr. u. Therapeut. Abt., Obuchs-Inst., Moskau.*) *Z. Neur.* 133, 70—118 (1931).

**Rawkin, I. G.: Die psychischen Erkrankungen infolge von Bleivergiftung. II. Mitt. Die neurotischen und psychopathologischen Symptome bei Bleivergiftung.** (*Psychiatr. u. Therapeut. Abt., Obuch-Inst., Moskau.*) *Z. Neur.* 136, 720—781 (1931).

Die sehr ausführliche Studie stützt sich auf das reiche Material (80 Fälle) an zum großen Teil recht schweren gewerblichen Bleivergiftungen, das im Obuch-Institut in Moskau zusammenkommt. Die psychischen Frühsymptome der Bleivergiftung unterteilt Rawkin in a) die Veränderungen des Charakters ohne sonstige Beschwerden und in b) die neurotischen Erscheinungen. Die Charakterveränderungen sind am häufigsten zu finden bei Personen, die das Alter von 26—27 Jahren überschritten haben und in Fällen, wo das Blei in geringen Dosen während längerer Zeit vom Organismus aufgenommen wurde. Die neurotischen Erscheinungen sind häufiger bei jüngeren Menschen. Die Charakterveränderungen bestehen in einer Asthenisierung der Persönlichkeit, in Veränderungen der Aktivität, der Motorik und der Reaktionen auf die Umgebung. Der Kranke wird matt, weniger beweglich, zuweilen etwas gehemmt, es entwickelt sich eine gewisse Amimie. Das Benehmen wird unsicher und schüchtern, er wird leicht verlegen, nichts interessiert ihn. In diesem Stadium lassen sich häufig noch keine allgemeinsomatischen Symptome der Bleivergiftung feststellen. Ein Fall von schwerer Vergiftung erinnerte durch Hemmung, Langsamkeit der Bewegungen und Starre an das residuale Bild der epidemischen Encephalitis. In schweren Fällen treten zu den beschriebenen Symptomen noch deutliche Anzeichen einer vorzeitigen Arteriosklerose des Gehirns hinzu. Die neurotischen Erscheinungen lassen sich nicht zu einem bestimmten Symptomenkomplex zusammenschließen und sind weniger spezifisch für die Bleiintoxikation. Es stellen sich Reizbarkeit, hartnäckige Kopfschmerzen, Schwindel und Flimmern vor den Augen, Ängstlichkeit und Schreckhaftigkeit ein. Zur „Encephalopathia saturnina levis“ rechnet R. Zustände, die zu den schweren psychischen Erkrankungen der Bleivergiftung überleiten. Es besteht Schwatzhaftigkeit, Euphorie, Angstzustände, Mißtrauen, Andeutung von Wahnideen, Halluzinationen, starke Schwindelanfälle. Hier finden sich bereits deutliche somatische Symptome der Bleivergiftung, wie Bleisaum, basophile Körnelung der Erythrocyten, große Mengen von Hämatoporphyrin im Harn. Ferner Kopfschmerzen, Schlafstörungen, häufig auch starker Tremor der Hände. Charakteristisch ist das Fehlen hypochondrischer Klagen und ein passives Verhalten der Krankheit gegenüber. Die „Bleiarteriosklerose“ des Gehirns ist eine der häufigsten Formen der chronischen Bleivergiftung. Der Symptomenkomplex konnte hauptsächlich im Alter von 37—45 und mehr Jahren beobachtet werden, meist bei Personen, die etwa 15—20 Jahre mit Blei gearbeitet hatten. Im Unterschied zur gewöhnlichen Arteriosklerose fand sich meist keine Heftigkeit, keine Nörgelei,

kein anspruchsvolles Wesen, sondern Mattigkeit, Passivität, Verlegenheit. Häufig sah man träge Pupillenreflexe, leichte Parese des Facialis, Tremor der Hände, langsame Sprache, gewundene und harte periphere Gefäße. Der Bleiarteriosklerose liegen Schädigungen der Hirngefäße zugrunde und deshalb bessert sich der Zustand der Kranken nicht wesentlich, auch wenn sie lange Zeit hindurch nicht mehr mit Blei in Berührung kommen. Recht häufig sind bei der Bleiarteriosklerose epileptische Anfälle. In 11 Fällen bestand eine „Bleiepilepsie“. R. unterscheidet hier 2 Formen: a) die episodisch sich wiederholende Bleiepilepsie und b) die Bleiepilepsie im engeren Sinne. Die episodische Form zeichnet sich dadurch aus, daß die Anfälle passager zur Zeit einer Steigerung des Intoxikationsprozesses, infolge des Eindringens größerer Bleimengen in den Organismus als gewöhnlich, infolge den Organismus schwächender Momente, während des Bestehens von Bleikoliken, auftreten, um bei Besserung des Allgemeinbefindens und nach Einstellen der Bleiarbeit wieder zu verschwinden. Bei der eigentlichen Bleiepilepsie werden die Anfälle bei träge verlaufenden Zuständen beobachtet, zeigen die Neigung sich zu wiederholen und nie ganz zu verschwinden. Am häufigsten liegt der Bleiepilepsie eine Arteriosklerose des Gehirns zugrunde. Die Anfälle können auch den Jacksonschen Typus haben. Unter dem Namen „Pseudoparalyse“ infolge von Bleivergiftung beschreibt R. paralyseähnliche Zustandsbilder, die sich von der echten progressiven Paralyse durch ihre günstigere Prognose, durch meist leidlich erhaltene Pupillenreaktion, geringere Stabilität der Sprachstörungen und der Anisokorie sowie natürlich durch negativen Ausfall der Luesreaktionen in Blut und Liquor unterscheiden. Die akut verlaufenden Bleipsychosen sind auch in Rußland selten geworden. R. beobachtete 2 Fälle, die er genau mitteilt. Sie folgen entweder dem exogenen Reaktionstypus mit deliranter Färbung oder dem „schizophrenischen“ Reaktionstypus mit Wahnideen, Gehörs- und Geruchshalluzinationen, Autismus und Negativismus. — 86% der Kranken litten an Schwindel, der in der Hälfte der Fälle stark ausgeprägt war. Da die meisten Kranken jünger als 44 Jahre waren, konnte der Schwindel nicht auf Alterserscheinungen zurückgeführt werden. Er stellt neben den körperlichen Vergiftungssymptomen eine der frühesten Erscheinungen der Bleivergiftung dar. Die Charakterveränderungen in Form von Verlegenheit, Schüchternheit und Ängstlichkeit wurden in 36% beobachtet. Sie unterscheiden sich von den gleichen Erscheinungen bei Quecksilbervergiftungen dadurch, daß die Anzeichen nicht so ausgesprochen sind und daß die hochgradige Emotionalität fehlt. Reizbarkeit ist kein typisches Symptom der Bleivergiftung, eher eine gewisse Rührseligkeit und Kleinmütigkeit. Die Aufmerksamkeit wurde labil, von geringem Umfang und schneller Ermüdbarkeit befunden. Die Gedächtnisleistungen waren herabgesetzt, jedoch nicht so stark wie die Aufmerksamkeit. Urteil, Kritik und Kombinationsvermögen zeigten mit wenigen Ausnahmen keine Abweichungen von der Norm. An motorischen Veränderungen fanden sich recht häufig akinetische Erscheinungen, gewisse allgemeine Starre, Schwerfälligkeit, Amimie (46%). Häufig wurde Tremor festgestellt. Es überwog der kleinschlägige schnelle Tremor. Auffallend häufig war Fehlen eines Parallelismus zwischen den allgemein somatischen und den neuropsychischen Symptomen der Bleivergiftung, so daß aus dem Vorhandensein oder Fehlen der sog. „Kardinalsymptome“ durchaus nicht immer auf den ursächlichen Zusammenhang von Erscheinungen des ZNS. mit Blei Schlüsse gezogen werden können. Die große Bedeutung des Bleibefundes im Harn für die Diagnose wird hervorgehoben.

Panse (Berlin).

**Kirschbaum, Walter:** Über Frühparalysen. Untersuchungen an nach der Geschlechtsreife infizierten unter 30 Jahre alten Paralytikern. (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst., Friedrichsberg-Hamburg.*) Z. Neur. 137, 552—559 (1931).

Unter Frühparalysen versteht Verf. die vor dem 30. Lebensjahr auftretenden Fälle; sie bilden 3—4% des gesamten Paralytikermaterials. Bei den Kranken, die sich zwischen dem 15. und 20. Lebensjahr syphilitisch infiziert hatten, bestand eine relativ

lange Latenzzeit (7—15 Jahre), während diese Periode bei den nach dem 20. Lebensjahr Infizierten durchweg kürzer war (mehrmals nur etwa 5 Jahre). Die Inkubation ist von der Therapie unabhängig. Erbliche Belastung und Alkoholmißbrauch scheinen verkürzend auf die Latenzzeit zu wirken, die jedoch niemals weniger als 3 Jahre dauert. Die Lues war in allen Fällen leicht verlaufen. Tabische Zeichen sind selten. Klinisch dominieren depressive, ängstlich-stupuröse Formen. Die Malariatherapie bietet schlechtere Aussichten als bei Erkrankungen in mittlerem Lebensalter. Viele Fälle nehmen nach vorübergehenden Remissionen einen chronischen Verlauf. Bei nicht nach der Infektion antisypilitisch behandelten Frühfällen wirkte die Malariakur relativ günstiger. Die Arbeit stützt sich auf 36 Fälle. *Neubürger* (Egling b. München).

**Bender, W.:** Zur Pathologie der malariabehandelten Paralyse. (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Abh. Neur. usw. H. 65, 128—134 (1932).

30 Fälle von in oder kurz nach der Malariakur (nur 4 hatten leichte, bald von Rezidiven gefolgte Remissionen von 2—8monatiger Dauer) verstorbenen Paralytikern; 9 mit Quartana, 21 mit Tertianer geimpft. Von ersteren sind 4, von letzteren 11 an Pneumonien gestorben im Alter von 34—60 Jahren. Ein Fall endete durch Suicid in paralytischer Depression, ein anderer durch unmittelbare Atemlähmung im paralytischen Anfall; die übrigen an schlechter Herzbeschaffenheit gestorben (4mal ausgesprochene braune Atrophie, 9mal schwielige, coronarsklerotische, teilweise auch fettig entartete Herzen). Dagegen spielte die reine Mesoarteritis luica eine verhältnismäßig geringe Rolle (nur 2 Fälle), meist Mischung mit arteriosklerotischer Gefäßveränderung. Zusammenhänge zwischen Hirngefäß- und anderen Gefäßalterationen nicht die Regel; allerdings in einem Falle mit schwersten Aortenveränderungen (Aneurysma, zerfallende Atherome) auch multiple arteriosklerotische Erweichungen im Stammhirn. Dreimal alte, lediglich cirrhotische tuberkulöse Oberlappenherde, deren keiner Neigung zu aktivieren zeigte. 5 Malariamilzen, 12mal ausgesprochen septische Milz, und zwar hatten von 11 Bronchopneumonien 10 und von 4 lobären Pneumonien 2 diesen Befund; Verf. denkt an die Möglichkeit, daß es sich um septische Erkrankungen infolge sekundärer Infektion eines durch die Malaria weitgehend in seinen Abwehrkräften anderweit beanspruchten Organismus handle. Nirgends Malarialeber. — Was die Gehirnbefunde anbelangt, so bemerkt Verf. ausdrücklich, daß nur 4 Fälle leichte, kurzdauernde und von Rezidiven gefolgte Remissionen gehabt hatten, während das Gros in oder sofort nach der Malariakur gestorben ist. Bei 9 dieser Fälle hatte eine deutliche Verschlimmerung bzw. eine völlige Umstimmung der gesamten klinischen Erscheinungen stattgefunden. In den 9 Fällen waren Spirochäten nicht zu finden. Eine ausreichende Aktivierung der Abwehrkräfte, insbesondere der mesenchymalen, und eine Umwandlung des chronischen Paralyseprozesses in eine akute Encephalitis luica hat nicht stattgefunden. Doch gibt Verf. selbst zu, daß dies nichts über jene Fälle besagt, die in guter Remission an interkurrenten Krankheiten starben. *Alexander Pilcz* (Wien).

**Misch-Frankl, Käthe:** Die soziale Einordnung der malariabehandelten Paralytiker. (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Abh. Neur. usw. H. 65, 135—146 (1932).

Von 1000 in den Jahren 1922—1929 behandelten Kranken konnten September 1930 bis April 1931 800 nachverfolgt werden. Das Examen erstreckte sich für den Fall selbst auf die üblichen klinischen Prüfungen, bei den Angehörigen auf Fragen nach Verhalten des Patienten zu Hause und unter anderen Menschen; möglichst genaue Angaben über Art des Berufes, tägliche Dauer der Beschäftigung und Verdienst. Die Einteilung der Behandlungserfolge geschah nach wesentlich klinischen Gesichtspunkten in Vollremissionen, unvollständige Remissionen, Versager und Todesfälle. Die Berufsfähigkeit wurde nicht als Maßstab genommen, da dies unter den gegenwärtigen wirtschaftlichen Verhältnissen mit der enormen Arbeitslosigkeit kein klares Bild geben würde. Tatsächlich zeigte sich beispielsweise, daß ein Teil der unvollständig Remittierten berufsmäßig war, weil sie in ihre alte Stellung hatten zurückkehren können, während ein Teil der Vollremittierten arbeits- und postenlos sein mußte. In die Gruppe der „Ver-

sager“ rechnete Verf. auch die stationär Gewordenen, die klinisch eigentlich als Besserungen angesehen werden könnten. — Von den 800 Fällen sind bis 1. IV. 1931 306 (38,4%) gestorben, und zwar 178 im Anschlusse an Behandlung, 32 nach mehrjähriger Remission (darunter 12 an interkurrenten Krankheiten), endlich 96 ohne Remission an dem paralytischen Krankheitsprozeß an sich. Die übrigen 494 Fälle verteilen sich auf 189 (23,6%) Vollremissionen, auf 106 (13,2%) unvollständige Remissionen und 199 (24,8%) Versager. — Von den 189 Vollremittierten waren 142 berufstätig, 23 erwerbslos, 12 pensioniert, 3 invalidisiert, von 9 ist über die Arbeitsbedingungen nichts bekannt. Von den Arbeitenden standen 28 in freien Berufen (selbständige Kaufleute, Handwerker), 37 waren kaufmännische Angestellte oder mittlere Beamte, 73 gelernte oder höhere Arbeiter, 4 ungelernte Arbeiter. Über die soziale Einordnung der vollremittierten Paralytiker läßt sich daher sagen, daß kein wesentlicher Unterschied hinsichtlich der verschiedenen Berufskategorien nachweisbar ist. Die Pensionierung war unter den 12 Fällen nur bei 2 wegen der Paralyse erfolgt (bei den anderen meistens wegen Erreichung der Altersgrenze), die Invalidisierung unter den 4 Fällen wegen Paralyse in keinem Falle (3 wegen tabetischer Ataxie, einmal wegen Alkoholismus). Unter den unvollständig remittierten 106 Fällen sind 35 berufsfähig, davon 6 als selbständige Handwerker, 4 Beamte, 3 kaufmännische Angestellte, 19 gelernte und 3 ungelernte Arbeiter. Im ganzen sind 19 wie früher berufstätig, 16 verschlechtert. 18 Patienten sind vollkommen arbeitsunfähig, 3 Anstaltsinsassen im Rahmen der Anstalt arbeitsfähig, 8 wurden invalidisiert (2 wegen Opticusatrophie, die übrigen wegen der Paralyse), 9 pensioniert (wegen Paralyse). Im Gegensatz zu den Vollremittierten schneiden am schlechtesten hier die kaufmännischen Angestellten ab, etwas besser die gelernten Arbeiter und Angehörigen der freien Berufe. Es ergibt sich, daß da, wo eine differenzierte Tätigkeit durch einen Arbeitgeber scharf kontrolliert wird, der Defektzustand zum sozialen Niedergang führt, während sowohl bei weniger differenzierter Tätigkeit wie bei geringerer Kontrolle Schädigung durch den Defekt nicht einzutreten braucht. — Von der Gruppe der 199 Versager sind 103 dauernd anstaltsbedürftig, 34 arbeitsunfähig in der Familie, 27 in Pflege, darunter 14 mehr minder im Häuslichen zu verwenden, 13 stumpf und teilweise bettlägerig, 8 sind noch arbeitsfähig, davon 4 im freien Beruf (freilich 3 davon nur mit Hilfe der Frau). — Im ganzen ist also die Zahl der Berufstätigen einschließlich der Arbeitsfähigen, aber gegenwärtig Erwerbslosen, etwa gleich der Zahl der sozial Unbrauchbaren. *Alexander Pilcz (Wien).*

**Möllenhoff, Fritz: Malariatherapie und soziales Niveau.** (*Kuranst. Westend, Berlin.*)  
 Abh. Neur. usw. H. 65, 147—154 (1932).

Verf. betrachtet das Material eines Privatsanatoriums. Im allgemeinen sah er ein späteres Eintreten der gehobenen Klassen in die Kur; so bestanden bei dem sozial höchstgestellten Patienten seines Materiales die psychischen Veränderungen bereits 3 Jahre hindurch. Besondere Ereignisse, die zur Aufnahme führten, waren selten, einige Sittlichkeitsdelikte, ein Steuervergehen, eine Wechselfälschung; kriminelle Tendenzen in den Anfangsstadien kämen nur spärlich vor. Unter den initialen Symptomen überwiegen die neurasthenischen, dann die expansiven, dann die depressiven. Die Formen mit neurasthenischen Anfangerscheinungen sind prognostisch günstiger und der Therapie zugänglicher als die expansiven. Im Durchschnitt sind die Patienten etwas älter als die sozial niedriger Nivellierten. Es wäre durch längeres Behütetsein und häufigere Aufklärung eine im späteren Alter erst akquirierte Infektion anzunehmen. Komplikationen mit Alkohol und Nicotin traten am Material nicht hervor. Trotzdem bemerkt Verf., daß arteriosklerotische und Kreislaufveränderungen sich häufiger fanden; ebenso zeigte sich eine besondere vegetative Empfindlichkeit. Blässe, Erbrechen, Darmatonien, ikterische Störungen, ganz abgesehen von allgemeinem abruptem Verfall, traten besonders häufig zutage. Man müsse von einer größeren körperlichen Widerstandslosigkeit sprechen. Unter den Todesfällen findet sich eine erhebliche Zahl mit tabetischen Symptomen. Die soziale Belastung durch den „defekt geheilten Para-

lytiker“ trifft in den höheren Schichten vor allem die Familie. Der Wiedereintritt in den Beruf hängt nicht nur von der Güte der Remission, sondern auch von einer Reihe sozialkonstellativer Momente ab. Am leichtesten stehen sich diesbezüglich selbständige Kaufleute oder Architekten mit eigenem Büro. Frühes Einsetzen der Remission bald nach der Kur ist prognostisch günstiger; doch beobachtete Verf. auch Vollremissionen erst nach Ablauf von 2 Jahren. Verf. schließt mit den Worten, daß die Freude über einen Vollremittierten berechtigter sei als die Trauer über 99 Defektgeheilte.

*Alexander Pilcz (Wien).*

**Wimmer, August:** Die gerichtlich-medizinische Stellung des „geheilten“ Paralytikers. II. (*Univ.-Psykiatr. Laborat. og Nerve-Sindssygeafld., Kommunehosp., København.*) Hosp.tid. 1932, 164—174 [Dänisch].

Fortbildungsvortrag mit Heranziehen einer Reihe eigener kasuistischer Beobachtungen. Als Kriterien der Heilung werden angeführt: Möglichkeit, die frühere Arbeit leidlich fortsetzen zu können; genügende Remission der von der Krankheit bedingten Veränderungen des Verstandes, des Gefühls und des Charakters; Besserung bzw. Heilung des paralytischen Humoralsyndroms (die Syphilisreaktionen im Blut und Liquor; im letzteren die Pleocytose und die Hyperalbuminose). Je mehr von diesen Kriterien vorhanden sind, um so größere Sicherheit einer dauernden Remission; nach 3jähriger Vollremission in klinischer Hinsicht mit geheiltem Humoralsyndrom ist die Gefahr eines Rezidivs kaum noch zu berücksichtigen. — Trotz alledem ist es fraglich, ob die Vollremission in geistiger Hinsicht genügend ist, um den behandelten Paralytiker als in gerichtlich-psychiatrischer und sozialer Hinsicht „vollwertig“ zu bezeichnen. Folgeschwer ist hier die Entscheidung in Strafsachen; am schwierigsten ist sie in zivilgerichtlichen und sozialen Sachen. Eine Karenzzeit ist immer zu verlangen, und im übrigen ist die Entscheidung konkret in casu zu treffen; bei den meisten „geheilten“ Paralytikern ist wahrscheinlich etwas von geistiger Spannkraft, von nüchterner Überlegung und Voraussehen und auch von den feinen moralischen Hemmungen verloren gegangen. (Vgl. diese Z. 13, 253.)

*Einar Sjövall (Lund).*

**Pons Balmes, José:** Zivilrechtliche Zurechnungsfähigkeit des malariabehandelten Paralytikers. Archivus Neurobiol. 11, 423—469 (1931) [Spanisch].

Verf. rät zu größter Vorsicht in der zivilrechtlichen Beurteilung remittierter Paralytiker. Nur wenn das Ergebnis der psychischen Untersuchung sehr gut sei, die entzündlichen Erscheinungen verschwunden seien und der Liquor wenigstens eine Tendenz zur Normalisierung zeige, könne der Patient als geschäftsfähig angesehen werden. Bei gehobener sozialer Stellung müsse man jedoch auch in solchen Fällen sehr zurückhaltend urteilen.

*Eduard Krapf (München).*

**Kleinschmidt:** Ein Fall von Sexualmord. (*Polizeinst., Berlin-Charlottenburg.*) Rev. internat. Criminalist. 4, 25—40 (1932).

Das vermißte 6jährige Mädchen ist am Nachmittag mit dem Frisör K. gesehen worden. In seiner Wohnung fand man ihn nackt und blutbesudelt unter dem Feuerherd der Waschküche zusammengekauert auf. Er mußte mit Gewalt herausgeholt werden und stellte sich anfangs bewußtlos. Auf Fragen nach dem Verbleiben des Kindes gab er keine Antwort. Die Leiche des Kindes wurde unter den Fußbrettern der Kammer aufgefunden. Der Leib war völlig aufgeschlitzt, die Eingeweide Milz, Leber und Därme lagen frei umher. Eine ganze Reihe sichere Indizien, wie Blutkruste, Spermareste, Hautabschürfungen am Penis des K., blutiges Messer, konnten noch erhoben werden. Nachher gab er an, er könne sich auf nichts mehr besinnen. Seine Erinnerung hätte erst eingesetzt, als man versuchte, bei ihm einzudringen. Später gab er zu, daß er schon vorher erwacht gewesen sei, und versuchte, die Leiche zu zerkleinern. Über die Persönlichkeit des Täters sei bekannt, daß er Alkoholmißbrauch trieb, sich Spirituosen mit nach Hause nahm und auch während der Bedienung seiner Kunden trank. Er sei häufig von einer inneren Unruhe gequält worden, war leicht erregbar, jedoch im nüchternen Zustand weicherzig, wehleidig, zum Weinen neigend, außerordentlich haltlos und läppisch. Er gab selbst an, seit seiner Schulentlassung sehr intensive Onanie getrieben zu haben. Nur  $\frac{1}{2}$  Jahr habe er mit einer Frau regelmäßigen Geschlechtsverkehr gehabt, fand aber zuletzt keinen Gefallen daran. Dagegen hätte er bei der Selbstbefriedigung seine Geschlechtsteile an dem Taschentuch oder Schuhen von kleinen Mädchen gerieben. Die Gegenstände wußte



er sich bei verschiedenen Wirtsleuten, die kleine Kinder hatten, anzueignen. Auch bei Schauen von Schuhen von kleinen Mädchen auf Bildern habe er Gefallen gefunden. — Es erfolgte eine Verurteilung zum Tode, da die psychiatrischen Sachverständigen die Anwendung des § 51 StGB. ablehnten. Es wurde angenommen, daß der Täter ein pervers veranlagter Mensch sei. Es erschien aber zweifelhaft, ob es sich um einen notorischen Alkoholiker, der die Tat in einem Rauschzustand ausgeführt hat, handelt.

Verf. zweifelt an der Richtigkeit dieses Urteils. Da auch die Möglichkeit des pathologischen Rausches bestand, wäre nach Ansicht des Verf. die sachkundige Beobachtung unmittelbar nach seiner Entdeckung von großer Bedeutung. Bemerkenswert sind folgende Ausführungen des erfahrenen Kriminalbeamten: „Für den praktischen Kriminalisten zeigt dieser Fall, von wie großer Wichtigkeit es ist, daß ein Gerichtsmediziner, der zugleich psychiatrische Vorbildung hat, in Fällen gleicher Art sofort mit an den Tatort genommen wird und alle Phasen der kriminalpolizeilichen Ermittlungen, sowie auch der gerichtlichen Voruntersuchung mitmacht“. Schwarzw (Berlin).

**Chotzen, F.: Ein lehrreicher Fall von Exhibitionismus.** (Städt. Heilanst. f. Nerv.-u. Gemütskranke, Breslau.) Ärztl. Sachverst.ztg 38, 1—7 (1932).

42jähriger wiederholt rückfälliger Exhibitionist wurde verschieden begutachtet und dementsprechend bald verurteilt, bald freigesprochen. Er wird als infantil sexuell gehemmter Psychopath bezeichnet. Einmal wurde ein alkoholistischer Dämmerzustand beobachtet. Deshalb und weil trotz 2maliger Festnahme am demselben Tage hintereinander in aller Öffentlichkeit an 3 verschiedenen Stellen exhibitioniert wurde, wird die Möglichkeit einer unwiderstehlichen Zwangshandlung angenommen, wenn auch keine Bewußtlosigkeit im Sinne des § 51. Eine generelle Unzurechnungsfähigkeit wird aber diesem sonst durchaus geschäftlich tätigen Manne auch für exhibitionistische Taten nicht zugebilligt. G. Strassmann (Breslau).

**Baekgaard, Vald.: Einige Fälle von Fetischismus.** Ugeskr. Laeg. 1931 II, 1080 bis 1082 [Dänisch].

Verf. weist auf die Fälle von Fetischismus hin, die zu Selbstfesselung und eigenartigen Selbstmorden führen, welche Laien wie Gerichten mitunter zu zweifelhaften und falschen Auffassungen und Auslegungen Gelegenheit geben. Strangulationsversuche sind bei Fetischisten gelegentlich festgestellt, ebenso Erstickungsversuche anderer Art. Eine genaue Anamnese gibt über die Motive dieser Handlungen erst Aufschluß, die mitunter zum Tode führen. Umschnürungen des Leibes und andere qualvolle Fesselungen mit Schnüren, Einengungen, Pressungen, Druckmitteln des Körpers und der Haut gehören ebenfalls in dieses Gebiet. Diese masochistischen Fetischismusformen sind oft mit Narcismus gepaart, sie beruhen auf Selbstbefriedigung und finden sich mitunter bei Individuen, die weder mit Männern, noch mit Frauen Geschlechtsverkehr hatten. Der masochistische Schnur-Fetischismus führt auch zu den obengenannten freiwilligen Einschnürungen mit nicht gewolltem tödlichem Ausgang, als Unglücksfall. Der Gegenstand des Fetischismus ist wechselnd, am besten wird er als sexueller Symbolismus oder als partielle Attraktion bezeichnet. Die Attraktion kann auf die verschiedensten Sinne Gesicht, Gehör, Geruch, Geschmack, Hautempfindungen, Berührung, Wärme, Kälte, Druck usw. ausgeübt werden. Der Begriff sexueller Typen gehört noch zu dem physiologischen Fetischismus. Vicariierende erotogene Eindrücke können wirken, wenn die bisherigen nicht erreichbar sind. Mitunter wird Masturbation zur Befriedigung zu Hilfe genommen. Bei den Fetischisten, die Frauenwäsche bei sich tragen, spielt der Geruchssinn, wie die Hautberührung, eine große Rolle. S. Kalischer (Charlottenburg).

**Ewald, G.: Die Begrenzung der Begriffe Sadismus und Masochismus.** (Psychiatr. Klin., Univ. Erlangen.) Münch. med. Wschr. 1931 II, 1800—1802.

Verf. geht mit Recht zunächst auf die Begriffsverwässerung ein, die im wissenschaftlichen Leben häufig ist; man könne die beibehaltene Falte in einem Stück Papier ebenso wenig als „Gedächtnis“ bezeichnen wie jede Absonderlichkeit des Wesens als schizothym. In dieser Richtung hätten Freud mit dem Pansexualismus und Adler mit den (Ref.: bis zum Schlagwort herabgewürdigten) Begriffen vom Geltungsdrang und Minderwertigkeitsgefühl viel Unheil angerichtet. Auch die Begriffe Sadismus und Masochismus haben sich von der ursprünglichen Definierung allzuweit entfernt.

In diesem Zusammenhang weist Ref. auf die hier hergehörenden Begriffe des kollektiven Sadismus, wie sie bei Staub-Alexander auftreten, hin, wonach der Chirurg und der Staatsanwalt als Ausdrücke solcher in Permanenz erklärten Sadisten zwecks Abreaktion des Volksunbewußten erscheinen. Das Beispiel des Verf. von den Franzosen scheint Ref. doch etwas zu gewagt; man sollte als Wissenschaftler, um nicht demselben kollektiven Fehler zu verfallen, wie er in der Arbeit gerade bekämpft werden soll, schlechthin von „die Franzosen“ nicht sprechen, wenn man nicht Gefahr laufen will, wieder Laienpsychologie zu treiben (das englische Krämervolk des Egoismus, die kindlich infantilen Amerikaner usw.). Verf. spricht von der Verwechslung der genannten Begriffe mit sthenisch und asthenisch und mahnt zu einer besinnenden Rückkehr zu dem eigentlichen klassischen Umgrenzungsbegriff, wie er übrigens von Hirschfeld lehrbuchmäßig festgelegt war. Für den psychiatrischen Sachverständigen ist diese Umgrenzung von besonderer Notwendigkeit. *Leibbrand* (Berlin).

● **Handbuch der Geisteskrankheiten.** Hrsg. v. Oswald Bumke. Bd. 11. Spezieller Teil. Tl. 7. Die Anatomie der Psychosen. Redig. v. W. Spielmeyer. — Spielmeyer, W.: Zur Einführung. Die anatomische Krankheitsforschung in der Psychiatrie. — Weimann, W.: Intoxikationen. — Infektionen. — Spatz, H.: Encephalitis. — Steiner, G.: Multiple und diffuse Sklerose. — Neubürger, K., und A. von Braunmühl: Hirnverletzungen. — Jakob, A.: Die Syphilis des Gehirns und seiner Häute. — Janel, Franz: Pathologische Anatomie der progressiven Paralyse. — Neubürger, K.: Arteriosklerose. — Grünthal, E.: Die pathologische Anatomie der senilen Demenz und der Alzheimerschen Krankheit. (Mit besonderer Berücksichtigung der Beziehungen zur Klinik.) — Braunmühl, A. v.: Picksehe Krankheit. — Scholz, W.: Epilepsie. — Josephy, H.: Dementia praecox (Schizophrenie). — Schob, F.: Pathologische Anatomie der Idiotie. — Hallervorden, J.: Die extrapyramidalen Erkrankungen. — Eigenartige und nicht rubrizierbare Prozesse. Berlin: Julius Springer 1930. XII, 1136 S. u. 645 Abb. RM. 165.60.

Der von Spielmeyer (Münchener Forschungsanstalt für Psychiatrie) redigierte Band ist dadurch sehr einheitlich geworden, daß die Bearbeiter der einzelnen Kapitel in ständiger Beziehung zu der anatomischen Abteilung der Forschungsanstalt stehen. Die 1136 Seiten bringen infolgedessen nicht nur ein riesiges Material und eine überaus große Fülle von Literatur, sondern zeigen auch die zurückhaltende, vorsichtig kritische Einstellung gegenüber den Problemen der anatomisch-psychiatrischen Forschung, die der Nisslschen Schule eigen ist. Man kann wohl ohne Übertreibung sagen, daß es ein zweites derartiges Buch in der Literatur nicht gibt. — In der Einleitung zeigt Spielmeyer die Notwendigkeit einer gewissen Bescheidung, nachdem man zuerst geglaubt hatte, ein typisches anatomisches Korrelat für jede Erkrankung finden zu müssen. Erst in der Zusammenarbeit mit dem Kliniker ist es dem Anatomen möglich, wertvolle Arbeit zu leisten. Daß hierbei große Erfahrungen und ständige Übung zu Gebote stehen müssen, wird schon bei Durchsicht des reichhaltigen Bandes deutlich. — Über die Intoxikationen und die Infektionskrankheiten berichtet W. Weimann. Meistens sind es uncharakteristische Befunde; nur vereinzelt wie bei den Zellveränderungen der Retina bei Methylalkoholvergiftungen u. ä. finden sich fast spezifisch zu nennende Veränderungen. Auch die tabesähnliche Strangdegeneration bei Ergotin oder die Nekroseherde in Pallidum und in der inneren Kapsel bei dem Spättd nach Kohlenoxydvergiftung sind so beständige Befunde, daß sie die Diagnose ermöglichen. Weniger häufig ist dies bei den Infektionskrankheiten der Fall; doch stehen hier ja meistens klinische Daten zur Verfügung. Als Besonderheiten könnten die Tuberkel bei Tuberkulose oder die Babesschen Knötchen bei Lyssa in Frage kommen. — Spatz behandelt mit der bei ihm gewohnten Gründlichkeit und Zuverlässigkeit die Encephalitis. Interessant ist seine Einteilung der echten Encephalitiden nach ihrem Ausbreitungsgebiet. Er macht das Befallensein des Mittelhirns, speziell der Substantia nigra, für die Späterscheinungen der Encephalitis epidemica verantwortlich. Hierin dürfte er freilich manche Gegner haben. — Das Kapitel über multiple und diffuse Sklerosen stammt aus der Feder von Steiner. Auch bei diesem Kapitel, wie bei dem vorhergehenden, und den folgenden liegt ein solch ausgesuchtes Bildmaterial vor, daß man von ihm allein eine recht eingehende Information über den heutigen Stand dieser Gebiete erhält. — Aus dem Kapitel „Hirnverletzungen“, dessen sich Neubürger und v. Braunmühl angenommen haben, sind auch für die Leser dieser Zeitschrift einige Abschnitte von besonderem Interesse. Nicht nur Schuß- und Stichkanäle lassen sich noch spät verfolgen; auch Fernwirkungen bei commotiven oder traumatischen Verletzungen sind im anatomischen Bild festzustellen. Zu der Frage

nach dem Zusammenhang zwischen Hirnverletzungen, Gliom und Tumor nehmen die Autoren einen vorsichtigen Standpunkt ein. Die Frage der Auslösung einer Gliombildung bei disponiertem Gehirn durch Trauma wird in den Vordergrund gerückt. Viele Autoren schreiben dem Trauma bei der Gliomentstehung eine ursächliche Bedeutung zu. Direkt erwähnt wird eine neuere Arbeit von Reinhardt, der von einem Meningiom berichtet, welches 2 $\frac{1}{2}$  Jahrzehnte nach einer Schädelverletzung in Erscheinung getreten war und einen durch die Verletzung in die Schädelhöhle gelangten Fremdkörper einschloß. Da bei hirntraumatischer Epilepsie dieselben Verletzungen im Ammonshirn und Kleinhirn gefunden werden wie bei der genuinen Epilepsie, interessiert die heutige Auffassung, daß diese anatomischen Befunde nicht als Ursache, sondern als Folgeerscheinungen der Krämpfe angesehen werden müssen. — Über die Syphilis des Gehirns und seiner Häute berichtet der jüngst verstorbene A. Jakob. Nach Aufzählung der verschiedenartigen anatomischen Formen, in denen diese Krankheit verlaufen kann, kommt er zu den psychischen Komplikationen der Krankheiten. Interessant ist, daß die fibröse chronische syphilitische Gefäßerkrankung eine große Ähnlichkeit mit fibrösen arteriosklerotischen Veränderungen aufweist. Hier bestehen in den Bildern Übergänge, die eine reine Trennung nicht immer erlauben. Die Tabespsychose wird als eine Kombination von Tabes und Lues oder von Tabes und Arteriosklerose betrachtet. — Das Kapitel über die progressive Paralyse, das von Jahnel stammt, nimmt insofern eine Sonderstellung ein, als wir hier ein recht eindeutiges Krankheitsbild vor uns haben. Besonders ist es der Eisennachweis, den Spatz (die Methode ist S. 430/31 angegeben) in praktischer Weise zu einem Schnellaufweis ausgebaut hat, der nach experimenteller Erfahrung sogar noch 3 Wochen nach dem Tode (S. 493) die Diagnose ermöglichte. In der Praxis ist es einmal 12 Tage nach der Bestattung, allerdings im Winter, gelungen, die Diagnose Paralyse anatomisch zu erhärten. Auch die Spirochäten sind gegen postmortale Veränderungen widerstandsfähig. Nach Tod im paralytischen Status finden sich fast immer Spirochäten, häufig auch beim Tod aus unbekannter Ursache; zu 50 % negative Befunde werden nach Tod an intercurrenten Erkrankungen und nach Salvarsanbehandlung gefunden. — Der Abschnitt über Arteriosklerosen (Neubürger) berücksichtigt besonders die verschiedenen anatomischen Formen und versucht, diese mit den klinischen Bildern in Einklang zu bringen. Interessant ist, daß auch nach den hirnanatomischen Untersuchungen die Hypertonie als Ursache und nicht als Folge der Gefäßveränderungen angenommen wird. Eine Inkongruenz zwischen Schwere der anatomischen und der klinischen Bilder bleibt immer noch bestehen, so daß zur Erklärung nach der Ansicht von Spielmeyer vasomotorische Vorgänge herangezogen werden müssen. — Weitere interessante Abschnitte stammen von Grüntal: „Senile Demenz und Alzheimersche Krankheit“, v. Braunmühl: „Pickische Krankheit“, bei der die Lokalisation besonders interessiert, und von Scholz: „Epilepsie“. Josephy behandelt die Befunde der Schizophrenie, die aber auch nach den anatomischen Befunden besser als Schizophrenien aufgefaßt würden, denn die anatomischen Bilder sind noch recht verschieden. Relativ häufig findet sich die Hirnswellung nach Reichardt; in einem großen Teil der Fälle (Katatonie) gibt es überhaupt keine Befunde. — Geradezu eine Monographie über die pathologischen Befunde der Idiotie bildet der Abschnitt von Schob, der die Befunde entwicklungsgeschichtlich zu erklären sucht. — Als extrapyramidale Erkrankungen sind von Hallervorden einige seltenerer Erkrankungsformen zusammengefaßt, die fast sämtlich recht ausgesprochene Bilder zeigen. Zum Schluß schildert derselbe Autor noch etliche eigenartige und nicht rubrizierbare Prozesse. — Insgesamt füllt dieser Band eine Lücke aus und wird sich in seiner übersichtlichen Anordnung auch für den Praktiker sicher gut bewähren. Die gute Ausstattung braucht bei dem Springerschen Verlag nicht betont zu werden. Die große Zahl (645) der trefflichen, zum Teil farbigen Abbildungen sei aber doch noch besonders hervorgehoben. Nun liegt das große umfassende Handbuch der Psychiatrie fertig vor uns bis auf den 9. Band, der die schizophrenen und paraphrenen Geistesstörungen behandelt. Ref. möchte die Besprechung nicht schließen, ohne eine dringende Bitte auszusprechen. Bei dem großen Umfang des Werkes ist ein übersichtliches und erschöpfendes Inhaltsverzeichnis, das sicher, gut und schnell über alle 11, zum Teil sehr dicken Bände orientiert, unbedingt erforderlich.

*E. Schultze* (Göttingen).

● **Kurzes Handbuch der Ophthalmologie.** Hrsg. v. F. Schieck u. A. Brückner. Bd. 6. Auge und Nervensystem. Berlin: Julius Springer 1931. XV, 878 S. u. 277 Abb. RM. 148.—.

**Weber †, L. W., und Werner Runge: Störungen und Veränderungen des Schapparates bei Psychosen und Neurosen.** S. 800—838 u. 12 Abb.

Nach kurzem Hinweis auf die Unsicherheit der Grenzziehung zwischen funktionellen und organischen Psychosen bzw. Neurosen und auf die verschiedene Wertigkeit der Augensymptome bei diesen Krankheiten (zufällige Befunde, Entartungszeichen, gleicher Krankheitsvorgang für die Augensymptome wie für das Grundleiden) werden in knapper, aber anregender Form die verschiedenen Psychosen und Neurosen charakterisiert und die Symptome von seiten des Sehorgans besprochen. Kurze Krankengeschichten und mehrere Abbildungen erläutern den Text.

*Jendralski* (Gleiwitz).