

**Blencke, Aug.:** Ein weiterer Beitrag zur Lunatumnekrose. Arch. orthop. Chir. **31**, 188—209 (1932).

In Ergänzung einer früheren Arbeit über die „Lunatumnekrose und ihre Beziehungen zum Unfall“ gibt Verf. an Hand eines jetzt auf 77 Fälle gestiegenen Materials seine in der erwähnten Arbeit niedergelegten Leitsätze mit besonderen Bemerkungen nochmals wieder. — 1. Bei dem Mondbeintod handelt es sich in einer Reihe von Fällen um eine isolierte Erkrankung des Knochens, die mit einem Trauma bzw. einem Unfall in keinerlei ursächlichem Zusammenhang steht, also spontan entstehen kann. 2. Der Mondbeintod kann auch hervorgerufen werden durch dauernde kleine Druckinsulte auf den Knochen bei besonderen Berufstätigkeiten. Es gibt auch eine rein traumatische Form, bei der dann aber der Unfall eindeutig erwiesen sein muß. Liegt kein wirkliches Unfallereignis vor, so muß ein ursächlicher Zusammenhang abgelehnt werden. 3. Eine bereits bestehende Lunatumnekrose kann durch ein Trauma eine Verschlimmerung erfahren. 4. Die Mondbeinnekrose ist eine Erkrankung, die auf lange Zeit hinaus erhebliche Beschwerden und Funktionsstörungen machen kann, die unter Umständen dauernd bestehen bleiben und dauernd Renten notwendig machen. 5. Es gibt aber auch Fälle, die trotz weiter bestehenden und im Röntgenbild nachweisbaren Veränderungen beschwerdefrei arbeitsfähig bleiben können. 6. Bestand vor dem Unfall bereits eine Mondbeinnekrose, die aber keinerlei Beschwerden und Funktionsstörungen machte, so wird man nicht umhin können, die auftretenden Folgen ganz auf den Unfall zurückzuführen. (Vgl. diese Z. **16**, 191 u. vorstehendes Referat.)  
Zwerg (Königsberg i. Pr.).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

**Wöhrmann:** Der ärztliche Gutachter in Scheidungsprozessen. Med. Welt **1932**, 676.

Ein Verschulden im Sinne des § 1568 liegt nicht vor, wenn der Sachverständige nachweisen kann, daß der beklagte Ehegatte im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande gehandelt hat. Liegt ein solcher Zustand nicht vor, aber Krankheitszustände anderer Art, die die Verantwortlichkeit nicht aufheben, sondern nur einschränken, dann ist es Aufgabe des Gutachters, festzustellen, ob der Ehegatte so sehr den Krankheitszuständen unterliegt, daß er die begangenen Eheverfehlungen auch bei größtmöglicher Willensanstrengung nicht vermeiden konnte. Bei Bejahung dieser Unfähigkeit ist die Eheverfehlung keine schwere und kann deshalb nicht als Scheidungsgrund gelten. In bezug auf die Scheidung wegen Geisteskrankheit wird auf die Definition des RG. in Bd. 98, S. 296 verwiesen, wo umschrieben ist, was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist.  
Giese (Jena).

**Diener, E.:** Ein Beitrag zur Frage des Einflusses der Entmündigung auf die Dienstfähigkeit eines Beamten. (Univ.-Nervenklin., Bonn.) Ärztl. Sachverst.ztg **33**, 141 bis 142 (1932).

Das Verhältnis der Entmündigung zur Dienstfähigkeit eines Beamten wird noch nicht einheitlich beurteilt. Mitteilung eines einschlägigen Falles: Ein 37-jähriger Beamter, der öfter für seine Kollegen die Zeche bezahlt, Geld verliehen, Bürgschaften übernommen, insgesamt Schulden von 10000 Mk. gemacht hat. Entmündigung wegen Verschwendung zur eigenen Sicherung. Zeichen einer Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche lagen nicht vor. Keine Bedenken gegen das Verbleiben im Dienst, da Erhebungen, Untersuchung und Beobachtung ergaben, daß der Entmündigte einen durchaus zuverlässigen und pflichttreuen Eindruck machte. Nach diesem Sachverhalt ist zu erwägen, ob in solchen Ausnahmefällen nicht auch eine Sonderstellung gegeben werden darf.  
Klieneberger (Königsberg/Pr.).

**Meijers, F. S.:** Der Psychiater und die Ausführung der Psychopathengesetze. Psychiatr. Bl. **36**, 70—75 (1932) [Holländisch].

Meijers bespricht die Fürsorge für die aus der Anstalt entlassenen Psychopathen. Er betont die Notwendigkeit, daß der Psychiater die Führung behält. In den Niederlanden hat sich die „Zentrale Vereinigung zur Wahrnehmung der gesellschaftlichen

Interessen von Nerven- und Geisteskranken“ zur Mitwirkung bei der Außenfürsorge zur Verfügung gestellt. Sie unterhält zahlreiche, über das ganze Land verbreitete Beratungsstellen, deren Leitung in Händen eines Psychiaters liegt, dem soziale Helfer zur Seite stehen. Bisher wurde ihre Hilfe in 31 Fällen in Anspruch genommen, über sie wird kurz berichtet. Bei einigen Fällen wurde die Fürsorge als aussichtslos abgelehnt. Der Zeitpunkt, an dem ein Pflegling sich schon für das Leben in der Freiheit eignet, ist schwer zu bestimmen. Längeres gutes Betragen in der Anstalt gibt keine sichere Gewähr, daß es auch in der Freiheit geht. Der Umstand aber, daß der Pflegling wegen krimineller oder aggressiver Handlungen in Konflikt mit der Justiz gekommen ist, braucht kein Gegengrund gegen Außenfürsorge zu sein. Ein derartiger Fall wird ausführlich geschildert.

H. Müller (Dösen).

**Barnhoorn, J. A. J.: Die Psychiater und die Ausführung des Psychopathengesetzes. Einige Betrachtungen über die Anwendung des Gesetzes.** (St. *Paulushuis v. R.-K. Mannelijke Psychopathen, Heiloo.*) Psychiatr. Bl. 36, 87—97 (1932) [Holländisch].

Mit dem niederländischen Psychopathengesetz, welches vor einigen Jahren in Kraft getreten ist, beschäftigen sich 3 Vorträge, 1 von Meijers, 2 von Barnhoorn, dem ärztlichen Direktor der Psychopathenanstalt Heiloo. Letzterer spricht in dem vorliegenden Vortrag über die Auswirkung des Psychopathengesetzes im allgemeinen. Er bringt Tabellen über die Zahl der Anstaltsaufnahmen, die Art der Delikte, das Lebensalter, die Religion und die Form der geistigen Abweichung oder Krankheit. Im Jahre 1930 hat die Zahl der Anstaltsaufnahmen erschreckend zugenommen, seitdem ist aber ein Abflauen zu bemerken. Verf. glaubt, das Gesetz sei manchmal noch auf einen zu weiten Kreis ausgedehnt worden, Unzurechnungsfähigkeit solle man nur bei zwingendem Anlaß annehmen. Außerdem würde, wenn die Außenfürsorge sich erst besser eingelebt hätte, ein schnelleres Abströmen aus den Anstalten zu erwarten sein. Unter den Delikten, welche den Anlaß zur Unterbringung gegeben hatten, stehen Eigentumsdelikte im Vordergrund, dann kommen Sittlichkeitsdelikte. Diese aber sind häufiger bei Imbezillen und Senilen befunden worden als bei der Psychopathia sexualis. In diesen Fällen muß man mit der Entlassung in die Freiheit besonders vorsichtig sein. Die Gewalttaten spielen keine so große Rolle, Psychopathen sind meist feige und drohen mehr, als daß sie wirklich tötlich werden, wenn sie sich nicht gerade im hochgradigen Affekt befinden. Das Lebensalter zwischen 20 und 30 Jahren liefert die meisten Fälle. Richtige Psychosen gehören eigentlich nicht unter das Psychopathengesetz. H. Müller.

**Barnhoorn, J. A. J.: Der Psychiater und die Ausführung des Psychopathengesetzes.** (St. *Paulushuis v. R.-K. Mannelijke Psychopathen, Heiloo.*) Psychiatr. Bl. 36, 76—86 (1932) [Holländisch].

Ein anderer Vortrag desselben Verf. behandelt die Anstaltsbehandlung der Psychopathen. Nachdem er die Schwierigkeit auseinandergesetzt hat, welche darin liegt, daß die Gesellschaft vor den Delikten der Psychopathen geschützt werden soll, ohne deren Freiheit zu sehr zu beschränken und ohne die Anstalten zu Gefängnissen zu machen, gibt er Anweisungen über die pädagogischen und psychotherapeutischen Methoden der Anstaltsbehandlung. Das Ziel ist die Beherrschung der Gefühle durch den Verstand; es kann durch direkte pädagogische Beeinflussung und Belehrung oder indirekt durch Gewöhnung an Ordnung durch Disziplin, Vorbild und gutes Milieu erreicht werden. Eine religiöse Grundlage hält Verf. für unentbehrlich. Gegen unsoziale Neigungen soll man streng angehen, Strafen sind unvermeidlich, sollen aber mit großer Vorsicht und nicht im Zorn, jedoch ohne Schwäche zugeteilt werden. Das Verantwortungsgefühl ist zu stärken. Die Erziehung muß sich auf das gesamte Verhalten, auf den ganzen Charakter richten. Verkehrt ist es, auf einem Gebiet dadurch Beherrschung erzielen zu wollen, daß der Pflegling sich auf einem anderen nicht beherrscht (z. B. nicht statt Pädophilie Onanie angewöhnen). Hohe Anforderungen werden an das Personal gestellt, es muß bestimmte gute Charaktereigenschaften mitbringen. Verf.

spricht seinen Zweifel aus, ob Gemeinschaftsverpflegung wirklich das Richtige ist, da schlechte Beeinflussung durch andere Pfleglinge sehr nachteilig wirkt. *H. Müller.*

**Gorriti, Fernando: Die ärztlichen Zeugnisse zur Aufnahme von Geisteskranken vom psychiatrischen Standpunkt aus.** *Semana méd.* 1932 I, 366—368 [Spanisch].

Zur Aufnahme von Geisteskranken ist nach argentinischem Gesetz das Zeugnis von 2 Ärzten erforderlich, in dem die Notwendigkeit der Aufnahme in die Anstalt bescheinigt wird. Da diese Zeugnisse nichts weiter enthalten, sind sie für den Anstaltsarzt wertlos. Darum und weil ihre Ausstellung oft mit Umständen verbunden ist, könnten sie ruhig weggelassen werden. Andere Kranke fänden ja auch ohne solche Bescheinigungen Aufnahme in die Krankenhäuser. Die Gefahr einer unrechtmäßigen Zurückhaltung bestände nicht, da die Ärzte Nichtgeisteskranke alsbald wieder entlassen würden, und außerdem müßten Geisteskranke, sofern sie nicht gemeingefährlich sind, auf Verlangen der Angehörigen wieder entlassen werden.

*Ganter (Wormditt).*

**Leppmann, Friedrich: Psychiatrische Gutachten über kriminelle Jugendliche (Minderjährige) und jugendliche Zeugen. II. Vier Gutachten über Fritz M. Z. Kinderforschg 39, 199—225 (1932).**

An der Hand von 4 Gutachten wird der bekannte psychologisch so befremdende Sensationsfall des jugendlichen Bruder- und Freundesmörders F. M. entrollt. Die Tat wurde zunächst als abnorme Affektentladung eines seelisch überempfindlichen körperlich schwächlichen Menschen aufgefaßt, bei dem die Unfähigkeit zu einer normalen Anpassung an die Schwierigkeiten des Lebens eine Affektstauung hervorgerufen habe. Die weitere Gestaltung des Falles in der Richtung der Schizophrenie lieferte den Beweis, daß die Handlung psychotisch durch den Einfluß der sich entwickelnden schizophrenen Störung determiniert war. Die grundsätzliche Bedeutung solcher Fälle, wie sie jedem forensisch Erfahrenen wohl vertraut sind, für die kriminalpsychologische Beurteilung jugendlicher Schwerstverbrecher mit unzureichender oder völlig unklarer Motivgrundlage liegt auf der Hand. (Vgl. diese Z. 17, 298.)

*Birnbaum (Buch).*

**Ast: Zur Frage der „Richtlinien für offene Geisteskrankenfürsorge“.** *Z. Gesdhw.* 3, 7—10 (1932).

Verf., in Fragen der sozialen Neuropsychiatrie als erfahrener und maßvoller Beurteiler bekannt, hat sich auf Aufforderung der Zeitschrift für Gesundheitsverwaltung und Gesundheitsfürsorge über die Wendenburgschen Richtlinien für offene Geisteskrankenfürsorge und über die betreffenden Verhandlungen des Interkommunalen Ausschusses für das Gesundheitswesen ausgesprochen. Er hält — und Referent muß ihm Recht geben — bei genauer Prüfung des Wendenburgschen, von den Kommunen geleiteten Systems die Erlanger Organisation, die offene Fürsorge von der Anstalt aus eingerichtet — für die überlegenere. Ihre Vorteile scheinen so groß, daß sich die Frage aufwirft, ob es nicht zweckmäßig wäre, in den Fällen, wo die örtlichen Verhältnisse eine Einführung nicht ohne weiteres gestatten, die letzteren entsprechend zu ändern. Die ideale Lösung, daß Aufnahme- und Fürsorgebezirk der Anstalt sich deckt, wird freilich da, wo dies nicht schon der Fall ist, nicht mehr zu erreichen sein. Man könnte dann daran denken, daß eine oder zwei hierfür günstig gelegene Anstalten für die anderen die Fürsorge übernehmen. Die dadurch verursachten Umwege werden immer noch leichter erträglich sein wie der Verkehr zwischen 2 ganz verschiedenen Verwaltungen angehörigen Stellen. In Großstädten und sehr dicht besiedelten Industriegebieten, wo Aufnahme-Stationen für Geisteskranke an den Krankenhäusern schon bestehen oder wo das Bedürfnis unabweislich ist, sicherlich entstehen werden, wird die offene Fürsorge mit diesen Stationen verbunden werden können. Ein vortreffliches Beispiel hierfür hat Wetzel mit der Einführung seiner Außenfürsorge in Stuttgart und Umgebung gegeben. Die Hauptsache ist, daß die Einheit zwischen offener und geschlossener Fürsorge unter allen Umständen gewahrt wird. *Bratz.*

**Cahane, Mares: Zur Sterilisierung der chronischen Geisteskranken. Notwendigkeit einer Gesetzgebung in Rumänien.** *Rev. Ig. soc.* 2, 241—249 u. dtsh. Zusammenfassung 249 (1932) [Rumänisch].

Verf. betont die Wichtigkeit dieses Problems und gibt uns mehrere Statistiken aus den Vereinigten Staaten Amerikas. Er hält es für wünschenswert, daß auch in Rumänien die Sterilisierung der unheilbaren Geisteskranken eingeführt wird. *Urechia (Cluj).*

**Abély, Xavier: La technique de l'internement des aliénés criminels.** (Internierung geisteskranker Rechtsbrecher.) *Ann. Méd. lég. etc.* 12, 107—129 (1932).

Die Untersuchungen Abély's gipfeln in einem Gesetzesvorschlag, der psychiatrische

Untersuchung jedes Angeklagten vorschreibt. Wird er als krank befunden, so soll er für eine kürzere Beobachtungszeit in eine Bewahranstalt. Von hier aus kann er, wenn die Beobachtung die Ungefährlichkeit des Rechtsbrechers in der Internierung erwiesen hat, in eine gewöhnliche Irrenanstalt verlegt werden. *Bratz* (Berlin-Wittenau).

**Kollert, Viktor: Fehlhandlungen als Vorläufer von Schlaganfällen.** (*I. Med. Abt., Wilhelminenspit., Wien.*) *Wien. klin. Wschr.* 1932 I, 132—133.

Vor einem apoplektischen Insult besteht nicht ganz selten eine Periode von leichter oder schwerer Verwirrung, während welcher Fehlhandlungen ausgeführt werden, d. h. unlogische, unrichtig aufgebaute, zwecklose Taten. 3 Fälle werden mitgeteilt. Abortive Fehlhandlungen vor Insulten sind anscheinend relativ häufig, gelegentlich kommt es zu Verwirrungszuständen mit Angstgefühlen einige Stunden vor einem Schlaganfall.

*Kurt Mendel* (Berlin).

**Laubenthal, F.: Zur Kenntnis psychischer Erkrankungen nach CO-Intoxikation. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der organischen Reaktionstypen und der Pathologie korsakowider Zustände.)** (*Univ.-Klin. f. Psychisch- u. Nervenkrankte, Bonn.*) *Z. Neur.* 138, 365—375 (1932).

Ein geltungsbedürftiger, unbeständiger, zu Pseudologie neigender Psychopath macht eine Stirnhöhleinerung durch, die bis zur Dura durchgebrochen ist, und bekommt anschließend nach Art einer posttraumatischen Charakterveränderung häufige, kurzschlußartige Erregungszustände. Bald darauf eine schwere CO-Vergiftung mit wochenlang dauerndem Verwirrtheitszustand, von Stupor unterbrochen. Später Beeinträchtigung des Gedächtnisses und des Merkmögens, Störungen der Zeitauffassung und Schlafverschiebung. Auf die Beziehung zu metencephalitischen Zuständen wird hingewiesen.

*G. Ewald* (Erlangen).

**Benon, R.: Blessures de guerre et psycho-névropathies.** (Kriegsverletzungen und Psycho-Neuropathien.) (*Hosp. Gén., Nantes.*) *Rev. de Chir.* 50, 713—741 (1931).

Gedrängtes Übersichtsreferat über die verschiedensten, nach Kriegsverletzungen beobachteten psychischen und psychoneurotischen Störungen: Im Kapitel über Kriegsverletzungen und Geisteszustand werden unterschieden die allgemeinen psychischen Reaktionen auf die Verletzung, besonders den Schmerz in Form von Aufregung, Schrecken, Angst, wobei das hyperalgische Syndrom in das hyperthyme und schließlich in ein delirantes Syndrom übergehen könne und die besonderen, die sich auf die Kriegereignisse beziehen, mit den bekannten Ausweich- und Fluchtreaktionen. 2. Bei den Kopfverletzungen werden aufgezählt unmittelbare Folgen, die sich auf die *Commotio cerebri* und die zentralen Läsionen zurückführen lassen, als Amnesien, Agnosien, Aphasien, Korsakoff, aber auch Asthenien, deliriose, halluzinatorische Zustände und *Dementia praecox*(!); sekundäre Störungen und Folgeerscheinungen, zu denen gerechnet werden die chronische Asthenie, die periodischen Psychosen, systematisierte Wahnpsychosen, Demenzzustände, Charakterveränderungen, Aphasie, Agnosie, Epilepsie, Hysterie, chronisch-paroxystischer Kopfschmerz. 3. Bei den Verletzungen des Rumpfes und der Glieder treten als unmittelbare Folgen auf: delirante Aufregungszustände auf infektiöser, toxischer oder emotioneller Basis, Verwirrtheitszustände, Asthenie, Manie, Korsakoff. *Dementia praecox*, Hysterie, Epilepsie als Spätfolgen werden wiederum aufgezählt; chronische Asthenie, Manie, *Dementia paralytica* und *Dem. praecox*, systematisierte Wahnpsychosen, Melancholien, Charakterveränderungen, hysterische Anfälle, schließlich auch traumatische Neurosen und reflexogene Lähmungen und Kontrakturen. Für einige dieser Zusammenhänge, z. B. für progressive Paralyse und *Dementia praecox*, wirft der Verf. selbst die Frage nach dem Kausalzusammenhang auf, glaubt aber, daß die Verletzungen durch Vermittlung eines sekundären hyperthymen Zustandes zu den psychotischen Erscheinungen überleiten könne, die Hyperthymie werde zu einer Hypothymie(!). Zum Schluß eines jeden Kapitels noch kurze versicherungsrechtliche und therapeutische Bemerkungen. Es fehlt jedes Eingehen auf strukturelle Momente sowie eine klare Scheidung der Symptome nach organischen und psychogenen Faktoren und vor allem eine Beweisführung für die postulierten Kausalzusammenhänge.

*H. Steck* (Lausanne).

**Joó, Béla: Zurechnungsfähigkeit und juristische Aktionsfähigkeit bei mit Fieber behandelten Paralytikern.** *Orv. Hetil.* 1932, 139—142 [Ungarisch].

1. Strafrechtlich sei auch der sich in völliger Remission befindende Paralytiker als ein organisch Geisteskranker, also als unzurechnungsfähig zu betrachten. 2. Privatrechtlich ist die Erledigung von Rechtssachen mit der Einschränkung zu erlauben, daß jede Angelegenheit von Fall zu Fall geprüft werden soll. 3. Die Beamten in führenden und verantwortlichen Posten sind zu pensionieren. Ebenso sind ihrer Beschäf-

tigung zu entheben diejenigen, die durch einen evtl. begangenen Fehler schwere moralische, wirtschaftliche oder gesundheitliche Schaden anrichten können (Richter, Staatsanwälte, Lehrer, Offiziere, Ärzte, Apotheker, Hebeammen, Chauffeure usw.).

*István Fényes* (Budapest).<sub>o</sub>

**Bychowski, G.: Über Encephalose mit kleptomanen Impulsen. Zugleich ein Beitrag zur psychischen Beeinflussung der nicht psychogenen asozialen Antriebe.** *Nervenarzt* 5, 82—84 (1932).

Nach einer Hirnerschütterung hatte sich bei einem zur Zeit der Verletzung 9jährigen Mädchen eine Persönlichkeitsumwandlung entwickelt, welche einer encephalitischen völlig gleich und sich besonders in unwiderstehlichen kleptomanen Impulsen äußerte. Außerdem Anfälle, die meist psychisch veranlaßt waren. Das Merkwürdige war, daß nach drei Hypnosen die kleptomanen Antriebe beseitigt wurden. Auch die Anfälle hörten allmählich auf. In dieser Besserung der Persönlichkeitsveränderung durch Hypnose liegt ein Unterschied gegenüber den encephalitischen Störungen. Die Ursache der Persönlichkeitsänderung nach Komotionen ist nicht ganz klar, vielleicht liegen diaschitische Vorgänge vor. *F. Stern* (Kassel).<sub>o</sub>

**Zucker, Konrad: Über den Wert der Rauschgiftversuche und Selbstversuche.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Greifswald.*) *Nervenarzt* 5, 20—24 (1932).

Zucker stellt die Frage nach der Bedeutung der Rauschgiftversuche für klinische Probleme, betont dabei mit Recht, daß es hinsichtlich der Fragestellung weitgehend auf den Standpunkt des einzelnen Forschers ankomme, von seiner Grundeinstellung zu psychiatrischen Dingen überhaupt. Für Z. selbst liegt eine Hauptaufgabe in der Herausarbeitung dessen, „was an giftspezifischen und unspezifischen Gehalten psychologisch betrachtet in Rauschgiftzuständen vorhanden sein kann“. Darüber hinaus wird auf die Beziehungen zwischen Persönlichkeitsartung zu Besonderheiten der Intoxikation; Bedeutung der aktuellen psychischen Verfassung zur Zeit des Rauschgiftversuches; kurz auf die bekanntesten Aufbaudeterminanten an der Psychosegestaltung im Sinne Birnbaums und Kretschmers hingewiesen. Wegen Einzelheiten muß auf die Originalarbeit verwiesen werden.

*Beringer* (Heidelberg).<sub>o</sub>

**Beringer, Kurt: Die Bedeutung der Rauschgiftversuche für die Klinik.** (*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Heidelberg.*) *Schweiz. Arch. Neur.* 28, 1—17 (1931).

Beringer gibt in diesem zusammenfassenden Referat auf der Versammlung südwestdeutscher Psychiater in Mainz, 24. II. 1930, eine mit eigenen Erfahrungen durchgesetzte kritische Übersicht über die nicht sehr zahlreichen, aber schwierig zu deutenden und zu verknüpfenden Befunde und Schlüsse auf diesem Gebiete. Vor allem ist es sehr schwer festzustellen, was bei chronischen (wie bei akuten) Intoxikationspsychosen unmittelbare Wirkung der Noxe ist, giftspezifisch, primär, pathogenetisch, und was individueller Gestaltungsanteil. Dabei ist dann die Quantität der Noxe und die wechselhafte biologische wie psychologische Verfassung zur Zeit des Versuchs mit zu berücksichtigen. So kann z. B. die Beimischung atypischer Reaktionen in einem Psychosebild nicht auf Anlagementen beruhen, sondern unter Umständen auch quantitativ bedingt sein. So treten bei geringen Meskalinmengen, ebenso bei Haschisch, psychopathologisch grundsätzlich andere Wirkungen auf als bei hohen Dosen. Z. B. wird bei hohen Meskalinmengen „die euphorische Phase gleichsam überrannt“. Infolge wechselnder individueller Ansprechbarkeit können bei gleicher Versuchsperson (nicht durch Vertrautheit mit den Phänomenen) weitgehende Unterschiede in der giftspezifischen Wirkung auftreten; so kann z. B. die charakteristische optische Halluzinose fehlen (daraus dürfen dann aber nicht Rückschlüsse auf eine entsprechende sensorische Veranlagung gezogen werden!). Die giftspezifischen Reaktionen sind, wie auch Versuche mit addierten Rauschgiftwirkungen ergeben (z. B. Meskalin- oder Haschischwirkungen bei Trinkern) in unerwartet hohem Maße von quantitativen und konstellativen Momenten abhängig, so daß man sich hüten muß, aus Einzelbildern weittragende Schlüsse zu ziehen. Die Psychosegestaltung ist von diesen konstellativen Faktoren weitgehend abhängig. Eine sichere gesetzmäßige Auswirkung von Anlagefaktoren im Psychosebild ist zur Zeit nicht faßbar. Die experimentellen Intoxikationspsychosen haben die Hoffnung auf einen Persönlichkeitstest bisher nicht erfüllt, wenn auch Ansätze hierzu bestehen. Auch der Persönlichkeitsanteil im allgemeinen Sinne ist schwer faßbar; vor Verallgemeinerungen ist zu warnen. Für die spezielle Psychopathologie liegt die Bedeutung der Versuche in der Möglichkeit, die Entwicklung differenzierter Symptome auf die primären, psychologisch nicht weiter ableitbaren, giftspezifischen Phänomene zurückführen zu können, wie es sonst bei den Psychosen im allgemeinen nicht durchführbar ist. Diese Versuche bieten ein wertvolles Vergleichsmaterial für die verschiedenen Strukturen der Bewußtseinsveränderungen.

*P. Wolff* (Berlin).<sub>o</sub>

**Bard, Leopoldo: Das Gesetz zur Errichtung von Kolonien zur Internierung von Giftsüchtigen und einer Abteilung für Suchtgifte im öffentlichen Gesundheitsdienst der Vereinigten Staaten.** Arch. brasil. Med. 21, 479—490 (1931) [Spanisch].

Referat über einige nordamerikanische Maßnahmen zur Bekämpfung der Giftsuchten.  
*Krapf* (München).<sub>o</sub>

**Bard, Leopoldo: Die zivilrechtliche Stellung der Giftsüchtigen.** Ars med. (Barcelona) 7, 359—363 (1931) [Spanisch].

Der Verf. befürwortet die Schaffung von gesetzlichen Möglichkeiten zur mehrmonatlichen Zwangsinternierung von Giftsüchtigen. Auch fordert er, den Giftsüchtigen grundsätzlich die Geschäftsfähigkeit abzusprechen, ihnen die väterliche Gewalt über ihre Kinder zu entziehen u. a. m. Die Vorschläge sind in die Form von Zusätzen zu entsprechenden Paragraphen der argentinischen Gesetzgebung gebracht. *Ed. Krapf*.<sub>o</sub>

**Raw, Nathan: Dangerous drugs.** (Gefährliche Drogen. Trans. med.-leg. Soc. Lond. 25, 140—166 (1932).

Hinweis auf die Dangerous Drugs Act 1920 und das neue Gesetz von 1928 zur Bekämpfung der ungesetzlichen Herstellung und des Vertriebes von Opium, Stoffen aus indischem Hanf, Cocain, Ekgonin und deren Abkömmlingen (Salze), Heroin, Morphin, Eukodal, Diodid und von Präparaten mit mehr als  $\frac{1}{5}$ % Morphin und mehr als  $\frac{1}{10}$ % Cocain. — Der Vortragende schildert die Quellen der Schmutzware und ihren Weg zum Konsumenten. Es werden Preise genannt, die von Süchtigen für M. und C. gezahlt werden; sie erklären die ungeheuren Verdienste im Schmuggel. Die bekannten Bekämpfungsmethoden: Kontrolle der Produktion, Erschwerung und Kontrolle des Vertriebes werden genannt. Der „Stoff“ soll vorwiegend aus Deutschland, der Schweiz und aus drei Konstantinopler Fabriken stammen. Aufzählung der bisherigen Erfolge der gesetzlichen Bekämpfung. In der Aussprache hebt W. J. Collins hervor, daß es bis heute in Indien, dem Haupterzeugungslande, noch kein Dangerous Drugs Act gibt und daß gerade die wichtigsten Produktionsländer, China, Persien, Türkei, die internationale Kontrolle nicht unterstützen. Die indische Regierung führt noch Raucheropium in Länder des fernen Ostens aus. N. H. Linstead berichtet, daß es den Chemikern gelungen sei, die Drogen so zu verändern, daß sie nicht mehr gesetzlich unzulässig sind, daß sie in dieser Form die Grenzen passieren und im Verbrauchslande auf einfache Weise zum Genußgift zurückverwandelt werden. Die Produktion in Indien soll andererseits ständig zurückgehen, so daß in ca. 7 Jahren dort nur noch das medizinisch notwendige Opium angebaut werden dürfte.  
*Kappus* (Göttingen).

**Focher, Lászlo: Beitrag zur Entstehung des Morphinismus.** Therapia (Budapest) 8, 376—377 (1931) [Ungarisch].

Es wird an Hand eines Falles die Frage erörtert, ob jemand in 3 Tagen Morphinist sein kann oder nicht. Bei einem 43jährigen Patienten trat eine Collumfraktur des Femurs auf, und Patient bekam deswegen vom Chirurgen eine einzige Mo-Spritze. Da trat Verf. beim Chirurgen dafür ein, daß dem willensschwachen Patienten infolge der Morphinismusgefahr keine weiteren Spritzen verabfolgt werden. Patient forderte aber mit derartiger Erregung das Morphin, daß man es ihm — angeblich wegen „Lebensgefahr“ infolge evtl. chirurgischer Komplikationen — verabreichen mußte. Patient ist danach Morphinist geworden, nach Verf. Ansicht auf Grund einer angeborenen Disposition, immerhin doch durch eine einzige Mo-Spritze.  
*István Fényes* (Budapest).<sub>o</sub>

**Emde, Hermann: Morphinester und Morphinäther als Rauschgifte.** Dtsch. med. Wschr. 1931 II, 2184—2185.

Verf. macht auf die Möglichkeiten aufmerksam, die dem Rauschgifthandel gegeben sind durch die schier zahllosen Variationsmöglichkeiten der Ester und Äther des Morphins. Als einziger Ester war bisher der Diester des Morphins mit der Essigsäure (Heroin) verbreitet; chemisch am nächstliegenden ist der Diester mit der Propionsäure, der dann auch als Dionyl hergestellt wurde. Einige Rauschgiftfabrikanten begnügten sich mit einer bloßen Umtaufe im Vertrauen auf die Desorientiertheit der kontrollierenden Behörde. Andere fabrizierten Mischungen, die durch private „Rückspaltung“ leicht in Morphin übergeführt werden konnten. In letzter Zeit wendet man sich mehr den Äthern des Morphins zu, etwa Benzylmorphin (Peronin), das man nicht selten mit giftfreien Konditorfarben färbte und als Farbstoff maskierte. So findet die Rauschgiftindustrie mannigfache Wege, die Betäubungsmittelgesetzgebung zu umgehen.

*Hanns Schwarz* (Berlin).<sub>o</sub>

**Ceroni, Luigi: L'intossicazione mescalinica. (Autoesperienze.)** (Die Meskalinvergiftung. [Selbstversuch.]) (*Osp. Prov. Psichiatri., Como.*) Riv. sper. Freniatr. **56**, 41—104 (1932).

5 Selbstversuche mit steigenden Dosen des synthetischen Meskalinpräparates von Merck ergaben eine Reihe von Beobachtungen im Sinne der bisher aus der Literatur bekannten Meskalinsymptomatologie. Die Sinnestäuschungen, von Verf. als Pseudohalluzinationen aufgefaßt, zeigten keine stärkere Intensität; auffallender waren die Störungen der anderen psychischen Funktionen, besonders die der synthetischen Funktion. Es traten auf Dissoziation der Persönlichkeit, Tendenz zum Automatismus, Verbalimpulse, also deutliche Berührungspunkte mit der Symptomatologie der Schizophrenie.

*Liquori (Illenau).*°

**Milovanović, Milovan: Beitrag zur pathologischen Anatomie des Cocainismus.** Med. Pregl. **6**, 267—273 u. dtsh. Zusammenfassung 273 (1931) [Serbo-kroatisch].

Auf Grund von Obduktionen dreier Cocainistenleichen teilt Verf. die dabei erhobenen Befunde in spezifische und nichtspezifische. Als spezifische führt er an: hochgradige Kachexie, Perforation des knöchernen Nasenseptums und Injektionsverletzungen der Haut. Diese letzteren, die er eingehend beschreibt, teilt er ein in Stichwunden (frische und alte), in Haut und Unterhautinfiltrate, in Hautabszesse und in Hautnarben. Sie finden sich fast ausschließlich an der vorderen Seite des Rumpfes und der Extremitäten. In der Vielheit, Polymorphie, häufigeren Infektionen, stärkerer Ausbreitung und in gleichzeitigem Bestehen aller 4 Formen solcher Injektionsläsionen sieht Verf. ein differentialdiagnostisches Kriterium für den reinen und hochgradigen Cocainismus und gegen Morphinismus, bei dem ähnliche, aber nicht identische Injektionsverletzungen der Haut vorkommen können.

*Šerko (Ljubljana).*°

**Dskagoroff, M.: Über die Rolle des Alkoholismus in der Ätiologie der Kinder-epilepsie.** Z. Nevropat. Nr **6**, 62—67 (1931) [Russisch].

Bericht über 3 Geschwister, die aus einer mit Alkohol belasteten Familie stammten und die seit dem ersten Lebensjahr von den Eltern Alkohol bekamen. Beim ältesten Kinde, einem 10jährigen Knaben, der an Enuresis litt, bestanden affektive Ausbrüche mit Einengung des Bewußtseins. Der Junge war streitsüchtig, zänkisch, neigte zum Vagabundieren, stahl und log. Verf. hält ihn für einen epileptoiden Psychopathen. Das 6jährige Mädchen litt an echten epileptischen Anfällen. Sie war ernst, besonnen, ordentlich, auffallend religiös, aber unaufrichtig. Die Jüngste, 3 $\frac{1}{4}$  Jahre alt, war eigensinnig, verlogen. Mit 1 $\frac{1}{2}$  Jahren hatte sie einen einzigen Krampfanfall. Nach Aufregungen bekam sie Erbrechen. Die Krampfanfälle des zweiten Kindes traten zuerst nach Beginn des Alkoholmißbrauchs auf und hörten auf, nachdem er ihr entzogen wurde.

*Wolpert (Berlin-Schlachtensee).*°°

**Guttmann, Erich: Klinische Bemerkungen zu der Arbeit von Karl Neubürger: Über Hirnveränderungen nach Alkoholmißbrauch.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*) Z. Neur. **137**, 591—593 (1931).

Verf. ist der Ansicht, daß Neubürger (vgl. diese Z. **19**, 62) in seinen Äußerungen über die Zusammenhänge zwischen den von ihm nachgewiesenen anatomischen Veränderungen, besonders im Corpus mamillare, bei Alkoholikern, und den klinischen Erscheinungen zu vorsichtig gewesen ist. Nur unter 5 von Neubürgers Fällen finden sich keine verwertbaren klinischen Angaben; 16 waren delirant, 4 zeigten Korsakoffsymptome, 10 lange dauernde und tiefe Somnolenz, 5 Augenmuskelercheinungen. Zwar ist es richtig, daß man den anatomischen Befund bei den verschiedenen alkoholischen Psychosen nicht differenzieren kann; aber das Gemeinsame in den Fällen, die den genannten histologischen Befund bieten, ist doch gegeben durch die Bewußtseins-trübung mit Augenmuskelercheinungen und Polyneuritis. *Fr. Wohlwill (Hamburg).*°

**Grosz, Karl: Ein Fall von Pädophilie und Pseudologie.** Jb. Psychiatr. **48**, 144 bis 153 (1932).

Entführung und geschlechtlicher Mißbrauch eines 14jährigen Knaben durch ein 21jäh-

riges Mädchen. Dieses erweist sich dem psychiatrischen Sachverständigen als psychopathisch lügenhafte, sexuell frühreife Hysterische vom aktiven, impulsiven Typus. Ob sie als sexuell pervers anzusprechen ist, hänge davon ab, ob eine mehr passive Haltung und die Wahl nur des erwachsenen Mannes als Wesensmerkmal und Erfordernis der normalen weiblichen Sexualität gelten müssen. De lege lata ist an der vollen strafrechtlichen Verantwortlichkeit des Mädchens festzuhalten, obwohl die Tat als der Ausdruck einer starken Trinksucht in Verbindung mit antisozialen Tendenzen und moralischen Defekten erscheint. De lege ferenda würde eine beträchtliche Herabminderung der Zurechnungsfähigkeit anzunehmen sein auf Grund von Hypersexualität und ihrer Verflochtenheit mit phantastischen Vorstellungen. Der Aufsatz ist forensisch-psychologisch von besonderem Interesse, weil von den ungeahnt häufigen Fällen von geschlechtlicher Verführung von Knaben durch weibliche Personen doch nur eine winzige Minderheit zur gerichtlichen Beurteilung und gerichtärztlichen Begutachtung kommt.

Max Marcuse (Berlin).

**Gebattel, V. E. Freiherr von: Süchtiges Verhalten im Gebiet sexueller Verirrungen.**  
Msch. Psychiatr. 82, 113—177 (1932).

Gewisse sexuelle Verhaltensweisen erinnern an den „Rausch“; es kann daher von einer „Sucht“ des Sexuellen gesprochen werden; diese Süchtigkeit wird näher psychologisch untersucht. Verf. begnügt sich nicht mit der Feststellung der „Regression“, sondern spürt ihrer Entstehung nach, und zwar an der Hand der sexuellen Phantasien sadistischen oder masochistischen Inhalts, die ihm eine Einheit sind. Vor allem sind sie Ausdruck der Süchtigkeit; hierbei wird festgestellt, daß auch die echt sadistische Handlung „reflektierter Natur“ ist; sie wirkt sich nur scheinbar objektiv aus, hat aber nichts mit Wirklichkeit gemein; der „Andere“ ist nur „Anlaß, sich auf besondere Art und Weise selbst zu erleben“. „Ich quäle den Anderen“ ist ein „Hin und Her der imaginativen Reflexion“ „zwischen quälendem Ich und gequältem Nicht-Ich“. Den süchtigen Charakter zeigt die sexuelle Phantasie besonders mangels herbeigeführtem Orgasmus. Das „Immermehr“ ist für die Sucht charakteristisch. Die „Befriedigung“ fehlt, übrigens, wie Verf. auseinandersetzt, auch selbst bei der Onanie. Hinter den süchtigen Sexualstreben steht ein nicht durchschaubares „existentielles Leiden“; dieses ist Ausdruck der Entzweiung mit der Mitwelt und daher auch mit sich selbst; es entsteht eine „existentielle Not“, aus der die Grausamkeitsphantasien erwachsen. In diesen wandelt sich geheimes Leiden in Genuß (Sadismus). Hierbei handelt es sich um eine Auflehnung gegen den Sinn, gegen die Norm. Dem Paraphilen gelingt in der Sexualität nicht die „Daseinssteigerung“, und so zieht er den Partner herab; das übersexuelle, überbiologische Moment der Hingabe und gegenseitigen Sichergreifens mißlingt; es kommt vom Geschlechtspol aus nicht zur entsprechenden „Gestaltung“, zur Mehrwertsteigerung; so muß typischerweise der Masochist zur Hingabe „gezwungen“ werden und die Wollust bleibt peripheres Erlebnis aus eigener Unfähigkeit. Bei der Onanie bleibt der Geschlechtsleib „Gegenstand“, während der Liebende den Leib „hinter sich läßt“. In diesem Sinne protestiert Verf. berechtigt dagegen, daß van der Velde's Buch eine Arsamatoria sei; für ihn ist es ein Lehrbuch der Onanie. Zum Schluß entwickelt Verf. die Psychologie des Don-Juanismus, wobei er sich gegen die psychoanalytische Auffassung der Mutterbindung stellt; gerade sie sei präsexuell und nicht sexuell. Dem Don-Juan-Typ fehlt das „Frau“-Erlebnis, er bleibt am „Weib“ hängen und tritt daher auf der Stelle. Das Ewig-Weibliche zieht ihn nicht hinan, er umgeht es, bringt es zu keiner Gestaltung oder „Krystallbildung“, ihm fehlt die „mémoire du cœur“, und so glaubt er immer, sich mit dem Weib da zu berühren, wo er sich selbst letzten Endes berührt; so drängt alles nur zur süchtigen Wiederholung, wo die Entwicklung fehlt. Das präsexuelle Muttererlebnis, dieses Urerlebnis findet er in der Weiberührung nicht und so erklärt sich sein rastloses Schweifen und seine Unersättlichkeit.

Leibbrand (Berlin).

**Hartmann, Heinz, und Erwin Stengel: Zur Psychologie des induzierten Irreseins.**  
(*Psychiatr.-Neurol. Klin., Univ. Wien.*) Arch. f. Psychiatr. 95, 584—599 (1931).

Die Verff. schildern einen sehr interessanten Fall von induziertem Irresein, in dem von

einer Mutter erst auf die Tochter, dann auch auf den Mann die paranoiden Verfolgungsideen übertragen wurden. Nach Klinikbeobachtung Besserung beim Mann, weniger bei der Tochter. Schließlich kam es zu einem Mordversuch seitens der Mutter an den beiden Angehörigen. Nunmehr klang das induzierte Irresein beim Mann ziemlich schnell ab. Die Tochter gab viel bewußt falsch wiedergegebene Dinge bei ihrer Vernehmung zu, die Induktion war nicht so echt gewesen. Einen Restbestand, der sich auf eheliche Disharmonien der Eltern bezog, hielt sie ziemlich lange fest. Die Verf. suchen das Bild psychoanalytisch aufzuhellen und die Bedeutung des Mechanismus der Identifizierung für die Entstehung der Induktion nachzuweisen. G. Ewald (Erlangen).

**Loewenberg, Richard Detlev: Über den Selbstmord in Hamburg in den letzten fünfzig Jahren.** (*Psychiatr. Univ.-Klin. u. Staatskrankenanst., Hamburg-Friedrichsberg.*) Dtsch. med. Wschr. 1932 I, 219—220.

Der Selbstmord sei — wie Alkoholismus, Renten neurose und Kriminalität — ein soziologisches Symptom. In Hamburg sei im letzten Jahrzehnt eine Zunahme auch der männlichen Selbstmorde zu beobachten, nachdem die weiblichen schon länger angestiegen seien: das frühere Verhältnis von 3 : 1 näherte sich der Proportion 2 : 1. Eine Betrachtung nach Wohnbezirken schein auf einen Anstieg in den früher wohlhabenden, jetzt verarmenden Vierteln hinzuweisen. Auffallend sei die hohe Zahl der jüdischen Selbstmörder (nicht mitgeteilt); Verf. nimmt hier Gelegenheit, auch vor Religiosität und Rasse den konjunkturellen Einflüssen den Vorrang einzuräumen. In psychopathologischer Beziehung interessiere der wachsende Anteil der Psychopathen, der sich auch im „Stilwandel“ der Selbstmordtechnik ausdrücke: die brutaleren Mittel (Erschießen, Ertränken, Erhängen) träten in den Hintergrund, und die — noch vor 20 Jahren sehr seltene — Gasvergiftung sei häufig geworden. Verf. will die Selbstmordneigung als ein unteilbares Ganzes begreifen: „eine in vielen Menschen schlummernde Bereitschaft zur Depression“ könne „durch innere und äußere Einflüsse geweckt werden und sich bis zum Selbstmord steigern“; er empfiehlt in Anknüpfung an das Wiener Beispiel (vgl. diese Z. 16, 403) Behandlung aller, die vergeblich einen Selbstmord versucht haben, in einer psychiatrischen Klinik und — möglichst privat durchzuführende — Vorbeugungsfürsorge. Gustav Donalies (Berlin).

**Die Selbstmorde in Preußen in den Jahren 1927—1929.** Med. stat. Nachr. 17, III. 267—III 274 (1931).

Die amtlich ermittelten Selbstmorde haben in der Berichtszeit gegenüber 1926 keine nennenswerte Zu- oder Abnahme erfahren; auf 100 000 Lebende kamen in den ersten beiden Jahren 24, im letzten (wie 1926) 25 Fälle. Läßt man, was wegen der veränderten Alterszusammensetzung gegenüber der Vorkriegszeit nötig ist, die unter 15 Jahre alten Selbstmörder außer Betracht, so zeigt sich, daß die Vorkriegszahl von 34 auf 100 000 im Jahre 1926 wieder erreicht war; in den nächsten Jahren ging sie auf 32 zurück; dabei ist die Zahl der männlichen Selbstmörder etwas herunter, die der weiblichen heraufgegangen. Bezüglich der Altersverteilung das alte Bild: für beide Geschlechter steigt die Kurve ein erstes Mal bei der Gruppe 20—25 Jahre, fällt dann bis zu der Gruppe 30—40 Jahre, um danach wieder kontinuierlich anzuheben. — Wieder weist Berlin die höchsten (59,4 Männer und 30,5 Frauen auf 100 000 Lebende), Oberschlesien die niedrigsten Zahlen (19,8 bzw. 4,8) auf (Durchschnitt der Berichtszeit). Beachtlich bei diesen Zahlen die Verschiedenheit im Anteil der Geschlechter 2:1 gegenüber 4:1 im Durchschnitt; für die einzelnen Jahre verändert sich in Oberschlesien die Proportion von 5 über 4 bis auf 3:1. — Hinsichtlich der Todesarten nichts Neues: die Männer bevorzugten gegenüber den Frauen Erhängen und Erschießen, die Frauen Gift und Ertränken; die Frauen wählten aber auch oft — häufiger noch als die oben genannten Arten, wenn auch seltener als die Männer — den Strang. Das Einatmen von Gas wurde in 9,0 bzw. 23,1% der Fälle gewählt (im Durchschnitt); hier gegenüber 1926 deutliche Zunahme. Donalies (Berlin).