

oder latente Arthritis verursacht wurde. Das Stadium, in dem sich der Genitaltripper befindet, dürfte weniger wichtig sein. Ganzoni (Winterthur).

### Gerichtliche Psychologie und Psychiatrie.

**Lipmann, Otto:** Leitlinien für die psychologische Begutachtung von Zeugenaussagen. Ärztl. Sachverst.ztg 39, 85—90 (1933).

Die Leitlinien sind Verf.s Arbeit über die Methoden der Aussagepsychologie in Aberhaldens Lehrbuch der biologischen Arbeitsmethoden entnommen. Von den Gesichtspunkten, unter denen die Bedingungen und Umstände einer zu bewertenden Aussage zu betrachten sind, werden vor allem herausgehoben: 1. die besonderen Bedingungen der Wahrnehmung, 2. die in der Zwischenzeit wirksamen Umstände, 3. die Bedingungen der Erinnerungsprojektion, 4. die Merkmale der Aussage und 5. die Eigenschaften des Zeugen. Das Eingehen auf die Persönlichkeit des Zeugen erfordert dann evtl. noch speziell experimentelle Zeugenprüfungen, psychiatrische Gutachten über etwaige geistige Defekte, und bei Kindern Gutachten der Lehrer und der Schule.

Birnbaum (Berlin-Buch).

**Maier, Hans W.:** Über die Beurteilung psychoanalytischer Aufzeichnungen durch den Richter. (Psychiatr. Univ.-Klin., Burghölzli-Zürich.) Nervenarzt 6, 19—23 (1933).

Verf. mußte sich zu Händen des Gerichtes über folgende Frage gutachtlich äußern: In einem Ehescheidungsprozeß wurden den Akten 4 Briefe der Frau beigelegt, die sie vor 7 Jahren dem Psychoanalytiker geschrieben, bei dem sie eine Lernanalyse durchgemacht hatte und der dann später, nach ihrer Verheiratung, den Ehemann in Analyse behandelte. Die Briefe enthielten Beobachtungen über den Mann, Beschreibungen über Zustände der Ehe und auch Eigenbeobachtungen in der Sprache der Psychoanalyse. Auf Grund derartiger Termini technici wie z. B. Sadismus, Masochismus usw., welche die Schreiberin bei sich selber beobachtet haben wollte, sollte ihr nun bei dem pendenten Ehescheidungsprozesse die Fähigkeit der Kindererziehung abgesprochen werden. Verf. kam in seinem Gutachten zu dem Schlusse, daß psychoanalytische Dokumente, besonders solche, die sich auf Beobachtung der eigenen Person oder der nächststehenden beziehen, wie z. B. die erwähnten Briefe, dem Richter keinerlei Einblicke in die seelische Struktur und Verfassung eines Menschen ermöglichen können. Sie wären höchstens als Unterlage für eine Expertise durch einen Fachmann benutzbar, der aber dieses Material noch durch direkte Untersuchung an den Beteiligten in sehr weitschichtiger Weise ergänzen müßte. Ohne eine solche Expertise ist es nach der Auffassung des Fachmannes unstatthaft, daß derartiges nur mit Spezialkenntnissen, verständliches Material in der Urteilsbildung irgendwie mitberücksichtigt wird, da hieraus sich unbedingt die Gefahr schwerwiegender Fehlschlüsse ergeben müßte. Solche Dokumente sind durchaus unmaßgeblich für die Entscheidung der Frage, ob der Schreiberin nach der Ehescheidung die Erziehung der Kinder überlassen werden darf oder nicht. H. Binswanger.

**Herschmann, H.:** Psychologie und Psychopathologie im Strafverfahren. Wien. klin. Wschr. 1933 I, 177—178.

Verf. geht im Rahmen eines Fortbildungsvortrages auf eine Reihe aktueller kriminal psychiatrischer Fragen ein. Sie beziehen sich u. a. auf die strafrechtliche Behandlung und Unterbringung der unzurechnungsfähigen Geisteskranken, der vermindert Zurechnungsfähigen und der unverbesserlichen Rechtsbrecher, auf die strafrechtliche Behandlung der Homosexualität, weiter auf gewisse Freisprüche im Schwurgerichtsverfahren, die zu Angriffen auf die psychiatrischen Sachverständigen führten, und die vor allem auf Mißverständnisse bezüglich der Eigenart der Psychopathen zurückgehen. Schließlich weist Verf. noch im einzelnen auf die Mängel hin, die vielfach psychiatrischen Gutachten anhaften und die sehr wohl behebbar sind. Birnbaum.

**Hartge, Margret, und Olga Marum:** Die Sicherheit graphologischer Intelligenzbeurteilung. I. Hartge, Margret: Graphologische Untersuchung der Intelligenz. (Psychol. Laborat., Univ. Freiburg i. Br.) Z. angew. Psychol. 44, 321—341 (1933).

**Hartge, Margret, and Olga Marum:** Die Sicherheit graphologischer Intelligenzbeurteilung. II. Marum, Olga: Experimentell-psychologische Untersuchungen zur Intelligenzbeurteilung. (Psychol. Laborat., Univ. Freiburg i. Br.) Z. angew. Psychol. 44, 342—363 (1933).

Als spezifisches Merkmal hoher Intelligenz werden aufgeführt: Schnelligkeit, gute

Verbundenheit, immaterielle Kurven, Vereinfachung, Heraustreibung des Wesentlichen, Klarheit und mäßiger gleichmäßiger Druck. Die Hochintelligenten wurden graphologisch und experimentell-psychologisch übereinstimmend richtig erfaßt. In der Gruppe der Intelligenten ergab sich eine geringe Abweichung (im ganzen wurden 57 Schülerinnen untersucht), bei den Unintelligenten ergab sich gleichfalls gute Deckung der Befunde. In 8 Fällen wich das graphologische Gutachten von dem Ergebnis der Tests und der Lehrerbeurteilung ab. Die Gesichtspunkte zur Beurteilung der Testlösungen werden im einzelnen besprochen.

*Pophal* (Stralsund).<sup>oo</sup>

**Weichbrodt, R.: Der Selbstmord.** Mschr. Unfallheilk. **40**, 175—181 (1933).

Verf. geht davon aus, daß die beobachtete Zunahme der Selbstmorde vornehmlich durch wirtschaftliche Momente bedingt sei. Er erörtert das Verhalten der Lebensversicherungsgesellschaften gegenüber den Selbstmördern und die wechselnde Auslegung des § 169 des Versicherungsvertragsgesetzes; 1931 haben bei den Versicherungsgesellschaften die Selbstmorde gegenüber 1930 um 50%, die dadurch auszahlenden Versicherungssummen um 100% zugenommen. Der Gutachter sollte nicht fragen, ob ein Selbstmord verständlich ist oder nicht, da einerseits Selbstmorde Geisteskranker relativ verständlich sein, andererseits aber solche Gesunder dann, wenn nicht alle Gründe bekannt seien, unverständlich bleiben könnten. Einige Bemerkungen über Selbstmord und Unfall (Katastrophenreaktion, Reaktion auf das Rentenverfahren, Angst vor Verkrüppelung, Selbstmord von Rentempfängern in der Involutionszeit) schließen sich an; im ganzen ist der Selbstmord bei Unfallverletzten selten. Der Forderung des Verf., daß in all diesen Fällen vor allem die Anamnese durch einen sachverständigen Arzt erhoben werden sollte, kann nur zugestimmt werden. *Donalies.*

**Weimann, W.: Zwei besondere Fälle von Tötung auf Verlangen.** Arch. Kriminol. **92**, 119—122 (1933).

Bei dem 1. Fall handelt es sich um zwei 17 und 25 Jahre alte Freunde, bei denen sich sexuelle Beziehungen nicht nachweisen ließen. Der Ältere zeigte schon lange Lebensüberdruß. Da er sich selbst nicht erschießen wollte, überredete er den Jüngeren nach reichlichem Alkoholgenuß, ihn zu töten. Nach Reparatur einer von ihm mitgebrachten Armeepistole begaben sich beide angetrunken auf eine einsame Chaussee. Hier demonstrierte der Ältere dem Jüngeren genau, wie er ihn erschießen sollte. Nachdem sie sich durch Handdruck verabschiedet hatten, gab der Jüngere auf den anderen zuerst einen Schuß in die Herzgegend ab, und als dieser, am Erdboden liegend, noch atmete, einen zweiten Schuß mitten in die Stirn. Dann lief er fort. Beide Schüsse, der Stirn- und Herzschuß, waren absolute Nahschüsse. Die Stirneinschußwunde war eine vierstrahlige Platzwunde mit Pulverschmauch, auch in der Tiefe des Schußkanals. Der Schädel war vielfach geborsten, das Geschoß am Hinterkopf ausgetreten und 15 cm tief in die Erde eingedrungen. Über dem Herzschuß war das Hemd vierstrahlig aufgerissen. Der Täter legte sofort ein Geständnis ab. Er war nicht geisteskrank, jedoch etwas stumpf, schwerfällig und leicht beeinflussbar. — Bei dem 2. Fall handelt es sich um einen Doppelselbstmord. Zwei übelbeleumdete Grubenarbeiter, früher Insurgenten, kneipten eines Abends stark, nahmen von ihren Angehörigen Abschied, gingen dann, Lieder singend, aus dem Dorf heraus zu einer Waldschonung. Hier brachten sie 5 Dynamitpatronen zur Entzündung, damit „das ganze Dorf zittere, wenn sie sterben“. Dann erschöß der eine zuerst den anderen und dann sich selbst.

Beide Fälle demonstrieren die eigenartige, schwer einfühlbare Mentalität der untersten Volksschicht in Oberschlesien.

*Weimann* (Berlin).

**Goodhart, S. P., and Nathan Savitsky: Self-mutilation in chronic encephalitis. Avulsion of both eyeballs and extraction of teeth.** (Selbstverstümmelung bei chronischer Encephalitis. Herausreißen beider Augäpfel und Herausziehen von Zähnen.) (*Neurol. Serv., Morrisania a. Montefiore Hosp., New York.*) Amer. J. med. Sci. **185**, 674—684 (1933).

Ein 16jähriges Mädchen, ohne anamnestische Besonderheiten, bekommt eine chronische Encephalitis. Dabei durchaus geordnetes und intellektuell unverändertes Verhalten. Die Selbstverstümmelungen begannen damit, daß sie sich nacheinander die Zähne herausriß, und zwar mit den Fingern. Während eines klinischen Aufenthaltes riß sie sich auch die Augäpfel heraus, gab an, sie seien herausgefallen und bestritt, daß sie es selbst getan habe. Abgesehen von dieser Amnesie waren keinerlei Erinnerungsstörungen festzustellen, auch die Intelligenz und Orientierung waren intakt. Erst allmählich traten Beziehungsvorstellungen auf. Seitdem

keine Verstümmelungsversuche mehr, auch keine Suicidversuche. Die Deutung ist schwer, insbesondere ergaben sich keine Anhaltspunkte für sexuelle Traumen. In der Literatur werden nur wenige ähnliche Fälle erwähnt, einige werden berichtet und besprochen. *Werner Bab.*

**Cabitto, Luigi: Un caso di autoemascuinizzazione totale.** (Ein Fall von vollständiger Selbstentmannung.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Novara.*) Arch. di Antrop. crimin. **52**, 733—738 (1932).

Selbstmordversuche und Selbstverstümmelungen sind bei Melancholikern und Paranoikern genug häufig, bei Alkoholikern aber ziemlich selten. Vorliegender Fall ist auch deshalb interessant, weil der Kranke, im Moment seiner Tat vollständig bei Bewußtsein, sich über ihre Konsequenzen klar war. Es scheint dabei auch die Schmerzempfindung vollständig erhalten geblieben zu sein.

Bauer, 42 Jahre alt, seit 1914 verheiratet, 2 gesunde Söhne, ohne jede erbliche Belastung, selbst stets gesund. Er begann nach der Rückkehr vom Krieg unmäßig zu trinken. Erst nach 5 l Wein betrunken. Angeblich begründete eheliche Eifersucht, die zum Weggang von Frau mit Kindern führte. Stets verschlossen und rauh, leicht aufbrausend, hatte er jedoch niemals Zeichen irgendeiner geistigen Störung gezeigt. Am Sonntag vor der Tat hatte er viel getrunken, ohne jedoch in vollständige Trunkenheit zu fallen. Von Montag bis Donnerstag arbeitete er intensiv, Freitag fühlte er bei der Arbeit Schwindel, allgemeine Müdigkeit und Unwohlsein; kehrte nach Hause zurück, hatte aber an diesem Tage nicht mehr als  $\frac{1}{2}$  l Wein getrunken. In der Nacht hörte er angeblich seltsame Geräusche, Stimmen, die er immer mehr als die von Personen erkannte, die ins Haus einzudringen versuchten, um ihn zu berauben und dann ihn in den See zu werfen. In diesem Erregungszustand erschien ihm, wie er angibt, sein Vetter, der ihm sagte, daß alle seine „Sünden“ durch die Genitalorgane bedingt wären und daß alle diese Leute von der Frau angestiftet seien, um ihn zu entmannen. Um sich nun von diesen Feinden zu befreien und um auch die Frau zu bestrafen, beschloß er, sich seine Genitalien zu amputieren. Dann verschwand sein Vetter, und nun versuchte er, sich durch starken Zug die Hoden abzureißen. Aber wegen der starken Schmerzen ließ er davon ab, zündete das Licht an, stieg aus dem Bette und suchte nach einem Instrument, mit dem er die Operation ausführen konnte. Er fand ein Rasiermesser, fügte sich eine heftige Wunde am Penis zu, konnte aber wegen der ungeheuren Schmerzen nicht tiefer eindringen. Nun griff er zu einer Sichel, hieb mehrere Male auf die Genitalien, ohne daß er sie aber abtrennen konnte. Der Schmerz war nach seinen Aussagen unbeschreiblich, doch setzte er sein Werk fort, da er aufs neue das Stimmengemurmel hörte, das sich ihm näherte und dem er entnahm, daß diese Personen zu ihm kämen, um ihn zu töten. So ergriff er wieder das Rasiermesser, und nach einigen mit aller Kraft geführten Schnitten gelang es ihm endlich, Penis und Hoden abzutrennen; hierauf schnitt er noch mit einer Schere die übriggebliebenen Ränder des Scrotums ab. Dann fiel er in Ohnmacht. Am nächsten Morgen wurde er von den Nachbarn in einer Blutlache gefunden und ins Ortsspital und dann in das Spital des Verf. transportiert und hier die Wunde sachgemäß versorgt. Rasche per primam-Heilung, die Miktion war durch die genügend weite Öffnung der Urethra vollständig unbehindert. Im Krankenhaus stets euphorisch, vergnügt, ohne irgendwelche andere halluzinatorische Anzeichen. Überlegung und Kritik sind oberflächlich, das Assoziationsvermögen gering. Er ist von der Wirklichkeit seiner Halluzinationen, die ihn zu der Operation veranlaßt hatten, überzeugt. Den Grund des Hasses seiner Feinde kann er aber nicht angeben, womit er den großen Mangel seiner Urteilsfähigkeit zeigt. Im Krankenhaus mit allem zufrieden. Bei jeder Behandlung äußert er zwar lebhaft empfindungen, doch kann er trotz des Schadens, den er sich zugefügt hat, kein Bedauern verspüren; lächelt froh, sich von einer Plage befreit zu haben. Nachts hat er im Penisstumpf Anzeichen von Erektion und erklärt, er würde, wenn er könnte, sehr gern und oft masturbieren. Nach Behandlung mit einigen Hormon-(Testes-)Präparaten wird Patient in ausgezeichnetem körperlichen und annehmbaren geistigen Gesundheitszustand entlassen.

Verf. weist darauf hin, daß seine bereits früher ausgesprochene Ansicht von der chronischen halluzinatorischen Psychose schizophrener Natur, die durch die Alkoholvergiftung ausgelöst werde, durch den Fall ihre Bestätigung findet. Hier handle es sich um einen starken Trinker, der jedoch in der letzten Zeit seinen Alkoholkonsum eingeschränkt hatte. Gerade in dieser Zeit war es zum Auftreten der Halluzinationen bei vorheriger vollständiger geistiger Klarheit gekommen. Die Halluzinationen als Folge der Alkoholintoxikation waren von einem Erregungszustand begleitet, der zur Selbstverstümmelung führen konnte, andererseits war sie aber erst durch die mangelnde Urteilskraft trotz der Kenntnis der schweren Konsequenzen möglich geworden. Bemerkenswert wäre der Umstand, daß die halluzinatorischen Störungen nicht mit dem Gipfel der Alkoholintoxikation zusammenfielen, sondern, wie auch schon öfters be-

merkt wurde, nach Entziehung des Alkohols auftraten. Bewußtseinstrübung und Geistesschwäche könnten in einem solchen Falle leicht zur unrichtigen Diagnose halluzinatorisches Delirium infolge von chronischem Alkoholismus führen. Das Trauma und das Wundfieber konnten jedoch so weit zur Gesundung des Patienten beitragen, daß dieser sich, wenn auch mit einem gewissen geistigen Defekt in kürzester Zeit in die Gesellschaft wieder einfügen konnte.

*Ranzenhofer (Rom).<sup>oo</sup>*

**Pfannmüller, H.: Der bayrische Amtsarzt und die Einschaffung des gemeingefährlichen Geisteskranken nach Art. 80/II des PStGB., insbesondere Stellungnahme zur Frage der polizeilichen Einweisung gemeingefährlicher Trinker. (Heilanst., Kaufbeuren.) Z. Med.beamte 46, 93—106 (1933).**

Der vielbesprochene Runderlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt, betreffend die polizeiliche Unterbringung Geisteskranker in Heil- und Pflegeanstalten vom 21. Januar 1932 bildet einen der Ausgangspunkte für die Ausführungen des Verf., der zunächst den Begriff der „Gemeingefährlichkeit“, für den es im Reichsgesetz bekanntlich keine einheitliche Formel gibt, näher untersucht und erklärt. Die weiteste Umgrenzung hat der praktische Begriff der „Gemeingefährlichkeit“ wohl in dem bayrischen Art. 80/II PStGB. gefunden, aus dessen Fassung hervorgeht, daß unter Umständen der Begriff „gemeingefährlich“ auch den Begriff „gemeinschaftlich“ und „gemeinstörend“ umfaßt, was besonders bei der Beurteilung der querulierenden psychopathischen Persönlichkeiten ins Gewicht fällt. Nach einer Erörterung des Problems der rechtzeitigen ärztlichen Erkennung der durch die Gemeingefährlichkeit drohenden Gefahren (hierher gehören auch Begleiterscheinungen und Komplikationen der Selbstgefährlichkeit) widmet der Verf. eine ausführliche Besprechung den wichtigen Fragen der Trinkerereinweisung in Bayern und deren Regelung durch den Erlaß des bayrischen Staatsministeriums des Innern vom 8. Januar 1926, zu welchem schon Falthäuser seinerzeit eingehend Stellung genommen hat. Wir können hier nur die wichtigsten Leitlinien erwähnen, daß nämlich — abgesehen vom harmlosen, nicht gemeingefährlichen Trinker, für den evtl. gute Trinkerfürsorge, Entmündigung und Drohung der Internierung genügen — der chronische, besonders der psychopathisch unterlegte Alkoholiker doch als Geisteskranker anzusehen ist, der jederzeit gemeingefährlich werden kann und der damit unter den Begriff des Art. 80/II PStGN. fällt. Angesichts der Schwierigkeiten, welche gerade die Begutachtung der Voraussetzungen des Art. 80/II in seiner Anwendung auf Trinker und andere Geisteskranke dem bayrischen Bezirksarzt häufig macht, weist Verf. auf einen vorliegenden Mangel des PStGB. hin: es fehle dem Amtsarzt hier die Möglichkeit (analog dem § 81 der RStPO.), einen Geisteskranken bei Verdacht des Vorliegens der Gemeingefährlichkeit auf Antrag eines Sachverständigen für begrenzte Zeit in die Anstalt einzuweisen. (Vgl. diese Z. 12, 103.)

*Liguori-Hohenauer (Illenau).<sub>c</sub>*

**Fischer, Max: Das Aufnahmeverfahren für Geisteskranke. Allg. Z. Psychiatr. 99, 120—130 (1933).**

Mit dem bekannten Preußischen Ministerialerlaß vom 21. I. 1932 und seinen seither ergangenen Ergänzungen setzt sich hier der Verf. auseinander: Einleitung und Grundlage des Verfahrens ist ein ärztlicher Grund und ein ärztliches Zeugnis. Der Kranke soll in Krankenhausfürsorge und ärztliche Behandlung gelangen. Es handelt sich also um einen gesundheitlich-polizeilichen Akt. Unterbringung heißt in diesem Falle Einweisung, Zuführung oder Aufnahme, nicht Verwahrung. Das Korrelat für Krankheit, Erkrankung ist ja ärztliche Behandlung und Krankenhaus, nicht Einsperrung. Art und Dauer der Unterbringung unterliegt allein der ärztlichen Entscheidung. An der Schwelle des Krankenhauses hört die Polizeigewalt auf. Die Aufnahme eines Nichtkranken — nach dem Aufnahmebefund — wird die Anstaltsdirektion ablehnen bzw. eines nach der Aufnahme als der Anstaltsbehandlung nicht bedürftig Erkrankten sofortige Wiederentlassung mit allen Mitteln betreiben. Ebenso wird sie, wenn auch mit der gebotenen Vorsicht, handeln bei der Entlassung eines nicht mehr

behandlungsbedürftigen und nicht mehr gemeingefährlichen Pflégelings. Bei Fortdauer der Gemeingefährlichkeit, aber Aufhören der Behandlungsbedürftigkeit ist die Überführung in anderweitige Verwahrung anzubahnen. Also einzig und allein der Gesundheitszustand bzw. das ärztliche Urteil entscheidet über Aufnahme, Behandlung, Festhaltung und Entlassung des Kranken. Die Polizei erhält somit keinerlei Übergewicht über den Arzt. Wo im Einzelfalle Meinungsverschiedenheiten zwischen beiden Instanzen entstehen, geht der Weg zur Entscheidung über die ordentlichen Gerichte bzw. das Verwaltungsgericht, wobei der Anstaltsdirektor seine Begutachtung bis aufs äußerste durchfechten wird. Ein zweckbewußtes harmonisches Zusammenwirken von Ärzteschaft, Psychiatern und Behörden (Innere Verwaltung und Rechtspflege) ist durch die Natur der Geisteskrankheiten und durch deren Rückwirkung auf die menschliche Persönlichkeit die Forderung für das Wohl unserer Kranken. Daß sich dabei keine Gegensätze zu ergeben brauchen, lehren die Erfahrungen in Baden. Die vorliegenden preußischen Erlasse können ein Gutes wirken, wenn sie den Anlaß und den Angriffspunkt zur Schaffung eines fortschrittlichen und einheitlichen deutschen Reichsgesetzes für die Geisteskrankenfürsorge bilden. Referent rät allerdings, die Erfahrungen mit den neuen Erlassen einige Jahre abzuwarten, ehe man neue Maßnahmen trifft.

*Bratz* (Berlin-Wittenau).<sub>o</sub>

**Chanès et J. Vié: Les colonies familiales d'aliénés du département de la Seine.** (Die Familienkolonien für Geisteskranke im Seinedepartement.) *Rev. d'Hyg.* **55**, 281 bis 296 (1933).

Die Familienkolonien im Seinedepartement umfassen 400 Männer und 1200 Frauen und stellen somit einen nicht unwesentlichen Teil der Geisteskrankenfürsorge des Bezirks dar. Ihre Einrichtung im einzelnen, die damit erzielten Resultate sowie Ursprung und Organisation der Familienpflege im allgemeinen, Indikationen und Gegenindikationen für die Kolonisierung von Geisteskranken bilden den Inhalt der vorliegenden Arbeit. *Liquori-Hohenauer* (Illenau).<sub>o</sub>

**Sciuti, M.: Problemi nuovi dell'assistenza psichiatrica. I reparti aperti per psicopatici.** (Neue Probleme der psychiatrischen Fürsorge. Die offenen Abteilungen für Psychopathen.) (*Osp. Psichiatr. Prov. Leonardi Bianchi, Napoli.*) *Osp. psichiatr.* **1**, 105—121 (1933).

Übersicht über die Entwicklung der verschiedenen „offenen Abteilungen“ für Geisteskranke im Ausland und entsprechende Ansätze in Italien. Warme Befürwortung dieses Systems, das nach Verf. besonders folgende Vorteile hat: Die heilbaren Kranken scheuen sich nicht mehr, rechtzeitig sich in Behandlung zu begeben; es bleibt ihnen der Makel eines Irrenanstaltsaufenthaltes erspart, sie vermeiden die unangenehmen Formalitäten der gesetzlichen Internierung und besonders erlauben sie eine rechtzeitige Behandlung, entlasten die Irrenanstalten. Die offenen Abteilungen werden so zu den wirklichen Behandlungsorten und den aktiven Stätten einer psychiatrischen Prophylaxe.

*Steck* (Lausanne).<sub>o</sub>

**Dupouy, Roger: Étude sur les évasions d'aliénés.** (Studie über die Entweichung Geisteskranker.) *Ann. méd.-psychol.* **91**, **1**, 304—326 (1933).

Statistische Angaben über aus den Irrenanstalten entwichene Geisteskranke, welche im Laufe des Jahres 1930 beim Pariser Polizeipräsidium angemeldet wurden. Es betrifft dies 46 Männer, welche 58 Entweichungen ausführten. Davon waren 22 Psychopathen oder Debile, 6 Alkoholiker, 9 Schizophrenen, 3 Manien, 2 Imbezille, 1 progressive Paralyse, 1 Amentia, 1 Paranoja, 1 Encephalitis epidemica. 21 waren durch gerichtliches Urteil als unzurechnungsfähig interniert, 27 sog. offizielle Internierungen und 10 freiwillige Aufnahmen. 30 wurden wieder eingeliefert, 6 wurden nicht wieder interniert trotz dem gegenteiligen Vorschlag der Ärzte, 16 wurden nicht aufgefunden, 3 davon wurden verschollen erklärt, 6 wurden auf Grund eines Entlassungszeugnisses auf freiem Fuß belassen. Frauen entwichen nur 8. Anschließend werden die verschiedenen rechtlichen und administrativen Fragen, die sich besonders in bezug auf das immer noch in Kraft stehende französische Irrengesetz aus dem Jahre 1838 ergeben, besprochen und der Wunsch ausgesprochen, daß bei einer Gesetzesrevision die Lage der Entwichenen, die das alte Gesetz gar nicht ausdrücklich erwähnt, auch eine klare Regelung erfahre.

*Steck* (Lausanne).<sub>o</sub>

**Donner, Sven: Formen der Krankenpflege von Geisteskranken außerhalb der Anstalten.** *Nord. med. Tidskr.* **1933**, 268—272 [Schwedisch].

Die steigende Überfüllung der Anstalten für Geisteskranke drängt dazu, geeignete Methoden und Einrichtungen für die Behandlung, Unterbringung und Kontrolle von

Geisteskranken außerhalb der geschlossenen Anstalten zu suchen. Die Familienpflege, wie sie in Gheel in Belgien seit Jahrhunderten besteht, greift daher mehr und mehr um sich. Dazu kommt die offene Fürsorge für entlassene, genesende, ruhige, harmlose Kranke in ihren eigenen Familien, wo der Kontakt mit den behandelnden Ärzten aufrechterhalten wird. Fürsorge und Beratungsstellen für diese Kranken reihen sich hier an; so wird ihre soziale Stellung und Arbeitsfähigkeit gefördert und unterstützt. Hierbei können charitative und soziale Einrichtungen und Personen (Pfleger, Pflegerinnen) in weitem Maße mithelfen. Rekonvaleszentenheime, Polikliniken, psychotherapeutische Arbeitsstätten müssen zur Hilfe genommen werden. Speziell für die Schizophreniker dürfte auf diesem Gebiete noch manches zu leisten sein. *Kalischer.*

**Moles, Luis: Die gesetzliche Stellung des Geisteskranken.** Rev. méd. Barcelona 18, 504—507 (1932) [Spanisch].

Verf. äußert Bedenken gegen eine neue Verordnung der spanischen Regierung, wonach das Zeugnis eines beliebigen Arztes genügen soll, um die Internierung in einer Irrenanstalt herbeizuführen. Er empfiehlt die Einführung der vorübergehenden Entmündigung, die es in Spanien bisher noch nicht gibt. *Eduard Krapf (Köln).*

**Maier, Hans W.: Zur Klinik der Toxikomanien.** Schweiz. Arch. Neur. 30, 380—394 (1933).

Das auf der Berner Tagung der Schweizer Ges. f. Psychiatrie 1931 gehaltene Übersichtsreferat ist auf das Tatsächliche und Durchführbare eingestellt. Das Problem der Behandlung, insbesondere der Prophylaxe, ist ein medizinisches, soziales und zum Teil ein politisches. Die Trennung der Alkoholsucht von den übrigen Rauschgiftsuchten ist wissenschaftlich nicht gerechtfertigt. Verf. bringt seine persönlichen Ansichten und Erfahrungen über die medizinische Behandlung der Alkohol-, Cocain- und Morphiumsüchtigen und geht dann ein auf die soziale Behandlung und Prophylaxe, diese muß vor allem eine gesetzliche sein. *H. A. Strecker (Birmingham).*

**Panse, Friedrich: Eine einfache, klinisch brauchbare Methode des Nachweises von Opiaten im Harn der Morphinisten.** (*Heilst. d. Stadt Berlin, Wittenau.*) Mschr. Psychiatr. 84, 151—199 u. Fortschr. Ther. 8, 629—633 (1932).

Die Methode von Panse ist im Gegensatz zu den bisher bekannten in einem für klinische Zwecke arbeitenden Laboratorium ausführbar. Sie ist anwendbar an Harnmengen, die während ambulanter Untersuchung abgegeben werden können (also etwa 50—100 ccm Harn). Man ist mit ihrer Hilfe in der Lage, die bisher notwendige mehrtägige Quarantäne bei Nachuntersuchungen zu vermeiden bzw. an Hand einer Harnportion bei Beurteilungen während der Entziehung; bei forensischen Untersuchungen, Kontrollen in Rauschgiftfürsorgestellen zu entscheiden, ob Opiate genommen wurden oder nicht. Schließlich ist sie anwendbar hinsichtlich wohl aller Opiate (nicht nur des Morphins), die erfahrungsgemäß von Opiatsüchtigen in irgendeiner Form genommen werden. Die Methode von P. ist viel einfacher als die bisher zuverlässigste von Loofs. Der Arbeitsgang ist kurz folgender: 1. Alkalisierung mit NaOH + NaHCO<sub>3</sub>. 2. Ausschüttelung mit Essigäther im Schütteltrichter. 3. Verjagen des Essigäthers bis auf 1—2 ccm im Destillationsapparat mit Rückflußkühlung. 4. Fraktionierte Sublimation der 1—2 ccm Essigätherrückstand auf dem Sublimationsapparat. 5. Identifikation des evtl. vorhandenen Morphins mit den Reagenzien von Froehde und Marquis. Am empfindlichsten ist der Farbausschlag mit dem Froehde-Reagens, etwas weniger empfindlich mit dem von Marquis. Die Art der Farbreaktionen sind in einer genauen Farbskala wiedergegeben. Unter 527 Einzelanalysen sind die Ergebnisse seit der 113. mit großer Regelmäßigkeit positiv, auch für Dicodid, Eukodal usw. Die Grenze des Nachweises ist noch nicht sicher festgestellt; wahrscheinlich liegt sie bei den therapeutischen Dosen der Opiate. *P. Wolff.*

● **Palmieri, V. M.: L'alcoolismo come problema medico-legale.** (Der Alkoholismus als gerichtlich-medizinisches Problem.) Milano: Soc. an. Istit. edit. scient. 1933. XI, 236 S. L. 28.—

Vom dem auf dem Gebiet der Alkoholprobleme durch eigene Forschungen bekannten Verf. wird in der angezeigten Monographie nach der Literatur und eigenen Ergebnissen das Wesentliche für die forensische Beurteilung übersichtlich dargestellt. Klinik, konstitutionelle, Umweltfaktoren, chemisch-toxikologische Fragen, Beziehung zum gewaltsamen Tod, zur fahrlässigen Körperverletzung, zur Sozialversicherung, Zu rechnungs- und Geschäftsfähigkeit nach den verschiedenen Gesetzgebungen werden für den akuten Rausch und die chronische Trunksucht systematisch erörtert. Dann

wird eingehend der Alkoholnachweis am Lebenden und an der Leiche mit persönlichen kritischen Bemerkungen besprochen. Das durch ein ausführliches Sachregister zu rascher Orientierung über den Stand hergehöriger Fragen besonders geeignete, die Literatur wenigstens zum Teil bis 1932 enthaltende Werk wird auch bei uns willkommen sein.

*P. Fraenckel* (Berlin).

● **Pohlisch, Kurt: Soziale und persönliche Bedingungen des chronischen Alkoholismus.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Univ. Berlin.*) (Samml. psychiatr. u. neurol. Einzeldarstell. Hrsg. v. A. Bostroem u. J. Lange. Bd. 3.) Leipzig: Georg Thieme 1933. 52 S. u. 1 Abb. RM. 5.20.

Die streng wissenschaftliche und sehr aufschlußreiche Arbeit behandelt in ihrem I. Teil die sozialen Bedingungen des chronischen Alkoholismus nach folgender Disposition: „Soziale Lage und Trinkgewohnheiten des Arbeiters. Berufszugehörigkeit der chronischen Alkoholisten. Trinksitten und -gebräuche beim Studenten und Soldaten. Nationale Eigenart und Trinkgewohnheiten und -gebräuche. Gesichtspunkte für die Bekämpfung des Alkoholismus.“ Der 2. Abschnitt untersucht die persönlichen Bedingungen des Alkoholismus an Hand nachstehender Gliederung: „Konstitutionsproblem und Trinkertypen, und zwar Konstitutionsuntersuchungen bei chronischen Alkoholisten, a) bei männlichen, b) bei weiblichen. Gesichtspunkte für die Behandlung des chronischen Alkoholisten. Chronische Alkoholisten und Morphinisten — eine Gegenüberstellung: Typenunterschiede, Häufigkeit beider bei Juden. Ethnologische Betrachtungen. Erblehre und chronischer Alkoholismus.“ *Többen* (Münster).

**Gabriel, Ernst: Über die „Ursachen“ des Alkoholismus.** (*Landes-Heil- u. Pflegeanst., Wien.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 90—92, 108—111 u. 115—118.

Gabriel unterscheidet unter den zu Trinkern Gewordenen, die durch ihren Alkoholverbrauch sich selbst oder ihrer Familie gesundheitlich oder wirtschaftlich schaden, 2 Gruppen: Erstens die süchtigen Trinker, deren Süchtigkeit in einer dem Grade nach verschiedenen Veranlagung begründet ist. Dieser Gruppe gehören vorwiegend die anstaltsbedürftig werdenden Trinker an. Die Süchtigkeit ist nicht spezifisch auf den Alkohol gerichtet, und es hängt mehr oder weniger vom Zufall ab, in welcher Weise sie sich zeigt. Die 2. Gruppe, die Gewohnheitstrinker, umfaßt Menschen, die ohne eine besondere Veranlagung nur durch die berufsbedingte oder durch die Trinksitten im weitesten Sinne des Wortes gewohnheitsmäßig gewordene Gepflogenheit, Alkohol zu sich zu nehmen, zu Trinkern werden. Sie können äußerlich den süchtigen Trinkern zum Verwechseln ähnlich werden, denn die bei ihnen sich nach langjährigem Alkoholmißbrauch einstellenden organischen Veränderungen können sie veranlassen, immer mehr zu trinken, woraus sich dann die Ähnlichkeit mit den Süchtigen ergibt. Auch bei den süchtigen Trinkern macht nicht die Veranlagung allein den Trinker, sondern die latente Süchtigkeit wird erst durch eine Reihe von inneren und äußeren Momenten manifest.

*Salinger* (Herzberge).

**Weiss, O. L.: Zur Frage der Alkoholentziehung.** (*St. Josephs-Heilanst., Berlin-Weißensee.*) Psychiatr.-neur. Wschr. 1933, 85—86.

In der St. Josephs-Heilanstalt, Berlin-Weißensee, wird, wie das ja fast allgemein üblich ist, grundsätzlich der Alkohol sofort in jeder Form entzogen. Häufig macht sich dabei eine Stützung des Herzens durch Cardiacia notwendig. Die auftretenden Entziehungserscheinungen körperlicher und auch seelischer Art werden durch regelmäßige Verabreichung von Brom in Form des gut schmeckenden und gut bekömmlichen Broseadan Temmler überaus günstig beeinflußt und zum Schwinden gebracht. — Wegen der guten Erfolge, bei den im allgemeinen schwer beeinflussbaren alkoholischen Schädigungen wurde im Laufe der Zeit das Indikationsgebiet für diese Bromtherapie erweitert, und das Präparat vor allem als Nachkur von Morphiumentziehungen, bei neurasthenischen Erregungszuständen, bei zirkulären Zuständen, überhaupt in all den Fällen, wo eine Hebung des psychischen Allgemeinbefindens und eine Dämpfung des Zentralnervensystems angezeigt erschienen, mit gutem Erfolge angewendet. *Flatau.*

**Kant, Fritz: Die Pseudoencephalitis Wernicke der Alkoholiker. (Poliocencephalitis haemorrhagica superior acuta.) Ein Beitrag zur Klinik der Alkoholpsychosen. (Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. München.) Arch. f. Psychiatr. 98, 702—768 (1933).**

Nach einer Übersicht über Geschichte, frühere und neuere Arbeiten kommt Verf. zum Schluß, daß die Ps. W. als Krankheitseinheit angesehen werden kann, und zwar als ein anatomisch wohl charakterisierter und ätiologisch einheitlicher (toxischer) Prozeß. Es folgt Krankengeschichte und anatomischer Befund (12 Abbildungen) von 17 autopsisch gesicherten Fällen. Stets war das Corpus mamillare ergriffen, hier fanden sich im allgemeinen die schwersten Veränderungen. Weitere Prädilektionsstellen sind: ventrikelnaher Hypothalamus, das Höhlengrau in der Umgebung des Aqueductus und hintere Vierhügel (vordere Vierhügel waren nur 3mal ergriffen). Auffallenderweise ist die Brücke mit Ausnahme des Grenzbezirkes zum Mittelhirn fast immer frei von Veränderungen. Dagegen finden sich in der Medulla oblongata häufig spezifische Veränderungen, jedoch weniger intensiv als im Mittel- und Zwischenhirn. Die Veränderungen im Mittel-, Zwischen- und Rautenhirn nehmen übereinstimmend vom oralen zum caudalen Bezirk des jeweiligen Abschnittes an Intensität zu. Punktförmige Blutungen und Ringblutungen in 11 der Fälle, jedoch niemals im Corpus mamillare, dem Hauptsitz der spezifischen Veränderungen. Die sehr niedrigen Gesamteiweißwerte im Liquor (tabellarische Übersicht über 14 der Fälle) sprechen durchaus gegen eine entzündliche Natur des Prozesses. Ätiologie: nur in einem Falle konnte stärkerer Alkoholmißbrauch nicht nachgewiesen werden. Verschiedene exogene Prozesse können denselben Gehirnprozeß hervorrufen. Die Pathogenese ist ohne die Annahme ätiologischer Zwischenglieder (Bonhoeffer) nicht vorstellbar. Frauen sind relativ häufig beteiligt; unter den 17 Fällen waren 6 Frauen. Dies geht auch aus anderen Arbeiten hervor, Frauen stellen mindestens 30% der Fälle. Dasselbe ist bei der Korsakowschen Psychose der Fall, im Gegensatz zum Delirium tremens. Die Ps. W. tritt, wie die Korsakowsche Psychose, vorzugsweise im höheren Lebensalter (5. bis 7. Jahrzehnt) auf, Delirium tremens dagegen kommt schon häufig im 4. Jahrzehnt vor. Klinik: 1. neurologische Störungen. Die Augenmuskelerkrankungen sind als zentrale Herderscheinung aufzufassen. Ptosis war mehrfach vorhanden, Pupillenstörungen sehr häufig. An dem Vorkommen von reflektorischer Pupillenstarre bei chronischen Alkoholikern ist nicht zu zweifeln, wahrscheinlich handelt es sich um Restsymptome einer Ps. W. 2. Vegetative Störungen. Schlafsucht ist für Ps. W. geradezu pathognomonisch, sie war in fast allen Fällen vorhanden und ließ sich durchaus abgrenzen von Benommenheitszuständen. Die Schlafsucht ist als Herdsymptom aufzufassen, das zentrale Höhlengrau des meso-diencephalen Übergangsgebietes gehört ja zu den Prädilektionsstellen der Ps. W. Tachykardie und zentrale Atemstörungen waren häufig, 6mal erfolgte der Tod durch Atemlähmung. Histologisch ergab sich jedesmal eine erhebliche Schädigung des dorsalen Vaguskerne. Auf Diskussion zentraler Temperaturstörungen läßt sich Verf. nicht ein. 3. Psychische Zustandsbilder. Am häufigsten bestand das Bild der Korsakowschen Psychose. Nur in einem Falle bestand sie nicht, in 3 Fällen ließ sie sich wegen Benommenheit nicht nachweisen. Beziehungen zwischen Klinik und Anatomie: „1. Es gibt typische Alkoholdelirien, bei denen keinerlei pseudoencephalitis Veränderungen nachzuweisen sind, bei der Korsakowschen Psychose werden sie dagegen immer gefunden. 2. Das psychische Zustandsbild bei der Ps. W. entspricht völlig der Korsakowschen Psychose... Immer, wenn die Krankheitsdauer eine längere ist oder der akute Zustand überwunden wird und die Erkrankung sich zum Besseren wendet, tritt das Korsakow-Syndrom hervor. Die Ps. W. und die Korsakowsche Psychose sind ein und dasselbe, nur die stärkere Ausprägung der neurologischen Herderscheinungen des Hirnstammes gaben Veranlassung, die Ps. W. als gesondertes Krankheitsbild abzugrenzen... Tritt der Tod nicht frühzeitig ein, so gehen die Kranken stets mit einem Korsakow aus der akuten Phase des ‚Augenmuskelerkrankungssyndroms‘ hervor.“ Ausführliches Literaturverzeichnis. H. A. Strecker.