

(keilförmiger Entzündungsherd mit der Spitze zur Schleimhaut hingerichtet, bakterielle Infektion vom Lumen aus, weitere Ausbreitung auf dem Wege der Lymphgefäß e usw.). Aschoff deutet nur an, daß die Infektion, die vom Lumen aus zustande kommt, durch eine Virulenzsteigerung der dort befindlichen Bakterien bewirkt sei, vielleicht auch daß diese traumatisch bedingt sein könnte. Marcus dagegen glaubt in den Rickerschen Anschauungen eine Erklärung für die traumatische Genese zu finden. Ricker erblickt das Primäre in einer unter Umständen bis zur Nekrose gehenden Veränderung der Appendixwand mit sekundärem Eindringen der im Lumen vorhandenen pathogenen Keime in die Darmwand. Die Darmbeschädigung wird durch eine Störung der funktionellen Vorgänge im autonomen Nervensystem erklärt — analog der Genese des runden Magengeschwürs. Dadurch erhält nach Ricker die Wurmfortsatzentzündung einen segmentären Charakter entsprechend der neurovaskulären Störung. In dieser Theorie erblickt Verf., für den das Vorkommen einer traumatischen Appendicitis unbestreitbar (!) ist, eine Erklärung über den Ablauf und bringt dann einige Beobachtungen aus der Literatur, die seine Anschauung bestätigen sollen. Unter den Anhaltspunkten erwähnt M. besonders: 1. daß das Trauma die rechte Unterbauchgegend getroffen haben muß, 2. daß im unmittelbaren Anschluß daran ein Bauchshock evtl. mit Erbrechen usw. eingetreten ist. Da nach der Auffassung des Verf. die posttraumatische Appendicitis nicht eine mechanische Unfallfolge ist, so ist auch die Voraussetzung nicht erforderlich, daß das Trauma infolge seiner Stärke und Richtung direkt auf den in der Tiefe gelegenen kleinen Wurmfortsatz eingewirkt haben könnte oder müßte. Verf. gibt aber selbst zu, daß es sich bei der traumatischen Appendicitis, so wie er sich dieselbe vorstellt, doch um eine im Verhältnis zur spontan entstehenden Wurmfortsatzentzündung äußerst seltene Erkrankung handelt, was er damit belegt, daß in der Borchardtschen Klinik in dem doch sehr großen Beobachtungsmaterial akuter Appendicitisfälle und stumpfer Bauchtraumen nur 1 einziger hierher gehöriger und nicht einmal sicher erweisbarer Fall von traumatischer Appendicitis innerhalb von 5 Jahren beobachtet worden sei.

H. Merkel (München).

**Vlasov, Ja.: Zur Kasuistik künstlicher durch Benzininjektionen bewirkter phlegmonöser Entzündungen.** Voenno-med. Ž. 1, 115—118 (1930) [Russisch].

Zur Zeit des Weltkrieges hat Verf. ein paar Dutzend Phlegmonefälle beobachtet, die durch subcutane Benzininjektionen hervorgerufen worden sind. Solche Injektionen wurden von Soldaten vorgenommen, um aus den Schützengräben ins Lazarett zu gelangen. Dabei war das folgende Bild zu beobachten: In der Injektionsgegend treten Schmerzen, Anschwellung, Rötung der Haut (mit cyanotischem Einschlag) auf. An der Einstichstelle Hautnekrose, zuweilen eine mit serös-eitriger Flüssigkeit angefüllte Blase. Beim Aufschneiden nach Verlauf von einigen Tagen einzelne, an den Furunkelpropf erinnernde Inselchen von gräulichgrüner Farbe. Bei der Injektion kleiner Mengen, in kleinen Abständen voneinander, ersteht ein an einen Karbunkel erinnerndes Bild. Das Benzin bewirkt, analog dem Petroleum, Entzündung und aseptische Eiterung, die jedoch intensiver verlaufen. Benzingeruch kann in den Geweben während der ersten 4—5 Tage nach der Ausführung der Injektion offenbar werden. In der eitrigen Flüssigkeit werden unter dem Mikroskop stark lichtbrechende Kugelchen beobachtet. Solche Kugelchen können in vitro bei energischem Durcheinanderschütteln von Benzin und Blutserum erhalten werden.

Matwejff (Odessa).

### Psychiatrie und gerichtliche Psychologie.

● **Handbuch der Geisteskrankheiten.** Hrsg. v. Oswald Bumke. Bd. 8. Spezieller Teil. Tl. 4. Syphilitische Geistesstörungen. Psychosen des Rückbildungs- und Greisenalters. Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. — Hauptmann, A.: Ätiologie und Pathogenese der syphilitischen Geistesstörungen. — Bostroem, A.: Die Luespsychosen. — Die progressive Paralyse (Klinik). — Plaut, F., und B. Kihn: Die Behandlung der syphilogenen Geistesstörungen. — Stern, F.: Arteriosklerotische Psychosen. — Runge, W.: Die Geistesstörungen des Umbildungsalters und der Involutionzeit. — Die Geistesstörungen des Greisenalters. — Gruhle, Hans W.: Epileptische Reaktionen und epileptische Krankheiten. Berlin: Julius Springer 1930. VIII, 751 S. u. 70 Abb. geb. RM. 79.—.

Hauptmann gibt unter Berücksichtigung klinischer Beobachtungen, statisti-

scher Ergebnisse und experimenteller Forschungen eine kritische Übersicht über die vielen, zum Teil noch strittigen Probleme der Ätiologie und Pathogenese der syphilitischen Geistesstörungen mit besonderer Berücksichtigung der progressiven Paralyse. Probleme, an deren Aufstellung und Lösung er sich selber mit zahlreichen Arbeiten beteiligt hat. 10% der Syphilitiker erkranken an Metalues, also ein sehr viel größerer Prozentsatz als früher angenommen wurde. Über den Einfluß der Behandlung der Syphilis auf den Ausbruch der progressiven Paralyse, welche Frage in der letzten Zeit sehr viel diskutiert worden ist, ist nichts Sichereres bekannt, wenn auch Hauptmann einen „eher ungünstigen Einfluß der Behandlung auf das Zustandekommen der Metalues zu buchen“ geneigt ist. Einer Lues nervosa steht er skeptisch gegenüber. Sehr nachdrücklich betont er immer wieder die Bedeutung der symptomlosen Lues. — Bostroem hat 2 Beiträge geliefert. Der 1. betrifft die Luespsychosen, also „die nicht paralytischen Seelenstörungen, die mit einer morphologisch erkennbaren syphilitischen Hirnveränderung einhergehen und ihrer klinischen Eigenart nach auf diese zurückgeführt werden müssen“. Er unterscheidet Psychosen von exogenem Prädilektions-typ, und hierbei weiter solche mit akutem und solche mit mehr protahiertem Verlauf, von den Demenzformen bei und nach Lues cerebri. Eingehend berücksichtigt er das immerhin seltene, von Plaut aufgestellte Krankheitsbild der syphilitischen Halluzinose, bei deren Zustandekommen noch andere Schädlichkeiten, vor allem endogene Faktoren, eine Rolle spielen. Statt von Tabespsychosen sollte man besser von Lues-psychosen sprechen, insofern es sich oft genug um eine Kombination von Tabes mit Lues cerebri handelt. Eine eigentliche Tabespsychose, die hinsichtlich ihrer Entstehung mit der Tabes zusammenhängt und ohne die Tabes nicht gedacht werden könnte, erkennt er nicht an. Bei den Demenzformen will er die im wesentlichen stationären Residualzustände, eine eigenartige geistige Schwäche mit affektiver Stumpfheit, von einer mehr oder weniger akuten Hirnlues und den weniger häufigen, chronischen, fortschreitenden Demenzformen getrennt wissen. Daß die Unterscheidung der letzterwähnten Gruppe von progressiver Paralyse schwer ist, kann nicht auffallen. Aus den Ausführungen über die serologischen Befunde mag hervorgehoben werden, daß es trotz aller Versuche bisher noch nicht gelungen ist, außer der WaR. eine für die Syphilis spezifische Reaktion im Liquor zu finden. Die 2. größere Arbeit von Bostroem behandelt in vorbildlicher Übersicht, in klarer anschaulicher Darstellung die progressive Paralyse; deren Lektüre kann wegen ihrer besonderen gerichtsärztlichen Bedeutung den Lesern dieser Zeitschrift angelegerntlich empfohlen werden. — Mit Hoche unterscheidet Bostroem Kernsymptome (Achsen-symptome) und Rand-symptome. Er beschreibt sehr anschaulich unter geschickter Verwertung zahlloser Einzelbeobachtungen die paralytische Demenz, besonders in ihrem Beginn, und legt mit Recht Wert darauf, daß sie vor allem auch durch einen Abbau des Gemütslebens und der Willensfunktionen gekennzeichnet ist. Eine wohl erschöpfende Darstellung erfahren die neurologischen Symptome. Er gibt eine gute Übersicht über besondere Formen der Paralyse und das Bild der Paralyse in den verschiedenen Stadien. — Ein eigenes Kapitel ist der Begutachtung der sozialen Fragen der Paralyse gewidmet. Vor kurzem hatte Ref. sich gut-achtlich darüber zu äußern, ob die Anfechtung der Ehe mit dem Hinweis auf die Gefahr einer luischen Infektion durch den paralytischen Ehegatten berechtigt sei. Ref. hatte diese Möglichkeit zwar theoretisch zugegeben, sie aber praktisch für höchst unwahr-scheinlich gehalten. Bostroem stellt sich auf denselben Standpunkt. Progressive Paralyse als Kriegsbeschädigung ist er im Anschlusse an Bonhoeffer, Kliene-berger u. a. abzulehnen geneigt. Nur in Ausnahmefällen wird man an die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen traumatischer Schädigung oder seelischen Ein-wirkungen mit Paralyse denken dürfen, um auf die Unfallbegutachtung zu kommen. Immerhin bedarf es in jedem Einzelfall einer genauen Untersuchung. Ist Paralyse diagnostiziert, so ist Zurechnungsunfähigkeit anzunehmen, auch wenn die Diagnose vor allem auf Grund der körperlichen Untersuchung und des Liquorbefundes gestellt wird,

also auch dann, wenn eine charakteristische psychische Veränderung noch nicht nachweisbar ist. Bei nachträglicher Begutachtung eines Paralytikers kann man immer wieder feststellen, wie oft Paralyse von Laien, nicht zuletzt von den nächsten Angehörigen, verkannt oder übersehen wird. Mit Recht weist er auf die nicht seltene Kombination von progressiver Paralyse mit Pseudodemenz in strafrechtlichen Fällen hin. Die zivilrechtliche Begutachtung ist deshalb besonders schwierig, weil Zweifel nicht zur Annahme einer Geschäftsunfähigkeit genügen. — Plaut und Kihn geben eine ausführliche und kritische Übersicht über die spezifische und Fieberbehandlung. Über die Bedeutung der Malariabehandlung ist heute auch der Laie unterrichtet. Wenn auch das Kapitel in erster Linie für den Praktiker bestimmt ist, so können die hier behandelten Fragen auch für den Gutachter von Belang sein, weniger etwa, weil der Sachverständige, wie unlängst Ref., sich darüber äußern soll, ob der Kranke mit Recht von dem Arzt Schadenersatz verlangen kann, der ihn nicht mit Malaria behandelt hat, sehr viel mehr wegen der gerichtsärztlichen Beurteilung der mit Erfolg behandelten Paralytiker. — Stern gibt eine erschöpfende Darstellung der noch gar nicht so lange bekannten Krankheitsbilder der arteriosklerotischen Psychosen. Nach einer historischen Einleitung bespricht er ihre Pathogenese, ihre Symptomatologie und ihren Verlauf und schildert dann des genauer den körperlichen Störungen, die psychischen Herdsymptome und die psychischen Allgemeinstörungen. Von besonderem Interesse für die Leser dieser Zeitschrift ist natürlich die Diagnose. Die Erkrankung peripherer Arterien ist nur von relativer Bedeutung. Auch bei schwerster Gehirnarteriosklerose kann Blutdrucksteigerung fehlen. Die Möglichkeit der psychogenen Blutdrucksteigerung darf nicht übersehen werden. Von Bedeutung ist die Unterscheidung der Arteriosklerose von, allgemein gesagt, funktionellen Neurosen, zumal sie oft mit einem pseudoneurasthenischen Stadium beginnt, von der Paralyse und den senilen Psychosen. Es sei noch nachgetragen, daß Stern der traumatischen Entstehung der Gehirnarteriosklerose sehr skeptisch gegenübersteht, wenn er auch betont, daß Arteriosklerotiker Kopftaumen schlechter als Gesunde vertragen. — Runge unterscheidet im mittleren und höheren Lebensalter 3 Phasen: Klimakterium (Umbildungszeit der Generationsorgane), Involutionzeit und Greisenalter; er ist sich der Willkür dieser Unterscheidung natürlich durchaus bewußt. Die Psychosen dieser Zeit schildert er in 2 Kapiteln; im 1. die Geistesstörung des Umbildungsalters — mit Absicht vermeidet er das Wort Klimakterium — und der Involutionzeit, im letzten Abschnitt die des Greisenalters. — Gruhle schließlich schildert die epileptischen Reaktionen und epileptischen Krankheiten. Wir verdanken ihm bereits 2 wohl jedem Psychiater bekannte, vorzügliche Übersichtsreferate über die Fortschritte der Erkenntnis der Epilepsie, und zwar für die Jahre 1900—1910 und 1910—1920. Die vorliegende Arbeit ist, wenn man will, ein erweitertes Übersichtsreferat für das 3. Jahrzehnt, das aber die Kenntnis der eben erwähnten beiden Referate nicht voraussetzt, übersichtlich, aufgebaut auf eigener reicher Erfahrung und der fast unübersehbaren Literatur. Freilich sehr zusammengedrängt, nach des Ref. Ansicht gar zu komprimiert für ein Handbuch; das ergibt sich schon rein äußerlich daraus, daß der eigentlichen Darstellung von kaum 50 Druckseiten ein enggedrucktes Literaturverzeichnis von 14 Seiten entspricht. Aber doch eine anschauliche Darstellung der augenblicklichen Problemlage; überall macht sich das Bestreben geltend, den Sachverhalt möglichst scharf festzuhalten. *Schultze* (Göttingen).

● **Bürger-Prinz, Hans:** *Die beginnende Paralyse. Eine klinische und psychopathologische Studie. (Monogr. a. d. Gesamtgeb. d. Neurol. u. Psychiatrie. Hrsg. v. O. Foerster u. W. Wilmanns. II. 60.)* Berlin: Julius Springer 1931. 86 S. RM. 7.80.

Bürger-Prinz stellt in seiner Arbeit einen Vergleich auf zwischen den klinischen Bildern der beginnenden Paralyse vor und nach der Malariabehandlung. Er will Material schaffen für die Frage, ob sich aus dem klinischen Zustands- und Verlaufsbild vor der Behandlung prognostische Schlüsse für den Behandlungserfolg ziehen lassen. Zur Untersuchung diente ihm ein Material von Paralysen, die höchstens  $\frac{1}{2}$  Jahr

klinisch manifest waren. Um bessere Vergleichsmöglichkeiten zu bekommen, wich er von der bekannten Einteilung der Paralyse ab und stellte folgende Typen auf: Die körperlich Gestörten, die Astenisierten, die affektiv Veränderten, das Ermüdungs-syndrom, das Erschöpfungssyndrom, die Enthemmten, die Depressiven, die Hypomanischen, das organische Syndrom, die Allgemeindementen und die exogenen Reaktionstypen. Nach seinen Erfahrungen boten den günstigsten Erfolg die körperlich Gestörten, die Astenisierten, die Ermüdbaren und die Dösigen, d. h. alle die Fälle, deren wesentlicher psychologischer Grundzug mit „Demenz“ noch nichts zu tun hat. An umgünstigsten entwickelten sich die schon ausgesprochen „organischen“ Bilder, das organische Syndrom, die Verworrenen, die Allgemeindementen. Diese Zustandsbilder zeigten in ihrer klinischen Erscheinungsform Anzeichen für eine tiefergehende Persönlichkeitszerstörung. *Salinger (Herzberge).*

● **Kolle, Kurt:** Die primäre Verrücktheit. Psychopathologische, klinische und genealogische Untersuchungen. (Samml. psychiatr. u. neurol. Einzeldarstell. Hrsg. v. A. Bostroem u. J. Lange. Bd. 1.) Leipzig: Georg Thieme 1931. X, 268 S. u. 26 Taf. RM. 25.—.

Kolle vermittelt uns ein ungeheures Krankenblattmaterial, das sorgfältigst ausgesucht ist, zum großen Teil unter einheitlichen Gesichtspunkten durchuntersucht und zum großen Teil von K. selbst wieder unter einheitlichen Gesichtspunkten nachuntersucht ist. Darin liegt der über Tagesmeinungen hinausweisende Wert des Buches begründet. Ein endgültiges Urteil über das Ergebnis der K.schen Arbeit wird sich erst fällen lassen, wenn die in Aussicht gestellte Bearbeitung der Querulanten und verwandter Typen vorliegt. Die reine Arbeitsleistung an sich, die bereits in dem hier besprochenen Werk zum Ausdruck kommt, ist in jeder Weise impionierend. Außerordentlich sympathisch berührt gerade hier das vorsichtige Abwägen der einzelnen Fragestellungen gegeneinander. Der Gerichtsmediziner wird vor allem die Kasuistik mit großem Gewinn lesen, die ein Material an paraphrenen und paranoiden Zustandsbildern bringt, wie es dem einzelnen sonst kaum zugänglich werden wird. *Adolf Friedemann.*

● **Clemmesen, Carl:** 2 Fälle induzierter Psychose („folie à deux“). (Amtssygeh., Roskilde og Nerve-Sindssygehosp. „Filadelfia“, Kopenhagen.) Ugeskr. Laeg. 1930 II, 1151—1154. [Dänisch.]

2 Fälle induzierter Psychose (folie à deux) werden ausführlich beschrieben. Im 1. Falle wehrte der Mann der erkrankten Frau erst die Wahndeideen derselben ab und bekämpfte sie, um ihnen später zu verfallen; er war Psychopath und vielleicht leicht imbezill; er wäre sicher auch ohne die vorausgegangene Erkrankung der Frau geisteskrank geworden. Auch die Fälle der Folie imposée, wo die Psychose bei dem zweiten Teil erst nach der Trennung von dem zuerst Erkrankten auftritt, gehören zur Gruppe des induzierten Irreseins. Die Frau, die zuerst akut erkrankte, hatte eine halluzinatorische Psychose, deren Charakter nicht klar war. — Im 2. Falle waren beide Erkrankten erblich belastet, sowohl der zuerst erkrankte Sohn wie seine Mutter, die leicht debil war. Die Mutter akzeptierte alle Wahndeideen und das ganze paranoische Systemgebilde des Sohnes unterstützte ihn in seinen Verdächtigungen, Angriffen und Querulierien. Auch die Trennung der beiden schien die Situation nicht zu verändern. *S. Kalischer (Charlottenburg).*

● **Heuyer, M. G., et Serin:** Les troubles du caractère au début de la démence précoce. (Charakterveränderungen bei beginnender Schizophrenie.) Ann. méd.-psychol. 88, II, 90—110 (1930).

Als Charakter bezeichnet Ref. die Anlage der Affektivität (vorwiegend konstitutionell, manchmal erworben), die die Reaktion des Individuums gegenüber der Umwelt regelt. Charakterstörungen in diesem Sinne sind ihm Veränderungen der affektiven Einstellung zu Familie oder Gesellschaft. Der Charakter als etwas erblich Festgelegtes ändert sich im allgemeinen nicht; in einzelnen Fällen jedoch können infolge von Encephalitis epidemica, Epilepsie oder durch psychisches Trauma in früher Jugend Veränderungen auftreten. Außerdem im Beginn der Schizophrenie, besonders in der Entwicklungszeit. An 8 Fällen, die später in typische Schizophrenien übergehen, zeigt Heuyer die 4 Hauptsymptome, die ihm bei solchen charakterveränderten beginnenden Schizophrenien begegneten. 1. Die Störungen des Charakters treten in den Entwicklungsjahren auf (in oder kurz nach der Pubertät). 2. Es bildet sich eine trotzige feindliche Haltung aus. 3. Die Einstellung ist besonders gegen die Familie gerichtet, oft gegen eine bestimmte Person (Vater oder Mutter). 4. Es zeigen sich antisoziale Züge,

Diebstähle, Fugues, sexuelle Entgleisung. In 4 Fällen war eine durchaus normale Entwicklung vorausgegangen. Die Störungen setzten erst mit der Pubertät ein und bewirkten eine völlige Umwandlung der Persönlichkeit. In 2 Fällen bestand Debilität. Nur in einem Fall war Patient schon als Kind schwierig gewesen. In keinem Falle konnte Verf. eine schizoide Anlage eruieren. Es fanden sich häufig Situationen, die zur psychoanalytischen Behandlung herausforderten (Ödipuskomplex, Kastrationskomplex), „aber es war immer schwierig, eine Verbindung herzustellen zwischen dem gefundenen Komplex und den später sich zeigenden Störungen“. Die Differentialdiagnose ist abzugrenzen gegen epileptische und postencephalitische Charakteränderungen, gegen cyclotyme Erkrankungen. Ob der Beginn der Schizophrenie mit (Denk-) Störungen oder mit psychomotorischen Symptomen oder, wie in diesen Fällen, mit affektiven Störungen beginnt — die Entwicklung der Krankheit zielt letzten Endes zum katatonen Syndrom. Nur selten erscheint Verf. diese Krankheit als eine Entfaltung einer schon bestehenden konstitutionellen Anlage — vielmehr als eine (toxische? infektiöse?) Krankheit, die den Menschen erfaßt und ihn wandelt. *H. Eyrich* (Bonn).<sup>oo</sup>

**Carriho, Heitor: Forensisch-medizinische Aspekte der Schizophrenien.** Arch. Manic. judic. Rio 1, 43—53 (1930) [Portugiesisch].

Verf. diskutiert eine Reihe von Fragen, die sich bei der zivil- und strafrechtlichen Beurteilung der Schizophrenen ergeben. Auffallend ist, wie hoch die Gemeingefährlichkeit der Kranken eingeschätzt wird. Verf. scheint zu glauben, daß jeder Schizophrene in der Anstalt untergebracht werden müßte. *Eduard Krapf* (München).<sub>o</sub>

**Ferrarini, Corrado: Deduzioni psichiatrico-forensi e i criteri di Kretschmer sui temperamenti schizoidi.** (Forensisch-psychiatrische Folgerungen und die Kriterien Kretschmers bezüglich der schizoiden Temperamente.) (*Osp. Psichiatr. Prov., Lucca.*) Rass. Studi psychiatr. 19, 1004—1028 (1930).

Verf. schildert zunächst einen sehr interessanten Begutachtungsfall. Ein 48jähriger Mann beging aus, wie es schien, krankhafter Eifersucht 1912 einen Brudermord; er wurde begutachtet, als Paraphrenie aufgefaßt, exkulpiert, freigesprochen und wegen Gemeingefährlichkeit in eine Anstalt eingewiesen. Hier zeigte er zunächst erhöhte Beeinflußbarkeit, Affektlabilität und Affektausbrüche, beruhigte sich aber bald. 1920 beantragte der Direktor der Anstalt seine Entlassung, da er als vollkommen geheilt angesehen werden könne. Es wurde nun eine Nachuntersuchung durch einen Obergutachter angeordnet. Dieser führte in seinem Gutachten aus, es handle sich nicht um eine Paraphrenie, sondern um eine Paranoia, die nicht so sehr eine Erkrankung, als vielmehr eine Reaktion auf Grund einer psychopathischen Veranlagung sei, und zwar handle es sich um einen Eifersuchtwahn, einer Form des Verfolgungswahns. Der Kranke sei immer schon eifersüchtig veranlagt gewesen. Die Prognose sei hier schlecht, und tatsächlich könne man nachweisen, daß der Kranke nicht geheilt sei. Er habe sich nicht nur von seiner Ehefrau vollkommen zurückgezogen, sondern habe auch die Beziehungen zu seinen beiden Söhnen, denen er zunächst noch zärtlich zugetan gewesen sei, abgebrochen, habe auch keine Beziehungen mehr zu seiner einzigen Schwester. Auf dieses Gutachten wurde die Entlassung abgelehnt. Der Internierte verhielt sich aber weiter vollkommen ruhig und geordnet. 1926 wurde, nachdem sich ein entfernter Verwandter für ihn eingesetzt hatte, neuerdings eine Begutachtung durch eine Kommission angeordnet; Verf. leitete die Untersuchung. Durch eine sorgfältige Nachprüfung der belastenden Momente, bei der auch mehrere günstige Umstände mitwirkten, stellte sich nun heraus, daß der Internierte wirklich Grund zur Eifersucht bezüglich seiner Frau hatte, daß weiterhin die Frau 2 Jahre nach seiner Internierung schwanger wurde, was er selbst gelegentlich eines Besuches bemerkte, daß sich die Frau von diesem Zeitpunkte an zurückzog und auch ihre Söhne dazu veranlaßte, und daß schließlich der Mann kurz vor seinem Prozeß auf sein ihm von dem Bruder her zuständiges Erbteil zugunsten seiner Schwester, die nun ein Interesse an seiner Internierung hatte, verzichtet hatte. So waren alle seine Angehörigen auf seine Bitten, ihm zu helfen, taub, und es war begreiflich, daß er keine Beziehungen mehr zu ihnen hatte. Alle diese Momente zusammen mit einem fast negativen Untersuchungsbefund hatten zur Folge, daß die Diagnosen Paraphrenie, Paranoia und Verfolgungswahn aufgegeben wurden und der Internierte in Freiheit gesetzt wurde. Die Lebensgeschichte, die frühere affektive Reizbarkeit und Erregbarkeit, der Ausgang in kühle Ruhe sowie namentlich auch die Unerregbarkeit des Vagus-Sympathicus bei der pharmaco-dynamischen Prüfung veranlaßten den Verf., bei dem Begutachteten einen „Schizoidismus“ anzunehmen. Verf. versteht darunter eine krankhafte Übertreibung des schizothymen Temperaments, die in Schüben verläuft, sich in psychästhetischen Spaltungen manifestiert, von Hyperästhesie zur Anästhesie und zu einem Defektzustand mit Erhaltenbleiben der intellektuellen Funktionen führt. Der Zustand hängt nach Ansicht des Verf. mit den thyreo-sexuellen Hormonfunktionen zusammen. *Megendorfer.*<sub>o</sub>

**Wimmer, August: Geistesschwäche — Psychopathie.** Ugeskr. Laeg. 1930 II, 1154—1155. [Dänisch].

Die Begriffe Geistesschwäche und Psychopathie sind in gerichtsärztlichen Fragen und Verhandlungen mit Vorsicht zu gebrauchen oder ganz zu meiden. Geistesschwäche ist im dänischen Sprachgebrauch der Hauptbegriff für angeborene Defektzustände der Intelligenz, und zwar für Idiotie, Imbezillität, Debilität, die natürlich fließende Übergänge zueinander aufweisen. Setzt man die normal Begabten mit 90—100 an, so ergeben sich bei den Intelligenzprüfungen für die Idiotie die Zahlen 0—30, für Imbezillität 30—55, für Debilität 55—75. Geistesschwäche „höheren Grades“ zeigen die Idioten und Imbezille. Debole können auch mehr im Gemüts- und Triebleben abweichen als auf dem Gebiete der Intelligenz. Als Psychopathie oder konstitutionelle Psychopathie bezeichnet man Defekte und Reaktionsabweichungen auf mehr gefühls-, willens-, trieb-, handelnsmäßigem Leben ohne prinzipiellen Intelligenzdefekt; diese Störungen sind konstitutionell hereditär im Gegensatz zu vorübergehenden aktiven Krankheitsvorgängen und Prozessen. Es handelt sich um Charaktereigenschaften (manie, folie du caractère). Wenn hierbei die verstandesmäßigen Funktionen in Mitleidenschaft gezogen werden, so handelt es sich um Folgezustände der gestörten gefühlsmäßigen Auffassung und Stimmung, nicht um reine, primäre Intelligenzdefekte. — Schwierig ist die Beurteilung, wo Geistesschwäche (Imbezillität, Debilität) sich mit psychopathischer Veranlagung kombinieren. *S. Kalischer* (Charlottenburg).,

**Lazar, Erwin: Die Abnormitäten der Persönlichkeit bei intellektuell Defekten.** Eos (Wien) 22, 164—175 (1930).

Die Frage der Abnormitäten der Persönlichkeit bei intellektuell Defekten wird von Lazar nach 2 Seiten hin beleuchtet. Er weist darauf hin, daß man die intellektuellen Leistungen bei Kindern betrachten soll, wie sie zur Schule und wie sie zum praktischen Leben in Beziehung stehen. Es soll reine Schuldebilitäten geben, die eine gute Betätigung im praktischen Leben durchaus nicht ausschließen. Wichtig hierfür ist die Trennung der abnormen Persönlichkeiten in psychotische und nicht psychotische. Frühpsychosen verhindern im Kindesalter den Wissenserwerb ohne intellektuelle Funktionen zu stören. Hier braucht wiederum das eigentliche Schulmäßige nicht gestört zu sein. Unter Bezugnahme auf die Dissozialität und Kriminalität solcher Persönlichkeiten wird unseres Erachtens mit Recht die Ansicht vertreten, daß ein zu geringer Verstand nicht hinreicht, um das Unsittliche, Ungerechte einer Handlung einzusehen. Meistens soll das Wissen des Verbotenen genügend entwickelt sein, insbesondere bei Diebstählen, Einbrüchen und Gewalttätigkeiten. Hier soll es sich oft um eine Vitalität, die sich in sinnvoller Dissozialität und Kriminalität Luft macht. Hingewiesen wird ferner auf die vielen endokrinen Formen der Schwachsinnigen und auf die Bedeutung der Instinktschwächen bei der Persönlichkeitsforschung.

*Trendtel* (Altona).,

**Doll, Edgar, A.: The relation of intelligence to criminality.** (Die Beziehung von Intelligenz zu Kriminalität.) (*Training School, Vineland, New Jersey.*) J. of Soc. Psychol. 1, 527—531 (1930).

Mit Ausnahme von ausgesprochenem Schwachsinn hat „subnormale“ Intelligenz keine Bedeutung als Erklärung für antisoziales Verhalten. *Wertham* (Baltimore).,

**Ovanesov, A.: Postencephalitische psychische Veränderungen und Kriminalität.** Sovrem. Psichonevr. 10, 147—158 (1930) [Russisch].

18 Fälle chronischer Encephalitis epidemica, mit psychischen Veränderungen, die zu Kriminalität führten. Die meisten waren schon präpsychotisch minderwertig, schwerbelastet. Die Krankheit sperrt die Patienten vom Milieu ab, was zu antisozialen Handlungen führt.

*Mark Serejski* (Moskau).,

**Boettiger: Umfang und forensische Bedeutung der Hysterie.** Allg. Z. Psychiatr. 94, 407—426 (1931).

Betrachtung über die Entstehung des Krankheitsbegriffes Hysterie, die von

Boettiger als degenerative Psychose im Gegensatz zur Charcotschen Auffassung bezeichnet wird. Die Hysterie wird gekennzeichnet als Form der Psychopathie, welche die Neigung hat, sich in körperlichen oder seelischen Krankheitssymptomen zu manifestieren, welche den Charakter der Inkonsistenz und Abundanz an sich tragen. Die Hysterie soll keine Schmerzen machen. Bei ihr gibt es keine Zwangs- und Angstvorstellungen. Zivilrechtlich soll bei Hysterikern die Simulation ausgeschlossen werden, und der zeitliche Zusammenhang aufgetretener Beschwerden muß besonders berücksichtigt werden. Strafrechtlich sollen alle Psychopathen deliktfähig sein. Die Entscheidung, wie weit der § 51 StGB. einmal in Frage kommen kann, muß nach dem Einzelfall beurteilt werden. Es gibt aber keine Delikte, welche der hysterischen Variante der Psychopathie eigentümlich sind.

*Trendel (Altona).*

**Gomes, Olimpio: Klinischer und forensischer Wert der Hyperventilation bei der Epilepsie.** Arch. Manic. judic. Rio 1, 55—67 (1930) [Portugiesisch].

Nach einem kurzen Referat über Wesen, Technik und bisherige Resultate der Hyperventilation von Epileptikern berichtet Verf., daß es ihm in 6 Fällen von Epilepsie, 2 fraglichen Fällen und 3 normalen Fällen nicht gelang, Anfälle auszulösen. Harnstoffbestimmungen vor und nach der Hyperventilation ergaben gelegentlich leichte Abnahmen der Werte. Der Blutdruck wurde nicht wesentlich beeinflußt.

*Eduard Krapf (München).*

**Hellwig, Albert: Die forensische Bedeutung der Pseudologia phantastica episodica.** Med. Klin. 1931 I, 488—490.

Pseudologisch phantastische Hysterische und Psychopathen bedeuten eine große Gefahr für die Rechtspflege. Bei diesem Pseudologentyp handelt es sich um eine wohl fast immer konstitutionelle chronische Lügenhaftigkeit. Demgegenüber gibt es nach F. Kramer bei Kindern und Jugendlichen, die sonst glaubwürdig, meist still und verschlossen sind, aber unter dieser äußeren Hülle mitunter eine starke Phantasietätigkeit verdecken, eine episodische phantastische Pseudologie. Es steht bisher nicht fest, ob dies selten oder häufig vorkommende Fälle sind. Doch muß dem naturgemäß Rechnung getragen werden. Wenn auch in allen Fällen, in denen Aussagen von Kindern und Jugendlichen in Frage kommen, ein Irrtumsrisiko besteht, kann dies nicht dazu führen, Aussagen von Kindern und Jugendlichen gänzlich auszuschalten. Vielmehr muß auch hier überall mit der gebotenen Vorsicht vorgegangen werden, um Justizirrtümer zu vermeiden.

*Klieneberger (Königsberg i. Pr.).*

**Rost, E.: Der Arzt und die neue Verordnung für Verschreibung von Betäubungsmitteln.** Ther. Gegenw. 72, 97—101 (1931).

Kurze Beschreibung der neuen Gesetzesbestimmungen, wie sie sich für den Praktiker auswirken. Die Höchstmengenverschreibung für Opiate, die Handhabung des Morphin- und Cocainbuches wird referiert; ferner wird auf die genaue Rezeptierung eingegangen. Es wird betont, daß eine Einschränkung des ärztlichen Handelns durch das Gesetz nicht zu befürchten ist, zumal das Gesetz selbst auf Grund des gegenwärtigen Standes der Wissenschaft unter Mitarbeit von Praktikern entstanden ist.

*Leibbrand (Berlin).*

**Urban, Ernst: Die Neuregelung des Verkehrs mit Betäubungsmitteln.** Berlin: Julius Springer 1931. 40 S. RM. 1.80 u. Pharmaz. Ztg 1931 I, 293—295, 307—311 u. 319—324.

Die übersichtliche und klare Schrift, die in der jetzigen Zeit bei der Unsicherheit des Praktikers als praktisches Vademecum dienen kann, bringt zuerst eine historische Entwicklung des Deutschen Gesetzes aus den internationalen Bestimmungen heraus; es folgen die Darstellungen der einzelnen, jetzt rechtsverbindlichen Vorschriften, die an Ort und Stelle nachgelesen werden müssen. Hier sollen nur folgende Einzelheiten genannt werden, die von besonderer praktischer Bedeutung sind: Wichtig ist, daß Präparate wie Eucodal, Dilaudid, Acedicon, Dicodid und Paramorfan jetzt endgültig unter das Opiumgesetz fallen; der Psychiater wird dies sicherlich begrüßen. Nicht darunter fallend ist Apomorphin, Dionin, Papaverin, Paracodin und Codein. Ref. möchte betonen, daß neuerdings auch literarisch Codeinismus bekanntgeworden ist (Meninger-Lerenthal). Bezüglich der Verschreibung ist von

Wichtigkeit, daß diese von Ärzten, Zahnärzten und Tierärzten für ihr spezielles Ressort getätigkt werden darf, und zwar für Kranke, Zahmkranke, Tiere, für den Praxisbedarf, für öffentliche und gemeinnützige Krankenhäuser, Universitätskliniken, Hausapotheeken und Kaufahrteischiffe. Nicht als Krankenhäuser gelten Ambulatorien, Erholungsheime, jedoch Siechenhäuser und hauptamtlich geleitete Krankenabteilungen. Privatkliniken und Privatirrenanstalten dürfen also nur für Praxisbedarf resp. für einzelne namhaft gemachte Kranke rezeptieren. Mischungen dürfen nicht verschrieben werden, also z. B. nicht Tinct. opii simpl. und Tinct. opii benz. Im übrigen gelten für den Arzt die zugelassenen Tageshöchstdosen; für den Apotheker ist nur die Höchstmenge selbst maßgeblich für die Verantwortlichkeit. Sie beträgt für Morphin für den Arzt 0,2, für den Tierarzt 0,5. Höhere Mengen muß der Arzt in sein Morphiumpbuch eintragen und auf dem Rezept vor der Namensunterschrift diese Eintragung vermerken. Das Rezept selbst muß mit Tinte oder Kopierstift geschrieben sein, muß genaue Angaben der Verordnung (also nicht etwa „nach Vorschrift“ usw.) tragen und die genaue Adresse des Patienten führen. Der Doktorgrad gilt nicht als Berufsbezeichnung. Für Cocain bestehen besondere Vorschriften der Dosierung und Anwendung. Die Bestimmungen des Strafrechts und Zivilrechts über Haftung und Fahrlässigkeit bestehen weiter unabhängig vom neuen Gesetz. Verf. hält das Gesetz für zu kompliziert und ist erstaunt, daß die Ärzte es so ruhig hinnehmen. Der referierende Psychiater hingegen hat zuviel Unkenntnis praktischer Ärzte in Rauschgiftfällen gesehen, um dieser Ansicht zuzustimmen. Er ist sich allerdings darüber mit Verf. einig, daß kein Gesetz den Schleichhandel bekämpfen kann, der sich täglich in Zeitungsnotizen dokumentiert und den Redlich systematisch in seinem nationalökonomischen Buch über die Rauschgiftfrage dargestellt hat. *Leibbrand*.

● **Die Beschränkungen der Arzneiabgabe in Apotheken ab 1. April 1931.** Nach den Vorschriften über den Verkehr mit starkwirkenden Arzneimitteln, mit Betäubungsmitteln, mit Geheimmitteln und ähnlichen Arzneimitteln, mit Impfstoffen und Sera, Tuberkulinen, Süßstoff, Quellstoffen und der Anlage VIII des D. A.-B. 6. (Maximaldosentabelle). Berlin: Julius Springer 1931, 24 S. RM. 1.50.

Tabellarische Übersicht der Arzneien, bei denen gemäß der neuen Gesetzbestimmungen besondere Beschränkungen in der erstmaligen und wiederholten Abgabe bestehen. Die Einteilung in Gruppen, von denen besonders die Gruppe I interessiert, bei gleichzeitiger Angabe der Arzneibuchhöchstgaben bei erstmaliger Verschreibung ermöglicht auch dem Praktiker eine rasche Orientierung. Am Schluß befinden sich die Formvorschriften für Betäubungsmittelrezepte. Die Schrift ist als Nachschlageheft zu empfehlen, zumal uns das neue Gesetz in dieser Hinsicht alle eine gewisse Zeit zu Neulingen der Form macht. *Leibbrand* (Berlin).

**Menninger-Lerchenthal, E.: Rauschgiftgesetz und Suchtkrankheit (Dicodidismus).**

Wien. med. Wschr. 1931 I, 431—433.

Beschrieben wird ein eindeutiger Fall von Dicodidsucht mit allen Abstinenzerscheinungen wie bei Morphinismus. Der Fall deckt sich wörtlich mit Erfahrungen des Ref.: es gibt einwandfreie Codeinsichtigkeit. *Leibbrand* (Berlin).

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. II. Physical characteristics and physical fitness of addicts during administration of morphine.** (Opiumsucht. II. Physische Charakteristica und körperliche Fähigkeiten der Süchtigen während der Einverleibung des Morphins.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 43, 326—334 (1929).

Es wurden 96 Morphin- bzw. Opiumsüchtige untersucht. Sie standen im Alter von 20 bis 40 Jahren und hatten durchschnittlich seit etwa 10 Jahren sich dem Opiummißbrauch hingegessen. Einige wenige zeigten Abmagerung, die größte Mehrzahl befand sich in gutem Ernährungszustand, einige waren sogar fettleibig. Die Haut war öfters fahl, grau und die Haare in manchen Fällen frühzeitig ergraut, aber nicht in einem höheren Prozentsatz als bei den nicht opiumsüchtigen Vergleichspersonen. In 6% waren Abscessnarben, in 5% frische Abscesse festzustellen. Ausnahmslos wurden enge Pupillen festgestellt, die auf Licht und Akkommodation träge reagierten. In 40% wurde eine Kongestion der Nasen- und Rachen-schleimhaut beobachtet. Im allgemeinen konnte also keine Verschlechterung der körperlichen Eigenschaften bei den Morphinisten festgestellt werden, solange die Einverleibung des Morphins stattfindet. Wenn in manchen Fällen eine beträchtliche Abmagerung eintritt, so liegt es an der unhygienischen und kärglichen Lebensweise der Süchtigen. *Kochmann* (Halle).<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. III. The circulation and respiration of human addicts during the administration of morphine.** (Opiumsucht. III. Der Kreislauf und die Atmung von Süchtigen während der Einverleibung von Morphin.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 43, 556—567 (1929).

Versuche an opiumsüchtigen Menschen, denen Morphin in hinreichender Menge einver-

lebt wurde, um Abstinenzerscheinungen zu vermeiden, ergaben folgendes: Pulszahl und Blutdruck in Ruhelage und beim Stehen, Atmung, Elektrokardiogramm und Reaktion auf Treppensteigen zeigten kein wesentliches Abweichen von der Wirkung des Morphins bei nicht süchtigen Personen. Die Pulszahl ist in 70 % der Fälle in der Ruhelage etwas geringer als bei Normalen, und die Orthodiagramme des Herzens zeigen gelegentlich eine Verkleinerung des Herzschattens.

Kochmann (Halle a. S.).<sup>oo</sup>

**Karr, Walter G., Arthur B. Light and Edward G. Torrance: Opium addiction.**

**IV. The blood of the human addict during the administration of morphine.** (Opiumsucht. IV. Das Blut bei den Süchtigen während der Einverleibung von Morphin.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 43, 684 bis 690 (1929).

Eine Reihe von Morphinsüchtigen erhalten subcutan Morphinsulfat. Während dieser Zeit wird der Hämoglobingehalt, die Zahl der roten und weißen Blutkörperchen, die Art der Leukocyten, die Sedimentierungsgeschwindigkeit, die Blutviscosität, das Zellvolumen, Wassermannreaktion, spezifisches Gewicht von Blut und Plasma, Refraktionsindex des Plasmas, die Trockensubstanz des Blutes und Plasmas, die H-Ionenkonzentration des Plasmas, seine Kohlensäurekapazität, die Leitfähigkeit des Serums, der Gehalt an Zucker, Harnstoff, Kreatinin, Harnsäure, Cholesterin, Chlorid, Milchsäure und der Gehalt des Serums an Calcium, Magnesium und Phosphat bestimmt. Außer einer leichten Neigung zur Verminderung der Erythrocyten und einer geringen Leukocytose war für gewöhnlich noch eine leichte Vermehrung des Cholesterins und eine Verminderung der Phosphate festzustellen. Der Milchsäuregehalt war gleichmäßig hoch, die anderen Bestandteile zeigten keine merkwürdige Abweichung vom regelmäßigen Verhalten. Eine leichte Anämie bei den Süchtigen könnte auf die schlechten hygienischen Verhältnisse und die schlechte Ernährung infolge der großen Geldaufwendungen für das Morphin erklärt werden.

Kochmann (Halle).<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. V. Miscellaneous observations on human addicts during the administration of morphine.** (Opiumsucht. Verschiedene Beobachtungen an Morphinsüchtigen während der Einverleibung des Morphins.) (*Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 43, 878—889 (1929).

In Fortführung früherer Versuche zeigt sich, daß die Funktion des Magens, der Niere, der Leber, ferner der Grundumsatz, Thymus, Temperatur, die Blutzuckeränderung nach Adrenalin und Morphin keine wesentlichen Unterschiede bei Morphinsüchtigen gegenüber normalen Vergleichspersonen aufweisen. Nur eine gewisse Verlangsamung der Magensaftsekretion nach einer Probemahlzeit, die Anwesenheit von Eiweiß im Urin in 17 % der Fälle und große individuelle Schwankungen des Grundumsatzes bilden eine Abweichung. Die durchschnittlichen Zahlen für den Grundumsatz sind aber die gleichen wie bei den Vergleichspersonen. Auch eine verspätete Rückkehr zum normalen Blutzuckerspiegel bei peroraler Einverleibung von Dextrose machte sich bemerkbar.

Kochmann (Halle a. S.).<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. VI. The effects of abrupt withdrawal followed by readministration of morphine in human addicts, with special reference to the composition of the blood, the circulation and the metabolism.** (Opiumsucht. VI. Die Wirkungen plötzlicher Entziehung und folgender Wiedereinverleibung des Morphins bei Süchtigen unter besonderer Berücksichtigung der Zusammensetzung des Blutes, des Kreislaufes und des Stoffwechsels.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 44, 1—16 (1929).

Plötzliche Entziehung des Morphins für 24 Stunden hatte bei 4 Süchtigen leichte Abstinenzerscheinungen zur Folge. Sie waren von kleinsten Veränderungen der Pulsfrequenz, der Leukocytenzahl und des Grundumsatzes begleitet. Änderungen im Befinden und der Erregbarkeit traten vor den körperlichen Erscheinungen auf. Bei 10 Süchtigen rief die plötzliche Entziehung des Morphins für 48 Stunden schwerere Erscheinungen hervor. Ein Kranke zeigte Diplopie, in 8 Fällen wurde eine Leukocytose, in allen Fällen eine Zunahme der Trockensubstanz des Blutes und bei 7 Kranken eine Zunahme des Cholesterinblutspiegels festgestellt. Bei 2 Kranken trat Albuminurie auf. Die Wasserstoffionenkonzentration des Blutes, der Harnstoff- und Blutzuckerspiegel blieben unverändert. Außerdem wurde ein beträchtlicher Körpergewichtsverlust während der 48stündigen Entziehungsperiode beobachtet. Nach Wiedereinverleibung des Morphins und Fortfall der subjektiven Erscheinungen war die Leukocytose und Eindickung des Blutes noch für einige Stunden festzustellen, ebenso die Diplopie und Muskelzuckung im Gesicht. Der Sauerstoffgehalt des venösen Blutes wurde nach Wiedereinverleibung des Narkoticums immer erhöht gefunden. Ein leichter Anstieg der Pulsfrequenz und ein leichter Abfall des systolischen Druckes konnten weiterhin beobachtet werden. Im

Zusammenhang damit steht der Ausfall der Reaktion auf Treppensteigen und des Schneider-Test. Kochmann (Halle a. S.)<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. VII. A comprehensive study of effects of the scopolamine treatment for morphine addiction.** (Opiumsucht. VII. Umfassende Beobachtungen über die Wirkungen der Scopolaminbehandlung bei Morphinsucht.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 44, 194—203 (1929).

Die übliche Behandlung im genannten Krankenhaus besteht hauptsächlich in der Scopolaminmethode, und zwar in großen Zügen folgendermaßen: In den ersten 24 Stunden erhält der Kranke soviel Morphinsulfat subcutan, daß Entziehungserscheinungen nicht auftreten, bei flüssiger Kost, zugleich Hydrag. chlorat. vapore parat., 8 Stunden später ein salinisches Abführmittel. Nach 24 Stunden werden 3 mal 0,3 mg Scopolaminhydrobromid in Abstand von 4 Stunden subcutan gespritzt, zugleich jedesmal 1 mg Strychninsulfat; dann werden die Scopolamindosen auf 3 mal 0,4 mg gesteigert, endlich auf 3 mal 0,6 mg; Strychninsulfat jedesmal unverändert 1 mg; die Scopolaminperiode beträgt also im ganzen 36 Stunden. Wenn beim Schwinden der Scopolaminwirkung die Abstinenzerscheinungen noch sehr stark sind, so werden sie mit großen Luminaldosen bekämpft; häufig wird auch eine Einzeldosis von 16 mg Morphinsulfat verabreicht. Danach wird symptomatische Therapie durch Sedativa getrieben, um den Schlaf für 3 oder 4 Tage zu fördern; NaHCO<sub>3</sub> gegen gastrische Symptome. Entlassung im allgemeinen nach 10 Tagen. — Die Untersuchungen wurden vom 1. bis 4. Tage nach Schwinden der cerebralen Scopolaminwirkung durchgeführt, im allgemeinen morgens vor dem Frühstück (im Bett). Ergebnisse: Gewichtsverlust, leichter Temperaturanstieg, Eiweiß im Harn, leichte Leukocytose, leichte Bluteindickung, Anstieg des Blut-*pH*, der Blutmilchsäure, Abfall der CO<sub>2</sub>-Bindungsfähigkeit sowie der körperlichen Ansprechbarkeit [Schneiders Test, J. amer. med. Assoc. 74, 1507 (1920).] Zahlreiche auch klinische Befunde sind unabhängig vom Suchtzustand, unverändert. Die geringen positiven Befunde sind nicht bei allen Süchtigen vorhanden und im übrigen uncharakteristisch. P. Wolff (Berlin).<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. VIII. The effects of intramuscular and intravenous administration of large doses of morphine to human addicts.** (Opiumsucht. VIII. Die Wirkung intramuskulärer und intravenöser Einverleibung von großen Morphingaben bei Opiumsüchtigen.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 44, 376—394 (1929).

Die intramuskuläre Injektion von Morphinsulfat in den üblichen Dosen 3-, 4- oder 5 mal gegeben, oder die intravenöse Injektion (6-, 7- und 8 mal vorgenommen), hat bei den Morphiunsüchtigen nur unbedeutende Änderungen in der Zahl des Pulses und der Atmung zur Folge. Auch das Elektrokardiogramm, die Zusammensetzung des Blutes und das Verhalten des Süchtigen zeigen keine größeren Abänderungen. Bei 2 Morphiunsüchtigen werden während einer 48stündigen Entziehungsperiode 0,8 bzw. 0,44 g Morphinsulfat intravenös verabreicht, ohne größere Veränderungen innerhalb von 1—2 Stunden herbeizuführen. Im Blut lassen sich etwa 4 mg % Morphin nachweisen, was für sein schnelles Verschwinden nach Beendigung der Injektion spricht. Kochmann (Halle).<sup>oo</sup>

**Light, Arthur B., and Edward G. Torrance: Opium addiction. IX. Water balance studies during the administration and the withdrawal of morphine.** (Opiumsucht. IX. Wasserbilanzstudien während Zufuhr und Entziehung von Morphin.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp., Philadelphia.*) Arch. int. Med. 44, 693—699 (1929).

Plötzliche Morphinentziehung bei 5 Süchtigen ergab negative Wasserbilanz; bei zweien auch vermehrte Harnsäureausscheidung. Die negative Bilanz ist namentlich auf den bei der Entziehung üblichen Ausfall an Nahrungs- und Wasserzufuhr zurückzuführen, obwohl verstärkter Wasserverlust infolge Stoffwechselsteigerung, namentlich unter Berücksichtigung der Unruhe während der Entziehung, nicht ganz ausgeschlossen werden kann. Bei gleicher Kost wiesen drei gesunde Studenten als Kontrollen keine negative Wasserbilanz und keinen Gewichtsverlust auf. P. Wolff (Berlin).<sup>oo</sup>

**Fry, Edith G., Arthur B. Light, Edward G. Torrance and William A. Wolff: Opium addiction. X. The excretion of morphine by human addicts.** (Opiumsucht. X. Die Ausscheidung von Morphin bei Süchtigen.) (*Narcotic Wards, Philadelphia Gen. Hosp. a. Laborat. of Pharmacol., Univ. of Pennsylvania, Philadelphia.*) Arch. int. Med. 44, 862—869 (1929).

Die Morphinausscheidung Süchtiger im Harn steht in einem konstanten Verhältnis zur Zufuhr (10,7%, 9,8% bzw. 8,7% bei Zufuhr von 3,89 g, 1,94 g bzw. 0,97 g täglich). Dauer der Sucht, Alter, Gewicht, Harnmenge sind ohne Einfluß. Die zerstörte Morphinmenge ist der zugeführten direkt proportional. Die Ausscheidung mit den Faeces liegt weit unterhalb der im Harn, ist aber zu unterschiedlich, als daß quantitative Schlüsse daraus ge-

zogen werden könnten. Es muß also bei der Sucht eine wachsende Gewebstoleranz bestehen. Bei plötzlicher Entziehung sinkt der Morphingehalt des Harns in den ersten 4 Stunden steil ab, dann verläuft die Kurve ziemlich langsam fallend und gleichmäßig für 26 Stunden. Demnach darf man einen Zusammenhang zwischen dem beschriebenen Abfall und dem Verlangen nach Morphin annehmen und versteht den Zeitpunkt des Auftretens von Abstinenzerscheinungen. Bei einem Kranken mit Lobärpneumonie, der täglich 0,97 g (15 grains) Morphin während der Krankheit und Rekonvaleszenz erhielt, verlief die Ausscheidung in gleichem Sinne bei Beginn der Krankheit, nach der Krisis und in der Rekonvaleszenz, stieg aber gerade vor der Krisis an. Ungewöhnliche Symptome, die dem Morphin zugeschrieben werden könnten, traten während der Krankheit nicht auf. — Es ist nicht schwer, die Dosen der Süchtigen von 0,6 auf 3,9 g in 2 oder 3 Tagen zu steigern ohne Intoxikationserscheinungen. Dagegen erzeugt die Verminderung der Dosen (von 3,9 auf 1,9 g, mehr noch von 1,9 auf 1 g und noch stärker von 1 g auf 0,5 g) merkliche Erscheinungen. (IX. Light, vorstehendes Referat.) P. Wolff (Berlin).

**Pernambuco filho: Einige soziale Bilder der Morphiumsucht.** Arch. bras. Hyg. ment. 3, 37—42 u. franz. Zusammenfassung 42—43 (1930) [Portugiesisch].

Die Bedeutung ärztlicher Morphiumverschreibungen als Ursache einer Morphiumsucht, die Verbreitung dieser durch die Süchtigen aus Gewinnsucht oder anderen Motiven werden erörtert, statistisches Material gegeben. Pfister (Bad Sulza).<sup>o</sup>

**Nelken, Jan: Cocainismus und Homosexualität.** Roczn. psychiatr. H. 14/15, 28 bis 83 u. franz. Zusammenfassung 252—254 (1931) [Polnisch].

Hauptmann X. Z., der wegen homosexueller Unzucht und Totschlags eines Unteroffiziers, mit dem er diese Unzucht trieb, angeklagt war, wurde über Gerichtsantrag vom Verf. psychiatrisch untersucht. X. Z. tötete seinen Partner durch Revolverschuß und versuchte sodann sich selbst zu entleiben durch Schuß in die rechte Schläfe. Er blieb jedoch am Leben, nur mit Verlust seines Sehvermögens. Laut Angabe war X. Z. seit langer Zeit zuvor cocainsüchtig. Die psychiatrische Untersuchung ergab Krankheitssymptome, die in zwei Gruppen geteilt werden. Zur 1. Gruppe gehören Symptome einer organischen Psychose, die durch Schußverletzung der Stirnlappen hervorgerufen wurde. Zu diesen Symptomen gehörten: Lösung der festen Assoziationen, Gedächtnislücken, leichte psychische Ermüdbarkeit, zahlreiche hypochondrische Klagen, Egozentrismus, große Erregbarkeit, Charakterveränderung (ähnlich dem epileptischen Charakter), endlich Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen und Heißhunger. Zu den Symptomen der 2. Gruppe, die im innigsten Zusammenhang mit der Cocainsucht standen, gehörten homosexuelle Anträge und Befriedigungen, optische und Tasthalluzinationen der Zunge (Würmer und Insekten im Mund), Schreibseligkeit und paranoidale Verstimmung. X. Z. wurde freigesprochen, beging aber zum zweitenmal Selbstmord durch Schuß in die Herzgegend mit sofort tödlichem Ausgange. Wachholz (Kraków).

**Kaiser: Über Sinnestäuschungen und Wahniddeen bei besonnenen und klaren Epileptikern. Chronische Luminalintoxikation?** (II. Psychiatr. Abt., Städt. Heil- u. Pflegeanst., Dresden.) Psychiatr.-neur. Wschr. 1931 I, 85—86.

Verf. schildert 3 Epileptiker mit Sinnestäuschungen und Wahnbildungen, die unabhängig von Bewußtseinstrübungen auftreten. Er diskutiert die Frage, ob gewohnheitsmäßiger Luminalgebrauch in Betracht kommt zur Erklärung dieser symptomatologischen Ungewöhnlichkeiten. Die Frage wird für die 3 Fälle, jedoch nicht prinzipiell, verneint. Pohlisch (Berlin).<sup>o</sup>

**Benjamin, Dora, und Fritz Fränkel: Alkoholismus und Kriminalität.** (Fürsorgestelle f. Nerven- u. Gemütskranke sowie f. Rauschsüchtige, Bezirksamt Kreuzberg, Berlin.) Mschr. Kriminalpsychol. 21, 705—713 (1930).

Beachtenswerte Kriminalstatistik über 424 Alkoholismusfälle einer Fürsorgestelle. Es überwiegen bei weitem Verbrechen und Vergehen gegen das Vermögen, seltener sind solche gegen die Person, gegen Staat und öffentliche Ordnung und Übertretungen. Pohlisch (Berlin).<sup>o</sup>

**Bonhoeffer, K.: Über Alkoholtoleranz-Veränderung im dipsomanen Anfall.** (Psychiatr. u. Nervenklin., Charité, Univ. Berlin.) Z. Neur. 127, 483—489 (1930).

Bonhoeffer macht darauf aufmerksam, daß die Forschung bisher der Frage der Alkoholtoleranz in verschiedenen Krankheitszuständen wenig Beachtung geschenkt habe. Daß die Toleranz während des dipsomanischen Anfalls erhöht sei, werde zwar als Regel bezeichnet, doch gebe es auch Ausnahmen, ohne daß man den Mechanismus durchschäue. Als weiteres Material teilt B. einen interessanten Fall einer Frau mit, bei der mit lebhafter dysphorischer Unruhe und verbunden mit eigenartigen Angst-

gedanken (Geschwulst im Leib) Dipsomanie mit hoher Toleranz auftrete. Die unruhig-  
ängstliche Verstimmung wiederholt sich eine Zeitlang jährlich und dauert meist einige  
Monate; sie wird in der Klinik durch Opium günstig beeinflußt. *Gruhle* (Heidelberg).<sub>o</sub>

**Kittel: Die Begutachtung von Trunkenheitszuständen im Reichsheere.** Veröff.  
Heeressan.wes. H. 84, 223—248 (1930).

Nach § 59 des Militär-Strafgesetzbuches bildet bei strafbaren Handlungen gegen  
die Pflichten der militärischen Unterordnungen, sowie bei allen in Ausübung des Dienstes  
begangenen strafbaren Handlungen die selbstverschuldete Trunkenheit des Täters  
keinen Strafmilderungsgrund. Dieser Paragraph wurde meist fälschlich dahin ausgelegt,  
als ob beim Militär Trunkenheit grundsätzlich nicht als Milderungsgrund in Betracht  
komme. Der Paragraph spricht aber nur von 2 Vergehen, den Straftaten gegen die  
Unterordnung und den im Dienst begangenen. Alle übrigen Straftaten fallen also nicht  
darunter. Außerdem ist der § 51 des Str.G.B. durch ihn nicht aufgehoben. — Inter-  
essant sind die Ausführungen des Verf. zur Frage der Dienstfähigkeit bei Reichsheer-  
angehörigen, die durch mehrfache Trunkenheitszustände auffallen. Die mitgeteilten  
Krankengeschichten zeigen, daß in psychiatrisch geschickter Weise individuell ver-  
fahren worden ist. — Die Symptomatologie des Rausches und der Dipsomanie wird  
klar dargestellt. *Pohlisch* (Berlin).<sub>o</sub>

**Lange, Johannes: Lustmörderotypen.** (*Psychiatr. u. Nervenklin., Univ. Breslau.*)  
Z. Neur. 131, Specht-Festschr., 216—233 (1930).

Verf. teilt die interessanten Geschichten von zwei Lustmördern mit, die manche  
Ähnlichkeit miteinander haben. Bei beiden handelte es sich um Menschentötungen,  
für die hinreichende Motive, die sonst zu Mord oder Totschlag führen, zu fehlen scheinen,  
während die Taten offenbar nach gegenseitiger sexueller Erregung geschahen und,  
wenigstens nach den Angaben der Täter, auch sexuelle Befriedigung auslösten. Bei  
dem einen Täter lagen zahlreiche Hinweise für sadistische Neigungen vor, bei dem  
anderen nur gewisse Andeutungen hierfür. Darüber, was in den Tätern bei der Aus-  
übung ihrer Taten wirklich vorging, war von ihnen nichts zu erfahren; ihre Angaben  
wechselten fortwährend, was vielleicht aus der Annahme zu verstehen ist, daß sie sich  
zweifellos in großer sexueller Erregung befanden. Vielleicht aber waren auch die zahl-  
reichen Vernehmungen von nicht kompetenter Seite dazu angetan, tatsächliche Er-  
innerungen zur Verdrängung zu bringen. Verf. stellt deshalb die sicher berechtigte  
Forderung auf, eine Aufklärung von Taten, wie sie hier in Frage stehen, von vornherein  
nur im engsten Einvernehmen mit Sachverständigen durchzuführen, die in jeder Hin-  
sicht für solch schwierige Aufgaben geeignet sind. Dann würden sich auch Lücken in  
der Aufklärung über wichtige Punkte, wie sie in den vorliegenden Fällen vorlagen,  
vermeiden lassen. Für die richterliche Beurteilung der Taten wäre eine nähere Kenntnis  
des Geisteszustandes zur Zeit der Tat von entscheidender Bedeutung. Wenn der Lust-  
mord auch meist nicht als Mord, sondern als Totschlag angesehen wird, so verlangt er  
doch eine grundsätzlich andere Beurteilung dann, wenn allenthalben oder doch in den  
meisten Fällen die Erinnerung gerade für die wichtigsten Punkte fehlt. In ihrem  
Dauerzustande sind die beiden Täter ausgesprochen debil und neigen zu Konfabula-  
tionen; beide sind affektiv an die Eltern gebunden, sonst aber affektiv ungewöhnlich  
arm. Beide waren besonders „brave“ Kinder. Bei beiden war die sexuelle Entwicklung  
auffällig verzögert; zu Orgasmus scheint es nur bei gleichzeitiger sadistischer Betätigung  
gekommen zu sein. Beide sind psychiatrisch als debole Schizoide zu bezeichnen, ein  
Umstand, der einen Anstoß zur Klärung der Frage des Schizoids von der Seite der  
sexuellen Entwicklung her geben könnte. *Meggendorfer* (Hamburg).<sub>o</sub>

**Cerjapkin, V.: Über Nekrophilie.** Sovrem. Psichonevr. 9, 775—781 (1929)  
[Russisch].

Schilderung eines Falles. Nekrophilie ist kein isoliertes Syndrom, sie ist mit den psy-  
chischen Besonderheiten des betr. Individuums in Zusammenhang zu bringen. In diesem Falle  
handelt es sich um reaktiv-labile psychopathische Konstitution. *M. Serejski* (Moskau).<sub>o</sub>