



## Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

## Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

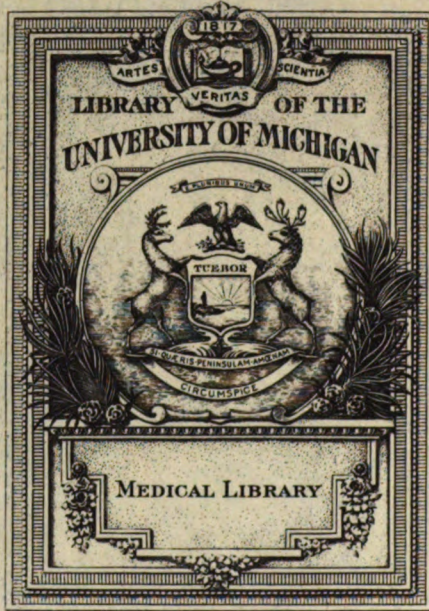
- + *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.
- + *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.
- + *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.
- + *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

## Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter <http://books.google.com> durchsuchen.



**A** 3 9015 00382 754 3  
University of Michigan - BUHR



610,5  
A44  
Z5







**ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT**

**FÜR**

**PSYCHIATRIE**

**UND**

**PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN**

**HERAUSGEGEBEN VON**

**DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN**

**UNTER DER MITREDAKTION VON**

**BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-  
Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.**

**DURCH**

**GEORG ILBERG  
DRESDEN**

---

**NEUNUNDNEUNZIGSTER BAND**



**BERLIN UND LEIPZIG**

**WALTER DE GRUYTER & CO.**

**VORMALS G. J. GÖSCHE'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.**

**1933**



Das Constantinische Kaiserhaus, eine Porträt- und Charakterstudie. Von Medizinalrat Dr. <i>Ernst Müller-Hildburghausen</i> . Mit 1 Tafel .....	438
Über die Häufigkeit normaler Pupillenreaktionen bei progressiver Paralyse. Von <i>Heinrich Voß-Lübeck</i> .....	445
Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. Von <i>Martin Grotjahn</i> -Berlin- Buch .....	464

### Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Ein Beitrag zur Straferstehungsfähigkeit von Paralytikern nach Malariabe- handlung. Von Oberarzt Dr. <i>W. Schmels-Frankenthal</i> .....	481
---	-----

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn am 19. und 20. Mai 1932. ....	146
7. Jahresversammlung der Vereinigung südostdeutscher Psychiater und Neu- rologen am 5. und 6. März 1932 in Breslau. ....	268
Bericht über die Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neu- rologen am 1. und 2. Oktober 1932 in Neustadt (Holstein) .....	486

### Kleinere Mitteilungen.

Buchbesprechungen: <i>Norden</i> , Binetarium .....	295
<i>Bunke</i> , 9. Band des Handbuches für Geisteskrankheiten, 1. Teil .....	496
Personalia .....	295, 507
Nekrolog <i>Schäfer</i> .....	507

### Autoren-Register.

Blume 84, 355	Ilberg 103	Schiller 349
Braun 1	Jahrreiß 344	Schmels 481
Cosack 51	Meier-Blaauw 323	Steck 131
Fauser 316	Müller 438	Stemplinger 35
Fischer 120	Nießl von Mayendorf 432	Voß 445
Franke 297	Ostmann 42	Wild 367
Grotjahn 464	Panse 98	
Hoffmann 397	Plattner 410	

**ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT**  
FÜR  
**PSYCHIATRIE**  
UND  
**PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN**  
HERAUSGEGEBEN VON  
**DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN**

UNTER DER MITREDAKTION VON  
**BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-**  
**Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.**

DURCH  
**GEORG ILBERG**  
DRESDEN

MIT BEILAGE  
**ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE**

NEUNUNDNEUNZIGSTER BAND  
ERSTES BIS FÜNFTE HEFT

AUSGEGEBEN AM 14. FEBRUAR 1933



BERLIN UND LEIPZIG 1933  
**WALTER DE GRUYTER & CO.**

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

# Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck  
im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

## 1./5. Heft.

### Originalien.

Zur Soziologie der Arbeitshausinsassen. Untersuchung der Insassen des Bad. Poliz.-Arbeitshauses Kislau. Von Dr. <i>H. Braun</i> -Wiesloch .....	1
Enzephalitikerfürsorge der Bayreuther Heilanstalt. Von Oberarzt Dr. <i>F. Stemp-linger</i> -Bayreuth.....	35
Konstante Grundwerte im intervallären Blutbild genuiner Epileptiker. Von Oberarzt Dr. <i>Ostmann</i> -Schleswig. ....	42
Psychische Pubertätssymptome und Schizophrenie. Von <i>Herta Cosack</i> -Breslau	51
Über die Einrichtung psychiatrischer Krankheitsgeschichten. Von Oberarzt Dr. <i>Gustav Blumc</i> -Berlin-Wittenau .....	84
Einrichtung für die erbbiologische und sonstige Auswertung der Wittenauer Krankheitsgeschichten. Von Oberarzt Dr. <i>Friedrich Pause</i> -Berlin-Wittenau. ....	98
Psychiatrische Wissenschaft und Praxis vor 50 Jahren. Von <i>G. Ilberg</i> -Dresden	103
Das Aufnahmeverfahren für Geisteskranke. Von Geheimrat Dr. <i>Max Fischer</i> -Berlin	120
Das Gesetz vom 3. September 1928 über Unfruchtbarmachung geistig Minderwertiger im Kanton Waadt und seine Anwendung. Von Dr. <i>H. Steck-Cery</i> -Lausanne.....	131

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn am 19. und 20. Mai 1932. ....	146
7. Jahresversammlung der Vereinigung südostdeutscher Psychiater und Neurologen am 5. und 6. März 1932 in Breslau. ....	268

### Kleinere Mitteilungen.

Besprechung: Norden, Binetarium. ....	295
Personalia .....	295

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, und auf rechtzeitig eingehendes Verlangen den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke ihres Vortrags kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch, Baden. — Direktor: Dr. A. Groß.)

## Zur Soziologie der Arbeitshausinsassen.

Untersuchung der Insassen des Bad. Poliz. Arbeitshauses Kislau.

Von

Dr. H. Braun.

Die Arbeiten, die sich mit der Untersuchung von Bettlern und Landstreichern befassen, sind nicht sehr zahlreich. Alle kommen zu dem Ergebnis, daß ein sehr erheblicher Teil dieser Leute einen krankhaften Geisteszustand aufweist. Ich erinnere an die grundlegenden Arbeiten von *Bonhoeffer* (1901), *Wilmanns* (1905), *Mönkemöller* (1908). Letzterer z. B. bezeichnete von 100 von ihm untersuchten Prostituierten und Landstreicherinnen des Arbeitshauses Himmelstür nur 30 als »normal«. Nach den Arbeiten von *Knörr* (1909), *Riebeth* (1909) und *Marthen* (1914), die die Korrigenden der Arbeitshäuser Strausberg, Prenzlau und Landsberg untersucht haben, waren in Strausberg 35 v. H., in Prenzlau 34,6 v. H., in Landsberg 38,3 v. H. für die korrektionelle Nachhaft geeignet befunden; die übrigen waren, auf die Gesamtsumme der 656 Korrigenden berechnet, zu 28,7 v. H. anstaltspflegebedürftige Geistesranke, zu 35,7 v. H. wegen geistiger und körperlicher Gebrechen für die Nachhaft ungeeignet<sup>1)</sup>. Es seien nur diese Zahlen beispielsweise erwähnt.

Die vorliegende Arbeit befaßt sich mit 96 Insassen des bad. polizeilichen Arbeitshauses Kislau. Und zwar wurden alle an einem bestimmten Stichtag im A.-H. befindlichen Korrigenden psychiatrisch und soweit notwendig körperlich durchuntersucht. Die Untersuchung ging im allgemeinen reibungslos und ohne Schwierigkeiten vonstatten. Einzelne Insassen waren bei den Ausfragungen zunächst zurückhaltend und mißtrauisch, gaben aber dann Auskunft. Bei fünf mußte auf die Exploration im Untersuchungszimmer verzichtet werden, da sie die Untersuchung verweigerten; diese wurden an ihrer Arbeitsstelle angesprochen und erwiesen sich als nicht unzugänglich. Eine ganze Anzahl der Leute ergriff gern die Gelegenheit sich auszusprechen, verschiedene, um

<sup>1)</sup> Zitiert nach *Wilmanns*, Verminderte Zurechnungsfähigkeit.

Wünsche bezüglich ihrer Behandlung oder vorzeitiger Nachhaftentlassung, gelegentlich auch um Klagen vorzubringen, einer, um über die Behandlung des Landstreicherproblems Vorschläge zu machen. Viele redeten ganz offen, abgebrüht, über ihr Vorleben; einzelne blieben wortkarg und wenig zugänglich. Nur ganz vereinzelt wurde der Wunsch laut nach Beendigung des notgedrungenen Vagabundenlebens und Unterkunft in einem Altersheim oder sonstiger Pflegeanstalt ersehnt. Weitaus die meisten der Insassen, die über 60jährigen nicht ausgenommen, betrachteten jede zwangsweise wie fürsorgliche Unterbringung als durchaus unerwünschten Eingriff in ihre persönliche Freiheit und verabscheuten ein ungewohntes ruhiges und erbauliches Dasein. Charakteristisch ist die wörtliche Äußerung eines alten verbrauchten Landstreichers: »Wenn ich einmal halbverreckt in einem Straßengraben liegen bleibe, können sie mich immer noch wohin tun«.

Soweit Akten zur Verfügung standen, wurden diese durchgesehen und die anamnestischen Angaben, die in richterlichen Urteilen, ärztlichen Zeugnissen, Auskünften von Pfarrämtern, Bürgermeisterämtern u. dgl. enthalten waren, verwertet. Derartige Angaben sind in den Protokollen mit Anführungszeichen angeführt. Über Erblichkeitsverhältnisse waren nur vereinzelt Angaben prüfbar und von den Korrigenden selbst kaum sichere zu erhalten; sie wurden deshalb unberücksichtigt gelassen. In jedem Fall wurden soweit es möglich war, an Hand der Strafregister die Vorstrafen zusammengestellt, da sie, was Beginn und Schwere der Kriminalität betrifft, wichtige Anhaltspunkte ergeben. Als Ergänzung bzw. Erweiterung der Untersuchung wurde die Führung und das Benehmen im Arbeitshaus bei jedem Einzelnen berücksichtigt. Es ist klar, daß vollständige Lebensläufe mit den Mitteln, die zur Verfügung standen, nicht zu erhalten waren, doch ergab sich aus den erhobenen Angaben der Untersuchten und den objektiven Tatsachen ein hinreichendes Bild der Persönlichkeit. Bei den meisten Leuten war es möglich, zu einer exakten psychiatrischen Diagnose zu kommen; in vereinzelt Grenzfällen war die Diagnose bei der relativ kurzen Beobachtungszeit nicht ganz eindeutig und eine vielleicht etwas subjektive Beurteilung nicht ganz auszuschließen, doch dürfte das Endergebnis dadurch kaum wesentlich beeinflußt werden. Auf die Wiedergabe ausführlicherer Vorgeschichten in den einzelnen Protokollen wurde aus äußeren Gründen verzichtet und nur das Hervorstechendste erwähnt neben einigen anderen Angaben, die in den Ergebnissen verwertet wurden. Von körperlichen Befunden wurde nur das stärker Hervortretende vermerkt.

Wir haben uns bemüht, die wichtigsten Züge der seelischen Störungen herauszuarbeiten.

Zur Veranschaulichung der untersuchten Persönlichkeiten folgen die einzelnen Protokolle:

1. A. Martin, geb. 15. I. 1866 zu Markdorf, ledig, Arbeiter, 65 Jahre alt. Schwächliches Kind, verlor früh die Mutter, bei Verwandten erzogen, wo er angeblich ausgenützt wurde. Schlechter Schüler, Bäckerlehre, mit 20 Jahren auf Wanderschaft, um die Welt kennen zu lernen. Bei der Arbeit fleißig, genau. Arbeitete unterwegs immer nur kurze Zeit, hielt nie lange aus, führt seither unstetes Wanderleben, getrieben, rastlos. War 1898 bis 1900 in Amerika. Mit 23 Jahren erste Strafe, seither sechsmal zu Gefängnis von insgesamt 2 Monaten verurteilt wegen Diebstahls, Körperverletzung, Beleidigung und 84mal wegen Bettels und Landstreicherei. War sechsmal im Arbeitshaus, zusammen 6 Jahre, jetzt für 24 Monate. Alkoholsubtolerant. Im Arbeitshaus unstet, hat häufig Stimmungsschwankungen, ist leicht erregbar, oft wegen Kleinigkeiten aufgeregt. Klagt jetzt über Vergeßlichkeit, Schwindelanfälle, gealtert.

Debiler, haltloser, unsteter, erregbarer Psychopath + Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

2. A. Adam, geb. 1. VI. 1872 zu Epfenbach, ledig, Wagner, 59 Jahre alt. Unehelich, später anerkannt. »Ungünstige häusliche Verhältnisse. Vater Trinker.« 13 Geschwister. Blieb in der Schule zurück, kann nur seinen Namen schreiben. Bettlässer. Hatte nach dem Tod der Mutter keinen Halt mehr, kam auf die Landstraße. Alkoholsubtolerant. Ist seit 32. Lebensjahr zweimal wegen Diebstahls zu 1 Jahr 3 Tagen Gefängnis und 34mal wegen Bettels und Landstreicherei zu insgesamt 11 Monaten 7 Tagen Haft verurteilt, war dreimal zus. 1 Jahr 3 Monate im Arbeitshaus, jetzt für 12 Monate. Im A.-H. ängstlich, feige, Maulheld, leicht gereizt, hat Verstimmungszustände, in denen er die Arbeit niederlegt, eigensinnig. Stumpf, indolent, Verschrobeneheiten, total gleichgültig gegen die Strafen, euphorisch, geschwätzig, schwach-sinnig. Derbknochig, akromegal, mager, gealtert, ergraut.

Erethischer Imbeziller. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

3. B. Theodor, geb. 9. XI. 1869 zu Brehna, verwitwet, Glaser, 61 Jahre alt. Mittlerer Schüler, weich, gutmütig, willensschwach, lernte beim Vater Glaserei. Arbeitete auch noch nach Verheiratung — 1900 — beim Vater. Ehe nach 2 J. schlecht, Frau war leidend, B. »verlor den Kopf«, geriet ans Trinken, ging schließlich »1904 — 35 Jahre alt — auf die Walz«. 1912 schwere Handverletzung, seither ganz gescheitert. Erste Strafe mit 24 Jahren wegen Körperverletzung unter Alkoholeinfluß. Hat fünf gerichtliche Strafen wegen Körperverletzung, Widerstands, Erregung öffentlichen Argernisses und Diebstahls von insgesamt 1 Jahr 4 Monaten 3 Tagen und 35 Bettelstrafen; war viermal im A.-H., erstmals 1905, jetzt für 18 Monate. Hier faul, stumpf, hat außer für Essen noch geringe Interessen für Fachliteratur. Total unbekümmert, gleichgültig, fatalistisch. Körperlich vorwiegend pyknisch, mißt 1,54 cm bei 70 kg Körpergewicht, rüstig, frisches Aussehen. Venektasien.

Willensschwacher Psychopath + Alkoholdemenz. Vermindert zurechnungsfähig.

4. B. Friedrich, geb. 27. I. 1870 zu Trier, ledig, Metzger, 61 Jahre alt. Die Mutter starb bei seiner Geburt. Kam in der Schule nur bis zur zweiten

Klasse. Metzgerlehre beim Vater. Mit 17 Jahren fort, angeblich weil ihn die Stiefmutter schlecht behandelte, erhielt im selben Jahr seine erste Strafe. Ist seither meist auf der Landstraße, zieht allein planlos umher. Er ist 17mal gerichtlich bestraft wegen Diebstahls, Körperverletzung, Widerstands, Hausfriedensbruchs, Sachbeschädigung mit insgesamt 4 J. 8 Mon. 9 Tagen und 52mal wegen Bettels und Landstreicherei, war sechsmal im A.-H. zusammen 9 J. 6 M., hat jetzt 24 Monate A.-H. Stumpf, gleichgültig, indolent, träge, still für sich, spricht kaum, nicht unfreundlich, ängstlich, schreckhaft. Blöder Gesichtsausdruck; dysplastisch, plumpes Gesicht, große Glatze, blaß, stark gealtert.

Torpidier Imbeziller. Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt angebracht. Vermindert zurechnungsfähig.

5. B. Emil, geb. 3. X. 1880 zu Karlsruhe, ledig, Hausbursche, 51 Jahre alt. »Verlor früh die Mutter, der Vater kam nach dem Tode der Frau herunter und kümmerte sich nichts um die Kinder.« B. kam in Fürsorgeerziehung, ging gleich in der ersten Lehrstelle durch, tat nirgends gut. Wurde früh kriminell, ist 18mal gerichtlich verurteilt wegen Diebstahls, Sachbeschädigung, Betrugs, Bedrohung, Wehrpflichtentziehung, Fahnenflucht, Widerstands, Beleidigung, Hausfriedensbruchs, Freiheitsberaubung zu insgesamt 6 Jahren Zuchthaus (zweimal), 7 J. 6 M. 3 Tg. Gefängnis, 10 J. Ehrverlust und 26mal wegen Bettels zu insgesamt 1 J. 1 M. 2 Tg.; »unbesinnlich, einseitig, lahm, sucht sich ängstlich jedem Einfluß zu entziehen; unge bessert aus der Strafhaft entlassen« (Bruchsal 1900). »Ordnungsgemäß und ruhig, ganz und gar unzugänglich, spricht kaum ein Wort, wird eher schlimmer werden« (1914 Mannheim). B. war viermal insgesamt 5 J. im A.-H., war also 19 J. 7 M. inhaftiert, hat jetzt 24 M. A.-H. Hält sich hier hausordnungsgemäß, arbeitet ordentlich, ist immer leicht gedrückt, verstimmt, für sich, hetzt gern hintenherum. Er verweigerte die Untersuchung und blieb finster, unzugänglich.

Haltloser, gemütskalter, schizoider Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

6. B. Friedrich, geb. 10. VII. 1898 zu Nürnberg, led., Eisenformer, 32 Jahre alt. »Geordnete Verhältnisse.« Jüngster von zwei Geschw. Blieb in der Schule zurück; »jähzornig, streitsüchtig, schwer zu behandeln, schlechte Gesellschaft«. Lief von der Lehrstelle nach  $2\frac{3}{4}$  J. weg, mit einem Komplizen auf Wanderschaft; der Vater, der ihn streng erzog, war damals krank, starb 1916 — B. 18 J. —, Mutter starb 1919. Erhielt mit 18 J. seine erste Strafe, ist 15mal gerichtlich gestraft zu insges. 7 J. 6 Mon. Gefängnis wegen Diebstahls, Einbruchdiebstahls, Fahnenflucht, Hausfriedensbruchs, Sachbeschädigung, Widerstands und 28mal polizeilich wegen B. und Landstr. War zweimal im A.-H., hat jetzt 24 M. A.-H. Hier leicht erregbar, äußerst reizbar, dabei gelegentlich drohend, dickfellig, faul, eigensinnig, hat oft Verstimmungszustände. Sensibel, weich, fühlt s. Unbeherrschtheit, gleichgültig, indifferent.

Debiler, stimmungslabiler, erregbarer Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

7. B. Friedrich, geb. 3. IX. 1894 zu Beckrath, led., Arbeiter, 36 J. alt. »Vater erregbar, jähzornig. Ein Bruder war früher auf der Landstraße, ist jetzt verheiratet, seßhaft, eine Schwester 'Hysterika', jetzt bei der Heilarmee.« 12 Geschwister. Als Kind Otitis media, Radikaloperation. Blieb

in der Schule mehrfach sitzen, »besuchte christlichen Verein junger Männer, predigte, betete laut und auffällig, unehrlich«; »Eigenbrötler mit krankhaftem Geltungsbedürfnis«, leicht erregbar. Ging mit 18 Jahren fort,  $\frac{1}{2}$  Jahr bei einem Schiffschaukelbetrieb, wechselte dann häufig, teils aus Wandertrieb, teils nach Streit mit Umgebung. Im Krieg »Nervenschütterung«. Seit Kriegsende auf der Landstraße, häufig in Krankenhäusern. Erhielt gleich mit 18 J. erste Strafe. Ist 17mal gerichtlich bestraft wegen Sittlichkeitsverbrechens, fahrlässiger Tötung, Betrugs, Unterschlagung, Diebstahls, Beleidigung und Bedrohung mit 3 J. 8 M. Zuchthaus (zweimal), 6 J. 6 M. 2 Tg. Gefängnis, 3 J. Ehrverlust und 21mal polizeilich, war zweimal im A.-H., zus. 9 M., hat jetzt 12 M. A.-H. Zeigt hier starken Geltungstrieb, gerissen, weiß seine Wünsche durchzusetzen, weiß alles besser, heuchlerisch fromm. Gute Vorsätze, will zur Heilsarmee.

Debiler, haltloser, willensschwacher, hysterischer Psychopath. Für Dauerverwahrung geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

8. B. Andreas, geb. 12. II. 1885 zu Limbach, ledig, Metzger, 45 Jahre alt. Jüngster von acht Geschwistern. War guter Schüler, sehr geweckt, ausschweifende Phantasie, schwänzte Schule; Malerlehre, machte Gesellenprüfung, ging mit 18 J. auf Wanderschaft, um die Welt kennenzulernen, durchzog die Schweiz, Österreich, Italien, Frankreich, Luxemburg, England, hatte Interesse für Kunstdenkmäler, Bildergalerien, arbeitete häufig kurzdauernd auf seinem Beruf, ließ, wie er sagt, die schönste Stelle fahren, wenn der Wandertrieb ganz plötzlich kam. Ist fünfmal mit insges. 6 M. 1 W. Gefängnis bestraft wegen Betrugs, Körperverletzung und Bedrohung und hat 52 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war 1912 6 M. im A.-H., jetzt für 9 M. Hier »normal«, arbeitet gut auf seinem Beruf. Hat angebl. vereinzelte leichte depressive Phasen durchgemacht; leicht euphorisch, völlig gleichgültig, passiv asozial.

Haltloser cyclothymischer Psychopath.

9. B. Ludwig, geb. 21. I. 1879 zu Untermittendorf, ledig, Arbeiter, 52 J. alt. Als Kind schwächlich, kam nach Tod der Mutter mit 13 J. zu fremden Leuten, ging mit 18 J. auf Wanderschaft, erhielt mit 28 J. seine erste Strafe wegen Ruhestörung und Gefangenenbefreiung, dann einmal wegen Widerstands, zus. 3 M. Gefängnis, hat 41 Haftstrafen wegen Bettels und Landstreicherei, war 1913 6 M. im A.-H., jetzt für 9 M. Nörglerisch, gereizt, jähzornig, gleich stark erregt, wenn ihm was nicht paßt; total gleichgültig, stumpf, indolent, dement, läppisch, abgekehrt. Meint, als Bayer sei er eben seine 10—15 Glas Bier täglich gewöhnt.

Alkoholdemenz + Arteriosklerose. Vermindert zurechnungsfähig.

10. Bl., geb. 11. VI. 1900 zu Sulgen, ledig, Dienstknecht, 30 J. alt. Jüngster von sieben Geschwistern. Zwei Schwestern hatten uneheliche Kinder, Vater Trunksucht, Mutter debil. »Von Jugend an zu Leichtsinne geneigt, seit Schulentlassung in der Fremde, kam mit 18 J. verlottert in die Heimat zurück, kam dann nochmal 1923/24 heim, abgerissen, hatte Glieder erfroren.« Schon früh Alkoholmißbrauch. Ist seit 22. Lebensjahr dreimal gerichtlich bestraft wegen Handelsvergehens, Betrugs, Widerstands und Körperverletzung mit zus. 1 J. 8 Tg. Gefängnis, 70 Mk. Geldstrafe, achtmal mit Haftstrafen von insges. 4 M. wegen Bettels und Landstreicherei; war 1929 6 M. im A.-H., hat jetzt 9 M. Im Urteil vom 18. XI. 1930 heißt es: »Übernachtet meist in Scheuern und



seine einzige Tätigkeit im letzten Jahr bestand darin, wie er angibt, ohne Gebiß in den Wäldern Tännchen zu versetzen und Tannenzapfen zu setzen, damit neue Kulturen wachsen sollten... geradezu der Typ eines Landstreichers... zweifellos geistig beschränkt, und es wird vielleicht die Frage aufzuwerfen sein, ob nicht an Stelle einer Verbringung ins A.-H. eine andere Unterkunfts- und Arbeitsmöglichkeit für ihn gefunden werden sollte.« — Ganz autistisch, innenbeschäftigt, verschroben, läppisch, affektlahm, kaum fixierbar, spricht leise murmelnd, kaum verständlich. Vorbeireden, gibt Stimmen zu. Körperlich groß, kräftig, athletoid.

**Pfropfhebefrenie.** Für Strafvollzug ungeeignet; unzurechnungsfähig; anstaltsbedürftig.

11. Bl. Wilhelm, geb. 14. II. 1870 zu Münster, ledig, Friseur, 61 Jahre alt. Hat früher immer gearbeitet, hatte gute Stellen, aber oft gewechselt, da er Neues sehen und lernen wollte, unstet, abenteuerlustig. Blich nach dem Krieg bei der Reichswehr bis 1922, ist seither meist auf der Landstraße, nur gelegentlich noch Aushilfsstellen, rasierte in Herbergen. Ist gerichtlich nicht bestraft, hat seit 1922 — mit 52 Jahren — 31 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. von insges. 1 J. 3 M. 28 Tg., war zweimal im A.-H. für 1 J. 6 M., hat jetzt 15 M. A.-H. Hier stumpf, für sich, oft mürrisch, unfreundlich, verstimmt, leicht beleidigt und gereizt; verschlagen, weiß Gelegenheiten auszunützen, sonst gutmütig, lebenslustig, gemütlich, gleichgültig, verbummelt. Körperl. kräftig, rüstig.

**Cyclothymmer, haltloser Psychopath.**

12. Bo. Stefan, geb. 12. X. 1881 zu Jöhlingen, lebt getrennt, Zementeur, 49 J. alt. Schlechter Schüler, weicherzig, willensschwach, still, unselbständig; ließ sich beim Militär 1903 zu einem Diebstahl verleiten, darnach von Geschwistern verstoßen. Seither gescheitert und mehrfach rückfällig, außerdem wegen versuchter Notzucht, Urkundenfälschung, Betrugs verurteilt: 14 Gefängnisstrafen von zus. 3 J. 5 M. 17 Tg.; hat 29 Bettelstrafen, war fünfmal im A.-H. zus. 5 J. 3 M., jetzt für 24 M. 1907 Heirat, schlechte Ehe, vertrank alles, sobald er Geld hatte, hielt andere frei. Ging 1910 daheim fort, konnte sich nicht mehr trotz guten Willens aufraffen, hatte auch nach dem Krieg meist Gelegenheitsarbeit. Zeitweise stärkere Verstimmungszustände; gefühlslabil, geschwätzig. Klagt über Rheumatismus und Magenbeschwerden. Körperlich groß, kräftig, athletoid-dysplastisch.

**Debiler, weicher, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus.** Vermindert zurechnungsfähig.

13. Br. Johann, geb. 22. VI. 1899 zu Niedersimten, ledig, Tagelöhner, 31 J. alt. Jüngster von neun Geschwistern. Vater war Trinker. Kam in der Schule bis zur dritten Klasse. Kann nicht lesen und schreiben; lief fort, wenn ihm etwas nicht paßte. Mit 22 J. 3 Tg. Gefängnis wegen Diebstahls. Vater starb 1922. Ging nach Tod der Mutter 1924 daheim fort, angebl. weil der Bruder keinen Platz mehr hatte. Zieht seither ziel- und zwecklos umher. Hat acht Bettelstrafen von insges. 3 M. 7 Tg. Haft, jetzt 6 M. A.-H. Wurde August 1930 exkulpiert (Diebstahl), seither zweimal wegen Bettels verurteilt. Geschwätzig, läppisch, lacht und spricht vor sich hin, Schimpfausbrüche, leidlich lenksam. Körperlich infantil, hypoplastisch, Degenerationszeichen, Sprache verwaschen, undeutlich, leichtes Stottern. Kopfumfang 55 cm.

**Erethischer, tiefstehender Imbeziller.** Für Strafvollzug ungeeignet. Unzurechnungsfähig.

14. B. Philipp, geb. 2. VIII. 1882 zu Mülhausen i. E., ledig, Hausdiener, 48 J. alt. Früh gescheitert. Seit 1904 mehrfach in Anstalten und Arbeitshäusern; hat ca. 90 Vorstrafen, meist wegen Bettels u. Landstr., jetzt 6 M. A.-H. Hier aufdringlich, geschwätzig, läppisch, zahlreiche Wünsche, gereizt, unzufrieden; verschroben, läppisch-euphorisch, berichtet von Zwangsantrieben, Angstzuständen.

Erethischer Imbeziller mit Zwangsvorstellungen. Für A.-H. ungeeignet, Dauerverwahrung angebracht; unzurechnungsfähig.

15. Bu. Josef, geb. 17. XII. 1867 zu Oberkirch, ledig, Tagelöhner, 63 J. alt. War früher ordentlich, gutmütig, fleißiger Arbeiter. Nach dem Tod des Vaters 1897 viel Streit mit den Geschwistern, »seit 1900 leichtsinnig, Wirtshaus«, 1909 erste Strafe wegen Hausfriedensbruchs. Ging 1911 — 44 Jahre alt — daheim fort, weil er nicht helfen wollte Schulden abtragen. »Gewohnheitstrinker... trägt ein Glas in der Tasche nach, um es zur Hand zu haben, wenn ihm jemand etwas geben will.« Trinkt Alkohol in jeder Form. »Ohne Alkohol gutmütig, im Rausch unflätig.« Hatte zweimal Gefängnis von zus. 1 M. 12 Tg. wegen Hausfriedensbruchs, 26 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war viermal im A.-H. zus. 3 J. 6 M., jetzt für 18 M. Hier stumpf, blöd, spricht vor sich hin, arbeitet, lenksam. Klagt Schwindel, Kopfweh, oft Magenkatarrh; stumpf, indolent, uneinsichtig, gefühlslabil.

Alkoholdemenz + Arteriosklerose. Für geschlossene Kreispflegeanstalt geeignet; vermindert zurechnungsfähig.

16. D. Konstantin, geb. 25. IX. 1880 zu Kembach, ledig, Dienstknecht, 50 J. alt. Vater war Trinker, starb (verunglückte), als D. 14 J. alt war; Mutter schwermütig, starb bald darauf. Kam deshalb zu fremden Leuten. »In der Schule schlecht; arbeitsscheu, willensschwach, haltlos«, »stumpfsinnig, borniert, unzugänglich, ohne Ehrgefühl«. Arbeitete 7 J. in Brauereien. Seit 23. Lebensjahr 14 mal gerichtlich bestraft wegen Diebstahls (mehrfach), Betrugs, Unterschlagung, Hausfriedensbruchs, Bedrohung mit insges. 3 J. 4 M. 3 Tg. Gefängnis, hat 26 Haftstrafen wegen Bettels u. Landstr., war zweimal im A.-H. zus. 1 J. 3 M., hat jetzt 12 M. A.-H. Hier leicht erregbar, jähzornig, brutal, oft verstimmt, stumpf, indolent. Ruht sich im A.-H. wie er sagt freiwillig gern aus, will dann wieder auf die Landstraße. Groß, plump, dysplastisch, linker Fuß verkürzt, lk. Schulter tiefstehend; rachitischer Schädel, auffällige Kopfform (59 cm), tief in die Stirn gehendes Pelzmützenhaar; gealtert.

Debiler, haltloser, willensschwacher, erregbarer Psychopath + Alkoholdemenz. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

17. D. Ludwig, geb. 20. XII. 1865 zu Pirmasens, gesch., Arbeiter, 65 J. alt. Tochter der Schwester geisteskrank. Begabt, gesellig, zuverlässig, sensibel, schwernehmend. 1892 Heirat, Mischehe; die Angehörigen der Frau seien deshalb gegen die Heirat gewesen, hätten die Frau verhetzt, Unfrieden gestiftet; er sei deshalb nach etwa fünfmonatiger Ehe fort, seither in der Fremde, habe zu trinken angefangen, um zu vergessen. Alkoholsubtolerant. Immer um Arbeit bemüht, oft schlechte Stellen gehabt, habe die Landstraße

zu meiden gesucht, dazwischen jahrelang in Fabriken geschafft. Er habe sein ganzes Leben an der Heirat laboriert. Allmählich verbittert, leichtsinnig; zeitweise depressive Verstimmungen, in den letzten Jahren mehrfach bis Lebensüberdruß. Seit 10 Jahren stark gealtert, oft in Krankenhäusern wegen arteriosklerotischer Beschwerden und Nervosität. Seit 37. Lebensjahr viermal gerichtlich bestraft wegen Diebstahls, Raubversuchs, Betrugs, Erregung öffentlichen Argernisses mit 10 J. Zuchthaus und Stellung unter Polizeiaufsicht, 2 M. 13 Tg. Gefängnis und 30mal wegen Bettels und Landstr., war einmal 6 M. im A.-H., jetzt für 12 M. Sei immer zu hart bestraft worden. Hier für sich, kümmert sich um niemand, immer verstimmt, mürrisch, dabei verträglich. Will in ein württembergisches Landarmenhaus.

Sensibler, unselbständiger schizothymischer Psychopath + Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

18. Do. Hans, geb. 25. XI. 1877 zu Weißenfels a. d. S., ledig, Kaminfegergehilfe, 53 J. alt, Jüngster von 11 Geschwistern. Vater war Trinker, Mutter starb früh, war auf verschiedenen Ziehstellen. »Als Kind recht. Ohr Radikaloperation.« Ist mit 19. Lebensjahr auf die Wanderschaft. Ist viermal gerichtl. bestraft — erstmals mit 22 J. — wegen Bedrohung, Widerstands, Körperverletzung zu insges. 9 M. 21 Tg. Gefängnis und 58mal wegen Bettels und Landstr., war achtmal im A.-H. zus. 9 J., hat jetzt 24 M. Autistisch, stumpf, nervös, leicht gereizt, mißtrauisch; schwerhörig; asthenisch, Kopfumfang 53 cm.

Debiler, willensschwacher, schizoider Psychopath + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

19. E. Johann, geb. 4. V. 1875 zu Jakobstal, ledig, Schuhmacher, 55 J. alt. Unehelich, beim Stiefvater erzogen. »Als Kind unüberwindlicher Hang zum Lügen und Stehlen, tat in der Schule nicht gut, unbeugsamer Eigensinn.« »Entlieft aus der Zwangserziehung«, »arbeitsscheu«. Früh Trunksucht (Schnaps). Seit 18. Lebensjahr auf Wanderschaft. »Kriegsneurotiker«. Mit 14 J. erste Strafe, ist bis 1904 neunmal gerichtlich bestraft wegen Unterschlagung, Diebstahls, Beleidigung mit 2 J. 1 M. 22 Tg. Gefängnis, hat 87 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war achtmal im A.-H. zus. 11 J. 6 M. Hat jetzt 24 M. A.-H. Hier läppisch, ungeschickt, vergeßlich, spricht vor sich hin, lenksam, stumpf, gleichgültig. Hat einmal Delirium tremens und kurzdauernde akute Alkoholhalluzinosen durchgemacht; gefühlslabil, verschroben, total abgestumpft, will auf der Landstraße bleiben, das sei er so gewöhnt. Groß, kräftig, dysplastisch, Turmschädel, große Glatze, blaß, vasolabil.

Debiler, unsteter, schizoider Psychopath + Alkoholdemenz. Für geschlossene Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

20. F. Oskar, geb. 22. XII. 1867 zu Kranpischken, ledig, Bäcker, 63 J. alt. In Schule schlecht, beim Vater Bäckerlehre, mußte als Kind schon schwer arbeiten, acht Geschwister. Abenteuerlustig, ging mit 18 J. fort, fuhr bis 1907 als Kohlenzieher auf See, seither auf Wanderschaft, ruhelos, Wandertrieb. Seit 1907 — 40 J. alt — zweimal mit Gefängnis bestraft wegen Beleidigung, Hausfriedensbruchs und versuchten Diebstahls und 44mal mit Haft wegen Bettels und Landstr., war siebenmal im A.-H. insges. 9 J. 3 M., jetzt für 24 M. Die Überweisung an die Landespolizeibehörde erfolgte, wie es im Urteil vom 18. IX. 1930 heißt, auf seinen eigenen Wunsch.

Stumpf-blöd, hinvegetierend, faul, maniert, lenksam. Athletoid, rüstig. Schädelumfang 59 cm.

Debiler, haltloser, unsteter, schizoider Psychopath? Schizophrenie? Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

21. F. Melchior, geb. 16. I. 1894 zu Mundenheim, ledig, Tagelöhner, 37 J. alt. Jüngster von sieben Geschwistern. Als Kind Rachitis. »Schlechtes Milieu, Eltern früh gestorben, großer Schulschwänzer, schlechter Leumund«; »Gewohnheitsdieb, Bettler, haltlos, verwahrlost, Geschwister und Eltern ebenso«. Entwich aus der Erziehungsanstalt nach Demolierung der Hauskapelle in der Wut. Mit 16 J. erste Bettelstrafe. Unstet, faul, arbeitsscheu, leichtnehmend, bei Mangel bedürfnislos, Toleranz gegen Hunger, Durst, Strapazen, braucht Alkohol nicht, trinkt bei Gelegenheit große Mengen. Freude am Wandern. »Prononzierter Stromertyp, ging total unberührt und uninteressiert für Höheres durch den Strafvollzug; versumpfter, stumpfer Bruder, Leichtsin, unverbesserlich.« (Februar 1920.) Ist wegen Diebstahls (Sachbeschädigung, Unterschlagung) zweimal mit Zuchthaus insges. 4 J. 6 M., viermal mit Gefängnis zus. 1 J. 3 M. 10 Tg. und 10 J. Ehrverlust bestraft, 38 mal wegen Bettels u. Landstr., zus. 1 J. 4 M. 10 Tg., war einmal 6 M. im A.-H., hat jetzt 9 M. A.-H. Hier gleichgültig, stumpf, faul, phlegmatisch, lächelt immer, »an der Grenze der Hausordnung«. Körperlich dysplastisch mit pyknischem Einschlag.

Debiler, haltloser, degenerierter, unempfindlicher, moralisch minderwertiger, antisozialer Psychopath. Für Dauerverwahrung in geschlossener Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

22. F. Karl, geb. 20. III. 1901 zu Villern, ledig, Bürstenmacher, 31 J. alt. Ärmliche Verhältnisse; Mutter starb, als er vier Jahre alt war, Vater Hausierer, Trinker, starb 1922; seither auf der Landstraße. Hat zwei Gefängnisstrafen von zus. 5 M. 14 Tg. wegen Urkundenfälschung, Betrugs, Diebstahls, 27 Bettelstrafen. Eigensinnig, reizbar, Wutausbrüche, lacht und heult im Augenblick, grimassiert. Unter Aufsicht fleißig, sonst faul, gutmütig, lacht immer. »Harmlos, Faulenzer...«, nach Entlassung sollte für ihn gesorgt werden.« Hat selten epileptische Anfälle. 161 cm groß, kräftig, blöder Gesichtsausdruck, großes Gebiß, flache Stirn, Hirnschädel 53 cm Umfang. Mäßige Struma; Blechstimme.

Erethischer, tiefstehender Imbeziller mit epileptischen Anfällen. Für Strafvollzug ungeeignet, Dauerverwahrung angebracht, unzurechnungsfähig.

23. G. Otto, geb. 1. XI. 1900 zu Deggingen, ledig, Tagelöhner, 30 J. alt. Vater Trinker. Mit 19 J. arbeitslos, auf Wanderschaft. Seit 1920 zweimal wegen Sittlichkeitsverbrechens, einmal wegen Diebstahls bestraft mit insges. 1 J. 3 W. Gefängnis, 28mal wegen Bettels und Landstreicherei zus. 1 J. 2 M. 18 Tg., war dreimal im A.-H. zus. 2 J. 3 M., jetzt für 12 M., hat mehrfach Hausstrafen. »Trottel, psychisch schwer defekt, indifferent, Sicherheitsverwahrung angebracht« (L.-Gef. Ulm 1927). Still, blöd, verschlossen, reizbar, erregbar, Wutausbrüche. Alkoholintolerant, Nikotinabusus. Will, wenn er rauskommt, eine 41jährige Dirne heiraten. Körperlich klein, infantil, Hirnschädel 50 cm Umfang.

Erethischer, moralisch tiefstehender Imbeziller. Für Strafvollzug ungeeignet. Dauerverwahrung angebracht. Unzurechnungsfähig.

24. G. Albert, geb. 7. VIII. 1904 zu Dortmund, ledig, Schlosser, 26 J. alt. Mutter starb, als er 4 J. alt war. Gute Erziehung bei Verwandten, in der Schule begabt. »Früh Hang zur Unehrllichkeit, kleine Diebstähle.« Lief nach 2 J. aus der Lehre weg. Seither in der Fremde. Arbeitet den Sommer über, wandert im Winter. Erste Straftat (Betrug) mit 19 J. in der Absicht, im Gefängnis unterzukommen. Ist sechsmal mit zus. 1 J. 7 M. 18 Tg. Gefängnis bestraft wegen Diebstahls, Betrugs, Sachbeschädigung, Urkundenfälschung, Hausfriedensbruchs, groben Unfugs, 35 mal wegen Bettels und Landstreicherei mit insges. 3 M. 29 Tg. Haft; einmal 9 M. A.-H., nach 4 M. entwichen. Hat jetzt 12 M. A.-H. Hier lässig im Äußeren, Geltungsbedürfnis, unverträglich, reizbar, unbeherrscht, starke Stimmungsschwankungen; verbittert, äußert: »Parole heißt: Maul-, aus-, durchhalten«; will seine Kislauer Erlebnisse veröffentlichen; arbeitsscheu, ethisch-moralisch kalt. Körperlich dysplastisch, blaß, vasolabil, lebhaft Reflexe.

Haltloser, moralisch tiefstehender, erregbarer Psychopath mit hysterischen Zügen. Vermindert zurechnungsfähig.

25. G. Eduard, geb. 15. XI. 1872 zu Bingen, ledig, Schuhmacher, 61 J. alt. »Verlor früh die Mutter; von Jugend auf arbeitsscheu, unstet, haltlos. War 10 J. in der französ. Fremdenlegion.« Mit 32 J. erstmals kriminell; ist 16 mal bestraft wegen Körperverletzung, Widerstands, Beleidigung, Diebstahls, Unterschlagung, Paßvergehens, Betrugsversuchs, Hausfriedensbruchs mit insges. 1 J. 7 M. 12 Tg. Gefängnis und 13 mal wegen Bettels und Landstreicherei, war einmal 6 M. im A.-H., jetzt für 9 M. Gleichgültig, stumpf, indolent, faul, verschlossen. Körperlich dysplastisch, stark gealtert.

#### Alkoholismus.

26. G. Ludwig, geb. 22. VIII. 1867 zu Kittersburg, ledig, Tagelöhner, 63 Jahre alt. »Vater Schnapstrinker, arbeitsscheu; ein Bruder geisteskrank.« Jüngster von sieben Geschwistern. Rachitis. Nach Schule Müllerlehre. Mit 25 J. auf Wanderschaft, ließ sich durch andere dazu verleiten, kam bald auf die Landstraße und ans Trinken (Schnaps). Weichherzig, gefühlslabil, haltlos, verführbar, willensschwach, er habe immer für andere ausfressen müssen. Mit 26 J. erste Strafe. War siebenmal im Gefängnis wegen Diebstahls und Hausfriedensbruchs, zus. 4 M. 22 Tg., hat 54 Haftstrafen, war fünfmal im A.-H. zus. 4 J., letztmals 1912, hat jetzt 24 M. Hier aufgeregt, nervös, alles besser wissend, ungeschickt, reizbar, unverträglich. Dysplastisch, stark gealtert, schwerhörig, Emphysem, arteriosklerotische Beschwerden.

Debiler, gefühlslabiler, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus + Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

27. H. Max, geb. 26. I. 1900 zu Zirlau, ledig, Hilfsarbeiter, 31 J. alt. »Mit 4 J. Diphtherie, anschließend geistiger Rückgang, lernte erst nach 1 Jahr wieder — unvollständig — sprechen; kam in der Schule nicht über die Unterstufe.« Als Knecht an verschiedenen Stellen, hielt überall nur kurz aus. Hat seit seinem 24. Lebensjahr 12 Haftstrafen wegen Bettels und Landstreicherei, war dreimal, zus. 2 J. 3 M. im A.-H., jetzt für 15 M. »Gutmütiger Trottel«, blöd, kindisch, läppisch, in allem sehr unsauber, verwahrlost, macht jede Dreckarbeit. Sprachstörung.

Früh erworbener organischer, torpider Schwachsinn. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

28. H. Dionys, geb. 26. II. 1867 zu Obernau, verw., Arbeiter, 64 J. alt. Jüngster von 15 Geschwistern. »Vater und Mutter tranken; mußte früh Geld verdienen, wurde zum Betteln angehalten.« In der Schule »dumm, faul.« »Nach Schule sich selbst überlassen«, arbeitete im Sommer in Ziegelei, im Winter auf der Landstraße. Mit 20 J. erste Bettelstrafe. »Seit Militär — 1889/92 — nichts mehr gearbeitet.« Hat wegen Sittlichkeitsverbrechens, Widerstands, Betrugs, Urkundenfälschung vier Gefängnisstrafen von zus. 1 J. 8 M. und 3 J. Ehrverlust; 176 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. von zus. 5 J. 8 M. 23 Tg., war neunmal im A.-H. zus. 13 J. 2 M., war also über 20 J. interniert. Seit einigen Jahren arteriosklerotische Beschwerden, epilept. Anfälle auch ohne Alkohol. Stumpf-euphorisch, gleichgültig, geschwätzig, leicht erregbar, oft verstimmt, unzufrieden, unverträglich. Stark gealtert, blaß-gelbliche Hautfarbe, Lungenemphysem, schwerhörig, mikrozephal (52 cm), gesteigerte Reflexe.

Erethischer Imbeziller mit epilept. Anfällen + Alkoholismus + Arteriosklerose. Für Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

29. H. Johann, geb. 17. XII. 1880 zu Wiesenbach, ledig, Arbeiter, 50 J. alt. Vater war Trinker, starb früh. Jüngster von acht Geschwistern. Als Kind sich selbst überlassen. Empfindsam, weich, haltlos, willensschwach, schüchtern, leicht erregbar, jähzornig, unbeherrscht, zittert bei Aufregung gleich. Früh Alkoholmißbrauch. Arbeitet zeitw. (im Sommer), Bettelstrafen nur im Winter. Unstet, arbeitsscheu, beim Betteln komme er billiger dazu. Seit 23. Lebensjahr sechs gerichtliche Strafen wegen Körperverletzung, Bedrohung, Hausfriedensbruchs, Erregung öffentl. Argernisses, Achtungsverletzung, Diebstahls von insges. 3 J. 5 M. 25 Tg. Gefängnis, 20 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. Jetzt 6 M. A.-H. Hier jähzornig, reizbar, erregbar, nach Erregungen depressiv verstimmt. Körperlich asthenisch, grazil, schwächlich.

Debiler, haltloser, willensschwacher, erregbarer Psychopath + chron. Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

30. H. Alfred, geb. 5. V. 1880 zu Stuttgart, verh., Kesselschmied, 50 J. alt. »Vater trank, starb früh.« Jüngster von sechs Geschwistern. »Schlechte Erziehung, Diebereien, schwänzte die Schule.« Verließ vorzeitig die Lehrstelle, seither unterwegs bzw. auf Arbeit; früh Alkoholabusus. 1912 Heirat, zog nach Straßburg, wo er 1919 ausgewiesen wurde, seither in Karlsruhe wohnhaft. War mehrfach in Anstalten. Mit 16 J. erste Strafe. Hatte 16 Gefängnisstrafen von insges. 2 J. 11 M. 28 Tg. wegen Hehlerei, Betrugs, Körperverletzung, Diebstahls, Unterschlagung, Hausfriedensbruchs, Bedrohung, Sachbeschädigung und 37 Bettelstrafen, jetzt 6 M. A.-H. Hier unauffällig.

Debiler, haltloser Psychopath + chron. Alkoholismus.

31. H. Johann, geb. 27. I. 1877 zu Zeutern, ledig, Maurer, 54 J. alt. »Vater Trinker, Mutter ging betteln. Wurde früh zum Betteln angehalten.« »In der Schule schlecht, leichtsinnig, faul, unaufmerksam, schüchtern, zaghaft, gemütsweich.« Seit 20. Lebensjahr meist auf der Landstraße. Erste Strafe mit 14 J. Ist 11mal gerichtl. bestraft wegen Diebstahls, Betrugs, Widerstands, Erpressung, Hehlerei, Hausfriedensbruchs, Kupperei, Beleidigung mit insges. 2 J. 8 M. 16 Tg. Gefängnis, 3 J. Ehrverlust, 35mal wegen

Bettels u. Landstreicherei mit zus. 1 J. 4 M. 23 Tg. Haft; war fünfmal im A.-H. zus. 5 J. 6 M., hat jetzt 24 M. A.-H. Stumpf, indolent, umständlich, total unbeeindruckt, egoistisch; alkoholsüchtig, trinkt auch Spiritus usw., subtolerant. Körperlich asthenisch, kümmerlich, Schnapsesicht, Schädelumfang 53 cm.

Stark debiler, weicher, willensschwacher Psychopath + Alkohol-demenz. Für Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

32. H. Emil, geb. 20. II. 1872 zu Königsberg, ledig, Kellner, 59 J. alt In Schule schlecht. »Von Mutter verwöhnt worden.« Lange als Kellner zur See gefahren, »meidet harte Arbeit«. Ist einmal wegen Diebstahls mit 14 Tg. Gefängnis bestraft, hat 54 Haftstrafen wegen Bettels, war zweimal im A.-H. zus. 1 J. 9 M., hat jetzt 15 M. wegen Landstr. Stumpf, träge, gleichgültig, indolent.

Debiler, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus.

33. H. Johann, geb. 28. IX. 1873 zu Sandhofen, gesch., Schlosser, 57 J. alt. Keine Geschwister. »Seichte Lebensauffassung, willensschwach, ohne Schamgefühl und Energie.« Kam früh ans Trinken. Mit 24 J. Heirat, nach neunjähriger Ehe wegen Trunksucht geschieden. 1 J. später — 34 J. alt — erste Strafe. Seit 1920 viel auf der Landstraße, lebte zuletzt mit einer Frau zusammen, die ihn angebl. ausnützte, deshalb Krach und wieder fort. War zweimal im Gefängnis wegen Hausfriedensbruchs, Beleidigung und Betrugs, zus. 10 Tg., 26mal wegen Bettels und Landstr. in Haft, dreimal im A.-H. zus. 3 J. 6 M., jetzt für 24 M. Hier unauffällig, stumpf, gleichgültig, Trinkerhumor, gefühlslabil, typische Beschönigungen und Ausreden; cyclothym.

Chronischer Alkoholismus + leichte Arteriosklerose.

34. J. Karl, geb. 12. VII. 1893 zu Carlsberg, ledig, Händler, 37 J. alt. Jüngster von acht Geschwistern. Vater war Trinker, starb 1920, Mutter starb 1924. Als Kind Krampfanfälle. Blieb in der Schule zweimal sitzen, ängstlich, verschüchtert, empfindsam, gutmütig, haltlos, leichtsinnig, unset, früh Wandertrieb, Freude an der Natur. Wechselte oft Lehrstellen, als Kaufmann, Kellner usw. Mit 19 J. erste Strafe. 1914 Freiwilliger, war 1919 2 M. bei der Reichswehr in Donaueschingen, am Putsch beteiligt. Seit dem Tod der Eltern ganz ohne Halt, meist auf der Landstraße, trinkt gern. Lief mehrfach fort, wenn die ordentlichen Geschwister sich seiner annahmen. War 10mal im Gefängnis, 24mal wegen Bettels und Landstr. in Haft, dreimal im A.-H. zus. 2 J. 6 M., jetzt für 15 M. Hier schwachsinnig-trottelhaft, empfindlich, gleich beleidigt, erregbar, zapplig-nervös, unbeherrscht. Körperlich asthenisch, schwächig, Skoliose, auffällige Kopfform, Langschädel (57 cm), große Nase, mißbildetes lk. Ohr.

Willensschwacher, uneteter, schizoider Psychopath + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

35. J. Wilhelm, geb. 10. VII. 1880 zu Merseburg, verw., Arbeiter, 50 J. alt. Vater Trinker. Bei fremden Leuten aufgezogen. Mit 28 J. erste Strafe. Wegen Trunksucht schlechte Ehe, hatte meist Arbeit, Frau 1916 gestorben. Seit Kriegsende viel unterwegs. »Wurde 1928 aus dem A.-H. in eine Arbeitsstelle entlassen, entließ hier sofort, trank und versetzte gestohlene Sachen.« Hatte fünfmal Gefängnis wegen Beleidigung, Hausfriedensbruchs, Diebstahls, Unterschlagung, insges. 4 M. 4 Tg., 35 Haftstrafen wegen Bettels und Land-

streicherei, zweimal A.-H. zus. 1 J. 3 M., jetzt 12 M. A.-H. Wenig zügänglich.

#### Haltloser Alkoholiker.

36. K. Karl, geb. 12. IV. 1898 zu Selb, ledig, Hammerschmied, 33 J. alt, unehelich. Bei Mutterschwester erzogen, später beim Stiefvater in der Lehre. Im Krieg 1917 angeblich Nervenschock, seither »Anfälle«. Mit 28 J. fort, anscheinend im Dämmerzustand. Seit 1929 — 31 J. alt — zwei Strafen wegen Betrugs und Hausfriedensbruchs von zus. 2 W. Gefängnis, 14 Bettelstrafen, hat jetzt 6 M. A.-H., »will jetzt nervenleidend sein, er wisse manchmal nichts von sich. Dies sucht er zu bekräftigen durch manchmal kindische Reden und gelegentl. Absonderlichkeiten, die aber stark gemacht erscheinen. Im übrigen findet er sich in seine Lage und zeigt sich lenkbar. Anzeichen körperlicher Erkrankung bestehen nicht. K. scheint ein debiler Mensch zu sein, seiner Aufnahme ins pol. A.-H. stehen aber keine Bedenken entgegen« (ärztl. Zeugnis). Gutmütig, fromm, verschroben, in der Erregung brutal, oft verwirrt, häufig kleine Anfälle, deshalb in Zelle isoliert. Bei der Untersuchung epilept. Schwindel mit Aura und Amnesie; epilept. Demenz, Sprache undeutlich, verwaschen. Körperlich athletoid, groß, kräftig, blaß.

Epilepsie. Für Strafvollzug ungeeignet, anstandsbedürftig, unzurechnungsfähig.

37. Kl. Paul, geb. 5. IV. 1884 zu Wöls-Petersdorf, verw., Schlosser, 47 J. alt. Blieb in der Schule einmal sitzen, »folgsam, Schlosserlehre gut«, Fabrik- und Grubenarbeiter. Freiwillig zum Militär, »hier tauchte schon sein leichter Sinn auf«. 1912 Heirat, Frau kurz vor dem Krieg gestorben. »Im Krieg trinken und Karten spielen gelernt.« Fand nach dem Krieg nur schwer Arbeit, seit 1924 nur gelegentlich Sommerarbeit; 1925 erste Bettelstrafe — mit 41 J. —, hat neun Bettelstrafen, zuletzt mit Überweisung an die Landespolizeibehörde, 4 M. Gefängnis wegen Widerstands, jetzt 6 M. A.-H. Hier unauffällig, geweckt, überall brauchbar, lenksam, »normal«. Leicht debil, leicht euphorisch-geschwätzig, gutmütig, weichherzig, willensschwach, stumpf, gleichgültig, Trinkerhumor.

#### Alkoholismus.

38. Kl. Otto, geb. 11. III. 1894 zu Bromberg, ledig, Elektrotechniker, 37 J. alt. Unehelich. Bei fremden Leuten erzogen, die ihn angeblich nicht verstanden. Oberrealschule bis Obertertia, machte Streiche, wechselte mehrfach Lehre als Buchdrucker, Kaufmann, Schlosser. Mit 16 J. aus Erziehungsanstalt entwichen. Begabt, leichtsinnig, verlogen, unstet, Wandertrieb, weichherzig, sensibel, besonders empfindlich gegen Vorwürfe der Unehelichkeit, mißtrauisch, unselbständig, sexuell stark betont. 1914 Freiwilliger. Seit 1919 — mit 25 J. — acht gerichtliche Strafen wegen Diebstahls (mehrfach), Meuterei, Gefangenenbefreiung, Hausfriedensbruchs von zus. 3 J. 6 M. 21 Tg. Gefängnis und 3 J. Ehrverlust, 22 Haftstrafen wegen Bettels u. Landstr., jetzt 6 M. A.-H. Hier stumpf, faul, Interesse nur für Essen. Selbstbewußt, suggestiv. Kommunistische Ideen, politisches Ressentiment; erörtert soziale Maßnahmen zur Bekämpfung des Landstreichertums: Reform des Arbeitshaus- und Gefängniswesens, der Erziehungsanstalten, Stützung der arbeitswilligen Strafhaftentlassenen: vor allem sollte jeder Wirt Wanderburschen beherbergen müssen, um nicht auf üble Herbergen angewiesen zu sein. Körperlich vorwiegend asthenisch, Hochwuchs, scharf geschnittenes, markantes Gesicht, kolossale ergraute Haarmähne, Glanzauge.



Unsteter, schizoider schwerer Psychopath mit hysterischen Zügen. Vermindert zurechnungsfähig.

39. K. Ernst, geb. 25. IV. 1883 zu Barmen, ledig, Steindrucker, 48 J. alt. Jüngster von 12 Geschwistern. »Vater Trinker, starb früh; von der Mutter verwöhnt.« Blieb in der Schule zurück, Schulschwänzer. Hielt in verschiedenen Lehren als Friseur, Steindrucker nicht aus, phlegmatisch, willensschwach, gutmütig, stimmungs-labil, leicht gereizt. Mit 21 J. nach Schwängerung eines Mädchens fort, von andern Burschen mitgenommen, seither auf der Landstraße, unstet, Wanderlust. Mit 25 Jahren erste Strafe, hat viermal Gefängnis wegen Diebstahls, unerlaubter Entfernung im Feld, Widerstands, zus. 1 J. 4 M. 5 Tg., 47 Haftstrafen wegen Bettels u. Landstr., war viermal im A.-H. zus. 3 J. 6 M., hat jetzt 18 M. A.-H. Hier stumpf, zufriedener, lässig, moralisch verkommen. Körperlich groß, kräftig, Skoliose, Lungenemphysem.

Debiler, unselbständiger, willensschwacher, schizothymen Psychopath + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

40. K. Georg, geb. 13. VII. 1884 zu Breslau, gesch., Schlosser, 46 J. alt. Als Kind schwächlich, Vater starb als er 3 J. alt war, »von Mutter verwöhnt.« »Nach Lehre leichtsinnig, verbrachte Geld mit Mädchen oder in Wirtschaft (Schnaps); Warnungen der Brüder halfen nichts.« »Unruhe, die ihn rastlos fortreibt.« »Im Beruf tüchtig.« Egoistisch, erregbar, jähzornig. 1919 Heirat. Ehe 1920 geschieden wegen Trunksucht. Seither auf der Landstraße. Hat drei Gefängnisstrafen wegen Diebstahls, Freiheitsberaubung und Betrugs, 36 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war sechsmal im A.-H. zus. 9 J., jetzt 24 M. A.-H. Stumpf, gleichgültig, haltlos.

Leichte Psychopathie + chron. Alkoholismus.

41. K. Leo, geb. 24. II. 1892 zu Schneidemühl, ledig, Arbeiter, 39 J. alt. Unehelich. Mutter starb, als er 10 J. alt war, bei Großeltern erzogen. Seit 18. Lebensjahr unterwegs, seit Kriegsende ganz auf der Landstraße. Hat seit 20. Lebensjahr 40 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war siebenmal im A.-H. zus. 11 J. 3 M., jetzt für 12 M. Mehrfach Hausstrafen wegen schlechter Arbeit, Tabakentwendung. Trottel mit, stumpf, indolent, macht alles verkehrt, lenksam. Autistisch, verschoben, wenig zugänglich, affektlahm, dement. Will in Kreispflegeanstalt. Asthenisch.

Pfropfhebe-ephenie. Für Strafvollzug ungeeignet, für Kreispflegeanstalt geeignet, unzurechnungsfähig.

42. Kr. Thomas, geb. 31. V. 1882 zu Hindenburg, ledig, Maler, 48 J. alt, Jüngster von 11 Geschwistern. Mit 17 J. fort, »Wandertrieb, der stärker war als alle Bitten und Vorstellungen des Vaters, ist wegen Widersetzlichkeit enterbt worden, kommt hier und da abgelumpt, zerrissen zu den Geschwistern heim; kein Alkohol.« Mit 25 J. erste Strafe, 7 Gefängnisstrafen von zus. 2 M. 18 Tg. wegen Betrugs, Widerstands, Mißhandlung, Diebstahls, Paßvergehens, 21 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war viermal im A.-H. zusammen 3 J., jetzt für 6 M. Hier eigensinnig, dickköpfig, widerspenstig, faul, oft endogene Verstimmungen. Empfindsam, gleich aufgeregt, zappelig, nervös, unstet, wander- und abenteuerlustig. Körperlich schwächlich, hypoplastisch, Schädel 54 cm.

Debiler, reizbarer, stimmungs-labiler, triebhafter, schizo-ider Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

43. Kn. Karl, geb. 4. III. 1884 zu Ladenburg, ledig Schuhmacher, 45 J. alt, »unehelich, eine Schwester ebenso, vom Stiefvater angenommen«;

in der Schule schwach. »Seit Jugend Vagabundenleben, tut nirgends gut.« Lehrstellen als Schmied, Maurer, Schneider, beim Stiefvater Schuhmacherlehre. »Arbeitete im Winter als Schuhmacher, im Sommer in Ziegelei, lernte da trinken. Seither epileptische Anfälle.« »Rannte mit Hemd bekleidet durch die Stadt.« 1904/05 aktiv gedient, entlassen wegen epilept. Anfälle. Seit 1924 fast dauernd auf der Landstraße, trinkt Alkohol in jeder Form, auch Spiritus. Seit 20. Lebensjahr 6 gerichtliche Strafen wegen Bedrohung, Körperverletzung, Widerstands, Sachbeschädigung, Betrugs, Diebstahls von zus. 4 M. 28 Tg. Gefängnis, 20 Haftstrafen wegen Bettels, zweimal zus. 1 J. 3 M. A.-H., jetzt 18 M. A.-H. Hier unauffällig. Stumpf, indolent, dement, Dämmerzustände. Asthenisch, großer Schädel (59 cm), an Zunge, Kinn, Scheitel alte Biß- bzw. Fallnarben.

Epilepsie + Alkoholismus. Für Strafvollzug nicht geeignet, Dauerverwahrung angebracht; nicht zurechnungsfähig.

44. Kn. Eugen, geb. 17. III. 1880 zu Echterdingen, ledig, Schreiner, 51 J. alt. Jüngster von 10 Geschwistern. Mit 20 J. daheim fort, anscheinend im beginnenden ersten schizophrelen Schub. Mit 21 J. erste Strafe. Hat 82 Strafen, 19 gerichtliche wegen Hausfriedensbruchs, Sachbeschädigung, Widerstands, Beleidigung, Erregung öffentlichen Argernisses, einmal Diebstahls zu insges. 1 J. 3 M. 5 Tg. Gefängnis, 63 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. zus. 1 J. 9 M., war dreimal im A.-H. zus. 3 J., jetzt für 24 M. 1915 eingezogen, 1917 entlassen, damals in Anstaltsbehandlung. Im A.-H. autistisch, lenksam, zeitweise verstimmt, eigensinnig; affektlahm, abgekehrt, blöd-euphorisch, dement, stark gealtert. Klagt Schwindel, Kopfweh, Surren im Kopf, Schlaflosigkeit, kürzlich leichter apoplektischer Insult.

Alte Schizophrenie + Alkoholismus + Arteriosklerose. Für Strafvollzug ungeeignet, Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt angebracht. Unzurechnungsfähig.

45. L. Emil, geb. 3. IV. 1872 zu Staufenberg, verw., Tagelöhner, 59 J. alt. »Früh arbeitsscheu, Trinker, Taugenichts.« Seit 1920 — 48 J. alt — 9 Gefängnisstrafen wegen Diebstahls von zus. 1 J. 8 M. 17 Tg., 15 polizeiliche Strafen, einmal 6 M. A.-H., jetzt 12 M. Egoistisch, störrisch, nörglerisch, leicht erregbar, jähzornig, Trinkergesicht, arteriosklerotische Züge.

Chron. Alkoholismus + Arteriosklerose. Vermindert zurechnungsfähig.

46. L. Peter, geb. 7. V. 1869 zu Neuerburg, led., Arbeiter, 61 J. alt. Vater Trinker. Verlor Mutter mit 5 J., Stiefmutter. Nach dem Tod des Vaters mit 14 J. zu fremden Leuten. Mit 24 J. erste Bettelstrafe. Seither auf der Landstraße. »Von jeher Eigenbrötler, verschlossen, für sich.« Hat sechs gerichtliche Strafen von zusammen 3 J. 9 M. 16 Tg. wegen Fahnenflucht (zweimal), Bedrohung, Körperverletzung, Hausfriedensbruchs, Sachbeschädigung (Alkoholdelikte), 51 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war viermal im A.-H. zus. 4 J., jetzt 21 M. A.-H. Stumpf, gleichgültig, interesselos, spricht kaum, »krank«. Autistisch, leerer Affekt, Denkstörungen. Halluzinationen angeblich seit langem, Demenz, seit Jahren arteriosklerotische Beschwerden, bes. Schwindel. Asthenisch, abgemagert, gebrechlich, zittrig, verwaschene Sprache.

Alte Schizophrenie + Arteriosklerose. Für Strafvollzug ungeeignet. Gehört in Kreispflegeanstalt verwahrt. Unzurechnungsfähig.

47. L. Josef, geb. 23. III. 1883 zu Forchheim, gesch., Bahnarbeiter, 48 J. alt. Nach Tod des Vaters mit 18 J. fort, bald darauf erste Strafe. Kam früh ans Trinken. Mit 36 J. Heirat — Frau war 18 J. alt, gravide —. Ehe wegen Trunksucht geschieden. Ist 15mal gerichtlich bestraft mit zus. 4 J. 2 M. 16 Tg. Gefängnis und 5 J. Ehrverlust wegen Unterschlagung, Widerstands, Beleidigung, Diebstahls, Betrugs, Körperverletzung, Hausfriedensbruchs, war 34mal in Haft wegen Bettels und Landstr., zweimal A.-H. zus. 1 J. 6 M., hat jetzt 18 M. A.-H. Hier still, fleißig, leicht erregt, aufbrausend, jähzornig, brutal, weichherzig, gefühlslabil, stumpf, gleichgültig, willensschwach; er bettle nur, wenn keine Arbeit. Gealtert.

Chron. Alkoholismus + leichte Arteriosklerose.

48. L. Karl, geb. 17. II. 1866 zu Neuenweg, gesch., Schreiner; 65 J. alt. »Vater Säuferwahnsinn, verwehrte Familie.« 1892 Heirat, Ehe 1920 geschieden. Kam früh ans Trinken, »roh, brutal, bedrohte Umgebung mit Totschlag«, war längere Zeit in Anstalt; hat seit 1921 — nach Scheidung der Ehe, 55 J. alt — drei Gefängnisstrafen wegen Diebstahls und Kuppelei, 14 Haftstrafen wegen Bettels und Landstreicherei, war viermal im A.-H. zus. 3 J. 6 M., jetzt für 18 M. Hier stumpf, blöd, erregbar, grob, erheblich merkfähigkeitsgestört, dement, klagt Zittern, Vergesslichkeit, Schwindel, rheumatische Beschwerden. Körperlich reduziert, gebrechlich.

Chron. Alkoholismus mit Demenz + Arteriosklerose. Körperlich siech, für Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

49. L. Johann, geb. 8. II. 1869 zu Jägersteig, ledig, Schlosser, 62 J. alt. Unhehlich, »unstet, minderwertig, haltlos«. Seit 35. Lebensjahr sieben Gefängnisstrafen von zus. 1 J. 2 M. 12 Tg. wegen Diebstahls, Betrugs, Hehlerei, unerlaubter Heeresentfernung, 32 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., seit dem Krieg nur Haftstrafen, war viermal im A.-H. zus. 4 J. 9 M., hat jetzt 24 M. Stumpf, euphorisch, gleichgültig, lenksam, fleißig, leicht erregbar, Hypertonie, Emphysem. Stark gealtert.

Debiler haltloser Psychopath + Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

50. M. Georg, geb. 16. XI. 1903 zu Rybnik, ledig, Kaufmann, 27 J. alt. Gymnasium bis Obertertia, blieb sitzen, Privatschule, dann im Geschäft des Vaters. Mit 20 J. auf Wanderschaft, geriet in Hamburg zur spanischen Fremdenlegion, wurde nach 2 J. »als unheilbar entlassen«. Seither auf der Landstraße. 1927 erste Strafe. Hat einmal 2 Tg. Gefängnis wegen Sachbeschädigung, 19 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war einmal 6 M. im A.-H., jetzt für 9 M. Mehrfach Hausstrafen wegen Frechheit, Faulheit, Pfeifens und Sprechens während der Arbeit; A.-H.-Leitung beantragte ärztl. Untersuchung: »Gibt unverständliche Antworten, arbeitet fast nichts, ist jeder Mahnung unzugänglich, murmelt öfter vor sich hin, schaut im Saal und in der Kirche herum, scheint tatsächlich geistig nicht normal zu sein.« Ärztliches Zeugnis: »... lächelt, spricht sehr leise, er begreife nicht gut und habe kein Gedächtnis mehr. Wahnideen sind nicht festzustellen, keine Sinnestäuschungen. In Afrika Fieber (keine Malaria). Eindruck mäßiger Demenz. Es ist möglich, daß der Zustand mit dem Aufenthalt in Afrika, insbes. dem Fieber (Tropenkrankheit), in Zusammenhang steht.« Lässig, abgelenkt, spricht vor sich hin, grimassiert, ist schwer denkgestört, leerer Affekt, zeitweise Befehlsstimmen; früher Umweltsveränderungs- und Fremdheitsgefühle. Beginn der Psychose mit pseudopsychopathischen Erscheinungen vor Beginn

der Wanderschaft. Körperlich: mehr athletisch, großer Schädel. Gesichtsasymmetrien, Pelzmützenhaar.

Schizophrenie. Für Strafvollzug ungeeignet, anstaltsbedürftig, Dauerverwahrung angebracht. Unzurechnungsfähig.

51. M. Wilhelm, geb. 24. I. 1904 zu Birkesdorf, ledig, Arbeiter, 27 J. alt. Vater Trinker, vielfach wegen Betrugs und Diebstahls vorbestraft. Als Junge schon mehrfach Diebstähle, Fürsorgeerziehung. »Schwachsinniger Mensch von intellektuellem Tiefstand und einer sittlichen Verworfenheit... schildert sexuelle Vorgänge mit schamloser, erschreckender Offenheit, geradezu tierische Anlage« (Urteil). 1929 10 Tg. Gefängnis wegen Unterschlagung. Jetzt wegen Zuhälterei 9 M. Gefängnis und 6 M. A.-H. Hier ruhig, stumpf, abgebrüht. Debil, verschlagen, schizoid, moralisch tiefstehend. Körperlich hypoplastisch, infantil, Schädelumfang 54 cm, Glanzaugen.

Stark debiler, moralisch tiefstehender, degenerativer Psychopath. Für Dauerverwahrung geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

52. M. Karl, geb. 22. XI. 1868 zu Freiburg, ledig, Tagelöhner, 62 J. alt. Blieb in der Schule zurück. Seit 17 J. lungenkrank. Nach Tod der Eltern nach dem Krieg obdachlos, war dazu wegen seiner Tuberkulose arbeitsunfähig. Seither auf der Landstraße. Seit 1921 — 53 J. alt — 18 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war zweimal im A.-H. zus. 2 J. 3 M. Wurde 1925 wegen offener Tuberkulose vom A.-H. aus in Kreispflegeanstalt verbracht, ging dort bald weg. Hat jetzt 12 M. A.-H. Hier arbeitsunfähig im Lazarett, oft Stimmungsschwankungen. Körperlich asthenisch, hinfällig, abgemagert, niedere, gefurchte Stirn.

Torpider Imbeziller (+ Alkoholismus). Körperlich siech, für Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

53. M. Adam, geb. 27. VIII. 1894 zu Reutlingen, ledig, Schweizer, 36 J. alt. Jüngster von drei Geschwistern. Nach dem Tode der Eltern bei der Schwester, mit 16 J. fort als Hirtenbub, arbeitete später als Schweizer und Käser. War in französischer Kriegsgefangenschaft, hier erstmals epileptische Anfälle, 1919 zurück, seither Wanderleben. Einmal im Anfall Kieferbruch, Anfälle alle 6—8 Wochen, viel Absencen. Es vor 3 J. Bettnäser. Seit 17. Lebensjahr sieben gerichtliche Strafen wegen Unterschlagung, Diebstahls, Betrugs, Widerstands, Hausfriedensbruchs, Hehlerei von zus. 3 M. 8 Tg., 32 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., einmal 6 M. A.-H., jetzt 12 M. A.-H. Hier ca. alle vier Wochen Anfälle und Schwindel. Willensschwach, epilept. Demenz deutlich. Körperlich kräftig, athletisch.

Epilepsie. Fürs Arbeitshaus ungeeignet, vermindert zurechnungsfähig.

54. M. Ernst, geb. 24. IX. 1907 zu Singen, ledig, Mechaniker, 23 J. alt. Großvater starb in Irrenanstalt. Verlor mit vier Jahren den Vater, Mutter heiratete 2 J. später einen 23jährigen. »Faul, unzuverlässig, frech, verlogen, hinterlistig, oft Schlägereien, arbeitsscheu, fügt sich schwer in Ordnung, nächtigte öfter im Wald.« Fürsorgezögling, mehrfach aus der Erziehungsanstalt entwichen, »musste mehrfach von Stellungen zurückgenommen werden wegen Diebstahls, schlechten, frechen Benehmens«. Mehrfach Suizidversuche (Pulsader), wollte mit 18 Jahren zur Fremdenlegion, wurde zurückgewiesen. War viermal im Gefängnis zus. 11 M. 16 Tage, wegen Diebstahls, Betrugs, Zuhälterei, erschwerter Körperverletzung, hat jetzt 6 M. A.-H. wegen Zuhälterei. Hier eigensinnig, reizbar, schwierig, simuliert Krank-

heiten, weiß seine Wünsche mit Selbstmorddrohungen durchzusetzen; Kurzschlußreaktionen, pumpt Affekt, egoistisch, Freiheitsdrang, alkoholintolerant, öfter Kopfschmerzen.

Haltloser, erregbarer, hysterischer, degenerativer Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

55. M. Otto, geb. 16. XII. 1894 in Zuffenhausen, gesch., Schreiner, 36 J. alt. »Beide Eltern Trinker, sind mehrfach vorbestraft; intimer Verkehr der Familie mit Nachbarn, so daß gemeinsame Kinder.« Als Kind Rachitis. »Von Jugend auf arbeitsscheu, unehrlich, ungehorsam, brutal, Sorgenkind; Schulschwänzer, in Schule schlecht.« Kam früh auf die Landstraße. »War kurze Zeit mit einer Imbezillen verheiratet, mit der er bettelnd umherzog, verließ sie bald.« Hat Ortsverbot. »Schief, wenn er heimkam, im Holzstall, da die Eltern vor ihm Angst hatten.« 1927 Lues II, drei Kuren unvollständig. Mit 15 Jahren erste Strafe. 19mal verurteilt wegen Diebstahls, Unterschlagung, Betrugs, Hausfriedensbruchs, Bedrohung, Sittlichkeitsverbrechens, Körperverletzung zu insges. 3 J. 3 M. 24 Tg. Gefängnis, 20 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., einmal 12 M. A.-H., jetzt für 18 M. Hier nörglerisch, unzufrieden, verschroben, stark stimmungslabil, leicht erregbar; mehrfach Hausstrafen wegen frechen Benehmens, Schlägerei. Läppisch, affektlahm, gleichgültig, klagt zeitweise Durchfall, Leibscherzen, plötzliche Muskelschmerzen, oft Müdigkeit, häufig schwere Träume. Körperlich asthenisch, verwahrlostes, langes, wirres Haupt- und Barthaar; leichte Facialisparese, ungleiche Patellarreflexe, etwas träge Pupillenreaktion.

Debiler, haltloser, schizoider schwerer Psychopath + beginnende Lues des Zentralnervensystems. Anstaltsbedürftig. Vermindert zurechnungsfähig.

56. M. Hans, geb. 24. XII. 1903 zu Hamburg, ledig, Hilfsarbeiter, 27 J. alt. »Ein Bruder imbezill; sehr unsauber, faul, gab kein Geld ab, mehrfach durchgebrannt unter Mitnahme von Sachen des Vaters, zuletzt 1926.« Hat seit 20. Lebensjahr zwei Gefängnisstrafen von zus. 2 M. 3 Tg. wegen Diebstahls und Betrugs, 14 Haftstrafen wegen Bettels, war einmal 6 M. im A.-H., jetzt für 9 M. Hier faul, stumpf, lenkbar, indolent, blöd-euphorisch. Infantil, hypoplastisch, Pelzmützenhaar. Schädelumfang 54 cm.

Torpidier Imbeziller. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

57. M. August, geb. 16. IX. 1894 zu Mühlhofen, gesch., Gipser, 46 J. alt. Jüngster von sieben Geschwistern. Unstet, abenteuerlustig, wollte Welt sehen; leicht erregbar, jähzornig, empfindlich. Hatte Zeitlang Karussellschäft. Mit 14 Jahren erste Strafe, neunmal gerichtlich bestraft mit Gefängnis von zus. 7 M. 19 Tg. wegen Bedrohung, Körperverletzung, Beleidigung, Hausfriedensbruchs, Unterschlagung; 20 Haftstrafen, einmal 6 M. A.-H., jetzt 12 M. Hier faul, vorlaut, frech, renitent, verstimmt, mürrisch, unverträglich, deshalb meist isoliert; mehrfach Hausstrafen.

Unsteter, triebhafter, erregbarer Psychopath + Alkoholismus.

58. M. Friedrich, geb. 3. I. 1904 zu Neckarelz, ledig, Schneider, 27 J. alt. Vater »Schnapslump«, Mutter »halbidiotisch«, eine Schwester »leicht-sinnig«. »In der Schule schlecht, von Haus zum Betteln angehalten, Strichjunge.« Fürsorgezögling, aus Erziehungsanstalt mehrfach entwichen. Mit 14 Jahren erste Strafe; fünfmal Gefängnis von zus. 12 M. wegen Diebstahls,

Erpressungsversuchs, Sachbeschädigung, 35 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war zweimal im A.-H., jetzt für 12 M. Hier eigensinnig, nervös-zappelig, leicht erregbar, Verschrobenheiten, feminin. Körperlich klein, infantil-hypoplastisch-mikrozephal.

Stark debiler, moralisch tiefstehender, degenerierter schizoider Psychopath. Für Dauerverwahrung geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

59. N. Andreas, geb. 24. V. 1882 zu Hainzing, ledig, Schneider, 48 J. alt. Jüngster von drei Geschwistern. Verlor früh die Eltern, war von der Gemeinde aus untergebracht. Nach der Lehre fort, seither meist auf der Landstraße. Seit 18. Lebensjahr sieben gerichtliche Strafen wegen Widerstands, Beleidigung, Diebstahls, Körperverletzung von zus. 6 M. 21 Tg., 60 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war dreimal im A.-H. zus. 3 J. 1 M. Jetzt für 15 M. Erregbar, gereizt, schwere Affektkrisen, unständiglich, klebrig, egoistisch-egozentrisch, epileptische Anfälle; stumpf, dement, berichtet von epil. Anfällen, Schwindeln, Dämmerzuständen mit Halluzinationen. Körperlich hinfällig, reduziert; kaum arbeitsfähig.

Epilepsie mit Demenz. Anstaltsbedürftig. Unzurechnungsfähig.

60. O. Valentin, geb. 30. IX. 1906 zu Marnheim, ledig, Schmied, 24 J. alt, Jüngster von acht Geschwistern. Verlor mit acht Jahren den Vater, mit neun Jahren die Mutter, bei Schwester erzogen. Wilder Junge, machte Streiche, schwänzte Schule; abenteuerlustig, arbeitsscheu. Seit 19. Lebensjahr sechs gerichtl. Strafen wegen Hausfriedensbruchs, Begünstigung, Bedrohung, Zuhälterei, Körperverletzung von zus. 10 M. 27 Tg. Gefängnis, 10 Haftstrafen wegen Bettels, jetzt 6 M. A.-H. wegen Zuhälterei. Hier stumpf, still für sich; egoistisch, leicht erregbar, affektlabil.

Debiler, haltloser, gemütskalter, moralisch tiefstehender Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

61. O. Karl, geb. 31. I. 1879 zu Unterreichenbach, ledig, Heizer, 52 J. alt. In Schule zurück. Seit Militärzeit — 1902 — auf Wanderschaft; leichtsinnig, unstet, Wandertrieb; still, zurückhaltend, für sich, im Rausch erregbar, brutal. Hat seit 18. Lebensjahr 67 Vorstrafen, die meisten wegen Bettels und Landstr., einige Gefängnisstrafen wegen Widerstands und Körperverletzung. Im A.-H. unauffällig, guter Arbeiter.

Unsteter, haltloser Psychopath + Alkoholismus.

62. P. Johann, geb. 22. V. 1905 zu Schlanow, ledig, Arbeiter, 25 J. alt. »Vater früh gestorben. Schwächliches Kind, aus vierter Schulklasse entlassen; war in Erziehungsanstalt.« Kam mit Stiefvater nicht aus. Nach Krach mit diesem fort. Hat sieben Vorstrafen, jetzt 6 M. A.-H. wegen Zuhälterei (dieselbe Dirne wie M. Nr. 54).

Stark debiler, erregbarer, moralisch tiefstehender Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

63. P. Karl, geb. 12. XII. 1887 zu Insterburg, ledig, Arbeiter, 52 J. alt. Hält in Lehrstellen nicht aus, empfindlich, eigensinnig, Geltungsbedürfnis, unstet, abenteuerlustig, Wandertrieb, leicht erregbar. Mit 17 J. fort, seit 24. Lebensjahr auf der Landstraße, auch im Ausland. Mit 16 J. erste Strafe. Ist siebenmal gerichtlich bestraft wegen Hehlerei, Widerstands, Diebstahls zu insges. 3 M. 25 Tg. Gefängnis, 44 mal mit Haft wegen Bettels und Landstr.; war achtmal im A.-H. zus. 12 J. 1 M., jetzt für 24 M. Hier fleißig, ge-

wiegt, leicht erregbar, schimpft gleich los, kommandiert gern. Trinkerhumor. Will auf Landstraße bleiben.

Unsteter, haltloser, triebhafter, erregbarer Psychopath + Alkoholismus + Arteriosklerose.

64. R. Josef, geb. 1. IX. 1870 zu Reilingen, ledig, Arbeiter, 60 J. alt. Jüngster von neun Geschwistern. »Als Kind schwere Rachitis, vernachlässigte Erziehung, in Schule schlecht.« Arbeitsscheu, Wandertrieb, eigensinnig, erregbar; mit 21 J. fort, mit 22 J. erste Bettelstrafe, seither auf der Landstraße, auch im Ausland, trinkt. »Unverbesserlicher, heimtückischer Stromer.« Hat eine Gefängnisstrafe von drei Wochen wegen Betrugsversuchs, 141 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war siebenmal im A.-H. zus. 6 J. 8 M. 1904: »Sehr schwächlich, sollte in Kreispflegeanstalt untergebracht werden... will unter keinen Umständen.« 1929 im A.-H. Nahrungsverweigerung. »Arbeitsunfähig, A.-H. zwecklos, Überweisung an fürsorgepflichtigen Armenverband ist dringend notwendig« (ärztl. Zeugnis), kam in Kreispflegeanstalt, dort nach knapp einem Vierteljahr weggelaufen. Hat jetzt 24 M. A.-H. Hier reizbar, verstimmt, stumpf; isoliert. Stumpf, indolent, dement. Klein, schwächlich, stark reduziert, gealtert, hochgradige Skoliose, erschwerte Atmung; Sattelnase.

Stark debiler, haltloser, erregbarer, gemütskalter Psychopath + Alkoholismus + Arteriosklerose und Demenz. Körperlich siech. Für Dauerverwahrung in geschlossener Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

65. R. Franz, geb. 12. XI. 1898 zu Wildflecken, lebt getrennt, Kraftwagenführer, 32 J. alt. Verlor früh die Eltern, bei verschiedenen fremden Leuten erzogen. 1915 Freiwilliger. 1920 Kraftfahrerprüfung. Schon immer abenteuerlustig, Wandertrieb, 1922 arbeitslos, desh. fort. Kam bis Konstantinopel; 1924 zurück, arbeitete, bis er 1928 schweren Unfall erlitt, Schädelbruch, seither wieder auf der Landstraße. Mit 15 J. erste Strafe, hat vier Gefängnisstrafen wegen Diebstahls von zus. 8 M. 19 Tg., seit 1929 sieben Bettelstrafen, jetzt 6 M. A.-H. Hier unzufrieden, fortdrängend, sucht kriecherisch bettelhaft kleine Wünsche durchzusetzen. Aufdringlich, klebrig, plump vertraulich, stimmungslabil, klagt öfter Kopfschmerzen; eunuchoid dysplastisch, blaß, mißt 182 cm.

Haltloser, eunuchoider Psychopath + traumatische Hirnschädigung. Vermindert zurechnungsfähig.

66. R. Anton, geb. 24. X. 1900 zu Würenlos, ledig, Arbeiter, 30 J. alt. Jüngster von zwei Geschwistern. 1924 mit den Eltern aus der Schweiz wegen Arbeitslosigkeit nach Deutschland ausgewandert. Seither auf sich selbst angewiesen, auf der Landstraße, fand keine Arbeit, versuchte in die Schweiz zurückzukehren. Seit 1924 zweimal wegen Paßvergehens zus. 24 Tage Gefängnis, 11 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., einmal 6 M. A.-H., jetzt 9 M. A.-H. Läppisch, ungeschickt, launisch. Klein, infantil, hypoplastisch. Schädelumfang 54 cm.

Torpider Imbeziller. Vermindert zurechnungsfähig.

67. R. Gustav, geb. 24. III. 1861 zu Altenburg, ledig, Friseur, 70 J. alt. Vater Trinker. Jüngster von sieben Geschwistern. »Schule gut, nachher eitel, mit seinen Verhältnissen unzufrieden, will hoch hinaus, leichtsinnig, genußsüchtig.« Mit 20 J. auf Wanderschaft; immer für sich, bis zum 30. Lebensjahr zeitweise noch gearbeitet, seither auf der Landstraße oder inhaftiert. Ist

seit 27. Lebensjahr 20mal gerichtlich bestraft wegen Körperverletzung, Hehlerei, Majestätsbeleidigung, Betrugs, Diebstahls, zus. insges. 10 J. 2 M. 16 Tg., hat 66 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war 10mal im A.-H. zus. 14 J. 6 M., war im ganzen über 34 J. inhaftiert. Hat jetzt 24 M. A.-H., sollte in Kreispflegeanstalt, zog A.-H. vor. Hier stumpf, blöd; senil geschwätzig, dement.

Haltloser, schizoider Psychopath + senile Demenz. Für geschlossene Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

68. R. Johann, geb. 18. VIII. 1879 zu Stettin, ledig, Arbeiter, 51 J. alt. Vater war Trinker. Jüngster von sechs Geschwistern. Kam in der Schule nur bis zweite Klasse; lernte fünf Jahre lang Kesselschmied, machte Gesellenprüfung. Während dieser Zeit starben die Eltern, kam zu fremden Leuten; mit 24 J. auf die Landstraße. Seither drei Gefängnisstrafen von zus. 24 Tg. wegen Hausfriedensbruchs u. Körperverletzung, 41 Haftstrafen wegen Bettels u. Landstr., war dreimal im A.-H., zus. 2 J. 3 M., hat jetzt 15 M. A.-H. Hier faul, absonderlich, verschroben, für sich, spricht vor sich hin, störrisch, leicht gereizt, unverträglich. Schwerhörig, leicht paranoisch, stumpf, affektlahm, wortkarg, zeitweise Sinnestäuschungen. Körperlich groß, kräftig, dysplastisch. Flachkopf (54 cm).

Pfropfschizophrenie. Anstaltsbedürftig. Unzurechnungsfähig.

69. S. Simon, geb. 28. II. 1874 zu Heuchelheim, ledig, Schneider, 57 J. alt. Mutter war Trinkerin; lernte in der Schule schlecht, fleißig, gutmütig, schüchtern, willensschwach, haltlos. »Während der Lehre unsetz; arbeitsam, dann wieder arbeitsscheu, nicht ausgelernt. Mit 18 J. fort, angebl. wegen Heiratsgeschichte, Bettelbeginn.« Später 2 $\frac{1}{2}$  J. bei französ. Fremdenlegion, desertiert. Hat sechs gerichtl. Strafen wegen Diebstahls, Unterschlagung von zus. 1 J. 7 W. Gefängnis und 3 J. Ehrverlust; 66 Haftstrafen wegen Bettels u. Landstr., war sechsmal im A.-H., zus. 6 J. 3 M., jetzt 24 M. A.-H. Hier ganz für sich, lacht und spricht viel vor sich hin, verschroben, maniert in Gang und Haltung, fleißiger Schneider. Verschroben, affektleer, stumpfgleichgültig, Denkstörungen, Sinnestäuschungen, bes. elektr. Beeinflussungen, Wahnideen z. T. grausigen Inhalts.

Schizophrenie. Anstaltsbedürftig; unzurechnungsfähig.

70. S. Franz, geb. 10. V. 1901 zu Karlsruhe, verh., Arbeiter, 30 J. alt. Jüngster von 10 Geschwistern. »Hilfsschule bis vierte Klasse; viel krank, Sorgenkind, ab und zu Anfälle.« Mit 18 J. fort, arbeitsscheu, trinkt, sobald er Geld hat. »Gutmütig, im Suff übel.« 1924 Heirat, Frau brachte ein uneheliches Kind mit, außerdem vier Kinder. Seit 18. Lebensjahr sechs gerichtl. Strafen wegen Diebstahls, Körperverletzung, Widerstands von zus. 11 M. 19 Tg. und sechs Bettelstrafen. Ist seit Febr. 1929 wegen Geisteschwäche entmündigt. Hat jetzt 6 M. A.-H. wegen Müßiggangs und Versäumnisses der schuldigen Pflege. Läppisch, geschwätzig; infantil hypoplastisch, Schädelumfang 53 cm.

Erethischer Imbeziller + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig. Wegen Geisteschwäche entmündigt.

71. Sch. Anton, geb. 5. VI. 1876 zu Höpfingen, ledig, Arbeiter, 54 J. alt, unehelich. Als Kind Scharlach, Diphtherie, verlor rechtes Auge. Halsdrüsenoperationen. Im Waisenhaus erzogen. Mit 15 J. zu Bauer, oft Stelle gewechselt. Seit 24. Lebensjahr auf der Wanderschaft, viel auf der Landstraße. Mehrfach Suizidversuch. Seit 23. Lebensjahr drei Gefängnisstrafen



von zus. 1 M. 7 Tg. wegen Hausfriedensbruchs und Beleidigung, 38 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war viermal im A.-H. zus. 4 J., jetzt für 9 M. Hier faul, frech, grob, querulatorisch, oft verstimmt, wegen Kleinigkeiten oft gereizt und Selbstmorddrohungen, wegen Augenleidens im Lazarett; umständlich, langsam, schwer besinnlich, klebrig, leicht erregbar, leicht depressiv, kaltblütig, egoistisch, egozentrisch, tolerant gegen Strapazen und Hunger, stumpf. Körperlich derbknochig, untersetzt, dysplastisch, großer Schädel (60 cm), r. Auge enucleiert, ausgedehnte Narben am lk. Mundwinkel, Kinn und Hals.

Debiler, konstitutionell verstimmt, epileptoider Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

72. Sch. Wilhelm, geb. 29. IV. 1871 zu Kaiserslautern, ledig, Korbmacher, bald 60 J. alt. Vater trank. Blieb in der Schule zurück, verlor mit ca. 15 J. die Eltern, kam zu fremden Leuten, Lehre nicht beendet, weggelaufen — berichtet von verworrenen Beziehungs- und Verfolgungsideen —. Seither auf Wanderschaft, seit Kriegsende nicht mehr gearbeitet. Seit 18. Lebensjahr 25mal gerichtlich bestraft wegen Diebstahls, Körperverletzung, Hausfriedensbruchs, Widerstands, Sachbeschädigung, Hehlerei, Betrugs, dreimal mit Zuchthaus von zus. 3 J. 6 M., mit Gefängnis von zus. 5 J. 4 M. 15 Tg. und insges. 20 J. Ehrverlust und 45mal mit Haft wegen Bettels und Landstreicherei, war zweimal im A.-H., zus. 1 J. 6 M., jetzt für 18 M. Hier abweisend, unzugänglich, ganz für sich, enorm reizbar, paranoid gegen Umgebung, voller Beziehungsideen, haut plötzlich zu ohne ersichtlichen Grund, schwere Bedrohungen, schimpft viel anscheinend mit Stimmen, verschroben. Isoliert, autistisch, kaum zugänglich. Körperlich asthenisch, reduziert, gealtert.

Paranoide Schizophrenie. Anstaltsbedürftig. Unzurechnungsfähig.

73. Schw. Franz, geb. 3. III. 1874 zu Neuweiler, ledig, Tagelöhner, 57 J. alt. Vater früh gestorben. »In Schule schlecht.« Bäckerlehre, auf Beruf gearbeitet bis 28. Lebensjahr. Damals anscheinend schizophrene Primärerlebnis. Seither als Fabrikarbeiter und Tagelöhner gearbeitet, seit 1925 keine Arbeit mehr gefunden, auf der Landstraße. Seit 1925 sieben Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., einmal 6 M. A.-H., jetzt für 9 M. Hier stumpf, blöd, indolent, affektlahm, dement, verworrene Wahnideen. Dysplastisch.

Alte Schizophrenie + Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet, unzurechnungsfähig.

74. Sch. August, geb. 23. IX. 1873 zu Straßburg, ledig, Küfer, 57 J. alt. Jüngster von sieben Geschwistern. Mutter starb bei der Geburt, Stiefmutter, Vater starb früh. In Schule schlecht. Küferlehre, bald auf Wanderschaft. Trinker. Still, für sich, weich, willensschwach, haltlos, Verstimmungen. Während Kriegs Darmoperation, seither vermindert arbeitsfähig, meist auf der Landstraße. Seit 1910 — 37 J. alt — 10 Gefängnisstrafen wegen Diebstahls, Majestätsbeleidigung (dreimal), Gotteslästerung, Unterschlagung; 27 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. 1919 9 M. A.-H., »simulierte damals epilept. Anfälle«. Zweimal aus Kreispflegeanstalt entwichen. »Gehört in Kreispflegeanstalt« (Urteil vom 21. XI. 1930), hat jetzt 6 M. A.-H. Hier still, stumpf, nervös, leicht erregt, weich, gefühlslabil, dement, asthenisch, schwächlich, reduziert; klagt Rheumatismus, Schwindel.

Debiler, weicher, haltloser, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus + Arteriosklerose. Körperlich siech, für geschl. Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

75. Sch. Fridolin, geb. 13. VIII. 1902 zu Lahr, ledig, Etuismacher, 28 J. alt. Vater Potus, verlor früh Mutter. Stiefmutter. Mit 13 J. Hüftgelenkentzündung, »leichtsinnig, faul, arbeitsscheu«. 1926 arbeitslos, großer Krach daheim, fort auf Wanderschaft. Seither zwei Gefängnisstrafen von zus. 1 M. 14 Tg. wegen Sachbeschädigung, Bedrohung, Widerstands, 15 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war zweimal im A.-H. zus. 1 J. 3 M., zahlreiche Beschwerden an Behörden über Behandlung, »bodenlos frech« (mehrfach Hausstrafen), hat jetzt 12 M. A.-H. Hier enorm erregbar, hetzerisch, scheinheilig, launisch, frech, unverschämt, querulatorische Züge. Linkes Bein 13 cm kürzer.

Debiler, unsteter, erregbarer, querulatorischer, schizoider Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

76. Sch. Franz, geb. 25. III. 1885 zu Konstanz, ledig, Schlosser, 46 J. alt. »Vater Wirt, brachte es zu nichts; vernachlässigte Erziehung, Schule schlecht.« 1914 Beckenschuß, 1915 verschüttet, seither angebl. nervenleidend, seit 1917 in Militärschlosserei beschäftigt, seit Kriegsende keine Arbeit mehr bekommen. Seit 1923 einmal 3 Tg. Gefängnis wegen Hehlerei, acht Bettelstrafen, jetzt 6 M. A.-H. Verschroben, geschwätzig, indolent; körperlich asthenisch, reduziert.

Debiler, willensschwacher, schizoider Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

77. S. Josef, geb. 16. XII. 1875 zu Strümpfelbrunn, gesch., Tagelöhner, 55 J. alt. Jüngster von drei Geschwistern. »Uble Verhältnisse, alle Familienglieder trinken und sind minderwertige Leute.« Mit 20 J. fort wegen schlechter Arbeitsverhältnisse, kam bald ans Trinken (Schnaps). Heiratete 1919 Witwe mit drei Kindern, oft Streit mit diesen, deshalb eines Nachts fort. 1927 Ehe geschieden zu seinem Verschulden. Immer ansässig, landstreicherte angeblich nie, nur Bettel. Seit 25. Lebensjahr 20 gerichtl. Strafen wegen Beleidigung, Körperverletzung, Betrugs, Widerstands, Diebstahls, Urkundenfälschung, Unterschlagung von zus. 1 J. 10 M. 25 Tg. (meist vor dem Krieg), 22 Bettelstrafen, dreimal A.-H. von zus. 2 J. 3 M., jetzt 18 M. A.-H. Hier stumpf, sonst unauffällig; leicht erregbar, jähzornig, gefühlslabil, rührselig, willensschwach, oft beste Vorsätze. Asthenisch, hypoplastisches Gesicht, frisches Aussehen.

Leicht debiler, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

78. S. Emil, geb. 26. XII. 1894 zu Forbach, ledig, Tagelöhner, 36 J. alt. Seit Kindheit schwerhörig. »In Schule träg, unaufmerksam, zum Lügen und Stehlen geneigt.« Verlor mit 15 J. die Eltern. Mit 14 J. erste Strafe wegen Diebstahls, Fürsorgezögling. »Typ der Verwahrlosung, Rohling, jeder religiösen Ader bar, Strafe ohne jede tiefgehende Wirkung; Durchbrenner.« Hat 16 gerichtliche Strafen: wegen Brandstiftung 1 J. Zuchthaus, insges. 14 J. 3 M. Gefängnis wegen Diebstahls, Unterschlagung, Sachbeschädigung, Raubversuchs, Notzuchtversuchs; 5 J. Ehrverlust; fünf Bettelstrafen, 1922 6 M. A.-H. »... Der total minderwertige Bursche, nur von Stroman- und Diebesinstinkten getrieben, ist eben ein für allemal fürs Leben unfähig; er gehört ins Verwahrungshaus ad calendae graecae« (Landesgef. Mannheim 1917). Hat jetzt 9 M. A.-H. Hier stumpf, blöd, willig, fleißig, Arbeitsmaschine.

Debiler, triebhafter, moralisch tiefstehender Psychopath. Für geschlossene Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

79. S. Konrad, geb. 26. VII. 1906 zu Ladenburg, ledig, Korbmacher, 24 J. alt. Schlechter Schüler. Verlor mit 9 J. Vater, kam ins Waisenhaus. Aus Schlosserlehre mehrfach entwichen, heimgelaufen; weil zu schwer begriffen, Korbmacherlehre. Im Sommer Gelegenheitsarbeit bei Bauern, seit 1926 auf der Landstraße. Mit 17 J. erste Strafe. Sechsmal Gefängnis wegen unerlaubten Waffenbesitzes, Hehlerei, Betrugs, Beleidigung, Diebstahls von zus. 6 M. 3 Tg., 21 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., 6 M. A.-H., jetzt 9 M. A.-H. Frech, unverschämt, schwachsinnig, verschlossen, jähzornig. Gemütskalt, Freiheitsdrang, liebt Abwechslung. Dysplastisch.

Stark debiler, unsteter, triebhafter, gemütskalter Psychopath. Vermindert zurechnungsfähig.

80. S. Josef, geb. 8. III. 1880 zu Todtmoos, ledig, Weber, 50 J. alt. Verlor mit 5 J. die Mutter, kam zu fremden Leuten, schon früh Verfehlungen, war bis Schulende an ca. 10 verschiedenen Stellen untergebracht, bekam angebl. mehr Schläge als zu essen. Mit 14 J. erste Strafe (kleiner Diebstahl); während Militärzeit (1902/03) zweimal desertiert. Nach Militärzeit 5 J. bei franzö. Fremdenlegion. Seither auf der Landstraße. Abenteuerlustig, Wissensdrang, besah sich in Italien und Frankreich Altertümer, Kirchen, Gemäldesammlungen usw. Im Krieg 1916 schwere Schädelverletzung, seither leicht aufgeregt, zittert gleich, alkoholintolerant. Hat 17 gerichtliche Strafen: 3 J. 2 W. Zuchthaus und 5 J. Ehrverlust, 7 J. 1 M. 7 Tg. Gefängnis wegen Raubs, Diebstahls, Betrugs, Körperverletzung, Urkundenfälschung, Unterschlagung, Beleidigung; neun polizeiliche Strafen wegen Bettels und Landstr., jetzt 6 M. A.-H. Hier gleichgültig, stumpf-zufrieden.

Unsteter, haltloser Psychopath + traumatische Hirnschädigung. Vermindert zurechnungsfähig.

81. St. Ludwig, geb. 28. VIII. 1877 zu Hamburg, ledig, Schiffszimmermann, 53 J. alt. »Vater Trinker, Mutter gutmütig, weich.« »Sorgenkind.« Trinkt seit Jugend, früh fort, »wurde daheim wieder ausgerüstet, wenn er zerlumpt heimkam«. Fuhr jahrelang zur See. 1907 bis 1913 in Amerika. »Nach Krieg Verhältnis mit Kriegerwitwe, verweigerte Alimenteransprüche, zog fort, äußert, sie kriege nichts, lieber verrecke er auf der Landstraße.« Seit 1897 sechs Gefängnisstrafen von 1 J. 10 M. 2 Tg. wegen Hausfriedensbruchs, Diebstahls, Bedrohung, seit 1921 27 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. 1927 6 M. A.-H., jetzt 12 M. A.-H. Hier faul, träge, gereizt, stimmungslabil, eigensinnig, gemütskalt, egoistisch. Hatte dreimal Delirium tremens. Körperlich athletisch.

Chronischer Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

82. T. Eduard, geb. 10. V. 1871 zu Saarlouis, ledig, Schneider, 59 J. alt. »Gute Verhältnisse; früh leichtsinnig, vertrank mit Kameraden, die Angehörigen lehnten ihn ab.« Bis 30. Lebensjahr im väterlichen Geschäft gearbeitet, dann auf Wanderschaft, um dazuzulernen, blieb bald auf der Landstraße hängen. Hat seither acht Gefängnisstrafen von zus. 6 M. 29 Tg. wegen Diebstahls, Beleidigung, Widerstands, Betrugs, Beamtenbeleidigung und 109 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr.; war fünfmal im A.-H. zus. 6 J., hat jetzt 24 M. A.-H. Hier für sich, gemüthlich, leicht erregbar, nervös-zapplig, alkoholsubtolerant, für Vorleben gleichgültig, total abgestumpft. Stark gealtert, ergraut, schwächlich, öfter Schwächeanfälle.

Haltloser, willensschwacher Psychopath + Alkoholismus

+ Arteriosklerose. Für Kreispflegeanstalt geeignet, vermindert zurechnungsfähig.

83. Th. Wilhelm, geb. 5. IX. 1891 zu Mannheim, gesch., Zeichner, 39 J. alt, Jüngster von 10 Geschwistern. »Unstet, haltlos, liederlich, arbeitsscheu, begabt; immer wieder gute Vorsätze.« Nach Tod der Mutter mit 23 J. Heirat, angebl. um einen Halt zu haben. Ehe 1924 geschieden. Hat seit 21. Lebensjahr 18 gerichtl. Strafen wegen Betrugs (meist) und Urkundenfälschung, Zuhälterei von zus. 6 J. 5 Tg. Gefängnis, jetzt 6 M. A.-H. wegen Zuhälterei. Scheinheilig, hochnäsiger, reizbar, Verstimmungszustände, unstet, z. T. einsichtig; Zeichenbegabung. Asthenisch, mager.

Haltloser, schizoider Psychopath.

84. T. Karl, geb. 30. XII. 1897 zu Mühlhausen b. Stuttgart, led., Fabrikarbeiter, 33 J. alt. »Vater roh, zwei Brüder minderwertig.« Suggestibel, verführbar. Mit 23 J. auf Wanderschaft, seither 16 Gefängnisstrafen wegen Diebstahls, Sachbeschädigung, Hausfriedensbruchs, Hehlerei, Unterschlagung, Widerstands, erschw. Körperverletzung, Zuhälterei von insges. 4 J. 1 M. 17 Tg., 19 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., jetzt wegen Zuhälterei 6 M. A.-H. Hier kindisch, läppisch, lenksam, schwachsinnig, gutmütig, großsprecherisch, geschwätzig; will in Heidelberg eine ältere Dirne heiraten, die seien als ganz gut. Klein, infantil, hypoplastisch.

Erethischer, moralisch tiefstehender Imbeziller. Für Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

85. V. Jakob, geb. 7. III. 1879 zu Mannheim, gesch., Kaufmann, 52 J. alt. »Ein Bruder in französ. Fremdenlegion gestorben; Schulschwänzer, Bürgerschule, Kaufmannslehre.« Abenteuerlustig, ausschweifende Phantasie, Wandertrieb, unstet, ruhelos. Seit 19. Lebensjahr auf Wanderschaft und bald erste Bettelstrafe. Heiratete 1920 — 41 J. alt — eine Dirne, nach 1/2 J. geschieden, gleich darauf zweite Heirat, wieder mit einer Dirne; äußert dazu: Aus Arger über die erste habe er gedacht, die erste beste nimmst jetzt. Hat sechs Gefängnisstrafen von zus. 1 J. 7 M. 14 Tg. wegen Diebstahls, Widerstands, Sachbeschädigung und 68 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., war siebenmal im A.-H., zus. 7 J. 9 M., jetzt 24 M. A.-H. Unterwürfig, kriechend, unterm Auge vielgeschäftig, fleißig, sonst faul; wird, wenn warm geworden, üppig; zeitweise Verstimmungen bis Suizidgedanken, meist heiter, vergnügt, lebenslustig; unbekümmert, gleichgültig, abgestumpft, arbeitsscheu.

Haltloser, cyclothymischer Psychopath + Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

86. V. Alfred, geb. 21. VIII. 1900 zu Berlin, ledig, Hausdiener, 30 J. alt. Arme Verhältnisse. Kam in Schule nur bis dritte Klasse, »schwierig, nach Schulentlassung fort«. Fand kaum Arbeit wegen Schwächlichkeit. Mit 19 J. erste Strafe, hatte fünfmal Gefängnis wegen Diebstahls, Urkundenfälschung, falscher Namensangabe von zus. 7 M. 17 Tg., 29 Haftstrafen wegen Bettels und Obdachlosigkeit, war seit 1927 dreimal im A.-H. zus. 3 J. 9 M. (Fluchtversuche), hat jetzt 15 M. A.-H. »V. ist durch die lange Haft körperlich ziemlich heruntergekommen, sieht schlecht aus. Ich halte es für ausgeschlossen, daß er zurzeit Arbeiten im pol. A.-H. verrichten kann« (ärztl. Zeugnis). Im A.-H. bisher ruhig, unauffällig; gemütskalt, Freiheitsdrang, liebt Abwechslung, unbekümmert, leicht erregt, zappelig-nervös. Asthenisch, schwächlich, stark reduziert, blaß, vasolabil, sehr lebhaft Reflexe.

Stark debiler, neuropathischer Psychopath. Körperlich siech. Für geschlossene Kreispflegeanstalt geeignet. Vermindert zurechnungsfähig.

87. V. Rudolf, geb. 13. VIII. 1880 zu Bohlingen, ledig, Arbeiter, 50 J. alt. Unehelich, angenommen; Vater war Trinker, »verkommene Familie«, eine Schwester war in Zwangserziehung. »In Schule faul, schlechte Führung, Streiche.« Mußte nach Tod der Mutter mit 12 J. Geld verdienen. Seit 18. Lebensjahr dauernd auf der Landstraße, nur durch Krieg und Inhaftierung unterbrochen. Mit 14 J. erste Strafe (Diebstahl). Ist viermal mit Gefängnis von zus. 2 J. bestraft wegen Diebstahls, Beleidigung, Grenzüberschreitung, Betrugs, 44 mal mit Haft wegen Bettels und Landstr., war achtmal im A.-H. zus. 11 J., hat jetzt 24 M. A.-H. Hier ruhig, stumpf, sucht Vorteile zu erschwindeln, hetzt andere auf, hält sich dann im Hintergrund; abenteuerlustig, baut Luftschlösser, Wandertrieb, äußert, das stehe ihm auch zu, zu sehen, was Millionäre sehen können; politisches Ressentiment, zeitweise Verstimmungen, unbeherrscht, launisch, jähzornig. Arteriosklerotische Erscheinungen.

Unsteter, cyclothymischer Psychopath + Alkoholismus + Arteriosklerose. Vermindert zurechnungsfähig.

88. W. Otto, geb. 14. III. 1885 zu Tettenbüll, ledig, Maler, 46 J. alt. Als Kind Rachitis. In Schule schlecht. Früh unstet. Seit 19. Lebensjahr unterwegs, viel im Ausland (Rußland, Frankreich, Schweiz, Dänemark). Zeitweise starker Alkoholmißbrauch (Schnaps), jetzt alkoholintolerant. Seit 20. Lebensjahr fünf Gefängnisstrafen von zus. 1 M. 21 Tg. wegen Sachbeschädigung, Hausfriedensbruchs, 28 Haftstrafen wegen Bettels und Landstreicherei, zweimal A.-H. zus. 1 J., jetzt 9 M. Indolent, stumpf; Turmschädel (51 cm), Skoliose.

Debiler, haltloser Psychopath + chronischer Alkoholismus. Vermindert zurechnungsfähig.

89. W. Gustav, geb. 9. IX. 1871 zu Langerfeld, ledig, Schleifer, 59 J. alt. Faul, arbeitsscheu, ging angebl. früh fort, unstet, Wandertrieb. Hat seit 36. Lebensjahr 31 polizeiliche Strafen von zus. 9 M. 17 Tg. Haft wegen Bettels und Landstr., war dreimal im A.-H. zus. 2 J. 9 M., jetzt für 24 M. Hier still, für sich, spricht kaum, arbeitet selbständig im Kesselhaus; stumpf, gleichgültig, affektlahm, verschlossen, wenig zugänglich, schließlich gereizt, abweisend. Körperlich groß, kräftig, rüstig, athletisch.

Schizoider Psychopath? Schizophrener Endzustand? Vermindert zurechnungsfähig.

90. W. Emil, geb. 22. V. 1882 zu Gräfenhausen, ledig, Goldschmied, 48 J. alt. Als Kind Rachitis. Mittlerer Schüler; hielt Lehre nicht aus, unstet, abenteuerlustig, Wandertrieb, mit 17 J. fort. »Frech, rücksichtslos, gemeines Betragen, Eltern waren froh, wenn er weg war.« Hielt nirgends aus, leicht erregbar, lief bei geringstem Anlaß fort, reaktive Depressionen mit Suizidversuchen, zeitweise Besserungswille, Insuffizienzgefühle, gefühlslabil, stimmungslabil, gelegentlich Alkoholabusus. Seit 16. Lebensjahr vier Gefängnisstrafen von zus. 5 M. 10 Tg. wegen Körperverletzung, Betrugs, Unterschlagung, Diebstahls, 31 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., jetzt 6 M. A.-H. Hier fleißig, unauffällig, freier Arbeiter. Rachitischer Schädel (60½ cm), Strabismus divergens.

Cyclothymischer, haltloser, willensschwacher Psychopath.

91. W. Josef, geb. 11. I. 1903 zu Untersimonswald, ledig, Tagelöhner, 28 J. alt, »genannt Afraseppel«. Keine Geschwister. »Vater und Mutter

Trinker, bekam als Säugling Schnuller mit Schnaps; gutmütig, leicht beeinflußbar, jedes Frühjahr unbändiger Wandetrieb«. Seit 18. Lebensjahr auf der Landstraße. Seither 23 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr. von zus. 9 M. 16 Tg., war sechsmal im A.-H. zus. 5 J. — einmal entwichen —, jetzt für 15 M. A.-H. Hier faul, arbeitsscheu, lenksam, blöd, gutmütiger Trottel; geschwätzig. 164 cm groß, dysplastisch, lange Arme, Idiotengesicht, Schädelumfang 52 cm.

Erethischer, hochgradig Imbeziller. Für Dauerverwahrung in Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

92. W. Hermann, geb. 24. IV. 1871 zu Mitteldorf-Hohenstein, ledig, Müller, 60 J. alt. Vater absonderlich. »Tunichtgut, mit 16 Jahren fort.« Seit 22. Lebensjahr auf der Landstraße (viel im Ausland) oder inhaftiert. Mit 17 Jahren erste Strafe. Ist gerichtlich 24mal bestraft wegen Diebstahls, Urkundenfälschung, Betrugs (12mal), Sachbeschädigung, Widerstands, Beleidigung, Hausfriedensbruch; achtmal mit Zuchthaus zu insges. 13 J. 9 M., 16mal mit Gefängnis zu 5 J. 5 M. 13 Tg., zus. 27 J. Ehrverlust und 23mal mit Haft wegen Bettels und Landstr., war viermal im A.-H. zus. 4 J. 9 M. jetzt für 24 M.; war insges. über 24 J. inhaftiert. Im A.-H. still, für sich, spricht kaum, gelegentlich starke reaktive Erregungen; sensibel, weich, gefühlslabil, könne kein Blut sehen, betont: nie Robheitsdelikte, leicht erregbar, willensschwach, Wandetrieb, Freiheitsdrang, queruliert verbittert gegen ungerechte Einsperrung, will auf der Landstraße enden. Stark gealtert, derbknochig, dysplastisch, großer Schädel, schwerhörig.

Weicher, willensschwacher, unsteter, haltloser, moralisch tiefstehender Psychopath + Arteriosklerose. Für Dauerverwahrung in geschlossener Kreispflegeanstalt geeignet; vermindert zurechnungsfähig.

93. W. Konrad, geb. 11. IX. 1870 zu Essingen, ledig, Heizer, 60 J. alt. Vater war geisteskrank in Anstalt. Bis 1924 zuhause, stand immer in Arbeit, im Krieg reklamiert (steife Hand), 1924 arbeitslos, seither auf Wanderschaft, fand nur Gelegenheitsarbeit als Hilfsarbeiter bei Bauern. Bettel aus Not. Kam ans Trinken. Durch Milieueinflüsse gescheitert. Seither 39 Haftstrafen wegen Bettels, jetzt 6 M. A.-H. Leicht debil, gutmütig, sensibel, weich, könne kein Blut sehen, gehe Streit aus dem Wege, bedauert Arbeitslosigkeit. Schwerhörig.

Weicher, willensschwacher, unselbständiger Psychopath + Alkoholismus.

94. W. Johannes, geb. 25. III. 1871 zu Steinheim, lebt getrennt, Zimmermann, 60 J. alt. »Wenig geordnete Familie«. Nach der Lehre 1/2 Jahr in Arbeit, weggelaufen. Mit 43 J. Heirat, nach fünf Jahren fort, schlechte Ehe, viel Streit, Potus. Mit 18 Jahren erste Strafe. Hatte neunmal Gefängnis von zus. 3 J. 8 M. 14 Tg. und 5 J. Ehrverlust wegen Diebstahls, Hausfriedensbruchs, Sittlichkeitsverbrechens, 53 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., zweimal im A.-H., zus. 1 J. 3 M., jetzt für 12 M. Hier unsauber, unordentlich, lächelt viel, geschwätzig, streitsüchtig; läppisch, geschwätzig, verschoben, Denkstörungen, Umweltsveränderungsgefühle, verworrene Wahnideen, berichtet von früheren Halluzinationen, mehrfach akute Schübe.

Schizophrenie. Anstaltsbedürftig; unzurechnungsfähig.

95. Z. Paul, geb. 22. V. 1900 zu Zöblitz, ledig, Eisendreher, 30 J. alt. Unehelich. Sensibel, weich, folgsam, guter Schüler. 1923/25 in der Tschechoslowakei gedient, seither verändert, ängstlich, schreckhaft, Ver-

folgungsgefühle, Autismus. Seit 1926 auf der Landstraße, seither 16 Haftstrafen wegen Bettels und Landstr., einmal 6 Tg. Gefängnis wegen Paßvergehens, einmal 6 M. A.-H., jetzt 9 M. Autistisch, stumpf, gleichgültig, lenkbar, spricht viel vor sich hin; antriebslos, verschroben, läppisch, affektlahm, abgelenkt, Denkstörungen, hört Stimmen, Verfolgungsideen.

Schizophrenie. Für Verwahrung in Kreispflegeanstalt geeignet. Unzurechnungsfähig.

96. Z. Otto, geb. 20. II. 1895 zu Klettwitz, ledig, Bergmann, 36 J. alt. »Vater jähzornig, geizig, Mutter debil«, ein Bruder mehrfach wegen Diebstahls verurteilt. Mit 17 Jahren erste Strafe (Fahrraddiebstahl), war nach Streit mit Vater fortgelaufen. Seither unset. 1914 bis 18 Soldat, dann freiwillig bis 1921. Seit 1925 auf der Landstraße, öfter in Krankenhäusern angeblich wegen Überanstrengung. Stellte sich einmal angeblich selbst zur Strafe, um Unterkommen zu haben. Siebenmal mit Gefängnis bestraft wegen Diebstahls, Unterschlagung, Betrugs, unbefugten Waffenbesitzes zu insges. 2 J. 11 M. Gefängnis, 3 J. Ehrverlust, 26mal mit Haft wegen Bettels und Landstr., war einmal 12 M. im A.-H., jetzt für 12 M. A.-H. Faul, frech, eigensinnig, widerspenstig, erregbar, zapplig-nervös, leicht debil; klein, infantil, hypoplastisch, blaß.

Haltloser, erregbarer Psychopath.

### Ergebnisse.

Kein einziger der 96 untersuchten Korrigenden kann als geistig unauffällig bezeichnet werden. Dabei ist die Grenze des Abnormen, wie ausdrücklich bemerkt sei, enge gezogen. Sie alle weisen mehr oder weniger starke geistige Defekte auf. Groß ist die Zahl der psychopathischen Persönlichkeiten der verschiedensten Schattierungen. Sehr viele sind mehr oder weniger schwachsinnig. Die meisten trieben, mindestens zeitweise, Alkoholmißbrauch. Als Alkoholiker sind nur diejenigen gezählt, bei denen der Alkoholismus überwog, als Psychopathen diejenigen, bei denen die Psychopathie im Vordergrund stand. Demnach sind 40 als Psychopathen bezeichnet, 23 als Alkoholiker. Doch muß berücksichtigt werden, daß 10 als Psychopathen Bezeichnete fast ebensogut als Alkoholiker gelten können, während andererseits 11 von den 23 Trinkern starke psychopathische Züge aufweisen. Ein Psychopath leidet an beginnender Lues des Zentralnervensystems, bei zweien kommt traumatische Hirnschädigung hinzu. 14 Insassen sind Imbezille; davon trieben 4 in stärkerem Maße Alkoholmißbrauch. 11 Insassen leiden an Schizophrenie. Zwei weitere, die als Psychopathen gezählt sind, sind vermutlich Schizophrene. 4 Insassen sind Epileptiker, 3 davon mit ausgeprägter typischer Demenz. Bei 18 Leuten sind arteriosklerotische Erscheinungen hervortretend, bei 3 so vorherrschend (Psychopathen, 2 davon mit Alkoholismus), daß sie als Arteriosklerotiker gezählt werden. Ein Psychopath mit Alkoholismus ist ausgesprochen senil-arteriosklerotisch dement. Über die prozentualen Verhältnisse gibt folgende Diagnosenübersicht Auskunft.

## Diagnoseübersicht:

	Anzahl der Fälle	vom Hundert
Psychopathen .....	39	40,7
Alkoholismus .....	23	24,0
Imbezillität .....	14	14,6
Schizophrenie.....	11	11,4
Epilepsie.....	4	4,2
Arteriosklerose.....	3	3,1
Senile Demenz .....	1	1
Lues cerebri .....	1	1
	96	100

Was die Körperbautypen im *Kretschmer'schen* Sinne betrifft, so ist bemerkenswert, daß weitaus die meisten Fälle gemischte Typen darstellen. Vorwiegend pyknisch ist nur einer, asthenisch 17, athletisch 6. Von den vorwiegend Dysplastischen waren 9 hypoplastisch-infantil, einer akromegal und einer eunuchoid. Eine ganze Reihe war in körperlich reduziertem Zustand, ein Arteriosklerotiker, ein Imbeziller, ein Psychopath körperlich siech.

Der jüngste Arbeitshausinsasse ist 23 Jahre, der älteste 70 Jahre alt. Wie sich aus der Übersicht der Altersverteilung ergibt, zählt genau die Hälfte der Untersuchten 50 Jahre und mehr, etwa ein Fünftel der Insassen ist 60 Jahre alt und darüber, nämlich 5 Psychopathen, 4 Alkoholiker, 3 Imbezille und 6 Geisteskranke.

## Altersverteilung.

Alter	Anzahl
23—29 Jahre	11
30—39 „	23
40—49 „	14
50—59 „	28
60—70 „	20
zusammen	96

Es müssen wohl sämtliche 96 Untersuchten, also auch die jüngsten, als definitiv gescheitert angesehen werden. Und zwar sind 76 (79,2 %) früh, 20 (20,8 %) spät gescheitert. Die Beteiligung der einzelnen Diagnosen zeigt folgende Übersicht:



	früh gescheitert	spät gescheitert	Summe
Psychopathen .....	35	5	40
Alkoholiker .....	14	9	23
Imbezille.....	12	2	14
Schizophrene .....	9	2	11
Epileptiker .....	4	—	4
Arteriosklerotiker .....	1	2	3
Senil-demente .....	1	—	1
	76	20	96

Ein näheres Eingehen auf die Ursachen des sozialen Scheiterns der einzelnen Personen müssen wir uns versagen, da die anamnestischen Angaben in vielen Fällen mit den aufgewandten Mitteln nicht in hinreichendem Maße zu erhalten waren. Doch seien folgende Feststellungen erwähnt: In 58 Fällen (60,4 %) liegen ungünstige Milieuverhältnisse vor; in 30 (32,2 %) Trunksucht eines oder beider Eltern. In 26 Fällen (27,1 %) sind eines oder beide Eltern früh gestorben. 22 Personen (22,9 %) sind jüngste Geschwister, häufig einer großen Anzahl. 9 Insassen (9,4 %) waren Fürsorgezöglinge. 10 Insassen (10,4 %) sind unehelich geboren. Auffallend ist die große Zahl der Ledigen, nämlich 77 (80,2 %). Nur 2 sind verheiratet (2,1 %); 10 gesch. (10,4 %), darunter 5 Alkoholiker; 3 (3,1 %) leben getrennt, 4 (4,2 %) sind Witwer, darunter 3 Alkoholiker. In 7 Fällen sind Milieueinflüsse als hervorragende Ursache des sozialen Scheiterns unverkennbar.

Die Insassen stammen aus allen Teilen des deutschen Reiches, nur 29 sind in Baden geboren.

Von 59 der 96 Korrigenden wird in den Akten ein gelernter Beruf angegeben. Sie haben zum Teil eine Lehrzeit durchgemacht oder begonnen, ohne sie durchzuführen, größtenteils als Handwerker. Die verschiedensten Berufe sind vertreten, die meisten einmal, einzelne 2 oder 3 mal, einer (Schlosser) 6 mal, 11 können als gelernte Arbeiter gelten. Doch haben die wenigsten längere Zeit auf dem angegebenen Beruf gearbeitet.

Was die Kriminalität betrifft, so ist diese sehr mannigfaltig. Die Strafregister enthielten in einzelnen Fällen z. T. nur summarische Angaben. Die Zahl der Verurteilungen zu den einzelnen Straftaten ist darum nicht festzustellen. Es sei deshalb, um über deren Verteilung eine gewisse Übersicht zu haben, angegeben, soweit es sich feststellen ließ, bei wieviel Insassen die einzelnen Straftaten genannt sind, gleichgültig, ob sie bei derselben Person einmal oder

mehrfach auftreten: 94 der 96 Insassen sind wegen Bettelns, Landstreicherei bestraft; bei 60 Personen ist Diebstahl genannt, bei 36 Betrug; 31 Insassen sind wegen Hausfriedensbruchs verurteilt, 28 wegen Widerstands, 26 wegen Körperverletzung, 20 wegen Beleidigung, 20 wegen Unterschlagung, 18 wegen Sachbeschädigung, 14 wegen Bedrohung, 10 wegen Hehlerei, 9 wegen Urkundenfälschung, 7 wegen Sittlichkeitsverbrechens, 6 wegen Zuhälterei, 5 wegen Fahnenflucht, 4 wegen Erregung öffentl. Ärgernisses, 3 wegen Raubs, je 2 wegen Erpressung, Freiheitsberaubung, Gefangenenbefreiung, Kuppelei, Majestätsbeleidigung, Unfugs, unerlaubten Waffenbesitzes, je einer wegen Achtungsverletzung, Begünstigung, Brandstiftung, fahrlässiger Tötung, Gotteslästerung, Grenzüberschreitung, Handelsvergehen, Meuterei, Mißhandlung, Ruhestörung.

Fassen wir die Straftaten unter demselben Gesichtspunkt zusammen, so ergibt sich folgende Übersicht:

Straftaten	verurteilte Personen
Sittlichkeitsdelikte .....	15
Affektvergehen	
a) gegen d. öffentl. Ordnung ..	28
b) gegen die Person .....	128
Eigentumsdelikte .....	93

Eine ganze Reihe bevorzugten einzelne bestimmte Straftaten. So ist einer z. B. neunmal wegen Diebstahls, einer zwölfmal wegen Betrugs verurteilt neben einigen andern Delikten. Im ganzen scheinen, abgesehen vom dominierenden Bettel und Landstreichen, die Affektvergehen und -verbrechen, z. T. unter Alkoholwirkung, zu überwiegen.

Nur 8 der 96 Korrigenden weisen nur Haftstrafen auf, nämlich 2 Psychopathen, 3 Imbezille, 2 Schizophrene und ein vermutlich Schizophrener. Alle anderen haben Gefängnisstrafen, 8 außerdem Zuchthausstrafen, nämlich 7 Psychopathen (darunter 2 mit Arteriosklerose) und 1 Schizophrener. Von diesen 8 Fällen waren 5 einmal mit Zuchthaus bestraft von 1 Jahr, 3 Jahren, 3 Jahren 8 Monaten, 6 Jahren und 10 Jahren. Bei letzterem handelt es sich um einen jetzt 65 Jahre alten Psychopathen und Arteriosklerotiker, der mit 37 Jahren erstmals straffällig wurde und der 4 Gefängnisstrafen, 30 Haftstrafen und einmal Arbeitshaus aufweist. Ein Insasse hatte 2 Zuchthausstrafen von zusammen  $4\frac{1}{2}$  Jahren; ein 60 Jahre alter Schizophrener 3 Zuchthausstrafen von zusammen  $3\frac{1}{2}$  Jahren neben 25 Gefängnisstrafen von zusammen  $5\frac{1}{2}$  Jahren,

45 Haftstrafen und zweimal Arbeitshaus; ein 60jähriger Psychopath 8 Zuchthausstrafen von zusammen  $13\frac{3}{4}$  Jahren neben 16 Gefängnisstrafen von zusammen  $5\frac{1}{2}$  Jahren, 23 Haftstrafen und viermal Arbeitshaus von zusammen  $4\frac{3}{4}$  Jahren. 8 Korrigenden weisen also zusammen 18 Verurteilungen zu Zuchthausstrafen auf.

Zu Gefängnisstrafen von insgesamt bis zu 1 Jahr waren 46 Korrigenden verurteilt, 15 bis zu 3 Jahren, 8 bis zu 4 Jahren, 8 bis zu  $7\frac{1}{2}$  Jahren; ein 70jähriger (Psychopathie, senile Demenz) mit 66 Bettelstrafen und zehnmal zusammen  $14\frac{1}{2}$  Jahren Arbeitshaus war bei 20 Verurteilungen 10 Jahre im Gefängnis; ein 36jähriger Psychopath, der mit 14 Jahren erstmals straffällig wurde, war 16mal zu Gefängnis verurteilt von insgesamt  $14\frac{1}{4}$  Jahren, neben Strafen von 1 Jahr Zuchthaus, fünfmal Haft und einmal 6 Monaten Arbeitshaus.

Was die Häufigkeit der Verurteilungen zu Gefängnisstrafen betrifft, so ist zu sagen, daß 8 der 96 Insassen keine Gefängnisstrafen aufweisen. Etwa die Hälfte (50) sind bis sechsmal verurteilt (7 Fälle einmal, 11 zweimal, 6 dreimal, 9 viermal, 6 fünfmal, 11 sechsmal), 15 Leute sind 7 bis 10mal, 19 11 bis 20mal, einer 25mal mit Gefängnis bestraft. In 3 Fällen ließ sich die Zahl der Gefängnis- und Haftstrafen nicht trennen; die Strafregister wiesen hier summarisch, »ca. 90«, 67 und 7 Nummern auf (darunter keine Zuchthausstrafen). Lassen wir diese unberücksichtigt, so ergeben sich im Ganzen 611 Verurteilungen zu Gefängnisstrafen.

Dem stehen gegenüber (wieder unter Außerachtlassung der 3 nicht zu differenzierenden Fälle) 3285 Verurteilungen zu Haftstrafen wegen Bettels, Landstreicherei oder beidem. Nur 2 Insassen haben keine Haftstrafen (sie sind wegen Zuhälterei im Arbeitshaus). Die höchste Zahl der Haftstrafen hat mit 176 (zusammen ca. 5 Jahre 8 Mon. Strafzeit) ein 64jähriger Imbeziller, der mit 20 Jahren erstmals straffällig wurde, 4 Gefängnisstrafen aufweist (wegen Sittlichkeitsverbrechens, Widerstands, Betrugs, Urkundenfälschung) und neunmal insgesamt 13 Jahre im Arbeitshaus war; die zweithöchste Zahl mit 141 ein 60jähriger Psychopath, der mit 22 Jahren erstmals straffällig wurde, eine Gefängnisstrafe von 3 Wochen hat wegen Betrugsversuchs und siebenmal zusammen  $6\frac{1}{2}$  Jahre im Arbeitshaus war; die dritthöchste mit 109 Haftstrafen ein 59 Jahre alter »Alkoholiker«, der 37jährig erstmals straffällig, achtmal zusammen ca. 7 Monate im Gefängnis und fünfmal insgesamt 6 Jahre im Arbeitshaus war. 52 Korrigenden, also über die Hälfte, hatten bis 30, 24 hatten über 30 bis 50, 16 über 50 bis 100 Haftstrafen wegen Bettels und Landstreicherei. Die Leute mit hohen Haftstrafenzahlen haben keine Zuchthausstrafen und in der Regel wenig Gefängnisstrafen.

Nehmen wir sämtliche Strafregisternummern zusammen, so

ergibt sich die stattliche Zahl von 4088 Verurteilungen, zu denen der richterliche Apparat aufgeboten werden mußte.

Was das Alter der einzelnen Korrigenden zur Zeit der ersten Verurteilung bezw. Straftat betrifft, so sehen wir 7 Personen mit 14 Jahren erstmals straffällig. Im Ganzen sind 21 Insassen vor ihrem 18. Lebensjahr erstmals bestraft. Über 18 Jahre bis 25 Jahre alt zur Zeit der ersten Straftat waren 46 Personen, 26—40 Jahre alt waren 13, 41—50 Jahre alt waren 5, über 50—55 Jahre alt waren 4 Korrigenden.

19 der 96 Insassen sind erstmals im Arbeitshaus für 6 Monate, darunter 4 wegen Zuhälterei, 5 mit über 30 Vorstrafen wegen Bettels und Landstreicherei. 42 der 96 Insassen hatten bereits jeder im Ganzen bis 3 Jahre das Arbeitshaus bevölkert, 8 über 3 bis 4 Jahre, also 50 Mann bis 4 Jahre, 6 Insassen waren früher über 4 bis 6 Jahre im Arbeitshaus, 6 über 6 bis 10 Jahre, 5 über 10 Jahre im Ganzen. Die längste Zeit brachte ein jetzt 70 Jahre alter senil-dementer Psychopath in Arbeitshäusern zu mit 14½ Jahren, der zehnmal zu Arbeitshaus verurteilt war, 10 Jahre im Gefängnis gesessen hat (20 Verurteilungen) und 66mal mit Haft bestraft ist. Der Nächste mit 13 Jahren 2 Monaten Arbeitshausaufenthalt (neunmal) ist der oben erwähnte Imbezille mit der Höchstzahl von 176 Bettelstrafen. Zur Zeit der Untersuchung waren 22 Korrigenden für 6 Monate, 14 für 9 Monate, 18 für 12 Monate, 7 für 15 Monate, 9 für 18 Monate, 2 für 21 Monate und 29 für 24 Monate in der Nachhaft.

Nach den Akten waren ein Imbeziller und ein Alkoholiker früher in Irrenanstalten untergebracht. Über frühere Strafverbüßung in psychiatrischen Gefangenenabteilungen ging aus den Akten nichts hervor; von den Untersuchten wurde darüber nichts angegeben.

Wie sich aus der Diagnosenübersicht ergibt, sind 20 Arbeitshausinsassen geisteskrank — darunter 6 über 60jährige — und deshalb für das Arbeitshaus untauglich. Es sei nochmals betont, daß sämtliche Insassen teils angeborene, teils erworbene geistige Defekte, einzelne auch körperliche Gebrechen aufweisen. Bei 3 als Psychopathen, 2 als Alkoholiker gezählten und 10 Imbezillen ist die Abwegigkeit vom Normalen so groß, daß diese als für das Arbeitshaus untauglich bezeichnet werden müssen. Es sind somit 35 Insassen für das Arbeitshaus untauglich. Aber auch unter den Übrigen befindet sich noch eine große Anzahl, bei denen die Geeignetheit für das Arbeitshaus wegen ihrer Defektuosität höchst fragwürdig erscheint. Hierher gehören 12 Psychopathen, 7 Alkoholiker, 4 Imbezille. Auch diese dürften bei näherem Zusehen nicht als für das Arbeitshaus geeignet angesehen werden können. Außer den 20 Geisteskranken (21 %) müssen somit noch 38 In-

sassen (39,5 %) wegen geistiger und körperlicher Gebrechen als für das Arbeitshaus ungeeignet gelten. Ohne Einschränkung können demnach nur 38 der 96 Insassen (39,5 %) als für das Arbeitshaus geeignet bezeichnet werden.

14 Arbeitshausinsassen sind anstaltspflegebedürftig, nämlich 10 Geisteskranke und 4 Imbezille. 34 Insassen würden sich zur Unterbringung in einer Kreispflegeanstalt eignen, nämlich 10 Geisteskranke, 10 Imbezille, 8 als Alkoholiker und 8 als Psychopathen bezeichnete. Allerdings müßte die Forderung der Geschlossenheit einer solchen Anstalt erhoben werden. Bei 38 Insassen (39,5 %) wäre eine Dauerverwahrung nicht unangebracht, bei 9 Psychopathen, 3 Alkoholikern, 9 Imbezillen, 11 Schizophrenen, 2 Epileptikern, 4 senil-arteriosklerotisch Dementen.

Was die Zurechnungsfähigkeit im Sinne des § 51 RStGB. betrifft, so mögen 17 (17,7 %) als zurechnungsfähig, 23 (24 %) als unzurechnungsfähig, 56 (58,3 %) als vermindert zurechnungsfähig angesehen werden.

Ziehen wir zum Schluß nun die praktischen Folgerungen aus unseren Untersuchungen, so ergibt sich als Gesamtergebnis die Tatsache, daß nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der im polizeilichen Arbeitshaus Untergebrachten dort am Platz ist, die Mehrzahl der Insassen des Arbeitshauses aber für die korrektionelle Nachhaft ungeeignet erscheint. Dieses Resultat stimmt mit den Ergebnissen früherer Untersuchungen, wie ein Vergleich mit den eingangs unserer Ausführungen zitierten Zahlen ergibt, weitgehend überein.

### Literatur.

- Bonhoeffer*: Beitrag zur Kenntnis des großstädtischen Bettel- und Vagabundentums, v. Liszt'sche Zeitschr. 21, 1901.
- Ders.*: Zur Kenntnis des großstädt. Bettel- und Vagabundentums, 2. Beitrag, Prostituierte, v. Liszt'sche Zeitschr. 23, 1903.
- Knörr*: Bericht über die psychiatr. Untersuchungen der Sträflinge. Auszug aus dem Verwaltungsbericht des Brandenbg. Provinzialausschusses 1909.
- Marthen*: Psychiatrische Korrigendenuntersuchungen, Alz. Zeitschr. 22, 1914.
- Mönkemöller*: Korrigendenanstalt und Landarmenhaus, Leipzig 1908.
- Ders.*: Das Landstreichertum und die Maßnahmen zu seiner Bekämpfung de lege lata und de lege ferenda. Klinik für psych. und nerv. Krankheiten 9, 1914.
- Riebeth*: Über den geistigen und körperl. Zustand der Korrigenden, Asch. Monatsschr. 5, 1908/09.
- Wilmanns*: Das Landstreichertum, seine Abhilfe und Bekämpfung. Asch. Monatsschr. 1905.
- Ders.*: Zur Psychopathologie des Landstreichers, Leipzig 1906.
- Ders.*: Zur Reform des Arbeitshauses. Asch. Monatsschr. 10, 1914.
- Ders.*: Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem Deutschen Strafgesetzbuch, Berlin 1927. Hier findet sich ein umfassendes Literaturverzeichnis.

Aus der oberfränkischen Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth  
(Direktor: Ob.-Med.-Rat Dr. Hock).

## Enzephalitikerfürsorge der Bayreuther Heilanstalt.

Von

Oberarzt Dr. F. Stemplinger, Bayreuth.

Die Enzephalitikerfürsorge hat sich die Aufgabe gestellt, alle Folgezustände nach Encephalitis lethargica zu erfassen, für entsprechende Verwahrung und nach Möglichkeit auch für Heilbehandlung zu sorgen.

Kliniken und Anstalten haben dieser Zeitforderung durch Errichtung von sogen. Enzephalitikerstationen entsprochen. Wir sahen uns bisher nicht hierzu veranlaßt; denn die Zahl der Enzephalitikerzugänge war relativ gering und die durchschnittliche Verwahrungsdauer nur kurz. Die 1. Aufnahme erfolgte im März 1920 unter der Diagnose: Psychose nach Grippeinfektion. Die Statistik erwähnt sie als Encephalitis lethargica erst 1923: 2 Aufnahmen. Aufnahmen und Stand hielten sich seither bei einer Krankenziffer von 5—600 stets unter 10, in den letzten Jahren ca. 6, d. h. etwa 1 %. Die Unterbringung fand deshalb auch nicht nach Diagnosen, sondern nach praktischen Bedürfnissen statt.

So wurde ganz zwangsläufig die allgemeine Außenfürsorge im Sinne *Kolbs* Trägerin unserer Enzephalitikerfürsorge, die sich seit Juni 1929 angesichts der erfreulichen Behandlungserfolge mit hohen Atropindosen besonders intensiv gestaltete. Es handelte sich vor allem darum, die verstreuten Fälle zu sammeln und den neuen Behandlungsmethoden zuzuführen. Der Versuch, die Kranken vorübergehend in die Anstalt zu bringen, mußte in den meisten Fällen sehr bald aufgegeben werden, da Angehörige und Versicherungsträger, weniger die Kranken selbst, nicht nur das Odium der Anstalt, sondern auch die bisher zwecklose Geldaufwendung scheuten. Sollte man deshalb diese Ärmsten ausschalten von den neueren Behandlungsmethoden und weiterhin ihrem Schicksal überlassen? Nein. So mußte ein Mittelweg gefunden werden, der einerseits die Möglichkeit sachgemäßer Behandlung, andererseits keine Schädigung des Kranken zuließ. In engster Zusammenarbeit mit pr. Ärzten wurden im Anstaltsaufnahmebezirk bisher 44 Postenenzephalitiker erfaßt und behandelt. Trotz mancherlei Zwischenfälle

sind wir zur Überzeugung gekommen, daß ein Großteil der Enzephalitiker ganz gut außerhalb der Anstalten nicht nur verwahrt, sondern auch mit Vorbehalt behandelt werden kann. Die durch die Fürsorge allein ausgeübte Betreuung wurde von den Angehörigen und Kranken stets dankbar begrüßt, selbst dann, wenn die Heilbehandlung nicht von Erfolg begleitet war.

Was nunmehr die Heilbehandlung anbelangt, so beschränkten wir uns im großen und ganzen auf die *Hirsauer* Atropinkur und machten nur dann von anderen Medikamenten Gebrauch, falls Atropin versagte oder verweigert wurde. Im voraus kann bereits versichert werden, daß im konkreten Falle weder Stramonium oder Harmin, Eustateina noch Neurosmon oder Scopolamin usw. mehr erreichte als Atropin, d. h. alle atropinrefraktären oder unverträglichen Fälle sprachen auch auf andere Mittel nicht besser an. Nur eine Kranke wurde durch 13 intralumbale Urotropingaben (40%, daneben subkutan Insulin) so weit gebessert, daß nach Senkung der bisherigen Atropindosis keine sonst übliche Wiederkehr des Parkinsonsyndroms eintrat (16). Doch möchte ich zu dieser schmerzhaften Methode, um nicht zu sagen, Pferdekur, nicht raten.

Wir sind uns durchaus bewußt, daß die Durchführung einer Atropinkur nicht dem pr. Arzte in die Hand gedrückt werden darf. Es gehört ein gerüttelt Maß an Erfahrung und Geduld dazu, um sich durch alle gelegentlich auftretenden Nebenerscheinungen und Unverträglichkeiten glücklich zur optimalen Dosis durchzuschlagen. Konstitution (8) und jeweiliger Kräftezustand spielen hierbei eine nicht zu unterschätzende Rolle. Wir gehen mit *C. Römer* und anderen durchaus einig, die davor warnen, die pr. Ärzte allein behandeln zu lassen, weil dadurch nicht nur die Methode in Mißkredit gebracht würde, sondern auch die Kranken unter Umständen Schaden leiden könnten. Nur in engster Zusammenarbeit von pr. Arzt und Facharzt lassen sich annähernde Erfolge erzielen, wie dies in einer fachärztlich geleiteten Anstalt gewährleistet ist. Ich sage absichtlich annähernde Erfolge, weil wir ebenfalls der Überzeugung sind, daß die Überwachung nur lückenhaft und die so wichtige suggestive Beeinflussungsmöglichkeit nicht so intensiv sein kann, abgesehen von dem günstigen Einfluß »des Geistes der Enzephalitikerstation, der Zähigkeit erzieherischer Arbeit« und der Anwendung physikalischer Heilmethoden. Mancher Fürsorgeerfolg wäre in klinischer Behandlung noch vertieft worden, mancher Atropinnegativist ließe sich bekehren. Trotzdem wir in der Fürsorge sog. Glanzfälle zu verzeichnen haben, müssen wir die medikamentöse, bes. die Atropinbehandlung des Enzephalitikers in der Fürsorge nur als Notbehelf ansehen und stets darnach trachten, den Kranken bis zur Fixierung des Optimums in klinische Behandlung zu bekommen. Die weitere Betreuung in der

Fürsorge hat bisher keine Unannehmlichkeiten ergeben, die in erster Linie dem Atropin zur Last gelegt werden könnten.

Durch allwöchentliche Fürsorgekontrolle und peinliche Instruktion der pr. Ärzte haben wir folgendes erreicht: 10 Fälle von Parkinsonismus wurden in der Anstalt selbst behandelt, 6 befinden sich trotz teilweise sehr guter Atropinkuren auf eignen Wunsch oder wegen Selbstmordneigung bzw. sexueller Triebhaftigkeit noch hier, 30 weitere Kranke wurden in der Fürsorge behandelt, bei den restlichen 4 Enzephalitikern handelt es sich um jugendliche Charakterdegeneration, von denen 2 wegen sexueller Hemmungslosigkeit verwahrungsbedürftig bleiben, während 2 andere trotz häufiger Erregungszustände mit Beruhigungsmitteln in der Familie belassen werden können.

Die 40 Parkinsonfälle waren vor der Atropinbehandlung naturgemäß samt und sonders invalide, wenn auch nicht alle pflegebedürftig. 2 Fälle von Paralysis agitans blieben atropinrefraktär. Weiterhin schieden aus:

1. wegen Verweigerung, Ängstlichkeit (Sehstörung) .... 2
2. wegen Erfolglosigkeit ..... 3
3. wegen Unverträglichkeit, geringen Erfolgs ..... 5

---

10

Die übrigen 30 Kranken (100% invalide, 80 % pflegebedürftig) besserten sich prozentual, ein Resultat, das naturgemäß nicht mehr so günstig ist wie das erstmals angeführte (14):

- |  |            |
|--|------------|
| 1. Nicht mehr invalide, EB. 0—33% .... 7 = 23%                   | } zus. 36% |
| 2. „ „ „ „ „ EB. bis 66 <sup>2</sup> / <sub>3</sub> % .. 4 = 13% |            |
| 3. Noch invalide, EB. „ 80% .... 17 = 57%                        |            |
| davon 2 teilweise pflegebedürftig.                               |            |
| 4. Noch invalide, EB. 100%,<br>pflegebedürftig ..... 2 = 7%,     |            |

wobei aber die subjektive soziale Besserung (Sauberekeit) noch in Anschlag zu bringen ist.

·Durch Tod gingen bisher 5 Kranke ab, davon eine Frau durch Selbstmord.

Damit komme ich zum Kapitel der durch Atropin bedingten sog. Neben-(Intoxikations-)-Erscheinungen. Bemerkenswert erscheint die Tatsache, daß bei  $\frac{1}{3}$  der Fälle und gerade bei den Glanzfällen keine oder nur geringgradige Nebenerscheinungen auftraten, so daß also die Verträglichkeit nicht in allen Fällen, aber doch in der Hauptsache den Erfolg sicherte.

Ich habe mir folgendes Schema zurechtgelegt:

#### 1. Akute Erscheinungen:

a) körperlicher Natur: Schwindelgefühl (dreimal), Schluckbeschwerden durch Trockenheit im Hals (stets, aber erträglich),



Magendarmstörungen, die sich bis zur Lähmung steigern können (Appetitmangel, Übelkeit fünfmal, Singultus einmal, Brechreiz, Erbrechen, Magenkrämpfe 17mal, Durchfälle viermal, vorübergehende Gewichtsabnahme fünfmal), Abgeschlagenheit (dreimal), vasomotorische Zeichen (Herzjagen bis 150 Pulsschläge viermal, aufsteigende Hitzen dreimal, trockene Haut häufig), Wadenkrampf (zweimal), Blasenkrampf (fünfmal).

b) seelischer Natur: Erregung mit Verwirrtheit (dreimal), nächtliches Phantasieren, Sinnestäuschungen (viermal), dagegen keine sekundären paranoiden Zustände oder Selbstmordneigung.

## 2. Chronische Störungen:

a) körperlicher Natur: fortschreitende Gewichtsabnahme, langsame Inanition infolge Versagens der sekretorischen und motorischen Magendarmfunktionen (zweimal), Furunkulose (zweimal), Amenorrhoe (einmal).

b) seelischer Natur: Apathie, Stupor (einmal), paranoider Zustand (einmal), keine Suizidneigung.

Krämpfe lassen sich im allgemeinen durch vorsichtiges Dosieren auf Monate hinaus ausschalten oder doch auf ein erträgliches Maß zurückschrauben. In 2 Fällen kam es überraschend nach einem Jahr noch zu einer erfreulichen Spätwirkung. Mitunter zwingen Nebenerscheinungen zum Abbruch der Kur. Vorübergehendes Herzjagen bis zu 140 Pulsschlägen schien nicht besorgniserregend. In 2 Fällen steigerten sich die Schluckbeschwerden so sehr, daß nur flüssige Kost verabreicht werden kann (dreimal 2 mg, bzw. dreimal 10 mg). Neben vorübergehenden Gewichtsverlusten sahen wir auch anhaltende Zunahmen bis zu 10 kg. Der Halstrockenheit begegnen wir in 4 Fällen befriedigend mit Pilokarpin hydrochlor. (Pille 0,01), wodurch die periphere Atropinwirkung gehemmt wird. Bei einer Atropininanition ergaben Röntgenkontrollen einmal nur 17 Gesamtsäure. Zufuhr von Mukotrat, Acidol-Pepsin besserte den Befund nach  $\frac{1}{4}$  Jahr wesentlich: 26/48 Säurewerte. Vor einigen Monaten abermals verstärkte Inanitionserscheinung: völlige Anacidität, beträchtlicher 12-Stunden-Rest. Durch Einnahme von Acidol-Pepsin, Pankreon, Pilokarpin seit  $\frac{1}{4}$  Jahr wiederum langsame, aber stetige Gewichtszunahme. Die gleichzeitige Apathie verschwand. Gegen Darmträgheit bewährt sich recht gut Agarol.

Die in der Literatur niedergelegten Angaben über paranoid-halluzinatorische Zustände mit Suizidneigung als Folgeerscheinungen der Atropinintoxikation sind meines Erachtens nicht überzeugend. Sechs unserer Kranken litten bereits jahrelang vor Beginn der Atropinmedikation an paranoid-halluzinatorischen Zuständen. Die bereits genannte Selbstmörderin unternahm 1921 den

ersten Selbstmordversuch, das Parkinsonsyndrom (akute E. leth.: 1920) wurde erst 1924 deutlich, 1925 zweiter Versuch. April 1930 Atropinkur, dadurch körperliche Besserung, aber nicht der Psychose; März 1931 erfolgreicher Selbstmord. Hereditär belastet: Vater großspurig, Mutter Trinkerin, Schwester wegen Katatonie in der Anstalt. Die 5 weiteren Fälle waren seit 1924 wiederholt selbstmordsüchtig, teilweise paranoid. Die Atropinkur begann bei allen erst im Juni 1929! Hierher gehört auch die mit Urotropin-Insulin Behandelte: 1 Bruder, 1 Onkel vts., 1 Stiefschwester mts. endeten durch Erhängen. Ein erfolglos Behandelter muß auch nach Absetzung von Atropin nach wie vor besonders überwacht werden. Nur bei einer ebenfalls seit Jahren Paranoiden mit vielen Sinnes-täuschungen konnte ich gleich C. Römer wie im Experiment mit wechselnder Dosis über dreimal 2,5 mg einen an Intensität und Breite sich verändernden paranoiden Komplex nachweisen, der schließlich neben der Selbstmordgefahr zur Internierung nötigte. Ähnliche Fälle sind in der Literatur als undankbar für die Atropin-kur beschrieben.

Von Interesse dürfte weiterhin ein Wort über die Verträglichkeit hoher Atropindosen sein. Die *Bremersche* These der erhöhten Atropintoleranz des Enzephalitikers, die zuerst von F. Stern annonciert wurde, ist unbewiesen und sicher nicht richtig, die Toleranz beruht wohl auf Gewöhnung; denn sie findet sich nach meinen Erfahrungen ebenso bei Nichtenzephalitikern. 7 Katatonien, dem Parkinsonismus mitunter bis zur Verwechslung ähnlich, sowie 3 angeborene Schwachsinnige vertrugen Dosen von  $2\frac{1}{4}$  bis  $8\frac{1}{4}$  mg wochenlang nicht nur besser, sondern sogar ohne jegliche Nebenerscheinungen, leider wurden die Katatoniker eher gespannter denn entspannter. Bei 5 Katatonien ließ sich überreichlicher Speichelfluß nicht beseitigen, selbst Dosen von täglich 15 mg waren wirkungslos, hier zeigte sich Scopolamin überlegen. Ein Todesfall bei Parkinsonismus mit Chorea nach Zufuhr von dreimal  $\frac{1}{4}$ —1,5 mg an Bronchopneumonie (Blasen- und Mastdarmlähmung) findet in der Annahme einer Idiosynkrasie (*Oelkers*) keine befriedigende Erklärung. Der behandelnde Arzt nahm mit gewissem Recht einen Rezepturfehler an. Leider konnte keine Untersuchung der Lösung stattfinden, da der Verfertiger der Vater des Toten war — Tragik! Als Kuriosum sei erwähnt, daß die Mutter eines Kranken, die selbst an Schiefhals litt, einmal dessen optimale Dosis (15 Tr. =  $3\frac{3}{4}$  mg) nahm und nur mit Erbrechen reagierte. Ein mir zur Entscheidung vorgelegter Fall, wonach ein Zahnarzt durch Versehen des Apothekers anstatt Mischpulver mit 0,0002 solche mit 0,002 Atropin. sulf. erhielt, und zwar in 3 Tagen 5 Stück (Gesamtmenge: 10 mg), so daß er mit einer Intoxikation *lege artis* reagierte, deren Folgen (Halsbeschwerden,

Sehstörungen, Schlaflosigkeit, nervöses Zittern) über viele Wochen anhielten, muß naturgemäß anders beurteilt werden. Es fehlte hier die Hauptsache der Toleranz, nämlich die langsame Gewöhnung. Während der Enzephalitiker durch Steigern in 3 Tagen höchstens  $4\frac{1}{2}$  mg erhält (1. Dosis: 0,25 mg), falls täglich gesteigert wird, sonst ja noch weniger, erhielt Zahnarzt K. sofort die doppelte Md. = 0,002 und im ganzen an 3 Tagen 10 mg! Aus dieser Überlegung heraus wird uns auch der rasche Verlust der »Toleranz« nach mehrtägigem Aussetzen oder wesentlicher Reduzierung der Atropingaben verständlich. 1 Kranker nahm während einer akuten Magendarmstörung vorsichtshalber an Stelle seines Optimums von  $3 \times 9\frac{1}{4}$  mg nur  $1 \times 5$  mg, nach 4—5 Tagen auf ärztlichen Rat(!) wieder sein altes Optimum. Die prompte akute Atropinvergiftung konnte mittels Pilocarpin. hydrochl. ebenso prompt behoben werden. Dagegen wird die Toleranz für das Optimum durch interkurrente Krankheiten anscheinend nicht herabgesetzt (1 Fall).

Neuerdings wird auf sog. Atropinentziehungserscheinungen aufmerksam gemacht, obwohl gerade Atropin keine Süchtigkeitsbedingung bedingt. Sie scheinen jedoch nur selten aufzutreten. Ein Kranker reagierte regelmäßig auf Dosisverminderung mit Übelkeit und Erbrechen, worauf bereits *Kleemann* hinwies. Der von *Flinker* zitierte Fall Winterstein meiner 1. Arbeit (14) gehört sicher nicht hierher. Der plötzliche Exitus im Schaueranfall erfolgte vier Wochen nach dem Absetzen der Atropindosis von  $3 \times 25$  Tr. täglich, die ausgezeichnet und mit Erfolg vertragen wurden. Die danach einsetzende »rapide Verschlechterung« ist naturgemäß nicht auf den Allgemeinzustand, sondern auf die Wiederkehr des Parkinsonsyndroms zu beziehen. Ein weiterer Kranker kaum auf eigenartige Weise zum Tode. Er konnte sich kaum bewegen, fiel gelegentlich aus dem Bett, ohne ernstlichen Schaden zu nehmen. Die Dosen von dreimal 5 mg besserten ihn so weit, daß er frei umherlaufen, Treppensteigen konnte und an Gewicht zunahm. Die ängstliche Mutter verringerte langsam die opt. Dosis vorübergehend oder setzte völlig aus, wodurch der Kranke selbstredend wieder »bewegungslos — und schwach« wurde. In diesem Stadium fiel er unglücklicherweise aus dem Bett aufs Gesicht und erstickte, bis die Mutter wiederkam. Im übrigen reagierten alle erwähnten Nichtenzephalitiker trotz sofortiger Absetzung von hohen Dosen (bis täglich 25 mg) mit keinerlei Entziehungserscheinungen.

Zusammenfassend läßt sich demnach sagen: Die Enzephalitikerstation besitzt zweifellos gewisse Vorzüge gegenüber der Fürsorgebehandlung. Wenn wir auch grundsätzlich unseren Kranken nur die beste ärztliche Versorgung zuteil werden lassen wollen, so glauben wir uns in der jetzigen Notzeit dem Gedanken nicht verschließen zu dürfen, daß mit Rücksicht auf wertvolle, körper-

lich und geistig gesunde, aber darbende Volksteile der Fürsorgegedanke im allgemeinen nicht überspannt werden darf. Wir werden daher für die kommenden Jahre uns begnügen müssen, im Rahmen der Außenfürsorge nach Kräften für den Enzephalitiker weiter zu sorgen (7. 6. 32).

### Literatur.

1. *Dupouy, R. und Pischard, H.*: Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 61 S. 109.
2. *Fleck, U.*: Zentralbl. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 59 S. 602.
3. *Flinker, R.*: Münch. med. Wochenschr. 1932 S. 540.
4. *Fuld, E.*: Jahresk. f. ärztl. Fortb. 1930 (Märzheft).
5. *Kleemann, A.*: Deutsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. Bd. 111.
6. *Langfeldt, G.*: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 128 S. 265.
7. *Muntner, S.*: Mediz. Kl. 1931 S. 1599.
8. *Oelkers, H. A.*: Münch. med. Wochenschr. 1932 S. 248.
9. *Postorff, F.*: Psych.-neurol. Wochenschr. 1931 S. 337.
10. *Römer, C.*: Ztschr. f. d. g. Neur. u. Psych. Bd. 132 S. 724, Münch. med. Wochenschr. 1930 S. 2156.
11. *Schenk, E.*: Münch. med. Wochenschr. 1931 S. 1177.
12. *Schuster, P.*: Zeitschr. f. ärztl. Fortb. 1931.
13. *Seckbach, M.*: Mediz. Klin. 1931 S. 1218.
14. *Stemplinger, F.*: Münch. med. Wochenschr. 1930 S. 1926, Psych.-neurol. Wochenschr. 1931 S. 344.
15. *Stern, F.*: Fortschr. d. Neur. u. Psych. 3. Jg. S. 346.
16. *Arghiris, G.*: Münch. med. Wochenschr. 1931 S. 1183.

# Konstante Grundwerte im intervallären Blutbild genuiner Epileptiker.

Von

Oberarzt Dr. Ostmann, Schleswig.

Die Erhebungen sind bei erwachsenen männlichen Patienten angestellt. Voraussetzung war, daß die Epilepsie über zehn Jahre bestand, und daß die Untersuchten, abgesehen von dieser Grundkrankheit, körperlich gesund waren. Das Blut wurde morgens bei nüchternem Zustand entnommen. Unter intervallär ist verstanden »anfallsfern und psychisch frei«. Anfallsfern bedeutet einen zeitlichen Zwischenraum von mindestens zwölf Stunden zwischen den Feststellungen und einem Anfall. Psychisch frei soll heißen, das Verhalten war gegen das sonstige Benehmen nicht verändert. Es bestand also keine Mißstimmung, Verstimmung, geschweige denn Verwirrtheit und auch keine psychomotorische Unruhe.

## I.

Zu den Untersuchungen über Erythrozyten, Hämoglobin, Farbeindex und Gesamtleukozyten spendeten fünfundzwanzig Personen, und zwar bis zu sieben Malen, wenn sie so oft die zur Voraussetzung gemachten Bedingungen erfüllten. Für die Erythrozyten wurden  $4\frac{1}{2}$ — $5\frac{1}{2}$  Millionen im Kubikmillimeter Blut als Normal-satz angenommen, für das Hämoglobin 90—100%, für den Farbeindex 0,90—1. An diesen Maßstäben gemessen und als n = normalen, + = erhöhten, — = unterwertigen Bestandes eingeteilt, zeichnete der Befund das folgende Bild: Erythrozyten: n = 67,3, + = 27,3, — = 5,4% der Auszählungen. Hämoglobin: n = 57,4, + = 24,0, — = 18,6%. Farbeindex: n = 53,7, + = 5,5, — = 40,8% der Untersuchungen.

Waren die roten Blutkörperchen in der anfalls- und psychisch freien Zeit bei mehr als sechs, ja fast sieben Zehntel der Proben in regelrechter und bei über einem Viertel in vermehrter Anzahl vorhanden, so entsprach ihrem Verhalten nicht in ganz gleicher Weise der Gehalt an Blutfarbstoff, obzwar immerhin noch die größere Hälfte seiner Werte als normal bezeichnet werden konnte.

Dieses Verhältnis unterstrich der Färbeindex, indem sich eine größere Patientenziffer unter dem Minuszeichen ansammelte. Das Bild zu vervollständigen, werden die Grenzzahlen, also die vorgefundenen Höchst- und Mindestsätze, genannt. Sie betragen für die Erythrozyten 7680000—3940000, für das Hämoglobin 122 bis 70%, für den Färbeindex 1,1—0,73.

Die Beobachtungsergebnisse an der Gesamtleukozytenzahl waren bei einer Regelannahme von 6000—8000 im Kubikmillimeter Blut:  $n = 53,5$ ,  $+$   $= 35,2$   $- = 11,3\%$ . Die Vorkommenbreite erstreckte sich von 3600 bis 17800. Die 35,2 vom Hundert erhöhter Bestände zerfallen in folgende Gruppen: Über 8000 bis 10000 hatten 18,5% der Patienten, über 10000 bis zu 15000 hatten 14,8 und über 15000 schließlich 1,9%.

Für die Spezifizierung der weißen Blutkörperchen im relativen Blutbild sind als Normalbegriffe zugrunde gelegt die von *Schilling* aufgestellten Zahlen, also für die Myelozyten 0, die Jugendlichen 0—1, die Stabkernigen 3—5, die Segmentkernigen 58—66, demnach die gesamten Neutrophilen 61—72, die Lymphozyten 21—25, die großen Mononukleären 4—8, Basophilen 0—1, Eosinophilen 2—4%. Bei trugen zu den Untersuchungen außer den fünfundzwanzig bisher Beschriebenen noch vierundzwanzig weitere Personen, und zwar ebenfalls in Serien bis zu sieben Malen, wenn sie häufig genug die eingangs erwähnten klinischen Voraussetzungen hatten.

Am zahlreichsten sind ohne Zweifel die Lymphozyten vertreten mit  $n = 11,2$ ,  $+$   $= 82,3$  und  $- = 6,5\%$ . Ihr Bereich ging von 13,5 bis 55% im Ausstrich. Die 82,3% mit über die Norm gestiegenen Bestand setzen sich zusammen aus 20,5% Blutbildern mit 26—30% Lymphozyten, 45,4 mit 31—40%, 13,8 mit 41—50% und 2,6 mit 51—60%. Es handelt sich also um einen relativen Lymphozytenreichtum.

Im Gegensatz zu ihnen waren die segmentkernigen Neutrophilen bei den meisten der hier beforschten Epileptiker nur in Minderzahlen vorhanden:  $n = 26,8$ ,  $+$   $= 3,9$ ,  $- = 69,3\%$  der Patienten. Die Segmentkernigenarmut zerlegt, hatten 40,5% Hämoграмme 58—50% von ihnen, 23,5 nur 49—40, 4,6 von 39 bis 30 und 0,7 nicht mehr als 29—20%. Die Höchst- und Mindestzahlen im einzelnen waren 75 und 20,5%. Dort, wo die Lymphozyten mit großer Ansammlung imponierten, war für die Segmentkernigen gerade das tiefste Gesunkensein zu vermerken.

Die stabkernigen Neutrophilen bewiesen dadurch, daß sie in der Mehrzahl der Erhebungen minderzählig waren, ein ähnliches Verhalten wie die segmentkernigen:  $n = 19,6$ ,  $+$   $= 14,3$ ,  $- = 66,1\%$  Vorkommen. Sie vereinigten aber nicht nur überhaupt in der Rubrik »herabgesetzt« die meisten Kranken, sondern es fiel

bei ihnen noch besonders auf, daß von den 66,1%, die im Intervall unterhalb der unteren Grenze blieben, allein 17,8% Nullen waren. Mehr als 14,3% erreichten die Stabkernigen im Einzelfalle nicht.

Jugendliche Formen der Neutrophilen wurden ebenso wie Myelozyten nur ausnahmsweise gefunden. Erstere gab es bei 0,4% der Auszählungen, und zwar waren es im Höchstfall 2%.

Die Neutrophilen als Einheit betrachtet,  $n = 26,3$ ,  $+$  = 2,0,  $-$  = 71,7%, entsprachen mit nur geringen Unterschieden dem Verhalten der Segmentkernigen als der hier für ihr Vorkommen maßgebendsten Gruppe. Weder die Stabkernigen noch die sonstigen Jugendformen vermochten etwas an dem relativen Verhältnis zwischen Neutrophilen und Lymphozyten zu ändern. Somit bestand vorzugsweise Neutrophilenarmut gegenüber Lymphozytenreichtum.

Die großen Mononukleären hielten sich in dem Hauptanteil der Untersuchungen jeweils innerhalb der von *Schilling* angegebenen Grenze. Das Ergebnis war:  $n = 55,7$ ,  $+$  = 9,4 und  $-$  = 34,9%, sie hatten als Grenzen 0,0 bis 17,5%.

Im Hinblick auf die Eosinophilen notierten die Patienten, die, um die Grundbedingungen zu wiederholen, als psychisch unverändert und als anfallsfern zu beschreiben waren, nur sehr vereinzelt ein unter zwei Prozent liegendes Vorkommen. Dafür aber fand sich bei mehr als der Hälfte ein solches von mehr als vier Prozent. Null-Befunde gab es überhaupt nicht. 19,5% war das größte anzutreffende Mengenverhältnis. Die Untersuchungen ließen erkennen als  $n = 41,9$ ,  $+$  = 52,7,  $-$  = 5,4%. Die erhöhten Bestände hatten als Untergruppen: 4,1—8% bei 39,2% Kranker, 8,1—10% in 4,0% Hämogrammen, 10,1—15 in 6,1 und 15,1—19,5 in 3,4.

Die Basophilen boten wenig Bemerkenswertes, besonders wenn man mit *Schilling* die Abwesenheit als nicht gegen die Regel verstoßend rechnet. Zieht man die Nullbefunde unter dem Minuszeichen zusammen, so entstand folgende Übersicht:  $n = 52,7$ ,  $+$  = 14,6,  $-$  = 32,7%. Mehr als 3% im Einzelbild gab es nicht.

## II.

Das vorstehend geschilderte Tatsachenmaterial ist als Ausgangspunkt erst zu erkennender Veränderungen gedacht. Es handelt sich zwar dabei um wiederholte Untersuchungen an einem größeren Personenkreis, aber die sich aus ihnen ergebenden Beobachtungen haben damit noch nicht den Wert einer Regel, sondern erst den einer einzelnen Feststellung. Von einem gewissen Grad von Gesetzmäßigkeit wird man erst sprechen dürfen, wenn sich die Beobachtungen durch neue gleichartige bestätigen lassen oder wenn ihre Zusammensetzung in ihren einzelnen Teilen Parallelen zu dem Ganzen erkennen läßt. Inwieweit das letztere zutrifft, soll im folgenden versucht werden. Benutzt wird dazu eine in der Sammlung enthaltene Gruppe von Patienten, die etwa ein Drittel

des bisherigen Personenumfanges umfaßt. Sie bildet deswegen eine besondere Gruppe, weil sie die Hauptträgerin für eine fortsetzende Arbeit über die Veränderungen des Blutbildes während der einzelnen Phasen des epileptischen Krampfanfalles ist.

Für die Erythrozyten war das Teilergebnis:  $n = 45,4$ ,  $+$  = 36,4,  $-$  = 18,2% der Kranken. Wiederum zeigten sie sich also hauptsächlich in normalen und bei einer größeren Gruppe in erhöhten Ziffern, während verminderter Bestand selten war.

Aus der Literatur: *Schultz*<sup>1</sup> konstatierte normale Erythrozytenzahlen. Nach *Wuth*<sup>2</sup> bewegen sich die roten Blutkörperchen meist an der unteren Grenze und darunter, weisen aber abnorme Schwankungen auf. *Daiber*<sup>3</sup> fielen hohe Erythrozytenzahlen auf. *Küppers*<sup>4</sup> fand teilweise hohe Werte.

Angesichts des nicht restlosen Übereinstimmens in der Literatur lag die Veranlassung nahe, auf das Vasomotorium der Blutspender einzugehen. Viele bei den Epileptikern zu beobachtenden Symptome stehen mit ihm in engstem Zusammenhang. Daß vasomotorische Einflüsse Verschiebungen der Erythrozytenzahlen verursachen können, erscheint nicht ausgeschlossen. Gar nicht so selten ist bei an morbus sacer Krankenden eine kapilläre Erythrosthase im Intervall. Bekannt ist der über das physiologische Maß bei vielen Epileptikern hinausgehende Wechsel von Erröten und Erblässen nicht nur auf körperliche, sondern auch auf psychische Reize, der *Frisch*<sup>5</sup> veranlaßt, geradezu von einem »Kurzschluß der affektiven Gefäßinnervation« zu sprechen. Zu erinnern ist an die vasomotorischen Erscheinungen in Verbindung mit dem Krampfanfall. Unter Betonung des Umstandes, daß die Untersuchten ohne Rücksicht auf die soeben erörterten Stigmata ausgewählt wurden, ist es also nötig, zur möglichen näheren Erklärung des Erythrozytenbefundes zu vermerken, daß mehr als ein Drittel der Patienten vasomotorisch ausgesprochen reizbar waren, nicht ganz ein Viertel eine in die Augen fallende kapilläre Erythrosthase und fast ebenso viele eine weniger deutliche hatten. Der Rest war vasomotorisch nicht auffallend.

Im Hämoglobingehalt und Färbeindex steht die Teilgruppe günstiger da als die ganze: Hämoglobin  $n = 54,5$ ,  $+$  = 45,5%, Färbeindex  $n = 63,6$ ,  $+$  = 18,2,  $-$  = 18,2%.

Literatur: *Wuth* erwähnt, daß die Hämoglobinbefunde größere Differenzen aufweisen, daß ihre Stellungsmittel aber durchaus innerhalb der Normalzone liegen und kein nennenswertes Abweichen gegenüber der Norm bedeuten. *Daiber* konnte neben hohen Erythrozyten- auch hohe Hämoglobinzahlen beobachten.

Im Hinblick auf die immerhin stattliche Reihe von Patienten mit mehr als  $5\frac{1}{2}$  Millionen roter Blutkörperchen und erhöhtem Farbstoffgehalt könnte man sich sehr wohl der bei der sogenannten



Erythrozytose oder Polyzythämie auftretenden anfallsmäßigen nervösen Störungen erinnern, die *Brandl*<sup>6</sup> erwähnt, als epileptiformen oder mehr vasomotorischen Charakters schildert und aufzufassen geneigt ist. Es handelt sich um Krankheitsäußerungen in Gestalt von Blutandrang zum Kopf, Schwindelzuständen, migräneartigen Kopfschmerzanfällen, sonstige anfallsähnliche Zustände, teilweise mit Bewußtlosigkeit, und um Reizbarkeit. Die Versuchung, hier Parallelen zu suchen, liegt nahe für einen Teil der in dieser Arbeit hämatologisch beschriebenen Kranken und hat um so mehr Reiz, als die diagnostische Eingliederung genuine Epilepsie ja immer noch einen Sammelbegriff darstellt.

Die Bestimmung der Gesamtleukozytenziffern ließ ebenfalls eine weitgehende Übereinstimmung zwischen Teil und Ganzem erkennen.  $n = 70,0$ ,  $+$   $= 20,2$ ,  $- = 10,0\%$  der Untersuchten. Die Mehrzahl der Beobachtungen wies also Gesamtleukozytenwerte, die in den Bereich des Normalen gehörten. Als unternormal waren nur wenige Zählungen anzusprechen. Einen breiteren Raum nahm hingegen die Leukozytose ein. Der größte Teil der Erhöhungen bewegte sich zwischen über acht- bis zu zehntausend. Auch darüber weiter hinausgehende Ansammlungen fanden sich. Ob sie klinisch übersehenen Zufälligkeiten zuzuschreiben sind, läßt sich ohne weitere Anhaltspunkte nicht entscheiden. Die Nahrungsaufnahme ist ja als irreführen könnend bei den Untersuchungen ausgeschlossen. Psychische Veränderungen aber sind, wobei ich dem Resultat einer späteren Arbeit vorausgreife, unter Umständen geeignet, Leukozytenanstieg hervorzurufen. Diese sind nach dem Willen des Verfassers zwar als Fehlerquelle vermieden, aber wie leicht sich sonst einmal eine Leukozytenvermehrung einfindet, davon zeugen die Versuche, die in Verbindung mit Fragestellungen dieser Art gemacht wurden. Es ergab sich zum Beispiel, daß von neunzehn Personen, deren Blutstatus vor und nach einer Röntgenaufnahme genommen wurde, vierzehn mit einem Leukozytenanstieg reagierten. Die Meist- und Geringstzählungen hoben sich dabei von 5300—14600 auf 6100—17600. Es ist sicher ein Wagnis, selbst bei bester Beobachtung mit Bestimmtheit alle Unpäßlichkeiten und affektiven Kurzschlüsse eines Epileptikers auszuschalten.

Literatur: Nach *Wuth* haben die Zahlen für die weißen Blutkörperchen im Intervall Neigung zu leicht erhöhten Zahlen. Es wurden aber auch Steigerungen über zehntausend beobachtet. Der Autor will analog den Schwankungen der Leukozytenziffer bei erregten Geisteskranken die intervallären Gesamthyperleukozytosen als durch psychomotorische Erregung bedingt aufgefaßt wissen. Nach *Fuchs*<sup>7</sup> gab es bei hundertsiebzig Einzeluntersuchungen keinmal eine Gesamtleukopenie. Es wird betont, daß bei der Mehrzahl der acht Untersuchten absolute Vermehrungen ohne äußerlich er-

kennbare Ursache auftraten, ohne jegliche Anzeichen einer psychomotorischen Erregung. *Gorrieri*<sup>8</sup> fand die Gesamtzahl der weißen Blutzellen in den interparoxysmellen Phasen im allgemeinen erhöht bei ziemlich beträchtlichen Unterschieden. *Di Gaspero*<sup>9</sup> faßt zusammen, daß die Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen mehrfach erhöht und zumeist variabel befunden wurde. Die Schwankungen der Gesamtzahl überholten die physiologischen Grenzen mitunter beträchtlich. Die hohen Zahlen fielen sehr oft in die intervallären Zeiten hinein. Nach *Küppers* ergaben sich vereinzelt gesteigerte Gesamtleukozytenwerte. Es sind bei weitem nicht sämtliche Arbeiten des Gebietes erwähnt. Im Überblick über die Zitierten ist zu sagen, daß alle Autoren starke Schwankungen der weißen Blutkörperchen bestätigen. Bemerkenswert oft wird ausdrücklich der nicht auf einen Anfall klinisch zu beziehenden Erhöhung im Intervall gedacht.

Bei der Nachprüfung des relativen weißen Blutbildes an der Teilgruppe boten die Lymphozyten mit  $n = 12,5$ ,  $+ = 85,9$ ,  $- = 1,6\%$  der Ausstriche das sinngemäß gleiche Verhalten wie bei der ersten umfassenden Angabe. Mehr als vier Fünftel hatten einen die Norm überschreitenden Bestand, Unterwerte waren verschwindend wenige zu verzeichnen, normale selten. Die erhöhten Zahlen verteilten sich dergestalt, daß der größte Patientenanteil ein relatives Verhältnis von über dreißig bis vierzig vom Hundert bevorzugte. Die nächstfolgende Steigerungsgruppe war immer noch zahlreicher als die normal genannte.

Die Literatur: *Wuth*, die Stellungsmittel für die Lymphozytenzahlen, ausgedrückt in Prozenten der Gesamtleukozytenzahl, liegen durchweg im Rahmen der Norm. Bei vier von acht genuinen Epilepsien fand sich eine relative Vermehrung der Lymphozyten, die nur »in einem Fall den beträchtlichen Wert von zweiundfünfzig Prozent zeigte, aber auch in den anderen unverkennbar war, jedoch nicht so stark, daß man berechtigt wäre, von einer Lymphozytose im gewöhnlichen Sinne zu reden; es handelt sich um Verschiebungen innerhalb der Grenze der Norm«. *Fuchs*, quantitativ zeigen die Lymphozyten absolut und relativ eine Neigung zu erhöhten Zahlen, wobei aber ihre erhöhten Werte sich im ganzen stabiler zeigen als die niederen der Neutrophilen. Niedere absolute und relative Zahlen für die Lymphozyten finden sich neben normalen und erhöhten nur in einer einzigen Untersuchungsreihe. *Hartmann*<sup>10</sup>. *Di Gaspero*: Die Lymphozyten sind bei genuiner Epilepsie fast durchweg erhöht, und zwar auch in den absoluten Werten. Was die prozentuelle Zusammensetzung anbelangt, ist vor allem die fast durchgreifend lymphozytäre Prägung der Blutbilder bei den untersuchten Fällen zu bemerken. *Rohde*<sup>11</sup> stellte für die krampf-freie Zeit erhöhte Lymphozytenzahlen fest. *Schultz* fand sie bei

achtzig Prozent seiner Fälle im Intervall. *Huhle*<sup>12</sup> sah intervallär vergrößerten Bestand bei fast der Hälfte von hundert Untersuchten. *Riebes*<sup>13</sup> berichtet, daß in der anfallsfreien Zeit Lymphozytose zu finden war. Nach *Küppers* trat in 64% der Fälle eine relative Lymphozytose zutage.

Fielen die Neutrophilen ursprünglich auf, weil ihre Zahlen fast überall mehr oder weniger weit unter der normalen Durchschnittsformel lagen, so verstärkte sich diese Wahrnehmung im angestellten Vergleich.  $n = 26,6\%$ ,  $- = 73,4\%$  Patienten. Auch ihre Unterabteilungen entsprachen bei der Gegenüberstellung durchaus einander. Das intervalläre Durchschnittsergebnis der segmentkernigen Neutrophilen war dadurch gekennzeichnet, daß es bei etwa drei Viertel der Kranken unterhalb des von *Schilling* angegebenen Etats im weißen Blutbild blieb.  $n = 25,0$ ,  $+ = 1,6$ ,  $- = 73,4\%$ . Von den subnormalen Werten lag zwar ein Teil in der Nähe der unteren Grenze, aber ein nicht unansehnlicher erheblich tiefer. Die Stabkernigen zeichneten sich wieder dadurch aus, daß sie häufiger gänzlich fehlten und daß die Unterwerte das Bild beherrschten:  $n = 20,3$ ,  $+ = 20,3$ ,  $- = 59,4\%$ . Ebenso wie die segmentkernigen und stabkernigen Neutrophilen bestätigten Jugendliche und Myelozyten die Gleichheit der Prinzipien bei Teil und Ganzem.

Literatur: *Fuchs*, quantitativ zeigen die Neutrophilen außerhalb etwaiger intervallärer Gesamthyperleukozytose bei nur selten erhöhten Werten absolut und relativ eine Neigung zu niederen Zahlen. *Di Gaspero*: Der Prozentsatz der Neutrophilen ist fast regulär niedriger, als es der Norm entspricht, und erreicht nur ausnahmsweise physiologische Prozentwerte. Die absoluten sind öfter derartig niedrig, daß von einer Neutrophilen-Leukopenie gesprochen werden kann. *Gorrieri* beschrieb für die anfallsfreie Zeit neutrophile Leukozytose.

Bei den großen Mononukleären hatte der normale Bestand die Vorherrschaft, erhöhter trat selten in Erscheinung, der verminderte spielte die zweite Rolle:  $n = 54,7$ ,  $+ = 9,4$ ,  $- = 35,9\%$  der Erhebungen. Auch hier also bestätigten sich die Beobachtungen durch die Teilbetrachtung.

Literatur: *Di Gaspero*: Die großen mononukleären Leukozyten und die Übergangsformen zeigten überwiegend ziemlich hohe Werte. *Daiber* hatte in drei von acht Fällen eine starke Monozytose, *Gorrieri* beschrieb im Intervall seltene Mononukleose.

Weiter erbrachte die vergleichsweise Gegenüberstellung der Eosinophilen ebenfalls konstante Verhältnisse. Die als psychisch- und krampffrei bezeichneten Epileptiker hatten mit  $n = 37,5$ ,  $+ = 54,7$ ,  $- = 7,8\%$  der Bilder in mehr als der Hälfte erhöhte Ziffern, dann normale und ganz vereinzelt unter diesen stehende. Daß die

Eosinophilen gänzlich fehlten, kam nicht vor. Der hauptsächlich vermehrte Bestand lag zwischen mehr als vier bis zu acht vom Hundert, es wurden aber auch bis über fünfzehn Prozent gefunden.

Literatur: *Wuth* erklärt, daß bei der Epilepsie die Werte der Eosinophilen verschiedentlich oberhalb der Normalgrenze gelegen hätten, daß aber von einer wesentlichen Eosinophilie als Charakteristikum nicht die Rede sein könnte. *Fuchs*, die Eosinophilen hatten in der Hälfte der Fälle Werte über fünf bis zu acht Prozent relativ. Gesetzmäßig scheine, daß die höchsten absoluten und relativen Zahlen fern von den Anfällen anzutreffen seien. *v. Leupoldt*<sup>14</sup> wies auf ihren höheren Prozentsatz in den freien Intervallen. *Di Gaspero*: Die Eosinophilen stellen ein sehr labiles Element unter den weißen Blutzellen und ein empfindliches Reagens auf den epileptischen Symptomenkomplex dar, im allgemeinen konnte ein hoher Bestand als ein günstiges Symptom ausgelegt werden. *Gorrieri* beschrieb Eosinophilie für das Intervall. *Schultz* gab für die krampffreie Zeit erhöhte Zahlen an. *Morselli*<sup>15</sup> und *Campioni*<sup>16</sup> berichteten über Hypereosinophilie in den anfallsfreien Zeiten.

Schließlich ließ das Verhalten der Basophilen ebenfalls keine Unterschiede zwischen Teil- und Gesamterhebung erkennen:  $n = 54,7$ ,  $+$  = 10,9,  $o = 34,4\%$ . Der normale Bestand behauptete jederzeit den ersten Rang, Fehlen wurde als unternormal gerechnet und nahm nach seiner Häufigkeit die zweite Stelle ein. Überzahlen gab es nur bei wenigen Patienten.

Literatur: Nach *Fuchs* fallen die höchsten Werte außerhalb der Anfälle.

Den Schlußstrich unter diesen Abschnitt zu ziehen, wird man aus ihm folgern dürfen, daß das Tatsachenmaterial des ersteren kein reiner Zufallsbefund ist, sondern daß es einen gewissen Grad von Gesetzmäßigkeit beanspruchen darf, denn die Darstellung und Entwicklung der Teile ergibt Gleichheit und Parallelen mit den Beobachtungen am Ganzen. Wenn nach den Auszügen aus der Literatur auch hier und da größere Übereinstimmung zu bestehen scheint, so darf nicht unterdrückt werden, daß zu allen ihren Angaben Widersprüche aus ihr selbst zu holen sind. Unter Vermeidung jeder Kritik an der Literatur bleibt der Versuch, eine Übersicht über sie zu geben, sehr bedenklich, denn die Untersuchungsbedingungen sind nicht überall die gleichen. Ohne die eingangs aufgestellten Vorsichtsmaßregeln wiederholen zu wollen, erscheinen von besonderer Bedeutung für die Gestaltung des Blutbildes die Dauer der Erkrankung und die Ausschaltung besonderer psychischer Zustände. Die Arbeit fußt auf Serienuntersuchungen, sie ist gedacht als Grundlage für die Erkennung und nachfolgende Beschreibung der Bewegungsvorgänge im Intervall, um den epilep-

tischen Symptomenkomplex und während psychischer Veränderungen.

Abschließend wären noch die bisher einzeln und für sich geschilderten Verhältnisse bei Auslassung von neben- oder nachzuordnenden Zügen zusammenzustellen. Es ergaben sich an konstanten Grundwerten bei der intervallären Blutuntersuchung genuiner Epileptiker für die Erythrozyten und das Hämoglobin vorzüglich normale und nicht unbeachtlich oft erhöhte Werte. Der Färbeindex war im ganzen genommen unauffällig, überwiegend normal. Die Gesamtleukozyten hatten hauptsächlich normale Zahlen, daneben gab es in zweiter Linie erhöhte, wenn auch nicht in der Häufigkeit wie bei den Erythrozyten. Das relative weiße Blutbild war charakterisiert durch Überwerte der Lymphozyten, Unterwerte der Neutrophilen, normale und daneben mehr unter- als überwertige Ziffern der großen Mononukleären und Basophilen, normale und vor allem erhöhte der Eosinophilen. Zu der relativen Neutrophilenarmut ist zu bemerken, daß sie in gleicher Weise die Segmentkernigen wie die Stabkernigen betraf.

#### Literatur.

1. *Schultz*, Monatsschr. Psych. u. Neur. 64, 1907.
2. *Wuth*, Untersuchungen über die körperlichen Störungen bei Geisteskrankheiten. Monogr. aus dem Gesamtgebiete der Neur. u. Psych. 1922. — Untersuchungen und Betrachtungen über Epilepsie. Z. f. ges. Neur. u. Psych. 1925—1927.
3. *Daiber*, Arch. Psych. u. Nervenh. Bd. 76, 1926.
4. *Küppers*, Allg. Z. Psych. Bd. 97, 1932.
5. *Frisch*, Das vegetative System der Epileptiker, Monogr. aus dem Gesamtgebiete der Neur. u. Psych. 1928.
6. *Brandl*, M. M. W., 76. Jahrg.
7. *Fuchs*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 106, 1926.
8. *Gorrieri*, Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 15, 1913.
9. *Di Gaspero*, Arch. Psych. u. Nervenh. Bd. 59, 1918.
10. *Hartmann-Di Gaspero*, Handbuch der Neur. von *Lewandowsky*.
11. *Rohde*, Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 95.
12. *Huhle*, Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. 113.
13. *Riebes*, Ztschr. f. Psych. Bd. 70, 1913.
14. *v. Leupoldt*, Arch. f. Psych. und Nervenh. Bd. 75, 1925 und Bd. 82, 1928.
15. u. 16. zitiert nach 9.

(Aus der Universitäts-Nervenklinik Breslau — Direktor: Prof. Dr. Lange.)

## Psychische Pubertätssymptome und Schizophrenie.

Von

Herta Cosack.

### Einleitung.

Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, daß sich bei der Schizophrenie — insbesondere bei dem hebephrenen Zustandsbild — Züge finden, die in abgeschwächter Form im Pubertätsalter des gesunden Menschen auftreten. *Kahlbaum*<sup>1)</sup> prägte den Namen der Hebephrenie. Er beschrieb sie als eine Krankheit, die sich auf Grund des Pubertätsprozesses entwickelt.

Die Symptomatologie wurde 1871 von *Hecker*<sup>2)</sup>, einem Schüler *Kahlbaums*, genau beschrieben. *Hecker* war der Meinung, daß nicht nur einzelne Züge sondern die Zusammensetzung des gesamten Symptomenkomplexes einem Stehenbleiben auf der Stufe der Pubertät entspricht. Es ist erstaunlich, mit welchem psychologischen Scharfblick er schon damals, als noch keine ausgestaltete Jugendpsychologie existierte, die Vorgänge in der Reifezeit beobachtete. Als wichtigstes Symptom hob er die Formlosigkeit und Verschwommenheit des jugendlichen Wesens hervor, die durch das Auftreten von neuen Empfindungen und Vorstellungen und durch den Kampf des alten mit dem »neuen Ich« zustande kommt, während sich beim Kinde wie beim Erwachsenen »eine bestimmt umgrenzte Form« findet. Beim Jugendlichen bestehen dagegen die schärfsten Kontraste nebeneinander: Freude an frühreifen Gesprächen und überspannten Ideen neben »spezifischer Albernheit«, Zartheit und Empfindlichkeit neben Gemütsroheit. Alle Äußerungen im Handeln und Sprechen sind unfertig und häufig unmotiviert. *Hecker* nahm nun an, daß der Pubertätsprozeß durch Ausbruch der Hebephrenie »in eine pathologische Permanenz erklärt« wird, daß zeitweise deutlich Symptome der Reifezeit in krankhaft gesteigertem Maße in Erscheinung treten und schließlich das Endstadium des hebephrenen Blödsinns erreicht wird. Auch *Kraepelin*<sup>3)</sup> machte auf verschiedene Ähnlichkeiten zwischen der Pubertät und der läppischen Verblödung aufmerksam. Er schrieb in diesem Zusammenhang: »Dahin gehört die Neigung zu ungeeigneter Lektüre, die naive Beschäftigung mit den 'höchsten Problemen', die unreife Schnelligkeit des Urteils, die Freude an Schlagworten und

1) *Kahlbaum*, Gruppierung der psychischen Krankheiten, Z. f. d. ges. Neur. u. Psych., 1863.

2) *Hecker*, Die Hebephrenie, Virch. Arch. Bd. 52, S. 394, 1871.

3) *Kraepelin*, E., Lehrbuch der Psychiatrie, 1893.

klingenden Redensarten, ferner der unvermittelte Stimmungswechsel, die Niedergeschlagenheit und Ausgelassenheit, die gelegentliche Reizbarkeit und die Triebartigkeit des Handelns. Auch die Abgerissenheit der Gedankengänge, das halb gespreizte, großsprecherische, halb verlegene scheue Wesen, das alberne Lachen, die unpassenden Scherze, die gezierte Sprechweise, die gesuchte Derbheit und die gewaltsamen Witze sind Erscheinungen, die beim Gesunden wie beim Kranken auf jene leichte innere Erregung hindeuten, mit welcher die Umwälzungen der Geschlechtsentwicklung einherzugehen pflegen.« Wille<sup>4)</sup> fand bei allen in der Pubertätszeit ausbrechenden Psychosen »pathologische Verzerrungen gewisser Eigenschaften, die auch der normalen Pubertät eigen sind«. Die von ihm angeführten Symptome decken sich im wesentlichen mit den von *Kraepelin* beschriebenen. *Bleuler*<sup>5)</sup> erweiterte den Begriff der Hebephrenie und rechnete auch die im späteren Alter auftretenden Krankheitsformen dazu. Außerdem vertritt er die Ansicht, daß die Flegeljahrsymptome nicht viel seltener auch bei anderen Zustandsbildern der Schizophrenie vorkommen, deren »Komplexe eine Selbstüberhebung und Gernegroßsein bedeuten«. Schließlich ist noch *Kretschmer*<sup>6)</sup> zu nennen, der außer den erwähnten Eigenschaften gewisse Ähnlichkeiten in der Sexualität beschreibt. Diese Verwandtschaft besteht darin, daß beim Pubertierenden, wie häufig auch beim Schizophrenen, die somatische mit der psychischen Anlage des Sexualtriebes noch nicht verschmolzen ist.

Nach der *Heckerschen* Arbeit ist bisher ein Vergleich an einzelnen Kranken noch nicht durchgeführt worden. Ein solcher Versuch ist um so lohnender, als die Jugendpsychologie in den letzten Jahren erst ihre wissenschaftliche Begründung gefunden hat und somit die Möglichkeit besteht, neue Vergleichspunkte heranzuziehen.

Zunächst sei eine kurze Zusammenfassung wichtiger Pubertätssymptome, nach dem Stande der heutigen Jugendpsychologie, vorausgeschickt. Hierbei ist vor allem das zusammenfassende Werk von *Charlotte Bühler*, »das Seelenleben des Jugendlichen«, verwendet worden. Dann folgt der Versuch, an Hand von acht Krankheitsgeschichten Schizophrener die gemeinsamen Symptome aufzuweisen. Der Schluß faßt die Ergebnisse zusammen und setzt sich mit der Literatur auseinander.

## I.

### Die Pubertät in ihren psychologischen Symptomen.

Die Pubertät ist die Zeit der körperlichen und seelischen Reifung, die von der Kindheit zur Adoleszenz überleitet. Körperliche und seelische Pubertät fallen zeitlich nicht immer zusammen. Häufig beginnen die seelischen Veränderungen schon früher<sup>1)</sup>. *Charlotte Bühler* gliedert im Anschluß an *E. Schopen*<sup>2)</sup>

<sup>4)</sup> *Wille, W.*, Die Psychosen des Pubertätsalters, Leipzig, 1898.

<sup>5)</sup> *Bleuler, E.*, Dementia praecox, *Aschaffenburgs* Handbuch, IV, 1, Wien, 1911.

<sup>6)</sup> *Kretschmer, E.*, Körperbau und Charakter, Berlin, 1930.

<sup>1)</sup> *Bühler, Ch.*, Seelenleben, S. 22.

<sup>2)</sup> *Schopen, E.*, Beiträge zur Erziehung der männlichen Jugend, Mainz, 1918.

die Reifezeit in zwei Phasen: die Pubertät, die Zeit der weitgehend negativen Einstellung, und die Adoleszenz, die Zeit der Lebensbejahung, die den Übergang zur ruhigen Ausgeglichenheit des Erwachsenen bildet. Am Ende der Kindheit ist die höchste Anpassungsmöglichkeit an die kindlichen Lebensbedingungen erreicht. Wir finden in diesem Alter gesteigertes Kraftgefühl, das mit positivem Lebensgefühl und ausgeprägtem Selbstbewußtsein Hand in Hand geht. Dieser Gleichgewichtszustand wird durch die ersten Anzeichen der Pubertät gestört. Auf jedem Gebiete wird die produktive Leistungsfähigkeit herabgesetzt. Unruhe, Unlust und Reizbarkeit stellen sich ein. Der Jugendliche wird gleichgültig gegen seine früheren Interessen. Die Einstellung gegen die Umwelt wird passiv oder sogar feindselig, die erzieherische Beeinflussung wird unmöglich; gar zu leicht geraten die Jugendlichen in dieser Zeit unter den Einfluß sozial und sittlich entgleister Menschen. Sie leiden unter ihrem seelischen Zustande und sind doch nicht imstande, etwas daran zu ändern. Auch der Körper gehorcht nicht mehr. Die Bewegungen werden ungraziös und unproportioniert. Die Jugendlichen selbst empfinden sich häufig genug als unschön. *Ch. Bühler* bezeichnet dieses Anfangsstadium der Pubertät als »negative Phase«<sup>3)</sup>. Auf die negative Phase folgt die Pubertät im engeren Sinne. Auch in dieser Zeit fühlt sich der junge Mensch zerrissen und gequält und lebt noch mit sich und der Welt in Unfrieden. Aber es finden sich schon positive Äußerungen. Der junge Mensch beginnt sich selbst zu erleben. Neben aller Qual kommt es durch die neue Erlebnisfülle zu Höhepunkten des Glücksgefühls, wie sie dem Kinde unbekannt sind. Schließlich erwächst aus der selbstgewollten Einsamkeit die Sehnsucht nach einem liebevollen, verstehenden Menschen. Auf diesem Wege kann das Band mit der Umwelt wieder geknüpft werden. Allmählich gewinnen Lebenslust und freudige Zukunftshoffnungen das Übergewicht. Die völlig positive Einstellung ist das Kriterium der Adoleszenz.

Bei Mädchen fällt der Beginn der negativen Phase in das 11. bis 13. Lebensjahr, dauert etwa zwei bis neun Monate und findet mit dem Auftreten der ersten Menstruation ihren Abschluß<sup>3a)</sup>. Bei Knaben tritt die Pubertät erst zwischen dem 14. und 16. Jahr ein. Die negative Phase ist zeitlich nicht immer scharf abgrenzbar. Der Beginn der Adoleszenz liegt bei beiden Geschlechtern im 17. Lebensjahr.

<sup>3)</sup> *Bühler, Ch.*, Seelenleben, S. 26.

<sup>3a)</sup> *Hetzer, H.*, Der Einfluß der negativen Phase auf soziales Verhalten und literarische Produktion pubertierender Mädchen.



*Tumlirz*<sup>4)</sup> trifft eine andere Einteilung, indem er die Zeit vom 12. bis 14. Lebensjahr »Trotzalter«, bis zum 17. Jahre »eigentliche Reifezeit« und etwa bis zum 20. Jahre »Jünglings- und Jungfrauenalter« nennt. Im »Trotzalter« verneint das Kind sich selbst und die Umwelt, in den »Reifejahren« bejaht der junge Mensch nur sich selbst, nachdem er sein Innenleben entdeckt hat, und im »Jünglings- und Jungfrauenalter« bejaht er schließlich sich selbst und die Umwelt. *Tumlirz* macht dabei auf die wichtige Tatsache aufmerksam, daß der Dreizehnjährige noch nicht weiß, warum er trotzig und ablehnend ist, während der Fünfzehn- bis Sechzehnjährige eine ganz bewußte Abwehrstellung gegen die Umgebung einnimmt, da er sich ungestört mit seinem neuentdeckten Innenleben beschäftigen will und den Wert seiner Persönlichkeit bedeutend überschätzt.

Für die Dauer der Reifezeit ist das geistige Niveau des Jugendlichen ausschlaggebend. *Bernfeld*<sup>5)</sup> hat für die »Reifung bei Kultivierten« den Begriff der »gestreckten Pubertät« geprägt. Im Verlauf der männlichen und weiblichen Reifezeit bestehen Unterschiede, die durch den verschiedenen Zeitpunkt des Beginns bedingt sind.

#### Entwicklung des Ichgefühls.

*William Stern*<sup>6)</sup> definiert die Pubertät als die »Zeit der Entdeckung der Werte und der Auseinandersetzung zwischen dem Ichwert und den Weltwerten«. Auch das Kind hat schon Persönlichkeitserlebnisse. Für das Kind aber ist sein Ich eine Selbstverständlichkeit, während es für den Jugendlichen zum Problem wird. Die Ich-Erkenntnis kann so plötzlich auftreten, daß die Empfindung einer Persönlichkeitsspaltung hervorgerufen wird, als stelle sich ein neues Ich dem alten, kindlichen gegenüber<sup>7)</sup>. Meist aber vollzieht sich dieser Übergang allmählich. Die eigene Innenwelt beginnt das Interesse zu fesseln. Zwischen der eigenen Persönlichkeit und den anderen Menschen taucht eine Kluft auf, die unüberbrückbar erscheint. Das Gefühl der Einsamkeit und Verlassenheit überkommt den jungen Menschen. Er fühlt sich von den Angehörigen und den nächsten Freunden unverstanden und zieht sich von allen zurück.

Am quälendsten aber wird es empfunden, daß die Persönlich-

<sup>4)</sup> *Tumlirz, O.*, Die Reifejahre, Leipzig, 1927, S. 25, 79.

<sup>5)</sup> *Bernfeld*, Über eine typische Form d. männl. Pubertät, *Imago* IX, 1923, u. *Bühler, Ch.*, Das Seelenleben des Jugendlichen, 1929.

<sup>6)</sup> *Stern, W.*, Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen, *Z. f. päd. Ps.*, 23. Jahrg., 1922.

<sup>7)</sup> *Delius, R.*, Schöpfungertum, 2. Aufl., Darmstadt, 1922.

keit in sich selbst so wenig gefestigt ist. In keinem Lebensalter findet man ein stärkeres seelisches Fluktuieren. Das ungleichmäßige Wachstum »aller Funktionen des Körpers und der Seele«<sup>8)</sup>, die »Unverbundenheit der einzelnen Sinnrichtungen«<sup>9)</sup> sind typisch für das Pubertätsalter. Dadurch wird der Jugendliche dauernd zwischen Extremen hin- und hergeworfen. Er versteht sich selbst nicht mehr, und mit dem eigenen Ich wird auch die Umwelt problematisch. Alle bisher angewandten Maßstäbe verlieren ihre Gültigkeit. Selbstanalysen sollen Aufschluß geben. Manche Jugendliche versuchen jetzt, sich selbst und die Umwelt intellektuell zu erfassen und zu kritisieren. Bei geistig wenig Hochstehenden kann es dabei zu »öder Krittelei« und »borniertem Negativismus«<sup>10)</sup> kommen. Das letzte Ziel ist die Erfassung des Selbstzwecks.

Eine andere Form der Icherfassung ist das bewußte Schwelgen in Stimmungen.

Die Selbsteinschätzung ist noch unsicher und schwankt zwischen Über- und Unterschätzung der eigenen Persönlichkeit. In beidem spiegelt sich die dauernde Beschäftigung mit dem Ich. Durch die eigene Unsicherheit wird der Jugendliche empfindlich gegen jede fremde Kritik. Wie alle neuentdeckten Werte wird auch der Ichwert zuerst überschätzt. Der Jugendliche ist Individualist und sucht immer die Besonderheit und die Andersartigkeit seiner Person zu betonen. Er findet noch nicht die ihm entsprechenden Ausdrucksformen und sucht sich bewußt interessant zu machen. Darum wirkt das Verhalten oft so geziert, albern und unecht. In diesem Zusammenhang ist auch die häufige Derbheit und Auffälligkeit des Benehmens und das Kokettieren mit den eigenen Stimmungen und Gefühlen verständlich. Es handelt sich hier nicht um Egoismus, sondern um ein »geistiges Wichtignehmen des Ich«<sup>10)</sup>. Es darf nicht übersehen werden, daß das Bewußtsein niemals ein klares Abbild des »Persönlichkeitswertes« ist. Stern<sup>11)</sup> unterscheidet ein »ichgemäßes« und ein »täuschendes« Bewußtsein, das gerade im Pubertätsalter eine große Rolle spielt. Die Icherhöhung kann nur ein Deckmantel für Unsicherheit und Unbehagen sein. Die Selbstverkleinerung dagegen weist auf jugendliche Eitelkeit hin. Gerade die Vertiefung in die eigene Schlechtigkeit hat für den Pubertierenden etwas Reizvolles.

8) Bühler, Ch., Seelenleben, S. 100.

9) Spranger, E., Psychologie d. Jugendalters, S. 51.

10) Stern, W., Vom Ichbewußtsein d. Jugendlichen.

10) Stern, W., Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen.

11) Stern, W., Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen.

Die Täuschung über das eigene Ich kann unbewußt sein, kann aber auch bewußt werden, wie es *Franziska Baumgarten*<sup>12)</sup> in ihrer Arbeit über »die Lüge bei Kindern und Jugendlichen« nachweist. Während das Kind aus Angst oder um eines Vorteils willen lügt, tritt beim Jugendlichen eine neue Art Lüge, die »Lüge des Persönlichkeitsschutzes« in den Vordergrund. Seelische Erlebnisse werden ängstlich vor der Umwelt verborgen, eine Mitteilung für Selbstpreisgabe gehalten, und wenn sie erzwungen werden soll, wird der Ausweg der Lüge gefunden. Nur vor wenigen Menschen, die sein volles Vertrauen besitzen, läßt der Jugendliche diesen Schleier fallen. In manchen Augenblicken überkommt ihn der unwiderstehliche Drang zu beichten, und sein Innerstes vor dem Menschen auszubreiten, von dem er liebevolles Verständnis erhofft.

### Triebleben.

Der Sexualtrieb entwickelt sich auf zwei verschiedenen Linien, die in der Pubertät noch getrennt nebeneinander herlaufen. Diese beiden Komponenten werden von *Moll*<sup>13)</sup> Kontrektations- und Detumeszenztrieb, von *Spranger*<sup>14)</sup> Erotik und Sexualität im engeren Sinne genannt. Sehnsucht, Schwärmerei, scheue Verehrung und erotisch gefärbte Freundschaft sind Ausdrucksformen des Kontrektationstriebes. Diese Liebe des Jugendlichen ist uneigennützig, kann ohne jedes sexuelle Begehren sein und ist durch eine gewisse Annäherungsscheu charakterisiert. Sie richtet sich oft auf das eigene Geschlecht. Unabhängig von dem Annäherungsbedürfnis an ein anderes Individuum erwacht der Detumeszenztrieb, der Trieb zur Geschlechtshandlung. Häufig wird er durch zufällige körperliche Reize hervorgerufen und findet in der Onanie die erste Befriedigung. 90%<sup>15)</sup> aller Knaben masturbieren vorübergehend während des Pubertätsalters. *Spranger*<sup>16)</sup> weist darauf hin, daß in diesem Alter auch andere Perversionen keine Seltenheit sind. Dahin gehören die fetischistischen, narzistischen und homosexuellen Neigungen in den Reifejahren. Diese Erscheinungen kommen und gehen und hinterlassen nicht einmal einen tiefgreifenden Eindruck. Im Zusammenhang mit der Sexualentwicklung treten noch verschiedene Begleittriebe

<sup>12)</sup> *Baumgarten, F.*, Die Lüge bei Kindern und Jugendlichen. Beiheft 15 d. Z. angew. Ps. Leipzig, 1917.

<sup>13)</sup> *Moll, A.*, Das Sexualleben des Kindes, Leipzig, 1910.

<sup>14)</sup> *Spranger, E.*, Psychologie des Jugendalters. 12. Auflage, Leipzig, 1929.

<sup>15)</sup> *Bühler, Ch.*, Seelenleben, S. 62.

<sup>16)</sup> *Spranger, E.*, a. a. O., S. 122.

auf, die von *Karl Groos*<sup>17)</sup> zum erstenmal zusammengestellt worden sind. Er nennt den Kampftrieb, der als Oppositionslust, Radikalismus und Rauflust in Erscheinung tritt und den Selbstdarstellungstrieb, dessen Äußerungsform Eitelkeit, Putzsucht, Prahlerei und der Bekenntnisdrang des Jugendlichen sind. *Ch. Bühler*<sup>18)</sup> rechnet dazu noch den Wandertrieb als typische Pubertäterscheinung. Gegen das andere Geschlecht wird häufig in diesen Jahren Abneigung empfunden. Die ersten Annäherungsversuche sind scheu und ungeschickt. Erst in der Adoleszenz erwacht die Fähigkeit seelisch-körperlicher Liebe. Frühzeitiger Geschlechtsverkehr bedeutet ein Zukurzkommen der geistigen Entwicklung und wird deshalb von den meisten Jugendpsychologen<sup>19)</sup> als Entwicklungsstörung angesehen. Die Pubertät wird dadurch abgekürzt, während gerade aus der Unzufriedenheit, Ruhelosigkeit und der Beschäftigung mit dem eigenen Innenleben wertvolle geistige Reichtümer entstehen.

#### Willensentwicklung.

Die normale Entwicklung des Willens wird durch das neue Triebbegehren in der Pubertät gestört. Wir nennen diese Zeit das zweite Trotzalter. Das Wollen des Jugendlichen ist zunächst uneinheitlich und fahrig und beschränkt sich auf prinzipiellen Widerstand gegen Tradition und Zwang. Bald hierhin und bald dorthin wird er getrieben. Häufig kommt es in dieser Zeit zu Impulshandlungen, die zunächst völlig unverständlich für den Jugendlichen selbst und seine Umgebung sind und nur aus der inneren Spannung heraus verstanden werden können. Erst allmählich erfolgt der Übergang zur einheitlichen Zielsetzung und zu den Wahlhandlungen des Adoleszenten.

#### Intellekt und Gefühlsleben.

Die Entdeckung des eigenen Innenlebens hat auch eine Wandlung der »theoretischen Intelligenz«<sup>20)</sup> zur Folge. An Stelle der realistischen Interessen der Vorpubertät tritt abstraktes Theoretisieren. Die großen Weltanschauungsfragen auf religiösem, philosophischem und politischem Gebiet fesseln das Interesse. Die Gesetzmäßigkeiten in der Entwicklung des jugendlichen Intellekts sind noch wenig erforscht. Es scheint aber eine

<sup>17)</sup> *Groos, K.*, Zur Psychologie der Reifezeit. Internat. Monatsschr. f. Wiss., Kunst und Technik, IV, 1912.

<sup>18)</sup> *Bühler, Ch.*, a. a. O., S. 60.

<sup>19)</sup> *Bühler, Ch., Tumlirz, O., Spranger, E.*, a. a. O.

<sup>20)</sup> *Stern, W.*, Die Intelligenz der Kinder u. Jugendlichen u. die Methoden ihrer Untersuchung. 4. Aufl., Leipzig, 1928.

ausgesprochene Trennung des begrifflichen vom anschaulichen Denken stattzufinden<sup>21)</sup>. Losgelöst von Verstand und Willen erwacht ein lebhaftes Vorstellungsleben. Intensive Wachträume jeder Art, manchmal von quälendem sexuellem Inhalt, sind die Regel. Vielleicht spielen hier die eidetischen Fähigkeiten des Jugendlichen, die gerade in der Pubertät ihren Höhepunkt erreichen, eine Rolle. Die Phantasie des Pubertierenden ist nicht produktiv im Sinne des Künstlers, aber bedeutend intensiver als beim Erwachsenen. Das lebhaftes Gefühls- und Phantasieleben bildet zunächst ein starkes Hindernis für die Entwicklung des theoretischen Denkens. Ziellose Sehnsucht, die erst allmählich einen konkreten Inhalt bekommt, erwächst aus der Unruhe und der Unzufriedenheit des Reifenden. Das Icherleben und die unklare Sehnsucht führen zu dem reichen, wechselvollen Stimmungsleben der Pubertätszeit. Ein Hin- und Herschnellen zwischen den verschiedenen Stimmungen ist in dieser Zeit typisch und entspricht dem ebenso raschen Vorstellungswechsel. Es kommt oft zu ungehemmter Hingabe an melancholische und sentimentale Stimmungen. Eine gewisse Überschwenglichkeit des Gefühls, ein Kokettieren mit den eigenen Stimmungen ist typisch für diese Entwicklungsstufe. Aus den Pubertätsstürmen erwächst der Schreibdrang des Jugendlichen. Tagebücher sind die häufigsten und aufschlußreichsten Dokumente. Auch im künstlerischen Schaffen sucht der junge Mensch ein Ventil für sein aufgewühltes Seelenleben. Die »jugendliche Kunst ist Ausdrucks-kunst«<sup>22)</sup> und vernachlässigt die Form. Darum steht die Lyrik, die die individuellste Form gestattet, an erster Stelle.

Von *Tumlriz*<sup>23)</sup> wird mit Recht darauf hingewiesen, daß man sich die Jugendlichen im zweiten Trotzalter nicht nur als »zerfahrene«, »schmerzgequälte«, mit sich und der Welt zerfallene Individuen vorstellen darf. Bei vielen Gelegenheiten sind sie noch unbekümmerte, sorglose Kinder. Die Entwicklungslinie jedoch ist unverkennbar. Nach einer Phase der Unruhe, Unzufriedenheit und Leistungsunfähigkeit kommt es zur Entdeckung des eigenen Innenlebens. Es folgt eine Zeit der Überbetonung aller persönlichen Probleme, des mangelnden Interesses an der Realität. Durch persönlich-menschliche Beziehungen und durch die Entdeckung der Welt der Werte wird schließlich das zerrissene Band wieder geknüpft.

21) *Bühler, Ch.*, a. a. O. S. 126.

22) *Spranger, E.*, a. a. O., S. 67.

23) *Tumlriz, O.*, a. a. O., S. 89.

## II.

## Schizophrene Krankheitsbilder und ihre Analyse im Hinblick auf Pubertätssymptome.

## 1. Krankengeschichte: Franz K. — Landwirt.

Der Patient, der jetzt 30 Jahre alt ist, hatte mit 22 Jahren den ersten schizophrenen Schub. Er zeigte ein bald läppisches, bald trotziges und reizbares Verhalten, lief grundlos von Hause fort und spielte seinen Mitmenschen jeden Schabernack. Er beging eine Menge unsinniger Handlungen und kam schließlich wegen Zechprellerei und Entwendung eines alten Handwagens mit dem Strafgesetz in Konflikt. Daraufhin wurde er für einige Monate in einer Nervenanstalt untergebracht. Er war dann jahrelang wenig auffällig. Jetzt wird er wieder in die Klinik eingeliefert, weil die Angehörigen seit einiger Zeit vor seinen tätlichen Angriffen nicht sicher sind.

Patient ist ein großer, kräftiger Mann, der zunächst durch seine ungeschickten, linkischen Bewegungen auffällt; er zeigt auf der Station, wie schon zu Hause, ein aggressives Verhalten: er beschimpft Ärzte und Pfleger und hänselt seine Mitpatienten bei jeder Gelegenheit. Zur Rede gestellt, leugnet er in gereiztem Ton alle Unarten, versucht im Gegenteil sein Verhalten in jeder Situation als musterergütig hinzustellen. Er trägt ein betontes Selbstbewußtsein zur Schau, ist rechthaberisch und eitel; alle anderen Menschen hält er für dumm und unfähig. In besonders wegwerfendem Tone redet er von seinen Angehörigen, die ihn in die Anstalt gebracht haben und von seiner Braut, die ihn verlassen hat.

Auch seine intellektuellen Fähigkeiten sind von der allgemeinen Oppositionslust beherrscht. Um widersprechen zu können, behauptet er die unsinnigsten Dinge, während sonst keine auffallenden Denkstörungen vorhanden sind. In seinen Reden ist er frech und schlagfertig und erzählt mit Vorliebe freche Witze.

Halluzinatorische Erlebnisse können nach dem Verhalten des Kranken mit Sicherheit angenommen werden. Patient ist jedoch sichtlich unangenehm berührt, wenn er darüber befragt wird, und versteht es meisterhaft zu dissimulieren.

Seine Affekte sind nicht nachhaltig und dauernden Schwankungen unterworfen. Läppisches Lachen und zornige Erregungen wechseln ständig miteinander.

Wir finden hier viele Wesenszüge, die uns von der normalen Pubertät bekannt sind. Neue Triebe erwachen in der Reifezeit und zerstören die Einheit und Selbstsicherheit der kindlichen Persönlichkeit. Rascher Stimmungswechsel wird zur Regel. Das Wollen und Handeln wird uneinheitlich, es erschöpft sich häufig in der Opposition gegen die Umwelt. Auch die ungeschickten, eckigen Bewegungen sind ein Ausdruck der inneren Gespanntheit und Unsicherheit. Aus diesem Zustand heraus ist der junge Mensch reizbar und zu unvorhergesehenen Impulshandlungen geneigt. So berichtet *Spranger*<sup>24)</sup> über einen typischen Fall, in

<sup>24)</sup> *Spranger*, Psychologie des Jugendalters, S. 202.

dem ein wohlzogener Jugendlicher aus »geringfügigem Anlaß« am Mittagstisch plötzlich mit der Gabel den Teller durchstößt. Alles ist in Disharmonie, bis es dem Jugendlichen schließlich gelingt, Herr seiner Triebe zu werden, und im selbstgewählten Ideal das leitende Prinzip seines Handelns zu finden.

Dasselbe Bild der halbgeformten Persönlichkeit bietet unser Patient. Die bekannten Pubertätstriebe beherrschen ihn: der Wandertrieb läßt ihn grundlos von seiner Familie fortlaufen, der Kampftrieb zeigt sich in der körperlichen und geistigen Rauflust, der Selbstdarstellungstrieb schließlich findet seinen Ausdruck in Prahlerei und Eitelkeit. Wie der Jugendliche ist er in seinem Handeln ziellos und zerfahren. Es kommt immer wieder zu Kurzsclußhandlungen, die wie die Entladung einer inneren Spannung wirken.

So wie der Jugendliche in seiner Selbsteinschätzung unsicher ist, wie er nur als Deckmantel für seine Unsicherheit betontes Selbstbewußtsein zur Schau trägt, das ganz im Gegensatz zu den tatsächlichen Leistungen steht, so verhält es sich auch bei unserem Patienten. Der Kranke prahlt mit seinen Fähigkeiten und versucht durch freches Benehmen die anderen Menschen einzuschüchtern. Aber immer wieder kommt die innere Unsicherheit unverhüllt zum Vorschein in der Erregung, mit der er seine Handlung verteidigt und in dem überheblichen Ton, mit dem er besonders die Menschen, die sein Selbstgefühl gekränkt haben, kritisiert. Aus den Äußerungen über Braut und Angehörige geht dieses besonders deutlich hervor. Er selbst übersieht die Sachlage nicht; er ist ernstlich von seinem eigenen Wert überzeugt. Gerade dieses »täuschende Bewußtsein« im Gegensatz zum »ichgemäßen Bewußtsein« bezeichnet *William Stern*<sup>25)</sup> als typische Pubertäterscheinung.

Ein Symptom, das wir häufig bei Schizophrenen finden, ist das Dissimulieren psychotischer Erlebnisse. Es ist fraglos, daß diese Erlebnisse für den Kranken von viel größerer Bedeutung sind als die Realität. Aber gerade diese Dinge verheimlicht er. Und das ist auch eine charakteristische Verhaltensweise des Jugendlichen, daß er seine tiefsten Erlebnisse scheu verbirgt. *F. Baumgarten*<sup>26)</sup> weist nach, daß die Furcht vor Preisgabe persönlichster Erlebnisse ein häufiges Motiv der Lüge im Jugendalter bildet, während dieses Motiv bei der Lüge des Kindes noch keine Rolle spielt. Das Verhalten des Kranken entspricht also in wesentlichen Zügen dem Verhalten eines Jugendlichen auf niedrigem geistigen Niveau.

<sup>25)</sup> *Stern, W.*, Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen.

<sup>26)</sup> *Baumgarten, F.*, Die Lüge bei Kindern u. Jugendlichen.

2. Krankengeschichte: Helene G. — Der Mann Bahnhofsvorsteher.

Pat. erkrankte im Alter von 34 Jahren. Früher hatte sich nichts Auffälliges in ihrem Benehmen gezeigt. Plötzlich wurde sie reizbar, machte ihrem Manne nach mehrjähriger, glücklicher Ehe Vorwürfe, daß er sie nicht mehr befriedigen könne und war zu keiner Arbeit mehr zu gebrauchen.

Nach der Aufnahme in die Klinik war sie völlig unzugänglich, wälzte sich im Bett herum und reagierte auf jeden äußeren Reiz mit lautem Lachen, Schreien und Schimpfen. Dabei war der Gesichtsausdruck leer und gleichgültig. Sie belästigte ihre Umgebung zuerst mit sexuellen Attacken, bis die Übererregbarkeit sexueller Kälte wich. Es gelang fast nie, in der Unterhaltung mit ihr in Konnex zu kommen, und wenn, dann nur für wenige Augenblicke. Wenn sie überhaupt auf Fragen antwortete, so sprach sie maniert und verdrehte die Worte des Arztes. Ihre spontanen Äußerungen erschöpften sich in zerfahrenen, gedankenarmen Phrasen und Beschimpfungen anderer Patienten. Ihre Handlungen waren ebenso sinnlos und gegen die Umgebung gerichtet. Sie war außerordentlich reizbar und schlug häufig auf Pflegepersonal und Mitpatienten ein.

Als die Patientin auf der Abteilung nicht mehr gehalten werden konnte, und man sie in ein Einzelzimmer verlegte, änderte sich ihr Verhalten schlagartig. Das läppische, erregte Wesen kam kaum mehr zum Vorschein. Sie war aber noch häufig deutlich negativistisch. Sie drehte sich zur Wand, zog ihre Hand zurück und war nicht zum Antworten zu bewegen, wenn der Arzt ans Bett trat. Nur selten war sie zugänglich.

Die Umgebung scheint ein starker Reiz gewesen zu sein und darum diese verzerrten Reaktionsformen hervorgerufen zu haben. Auf die Frage, warum sie im Saale so laut gewesen sei, antwortete Pat.: »Ich habe so eine Wut auf die anderen gehabt. Die reizen mich so.« Wenn sie jetzt einmal eine Stunde mit den anderen Kranken zusammen gewesen ist, verlangt sie immer wieder in ihr Zimmer zurück. Sie selbst empfindet die Einsamkeit als wohltuend.

Hier besteht im sozialen Verhalten eine interessante Parallele zum Jugendalter. *Hetzer*<sup>21)</sup> berichtet von ihren Beobachtungen an Hortkindern, daß der Beginn der negativen Phase an einer Absonderung von der Gemeinschaft kenntlich war. Die Jugendlichen nahmen jede Unbequemlichkeit in den Kauf, um nur allein sein zu können. Einige blieben dem Hort, den sie vorher und nachher gern besuchten, fern und trieben sich statt dessen allein in den Gassen herum. Ein Mädchen bittet die Mutter sogar, sie lieber in der unfreundlichen Wohnung einzuschließen statt in den Hort zu schicken. Andere Mädchen, die während dieser Phase in den Hort kamen, suchten nach Isolierungsmöglichkeiten. Es entwickelte sich schließlich ein Spiel, einen »Winkel für sich allein

<sup>21)</sup> *Hetzer, H.*, Der Einfluß der negativen Phase auf soziales Verhalten und literarische Produktion pubertierender Mädchen. Qu. u. St. z. Jugendk. Heft IV, 1926.



haben«, an dem bald auch die Jüngeren teilnahmen, die aber typischerweise in ganzen Spielgruppen diese Winkel bezogen. Die Pubertierenden dagegen duldeten keinen Menschen um sich. Häufig blieb es nicht bei passivem Sichzurückziehen, sondern es kam zu tätlichen Angriffen auf die Gruppe. Ein Mädchen sagte später: »In der Zeit hätte ich alle Tage einen Menschen umbringen können.«

Ein ähnliches Verhalten zeigt unsere Patientin. Die Reizbarkeit und die feindselige Einstellung gegen jede Gemeinschaft findet sich bei ihr in gesteigerter Form. Auch sie findet in der Einsamkeit eine deutliche Entlastung. Das alberne, läppische Wesen der Pat. wird in der Pubertät gerade bei Mädchen häufig beobachtet. Mir selbst wurde ein Fall berichtet, in dem zwei Mädchen während der Schulstunde ohne ersichtliche Ursache zu lachen begannen und nicht mehr aufhören konnten. Trotzdem sie vom erzürnten Lehrer bestraft und schließlich hinausgeschickt wurden, konnten sie sich erst nach langer Zeit wieder beruhigen. Dieses Krankheitsbild bietet einige neue Vergleichsmöglichkeiten, insbesondere mit der negativen Phase des Pubertätsalters.

### 3. Krankengeschichte: Frieda K. — Blumenbinderin.

Die jetzt 34jährige Patientin ist klein, schwarzhaarig und von dysplastischem Habitus. Sie stammt aus belasteter Familie und hatte mit 24 Jahren ihren ersten schizophrenen Schub. Sie mußte damals in eine Anstalt gebracht werden und fiel dort vor allem durch ihr läppisches, vorlautes Wesen auf. Der Gedankengang war zerfahren: inhaltlich kehrten politische und religiöse Züge immer wieder. Wenn Pat. überhaupt auf Fragen geordnet antwortete, so tat sie es nur in überheblichem, wegwerfendem Tone. Im allgemeinen verhielt sie sich zur Umgebung passiv, war manchmal aber zu Tätlichkeiten geneigt. Zuweilen zeigte sie sich ungeschickt zärtlich.

Nach Entlassung aus der Klinik war Pat. sogar wieder in ihrem Beruf als Blumenbinderin tätig. Auffallend ist es, daß sie bis zu ihrem 34. Lebensjahre treues Mitglied eines christlichen Jungfrauenvereins blieb. Sie lehnte strikte jede Bekanntschaft mit Männern ab; sie heiratete auch nicht, obwohl sie dazu Gelegenheit gehabt hätte.

Pat. wird jetzt mit 34 Jahren wieder in die Klinik gebracht, weil sie ein zu aufgeregtes Benehmen an den Tag legt. Auf der Krankenstation zeigt sie bald ein wehleidiges, bald ein läppisches Verhalten. Sie ist von einem unbezwingbaren Rededrang beseelt und bekrittelt alles, was im Saale vor sich geht. Sie selbst hält sie für die Hauptperson und verbessert Arzt, Pflegerinnen, Mitpatienten bei jeder Gelegenheit. Jedes Wort bezieht sie auf sich und antwortet dementsprechend darauf, häufig mit oberflächlichen Wortwitzen. Ihr Selbstbewußtsein scheint auf den ersten Blick übertrieben zu sein. Bei näherer Untersuchung stellt sich jedoch heraus, daß sie es immer wieder durch das Urteil anderer Menschen über sie stützen muß. Auf den Vorwurf, daß sie eine schlechte Christin sei, ant-

wortet sie z. B., daß dieses nicht stimmen könne, weil sie sehr gute Zeugnisse habe, in denen mehrmals »treu und ehrlich« stünde. Außerdem würde sie von dem Pfarrer, der den Jungfrauenverein leite, sehr geschätzt, und sei Patentante bei dem Sohn eines anderen Pfarrers.

Bei jeder Gelegenheit setzt sie den Pflegerinnen Widerstand entgegen: sie schimpft und schlägt nach ihnen und spuckt das Essen wieder aus. Sie versteht es, ihre Umgebung dauernd in Atem zu halten. Ihre Mitpatienten hänselt sie gern; bisweilen kommt es zu Zänkereien, die schließlich in Schlägereien ausarten. Gegen den Arzt verhält sie sich meist betont ablehnend und empfängt ihn häufig mit den Worten: »Nee, Sie will ich ja garnicht heute sehen!« Manchmal kokettiert sie mit ihm in ganz ungeschickter Weise: sie fällt während der Visite mit strahlendem Gesicht der Schwester oder der Ärztin um den Hals und sagt triumphierend zum Arzt: »Die hab ich furchtbar gern!«

Das Denken der Kranken ist völlig zerfahren. Sie ist nicht imstande, den einfachsten logischen Schluß zu ziehen, während ihr Allgemeinwissen überraschend gut ist und sie in ihrem Gedächtnis selbst ganz unwesentliche Dinge behalten hat, die sich vor zehn Jahren ereignet haben. Die negativistische Einstellung spielt auch in ihrem Denken eine Rolle. So behauptet sie manchmal die absurdesten Dinge, nur um widersprechen zu können. Halluzinationen und Wahnideen scheinen nicht vorhanden zu sein.

In ihrem Affekt ist sie immer läppisch-heiter.

Das psychische Bild, das die Kranke bietet, ähnelt in manchen Zügen dem geistigen Niveau eines Jugendlichen an der Grenze zwischen Vorpubertät und Pubertät. Schon in dem läppisch-heiteren Gebahren, in dem Hänseln der anderen Patienten und in der Freude an schlagfertigen Wortwitzen besteht eine Parallele zur Reifezeit. Selbstherrlichkeit, gesteigertes Kraft- und Selbstbewußtsein sind in der Vorpubertätszeit vorherrschend. Übermütig und prahlerisch sind die Kinder dieses Alters und haben vor keiner Autorität mehr Respekt. Den kindlichen Lebensbedingungen sind sie gewachsen, und die Probleme der Reifezeit sind ihnen noch fremd.

Auch unsere Patientin fühlt sich über alles erhaben und stellt die eigene Person immer in den Vordergrund. Allen anderen Menschen will sie Vorschriften machen und wird daran nicht einmal durch die Autorität des Arztes gehindert. Das Selbstbewußtsein scheint oft durchaus echt zu sein. In übermütiger, prahlerischer Weise tadelt sie die anderen Patienten und lobt ihre eigenen Tugenden. Aber doch steckt in ihrem scheinbar übertriebenen Selbstbewußtsein ein Teil Unsicherheit, wie es aus dem oben angeführten Beispiel hervorgeht.

Die Unsicherheit der Selbsteinschätzung ist beim Jugendlichen oft das erste Anzeichen der Pubertät. Die Selbstsicherheit

am Ende der Kindheit kommt mit dem Beginn der Pubertät ins Wanken und schlägt häufig in das Gegenteil um.

Auch die Sexualentwicklung der Pat. steht etwa auf der Stufe der Frühpubertät. Sie zeigt offene Abwehr gegen das männliche Geschlecht und hat doch Interesse daran. Mit der Abneigung ist es nicht ganz ernst gemeint. Wenn sie einmal Annäherungsversuche macht, sind sie außerordentlich plump und verfolgen nicht einmal den Zweck, sich dem interessanten Objekt zu nähern. Die Pat. will nur auffallen, gleichgültig, ob in angenehmer oder unangenehmer Weise.

Dieses Verhalten erinnert an die ersten ungeschickten Annäherungsversuche der Pubertierenden. *Tumlirz*<sup>28)</sup> erwähnt verschiedene Beispiele dafür, daß die Verehrung für eine Person des anderen Geschlechtes zuerst häufig durch Flegelleien zum Ausdruck gebracht wird. *Tumlirz*<sup>29)</sup> beschreibt das Verhalten eines dreizehnjährigen Knaben, der seinen ersten Flirt damit begann, auf der Eisbahn gleichaltrige Mädchen zum Schlittenfahren einzuladen und sie beim nächsten Schneehaufen umzuwerfen.

Auch in dem asozialen, bisweilen aggressiven Verhalten gegen die gesamte Umwelt finden wir eine Parallele zum Pubertätsalter. Der Jugendliche nimmt eine Kampfstellung ein, die in der Vorpubertät dem gesteigerten Kraftgefühl entspricht und in der Pubertätszeit selber nur ein Schleier für die innere Ratlosigkeit ist. Bei der Kranken hat man kaum den Eindruck innerer Spannung und Unruhe. Sie kommt durch gesteigertes Selbstbewußtsein zu ihrer Einstellung. Der ausgesprochene Negativismus der Pat., den man ja bei Schizophrenen häufig findet, bildet eine Parallele zur Oppositionslust des Jugendlichen. *Charlotte Bühler*<sup>30)</sup> hat darauf hingewiesen, daß beim zweijährigen Kinde wie beim Pubertierenden das Wollen als »reine Funktion« ohne Inhalt und sicheres Ziel in den Vordergrund tritt. »Ein zielloses Verneinen des rein formalen Wollens« setzt in der Reifezeit ein. Der Jugendliche will um jeden Preis etwas anderes als das, was von den Erwachsenen für wertvoll gehalten und vorgeschrieben wird, ohne doch selbst ein festes Willensziel zu haben. Dieses Stadium bildet beim Jugendlichen den Übergang zum bewußten, zielsicheren Wollen und Handeln des Adoleszenten.

#### 4. Krankengeschichte: Max P. — Monteur.

Der jetzt 34jährige M. P. ist ein kleiner, unscheinbar aussehender Mensch mit einer entstellenden Kyphoskoliose. Er ist still, spricht kaum mit den Mitpatienten, weil er sie für dumm hält. Mit dem Arzt jedoch

<sup>28)</sup> *Tumlirz, O., a. a. O., S. 84.*

<sup>29)</sup> *Tumlirz, O., a. a. O.*

<sup>30)</sup> *Bühler, Ch., a. a. O., S. 112.*

unterhält er sich gern und gibt ihm immer wieder zu verstehen, daß er der einzige sei, mit dem sich eine Unterredung lohne.

Pat. verhält sich allen Situationen gegenüber passiv und gleichgültig. Er ist in seinen Affekten völlig abgestumpft. Ihm kommt es selbst zum Bewußtsein; er sagt, daß er in letzter Zeit ein Grauen vor sich habe, weil die Natur und die ganze Menschheit tot sei.

Im Denken ist Pat. zerfahren. Die Denkinhalte werden von seinen Halluzinationen maßgebend bestimmt. Er glaubt sich von Geistern beeinflusst, die er sprechen hört. »Alle Kräfte« fühlt er durch sich hindurchströmen. Er glaubt »das Ende der Welt in sich befestigt zu haben«. Zu anderen Zeiten wieder nennt er sich »Idiot« und »Affe« und klagt darüber, daß er seiner Freiheit beraubt sei und nun nicht mehr zur Geltung komme.

Immer bemüht er sich ein Weltbild zu finden. Die Kleinigkeiten des täglichen Lebens beachtet und wertet er gar nicht. Er spricht nur von Gott, von »himmlischen Dingen«, von Geistern, die ihn beeinflussen, von Strahlen, die ihn treffen, von Magnetismus und von »Liesellehre«. Auf die Frage, warum gerade er von Geistern befallen sei, antwortet er: »vielleicht, weil ich so weit fortgeschritten bin. Ich war immer ein scharfer Denker. Ich habe meine Philosophie, meine Wissenschaft immer für mich gehabt.« Er plant, ein Buch über seine philosophischen Erkenntnisse und Empfindungen zu schreiben.

Sein ganzes Denken ist mit persönlichen Erlebnissen ausgefüllt. Objektive Werte interessieren ihn in Wirklichkeit nicht, obwohl er seine subjektiven Erlebnisse und Ansichten für objektive Gegebenheiten hält.

So schüchtern und verschlossen der Kranke im allgemeinen im Umgang mit Menschen ist, so hat er doch zu einzelnen Menschen Zutrauen, fordert von ihnen Verständnis, und versucht, vor ihnen seine seelischen Erlebnisse auszubreiten. In seinen Annäherungsversuchen an das andere Geschlecht ist er schüchtern und wenig zielsicher, trotzdem in einigen Fällen wenigstens geistige Zuneigung vorhanden ist. Selbst den Menschen gegenüber, denen er sein Vertrauen schenkt, ist er durch die Schüchternheit in seiner Mittelsamkeit stark gehemmt.

Auch bei diesem Pat. finden wir bestimmte Züge wieder, die uns aus dem Pubertätsalter bekannt sind, obwohl er in seinem Auftreten und Gebahren auf den ersten Blick etwas geradezu Unjugendliches hat. Es mag dieses mit seiner Affektstumpfheit zusammenhängen, für die wir beim Jugendlichen keine Parallele finden können. Jedoch sind seine Schüchternheit und seine Passivität allen äußeren Dingen gegenüber Eigenschaften, die auch beim Pubertierenden auftreten. Die ausgesprochenste Ähnlichkeit besteht jedoch in dem Verhalten zur Umwelt und in dem Wichtignehmen der Person und aller persönlichen Werte. Der Patient sagt es sehr deutlich mit den Worten: »Ich habe das Ende der Welt hier befestigt in mir.«

Mit ähnlichen Worten schildert *Tumlirz*<sup>31)</sup> die Einstellung des Jugendlichen: »In der höchsten Selbsteinschätzung und im

31) *Tumlirz, O.*, a. a. O., S. 22.

Gefühlsüberschwang erscheint das eigene Ich als der Mittelpunkt der Welt, und von diesem Wertmittelpunkt aus vollzieht sich eine Umwertung aller bisher vermöge des maßgebenden Einflusses der Erwachsenen geschätzten Werte.«

Der Patient versinkt ganz in seinem eigenen Innenleben, das anderen Menschen schwer zugänglich ist. Ihn interessieren nicht philosophische Fragen schlechthin, sondern nur seine Philosophie, in der er der Mittelpunkt ist und die er ganz unabhängig von der Wirklichkeit betreibt. Er hält allerdings seine »Erkenntnisse« für objektive Wahrheiten und verachtet die anderen Menschen, weil sie für seine Erkenntnisse kein Interesse zeigen. Ähnlich schildert *Tumlirz*<sup>32)</sup> die Einstellung des Jugendlichen. Auch dem Jugendlichen ist es unverständlich, daß seine Ideale und seine Interessen nicht allgemein anerkannt werden. Er betrachtet das als »persönliche Anfeindung« und kann überhaupt noch nicht »das Gegenständliche von den persönlichen Werten« lösen.

Angefüllt von seinem eigenen reichen Innenleben, wirklichkeitsfremd und ohne Interesse an den anderen Menschen ist der Pubertierende in einem bestimmten Stadium. Nur einzelne Menschen, von denen er Verständnis fordert, interessieren ihn, und ihnen möchte er in sein Inneres Einblick gewähren. Auch der Pat. ist mit seinen inneren Erlebnissen vollauf beschäftigt. Selbstverständlich bestehen in der Art seiner Erlebnisse, die zum großen Teil Halluzinationen und Wahnideen sind, grundlegende Unterschiede zu den Erlebnissen der Pubertierenden. Hier soll jedoch nur von der Bedeutung der inneren Erlebnisse für die Persönlichkeit, von ihrer Ichbezogenheit, von ihrem Kreisen um letzte Fragen ohne Bindung an die Wirklichkeit die Rede sein, und darin besteht auffallende Ähnlichkeit zum psychischen Verhalten in der Pubertät. Weiterhin ist auffallend, daß der Pat. wie der Jugendliche eine ganz bestimmte Auswahl unter den Menschen trifft. Zu den meisten Menschen ist Pat. gleichgültig, verschlossen, ja sogar etwas verächtlich. Für den Arzt aber zeigt er ein ganz besonderes Interesse, schreibt und zeichnet für ihn seine Erlebnisse auf und sagt einmal zu ihm: »Nicht wahr, Sie verstehen mich, die anderen verstehen das alles nicht.« Liebevolleres Verständnis<sup>33)</sup> ist es auch, was der Jugendliche von dem Menschen fordert, dem er alles anvertrauen kann. Auch er sehnt sich nach Aussprache mit diesem Menschen, während er gegen alle anderen verschlossen ist. In seinem Selbstbewußtsein schwankt Pat., wie es auch vom Jugendlichen bekannt ist, zwischen Über- und Unterschätzung. Bald ist er der fortgeschrit-

<sup>32)</sup> *Tumlirz, O.*, a. a. O., S. 114.

<sup>33)</sup> *Bähler, Ch.*, a. a. O., S. 78 ff.

tenste Mensch, »der Mittelpunkt der Welt«, bald ist er ein »Idiot« und ein »Affe«, der nichts kann und im Irrenhaus sitzt. Der Sexualtrieb scheint bei dem Kranken unentwickelt zu sein. Es scheint ein Annäherungsbedürfnis, aber ein rein seelisches Annäherungsbedürfnis an das andere Geschlecht zu bestehen. Er ist in seinen Annäherungsversuchen außerordentlich schüchtern und ängstlich. Auch hierin besteht eine Parallele zu dem undifferenzierten, triebunsicheren Sexualleben des Jugendlichen. Bei dem Kranken, wie auch sehr häufig beim Jugendlichen, ist die Hemmung stärker als das Annäherungsbedürfnis. Das psychische Zustandsbild des Pat. zeigt auffallende Ähnlichkeit mit der Pubertätsentwicklung eines komplizierten, geistig interessierten jungen Menschen.

#### 5. Krankengeschichte: Gertrud O. — Dienstmädchen.

Pat. war schon immer ein stiller, zurückhaltender Mensch. Mit 39 Jahren hatte Pat. ein Liebesverhältnis mit einem Arzt, über das ihre Mutter sehr erzürnt war, da Pat. schon zwei uneheliche Kinder zu versorgen hatte. Die Mutter drohte sogar damit, ihr das Haus zu verbieten, falls sie noch ein drittes Kind bekäme. Pat. war damals sehr verängstigt, glaubte auf der Straße beobachtet und von Geheimpolizisten verfolgt zu werden. In erregtem Zustande wird sie in die Klinik gebracht.

Auf der Krankenabteilung zeigt sie sich nach Abklingen des Erregungszustandes läppisch und maniert. Sie hat verschrobene Angewohnheiten und gefällt sich immer in geheimnisvollen Andeutungen.

Die Affekte sind wenig nachhaltig und einem schnellen Wechsel unterworfen. Ihre wahre Stimmungslage ist nicht immer zu erkennen. Sie scheint manchmal Momente des Glücksgefühls zu erleben, von denen niemand etwas ahnt. Sie deutet es jedoch bei einer Exploration mit den Worten an: »Und manchmal fühle ich mich doch so himmlisch.« Zeitweise ist sie dagegen außerordentlich reizbar.

Im Mittelpunkt des Krankheitsbildes stehen die Halluzinationen und Wahnideen, über die Pat. mit großer Selbstsicherheit berichtet. Man hat den Eindruck, daß sie für die anderen Menschen, denen sie das alles erklären muß, nur ein mitleidiges Lächeln übrig hat. Die halluzinatorischen Erlebnisse scheinen ständig der Inhalt ihres Denkens zu sein. Pat. sitzt zum Beispiel stundenlang unbeschäftigt, von den Mitpatienten abgesondert, in einer Gartenecke. Auf Befragen erzählt sie später ganz geheimnisvoll von den wunderbaren Gestalten, die in einem Schiff durch die Wolken gefahren seien und ihr zugewinkt hätten.

Sie ist sogar imstande, die Halluzinationen aufzuzeichnen. Die meisten ihrer Zeichnungen, die sich auch mit anderen Dingen beschäftigen, sind kindliche Kritzeleien, die trotz aller Erklärungsversuche für den Beschauer unverständlich bleiben. Darunter aber befinden sich einige gutgelungene Bilder von auffallender Schönheit der Formen ohne irgend einen realen Inhalt. Auch im Dichten hat sich Pat. seit Beginn ihrer Erkrankung versucht. Die Gedichte sind zerfahren und mit Wortneubildungen angefüllt, im Rhythmus jedoch ansprechend. Pat. zeichnet und dichtet periodenweise mit großem Eifer, um es dann wieder für lange Zeit aufzugeben.

Pat. ist so stark mit ihren inneren Erlebnissen beschäftigt, daß sie für die banale Wirklichkeit keinen Sinn hat. Immer schwebt sie in höheren Sphären. Eine gewisse Überspanntheit ist unverkennbar. Immer sucht sie nach großen, geheimnisvollen Zusammenhängen mit einer unsichtbaren Welt und ist an den Einzelheiten des täglichen Lebens uninteressiert. Die eigene Persönlichkeit, die eigenen Gedanken und Erlebnisse überschätzt sie außerordentlich. Ihr Selbstbewußtsein ist unerschütterlich.

Außer den Merkwürdigkeiten des Denkinhalts bestehen auch weniger auffallende formale Denkstörungen, die der Kranken selbst zum Bewußtsein kommen, wie aus dem Ausspruch: »Sie wollten mir die Gedanken abziehen«, hervorgeht. Den ganzen Tag über ist Pat. beschäftigt; aber sie kann sich auf keine Sache konzentrieren.

Interessant ist es, daß Pat. sich selbst seit Beginn ihrer Erkrankung als irgendwie verändert empfindet.

Bei dieser Kranken besteht wieder die auffallendste Ähnlichkeit mit dem Pubertätsalter im autistischen, asozialen Verhalten. Pat. hat den Kontakt mit den anderen Menschen verloren und lebt ganz in ihrer eigenen Welt. Nur ihre inneren Erlebnisse nimmt sie wichtig. Sie fühlt sich von den anderen unverstanden und sieht etwas auf sie herab. Die Kranke hat sich in ihr Innenleben so eingesponnen, daß ihr reale Maßstäbe völlig verloren gehen. Man hat den Eindruck, daß sie von der Bedeutung ihrer inneren Erlebnisse völlig überzeugt ist und daß ihr unerschütterliches Selbstbewußtsein nicht geheuchelt ist. Die Einstellung der Pat. entspricht der Entwicklungsstufe eines Jugendlichen gegen Ende der Pubertätszeit. Auch der Jugendliche macht eine Zeit des »Subjektivismus«<sup>34)</sup> durch. Auch er nimmt sein Ich ungeheuer wichtig und ernst. Er lebt geradezu in einer Traumwelt, die er vor den Augen anderer verschließt. Es kann dadurch zu einem Doppelleben neben der Wirklichkeit kommen. So wie unsere Patientin stundenlang allein in einer Gartenecke sitzt und nur zufällig darüber spricht, daß sie dort Bilder gesehen und Stimmen gehört habe, so ist auch der Jugendliche in seinem Benehmen nicht mehr wie das Kind seinen Erlebnissen adäquat. Er kann im Inneren Orgien feiern oder in schwerer Verzweiflung sein: die anderen Menschen erfahren nichts oder nur durch Zufall davon. Ähnlich wie bei dem Jugendlichen ist bei der Kranken das häufige, scheinbar grundlose Schwanken in der Stimmung. Reizbarkeit scheint beim Jugendlichen wie beim Schizophrenen auf eine innere Unausgeglichenheit hinzudeuten.

Es ist interessant, daß Pat. seit Beginn ihrer Erkrankung dichtet und zeichnet. Auf die Einzelanalyse soll verzichtet werden. Nur soll darauf hingewiesen werden, daß auch in der Pubertät der Drang zur künstlerischen Betätigung erwacht. »Jugendliche

<sup>34)</sup> Stern, W., Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen.

Kunst ist Ausdruckskunst<sup>35)</sup>, konstatiert *Spranger*; sie spielt die Rolle der Selbstbefreiung von subjektiven Erlebnissen und wird nicht aus Interesse an einem objektiven Thema hervorgebracht. Darum wird meist die Kunstgattung gewählt, die die geringsten Anforderungen an die formale Gestaltungskraft stellt: die Lyrik. Die jugendliche Kunst entbehrt oft jeden realen Inhalts. *S. Bernfeld*<sup>36)</sup> weist durch Analyse nach, daß häufig Tagträume der Ausgangspunkt jugendlicher Kunstschöpfungen sind. Bei unserer Pat. ist es noch schwerer als bei Jugendlichen, den Ausgangspunkt ihrer künstlerischen Betätigung und deren Bedeutung für die Persönlichkeit zu erkennen. Nur soviel läßt sich vergleichend sagen, daß auch ihre Kunstprodukte ohne gegenständlichen Inhalt, in der Form originell und durch keinerlei objektive Regeln gebunden sind. Diese Kunstprodukte scheinen häufig aus ihren Halluzinationen, die ja für sie das Hauptkontingent ihrer inneren Erlebnisse darstellen, zu entstehen.

Der Gesamtüberblick ergibt ein psychisches Bild, das viele gemeinsame Züge mit einem differenzierten Jugendlichen gegen Ende der Pubertätszeit aufweist. Der Jugendliche dieser Phase zieht sich wie unser Pat. bewußt in die Einsamkeit zurück, weil er die Reichtümer seines Innenlebens entdeckt hat und sie höher als alle äußeren Reichtümer schätzt, während der Jugendliche in der negativen Phase in die Einsamkeit und in seine Abwehrstellung getrieben wird, ohne selbst zu wissen, warum.

#### 6. Krankengeschichte: Elisabeth St. — cand. phil.

E. St., eine 27jährige Studentin, lebte sehr zurückgezogen, war fast menschen-scheu.

Beim Schreiben ihrer Arbeiten zum Staatsexamen geriet sie in einen Zustand schwerer Verzweiflung. Sie jammerte darüber, daß die bisher fertiggestellten Arbeiten nichts taugten, und daß sie das gesamte Pensum bis zum festgesetzten Termin nicht beenden könne. Sie glaubte, wegen ihrer Leistungsunfähigkeit von allen Menschen unfreundlich und verächtlich behandelt zu werden. Nachts konnte sie vor Aufregung nicht mehr schlafen.

In diesem Zustand wird sie in die Klinik gebracht.

In ihrem Äußeren macht sie einen infantilen, dysplastischen Eindruck. Sie hat in ihren Bewegungen etwas Unbeholfenes, Eckiges, Unnatürliches; das Lachen klingt unecht und geziert. Sie ist zaghaft, verlegen und ein wenig mißtrauisch. Am liebsten sitzt sie mit ihren Büchern still in einer Ecke. Mit den anderen Patienten gewinnt sie nur wenig Föhlung.

Sie hat auch genug mit sich selbst zu tun. Ihr Denken kreist um die eigene Persönlichkeit. Sie verliert sich in Grübeln über ihre Unfähigkeit und steht der eigenen Situation hilflos und passiv gegenüber.

<sup>35)</sup> *Spranger, E.*, a. a. O., S. 67.

<sup>36)</sup> *Bernfeld, S.*, Das dichterische Schaffen des Jugendlichen.



Bei alledem nimmt sie ihre Person ungeheuer wichtig und zeigt das schon äußerlich durch eine betonte Schlichtheit in Kleidung und Gebahren.

Obwohl keine auffallenden Denkstörungen bestehen, kann Pat. trotz ihres fast pedantischen Pflichtbewußtseins nicht die Konzentration zu geistiger Arbeit aufbringen. Immer wieder versucht sie es, und immer wieder mißglückt der Versuch, weil die Gedanken, wie sie selbst sagt, »so abschweiften«.

Die Stimmung ist äußerst labil und meist depressiv gefärbt.

Bei dieser Kranken besteht vor allen Dingen in der dauernden Beschäftigung mit der eigenen Persönlichkeit eine Parallele zum Pubertätsalter.

W. Stern<sup>87)</sup> spricht beim Jugendlichen von einem »geistigen Wichtignehmen des Ich«. Hierbei ist es ganz gleichgültig, ob sich dieses als Selbstüberhebung oder wie bei unserer Patientin als Selbstverkleinerung äußert. Das Gemeinsame bei beiden Formen ist das übertriebene Interesse an dem eigenen Innenleben. Das Ziel aller dieser Reflexionen ist beim Jugendlichen die Erfassung des Selbstwertes. Ganz ähnlich verhält es sich bei der Kranken. Auch sie ist in ihrer Selbsteinschätzung völlig unsicher. Sie leidet schwer darunter, daß sie ihren Wert nicht durch äußere Leistungen beweisen kann, weil ihr der innere Maßstab völlig fehlt. Trotz aller Selbstreflexionen kommt sie wie der Pubertierende zu keinem einheitlichen Resultat. Die Stimmung scheint durch das dauernd schwankende Selbstbewußtsein stark beeinträchtigt zu werden. Es vollzieht sich in der Pubertät wie bei der Pat. im Zusammenhang mit dem übertriebenen Interesse an der eigenen Person eine Entfremdung von der Außenwelt. Dieses kommt im Verhalten zu den anderen Menschen deutlich zum Ausdruck. Pat. meidet sie nach Möglichkeit. Sie fühlt sich nicht recht wohl in ihrer Gesellschaft und spielt im Verkehr mit ihnen eine etwas unbeholfene, plumpe Rolle.

Auch der Jugendliche ist in seinem äußeren Auftreten oft unnatürlich und gehemmt; innerlich ist er zeitweise völlig einsam und kümmert sich nicht um die Außenwelt, bis er sich schließlich aus dieser Einsamkeit herausieht und nach verständnisvollen Menschen sucht. Ch. Bühler<sup>88)</sup> führt viele Tagebuchstellen und Gedichte an, die diese Einsamkeit deutlich erkennen lassen. Ein typisches Gedicht z. B. lautet:

»Ich habe keinen Menschen, keinen Gott,  
um mich einmal an ihn zu wenden,  
wenn ich bin in Not.

<sup>87)</sup> Stern, W., Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen.

<sup>88)</sup> Bühler, Ch., a. a. O., S. 73.

Bin immer nur allein,  
und keiner kommt mit zarten, lieben Händen,  
um meine Qual zu lösen, abzuwenden,  
von vielem, ach, so vielem Bösen.«

Ob unsere Pat. unter der Einsamkeit ebenso stark leidet, ist noch schwer zu entscheiden. Es ist aber durchaus möglich, daß ihre traurige Stimmung auch damit in Zusammenhang steht.

#### 7. Krankengeschichte: Charlotte T. — stud. med.

Nachdem Pat. schon als 20jährige durch einzelne paranoide Äußerungen aufgefallen war, erkrankte sie jetzt im Alter von 23 Jahren im Anschluß an den Tod ihres Vaters an einer paranoiden Psychose.

Schon zu Hause äußerte sie verschiedene Wahnideen, wurde reizbar, eigensinnig und bisweilen kindlich ungezogen.

In diesem Zustand wird Pat. in die Klinik gebracht.

Sie ist ein gut gewachsenes Mädchen mit etwas befangenen und gehemmten Bewegungen.

Hinsichtlich ihrer Affekte war anfangs nichts besonderes Auffallendes festzustellen. Es tritt aber während des Klinikaufenthaltes immer stärker eine ausgesprochene Affektarmut hervor. So äußert Pat. z. B. die schrecklichsten Vermutungen über das Schicksal ihrer Familienangehörigen mit lächelndem Gesicht. Dabei ist sie von der Realität ihrer wahnhaften Vorstellungen felsenfest überzeugt.

Während Pat. im allgemeinen affektstumpf ist, kann sie bisweilen doch äußerst reizbar und erregt sein.

Die Vorstellungs- und Denkwelt bewegt sich in ganz abnormen Bahnen. Pat. bezieht alle an und für sich gleichgültigen Begebenheiten auf sich und gestaltet sie in anscheinend willkürlicher Weise aus. So glaubt sie z. B., daß eine läppische Hebephrene den ganzen Tag über sie lache und daß eine schwarze Nadel am Mantelaufschlag der Ärzte das Abzeichen einer gefährlichen, geheimen Sekte sei. Die absurdesten Befürchtungen hat sie wegen des Gesundheitszustandes ihrer Mutter. Sie spricht täglich die Vermutung aus, daß sie krank sei, daß sie gefangen gehalten und sogar im Kesselhaus der Klinik geschlachtet werde. Eigenartig ist es, daß sie die Mutter in gesunden Zeiten niemals besonders geschätzt und geliebt hat.

In letzter Zeit greifen auch Halluzinationen störend in den Denkverlauf ein.

Während Pat. bei kurzen Gesprächen logisch und geordnet erscheint, kann sie doch einer längeren Diskussion nicht folgen und scheint sichtlich zu ermüden. Damit ergeben sich Beziehungen zu bestimmten Aufmerksamkeitsstörungen, die leicht nachweisbar sind. Es ist Pat. z. B. nicht möglich, auch nur einen kleinen Abschnitt aus dem Inhalt eines leicht geschriebenen medizinischen Lehrbuches wiederzugeben, obwohl sie sich stundenlang mit dem Buch beschäftigt hat.

Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß sie mit ganz anderen Dingen ausgefüllt ist, während sie zu arbeiten vorgibt.

Bei einer Unterhaltung sagt es Pat. selbst, daß sie keinen Gedanken zu Ende denken könne und diesen Zustand als besonders quälend empfinde,

weil sich ihr etwa seit Beginn ihrer Erkrankung die verschiedensten Probleme aufgedrängt hätten. Früher habe sie sich dem Urteil der Eltern angeschlossen. Aber seit einiger Zeit sei sie in Zweifel über ihre politische, religiöse und gesellschaftliche Stellung geraten und wisse plötzlich nicht mehr, wo sie hingehöre. Noch bis zu ihrem 1. Studiensemester sei sie sorglos und unbekümmert gewesen und habe diese Probleme nicht gekannt.

Sie kommt dabei zu keinem Ergebnis, obwohl sie ständig über ihre eigenen Angelegenheiten nachdenkt.

In ihrer Sexualität ist Pat. außerordentlich kompliziert. Sie scheint eine ausschweifende sexuelle Phantasie zu haben. Aus Erzählungen, Traumberichten und dem Verhalten zu anderen Kranken muß man auf homosexuelle und sadistische Züge schließen. Zeitweise hat sie sich masturbatorisch betätigt. Sexuelle Erlebnisse mit Männern jedoch existieren fast nur in ihren Wünschen. Männern gegenüber hat sie eine ausgesprochene Hemmung.

Pat. ist sehr verschlossen. Und wenn es auch manchmal gelingt, etwas über ihr Innenleben zu erfahren, scheint sie doch das meiste für sich zu behalten. Sie charakterisiert ihr Verhalten sehr treffend mit den Worten: »Ich möchte mich am liebsten verkriechen und niemand ranlassen.«

Sie hat wenig Interesse für ihre Umgebung. Sie lebt in ihrer eigenen Welt, ist wirklichkeitsfremd ohne jedes Realitätsempfinden. Sie findet sich nicht in den einfachsten Dingen des praktischen Lebens zurecht. Sie ist schüchtern, verlegen und mißtrauisch. Manchmal schmiedet sie kühne Pläne, will z. B. eine Amerikareise unternehmen, ohne die Unmöglichkeit der Ausführung zu erkennen. Oft wird sie sich jedoch der Kluft zwischen ehrgeizigen Wünschen und praktischem Versagen bewußt.

Ihr Selbstbewußtsein schwankt zwischen Extremen. Die häufig auftretende Reizbarkeit ist ein Ausdruck der inneren Zerrissenheit.

Als Ausgangspunkt zu einem Vergleich mit der Reifezeit sei das Bewußtwerden und die Betonung des eigenen Ich gewählt.

Von *Ch. Bühler, Stern* und *Tumlriz* ist dieser Vorgang als typische Pubertäterscheinung beschrieben und durch Tagebuchstellen und Beobachtungen belegt worden<sup>39)</sup>. Der Jugendliche entwächst den Maßstäben seiner Eltern und fühlt sich von ihnen unverstanden. Eine Tagebuchstelle lautet<sup>40)</sup>: »Es ist mir etwas Furchtbares, wenn Mutter weint und unsere Fehler aufzählt, und es sich immer mehr herausstellt, daß wir uns in soundsovielen Punkten eben nicht verstehen . . .« Ein anderer Jugendlicher schreibt<sup>41)</sup>: »Das Selbstbewußtsein ist schon lange entwickelt. Schon mit sechs Jahren stand ich vor dem Spiegel und legte mir die Frage vor, wodurch ich mich eigent-

<sup>39)</sup> *Bühler, Ch.*, a. a. O. *Stern, W.*, Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen. *Tumlriz, O.*, a. a. O.

<sup>40)</sup> *Bühler, Ch.*, a. a. O., S. 80.

<sup>41)</sup> *Tumlriz, O.*, S. 106.

lich von den anderen Menschen unterscheidet. Seit dem dreizehnten Jahre erfolgte ein starker Anstieg des Selbstbewußtseins, besonders seit ich erkannte, daß ich zu eigenen, selbständigen Gedanken und Werken fähig bin...«

So empfindet sich unsere Pat. auch als ein Mensch, für den nur seine eigenen Maßstäbe zwingend sind, der sich von der Autorität der Eltern losgelöst hat. Aber ratlos steht sie meist ihrem eigenen chaotischen Innenleben gegenüber. Ihre eigenen Vorstellungen und Gedanken fesseln sie so, daß sie sich dauernd damit beschäftigt. Wie der Jugendliche verbirgt auch sie mit großer Scheu ihr Innenleben vor den Augen der anderen Menschen. Ihr Ausspruch: »Ich möchte mich am liebsten in mich verkriechen und niemand ranlassen«, findet sich in ganz ähnlicher Form in Tagebüchern, Gedichten und Äußerungen Pubertierender. Auch die Sexualität der Pat. weist gewisse Ähnlichkeiten mit der sexuellen Entwicklungsstufe in der Reifezeit auf. Masturbatorische, homosexuelle und sadistische Züge finden sich häufig vorübergehend in der Pubertät<sup>42)</sup>. Es fehlt den Jugendlichen wie unserer Pat. die Triebssicherheit. In der Reifezeit steht oft der lebhaften, sexuellen Phantasie Steifheit und Gemüthlichkeit im äußeren Gebahren gegen Personen des anderen Geschlechts gegenüber. *Groos*<sup>43)</sup> spricht von einer dem Annäherungstrieb entgegen wirkenden Nährungsscheu. Die Antwort eines Jugendlichen auf die Frage, welcher Zeitpunkt als Grenze zwischen Kindheit und Erwachsensein empfunden worden sei, lautet: »Ich empfand dies im Alter von 15 Jahren ungefähr. Vor dieser Zeit war ich heiterer als jetzt; ich bin seit damals immer melancholisch. Früher liebte ich Gesellschaft — jetzt die Einsamkeit. Mein Drang nach Unabhängigkeit in meinem Willen verschärfte sich. Ich empfand von jener Zeit an eine noch größere Scheu vor Personen des anderen Geschlechts, mit ihnen zu sprechen; aber es zieht mich immer wieder, mich mit ihnen zu unterhalten<sup>44)</sup>.« In diesem Ausspruch kommt die für den Pubertierenden typische Einstellung deutlich zum Ausdruck: die neugierige Scheu vor dem anderen Geschlecht, das Bedürfnis nach Einsamkeit, nach Freiheit und Selbständigkeit. Hierin besteht die wesentliche Ähnlichkeit mit der Kranken.

Wie der Jugendliche verliert sie in ihrer selbstgewählten Isolierung den Maßstab zur Beurteilung ihrer eigenen Person und der Realität. Bald glaubt sie, die unmöglichsten Pläne aus-

<sup>42)</sup> *Tumlirz, O.*, a. a. O., S. 50. *Bühler, Ch.*, a. a. O., S. 62. *Spranger, E.*, a. a. O., S. 121 f.

<sup>43)</sup> *Groos, Karl*, a. a. O.

<sup>44)</sup> *Tumlirz, O.*, a. a. O., S. 99.

führen zu können, bald traut sie sich nicht das Geringste zu und erkennt, daß sie bisher noch nichts geleistet hat. Zu solchen Zeiten ist sie äußerst reizbar. Man hat den Eindruck, daß sie ihre Wut nun an den anderen Menschen auslassen will. Häufige Reizbarkeit ist auch vom Pubertätsalter bekannt, während zur sonstigen Affektlahmheit der Kranken keine Parallele besteht.

#### 8. Krankengeschichte. Hanne K. — Kontoristin.

Pat. war früher ein vergnügter, geselliger Mensch und erkrankte zum ersten Mal mit 17 Jahren an einem schizophrenen Schub. Sie wurde damals reizbar und unzugänglich und verweigerte tagelang die Nahrungsaufnahme. Nach drei Monaten besserte sich der Zustand.

Pat. war dann jahrelang ganz unauffällig und arbeitete im Geschäft ihres Vaters.

Sie hatte in dieser Zeit nacheinander mehrere Freunde, mit denen es auch zu sexuellem Verkehr kam. Jedoch erst mit 21 Jahren hatte sie das Liebeserlebnis, das sie seelisch völlig ausfüllte. Sie lernte einen Studenten kennen, an dem sie mit zärtlicher Liebe hing. Da die Eltern ihn für einen liederlichen Menschen hielten, kam es zu Hause zu ständigen Reibereien. Pat. wurde von Tag zu Tag reizbarer. Um dem täglichen Kampf ein Ende zu machen, schickte man sie schließlich zu Verwandten aufs Land.

Dort bekam Pat. bei einem nichtigen Anlaß einen Tobsuchtsanfall und mußte in das nächste Krankenhaus gebracht werden.

Nach einigen Tagen wird sie in die Universitätsklinik verlegt.

Die jetzt 22 jährige Pat. ist ein großgewachsenes, hübsches Mädchen. Während der ersten Tage ist sie völlig ungeordnet und unzugänglich. Sie scheint dauernd zu halluzinieren. Der Gesichtsausdruck ist leer. Die Bewegungen und sprachlichen Äußerungen sind stereotyp. Ihre Antworten sind zerfahren und negativistisch.

Bei der ersten Exploration sitzt die Kranke mit starrer Haltung da, die Arme über der Brust gekreuzt mit hoheitsvoller Miene. Erst als das Gespräch auf ihren Freund kommt, beginnt sie plötzlich laut zu schluchzen, um ebenso unvermittelt wieder in ihre Starrheit zu versinken.

Obwohl Pat. nach einigen Tagen geordnet und zugänglich wird, und keine Stereotypen mehr in Bewegungen und Sprache auftreten, bleibt sie in mancher Hinsicht doch noch auffällig.

Auch jetzt ist sie in ihrer Körperhaltung noch etwas unnatürlich, gespannt, fast clownhaft.

In ihrem Verhalten ist sie bald läppisch-vergnügt und zu kindlichen Dummheiten aufgelegt, bald reizbar und verdrossen. Ein geringfügiger Anlaß genügt oft schon, um sie in helle Empörung zu bringen. In ihrem Benehmen kann sie außerordentlich vorlaut und albern sein, obwohl sie zu anderen Zeiten eine ausgesprochene Vorliebe für gute Umgangsformen hat und sehr übelnimmt, wenn man sie »wie ein kleines Kind behandelt«. Bisweilen erzählt sie unzünftige Witze mit Behagen. Dann liest sie wieder einen Aufsatz von Goethe über das griechische Drama, spricht von ihrem Interesse an Homers Gesängen und deklamiert klassische Gedichte. Dabei weiß sie weder das Geringste über Goethe noch über Homer und kann

nicht einmal den Inhalt des Gelesenen wiedergeben. Man kann sich des Eindrucks nicht erwehren, daß sie sich für dieses Gedicht wohl interessiert, sich jedoch damit beschäftigt, um etwas Besonderes und wenig Alltägliches zu tun, um dem Gleichmaß des Alltags zu entfliehen.

Aber zur Durchführung kommt es nicht, weil Pat. die Konzentration zum Lesen nicht aufbringen kann; es scheint erhöhte Ablenkbarkeit und gesteigerte Ermüdbarkeit vorzuliegen.

Im Verhalten zu ihren Mitpatienten ist die Kranke außerordentlich wechselnd. Eben noch ist sie überschwenglich freundlich in ihrem Gebahren, um im nächsten Augenblick sich wegen einer Kleinigkeit zu zanken oder verdrossen und still in einer Ecke zu sitzen.

Trotz der bisweilen auftretenden Überschwenglichkeit ist doch der richtige Kontakt mit den anderen Menschen nicht vorhanden. Es ist immer etwas theatralische Pose dabei.

An Vorgänge in der Realität legt die Kranke nicht den richtigen Maßstab, sie mißt oft unwichtigen Ereignissen eine zu große Bedeutung bei und spricht geheimnisvoll darüber. Dieses scheint auf eine autistische Komponente hinzuweisen.

Der Charakter der Pat. ist außerordentlich widerspruchsvoll in sich selbst. Kindliches und altkluges, erwachsenes Gebahren stehen unvermittelt nebeneinander. Auf sexuellem Gebiet empfindet die Kranke ganz wie ein erwachsener Mensch. Die Liebe des Jugendlichen ist schüchtern, besteht häufig nur in scheuer Verehrung aus der Ferne und verlangt nicht nach körperlicher Annäherung und Gegenliebe. Erst für den Adoleszenten gibt es keinen Widerspruch mehr zwischen körperlichen und seelischer Liebe. Kommt es in der Pubertät zu sexuellen Beziehungen, so geht meist der seelische Kontakt verloren.

Für unsere Patientin dagegen steht beides in engem Zusammenhang. Diese seelische und zugleich körperliche Liebe zu ihrem Freunde steht im Mittelpunkt ihres Fühlens und Denkens, und seine Gegenliebe ist für sie eine wichtige Tatsache. So kann nur eine erwachsene Frau empfinden, nicht aber die Pubertierende.

Im Umgang mit anderen Menschen zeigt sie doch wieder ein Verhalten, das wir auch in der Reifezeit finden. Pat. zeigt nicht deutlich die asoziale, oder mindestens gegen die Umgebung gleichgültige Haltung, die für die Pubertät typisch ist. Jedoch ist ein gewisser Autismus, ein nur lockerer Kontakt mit der Umgebung unverkennbar. In ihrem Verhalten folgt sie nur ihren Launen, ist bald laut und lärmend, bald still und in sich gekehrt, bald übermäßig herzlich, fast theatralisch im Verkehr mit anderen Menschen. Es fehlt ihr wie der Pubertierenden das Einfühlungsvermögen in eine bestimmte Situation, die Fähigkeit, sich in eine Gemeinschaft einzuordnen. Man hat den Eindruck, daß sie aus der Realität zu flüchten versucht, indem sie vieles

Alltägliche mit einem Schein des Geheimnisvollen umkleidet, und indem sie sich mit theoretischen Themen zu beschäftigen versucht. Die Stimmungslabilität, das Wichtignehmen der Stimmungen und Kokettieren mit ihnen ist gerade bei Mädchen in der Reifezeit eine bekannte Erscheinung. Die ungraziöse, unnatürliche Haltung der Pat. erinnert an die unproportionierten Bewegungen der Jugendlichen. Es ist interessant, daß wir bei der Pat. auch die Angst davor finden, nicht für voll genommen und als Kind behandelt zu werden. *Stern*<sup>45)</sup> beschreibt dieses Phänomen beim Jugendlichen genau und sieht es als Ausdruck der eigenen Unsicherheit an. Wir haben hier einen schizophrenen Charakter vor uns, der in wesentlichen Punkten Parallelen zu Pubertätssymptomen aufweist, während Pat. in ihrer Sexualität wie ein reifer Mensch empfindet.

#### Zusammenfassung.

Außer den von anderen Autoren beschriebenen Vergleichssymptomen zwischen der Schizophrenie und der Pubertät ergaben sich neue Parallelen im sozialen Verhalten. Bisher wurde nur von *Hecker* darauf hingewiesen, daß der Schizophrene wie der Jugendliche Freude am Hänkeln anderer Menschen hat. In der Analyse unserer Krankengeschichten zeigte sich, daß die Ähnlichkeit in der Einstellung zur eigenen Person und zur Umwelt noch weitgehender ist.

In der Pubertät tritt in mehr oder weniger ausgesprochener Form eine Entfremdung von der Wirklichkeit auf, die mit erhöhtem Interesse am eigenen Innenleben Hand in Hand geht. Auch bei den Schizophrenen ist der Verlust des Kontakts mit der Außenwelt und das Überwiegen der Innenwelt ein typisches Symptom, das als Autismus bezeichnet wird. Das asoziale Verhalten des Pubertierenden zeigt sich besonders kraß in der negativen Phase. Entweder kommt es zum passiven Sichzurückziehen oder zu aggressiver, gesellschaftsfeindlicher Einstellung. Beide Verhaltensweisen sehen wir auch bei den Kranken. Die letztere ist, wie gesagt, von *Hecker* schon genannt worden.

Weiterhin zeigt sich die Verslossenheit in einer für die Pubertät charakteristischen Art der Lüge, die sich auf die systematische Verheimlichung alles dessen bezieht, was das innerliche »Ich« der Knaben und Mädchen betrifft<sup>46)</sup>. Dieselbe Verslossenheit sehen wir bei den Schizophrenen in der so häufigen Dissimulation der psychotischen Erlebnisse.

<sup>45)</sup> *Stern*, *W.*, a. a. O.

<sup>46)</sup> *Baumgarten*, *F.*, a. a. O.

Schließlich manifestiert sich das autistische Verhalten der Jugendlichen auch im Wollen und Handeln. Eine Zeitlang ist das Wollen des Jugendlichen zerfahren und ziellos<sup>47)</sup>. Trotz der Zielunsicherheit wird alles abgelehnt, was von der Umgebung und der Gewohnheit gefordert wird. Während der Negativismus beim Pubertierenden in einer vorübergehenden Phase andeutungsweise auftritt, bildet er beim Schizophrenen häufig ein ausgeprägtes Krankheitssymptom.

Die übrigen analogen Symptome sind von anderen Autoren bereits erwähnt worden. Einige Punkte konnten allerdings von uns nicht bestätigt werden. Es handelt sich in der Hauptsache um Parallelen im Denkverlauf. Von *Hecker* und *Kraepelin* wurden sowohl formale als auch inhaltliche Analogien des Denkens festgestellt. An formalen nennt *Hecker* den Mangel einer »knappen, sicheren, bestimmt umgrenzten Form« des Denkens, und *Kraepelin* sieht in der »Abgerissenheit der Gedankengänge« ein Symptom, das an die Pubertät erinnert. Sicher aber handelt es sich hier um zwei ganz verschiedene Dinge. Das wichtigste »Grundsymptom« der Schizophrenie ist nach *Bleuler* die Störung der Assoziationen. *C. Schneider*<sup>48)</sup> spricht von typischen Formmerkmalen des schizophrenen Denkens, die in »Entgleiten«, »Substitution«, »Verschmelzung« und »Faseln« bestehen und denen die Erlebnisse eines »Durcheinander der Gedanken«, des »Gedankenentzuges«, »des Gedankenmachens« und der »Uneindringlichkeit des Erlebens« entsprechen. Ich möchte nun die Verschwommenheit und die »Abgerissenheit der Gedankengänge« als Ausdruck dieser für die Schizophrenie typischen Denkstörungen ansehen, für die wir in der Pubertät auch nicht die geringste Parallele finden. Die Sprunghaftigkeit im Denken des Jugendlichen ist aus seiner inneren Unruhe und der drängenden Fülle des neuen Erlebens heraus zu verstehen. Nichts spricht für einen von dem des normalen Erwachsenen abweichenden Denkvollzug.

Eine gewisse Ähnlichkeit besteht allenfalls in dem bei Jugendlichen und Schizophrenen häufig anzutreffenden Konzentrationsmangel. Bei den Pubertierenden finden wir die Ursache hauptsächlich in der Ablenkung durch die lebhaftere Phantasie, die durch die eidetischen Fähigkeiten besonders intensiv sein kann. Bei den Schizophrenen dagegen können wir auch hier neben der Ablenkung durch gefühlsbetonte Phantasieerlebnisse die Inkohärenz des Denkens als ursächlichen Faktor nicht außer acht lassen. Während die formalen Ähnlichkeiten zum mindesten

<sup>47)</sup> *Bühler, Ch.*, Seelenleben S. 112.

<sup>48)</sup> *Schneider, C.*, Die Psychologie der Schizophrenen.



sehr zweifelhaft erscheinen, bestehen ausgesprochene Parallelen der Denkinhalte. Dazu gehören die übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Ich, mit religiösen und philosophischen Fragen. Ebenso steht es auch mit dem Drang nach Verallgemeinerung und der naiven, schnellfertigen Art des Urteilens. Und neben der Freude an abstrakten Gedankengängen, in denen der Jugendliche sich schon fast unseren Sphären entrückt glaubt, zeigt sich bei ihm wie beim Hebephrenen eine gewisse Vorliebe für derbe, burschikose Redensarten und unanständige Witze.

Auch bei einem anderen wichtigen »Grundsymptom«, der Störung der Affektivität, bestehen grundlegende Unterschiede und oberflächliche Ähnlichkeiten zu der Pubertät. Im Beginn der Schizophrenie sehen wir häufig Überempfindlichkeit und Reizbarkeit, während das Gefühlsleben dann allmählich abstumpft, in seinen Äußerungen uneinheitlich wird und einer allgemeinen Gleichgültigkeit Platz macht. In der Anfangszeit besteht eine Analogie zu der Empfindsamkeit und Reizbarkeit des Pubertierenden, die seiner inneren Spannung entsprechen, während sein Gefühlsüberschwang natürlich in krassem Gegensatz zu der späteren »Wurstigkeit« (Bleuler) des Schizophrenen steht. Von *Kraepelin* wird noch als Vergleichssymptom der »unvermittelte Stimmungswechsel« angeführt. Es ist jedoch zu beachten, das beim Jugendlichen der Stimmungswechsel im Zusammenhang mit seinem ebenso schnellen Vorstellungswechsel steht, während die Affekte des Schizophrenen seinen Gedanken nachhinken oder gar mit ihnen in Widerspruch stehen.

Eigenartig verwandt erscheint die Art der Gefühlsäußerung: hier wie dort sehen wir theatralische Überschwenglichkeit, Kokettieren mit Gefühlen und schließlich das Nebeneinander von Albernheit und Ernst, Zartheit und Derbheit.

Auch sonst ist die Ähnlichkeit im äußeren Gebahren frappant. Wir erkennen beim Schizophrenen die häufig so unnatürlichen, gezierten, ungraziösen Bewegungen des Jugendlichen wieder. Wir sehen bald Prahlerei und Großtuererei, bald Scheu und Verlegenheit. Bei der »Schnoddrigheit« (*Bleuler*) der Antworten, die auf den ersten Blick auch verwandt erscheint, spielt wieder die für den Schizophrenen typische Ungenauigkeit der Assoziationen hinein<sup>49)</sup>.

Schließlich seien noch die Parallelen auf dem Gebiete der Sexualität erwähnt, die von *Kretschmer* beschrieben wurden. Auch bei einigen unserer Kranken zeigten sich ähnliche Verhältnisse wie bei den Pubertierenden, während bei anderen normale Sexualität oder sexuelle Kälte zu finden war. Der Mangel

<sup>49)</sup> *Bleuler* a. a. O.

an Triebssicherheit führt bei den ersteren zu Schüchternheit in der Annäherung an Personen des anderen Geschlechts, während sich daneben starke sexuelle Phantasie, homosexuelle Neigungen und andere Perversitäten wie Masturbation und Sadismus ausbilden. Vielleicht handelt es sich hier jedoch weniger um Krankheitszeichen als um Charaktereigentümlichkeiten. Dafür spricht das Bestehen dieser Einstellung schon lange vor Ausbruch der Krankheit und ihr Auftreten in Verbindung mit infantilem Körperbau.

Wenn wir die Pubertätsmanifestationen bei den Schizophrenen überblicken, so fällt auf, daß in den Grundsymptomen, die sich auf die einfachen Funktionen erstrecken, keine innere Verwandtschaft mit Pubertätseigenschaften zu finden ist. Hierzu gehören die Assoziationsstörungen, zu denen es gar keine analogen Veränderungen in der Pubertät gibt, und die Störungen der Affektivität, zu denen sich nur oberflächliche Beziehungen finden. Dagegen bestehen in der Reifezeit scheinbar weitgehende Ähnlichkeiten mit den krankhaften Veränderungen der zusammengesetzten Funktionen, die ja wenigstens zum Teil durch die Störungen der Elementarfunktionen bedingt sind. Am überraschendsten erscheinen die Analogien in der Stellung des Ich zur Umwelt.

Doch darf trotz der Ähnlichkeit der äußeren Symptome nicht ohne weiteres auf gleiche Erlebnisformen geschlossen werden, denn bei dem Schizophrenen bestehen im Vergleich zum normalen Menschen grundlegende Veränderungen der Struktur der Persönlichkeit, hinter der »eine primäre Lockerung des Assoziationsgefüges«<sup>50)</sup> gefunden wird. *C. Schneider* schließt aus der Untersuchung der »reinen Formmomente«, daß das »gesamte unmittelbare Erleben« verändert ist<sup>51)</sup>. *Berze* hält »die schizophrene Hypotonie« für die Grundstörung der Prozeßschizophrenie<sup>52)</sup> und *Storch* sieht den phänomenologischen Ausdruck der »dynamischen Grundstörung« im »Verlust der Konstanz und Bestimmtheit der Dingstruktur«, im »Zerfall des Ichbewußtseins« und dem »Verschwinden der Ichgrenze«<sup>53)</sup>. Wenn auch der Charakter der schizophrenen Grundstörung noch hypothetisch ist, so scheint es nach den bisherigen Untersuchungen doch sicher zu sein, daß irgendeine Veränderung des »Gesamtbewußtseinszustandes« (*Schneider*) vorliegt, die natürlich auch in den Einzelsymptomen wiederzufinden ist.

<sup>50)</sup> *Bleuler* a. a. O., S. 296.

<sup>51)</sup> *C. Schneider* a. a. O., S. 109.

<sup>52)</sup> *J. Berze*, Psychologie der Schizophrenie.

<sup>53)</sup> *A. Storch*, Das archaisch-primitive Denken und Erleben der Schizophrenen.

Wir wollen nun diese Annahme auf das Symptom des Autismus anwenden. Eine Ähnlichkeit im Erleben mag darin liegen, daß dem Jugendlichen und dem Schizophrenen das eigene Ich und damit auch die Umwelt verändert erscheint und zu eifriger Beschäftigung mit dem eigenen Innenleben führt. Aber die Art dieser Veränderung ist eine ganz verschiedene. Der Jugendliche entdeckt in sich ihm neue, unbekannte Triebe, gibt sich einem bisher ungeahnten Stimmungsleben hin und empfindet eine unerklärliche innere Unruhe, die »vom Körper her und von der Seele« (*Bühler*) über ihn kommt. Diese mehr oder weniger verstandesmäßig erfaßte innere Situation treibt ihn in die Einsamkeit und läßt ihn die verschiedensten Formen der Abwehr gegen die Welt finden. Durch die Verständnislosigkeit der Umgebung wird die Kluft häufig noch vergrößert. In ähnlicher Weise beobachtet der Schizophrene die krankhaften Wandlungen seines Geistes. *Berze* schreibt: »Eine subjektive Veränderung ist eingetreten, eine begrifflich nicht recht faßbare, eine unbeschreibliche unheimliche Veränderung, die bald dem Ich, bald der Welt, bald den Beziehungen des Ich zur Welt zugeschrieben wird«<sup>54</sup>). Nach *Berze* ist diese Selbstbeobachtung, die sich zum Selbstbeobachtungszwang steigern kann, die Hauptwurzel der schizophrenen Introversion. Dieses ist aber nicht die einzige Ursache. Außer dem Bewußtwerden des veränderten Erlebens ist es auch die krankhafte Veränderung der Assoziationen und Affekte selbst, die die sozialen Bande lockert und so am Zustandekommen des Autismus beteiligt ist.

Auch das Willensleben ist weitgehend durch die Grundsymptome der Schizophrenie beeinflusst. Wir fanden Analogien zur Pubertät in der Zerfahrenheit und Ziellosigkeit des Wollens und Handelns, im Negativismus und insbesondere auch in den Impulshandlungen. Sofern die Impulshandlungen der Lösung einer inneren Spannung entsprechen, mag eine gewisse Ähnlichkeit des Erlebens bestehen. Aber es gibt auch, wie *Bleuler* hervorhebt, sinnlose, nur scheinbar impulsive Handlungen, die falschen Assoziationen entspringen. Außerdem sind die Erlebnisse des »fehlenden Aktivitätsbewußtseins« (*Berze*), der Beeinflussung des Handelns und das Gefühl fremden Zwanges dem Jugendlichen fremd. —

Wenn wir die Resultate noch einmal überblicken, so müssen wir, wie es ja bereits *Kraepelin* getan hat, die *Hecker*-sche Ansicht, daß die Hebephrenie die Erstarrung der Persönlichkeit auf der Stufe der Pubertät sei, ablehnen. Denn die Schizophrenie und die Pubertät weisen in ihren Grundzügen

<sup>54</sup>) *Berze* a. a. O., S. 67.

keine Ähnlichkeit auf, und das Erleben scheint sich dadurch ganz verschiedenartig zu gestalten. Wenn *Ch. Bühler* von Spaltung der Funktionen beim Jugendlichen spricht, so meint sie damit das ungleichmäßige Wachstum der einzelnen Funktionen und die dadurch bedingte Zerrissenheit und mangelnde Zielstrebigkeit, während *Bleulers* Spaltung der schizophrenen Persönlichkeit die »Lockerung des Assoziationsgefüges« zugrunde liegt. Zugleich mit dem Nachlassen der logischen Fähigkeiten gewinnen bei dem Schizophrenen gefühlsmäßige Strebungen die Oberhand, während das zielbewußte Wollen des Jugendlichen von dem aufkommenden Triebleben vergewaltigt wird. Aus zwei verschiedenen Wurzeln entsteht also die mangelnde Geschlossenheit der Persönlichkeit. Und mit den äußeren Wandlungen kommt es auch zu verändertem Erleben, das allerdings beim Schizophrenen und beim Jugendlichen stark voneinander abweicht. Die Ratlosigkeit in der neuen Situation, die innere Erregung und Gespanntheit, die wir beim Schizophrenen und beim Pubertierenden sehen, scheinen weitere Ursachen dafür zu sein, daß die äußeren Reaktionsformen manchmal so ähnlich sind.

Zum Schluß meiner Arbeit danke ich Herrn Prof. Dr. *Fischer*, der meine Arbeit angeregt und durch manchen Rat unterstützt hat. Auch danke ich Herrn Prof. Dr. *Lange* und Herrn Primärarzt Dr. *Chotzen* für die Erlaubnis, das zu dieser Arbeit notwendige Material in der Universitäts-Nervenklinik und in der Heil- u. Pflgeanstalt Einbaumstraße zu sammeln.

### Literaturverzeichnis.

1. *Baumgarten, F.*, Die Lüge bei Kindern und Jugendlichen. Beiheft 15 der Z. angew. Ps., Leipzig 1917.
2. *Bernfeld, S.*, Das dichterische Schaffen des Jugendlichen. 1924.
3. *Bernfeld, S.*, Die heutige Psychologie der Pubertät. Imago Bd. 13 Heft I, 1927.
4. *Bernfeld, S.*, Über eine typische Form der männlichen Pubertät. Imago 9, 1923.
5. *Berze, J.*, Psychologie der Schizophrenie. Monograph. aus d. Gesamtgebiet der Neur. u. Psych. Heft 55, 1929.
6. *Bleuler, E.*, Dementia praecox oder Gruppe der Schizophrenien. 4. Abt. I. Hälfte d. Handb. d. Psychiatrie, herausgeg. von Aschaffenburg, Leipzig u. Wien 1911.
7. *Braun, O.*, Aus nachgelassenen Schriften eines Frühvollendeten. Berlin 1920.
8. *Bühler, Ch.*, Das Seelenleben des Jugendlichen. 5. Aufl. 1929.
9. *Bühler, Ch.*, Zwei Knabentagebücher. Quellen u. Stud. z. Jugendkunde. Heft 3, Jena 1925.

10. *Bühler, Ch.*, Zwei Mädchentagebücher. Quellen u. Stud. z. Jugendkunde. Heft 1, 2. Aufl., Jena 1927.
11. *Bühler, Ch.*, Kindheit und Jugend. Leipzig 1931.
12. *Bühler, Ch.*, Die Schwärmerei als Phase der Reifezeit. Z. f. Ps. 100, 1926.
13. *Bühler, Ch.*, Vergleich der Pubertätsreife von Knaben und Mädchen. Handb. der Sexualpädagogik, herausgeg. v. E. Stern, 1927.
14. *Daraszkievicz, L.*, Über Hebephrenie, insbesondere deren schwere Form. Inauguraldissert. 1892.
15. *Delius, R.*, Schöpfungstum. 2. Aufl. Darmstadt 1922.
16. *Fischer, S.* u. *Hirschberg, H.*, Die Verbreitung der eidetischen Anlage im Jugendalter und ihre Beziehungen zu körperlichen Merkmalen. Z. f. ges. Neur. u. Psych. 88, 1924.
17. *Freud, S.*, Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie. 1926.
18. *Groos, K.*, Zur Psychologie der Reifezeit. Internat. Monatsschr. f. Wiss., Kunst u. Technik VI, 1912.
19. *Hecker, Die Hebephrenie.* Virch. Arch. Bd. 52, S. 394, 1871.
20. *Hetzer, H.*, Der Einfluß der negativen Phase auf die literarische Produktion und das soziale Verhalten pubertierender Mädchen. Quellen u. Stud. z. Jugendkunde. Heft 4, Jena 1924.
21. *Hetzer, H.*, Systematische Dauerbeobachtungen an Jugendlichen über den Verlauf der negativen Phase. Z. f. päd. Ps. 28, 1927.
22. *Hoffmann, W.*, Die Reifezeit. 2. Aufl. Leipzig 1926.
23. *Hug-Hellmuth, H.*, Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens. 1922.
24. *Jaensch, E. R.*, Über die Vorstellungswelt der Jugendlichen und den Aufbau des intellektuellen Lebens. Z. f. Ps. 84, 1920.
25. *Kahlbaum, Gruppierung der psychischen Krankheiten.* Z. f. ges. Neur. u. Psych. 1863.
26. *Kahlbaum, Über Heboidophrenie.* Allgem. Z. f. Psychiatrie 46, 1890.
27. *Kraepelin, E.*, Lehrbuch der Psychiatrie, 1893.
28. *Kretschmer, E.*, Körperbau und Charakter. Berlin 1930.
29. *Kroh, O.*, Subjektive Anschauungsbilder bei Jugendlichen. Göttingen 1922.
30. *Krug, J.*, Kritische Bemerkungen zu dem »Tagebuch eines halbwüchsigen Mädchens«. Z. f. angew. Ps. 27, 1926.
31. *Moll, A.*, Das Sexualleben des Kindes. Leipzig 1910.
32. *Ormian, H.*, Das schlußfolgernde Denken des Kindes. Wiener Arbeiten z. päd. Ps. 4, 1926.
33. *Rühle, O.*, Die Seele des proletarischen Kindes.
34. *Schneider, C.*, Die Psychologie der Schizophrenen. 1930.
35. *Schopen, E.*, Beiträge zur Erziehung der männlichen Jugend. Heft 5, Familienpädagogik, Mainz 1918.
36. *Spranger, E.*, Psychologie des Jugendalters. 12. Aufl., Leipzig 1929.
37. *Spranger, E.*, Eros. Kunstwart, 35. Jahrg. 1922.
38. *Stern, W.*, Die Intelligenz der Kinder und Jugendlichen und die Methoden ihrer Untersuchung. 4. Aufl., Leipzig 1928.
39. *Stern, W.*, Vom Ichbewußtsein des Jugendlichen. Z. f. päd. Ps., 23. Jg., 1922.
40. *Stern, W.*, Grundlinien des jugendlichen Seelenbildes. Aus »Erziehungsproblemen der Reifezeit«, Leipzig 1925.

41. *Stern, W.*, Erotik und Sexualität der reifenden Jugend. Aus »Erziehungsproblemen der Reifezeit«, Leipzig 1925.
  42. *Storch, A.*, Das archaisch-primitive Erleben und Denken der Schizophrenen. Monograph. aus d. Gesamtgeb. d. Neur. u. Psych. Heft 32, 1922.
  43. *Tumlirz, O.*, Die Reifejahre. Leipzig 1927.
  44. *Věčerka, L.*, Soziale Verhaltensweisen in der Pubertät. Quellen u. Stud. z. Jugendkunde. Heft 4, Jena 1926.
  45. *Voigt, W.*, Untersuchungen über das anschaulich-geometrische Denken der Zehn- bis Zwanzigjährigen. Z. f. päd. Ps. 22, 1921.
  46. *Voigt, W.*, Über das logisch-rechnerische Denken der Zehn- bis Zwanzigjährigen. Z. f. päd. Ps. 20, 1919.
  47. *Wille, W.*, Die Psychosen des Pubertätsalters. Leipzig 1898.
  48. *Zeman, H.*, Verbreitung und Grad der eidetischen Anlage. Z. f. Ps. 91, 1924.
-

# Über die Einrichtung psychiatrischer Krankheitsgeschichten.

Von

Dr. Gustav Blume, Oberarzt, Berlin-Wittenau.

Man verrät kein Geheimnis, wenn man erklärt, daß das Lesen psychiatrischer Krankheitsgeschichten nicht immer eine ungetrübte Freude ist. Oft genug ist es eine hoffnungslose Qual! Ich rede hier nicht von dem Inhalt, sondern lediglich von dem technischen Vorgang des Lesens selbst. Man steht beispielsweise vor der Aufgabe, die Krankheitsgeschichte eines alten Schizophreniefalles durchzuarbeiten, die sich über 20 bis 30 Jahre und über ein Dutzend Anstalten erstreckt. Man sitzt kummervoll vor einem unförmlichen Paket mehr oder weniger vergilbter, beschädigter, mehr oder weniger fliegender Blätter, aus dem beim Umwenden dickleibige Bündel unleserlicher und zerknüllter Briefe und Schriftsätze hervorstürzen, man sucht vergeblich festzustellen, wo die Krankheitsgeschichte anfängt, wo sich die letzten Eintragungen befinden, man ordnet, sondert aus, macht sich Aufzeichnungen, man stürzt sich endlich mit dem entsagenden Mut des Mannes der Wissenschaft auf das wildbewegte Meer einer Sammlung verblaßter, oder noch jugendfrisch strahlender Psychiaterhandschriften, und — hier erlahmt man. Schweißtriefend und verzagt (oder zornentbrannt, je nach Temperament) stellt man fest, daß die Entzifferung dieser kollegialen Niederschriften über die Kraft geht. Eine psychiatrische Krankheitsgeschichte handschriftlich aufzuzeichnen, dazu war ein geruhsameres Lebenszeitmaß als das jetzige erforderlich; diese Aufzeichnungen aber auch noch lesen zu müssen, dazu ist der Mensch der neuen Sachlichkeit und der Reiseschreibmaschine nicht mehr imstande. Er lehnt es als ungeheuerliche Zeit- und Kraftvergeudung rundweg ab.

Im Ernst: es kann nicht bestritten werden, daß die oben gekennzeichneten Schwierigkeiten häufig gerade dadurch bis zur praktischen und wissenschaftlichen Unverwendbarkeit der Krankheitsgeschichten gesteigert werden, daß diese noch immer handschriftlich geführt werden. Wieviel Zeit und Kraft dadurch fruchtbarer ärztlicher Tätigkeit entzogen wird, läßt sich kaum ermessen. In den Verwaltungsbüros der Anstalten finden heute Kurzschrift, Durchschrift, Schreibmaschine, Schnellhefter, Kartei usw. diejenige Verwendung, die für die Gegenwart selbst-

verständlich ist. Der ärztliche Dienst dagegen — doch wohl die wesentliche Aufgabe der Anstalten — ist, obwohl er mit ununterbrochener umfangreichster Schreibearbeit verbunden ist, bezüglich seiner schrifttechnischen Hilfsmittel, nämlich Tinte, Feder, Heftzwirn usw., um ein halbes Jahrhundert hinter der Gegenwart zurückgeblieben.

Ich kann es mir nicht versagen, hier anzufügen, was ich vor einigen Jahren über diese Frage geschrieben habe (*Blume*: Die Laufbahn des Anstaltsarztes. Psych. Neurol. Wschr., 31. Jahrg. Nr. 38):

»Alle Neuerungen und Verbesserungen aber werden so lange nur einen bedingten Nutzen stiften, die heute von Behörden und Ärzten erstrebte Hebung der Anstaltspsychiatrie wird so lange ein frommer Wunsch bleiben, ihre überaus wichtigen ärztlichen, sozialen, wissenschaftlichen Aufgaben werden so lange ungelöst bleiben, so lange für die Versorgung mit Ärzten nicht ein ganz anderer Maßstab angelegt wird als heute, und solange nicht mit Hilfe von Stenographie, Schreibmaschine und Schreibkräften für diejenige technische Arbeitserleichterung gesorgt wird, die in jedem kleinsten geschäftlichen und Bürobetriebe heute selbstverständlich ist. Man hat den bitteren Scherz gemacht darauf hinzuweisen, daß, wenn 150 Kranke unter der Obhut eines einzigen Arztes stehen und dieser bei täglicher zweimaliger Visite jedem seiner Schutzbefohlenen nur zwei Minuten widmen wollte, er  $2 \times 2 \times 150 = 600$  Minuten = 10 Stunden Visite machen müßte! Dabei wäre der gesamte übrige ärztliche Dienst noch nicht erledigt. Und heute hat mancher Anstaltsarzt nicht 150, sondern die doppelte Anzahl Kranker zu betreuen! Für die Fertigstellung des massenhaften Schreibwerks aber steht ihm — seine Hand, Tinte und Feder zur Verfügung! Daß das im Zeitalter einer fast vollkommenen Bürotechnik ein geradezu vorsintflutlicher Zustand ist, daß der Arzt damit zu einem die Gesundheit zerrütten- den, öden, oberflächlichen und gehetzten Massenbetriebe geradezu gezwungen wird, daß jede feinere, gründliche Behandlung des Einzelfalles, jede liebevolle Beschäftigung mit diesem zartesten Stoffe, der in seine Hand gegeben ist, der menschlichen Seele, schlechterdings unmöglich ist — von ausreichender wissenschaftlicher Verwertung des reichen »Materials« ganz zu schweigen! —, das ist so einleuchtend, daß sich jedes weitere Wort erübrigt!«

Die Frage der Vereinfachung der Krankheitsgeschichtsführung ist also keineswegs nur eine Frage der »Technik«, sondern betrifft unmittelbar die ärztliche Versorgung der Kranken selbst.



Für meine Bemühungen in dieser Richtung war eine Reihe von Anstalten so freundlich, mir auf meine Bitte die von ihnen verwendeten Krankheitsgeschichtsvordrucke beziehungsweise -modelle zur Verfügung zu stellen. Man ersieht aus ihnen, daß die Aufgabe einer möglichst praktischen und übersichtlichen Einrichtung der Krankheitsgeschichte schon vielerorts empfunden worden ist, daß aber die Lösungsversuche bisher jeder Einheitlichkeit entbehren, daß vielmehr hier je nach Städten, Provinzen, Ländern usw. die größte Mannigfaltigkeit herrscht.

Den Anstalten Friedrichsberg, Breslau-Einbaumstraße, Lengerich (Westf.), Eglfing, Strecknitz-Lübeck und Haina-Kassel danke ich auch an dieser Stelle für die mir freundlichst überlassenen Krankheitsgeschichten.

Außer den Vordrucken dieser Anstalten haben mir noch solche der Psychiatrischen Klinik der Charité, der Anstalt Grafenberg im Rheinland und natürlich insbesondere die der Berliner und Brandenburgischen Provinzial-Anstalten vorgelegen. Die letzteren beiden zeigen eine fast völlige Übereinstimmung im Druck und in der Anlage.

Die Krankheitsgeschichten unterscheiden sich in der Hauptsache nach der Reichhaltigkeit der vorgedruckten Rubriken. Ein Teil vermerkt nur ganz einfach auf dem Kopf der Krankheitsgeschichte die notwendigsten Angaben zur Person, die Diagnose, ferner einige Zeilen für Wiederaufnahmen (z. B. Psychiatrische Klinik der Charité), andere dagegen geben bis ins einzelne durchgearbeitete Fächer, wie zum Beispiel u. a. »Art der Aufnahme: freiwillig — durch Angehörige veranlaßt — polizeilich (gemeingefährlich) — zur Beobachtung eingewiesen — aus Strafhaf, aus anderen Gründen (§ 656 ZPO.), Unfallsache« . . . . »Verpflegsklasse« . . . . »Klinische Diagnose: Selbstmordversuche, Gewaltakte, Trunksucht, Entweichungen, Neigung zum Komplott, Sittlichkeitsdelikte« (Heil- und Pflegeanstalt Eglfing).

Eine bürotechnisch ganz moderne Anlage mit völliger Durchschreibemöglichkeit zeigt die Krankheitsgeschichte der Staatskrankenanstalt Friedrichsberg.

Viele der Krankheitsgeschichten haben einen Kartoneinband, nach Art der Gerichtsakten; alle sind ebenso wie diese mit Zwirn oder Stahlklammern geheftet, keine einzige ist nach dem Schnellheftersystem eingerichtet.

Die nachstehenden Ausführungen beziehen sich auf die Krankheitsgeschichten der Berliner und Brandenburgischen Anstalten. Sie zeigen folgende Einrichtung:

### I. Der Kopfbogen.

Er sah bisher so aus:

## Krankheitsgeschichte

de .....

aufgenommen am ..... 19.....

.....te Aufnahme. Ist veranlaßt durch:..... Verlegt nach ..... den ..... 19.....

..... Haus:..... " " ..... " ..... 19.....

Verlegt nach ..... den ..... 19..... " " ..... " ..... 19.....

" " ..... " ..... 19..... " " ..... " ..... 19.....

Aktenzeichen:

Geburtsort:..... Kreis:.....

Beruf der Eltern:.....

Letzter Wohnsitz oder Aufenthaltsort und Wohnung:.....

Aus Krankenanstalt?..... Haft?.....

Geburts-Jahr und Tag:.....

Familienstand: ledig, verheiratet, verwitwet, geschieden.

Glaubensbekenntnis:.....

Stand oder Beruf:.....

Krankheitsdauer vor der Aufnahme:.....

A. Sind Vater und Mutter miteinander verwandt? In welchem Grade?.....

Sind Geistes- oder Nervenkrankheiten, oder Trunksucht, oder Selbstmord, oder Verbrechen, oder auffallende Charaktere und Talente vorgekommen bei:

I. Vater? Mutter?

II. Großvater? Großmutter? Onkel? Tante? a) von Vaters Seite, b) von Mutters Seite?

III. Geschwistern?

IV. Nachkommen?

Ist Kr. unehelich geboren?.....

B. Andere Ursachen, welche?.....

C. Strafrechtliche Verfahren? Wegen?..... Wann?.....

Bestraft? In welcher Weise?.....

D. Sind körperliche Mißbildungen vorhanden? Welche?.....

E. War Kr. schon in einer Irren-Anstalt?

Zum 1. Male von ..... bis ..... In welcher?.....

Entlassen: a) nach Genesung? b) ohne Genesung?

Zum 2. Male von ..... bis ..... In welcher?.....

Entlassen: a) nach Genesung? b) ohne Genesung?

Zum 3. Male von ..... bis ..... In welcher?.....

Entlassen: a) nach Genesung? b) ohne Genesung?

Außerdem noch ..... mal, in Krankenhäusern?.....

Krankheitsform: 1. Senile u. arterioskler. Seelenstörung. 2a. Manisch-depressiv. 2b. Schizophrenie. 3. Sonstige einfache Seelenstörung. 4. Paralytische Seelenstörung. 5. Imbecillität, Kretinismus. 6. Epilepsie mit Seelenstörung. 7. Epilepsie ohne Seelenstörung. 8. Hysterie u. Psychopathie. 9. Neurasthenie. 10. Chorea. 11. Tabes. 12. Andere Nervenkrankheiten. 13. Alkoholismus. 14. Morphinismus und andere narkotische Vergiftungen. 15. Zur Beobachtung. 16. Nicht Geisteskranke. [Bei Gewohnheitstrinkern ist an den Rand die Bezeichnung „P“ hinzuzufügen.]

Entlassen den ..... 19.....

a) geheilt; b) gebessert; c) ungeheilt; d) nicht geisteskrank;

zu .....

In eine andere Anstalt?.....

In Familienpflege unter Aufsicht { eigene zu .....

fremde zu .....

Gestorben den ..... 19.....

Todesursache ohne Leichenöffnung?.....

nach .....

Aufenthaltsdauer in Anstalten überhaupt?

Dauer des gegenwärtigen Aufenthalts in hiesiger Anstalt?.....

Kosten:..... Vormund: (Pfleger).....

L. od. sex. Erkr. ....

Tr. ....

Alk. ....

Krämpfe (.....).

Schwindel (.....).

Sonst. ....

Vorleben: .....

Zuletzt: .....

Bei Aufn.: .....

Körp.: .....

Vorl. Diagn.: .....

Endg. Diagn.: .....

**Veränderungen im Verlaufe:**

Bemerkungen.

Schlußbem.:

Diese Kopfbögen sind unübersichtlich und enthalten eine große Anzahl Fragen, die in dieser Form unzulänglich und veraltet sind und erfahrungsgemäß zum weit überwiegenden Teil nie »ausgefüllt« werden. Im einzelnen weise ich auf folgendes hin:

1. Die ersten Fragen zur Person, Familienstand sind notwendig, können aber einfacher und zugleich eingehender gestaltet werden.
2. Die Fragen zu A — Erblichkeit — sind gänzlich veraltet und unbrauchbar.
3. Zu B: »Andere Ursachen, welche? . . . .«  
Nichtssagend. Wird nie ausgefüllt. Kann wegfallen.
4. Zu C: »Strafrechtliche Verfahren? Wegen? Wann? Bestraft? In welcher Weise?«  
Schwerfällig und umständlich. Wird in dieser Form nie ausgefüllt. Kann wesentlich vereinfacht werden.
5. Zu D: »Sind körperliche Mißbildungen vorhanden? Welche?«  
Hier gilt das gleiche wie zu 4.
6. Zu E: »War Kr. schon in einer Irrenanstalt?«  
Zugleich schwerfällig und unzulänglich. Ganz willkürlich wird die Möglichkeit einer Aufzeichnung für nur dreimaligen Anstaltsaufenthalt geschaffen. Für weitere Eintragungen ist kein Platz mehr, obwohl die Mehrzahl der Kranken erfahrungsgemäß sehr viel häufiger zur Anstaltsbehandlung kommt als dreimal. (Trinker z. B. unter Umständen 50 mal und noch öfter).  
Die Fragen »a) nach Genesung? b) ohne Genesung?« sind unzulänglich und werden in dieser Form kaum je beantwortet.
7. Das Verzeichnis der Krankheiten ist völlig veraltet.
8. Die Fächer: »Entlassen«, »Gestorben« usw. bis »Bemerkungen« können wesentlich vereinfacht werden.
9. Die Fächer auf der rechten Seite des senkrechten Teilstrichs zeigen das Bestreben, für alle nur denkbaren Möglichkeiten der Vorgeschichte in irgend einer Form einen kleinen Raum für Eintragungen zu schaffen. Das Ergebnis ist eine im ganzen willkürliche Aneinanderreihung einiger Punkte, die durch beliebige andere, etwa nach Art der alten »Fragebögen« (»Wie war sein Verhalten als Gatte, Vater, Beamter?« »Hatte Onanie statt?« »Wie war die Leibesöffnung?«) ergänzt werden könnten.

Was soll man auf drei engen Zeilen von 5 bis 6 cm Länge unter »Sonstiges« oder »Vorleben« oder »Zuletzt« eintragen? Was soll auf einem Raum von 6 : 7 cm Größe aus einer psychiatrischen Krankheitsgeschichte, die viele Jahre, vielleicht ein Menschenleben umfaßt, als »Ver-

änderungen im Verlaufe« verzeichnet werden? Was auf dem winzigen Felde darunter als »Schlußbemerkt«.

Gerade das Bestreben, auf dem Kopfbogen »alles« zu bringen, hat zu einer primitiven und systemlosen Zersplitterung geführt, die den heutigen wissenschaftlichen Anschauungen und Ansprüchen in keiner Weise mehr entspricht. Die tägliche Erfahrung zeigt denn auch, daß, wie bereits erwähnt, der Kopfbogen in seiner jetzigen Gestalt nur zu einem ganz geringen Teil wirklich beschrieben wird.

II. Die Krankheitsgeschichtsblätter selbst zeigen eine verschiedene Beschriftung. Es gibt 1. einen Vordruck mit großem Kopf:

»...ter Bogen der Krankheitsgeschichte  
de.. am ..ten .... 19.. aufgenommenen ..... (Aktenzeichen..)

Datum Krankheitsgeschichte Bemerkungen«,

2. einen Vordruck, der als »Einlagebogen«, endlich einen dritten, der nur als »Krankheitsgeschichte« beschriftet ist.

Diese Unterscheidung ist gänzlich überflüssig: praktisch werden alle drei Vordrucke in gleicher Weise verwendet, der große Kopf (s. o.) wird nie ausgefüllt.

III. Die Krankheitsgeschichten werden bogenweise geheftet. Das hat zur Folge, daß entweder, bei Heftung je eines Bogens, die Hefttätigkeit fortwährend erneut werden muß, mit dem Ergebnis, daß der Rücken der Krankheitsgeschichten von zahllosen Fäden durchzogen wird und, wenn er nicht besonders versteift wird (was andere Nachteile hat<sup>1)</sup>), sehr bald seinen Halt verliert, oder bei Heftung mehrerer Bögen, stets eine mehr oder weniger große Anzahl leerer Blätter vorhanden sind, die nur dann Verwendung finden, wenn der Kranke einmal wieder aufgenommen wird. Häufig bleiben auch dann noch infolge Verwendung neuer Kopfbögen und neuer Blätter die alten unbeschrieben, und so finden wir gerade die zu dicken Bänden angeschwollenen Krankheitsgeschichten alter Insassen regelmäßig durchsetzt von Dutzenden leerer, unverwendeter und unverwendbarer Seiten.

Die ganze Handhabung, gerade bei Wiederaufnahmen, ist äußerst unhandlich und unübersichtlich; bei Krankheitsgeschichten größeren Umfangs, mit zahlreichen Wiederaufnahmen, ist die letzte Aufnahme erst mit Mühe auffindbar, die Angaben des Kopfbogens entsprechen häufig nicht mehr dem Zustand dieser letzten Aufnahme usw.

Auf die überaus schwerwiegenden Nachteile, die mit der

<sup>1)</sup> In den Pappleisten fangen sich sehr leicht andere, im Fach liegende Krankheitsgeschichten.

handschriftlichen Führung der Krankheitsgeschichten verbunden sind, habe ich oben schon hingewiesen.

An Stelle des bisherigen Systems schlage ich für die Einrichtung und Führung der Krankheitsgeschichten folgendes Verfahren vor:

I. Die Krankheitsgeschichten werden nicht wie bisher bogenweise mit Heftfäden gebunden, sondern mit Hilfe der überall üblichen Schnellhefter blattweise — unter Bezifferung der einzelnen Blätter — wie bei Akten — eingerichtet. Das hat folgende Vorteile:

1. Decke und Rücken sind aus Karton. Das bedingt dauernden Schutz und gute äußere Beschaffenheit der Krankheitsgeschichten. Heute sind die über viele Jahre sich erstreckenden Krankheitsgeschichten alter Patienten häufig in einem Zustand mehr oder weniger weit fortgeschrittener Auflösung.
2. Eine weitgehende Papierersparnis ist mit dem System des Schnellhefters gegeben. Leere Blätter bleiben nicht übrig, jedes Blatt wird — natürlich mit Heftrand versehen — nachdem es beschrieben ist, gelocht und dem vorhergehenden angefügt. Das letzte Blatt enthält stets die zeitlich letzten Eintragungen, die Krankheitsgeschichte ist immer »fertig«. Nach dem alten Verfahren findet man die letzten Eintragungen bei Krankheitsgeschichten mit vielen Wiederaufnahmen und Abschriften anderer Krankenblätter häufig erst nach langem Suchen, unter Umständen irgendwo in der Mitte des ganzen Bandes.
3. Die oft sehr umfangreichen schriftlichen Äußerungen (Briefe, Eingaben usw.) der Kranken, die oft für ihre ärztliche Beurteilung sehr wichtig und daher ein wesentlicher Bestandteil der Krankheitsgeschichten sind, können nach dem alten Verfahren nur mit großer Schwierigkeit mit eingehaftet werden. Häufig liegen sie in Form dicker, das Schreiben erschwerender Pakete lose irgendwo, ohne Beziehung zur Zeit ihrer Niederschrift, in der Krankheitsgeschichte, stets in Gefahr verloren zu gehen. Bei dem Schnellhefterverfahren werden sie ohne jede Mühe genau wie die übrigen Blätter gelocht und in genau zeitlicher Reihenfolge an dem ihnen gehörenden Platz eingefügt.
4. Abschriften anderer Krankheits- oder Aktenblätter können entweder den eigenen Aufzeichnungen vorangesetzt, oder wie die schriftlichen Äußerungen der Kranken in genauer zeitlicher Reihenfolge zwischengeheftet werden. Auch hier kann der biographische Zusammenhang der

Krankheitsgeschichte auf das genaueste ohne jede Schwierigkeit gewahrt werden.

5. Diese Wahrung des biographischen Zusammenhanges, die besonders für das Studium und die wissenschaftliche Verwertung der Krankheitsgeschichten wichtig ist, kann mit Hilfe des Schnellhefters besonders bei Wiederaufnahmen in der einfachsten Weise geschehen. Da das letzte Blatt stets auch die zeitlich letzten Aufzeichnungen enthält, ist bei einer Wiederaufnahme nur nötig, ein neues Kopfblatt — nicht einen Bogen — anzulegen, auf dem die Angaben über Wohnung, Personenstand usw. entsprechend etwa inzwischen eingetretenen Änderungen neu aufgezeichnet werden. Zur besseren Übersicht empfiehlt es sich, diese Zwischenkopfbblätter in anderer Farbe — etwa rot — zu halten. Auf diese Weise ist auch bei den dicksten, über ein Menschenalter sich erstreckenden Krankheitsgeschichten der Verlauf der Krankheit, die Zahl der Wiederaufnahmen, die letzte Aufnahme, mit einem Wort die psychiatrische Lebensgeschichte des Kranken, mit einem Blick zu übersehen.
6. Mit dem Schnellhefterverfahren ist es ohne Schwierigkeit möglich, Teile der Krankheitsgeschichte, die unter Umständen zu besonderen Zwecken gebraucht werden, vorübergehend heraus zu lösen. Bei dem bisherigen Heftverfahren ist das gar nicht oder nur unter Auflösung der gesamten Krankheitsgeschichte durchführbar.

II. Die Beschriftung der Kopfbögen, sowohl der Decke als auch der Zwischenkopfbblätter, geschieht zweckmäßig nach dem hier abgebildeten Muster. Der leitende Gesichtspunkt dabei ist möglichste Einfachheit und Übersichtlichkeit, Weglassung aller Untertitel, die erfahrungsgemäß doch nicht ausgefüllt werden. Ein Vergleich mit dem oben gezeigten alten Kopfbogen ergibt, daß alles Notwendige berücksichtigt, daneben aber noch ausreichend Platz für »Bemerkungen« gelassen ist, wo der Arzt nach freiem Ermessen, nicht nach einem unbrauchbaren Zwangsschema, aufzeichnen kann, was ihm wichtig erscheint.

Wichtig ist das unter »..... Aufnahme« vorgesehene Liniensystem, aus dem sofort erkenntlich ist, wann und von wo (durch welche einweisende Stelle) der Kranke aufgenommen, wann, in welchem Zustand (»geheilt«, »gebessert« usw.) und wohin er entlassen, und welche Diagnose während dieses Anstaltsaufenthaltes gestellt worden ist. Der Vermerk »(Verzeichn. Nr.?)« gibt für statistische Zwecke einen Hinweis auf die vom Deutschen Verein für Psychiatrie vorgeschlagene, den gegen-

Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin

(Haus .....)

§

**Krankheitsgeschichte.**

(Aktz.: .....)

de .....  
(Stand) (Vor- u. Zuname, bei Frauen auch Mädchenname)

..... Aufnahme.

Aufgenommen:		Entlassen:		Diagnose? (Verzeichn. Nr.)	
am	Woher? (Einw. Stelle)	am	Wohin?	Vorläufig (Datum):	Endgültig (Datum):

Heftrand!

geboren am: ..... zu .....

Wohnung: (bzw. letzter Aufenthaltsort) .....

Familienstand: led., verh., verw., gesch. Religion: .....

Angehörige, Nachricht an (Fernspr.): .....

Vormund, Pfleger: .....

Krankheitsbeginn? ..... Zwilling? .....

Strafen: .....

Letzte Aufnahme: Bl.	{	.....
.....		.....

Tuberkulose? ..... Lues? .....

Trauma? ..... Rauschgifte? .....

Alkoholismus? .....

Besondere Körpermerkmale? .....

Gestorben am: ..... Leichenöffnung? ..... Todesursache: .....

Bemerkungen: .....

Name, Aktenzeichen: .....

wärtigen wissenschaftlichen Anschauungen entsprechende Zusammenstellung der psychiatrischen Krankheitsbilder.

Wichtig ist ferner die besonders herausgehobene Rubrik »Letzte Aufnahme: Bl.«. Die Blattziffer der jeweils vorletzten Aufnahme wird durchgestrichen, die Blattziffer der jeweils letzten Aufnahme dahinter geschrieben, und so ist sowohl diese wie auch die Zahl der Aufnahmen überhaupt sofort zu sehen. Platz zur Notierung beliebig vieler Aufnahmen ist vorhanden, besonders bei Verwendung der Zwischenkopfbblätter.

Allein bei Durchsicht dieser Kopfbblätter von der 1. bis zur xten Aufnahme mit ihren stets dem letzten Zustand angepaßten Eintragungen hat man, wie oben bemerkt, eine knappe, aber zeitlich und sachlich ganz genaue Übersicht über den Wechsel des Namens (Heirat!), des Berufes, des Familienstandes, des Aufenthaltsortes, über die Zahl und Zeiten der Anstaltsaufenthalte, die zu einer bestimmten Zeit gestellte Diagnose, den etwaigen Wandel der Diagnosen, also über die allgemeine und psychiatrische Lebensgeschichte des Kranken.

Der kleine Winkel »§« in der oberen rechten Ecke ist zur Notierung des »§ 20 (a—d)« der Polizei vorgesehen, der größere Winkel in der linken unteren Ecke soll Raum geben für eine besondere Hervorhebung des Namens und Aktenzeichens (etwa mit Rundschrift), zur bequemeren Heraussuchung aus dem Archiv und ähnlichen Zwecken.

Endlich findet sich auf der Innenseite der Decke eine »Übersicht« für den Aufenthalt in anderen (Heil-, Straf- usw.) Anstalten, für ein Inhaltsverzeichnis der Krankheitsgeschichte selbst usw. (s. Muster).

## Übersicht.

von	bis	Irrenanstalt	Sonstiges	Bemerkungen

III. Die Anlage einer jeden Krankheitsgeschichte würde sich also folgendermaßen vollziehen:

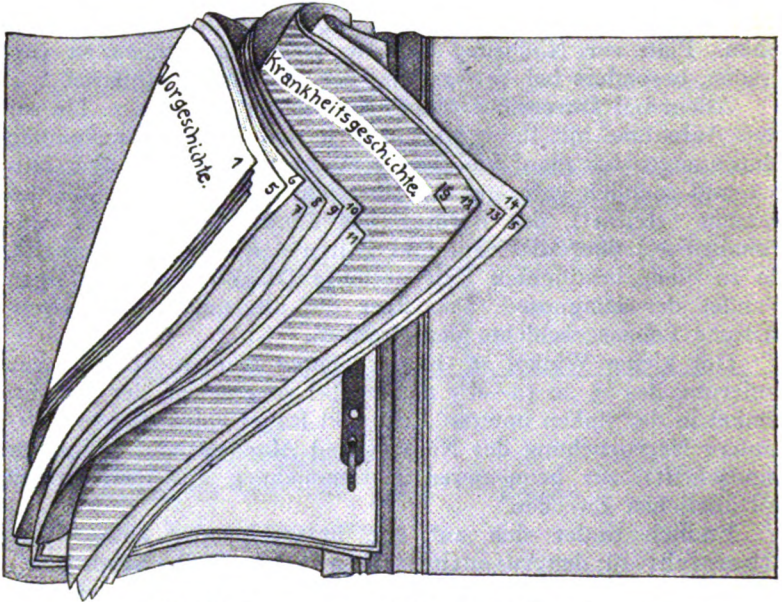
Als »Bl. 1« wird die »Vorgeschichte« eingefügt.

Dann folgt als »Bl. 2« eine den neuen erbbiologischen Anschauungen und ihrer Wichtigkeit entsprechende besondere »Familien-Übersicht«. In den Wittenauer Heilstätten hat



Herr Dr. *Panse*<sup>2)</sup> ein einfaches brauchbares Schema dafür entworfen.

»Bl. 3« ist eine Gewichtstabelle. Die von mir bereits vor Jahren entworfene und seitdem in den Wittenauer Heilstätten übliche Gewichtstabelle gestattet die wöchentliche Aufzeichnung



Blatt 1	=	Vorgeschichte.
2	=	Familienübersicht.
3	=	Gewichtstabelle.
4	=	Schriftblatt.
5	=	menstruationstabelle.
6	=	Aufnahmepapiere.
7 - 11	=	eigentliche Krankheitsgeschichte.
12	=	Zwischenkopfblatt. (Wiederaufnahme)
13 - 15	=	Krankheitsgeschichte.

des Körpergewichts für drei, bzw. bei Verwendung der Rückseite für sechs Jahre. Zweckmäßiger ist eine solche Tabelle vielleicht noch in Gestalt einer Kurve.

»Bl. 4« ist das von mir vor einigen Jahren vorgeschlagene »Schriftblatt« (vgl. *Blume*: Die Untersuchung der Handschrift in der Psychiatrie. Ztschr. Neur., 1929, Bd. 123) zur Festhaltung einer Schriftprobe des Kranken.

Vielleicht wäre für weibliche Kranke auch noch eine Menstruationstabelle als »Bl. 5« einzufügen.

Nach diesen fünf ersten Blättern, die als Vordrucke vorliegen

<sup>2)</sup> Vgl. die Veröffentlichung in demselben Heft dieser Zeitschrift.

und in jeden Schnellhefter zunächst eingehftet werden, beginnt die eigentliche Krankheitsgeschichte mit der Abschrift der Aufnahmepapiere, an die sich dann der körperliche und seelische »status« und die weiteren Eintragungen in genauer zeitlicher Reihenfolge anschließen. Dafür genügt ein ganz einfacher Vordruck, der als Kopf nur enthält »Krankheitsgeschichte«, ferner einen Heftrand (wie bei allen Blättern), eine schmale Spalte für das Datum und einen breiteren Rechtsrand für »Bemerkungen«. Praktisch wäre es, für den körperlichen und besonders den neurologischen Befund einen Vordruck zu verwenden, wie er jetzt bereits in zahlreichen Kliniken und Anstalten üblich ist.

Wird der Kranke ein zweites, drittes usw. Mal aufgenommen, so beginnt jede neue Krankheitsgeschichte, unmittelbar hinter dem Entlassungsvermerk, mit dem roten Zwischenkopfbblatt. Auf der Decke wird unter »Letzte Aufnahme: Bl.« die Nummer des neuen Zwischenkopfbblattes aufgeschrieben und die bis dahin geltende Ziffer durchgestrichen. Es kann dem Ermessen des Arztes je nach dem Einzelfall überlassen bleiben, wieviel und welche der ersten fünf Blätter (Vorgeschichte usw.) er bei jeder Wiederaufnahme verwenden will. Die ganze Krankheitsgeschichte wird genau wie ein Buch von vorn nach hinten gelesen.

Das oben beschriebene Verfahren läßt sich auch bei handschriftlicher Führung der Krankheitsgeschichten verwenden. Es bekommt aber natürlich, wie nochmals betont sei, seinen vollen Wert erst dann, wenn Kurzschrift und Schreibmaschine so weit wie irgend möglich, an die Stelle der nicht immer leserlichen Schrift des Arztes treten. Es sollte endlich als unhaltbarer Zustand erkannt werden, daß in allen Verwaltungsbüros Stenotypistinnen und Schreibmaschinistinnen nach Bedarf Verwendung finden, während für den an Umfang und Bedeutung mindestens gleichwertigen ärztlichen Schreibbedarf der Heil- und Pflegeanstalten keinerlei Schreibhilfen bewilligt werden.

Die geringen Mehrkosten, die zunächst durch das Schnellhefterverfahren und die bescheidene Einstellung von Schreibhilfen vielleicht verursacht werden, dürften auf die Dauer durch die ganz erhebliche (etwa 50%) Papierersparnis und die noch viel höher anzuschlagende Freiwerdung von Zeit und Kraft für wirklich fruchtbare ärztliche Tätigkeit und für die praktische und wissenschaftliche Verwendung der Krankheitsgeschichten mehr als ausgeglichen werden.

Da bei dem Schnellhefterverfahren mit den oben geschilderten besonderen Einrichtungen jeder überflüssige Papierverbrauch aufhören würde, könnte auch jede Anstalt wieder wie

früher ihre Krankheitsgeschichten für sich führen und aufbewahren, es wäre nicht mehr (wie jetzt in den Berliner Anstalten) notwendig, bei der Aufnahme eines Kranken, der bereits in einer anderen städtischen Heil- und Pflegeanstalt gewesen ist, beispielsweise eine Krankheitsgeschichte, die in Buch begonnen worden ist in den Wittenauer Heilstätten fortzuführen und nach der Entlassung des Kranken dem Archiv der Wittenauer Heilstätten beizufügen.

Daß dadurch die Verwirrung und Unübersichtlichkeit im Gebrauch der Krankheitsgeschichten noch gesteigert wird, bedarf keines Beweises. Nach dem neuen Verfahren kann sich jede Anstalt ihr eigenes, abgeschlossenes Archiv anlegen, aus dem eine vorübergehende Entleiherung an eine andere Anstalt ohne Beeinträchtigung dieser Geschlossenheit natürlich ohne weiteres möglich ist.

Da die Krankheitsgeschichten einen festen Pappereinband haben, läßt sich eine vorübergehend entliehene Krankheitsgeschichte ohne Schwierigkeit und Störung lose in die andere einlegen. Bei der bisherigen Anlage, d. h. der Fortsetzung der Krankheitsgeschichte einer Anstalt in einer zweiten, »verschwindet« die erste nicht selten — z. B. bei Verlegungen, bei Weitergabe an Gerichts- oder andere Behörden — oder taucht erst nach Jahren rein zufällig in irgend einem Akten- oder Krankheitsgeschichtsbande wieder auf.

Bei Benutzung des Schnellheftersystems mit festem Einband empfiehlt es sich ferner, zur vereinfachten Übersicht im Archiv verschiedenfarbige Decken zu verwenden, etwa für die Männerseite grün, für die Frauenseite gelb. Dieses Verfahren wird beispielsweise in der Anstalt Breslau — Einbaumstraße — angewandt, wie überhaupt die Krankheitsgeschichte dieser Anstalt, in dem Bestreben nach möglichster Einfachheit und Übersichtlichkeit den hier gemachten Vorschlägen sich nähert. Aber auch hier wird das Schnellheftersystem nicht benutzt, ebenso wenig das mir für die Erhöhung der Übersichtlichkeit (Wiederaufnahmen) besonders geeignet erscheinende farbige Zwischenkopfbblatt.

Zur praktischen Erprobung der oben geschilderten Einrichtung, habe ich die Krankheitsgeschichte einer alten, seit fast 30 Jahren immer wieder zur Aufnahme kommenden Kranken nach der neuen Methode umarbeiten lassen. Das Ergebnis war schlagend:

Die alte Krankheitsgeschichte unförmlich, unhandlich, schadhaft, völlig unübersichtlich, auf weite Strecken fast unleserlich, enthält bei oberflächlicher Zählung 128 Blatt, darunter etwa 70 leere Seiten.

Dieselbe Krankheitsgeschichte nach dem Schnellheftsystem, mit Schreibmaschine geschrieben: sauber, handlich, glatt lesbar, in genauester zeitlicher Reihenfolge der einzelnen Wieder-  
aufnahmen von 1904 bis heute mit einem Blick zu übersehen. 54 Blatt, eine (die letzte) leere Seite.

Mit diesem Ergebnis dürfte der Beweis erbracht sein, daß das hier vorgeschlagene Verfahren für die Führung und Verwertung der psychiatrischen Krankheitsgeschichten einen wesentlichen Fortschritt bedeuten würde. Es ist auf der ärztlichen Konferenz der Wittenauer Heilstätten mehrfach durchberaten und — nach einigen Abänderungen, die nichts Grundsätzliches, sondern im wesentlichen die Beschriftung der Decke betrafen — in unserer Anstalt seit April 1932 eingeführt worden. Es hat sich bisher gut bewährt.

---

(Aus den Wittenauer Heilstätten der Stadt Berlin. Direktor: *E. Bratz*.)

## Einrichtungen für die erbbiologische und sonstige Auswertung der Wittenauer Krankheitsgeschichten<sup>1)</sup>.

Von

**Dr. Friedrich Panse**, Oberarzt.

Ein wesentlicher Bestandteil einer gut geführten psychiatrischen Krankheitsgeschichte war neben Vorgeschichte und Befund von jeher ein möglichst erschöpfender Überblick über die Erblichkeitsverhältnisse, über das psychische Bild der Familie des Erkrankten. Das gilt besonders jetzt, wo die neueren Erbforschungsmethoden, die wir bekanntlich vor allem den Arbeiten *Rüdins* und seiner Schüler verdanken, uns sehr viel exaktere Grundlagen für die Beurteilung von Erbfragen in die Hand geben, als dies in früheren Jahren der Fall war. Schwierig und zeitraubend ist dabei die unbedingt notwendige Fixierung der einzelnen Daten und die exakte Einordnung der erfragten Verwandten im Familienaufbau der erkrankten Probanden. Geht man auf Grund alter Krankheitsgeschichten an erbbiologische Untersuchungen heran, so muß man leider feststellen, daß auch bei sorgfältiger Niederschrift der erbbiologischen Verhältnisse die Verwendung der mitgeteilten Daten meist nicht möglich ist. Zunächst sind Namen, Lebensdaten und Wohnort häufig nicht festgestellt, sondern lediglich der Verwandtschaftsgrad, und auch dabei wird oft nicht genau genug unterschieden, ob es sich um Verwandte mütterlicher- oder väterlicherseits handelt. Will man aber diese Daten im Rahmen einer Vorgeschichte genau darlegen, so bedarf es recht zeitraubender Erörterungen, zu denen meist gar nicht die Zeit zur Verfügung steht. Auf Anregung von Herrn Direktor *Bratz* habe ich deshalb in den hiesigen Heilstätten versucht, die genannten Schwierigkeiten durch ein Schema zu vermindern, und wir können auf Grund etwa einjähriger Anwendung sagen, daß es sich als recht brauchbar erwiesen hat, wenn es auch für besonders komplizierte und genau zu erforschende Fälle nicht ausreicht. Das ist aber auch nicht sein

<sup>1)</sup> Vgl. *Blume*: Über die Einrichtung psychiatrischer Krankheitsgeschichten (erscheint gleichzeitig in dieser Zeitschrift).

Zweck. Es soll vielmehr dem erbbiologisch Interessierten es ermöglichen, sich mit einem Blick eine Übersicht über die Erblichkeitsverhältnisse zu verschaffen und dem Untersucher selbst die Möglichkeit bieten, alles in Erfahrung Gebrachte genau darstellen zu können.

Das Schema (Abbildung 1) besteht aus einem Gerüst, vom Probanden ausgehend, das Eltern und Großeltern starr darstellt, für die übrigen Ver-

Familien-Übersicht

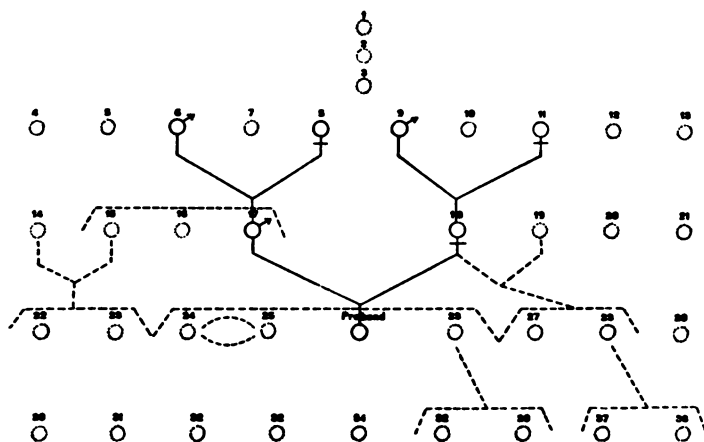


Abbildung 1.

wandten aber in Form der punktierten Kreise eine völlig elastische Einreihung gestattet. Lediglich die Generationen sind festgelegt. Die punktierten Kreise lassen sich mühelos in Geschlechtszeichen umwandeln. Aus der Probandengeneration (Nr. 22—29) lassen sich in der hier gestrichelt angedeuteten Weise leicht Geschwister von Vettern und Basen trennen, in der nächsten Generation ebenso leicht die Kinder von den Neffen und Nichten usw.<sup>2)</sup> Auch zweimalige Verheiratungen und ähnliche Komplikationen im Stammbaum sind ohne weiteres darzustellen. Die drei obersten Kreise (Nr. 1 bis 3) ermöglichen es, auch über die Großeltern hinaus Erkrankungsfälle kurz festzuhalten.

Wir haben die Familienübersicht auf die linke Innenseite eines Doppelblattes (Bogens) gedruckt. Das hat den Vorteil, daß man die erste leere Seite

<sup>2)</sup> Die gestrichelten Linien fehlen natürlich im Grundschemata und sind hier nur zur Verdeutlichung der Anwendung angegeben.

noch zur Vorgeschichte verwenden kann, während man auf die rechte Innenseite die Zahlen aus der Familienübersicht überträgt und hier den Namen des Verwandten, seine Lebensdaten sowie Krankheitsform und etwaige Anstaltsaufenthalte notieren kann. Man wird sich dann in der Familienübersicht selbst mit Schraffierung und ganz kurzen Bemerkungen begnügen können.

Die Übersicht läßt sich im Druck leicht und billig herstellen bei Anwendung des Strichätzungsverfahrens. Wir selbst sind in der angenehmen Lage, sie uns in unserer eigenen Anstaltsdruckerei in beliebiger Auflage drucken zu können.

Versieht man das Doppelblatt mit einem Heftrand, so läßt sich die Familienübersicht auch ohne Schwierigkeiten im Rahmen der von *Blume* beschriebenen zweckmäßigen Form einer Krankheitsgeschichte verwenden, wie dies auch bei uns schon seit April dieses Jahres geschieht.

Eine so dargestellte Familien-Vorgeschichte gibt im Gegensatz zu früheren Verfahren eine durchaus brauchbare Grundlage für spätere Erblichkeitsuntersuchungen.

Will man Erblichkeitsuntersuchungen in größerem Umfange betreiben, so ist die Voraussetzung eine gute Kartothek. Diese erst ermöglicht, in die sonst schwer zu hebenden Schätze der an den meisten Anstalten nur nach Jahrgängen oder alphabetisch geordneten Krankheitsgeschichten heranzukommen. Als wir unsere erbbiologischen Untersuchungen begannen, haben wir uns zunächst der Aufgabe unterziehen müssen, unsere etwa 6000 im Archiv lagernden Krankheitsgeschichten nach Diagnosen zu verkarten, ohne die Möglichkeit zu haben, dabei Hilfskräfte einzustellen oder Anstaltspersonal zu verwenden, da dieses schon sowieso stark mit Arbeit belastet ist. Es ist trotzdem mit Hilfe von sieben Kranken gelungen, die Kartothek in etwa dreiviertel Jahren fertigzustellen.

Zuverlässige Kranke — natürlich unter Wahrung der unbedingt notwendigen Diskretion — in größerem Umfang, als allgemein üblich, als klinische Schreibhilfen, Laboratoriumshilfskräfte, für Büroarbeiten heranzuziehen, wird sich in den gegenwärtigen Notzeiten überhaupt mehr als sonst rechtfertigen lassen und sogar als notwendig und zweckmäßig erweisen. Unsere eigenen Erfahrungen im Untersuchungszimmer, Laboratorium und Büro sind durchaus befriedigend. Grundsätzliches über diese Frage bei *Bratz*, diese Ztschr. Bd. 98, Seite 9, 1932 (Verbilligung der Geisteskrankenversorgung.)

Der Kartothek haben wir den Diagnosetabellen-Entwurf der statistischen Kommission von 1930 des Deutschen Vereins für Psychiatrie<sup>3)</sup> zugrunde gelegt, und wir möchten bei dieser Ge-

<sup>3)</sup> Vgl. *Wilmanns*: Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnosentabelle der Geisteskrankheiten. (Diese Zeitschrift Bd. 93, S. 223, 1930.)

legenheit zum Ausdruck bringen, daß er sich auch zur Verkartung alter Krankheitsgeschichten mit veralteten Diagnosen, wie besonders zur laufenden Verkartung unserer jetzigen Krankheitsgeschichten als recht brauchbar erwiesen hat und möchten auch an dieser Stelle anregen, bei der Beratung in Würzburg von weiteren Änderungen abzusehen, zumal schon eine Reihe großer Anstalten wegen der völligen Unzulänglichkeit des alten Diagnosenschemas für die Statistik zu diesem Entwurf übergegangen sind. Es ist kein Zweifel, daß das Schema gewisse Schwächen hat. Aber bei einiger Elastizität in der Anwendung und bei Übereinkunft unter den Kollegen einer Anstalt lassen sich leicht Zweifelsfälle in diesem guten Schema unterbringen.

Die Karten werden nach Diagnosennummern und Geschlechtern (diese mit verschiedenen Kartenfarben) getrennt in Kartenschränken aufbewahrt, die sich wohl jede Anstalt selbst herstellen kann. Innerhalb der Diagnosen sind die Karten alphabetisch geordnet. Versieht man die Krankheitsgeschichte selbst mit deutlicher Diagnosennummer, so erübrigt sich eine Parallelkartothek, und man braucht von jeder Krankheitsgeschichte nur eine Karte anzulegen. Einzelheiten in der Anwendung der Kartothek müssen natürlich den Bedürfnissen jeder Anstalt angepaßt werden, sie richten sich im übrigen nach den Gesichtspunkten, die für alle Verkartungen maßgebend sind (Doppelverkartungen bei zwei Diagnosen usw.).

In den Krankheitsgeschichten selbst erleichtert ein Inhaltsverzeichnis auf der Rückseite des vorderen Deckels, vor allem mit eindeutiger Aufzählung der früheren Anstaltsaufenthalte, die Heranziehung alter Krankheitsgeschichten für klinische oder erbbiologische Untersuchungen.

Um die für solche Zwecke erforderliche Ausführlichkeit und Festlegung von Zustandsänderungen bei allen — auch bei den ältesten — Fällen zu erreichen, hat sich uns seit Jahren eine regelmäßig alle drei Monate vorgenommene interkollegiale gegenseitige Kontrolle der Krankheitsgeschichten sehr bewährt. Gerade die Form der gleichgeordneten »Kontrollinstanzen« hat sich dabei als sehr angenehm und das kollegiale Einvernehmen in keiner Weise störend erwiesen, und die Krankheitsgeschichten sind gleichwertiger geworden, während sonst leicht bei bestem Willen das Interesse stark überwiegend den Neuaufnahmen und akuten Fällen zugewandt war, zum Nachteil der späteren wissenschaftlichen Auswertung<sup>4)</sup>.

<sup>4)</sup> Anmerungsweise sei erwähnt, daß die Anlegung der Krankheitsgeschichte in Maschinenschrift es natürlich erforderlich macht, daß jeder maschinenschriftliche Eintrag vom diktierenden Arzt handschriftlich unter-



Leitet man übrigens, wie dies in unserer Anstalt geschieht, möglichst frühzeitig die statistischen Aufnahmediagnosen (nach der neuen Tabelle) einer zentralen Stelle der Verwaltung zu, so kann man die Ergebnisse auch statistischen Fragestellungen nicht direkt klinischer Natur dienstbar machen (Zahl der Aufnahmen und Entlassungen, Aufenthaltsdauer, in Krankheitsgruppen getrennt) und vom Büro ohne weitere ärztliche Mitwirkung bearbeiten lassen. Auch dieser Vorteil des neuen Diagnoseschemas des Deutschen Vereins für Psychiatrie hat sich in den hiesigen Heilstätten bereits bewährt.

---

zeichnet wird, da sonst leicht die persönliche Note verloren geht und später bei Rückfragen und bei forensischen Komplikationen Unklarheiten entstehen können.

## Psychiatrische Wissenschaft und Praxis vor 50 Jahren<sup>1)</sup>.

Von

G. Ilberg.

Vor 50 Jahren handelte es sich in den deutschen Irrenanstalten gewiß um redliche Bemühungen der Ärzte, den Geisteskranken zu helfen. Auf regelmäßigen Krankenvisiten wurde die Ordnung in den Abteilungen geregelt, wurden die Kranken untersucht und ihr Verhalten beeinflußt; Selbstmordgefahr und Fluchtverdacht beachtete man. Die Kranken wurden bei epileptischen und paralytischen Anfällen nach Möglichkeit vor Verletzungen geschützt. Man ließ sie in den Anstaltsgärten unter Aufsicht spazierengehen, ruhige und unruhige nach Möglichkeit getrennt. Ruhigen Patienten wurde angemessene Beschäftigung angewiesen. Unterbringung und Verpflegung erfolgten der Bildung und dem Verhalten des einzelnen entsprechend. Man führte Krankengeschichten und machte Sektionen. Da körperliche Erkrankungen in manchen älteren Anstalten durch unhygienische Verhältnisse der Fußböden, der Küche, der Kleidung, der Bäder gefördert wurden, war hier viel somatische Behandlung nötig; waren doch Furunkulose, Krätze, Decubitus, infizierte Wunden und Pediculi da und dort keine Seltenheit. In einzelnen Abteilungen traten immer wieder Erysipel und Dysenterie auf, ebenso Typhus; die Lehre von den Dauerausscheidern war noch unbekannt. Tuberkulöse bewohnten oft dieselben Räume wie Nichttuberkulöse, und nicht nur, weil die Anfänge der Tuberkulose noch nicht zeitig genug erkannt wurden; das tuberkulöse Sputum wurde nicht genügend desinfiziert. Nur in Ausnahmefällen konnten Erkrankungen von Auge und Ohr oder gynäkologische Affektionen einem Facharzt vorgestellt werden; immerhin hatten sich in den Anstalten manche Ärzte auf eine Spezialität eingearbeitet. Knochenbrüche kamen öfter vor. Die Unruhe der Kranken wurde mit häufigen, auch längeren Isolierungen in oft nicht einwandfreien Zellen, mit Bromkali, Opium und namentlich Chloralhydrat in reichlichen

---

<sup>1)</sup> Vortrag gehalten am 6. November 1932 auf der Versammlung mittel-deutscher Psychiater und Neurologen (50-Jahr-Feier der psychiatrischen und Nervenklinik zu Leipzig).

Dosen behandelt. Wenn auch die zu Anfang des 19. Jahrhunderts übliche therapeutische Übergeschäftigkeit mit Blutentziehungen, Aderlässen, Blutegeln und Schröpfköpfen und die Anwendung von Brechmitteln (Calomel, Nitrum, Tartarus stibiatus) unter dem trefflichen Einfluß der Wiener Schule zurückgegangen war, hatte die Psychiatrie zunächst noch nicht an den Fortschritten teilgenommen, welche die innere Medizin durch *Oppolzer* und *Skoda*, die pathologische Anatomie durch *Rokitansky* erfahren hatten. Erst nach und nach wichen die philosophischen Spekulationen, das konstruktive Denken *Schellings*, die Phantasien *Reils* über das Wesen des Lebensprozesses als potenzierten galvanischen Prozesses, den Lehren *Schönleins*, der energisch forderte, daß die gesamte Medizin Naturwissenschaft werden müsse, und daß alle Hilfsmittel der objektiven Beobachtung nebst den Errungenschaften der Physik und Chemie auf die Erkennung und Behandlung aller Krankheiten zu übertragen seien. — Oft wurden die Geisteskranken viel zu spät in Anstaltsbehandlung gebracht, da das Aufnahmeverfahren äußerst umständlich war, und wertvolle Zeit verging, ehe die geforderten zahlreichen Papiere beieinander waren. Nur beamtete Ärzte durften die vorgeschriebenen weiträumigen Fragebogen ausfüllen. In manchen Ländern mußten erst hohe Behörden ihre Genehmigung geben, ehe die Aufnahme eines Kranken in die Anstalt erfolgen durfte. — Die Ärzte waren in vielen Anstalten bis in die Oberarztstellen hinauf recht unselbständig. Durch endlose Konferenzen wurde viel Zeit vertragen. Der angeblich allein verantwortliche Direktor verlor sich oft in zeitraubender Verwaltungsarbeit, die er bis in alle Kleinigkeiten, oft im Beisein der lediglich die Rolle von Zuhörern spielenden Ärzte, aufs peinlichste erledigte. Dabei verfügten die leitenden Ärzte vielerorts keineswegs über den nötigen fachmännischen Überblick. Nur auf einzelnen Universitäten war genügende Gelegenheit zur Ausbildung in der Psychiatrie vorhanden. Für wissenschaftliche Bearbeitungen fehlte strebsamen Anstaltsärzten die klare Fragestellung. Auf *Ausnahmen*, die es glücklicherweise unter den Direktoren und den Ärzten der Irrenanstalten gab, werden wir später zurückkommen. Es gab auch bereits Anstalten mit besseren hygienischen Einrichtungen. Aber es muß gesagt werden, daß trotz einiger guten Anfänge der allgemeine Ruf der Anstalten und der Anstaltsärzte vor 50 Jahren keineswegs sehr günstig war, sodaß sich viele tüchtige junge Ärzte nicht zum Eintritt in den Anstaltsdienst bzw. im Hinblick auf die geringe Bezahlung und das schlechte Avancement zum Verbleiben in einer psychiatrischen Stellung entschließen konnten. Sehr viele Anstalten waren absichtlich fern vom Verkehr und damit auch abgelegen von anregenden Kulturzentren errichtet. Dies alles war dazu angetan, das in der Bevölkerung gegenüber dem Irrenwesen schon immer bestehende Vorurteil zu stützen. Hierzu

trug auch die nicht nur zu Anfang des 19. Jahrhunderts verbreitete Methode mechanischer Beschränkung bei. Aus erzieherischen Gründen hatte u. a. *Heinroth*, der auf wissenschaftlichem Gebiet sonst so hochverdiente, 1843 verstorbene Professor der psychischen Heilkunde und Arzt am Waisen-, Zucht- und Versorgungshaus zu St. Georgen in Leipzig, geglaubt, die freie Bewegung unruhiger Kranker durch zahlreiche mühsam ausgetüftelte mechanische Vorrichtungen hindern zu müssen; seine Lehre von der Sünde als vornehmlicher Ursache der geistigen Krankheit war vor 50 Jahren in manchen Kreisen noch nicht vergessen und schmälerte den Geisteskranken lange das Mitleid, das sie verdienen. — Recht mangelhaft waren vielfach die baulichen Verhältnisse in den Anstalten. Oft waren die Geisteskranken in alten Schlössern, Klöstern, Kranken- und Siechenhäusern, die nur notdürftig den Bedürfnissen der Irrenpflege angepaßt waren, untergebracht. Mehrfach gab es statt der Gärten nur Höfe. Die bewilligten Mittel waren viel zu gering, als daß den Kranken in den öffentlichen Anstalten eine entsprechende Diät gegeben werden konnte. Vor allem aber waren die Anstalten schrecklich überfüllt, und von einer Ausbildung des Pflegepersonals in Kranken- oder Irrenpflege war nur in einzelnen Anstalten die Rede. Viele Paralytiker, Senildemente, Epileptiker und Idioten näßten in die Beinkleider und verbreiteten einen unangenehmen Geruch nach Urin. Druckbrand bis in die schwersten Formen war keine Seltenheit, da die Betten der Schwerverkranken oft nur Holzböden hatten und die Kranken lediglich auf Strohsäcke, die unreinen auf Stroh gelegt wurden. Erst nach und nach ging man zur Einrichtung größerer Wachabteilungen mit planmäßiger Anwendung von Bettruhe für Unruhige und Schwache über, unter den damaligen Verhältnissen ein großer Fortschritt. Auch die zunächst nur für Selbstmordsüchtige und andere Schwerverkranke eingerichtete nächtliche Beaufsichtigung und Pflege wurde allmählich durch Vergrößerung der Wachabteilungen erweitert.

Nicht auf einmal kam nun eine Besserung dieser — wie gesagt in vielen, nicht in allen damaligen Anstalten — unerfreulichen Verhältnisse des Irrenwesens; die Besserung begann vielmehr erst in dieser oder jener Anstalt, ehe sie langsam allgemeine Geltung erlangte. Aber nach und nach kamen die verschiedenen Berufsvertreter: die Ärzte, die Behörden und Verwaltungsbeamten zu der Erkenntnis, daß Reformen notwendig seien, vor allem waren es die Vertreter des Fachs, die in erster Linie auf psychiatrisch-wissenschaftlichem Gebiete das Ansehen des Irrenwesens vorwärts brachten.

Die Irrenärzte hatten sich bereits 1842 zum »Verein deutscher Irrenärzte« zusammengetan, aber erst 1860 bzw. 1864 nahm dieser Verein festere Formen an. 1844 war die Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin, herausgegeben von Deutschlands Irrenärzten, in Verbindung mit Gerichtsärzten

und Kriminalisten, unter der Redaktion von *Damerow*, *Flemming* und *Roller* begründet worden; bis heute sind 98 Bände erschienen; Band 1—26 im Verlag von Hirschwald, die späteren im Verlag von Georg Reimer bezw. Walter de Gruyter, Berlin. Die größten Verdienste um den Verein, der dann den Namen »Deutscher Verein für Psychiatrie« angenommen hat und heute über 700 Mitglieder zählt, und um die Zeitschrift, die er von 1858—1905 redigiert hat, hat sich *Heinrich Laehr*, der Gründer und Besitzer der Privatirrenanstalt Zehlendorf bei Berlin und gründliche Forscher auf dem Gebiet der Geschichte der Psychiatrie, erworben. Verein und Zeitschrift haben an ihrem Teile die Psychiatrie in wissenschaftlicher und praktischer Beziehung erheblich gefördert. Auf der Jahresversammlung des Vereins am 16./17. September 1884 in der neu eröffneten Universitätsirrenklinik zu Leipzig berichtete *Heinrich Laehr* über die Fortschritte des Irrenanstaltswesens in Deutschland während der letzten Jahre (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie 41. Band S. 592 ff.). Am Vorstandstische saßen *Nasse*, *v. Rinecker*, *v. Gudden*, *Westphal*, *Zinn*. — Das Ansehen der Psychiatrie stieg auch, als die Prüfung aller angehenden Ärzte in diesem Fach, in Bayern bereits 1861 eingeführt, endlich im Jahre 1901 durch Reichsverordnung für alle deutschen Länder angeordnet wurde; entsprechende frühere Anträge des Vereins der deutschen Irrenärzte waren bedauerlicherweise abgelehnt worden.

Unter den Männern, die auf die Weiterentwicklung der Psychiatrie von sehr großem Einfluß gewesen sind, ist zunächst *Wilhelm Griesinger* zu nennen. *Griesinger* war in jungen Jahren Assistent an der unter *Zellers* Leitung blühenden schwäbischen Irrenheilanstalt Winnenthal gewesen, hatte dann psychiatrische Studien in Paris und Wien gemacht und sich hierauf zunächst der inneren Medizin, deren Professur er in Tübingen innehatte, gewidmet. Von 1860 an leitete er die medizinische Klinik in Zürich, wandelte auch die Irrenanstalt im alten Züricher Hospital in eine Klinik um. Durch Reisen in England, Frankreich und Belgien verschaffte er sich einen Überblick über die Irrenbehandlung im Auslande und bewunderte in Hanwell das unbedingte no restraint nach *Conollys* Vorschrift und Beispiel. Er veröffentlichte physiologische Studien über psychische Reflexe und psychischen Tonus und suchte psychische Erscheinungen wegen ihres »Organisch-Seins« naturwissenschaftlich zu deuten. Immer mehr überzeugte er sich von der unbedingten Notwendigkeit einer Verbindung der Psychiatrie mit der inneren Medizin und der Unentbehrlichkeit eingehender Beschäftigung der Irrenärzte auch mit Nervenkrankheiten. Er eiferte gegen den Abschluß der Psychiatrie in die einsam gelegenen Irrenanstalten, wo die Seelenheilkunde viel zu sehr auf sich angewiesen sei und der notwendigen engeren Beziehungen zu ihren Schwesterwissenschaften entbehre. Das Irresein faßte *Griesinger* lediglich als einen Ausdruck

krankhafter Gehirnleistung auf und psychische Krankheiten als einen Teil der Krankheiten des Nervensystems. Es sei durchaus notwendig, daß die naturwissenschaftlichen Beobachtungen die noch übliche philosophische und moralische Betrachtungsweise immer mehr verdrängen. Schon im Jahre 1845 war die erste Auflage von *Griesingers* Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten erschienen. Ihr folgte 1861 bzw. 1867 die 2. Auflage, welche vor 50 Jahren große Verbreitung gefunden hatte. Die Zahl der psychischen Krankheitsformen ist in diesem Lehrbuch verhältnismäßig klein. *Griesinger* beschreibt lediglich fünf Formen von Schwermut oder Melancholie, zwei Formen von Manie (Tobsucht und Wahnsinn) und vier Formen psychischer Schwächezustände: partielle Verrücktheit, Verwirrtheit, apathischen Blödsinn und Idiotismus und Kretinismus; in der Paralyse sah *Griesinger* eine mehr gelegentliche Begleiterscheinung des Irreseins, obwohl französische Ärzte ihre Bedeutung damals schon erkannt hatten. — 1864 begann *Griesinger* sein erfolgreiches Wirken in Berlin, erreichte hier auch bald die Errichtung einer Klinik für Nervenkrankheiten, die er mit dem psychiatrischen Unterricht verband. Nun trat er lebhaft mit Reformplänen auf dem Gebiet des Irrenwesens und der Irrenbehandlung hervor, insbesondere forderte er die grundsätzliche Beseitigung jedes mechanischen Zwanges, was von manchen Seiten als zu weitgehend bezeichnet wurde. Eine gelegentliche große Schärfe rief Widerstand bei den Fachgenossen hervor; auf Konzessionen ließ sich *Griesinger* allerdings nicht ein. Er gab ferner bedeutungsvolle Anregungen über die Errichtung von Stadtasylen, die er neben den für die chronischen Fälle bestimmten Landasylen verlangte. Die Gründung der medizinisch-psychologischen Gesellschaft in Berlin und des Archivs für Psychiatrie, das sehr wertvolle Arbeiten gebracht hat und jetzt ebenfalls seinen 98. Band herausgibt, gehen auf seine Initiative zurück. Mit Wärme propagierte *Griesinger* die Einführung psychiatrischer Kliniken an allen Universitäten, für Universitätszwecke die erwähnten Stadtasyle mit einer mäßigen Krankenzahl empfehlend. Berlin hatte den Studenten psychiatrischen Unterricht schon zur Zeit seiner Vorgänger *Horn* und *Ideler* geboten. Darüber, ob die jungen Ärzte an der Universität oder in geeigneten Irrenanstalten in der Psychiatrie auszubilden seien, bestanden Meinungsverschiedenheiten; viele Irrenärzte empfahlen die Ausbildung in den Irrenanstalten. *Nasse*, *Autenrieth* und *Damerow* hatten aber schon Anfang bzw. Mitte des Jahrhunderts irrenärztliche Kliniken an Universitäten gefordert, und die Versammlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte in Eisenach 1860, Speyer 1861 und Frankfurt a. M. 1864 hatten sich einstimmig für baldige Errichtung psychiatrischer Kliniken an allen Universitäten ausgesprochen; die diesbezüglichen Frankfurter Thesen hatte *Heinrich*

*Laehr* zusammengefaßt. Daß *Griesinger* in seinen energischen gleichartigen Forderungen 1868 diese Vorarbeit nicht gekannt, jedenfalls nicht erwähnt hat, erklärt manche damalige Verstimmung. Sein erneuter Vorstoß hat aber zweifellos Nutzen gehabt; die erste selbständige psychiatrische Klinik wurde 1878 in Heidelberg unter *Fürstners* Direktion eröffnet, ihr folgten bald weitere. In diesen psychiatrischen Universitätskliniken konnte die psychiatrische Wissenschaft in der erfreulichsten Weise gefördert werden; günstig war es, daß die Leiter hier meist nur eine kleine Zahl von Kranken zu beobachten und zu behandeln hatten, dauernd in unmittelbarer Föhlung mit den anderen Koryphäen der medizinischen Fakultät standen und von den Geschäften einer großen Anstalt befreit waren. — Im Alter von erst 51 Jahren wurde *Griesinger* im Jahre 1868 plötzlich vom Tode ereilt; seine Lehren blieben aber von größtem Einfluß auf die folgenden Jahrzehnte. Die 3. Auflage seiner Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten kam 1871 heraus.

Sein Nachfolger in Berlin war *Carl Westphal*. *W.* legte großen Wert auf gründliche körperliche Untersuchung der Geistes- und Nervenkranken und entdeckte 1871, gleichzeitig mit *Erb*, das Fehlen der Patellarsehnenreflexe (*W.sches* Phänomen) bei der Tabes. Seine Studien galten namentlich der progressiven Paralyse. Vorzugsweise erörterte er den Zusammenhang klinischer Beobachtungen mit anatomischen Befunden. Über Zwangsvorstellungen, Verrücktheit, konträre Sexualempfindung publizierte er wertvolle klinische Beobachtungen. Sein Sohn, *A. Westphal*, hat die gesammelten Abhandlungen seines Vaters zusammengestellt (Berlin 1891, Hirschwalds Verlag). Neben *W.s* Forschungsarbeit wurde sein hervorragendes Lehrtalent geröhmt.

Nach *W.s* 1889 erfolgtem Ableben wurde 1890 *Friedrich Jolly* nach 16jähriger Tätigkeit an der Universität Straßburg nach Berlin berufen. 1886 hat *Jolly* die neuerrichtete psychiatrische Klinik in Straßburg und 1901 die neue Berliner Nervenlinik eröffnen können; auch den Neubau der Berliner psychiatrischen Klinik sah er entstehen. Über die neue Charitéklinik sprach er in der Jahresversammlung des Vereins deutscher Irrenärzte 1901 in Berlin (*Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie*, 58. Bd.). *Jollys* Studien galten u. a. physiologischen und elektrodiagnostischen Fragen. Seine zahlreichen Abhandlungen beschäftigten sich mit forensischer Psychiatrie, Hysterie, Hypochondrie, Bulbärparalyse, Folgen von Verletzungen des Rückenmarks u. a. Er war Mitglied der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, des Reichsgesundheitsamts, des wissenschaftlichen Senats der Kaiser-Wilhelm-Akademie für das militärärztliche Bildungswesen und verfaßte zahlreiche Gutachten für die verschiedensten Behörden. Im Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte führte er jahrelang den Vorsitz. Sein Tod erfolgte im Jahre 1904.

Mitte der 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts war das Handbuch der Geisteskrankheiten von *Heinrich Schüle*, das in verschiedene Sprachen übersetzt worden ist, in der ganzen psychiatrischen Welt verbreitet; die erste Auflage war 1878, die zweite 1880, die dritte ist — unter dem Namen »Klinische Psychiatrie« — 1886 erschienen. Auch *Schüle* faßte die Seelenstörungen als Abänderungen des normalen Seelenlebens zufolge organischer Erkrankungen auf und erklärte sie, da zur Nerven- und Hirnpathologie gehörig, ausschließlich als Gegenstand ärztlichen Forschens und Wirkens; die ganze Person sei durch die Hirnaffektion erkrankt, stehe unter geistigem Zwang, und ihre Selbstbestimmungsfähigkeit sei aufgehoben. Als erste Hauptgruppe unterschied *Schüle* in der vor 50 Jahren viel gelesenen 2. Auflage die Psychosen bei organo-psychischer Vollentwicklung: perniziöse Erschöpfungszustände des Gehirns (Paralyse) und psychische Zerebropathien; als zweite Hauptgruppe die Psychosen auf defekter organo-psychischer Anlage resp. Konstitution: hereditäre Neurose, einfaches hereditäres Irresein, organäre Verrücktheit, degeneratives erbliches Irresein (moral insanity) und Idiotismus. In der 3. Auflage hat *Sch.* verschiedene psychische Krankheitsbilder detaillierter auseinandergehalten.

Von 1863 bis zu seinem 1916 erfolgten Tode wirkte *Schüle* an der 1842 gegründeten badischen Heil- und Pflegeanstalt Illenau. Er war psychologisch, klinisch sowie therapeutisch sehr interessiert und beschäftigte sich auch viel mit der pathologischen Anatomie der Geisteskrankheiten. Trotz mehrfacher Berufungen blieb *Schüle* lebenslänglich dem ihm sympathischen »Illenauer Kreise« treu. Als er 1890 als Nachfolger des von ihm hochgeschätzten *Karl Hergt* zum Direktor ernannt worden war, führte er eine Reform der Anstalt durch, richtete Wachabteilungen für Ruhige und solche für Unruhige ein, verwandelte Zellenabteilungen in Stationen mit Bettbehandlung und schuf Landhäuser für freie Behandlung. Keineswegs gab er als Direktor seine hervorragende ärztliche psychotherapeutische Tätigkeit an den Kranken auf, hielt in Illenau sehr beliebte Fortbildungskurse für Amtsärzte, trat auch für die Errichtung einer Irrenklinik in Freiburg ein — erster Direktor war hier *Hermann Emminghaus* — und gewann, wie schon sein Vorgänger *Roller*, großen Einfluß auf die Organisation des Irrenwesens seines badischen Heimatlandes. Er war eine markante Persönlichkeit auf psychiatrischen Versammlungen, zeigte ein allseitiges lebhaftes Interesse und bewahrte bis ins hohe Alter eine große Frische; jedenfalls hat *Schüle* einer bestimmten Epoche der Psychiatrie ihre geistige Struktur verliehen. In seinem Handbuch, in dem viele anschauliche, oft poetische Schilderungen enthalten sind, ist eine Unsumme von Beobachtungen verarbeitet, und wenn man einmal etwas Besonderes und Seltenes nirgends findet, ist ein Nach-



schlagen im »Schüle« in der Regel erfolgreich. — Das Schwierige war jedoch in der Zeit vor 50 Jahren und später, daß alle Einteilungsversuche der Geisteskrankheiten an den äußeren Erscheinungen des Irreseins hafteten, und daß die Bilder im Einzelfall oft genug schwanken und ineinander übergingen. Erst allmählich haben sich aus dem Wirrwarr der Zustandsbilder einzelne Gruppen gleichartiger Artung gesondert: wie angeborener Schwächezustand, progressive Paralyse, Fieberdelirien, alkoholische Geistesstörungen und Altersblödsinn. *Kahlbaum* war es, welcher erkannte, daß die Zustandsbilder bei den einzelnen Kranken wechseln, daß man aus den Zustandsbildern keine Schlüsse auf die eigentlichen Krankheitsvorgänge ziehen könne, daß gleiche und ungemein ähnliche Zustandsbilder oft verschiedenen Krankheiten angehören.

*Karl Ludwig Kahlbaum* hatte von 1863—1866 von Allenberg aus Psychiatrie an der Universität Königsberg gelesen. 1866 hatte er die Privatanstalt Dr. *Reimers* in Görlitz übernommen und mit einem Pädagogikum für geistig abnorme Jugendliche versehen; in aner kennenswerter Weise sorgte er auch für angemessene Beschäftigung der Kranken der besseren Stände. Früh erkannte *Kahlbaum* die Unhaltbarkeit naturphilosophischer Lehrsätze und den hohen Wert empirischer Tatsachensammlung für die Psychiatrie. Er gab eine historisch-kritische Darstellung aller bisherigen Einteilungen der Geisteskrankheiten (Die Gruppierung der psychischen Krankheiten, Verlag von A. W. Kafemann, 1863) heraus, wobei es sich zeigte, daß eine geradezu furchtbare terminologische Verwirrung im In- und Auslande herrschte; mit demselben Namen war so und so oft einmal der wirklich typische Krankheitsprozeß und dann wieder das bloße Zustandsbild belegt. Beide bezeichnete *Kahlbaum* grundsätzlich mit besonderen Namen, wobei er freilich von den herkömmlichen Bezeichnungen so stark abwich, daß seine durchaus richtigen Vorschläge zunächst keine Anerkennung fanden. Er unterschied: *Vesania typica completa* (bzw. *praeceps*, bzw. *simplex*), *Vesania progressiva*, *Vesania katatonica*, *Vecordia* (zerfällt in *Dysthymie*, *Paranoiaformen*, *Diastrephie*), *Dysphrenie*, *Neophrenie* und *Paraphrenie* (*Hebephrenie* und *Presbyophrenie*). 1874 beschrieb *Kahlbaum* die *Katatonie* (Verlag von A. Hirschwald), die er in Analogie zur progressiven Paralyse nach Verlauf und Ausgang als Krankheitsform abgrenzte und klinisch-monographisch glänzend darstellte. U. a. erschien eine Arbeit über »cyklisches Irresein« 1892 im *Irrenfreund*, ein Aufsatz über »jugendliche Nerven- und Gemütskranke und ihre pädagogische Behandlung in der Heilanstalt« 1884 in der *Allg. Zschr. für Psych.* 40. Bd. Wer *Kahlbaums* Bedeutung wohl am zeitigsten gewürdigt hat, ist *Clemens Neißer* gewesen: »Über die *Katatonie*«, Stuttgart Verlag Enke 1887. Leider ist *Kahlbaum* nicht dazu gekommen, seine Einteilung durch Beibringung der zugehörigen

kasuistischen Unterlagen zu erhärten. Aber bald nach seinem 1899 erfolgten Tode ist seine Methode vollauf anerkannt worden, und zwar von keinem Geringeren als von *Kraepelin*.

Mit Hilfe sehr verschiedener Disziplinen wurde die Psychiatrie in der Zeit vor 50 Jahren — bzw. vorher und nachher — gefördert. Da ist zunächst hervorzuheben, daß *Wilhelm Wundt* in Leipzig über physiologische Psychologie las und sich entsprechend den Experimenten am menschlichen Körper bemühte, auch die menschliche Seele mit Hilfe von Experimenten und empirischer Beobachtung zu erforschen. (*Fausser-Stuttgart* hat *W.* in einem Vortrag auf der Versammlung der südwestdeutschen Psychiater in Tübingen am 22. Oktober 1932: »*Wundt* und seine Bedeutung für die wissenschaftliche Psychiatrie« gewürdigt; dieser Vortrag erscheint im 99. Bd. der *Allg. Z. f. Psychiatrie.*) 1879 rief *Wundt* als erstes seiner Art das berühmte Forschungsinstitut für experimentelle Psychologie in Leipzig ins Leben, in dem Gelehrte aus allen Teilen der Welt hörten und forschten, um dann in ihrer Heimat mit *Wundts* Methoden weiterzuarbeiten. Auch der junge *Kraepelin* gehörte Anfang der 80er Jahre zu *Wundts* Schülern in Leipzig, führte psychophysische Untersuchungen im Sinne *Wundts* in Dorpat und Heidelberg weiter, untersuchte mit diesen Methoden die Assoziationsfähigkeit, die Übung und Ermüdung, die Beeinflussung der geistigen Leistungsfähigkeit durch Alkohol, Tee, Morphinum, die Schlaftiefe usw. und trug so hierdurch dazu bei, gar manche Symptome bei Geisteskranken zu klären. Die Psychologie hat auf psychiatrischem Gebiete dann andere Wege beschritten, aber zur Erkennung und Klärung psychischer Krankheitssymptome, z. B. bei den leichten Graden von Geisteskrankheit, von Manie, Depression, Erschöpfung sind diese psychophysischen Untersuchungen nach *Wundts* Methoden von großer Bedeutung gewesen. *Kraepelins* Stern ging am akademischen Himmel so eigentlich erst Anfang der 90er Jahre auf; mein heutiges Thema gestattet es leider nicht, sich mit den großen Fortschritten zu befassen, die die Psychiatrie den Arbeiten *Kraepelins* und seiner zahlreichen Mitarbeiter verdankt.

Unter den Männern, die vor 50 Jahren die Physiologie des Gehirns erfolgreich bearbeiteten und damit auch die Psychiatrie förderten, darf *Eduard Hitzig* nicht vergessen werden, der Anfang der 70er Jahre dem von *Flourens* aufgestellten Dogma von der Gleichwertigkeit der verschiedenen Teile des Großhirns in seinen Schriften »über die elektrische Erregbarkeit des Gehirns« und mit der experimentellen Feststellung der vorderen Zentralwindung als der motorischen Region entgegentrat; in diesen Zentren sah *Hitzig* auch die Stätte der Bewegungsvorstellungen. So konnten sich dann Hirnforschung und Hirnchirurgie auf einer ganz neuen Grundlage aufbauen, wie u. a. *Gabriel Anton* gezeigt hat. *Hitzig* war 1879 nach

der Landesanstalt Nietleben berufen worden. Auf seine Veranlassung wurde 1885 zuerst eine Notklinik und 1891 die psychiatrische und Nervenklinik in Halle errichtet, die er bis zu seinem 1903 erfolgten Rücktritt leitete. In einer klinischen Arbeit »über den Querulantenwahnsinn« hat *Hitzig* zu verschiedenen psychiatrischen Meinungsverschiedenheiten Stellung genommen, mit seiner Frau auch die »Kostordnung der Psychiatrischen und Nervenklinik in Halle« herausgegeben. Die Älteren von uns erinnern sich der eindrucksvollen Persönlichkeit *Hitzigs* als Vorsitzenden von Versammlungen und geistvollen Debatteredners. Unvergessen sei ihm, daß er bei verschiedenen Gelegenheiten mannhaft für unseren Stand eingetreten ist, z. B. bei den Verhandlungen über Einrichtung von Laienkommissionen zur Beurteilung zweifelhafter Geisteskrankheit.

*Konrad Rieger* verdanken wir eine methodische Intelligenzprüfung »Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung nebst Methode der Intelligenzprüfung« (Verhandlungen der physikalisch-medizinischen Gesellschaft zu Würzburg, Bd. 22 u. 23), Verfeinerung der Pupillenreaktion (Dunkelzimmer, gleichmäßige Entfernung und konstante Stärke der Lichtquelle), »eine exakte Methode der Craniographie« (Jena, Verlag von Gustav Fischer, 1885), Arbeiten über Hypnotismus, über Trunksucht und Suchten überhaupt, experimentelle Untersuchungen über die Willenstätigkeit. Diese und andere Arbeiten *Riegers* sind in einer Selbstbiographie aufgeführt: Verlag von Felix Meiner in Leipzig, 1929.

Der erste Direktor Illenaus *Christian Friedrich Wilhelm Roller*, der Verfechter der »relativ verbundenen Heil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke«, hielt mehrmonatliche Kurse für praktische Ärzte ab und forderte eine intensive psychiatrische Ausbildung der Gerichtsärzte. Er erklärte: »Was an den Unheilbaren geschieht, um das tiefere Sinken zu verhüten, ist nicht minder ein Heilen als dasjenige, was bei den Heilbaren die Genesung zur Folge hat«. *Roller* beschäftigte die Kranken in ausgedehnter Weise, belehrte das Wachpersonal, schuf in Illenau eine Poliklinik für körperlich, nervös wie auch geistig Erkrankte von auswärts, ließ die früheren Patienten nach ihrer Entlassung durch Anstaltsärzte im Lande besuchen, bekämpfte die Trunksucht und spielte in allen praktischen irrenärztlichen Fragen nicht nur in Baden, sondern in ganz Deutschland und über seine Grenzen hinaus eine autoritative Rolle. 1878 starb er im 76. Lebensjahr, bis zuletzt noch im Dienst.

Die Siegburger Anstalt war zu Zeiten *Maximilian Jacobis* eine förmliche Hochschule für die deutschen Irrenärzte gewesen, auch außerdeutsche Psychiater holten sich hier Belehrung. Der 1858 im Amt verstorbene *Jacobi* ist ein verdienstvoller Vorkämpfer für die Verbesserung der Irrenheilkunde gewesen. Er hat sorgfältig geführte Krankengeschichten veröffentlicht, lehrte den Zusammenhang der

Geisteskrankheiten mit körperlichen Krankheitsvorgängen und redete dem suggestiven persönlichen Einfluß des Arztes, der individualisierenden Behandlung, der sogenannten psychischen Heilmethode, in einer Zeit das Wort, als dies etwas Neues war. Für die Verwerfung jedes Restraints trat er in einem 1844 im 1. Bd. der Allg. Z. f. Psych. enthaltenen Aufsatz: »über die gänzliche Beseitigung körperlicher Beschränkungsmitel der Irren« noch nicht ein, legte aber doch dieser Frage beachtlichen Wert bei und gab in dem genannten Aufsatz einen ins Deutsche übersetzten Auszug aus einem Schreiben von *John Kitching* in *Painthorpe house*, der die diesbezüglichen Beobachtungen in *Hanwell* und *Lincoln* schildert. Lebhaft betonte *Jacobi* die Notwendigkeit eines freundlichen Eindrucks des Anstaltsbaues und der Anstaltsräume, den erzieherischen Wert von Ordnung und Sauberkeit. Er führte eine Haus- und Tagesordnung ein. In *Siegburg* waren Einrichtungen für Garten-, Haus- und Werkstättenarbeit vorhanden, wohlthuende Abwechslung zwischen Arbeit mit Spiel und Erholung fand statt. Von kalten Bädern sah *Jacobi* in geeigneten Fällen gute Erfolge; Sturzbäder, Blutentziehung, Brech- und Abführmittel wendete er nur wenig an. Den Nutzen von Eiterung hervorrufenden Einreibungen mit unguentum stibiatum in der Scheitelgegend, die *Jacobi* bei mit seelischen Störungen begleiteten Krankheiten anwendete, kann man heute wieder besser verstehen, als vor der Kenntnis des Nutzens der Fiebertherapie.

In Sachsen wurde vor 50 Jahren viel Sorgfalt auf die Behandlung der Geisteskranken in der, schon seit ihrer 1811 erfolgten Gründung, lediglich für heilbare Geistesranke des Königreichs bestimmten Anstalt *Sonnenstein* verwendet. Auch hier sind schon zu Anfang des Jahrhunderts von *Pienitz* und vor 50 Jahren von *Weber* psychiatrische Ärztekurse abgehalten worden. *Pienitz*, in Paris bei *Pinel* und *Esquiroll* in die Schule gegangen, war ein hervorragender Arzt. Seine verdienstvolle Tätigkeit habe ich in der *Kraepelin*-Festschrift (84. Bd. der Allg. Z. f. Psychiatr. 1886) in einer Arbeit »von der Gründung der Irrenheilstalt *Sonnenstein* im Jahre 1811 und der Behandlung der Seelenkranken daselbst vor 100 Jahren«, auch sein, *Lessings* und *Webers* Lebensbild in *Kirchhoffs* Werk: »deutsche Irrenärzte«, Verlag von J. Springer, 1921 und 1924, geschildert. Sein Nachfolger *Lessing* gehörte zu den herrschgewaltigen Anstaltsmonarchen des vorigen Jahrhunderts. Er beschäftigte die Kranken in nahezu moderner Weise, war aber noch kein Anhänger des no restraint. Dieses Prinzip führte jedoch *Guido Weber* sofort nach Übernahme der Direktion 1883 ein. *Weber* erfreute sich eines großen Rufes als weitblickender und wohlwollender Gutachter. — Kranke, die nach der damaligen Annahme nicht für heilbar gehalten wurden, wurden von vornherein oder später von *Sonnenstein* aus nach der Pflegeanstalt für unheilbare Männer in *Colditz* bzw. nach der für

unheilbare Frauen in Hubertusburg gebracht. Beide Anstalten waren außerordentlich überfüllt; die irrenärztliche Tätigkeit war hier unendlich mühevoll und undankbar. An einen Besuch der Anstalt in Hubertusburg im Jahre 1889 habe ich sehr traurige Erinnerungen. Auf vielen Abteilungen war lautes Geschrei der Kranken sehr störend; im Hof saßen zahlreiche Unreine umher. Über das dreiköpfige Direktorium: 2 Oberärzte und 1 Verwaltungsbeamter, wurde von großer Uneinigkeit berichtet. — (Verbrecherische Irre wurden seit 1876 in Waldheim behandelt, das früher als Pflegeanstalt eine Rolle gespielt hat.) — Von Seiten des Ministeriums des Innern, dem das Irrenwesen in Sachsen seit viel länger als 100 Jahren direkt untersteht, bemühte man sich aber schon zu dieser Zeit, durch Errichtung einer Pflegerinnenschule in Hubertusburg und einer Pflegerschule in der damals lediglich für epileptische Kranke bestimmten früheren Irren- und Siechenanstalt Hochweitzschen Besserung zu schaffen. Nach und nach haben sich hieraus die staatliche Schwesternschule in Arnsdorf und die Pflegerschule in Sonnenstein recht günstig weiter entwickelt. Verhältnismäßig schnell entstanden dann in Sachsen verschiedene moderne Heil- und Pflegeanstalten: Untergöltzsch, Großschweidnitz, Zschadraß und Arnsdorf. Alle Anstalten nehmen schon längst die Kranken ihres Bezirkes auf, gleichviel ob sie heilbar oder unheilbar erschienen. — Die unzureichende Unterbringung der Geisteskranken der Stadt Leipzig konnte durch die Errichtung der natürlich nur über eine beschränkte Anzahl von Plätzen verfügenden psychiatrischen Universitätsklinik nur zu einem kleinen Teil behoben werden. Erst als die zuerst städtische Anstalt Dösen bei Leipzig im Jahre 1901 in Betrieb genommen war, erfolgte hier Besserung.

In dem der Sächsischen Pflegeanstalt Colditz benachbarten Dorf Zschadraß hatte *Voppel* seit 1868 zeitweise 25% der Colditzer männlichen Pfleglinge mit landwirtschaftlichen Arbeiten beschäftigt, nachdem einige Jahre vorher *Snell* — dem Muster der französischen Kolonie Fitz-James folgend — von Hildesheim aus die erste deutsche Ackerbaukolonie Einum gegründet hatte. 1876 hatte *Johannes Moritz Koeppe* die agrikole Kolonie in Altscherbitz (Prov. Sachsen) eingerichtet, und zwar unter tiefgreifender Umwandlung des Irrenanstandsbaues und gleichzeitig mit einer sehr humanen Gestaltung der Irrenpflege und -behandlung. Sein Mitarbeiter und seit 1879 sein Nachfolger *Paetz* hat dann Altscherbitz und die Beschäftigung der Geisteskranken mit der für viele von ihnen, namentlich durch die Krankheit geistig Geschwächte, in so hervorragender Art passenden Landwirtschaft in mustergültiger Weise ausgebaut (die Kolonisierung der Geisteskranken in Verbindung mit dem Offen-Tür-System, 1893). Nach und nach legten sich viele deutsche Anstalten Meiereien zu, bald in unmittelbarer Nähe der Zentralanstalt, bald wenigstens leicht von dieser erreichbar.

In vielen Ländern und großen Städten Deutschlands entstanden vor Kriegsbeginn vortreffliche neue, z. T. mustergültige Heil- und Pflegeanstalten für Geistesranke. Man muß diese Fürsorge der Behörden dankbar anerkennen.

Auch die äußeren Verhältnisse der Irrenärzte wurden besser. Es ging allmählich vorwärts mit den Anstalten und mit der Behandlung der Geisteskrankheiten. Die mechanischen Beschränkungs- mittel verschwanden; *Griesingers* Reformpläne haben gesiegt. — Immer mehr machte sich auch der Einfluß der Universitätsirren- kliniken und des Universitätsunterrichtes über Nervenkrankheiten geltend. Das Schrifttum entwickelte sich mächtig; Fachvereine und Versammlungen in verschiedenen Teilen des Reiches, vor allem in Berlin und im Südwesten des Reiches, gaben Anregungen viel- facher Art.

Bemerkenswerterweise hatten sich viele Psychiater vorher in der Anstaltspraxis hervorgetan, ehe sie Lehrstühle der Universitäten einnahmen. So brachte *Bernhard von Gudden* seine Lehrjahre in Siegburg unter *Jacobi* und dann in Illenau unter *Roller* und *Hergt* zu. Mit 31 Jahren wurde er Direktor der bayerischen Kreisirren- anstalt Werneck. Hier führte er die zwanglose Behandlung nach *Conolly* in bahnbrechender Weise glänzend durch und gewährte den Geisteskranken ein größtmögliches Maß von Vertrauen und Freiheit; von *Gudden* wird gerühmt, daß er ein außerordentliches Geschick, Geistesranke zu beeinflussen, besaß. Aus Werneck stammt der *Guddensche »Tagesbericht«* (Würzburg, Stubers Buchhandlung, 1869), der lange Jahre in vielen Anstalten eingeführt war. Schon während der 14 Jahre seiner Anstaltsdirektion in Werneck widmete sich *Gudden* hirnanatomischen Studien. Dann übernahm er die Leitung der neuen Anstalt Burghölzli mit dem Lehrstuhl für Psychiatrie in Zürich. Von 1872 bis zu seinem 1886 erfolgten tragischen Tode wirkte er in München. Eine Berufung nach Leipzig hat er leider abgelehnt. Von größter praktischer Bedeutung ist seine Erkenntnis über die Entstehung von Druckbrand, Rippenbrüchen und Ohrblut- geschwulst gewesen; er führte diese Erscheinungen — im Gegensatz zu der herrschenden Lehre ihrer Verursachung durch Erkrankung der »trophischen Nerven« — zum großen Teil auf Vernachlässigung der Pflege und auf Mißhandlungen zurück. Seinerzeit gab es hierüber eingehende Diskussionen, *Gudden* hat recht behalten. Zur Behebung der genannten Übel führte er Wachabteilungen, die nur für Sichselbst- gefährliche bestanden, auch für Gelähmte und unreine Schwach- sinnige ein. Auch die kleinsten Verletzungen hatte das Pflege- personal anzuzeigen. In welcher sorgfältiger Weise unreine Kranke abgehalten, umgebettet, auf weiche Matratzen gelegt, abwechselnd von einer Seite auf die andere gewendet, und wie schon die kleinste Rötung oder Verletzung behandelt wurde, habe ich bald nach *Guddens*

Tode bei einem Besuch der alten Münchner Kreisirrenanstalt beobachten dürfen. Niemals wurden Arzneien heimlich gegeben. Den Kranken durften grundsätzlich keine Unwahrheiten gesagt werden. — *Guddens* Schüler brachten diese Behandlungsmethoden in die verschiedensten deutschen Länder. In Dresden reformierten *Kraepelin* und nach dessen baldiger Abberufung *Ganser* die gänzlich veraltete psychiatrische Station im Stadt Krankenhaus Dresden-Friedrichstadt, welcher allerdings eine schöne Nervenabteilung angegliedert war, und die alle für Ausbildung der Ärzte und Behandlung der Kranken bei irgendwelchen somatischen Komplikationen wertvollen Vorteile einer Krankenhausabteilung hatte. Die psychiatrische Abteilung wurde 1889 in das neuerbaute Stadtirren- und Siechenhaus, das jetzige Stadt Krankenhaus Dresden, Löbtauer Straße, übergeführt. Ich habe die Freude gehabt, diese Überführung als aktiver Assistenzarzt mit erleben zu dürfen, und berichte gern, daß trotz aller Überfüllung und Unzulänglichkeit schon in der alten Dresdner Abteilung keinerlei Zwangsmittel angewendet wurden. Das war nach Dresden verpflanzte *Guddensche* Tradition, die nach und nach überall ihre Früchte zeitigte! — In klinischer Richtung hielt sich *Gudden* sehr zurück und verhielt sich skeptisch gegenüber allem Hypothetischen. Seine anschaulichen Krankenvorstellungen in München fanden große Bewunderung. Was ihn aber innerlich am meisten beschäftigte, waren seine hirnanatomischen Experimente, die er, wie er beabsichtigte, leider nicht mehr zusammenstellen konnte. Diese Experimente bestanden darin, daß *Gudden* Exstirpationen von Nerven und Gehirnoperationen an neugeborenen Tieren vornahm, die Gehirne der nach gewisser Zeit getöteten Tiere mikroskopisch untersuchte und so wichtige topographische Befunde ausbeutete. *Nißl* hat *Guddens* hirnanatomische Experimentaluntersuchungen im 51. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie gewürdigt, *Grashey* hat G.s wissenschaftlichen Nachlaß in einem, mit 41 anatomischen Tafeln ausgestatteten stattlichen Band veröffentlicht. — Den Wert der *Nißlschen* Alkoholhärtung für die feinere Untersuchung des Zentralnervensystems erkannte *Gudden* sogleich und stellte den jungen *Nißl* und seine Präparate auf der Straßburger Naturforscherversammlung vor.

*Kraepelin* hat zu denjenigen Universitätslehrern gehört, welche die Bedeutung der psychiatrischen Anhaltstätigkeit sehr würdigten. So legte er großen Wert darauf, daß seine Assistenten gelegentlich von Heidelberg einen Tag nach Heppenheim fuhren und sich dort von dem vortrefflichen Organisator und umsichtigen Anstaltsdirektor *Georg Ludwig* in Fragen der praktischen Psychiatrie belehren ließen. *Ludwig* war der Reformator der hessischen Psychiatrie. Auf seinen Rat wurde die Irrenanstalt Heppenheim, die er 1866 eröffnete, absichtlich nicht in einer abgelegenen Gegend, sondern an der Bergstraße, an den Bahnen des Verkehrs, erbaut. Der ganze Betrieb

war vom Geist des leitenden Arztes, überhaupt von ärztlichem Geist, durchdrungen. Schon 1874 hat *Ludwig* den Hilfsverein für Geistesranke in Hessen gegründet, der der größte und umfangreichste war; um diesen Verein hat er sich bis zu seinem 1910 im 84. Lebensjahr erfolgten Tod eifrig bemüht, er hat Außenfürsorge in bestem Sinne getrieben. Wie hoch er wissenschaftliche Studien schätzte, beweist die seinen Anträgen zu verdankende Errichtung der psychiatrischen Klinik in Gießen, deren Leitung *Robert Sommer* übergeben wurde. Zu einer großen Anzahl von Fragen der Psychiatrie nahm *Ludwig* Stellung und gab auf Grund seiner großen Erfahrungen insbesondere auf Versammlungen wertvolle Anregungen. In *Ludwig* war eine sehr glückliche Verbindung von weitsichtiger Anstaltspraxis und ernstem wissenschaftlichen Interesse vorhanden.

Ich muß es mir versagen, der Fortschritte zu gedenken, die die forensische Psychiatrie durch die Werke von *v. Kraft-Ebing*, der aus der Illenauer Schule hervorging, erfahren hat. Sein Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie wurde in 1. Auflage 1875 herausgegeben und erlebte 1903 die 7. Auflage. Dies und seine 1886 zuerst erschienene *Psychopathia sexualis*, die bisher 17 Auflagen erfahren hat, haben wesentlich dazu beigetragen, Mediziner und Juristen mit den neuesten Errungenschaften der forensischen Psychiatrie bekanntzumachen. *v. Kraft-Ebing* hat den Begriff und das Wort »Zwangsvorstellungen« geprägt und ist auch der Schöpfer des Wortes »Dämmerzustand« gewesen. Nachdem er jahrelang die Stellung eines Chefarztes der Anstalt Feldhof mit der Professur für Psychiatrie, später auch für Neurologie, an der Universität Graz verbunden hatte, wirkte er in Wien. Neurologisch arbeitete er vielfach mit *Erb*, anatomisch mit *Obersteiner*. — In forensischer Beziehung sind auch die Arbeiten *Kochs-Zwiefalten* »über psychopathische Grenzzustände« zu erwähnen; dies sozial, wissenschaftlich und juristisch wichtige Werk ist von 1890—1893 erschienen. — Sodann hat sich *Carl Wilhelm Pelman* zunächst in Vorlesungen, dann in Buchform über die damals noch wenig bekannten »psychischen Grenzzustände« verbreitet (Verlag von *Friedrich Cohen*, Bonn); u. a. spricht *Pelman* hier über Verbrecher, Genies, Sonderlinge, Vagabunden, Hexen, Propheten, Mystiker und psychische Epidemien. — Es hat ziemlich lange gedauert, bis man die Juristen für die psychiatrischen Aufklärungen gewinnen konnte. Wenn dies nach und nach gelungen ist, so darf die Tätigkeit *Emanuel Mendels*, dieses Meisters auf dem Gebiet der gerichtlichen Psychiatrie, nicht übergangen werden; ihm gelang es, die Gesetzgebung auf Gebieten des Entmündigungsverfahrens, des Vormundschaftswesens und in der Fassung des § 51 St.G.B.s entscheidend zu beeinflussen. Jahrzehntlang wirkte *Mendel* auf die Fachgenossen durch das von ihm redigierte »Neurologische Zentralblatt«.



In voller Wirksamkeit stand vor 50 Jahren *Theodor Meynert*. 1833 in Dresden geboren, siedelte er früh nach Wien über und verbrachte hier die Zeit seiner Studien und die seiner Lehrtätigkeit in der psychiatrischen Klinik des allgemeinen Wiener Krankenhauses. *Meynerts* Arbeiten beziehen sich auf mikroskopische Untersuchungen des Gehirns, auf die Lokalisation der sensiblen und der sensorischen Bahnen wie der Bewegungsbahnen, auf die Assoziations- und die Projektionsfasern, die Haube und den Fuß des Gehirnstiels. Er erfand eine neue Methode der Gehirnzergliederung, bei dem der Gehirnmantel mit wenigen Schnitten vom gesamten Hirnstamm abgetrennt wird, wodurch eine sehr gute Übersicht über beide Hemisphären, die Ventrikel, die großen Ganglien, das Mittel-, Hinter- und Nachhirn gegeben wird. Bei den verschiedenartigen Geisteskrankheiten stellte er das Gewicht des Gehirns und seiner Teile fest. Viel Interessantes beschrieb er vergleichend anatomisch an Tiergehirnen. Man hat gesagt, daß er das Gehirnleben auf eine anatomische und physiologische Basis gebracht hat. *Meynert* bezeichnete die Psychiatrie als die Lehre von den Erkrankungen des Vorderhirns. Außer der Hirnrinde nahm er auch wichtige Beziehungen des Hirnstammes und der subkortikalen Organe zu dem Seelenleben an und wies auf die Bedeutung von Größe und Kleinheit, Enge oder Weite der Kreislauforgane, auf veränderte Druckverhältnisse durch Schädelenge oder hydrozephalisch bedingte Weite hin. Seine äußerst gedankenreichen Vorlesungen über Psychiatrie erschienen 1890. Mit großem Genuß liest man noch heute seine klassischen Beschreibungen der Melancholie, der Amentia, der Manie, der Paranoia, der Paralysis universalis progressiva, der sekundären Geistesstörungen, des durch Herderkrankung erworbenen Blödsinns und des angeborenen Blödsinns. *Meynert* studierte auch die Psychologie großer Dichter und Schriftsteller. Durch seine Forschungen gelangte er zu einer geradezu idealistischen Weltanschauung. Mit Recht ist er als *Iatros philosophos* im Sinne von Aristoteles bezeichnet worden. Er starb 1892.

Es ist an diesem Orte leider nicht möglich, des Einflusses *Karl Wernickes* zu gedenken, dessen bahnbrechende Arbeit: »der aphasische Symptomenkomplex, eine physiologische Studie auf anatomischer Basis« 1874, dessen »Lehrbuch der Gehirnkrankheiten« 1881/82 und dessen Aufsatz über »die Aufgaben der klinischen Psychiatrie« 1887 erschienen. Von 1894—1900 ist dann sein »Grundriß der Psychiatrie« herausgekommen.

Auch die großen Verdienste *Paul Flechsig's* um die Gehirn-anatomie müssen erwähnt werden. Seinen »Plan des menschlichen Gehirns« veröffentlichte er 1883. Dankbar denke ich persönlich an *Flechsig's* anschauliche Zeichnungen in seinen Vorlesungen über Hirnanatomie und an seine Vorlesungen über die Pathologie der Geisteskrankheiten mit Erläuterung von mikroskopischen Befunden, die

ich im Jahre 1886 in der hiesigen Klinik gehört habe. *Flechtsigs* Hauptwerk sind seine entwicklungsgeschichtlichen Studien gewesen.

Ich muß zum Schluß noch der Arbeiten von *P. J. Möbius* ehrend gedenken, da wir uns gerade hier an seinem langjährigen Wohnort befinden, an dem er leider nicht ganz zu seinem Recht gekommen ist. *Möbius* erkannte frühzeitig die Richtigkeit der syphilitischen Ätiologie von Paralyse und Tabes und führte die zusammenfassende Bezeichnung »Metasyphilis« für diese beiden Krankheiten ein. Seit 1879 wirkte er als Nervenarzt; von 1883 ab war er 10 Jahre lang Privatdozent für Neurologie an der Leipziger Universität. Besondere Verdienste hat er sich um das Studium der Basedowschen Krankheit erworben, zu deren Behandlung er das Antithyreoidin einführte. Obwohl er nicht sozusagen zünftiger Psychiater war, galt sein Hauptinteresse den Psychopathen und Hysterischen. Er betonte die seelische Entstehung der Hysterie bzw. der hysterischen Symptome. Mit *Charcot* und *Magnan* war er persönlich bekannt und mit der französischen Fachliteratur genau vertraut. Lebhaft beschäftigten ihn die Fragen der Entartung. Von großer Bedeutung sind seine Pathographien, von denen die *Rousseaus*, *Schopenhauers*, *Schumanns*, *Nietzsches* und *Scheffels* genannt sein sollen. In seinem Werke über *Goethe* beschrieb er dessen Anlage zur Cyklothymie. Endlich sei noch sein Bestreben, Volksnervenheilstätten ins Leben zu rufen, erwähnt. Hier sollen die Kranken unter ärztlicher Leitung die Fähigkeit zu regelmäßiger Betätigung und zur Überwindung ihrer inneren Reibungen finden; Haus *Schönow* verdankt dieser Anregung seine Entstehung. Als Redakteur der *Schmidtschen* Jahrbücher verfügte er über eine außergewöhnliche Belesenheit. In seiner umfangreichen großstädtischen Praxis sah er die zahlreichen Übergänge zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit, die leichten Grade der Psychosen, deren Kenntnis die Ärzte in den Irrenanstalten oft recht schwer erwerben können. Er war ein streitbarer Kritiker und verfügte über ein überragendes Interesse nicht nur an der Medizin, sondern an der gesamten Wissenschaft und Kunst. Wer ihn näher gekannt hat, wird ihm ein dankbares Andenken bewahren. Er gehört zu den Männern, die der Nervenheilkunde, in gewisser Hinsicht auch der Psychiatrie, neue Wege gewiesen haben.

In den Mutterboden der Medizin waren in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts manche guten Keime gelegt, die sich auch zugunsten der Forschung über die Geistes- und Nervenkrankheiten entwickelten, nach und nach allerlei Vorurteile gegen die Irrenanstalten abschwächten und zur Beseitigung schlechter Zustände in der Irrenbehandlung beitrugen. Vor 50 Jahren, als die Leipziger Universitätsirrenklinik eröffnet wurde, als nach fast 40jähriger Vakanz wieder Vorlesungen über Geisteskrankheiten in Leipzig gehalten wurden, war in der Psychiatrie Morgenluft zu wittern.

## Das Aufnahmeverfahren für Geistesranke.

Von

Geh. Medizinalrat Dr. Max Fischer.

Wäre im Jahre 1923 mein Vorschlag<sup>1)</sup>, das badische Irrenfürsorgegesetz (I. F. G.) vom 25. Juni 1910 einfach so, wie es ist, auf fünf Jahre probeweise für das Reich einzuführen, zur Durchführung gelangt, so wären wir um den neuen preußischen Rund-erlaß des Ministers für Volkswohlfahrt vom 21. 1. 32 (M. f. V.) über die »Polizeiliche Unterbringung Geistesranke in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten« herumgekommen. Entweder das badische I. F. G. hätte sich — ein sehr unwahrscheinlicher Fall — als ungeeignet erwiesen und wäre nach Ablauf der Frist ohne weiteres in der Versenkung verschwunden; dann hätte man auf Grund der gemachten Erfahrungen etwas Besseres an die Stelle setzen können, das sicher auch umfassender und besser als der jetzige M. f. V. — Erlaß ausgefallen wäre. Oder aber das badische Gesetz hätte sich, wie mit 99% Wahrscheinlichkeit anzunehmen ist, gut eingeführt; dann wären wir aller Sorgen ledig und der M. f. V. Erlaß hätte unerlassen bleiben können.

Soviel verschieden an Rechtspersönlichkeit wie auch an Wirkung der Geistesranke auf die Person werden wohl der Preuße, der Bayer usw. von dem Badener nicht sein, daß ein Gesetz, das sich im Südwesten des Reichs durch 22 Jahre hindurch als einwandfrei und wohlätig erwiesen hat, für die anderen Deutschen ein Schaden wäre, vorausgesetzt natürlich, daß es gleich human und liberal wie in Baden gehandhabt wird. Aber mein Vorschlag war wohl zu unbescheiden. Das kleine Baden kann doch nicht für das große Preußen oder gar für das Reich ein Gesetz schaffen. Wo bliebe da das Prestige? Dazu sagt *A. Hoche*, dem man Kritikfähigkeit und Urteilskraft nicht wird absprechen wollen: »Das badische I. F. G. ist viel zu einfach und zweckmäßig, um nicht zu sagen, vernünftig, als daß es Aussichten hätte, in dieser Form zu einem Reichsgesetz verallgemeinert zu werden.« Da hat man es!

<sup>1)</sup> »Das badische Irrenfürsorgegesetz in der Bewahrung« — Monatschrift für Kriminalpsychologie, 1923, S. 231—250.

Das badische I. F. G. enthält in der Tat das, was man von einer gesunden fortschrittlichen Regelung der Materie füglich verlangen kann, und — ein ganz besonderer Vorzug — es enthält nichts darüber hinaus. In seinen nicht mehr als 12 Paragraphen regelt es:

1. die freiwillige Aufnahme in der Form der freien Vereinbarung zwischen dem Kranken bzw. dessen Angehörigen und der Anstaltsdirektion,

2. die fürsorgliche Aufnahme in Dringlichkeitsverfahren zum Zweck der Heilung oder der Abwendung von Gefahren,

3. die beschleunigte Aufnahme von Amts wegen bei gemeingefährlichen Kranken und gibt dabei eine durchaus brauchbare und erschöpfende Fassung des Begriffs der Gemeingefährlichkeit wie der Hilfsbedürftigkeit und damit auch der Anstaltsbedürftigkeit. Sie lautet: »Geistesranke, die für sich selbst oder andere Personen oder für das Eigentum gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstößig oder in Bezug auf Aufsicht, Schutz, Verpflegung oder ärztlichen Beistand verwahrlost oder gefährdet sind.«

4. In allen diesen Fällen (1—3) erlaubt das Gesetz die Verkürzung des Aufnahmeverfahrens bis zu dem Grade, das das telephonische Verfahren zwischen Angehörigen, behandelndem Arzt oder Behörden und der Anstaltsdirektion mit telephonischer Einberufung des Kranken in einem Gespräch zur Aufnahme führen und zur Regel werden kann. Ja es kann sogar die einfache Zuführung ohne alle Belege, allerdings auf Gefahr der Ablehnung, versucht werden. Bei Anerkennung der Dringlichkeit durch den Anstaltsdirektor erfolgt dann die Aufnahme unmittelbar; die behördliche Regelung wird nachgeholt. Auf solche Art kommt das erste Recht des Kranken auf sofortige fachärztliche Behandlung voll zur Geltung, während der Schutz seiner sonstigen persönlichen Rechte zu gleicher Zeit durch die Behörde gewährleistet wird. Auf die Dauer der Anstaltsbehandlung ist natürlich für alle ärztlichen Fragen die Behörde ausgeschaltet.

Die Entscheidung über jede freiwillige oder fürsorgliche Aufnahme liegt, wie übrigens auch für die regulären Aufnahmen, beim amtierenden Anstaltsdirektor und geschieht auf seine persönliche Verantwortung. Durch Prüfung seitens der Behörde (Landratsamt) wird die beschleunigte Aufnahme im ordentlichen Verfahren in die definitive umgewandelt. Ein Mißbrauch hat sich bis jetzt in keinem einzigen Falle nachweisen lassen.

Die Ausstellung der Aufnahmezeugnisse durch die Anstaltsärzte mit Bestätigung durch den Direktor geschieht natürlich überaus häufig und hat noch nie zu Beanstandungen geführt, zumal sie durch die Statthafterklärung des Landratsamts gedeckt

wird. Diesen Teil des Verfahrens halte ich sogar für eine große psychiatrische Errungenschaft. Wer soll denn ein solches spezialärztliches Zeugnis besser und gewissenhafter ausstellen können als eben der Facharzt? So viel Vertrauen können wir doch verlangen oder aber, wo es nicht vorhanden ist, gerade auf diesem Wege am besten erwerben.

5. Die Beschwerde wegen Zurückhaltung in der Anstalt wird ganz logisch als Gegenstand der Verwaltungsrechtspflege aufgefaßt und durch den Verwaltungsgerichtshof als zuständige Instanz behandelt. Auch diese Regelung hat sich zur allgemeinen Zufriedenheit eingebürgert; sie trägt wesentlich zur Beruhigung der Öffentlichkeit und der Kranken selbst bei und erweist sich für die Anstaltsdirektionen und die Landesirrenfürsorge als eine Stützung ihrer Stellung vor dem Publikum.

6. Die Entlassung der Geisteskranken wird da erleichtert, wo dies nach Lage des Falls erforderlich ist; erschwert oder unmöglich gemacht, wo ärztliche oder Sicherheitsgründe es als angezeigt erscheinen lassen.

Eine besondere Verordnung enthält die ausführlichen Vollzugsbestimmungen.

Daß das badische I. F. G. von Anfang an durchaus reibungslos gewirkt hat und daß Behörden wie Ärzte, Anstaltswesen und ebenso das Publikum dabei durchaus gut gefahren sind, wird von keinem bestritten, der Erfahrungen damit gemacht hat. Nur wer es nicht kennt oder nur aus der Theorie kennt, glaubt daran allhand aussetzen zu müssen. Wer zudem jahrelang praktisch damit gearbeitet hat, der erkennt seine Vorzüge ohne Einschränkung an. Und wer nach einer solchen praktischen Erprobung aus Baden fortkam und anderswo unter ganz anderen Verhältnissen und Verordnungen praktische Psychiatrie treiben muß, der sehnt sich nach den Segnungen des badischen I. F. G. zurück; dafür gibt es genug einwandfreie Zeugen.

Soweit das badische I. F. G.

Der Runderlaß des preußischen M. f. V. vom 21. 1. 32 beschränkt sich auf einen, allerdings sehr wichtigen Teil der Gesamtmaterie, nämlich auf die polizeiliche Unterbringung Geisteskranker, d. h. auf Eingreifen und Mitwirken der Polizei, wenn bei Ausbruch schwerer psychischer Erkrankung der davon Betroffene sich als für sich oder andere gefährlich erweist und wenn dadurch sowohl in seinem eigenen wie im allgemeinen Interesse seine beschleunigte Aufnahme in Heilbehandlung, auch gegen seinen Willen oder den seiner Angehörigen, als geboten erscheint. Der Erlaß schließt sich dabei vielfach an die badische Auffassung an. Nicht behandelt wird darin aber die Einweisung wegen Hilfsbedürftigkeit, die im badischen Gesetz natürlich inbegriffen ist;

man wollte in Preußen eben offenbar zunächst nur die eine Seite vorweg regeln. In dieser Beschränkung auf ausgesprochen gefährliche Kranke gibt der M. f. V.-Erlaß im ganzen brauchbare Anweisungen. Er sieht vor, daß die Polizeibehörde auf Grund einer Bescheinigung des Kreisarztes oder des Arztes einer Heil- und Pflgeanstalt oder bei Gefangenen des Gefängnisarztes über die Notwendigkeit der Aufnahme die zwangsweise Unterbringung des Kranken in eine öffentliche Anstalt zu bewirken hat. In dringlichen Fällen kann die Zuführung durch die Polizeibehörde auch ohne ärztliches Zeugnis erfolgen. Das Zeugnis muß dann bei der Aufnahme in der Anstalt ausgestellt werden. Ist ein gemeingefährlicher Geistesranke ohne Mitwirkung der Polizei aufgenommen worden oder tritt die Gemeingefährlichkeit erst hinterher in der Anstalt zutage, so ist die schriftliche Anordnung der Polizei nachzuholen. Das gleiche gilt für die Aufnahme der auf Grund des § 51 StGB. freigesprochenen und außer Verfolgung gesetzten Geistesranken, wofern Gemeingefährlichkeit vorliegt. Über die Entlassung der polizeilich eingewiesenen Kranken werden die nötigen Kautelen verfügt; sie darf nur mit Zustimmung der Polizei erfolgen. Ebenso ist die Anfechtung der polizeilichen Anordnung im Rechtsmittelverfahren vorgesehen.

Der neue Erlaß bringt also gleichzeitig die beschleunigte Aufnahme gefährlicher Kranken in Heilbehandlung und die Sicherung der Gesellschaft gegen gefährliche Handlungen solcher Kranken. Er schafft aber außerdem die nötige Rechtsgrundlage für die Freiheitsentziehung der Person infolge Geisteskrankheit. Welche Seite der polizeilichen Tätigkeit an Bedeutung vorangehe, kann unerörtert bleiben; beide sind im Grunde gleich wichtig. Für den Kranken selbst wie für den Arzt steht natürlich der Schutz der Gesundheit, die Verbringung in ärztliche Behandlung im Vordergrund. Das oberste Anrecht eines Kranken ist das auf Behandlung und Linderung seines Zustands durch die ärztliche Kunst. Und ist er selbst infolge seiner Krankheitserscheinungen außerstande, für sich selbst zu sorgen, so müssen eben die menschliche Gesellschaft bzw. deren befugte Vertreter für ihn eintreten. Insofern ist es freilich sehr schade, daß der Erlaß die Hilfsbedürftigkeit außer Betracht läßt, wenn auch zuzugeben ist, daß dieser Punkt besser durch Gesetz geordnet würde. Dieser zweite Teil der Regelung sollte tunlichst bald nachgeholt werden. Ob ein geistig Erkrankter infolge Gemeingefährlichkeit oder aber wegen Hilflosigkeit (geistiger Hemmung, Willenlosigkeit, Handlungsunfähigkeit) ärztlicher Fürsorge bedarf, muß für die Gesundheits- und Wohlfahrtsbehörde gleichgültig sein. Der Kranke selbst steht durch seine Hilflosigkeit in Gefahr. Aber auch die Gesellschaft kann nicht nur durch Handlungen, sondern auch

durch Unterlassungen und passives Verhalten seitens geisteskranker Mitglieder geschädigt und gefährdet werden. In beiden Fällen ist also je nach Umständen das Einschreiten der Behörde gleich notwendig. Beidemal steht, rein ärztlich gesehen, der kranke Mensch, die Sorge für sein Wohl, seine ärztliche Behandlung an erster Stelle. Für den Arzt geschieht also die Aktion der Polizei, weil es sich eben um Kranke handelt, vor allem in ihrer Eigenschaft als Organ der Gesundheits- und Wohlfahrtspflege. Ihr Eingreifen bedeutet in allen diesen Fällen eine Unterstützung und Ergänzung des ärztlichen Handelns, wenn der Arzt allein wegen Widerstands oder krankhaften Verhaltens des Patienten oder wegen Unvernunft seiner Angehörigen oder beim Fehlen jeglicher Angehörigen nicht zum Ziele gelangen kann, obwohl Gefahr im Verzuge ist. So wird dem Kranken die ungesäumte Zuführung in fachärztliche Behandlung gewährleistet, auch dann, wenn er selbst krankhafter Weise darüber ganz anderer Ansicht ist. Der Geisteskranke hat aber auch ein menschliches Anrecht darauf, vor Gefahren, die von ihm infolge seines gestörten Innenlebens bzw. seines krankhaft geleiteten Willens für andere ausgehen, behütet zu werden, weil die Folgen davon mittelbar auch wieder für ihn selbst schwere materielle und ideelle Nachteile bringen können. Mit anderen Worten, der Geisteskranke ist vor Mißbrauch seiner persönlichen Freiheit infolge der krankhaften Störung seiner Geisteskräfte oder seiner beschränkten oder aufgehobenen Handlungsfähigkeit zu bewahren. Gleichermassen hat die Fürsorge für ihn den Schutz des Kranken vor psychischer oder materieller Schädigung durch seine engere und weitere Umgebung wahrzunehmen. Auch dafür tritt zum Teil die Krankenhausbehandlung, z. B. durch Herausnahme aus dem ungeeigneten Milieu, ein, während die bürgerliche Interessenwahrung auf anderem Wege, durch Bestellung eines Vertreters usw., erfolgt. Ganz allgemein hat die Gesundheitsbehörde schließlich die hygienisch prophylaktische Aufgabe, Gefahren, die, welcher Art auch immer, von kranken Menschen infolge ihrer Krankheitsäußerungen für sie selbst oder für ihre Umgebung an Leben oder Eigentum ausgehen, zu verhüten. Diese Pflicht besteht natürlich auch gegenüber den Geisteskranken. Wo sie zur Erfüllung dieses wichtigen Amts ihrer Organe bedarf, wird sie die Polizei — notabene in Zivilkleidung — einzusetzen haben, und zwar auch gegen Willen und Widerstand des Kranken, seiner Angehörigen oder anderer Beteiligten. Damit erfüllt die Behörde den nicht minder wichtigen dritten Teil ihrer Funktion, den der öffentlichen Sicherheit, d. h. des Schutzes der Allgemeinheit vor Gefährdung durch krankhafte Handlungen ihrer geisteskranken Mitglieder.

Kein Zweifel sollte aber darüber bestehen, daß eine Verord-

nung, die die zwangsweise Unterbringung eines Geistesranke in der Anstalt regelt, an dessen Persönlichkeitsrechten nicht einfach vorübergehen kann, sondern daß über den rein ärztlichen Standpunkt hinaus die Staatsordnung als Vertreterin dieser Rechte ihren Schritt, in diesem Falle die Freiheitsberaubung, durch ihre autoritäre Anordnung zu decken und zu legalisieren hat. Auf dieses Recht und diese Pflicht kann sie nicht einfach verzichten, und zwar gleichviel, ob die menschliche Freiheit, rein psychisch genommen, intakt ist oder nicht. Selbst wenn die Reichsverfassung die persönliche Freiheit nicht ausdrücklich unter Schutz stellte, hätte eine solche Sicherung schon rein der Natur der Sache nach zu geschehen. Es darf dabei nicht übersehen werden, daß der Geistesranke nun einmal nicht in allem, besonders aber nicht als Rechtsperson so angesehen werden kann, wie ein körperlich Kranker, der in der Regel seiner Sinne mächtig ist und selbständige EntschlieÙungen über seine Person und seine Rechtssphäre treffen kann. Der Geistesranke ist darin beschränkt oder gänzlich unfähig oder aber er kann — der häufigste Fall — bezüglich seines Bewußtseinszustands und seiner Verfügungsfähigkeit unberechenbar hin- und herschwanken. Der Seelengestörte ist dadurch als krank in der Person anzusehen. Er bedarf daher zu der Behandlung seines Leidens hinzu noch des Schutzes seiner Person in ihren gesamten materiellen und ideellen Interessen, wofür die Anstalt allein nach Lage der Dinge nicht einstehen kann. Diese, durch die geistige Erkrankung gefährdeten, immanenten Persönlichkeitsrechte innerhalb der Gesellschaft soll nun die staatliche Aktion sicherstellen.

Eigentlich bräuchte jeder Geistesranke vom Tage der Erkrankung an einen eigenen Beistand oder gesetzlichen Vertreter. Da dies aus bekannten Gründen nicht generell durchführbar erscheint, wäre z. B. nichts dagegen einzuwenden, daß an jeder Anstalt ein Universalvertreter, Kurator, oder nach Bedarf mehrere, für die Gesamtzahl der Pflöglinge eingesetzt würden, die deren Interessen wahrzunehmen hätten; siehe *Max Fischer*: »Der Schutz der Geistesranke in Person und Eigentum« — 1902. Dieser Schutz ist natürlich ganz und gar nicht nötig gegenüber der Anstalt und den Ärzten, wo sich diese Einrichtung sehr bald als völlig überflüssig herausstellen würde, desto mehr aber für sämtliche Beziehungen des Kranken zur Außenwelt einschließlich der Familie, vor allem auch für seine zivil- und privatrechtlichen Angelegenheiten (Vermögensverwaltung usw.). Bisher bemühen sich für den Anstaltspflögling lediglich unter Umständen die Anstaltsleitung und die Ärzte in dieser Richtung, sofern ihnen Mißstände bekannt werden und soweit es ihnen ohne eigentliche Befugnis möglich ist; auch die offene Fürsorge und die soziale



Anstaltsfürsorgerin kann sicher manches Gute im gleichen Sinne wirken. Besser wäre die allgemeine gesetzliche Durchführung einer solchen Interessenwahrung der Pfleglinge.

Aus dem gleichen Grunde der Persönlichkeitsveränderung beim Geisteskranken und angesichts seiner gleichzeitigen Ausschaltung aus seinem ganzen Interessenkreise ist nun auch bei seiner Einweisung und Festhaltung in der Anstalt ein Einschreiten der Behörde, und zwar der inneren Verwaltung, nötig, die einerseits den Kranken vor Verletzung seiner bürgerlichen Rechte bewahrt und insbesondere über die Frage seiner persönlichen Freiheit gültig entscheidet. Gleichzeitig soll dieser Schritt verhüten, daß der Kranke unter dem Zwange krankhafter Ideen oder überhaupt durch seine Krankheitsäußerungen sich selbst (Selbstbeschädigung, Selbstmord) und sein Eigentum oder aber die Interessen anderer, seiner Familie und weiteren Umgebung, an Leben und Eigentum nicht aufs schwerste schädigt. Die Behörde, und nur die Behörde als Vertreterin der Staatsordnung und der menschlichen Gesellschaft aber kann zu einer Maßnahme als befugt angesehen werden, womit sie einmal die Verbringung des Kranken in die Anstalt zu seiner Behandlung und Sicherung ohne Zögern veranlassen und dadurch zugleich die Allgemeinheit vor krankhaften Äußerungen bewahren, im weiteren Verlauf aber auch dafür bürgen soll, daß der Kranke wieder rechtzeitig entlassen oder aber gegenteils weiterhin in der Anstalt festgehalten wird, solange es sein Zustand erfordert. Sie übernimmt damit in Verbindung mit der Anstaltsdirektion die volle Verantwortung für den durch die krankhafte Persönlichkeitsveränderung des Pflegling notwendig gewordenen Entzug der persönlichen Freiheit. Eine rein ärztliche Instanz wäre dazu rechtlich nicht als befugt anzusehen. Diese ganze Aktion kann aber natürlich nur im Einvernehmen mit der Anstalt und den Ärzten geschehen, die auf Grund ihrer Fachkenntnisse allein die krankhaften Veränderungen zu beurteilen und darauf die richtigen Entscheidungen aufzubauen wissen. Die Maßnahme soll also die notwendige Ergänzung des ärztlichen Handelns insoweit und nur insoweit bringen, als eben die Rechtsperson im Kranken diesen Schutz verlangt.

Man kann nun wohl sagen, beim Geisteskranken komme das Moment der persönlichen Freiheit deshalb gar nicht mehr in Frage, weil er der Freiheit des Geistes durch sein Leiden beraubt sei. Auch dieser Auffassung ist aber der ständige Wechsel im Bewußtsein und im Gebrauch der geistigen Kräfte bei den meisten Kranken, wenn wir einmal von den Endzuständen absehen, entgegenzuhalten. Wir Psychiater haben ja das Bestreben, den Gedanken an Heilung, Beruhigung und Besserung unserer Kranken, und damit auch deren Persönlichkeitswert so lange

als möglich aufrecht zu erhalten. Wir gewähren dem Pflegling deshalb auch innerhalb des Anstaltsbetriebs den Grad von Bewegungsfreiheit, den er nach seinem persönlichen, durch die Krankheit beeinflussten Verhalten verträgt; das ist sogar ein Hauptteil unseres Heilplans. Aber es sind eben doch nur verschiedene Grade der Entziehung der Freiheit, nicht die Freiheit selbst. Es ist ein Krankenhausaufenthalt, und zwar, trotz aller Güte der Einrichtungen und sorgfältiger Pflege, für das Gefühl des Kranken meist ein auferlegter, erzwungener, sei der Kranke nun geistig klar oder unfrei. Auch der körperlich Kranke sehnt sich nach seinem natürlichen Empfinden aus dem Krankenhause hinaus in den Schoß seiner Familie, und sei dieser noch so ärmlich. Ob der Geisteskranke aus richtiger oder krankhaft verfälschter Überlegung fortdrängt, ist freilich eine andere Frage. Darüber kann nur der Arzt entscheiden, und, darauf fußend, trifft die Behörde dann ihren Beschluß über den weiteren Aufenthalt in der Anstalt. Gerade angesichts der durch die Bewußtseinsschwankungen unserer Kranken hervorgerufenen Unsicherheit und ihrer zeitweiligen oder längerdauernden geistigen Unfreiheit erscheint somit eine ständige Rechtsfürsorge bzw. eine Festlegung des Rechtsstandpunkts, die den psychischen Zustandsphasen Rechnung trägt und drohende Beeinträchtigungen ihrer Rechtssphäre hintanhält, unerläßlich. Des Menschen Geist und Persönlichkeit ist ja mit dem Krankwerden nicht erloschen, sondern nur verändert. Die persönlichen Rechte können also nicht einfach wegfallen, sondern bedürfen, da oder soweit der Kranke es nicht selbst tun kann, der Wahrnehmung durch die staatlichen Instanzen, bzw. durch von ihnen eingesetzte Beauftragte. Der Facharzt tut gut daran, sich dieser Hilfe der Behörde für das Wohl seiner Kranken und für sein eigenes Wirken zu versichern, zumal sie bei vernünftiger Anwendung gerade auch des Psychiaters Stellung zu festigen und zu heben imstande ist. Insofern habe ich für diesen Teil des M. f. V.-Erlasses volles Verständnis.

Die Verfügung muß selbstverständlich Gültigkeit haben für alle Krankenhäuser, die Geisteskranke aufnehmen und behandeln, also auch für psychiatrische Kliniken, für psychiatrische Stationen allgemeiner Krankenhäuser und für Privatanstalten für Geisteskranke. Die Überführung eines Geisteskranken, auch eines gemeingefährlichen, aus einer solchen Anstalt in eine öffentliche Heilanstalt für Geisteskranke müßte dann als interne Angelegenheit zwischen beiden Institutionen ohne neue Inanspruchnahme der Polizei behandelt werden. Jeder praktische Arzt soll das Aufnahmezeugnis auch für einen gefährlichen Kranken ausstellen dürfen. In Zweifelsfällen kann die Behörde eine Bestätigung durch den Kreisarzt oder den Anstaltsarzt verlangen.

Großes Mißbehagen hat bei uns Psychiatern mit Recht die schriftliche Zustellung der Polizeiverfügung an den Kranken selbst nach Art einer Strafverfügung bereitet. Durch einen neuerlichen Runderlaß vom 25. VII. 32 ist indes die Ausführung gemildert worden, insofern das Schriftstück einmal eine unschädlichere Form erhalten soll, und ferner dadurch, daß die Verfügung nicht unbedingt an den Kranken selbst, sondern auch an den Anstaltsleiter erfolgen darf, der dann damit nach seinem ärztlichen Gutdünken verfahren bzw. sie zu den Akten nehmen wird, um sie nur bei Bedarf hervorzuholen. Dadurch ist die ganze schriftliche Mitteilung in die Reihe der puren Formalien verwiesen. Ich halte sie überhaupt für gänzlich entbehrlich. Der Kranke merkt in der Regel ohnehin, wohin die Reise geht, oder er bekommt es vorher oder unterwegs zu hören; oder es wird ihm in den ersten Minuten des Anstaltsaufenthaltes durch Mitkranke, Personal oder den Arzt selbst mitgeteilt. Jedenfalls sieht er, daß er sich in einem Krankenhaus befindet. Ist er zu dieser Erkenntnis infolge von Sinnesverwirrung zunächst unfähig, so wird die schriftliche Verfügung daran entweder nichts ändern oder aber eine Steigerung der Erregung heraufbeschwören. Später geht die Aufklärung ohne Verfügung ganz von selbst vonstatten, ohne Störung des Befindens. Man kann diese Angelegenheit ruhig dem Lauf der Dinge bzw. dem ärztlichen Ermessen überlassen, zumal dem Kranken mit der Unterlassung auch keinerlei Nachteil in seinen Interessen erwächst. Außerdem steht ihm das Anfechtungsverfahren zur Seite.

Ein zweiter Punkt des Anstoßes für den Psychiater ist das Verlangen auf Nachholung der polizeilichen Verfügung, wenn ein gemeingefährlicher Kranker ohne polizeiliche Verfügung sich in der Anstalt befindet bzw. wenn ein Pflegling erst während seines Aufenthaltes gemeingefährlich wird. Diese Aktion halte ich für gänzlich abwegig. Es ist dazu durchaus früh genug, wenn ein gefährlicher Kranker — auch der geschäftsunfähige — fortdrängt und seine Entlassung verlangt. Jetzt hebt das Anfechtungsverfahren an; der Kranke selbst oder sein Vertreter erhebt durch Eingabe oder Protokoll Einspruch gegen seine Festhaltung und erzwingt dadurch von sich aus die nun fällige polizeiliche Anordnung. Der Aufenthalt bis zur Entscheidung bedeutet für den Kranken kein Unrecht und keinen Schaden; denn er befindet sich ja in der seinem Zustande adäquaten Krankenhausfürsorge. Selbst ein kurzer unrechtmäßiger Aufenthalt wäre gut zu ertragen. Auch körperlich Kranke befinden sich nicht selten unnötig im Krankenhaus, bis ihre Nichtbehandlungsbedürftigkeit erwiesen ist.

Ein dritter ministerieller Runderlaß vom 9. 8. 32 beschäftigt sich nochmals gerade mit dieser Teilfrage. Er hält freilich die

frühere Auffassung aufrecht, erklärt aber ausdrücklich die Anstaltsleitung für berechtigt, den gemeingefährlichen Kranken bis zur behördlichen Entscheidung, die je nach Umständen auch telephonisch eingeholt werden kann, in der Anstalt zu behalten.

Im übrigen bringt dieser dritte Erlaß dem Psychiater wenig Neues. Er stellt in der Hauptsache eine Erklärung darüber dar, weshalb der erste Runderlaß vom 21. 1. 32 so, wie er ist, und nicht anders ausfallen konnte; er sollte sich lediglich mit der polizeirechtlichen Seite, also der Gemeingefährlichkeit, nicht aber mit den Fragen der bürgerlichen Rechtspflege (Geschäftsfähigkeit usw.) befassen.

Ein Gesetzentwurf, der die Anstaltsunterbringung für alle Geisteskranken regeln soll, wird angekündigt. Es darf wohl erwartet werden, daß zu diesem Entwurf auch die Hauptträger der Geisteskrankenfürsorge, d. h. die Anstaltsdirektoren, beigezogen werden.

In den besprochenen drei Ministerialerlassen stößt sich sicher mancher von uns hauptsächlich an den Ausdrücken: »Polizei« und »polizeiliches Verfahren«. In Baden hat man dafür die Begriffe der »Inneren Verwaltung, des Bezirksamts oder Landratsamts«; das macht sich gerade im Verkehr mit Geisteskranken und deren Angehörigen viel leichter. Aber schließlich ist die Gesundheits- oder Wohlfahrtspolizei doch für ärztliche und hygienische Aufgaben der verschiedenen Art da und für deren Durchführung unentbehrlich. Und an Äußerlichkeiten soll man sich nicht unnötig stoßen, wenn die Sache an sich vernünftig geregelt werden kann. Im übrigen hat sich doch auch bei der Polizei gegen früher manches gewandelt; sie darf nicht mehr rein nur als Zwangsinstitution und Bürgerschreck angesehen werden, besonders nicht in der Geisteskrankenfürsorge, wo sie unter Umständen in lebensgefährlichen Situationen bei der Untersuchung, Sistierung und Anstaltverbringung schwer gemeingefährlicher Geisteskranker zur Hilfe beigezogen werden muß, wenn die Sanitätsorgane allein nicht ausreichen oder zur Durchführung nicht befugt sind.

Wir stellen somit fest: 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 gesundheitlichpolizeilichen 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. bei einem nach der Aufnahme als der Anstaltsbehandlung nicht bedürftig Erkannten die 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.

---

(Aus der psychiatrischen Klinik, Lausanne. Dir. Prof. Preisig.)

## Das Gesetz vom 3. September 1928 über Unfruchtbar- machung geistig Minderwertiger im Kanton Waadt und seine Anwendung.

Von

P. D. Dr. H. Steck, Sek. Arzt, Cery-Lausanne.

Die in der Schweiz schon lange geübte Praxis der Sterilisation und Kastration Geistig-Minderwertiger und Geisteskranker hat erstmals im Kanton Waadt eine gesetzliche Grundlage gefunden, indem dessen gesetzgebende Versammlung am 3. Sept. 1928, in das aus dem Jahre 1901 stammende und im Jahre 1921 revidierte Irrengesetz einen Abschnitt IV einführte: »Vorbeugende Maßnahmen« mit folgendem Art. 28 bis:

»Eine Person, die an Geisteskrankheit oder Geistesschwäche leidet, kann einem medizinischen Eingriff unterzogen werden, durch welchen die Kindererzeugung verhindert wird, wenn festgestellt wird, daß sie unheilbar ist und wenn sie nach aller Voraussicht nur eine geschädigte Nachkommenschaft haben kann.

Der ärztliche Eingriff kann nur nach Bewilligung durch den Gesundheitsrat stattfinden. Der Gesundheitsrat erteilt diese Bewilligung erst nach Prüfung der Umstände und auf Grund eines übereinstimmenden Gutachtens zweier von ihm bestimmter Ärzte. Er entscheidet über die Auferlegung der Kosten.«

»Art. 28 bis nouveau. — Une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale peut être l'objet de mesures d'ordre médical pour empêcher la survenance d'enfants, si elle est reconnue incurable et si, selon toutes prévisions, elle ne peut avoir qu'une descendance tarée.

L'intervention médicale n'a lieu que sur autorisation du conseil de santé.

Le conseil de santé lui-même ne donne cette autorisation qu'après enquête et sur préavis conforme de deux médecins désignés par lui.

Il décide de l'attribution des frais.«

Einem Wunsche der Schriftleitung dieser Zeitschrift entspre-

chend, geben wir schon jetzt einen kurzen Überblick über die Anwendung des Gesetzes, das bei seiner Einführung weit über die Kantongrenzen hinaus einiges Aufsehen erregt hatte und auch im Lande selbst nicht ganz widerspruchslos aufgenommen wurde. Der Große Rat des Kantons Waadt nahm die Gesetzesänderung mit sehr großem Mehr an. Die schweizerischen Psychiater, sowie die waadtländischen Ärzte waren über die Opportunität dieser Neuerung sehr geteilter Meinung, hatte doch noch 1925 Prof. *H. Maier* (Z. Neur. 98, 200, 1925) in seinem Referat auf der Schweiz. Psychiaterversammlung sich dahin ausgesprochen, daß er besondere gesetzliche Bestimmungen über Kastration und Sterilisation nicht nur für unnötig, sondern direkt für gefährlich halte, da eine kritiklose Anwendung dieser Operationen eine gefährliche Reaktion hervorrufen könnte.

Die bisherigen Erfahrungen geben diesen Befürchtungen, wie wir weiter zeigen werden, nicht Recht. Unsere Bedenken waren auch nie groß gewesen, da das Gesetz nur die Sanktionierung einer geläufigen Praxis war. Gewisse Vorkommnisse ließen sogar eine gesetzliche Regelung wünschenswert erscheinen.

Ursprünglich war nicht beabsichtigt, einen direkten Sterilisationsparagraphen in das Irrengesetz aufzunehmen, sondern der Verfasser des neuen waadtländischen Sanitätsgesetzes, Prof. *Delay*, Direktor der Universitätspoliklinik, damals Kantonsarzt, schlug vor, um die Ärzte vor gerichtlicher Verfolgung wegen Körperverletzung zu schützen, einen ganz allgemein gehaltenen Artikel etwa folgenden Inhalts in das Sanitätsgesetz aufzunehmen: Operative Eingriffe, die nicht zum Zweck der Heilung oder Behandlung einer Krankheit vorgenommen werden, bedürfen der Erlaubnis des Gesundheitsrates. — Von juristischer Seite wurde gegen diesen Vorschlag Einspruch erhoben mit dem Hinweis, daß eine Generalerlaubnis für ein Prinzip, das nirgends festgelegt sei, nicht erteilt werden könne. Daraufhin wurde nach einer schon 1924 von Prof. *Mahaim* gemachten Anregung der neue Artikel in das Irrengesetz aufgenommen.

Unser früherer verstorbener Chef Prof. *Mahaim* hatte 1924 die Einführung eines besonderen Abschnittes in das Irrengesetz in folgender Formulierung vorgeschlagen:

»Zum Zweck, den Geisteszustand gewisser Kranker zu beeinflussen oder um die Gesellschaft vor gewissen Gefahren, welche diese Kranken darstellen, zu schützen, kann der Gesundheitsrat operative Interventionen gestatten, welche die körperliche Integrität dieser Kranken verletzen. (Sterilisation, Kastration.) Diese Eingriffe können ohne weitere Formalität vorgenommen werden, wenn der Kranke dazu einwilligt. Im gegenteiligen Falle kann der Gesundheitsrat die Erlaubnis erteilen mit Zustimmung der Familie und eines ad hoc ernannten Vormundes.«

Als Begründung wurde von ihm angeführt, daß damit bezweckt werde:

1. gewisse sexuelle Psychopathen zu bessern, so daß man ihnen die Freiheit wieder geben könnte,
2. die Gesellschaft auf wirksame Weise vor ihnen zu schützen,
3. zu verhindern, daß unheilbare Geisteskranke wahllos belastete und degenerierte (Oligophrene und Schizophrene) Kinder zur Welt bringen,
4. zu verhindern, daß gewisse Geisteskranke (insbesondere manisch-depressive) in einem erotischen Erregungszustand Gefahr laufen, gegen ihre Absicht geschwängert zu werden.

Die Grundsätze, nach denen bis dahin im Waadtland Sterilisationen und Kastrationen geistig Abnormer vorgenommen worden waren, unterscheiden sich also kaum von den im erwähnten Referat von Prof. *Maier* dargelegten Indikationen. Die Operation erfolgte nie ohne die Zustimmung des Patienten, der sich zwar in einigen Fällen in einer gewissen Zwangslage befinden mochte; stets wurde die Einwilligung der Familie evtl. eines ad hoc bestellten Vormundes eingeholt.

In der Diskussion (Schweiz. Arch. Psych. 17, 355, 1925), zum oben erwähnten Vortrag, konnten wir schon über 25 seit 1919 bei weiblichen Personen aus psychiatrischen Indikationen vorgenommenen Sterilisationen berichten, die sich wie folgt verteilen: fünf Schizophrene, die ausgesprochen erotisch waren und z. T. unehelich geboren hatten, davon sind zwei in Remission und jetzt verheiratet und halten sich draußen, zwei andere sind fortschreitend verblödet und mußten dauernd interniert werden. Ein Fall wurde nach einem (psychogenen?) Graviditäts-Delir nach Abortus ohne besondere Indikationsstellung draußen sterilisiert. Neun Oligophrene, z. T. mit starkem Geschlechtstrieb, von denen einige unehelich geboren hatten (zwei 2mal und eine 3mal), wurden vorgängig ihrer Entlassung aus der Irrenanstalt sterilisiert. Von der geburtshilflichen Klinik wurde bei sieben Schwachsinnigen die poliklinische Begutachtung durch den Psychiater verlangt und nach unserer Zustimmung die operative Sterilisation vorgenommen. Alle diese 16 Oligophrenen haben sich seit der Operation draußen halten können. Schließlich unterzogen sich drei mit psychotischen Ehemännern verheiratete Frauen freiwillig der Sterilisation, da sie keine weiteren Nachkommen mehr wünschten. Diese Indikation kommt heute wohl kaum mehr in Frage; aber das Vorkommnis zeigt nur, wie schwer es im allgemeinen ist, Männer, zu der doch viel weniger eingreifenden Operation der Samenstrangunterbindung zu überreden; wir haben bis jetzt in allen Fällen eine schroffe Absage erhalten. Bis jetzt ist nur ein moralisch-defekter, krimineller Psychopath auf eigenes Begehren sterilisiert worden.



Seit jener Diskussion bis zum Inkrafttreten des Gesetzes nahmen die Sterilisationsfälle zu. In diesem Zeitraum, d. h. von Ende 1928, der zufällig genau nun der Dauer der Anwendung des Gesetzes entspricht und so eine zahlenmäßige Beurteilung einer retardierenden oder begünstigenden Wirkung erlaubt, wurden aus der psychiatrischen Klinik und Heil- und Pflegeanstalt Cery, vier Imbezille, eine Debile, drei Schizophrene, durch Tubenresektion sterilisiert; bei einer verheirateten Frau, die vor kurzem wegen einer schweren Wochenbettpsychose interniert gewesen war, wurde eine neue Gravidität unterbrochen und die Sterilisation angeschlossen; von diesen acht Patienten mußte eine Imbezille und eine Schizophrene bald wieder interniert werden; eine weitere Schizophrene wurde dieser Tage, sechs Jahre nach der Operation, wegen eines Aufregungszustandes wieder interniert. Bei zwei in poliklinischer Behandlung stehenden Psychopathinnen wurde die Schwangerschaft, die eine Depression ausgelöst hatte, unterbrochen und die Sterilisation angeschlossen, eine debile Hysterika, die in poliklinischer Behandlung stand, wurde ebenfalls sterilisiert. Auf Ersuchen der geburtshilflichen Klinik wurde wiederum eine Reihe von Fällen von uns begutachtet: bei vier Debilen, verheirateten Frauen mit drei bis zehn Kindern, die wegen ihrer Debilität nicht imstande waren, die Kinder richtig zu pflegen, wurde weiterer Kinderlast durch Tubenligatur vorgebeugt. Bei einer konstitutionell Deprimierten, die nach jeder Gravidität eine starke Depression bekam, wurde die Sterilisation durchgeführt, ferner bei einer Imbezillen mit zwei legitimen und einem illegitimen Kinde, schließlich bei einer schwerhörigen Imbezillen, bei der keine genügende Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bestand, wurde nach der Geburt die Operation vorgenommen. Bei einer epileptoiden Psychopathin, wo wir nicht genügend psychiatrische Gründe zur Indikationsstellung fanden, nahm der Gynäkologe die Unterbrechung aus medizinischen Gründen vor, als die Patientin einverstanden war, und schloß die Sterilisation an. In allen diesen elf Fällen, die nie interniert gewesen waren, war die Zustimmung freiwillig gegeben worden.

In der gleichen Zeitspanne hatten wir noch bei weiteren drei Debilen, einer Epileptika, einer Psychopathin und einer moralisch-defekten auf Anfragen der geburtshilflichen Klinik die Indikation zur Sterilisation bejaht, aber wegen Weigerung seitens des Ehemannes oder der Kranken wurde die Operation nicht durchgeführt.

In drei Fällen schließlich verneinten wir die Indikation: es handelte sich erstens um zwei Hausfrauen mit mehreren Kindern, die in sehr ärmlichen Verhältnissen lebten, wo die Gemeindebehörden — in einem Fall auch der Pfarrer des Ortes, in beiden

der Arzt — fanden, dem weiteren Zuwachs dieser Familien müßte durch eine Operation gesteuert werden. Eine war leicht debil und die andere konnte nicht einmal als schwachsinnig bezeichnet werden, keine dieser Frauen wünschte operiert zu werden. Schließlich versuchte eine Gemeinde auf jede Weise eine 23jährige, leicht debile und sehr erotische Person, zur Sterilisierung zu zwingen, nachdem sie ein uneheliches Kind zur Welt gebracht hatte, indem sie sie mehrmals internierte; wir lehnten konsequent die Sterilisierung ab; die Patientin konnte schließlich entlassen werden, hielt sich gut in ihrem Berufe und hat vor kurzem geheiratet.

Schon seit 1922 gelangten waadtländische Gemeindebehörden mit Gesuchen um Sterilisation unehelicher schwachsinniger Mütter an das Sanitätsdepartement. Dieses vermehrte Interesse für eugenische Maßnahmen von seiten der für Armenunterstützung aufkommenden Gemeindebehörden ließ eine gesetzliche Regelung auch zur Deckung der begutachtenden Ärzte wünschenswert erscheinen. Dies um so mehr, als ruchbar wurde, daß das Armeninspektorat eines Nachbarkantons auf seine im Kanton Waadt niedergelassenen, unterstützten Angehörigen in einigen Fällen einen Druck ausübte, indem es die Weiterzahlung von Unterstützungen von einer Sterilisation abhängig machte; diese Praxis ist seither eingestellt worden.

Der Gesundheitsrat hatte sich schon offiziell mit zwei Fällen von Kastration bei imbezillen Sexualverbrechern befaßt. In beiden Fällen handelte es sich um mehrmals rückfällige Schwachsinnige, die sexuelle Attentate auf Kinder begangen hatten, die mehrmals bestraft worden waren, schließlich jedoch unzurechnungsfähig erklärt und dauernd interniert werden sollten; auf unseren Vorschlag, der ihnen die Freiheit ermöglichen sollte, gingen sie schließlich ein, und der Gesundheitsrat und das Justizdepartement, dem die Entlassungsgesuche dieser Patienten durch ihre Vormünder übermittelt wurden, waren mit unserem Vorschlag einverstanden, der auf diese Weise eine rechtliche Sanktion erhielt.

In einem ähnlichen Fall, der nie interniert gewesen war, wurde auf Wunsch des Vaters und nach Einholung unserer Meinung die Kastration ebenfalls vorgenommen noch kurz vor Inkrafttreten des Gesetzes. Seither haben wir noch in einem Fall eines ebenfalls rezivierenden debilen Sexualverbrechers nach längerer Anstaltsbeobachtung die Kastration vorgeschlagen und ein Jahr nach erfolgter Operation, vor kurzem die Entlassung unter Fürsorge vorgenommen. Die beiden erst operierten Fälle haben ebenfalls ungefähr ein Jahr nach der Operation aus der Anstalt entlassen werden können und haben sich seither draußen ge-

halten, ohne je rückfällig zu werden, wobei zu erwähnen ist, daß der erste nach der Entlassung eine Zeitlang mit einer Frau zusammen lebte. Als diese schwanger wurde, erklärte er, das Kind stamme von ihm und wollte sie heiraten. Dagegen erhob seine Gemeinde Einspruch, die Frau ließ sich nach der Geburt des Kindes auch sterilisieren und die Ehe der beiden Unfruchtbaren kam schließlich doch zustande.

Das am 1. I. 1929 in Kraft getretene Gesetz hat an unseren Indikationen zur Sterilisation und Kastration nichts geändert. Die Gesuche werden an den Gesundheitsrat gerichtet, der in einigen Fällen schon nach Studium der Akten auch die Sterilisation ohne Beiziehung weiterer Experten ablehnt, der Gesundheitsrat wird präsiidiert vom Reg-Rat Chef des Sanitätsdepartements und ist gegenwärtig wie folgt zusammengesetzt: vier Ärzte (drei Universitätsprofessoren und der Kantonsarzt), ein Jurist (Oberstaatsanwalt), zwei Redaktoren, der Kantonstierarzt und ein Apotheker.

Es werden jedoch auch Gesuche, die sich in der Folge nicht gerechtfertigt zeigten, an die Experten weitergeleitet, vor allem, wenn Gemeindebehörden die Sterilisation verlangten, die in diesem Gesetz in erster Linie ein Mittel sahen, ihre Armenlasten zu vermindern.

Die Initiative zur Operation wird nach wie vor von Gemeindebehörden, von Familien auf Anraten des Hausarztes, von den Ärzten der psychiatrischen und geburtshilflichen Klinik ergriffen. Wenn wir in einem Falle die Sterilisation indiziert halten, ersuchen wir die Eltern oder Vormünder um schriftliche Zustimmung, gleichzeitig setzen wir uns mit der Patientin ins Einvernehmen, um ihr den Eingriff zu erklären und ebenfalls ihre unterschriftlich bezeugte Zustimmung zu erhalten, hierauf unterbreiten wir ein motiviertes Gesuch dem Gesundheitsrat, der in Fällen aus der psychiatrischen Klinik meist ohne weitere Begutachtung nun die Erlaubnis erteilt, so daß also unsere frühere Kompetenzstellung durch das Gesetz nicht geschmälert wird. Der die Operation ausführende Gynäkologe gilt in diesen Fällen als der zweite Experte. Kommt das Gesuch von außen und betrifft eine nicht internierte Patientin, werden ein Psychiater, meistens ein Arzt der psychiatr. Klinik, und ein prakt. Arzt, gewöhnlich ein Gynäkologe, mit der Begutachtung beauftragt. Der Gesundheitsrat entscheidet — mit ganz wenigen Ausnahmen — bis jetzt im Sinne der abgegebenen Gutachten; wenn er sich nicht dem Vorschlage eines Gutachtens anschloß, so geschah dies immer in einem die Operation ablehnenden Sinne.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes sind unseres Wissens 41 Gesuche eingereicht worden (bis Ende April 1932), von diesen sind

elf nicht zu unserer Kenntnis gekommen, fünf davon wurden sicher abgewiesen, aber auch die anderen scheinen nach unseren Nachforschungen nicht zur Operation gekommen zu sein. Weitere fünf erhielten einen negativen Bescheid:

davon wurden drei schon im ersten Jahre des Bestehens des Gesetzes von uns abgelehnt: in einem Falle handelte es sich um einen krassen Mißbrauch, indem eine Gemeindebehörde auf ganz unbestimmte Angaben hin, ein ziemlich intelligentes, etwas verahrlostes Mädchen, das in einer Erziehungsanstalt untergebracht war, sterilisieren lassen wollte; da außer einigen Charakteranomalien, weder eine geistige Schwäche, noch ein moralischer Defekt noch eine Geisteskrankheit festzustellen war, lehnten wir das Gesuch ohne weiteres ab; in einem zweiten Falle handelte es sich um eine leicht debile, etwas haltlose, erotische Person, die dreimal unehelich geboren hatte, zwei der Kinder waren schon etwas älter, und da keine Debilität bei ihnen festzustellen war, auch sonst keine wesentlich ins Gewicht fallende Heredität, konnten auch die Experten nur zum Schlusse kommen, daß die Bedingungen des Gesetzes, das die Feststellung größter Wahrscheinlichkeit für eine defekte Nachkommenschaft verlangt, nicht erfüllt seien. In einem weiteren Falle handelte es sich um eine debile Alkoholikerin, die den Eingriff verweigerte, und die in eine Trinkerheilanstalt interniert wurde.

Seither sind noch zwei vom Psychiater empfohlene Sterilisationen abgelehnt worden; es handelte sich um leicht Debile, von denen die eine etwas haltlos und erotisch, erstmals unehelich geboren hatte, die andere nach einem Aufenthalt in der Irrenanstalt wegen Verwahrlosung von uns in Familienpflege gegeben wurde und sich bei ihrer Majorennität weiterer vormundschaftlicher Maßnahmen zu entziehen wußte und heiraten wollte, wogegen die Gemeinde Einspruch erhob; in beiden Fällen ließen sich etwas weit gefaßte eugenische Gesichtspunkte herbeiziehen, die aber, da kein ausgesprochener Schwachsinn vorlag, nicht durchdrangen.

Der rein eugenische Gesichtspunkt, der den Schöpfern des Gesetzes, besonders vielen Mitgliedern der gesetzgebenden Versammlung sicher vorschwebte<sup>1)</sup>, ist in der weiteren Auslegung und Anwendung dadurch etwas zurückgedrängt worden, daß von psych-

<sup>1)</sup> Der Referent im Großen Rate nannte den Text ein Gesetz sozial vorbeugender Hygiene und auch ein Gesetz zum Schutze der Unfähigen und fügte bei, daß weder ökonomische, medizinische, organische Gründe für sich allein die Anwendung des Gesetzes rechtfertigen. Er spricht aber weiter vom Interesse der Kranken und der zu erwartenden Nachkommenschaft (von uns unterstrichen!), das die Anwendung des Gesetzes diktiert.

iatischer Seite auf die große noch bestehende Unsicherheit der Erbprognose hingewiesen werden mußte, worauf die absolute Voraussage, welche die Juristen in das Gesetz bringen wollten, auch abgelehnt wurde. Der verstorbene Kantonsarzt Dr. *Wanner* (»La loi sur la stérilisation des personnes privées de discernement et son fonctionnement dans le canton de Vaud pendant la première année. L'Hygiène mentale 1930, 163—172), der erstmals über die Anwendung des Gesetzes berichtete, hat sich entschieden gegen die eugenische Praxis ausgesprochen und in erster Linie auf die Schutzmaßregeln der Sterilisation gegen widerrechtliche Schwängerung Oligophrener und Geisteskranker abgestellt, wohl da zufälligerweise unter den ersten Fällen mehrere Imbezille sich fanden, die passive Opfer geworden waren und eine Manische, die sich leicht in solche Gefahr begab. Er betonte, daß die Sterilisation erlaube, diese Kranken nun außerhalb der Irrenanstalt unterzubringen, was also auf eine sozial-fürsorgerische Indikation hinauskommt.

In einem Fall einer Imbezillen, die gegen ihren Willen geschwängert worden war, war die Sterilisation bewilligt, wurde aber schließlich nicht ausgeführt; die Patientin hatte zu Hause geboren, das Kind starb bei der Geburt; daraufhin erklärte der Vater, er stehe von einer Aufnahme in die Klinik ab, und werde für bessere Überwachung sorgen. Der Fall illustriert deutlich, wie sehr die Anwendung des Gesetzes von der Zustimmung und dem guten Willen der direkt Interessierten abhängt.

Seit Inkrafttreten des Gesetzes ist in 26 Fällen von uns die Sterilisation empfohlen worden, von denen bei eben erwähntem Fall die Operation schließlich aus äußeren Gründen unterblieb, bei zwei oben erwähnten, die Erlaubnis nicht erteilt wurde, 21 sind bis heute operiert worden; drei mit zustimmenden Gutachten harren noch des Entscheides.

Die Operierten verteilen sich wie folgt: neun Imbezille:

1. M. P., geb. 1911, unehelicher Abstammung, Mutter ebenfalls uneheliches Kind; Großmutter, Onkel mütterlicherseits, alle ausgesprochen schwachsinnig, die Kinder sind von der Gemeinde placiert, haben Mühe in der Schule. Nicht besonders erotisch, aber passiv verwahrlost.

2. H. B., geb. 1907, unehelich. Vater Alkoholiker, Mutter leichtsinnig, ein Onkel mütterlicherseits starb durch Suizid. Patientin selbst unehelich geschwängert, der Schwängerer wurde hierauf wegen Mißbrauch einer geistig Schwachen zu einem Jahr Zuchthaus verurteilt.

3. H. B., geb. 1909, Mutter und eine Schwester schwachsinnig, schwieriger Charakter, erotisch, ein uneheliches Kind, hat sich lange gegen die von der Quartierfürsorgerin und der Gemeinde vorgeschlagene Sterilisation gesträubt, obschon die Eltern dafür eintraten.

4. A. D., geb. 1905, Eltern Alkoholiker und wahrscheinlich schwachsinnig; schwierig, erethisch und erotisch. Der Vormund verlangt Sterilisation.

5. H. H., geb. 1909, Vater schwachsinniger Alkoholiker, Großvater mütterlicherseits ebenfalls Trinker, Mutter und zwei Schwestern auch schwachsinnig. Hat erstmals 1927 unehelich geboren, damals lehnte die Patientin und ihre Eltern die vom Gynäkologen und uns vorgeschlagene Sterilisation ab; 1929 Schwängerung durch den Vater, der von uns als unzurechnungsfähig begutachtet wurde. Erotisch. Die von uns und dem Vormund vorgeschlagene Sterilisation wird durchgeführt nach Geburt des zweiten unehelichen Kindes.

6. M. P., geb. 1899, Heredität unbekannt; zwei uneheliche Kinder. Typus der widerstandlosen Imbezillen, absolut unfähig, Kinder aufzuziehen.

7. F. M., geb. 1906, Vater Alkoholiker, Mutter und Patientin sind unehelich geboren, Mutter hat zwei psychotische Schübe durchgemacht. Wegen Landstreicherei und Prostitution begutachtet, zweimal unehelich geboren. Mußte nach der Operation wieder interniert werden.

8. M. W., geb. 1907, hat ein totgeborenes Kind mit Spina bifida zur Welt gebracht. Widerstandlose Imbezille, die von den Eltern nicht genügend überwacht wurde.

9. G. D., geb. 1907, Mutter und eine Tante mütterlicherseits sind Prostituierte, erotisch, hat 1930 einen jungen Mann mit Gonorrhoe infiziert. 1931 Gravid., wird deshalb vom Vormund zur Begutachtung in die Poliklinik gebracht.

Außer Nr. 7, kamen alle diese Patientinnen nur kurze Zeit in die Anstalt und sind seither immer draußen in ihren Familien oder von der Gemeinde versorgt.

Operiert wurden weiter sechs Oligophrene leichteren Grades, davon zwei (Nr. 13 u. 15) nach längerer Beobachtung in der psychiatr. Klinik.

10. M. M., geb. 1909, debile Haustochter, die unehelich geboren, passives Opfer.

11. M. M., geb. 1907, Vater Alkoholiker, Mutter schwachsinnig, eine Vatersbruderstochter ist eine periodisch Schizophrene, die mehrmals interniert war und vor Inkrafttreten des Gesetzes auf unseren Vorschlag sterilisiert worden war. Hat einen Abortus gehabt. Passiv.

12. A. S., geb. 1914, Tante mütterlicherseits dem. paranoid. Ausgesprochen debil passiv, wird vom Gynäkologen zur Begutachtung zugeschiedt, der eine beginnende Schwangerschaft feststellt; diese wird aus medizinischer Indikation unterbrochen (Albuminurie, Tbc. pulm., starke Belastung mit Tbc. in der Familie) und nachher die Sterilisation angeschlossen.

13. L. T., geb. 1911, Großvater väterlicherseits Alkoholiker, Onkel mütterlicherseits schwachsinnig, Alkoholik. (Tochter einer Tante mütterlicherseits ist V. B. post. encephalit. Charakterveränderung, sterilisiert, siehe unter Nr. 20), Mutter erethische Debile, Alkoholikerin, seit 1929 in Cery interniert. Bruder erethisch Schwachsinniger, wegen Sexualdelikten in Cery interniert. Diese beiden Kinder sind unehelich geboren, die elterlichen Geschwister sollen auch schwachsinnig sein. Patientin selbst passiv, gutmütig, aber nicht zu selbständiger Arbeit fähig; um Familienpflege zu ermöglichen, haben wir Sterilisation empfohlen.

14. B. I., geb. 1902, verheiratet mit einem Schwachsinnigen, hat fünf lebende schwächliche und intellektuell rückständige Kinder. Nach einer

Quartierschwester ist sie unfähig, den Haushalt in Ordnung zu halten. Vor drei Jahren machte sie eine Depression durch, wobei sie sich in den See stürzen wollte; nach jeder Geburt hat sie eine schwere Metrorrhagie wegen Atonie des Uterus, sie wünscht selbst dringlich die Sterilisation.

15. L. O., geb. 1907, Vater Alkoholiker. Verheiratet mit einem Trinker, der sie prügelte, sie selbst vernachlässigte ihre zwei Kinder und der Mann schickte sie fort; in verschiedenen Stellen lief sie davon, pflog wahllos Sexualverkehr. Die Familie ersuchte schließlich die Behörden um Internierung. Suggestible Debile, passiv, erotisch, gibt ihre Einwilligung zur Sterilisation, verlangt ihre Bevormundung und wird in ihrer Gemeinde nach der Operation untergebracht.

Seither haben wir bei zwei weiteren erotischen Debilen Sterilisation empfohlen; die eine hat schon ein uneheliches Kind, ist durchaus passiver Natur; die andere war mehrmals wegen ihres schwierigen Charakters in Cery interniert.

Bei einer debilen Taubstummten, die geboren hat, wurden wir von der geburtshilflichen Klinik um Abgabe eines Sterilisationsgutachtens ersucht. Diese drei harren noch des Entscheides des Gesundheitsrates; eine Pfropfschizophrene wird gegenwärtig begutachtet<sup>2)</sup>. Bei allen diesen Fällen von Imbezillität und Debilität handelt es sich um Kranke, die unfähig sind, ihre Kinder richtig zu warten. Unter den seit Inkrafttreten des Gesetzes sterilisierten Oligophrenen befinden sich eine verheiratete und eine geschiedene Frau; die andern sind entweder noch kinderlose, ledige Personen oder haben uneheliche Kinder. Alle haben durch ihr bisheriges Leben gezeigt, daß sie unfähig sind, ihre Kinder richtig zu pflegen, die also nicht nur wegen der erblichen Belastung gefährdet erscheinen, sondern auch der Verwahrlosung, die sich bei erblicher Belastung besonders verhängnisvoll auswirkt, ausgesetzt sind. Es ist interessant, daß der schwedische Sterilisations-Gesetzentwurf, Zit. nach V. Wigert (Z. Neur. 123, 38, 1929), diesen Umstand ausdrücklich erwähnt, wenn er sagt, das gleiche Gesetz gelte, wenn jemand auf Grund oben erwähnter Krankheiten dauernd außerstande ist, seine Kinder zu pflegen und Grund für die Annahme vorhanden ist, daß diese Krankheit erblich ist.

Die Unfähigkeit, die Kinder zu pflegen, ist einerseits ein praktischer Beweis der geistigen Minderwertigkeit, ein Symptom der Oligophrenie ausgesprochenen Grades. Die allermeisten dieser sterilisierten Patientinnen sind demnach auch nicht ehefähig im Sinne der Auslegung des SchwZGB. Art. 97: »Um eine Ehe eingehen zu können, müssen die Verlobten urteilsfähig sein.« »Geisteskranke sind in keinem Falle ehefähig«, worin nach Egger

<sup>2)</sup> Anmerkung bei der Korrektur: Diese vier Fälle wurden alle in zustimmendem Sinne begutachtet und die Sterilisation vom Gesundheitsrat bewilligt; drei davon sind im Berichtsjahr operiert worden, die Taubstumme hat sich bis jetzt der Operation nicht unterzogen.

zit. von *Bleuler*, Lehrbuch der Psychiatrie, auch die geistige Schwäche (Oligophrenie) inbegriffen ist. Diese Auffassung tritt in Konflikt mit einer anderen, die rät, gewisse Psychopathen, die eine Ehe eingehen wollen, vorgängig zu sterilisieren, wie es auch in einigen wenigen unserer Fälle geschehen ist; was sich vom rein eugenischen Standpunkt verantworten läßt. Die meisten der sterilisierten Frauen, die geheiratet haben nach der Operation, taten dies übrigens, ohne daß wir dazu um Rat gefragt wurden.

Außer den Oligophrenen sind noch sechs psychotische Frauen sterilisiert worden:

16. I. J., geb. 1902, ein schizophrener Großonkel. Machte seit 1924 mehrere katatone Schübe durch, war ein Jahr verheiratet, verlangte selbst Scheidung. Von 1928—29 interniert wegen akuter schizophrener Störungen mit Verfolgungs- und Beeinflussungsideen, gefühlte Persönlichkeitsveränderung, Negativismus, Impulsivität. Als wir in einer Remission den Vorschlag der Entlassung machten, wünschten die Eltern die Sterilisation, da die Patientin sich draußen recht erotisch gezeigt hatte. Wir befürworteten die Maßnahme auf Grund der allgemeinen Erbprognose der *Rüdinschen* Schule. Nach der Operation konnte aber die Patientin nur knapp drei Wochen zu Hause gehalten werden; seither (1929) ist sie unverändert in sehr negativistischem, manchmal von plötzlichen Impulsionen unterbrochenem katatonen Zustand in der Anstalt.

17. J. Z.-Th., geb. 1890. Von Jugend auf schwachsinnig, heiratet dennoch und gebar sieben Kinder, von denen eines sicher schwachsinnig, alle schwierige Charaktere aufweisen. Diese Kinder fielen bald der Fürsorge anheim. Patientin machte 1924—25 erstmals einen katatonen Schub durch, der zur Internierung führte, später verheiratete sie sich trotz Einspruch der Gemeinde. Auf Grund unseres Gutachtens wurde die Ehe als nichtig erklärt, die Patientin war aber unterdessen schwanger geworden und gebar wieder ein Kind. Als ein neuer Aufregungszustand 1929 die Internierung notwendig machte, beantragte die Gemeinde die Sterilisation, der die Patientin endlich zustimmte. Seither hat sie sich draußen halten können.

18. M. W., geb. 1904, Großvater väterl. Alkoholiker, Suizid; Mutter verschiedene Male wegen Melancholie interniert. Großvater mütterl. Alkohol., Suizid; eine Kusine mütterl. interniert wegen dem. praec.; seit 1924 bis heute neunmal interniert wegen manischer und depressiver Schübe, ziemlich erotisch; wird 1929 sterilisiert, um sie der Gefahr einer Schwangerschaft zu entheben, und die Entlassung, die aber immer nur von kurzer Dauer war, dennoch zu ermöglichen.

19. J. B., geb. 1900, debile Epileptika, zweimal interniert wegen epileptischer Aufregungszustände, die jedesmal mit den Generationsvorgängen in Zusammenhang standen, das erste Mal im Wochenbett, das zweite Mal während der Schwangerschaft auftraten. Nach der Operation, mit welcher Pat. und Ehemann voll einverstanden (1930), erneut Psychose, die kurze Internierung notwendig machte, seither ruhig zu Hause geblieben.

20. V. B., geb. 1907, postenzephalitische Charakterveränderung mit wenig ausgesprochenen neurologischen Symptomen, schwer belastet, ist Kusine von L. T. (Nr. 13 oben), seit 1925 mehrmals interniert, 1930 unehelich geboren,



Vater des Kindes völlig unbekannt. Willigte schließlich in die Sterilisation ein, um wieder in einer Familie placiert werden zu können.

21. B.G., geb. 1909, Vater Alkoholiker, Onkel mütterl. in Cery, schizoider Alkoholiker. Schizoide Psychopathin schon längere Zeit poliklinisch beobachtet, Lues, 1931 Depression bei Gravidität, die aus psychiatrischer Indikation unterbrochen wird, und nachherige Sterilisierung. 1932 kurze Internierung wegen Suizidgefahr.

Das Gesetz findet bis jetzt hauptsächlich entsprechend den früheren Indikationen Anwendung auf Oligophrene, 15 Fälle, und nur sechs Psychosen, auch unter den letzteren ist die oligophrene Komponente in zwei Fällen sehr deutlich. Unter den gegenwärtig begutachteten und noch nicht entschiedenen oder operierten Fällen ist die Proportion ähnlich: drei Debile und eine Schizophrene auf debiler Grundlage. (Siehe Anmerkung bei der Korrektur S. 140.)

Seit Sterilisationen aus psychiatrischen Indikationen im Kanton Waadt vorgenommen werden, konnten die meisten der Operierten außerhalb der Anstalt gehalten werden. In seiner ersten Zusammenfassung kam Dr. *Wanner* zum Schluß, daß es sich nicht um eugenische Maßnahmen handeln könne, sondern in erster Linie um Maßnahmen zum Schutz der Patientinnen und um langdauernde Internierung aus dem einzigen Grund, eine Schwangerschaft zu vermeiden, zu umgehen. Wir möchten eher dahin schließen, daß die Indikationsstellung in einigen wenigen Fällen (Nr. 12, 18, 19, 21)<sup>3)</sup> eine rein medizinisch-psychiatrische, in den meisten Fällen eine eugenisch-soziale ist, die auch dem Gesetzgeber vorgeschwebt hat, als er den Begriff der geschädigten Nachkommenschaft in das Gesetz aufnahm. Nun sind die Vererbungsregeln noch sehr wenig genau, von einer absoluten Sicherheit der Voraussage, wie die Juristen sie im Gesetz zuerst niederlegen wollten, konnte keine Rede sein. Es kann sich bei der Erbprognose nur um große Wahrscheinlichkeitswerte handeln. Wir weisen bei unseren Begründungen ferner auch auf die Tatsache hin, daß die unehelichen Schwängerer meistens auch minderwertig sind; soweit Nachforschungen auf diesem Gebiet möglich sind, stößt man sehr oft auf Moralisch-defekte und Alkoholiker, die so eine Kumulation schlechter Erbmasse zuwege bringen, von einer Verbesserung des Blutes durch uneheliche Geburt kann in diesen Fällen nicht ernsthaft gesprochen werden.

Aus dem bisherigen geht hervor, daß die Anwendung des Gesetzes vorerst recht schüchtern und behutsam erfolgte, aber von einem retardierenden Einflusse haben wir nicht den Eindruck. Es

<sup>3)</sup> Bei rein medizinisch-psychiatrischer Indikation (z. B. Fall 12 u. 19 u. frühere), kann auch jetzt noch ohne Inbewegungssetzung des administrativen Apparates nach direkter Verständigung zwischen den Ärzten der betr. Kliniken die Operation vorgenommen werden.

ist noch zu früh, ein Urteil über die ganze Materie abzugeben. Die Zahl der Gesuche ist noch recht klein bezogen auf eine Bevölkerung des Kantons Waadt von 320000 Einwohnern. Die eugenische Auslegung, gerade bei schizophhrenen Psychosen, die von vielen Psychiatern aus der *Rüdinschen* Schule als notwendige Korrektur der Frühentlassungen und der offenen Fürsorge verlangt wird, braucht noch einige Zeit; es bestehen aber im Kanton Waadt Anzeichen, die für eine Entwicklung nach dieser Richtung sprechen. Der Gesetzgeber ist nämlich unterdessen noch einen Schritt weiter gegangen und hat sich auch mit der Unterbrechung der Schwangerschaft aus medizinisch-psychiatrischen Gründen befaßt, die ja in psychiatrischen Kreisen noch sehr verschieden beurteilt werden. Wie aus obiger Zusammenstellung hervorgeht, kommen wir selten in den Fall, eine Gravidität aus psychiatrischer Indikation unterbrechen zu lassen, im Gegensatz zu der viel häufigeren Indikationsstellung in einem anderen Kanton. Wenigemale wurde an uns das Ersuchen gestellt, eine wehrlos geschwängerte Imbezille die Schwangerschaft unterbrechen zu lassen, das war bisher auf Grund der bestehenden gesetzlichen Vorschriften, wenn nicht eine bes. medizinische Indikation vorlag, nicht möglich. Diesem Übelstand hat nun die Revision des waadtländischen Strafgesetzes abgeholfen. Dieses Strafgesetz, das am 1. VII. 1932 in Kraft getreten ist, enthält nämlich unter der Überschrift »Ärztliche Schwangerschaftsunterbrechungen« folgenden Artikel:

Art. 129. Die Abtreibung ist nicht strafbar, wenn sie mit Zustimmung der Frau ausgeübt wird von einem im Kanton praktizierenden Arzt, wenn die Gesundheit der Mutter schwer bedroht ist, oder wenn ihre Gesundheit einer schweren und dauernden Schädigung ausgesetzt ist.

Art. 130. Die Abtreibung ist nicht strafbar, wenn sie ausgeübt wird an einer Person, die an Geisteskrankheit oder Geisteschwäche leidet, deren Nachkommenschaft nach aller Voraussicht nur eine geschädigte sein kann. Jedoch kann die Operation nur mit Bewilligung des Gesundheitsrates vorgenommen werden.

**Avortement médical.**

Art. 129. L'avortement n'est pas punissable lorsqu'il est opéré avec le consentement de la femme par un médecin autorisé à pratiquer dans le canton, quand la vie de la mère est gravement menacée ou quand sa santé est exposée à une atteinte grave et permanente.

Art. 130. L'avortement n'est pas punissable lorsqu'il est pratiqué sur une personne atteinte de maladie mentale ou d'une infirmité mentale dont la descendance, selon toutes prévisions, ne peut être que tarée. Toutefois, il ne peut être opéré qu'avec l'autorisation du conseil de santé.

Mit diesem letzten Artikel ist, wie wir glauben für den An-

stalts-Psychiater eine willkommene Ergänzung zum Sterilisations-Gesetz geschaffen worden. Wir halten dafür, daß gerade auf psychiatrischem Gebiet eine gesetzgeberische Regelung dieser Frage recht wichtig und erfreulich ist; die obige Fassung der beiden Artikel erlaubt, die psychiatrischen Indikationen sachlich und ohne Furcht vor dem Staatsanwalt zu stellen. Andererseits scheint es uns richtig, wenn, wie die Sterilisation, die Operation mit einigen Garantien umgeben wird, damit nicht Unberufene sich auf diesen Gebiete versuchen. Man kann, uns ist mehr als ein Fall bekannt, mit Schwangerschaftsunterbrechungen bei psychischer Störung auch Schaden stiften, eine Psychose auslösen. Wenn, wie bei der Anwendung des Sterilisationsgesetzes der Gesundheitsrat stets zur Begutachtung auch in erster Linie den erfahrenen Psychiater herbeizieht, wird sich diese Gefahr sehr vermindern lassen.

Im ganzen halten wir diese Gesetzgebung für recht glücklich; Goethe könnte angesichts dieser waadtländischen Initiative nicht mehr klagen:

»Vom Rechte, das mit uns geboren ist,  
Von dem ist leider nie die Frage.«

Völkerpsychologisch wäre interessant zu untersuchen, warum gerade die beiden ältesten Demokratien der Welt: die Vereinigten Staaten v. Amerika und die Schweiz gesetzgeberisch so einschneidend in das persönliche Leben eingreifen.

Zusammenfassung: Im Kanton Waadt wurden aus psychiatrischer Indikation Sterilisationen vorgenommen 1919—1925 bei 25 weiblichen Personen: 16 Oligophrenien, fünf Schizophrenien, eine Schwangerschaftspsychose, und bei drei Frauen psychotischer Männer. Bei einer männlichen Person. Kastrationen bei zwei Männern.

1926—1928 Sterilisationen bei 20 weiblichen Personen: 11 Oligophrenien, drei Schizophrenien, eine andere Psychose, fünf Psychopathien. Eine Kastration bei einem oligophrenen Manne.

Seit 1. I. 1929 (Inkrafttreten des Sterilisationsgesetzes) bis 1. V. 1932 wurden Sterilisationen durchgeführt: bei 21 weiblichen Personen: 15 Oligophrenien, drei Schizophrenien, eine Manie, eine Epilepsie, eine Postencephalitis; ferner eine Kastration bei einem oligophrenen Sexualverbrecher<sup>4)</sup>. Die Indikationsstellung ist meist

<sup>4)</sup> Nachtrag bei der Korrektur: Für die Monate Mai bis Dezember 1932 ist diese Zusammenstellung noch wie folgt zu ergänzen (die in Anmerk. S. 140 erwähnt inbegriffen): Weitere operative Sterilisationen in Anwendung des Gesetzes wurden ausgeführt bei vier weiblichen Kranken (eine Propfhebefrenie, zwei Oligophrenien, eine erotische leicht debile Psychopathin). Nach zustimmender Begutachtung wurde die Sterilisation bewilligt, aber im Berichtsjahr noch nicht ausgeführt, bei einer Schizophrenen, zwei Oligophrenen (davon eine taubstumm) und einer erotischen

eine sozial-eugenisch fürsorgliche. Es ist zu hoffen, daß mit fortschreitender Kenntnis der Erbgesetze, die mehr fürsorgerische Maßnahme sich allmählich nach der eugenischen Seite hin entwickle. Dieser Entwicklung wird Vorschub geleistet durch eine Revision des Strafgesetzbuches, die ab 1. VII. 1932 Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation zuläßt. Die rein medizinisch-psychiatrische Indikation wird durch das Gesetz nicht berührt.

Bei den Kastrationen ist die Indikation in erster Linie eine therapeutische und in zweiter Linie Schutzmaßregel für die Gesellschaft.

heredoluetischen Taubstummen. In drei Fällen (eine verheiratete Oligophrene, eine hysterische Psychopathin, eine internierte erotische Imbezille) wurde die von den für den Unterhalt der Kinder aufkommenden Armenbehörden verlangte Sterilisation abgelehnt; in den beiden ersten Fällen weil die Frauen sich sonst sozial gut verhalten und die Operation rundweg verweigerten, im letzteren Falle weil die Patientin, die gegen das Klimakterium rückt, nicht entlassungsfähig ist. Für eine weitere Schizophrenie schlugen wir Unterbrechung der Schwangerschaft und nachfolgende Sterilisation vor, der Entscheid des Gesundheitsrates ist noch nicht erfolgt. Eine wahrscheinlich Oligophrene entzog sich der Begutachtung. Zwei weitere Fälle (ein männlicher Idiot und eine wahrscheinlich oligophrene Frau) sind zur Begutachtung angemeldet. Schließlich wurden noch drei uns bekannte hysterische Psychopathinnen mit leichter Debilität aus gynäkologisch-medizinischer Indikation operativ sterilisiert auf eigenes Begehren.

Es ist mir zum Schluß eine angenehme Pflicht, dem waadtländischen Sanitätsdepartement für die zuvorkommende Ergänzung unseres Aktenmaterials bestens zu danken.

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

### Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn vom 19. bis 20. Mai 1932.

Anwesend: *Adams-Andernach, Albrecht-Berlin, Alexander-Frankfurt a. M., Aschaffenburg-Köln, Ast-Eglfing, Auer-Köln, Bach-Bedburg-Hau, v. Baeyer-Heidelberg, Bartscher-Kiedrich, Basten-Bonn, Bastin-Grafenberg, Bauer-Jerichow, Baumann-Essen, Baumann-Sorau, Beck-Frankfurt, Berg-Allenberg, Berge-Merxhausen, Beringer-Heidelberg, Bernhard-Uchtsprunge, Berkenau-Solingen, Betzendahl-Berlin, Beyer-Roderbirken, Beyerhaus-Galkhausen, H. Binswanger-Zürich-Burghölzli, Blume-Bonn, Bonhoeffer-Berlin, Bosseguero-Heidelberg, Bostroem-München, Boumann-Utrecht, Bratz-Berlin, Frl. Bratz-Berlin, Braun-Köln, Bresler-Kreuzburg, Brugger-München, Bürger-Prinz-Leipzig, Bumke-München, Buhe-Wehlau, Capell-Düren, Clemens-Benninghausen, Cohnen-Galkhausen, Conrad-Hadamar, Corneli-Köln, Creincher-Köln, Creutz-Düsseldorf-Grafenberg, Coerper-Köln, Daiber-Zwiefalten, Frl. Deiters-Düsseldorf, Delbrück-Bremen, Deutsch-Treptow a. R., Dietrich-Bonn, Donalies-Berlin, Diener-Bonn, Dietz-Alzey, Ebermaier-Düsseldorf, Ehlers-Potsdam, v. Ehrenwall-Ahrweiler, Eichelberg-Hedemünden, Eichler-Düsseldorf, Eliasberg-München, Encke-Lauenburg, Pomm., Ennen-Merzig, Eyrich-Bonn, Ewald-Erlangen, Fallhauser-Kaufbeuren, Fleck-Göttingen, Finscher-Bonn, Fischer-Wiesloch, O. L. Forel-Prangins Nyon (Schweiz), Försterling-Landsberg, A. Friedmann-Berlin-Buch, U. Friedemann-Berlin-Dahlem, M. Friedemann-Königstein i. T., Friedländer-Lindenhaus-Brake, Fünfgeld-Frankfurt, Gallus-Potsdam, Ganner-Innsbruck, Gärtner-Halle, Geller-Bonn, Geller-Teupitz, Gerson-Göttingen, Gerstenberg-Wunstorf b. Hann., Gonser-Berlin-Dahlem, Grimme-Hildesheim, Gruhle-Heidelberg, Grüter-Königsutter, Gückel-Neustadt/Aisch, Günther-Andernach, Günther-Köln, Hackländer-Essen, Hallervorden-Landsberg/Warthe, Haymann-Badenweiler, Hauptmann-Halle, Havestadt-Düsseldorf-Grafenberg, Havermann-Rastenburger, Helpe-Düsseldorf, Henkel-Hadamar, Hermann-Galkhausen, Herting-Düsseldorf, Herzog-Heidelberg, Hirschfeld-Berlin, Hock-Bayreuth, Hölzel-Eglfing, Homann-Berlin, Frl. Homann-Bad Godesberg, v. Hösslin-Ansbach, Horstmann-Stralsund, Hübner-Bonn, Hülsemann-Köln, Ilberg-Dresden, Jacobi-Magdeburg, Jacoby-Sayn, Josephi-Hamburg, Jossmann-Berlin, Jost-Warstein, Jahrreiss-Köln, Kafka-Hamburg, Kapp-Köln, Kastan-Hamburg, Kehrner-Münster, Kellner-Bedburg-Hau, Kentenich-M.-Gladbach, v. Klebelsberg-Hall/Tirol, Kleffner-Münster, Kleine-Bedburg-Hau, Klüber-Klingenstein, Knigge-Hamburg-Langenhorn, Koenig-Bonn, Koester-Aachen, Koester-Bonn, Koester, Gertrud-Bonn, Kolkmann-Klingenmünster, Korbsch-*

Münster/Westf., *Kost-Waldbreitbach*, *Krahl-Bautzen*, *Krakow-Tapiau*, *Kreisch-Andernach*, *Kretschmer-Marburg*, *Kresiment-Bonn*, *Küpper-Freiburg*, *Krisch-Greifswald*, *Küster-Köln*, *Kuttner-Uchtspringe*, *Landwehr-Waldbreitbach*, *Lange-Breslau*, *Laskowski-Saffig*, *Langen-Merzig/Saar*, *Last-Bonn*, *Leabenthal-Bonn*, *Lenner-Tannefeld*, *Lewenstein-Bonn*, *Lienau-Hamburg*, *Linzbach-Bonn*, *Loeb-M.-Gladbach*, *Lohmer-Köln*, *Löwenstein-Bonn*, *Lückerrath-Euskirchen*, *Luxenburger-München*, *Maaf-Großschweidnitz*, *H. W. Meier-Zürich*, *Mandel-Eglfing-Haar*, *Mann-Heidelberg*, *Mappes-Düsseldorf*, *Marckmann-Wilhelmshaven*, *Martini-Bonn*, *Marx-Ahrweiler*, *Marx-Heidelberg*, *Mauf-Königsberg (Pr.)*, *Mayer-Freiburg (Br.)*, *Mayer-Groß-Heidelberg*, *Mayr-Berlin*, *Mayr-Günzburg*, *Meltzer-Großhennersdorf (Sa.)*, *Metz-Neuhaldensleben*, *A. Meyer-Bonn*, *Max Meyer-Frankfurt-Köppern*, *Meyers-Amsterdam*, *Möllenhof-Berlin-Ch.*, *Moerchen-Wiesbaden*, *Moser-Königsberg (Pr.)*, *New-Düren*, *Neuhaus-Roderbirken*, *Neustadt-Düsseldorf*, *Niedenthal-Frankenthal (Pfalz)*, *Nitsche-Sonnenstein*, *Noack-Neuruppin*, *Nobbe-Tapiau*, *v. Obermüller-Heidelberg*, *Offermann-Neuß*, *Orthmann-Süchteln*, *Ortleb-Kortau (Ostpr.)*, *Otten-Andernach*, *Otto-Gießen*, *Panse-Berlin-Wittenau*, *Peipers-Bonn*, *Peipers-Heidelberg*, *Petermann-Münster i. W.*, *Peters-Klosterhoven*, *Pfeifer-Halle (S.)*, *Plaut-München*, *Pönitz-Halle*, *Pönsgen-Nassau (Lahn)*, *Pohlisch-Berlin*, *Polstorff-Süchteln*, *Quademchels-Düsseldorf*, *v. Rad-Nürnberg*, *Raethar-Bedburg-Hau*, *Recktenwald-Bedburg-Hau*, *Reich-Schwerin*, *Reichner-Heidelberg*, *Rein-Teupitz*, *Reis-Nürnberg*, *Reiß-Dresden*, *Rinkel-Düsseldorf*, *Rittershaus-Hamburg*, *Röll-Werneck*, *Rosmer-Illenau*, *v. Rohden-Altscherbitz*, *Rosenfeld-Berlin*, *Rosenfeld-Rostock*, *Rücken-Bonn*, *Rüdin-München*, *Rust-Schwerin*, *Rustige-Rotenburg (Hann.)*, *Sabels-Köln*, *Sanders-Hagen*, *Schaefer-Hamburg-Langenhorn*, *Schäfer-Düsseldorf*, *Schäffgen-Düren*, *Schaumburg-Bonn*, *Scheller-Berlin*, *Schlüter-Königsutter*, *Schmidt-Kraepelin-Ludwigshafen a. Rh.*, *Schmitz-Bonn*, *Schmitz-Lückger-Bonn*, *C. Schneider-Bethel-Bielefeld*, *Schneider-Lohr a. Main*, *Kurt Schneider-München*, *Schnitzer-Stettin*, *Schnitzler-Bedburg-Hau*, *Schroeder-Galkhausen*, *Schuch-Erlangen*, *Schulte-Ostrop-Kiel*, *Schulte-Marsberg*, *Schultze-Göttingen*, *Schulz-Leipzig-Dösen*, *Schulz-München*, *Schütte-Langenhagen (Hann.)*, *Schwabe-Plauen*, *Seelig-Berlin*, *Sexauer-Illenau*, *Simon-Gütersloh*, *Siebert-Libau (Lettland)*, *Sioli-Düsseldorf*, *Gertrud Sioli-Düsseldorf*, *Sommer-Gießen*, *Spatz-München*, *Specht-Erlangen*, *Spiecker-Duisburg*, *Spielmeier-München*, *Stallmann-Bonn*, *Steiger-Hohenasperg*, *Steinbracher-Düsseldorf*, *Steiner-Heidelberg*, *Stemmler-Hochweitschen (Sa.)*, *Stertz-Kiel*, *Stiefler-Linz*, *Stiller-Düren*, *Störzing-Bonn*, *Strauß-Berlin-Ch.*, *Thiele-Berlin*, *Tillis-Brauweiler*, *Troeltsch-Kloster-Haina*, *Viedenz-Görden*, *Wahlmann-Eichberg-Rheingau*, *Walter-Bremen*, *Waetzoldt-Berlin*, *Wahrendorff-Ilten*, *Wegener-Amelsbüren*, *Wegener-Andersach*, *Wende-Kreuzburg (O.-Schl.)*, *Wendt-Leipzig-Dösen*, *Werner-Johannistal-Süchteln*, *Westphal-Bonn*, *Westphal-Marburg*, *Weygandt-Hamburg*, *Wickl-Düsseldorf*, *Wildermuth-Düsseldorf*, *Wilhelmi-Düsseldorf*, *Wilhelmy-Bonn*, *Wilmanns-Heidelberg*, *Wilmers-Bethel*, *Witte-Bedburg-Hau*, *Wolter-Berlin*, *Wuth-Kreuzlingen*, *Zengerling-Berlin*, *Zinn-Berlin*, *Zucker-Greifswald*.

Der Vorsitzende: Geheimrat Professor Dr. *Bonhoeffer* eröffnet die Sitzung und begrüßt den Vertreter des Rektors der Universität Herrn Prof. *Cohen*, den Landeshauptmann Herrn Dr. med. h. c. *Horion*, den Oberbürgermeister Herrn Dr. *Lücken*, den Vertreter der vereinigten Pr. Provinzen Herrn

Dr. Zenge, den Vorsitzenden des ärztlichen Vereins Dr. Richartz und die auswärtigen Kollegen aus der Schweiz und Holland, insbes. Herrn Dr. Forel und Herrn Professor Dr. Boumann. Erdankt den Herren des Ortsausschusses und fährt dann fort:

Meine Damen und Herren! Es war von verschiedenen Seiten angeregt worden, die diesjährige Versammlung ausfallen zu lassen. Wir halten es aber gerade in dieser Zeit, in der die Wissenschaft und ihre praktische Anwendung unter der wirtschaftlichen Not leiden, für wichtig, die Tradition unserer alljährigen wissenschaftlichen Zusammenkunft aufrecht zu halten und gerade auch die durch den Zeitwandel angeregten Fragen in Vorträgen und Diskussionen, wie in persönlicher Fühlungnahme zu besprechen und soweit möglich zur Klärung zu bringen. Unser Fach ist heute, wo uns allerwärts die Gefahr des kulturellen Abbaus vor Augen geführt wird, vielleicht in besonderem Maße bedroht. Man hört und liest es, daß in einem Volk, das Mühe hat, seiner gesunden Bevölkerung das Leben zu fristen, kein Platz ist für Ausgaben, deren produktiver Charakter nicht klar liegt. Gerade von den Anstalten ist die gewiß unrichtige Meinung im Publikum verbreitet, daß es sich im wesentlichen um eine unproduktive Verwahrungstätigkeit handelt. Ich brauche Sie nur an den noch zu besprechenden neuesten Erlaß über die Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten zu erinnern, um zu zeigen, wie tief diese Art der Betrachtung der Tätigkeit des Psychiaters noch im Bewußtsein verankert ist. Streichung der Etatsmittel, Abbau der Arzteezahl, des Personals, Verschlechterung der Geisteskrankenstatistik und vor allem die Erschwerung der Aufnahmen in die Krankenhäuser und Anstalten von seiten der öffentlichen Hand ist, um nur einiges zu nennen, das, was wir heute schon erleben. Gerade die Aufnahmeerschwerung ist eine besonders bedenkliche Angelegenheit. Denn es ist nach meinen Erfahrungen nicht zweifelhaft, daß die steigende Selbstmordziffer, wenigstens zu einem Teil, auf diese, durch die Finanznot bedingte Zurückhaltung in der Genehmigung der Aufnahmen zurückzuführen ist. Daß es sich dabei nicht selten um den Verlust kulturell hochwertiger Menschen handelt, ist jedem Kenner des manisch-depressiven Irreseins und der Psychopathien einleuchtend. Es ist immer wieder unsere Aufgabe der Öffentlichkeit klar zu machen und durch unsere Tätigkeit zu zeigen, daß die Aufgaben und die Leistungen der psychiatrischen Krankenhäuser produktiver Natur sind, und daß wir noch nicht auf einer Höhe sind, auf der ohne Schaden abgebaut werden kann. Wir stehen in vielen Punkten noch ganz in den Anfängen. Um nur einen besonders wichtigen zu erwähnen, so ist der Ausbau der psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an den großen allgemeinen Krankenhäusern noch ganz ungenügend. Ich verweise auf die lehrreiche Zusammenstellung von *Altner* über dieses Thema. Es ist berechtigt, auch in der heutigen Zeit der Finanznot auf ihre Gründung zu drängen, weil es sich dabei um Einrichtungen handelt, die nicht nur ärztliches Gebot sind, sondern in letzter Instanz Ersparnisse bedeuten. Denn es zeigt sich, wo sie erreicht sind, daß die im allgemeinen Krankenhausbetrieb oft nicht erkannten oder nur mitgeschleppten Nervenkranken bei fachärztlicher Betreuung schneller zur Heilung, und wo eine solche nicht möglich, rascher aus dem teuren Krankenhausbetrieb zur Ausscheidung gelangen. Ich brauche das hier im einzelnen nicht auszuführen. Wir haben die Frage der Gründung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern als eins der Referatenthemen für das nächste Jahr auf die Tagesordnung gesetzt.

Meine Damen und Herren! Wir haben aber auch einen erfreulichen Anlaß für unser Zusammenkommen in Bonn. Im Sommersemester 1882, also jetzt vor 50 Jahren, ist die Bonner Anstalt und mit ihr die Klinik durch *Werner Nasse*, den langjährigen Vorsitzenden unseres Vereins, eröffnet worden. Es ist ja keine der ältesten deutschen Kliniken unseres Faches, und man kann nicht sagen, daß mit ihrer Gründung, wie etwa mit *Griesingers* Eröffnung der psychiatrischen und Nervenklinik in Berlin, der Beginn eines neuen psychiatrisch-neurologischen Lebens anzusetzen gewesen wäre. Denn hier im Rheinland konnte die Psychiatrie schon lange zuvor auf eine alte namhafte psychiatrische Entwicklung zurückblicken. Schon in den 30er Jahren des letzten Jahrhunderts hat *Max Jacobi* die rheinische Anstalt Siegburg zu einem Zentrum psychiatrischer Wissenschaft und Praxis von internationaler Bedeutung gemacht. Aber die Sicherheit einer ununterbrochenen wissenschaftlichen Tradition ist doch erst mit der Gründung der Klinik gegeben worden, wie sie durch *Nasse*, den unvergeßlichen *Pelman* und die noch lebenden Vertreter der Psychiatrie und Neurologie an der hiesigen Universität dargestellt wird. Ich freue mich, im Namen des Vereins dem Vorstand der Klinik, Herrn *Hübner*, unsere herzlichsten Glückwünsche für die Zukunft seines Institutes aussprechen zu dürfen.

Dann ist es mir ein Bedürfnis, unserem verehrten Schriftführer, Herrn Geheimrat *Ilberg*, die Glückwünsche des Vereins zu seinem 70. Geburtstag, die ich ihm am 7. April nach Bordighera gesandt habe, auch hier in unserer Jahresversammlung zu wiederholen, und ihm für seine aufopfernde Arbeit für unseren Verein zu danken.

Prorektor Dr. *Conen*, Landeshauptmann Dr. med. h. c. *Horion*, Oberbürgermeister Dr. *Lücken* und der Vorstand des Bonner Ärztevereins Dr. *Richtarz* danken für die Begrüßung. Landeshauptmann Dr. *Horion* erwähnte, daß im Rheinland 20000 Geisteskranke, Schwachsinnige und Epileptiker versorgt würden, und daß die Fürsorge für die Kranken nicht mit dem Reichsstift geleistet werden könne, vielmehr müsse das öffentliche Interesse mit den Interessen des Kranken in Einklang gebracht werden; mit den ärztlichen Fortschritten einer besseren Versorgung und vermehrten Heilung der Kranken sei zugleich finanzielle Entlastung zu erwarten.

Der Vorsitzende dankt für die Begrüßungen und gedenkt dann der großen Reihe von Mitgliedern, die im vergangenen Jahr gestorben sind. Manchem ist der Freund, der nahestehende Kollege, dem Fach sind wertvolle Kräfte aus Wissenschaft und Praxis geraubt worden.

Es sind verstorben: Dr. *Walter Görlitz*, Chefarzt des Ernst Moritz-Arndt-Hauses in Stettin,

Dr. *Anhalt*, Leipzig,

Direktor Dr. *Holthausen*, Tapiau,

Dr. *Hampe*, Braunschweig,

Dr. *Wichura*, Bad Oeynhausen,

San.-Rat Dr. *Lehmann*, Bad Kösen,

Obermedizinalrat Dr. *Adam*, der verdiente stellvertretende Direktor von Eglfing bei München, durch sein Eintreten für Simonsche Arbeitstherapie und durch sein Buch »Geisteskrankheit in alter und neuer Zeit« bekannt,

Geh. Med.-Rat Dr. *Dörenberg*, Soest, Westfalen,

San.-Rat Dr. *Herzfeld*, Bensberg-Frankenhausen,



San.-Rat Dr. *Schmitz*, Sorau-Niederlausitz (Direktor),  
 Dr. *Schönfeld*, Riga, Leiter der dortigen Privatanstalt,  
 Dr. *Tuczek*, Kennenburg, der psychotherapeutisch begabte vielversprechende Sohn unseres langjährigen Vorstandsmitgliedes,  
 Dr. *Jess*, 1. Oberarzt der Landesanstalt Eberswalde,  
 Prof. Dr. *Scharnke*, Rostock, Oberarzt der dortigen Klinik,  
 Direktor Dr. *Wachsmuth*, Eichberg,  
 Assistenzarzt Dr. *Solinus*, Schussenried,  
 Professor Dr. *Koester*, Leipzig,  
 Dr. *Mosbacher*, Hamburg,  
 Dr. *Jolly*-Düsseldorf,  
 Dr. *Ehrhard*, Königsberg,  
 Professor *Vorkastner*, Professor der gerichtlichen Medizin in Halle,

früher als außerordentlicher Professor der Psychiatrie in Greifswald.  
 Den Lehrstuhl für gerichtliche Medizin mit einem Psychiater zu besetzen, war ein für unser Fach bemerkenswerter Schritt des Preussischen Kultusministeriums. Daß sich der Versuch bewährt hat, geht aus den mehrfachen Berufungen hervor, die an *Vorkastner* ergangen sind; leider ist er bis jetzt nicht wiederholt worden.

Professor *Alfons Jacob*, verstorben 17. Oktober 1931, hat das Schicksal unserer besten Hirnhistologen *Nißl*, *Alzheimer*, *Ranke*, *Brodmann* und neuerdings *v. Economo* geteilt, viel zu früh aus einer erfolgreichen hirnanatomischen Tätigkeit herausgerissen zu werden. Unser Verein hat ihm in zahlreichen histopathologischen Demonstrationsvorträgen reiche Belehrung zu danken und darüber hinaus hat er durch seine und seiner Mitarbeiter Untersuchungen dem Namen der Deutschen Wissenschaft Ehre gemacht.

Am 3. Dezember letzten Jahres ist *Ernst Meyer* in Königsberg gestorben. Noch im vergangenen Jahr hat er in unserem Kreise am Vorstandstisch gesessen. Fast ein Menschenalter hat er an der Spitze der Königsberger Klinik gestanden, eine Generation von ostpreussischen Ärzten hat ihm seine psychiatrische Ausbildung zu danken. In unserem Verein hat er vielfach vorgelesen. Man darf sich heute mit Interesse seines Referates vom Jahre 1913 »Über die Behandlung der progressiven Paralyse« erinnern, in dem er auf die Paralysebehandlung seines Vaters durch Eitererregung und die Beziehungen zu den indessen so erfolgreich gewordenen Bemühungen *v. Wagners* hinwies.

Noch zweier Männer ist zu gedenken, wenn sie auch nicht Mitglieder unseres deutschen Vereins gewesen sind: *August Forels* und *Constantins v. Economo*.

*August Forel*, der bei *Meynert* doktoriert hat, bei *Gudden* Assistent und *Bleulers* Vorgänger in Zürich war, entstammt der deutschen Psychiatrie. Er ist früher manchmal auf unseren Versammlungen gewesen, und wer ihn gesehen hat, dem ist er in der Kraft, Natürlichkeit und Wahrhaftigkeit seiner Persönlichkeit unvergeßlich. Er war ein ungewöhnlicher Typus eines wissenschaftlichen Menschen. Auf der einen Seite Ameisen- und Hirnforscher von peinlichster Sorgfalt und Exaktheit, auf der anderen enthusiastischer und unerbittlicher Kämpfer und Propagator für Alkoholabstinenz, für Sexualethik, für Monismus und Pazifismus. Es war ein kampffrohes und erfolgreiches Leben, das er mit 83 Jahren abgeschlossen hat.

*Constantin v. Economo* ist als Gast öfters bei uns gewesen, zuletzt in

Düsseldorf bei der Diskussion des Vogtschen Vortrages über die Topographie der Hirnrinde. Wir bedauern unsere österreichischen Kollegen um den Verlust dieses ideenreichen, ausgezeichneten und menschlich liebenswürdigen Forschers. Sein Name wird nicht nur mit dem Krankheitsbild der Encephalitis epidemica dauernd verbunden bleiben, auch seine Arbeiten über den Aufbau und der Topographie der Hirnrinde, seine Studien am Hirnstamm, über die Lokalisation der Schlafsteuerung werden ihn unvergessen machen.

Endlich ist gestern am Vorabend der Sitzung unser Ehrenmitglied Geheimer Justizrat Prof. Dr. *Wilhelm Kahl* bestattet worden. Der Verein dankt ihm in vielen das forens. psychiatrische Gebiet betreffenden Fragen Belehrung und Anregung. Ich bitte die Versammlung, sich zu Ehren der Verstorbenen, von den Plätzen zu erheben.

**Referat A: Der Stoffaustausch zwischen dem Zentralnervensystem und dem übrigen Körper:**

1. *Walter-Bremen*: Allgemeine Grundlagen des Stoffaustausches zwischen Zentralnervensystem und übrigen Körper.

Die noch bis vor kurzem herrschende Ansicht, daß das Zentralnervensystem überhaupt keinen oder doch einen so geringen Stoffwechsel habe, daß er quantitativ nicht nachweisbar sei, ist durch neuere Untersuchungen unhaltbar geworden. Im Gegenteil hat es sich herausgestellt, daß der Sauerstoffverbrauch des Gehirns einer der größten von allen Organen ist, und daß auch der Grundumsatz von Fett, Eiweiß, Kohlehydraten auf einer beträchtlichen Höhe steht.

Mit einer quantitativen und qualitativen Analyse ist aber diese Frage nicht zu lösen; vielmehr liegen hier spezielle Probleme vor, die dem Zentralnervensystem auch in dieser Beziehung eine Sonderstellung zuweisen.

Als Stoffwechselüberträger kommen theoretisch in Frage,

- a) die peripheren Nerven,
- b) der Liquor und
- c) das Blut.

Zu a). Die peripheren Nerven spielen höchstwahrscheinlich für den normalen Stoffaustausch zwischen Zentralnervensystem und dem übrigen Körper keine nennenswerte Rolle. Dagegen kommen sie für den Transport von Toxinen und Bakterien (vgl. Referat *Steiner*) in Frage.

Zu b). Der Liquor umspült die gesamte äußere und innere Oberfläche des Zentralnervensystems. Er besitzt keine aktive Bewegung, sondern nur einen verhältnismäßig langsamen Resorptionsstrom. Die Entstehung des Liquors liegt nach allgemeiner Ansicht ganz vorwiegend in den Plexus. Ob und wie weit auch die Meningen resp. die Meningialgefäße dafür in Betracht kommen, ist strittig. Der Liquorstrom geht von den Ventrikeln durch den *Aquaeductus Sylvii*, weiter durch das *Foramen Magendi* und durch die *For. Luschkae* in den Subarachnoidalraum. Der Abfluß in den Körper erfolgt a) durch die *Pacchionischen Granulationen* in die Sinus und Venen des Schädels, b) durch die perineuralen Spalten in das Lymphgefäßsystem des Körpers. Diese Verbindungen funktionieren nur in zentrifugaler Richtung und sind auch für Kolloide und korpusskuläre Elemente durchgängig.

Sehr umstritten sind die Beziehungen des Liquors zum Nervenparenchym selbst.

Die Annahme von *C. v. Monakow* und *L. Stern*, daß der Ventrikelliquor vom Ependym resorbiert wird und nach Durchquerung des gesamten Hirn-

parenchyms durch die adventitiellen Spalträume in den Subarachnoidalraum abfließt, nachdem er den Nerven- und Gliazellen die nötigen Ernährungsstoffe abgegeben hat, ist nicht haltbar.

Bezüglich des Inhaltes der adventitiellen (*Virchow-Robinschen*) Spalten stehen sich die Ansichten diametral einander gegenüber. *L. Sterns* Behauptung, daß diese Spalträume prinzipiell und überall Liquor enthalten und damit der Liquor die einzige Ernährungsflüssigkeit des Zentralnervensystems wird, ist abzulehnen!

1. Die Existenz reichlicher Kapillaren im Zentralnervensystem,
2. die Kolloidarmut des Liquors an sich und besonders in der ersten Jugend und im späten Alter, wo über den schon normalerweise starken Grundumsatz hinaus ein starker An- resp. Abbau von Fett, Eiweiß und Kohlehydrat erfolgt, und
3. die Tatsache, daß Unterbrechung der Blutzufuhr zum Gehirn momentan seine Funktion aussetzt, während Liquor ohne Funktionsstörung durch Luft ersetzt werden kann,

sprechen eindeutig dafür, daß das Blut (nicht der Liquor) die Ernährungsflüssigkeit des Zentralnervensystems ist.

Unabhängig voneinander haben *Schmidt* sowie *Friedemann* und *Elkeles* im letzten Jahr außerdem festgestellt, daß gewisse Farbstoffe (*Prun pure*, *Alyzarinblau*, *Neutralrot* u. a.) unmittelbar aus dem Blut in das Zentralnervensystem übertreten, ohne vorher im Liquor zu erscheinen.

Damit scheint der Stoffaustausch des Zentralnervensystems sich den Gesetzmäßigkeiten der übrigen Organe wieder einzufügen.

Das Nichterscheinen gewisser Stoffe, z. B. *Trypanblau* im Gehirn, im Unterschied zu allen übrigen Organen, beweist aber, daß dort irgendein Schrankensystem vorhanden sein muß.

Die Hypothese *L. Sterns*, daß der ganze Stoffwechsel des Zentralnervensystems durch eine einheitliche »barrière-hématoencéphalique«, die sie in den Plexus verlegt, reguliert wird, ist unhaltbar angesichts der Tatsache, daß zwischen Blut und Zentralnervensystem ein direkter Stoffaustausch vorhanden ist. Statt der einen müssen wir nach Ansicht des Ref. drei Schranken annehmen:

1. die Blut-Liquor-Schranke,
2. die Liquor-Hirn-Schranke,
3. die Blut-Hirn-Schranke.

Das anatomische Substrat der Blut-Liquor-Schranke ist in den Plexus und Meningealgefäßen zu suchen. Ihre Funktion entspricht der einer semi-permeablen Membran.

Stoffe, die in den Liquor gelangt sind, müssen, um das Nervenparenchym zu erreichen, noch die Liquor-Hirnschranke passieren. Diese wird einmal durch das Ependym der Ventrikel, zum andern durch die Membrana gliae und die ihr anliegende Intima piae gebildet. Über die Funktion dieser Grenzmembranen gehen die Ansichten noch auseinander. Ref. möchte auch sie für sensipermeabel halten.

Die Bluthirnschranke kann nur im Bereich der Hirnkapillaren liegen, wobei es noch offen gelassen werden muß, ob lediglich das Kapillarendothel oder zugleich auch die Membrana gliae und Intima piae diese Schranke bilden. Unentschieden bleibt auch noch die Frage, inwieweit der Übergang von Substanzen von Blut in das Gehirn durch die chemische Konstitution des

Parenchyms reguliert wird. Den bisher bekannt gewordenen Tatsachen entspricht es am meisten, wenn wir annehmen, daß die Regulierung des direkten Stoffaustausches zwischen Blut und Zentralnervensystem einmal durch die Blut-Hirn-Schranke und zum andern durch die chemische Konstitution des Gehirns (positive und negative Adsorption) erfolgt.

Für die Praxis ergeben sich aus der Existenz der Schranken prinzipiell zwei Möglichkeiten, den Zutritt von Stoffen zum Zentralnervensystem zu erleichtern.

1. Die Erweiterung der Schranken, die durch verschiedene Maßnahmen möglich ist, und
2. die Umgehung der Schranken.
  - a) Umgehung der Blut-Liquor-Schranke durch Subarachnoidalinjektion von Stoffen. Diese Methode hat nur eine beschränkte Wirkung, da sie die tiefen Partien des Zentralnervensystems nicht erreicht,
  - b) Umgehung aller Schranken durch Injektion einer Substanz in das Zentralnervensystem selbst. Diese Applikationsform ist wahrscheinlich therapeutisch nicht brauchbar, da sie nur unspezifische Reize und Lähmungserscheinungen hervorruft (*Friedemann und Elkeles*), und außerdem eine Verteilung der Substanzen im Gehirn nach unseren heutigen Kenntnissen nicht stattfindet.

## 2. V. Kafka-Hamburg: Pathologie des Stoffaustausches.

Herr *Walter* hat Ihnen in seinem Referate ein ausgezeichnetes Bild dafür gegeben, wie die allgemeinen Grundlagen des Stoffaustausches zwischen Gehirn und dem übrigen Körper sich darstellen. Sie haben aus dem Referate entnommen, daß wir im allgemeinen zwei große Wege des Stoffaustausches zu unterscheiden haben. Der eine ist der Blut-Liquorweg, der sich dann in dem Liquor-Gehirnweg fortsetzt, der andere ist der direkte Blut-Gehirnweg. Von dem Wege längs der peripheren Nerven, der hier nicht in Betracht kommt, wird Herr *Steiner* berichten. Wenn ich nun die Pathologie des Stoffaustausches zwischen Gehirn und dem übrigen Körper in den Vordergrund meiner Ausführungen stelle, so wird es naheliegend sein, daß ich zuerst von den physiologischen Gesetzen, die diesen Stoffaustausch betreffen, ausgehe und mich dann erst zur Pathologie wende, damit ich eine Grundlage für die Feststellung des pathologischen Geschehens habe.

Wenden wir uns nun zuerst dem Blut-Liquorweg zu, schon deswegen weil gerade dieser Weg in unzähligen Arbeiten dargestellt worden ist und einer sehr großen Reihe von Tierversuchen als Grundlage gedient hat. Dabei ist freilich mehr Gewicht gelegt worden auf das Experiment, sowohl am Tiere, wie auch beim Menschen, als auf die Beobachtungen der natürlichen Vorgänge, die sich daraus ergeben, wenn wir Blut und Liquor unter normalen und abnormen Bedingungen in ihrem Aufbau einander gegenüberstellen. Es würde nun zu weit führen, wenn ich den normalen Aufbau des Blutes und des Liquors miteinander vergleichen würde. Das wäre auch vor allem das Thema eines Vortrages, der die Liquorbildung selbst behandeln würde. Hier steht aber im Vordergrund die Darstellung der Permeabilität, wobei es sich in erster Linie um abnorme, freilich noch innerhalb des Physiologischen bleibende, und pathologische Vorgänge handeln kann. Wir wissen, daß die Permeabilität schon normalerweise durch physiologische Momente beeinflusst werden kann. So hat man festzustellen geglaubt, daß zur Zeit der Menstruation, der

Schwangerschaft, ferner im Kindes- und Greisenalter die Permeabilität nicht absolut normal ist. Doch die Befunde von *Heilig* und *Hoff*, sowie von *Benda* sind von anderen Autoren nicht bestätigt worden, die die Permeabilität während der Menstruation und der Schwangerschaft für normal angesehen haben (*Walter, Jacobi* und *Kolle, Leopold, Perez*). Ebenso steht *Walter* auf dem Standpunkte, daß im normalen Greisenalter die Permeabilität normal ist, wobei fließende Übergänge zum Pathologischen vorhanden sind. Dagegen haben *Samson* und andere in sehr interessanten Untersuchungen uns gezeigt, daß im Säuglingsalter die Permeabilität fraglos erhöht ist. Dieses Gebiet bedarf noch eines ausführlichen Studiums mit feinen Methoden, weshalb ich es nicht eingehend behandeln will. Bevor wir nun auf die Frage der Permeabilitätsverhältnisse unter pathologischen Verhältnissen eingehen, möchte ich Ihnen eine Beobachtung von *Kral* vorführen, die vielleicht als Analogon zu pathologischen Erscheinungen zu gelten hat. Er fand bei vollkommen normalen Liquorbefunden und vor allem einem normalen PQ für Brom eine positive Hämolyse-reaktion, die sich durch den abnorm hohen Normalambozeptorbefund im Serum erklären läßt. Wir können also daraus das Gesetz herleiten, daß bei einer abnorm starken Anreicherung eines Stoffes im Blute, ganz gleichgültig ob Kolloid oder nicht, dieser imstande ist, in den Liquor überzugehen, ohne daß sich die Permeabilität sonst irgendwie verändert. Dieses interessante Phänomen kann man auch experimentell nachweisen, das ist von mir durch Tierversuche mit Antikörpern geschehen, von *Wohlgemuth* und *Szesci* in Tierversuchen mit Fermenten und von *Singer* und *Münzer* durch Versuche beim Menschen. Auf die interessanten Versuche von *Singer* und *Münzer* muß noch besonders eingegangen werden, weil es sich ja eben um Versuche beim Menschen handelte. Auch hier betrifft es normalen Liquor, der auch nach der Immunisierung normal geblieben ist. Gehen wir nun zum Pathologischen über, so müssen wir hier ein Gebiet besonders in den Vordergrund rücken, das etwas vernachlässigt worden ist. Wir wollen auch hier die Beziehungen zwischen Befunden im Blut und Liquor besprechen und zwar bei Stoffwechselerkrankungen, bei Erkrankungen der inneren Sekretion, bei Aktivierung des reticulo-endothelialen Systems, bei krankung des Gehirns und der Gehirnhäute. Auch das kann hier nur ganz kurz geschehen. Gehen wir zu den Stoffwechselstörungen über, so wissen wir und wir müssen uns ganz besonders vor Augen führen, daß ähnlich wie bei dem *Kralschen* Fall, bei dem Diabetes, bei dem also der Zuckerspiegel sehr stark erhöht ist, der Zucker in den Liquor übertritt ohne sonstige Veränderungen der Zerebrospinalflüssigkeit, abgesehen von Azeton, Azetonessigsäure und anderen Befunden. *Alpers, Campbell* und *Prentiss* u. a. berichten, daß eine Vermehrung des Blutzuckerspiegels auch eine Vermehrung des Liquorzuckers mit sich bringt und zwar mit einem gewissem Parallelismus. Etwas ähnliches gilt bezüglich anderer Stoffwechselerkrankheiten. Bei Störungen der inneren Sekretion haben *Thomson, Silveus* und *Dailey* gezeigt, daß es beim Myxoedem zu einer Vermehrung des Eiweißgehaltes im Liquor kommt, die durch Behandlung wieder abklingt. Dieses Kapitel bedarf noch besonderen Studiums, wir sehen aber, daß die innere Sekretion einen wichtigen Einfluß auf die Permeabilität haben kann, was ja durch *Petersen* und *Müller, Koref* und *Mautner, Geiger, Rona* und *Sperling, Eppinger* und *Asher, Gellhorn* für die Permeabilität überhaupt, durch Versuche von *Saito* und anderen im Tierexperiment für

die Permeabilität der Meningen nachgewiesen worden ist. Bezüglich der Aktivierung des reticulo-endothelialen Systems haben wir die Aktivierung nach dem Malariafieber bei der Malariabehandlung der progressiven Paralyse (*Bruetsch*) herangezogen. Wir haben gefunden, daß es schon während des Malariafiebers zu großen Umstellungen der Eiweißkörper kommt, die dann besonders nach dem Malariafieber deutlich werden und sich in einer starken Verminderung der labilen Globulinfractionen und in einer Vermehrung der Albuminfraction äußern. Wir können also sagen, daß eine Aktivierung des reticulo-endothelialen Systems ebenfalls zu deutlichen Umstellungen im Stoffaustausch führt, die aber zum Teil von der Zweiphasenreaktion (*Hoff*) des Blutes unabhängig sind und vielleicht direkte Herdreaktionen (*Wiemann*) oder die Folgen direkter nervöser Einflüsse sind. Als Prototyp einer Erkrankung der Gehirnhäute führe ich Ihnen die akute Meningitis vor und möchte diese Erkrankung zusammen besprechen mit der Paralyse, die als Erkrankung des Gehirns das Beispiel anderer Wege des Stoffaustausches angeht. Sie sehen also diese beiden Krankheiten gegenübergestellt. Das Blut-eiweißbild zeigt bei beiden Erkrankungen ein ähnliches Bild, was neben verschiedenen Autoren auch *Fremont-Smith* gezeigt hat; es kommt bei relativ normalem Gesamteiweiß zu einer Vermehrung der Globuline, besonders der Euglobuline. Während wir nun bei der Paralyse im Liquor eine Vermehrung des Gesamteiweißes beobachten können, die vor allem auf Kosten der Globuline und zwar der Euglobuline vorhanden ist, also einem hohen Eiweißquotienten entspricht, sehen wir, daß bei der Meningitis die viel größere Vermehrung des Gesamteiweißes sich zusammensetzt aus eigener Vermehrung der Globuline und Albumine, so daß hier ein niedrigerer Eiweißquotient resultiert. In beiden Fällen, das sehen Sie an der Hämolysinreaktion, ist die Permeabilität erhöht. Wir bemerken also, daß wir uns in diesen beiden Fällen den Stoffaustausch dadurch verändert denken können, daß bei der Meningitis vor allem die Permeabilität sehr stark erhöht ist und bei der Paralyse eine Reihe von Eiweißkörpern aus dem Parenchymprozeß stammt. Aber selbst wenn wir annehmen, daß auch bei der Paralyse ein Teil der Eiweißkörper aus dem Blute stammt, kommen wir nicht vollkommen mit der Erklärung aus, und ich habe noch in der letzten Zeit auf Grund der funktionell-genetischen Liquorforschung mich dahin ausgesprochen, daß hier auch eine Störung des reticulo-endothelialen Systems vorliegen muß, die ebenfalls die Ursache für den Übergang der Eiweißkörper in den Liquor darstellt (*Bennhold*). Zusammengefaßt wäre also bezüglich dieses Kapitels zu sagen, daß wir aus dem Studium des Blutes und Liquors unter pathologischen Verhältnissen lernen, wieviele Faktoren diesen Stoffaustausch beeinflussen und daß es nicht nur die sogenannte meningeale Permeabilität ist, die diesen Stoffaustausch beherrscht.

In dem zweiten Teil meines Referates möchte ich mich jenen mehr künstlichen Versuchen zuwenden, die darauf bedacht sind, den Austausch zu prüfen mit Hilfe der Einverleibung von Stoffen in den tierischen oder menschlichen Körper. Hier stehen natürlich die Versuche von *Stern* und *Gautier* im Vordergrund. Ich möchte aber davor warnen, aus den Tierversuchen zu weitgehende Folgerungen zu ziehen, weil gerade die Permeabilitätsverhältnisse beim Tiere andere sind, als beim Menschen und weil auch operative Eingriffe gemacht worden sind. Wenn wir also die Versuche beim Menschen in den Vordergrund unserer Überlegungen stellen, können wir einerseits mit Hilfe einer Methode verschiedene Krankheitsformen unter-

suchen, oder aber wir können bei einem bestimmten Fall den Übergang verschiedener Stoffe feststellen. — Der erste Weg ist gegangen worden von *Mestrezat* mit seiner Nitratmethode, von mir mit Hilfe der Uraninmethode und vor allem von *Walter* mit seiner Brommethode. Die Nitratmethode können wir heute weglassen, bezüglich der Uraninmethode sind noch, besonders in der letzten Zeit von *Bennhold*, Einwendungen gemacht worden, die auch erst näher untersucht werden müssen, um hier die Ergebnisse in etwas anderem Lichte zu sehen. Die Brommethode von *Walter* hat den großen Vorzug, daß sie auch die Brommenge im Blute bestimmt und so zur Feststellung des Permeabilitätsquotienten kommt. Die Ergebnisse von *Walter* sind Ihnen ja allen bekannt. Ich möchte nur bezüglich der Vorbedingungen dieser Methode auf eine Arbeit von *dell' Aqua* hinweisen, der gezeigt hat, daß auf Grund verschiedener Erkrankungen ein verschieden alimentäres Alkoholmaximum im Blute erzeugt wird; es wird auch also auf diesen Punkt bezüglich des Broms Rücksicht zu nehmen sein. Ich habe Ihnen aber an der Hand des *Kralschen* Falles gezeigt, daß es zu einer Permeabilitätserrhöhung für ein Kolloid kommen kann, bei einem normalen PQ für Brom. Es zeigt sich also, daß meine früher schon gestellte Forderung, zwei Permeabilitätsmethoden nebeneinander auszuführen, zum Beispiel die Brommethode und die Hämolyse-reaktion, absolut berechtigt ist. Wenden wir uns nun der zweiten Forschungsrichtung zu, so sehen wir, daß eine große Reihe von Stoffen im Blute auf ihren Übergang in den Liquor untersucht worden sind. Eine Zusammenstellung von *Walter* ergibt, daß die Anionen alle in den Liquor in verschiedener Stärke übergehen, die Kationen größtenteils nicht, weil sie giftig sind und im Blute absorbiert werden. Freilich spielen hier die Alkaloide und Farbstoffe eine besondere Rolle. Sie treten zum Teil auch in den Liquor über; über die letzteren Versuche wird ja besonders Herr *Spatz* berichten. Es hat sich ferner gezeigt, daß molekular gelöste Stoffe, seien sie körpereigene oder -fremde, sämtlich in den Liquor übertreten können, was im allgemeinen bezüglich der Kolloide nicht der Fall ist. Doch haben wir gerade heute gelernt, daß bei einem genügend hohen Titer auch Kolloide beim Menschen in den Liquor eintreten können.

Das Studium der Blut-Liquorschranke zeigt uns also ein buntes und hochinteressantes Bild! Wir haben gezeigt, wieviele Einflüsse bei dem Zustandekommen dieser Vorgänge tätig sind und wir haben die schon vorher von mir geäußerte Annahme bestätigt gefunden, daß nicht physikalisch-chemische Membrangesetze allein diesen Stoffwechsel regulieren, sondern daß es ausgesprochen biologische Gesetze sein müssen, vor allem, daß auch eine nervöse Regulation, wie sie von *Alpern*, *Yamanoto*, *Löwi* und *Solti* bezüglich der Beeinflussung der Permeabilität durch autonome Nerven beschrieben und bei dem Nervenreichtum des Plexus (*Stöhr*, *Schapiro*) anzunehmen ist, eine Rolle spielt. Hier sei eine besondere Bemerkung eingeschaltet: Wir sprechen von Stoffaustausch und verstehen darunter sowohl einen Teil der Liquorproduktion, wie auch die Permeabilität, welche beiden Begriffe wir, wie ich im Gegensatz zu *Walter* nochmals ausdrücklich betonen möchte, auseinanderhalten müssen, wenn sie sich vielleicht auch in ihren Grenzen decken. Wir müssen auch deswegen einen Unterschied zwischen Liquorproduktion und Permeabilität machen, weil wir fraglos für diese beiden biologischen Phänomene verschiedene anatomische Substrate annehmen müssen, wie das besonders auch *Riser* angenommen hat: Liquorproduktion-Plexus; Permeabilität: Endothel der ge-

samten Meningealgefäße. Für die Liquorproduktion beim normalen, vollkommen gesunden Menschen müssen wir also als alleinige Quelle die Plexus chorioidei in Anspruch nehmen. Hier ist das reine Beispiel der Liquorproduktion gegeben. Die Plexus chorioideus haben auch ausgesprochene regulatorische Eigenschaften. Für diese und die Sekretur der Liquors sprechen die von *Schapiro* neuerdings beschriebenen nervösen Endapparate im Plexus. Die Regulation wird sich auch geltend machen, wenn Störungen zum Beispiel im Stoffwechsel ein erhöhtes Angebot des betreffenden Stoffes im Blute erzeugen werden. Dieser regulatorische Mechanismus wird aber beim Anwaschen der Konzentration des betreffenden Stoffes im Blute zum Teil versagen und hier beginnt nun das, was wir Permeabilität nennen. Versuche von *Kroiss* und von anderen scheinen darauf hinzudeuten, daß in solchen Fällen der Plexus noch den Sitz der Permeabilität darstellt, daß aber bei einem noch stärkeren Waschen der Konzentration der Durchtritt wohl auch noch durch andere den Liquor umgebenden Räume und Membrane möglich ist. *Riser* nimmt ja an, daß die Permeabilität eine rein extraplexuelle ist, und zwar durch das Endothel der Meningealgefäße auch im normalen Zustande (Verrechnung eines Stoffes im Blute) erfolgt. Dieses ist aber sicher besonders dann der Fall, wenn durch entzündliche oder andersartige Prozesse der Meningen und ihrer Gefäße vor allem auch durch Absperrung von den normalen Liquorzellen, hier besondere Ursachen des pathologischen Stoffaustausches, also der erhöhten Permeabilität geschaffen werden.

Wenden wir uns nun dem Weg Liquor-Gehirn zu! Sie werden vor allem aus den Ausführungen von Herrn *Spatz* hören, daß dieser Weg auch in der Richtung Liquor-Gehirn gangbar ist und daß man hier Membranen im physikalischen Sinne wohl nicht anzunehmen hat. Auch eine ganze Reihe von Ergebnissen mit endolumbaler Einverleibung spricht dafür. Ebenso ist der Weg Gehirn-Liquor fraglos gangbar, denn wir finden schon normalerweise Stoffe des Gehirns, zum Beispiel das Magnesium im Liquor (*Kral*), und haben gesehen, daß dies im pathologischen Zustande besonders deutlich der Fall ist. Ich möchte freilich mich weder darüber äußern, ob diese Komponente etwas mit der Lymphfunktion zu tun hat, wie *Walter* es angenommen, und ob dieser Weg Gehirn-Liquor sich ganz, oder zum Teile besonders vorgebildeter Kanäle bedient. Wir werden also abschließend für diesen Weg sagen müssen, daß hier fraglos Schrankenprobleme nicht vorliegen.

Nun zu dem letzten Weg, dem Blut-Gehirnweg. Über die anatomischen Grundlagen hat sich ja Herr *Walter* geäußert und wird sich ausführlich auch Herr *Spatz* verbreiten, so daß ich darauf nicht einzugehen habe. Ebenso kann ich mich nicht auf die vielen Versuche der jüngsten Zeit darüber einlassen, ob die von *Walter* immer geforderte Blut-Hirnschranke auch tatsächlich besteht. Ich selbst bin vor kurzem nicht ganz dieser Ansicht gewesen, mußte aber auf Grund eigener Erfahrungen und einer Reihe von Ergebnissen der neueren Zeit (*Craigie*, *Collin*) auch meine Ansicht revidieren. Es sind vor allem auch die Versuche von *Friedemann* und *Elkeles*, die bei intravenöser Einverleibung Alizarinblau im Gehirn auftreten sahen; es sind ferner Versuche von *Freund*, einem Amerikaner, der bei Immunisierung von Tieren, Serum, Organe, Gehirn und Liquor auf den Gehalt von Antikörpern untersucht hat. Es zeigte sich sehr deutlich, daß der Gehalt des Gehirns an Antikörpern viel größer war, als der des Liquors, und vor allem, daß diese Antikörper im Gehirn und auch im Rückenmark viel früher nachzuweisen



waren, als im Liquor. Der Einwand, daß das Gehirn nicht genügend blutfrei gewaschen war, wird von *Freund* widerlegt, ferner hat *Riser* in seinem Buche eine Reihe von Versuchen gezeigt, die darin bestehen, daß bei einem Tier der Liquor vollkommen entfernt wird, dann eine Substanz intravenös eingeführt wird, das Gehirn hierauf durch Gelatinelösung vollkommen entblutet wird und dann in Gehirnteilen der betreffende Körper gesucht wird. Es hat sich in diesen Versuchen gezeigt, daß trotz Ausschaltung des Liquors genügend Stoffe in das Gehirn übergetreten sind. Die Kompliziertheit dieser Versuche zeigt wie schwer eine Pathologie des Blut-Hirnweges aufzustellen ist, doch wird dieser Weg gegangen werden müssen, um auf diesem ganz neuen Gebiete Einzelheiten herauszuarbeiten. So sind wir heute noch nicht klar, wie die Elektivität der Blut-Hirnschranke (*Walter*) zustandekommt und gerade die Feststellung dieser Elektivität spricht gegen die Annahme von *Riser*, daß sowohl die Permeabilität der Blut-Liquorschranke, wie auch jene der Blut-Gehirnschranke denselben Gesetzen gehorchen und nur einen Teil der allgemeinen Permeabilität darstellen.

Ich bin am Schlusse angelangt! Ich habe Ihnen das große Gebiet der Pathologie des Stoffaustausches zwischen Gehirn und dem übrigen Körper an einer Reihe typischer Beispiele vorgeführt. Wir sehen daraus, um es zusammenzufassen, daß es sowohl einen Blut-Liquorweg, wie einen Blut-Gehirnweg geben muß, wie ich im Gegensatze zu *Monakow*, *Lina Stern* und *Hauptmann*, die nur den »Weg über den Liquor« kennen, heute ausdrücklich bemerke. In die Mitte beider Wege ist eine Barriere gesetzt, deren Funktion schon normalerweise durch viele Faktoren beeinflusst wird, und deren Studium auf breiter Grundlage fortgesetzt werden muß. Der Blut-Liquorweg wird durch den Liquor-Gehirnweg fortgesetzt und Herr *Spatz* wird ja darüber noch ausführlich sprechen. Ich stimme auch mit diesem Autor darüber überein, daß hier ein physikalisches Membranproblem nicht vorliegt. Der entgegengesetzte Weg Gehirn-Liquor bedarf noch besonderen Studiums. Vielleicht können wir uns auf Grund der bis heute vorliegenden Tatsachen die Dinge so vorstellen, daß der Blut-Gehirnweg vor allem der Ernährung der Nervenzellen dient, während der die Nervenzellen umströmende Liquor, abgesehen von seinen sonstigen Funktionen, deswegen in seinem Aufbau so strenge reguliert wird; damit die Funktion der Nervenzellen normal erhalten bleibt. Wissen wir doch, aus Versuchen der neuesten Zeit, daß in eine Nervenzelle ein bestimmter Stoff injiziert werden kann, ohne diese Zelle zu schädigen, während die Nervenzelle sofort die Funktion einstellt, wenn der betreffende Stoff in der gleichen Konzentration in dem sie umgebenden Milieu enthalten ist. Wir würden also auf diesem Wege eine Erklärung der heute vorliegenden Tatsachen und zugleich zumindest eine Arbeitshypothese für die weiteren Forschungen haben.

3. *H. Spatz-München*: Vitale Färbung und Lehre vom Stoffaustausch zwischen Zentralnervensystem und übrigen Körper.

Die normalerweise beim Stoffaustausch vorkommenden Stoffe sind größtenteils morphologisch schlecht faßbar. Mit der Methode der vitalen Färbung sucht man das Schicksal von Farbstoffen, die während des Lebens dem Organismus einverleibt werden, unmittelbar mit dem Auge zu verfolgen. Wohl werden bei dieser Methode die normalen Verhältnisse stets mehr oder weniger gestört, aber Fälle von vitaler Färbung kommen auch im

Naturexperiment der Pathologie vor und es ist daher nicht richtig von »künstlichen« Bedingungen zu sprechen. — Beim Zentralnervensystem sind Farbstoffe als Wegweiser für die Pfade des Stoffaustausches von besonderer Bedeutung. Der Ref. stellt die klassische Arbeit von *Edwin Goldmann* aus dem Jahre 1913 in den Mittelpunkt der Betrachtungen<sup>1)</sup>.

*E. Goldmann* hat mit dem sauren, semikolloidalen Trypanblau zwei ganz verschiedene Experimente angestellt. Zu einer Schlußfolgerung kann man nur dann gelangen, wenn man die Ergebnisse beider Experimente zusammen betrachtet.

Bei seinem ersten Versuch brachte *Goldmann* den Farbstoff in das Blut. Die Injektion ins Blut ergibt ähnliche Resultate wie die Injektion unter die Haut, ins Peritoneum und wie die Zuführung durch den Verdauungstraktus oder sonst an einer Stelle, von der aus Resorption ins Blut erfolgt; man kann zusammenfassend von »paraneuralen« Arten der Einverleibung sprechen, denen die »endoneuralen« Einverleibungsarten gegenüberzustellen sind. Das Ergebnis der ersteren ist stets: Das im Blut zirkulierende Trypanblau färbt bei genügender Menge und genügender Zeitdauer alle Organe des Körpers in geringerem oder in stärkerem Maße blau — nur das Zentralnervensystem bleibt weiß, bis auf den Plexus chorioideus und einige kleine Stellen der Hirnsubstanz. Auch bei hohen Dosen werden bei der paraneuralen Zuführung keine zentralen Reiz- oder Lähmungserscheinungen beobachtet.

Bei seinem zweiten Experiment injizierte *Goldmann* das Trypanblau endoneural, genauer gesagt, er brachte es in den äußeren Liquor. Das Ergebnis ist dabei in klinischer und in anatomischer Hinsicht dem des ersten Experimentes diametral entgegengesetzt. Während man einem Kaninchen auf dem Blutweg Dosen von 25 ccm einer 1%igen Trypanblau-Lösung zuführen kann, ohne daß zentralnervöse Erscheinungen auftreten, genügt jetzt  $\frac{1}{100}$  dieser Menge (0,5 ccm einer 0,5%igen Lösung) um schwere Vergiftungserscheinungen von seiten des Nervensystems auszulösen, die oft schon zum Tode führen. Will man die Tiere längere Zeit am Leben erhalten, so muß man ganz kleine Dosen (wenige Tropfen) einer ganz schwachen Lösung geben, die man monatelang wiederholen kann. Die anatomische Untersuchung ergibt dann, daß ausgedehnte Gebiete des Zentralnervensystem den Farbstoff aufgenommen haben und daß dieser auch von den Nervenzellen selber gespeichert werden kann. Dagegen bleiben bei diesem Versuch alle übrigen Körperorgane ungefärbt mit Ausnahme der Lymphdrüsen des Halses und einem Stück der Nervencheiden.

*Goldmann* hat aus dem so verschiedenartigen Ausfall seiner beiden Experimente folgende Schlüsse gezogen: Die parenchymatösen Elemente des Zentralnervensystems können von sich aus, wie der zweite Versuch beweist, das Eindringen des Trypanblaus nicht verhindern. Aus dem zweiten Experiment ergibt sich ferner, daß das Trypanblau ein schweres Nervengift ist. Wenn beim ersten Versuch der im Blut zirkulierende Farbstoff das Zentralorgan nicht färbt, so muß das daran liegen, daß er bei dieser Versuchs-

<sup>1)</sup> Dieses Referat konnte bei der zur Verfügung stehenden Zeit keine Übersicht geben über das gesamte Gebiet der vitalen Färbung am Nervensystem. Das Beispiel der Trypanblau-Experimente wurde gewählt, weil hier am meisten tatsächliche Erfahrungen vorliegen und weil es auch historisch der eigentliche Ausgangspunkt für die verschiedenen Theorien über das Schrankenproblem gewesen ist.

anordnung an das Gewebe des Zentralorganes nicht herangelangen kann. Eine Schutzvorrichtung, eine Schranke, wie wir jetzt sagen, verhindert das Eindringen des für das Zentralorgan giftigen Farbstoffes. Gegenüber neueren Versuchen (*Mendel*), das Farblosbleiben des Zentralorganes beim ersten Versuch mit besonderen Eigenschaften des nervösen Parenchyms zu erklären, ist an der *Goldmannschen* Schlußfolgerung festzuhalten: Das Trypanblau-Doppelexperiment zwingt zur Annahme einer Schranke und diese Annahme allein vermag auch allen anderen Tatsachen gerecht zu werden.

Wo ist der Ort der Schranke? Es ist naheliegend, an die Blutgefäße bzw. die Kapillaren zu denken; dieser Gedanke ist auch bereits vor *Goldmann* z. B. von *Lewandowsky* (auf Grund von Experimenten mit anderen Stoffen) angedeutet worden. Dagegen kam *Goldmann* auf eine viel kompliziertere Idee. Er ging von der Beobachtung aus, daß beim ersten Versuch das Trypanblau vom Plexus aufgenommen wurde. *Goldmann* hatte gerade vorher die Wirkung des intravenös injizierten Trypanblaus bei trächtigen Tieren untersucht, wobei der Fetus, ähnlich wie das Zentralorgan, vollkommen ungefärbt bleibt, während eine intensive Farbstoffspeicherung in der Plazenta stattfindet; die Plazenta scheint wie ein Filter den Farbstoff zurückzuhalten. *Goldmann* vergleicht nun den Plexus mit der Plazenta und sieht in ihm das Filter, welches das Zentralnervensystem vor dem giftigen Trypanblau bewahrt. *Goldmann* starb im nämlichen Jahr, in dem sein klassisches Werk erschienen ist, seine Plexus-Hypothese ist von ihm nicht konsequent durchgeführt worden. Aber die Wirkung gerade dieser Hypothese war außerordentlich stark. Fast 20 Jahre lang sind dadurch die Gedanken der Forscher in eine bestimmte Bahn gelenkt worden. Nach *Monakow* und nach *Lina Stern* gelangen alle Stoffe zunächst durch den Plexus in den inneren Liquor, um von hier von innen nach außen die nervöse Substanz zu durchdringen. Und wenn Stoffe ohne den Plexus zu passieren ins Gehirn kommen können, so müssen doch auch sie zuerst den »Weg über den Liquor« im Sinne von *Hauptmann* nehmen, denn auch innerhalb der nervösen Substanz soll Liquor zirkulieren. Die vorhergehenden Referenten haben diese Lehren von ihrem Standpunkt aus bekämpft. Hier soll gezeigt werden, daß der historische Ausgangspunkt dieser Hypothesen, nämlich die Trypanblau-Experimente *Goldmanns*, keine Stütze für sie sind. Der Vergleich des Plexus mit der Plazenta nämlich ist falsch. Jeder Tropfen mütterlichen Blutes, der zum Fetus gelangen soll, muß die Plazenta passieren, das Gehirn dagegen wird von zahlreichen Gefäßen ernährt, unter denen die Arteria chorioidea nur einen kleinen Seitenast darstellt. Wie soll der Plexus als Filter wirken können, wo doch der weitaus überwiegende Teil des Gehirnbutes mit ihm gar nicht in Berührung kommt? Kürzlich hat denn auch Frau *Zand* große Teile des Plexus entfernt, ohne daß nachher Trypanblau vom Blut ins Gehirngewebe eingedrungen wäre. Also die Ansicht *Goldmanns*, der Plexus sei Sitz der Schranke muß aufgegeben werden.

Mit *Walter* müssen wir heute zwischen Blut-Liquor-Schranke und Blut-Gehirn-Schranke unterscheiden. Diese Schranken sind weder in den Meningen, noch im Plexus, noch in den Histiozyten des reticulo-endothelialen Systems, noch im Ependym, noch in der Membrana gliae limitans und noch endlich in den Hortegaschen Gliazellen zu suchen, sondern sie werden einzig und allein durch das Endothel der Kapillaren gebildet. Diese vom Ref. 1923 auf der

Psychiatertagung in Jena ausgesprochene Hypothese ist besonders von *Riser* in Toulouse und seinen Mitarbeitern sehr entschieden vertreten worden. Genauer gesagt: Die Blut-Gehirn-Schranke ist gleichbedeutend mit der Innenhaut der Kapillaren des Gehirns, die Blut-Liquor-Schranke ist gleichbedeutend mit der Innenhaut der Kapillaren des Plexus und der weichen Häute. Hiermit wird das Problem der Durchlässigkeit der Schranken des Zentralorgans zu einem Teilproblem des großen Problems der Durchlässigkeit der Kapillaren überhaupt und ihrer verschiedenen Abstufung in einzelnen Gefäßgebieten. Die Permeabilität der Kapillaren ist für das Trypanblau z. B. in der Leber sehr groß, im Gehirn ist sie fast Null, im Plexus ist sie wieder besser.

Der Ref. zeigt zunächst Bilder zur Illustration des ersten *Goldmannschen* Versuchs und seiner Varianten. Bei einem Kaninchen, das in kurzer Zeit ungewöhnlich große Dosen von Trypanblau auf dem Blutweg zugeführt erhielt, findet sich der blaue Farbstoff innerhalb der Gehirnkapillaren; das Gehirn-Blut ist also von Trypanblau überladen, aber das Gehirn-Gewebe bleibt ungefärbt! (Das gleiche Verhalten der Gehirnkapillaren konnte *Riser* mittels einer besonderen Versuchsanordnung mit der binokularen Lupe bei dem lebenden Tier beobachten.) Ganz anders verhält sich die Leber desselben Tieres; hier ist das Leber-Gewebe intensiv blau gefärbt. Daraus ist zu folgern: Durch die Wand der Kapillaren der Leber vermag das Trypanblau in das Leber-Gewebe überzutreten, dagegen wird es durch die Wand der Kapillaren des Gehirns zurückgehalten. Das Endothel der Gehirnkapillaren bleibt dabei ungefärbt; es ist ein Vorurteil, daß sich die Schranke selber färben müsse. Wenn der Trypanblauspiegel im Blut sehr hoch ansteigt, so können allmählich doch geringe Mengen des Farbstoffes durch das Endothel der Hirnkapillaren hindurchpassieren. Dieses Trypanblau wird nun von den zunächstliegenden Histozyten der Gefäßaußenhaut granulär gespeichert; es handelt sich dabei aber immer nur um minimale Mengen.

Die Blut-Liquor-Schranke ist für das Trypanblau etwas besser durchgängig als die Blut-Gehirn-Schranke und zwar tritt dabei der Farbstoff in erster Linie durch das Endothel der Kapillaren des Plexus hindurch, erst in zweiter Linie auch durch die Kapillaren der weichen Häute. Das Zeichen dafür daß die Schranke überschritten, ist die Färbbarkeit des Gewebes. Am Plexus tritt diese ziemlich bald und zwar schon makroskopisch erkennbar in Erscheinung. Zunächst beruht sie auf einer diffusen Durchtränkung; dann fällt schon frühzeitig die ziemlich hochgradige, grobgranuläre Speicherung in den Histozyten des Plexus-Bindgewebes auf und dann erscheint der Farbstoff feingranulär gespeichert in den Plexus-Epithelzellen und schließlich auch im Liquor. Viel geringer ist stets die Färbbarkeit der weichen Häute, die dadurch immer in einen scharfen Gegensatz treten zu der intensiv blau gefärbten harten Hirnhaut, die als Schädel-Periost mit dem Liquor nicht in Berührung kommt und sich wie das übrige Körper-Bindewebe verhält. Mikroskopisch ist der Übertritt in den weichen Häuten wieder an einer grobkörnigen Speicherung in einzelnen Histozyten erkennbar; diese erfolgt später und in geringerem Grade als die Speicherung in den Histozyten des Plexus-Bindgewebes, aber doch früher und deutlicher als die meist sehr geringfügige Speicherung in den Histozyten der Hirnkapillaren. Frau *Zand* sieht in den, zum reticulo-endothelialen System gehörigen Histozyten die Schranke. Nach der An-

sicht des Ref. ist die in den Endothelien der Kapillaren befindliche Schranke bereits überschreiten, wenn der Farbstoff in den Histiozyten auftritt. Die Histiozyten bilden ja keine Membran, wie sollten sie den Durchtritt verhindern? Ihnen kann nur die Aufgabe zufallen, bereits übergetretene Mengen des Farbstoffes durch granuläre Speicherung zu binden und dadurch unschädlich zu machen. Man hat sich vielfach zu sehr durch diejenigen Elemente leiten lassen, welche im mikroskopischen Bild schön gefärbt hervortreten, aber bzgl. des Schrankenproblems ist hier nicht das morphologisch Auffällige das physiologisch Entscheidende.

Das Trypanblau dringt endlich bei genügend hohem Spiegel im Blut an einigen kleinen Stellen in das Gewebe des Neuralrohres ein. Solche Stellen sind: Die Umgebung des Plexusansatzes, die Area postrema, (ein kleines Gebiet in der Medulla oblongata), das Infundibulum mit seiner nächsten Umgebung (Tuber cinereum) sowie Hypophyse und Epiphyse. Wir müssen annehmen, daß in diesen Gebieten, welche ja auch histologisch anders differenziert sind, als das sonstige Gewebe des Neuralrohres, die Kapillaren eine etwas größere Durchlässigkeit besitzen, als in jenen.

Das Verhalten des Trypanblaus deckt offenbar einen Mechanismus von elementarer Bedeutung auf, denn das Experiment ergibt bei allen Wirbeltieren, welche bisher daraufhin untersucht worden sind, — ebenso wie auch beim Menschen — im Prinzip das nämliche Resultat. Das ist bemerkenswert, wenn man die sonstige Verschiedenheit der Reaktionsweise des Gehirns bei verschiedenen Tierarten bedenkt. — Offenbar erreicht die Schranke aber erst während der individuellen Entwicklung ihre durchschnittliche Dichte: Die Untersuchungen von *Behnsen*, einem Schüler *v. Moellendorffs*, haben ergeben, daß die Blut-Gehirn-Schranke bei neugeborenen Mäusen im Vergleich zu den erwachsenen, etwas leichter durchgängig ist; der Farbstoff wird dabei an verschiedenen Stellen des Gehirns, übrigens doch nur in bescheidenen Mengen, gespeichert.

In der menschlichen Pathologie gibt es einen Farbstoff, der sobald er in größeren Mengen in das Blut gelangt, sich genau so verhält, wie das Trypanblau im Experiment: Das ist der Gallenfarbstoff. Beim Ikterus kommt es zu einer vitalen Färbung aller Körperorgane, während das Gehirn vollkommen weiß bleibt. Es finden sich die nämlichen Verhältnisse wie beim ersten *Goldmannschen* Experiment; die Dura folgt wiederum dem Verhalten des Körperbindegewebes, sie färbt sich intensiv gelb, so wie sie im Trypanblau-Versuch blau erscheint. Während die Blut-Gehirn-Schranke also für das Bilirubin ebensowenig durchlässig ist wie für das Trypanblau, ist die Blut-Liquor-Schranke auch hier wiederum etwas besser durchlässig. Der Plexus kann eine leichte gelbliche Verfärbung zeigen und bei genügend hohem Bilirubinspiegel im Blut und genügend langer Dauer findet sich der Farbstoff dann auch u. U. in geringen Mengen im Liquor. Beim Neugeborenen ist, analog den Trypanblau-Experimenten von *Behnsen*, die Blut-Gehirn-Schranke besser durchlässig und es kann zum »Kernikterus« kommen. Wir haben hier also weitgehende Übereinstimmung zwischen dem Farbstoffexperiment und einem Naturexperiment der Pathologie.

Zahlreiche Experimente wurden gemacht, um das auf dem Blutweg zugeführte Trypanblau als Indikator für eine durch Schädigungen experimentell erzeugte Steigerung der Permeabilität zu benützen. Zusammenfassend glaubt das Ref. sagen zu können, daß ein Übertritt des Trypanblaus

durch die Blut-Gehirn-Schranke in beträchtlichen Mengen bisher mit Sicherheit nur bei ganz groben Schädigungen festgestellt werden konnte. So hat man nach örtlichen Verletzungen des Gehirns mit dem Messer oder der Glühnadel den Farbstoff im Herd wiedergefunden und dabei auch eine Speicherung in den verschiedenen Gewebeelementen festgestellt. Nach Ansicht des Ref. ist die Erklärung die: Durch solche groben Eingriffe werden stets Gefäße durchtrennt und dadurch die Blut-Gehirn-Schranke lokal durchbrochen; der austretende Farbstoff kann nun an die Zellen des Gewebes herangelangen. *Mendel* dagegen glaubt, daß die Nervenzellen durch die Schädigung eine Fähigkeit verloren haben, die sie sonst vor dem Eindringen des Farbstoffes schütze; er wendet sich damit gegen die Schrankentheorie überhaupt. Hiergegen ist einzuwenden, daß einerseits beim zweiten *Goldmannschen* Versuch eine Färbung des Gewebes ohne erkennbare Schädigung erfolgt, während andererseits bei nachweislich schweren Veränderungen der Nervenzellen diese von dem im Blut zirkulierenden Farbstoff nicht gefärbt werden. So hat *Walter* neuerdings bei primärer Reizung der Nervenzellen nach Nervendurchschneidung und Injektion von Trypanblau ins Blut keine Spur des Farbstoffes in den so auffällig veränderten Nervenzellen gefunden. Besonders eindrucksvoll zeigt ein Experiment *Rissers*, daß die Färbung hier von der Verletzung von Gefäßen abhängig ist. Er hat bei Hunden die weichen Häute stellenweise abgezogen und dann Trypanblau intravenös verabreicht. Am lebenden Tier konnte festgestellt werden, daß das Trypanblau dabei aus den verletzten Gefäßen austrat. Wurde der Farbstoff 6—10 Tage nach der Operation injiziert, so färbte sich nichts mehr in den schwer geschädigten Hirnpartien — die Gefäßwunden hatten sich inzwischen wieder geschlossen. Also nur, wenn die in der Gefäßinnenhaut gelegene Schranke durchbrochen wird oder wenn sie, wie im zweiten Versuch *Goldmanns* umgangen wird, sind die Vorbedingungen für die Trypanblauaufnahme im Gehirngewebe gegeben. Noch nicht genügend beantwortet ist die Frage, in wie weit durch Gefäßgifte die Schranke soweit erniedrigt werden kann, daß das Trypanblau überzutreten vermag.

Der Ref. demonstriert nun Bilder zur Illustration des zweiten Versuches von *Goldmann*. Bei der Betrachtung von der Oberfläche aus zeigt sich, daß der Farbstoff in den subarachnoidalen Räumen der Gehirnbasis, insbesondere in den Zisternen, sich ansammelt. Auch die subarachnoidalen Räume des Rückenmarkes werden intensiv gefärbt, dagegen enthalten die subarachnoidalen Räume an der Konvexität nur sehr wenig Farbstoff, sie kommunizieren nur wenig mit den Zisternen an der Basis. Diese Befunde sind von Wichtigkeit für das Problem der Ausbreitung der basalen Meningitis. — Querschnittsbilder zeigen das Verhalten des Farbstoffes an der Grenze zwischen Liquor und Gehirn. Daß hier bei dem Übergang aus dem flüssigen Medium des Liquors in das feste Medium des Gehirns tatsächlich eine Grenze vorhanden ist, ergibt sich daraus, daß die Ausbreitung des Farbstoffes im Gehirn nicht hemmunglos erfolgt. Nach der Ansicht des Ref. steht hier aber keine Membran hemmend entgegen, so wie bei der Blut-Gehirn- und bei der Blut-Liquor-Schranke, Ref. hält es daher nicht für zweckmäßig, hier von einer Liquor-Gehirn-Schranke zu sprechen. Man sieht makroskopisch, daß der Farbstoff, von den Stellen der äußeren Oberfläche aus, an denen er sich angesammelt hat, eine bestimmte Zone tief in das Zentralorgan eingedrungen ist um dann halt zu machen. Dieser Farbzone längs der farbstoffhaltigen Partien der äußeren Oberfläche entspricht eine etwas schmalere Farbzone an

der inneren Oberfläche um die Ventrikel herum, in welche jener infolge der offenen Kommunikation zwischen äußerem und innerem Liquor eingedrungen ist. Besonders bemerkenswert ist, daß zwischen den beiden Farbzonen die Hirnsubstanz ungefärbt bleibt und zwar selbst bei monatelang fortgesetzter suboccipitaler Farbstoffzuführung. Dieses Phänomen der Zonen kann man nur durch die Annahme eines Diffusionsvorganges erklären; das Trypanblau verhält sich gegenüber der Hirnsubstanz ebenso wie bei dem Diffusionsversuch in ein Gel. Schichtet man Trypanblau über Gelatine, so diffundiert es ebenfalls eine Zone weit ein um dann halt zu machen. Farbstofflösungen von verschiedener Teilchengröße verhalten sich an der Grenze von Liquor und Gehirn ebenso wie im Modellversuch an der Grenze zur Gelatine: d. h. Stoffe, die gröber dispers sind als das Trypanblau, wie z. B. Emulsionen von Tusche, dringen überhaupt kaum ein, während Farbstoffe von höherer Dispersität, sowohl beim Übertritt vom Liquor ins Gehirn als beim Modellversuch entsprechend tiefer eindringen. Daß es sich hier um Diffusion handelt und daß keine Strömungen dabei eine Rolle spielen, erkennt man daran, daß der Farbstoff von der äußeren Oberfläche ebenso eindringt, wie von der inneren und daran, daß man das Phänomen der Zonen auch beim Versuch an der Leiche erhält. Mit der Lupe erkennt man, daß der Farbstoff ganz gleichmäßig in die Hirnsubstanz eingedrungen ist, d. h. ohne jegliche Rücksicht auf irgendwelche Gewebstrukturen. Man muß sich hier freimachen von den Vorstellungen, welche das mikroskopische Bild in uns hervorgerufen hat; das Gehirn verhält sich hier zunächst bzgl. der Ausbreitung wie eine ungeformte, kolloidale Masse. (*Hallerorden* hat den Versuch gemacht, die Ausbreitung der Herde bei der multiplen, der diffusen und der ringförmigen Sklerose unter dem Gesichtspunkt der Diffusion zu verstehen.) Das Trypanblau hält sich insbesondere bei seinem Eindringen keineswegs an die adventitiellen Spalträume von *Virchow* und *Robin*. Es ist aber bisher auch mit anderen Farbstoffen noch nie eine Injektion der adventitiellen Räume der Hirngefäße von den subarachnoidalen Räumen aus zuwege gebracht worden. Auch *Weed* ist dies nur bei ganz abnormalen Verhältnissen und offenbar nur in sehr bescheidenem Ausmaß gelungen. Eine solche Injektion der *Virchow-Robin*-schen Räume, vom äußeren Liquor aus, wäre aber doch zu erwarten, wenn sie als Fortsetzung der subarachnoidalen Räume wirklich Liquor enthalten würden. Diese Vorstellung wird also durch die Farbstoffversuche nicht gestützt. Zunächst ist der Farbstoff innerhalb der gefärbten Zone in gelöster Form vorhanden (»diffuse Durchtränkung« *Moellendorffs*). Alle Erfahrungen sprechen dafür, daß er in dieser Form seine giftige Wirkung auf das Protoplasma ausübt. Leider sehen wir aber gerade von dieser Verteilung mikroskopisch am wenigsten. Mikroskopisch sieht man etwas später die »granuläre Speicherung«. Diese bedeutet aber bereits Ausscheidung des Farbstoffes durch das lebende Protoplasma, sie ist als Versuch zur Unschädlichmachung aufzufassen. An der granulären Speicherung können sich alle Gewebelemente innerhalb der makroskopisch gefärbten Zone beteiligen, nur jeweils in verschiedener Weise: Die mesodermalen Elemente der Gefäßwände fallen besonders auf, weil sie grobkörnig speichern, die Nervenzellen und auch meistens die Gliazellen speichern feinkörnig. In den weichen Häuten findet man bei dem chronischen Experiment die Zeichen der Entzündung (»Trypanblau-Meningitis« des Ref.). Man hat hieraus den Schluß gezogen, daß das Eindringen des Farbstoffes in die genannten Zonen etwas sekundäres sei, bedingt durch schwere patho-

logische Veränderungen. Das stimmt jedoch nicht; der Farbstoff dringt schon bei ganz minimalen Dosen, ohne daß irgendwelche Veränderungen, sei es klinisch, sei es anatomisch, hervorgerufen würden, in die Hirnsubstanz ein. Besonders zu betonen ist, daß er sowohl durch die Pia als durch die Membrana gliae limitans glatt hindurchgeht. Die Pia ist also keine Schranke für das Trypanblau und ebensowenig die Membrana gliae limitans, der *Gaertner* und andere eine solche Rolle zusprechen wollen. Eine besondere Schutzrolle der Neuroglia tritt bei dieser Versuchsanordnung überhaupt nicht hervor. Es ist nicht zweckmäßig, die *Hortegaschen* Zellen, wie dies jetzt häufig geschieht, zum reticulo-endothelialen System zu rechnen. Reticulo-Endothelien nannte *Aschoff* Zellen, welche Vitalfarbstoffe vom Typus des Trypanblaus vom Blut her in besonders starkem Maße aufnehmen, also wie z. B. die Sternzellen der Leber. Die *Hortegaschen* Zellen aber nehmen das Trypanblau vom Blut her bei intakter Schranke überhaupt nicht auf. Wenn die Schranke ungangen ist, so verhalten sie sich bzgl. der Trypanblauspeicherung nicht anders als die übrigen Gliazellen, nur wenn bei Durchbrechung der Schranken eine Hypertrophie der *Hortegaschen* Elemente (Stäbchenzellbildung) zustande kommt, treten diese Elemente durch besonders intensive Speicherung hervor.

Der zweite Versuch *Goldmanns* ist von *Riser* auch beim Menschen vorgenommen worden. Der Farbstoff beschränkt sich dabei auch wieder auf entsprechende Zonen der äußeren und der inneren Oberfläche, die im Vergleich zu der viel größeren Gesamtfläche des menschlichen Gehirns sehr schmal erscheinen. Das ist praktisch von Bedeutung, denn man muß damit rechnen, daß auch Medikamente, die nicht sehr diffusibel sind, bei der Einverleibung durch den Liquor nur solche schmalen Randzonen der Hirnsubstanz — und zwar auch vorwiegend nur an der Hirnbasis — erreichen können.

Die Frage, welche Farbstoffe nun die Blut-Gehirn-Schranke zu überschreiten vermögen und wie sich diese dann im Gewebe verteilen, konnte der Ref. nur mehr ganz kurz besprechen. Sicher muß eine scharfe Trennung zwischen sauren und basischen Farbstoffen vorgenommen werden. Für die sauren Farbstoffe haben *Krebs* und *Wittgenstein* festgestellt, daß die semikolloidalen und kolloidalen, wie ihr Prototyp das Trypanblau, zurückgehalten werden, während die höher dispersen zu permeieren vermögen. Dies spricht dafür, daß beim Durchtritt der sauren Farbstoffe durch die beiden Schranken der Teilkörperchengröße der permeierenden Stoffe eine ausschlaggebende Rolle zukommt. D. h. die Innenhaut der Kapillaren kann in diesem Falle mit einer semipermeablen Membran verglichen werden. Ein seit langem bekanntes Beispiel eines diffusiblen sauren Farbstoffes ist das Fluorescein oder das nahe verwandte Uranin, dessen gute Permeabilität von *Kafka* schon 1912 bei Versuchen am Menschen benützt worden ist. *Schaltenbrand* und *Putnam* konnten mit der binokularen Lupe am lebenden Tier beobachten, wie der Farbstoff aus dem Plexus und in geringeren Mengen aus den Gefäßen der Meningen austrat. Der Liquor färbte sich rasch ziemlich intensiv, die graue Substanz des Gehirns färbte sich auch, aber doch nur ganz leicht. Also auch hier ist offenbar wiederum die Blut-Liquor-Schranke besser durchgängig als die Blut-Gehirn-Schranke.

Bei den basischen Farbstoffen scheinen nun gerade in diesem Punkte entgegengesetzte Verhältnisse vorzuliegen, allerdings liegen dabei die Bedin-



ungen noch sehr im unklaren. Daß basische Farbstoffe die Blut-Gehirn-Schranke zu passieren vermögen, ging schon aus den alten Beobachtungen von *Paul Ehrlich* hervor. Die sehr interessanten neuen Beobachtungen von *Friedemann* und *Elkeles* haben nun gelehrt, daß das Gehirn sich hier färbt, während der Liquor ungefärbt bleibt. Während also die sauren Farbstoffe leichter durch die Blut-Liquor-Schranke hindurchtreten, scheinen die basischen Farbstoffe besser durch die Blut-Gehirn-Schranke zu permeieren. Es ist allerdings die Frage, inwieweit hier außer der Permeabilität noch andere Faktoren in Betracht kommen. Interessant ist es ferner, daß nach *Friedemann* und *Elkeles* das amphotere Alizarinblau offenbar in kolloidal gelöster Form in das Gehirn eindringt. Hier ist also sichtlich die Teilchenkörpergröße nicht der entscheidende Faktor.

Bezgl. der Verteilung derjenigen Farbstoffe, welche die Blut-Gehirn-Schranke zu überschreiten vermögen, ist zu sagen, daß zunächst immer wieder ein Unterschied auffällt: Die besser vascularisierte graue Substanz färbt sich intensiver als die weniger gut vascularisierte weiße Substanz. D. h. da, wo ein dichteres Kapillarnetz vorliegt, vermag offenbar mehr Farbstoff überzutreten.

Nach den bisherigen Erfahrungen verteilen sich permeable Farbstoffe in verschiedenen Abschnitten der grauen Substanz ganz gleichmäßig, eine besondere Anreicherung des Farbstoffes in bestimmten Zentren konnte bisher nicht nachgewiesen werden. Andererseits wissen wir aber doch, daß es Stoffe gibt, welche in bestimmten nervösen Systemen eine Anreicherung erfahren. Man muß nur an die lokale Speicherung des durch Farbreaktionen nachweisbaren physiologischen Gehirneisens sowie an die strenge lokale Bindung eines natürlichen Farbstoffes, des Melanins in der Substantia nigra u. a. Zentren denken. Man weiß ferner, daß Gifte, wie z. B. das Atropin, eine besondere Affinität zu bestimmten Teilen des Nervensystems besitzen, aus der ihre spezifische Wirkung hervorgeht. Sollte es da nicht auch permeable Farbstoffe geben, bei denen eine lokale Anreicherung hervortritt? In der Suche nach solchen farbigen Substanzen mit differenter Wirkung auf das Nervensystem sieht der Ref. eine der Aufgaben für die Zukunft. Würde es gelingen, solche Farbstoffe zu finden, so könnte sich damit eventuell ein neuer Weg für die Lokalisationslehre eröffnen.

#### 4. *Steiner, G.*-Heidelberg: Mikrobiologie und Stoffaustausch.

Die Austauschapparate, von denen bisher die Rede war, sind die gleichen, mit denen es auch wir zu tun haben, der Austauschstoff ist aber insofern ein anderer, als es sich um lebende oder abgetötete, pathogene oder harmlose Mikroorganismen handelt, während im vorhergehenden immer von leblosen und nicht organisierten Stoffen die Rede war. Durch die Lebensäußerung eines mikrobischen Krankheitserregers muß es auch zu einer Modifikation des Austauschgeschehens kommen. Wir fragen uns, welche Keime ins Zentralnervensystem einführfähig sind welche nicht; wo bevorzugte Eintrittsstellen ins Z.N.S. vorliegen und inwiefern überhaupt Eintrittserleichterungen bestehen? Ref. verweist hier auf Parallelen zu den Ausführungen von *Kafka* und *Spatz* über erhöhte Schrankendurchlässigkeit im Säuglingsalter und bei jungen Tieren.

Aus Mangel an Zeit muß sich Ref. auf zwei große Problemkreise beschränken: Die Frage der Einfuhrwege und der Neurotropie einerseits und

das Schranken- bzw. Schutzproblem andererseits. Nach Besprechung des Einfuhrweges von der Blutbahn und auf dem Lymphweg geht Ref. ausführlich auf die Zufuhr von Krankheitserregern auf dem Weg der peripheren Nerven ein. Er erörtert die Art der Vira, die Septineuritis, die sympathische Ophthalmie, die Frage der Benützung der eigentlichen Nervensubstanz (Achsenzylinder!). Dann werden die einzelnen Formen der Neurotropie erörtert, insbesondere auch die neurotrope Persistenz und die Beziehung zur Pathogenese der Metasyphilis. — Die Schutz- und Schrankenfrage hat zwei Seiten, eine humoral-chemische und eine mechanisch-strukturelle. Die Fragen der Liquorbacterizidie und des Übergangs von Immunstoffen aus dem Blut in den Liquor und umgekehrt werden gestreift. Vor Verallgemeinerung von Übergangsgesetzmäßigkeiten wird gewarnt. Schließlich werden die bisher aufgedeckten Arretierungsvorrichtungen bei verschiedenen sichtbaren Krankheitserregern, insbesondere dem der progressiven Paralyse erörtert, wie sie sich aus dem morphologisch-parasitologischen Studium der Ausbreitung der Krankheitserreger ergeben. Auf Wanderungshemmungen als Zeichen eigentümlicher Absperrungen wird verwiesen. Solche Wanderungshemmungen und Erschwerungen konnten bisher an der Grenze zwischen grauer und weißer Substanz (bei progressiver Paralyse) und an den glösen Oberflächenverdichtungen (bei progressiver Paralyse, bei Recurrensprochaetose) nachgewiesen werden. Aufgabe künftiger Forschung wird es sein, zwischen den von der pathologischen Physiologie bisher festgestellten strukturell erkennbaren Schranken und denjenigen bei der Erregerwanderung im Z.N.S. Beziehungen herzustellen.

#### Vorträge:

##### Gärtner-Halle: Schutz und Isolierung im Nervensystem.

Das angekündigte Thema soll hier nur so weit besprochen werden, als es Teil des Schrankenproblems ist, d. h. insofern als das Nervensystem sich in Beziehung auf Zugänglichkeit und Abgeschlossenheit für Stoffe, die aus dem Blut übertreten, anders verhält als andere Organe. In den Begriffen Schutz und Isolierung ist eine Funktion enthalten, die mit morphologischen Methoden allein nicht erschlossen werden kann. Man hat deshalb zu Funktionsprüfungen gegriffen, und seit Ehrlich hat die Vitalfärbung auf diesem Gebiete eine besondere Rolle gespielt. An ihr hat man im Laufe einer längeren Entwicklung vor allem gelernt, bestimmte Ordnungsprinzipien auf die Farbstoffe anzuwenden. Es hat sich gezeigt, daß basische Farbstoffe im allg. nicht in den Liquor übertreten, während saure in ihrem Verhalten wechseln. Eine Ordnung der sauren Farbstoffe nach dem Grundsatz der Teilchengröße des einzelnen Farbstoffpartikelchens ergibt, daß Farbstoffe mit kleinen Teilchen leicht übertreten, solche mit hoher Teilchengröße aber zurückgehalten werden. Dieses Zurückgehaltenwerden ist nicht etwa regelloser Zufall, sondern eine gesetzmäßige Gruppeneigenschaft für alle (Farb-)stoffe von entsprechender Teilchengröße (falls nicht andere Eigenschaften, etwa Lipoidlöslichkeit, ein anderes Verhalten erzwingen). Bei den basischen Farbstoffen bestimmt also vorwiegend die elektrische Ladung das Verhalten, bei den sauren, die eine grundsätzlich günstige elektrische Ladung haben, dagegen die Teilchengröße. Wir können demnach mit einem geeigneten sauren Farbstoff prüfen, wie weit Stoffteilchen, die eine bestimmte Größe

überschreiten, vom Blut gegen das nervöse Parenchym zu vordringen. Da das Fehlen größerer Teilchen, der Kolloide, für uns ein wesentliches Kennzeichen des Liquor cerebrospinalis ist, so zeigen derartige Stoffe auch die Grenze zwischen kolloidhaltigem und kolloidarmem Milieu an, d. h. zwischen Blut und Lymphe einerseits, Liquor andererseits. Als besonders geeignet für diese Versuche hat sich immer wieder das Trypanblau bewährt. Ich selber habe mich in den Jahren 1923 bis 1926 eingehend experimentell mit den einschlägigen Fragen am Nervensystem beschäftigt und verweise auf die damals entstandene Arbeit: »Die Blut-Liquor-Schranke« (Zeitschrift für Biologie 86, Seite 115). Führt man bei einem gesunden Tier wiederholt Trypanblau in kleinen Mengen intravenös zu, so zeigt sich bei der histologischen Untersuchung folgende Verteilung des Farbstoffes: im Gebiet der Blut-Hirn-Schranke ist das Mesoderm gespeichert, das Ektoderm mit Ausnahme einiger Kerne in der Gegend des Hypophysenstiels frei. Das Mesoderm verhält sich hierbei genau wie in allen anderen Organen, das Ektoderm abweichend. Da wir aus Verletzungsversuchen wissen, daß die Glia, wenn der Farbstoff in ihren Bereich kommt, intensiv, die Ganglienzellen in geringerem Grade speichern, kann die Nichtspeicherung nicht eine besondere Eigenschaft der Zellen des nervösen Parenchyms sein. Die Schädigung des Nervensystems durch die Glühnadel ist bei dieser Versuchsanordnung grundsätzlich abzulehnen, da sie unreine Verhältnisse schafft, indem sie zur Nekrobiose führt, wie die Diffusfärbung der Zellen beweist. Gerade bei sauren kolloidalen Farbstoffen kann nur die körnige Speicherung als einwandfrei vitaler Vorgang anerkannt werden. Das nervöse Parenchym speichert also deshalb nicht, weil dem Farbstoff der Zutritt ins Ektoderm versperrt ist. Die einzig mögliche morphologische Grundlage für diese Absperrung ist die *Heldsche* Gliagrenzmembran. Im Gebiet der Blut-Liquor-Schranke im engeren Sinn dringt der Farbstoff ein Stück weit ins Ektoderm ein, indem große Bezirke im Protoplasma der Plexusepithelzellen speichern. Aber er überschreitet nicht den von *Harald Schmid* mehrfach gesehenen liquorwärts gelegenen Bürstensaum der Plexusepithelzellen und die zwischen den Zellen befindlichen Kittleisten. Auch im Gebiet der Blut-Liquor-Schranke im engeren Sinne wird der Farbstoff also von einer ektodermalen Membran zurückgehalten. Nach dem oben Ausgeführten sind in beiden Fällen die ektodermalen Grenzschichten die Grenze zwischen kolloidhaltigem und kolloidfremem Gebiet. Demnach wäre das gesamte nervöse Parenchym von kolloidarmen Flüssigkeit umspült oder, mit anderen Worten, mesodermale Gebilde sind in Blut und Lymphe, ektodermale innerhalb der Grenzschichten in Liquor eingebettet. Da sich auch im peripheren Nervensystem überall differenzierte Grenzschichten des Ektoderms vorfinden (*Schwannsche* Scheiden, Kapselzellen der peripheren Ganglienzellen), stehen wir nicht an, die Arbeitshypothese aufzustellen, daß auch im peripheren Nervensystem die funktionstragenden nervösen Gewebsteile in einer kolloidarmen liquorähnlichen Flüssigkeit sich befinden. Der Unterschied zwischen peripherem und zentralem Nervensystem wäre dann, daß das periphere Nervensystem individuell, das zentrale kollektiv isoliert ist. Zur besseren Übersicht über die Verhältnisse teilen wir das gesamte Gebiet der Schranke in drei Unterabteilungen ein, nämlich in das der Blut-Hirn-Schranke, dort wo die Stoffe aus Pia und Gefäßbaum ins nervöse Parenchym übertreten, das der Blut-Liquor-Schranke im engeren Sinn, dort wo der Plexus chorioideus Grenze gegen den Ventrikelliquor ist

und das der peripheren Isolierung. Grundsätzlich spielt sich aber in allen diesen drei Gebieten dasselbe ab, und überall finden sich funktionell gleichwertige Gebiete.

	Blut-Hirn-Schranke	Blut-Liquor-Schranke i. e. S.	Periph. Nervensystem
Blutgebiet	Blutgefäßinhalt	Blutgefäßinhalt	Blutgefäßinhalt
Blut-Lymph-Schranke	Blutgefäßwand	Blutgefäßwand	Blutgefäßwand
Lymph-Gebiet <sup>1)</sup>	Gefäßadventitia Virchow-Robinscher Raum Pia-Überzug der Gefäße Stroma der Pia	Plexus-Stroma	Perineurium Stroma der Ganglien
Lymph-Liquor-Schranke	Gliagrenzmembran (perivascular und superficial)	Plexusepithelzelle (Bürstensaum u. Kittleisten)	Schwannsche Scheide, Kapselzelle der peripheren Ganglienzelle
Liquor Gebiet <sup>2)</sup>	Umspülungsflüssigkeit des nervösen Parenchyms	Ventrikelliquor	Umspülungsflüssigkeit der Achsenzylinder u. peripheren Ganglienzellen

Die Auffassung, daß alles nervöse Gewebe von einer liquorähnlichen Flüssigkeit umspült sei, hat natürlich lebhaften Widerspruch hervorgerufen und wird ihn sicherlich auch in diesem Kreis hervorrufen. Deshalb sei mir gestattet, schon von vornherein auf einige Einwürfe zu antworten und weitere Beweise vorzubringen: Es ist gesagt worden, daß man sich so eine Eiweiß- und Fettversorgung des nervösen Parenchyms nur schwer vorstellen könne. Was das Eiweiß betrifft, so besteht keine Schwierigkeit, insofern, als wir kein Organ kennen, das seinen Eiweißbedarf dadurch deckt, daß es die chemisch anders gearteten Eiweißstoffe des Blutes übernimmt. Vielmehr wird das gesamte Organeiweiß aus den im Blute kreisenden Aminosäuren aufgebaut, und für diese ist die Schranke zweifellos durchgängig. Über die Fette können wir mangels genauerer chemischer Kenntnisse heute nur wenig aussagen. Intrazellulärer Transport fettiger Stoffe ist aber wahrscheinlich (Weg über die Glia?). Ein starker Beweis für die Ubiquität des Liquors scheinen mir die Innenflüssigkeiten des Auges und Innenohrs zu sein. Beide entsprechen in ihrer Zusammensetzung völlig dem Liquor. Ist das Auge noch ein Teil des Zentralnervensystems, so haben wir im inneren Ohr einen peripheren Rezeptor vor uns. Weiterhin scheint mir die Umspülung des nervösen Parenchyms mit kolloidarter Flüssigkeit eine Erklärung zu sein für

<sup>1)</sup> Lymphe = kolloidreiche Flüssigkeit.

<sup>2)</sup> Liquor = kolloidarme Flüssigkeit.

das eigentümliche Verhalten des nervösen Gewebes bei der histologischen Darstellung. Bekanntlich gelingt es mit den gewöhnlichen Farben sehr schwer oder überhaupt nicht, die an und für sich sehr bedeutende Oberflächenentwicklung im N.S. darzustellen. Bei den übrigen Organen gelingt dies deshalb, weil wir die Kolloide der Gewebsflüssigkeit an die Zelloberfläche anfixieren und so ganz andere Voraussetzungen für die weitere Färbung der Oberfläche schaffen. Bringen wir nervöses Gewebe erst in Serum und fixieren dann, so ergibt eine einfache Haematoxylin-Eosin-Färbung eine viel deutlichere Darstellung, z. B. der Achsenzylinder als ohne diese Vorbehandlung. Auch die *Forstersche* Darstellung der Tumorzellen aus Liquor bedient sich dieses Kunstgriffes.

Das bisher Gesagte bezieht sich ausschließlich auf die Lokalisation der Schrankenfunktion in Beziehung auf die Teilchengröße. Weniger glücklich sind wir in Beziehung auf die Lokalisation der Schrankenfunktion für elektrisch widerstrebende Stoffe. Hier liegt ausschließlich eine Beobachtung von *F. P. Fischer* am freigelegten Plexus des lebenden Tieres mit der Spaltlampe vor. Die Schranke wird von ihm in die Plexusepithelzellen verlegt. Daß wir hier noch nicht weiter sind, hat seinen Grund vor allem in zwei Tatsachen: einmal der großen Empfindlichkeit dieser Funktion gegen Unterbrechung der Sauerstoffzufuhr, wobei sie in aller kürzester Zeit erlischt, zum anderen darin, daß der Körper die basischen Farbstoffe, die für diese Versuche geeignet wären, nicht speichert. Deshalb ist es uns nicht möglich, die Farbstoffe im Organismus so anzureichern, daß wir sie im mikroskopischen Präparat noch erkennen können. Es liegt aber kein Grund vor, diese Schrankenfunktion an anderer Stelle zu lokalisieren als die für Teilchengröße. Ob und wie eine Schranke in Beziehung auf fettlösende und fettlösliche Stoffe besteht, darüber sind unsere Kenntnisse vollkommen unbefriedigend.

Die Bedeutung der Schranke besteht in erster Linie in dem Schutz, den sie dem empfindlichen nervösen Parenchym gewährt dadurch, daß sie die im Blute kreisenden schädlichen Stoffe fernhält. Sie schafft dadurch erst die Voraussetzung für die hohe Differenzierung des ganglionären Apparates, was sich u. a. auch daraus ergibt, daß sich die Schrankenfunktion beim jungen Tier stets gleichzeitig mit der Reifung und dem Infunktionsretreten der nervösen Apparate entwickelt. Glia und Ganglienzellen erscheinen damit in einem neuen Licht als enge Funktionseinheit. Abgesehen davon aber wirkt sich die Schranke dadurch erregbarkeitssteigernd aus, daß auf Grund ihrer Funktion das nervöse Parenchym von Liquor umspült ist. Umspülung mit kolloidarmem Milieu erhöht automatisch die Wirksamkeit chemischer Reize, und zwar auf folgende Weise: in einem kolloidreichen Milieu wird wegen der großen Oberflächenentwicklung der Kolloide ein großer Teil chemisch wirksamer Stoffe an diese adsorbiert. In einem liquorähnlichen Milieu unterbleibt eine solche Verzettlung. Die betreffenden Stoffe entfalten ihre volle Wirksamkeit ausschließlich auf die Zellen. Das ist wahrscheinlich mit ein Grund, weshalb viele Stoffe vom Liquor aus so viel stärker auf das Nervensystem wirken als vom Blut aus. Durch das Fernhalten belebter Erreger vom Nervensystem erfährt die Schutzfunktion der Schranke eine weitere Ausdehnung. Es werden dadurch drei hintereinander geschaltete Abwehrsysteme geschaffen, eine Blutstufe, eine Lymphstufe, eine Liquorstufe. Die Folge dieser Gliederung ist, daß eine Reihe von Infektionen sich nicht im nervösen Parenchym, sondern in dem weit weniger empfindlichen Mesoderm, sozusagen ante

portas, abspielt. Unter anderen Umständen kann aber die Schranke auch von Nachteil sein, z. B. wenn sie nach erfolgter Infektion des nervösen Parenchyms die dringend benötigten Abwehrstoffe und Heilmittel am Übertritt aus dem Blut her hindert. Dabei ist, objektiv gesehen, ihre Funktion in beiden Fällen dieselbe. Nur unsere Wertung ist wegen der verschiedenen Wirkung für das betreffende Individuum eine entgegengesetzte. Und wenn man das Problem der Schranke von höherer Warte übersieht, so zeigt sich, daß Vorteile und Nachteile dieser Einrichtung sich die Wage halten: wohl ermöglicht die Schranke durch ihren Schutz eine besonders hohe Differenzierung des ganglionären Apparates, aber Hand in Hand damit geht ein Verlust an Regenerationsfähigkeit, und was auf der einen Seite als gesteigerte Erregbarkeit zu einer Überlegenheit im Reiche der Lebewesen geführt hat, ist auf der anderen Seite als Empfindlichkeit seine eigentliche Achillesferse: die Mehrzahl der Hirnträger stirbt infolge der gesteigerten Empfindlichkeit des nervösen Parenchyms letzten Endes den Hirntod.

*Hauptmann-Halle:* Über »schizophrene Rand-Psychosen« im Lichte der Austauschbeziehungen zwischen Blut und Liquor.

*Hauptmann* bringt insofern eine Ergänzung zu den Referaten, als er zeigt, inwiefern die wissenschaftliche Forschung auf dem Gebiete der Austauschbeziehungen zwischen Blut und Liquor sich praktisch-diagnostisch und pathogenetisch in der klinischen Psychiatrie auszuwirken vermag.

Er hat schon vor mehreren Jahren darauf hingewiesen, daß die Prüfung der Permeabilität der »Blut-Liquor-Schranke« (wobei es ihm in diesem Zusammenhang nicht auf die Unterscheidung bestimmter Stellen der Schranke und auf die Feststellung des Sitzes der Schranke in einem bestimmten Gewebsbestandteil ankommt, was im Vortrag *Gärtner* ausgeführt ist) mittels der *Walterschen* Brom-Methode bei Schizophrenie in hohem Prozentsatz eine Verminderung der Durchlässigkeit der Schranke ergeben hat. Es ist das keine Eigentümlichkeit lediglich der Schizophrenie, und es ergaben sich bei einer Anzahl von Fällen auch Werte innerhalb der Norm (also zwischen 2,9 und 3,3 des Permeabilitäts-Quotienten), ja sogar in wenigen Fällen Werte unterhalb 2,9, also gesteigerte Permeabilität; immerhin kann in zweifelhaften Fällen der Ausfall der Permeabilitäts-Untersuchung in ihrem Ergebnis eines hohen P.Q. (Permeabilitäts-Quotienten) diagnostisch weiterhelfen, zumal manisch-depressive Erkrankungen in der überwiegenden Zahl der Fälle Werte innerhalb der Norm ergaben und exogen bedingte amentielle Fälle so gut wie immer eine erhöhte Permeabilität (niedriger P.Q.) zeigten. Es liegt *H.* fern, in der verminderten Permeabilität etwa das pathogenetische Moment der Schizophrenie zu erblicken, wenn man sich andererseits aber doch wohl vorstellen könnte, daß eine verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke die Ernährung des Gehirns beeinträchtigen muß.

Das Resultat einer Permeabilitäts-Prüfung muß mit großer Kritik bewertet werden, da wir z. B. wissen, daß fieberhafte Erkrankungen oder toxische Schädigungen des ZNS. die Permeabilität steigern können. Gerade aber weil, obgleich derartige Vorkommnisse bei Schizophrenien gewiß nicht selten sind, *H.* doch immer wieder bei Schizophrenie eine verminderte Durchlässigkeit fand, mißt er diesen Befunden eine Bedeutung bei.

*H.* hat sich die Frage vorgelegt, ob etwa die Permeabilitäts-Untersuchung gestattet, aus der Gruppe der klinisch sicheren Schizophrenen

solche Fälle herauszulösen, die entgegen seinen Erfahrungen gerade eine gesteigerte Permeabilität haben, d. h. ob diese Fälle auch klinisch eine Besonderheit darstellen. Die zweite Frage war die, ob die klinisch als nicht sichere Schizophrenie geltenden Erkrankungen (was er als schizophrene »Rand-Psychosen« bezeichnet) sich etwa durch einen besonderen Permeabilitäts-Wert auszeichneten.

H. demonstriert drei Tabellen: in der ersten sind alle Fälle von Schizophrenie, also sowohl die sicheren wie die Rand-Psychosen zusammengefaßt, in der zweiten nur die sicheren Schizophrenien, in der dritten »schizophrene Rand-Psychosen«. (Es sei hervorgehoben, daß die Diagnosen nicht etwa erst auf Grund des Ausfalls der Permeabilitäts-Prüfung gestellt wurden.)

Die Untersuchung an 205 Fällen von Schizophrenie weitester Fassung ergab in 38,5% Werte oberhalb 3,3, also verminderte Permeabilität, und in 18,5% Werte unterhalb 2,9, also gesteigerte Permeabilität. Also selbst bei dieser in sich ungleichmäßig zusammengesetzten Gruppe, bei der ja auch die schizophrenen »Rand«-Psychosen untergebracht waren, die möglicherweise eine besondere Psychose mit anderen Permeabilitäts-Werten darstellten, ergab sich doch in einem erheblichen Prozentsatz eine verminderte Permeabilität.

Das wurde noch deutlicher, wenn man nur die (172) Fälle sicherer Schizophrenie zusammenfaßt. Hier war das Verhältnis verminderter Permeabilität zu gesteigerter Permeabilität 45,3:6,4. Das heißt also praktisch: ergibt die Permeabilitäts-Prüfung in einem klinisch noch zweifelhaften Falle eine gesteigerte Permeabilität, so wird man mit seiner Zuordnung zur Schizophrenie doppelt vorsichtig sein müssen.

Dem die Zusammenfassung der (33) »schizophrenen Rand-Psychosen« ergab umgekehrt in nur 3% eine verminderte Permeabilität und in 81,8% eine gesteigerte Permeabilität.

Die erste der oben von H. gestellten Fragen, ob unter den Fällen von sicherer Schizophrenie die mit gesteigerter Permeabilität (die also nach seinen Erfahrungen aus dem üblichen Ergebnis herausfielen) auch klinisch eine Besonderheit darstellten, war zu verneinen; diese Fälle unterschieden sich von den Fällen mit P.Q.-Werten innerhalb der Norm oder über 3,3 in nichts. Auch die Verteilung auf die Geschlechter war keine abnorme (fünf Frauen, sechs Männer). Auch die Altersverteilung fiel nicht aus dem Durchschnitt heraus, sie betraf das 20. bis 40. Jahr. Zwei der elf Fälle begannen mit körperlichen Störungen, einer nach einer Intoxikation, was möglicherweise den niedrigen P.Q. erklären könnte; da aber das klinische Bild dieser beiden Fälle nichts Besonderes bot, wird man, zumal sich diese exogenen Momente nur zweimal fanden, den Beginn mit körperlichen Störungen nicht als besondere Eigentümlichkeit dieser Fälle ansehen dürfen. Man wird vielmehr schließen müssen, daß es, wenn auch in der überwiegenden Zahl der Fälle von sicherer Schizophrenie die Permeabilitäts-Untersuchung eine verminderte Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke ergibt, wenige Fälle von sicherer Schizophrenie gibt, die eine gesteigerte Permeabilität aufweisen. Es bleibt abzuwarten, ob die weitere Verfolgung dieser Fälle etwa Verläufe ergibt, die doch gestatten, die Fälle aus der Schizophrenie herauszulösen.

Zur Beantwortung der zweiten oben von H. gestellten Frage nach dem Ergebnis der Permeabilitäts-Untersuchung bei den schizophrenen Rand-

Psychosen war es notwendig, zu überlegen, womit wohl die in einem so hohen Prozentsatz (81,8) gefundene Steigerung der Durchlässigkeit der Blut-Liquor-Schranke zusammenhängen könnte. Da bei exogen bedingten Psychosen amentuellen Charakters immer eine Steigerung der Permeabilität gefunden wurde, lag es nahe, nach dieser Richtung zu forschen. Tatsächlich ergab sich auch, daß bei den 27 Patienten dieser Gruppe nicht weniger als elfmal exogene Ursachen für das Zustandekommen der (nicht etwa amentuellen, sondern eben Schizophrenie-artigen) Psychose zu eruieren waren. Und von diesen elf Patienten hatten vier schon früher psychotische Schübe durchgemacht, die ebenfalls auf exogene Momente zurückzuführen waren; es bestand also das, was *Kleist* »symptomatische Labilität« nennt, allerdings mit der besondern Note, daß das jeweils ausgelöste klinische Bild (mindestens das letztmal, soweit das feststellbar war, auch früher) Schizophrenie-artigen Charakter hatte.

Aber auch abgesehen von dieser exogenen Auslösung zeigten die Fälle dieser Gruppe in für eine Schizophrenie erstaunlich hoher Zahl frühere Schübe: 13 von 27. Und diese Schübe waren weiterhin dadurch bemerkenswert, daß sie ohne Defekt zur Abheilung gekommen waren.

Beachtlich war weiterhin die Verteilung auf die Geschlechter: 22 Frauen, 5 Männer. Das stimmt gut zu der bisherigen Feststellung, da ja beim weiblichen Geschlecht die Zahl der exogenen Einwirkungsmöglichkeiten (Menstruation, Geburt, Wochenbett) eine viel reichhaltigere ist und da ihre Bereitschaft, psychotisch zu reagieren, auch viel größer ist. Das starke Hervortreten des weiblichen Geschlechtes bei diesen schizophrenen Rand-Psychosen ist aber weiterhin deswegen wichtig, weil es sich danach nicht um eine besondere Psychose handeln kann. Denn wir kennen ja keine Psychose, die — aus inneren Gründen — nur bei einem Geschlecht aufträte, die Ursachen für eine derartige Präponderanz müssen vielmehr in der Hauptsache in exogenen Momenten gesucht werden.

Das klinische Bild der schizophrenen Rand-Psychosen war, wenn man den Dingen nicht Gewalt antun wollte, nicht unterzubringen in einer der Gruppen, die man aufgestellt hatte, um die weder bei der Schizophrenie noch beim manisch-depressiven Irresein einzuordnenden Psychosen zu klassifizieren, also bei den »Misch-Psychosen«, den »Intermediär-Psychosen«, den »Degenerations-Psychosen«, den »zykloiden Psychosen« oder den »amentuellen« und »oneiroiden« Verlaufsformen der Schizophrenie.

In der Hauptsache ließen sich vier Bilder trennen:

1. Eine Mischung schizophrener Symptome mit manischen und depressiven. Dabei fanden sich die früheren Schübe auch bald mehr manisch, bald mehr depressiv gefärbt; und auch innerhalb des letzten Schubs wechselte die mehr manisch-schizophrene Färbung ab mit einer mehr depressiv-schizophrenen. Erbbiologisch betrachtet, ließ sich wohl bisweilen ein Zusammentreffen schizothymen und zylothymen Bestandteile feststellen, doch nicht mit der Häufigkeit und Sicherheit, daß man das Wesen dieser schizophrenen Rand-Psychosen lediglich hierin erblicken dürfte. Charakterologisch gehörten die Patienten dieser Gruppe eher zum schizophrenen Formkreis.

2. Angstzustände, die eine gewisse Beziehung zum Klimakterium zeigten.

3. Paranoide Bilder, die weder ganz zur Paraphrenie zu rechnen waren, noch zum präsenilen Beeinträchtigungswahn, noch zur Involutionsparanoia



oder zur Spätkatatonie oder zur »erstarrenden Rückbildungs-Depression«. Diese Fälle zeigten ausgesprochene Beziehungen zum Klimakterium.

4. Halluzinatorische Bilder. Männer überwogen hier nicht, was insofern wichtig ist, als man ja das Zustandekommen der Sinnestäuschungen hiermit in Zusammenhang hätte bringen können.

Das klinische Bild dieser Gruppe der »schizophrenen Rand-Psychosen« war also weniger charakterisiert durch eine einheitliche psychopathologische Gestalt, als durch das starke Hervortreten exogener Momente, durch die Bevorzugung des weiblichen Geschlechts und durch den Verlauf in Schüben, die defektlos abheilten.

Pathogenetisch betrachtet, könnte man das Wesen dieser Psychosen sehen in einem Zusammentreffen einer Anlage zur Schizophrenie mit exogenen Momenten. (Das gilt in dieser zugespitzten Form natürlich nur für das Gros der Fälle; im einzelnen spielen sicher — z. B. beim Bild 1 — erbgenetische Einschläge des anderen Formkreises eine Rolle, oder — z. B. beim Bild 3 — Beziehungen zum Lebensalter, zumal ja auch nicht alle Patienten eine gesteigerte Permeabilität der Blut-Liquor-Schranke aufwiesen.)

Jedenfalls eröffnet die Kombination klimatisch-psychologischer mit der Permeabilitäts-Forschung mancherlei Zukunftshoffnungen in pathogenetischer und diagnostischer Hinsicht.

*Hallervorden-Landsberg a. d. W.*: Kolloidchemische Faktoren bei der Ausbreitung von Krankheitsstoffen im Zentralnervensystem.

Wie aus dem Referat von *Spatz* hervorgeht, dringt bei der Vitalfärbung der Farbstoff gleichmäßig ohne Rücksicht auf die Strukturelemente in die Gehirnmasse wie in einen homogenen Gelatineblock ein, wenn einmal die Schranke zwischen Blut und Liquor und Hirn überschritten ist. Diese Diffusion ist abhängig von der Dispersität der Farblösung im Verhältnis zur Dichtigkeit des Mediums und zahlreichen anderen physikalisch-chemischen Faktoren. Infolge dieses Eindringens können bei geeigneter kolloider Beschaffenheit der Lösung Farbstoffteilchen in Zellen gespeichert oder an präformierte Protoplasmabestandteile angelagert werden sowie ferner Schädigungen des Gewebes infolge toxischer Reizung eintreten.

Dieselbe Art des Eindringens durch Diffusion in die Gehirnmasse kann bei gleichen kolloidchemischen Gesetzen auch für gelöste Krankheitsstoffe erwartet werden, ob diese nun Produkte des Körper- oder Gehirnstoffwechsels, Toxine von Erregern oder dergleichen darstellen. Dieser Ausbreitungsmodus von Krankheitsstoffen läßt sich nachweisen, wenn sie eine sichtbare Schädigung im Gewebe hinterlassen. Dies trifft bei einigen Entmarkungsprozessen zu, bei welchen ein myelinschädigender Stoff (*Marburgs* »leitholytisches Ferment«) unregelmäßig in das Gewebe diffundiert, nämlich bei der multiplen, diffusen und »konzentrischen« Sklerose. Bei dieser letzteren, der Leukoencephalitis concentrica von *Baló*, bilden sich im Hemisphärenmark konzentrisch gelagerte Entmarkungsstreifen, unterbrochen von Zonen erhaltener Markfasern um einen Mittelpunkt, in welchem stets ein Gefäß liegt; räumlich entsprechen ihnen Kugelschalen; dabei bleiben Rinde und U-Fasern ebenso wie die Ventrikelwand verschont, die Pyramidenbahnen sind intakt. Es läßt sich histologisch unzweifelhaft erweisen, daß in diesen

Herden (»Landkartenherden *Marburgs*) die Noxe von dem Zentrum ihren Ausgang nimmt und nach der Peripherie fortschreitet; es handelt sich da um eine rhythmische Diffusion nach Art der *Liesegangs*chen Ringe. Diese bereits früher an dem *Baló*schen Falle nachgewiesene Ausbreitung des Prozesses (Münch. med. Wschr. 1931, Nr. 46 und Zbl. f. Neur. 63, 285) konnte an einer mit *Spatz* bearbeiteten Beobachtung gleicher Art, einem von *Strubbe* (Neustadt i. Holstein) überlassenen Fall, sowie an anderen der Literatur (*Marburg, Patrassi*), deren Präparate wir studieren konnten, bestätigt werden. Solche konzentrischen Herde kommen auch bei der multiplen (*Steiner*, eigene Fälle) und diffusen Sklerose (*Steiner*, Fall von *Ostertag*) neben den einfachen Entmarkungsherden mitunter vor, wie diese andererseits auch bei der Leukoencephalitis concentrica neben den ringförmigen vorhanden sind. Das gleichzeitige Vorkommen beider Arten von Herden bestätigt die im Prinzip gleiche Entstehungsweise der Herde durch Diffusion auch bei der multiplen (Münch. med. Wschr. 1932, Nr. 15) und diffusen Sklerose.

Bei der heredodegenerativen Form der diffusen Sklerose (*Scholz, Bieschowsky* und *Henneberg* usw.) spielen prälipoider Abbauprodukte eine besondere Rolle, welche von *Scholz* auf eine anlagebedingte primäre Insuffizienz der Glia zurückgeführt werden; aber damit ist in keiner Weise erklärt, warum der Prozeß gerade von der Ventrikelwand seinen Anfang nimmt und kontinuierlich zur Rinde fortschreitet, was aber durch die Annahme einer Diffusion des myelinschädigenden Stoffes vom Liquor her ohne weiteres verständlich wird. An Präparaten solcher Fälle, die ich *Ostertag* und *Waltherd* verdanke, konnte ich feststellen, daß die unvollständig abgebauten Produkte in großer Menge frei im Gewebe lagen und außerdem alle Zellen stark damit überfüllt waren. Dies legt die Vermutung nahe, daß die Stoffe aus der Gewebsflüssigkeit niedergeschlagen sind, weil sie nicht mehr (in Lösung gehalten werden können und so massenhaft in den Zellen gespeichert sind, daß dadurch allenfalls eine sekundäre Insuffizienz der Glia entstehen könnte; eine solche scheint bei der amaurotischen Idiotie vorhanden zu sein, wo die Entmarkung nicht von der Ventrikelwand ausgeht, sondern mehr diffus ist. Manches deutet darauf hin, was schon *Ferraro* behauptet hat, daß diese Stoffe durch Zellen auch ohne Mithilfe derselben abgebaut werden, also auf humoralem Wege. Es ist nicht unwahrscheinlich, daß auch bei vielen anderen Prozessen neben dem Abbau durch Zellen auch ein humoraler Abbau eine meist vernachlässigte, weil schwer beweisbare Rolle spielt.

Kurz: Der Entmarkungsprozeß der multiplen, diffusen und konzentrischen Sklerose beruht auf denselben physikalisch-chemischen Vorgängen, nämlich der Diffusion myelinschädigender Stoffe. Diese können verschiedener Natur und verschiedener Herkunft sein, sie vermögen teils auf dem Liquor-, teils auf dem Blutwege in das Zentralnervensystem einzudringen. Die Demyelinisation ist lediglich ein histologischer Komplex, dessen Vorkommen über die Ätiologie nichts aussagt.

Es gibt aber zahlreiche andere Entmarkungen, welche mit einer solchen Diffusion nichts zu tun haben, wie z. B. die systematischen und sekundären Degenerationen, der Markzerfall bei gefäßabhängigen Nekrosen usw.

Hypermyelinisierte Herde bei den erwähnten drei Krankheiten zeigen eine Anreicherung von Myelin an den vorhandenen Markfasern; es wäre

denkbar, daß hier ein humoraler Abbau von Marksubstanz stattfindet, wie ein solcher auch in der Entwicklungszeit möglicherweise vorkommt.

Bei anderen Krankheiten, wo der Weg der Diffusion sich nicht so deutlich abzeichnet, ist dieser Ausbreitungsmodus viel schwerer zu bestimmen und häufig nur zu vermuten. Dennoch ist diese Vorstellung als heuristische Hypothese wohl brauchbar, denn auch der Nachweis des Gegenteils ist wertvoll. Es soll keineswegs behauptet werden, daß die Diffusion von Krankheitsstoffen im Gehirn, auch wo sie sicher vorkommt, alles erklären soll, denn sie ist immer nur eine Teilerscheinung der äußerst komplizierten Vorgänge. Es ist von vornherein zu erwarten, daß Stoffwechselkrankheiten ein wesentliches Kontingent zu den Diffusionsprozessen stellen können. Hierher gehört die große Gruppe der Speicherungskrankheiten (*Gierke*), wie z. B. *Niemann-Picksche* Krankheit und amaurotische Idiotie, *Gaucherscher* Krankheit, Cholesteatose, ferner die mit Kalkablagerungen einhergehenden eigenartigen Gehirnprozesse (*Weimann, Hallervorden, Ostertag* u. a.), vielleicht auch die Myoklonusepilepsie, seltenere noch unerforschte Stoffwechselkrankheiten (*Witte, Marinesco* u. a.).

Schließlich ist daran zu erinnern, daß das Gehirn als kolloide Masse auch den Veränderungen unterliegen muß, welche Kolloide als instabile Körper fortlaufend erleiden, einer Tatsache, der wir praktisch ja schon Rechnung tragen durch Behandlung der Hirnschwellungen mit hypertonen Lösungen. Ein unreifes Gehirn ist wasserreicher als ein gealtertes, Diffusionen gehen in ihm rascher vor sich. Dies kann zum Teil seine besondere Reaktionsweise (*Spatz*) bei Verletzungen erklären: die Abbauvorgänge gehen so rasch vor sich, daß man kaum etwas davon sieht und statt der Narben, wie im reifen Gehirn, entstehen eher Hohlräume. Wahrscheinlich wirkt hier ein humoraler Abbau in erhöhtem Maße mit. Vielleicht sind überhaupt humorale An- und Abbauvorgänge im unreifen Gehirn sogar die wesentlichen und werden erst später immer mehr von Zellen übernommen. Auch Krankheitsprozesse laufen im unreifen Gehirn anders ab als im erwachsenen.

(Erscheint ausführlich zusammen mit *H. Spatz* im Archiv. f. Psychiatrie.)

*U. Friedemann* und *A. Elkeles*: Weitere Untersuchungen über die Bluthirnschranke.

Die Theorie *Lina Sterns*, daß der Weg ins Gehirn stets über den Ventrikel- und Subarachnoidliquor gehen muß, wird durch unsere Versuche widerlegt. Es gelingt mit basischen Anilinfarbstoffen und mit dem chemisch amphoteren Alizarinblau S. eine Vitalfärbung des Gehirns zu erzielen, ohne daß diese Farbstoffe im Liquor erscheinen. — Es ist sehr unwahrscheinlich, daß die Gehirnmasse von Liquor durchtränkt ist, wie dies von *Hauptmann* angenommen wird. Fügt man zu dem braunen Alizarinblau S. nur Spuren von Liquor hinzu, so entsteht momentan das kolloidale Alizarinblau; setzt man dem Alizarinblau S. Gehirnbrei hinzu, so bleibt der Farbstoff unverändert; wären auch nur Spuren von Liquor in der Gehirnschranke enthalten, so würde auch hier die Umwandlung in das kolloidale Alizarinblau erfolgen. — Für das Studium der Blut-Hirnschranke wurden Methoden zur Durchströmung des Gehirns ausgearbeitet; auch die intraarterielle Injektion ins Gehirn wurde in zahlreichen Versuchen ausgeführt; über diese Methoden und ihre Resultate haben wir ausführlich in der Zeitschr. f. d. ges. Exp. Med. 1930 Bd. 74 u. Bd. 80, 1931 berichtet.

Nicht alle Stoffe, die im Blute kreisen, gelangen ins Gehirn. Wir konnten zeigen, daß Kaninchen, die intravenös z. B. Cobraantitoxin erhalten hatten, gegen die suboccipitale Vergiftung mit Cobraantitoxin nicht geschützt werden konnten.

Bisher lassen sich mit Sicherheit noch keine gesetzmäßigen Beziehungen in dem Stoffaustausch zwischen Blut und Gehirn feststellen. Von Bedeutung scheint neben der Lipoidlöslichkeit und dem Dispersitätsgrad die chemische Konstitution zu sein. Neurotrope Eigenschaften besitzen in erster Linie die basischen Stoffe (die basischen Anilinfarbstoffe, Analgetica, Antipyretica). So sind auch Beziehungen zwischen Neurotropie und elektrischer Ladung zu vermuten. Um den Einfluß der elektrischen Ladung auf die Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke zu untersuchen, wurden Kataphoreseversuche ausgeführt. —

Die basischen vitalfärbenden Farbstoffe wandern zur Kathode, die sauren zur Anode. Bei den chemisch amphoterer Farbstoffen, wie dem Alizarinblau, bestehen offenbar keine Beziehungen zur Wanderungsrichtung. Das Alizarinblau wandert zur Anode. Ähnliche Ausnahmen sind auch bei amphoterer Colloiden beobachtet worden. — Das Cobratoxin, das höchstwahrscheinlich einen zerebralen Angriffspunkt hat, wandert zur Kathode, das Tetanus-Diphtherie-Lämmerdysenterie- und Botulinusgift wandert zur Anode; bei diesen letzteren Giften ist es noch zweifelhaft, ob sie primär für die Hirngefäße permeabel sind. Weitere Untersuchungen in dieser Richtung werden erst klären müssen, ob die elektrische Ladung eine ausschlaggebende Rolle für die Permeabilität der Blut-Hirn-Schranke spielt. —

Durch interavenöse Injektion von Adrenalin oder Hypophysin oder durch eine Kombination beider ist es uns gelungen, eine Permeabilitätssteigerung für an sich neurotrope Substanzen zu erzielen. So wurde für das Alizarinblau, für das Äthylurethan, für Alkohol, Paraldehyd, für das Strychnin. nitr., für das Cobratoxin die Permeabilität um den 5—10 fachen Betrag gesteigert. Dagegen war beim Trypanblau, beim Cobraantitoxin, beim Salvarsan, beim Lämmerdysenteriegift ein vermehrter Übergang ins Gehirn unter dem Einfluß des Adrenalins nicht festzustellen. —

Die Versuche zeigen eindeutig, daß die Identifizierung der Blut-Hirn und Blut-Liquor-Schranke nicht mehr zulässig ist und weisen neue Wege zur Erforschung des Stoffaustausches zwischen Blut und Gehirn.

*Ihsan Schükri* (Istanbul): Über vitale Farbstoffexperimente am Kaninchengehirn.

Es wurden zwei basische Farbstoffe, nämlich Methylenblau (*P. Ehrlich*) und Viktoriablau, erwachsenen Kaninchen injiziert und zwar einmal auf dem Blutweg (durch die Ohrvene) und einmal auf dem Liquorweg (mittels Suboccipitalpunktion). Dabei wurde stets der Liquor kontrolliert. Die Tiere, welche Methylenblau auf dem Blutweg zugeführt erhalten hatten, zeigten bei der Sektion eine mehr oder weniger unregelmäßige Blaufärbung der grauen Substanz der Großhirnrinde, andere Teile werden weniger gefärbt. Bei Zuführung des Farbstoffes auf dem Liquorweg ergab sich im Prinzip die nämliche Verteilung, wie bei der suboccipitalen Injektion saurer Vitalfarbstoffe (*Goldmann, Spatz* u. a.). — Nach intravenöser Zuführung von 3,5 ccm einer 0,5%igen Viktoriablaulösung wurden nervöse Symptome beobachtet. Der Liquor erwies sich bei der Punktion kurz vor dem Tode als ungefärbt,

ebenso die Meningen, dagegen ergab die Sektion eine Blaufärbung der grauen Substanz der Großhirnrinde und in geringem Maße eine Blaufärbung des Corpus striatum und des Pallidum, dagegen wurden nicht nur die weiße Substanz, sondern auch die graue Substanz des Thalamus opticus und des tieferen Hirnstammes ungefärbt gefunden. In Nerven- und Gliazellen der Rinde wurde eine feingranuläre Speicherung gesehen. — Suboccipitale Einverleibung des Viktoriablaus ergab wiederum das gewohnte Bild bei dieser Versuchsanordnung. — Bemerkenswert war also einmal das unterschiedliche Verhalten von Gehirn und Liquor (Liquor ungefärbt) und sodann die unterschiedliche Färbung verschiedener Abschnitte der grauen Substanz bei der Zuführung der beiden Farbstoffe auf dem Blutweg.

#### Diskussion zu vorstehenden Referaten und Vorträgen.

*Jacobi-Magdeburg:* Im Hinblick auf die Liquorabflußwege wird auf Untersuchungen hingewiesen, die Ref. gemeinsam mit *Löhr* (Vorstand der Chirurg. Klinik Magdeburg-Altstadt) in den letzten Monaten ausgeführt hat und die erlauben, diese im Röntgenbild zur Darstellung zu bringen. Es handelt sich um Thorium-Präparate, die eine Modifikation des im Handel befindlichen Thorotrastes, das in der Pyelo-, Hepato- und Lienographie eine große Bedeutung gewonnen hat, darstellen. Das Thorotrast ist gleichzeitig, wie *Jacobi* und *Löhr* auf der letzten Berliner Chirurgen-Tagung berichten konnten und wie *Moniz* unabhängig von ihnen gezeigt hat, das gegebene Mittel für die Arteriographie.

*Jacobi* und *Löhr* bedienen sich der kombinierten Encephalo- und Arteriographie und konnten zeigen, daß beide Methoden sich ausgezeichnet in der topischen Diagnostik der cerebralen Erkrankungen ergänzen. Sie stellten zunächst das Encephalogramm her und berichteten anschließend in der gleichen Sitzung über dieses Arteriogramm. Von besonderer Bedeutung sind hierbei die in Umgebung der Geschwulst häufig stark gestauten Venen, durch die man im Röntgenbild den Tumor oft geradezu plastisch liegen sieht. Die kombinierte Encephalo-Arteriographie wurde bisher in etwa 125 Fällen ohne irgendwelche Zwischenfälle vorgenommen.

*Wustmann, Düsseldorf* hat das große Verdienst zahlreiche Thorium-Präparate im Hinblick auf seine Verträglichkeit bei endolumbaler und zisternaler Darreichung im Tierexperiment geprüft zu haben. Die Versuche sind soweit gediehen, daß wir einige Präparate auch beim Menschen verwenden konnten, ohne daß allerdings eine allgemeine Verwendung derselben am Platze ist. Bei den von *Jacobi* und *Löhr* unternommenen Untersuchungen stellte sich heraus, daß das Thorium, das ganz allgemein ein kolloidgeschütztes Thoriumdioxid darstellt, auf dem Wege der Liquorabflußwege aus den subarachnoidealen Räumen abtransportiert wird. Hierbei kommt es zur Darstellung bestimmter cerebraler und spinaler Nerven.

Es werden Bilder demonstriert, die den Opticus, die Vagusgruppe, den spinalen Arachnoidealsack mit den Ursprungsstellen des Plexus lumbosacralis vorführen.

*Wustmann, Düsseldorf*, mit dem die Ref. in engem Gedankenaustausch stehen, hat nach dieser Richtung sehr schöne Befunde im Tierexperiment erhoben.

Ventrikulär gegeben bringen die Präparate durch Ependymspeicherung oft in sehr schöner Form Umrisse des Ventrikelsystems zur Darstellung.

Besonders bedeutungsvoll erscheint uns die Methode nach abgeschlossenem Ausbau für die Diagnostik pathologischer Prozesse in Gegend von Kleinhirn, Brücke und verlängertem Mark. Die Untersuchungen sind soweit gediehen, daß begründete Hoffnung besteht die Präparate bald allgemein in den Dienst der Diagnostik stellen zu können. —

*Hauptmann-Halle* weist es zurück, mit *v. Monakow* und *Lina Stern* hinsichtlich der Auffassung der Liquor-Entstehung und der Liquor-Strömung in eine Linie gestellt zu werden. Mit seinem »Weg über den Liquor« kam es *H.* nur darauf an, darzutun, daß es eine Schädigung des Z.N.S. vom Liquor aus gäbe; an welcher Stelle die Liquor-fremden Substanzen in den Liquor hineingeraten, war ihm in diesem Zusammenhang gleichgültig. *H.* ist mit den Referenten durchaus der Meinung, daß für die Permeabilitäts-Frage alle Blutgefäße im Gehirn in Betracht kämen, also nicht nur die des Plexus. Er trennt sich aber von den Referenten dadurch, daß er auch die in der Gehirnschubstanz befindliche Gewebsflüssigkeit, die also aus den Gehirngefäßen durch den adventitiellen Lymphraum und die Gliagrenzmembran hindurchgetreten ist, Liquor nennt. Denn sie ist eine genau so Kolloid-arme Flüssigkeit wie der in den Ventrikeln und im Subarachnoidealraum befindliche Liquor. Sie unterscheidet sich dadurch auch von der »Lymph« anderer Organe, die eine Kolloid-reiche Flüssigkeit darstellt. Es müssen also im Gehirn besondere Verhältnisse vorliegen, welche das Entstehen dieser Kolloid-armen Gewebsflüssigkeit zustande bringen. Da im Adventitialraum der Gehirngefäße noch eine ebenso Kolloid-reiche Flüssigkeit fließt wie in der Adventitia der Gefäße anderer Organe, erblickt *H.* mit *Gärtner* die eigentliche Schranke in der Gliagrenzmembran.

Da im ersten *Goldmannschen* Versuch das Trypanblau in den Plexuszellen zurückgehalten wird, also die Gefäßwand schon überschritten hat, vermag *H.* nicht einzusehen, weshalb die Schranke nach *Spatz* in der Kapillarinnenhaut liegen soll. —

*Gärtner-Halle: Friedemann* will aus der Tatsache, daß Adrenalin den Stoffübertritt steigert, schließen, daß die Gliagrenzmembran nicht Sitz der Schranke sein könne, weil Adrenalin auf diese Membran keinen Einfluß habe. Wir können diesen Einwand nicht gelten lassen, weil für den Übertritt der Stoffe außer der Schranke (welche die Besonderheit des Nervensystems darstellt) noch eine Reihe von anderen Faktoren verantwortlich ist, in denen sich das Nervensystem nicht von den anderen Organen unterscheidet. So erfolgt der Durchtritt der Stoffe durch die Gefäßwände nach grundsätzlich gleichen Gesetzen wie im übrigen Körper, auch die Triebkräfte sind größtenteils dieselben. Diese Tatsachen sind bei der heutigen Darstellung der Verhältnisse nicht genügend hervorgehoben worden. Adrenalin bewirkt durch Steigerung des Blutdrucks eine Erhöhung des Druckgefälles vom Gefäßinhalt über den adventitiellen Lymphraum nach dem nervösen Parenchym, deshalb auch eine quantitative Steigerung des Übertritts solcher Stoffe, die an und für sich (d. h. auch schon ohne Adrenalinzufuhr) übertreten. Stoffe, welche ohne Adrenalin nicht übertreten, treten auch mit Adrenalin nicht über. Deshalb besagt der Adrenalinversuch nichts über die Lokalisation der Schranke, sondern nur über die Änderung der Triebkräfte.

*Spatz* stützt sich auf die *Goldmannschen* Versuche. Es liegt auf der Hand, daß der erste *Goldmannsche* Versuch, bei dem der Farbstoff vom Blut aus zugeführt wird, für die Frage des Übertritts der Stoffe aus dem

Blut in den Liquor wichtiger ist als der zweite Versuch, bei dem direkt in den Liquor eingegangen wird. Bei mehrfach wiederholter Zufuhr kleiner Farbstoffmengen auf dem Blutweg findet man eine Speicherung in den Histiozyten der Gefäßadventitia und des Plexusstromas, ja sogar der Plexus-epithelzellen, wie *Spatz* dies ja auch hier gezeigt hat; der Farbstoff hat die *Spatz'sche* »Schranke« (Gefäßintima) überschritten. Trotzdem bleibt das Nervensystem ungefärbt und demnach die Schutzfunktion weiterhin erhalten, wie lange man auch den Versuch fortsetzt. Die Schutzfunktion kann ihren Sitz aber auch nicht in der Adventitia selber haben, wie das *Goldmann* und heute noch *N. Zand* annehmen. Sonst müßten die übrigen Organe, deren Gefäßadventitia den Farbstoff in derselben Weise aufnimmt, sich gegen den Farbstoff ebenso verhalten wie das Gehirn, d. h. sie müßten ebenfalls ungefärbt bleiben. Das ist aber bekanntlich weitgehend nicht der Fall. Die Schutzfunktion muß also noch jenseits der Gefäßadventitia in Richtung auf das nervöse Parenchym zu lokalisiert werden, und das einzige Gebilde, was morphologisch hierfür in Betracht kommen kann, ist die Gliagrenzmembran, oder, um einen für das ganze Nervensystem brauchbaren Begriff zu geben, die ektodermale Grenzschicht. In sie muß die Schutzfunktion lokalisiert werden, und da es widersinnig erscheint, die Schranke an eine andere Stelle zu verlegen als die Schutzfunktion, möchten wir die ektodermale Grenzschicht als morphologisches Substrat der Schranke bezeichnen. Dabei sei nochmals hervorgehoben, daß wir unter Schranke nur das verstehen, worin das Nervensystem sich anders verhält als die anderen Organe. Der erste Versuch *Goldmanns* sagt demnach schon alles über den Sitz der Schranke aus.

Mit diesem Ergebnis läßt sich der zweite Versuch *Goldmanns* zunächst nicht vereinbaren: führt man kleine Mengen des Farbstoffs direkt in den Liquorraum ein, so tritt eine Diffusfärbung des Gehirns ein, der Farbstoff dringt durch die Pia ins nervöse Parenchym ein und wird dabei weder von der Adventitia noch von der Gliagrenzmembran zurückgehalten. Wie muß dieser Versuch gedeutet werden? Bei Zufuhr selbst kleiner Mengen direkt in den Liquor ist die in der Zeiteinheit an die Pia andrängende Farbstoffmenge größer als je bei Zufuhr vom Blut aus, wo sich der Farbstoff zunächst auf das Gesamtblut verteilt, an die Blutkolloide adsorbiert wird und über lange Zeit hinweg in kleinsten Mengen an die Schranke tritt. Die relativ große Farbstoffmenge im Liquor beim zweiten *Goldmanns'schen* Versuch wirkt als Reiz, der schließlich zu der von *Spatz* selbst beschriebenen Trypanblau-Meningitis führt. Voraus geht ein Stadium gesteigerter Durchlässigkeit aller betreffenden Gewebsteile einschließlich der Schranke (was übrigens auch durch sehr reichliche Farbstoffzufuhr vom Blut aus zu erreichen ist). Der Farbstoff folgt nunmehr rein den Gesetzen der Diffusion, die mit dem normalen Leben verbundene Auswahl (wahrscheinlich durch Elektromose) ist weggefallen. Der zweite Versuch *Goldmanns* sagt demnach nichts über den Sitz der Schranke aus, wohl aber über eine andere Eigenschaft derselben, nämlich ihre große Empfindlichkeit gegen abnorme Verhältnisse. —

*Max Meyer*-Frankfurt a. M.-Köppern-Taunus: Unter Hinweis auf zwei klinische Beobachtungen, von denen in dem einen Fall bei einem schweren chronischen Epileptiker im Status epil. mit starker Bromacne eine Bromintoxikation angenommen und daher eine isotonische Kochsalzlösung injiziert wurde, trat ein sehr hohes Kochsalzfieber auf. Umgekehrt wurde bei

einem Fall mit septischen Temperaturen, die nach den klinischen Symptomen im Sinne einer Meningitis serosa zu deuten war, durch hypertonische Kochsalzinjektionen (10%) beginnend mit 10 steigend bis zu 30 ccm gleichzeitig mit den Fiebererscheinungen die heftigen Kopfschmerzen wie auch die auf das Kleinhirn hinweisenden Lokalsymptome beseitigt.

Es wird in diesem Zusammenhang auf Grund jahrelanger Erfahrung im Anschluß an frühere Arbeiten über die Bedeutung der Osmotherapie bei exsudativen Erkrankungen darauf hingewiesen, daß die in den beiden ersten Referaten besprochenen Permeabilitätsprobleme auch für therapeutische Zwecke bereits eine gewisse Bedeutung zu erlangen beginnen. Bei organisch bedingten Kopfschmerzen spez. solche mit erheblicher Druckerhöhung<sup>1)</sup> muß die günstige Wirkung intravenöser hypertonischer Kochsalzlösungen auf Veränderungen des osmotischen Druckes im Sinne einer Wasserverarmung gedeutet werden, welche unabhängig vom Arterien- und Venendruck sind. So konnte von amerikanischen Beobachtern auf die erwähnten Einspritzungen hin an Gehirnverletzten bei offenem Schädel eine starke Abnahme des Gehirnvolumens mit freiem Auge wahrgenommen werden. —

*Plaut-München* weist auf die Vieldeutigkeit der Ergebnisse des Tierexperiments hin, soweit es sich um operative Eingriffe am Nervensystem handelt. Man schafft pathologische Verhältnisse, die Rückschlüsse auf das physiologische Geschehen nur mit großer Vorsicht zu ziehen gestatten. So genügt es, den einem Kaninchen suboccipital entnommenen Liquor durch die in situ belassene Punktionsnadel zu reinjizieren, um erhebliche meningeale Irritation mit hohen Zellwerten und Modifizierung der Permeabilität zu erzielen.

Die Liquoranalyse beim Menschen hat ergeben, daß Stoffe direkt aus dem Gehirn bzw. Rückenmark in den Liquor überzutreten vermögen. Die Wassermannreagine, Stoffe von kolloider Beschaffenheit, die wir bei syphiligen Prozessen des Nervensystems im Liquor finden, beweisen, daß die Gehirnliquorpassage auch für Kolloide frei sein kann. Dieser Umstand ermöglicht es uns ja, die Liquorbeschaffenheit als Spiegel für im Gehirn lokalisierte Krankheitsvorgänge zu verwerten. Den Zufluß, den der Liquor aus dem Nervengewebe erhält, als Gehirn- bzw. Rückenmarkslymphe zu bezeichnen, könnte zu irigen Vorstellungen führen. Es handelt sich zweifellos um selektive Ausscheidungsvorgänge, für welche die Molekulargröße der jeweils passierenden Stoffe nicht allein maßgebend ist. Auch die Passage von Lipoiden zum Liquor sowohl vom Blut als vom Gehirn aus, unterliegt nicht den uns bekannten physikalischen Gesetzen. Nach den Feststellungen von *Knauer-Breslau* ist das Verhalten der Phosphatide zum Cholesterin im normalen Liquor 10:1, während es im Blut 1:1 ist; dabei übertrifft die Molekulargröße der Phosphatide die des Cholesterins. Bei gewissen destruktiven Prozessen des Nervensystems kommt es zu einer Anreicherung von Lipoiden im Liquor, deren endogene Entstehung sichergestellt zu sein scheint. Hier eröffnet sich ein neuer Weg zur praktischen Liquordiagnostik. —

*Josephy-Hamburg*: So verlockend die Verfolgung des Stoffaustausches im Zentralnervensystem auf anatomisch-visuellem Wege durch Farbstoff-

1) wie Meningitis serosa — Migräne und Hirnschwellung.



injektion ist, so sind gegen die Deutung der Trypanblauversuche — nicht gegen die klaren tatsächlichen Befunde — gewisse Bedenken zu erheben. Im ersten Versuch färbt sich de facto nicht nur der Plexus, sondern auch gewisse Teile des Gehirns, wie das Tuber cinereum. Vielleicht ist darin ein Hinweis zu sehen, daß sich nicht alle Abschnitte des Gehirns identisch verhalten und etwa grade das Tuber eine Sonderstellung einnimmt. Diese Möglichkeit wird betont durch die Tatsache, daß hier in einzelnen Kernen ein besonderer Gefäßreichtum besteht und daß die Beziehungen zwischen Kapillaren und Ganglienzellen sehr eng sind. Die *Spatz*sche Auffassung, daß die Kapillarendoxilien als Schranke anzusehen sind, hat an sich jedenfalls sehr viel Wahrscheinlichkeit für sich. Bedenken habe ich gegen die *Spatz*sche Auffassung des II. *Goldmann*schen Versuchs als eines rein physikalischen Problems. Das widerspricht dem Wesen der lebenden Substanz. Man darf beim Trypanblau eins nicht vergessen, daß man mit einem exquisit hirtoxischen Stoff arbeitet. Würde man eine dem Gehirn gemäße farbige Substanz zu den Versuchen verwenden können, so würde man vielleicht ein ganz anderes Bild von der Farbstoffgliederung gewinnen.

*Spatz* (Schlußwort): Die Vorstellungen von Herrn *Hauptmann* sind insofern denen von *Monakow* und *Lina Stern* eng verwandt, als alle drei annehmen, daß in der Hirnsubstanz Liquor zirkuliere und daß alle Stoffe, um zum Hirn zu gelangen, den Weg über den Liquor nehmen müßten. Historisch sind alle diese Vorstellungen durch konsequente Weiterbildung der irrigten Plexus-Hypothese *Goldmann*s entstanden. Dies mußte klar gesagt werden. *Hauptmann* hat sich übrigens auch stets auf *Goldmann*, *Monakow* und *Lina Stern* berufen. Die Frage, wo sich dabei der »intramurale« Liquor befindet, ob er in den adventitiellen Spalträumen enthalten ist oder sonst wo, ist eine Unterfrage für sich. Ich glaube mit *Walter*, daß die Gehirnflüssigkeit überhaupt nicht Liquor ist. Daß unter Umständen in das Gehirn, aber nicht in den Liquor, auch Kolloide leicht übertreten können, lehrt das Alizarinblau-Experiment von *Friedemann* und *Elkeles*. Daß gerade dabei eine Schädigung der Blut-Gehirn-Schranke im Spiele sein soll, erscheint mir sehr unwahrscheinlich und ist zum mindesten unbewiesen. Auch Herr *Gaertner* operiert immer da mit der Annahme einer Schädigung, wo die Tatsachen seinen eigenen komplizierten Hypothesen entgegenstehen. Beim zweiten *Goldmann*schen Versuch geht das Trypanblau glatt durch die Membrana gliae limitans hindurch, ohne daß anatomisch eine Schädigung nachweisbar wäre und bei entsprechender Dosierung, auch ohne daß klinische Störungsercheinungen auftreten würden. Das gilt noch mehr für andere, weniger giftige Farbstoffe als das Trypanblau, die auch vom Blut her nicht permeieren. — Die von mir vertretene Kapillar-Endothel-Theorie zur Erklärung der Schranken hat gegenüber allen anderen Theorien den Vorteil der Einfachheit; sie erklärt alle Tatsachen zwanglos und es gibt keine Tatsache, die zu ihr im Widerspruch stehen würde; außerdem wird damit das Schrankenproblem des Zentralnervensystems wieder in den Rahmen einer allgemeinen biologischen Gesetzmäßigkeit, nämlich der Permeabilität der Kapillaren, gerückt. Die Permeabilitätsverhältnisse am Gehirn sind nur gradweise von denen der übrigen Organe verschieden; das Schrankenproblem am Gehirn verliert seine fast mystische Sonderstellung. Man muß sich nur an den Gedanken gewöhnen, daß die Schranke selber ungefärbt bleibt, also im Farbbild nicht hervortritt; da wo eine Farbstoffspeicherung

stattfindet, ist die Schranke bereits überschritten. Dies gilt auch für die Speicherung im Plexus-Bindegewebe und Plexus-Epithel. — Herr *Josephy* nennt es »unsympathisch«, wenn man das Gehirn beim Eindringen der Farbstoffe vom Liquor aus mit einem Gel vergleicht und das Eindringen als Diffusionsvorgang auffaßt. Ich weiß sehr wohl, daß alle physikalischen und chemisch-physikalischen Vorstellungen begrenzt sind, wenn man sie auf lebendes Gewebe anwendet, aber wir müssen doch diesen Weg gehen, soweit er eben gangbar ist. Daß man mit solchen chemisch-physikalischen Erklärungsversuchen noch ein Stück weiterzukommen vermag, scheint mir der Vortrag von Herrn *Hallervorden* zu beweisen, welcher zeigt, daß am lebenden Gehirn Veränderungen vor sich gehen können, die man nur mit der Entstehung der Liesegangschen Ringe an der unbelebten kolloidalen Materie vergleichen kann.

*V. Kafka-Hamburg* (Schlußwort): *K.* möchte darauf hinweisen, daß er bei dem großen Umfange des Gebietes, das er zu referieren hatte, nur auf die wesentlichsten Dinge eingehen konnte und eine ganze Reihe von wichtigen Befunden gezwungenermaßen übergehen mußte. Gegenüber Hr. *Hauptmann* möchte *K.* betonen, daß er mit *Riser* den Plexus als alleinige Bildungsstätte für den normalen Liquor ansieht, während er für die Permeabilität sowohl Plexus wie Meningealgefäße verantwortlich macht, in welchem Maße ist im Referat ausgeführt worden. *K.* möchte ferner gegenüber *Hauptmann* und *Gärtner* hervorheben, daß der geringe Gehalt des Liquors an Aminosäuren wohl nicht für die Ernährung der Nervenzellen genügen kann, auch deswegen nicht, weil die meisten Körperzellen das ihnen zugeführte Eiweiß durch zelleigene Fermente selbst abbauen. Auch das schnelle Zugrundegehen der Zellen im Liquor deutet, was gegenüber Herrn *Gärtner* gesagt sei, darauf hin, daß diese Flüssigkeit zur Ernährung nicht genügt. Mit den Ausführungen von Herrn *Plaut* möchte *K.* vollkommene Übereinstimmung konstatieren und hervorheben, daß *K.* auf die Wassermannreagine und Lipoide in seinem Referat deswegen nicht eingegangen ist, weil sowohl bezüglich des Weges, wie auch der Art der Entstehung dieser Körper die Meinungen noch geteilt sind, ihre Betrachtung daher für die Frage des Stoffaustausches heute noch nichts Wesentliches ergibt. Seinem Mitreferenten Herrn *Spatz* gegenüber möchte *K.* noch einmal Übereinstimmung nach der Richtung hin festlegen, daß wohl auf dem Wege Liquor-Gehirn ein Schrankenproblem nicht vorliegt, daß er also nicht der Meinung von *Hauptmann* und *Gärtner* ist, daß die Gliamembran irgendeine Schrankenfunktion hat. Er möchte aber noch einmal hervorheben, daß die Aufnahme des Liquors in das Gehirn doch wahrscheinlich auf dem Wege präformierter Räume erfolgt und nicht ein rein physikalisches Phänomen darstellt. Gegenüber *Hauptmann* möchte *K.* schließlich noch betonen, daß die Herabsetzung der Permeabilität bei der Schizophrenie wohl nur vorübergehend auftritt und vielleicht der Oscillation der Liquorbefunde an die Seite zu stellen ist.

*Walter* (Schlußwort): Wenn *H. Gärtner* hinsichtlich der Eiweißstoffwechsels des Zentralnervensystems darauf hinweist, daß dieses hier wie bei andern Organen wohl durch Aminosäuren gedeckt werde, also keine kolloidreiche »Lymphflüssigkeit« zur Ernährung notwendig erscheinen lasse, so muß demgegenüber folgendes betont werden: Der Liquor enthält normalerweise etwa 0,51% Aminosäuren. Nimmt man dazu, daß der Resorptionsstrom des Liquors gegenüber dem Blut bezüglich der Schnelligkeit eine Größe von

kaum ein Tausendstel erreicht, so ergibt sich schon aus dieser Berechnung die Unmöglichkeit, den Liquor bezüglich des Eiweißstoffwechsels als Ernährungsflüssigkeit des Zentralnervensystems anzusehen. Hinsichtlich der Kohlenhydrate (Zucker) liegen die Verhältnisse ähnlich, hinsichtlich des Fettes noch ungünstiger. Deshalb kann nur das Blut resp. die Lymphe, wie die andern Organe auch das Zentralnervensystem ernähren.

Den Ausführungen von *H. Plaut* stimme ich voll bei: Der Übertritt einer in den Liquor injizierten Substanz durch die »Hirn-Liquor-Schranke« in das Nervenparenchym besagt für die normale Durchlässigkeit dieser Grenzschicht nichts, weil dadurch stets eine meningitische Reizung mit gesteigerter Permeabilität erzeugt wird.

*E. Schultze-Göttingen*: Preußisches Polizeiverwaltungsgesetz und Irrenfürsorge.

Im Anschluß an eine Verfügung des Oberpräsidenten von Hannover, die von einem an sich völlig harmlosen Vorkommnis ausging, stellten sich das preußische Ministerium für Volkswohlfahrt und das preußische Ministerium des Innern in ihrem Runderlaß vom 21. 1. 1931 auf den Standpunkt, daß entsprechend Artikel 114 Reichsverfassung nur gemeingefährliche Geisteskranken und nur auf Grund einer polizeilichen Verfügung entsprechend § 15, Polizeiverwaltungsgesetz vom 31. 6. 1931 in einer Anstalt gegen ihren Willen aufgenommen und untergebracht werden dürfen. Was unter Gemeingefährlichkeit zu verstehen ist, ergibt sich nach dem genannten Erlaß aus den Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts. *Schultze* bespricht kritisch die einzelnen Bestimmungen des Erlasses und kommt zu dem Ergebnis, daß er unter völliger Verkennung des fürsorgerischen Charakters der Pflege Geisteskranker einer zeitgemäßen Irrenpflege nicht im geringsten entspricht.

Er schlägt folgende, von der Versammlung ohne jede Aussprache einstimmig angenommene Resolution vor, die an die beteiligten Ministerien weitergeleitet werden soll:

»Der Runderlaß des Ministeriums für Volkswohlfahrt und des Ministeriums des Innern vom 21. 1. 1932 betreffend die polizeiliche Unterbringung der Geisteskranken in offenen Heil- und Pflégeanstalten bedeutet eine erhebliche Schädigung der in den Anstalten unterzubringenden oder untergebrachten Kranken.

Es ist notwendig, den Erlaß aufzuheben oder auf kriminelle Kranke zu beschränken.

Der Deutsche Verein für Psychiatrie erwartet, vor der endgültigen Regelung irgendwelcher Maßnahmen, die Unterbringung oder Behandlung von Geisteskranken betreffend, gehört zu werden.«

*Aschaffenburg-Köln*: Der Begriff der Gemeingefährlichkeit bei der Aufnahme von Geisteskranken in Irrenanstalten.

Auf dem Internationalen Gefängnis-Kongreß in London 1925 wurde über die Frage, ob man einem Teil der Gefangenen größere Bewegungsfreiheit geben könnte, diskutiert. Mir fiel dabei die Ähnlichkeit mit der Aussprache ein, die sich bei der Einführung des No-restraint-Systems in der psychiatrischen Literatur entwickelt hatte. Ich wies in der Aussprache auf dem Kongreß darauf hin und erwähnte dabei einen Aufsatz aus dem Jahre 1898, über die Verantwortlichkeit des Irrenarztes, in dem ich darauf hinweisen konnte, daß

im Laufe der vorangehenden 10 Jahre in Frankreich 10, in Deutschland nur ein Todesfall durch Angriff von Geisteskranken erfolgt seien, daß also die größere Bewegungsfreiheit keine Erhöhung der Gefahr bedeute. Ich füge dem hinzu, daß nach der weiteren Entwicklung der Arbeitstherapie in Irrenanstalten sich ein solcher Aufsatz lächerlich machen würde, so selbstverständlich sei die freie Beschäftigung der Kranken.

Nun gibt es zweifellos gefährliche Kranke und zwar auch solche, die gemeingefährlich sind. Ich habe 1912 in meinem Buche: die Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Kranken als solche diejenigen bezeichnet, die infolge oder während einer geistigen Störung die allgemeine Rechtssicherheit erheblich zu gefährden drohen. Ich war und bin mir bewußt, daß das keine sehr scharfe Definition ist, weil man ebenso sehr darüber streiten kann, was eine erhebliche Gefährdung darstellt, wie wann eine solche ernstlich droht. Jedenfalls steht fest, daß die Erweiterung der Bewegungsfreiheit und die allgemeine Einführung der Arbeitstherapie nicht auf Kosten der Rechtssicherheit vor sich gegangen sind.

Unter diesen Umständen muß man sich fragen: was bezweckt eigentlich der Erlaß des Ministeriums? Will man das berüchtigte Irrenschutzgesetz auf dem Verwaltungswege einschmuggeln? Tatsächlich bedeutet der Erlaß eine Tragikomödie. Wer entscheidet, der Beamte auf dem Polizeipräsidium, der den Kranken nicht kennt und sich ganz auf die vom Arzt ausgesprochene Auffassung verlassen muß? Berechtigt wäre ein polizeiliches Einschreiten doch nur bei Versagen der anderen Instanzen, und wenn wirklich eine ernste Gefahr vorliegt. Vergleicht man die staatliche Hilflosigkeit gegenüber den gemeingefährlichen Verbrechern, insbesondere den Berufsverbrechern, mit der unangebrachten Energie gegen die Kranken, die bei dem ganzen Verfahren nur Schaden leiden können, so muß man bedauern, daß das Ministerium sich nicht vorher durch den Deutschen Verein für Psychiatrie hat beraten lassen. Man sollte unserm Verantwortungsgefühl die Entscheidung über Aufnahme und Entlassung der Kranken ruhig überlassen. Das wäre besser für die öffentliche Rechtssicherheit, besser vor allem aber für unsere Kranken.

Diskussion: *Rein*-Teupitz erklärt als Vorsitzender des Reichsverbandes beamteter deutscher Psychiater, daß der Vorstand des R.V. einstimmig beschlossen hat, sich der Resolution anzuschließen und erwartet, daß auch die morgen stattfindende Jahresversammlung des R. V. dem bestimmen wird.

*Rein* weist noch hin auf den Wortlaut des Freiheitsberaubungsparagraphen 211 des preussischen StGB. vom 14. 4. 51, wo es heißt: »widerrechtliche Freiheitsberaubung ist nicht vorhanden, wenn die Fürsorge für einen Geisteskranken die Beschränkung seiner Freiheit notwendig macht.« —

Die Versammlung nimmt die von *E. Schultze* empfohlene Resolution an; der Vorstand wird sie gemeinsam mit dem Reichsverband beamteter deutscher Irrenärzte an das Preussische Wohlfahrtsministerium und das Preussische Ministerium des Innern einsenden.

#### *Vieten-Uchtspringe*: Psychosen bei Bluterkrankungen.

Bei der Durchsicht der Literatur vor allen Dingen der Nachkriegszeit fällt eine Zunahme der Bluterkrankungen auf. Im Zusammenhang damit mehren sich auch in unserer Fachliteratur die Berichte über Begleitpsychosen. Über die Ursache dieses häufigeren Auftretens ist noch wenig bekannt. Vielleicht spielen auch hier die ungünstigen, wirtschaftlichen Verhältnisse der

Nachkriegszeit ein Rolle. Diese psychotischen Zustände sind nach Ansicht der meisten Autoren wenigstens soweit es die perniziöse Anämie betrifft als toxische Störungen und nicht als Erschöpfungserscheinung aufzufassen. Verhältnismäßig häufig sind depressiv bzw. depressiv-paranoid gefärbte Zustandsbilder.

Prozentual sind Psychosen bei perniziöser Anämie am häufigsten beobachtet worden. Bei der Beurteilung der Begleitpsychosen ist natürlich eine gewisse Vorsicht nötig. In der Literatur sind Fälle bekannt, wo Schizophrene an perniziöser Anämie erkrankten. Andererseits ist zu bedenken, daß Kranke mit perniziöser Anämie, vor allen Dingen in schweren Fällen recht apathisch sind auch ohne daß sie sonst irgendwelche psychotischen Erscheinungen geboten hätten. Es ist natürlich schwer zu unterscheiden welche Rolle die perniziöse Anämie bei der Entstehung von Psychosen spielt, sei es daß sie symptomatische Psychosen depressiven Charakters entstehen lasse oder endogene Depressionen auslöse, die ohne die organische Erkrankung nicht aufgetreten wären. Neben den depressiven Zustandsbildern bei den perniziös-anämischen Begleitpsychosen kommen die exogenen Prädispositionstypen auch ziemlich häufig vor. Differentialdiagnostische Richtlinien zwischen endogen oder exogen bedingten Psychosen aufzustellen wird meines Erachtens nach kaum durchzuführen sein; ebenfalls kommen Blutbild und Therapie für eine solche Unterscheidung nicht in Frage. Erscheinungen von Seiten des Rückenmarks und Psychosen kommen häufig zusammen vor. Irgendwelche Schlüsse lassen sich daraus sowohl in prognostischer wie in differentialdiagnostischer Beziehung nicht ziehen. Ob bestimmte Konstitutionsformen im Sinne *Kretschmers* bevorzugt sind, bleibt dahin gestellt.

Pathologisch-anatomisch finden sich herdförmige Zellausfälle in der Rinde ohne besondere morphologische Kennzeichen und herdförmigen Zerfall um die Gefäße nach *Wohlwill* nur bei perniziöser Anämie mit psychotischen Begleiterscheinungen.

In zwei von mir beobachteten Fällen traten die psychischen Störungen unmittelbar nach der Grunderkrankung auf. Es betraf in beiden Fällen weibliche Kranke im Alter von 45 und 23 Jahren. Beide Psychosen boten einen ausgesprochen depressiv-paranoiden Charakter. Blutbild und Psychose standen hier in engem Zusammenhang insofern als mit Besserung des psychischen Zustandes Besserung des Blutbildes einherging. Die Therapie bestand in Bluttransfusionen. In beiden Fällen wurde Grundleiden und Psychose geheilt.

Bezüglich des Blutbildes möchte ich noch folgendes erwähnen. Ich habe verschiedentlich bei Kranken mit Depressionszuständen, und zwar handelte es sich vorwiegend um Frauen die während des Klimakteriums erkrankten, regelmäßig Blutbilder angefertigt und dabei die Feststellung gemacht, daß in einer Reihe solcher Fälle ein gegen die Norm verändertes Blutbild vorlag: und zwar waren Hämoglobingehalt und die Zahl der Erythrozyten zum Teil erheblich herabgesetzt. Irgendwelche körperlichen Beschwerden waren dabei nicht vorhanden. Zwischen Psychose und Blutbild bestand eine gewisse Korrelation. In einem Fall klang auf Campolonbehandlung hin die Psychose ab. Vereinzelt sind in der Literatur Fälle als perniziös-anämische Psychosen beschrieben worden wo sich die Diagnose der Grunderkrankung lediglich auf die Tatsache stützt, daß der Hämoglobinindex größer als eins war. Letzteres kommt auch gelegentlich bei anderen Anämien vor, so bei der Bothriocephalusanämie, derluetischen Anämie und beim hämolytischen Ikterus.

Leichtere psychotische Störungen depressiver Art sind bei einem Fall von Bothriocephalusanämie beschrieben worden, hier war zunächst an eine perniziös-anämische Psychose gedacht, erst später fanden sich Wurmeier. In diesem Falle war eine intensive Leberbehandlung eingeleitet worden, die eine weitgehende Besserung des Grundleidens und ein Abklingen der Psychose zur Folge hatte. Ausgesprochen psychische Störungen bei Leukämie sind in der Literatur bisher nicht bekannt. Von Chlorose kann dasselbe gesagt werden. Nach *Ewald* sind die in diesem Lebensalter auftretenden Störungen fast durchweg endogenen oder psychogenen Ursprungs.

Anschließend an die anämischen Zustände sei hier noch die Polyzythämie erwähnt, die ja auch zur Gruppe der Bluterkrankungen gehört, wenn auch vom Standpunkt des internen Klinikers entgegen gesetzte Störungen vorliegen. Ich möchte zunächst einige allgemeine Bemerkungen machen. Man unterscheidet zwischen primären und sekundären Formen. Zu den letzteren gehören die Polyzythämien, die nach Eindickung des Blutes beobachtet werden z. B. nach heftigen Diarrhöen, Kohlenoxyd oder Phosphorvergiftungen. Es finden sich ferner Vermehrung der roten Blutkörperchen bei Infektionen mit Trichinose. Zu den primären Formen gehören der Vaquez-Oslerische Typus, der neben der Polyzythämie eine erhebliche Milzschwellung zeigt und der Geisböcksche Typus, dem dieses Symptom fehlt, der aber dafür eine mehr oder weniger starke Erhöhung des Blutdrucks zeigt. Eine scharfe Trennung ist häufig nicht möglich. Bezüglich der Ursache sei kurz angeführt, daß man sowohl primäre Erkrankungen des blutbildenden Apparates als eine Insuffizienz der normalen Zerstörung der roten Blutkörper in Milz und Leber, endlich innersekretorische Einflüsse als Ursache angenommen hat. Als auslösende Momente kommen in Betracht: akute und chronische Infektionskrankheiten, aufreibende, verantwortungsvolle Berufstätigkeit, Überanstrengung, Überernährung usw. Prädisponierend für die Entwicklung des Leidens ist häufig eine neuropathische Konstitution der an Polyzythämie erkrankten. Vererbung und familiäres Auftreten der Polyzythämie ist von verschiedenen Autoren erwähnt. So berichtet *Georgi* über eine Familie, in der Mutter und zwei Kinder polyzythämisch erkrankten. In einer anderen Familie erkrankte der Vater an Polyzythämie und ein Sohn an lymphatischer Leukämie. Sicherlich liegt hier eine konstitutionelle und vererbare Schwäche der hämatopoetischen Organe vor. Zunächst darf ich wohl kurz auf das klinische Bild eingehen. Das Krankheitsbild der Polyzythämie ist in den ausgesprochenen Formen bereits an der roten bis cyanotischen Hautfärbung zu erkennen. Im Beginn der Erkrankung klagen die Kranken häufiger über starke Kopfschmerzen verbunden mit Ohrensausen und Schwindelgefühl. Die Kopfschmerzen treten zuweilen auch anfallsweise auf. Nach *Böttner* ist die Ursache dieses anfallsweisen Auftretens in Schwankungen des Hirnvolumens und dem dadurch bedingten intrakraniellen Schmerz zu suchen. Vielleicht erklären sich überhaupt die cerebralen Symptome (paraphasische Störungen und Aphasie) der Erkrankung auf diese Weise. Die roten Blutkörperchen sind vermehrt, der Hämoglobingehalt ist gleichfalls aber nicht entsprechend der Blutkörperzahl gesteigert. Im allgemeinen unterscheiden sich die Erythrozyten des Polyzythämikers in Form und Größe nicht von denen des Gesunden. Mäßige Leukozytosen sind beobachtet worden, doch weicht das Blutbild der Leukozyten nicht erheblich von der Norm ab. Untersuchungen *Böttners* haben in verschiedenen Fällen teils mit, teils ohne erhöhten Blutdruck

eine starke Erhöhung des Spinaldrucks ergeben. Trotz dieser starken Erhöhung des Liquordrucks wurden bei den Sektionen die Hirnwandventrikel nicht erweitert gefunden. Von neurologischen Symptomen seien erwähnt Parästhesien, Paresen, aphasische Störungen, Apraxie, Hemianopsie, choreiforme Zuckungen. Veränderungen des Augenhintergrundes sind verschiedentlich beschrieben. Sie bestehen in einer starken Verbreiterung, Schlingelung und spindelförmigen Ausbuchtung der Venen. Die Netzhaut selbst sieht dadurch im ganzen blutüberfüllt aus (Cyanosis retinae). Die Stauung kann sich steigern bis zur hochgradigen Stauungspapille. Von den psychischen Störungen seien erwähnt Reizbarkeit, Depression, gesteigerte Erregbarkeit und Erschöpfbarkeit, Demenz, Verwirrheitszustände. Über einen interessanten Fall von Dämmerzuständen bei Polyzythämie berichtet *Mendel*.

Anschließend möchte ich noch zwei Fälle erwähnen. Im ersten Fall handelt es sich um einen 48jährigen Patienten, der schon längere Zeit hindurch unter heftigen Kopfschmerzen litt. Allmählich bildeten sich dann die übrigen polyzythämischen Symptome aus. (Blutdruck 180 R.R., Milzschwellung, Hb. 95% Erythrozyten 6800000); etwa zwei Monate nachdem sich die Polyzythämie deutlich ausgebildet hatte traten die ersten psychischen Symptome auf. Der Kranke war recht gedrückter Stimmung, zeigte leichte Ermüdbarkeit aber keine Merkschwäche. Während im körperlichen Befinden eine Besserung eintrat verschlechterte sich der psychische Zustand zusehends. Der Kranke wurde recht unruhig, war viel außer Bett, sah dauernd Personen aus seinem Bekanntenkreis in seinem Zimmer von denen er sich verfolgt wähnte. Dabei während der Unterhaltung stets geordnet, konnte sich auf alle Einzelheiten und Vorkommnisse, soweit sie sein Geschäft betrafen, erinnern, besaß Krankheitseinsicht, führte das jetzige Leiden auf seine vielen geschäftlichen Sorgen zurück. Plötzlicher Exitus durch Suicid.

Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Fabrikanten, der an Kopfschmerzen, Magenbeschwerden und zeitweise auftretendem Schwindelgefühl erkrankte. Die Untersuchung des Blutbildes ergab Hb. 60 Erythrozyten 3000000, daraufhin Lebertherapie p. os. Ein Monat nach Beginn der körperlichen Erkrankung traten die ersten psychischen Störungen auf bestehend in Reizbarkeit, Erregungszuständen, starker Vergesslichkeit; Stimmung gedrückt. Die ständige Kontrolle des Blutbildes ergab eine langsame Steigerung sowohl des Hämoglobingehaltes wie der Erythrozyten; psychisch zunächst keine Änderung, dann plötzliche Verschlechterung des psychischen Zustandes; motorisch und mimisch gehemmt, antwortet nicht; Nahrungsaufnahme nur durch Reichen möglich. Das Blutbild, das mehrere Wochen lang aus bestimmten Gründen nicht angefertigt worden war, ergab eine Polyzythämie von 6000000 Erythrozyten. Die psychischen Symptome klangen nach einiger Zeit vollständig ab, körperlich trat eine weitgehende Besserung ein.

Die Polyzythämie nach Lebertherapie ist in der Literatur in einzelnen Fällen beschrieben; es lag jedoch in diesen Fällen keine psychotische Komplikation vor. Welche Vorgänge sich hier abspielen, ist noch nicht geklärt, spricht jedoch für einen gewissen Zusammenhang der hämatopoetischen Organe überhaupt.

*Jahrreiß-Köln: Zur Frage des inducierten Irreseins.*

Durch die vielfältige und fördernde Beschäftigung mit den Problemen der Wahnentwicklung einerseits und denen der suggestiven Phänomene

andererseits hat auch das sogenannte inducierte Irresein erneut an Interesse gewonnen. Für die Untersuchungen müssen alle Scheininduktionen zwischen Schizophrenen ausgeschaltet werden; dagegen erscheint es notwendig, mehr auf die Abneigung überwertiger Irrtümer im Alltäglichen einzugehen. Jedenfalls zeigt sich hier schon das Grundphänomen des inducierten psychopathischen Wahns: die abnorme Wir-Bildung, die auf der einen Seite die völlige Isolierung des Inducierenden verhindert, auf der anderen Seite aber den Inducierten in eine isolierende Gemeinschaftsfront gegen bisherige Bildungen hineinreißt.

Die Vereinsamung ist die natürliche Folge des Wahnkranken und für das Zustandekommen der Induktion erscheint deshalb die Persönlichkeit des Wahneempfängers entscheidender als die des Wahnspenders. Im Anschluß an *Freud* ist von *Hartmann* und *Stengel* dem Vorgang der Identifizierung eine große Rolle bei der Wahnübertragung zugeschrieben worden. Sicher liegen mehr oder weniger ausgeprägt auch den Wechselbeziehungen zwischen Induciertem und Inducierendem Erscheinungen einer eigenartigen Unterordnung, Passivität, ja eines blinden Glaubens zugrunde, wie sie zwischen Führer und Geführten, Meister und Jünger bestehen. Der Inducierte hält nicht nur den übernommenen Wahn für objektiv wahr, sondern er ist vor allem von der geistigen Gesundheit des Wahnspenders überzeugt. Dennoch findet eine schlichte Übernahme von Wahninhalten nur höchst selten statt: der Inducierte ist aktiv beteiligt. Der Inducierende kann die Gemeinschaft im Wahn nicht erzwingen. Es muß ihm jemand entgegenkommen und seine Wahnideen entgegennehmen.

In der Regel handelt es sich bei der Wahninduktion aber nicht um einen »gewachsenen« psychopathischen Wahn; ihr psychopathologischer Ort ist viel mehr unter den psychopathisch abnormen Suggestivreaktionen zu suchen. (Der Vortrag erscheint ausführlich im 99. Band der Allg. Z. f. Psychiatrie.)

*Max Meyer*-Frankfurt a. M.-Köppern i. T.: Über die Beziehungen epileptischer Anfälle zu atmosphärischen und jahreszeitlichen Einflüssen.

Die in eingehendem Referat (vgl. Nervenarzt I., 592 [1929] J. Springer) dargelegten Gesichtspunkte zur Prüfung der Frage der Häufung epileptischer Anfälle und deren Beziehungen zu jahreszeitlichen und atmosphärischen Einflüssen mittels statistischer Methoden wurden an verschiedenen Anstalten mit unterschiedlichem Klima auf eine möglichst breite Grundlage durch Einführung von Zählkarten für jeden einzelnen Epileptiker gestellt. In diesen wurde neben Kostform, Medikament, evtl. Auslösfaktoren und Anfallsstigmata jeder Anfall und Äquivalent mit Tag und Stunde verzeichnet. Es konnte auf diese Weise ein Gesamtmaterial von rund 7000 Anfällen verarbeitet werden, und zwar sowohl in weitaus der Mehrzahl der Fälle von essentieller chronischer und ein kleineres Material von traumatischer Epilepsie zweier verschiedener Hirnverletztenstationen (Frankfurt a. M. und München).

Mittels dieser Zählkarten wurden Anfallslisten mit Anwesenheitslisten angelegt, welche kurvenmäßig verarbeitet wurden, und zwar sowohl zu Monatskurven wie zu Stundenkurven und zu Kurven, auf welchen für jeden Tag die Luftkörper und deren Wechsel ermittelt werden konnten. Aus diesen Kurven war nicht nur die tägliche Zahl der Gesamtanfälle, sondern auch



die Zahl der betroffenen Anfälligen wie die Gesamtzahl der jeweils anwesenden Epileptiker zu ersehen. Erst dadurch war es ermöglicht, die bisherigen grundsätzlichen Fehler der sog. Durchschnitts- und Mittelwerte zu vermeiden.

Es ergab sich aus den Untersuchungen an fünf verschiedenen Anstalten mit einem verschieden großen Epileptikermaterial, daß die bisher noch angenommenen Saisoneinflüsse im Sinne eines Winter- und Frühjahrgipfels nicht zu Recht bestehen.

Es fehlen fernerhin unter Einhaltung mathematisch-statistischer Methoden die Häufung von Anfälligen und Beziehungen zu einzelnen Luftkörpern wie auch zu Luftkörperwechsel. Zu Recht besteht lediglich eine Häufung von Anfällen an einzelnen Tagen, die indessen lediglich von konstitutionellen Faktoren abhängt und nach dem Grundsatz der sog. verbundenen Reihen nicht beweisend erscheint.

Nur in den Tagesstundenkurven haben sich bestimmte Gesetzmäßigkeiten feststellen lassen, die aller Wahrscheinlichkeit nach mit luftelektrischen Vorgängen in Zusammenhang zu bringen sind.

*Hans W. Gruhle-Heidelberg: Epileptoide Psychopathen.*

Nicht die Frage ist richtig, ob es sie gibt, sondern ob es zweckmäßig ist, eine bestimmte Gruppe so zu bezeichnen. Die Erfahrung liefert echte Epileptiker, die fast gar keine Äquivalente, sondern nur motorische Anfälle haben. Dann folgt eine zweite Gruppe, bei der sich beide mischen. Bei einer dritten sind die großen Anfälle selten und oft nur nachts zu beobachten, die Äquivalente überwiegen. Eine vierte Gruppe hat unter den zahlreichen Äquivalenten noch petit mal und Tonusverlust. Eine jüngste dagegen entbehrt allen motorischen Beiwerks. Ihre — gesamten — nur psychischen — Symptome sind aber deutlich endogen. Diese Gruppe, die sich weitgehend mit *Gowers* reiner psychischer Epilepsie deckte, darf zweckmäßig als epileptoide Psychopathie bezeichnet werden. Bei einem weiteren Typus (sechs) treten zu den motivlosen, endogenen Symptomen exogene (psychogene) hinzu, bei den einen vereinzelt, bei den anderen vermehrt, bis schließlich am Ende dieser Reihe zwei Individuen mit rein psychogener Symptomatik stehen. Typus sechs wär aber diagnostisch korrekt zu bezeichnen: Epileptoide Psychopathie mit vereinzelt psychischen Symptomen. Eine solche Verwendung des Begriffes wäre rein empirisch unterbaut, unabhängig von allen Vererbungshypothesen (*Kleist, Gerum, Kretschmer, Mauz, Otto Kant*). Ein irgendwie einheitlicher Charakter (im eigentlichen Sinne), der den Namen epileptoid verdiente, findet sich nicht, so daß die entgegengesetzten Behauptungen der Italiener (*Telese u. Fumaioli*) und Russen (*L. M. Katzmann, Gannuschkin, Friedmann, Ssucharawa*) keine Stütze finden. Eher verdienen die Familienerkrankungen von Frau *Minkorska* Beachtung.

*Stiefjer-Linz und Ganner-Innsbruck: Zur Symptomatologie der Schläfelappentumoren (klinischer und anatomischer Beitrag).*

Einleitend weist Votr.<sup>1)</sup> auf das Schrifttum über die Symptomatologie des Temporallappens hin (*Marburg, Astwazaturow, Colodny u. a.*) und erwähnt eine Arbeit *Hauptmanns*, in der ein in vielen Einzelheiten mit den

<sup>1)</sup> *Ganner, Innsbruck.*

eigenen Beobachtungen übereinstimmender Fall von Schläfelappentumor mitgeteilt wird.

Von den eigenen vier Fällen beanspruchen drei durch ihren langen Krankheitsverlauf und ihre ungewöhnliche Symptomatologie das Interesse des Psychiaters ebenso sehr wie das des Neurologen. Zwei Fälle gingen durch lange Zeit unter der Diagnose »Morbus sacer«. Der eine hatte durch ein halbes Jahr hindurch keine anderen Erscheinungen von seiten des Z.N.S. als Absenzen, die durch eine im Laufe der Zeit sich etwas abändernde Aura eingeleitet wurden: Geschmacks-, Geruchshalluzinationen, Déjà-vu, Makropsie und schließlich auch Gehörshalluzinationen. In den letzten Jahren hinzutretende Charakterveränderungen im Sinne von Reizbarkeit, Neigung zu Konflikten und Verlangsamung, ließ die Diagnose »genuine« Spätepilepsie trotz negativer Familien- und Jugendanamnese bei dem wiederholt als negativ festgestellten neurologischen, Röntgen- und Liquorbefund nur um so gerechtfertigter erscheinen. Erst zwei Monate vor dem Tode traten Herderscheinungen auf, und es entwickelte sich ein voll ausgebildetes Tumorbild; linksseitige Hemiplegie und Hemihypästhesie; linksseitige Hemianopsie, Abflachung und Vertiefung der Sella mit Dellenbildung an der Felsenbeinspitze, keine Papillenschwellung. Der P. starb nach einer in zwei Zeiten ausgeführten Operation, die keine sicheren tumorösen Veränderungen in dem als Sitz der Geschwulst angegebenen rechten Schläfelappen aufdecken konnte.

Sehr ähnlich in seinem Verlauf der zweite Fall, bei dem durch sechs Jahre wechselnd häufig generalisierte Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit und kurzdauernden petit-malartigen Bewußtseinstörungen beobachtet wurden, zu denen erst nach sechs Jahren Symptome hinzutraten, die auf eine Herdschädigung schließen ließen: Rechtsseitige Arm- und Faciolingualparese, Hemianopsie nach rechts, Herabsetzung des Geruchsvermögens, amnestische und Namensaphasie sowie röntgenologisch nachweisbare Veränderung des os temporale wiesen auf den linken Schläfelappen als den Sitz der Geschwulst. Eine Operation mußte wegen des schlechten Allgemeinzustandes abgebrochen werden und P. starb bald darauf.

Etwas anders der dritte Fall. Bei ebenfalls vollkommen negativer Familien- und Jugendanamnese im 26. Lebensjahr auftretende Migräneanfälle, die im Laufe der Zeit an Häufigkeit zunahmen, aber durch vollkommen beschwerdefreie Intervalle getrennt waren. Sehstörungen (Quadrantenhemianopsie) und geringgradige Namensaphasie wiesen zwei Jahre nach Beginn des Leidens auf organische Verursachung des »Hemikraniesyndroms« hin. Nach 3 $\frac{1}{2}$ -jähriger Krankheitsdauer eintretende Verschlechterung mit halbseitiger Schwäche rechts, beginnender Stauungspapille und einer Herabsetzung des Hörvermögens links ließen die Diagnose: Tumor der linken Hemisphäre stellen. Bevor irgendein diagnostischer oder therapeutischer Eingriff ausgeführt werden konnte, starb P. ganz plötzlich an Atemstillstand.

Die Gehirne von allen drei Fällen, über die der Vortr. berichtet, kamen zur anatomischen Untersuchung. Es handelt sich wie in einer Reihe von Diapositiven demonstriert wird, bei allen um sehr ähnlich lokalisierte, den ganzen Schläfelappen einnehmende Tumoren von teils solidem, teils wabigem Bau, die bei den beiden ersten Fällen an der Basis des Schläfelappens gegen die Mittellinie zu vorwuchern. Histologisch handelt es sich um durchwegs sehr reife Gliome, deren Zellen gleichmäßig und arm an Mitosen nicht besonders dicht stehen und sich bei entsprechender Färbung als faserbildende Astrocyten erkennen lassen.

Im Gegensatz zu diesen drei Fällen berichtet Votr. noch über einen vierten Fall, bei dem ein Schläfelappentumor von fast vollkommen gleicher Lokalisation wie beim ersten Fall völlig andere Erscheinungen machte. Keinerlei Anfälle, sondern Kopfschmerzen, Erbrechen, Schwindel, Sehstörung, beträchtliche Stauungspapille und leichte Pyramidenbahnzeichen; Symptome, die unter zunehmender Verschlechterung nach einem Verlauf von kaum drei Monaten den Pat. ad exitum brachten. Histologisch handelte es sich bei diesem Fall um ein wenn auch der Astrocytenreihe angehörendes, doch wesentlich unreiferes Gliom, das auch schon makroskopisch von den Befunden der übrigen Fälle durch seine wechselnde Konsistenz und Farbe abwich.

Aus den Mitteilungen des Votr. ergibt sich bei Berücksichtigung der Literatur zusammenfassend folgendes:

Im höheren Alter auftretende epileptiforme Anfälle bei negativer Familien- und Jugendanamnese können trotz jahrelangen Bestehens das erste Symptom eines im Wachstum begriffenen Hirntumors sein. Die von *Hauptmann* aus seiner Beobachtung abgeleitete Schlußfolgerung kann durch drei weitere Fälle bestätigt werden. Schon bevor andere für den Schläfelappen charakteristische Symptome auftreten, so besonders röntgenologisch nachweisbare Veränderungen der mittleren Schädelgrube und Hemianopsie, die Diagnose sichern, kann die temporale Aura eventuell schon frühzeitig Hinweise auf den Sitz der Geschwulst im Schläfelappen geben.

Auf Grund der bei den mitgeteilten Fällen durchgeführten anatomischen und histologischen Untersuchung muß überdies gesagt werden, daß das Auftreten des geschilderten klinischen Bildes nicht so sehr durch den Sitz des Tumors im Schläfelappen als vielmehr durch die Art seines Wachstums bedingt wird. Dieses letztere läßt sich bis zu einem gewissen Grad aus der histologischen Artdiagnose erschließen. Gliome, die aus weitgehend differenzierten Elementen bestehen, wie etwa die Astrocytome bei den ersten drei Fällen — mögen sie nun mehr protoplasmatischer oder mehr fibrillärer Natur sein — sind es wohl vor allem, die durch ihr langsames Wachstum einen vom gewohnten klinischen Bild des Hirntumors so weitgehend abweichenden und protrahierten Verlauf verursachen können.

#### *Bürger-Prinz-Leipzig: Zur Klinik der Verstimmungen.*

Die Untersuchungen erstreckten sich auf die kurzphasigen, endogenen Verstimmungen, wie sie in der Literatur seit langem bekannt und z. B. bei Epileptikern, Traumatikern, »epileptoiden« Psychopathen usw. beschrieben sind. Alle Verstimmungszustände, die nur Begleitsymptome einer anderen Erkrankung z. B. einer Epilepsie waren, wurden ausgeschlossen. Die Verstimmungszustände der Migräniker dienten als Vergleich, um bei der Umgrenzung der Symptome nicht ins Uferlose zu geraten. Verwendet wurde nicht nur das bei Erwachsenen gewonnene Material, sondern vor allen Dingen auch die Ergebnisse, die auf der Kinderbeobachtungsabteilung der Klinik gezeitigt werden konnten. Es zeigte sich, daß schon bei Kindern kurzphasige endogene Verstimmungen viel häufiger sind, als man je annahm. Der Typ der endogenen Verstimmungen läßt sich klinisch sehr gut umreißen und von andersartigen, z. B. zyklotyphen Verstimmungen abgrenzen. Eigentümlich ist den endogenen Verstimmungen ein Herauslösen der Persönlichkeit aus ihren Umweltbeziehungen, gegen die eine ablehnend abwehrende Haltung eingenommen wird. Differenziertere Patienten schildern sehr anschaulich ein Herabsinken

auf eine tiefere Schicht, ins Triebhafte, Vitale. Damit hängt wohl die bei Erwachsenen häufiger anzutreffende erhöhte sexuelle Appetenz und bei Kindern das oft völlig hemmungslose Onanieren zusammen. Auch die evtl. auftauchende Sucht nach Alkohol oder dgl. stammt aus diesem Herabsinken und der mit der Verstimmung mitgegebenen oft dranghaften Unruhe. Typisch ist für die endogenen Verstimmungen auch ein Moment, das man als erhöhte Absättigung oder abgeschwächte Tragfähigkeit bezeichnen kann. Damit ist jene charakteristische Unfähigkeit des Verstimmten zu jeder Dauerbeanspruchung, gleich welcher Art sie ist, gemeint. Mehrfach kamen auch mehrere Wochen, selbst zwei Monate anhaltende Verstimmungen zur Beobachtung bei Patienten, bei denen jahrelang nur kurzphasige Verstimmungen bestanden hatten. Auch dabei verloren die Zustände ihre eigenartige psychologische Struktur nicht. Im Vergleich zum »Status migrānosus« wird man hier an einen »Verstimmungstatus« denken müssen. Auffällig ist, daß die meisten Jugendlichen in der Pubertät oder um die Pubertätszeit ihre Verstimmungszustände zu verlieren scheinen, abgesehen von denjenigen, bei denen nur in der Pubertät derartige Zustände auftreten. Bei den meisten Erwachsenen lassen sich, abgesehen von den Migränikern, Epileptikern usw., dagegen die Verstimmungen nicht bis in die Kindheit zurückverfolgen. Bei weitaus den meisten Patienten traten die Zustände erst im dritten oder am Ende des zweiten Lebensjahrzehntes auf. Eine besondere charakterliche Veranlagung, die zu Verstimmungen disponiere, hat sich nicht herausstellen lassen. Die Verstimmung stellt also eine endogene Zustandsänderung dar, die jenseits des Charakters liegt. Höchstens läßt sich das eine sagen, daß die »typischen Pykniker«, d. h. die völlig ausgeglichenen, warmen, lebensfrohen, menschen-nahen Typen sich anscheinend bei den endogenen Verstimmungen nicht finden. Große Schwierigkeiten macht zweifellos die diagnostische Abgrenzung, besonders nach der Seite der charakterlichen Abartigkeiten hin, z. B. gegenüber den Reizbaren, Dysphorischen, Stimmungs-labilen und nach den zyklischen Verstimmungen hin. Die Bemühung muß aber dem gelten: aus dem großen Kreis der Verstimmungen diejenigen herauszulösen, die mit der Zyklomyie, d. h. dem manisch-depressiven Irresein, nichts zu tun haben. (Erscheint ausführlich als Monographie.)

## Referat B: Alkoholismus.

### 1. Pohlisch-Berlin: Die Klinik des Alkoholismus.

Als Aufgabe des Referats wird die Darstellung der wichtigsten klinischen Forschungsergebnisse über den Alkoholismus seit Kriegsbeginn angesehen. Schon vor dem Kriege ist die rein medizinische und forensisch-medizinische Betrachtungsweise um sozialhygienische Gesichtspunkte bereichert worden. Mittlerweile wurde die Alkoholfrage in einigen Ländern durch Volksabstimmung oder andere gesetzgeberische Akte sogar zur Angelegenheit des öffentlichen Lebens. Damit ergab sich eine gesteigerte Beachtung der Ursachen des Alkoholmißbrauchs und der Entstehungsbedingungen der verschiedenen Krankheitsformen. Für den Psychiater behält bei alledem die Frage, ob es spezifisch-alkoholische Geisteskrankheiten gibt, besondere Bedeutung. Aber auch dem Internisten liefert die besondere Sachlage, daß ein weit verbreiteter, gut bekannter, toxischer Stoff auf die verschiedenartigsten Menschen, akut und chronisch, einwirkt, wertvolle pathologische Erkenntnisse. Schließ-

lich sei noch auf die wichtigen Beziehungen des Alkohols zur Erblehre verwiesen.

Verbrauchsmenge und Art des Getränks werden deutlich von der Preislage beeinflusst. Die Erhöhung des Schnapspreises um ein Mehrfaches hat in Deutschland den Konsum seit Kriegsende sehr viel stärker herabgedrückt als den des Biers, dessen Preis weniger gestiegen ist. Der Verbrauch beider wurde aber auch, besonders deutlich im letzten Jahr, durch die schlechte allgemeine Wirtschaftslage verringert. Andererseits führte man z. Z. der Jahrhundertwende den sog. »Elendsalkoholismus« mancher Arbeiterkreise gerade auf deren ungünstige soziale Lage zurück. Die Beziehungen zwischen Wirtschaftslage und Alkoholverbrauch sind also nicht eindeutig, andere Faktoren können bestimmd hinzutreten.

Die Zwangsnüchternheit während des Krieges hat die schweren alkoholischen Geisteskrankheiten fast zum Schwinden gebracht und sogar chronische Alkoholisten wirtschaftlich und gesundheitlich aufgerichtet. Gemessen am Delirium tremens, dem exaktesten statistischen Indikator für chronischen Alkoholismus, ergibt sich für die Charité, wahrscheinlich auch für andere deutsche Anstalten, ein wesentlich kleinerer Prozentsatz für die Nachkriegs- im Vergleich zu den Vorkriegsjahren. Die Befürchtung, daß es nach dem Kriege mit Freigabe der Alkoholproduktion durch die seelische Not zur Konsumsteigerung sogar über die Vorkriegsmenge hinaus kommen würde, erwies sich glücklicherweise als irrig. Die wirtschaftliche Not wirkte stärker als die seelische. Aber auch durch andere Faktoren wurden, wenn auch in geringerem Umfang, unsere Trinksitten und -gewohnheiten günstig beeinflusst. Dabei darf die Politisierung weiter Kreise nicht übersehen werden. Die Arbeiterorganisationen zeigen, ausgenommen einige von Alkoholberufen durchsetzte Gewerkschaften, zum mindesten kein direktes Interesse an großem Umsatz und damit einer Förderung des Alkoholkapitals. Bei Bauarbeitern, Maurern und Zimmerleuten haben sich allerdings beruflich fundierte Trinksitten, ähnlich denen in mittelalterlichen Zünften, erhalten. Politische Massenversammlungen unter freiem Himmel und Straßenumzüge pflegen ohne nennenswerten Alkoholverzehr vor sich zu gehen. Die herabgesetzte Arbeitszeit schränkt das hastige Schnapstrinken zugunsten des behäbigen Biergenusses ein. Gewerbehygienische Vorschriften verbieten vielerorts das Trinken während der Arbeit und in Arbeitspausen. Von politischen Parteien nimmt die nationalsozialistische durch Merksätze im Parteibuch, die den Rausch mit Hohn und Spott abtun, Stellung zur Alkoholfrage.

Die studentischen Trinksitten und ihr Einfluß auf nichtakademische Kreise haben an Bedeutung verloren. Wirtschaftsnot, Sport, politische und soziale Interessen halten den Studenten von heute häufig vom Kneiptisch zurück. Keineswegs durchbrochen aber ist die jahrhundertalte Verbindung des Alkohols mit traditionellen Werten, so daß er neben seiner geselligkeitsfördernden Eigenschaft sogar eine Art von kultischer Bedeutung erlangt hat, so beim Gesundheitstrinken, Bescheidtun, Salamanderreiben und als »waterländ'scher Trank« beim »Landesvater«.

Die Verknüpfung exklusiver Geselligkeit mit Tradition und Alkohol finden wir auch im Soldatenstand, hier als Liebesmahl und bei Regimentsfeiern. Beim Trinken nicht mitzumachen, gilt geradezu als unkameradschaftlich. Bei diesen Feiern sollen ja, unterstützt durch Alkohol, die sonst notwendigen Rangunterschiede vor dem kameradschaftlich Einigenden zurück-

treten. Es ist der Tag, an dem, gemäß dem alten in vino veritas, manches zur Sprache gebracht werden darf, was sonst unterdrückt werden muß. Solche psychologischen Tatbestände sollte man nicht unterschätzen, will man das Eingewurzeltsein der Trinksitten erklären.

Aus den akademischen und soldatischen Trinksitten entwickelt sich selten chronischer Alkoholismus, ihre Gefahr liegt in der Duldung des Rausches und in der Bewertung der Trinkfestigkeit als Ausdruck körperlicher Kraft.

Dagegen scheint mir der Einfluß des Weins als religiöses Symbol auf unsere Trinksitten weniger groß zu sein, als es neuerdings hingestellt wird. Zu viel Ehre tut man auch dem Alkoholrausch an, wenn man ihn sozusagen als Ersatzbegeisterung für religiöse Ekstase und geistige Produktivität hinstellt. Auch der Vergleich mit dem Orgasmus hat zu Schiefheiten geführt.

Sehr viel wichtiger ist der in der Tat fließende Übergang von der Genuß- zur Rauschwirkung. Vielen Rauschen liegt keinerlei primäres Rauschbedürfnis oder gar suchtmäßiges Streben zugrunde, sondern Hineingleiten beim geselligen Trinken. Die Gastwirtschaft hat von ihrer Mittlerrolle im geschäftlichen und geselligen Verkehr kaum etwas eingebüßt, immerhin konnte der Zuzug zum Kaffeehaus, zu Kino und Sportveranstaltungen dem Wirtshausbesuch einigen Abbruch tun. Bei Volks-, Familien- und Vereinsfesten jedoch wird Alkohol noch reichlich verzehrt, und der Bayer verehrt nach wie vor sein Bier als nationales Getränk. Speisen und Alkoholika sind oft, besonders im Gasthaus, aufeinander abgestimmt und erschweren dadurch die Einbürgerung alkoholfreier Getränke, zumal diese durchweg nicht billiger sind.

Ob Trinksitten und -gebräuche zu gewohnheitsmäßigem Abusus führen, wird meist durch persönliche Eigenschaften des Trinkers bestimmt. Diese zu ermitteln, gelingt besser mit Hilfe des Begriffs der Psychopathie, in dem der Einfluß von Anlage und Umwelt erfaßt wird, als mit dem der Neurose, der sich vorwiegend auf fortwirkende, besondere Erlebnisse, zumal solchen der Kindheit, bezieht.

Der Prozentsatz der Psychopathen eines bestimmten Beobachtungsmaterials wird mitbestimmt von äußeren Einflüssen, z. B. durch Materialauslese, aber auch durch die Schwere des Alkoholismus. Keineswegs entsprechen im allgemeinen den schwersten Alkoholismus- die schwersten Psychopathieformen. So ist unter den Nachkriegsdeliranten der Charité der Anteil der Psychopathen sehr viel geringer als unter den Zugängen der städtischen Fürsorgestelle des Wedding, deren größerer Teil gar nicht zum chronischen Alkoholismus kommt. Dieser Gegensatz läßt sich nicht ausschließlich erklären durch Häufung von Alkoholberufen bei den Deliranten, Vorwiegen dagegen von nichtalkoholischen Berufen und schlechter Wirtschaftslage beim Weddingmaterial, sondern auch durch konstitutionell große Alkoholtoleranz bei den ersteren und konstitutionelle, und zwar meist psychopathische, Intoleranz bei den letzteren.

Bei den Deliranten überwiegen, ihrer Konstitution nach, die Zyklotymen. Körperbaulich sind sie meist Pykniker, jedoch mit einem für diese ungewöhnlich starken Knochenbau. Gemessen an der Gesamtzahl der chronischen und nichtchronischen Alkoholisten ist die Gruppe der Zyklotymen nicht sehr groß; als Verführer und Schrittmacher wirken sie sich jedoch un-

heilvoll aus. In pathogenetischer Hinsicht lehrt diese Gruppe noch, daß gewohnheitsmäßige Trinkfreudigkeit als Ursache des Abusus nicht Ausdruck psychopathischer Eigenschaften zu sein braucht. Es ist deshalb zu begrüßen, daß neuerdings mehr auf das Vorkommen nichtpsychopathischer Gewohnheitstrinker geachtet wird. *Bemou* bezeichnet in Überspitzung des hier vortragenen Gedankens das Delir sogar als *alcoolisme professionnel* Anlagegesunder im Gegensatz zum *alcoolisme perversité* Anlagedefekter.

Bei der Einteilung der psychopathischen Alkoholisten nach der Art der Psychopathie sollte man sich auf einige allgemein anerkannte Psychopathentypen beschränken und beim Rest, auch wenn er unliebsam groß ist, auf Schilderung von Einzelfällen nicht verzichten. Dies trifft besonders für die kompliziert strukturierte Psychopathie weiblicher Alkoholisten zu.

Bei den Männern tritt als gut abgrenzbare und große Gruppe die der Erregbaren, Reizbaren und Explosiblen hervor. Dieser Typ findet sich offenbar mehr bei Trinkern, bei denen zeitweise Häufung von Exzessen im Vordergrund stehen, als bei eigentlichen Gewohnheitstrinkern. Die massive Verstimmung soll durch ein massiv wirkendes, toxisches Mittel beeinflusst werden, wobei die Wirkung recht verschieden ausfällt: Vom pathologischen Rausch bis zur Alkoholeuphorie des Durchschnittsmenschen kommen alle Formen vor.

Gut abgrenzbar sind ferner die hyperthymen und depressiven Psychopathen und die »schizoiden Alkoholiker« *Binswangers*, schwächer dagegen die Vagabonden und Pseudologen. Willensschwäche und Haltlosigkeit können, als genetisch nicht einheitlich, für Gruppierungszwecke nicht verwertet werden.

Der Einteilung *Cimbals* in Entartungs-, Leidenschafts-, Stumpfsinns- und Selbstwertungstrinker vermag ich mich wegen zu weitgehender Überschneidung der Unterschiedsmerkmale nicht anzuschließen.

Von nichtpsychopathischen Anlageanomalien sind Schwachsinn, Epilepsie, manisch-depressive, schizophrene und paranoide Anlage aufzuführen.

Die Persönlichkeitsstruktur des chronischen Alkoholisten tritt durch Gegenüberstellung mit der des Morphinisten noch deutlicher hervor. Zwischen beiden bestehen zweifellos grundsätzliche Unterschiede hinsichtlich Giftwahl und -ansprechbarkeit, was vielfach beim gemeinsamen Abhandeln unter dem Gesichtspunkt der Toxikomanie nicht genügend zum Ausdruck kommt. Zusammentreffen von gewohnheitsmäßigem Opiat- und Alkoholmißbrauch bei demselben Individuum ist ungewöhnlich. Die Zwangsnüchternheit während des Krieges hat bei uns die alten Alkoholisten nicht zu Morphinisten gemacht. Das damalige Anwachsen des Morphinismus ist durch andere Ursachen bedingt. Die nunmehr seit Jahren bestehende gesetzliche Einschränkung des Opiatmißbrauchs hat in Morphinistenkreisen nicht zum Alkohol-, anscheinend aber zur Steigerung des Schlafmittelmisßbrauchs geführt, der übrigens ebenfalls keine engen Beziehungen zum Alkoholmißbrauch hat. Die Morphinismus- und Alkoholismusbewegung werden also durch verschiedenenartigen Ursachen bestimmt.

Uns interessieren in erster Linie die Unterschiede in der Persönlichkeitsstruktur. Der Morphinist ist differenzierter und kann deshalb nicht in eine bestimmte Psychopathengruppe eingeordnet werden. Er fällt durch ein Mißverhältnis von großem Geltungsbedürfnis und nicht entsprechenden Lei-

stungen auf. Dem liegt kein Intelligenzmangel, sondern Unfähigkeit zu gleichmäßiger Arbeit durch Zielunsicherheit und Nachgiebigkeit gegenüber den häufigen Organsensationen zugrunde. Zu diesen gegensätzlichen psychopathischen Eigenschaften treten als weitere Mangel an Gemüt bei großer Neigung zu Verstimmungen hinzu. Dem steht die körperliche und seelische Robustheit des Alkoholisten gegenüber, was besonders beim Zurückverfolgen der psychopathischen Eigenarten bis zur Kindheit auffällt.

Morphin beschwichtigt gesteigertes Geltungsbedürfnis, Alkohol dagegen soll das Selbstgefühl steigern und aktivierend wirken. Morphin beeinflusst die mannigfachen neurasthenischen Beschwerden, Alkohol die depressiven und epileptoiden Verstimmungen. Für den Morphinisten gibt es keine behagliche Geselligkeit; nur Geltungstreben und formale Gewandtheit, nicht aber affektive Verbundenheit führen ihn in die Gesellschaft. Sensation gilt ihm mehr als Bierphilistertum, Kaffeehausbetrieb mehr als Vereinsmeierei, Alkoholromantik ist ihm ein Greuel. Ein Bund geheilter Morphinisten ist nicht vorstellbar. Dem Mißbrauch steht er so intellektualistisch gegenüber, daß er ihm sogar zum Studienobjekt werden kann — ganz im Gegensatz zum Alkoholisten. Sinken und Erlöschen von Libido und Potenz läßt den Morphinisten gleichgültiger als den Alkoholisten, wie besonders dessen Eifersuchtsideen zeigen. Hieraus sowie aus dem Trinken in Männergesellschaft eine latente Homosexualität herzuleiten, halte ich nach dem sexuellen Gesamtverhalten nicht für berechtigt, viel eher läßt sich beim Morphinisten, allerdings nur bei einem Teil, von homosexueller Triebrichtung sprechen.

Für die Anlagebedingtheit der hier skizzierten Typen spricht deren gehäuftes Vorkommen in den Geschwister- und Elternschaften. Alkoholismus und Morphinismus verhalten sich auch hier, und zwar hinsichtlich Konstitutionstypen wie auch Erkrankungshäufigkeit, durchaus gegensätzlich. Das Material darüber wird noch veröffentlicht.

Beachtenswert sind Unterschiede ethnologischer Art. Das seltene Vorkommen chronischer Alkoholisten bei den Juden verschiedener Länder ist seit langem aufgefallen und kürzlich für Polen durch *Becker* statistisch nachgewiesen. Dem liegt nicht etwa gehäuftes Vorkommen von Enthaltamen, sondern von Mäßigen zugrunde, trotzdem der Alkoholhandel in Polen seit Jahrhunderten vorzugsweise in jüdischen Händen liegt, und religiöse Gebräuche eng mit Alkoholgenuß verknüpft sind.

Unter 342 männlichen Deliranten der Charité befindet sich kein einziger Jude, dagegen unter 285 männlichen Morphinisten etwa dreimal so viel, als nach ihrem Anteil an der Berliner Bevölkerung zu erwarten wäre. Berücksichtigt man jedoch das Heilgewerbe, so ergibt sich kein größerer Anteil der Juden am Morphinismus, als der Durchschnittsbevölkerung entspricht.

Der Vorrang eines bestimmten Rauschmittels bei vielen Völkern wird darauf zurückgeführt, daß diese ein ihrer Eigenart adäquates Mittel gefunden haben. In der Tat spricht manches dafür, aber erst eine historische Untersuchung kann entscheiden, inwieweit eine Auswahl unter mehreren Mitteln möglich war.

Von den Krankheitsformen durch Alkoholmißbrauch werden hier, der übersichtlichen Darstellung halber, die außere cerebralen von den cerebralen getrennt. Beide sind weder klinisch noch pathologisch-anatomisch als spezifisch aufzufassen.

Von den außere cerebralen Organsystemen werden vorzugsweise



Verdauungstraktus, und zwar direkt, sowie auf dem Blutwege Leber- und Kreislaufsystem befallen. Wie wenig wir über die engen Beziehungen der Leber zum Alkoholismus wissen, geht z. B. daraus hervor, daß sich die häufige Fettleber bei chronischem Alkoholismus nicht in eine klinisch faßbare Krankheitsform bringen läßt. Leberfunktionsprüfungen geben nur einen allgemeinen Hinweis, daß Störungen vorliegen. An Zirrhose, die durchaus nicht mehr als spezifisch-alkoholisch angesehen wird, erkrankt nur ein Teil der Gewohnheitstrinker.

Die mannigfachen Einwirkungen auf den Kreislauf führen offenbar nur bei persönlicher Bereitschaft zur Arteriosklerose. Zentrale Störungen der Vasokonstriktoren sollen sich beim Alkoholisten, aber auch bei anderen Hirnschädigungen, mit Hilfe des *Muckschen* Adrenalinsondenversuchs aus dem Verhalten der Nasenschleimhautgefäße erschließen lassen.

Das Befallenwerden anderer außerzerebraler Organsysteme vollzieht sich nicht entsprechend dem Grad des Mißbrauchs, sonst müßte der Psychiater, weil er die Trinker mit stärkstem Mißbrauch bekommt, etwa Diabetes, Nieren- und arthritische Erkrankungen häufiger beobachten als der Internist. Durch nichtgenügendes Beachten dieser Tatsache ist lange Zeit hindurch der Einfluß des Alkohols auf diese Erkrankungen überbewertet und die gesteigerte persönliche Anfälligkeit unterbewertet worden. Die gegenseitige ungünstige Beeinflussung von Alkoholismus einerseits, Lues und Krebs andererseits wurde sicherlich überschätzt, dagegen ist die erhöhte Sterblichkeit der Alkoholisten an Infektionskrankheiten statistisch bewiesen.

Als neuer statistischer Begriff wurde von *Bandel* der der spezifischen Männersterblichkeit eingeführt, d. h. das Verhältnis der Männer- zur Frauensterblichkeit, den er für einen brauchbaren Maßstab der Alkoholsterblichkeit hält.

Ich komme zu den psychischen Krankheitsformen. Die Experimentalpsychologie hat mit der vorwiegenden Einstellung auf Messen von Leistungen ihr Gebiet begrenzt und innerhalb dieses Gebiets für den Alkohol einige Ergänzungen gebracht.

Der Begriff des Rausches wurde wesentlich erweitert durch Vergleich des Alkoholrausches mit dem nach Kokain, Meskalin und Haschisch. Dadurch und durch Hinzuziehen von Alkoholhalluzinose und -delir ergaben sich auch wertvolle, hier nicht zu erörternde Ergebnisse für die Theorie der Halluzination.

Beim amnestischen Syndrom kann das, was als Herabsetzung der Merkfähigkeit imponiert, weitgehend auf Störungen der Einstellung (im Sinne von *Kries*) beruhen. Nach *Grünthal* ist das Erinnerungsmaterial im einzelnen erhalten, aber die Beziehungen der Gedanken unter sich und besonders zur Gesamterfahrung haben sich weitgehend gelockert.

An neurologischen Befunden ist zunächst der *Tramersche* Fußballenreflex, die rasche Dorsalflexion des Fußes bei Beklopfen des Fußballens, als Symptom des Delirium tremens anzuführen.

*Runge* fand bei 43 unkomplizierten Räuschen regelmäßig Nystagmus, häufig konjugierte Blick-, vereinzelt auch Konvergenzparese und abgeschwächte Licht- und Konvergenzreaktion der Pupillen. Er neigt dazu, diese, von anderen Autoren übrigens nicht als so häufig hingestellten Symptome im Hirnstamm zu lokalisieren und sogar als leichte Polioenzephalitis *Wernickes* zu deuten.

Die von der *Magnusschen* Schule beim Tierversuch erzeugte Änderung der Lage- und Stellreflexe durch Alkohol regte zu ähnlichen Untersuchungen bei chronischen Alkoholisten, besonders bei Deliranten an. Wir stehen hier noch im Beginn des Ordnen pathologischer Befunde und des Vergleichs mit anderen zerebralen Schädigungen. Bemerkenswert ist nach *Zingerle* das illusionäre Anknüpfen der Deliranten an solche Haltungsanomalien.

Die Pathogenese der psychischen alkoholischen Krankheitsformen hat besondere Beachtung erfahren. Die alte Aufgabe, den Grad des Rausches nach dem Blutalkoholgehalt zu bestimmen, hat *Widmark* durch Einsetzen individueller Faktoren, wie Körpergewicht, Geschlechtszugehörigkeit, Tempo der Verbrennung, der Lösung nähergebracht. Die Untersuchung erfordert spezielle Erfahrung, die Blutentnahme dagegen kann jeder Praktiker vornehmen: 1 ccm Blut wird aus Ohrläppchen oder Finger durch eine präparierte Kapillare aufgesogen. In Schweden soll sich die Methode bei etwa 600 Räuschen, darunter vielen forensisch wichtigen, bewährt haben; leider ist sie beim pathologischen Rausch und chronischen Alkoholismus noch nicht überprüft.

Der Begriff der Dipsomanie hat durch das Festhalten an primären periodischen Verstimmungen mit sekundären Trinkexzessen seine enge Fassung beibehalten, ist jedoch in genetischer Hinsicht durch das Hinzuziehen von psychopathischen, manisch-depressiven und exogen-zerebralen Verstimmungen zu den epileptischen erweitert worden. Die phasenweise auftretende echte Sucht, Alkoholunterempfindlichkeit und Schlafstörungen der Dipsomanen, wie beim Falle *Bonhoeffers*, sollten mehr als bisher zum Vergleich mit ähnlichen Störungen bei andern alkoholischen Krankheitsformen herangezogen werden. Dies trifft besonders für den noch zu klärenden Suchtbegriff zu.

Der chronische Alkoholismus gilt nicht mehr als einfache Summierung rasch aufeinanderfolgender Alkoholeinwirkungen, sondern als eine sekundäre, neuartige Krankheitsform. Diese Lehre *Bonhoeffers*, ohne die uns die Pathogenese alkoholischer Geistesstörungen unverständlich bleiben würde, hat sich durchgesetzt und ist auch neuerdings stoffwechselfathologisch bestätigt worden. Im Vergleich zum akuten Rausch treten neuartige Stoffwechselstörungen auf. Als wichtigste seien angeführt: im Urin Urobilinogen; im Blutplasma positive Flockungsreaktion, erhöhte Senkungsgeschwindigkeit der Erythrozyten, Verschiebung des Prozentverhältnisses der Eiweißfraktionen zueinander, stark positiver Ausfall der Bilirubinreaktion, allerdings ohne Ikterus, ferner Azetonkörpervermehrung und ein toxisches Blutbild. Mit Näherrücken zum Delir nehmen diese pathologischen Befunde an Stärke zu und erreichen im Delir das Maximum. Von neuartigen Stoffwechselstörungen ließ sich bisher im Delir nur Indikanämie feststellen, welche aber wohl kaum als »ätiologisches Zwischenglied« anzusprechen ist. Prinzipielle Unterschiede toxischer Art zwischen Delir und chronischem Alkoholismus haben sich also entgegen der klinischen Erwartung bisher nicht ergeben. Die Stoffwechselfathologie liefert uns noch kein vollständiges Bild der komplizierten toxischen Vorgänge, sondern nur einzelne Indikatoren, zu denen übrigens außer den hier angeführten für den chronischen Alkoholismus noch einige weitere hinzukommen. Praktisch haben die Stoffwechselfathologie zur Behandlung des Delirium tremens mit Insulin oder mit Decholin geführt.

Ich gehe nunmehr auf die Pathogenese der auf dem Boden des chroni-

schen Alkoholismus entstandenen Geisteskrankheiten ein. Die Halluzinose ist eine weniger massive Krankheitsform als das Delir: psychopathologisch, weil mnestiche und Bewußtseinsstörungen fehlen; pathogenetisch, weil die Halluzinose bereits bei leichterem chronischem Alkoholismus und meist ohne sog. Gelegenheitsursachen, insbesondere ohne Hinzutreten von Neuerkrankungen, entsteht. Die leichtere Auslösbarkeit bei seltenerem Vorkommen im Vergleich zum Delir, dazu die, den exquisit exogenen Reaktionsformen fehlende, Neigung zu stationärem oder gar progredientem Weiterverlauf nach Eliminierung der Noxe, den ein Teil der Halluzinosen zeigt — das alles hat zur Annahme einer persönlichen Bereitschaft geführt. Welcher Art diese ist, kann noch nicht endgültig beantwortet werden. Lokalisatorische Theorien, die auf Hirn oder Ohr hinzielen, haben uns nicht weitergeholfen. Ob man eine schizophrene Veranlagung zur Erklärung heranzieht, hängt wesentlich vom Umfang ab, den man dem schizophrenen Formenkreis gibt. Das Fehlen katatoner Symptome im Gesamtverlauf und der seltene Ausgang in schizophrene Verblödung mahnen zur Vorsicht. Charakterologisch finden wir viele Auffälligkeiten, jedoch ist ein typologisches Einordnen dieser bisher nicht gelungen. Über den Erbgang liegt nichts Abschließendes vor.

Für das Delirium tremens läßt sich, im Gegensatz zur Halluzinose, eine persönliche Bereitschaft nicht wahrscheinlich machen. Eine voralkoholische gesteigerte Anfälligkeit für symptomatische Psychosen besteht nicht; beurteilt nach Häufigkeit und Schwere der psychopathischen Anlage, schneiden die Deliranten phäno- und genotypisch erheblich besser ab als andere Alkoholisten. In der Anpassungsfähigkeit an große Alkoholmengen leisten die Deliranten Jahre hindurch Erstaunliches. Erst bei erheblichem Anwachsen der Stoffwechselstörungen stellen sich pathologische Rausche, epileptische Anfälle, fieberhafte und andere Neuerkrankungen ein, die dann den letzten Anstoß zum Delir geben können. Vergleicht man mit dieser langjährigen Widerstandsfähigkeit das frühzeitige Versagen der Trinker mit nachweisbaren Anlageanomalien des Hirns oder anderer Organe, so spricht vieles sogar dafür, daß das Delirium tremens die Reaktionsform des anlagegesunden Hirns auf einen bestimmten Grad der Alkoholdauervergiftung ist. Dieser Auffassung widerspricht nicht, daß der eine Säufer früher als der andere am Delir und der dritte durch Hinzutreten von Komplikationen an *Korsakow*-scher Psychose erkrankt. Diese Auffassung schließt auch nicht aus, das Delir als einen im Sinne von *Hoche* parat liegenden Symptomenkomplex, allerdings als einen allgemein menschlichen, aufzufassen.

Das scharfe Herausheben des Gegensatzes Delir-Halluzinose fördert die Kenntnis ungewöhnlicher Psychosen bei chronischen Alkoholisten. Wenn Delir und Halluzinose sich gelegentlich überschneiden, so spricht das nicht gegen die Berechtigung, ihre reine Form voneinander zu trennen. Die ehemals als chronische Alkoholpsychosen bezeichneten stationären und fortschreitenden Halluzinosen und Wahnbildungen nach Alkoholentzug haben sich als pathogenetisch kompliziert ergeben. Arteriosklerotische, schizophrene und involutive Prozesse, aber auch noch völlig unbekannte Faktoren machen Symptombild und Verlauf atypisch. Entsprechend dieser Erfahrung gruppieren wir jetzt diese Psychosen nach der Grundkrankheit und nicht mehr bloß unter dem Gesichtspunkt des Alkoholismus.

Auch im übrigen sind wir, zum Vorteil pathogenetischer Erkenntnis wie auch statistischer Auswertung, sparsamer geworden im Aufstellen

alkoholischer Krankheitsformen. Die vom Deutschen Verein für Psychiatrie 1930 entworfene Diagnostentabelle für die Reichsstatistik sieht vier Formen vor: Rauschzustände, chronischer Alkoholismus, Delirium tremens und Halluzinose, ferner Korsakowsche Psychose. Zu erörtern wäre noch, ob die Dipomanie, um sie nicht im Sammelbegriff »Rauschzustände« aufgehen zu lassen, gesondert aufzuführen ist. Die Alkoholparalyse ist seit der serologischen Sicherung der Diagnose Progressive Paralyse verschwunden. Alkoholepilepsie und Eifersuchtsideen haben sich nur als Symptom des chronischen Alkoholismus ergeben, allerdings als hervorstechendes. Prädilektionszeit des epileptischen Anfalls ist das Prodromalstadium des Delirs, bei früherem Auftreten liegt meist eine abnorme Krampfereitschaft vor. Diese hat übrigens bei genuiner Epilepsie nicht die vielfach angenommenen engen Beziehungen zum Alkohol.

Krankhafte Eifersuchtsideen entwickeln sich beim chronischen Alkoholisten so häufig, daß schon deshalb die Annahme einer individuellen Bereitschaft unwahrscheinlich ist. Sie läßt sich auch nicht für die Zeit vor dem Alkoholmißbrauch, meist nicht einmal vor Beginn des chronischen Alkoholismus, nachweisen. Nur wer sich die psychoanalytische Lehre zu eigen macht, wird latente Homosexualität als Ursache des Gewohnheitstrinkens und schließlich auch der Eifersuchtsideen anerkennen. Das enge Verbundensein der Eifersuchtsideen mit Rauschen auf dem Boden des chronischen Alkoholismus und mit Subdelirien warnt vor Überbewertung psychologischer Erklärungen. Für den systematisierenden Eifersuchtschwahn nach längerem Alkoholentzug gilt das über die chronischen Alkoholpsychosen Gesagte.

Als spezifisch werden wir die Psychosen der chronischen Alkoholisten nicht mehr ansehen, nachdem wir neuerdings bei Dauervergiftungen durch Schlafmittel und Inhalationsanästhetika gleiche oder doch sehr ähnliche psychische Bilder und Verlaufsformen beobachtet haben. Hinzu tritt für Delirien, für welche die Frage ja besonders zu stellen ist, die zwar spärliche, aber überzeugende Kasuistik anderer exogener Schädigungen, etwa der Encephalitis epidemica, progressiven Paralyse und der akuten Vergiftung durch Stoffe der Atropingruppe. In solchen Fällen läßt sich nur durch Hinzuziehen von Anamnese, körperlichen Begleitsymptomen, evtl. auch von psychisch-symptomatologischen Eigenheiten, die Ätiologie des Delirs feststellen. Die Erhebung der psychisch-symptomatologischen Eigenheiten zum ätiologischen Einteilungsprinzip ist immer wieder angestrebt, jedoch nicht überzeugend durchgeführt worden.

Praktisch interessiert uns zur Zeit besonders wegen der Zunahme des Mißbrauchs von Schlafmitteln deren Vergleich mit dem Alkohol, theoretisch übrigens wegen der chemischen Verwandtschaft. Beide Gruppen dieser Narkotika der Fettreihe zeigen pathogenetisch durch die Tatsache der pharmakologischen Gewöhnung und des Auftretens von Delir und Halluzinose erst auf dem Boden der Dauervergiftung weitgehende Übereinstimmung, dagegen bestehen zwischen der einmaligen Vergiftung beider Gruppen grundsätzliche symptomatologische Unterschiede. Pathologisch-anatomisch haben auch die neueren Untersuchungen bei allem ihrem Umfang keine die Natur des Prozesses betreffenden Unterschiede zwischen chronischem Alkoholismus, Delir und *Korsakow* ergeben. In lokalisatorischer Hinsicht zeigen die Befunde *Gampers* und *Neubürgers* eine elektive Schädigung des Hirnstamms mit dem Corpus mammillare als Zentrum, so daß *Gamper* dieses

in enge Beziehung zum amnestischen Syndrom bringt, während *Creutzfeldt, Marcus, Ohkuma* u. a. die Hirnrinde nicht ausschalten. Von sämtlichen wird, übereinstimmend mit früheren Untersuchern, der Krankheitsprozeß als nicht entzündlich bezeichnet.

Die eugenisch und erbtheoretisch wichtige Frage, ob äußere Einflüsse, also auch Alkohol, als Keimgift wirken und dadurch minderwertige Nachkommen erwarten lassen, steht jetzt im Vordergrund der experimentellen Erbwissenschaft. Bei der Tauflicge sind minderwertige Mutationen durch Röntgenbestrahlung, beim Löwenmaul durch chemische und physikalische Reize erzeugt worden. Bei den Nachkommen männlicher alkoholisierter Mäuse ist Erhöhung der Säuglingssterblichkeit wahrscheinlich gemacht.

Der Analogieschluß auf den alkoholisierten Menschen ist nicht ohne weiteres zulässig: Der Experimentator schafft maximale oder doch ungewöhnlich starke Schädigungsreize, ferner Mutationen von weniger komplexer Art als etwa Schwachsinn, Psychopathie und Epilepsie. Die Untersuchungen sind also am Alkoholisten selbst anzustellen. Leider ist wegen methodischer Mängel die Mehrzahl der Untersuchungen nicht zu verwerten. Die Kinderschaften nichtpsychopathischer Deliranter aus der Charité ergaben kein gehäuftes Auftreten von Anlageanomalien (*Pohlisch*), und die von *Panse* untersuchten Kinder von Gewohnheitstrinkern aus der alkoholischen und voralkoholischen Zeit unterscheiden sich nicht voneinander. Beim Menschen müssen wir uns vorerst mit kleineren Zahlen als der Experimentator und mit der Kindergeneration allein begnügen, so daß beim Menschen die Frage, ob Alkohol keimschädigend wirkt, offen bleibt, anstatt wie früher, voreilig bejaht zu werden. Der Propagandist gegen den Alkoholismus verliert dadurch ein Werbemittel, der Eugeniker aber braucht nicht zu resignieren.

## 2. Bratz-Berlin: Behandlung des Alkoholismus.

### I.

Die Behandlung des Alkoholismus<sup>1)</sup> war ursprünglich keine psychiatrische Domäne. In Deutschland hat sich zuerst die evangelische Kirche der Trunksüchtigen angenommen, die evangelische Innere Mission hat 1851 zu Lintorf die erste offene Trinkerheilstätte gegründet. 1877 wurde in Genf das evangelische Blaue Kreuz gegründet, das sich seither mit der Trinkerrettung befaßt, zumeist dieselbe ohne Anstaltsbehandlung erreicht.

Einen Markstein auf dem Wege zur Behandlung der Trunksüchtigen kann nun unser Deutscher Verein für sich buchen und zwar den Vortrag, den *Werner Nasse* 1876 vor dem Verein deutscher Irrenärzte zu Hamburg hielt und der über die damals neuen nordamerikanischen Trinkerasyile berichtete. Man hatte in Nordamerika von vornherein auch gesetzliche Maßnahmen für die Einweisung geschaffen. Die Alkoholiker konnten als freiwillige Patienten aufgenommen werden oder gegen ihren Willen auf Attest zweier Ärzte und des Zeugnisses zweier unbescholtener Bürger, daß sie unfähig seien, ihre Geschäfte zu besorgen oder in der Freiheit gefährlich.

Dem Deutschen Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke, jetzt gegen Alkoholismus benannt, dem ja auch viele von uns Psychiatern ange-

<sup>1)</sup> Erscheint ausführlich in: Internat. Zeitschrift gegen Alkoholismus. Berlin, Neuland-Verlag 1933.

hören, und insbesondere der unermüdlichen Arbeit seines Direktors Prof. Gonser verdanken wir manche Fortschritte. So konnte früher jeder Rentenbezieher seine Rente unbehelligt vertrinken. Nach dem Kriege von 1870/71 waren dem Trunke ergebene Kriegsinvaliden leider häufig. Wenn ich mich nicht irre, ist auf Anregung gerade Gonsers in die Reichsversicherungsordnung die Bestimmung des § 120 eingefügt, daß statt des baren Geldes dem Rentenempfänger sogenannte Sachleistungen gewährt werden können. Dazu gehört z. B. die monatliche Miete. In gleicher Absicht sind später in anderen Gesetzen ähnliche Bestimmungen ergangen. Wenn unsere Arbeitsämter alle so wie das Frankfurter sie handhaben würden, kann auch ein Erwerblosener seine Erwerblosenraten nicht ohne weiteres in Alkohol umsetzen. Übrigens geschieht es im letzten Jahre unter dem Zwange der Not und der gestiegenen Schnaps- und Bierpreise erheblich seltener als zuvor, daß Müßiggang und seelische Depression die Arbeitslosen auf den Weg der Trunksucht bringen.

Die bezeichneten großen Züge aus der Geschichte der Trunksuchtsbehandlung zu berücksichtigen ist erforderlich, wenn wir zu einer gerechten Gegenwartsgestaltung kommen wollen. Wir werden uns zwei Fragen für die Gegenwart vorzulegen haben: Erstens, lohnt sich vom ärztlichen Standpunkt die Mühe der Behandlung, d. h. wie sind bei genauer Prüfung ihre Erfolge? Zweitens, lohnt sich vom wirtschaftlichen Standpunkt aus, in der Gegenwart die Trinkerbehandlung fortzuführen, d. h. sind wir in der ungeheuren Not des Vaterlandes nach sorgsamer Berechnung der Kosten und der etwaigen Erträge berechtigt, für die Behandlung Geld von der Öffentlichkeit zu fordern?

Also erstens: Wie sind die Erfolge? Das Ziel jeder Trunksuchtsbehandlung ist lebenslängliche völlige Enthaltbarkeit von geistigen Getränken. Wieviel lebenslänglich Abstinentergewordene aus der Zahl der früheren Trinker können wir in Prozenten nachweisen? Gerade die Psychiater gehören hier zu den Skeptikern und viele sind geneigt, die Prognose durchweg ungünstig zu stellen. Sie kennen genau die vielen unheilbaren Trinker, die es zweifellos gibt, sei es aus psychopathischer Konstitution, sei es aus vorgeschrittenen sekundären Hirnveränderungen. Aber das Krankenmaterial der Irrenanstalten stellt doch nur einen kleinen Teil der zu behandelnden Alkoholisten dar. Wer viele Trinkerheilstätten, besonders die offenen Asyle in Deutschland und der Schweiz geprüft hat, wer in der offenen — ohne Anstaltsbehandlung arbeitenden — Trinkerfürsorge, in den Trinkerfürsorgestellen tätig war, wer endlich die mühevollen und aufopfernde Arbeit der Enthaltbarkeitsvereine kennt, welche die Trunksüchtigen aus dem Leben, und sei es aus der Gosse, holen, und viele zu ordentlichen Mitgliedern der Gesellschaft machen, der allerdings wird zu anderen Ergebnissen kommen, als das Material einer Irrenanstalt zeitigt.

Der Psychiater sieht ferner in den Mauern seiner Anstalt die betreffenden Kranken nach zwangsweisem Entzuge des Rauschgiftes und beobachtet so die nach Abzug der Alkoholwirkung bei vielen dauernd bleibenden, also unheilbaren psychopathischen Konstitutionen. Gewiß ist dem so. Aber wer alle die Typen von trinkenden Psychopathen kennt, wie sie uns neuerlich besonders Cimal, Otto Graf und heute mein Herr Korreferent vor Augen geführt haben, der weiß auch, daß die Diagnose Psychopathie

nicht überall Unheilbarkeit des begleitenden Alkoholismus bedeutet, daß im Gegenteil gerade manche der psychopathisch Verbohrten, Übererregbaren, Schizoiden später fanatische und dauernde Anhänger der Abstinenz werden.

Die Skepsis vieler Psychiater gegenüber den Erfolgen der Trunksuchtsbehandlung hat noch einen Grund. Die Irrenärzte sind nach der methodologischen Grundlage ihrer Arbeit Wissenschaftler. Sie mißtrauen der nicht genügend begründeten Statistik mancher praktisch gewiß ausgezeichnet wirkender Heilstättenleiter, welche von 60 und mehr Prozent Heilungen zu berichten wissen. Nun, diese letztgenannte Art der Kritik lasse ich gern gelten. Schon lange habe ich mich gegen die Erfolgsstatistiken vieler Trinkerheilstätten und Fürsorgestellen gewandt, die zu jedem 1. Januar einen schönen Jahresbericht veröffentlichten und in diesem die jeweilig aus der Beobachtung Entlassenen in Geheilte, Gebesserte und Ungeheilte teilen. Natürlich ist das keine Statistik, die uns irgend etwas über den dauernden Erfolg unserer Behandlung sagen kann. Das ist eine Aufstellung der Prognose im Augenblick der Entlassung. Was aber die Stellung der Prognose bei einem Trinker betrifft, so dürften sich alle Erfahrenen darüber einig sein: Je älter man wird, je öfter man Fehlschläge, aber auch zuweilen unerwartete Erfolge erlebt hat, um so vorsichtiger wird man in diesem Punkte. Nun, ich hoffe, diese Periode der schönen Jahresberichte werden wir für Deutschland überwinden. Auf meinen Antrag hat der Verband der Trinkerheilstätten im deutschen Sprachgebiet, dem das Abstinenzsanatorium der Wittener Heilstätten seit 1928 angehört, im gleichen Jahre die Abfassung einer einheitlichen Erfolgsstatistik in Angriff genommen. Der Nestor der deutschen Alkoholikerfürsorge *Delbrück*-Bremen hat sich mit der ihm eigenen, ich darf ohne Übertreibung sagen: Jugendfrische mit mir an die Arbeit gesetzt. Unsere Grundsätze sind angenommen und sind bei der einzigen Zählung befolgt worden. Wir zählen als erste Gruppe: die abstinent Gewordenen. Theoretisch müßte man hier nur die lebenslänglich abstinent Gebliebenen nach ihrem Tode buchen. Denn bekanntlich kommen Rückfälle bei Guttemplern und Blaukreuzlern noch fünf, ja zehn Jahre nach dem Eintritt in die Abstinenz vor. Aber einmal sind derartige späte Rückfälle in der überwiegenden Mehrzahl vorübergehende Entgleisungen, zweitens würden wir praktisch mit solchem Abwarten nie zu einer Statistik kommen. Wir zählen als erste Gruppe, die zwei Jahre und länger abstinent geblieben sind.

In den bisherigen Statistiken spielten des weiteren eine große Rolle die sog. »Gebesserten«. Jeder zählte dabei nach Gutdünken, was er als »gebessert« ansah. Zusammenzählen solcher Gruppen zu einer zusammenfassenden Statistik war ganz unmöglich. Jetzt zählen wir als zweite Gruppe nur noch die wesentlich Gebesserten, damit sind gemeint diejenigen, die vor der Behandlung asozial waren, nach der Behandlung zwar nicht abstinent geworden, aber in regelmäßiger Arbeit und geordneter Lebensführung zwei Jahre verblieben sind. Als Ausnahme von der Anwendung dieses Wortlautes müssen wir zurecht in Deutschland die vielen vorsehen, die ohne ihre Schuld arbeitslos werden und bleiben, aber sich sonst völlig geordnet verhalten.

Als dritte Gruppe, Ungeheilte, rechnen wir alle diejenigen, mögen sie auch gebessert sein, welche nach dem mitgeteilten Maßstabe nicht als wesentlich gebessert sich herausstellen. Wichtig ist dann die Aufstellung der vierten

und fünften Gruppe, das sind die, welche in der zweijährigen für die Zählung erforderlichen Frist gestorben und die in ihrem Schicksal nicht sicher Erkundeten. Denn was will man nach ungenügender Kontrolle über die Lebensweise eines früheren Trinkers aussagen? Rechnet man, was leider früher geschehen ist, diese eigentlich Unbekannten einer der Gruppen »geheilt« oder »gebessert« zu, so ist die ganze Statistik nichts wert. *Konrad Theiss* in seinem schönen Buche über Alkoholismus und Sozialversicherung hat gesagt, daß ich einen strengen Maßstab anlege. Ich nehme das nicht als einen Vorwurf.

Die erwähnte neue Erfolgsstatistik der sämtlichen, dem Verbands der Trinkerheilstätten angeschlossenen Anstalten — zumeist offene Heilstätten — hat ergeben: im Jahre 1927 sind 1082 entlassen, davon waren zurzeit der Zählung zwei Jahre und länger abstinent 25%. Wesentlich gebessert im Sinne unserer streng abgegrenzten Forderung 27%, ungeheilt waren 28%, unbekannt in ihrem Schicksal 20%.

Eine solche Zählung gibt uns schon einen ungefähren Anhalt für die Ergebnisse der Behandlung in den offenen Trinkerheilstätten, wenn ich sie auch noch etwas günstiger halte als es der Wirklichkeit entspricht. Ich hatte gehofft, daß wir im Laufe der Jahre diese Statistik durch alljährliche Wiederholung immer sorgfältiger und einwandfreier hätten gestalten können. Leider hat, trotzdem die Kosten der Zählung gering sind, der Verband die Statistik nicht wiederholt. Meines Erachtens braucht keine Trinkerfürsorge offener Darlegung der Erfolge und auch der Mißerfolge aus dem Wege zu gehen. Sie begibt sich im Gegenteil eines ihrer besten Mittel zur Erzielung wirklicher Fortschritte, wenn sie nicht über ihre Ergebnisse sich selbst und anderen klare Rechenschaft gibt.

In dieses Stadium ist nun wie eine Bombe eingeschlagen die ungünstigste Statistik eines Trinkersanatoriums, die bisher je veröffentlicht wurde. Sie stammt von keinem Geringeren als von *Max Nonne*, der 19 Jahre lang ein Hamburger gemeinnütziges Trinkersanatorium ärztlich geleitet hat. Von 984, also rund 1000 Alkoholikern, sind nur drei mehr als zwei Jahre abstinent geblieben. Dabei war die Heilstätte im Sinne strenger Abstinenz und eifriger Beschäftigungstherapie von einem Inspektor geleitet, der zugleich Guttempler war. Fast alle Entlassenen waren in die Guttemplerloge eingetreten. Und dann die denkbar schlechtesten Dauerresultate: nur 0,3%! Es handelt sich hier um einen durch besondere Umstände bedingten Einzelfall, der keineswegs verallgemeinert werden darf.

Ich kann dagegen nichts anderes bringen als eine eigene und einige von mir nachgeprüfte fremde Statistiken. Es ist erstens diejenige des Wittenauer Abstinenzsanatoriums. Wir hatten schon vor Gründung des Sanatoriums das Schicksal der aus der Irrenanstalt Dalldorf in den Guttemplerorden Eingetretenen, also der aussichtsreichen Fälle, verfolgt. Von solchem ausgesuchten Material waren 16% länger als zwei Jahre abstinent geblieben. Aus dem Abstinenzsanatorium der Wittenauer Heilstätten kann ich Ihnen die Schicksale der 1928 entlassenen 242 Trinker und der 1929 entlassenen 359 Trinker getrennt berichten, ebenso der 1930 entlassenen ca. 340 Trinker wenigstens bezüglich der Abstinent-Gebliebenen.



Aus dem Jahrgang:

	1928	1992	1930
2 Jahre abstinent geblieben .....	nur 5%	10%	14%
Wesentlich gebessert im strengen Sinne .....	18%	23%	
Ungeheilt .....	50%	50%	
Gestorben .....	10%	4%	
Schicksal nicht bekannt .....	17%	13%	

Rechnen wir die Nicht-Erkundeten aus naheliegenden Gründen als ungeheilt, so ergibt sich:

- 10% Abstinent-Gewordene,
- 20% Wesentlich-Gebesserte,
- 60% Ungeheilte,
- 10% Gestorbene.

Allerdings handelt es sich hier um das Krankenmaterial der Sonderabteilung einer Berliner Irrenanstalt, in welche die Kranken nicht freiwillig, sondern als zeitweise geisteskrank mit ärztlichem Attest eingewiesen und oftmals nach wenigen Tagen auf ihr und der Angehörigen Drängen entlassen werden. Auch solche Abstinzensanatorien können 25 Prozent Abtinentbleibende erreichen, wenn sie allgemein günstiges oder für die Behandlung ausgesuchtes Krankenmaterial haben, so *Thumm-Konstanz*, *Gabriel-Wien-Stein*hof.

Ich möchte dann von der offenen Trinkerheilstätte Ellikon berichten, wohl der bekanntesten ihrer Art, die der jüngst verstorbene Psychiater *Forel* 1888 gegründet hat und die lange von seinem berühmt gewordenen Hausvater *Boßhardt* geleitet wurde. *Forel* pflegte von diesem Hausvater zu sagen, daß er die Betreuung der Alkoholiker besser verstehe als er selbst. Noch heute sehen wir da ganz einfache Verhältnisse. Der jetzige treffliche Hausvater *Egli* und seine Ehefrau, welche die Küche leitet, nehmen zusammen mit den Pflöglingen die Mahlzeiten ein. Die durchschnittlich 40 Pflöglinge drücken durch ihrer Hände tapfere Arbeit in Garten und Feld, Werkstätten, Instandhaltung der Häuser die Selbstkosten herab. Alle Jahre erscheinen die meisten Entlassenen, zu einem Verein »Sobrietas« zusammengeschlossen, zu dem Stiftungsfest der Heilstätte. Wer nicht kommen kann, wird durch sorgsame Erkundung an seinem Heimatort in seinem Schicksale erforscht. Ich habe mit dem Hausvater den Wert seiner Statistik unter den hier hervorgetretenen Grundsätzen in offener Aussprache durchprüfen können dürfen. Wir sind gemeinsam zu dem Ergebnisse gekommen, daß auch bei strengster Kritik 40% mehr als zwei Jahre enthaltsam geblieben sind. Soviel über die Ergebnisse der Heilstätten.

Über die Erfolgsstatistik der Fürsorgestellten liegen in den Jahresberichten und in mehr oder weniger zusammenfassenden Veröffentlichungen ganze Bände vor. Davon wage ich hier nur wenige Zahlen zu unterbreiten, weil die meisten strenger, unter unseren Gesichtspunkten geübter Kritik nicht standhalten. Laut der Erfolgsstatistik, welche *Theiß* nach den Angaben von 64 Fürsorgestellten aus dem Jahre 1929 zusammenstellt, wurden 7,8% der Alkoholisten für längere Zeit abstinent, 2,7% gebessert. Wenn wir nun wieder unseren sog. strengeren Maßstab anwenden und von den nach *Theiß* gebesserten 27% nur wesentlich gebesserte rechnen, also etwa 20%, so kommen wir auf ungefähr die gleichen Zahlen als die Heilstättenstatistik: Knapp 10% Abstinent-Gewordene, dazu bis 20% wesentlich-Gebesserte.

Genauer als solche Sammelstatistik können wir die Erfolge einer einzelnen sorgfältig arbeitenden Fürsorgestelle überblicken. Mein früherer Schüler und Nachfolger in der Leitung der Charlottenburger Alkoholikerfürsorge Dr. *Dittmer* hat die Betreuten für die Erkundung der Schicksale zweckmäßigerweise getrennt in Verschickte, d. h. zeitweise in offene Heilstätten oder in geschlossene Anstalten Eingewiesene und in die anderen, die nur von der Fürsorgestelle betreut wurden.

Von den Verschickten sind: Von den nur ambulant Behandelten:

Abstinent geblieben	15	10
Gebessert	20	40
Ungeheilt:	65	50

Diese Statistik, die das gleiche Berliner Menschenmaterial wie die Wittenauer Zählung behandelt, ist in jeder Beziehung einleuchtend. Die Heilstättenbehandlung ist durchgreifender, bekehrt noch manchen Trinker, der in der Sprechstunde ablehnend geblieben ist. Da die Charlottenburger Fürsorge nur die schwerer zu beeinflussenden Fälle zwangsweise nach Wittenau schickt, die anderen in offene Heilstätten, so kann sie unter den Verschickten eine etwas größere Zahl Abstinent-Gebliebener haben als wir.

Seit zwei Jahren bin ich bemüht, in Berlin diesen Gesichtspunkt für die städtischen Fürsorgestellen, einzuführen. Man hat auch angenommen, in Zukunft die Gruppe I, d. h. die, die zwei Jahre und länger abstinent geblieben, auch die Gruppe III und IV, d. h. die Ungeheilten und die in ihrem Schicksal nicht sehr Erkundeten, zu zählen. Allerdings ist der verdiente Leiter der Trinkerfürsorge Berlin-Wedding, Dr. *Drucker*, der Meinung, daß wir — des Eindrucks auf die Behörden und auf die sonstige Öffentlichkeit wegen — neben den bereits umschriebenen wesentlich Gebesserten noch eine Gruppe, die Gebesserten, zählen müßten.

Nach einer dankenswerten Auskunft des deutschen Städtetages wurden in 74 Städten mit städtischen oder von der betreffenden Stadt subventionierten Fürsorgestellen, welche eine Einwohnerzahl von 19 Millionen repräsentieren, 47362 Trinker behandelt, also auf 10000 Einwohner 25 fürsorgebedürftige Alkoholiker. In ganz Deutschland mit über 60 Millionen Einwohner gab es 1929 somit rund 150000 Alkoholisten, welche der Fürsorge bedürfen. Aber da diese auf dem Lande und in den kleinen Städten völlig fehlt, wird nur etwa ein Drittel der Alkoholisten von der offenen Fürsorge erfaßt.

Der Erfolg in der Alkoholikerbehandlung gelingt bekanntlich selten auf Anhieb. Ein erheblicher Teil auch von den genannten 10% Abstinent-Gewordenen ist lange Zeit durch die Einwirkung der Enthaltensamkeitsvereinigungen, der offenen Fürsorge, viele auch der Heilstätten gegangen, ehe die erste Umkehr eintritt. Ein nennenswerter Bruchteil wird mehrmals wieder rückfällig, ehe der endgültige Erfolg erzielt wird. Man muß schon fünf Jahre intensiver, immer wiederholter, erforderlichenfalls auch in Heilstättenbehandlung versuchter Einwirkung rechnen, ehe man den außerhalb der Anstalt lebenden Trinker als voraussichtlich dauernd ungeheilt aufgibt und höchstens zum Schutze der Umgebung in die Anstalt einweist.

Daß nun wirklich ungefähr der bisher errechnete Prozentsatz der Alkoholisten, wenn auch oft erst nach vieljähriger und in immer neuen Stößen erfolgreicher Behandlung doch noch abstinent wird, das zeigen uns die Zahlen der Enthaltensamkeitsvereinigungen. Der evangelische deutsche Hauptverein von

Blaukreuzlern zählt 34000 Mitglieder, davon nach seiner eigenen Zählung 5789 ehemalige Trinker. Der Guttemplerorden hat in Deutschland 42000 Mitglieder, davon schätzungsweise 3000 ehemalige Trinker. Diesen Zahlen sind die des katholischen Kreuzbündnisses und der übrigen Enthaltensamkeitsvereinigungen, ferner die kleine Zahl der nicht organisierten abstinent gewordenen Trinker zuzuzählen. Wir sehen dann, gewissermaßen als Gegenprobe auf unsere Fürsorge-Erfolgsstatistik, wo die 10% der 150000 fürsorgebedürftigen deutschen Alkoholiker geblieben sind, die abstinent wurden.

Das Ergebnis vorsichtiger Prüfung der Erfolgsstatistik läßt sich so zusammenfassen: Eine größere Zahl von Alkoholisten, die in früheren Zählungen überhaupt nicht erschienen ist, geht bereits in den zwei bis drei Jahren, die als Beobachtungszeit für das Schicksal der behandelten Entlassenen erforderlich ist, mit dem Tode ab, nämlich 2 bis 10%. Mehr als zwei Jahre abstinent werden etwa 10% der Behandelten, wesentlich gebessert für die gleiche Zeitdauer 20%. Das nenne ich 30% Erfolge. Bleiben übrig 60% Ungeheilte.

Sollen wir wegen dieser niedrigen Erfolgswahlen die Trunksuchtsbehandlung überhaupt aufgeben? Zunächst wollen Sie die Bedeutung der wesentlich Gebesserten in dieser strengen Auszählung nicht unterschätzen. Es ist ein großer Unterschied, ob ein Familienvater sein Einkommen vertrinkt, allabendlich skandalisiert, die Familie mit zugrunde gehen läßt, oder ob er, wenn auch nicht abstinent, wieder zu einem ordentlichen Mitbürger und Familienhaupt geworden ist. Und dann: Sind 30%, seien es Heilungen oder erhebliche Besserungen keine Erfolge, verglichen etwa mit den Ergebnissen der Behandlung anderer Volkskrankheiten, der Tuberkulose und des Rheumatismus? Dazu kommt noch eins: Ein konzentrischer Kampf gegen den Alkoholismus, dessen Verstärkung, nicht dessen Aufgeben ich erstrebe, wird durch den noch zu besprechenden Ausbau unserer Behandlungstechnik zu einem, wenn auch kleinen Teile, die angegebenen Erfolgswahlen verbessern. Endlich kann auch rechtzeitige Asylierung der Unheilbaren und der dadurch bewirkte Schutz der Umgebung in den Ergebnissen nicht völlig außer acht gelassen werden. Vom ärztlichen Standpunkt gibt es nur eine Antwort auf die gestellte Frage: Im Kampfe gegen den Alkoholismus auch die Psychiater an die Front.

Nun aber ist einem anderen Einwand zu begegnen: Wenn wir nur 30% Erfolge in der Trunksuchtsbehandlung erzielen, dürfen wir in der jetzigen Notzeit des Vaterlandes, wo Millionen Gesunder kärglich ihr Leben fristen, für solches von uns selbst eng umschriebenes Ziel, Geld aus öffentlichen Mitteln fordern? Ich bin glücklich, diese Frage auf Grund sorgsamer Berechnungen bejahen zu können. Sehen wir uns wieder die drei Hauptträger der Trinkerfürsorge, diesmal unter dem wirtschaftlichen Gesichtspunkte an: Die Enthaltensamkeitsvereinigungen bestreiten ihre Aufwendungen fast völlig aus eigenen Mitteln, ihre Hauptstärke liegt in ihrer opfervollen Arbeit, die den Einzelnen zum mindesten einen Abend der Woche, oft dazu ein Stück der Freizeit an manchen Wochen- und Sonntagen kostet.

Über den wirtschaftlichen Effekt der Fürsorgestellen kann ich zufolge der schon einmal erwähnten Rundfrage des deutschen Städtetages von 1929 berichten, für deren Veranstaltung und Auswertung ich Herrn Dr. *Memelsdorf* unseren wärmsten Dank aussprechen darf: Die Rundfrage wurde von 82 deutschen Städten beantwortet. Bringt man die Gesamtzahl der in diesen Städten betreuten Trinker in Beziehung zu dem genau ermittelten Kostenaufwand von einer halben Million Reichsmark, so ergibt sich: Pro Trinker wurde im

Jahre 1929 in der offenen Fürsorge durchschnittlich 12 RM. ausgegeben. Die Kosten, welche für den Trinker und seine Familie jährlich von der Wohlfahrt ausgegeben werden, betragen nach der gleichen Quelle in Kiel 400 RM. jährlich, in Berlin erheblich mehr. Jeder Erfahrene weiß, daß die Wohlfahrts-, einschließlich Behandlungsausgaben nicht die einzigen von Trinkern verursachten sind, daß dazu die Kosten der Polizei, der Straf- und Zivilprozesse, der Krankenkassen und viele andere kaum zu berechnende hinzukommen. Es kostet danach jeder Trinker der Öffentlichkeit pro Jahr mindestens 760 RM. Die offene Fürsorge holt nun aus dieser ungeheuren Ausgabe, selbst wenn wir fünf Jahre Behandlung bis zum Erfolg rechnen, alle fünf Jahre 30% heraus, also jährlich 6%. Mit 12 RM. Aufwendung pro Kopf des Trinkers spart die offene Fürsorge also alljährlich pro Kopf des Trinkers etwa 50 RM. Sie spart mit der ausgegebenen halben Million der 82 Städte mehr als 1½ Millionen ein.

Wie steht es nun mit dem wirtschaftlichen Effekt der teuren Heilstättenbehandlung? Hier kann ich eine klare Rechnung seitens des Abstinenzsanatoriums der Wittenauer Heilstätten vorlegen. Ich habe veranlaßt, daß die Berliner Wohlfahrtsämter die Kosten nachrechneten, welche die 354 in einem Jahre entlassenen Trinker vor und nach der Behandlung verursacht haben. Nur 14½% blieben nach der Behandlung ganz unterstützungsfrei, nur 14½%, weil viele keine Arbeit fanden und Erwerbslosenunterstützung beziehen mußten. Die Bilanz habe ich nicht selbst aufgestellt, sondern ein erfahrener Wirtschaftsbeamter. Die Rechnung ergibt, daß auch diese 14% nur acht Jahre lang unterstützungsfrei bleiben müssen, um schon die Kurkosten für die übrigen 86% der Trinker zu decken. Wenn aber zu normaleren Zeiten ein kleiner Bruchteil der anderen Arbeit finden könnte, so würde sich die Heilstättenbehandlung über und über bezahlt machen.

Weiter: Die Kurkosten in den offenen Heilstätten mit einfacher Aufmachung, die jetzt von Geistlichen oder Hausvätern geleitet werden, sind zu meist geringer als ich sie in unsere Rechnung eingestellt habe. Ich habe in allen Trinkerheilstätten, die ich in den letzten Jahren besuchte, die wirtschaftliche Handhabung und besonders die geschickte Verwertung der Arbeitsleistung der Trinker bewundern können.

Endlich: Früher war es ein allgemeiner Grundsatz, den auch ich als junger Assistenzarzt in einem von dem deutschen Verein gegen den Alkoholismus preisgekrönten Büchlein vertreten habe, daß die Heilstättenbehandlung der meisten Alkoholisten mindestens ein Jahr dauern müsse, besser in vielen Fällen länger. Ich habe bei meinen Freunden von der Trinkerrettungsarbeit manchen Widerspruch erregt, als ich nach dem Kriege zu einer Zeit, als unsere bittere Armut noch nicht wie jetzt zutage trat, den Satz aufstellte, daß wir uns mit kürzerer Dauer der Anstaltsbehandlung begnügen müßten. Jetzt haben wir uns nach mehrfachen Beratungen, wie ich denke, auf ein halbes Jahr für die Mehrzahl der Heilstättenbehandlungen geeinigt. Das verbilligt die Kosten der gesamten Trinkerfürsorge erheblich.

Wichtiger als die Dauer der Anstaltsbehandlung ist die sorgsame Auswahl der prognostisch Günstigen für Anstaltsbehandlung und, wie auch *Nitsche* hervorhebt, die intensivste Betreuung nach der Entlassung aus der Heilstätte.

Alles in allem kann ich diesen Abschnitt mit der Feststellung schließen: Die Trinkerbehandlung ist auch vom wirtschaftlichen Standpunkte aus in

dieser Notzeit durchaus zu rechtfertigen. Man muß mehr sagen: *Ilberg* hat Recht, wenn er sagt: Trinkerfürsorge ist eine Sparmaßnahme erster Ordnung.

## II.

In diesem Abschnitt will ich versuchen, in aller Kürze eine Übersicht über die vorhandenen Einrichtungen der gesamten Trinkerfürsorge zu geben und unsere psychiatrischen Ansichten und Wünsche zu ihrer Ausgestaltung einzufügen.

Die Enthaltsamkeitsvereinigungen zeigen leider eine Erscheinung, die wir in Deutschland an politischen Parteien, wissenschaftlichen Gesellschaften bis zu den Kegelklubs immer wieder sehen und die der Biologe an der unfertigen Zelle kennt; sie teilen sich fortgesetzt. Im Wittenauer Abstinenzsanatorium war ursprünglich, um völlige Neutralität gegenüber den einzelnen Vereinigungen auch äußerlich zu dokumentieren, für jede Organisation ein Abend der Woche vorgesehen, an dem sie ihren Vortrags- und Gesellschaftsabend zur Werbung der Trinker abhalten sollte. Jetzt reicht die Zahl der Wochentage nicht mehr. Es besuchen uns: 1. das evangelische Blaukreuz, von dem sich übrigens zwei kleinere Vereine abgesplittert haben; 2. das katholische Kreuzbündnis (Caritas-Verband); 3. der Guttemplerorden, die deutsche Abteilung dieser großen internationalen Organisation. Der Guttemplerorden handhabt noch immer die Verbringung der Trinker in die Abstinenz und ihr Festhalten in dieser Bahn am erfolgreichsten; 4. ferner zwei kleine Abspaltungen des Guttemplerordens mit der Bezeichnung Rechabiten; 5. zwei gewerkschaftlich-sozialistisch eingestellte Gruppen mit Bezeichnungen wie »Deutscher Arbeiter-Abstinentenbund« und »Verband sozialistischer Abstinenten«. Diese halb politischen Vereine können bisher noch nicht in wünschenswertem Maße die Abstinenz ihrer Mitglieder stützen, werden aber wohl noch an Tradition und Übung gewinnen; 6. eine ursprünglich guttemplerisch aufgezoogene Organisation, welche neuerdings gerade die Ablegung der freimaurerischen Ritualien, Tragen von Ordenskragen usw. als ihr kennzeichnendes Merkmal angibt.

Wir haben erst seit Beginn dieses Jahrhunderts offene Fürsorge auf unserem Gebiete. 1907 haben *Pütter*, *Waldschmidt*, *Moeli*, *Gottstein* u. a. die Erfahrungen der Lungenkrankenfürsorgestellen auf die Trunksüchtigen übertragend in Berlin ein Zentralkomitee gegründet und zwei von *Falkenberg* und mir versorgte Fürsorgestellen ins Leben gerufen. 1909 wurde in der damaligen Stadt Charlottenburg die erste amtliche Fürsorgestelle errichtet, die ich von 1910 — mit Unterbrechung durch die Kriegsjahre — bis 1923 geleitet habe. Seit 1908 hat der deutsche Verein gegen den Alkoholismus planmäßig neutrale Fürsorgestellen in vielen Städten erstehen lassen. Nach dem Kriege entstanden unter dem Einfluß der Geldnot der Privaten und des sozialen Betätigungsdranges der Kommunen mehr städtische, so daß von 82 Städten jetzt 44 rein amtliche Stellen besitzen, während sie 31 der anderen, sei es neutralen, konfessionellen, guttemplerischen Fürsorgestellen finanziell unterstützen. Endlich hat die von den Heil- und Pflegeanstalten ausgehende offene Fürsorge auch die Trinker in ihren Aufgabenkreis eingefügt.

Das Bild der Fürsorgestellen ist bunt, der Wetteifer der verschiedenen Richtungen kann nützlich, ihr Nebeneinander auch kostspielig und nutzlos sich auswirken. Nun ein Wort über die Anstalten. Es gibt offene Heilstätten in Deutschland, nachdem einige in der Wirtschaftsnot haben schließen müssen,

etwa zwanzig, nur vereinzelte davon sind öffentliche Anstalten der preußischen Provinzen, so Wilhelmshöhe bei Uchtspringe, eine Abteilung von Waldfrieden bei Fürstenwalde. Die privaten gemeinnützigen Anstalten sind entweder neutrale oder guttemplerische oder konfessionelle, früher fast nur evangelische, in jüngerer Zeit in wachsender Zahl auch katholische, z. B. in Essen-Heidhausen, vom rheinischen Volkswitz benannt die »Nasenbleiche«. Diesen gemeinnützigen Anstalten, die fast alle von Hausvätern oder Geistlichen geleitet werden, standen früher Wohltätigkeitsspenden und Zuschüsse seitens der Landesversicherungsanstalten und anderer Behörden, ferner regelmäßige Überweisungen zu festen Sätzen verpflegter Kranker zur Seite. In den letzten Jahren ist eine der Stützen nach der anderen gebrochen. Die deutschen gemeinnützigen offenen Trinkerheilstätten drohen zu erliegen. Wir Psychiater werden versuchen hier zu helfen und werden keine Bedenken darin finden, daß diese offenen Trinkerheilstätten von Nicht-Ärzten geleitet werden. Die Trinkerbeeinflussung, ihre Erziehung zur Arbeitsamkeit und zur Abstinenz ist ohnehin ein Gebiet, das Berührungen auch mit nicht-ärztlichen Berufseigenschaften hat. Vor allem hängt mehr als von dem Berufe von der Persönlichkeit des Leiters ab, ob er versteht, die Alkoholisten zu gewinnen, zu beeinflussen und dauernd an der ihnen eingepflanzten Idee festzuhalten. In Hamburg ist der Leiter der gesamten offenen und geschlossenen Trinkerfürsorge, Oberreg.-Rat *Jaques*, ein Jurist und der Direktor der Trinkerheilstätte, die auch nicht-trunksüchtige gestrandete Personen aufnimmt, ein Verwaltungsbeamter, beide mit so ausgezeichneter Eignung für dieses Gebiet, daß man keineswegs aus Prinzipienreiterei eine andere Besetzung sich wünschen kann. Geistliche und Hausväter habe ich in deutschen Trinkerheilstätten viele mit größtem Erfolge arbeiten sehen. Es genügt, wenn ein psychiatrisch vorgebildeter Arzt ein oder zweimal in der Woche solche Heilstätte besucht, wie z. B. *Hörmann* von Dresden aus nach einstündiger Autofahrt die Heilstätte Seefrieden versorgt. Der Arzt kann auch bei solcher konsultativen Tätigkeit genügend für reizloses Essen, Milchdiät, Morgensport, individuell zweckmäßige Beschäftigung, Diathermie und andere Psychotherapie der Alkoholisten Sorge tragen. Der Leiter, der mit den Insassen der Heilstätte unter einem Dache wohnt, mit ihnen von morgens bis abends lebt und strebt, muß selbst alkoholabstinent sein. Bei den Psychiatern, welche nach der Natur ihres Faches sehr vielseitig sein müssen, zum mindesten zu gleicher Zeit psychologisch und naturwissenschaftlich — technisch orientiert, wird man die erforderlichen Eigenschaften solcher Heilstättenleiter mit immerhin begrenzten Zielen der Lebensarbeit nicht immer voraussetzen dürfen. Umgekehrt sollten die Abstinente, da wo der Psychiater in der offenen Fürsorge oder sonst nur besuchsweise mitwirkt, nicht die prinzipienreiterische, sachlich gar nicht begründete Forderung der Alkoholabstinenz aufstellen. Die Abstinente möchte ich herzlich bitten, in diesem Punkte weniger intolerant, weniger unduldsam zu sein und lieber das Ziel gemeinsamer Arbeit voranzustellen.

In der offenen Fürsorge, in den Fürsorgestellen sollte, soweit ohne Kostenvermehrung möglich, die Leitung in den Händen eines Psychiaters liegen. Für die Entwicklung der gesamten Fürsorge für Nervöse und Seelisch-Abnorme und auch für die Ausbildung des psychiatrischen Nachwuchses und damit wiederum für das Schicksal unserer Kranken ist aufs dringendste zu wünschen, daß zu den Fürsorgestellen für Alkoholranke die Ärzte der benachbarten Heil- und Pflegeanstalten herangezogen werden.

Diese Forderung hat noch einen weiteren Grund: Die Fürsorgestellen einerseits und die Heilstätten andererseits arbeiten bisher durchaus nicht mit der wünschenswerten gegenseitigen Fühlung. Wie soll aber die als erforderlich bezeichnete einheitliche beherrliche Behandlung eines Trinkers gewährleistet sein, wenn die Fürsorgestelle auf Bitten der Ehefrau die Entlassung aus der Heilstätte, diese wegen Uneinsichtigkeit und Entweichungen des Trinkers gerade Versetzung in die geschlossene oder Arbeitsanstalt betreibt. Personalunion wird hier weiter führen als eine Überorganisation.

Wir haben an öffentlichen geschlossenen Trinkerheilstätten Waldrieden in der Provinz Brandenburg, hatten bis vor kurzem in der Rheinprovinz Fichtenhain, haben Sonderabteilungen der öffentlichen Irrenanstalten, sog. Abstinenzsanatorien, in Wien-Steinhof, Konstanz, Berlin-Wittenau, Allenberg-Ostpreußen. Hier ist der Trinker zwar den rechtlichen Beschränkungen der Irrenanstalt unterworfen; er kann aber — dem Trunke zwangsweise ferngehalten und geistesklar — ohne die Gesellschaft von Schizophrenen und Paralytikern mit Messer und Gabel essen und mit dem Geiste der Abstinenz und eifriger Arbeit psychotherapeutisch und pädagogisch besser als in der allgemeinen Irrenanstalt erfüllt, durch speziell geschultes ärztliches und fürsorgliches Personal für die Entlassung, für Anschluß an Enthaltensvereinigungen und Gewinnung von Arbeit besser vorbereitet werden.

Wenn die Behandlung auch im Abstinenzsanatorium versagt, so muß der betreffende Trinker schärfer angefaßt werden. Als weitere Stufen dienen die Häuser der Irrenanstalt, dann die Arbeitsanstalten für entmündigte Trinker, wie die Rheinprovinz eine ebenso vorzüglich geleitete wie ärztlich versorgte in Brauweiler besitzt, andere die Provinzen Westfalen und Hannover. Solche planmäßige Verstärkung des Druckes auf den Trinker wurde von *Delbrück* u. a. progressive Behandlung genannt; ich ziehe den deutschen Ausdruck gestufte Behandlung auch deshalb vor, weil man in günstigen Einzelfällen die Stufen auch rückwärts den Trinker beschreiten läßt. Die Ergebnisse der Arbeitsanstalten, wo Zucht und Arbeitszwang herrscht, in welche immer völlig refraktäre Trinker nach erfolgter Entmündigung kraft des Aufenthaltsbestimmungsrechtes des Vormundes gelangen, sind nicht so schlecht als man gerade hier befürchten könnte. Nach freundlicher Mitteilung des Oberarztes *Tillies* und der Provinzen Hannover und Westfalen werden auch von Arbeitsanstalten bis fünf Prozent zwei Jahre und länger Abstinenzbleibende erreicht. Wir vollziehen in Wittenau zeitweilig auch deshalb gern die Verlegung eines mehrfach rückfälligen und uneinsichtigen Trinkers nach Brauweiler, weil solche ultima ratio als pädagogische Beeinflussung auf die anderen, vom Psychiater sanfter angefaßten Alkoholisten wirkt.

Bei dieser Gelegenheit dürfen die drei wesentlichsten Forderungen der Trunksuchtsbehandlung formuliert werden: Sie muß den Trunkfälligen frühzeitig erfassen, was leider bisher selten geschieht. Es ist keine durchgreifende Begründung für dieses Zu-Spät-Eingreifen, daß die Diagnose und die rechtlichen Grundlagen im Frühstadium des chronischen Alkoholismus und der sonstigen Trunkfälligkeit fehlten. Kassenärzte und Krankenhäuser können oft die ihnen wegen interkurrenter körperlicher Erkrankung, wegen Magenkatarrh, Reißen, Lungenentzündung, Unfallverletzungen zufließenden Alkoholisten als solche bestimmt diagnostizieren und müßten sie regelmäßig der zuständigen Trinkerfürsorgestelle überweisen. Aber selbst psychiatrische Kliniken entlassen hier und da einen Alkoholisten nach *Delirium tremens*, nach

pathologischen Rauschzuständen, ohne seine Überweisung an eine Enthaltensamkeitsvereinigung vorbereitet zu haben. Die erste Forderung unserer Behandlung war also: Frühzeitige Erfassung. Die zweite ist die Beharrlichkeit und Einheitlichkeit. Ein einmal erfaßter Alkoholist darf von der Fürsorge nicht mehr losgelassen werden. Die Prognose mag im großen und ganzen mit den Jahren schlechter werden. Im Einzelfalle erstreben wir immer wieder und in allen Lebensaltern, auch nach vielfach fehlgeschlagener offener Fürsorge und Anstaltsbehandlung mit konsequent beharrlicher Weiterentwicklung ein Einschwenken in die Abstinenz. Die dritte Forderung ist die schon erwähnte Stufung, die an vielen Orten noch unbekannt oder doch umgeübt geblieben ist.

### III.

Man kann keine Trunksuchtsbehandlung durchführen ohne ihre rechtlichen Grundlagen zu kennen. Vor drei Jahren habe ich zusammen mit dem bekannten Juristen *Ebermayer* die Rechtslage auseinandergesetzt. Unsere damals vorgetragene Auffassung hat sich seither fast allgemein durchgesetzt, so daß ich die Kontroversen heute übergehen kann. Für die Behandlung eines Alkoholisten in der geschlossenen Anstalt, sofern er nicht polizeilich eingewiesen ist, läßt man sich in den meisten Fällen zweckmäßigerweise unterstützen durch das Einsetzen eines Vormundes. Handelt es sich um ein prognostisch günstiges Frühstadium, so weist man die Alkoholiker unter Einsetzung eines vorläufigen Vormundes ein. Die Zivilprozeßordnung erlaubt, das Entmündigungsverfahren dann so lange hinzuziehen, bis Klärung erreicht ist, ob der Betreffende auch außerhalb der Anstalt abstinenter bleibt oder wieder rückfällig wird und endgültig entmündigt werden muß. Der vor kurzem ergangene Erlaß des Preussischen Wohlfahrts-Ministeriums, der bei allen Psychiatern Bedenken erregt hat, stört diese formal-rechtlichen Bedingungen unserer Alkoholikerbehandlung nicht. Er sagt: daß jeder Anstaltspflegerling, der nicht durch polizeiliche Einweisung oder den Willen seines gesetzlichen Vertreters in der Anstalt sich befindet, auf sein klar kundgegebenes Verlangen sofort entlassen werden muß. Also auch der gemeingefährliche Wahnkranke, also erst recht der etwa nicht entmündigte, auch nicht polizeilich eingewiesene rückfällige Alkoholist. Der Ministerial-Erlaß stört, wie gesagt, unsere bisher geübte Alkoholikerbehandlung zwar nicht durch seine formalen Bestimmungen, wohl aber durch seine Tendenz. Er trägt Unruhe in die jetzt durch die Wirtschaftsnot ohnehin erschwerte Fürsorge. Dieser Erlaß könnte höchstens durch Vermehrung der polizeilichen Alkoholiker-Einweisungen helfen.

Die alten »Trunkenboldslisten«, die selbst auf dem Lande völlig unwirksam blieben, hat Dr. *Dittmer* praktisch umgestaltet. Er meldet, sobald ärztliche Diagnostik und fürsorgerische Erkundung einen Trinker als gefährlich für sich und die Umgebung festgestellt hat, diesen mit dem Tatsachenmaterial dem Polizeirevier. Wenn nun eine akute Verschlimmerung oder eine Untat des betreffenden Trinkers dem Polizeirevier gemeldet wird, kann dieses und der Kreisarzt sofort auf Grund der ganzen Vorgeschichte entscheiden. Nur so viel über die jetzige Rechtslage.

Ebenso kurz kann ich mich fassen de lege ferenda, allerdings nur deshalb, weil mein persönlicher Standpunkt der ist, daß wir versuchen sollen,



in der Behandlung der Trinker mit den jetzigen Normen auszukommen. Es liegen zur Änderung nicht weniger als drei Gesetzentwürfe vor.

Man hat ein eigenes Trinkerfürsorgegesetz verlangt. Der Entwurf eines Preußischen Irrenfürsorgegesetzes, dem Badischen ähnlich, liegt seit einigen Jahren, in dieser Zeit mehrfach geändert, im Ministerium und harret der Einbringung ins Parlament. Man hat psychiatrischerseits befürwortet — was aber bisher im Entwurf nicht steht —, daß die Trunksüchtigen hier neben den Geisteskranken genannt werden sollen. Auch die Freunde dieses Entwurfs, zu denen ich nicht gehöre, geben zu, daß er einen Rückschritt bedeutet. Man hat drittens einen Entwurf für ein Verwahrlostengesetz ausgearbeitet und auch hier die Trinker einfügen wollen. *Bonhoeffer* hat anlässlich der Festsitzung zum 60-jährigen Bestehen der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten 1927 davor gewarnt, sich zur Gestaltung des Schicksals der seelisch-abnormen Kranken jetzt auf den Weg der Gesetzgebung zu begeben. Unsere Zeiten sind nicht danach, Gesetze zu formen, welche die eingehendste, rein sachliche, ich möchte sagen, technische Berücksichtigung verwickelter Verhältnisse erfordern. Schlagworte, wie der Ruf nach dem Schutze der Freiheit des Staatsbürgers, sind heutzutage wirksamer schon bei den Behörden, erst recht in den Parlamenten. Entwürfe über die Behandlung von Alkoholisten und Seelisch-Abnormen kommen aus dem Landtage sicher in anderer Gestalt heraus, als wie sie von der Regierung eingebracht sind. Mein persönlicher Standpunkt geht dahin, alle drei genannten Gesetzesvorschläge vorläufig auf sich beruhen zu lassen, und ich kann ein zweites Argument hinzufügen: Alle solche Gesetzesänderungen kosten Geld. Und darüber dürfte Einmütigkeit bestehen, daß wir es nicht besitzen.

Nur eine kleine verwaltungsmäßige, nicht gesetzgeberische Verbesserung der Rechtslage in Preußen kann ich befürworten, die behördlicherseits bereits erwogen wird. Der neueste Preußische Ministerial-Erlaß nimmt die polizeilich eingewiesenen Alkoholisten von dem Rechte aus, ihre sofortige Entlassung zu verlangen. Aber die Kreisärzte sind bekanntlich mit polizeilicher Einweisung sehr zurückhaltend, warten ab, bis ein größeres Unglück geschehen ist, machen ihr Urteil oft von dem gegenwärtigen Zustande des zur Zeit der Untersuchung gerade ernüchterten Trinkers abhängig, holen die Vorgeschichte nicht ein. In all diesen Verhältnissen will ein — bisher persönlicher — Entwurf des zuständigen Ministerial-Dezernenten Verbesserungen schaffen und will Anweisungen ergehen lassen, wie sie ähnlich in Baden, Bayern und anderen Stellen des Reiches schon einige Zeit vorhanden sind.

#### IV.

Über die Hälfte der behandelten Alkoholiker bleiben ungeheilt und ungebessert. Von der anderen kleineren Hälfte erreichen nur wenig mehr als 10% das Ziel völliger Abstinenz. Und vielleicht noch betrübender ist das zweite Ergebnis. Alle Verbesserungen der therapeutischen Technik, die Früherfassung, die beharrliche und gestufte Behandlung, die zweckmäßige Auswahl der zu Behandelnden versprechen keine grundsätzliche Änderung. Sie werden voraussichtlich nur in der günstigen, in der zu bessernden Hälfte der Trinker den zu erzielenden Prozentsatz der Abstinenz-Werdenden erhöhen. Sollen unsere Erörterungen sich mit solchen Ergebnissen begnügen? Sollen wir ruhig mitansehen, daß von den 150000 fürsorgebedürftigen Trinkern Deutschlands mehr als die Hälfte, also mehr als 75000, ein Leben

lang sich selbst, ihrer Familie und der Öffentlichkeit eine Qual und eine schwere wirtschaftliche Last bleiben? Die Frage stellen heißt sie verneinen, und so muß ich der ausführlich besprochenen Behandlung der Trinker eine kurze Erörterung über die Prophylaxe hinzufügen.

Es war 1920 zu Hamburg, wo *Wagner v. Jauregg* und *Peretti* eingehend den Verbrauchsrückgang des Alkohols festgestellt haben. Der Deutsche Verein nahm damals eine Erklärung an, in welcher er eine Fortführung und Verschärfung der während des Krieges gegen den Alkoholismus getroffenen gesetzlichen Maßnahmen forderte. Die Zugänglichkeit des Alkohols und sein Mißbrauch wurde seit 1920 wieder stärker. In den letzten Jahren und besonders im letzten Jahre ist nun wieder ein recht erheblicher Rückgang des Alkoholkonsums in unserem Volke erfolgt. Auch die Erkrankungen an Alkoholismus sind zurückgegangen, nicht wie Kriegszeiten um 90%, aber doch erheblich. In Berlin beträgt der Rückgang an Alkoholikerzugängen, der in den letzten Jahren durch die hohe Besteuerung der geistigen Getränke und durch die Not eingetreten ist, etwa 25%, verglichen mit der Vorkriegszeit fast 50%. Besonders das Delirium tremens hat abgenommen, weniger die Trunkfähigkeit intoleranter Psychopathen. Noch sinnfälliger und weniger beachtet ist der Rückgang der Alkoholepilepsie in Berlin. Um die Jahrhundertwende nahm der Berliner Schnapstrinker am liebsten Nordhäuser mit Rum zu sich, seltener andere Sorten, etwa für 1 Mk. täglich. Ich zählte damals in der Anstalt Wuhlgarten auf 400 Epileptiker 82 Alkoholepileptiker. Jetzt sind es nach einer auf meine Bitte von Herrn Kollegen *Kuritz* getroffenen Feststellung auf 524 Epileptiker nur 15 Alkoholepileptische.

Aber darüber müssen wir uns klar sein, die jetzige Verteuerung der geistigen Getränke durch Regierung und Reichstag ist zum geringsten Teil aus hygienischen Erwägungen erfolgt, sondern im wesentlichen infolge des gebieterischen Bedarfes an Steuereingängen. Zwar ist eine Minderheit der sozialdemokratischen Partei für die Mäßigkeits- und Enthaltensamkeitsbewegung interessiert, zwar sind Herr Hitler und Herr Goebbels persönlich alkoholabstinenter. Aber auf Antrag einer Partei der Mitte ist Anfang dieses Jahres eine Biersteuerermäßigung eingetreten, welche das gewöhnliche,  $\frac{3}{10}$  Liter fassende Glas Bier wieder um 5 Pf. billiger macht. Bemerkenswert erscheinen die Arbeiten von *Paul Schmidt*, des in Halle wirkenden Ordinarius der Hygiene, und des schwedischen Forschers *Widmark*. *Paul Schmidt* schlägt vor, statt der allgemeinen Spiritusbesteuerung die leichten, bis 3prozentigen Biere und die leichten 5—7prozentigen Naturweine möglichst steuerfrei zu lassen, die stärkeren Biere und Weine progressiv zu besteuern, ebenso die Schnäpse stärker noch als jetzt. Sein Gedankengang ist folgender: Für den überwiegenden Teil der Erwachsenen sind kleine Mengen Alkohols in geringer Konzentration, langsam, namentlich auf den gefüllten Magen genossen, harmlos und unschädlich. Intolerante Nervöse allerdings müssen alkoholabstinenter leben. Für die übrigen will *Schmidt* die Einhaltung eines Mittelmaßes nach Möglichkeit durch gesetzliche Maßnahmen unterstützen. Nach einer langen Reihe von Beobachtungen liegt das Mittelmaß um 25 g reinen Alkohols, in möglichst geringer Konzentration genossen. Selbst diese Menge kann vorübergehend die geistigen Leistungen herabsetzen und darf also nicht während der Arbeitszeit genossen werden. Dieses Quantum von 25 g würde ungefähr in drei Glas leichten  $\frac{2}{4}$ - bis 3prozentigen Bieres oder in zwei Schoppen leichten Weines vorhanden sein. Bei einer Menge von 50 g machen sich bei

vielen Nicht-Gewöhnten schon leichte Zeichen der Berausung bemerkbar, bei 75 g geht die Kurve der Giftwirkung jäh nach oben. Bei täglichem Genuß von über 50 g, bei der dann unweigerlich eintretenden Gewöhnung an solche Dosen, müssen wir demnach von chronischem Alkoholismus sprechen. Die Gewöhnung äußert sich in geringerer Rauschwirkung und in geringem Eiweißzerfall. Sogar eine Eiweißsparwirkung kann eintreten. Die von *Paul Schmidt* in Experimenten, die er an sich und seinen Schülern angestellt hat, gefundene Giftkurve der Alkoholwirkung wird nun bestätigt durch die Alkoholbestimmung im Blute, die dem schwedischen Forscher *Widmark* gelungen ist.

Aus solchen Erfahrungen will *Schmidt* unsere gesetzlichen Maßnahmen ableiten. Prohibitive Trockenlegung, allgemeine Abstinenz kommt für Deutschland nicht in Frage nach dem Charakter unserer Bevölkerung, ferner wegen der wirtschaftlichen Folgen, wegen der ungeheuren Schmuggelgefahr bei unseren ausgedehnten und ungeschützten Grenzen. Die Hände aber in den Schoß zu legen, ist unverantwortlich. Deshalb sollen wir anknüpfen an die dargelegten physiologischen Vorgänge, vor allem an die Tatsache: je geringer die Konzentration des Alkohols, desto harmloser der Genuß. Ein brauchbarer Grenzwert für das Bier liegt auch deshalb bei 3%, weil hier seine Haltbarkeit und Schmackhaftigkeit noch durchaus befriedigend sind. Was unter diesem Grenzwert liegt, wird nach Möglichkeit steuerlich zu schonen sein. Biere mit hohem Alkoholgehalt sind progressiv zu besteuern. Bei den Weinen müßte man etwa 7% Prozent als solche Steuergrenze festsetzen, um die leichten Tischweine und offenen Weine zu schonen. Schnäpse und Liköre sind schwer zu treffen als die Hauptübeltäter. Jeder Gastwirt müßte gezwungen sein, das Normal-Leichtbier zu führen. Daneben Starkbier zu halten, bleibt ihm unbenommen, wenn sein Publikum es verlangt und bezahlen kann. Der Gedanke von *Paul Schmidt*, steuerpolitisch an die physiologischen Tatsachen anzuknüpfen, muß praktisch durchaus durchführbar sein. Denn Anfang 1932 hat der Präsident der Vereinigten Staaten, *Hoover*, einen von gleichen Erwägungen ausgehenden Vorschlag gemacht. Er wollte die Grenze für das Bier bei 4% legen. Jetzt wird man Bier bis zu 3% freigeben. In den Vereinigten Staaten ist für eine verfassungsändernde Gesetzgebung ein umständlicher Mechanismus vorgesehen, der bis zur Erreichung der Wirksamkeit einige Zeit erfordert. Im Goethejahr kann man dort den »Zauberlehrling« zitieren: »Die ich rief, die Geister« — nämlich der Prohibition — »werd' ich nun nicht los«. Für unser Vaterland lassen Sie mich diesen letzten Abschnitt, die Prophylaxe des Alkoholismus, mit den Worten *P. Schmidts* schließen: Für uns Deutsche gibt es nur einen Weg zum Ziele der Mäßigkeit und der Sparsamkeit im Konsum alkoholischer Getränke: Besteuerung nach dem Prozentgehalt in steigender Progression. Unserem Vaterlande wünschen wir in dem Kampfe für die Mäßigkeit, nicht für die Enthaltbarkeit, dieselbe Energie und Rücksichtslosigkeit wie sie das amerikanische Volk aufgebracht hat für das viel zu hoch gesteckte Ziel der Trockenlegung, der Prohibition.

#### Leitsätze.

#### Behandlung.

1. Die Früherfassung der Alkoholiker ist auch durch die Ärzte zu fördern. Aus Krankenhäusern und Kliniken, in welchen bei interkurrenten Krank-

- heiten die Trinker als solche erkannt werden, müssen sie an die Fürsorgestelle zur Behandlung des Alkoholismus überwiesen werden.
2. Die einmal begonnene Fürsorge darf den erfaßten Trinker, auch wenn sie ihn über mehrere Stufen, Heilstätte, Arbeitsanstalt führen muß, nicht mehr loslassen.
  3. Zusammenwirken der Fürsorgestellen und der Anstalten ist erforderlich.
  4. Fürsorgestellen für Alkoholkranke sollten von einem psychiatrisch vorgebildeten Arzte geleitet werden. Personalunion mit den Ärzten der öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten ist — wo angängig — zu erstreben.
  5. Für die offenen Trinkerheilstätten, welche durch die Wirtschaftsnot bedroht sind, ist behördliche und private Stützung zu empfehlen. Sie können gemäß ihrer geschichtlichen Entwicklung unter Leitung eines Geistlichen oder Hausvaters stehen, sollen von einem Psychiater regelmäßig besucht werden.
  6. Einheitliche Erfolgsstatistik der Alkoholikerbehandlung, wie sie der Heilstättenverband auf Vorschlag des Ref. eingeführt hat, ist für alle Anstalten, Fürsorgestellen und Enthaltungsvereinigungen zu erstreben. Zu zählen sind die länger als zwei Jahre abstinente gebliebenen, die wesentlich Gebesserten, die Ungeheilten, die Gestorbenen, die in ihrem Schicksal nicht Erkundeten.
  7. Bei vorsichtiger Prüfung erweisen sich die Erfolge der gesamten planmäßigen Alkoholikerbehandlung durch Enthaltungsvereinigungen, Fürsorgestellen, Heilstätten, Arbeitsanstalten als folgende: 10% Abstinente-Gebliedene, dazu bis 20% Wesentlich-Gebesserte. Unter günstigen, kaum allgemein erreichbaren Bedingungen der Auswahl und der Behandlung der Trinker sind von den Entlassenen einzelner offener Heilstätten bis 40% zwei Jahre und länger abstinente geblieben.
  8. Rechnerische Durchprüfung der von den unbeeinflussten Trinkern verursachten Kosten und derjenigen ihrer konsequenten Behandlung ergibt: Trotz dieser mageren Erfolge ist die Tätigkeit der Enthaltungsvereinigungen, Fürsorgestellen und Heilstättenbehandlung durchaus wirtschaftlich und muß auch in dieser Notzeit aufrechterhalten werden.
  9. Da die Enthaltungsvereinigung infolge ihrer Tätigkeit immer neue Trinker aufnehmen müssen, ist dringend zu befürworten der Eintritt auch solcher junger Menschen, die aus Liebe zur Volksgesundheit sich dieser Arbeit widmen.

#### Rechtsgrundlagen.

10. Überweisung eines Trinkers in die geschlossene Anstalt (Abstinenzsanatorium, Irrenanstalt, Arbeitsanstalt) erfolgt in den meisten Fällen zweckmäßigerweise mit Bestallung eines vorläufigen oder endgültigen Vormundes.
11. Bei Besserungen kann das Entmündigungsverfahren ausgesetzt werden (§ 681 ZPO.). In ähnlicher Weise ist im Strafverfahren die Bewährungsfrist, bei Autofahrern die Entziehung des Führerscheines, bei Rentenempfängern die Umwandlung in Sachleistungen für das Ziel dauernder Abstinenz zu verwerten.
12. De lege ferenda erscheint die gegenwärtige Zeit für große gesetzliche Änderungen wie ein Trinkerfürsorgegesetz, Verwahrlosten- und Irrenfürsorgegesetz nicht geeignet.

13. Zu begrüßen wäre ein Preußischer Ministerialerlaß im Sinne der Badischen und Bayerischen Regelung, welcher den Kreisärzten Früh- erfassung der Alkoholiker, Berücksichtigung der von den Fürsorge- stellen zu erfahrenden Vorgeschichte und unverzögerte Einweisung in die Anstalt vorschreibt.

#### Prophylaxe.

14. Durchgreifender für die Volksgesundheit als die Behandlung der Trunk- fälligen ist die Prophylaxe.
15. Unter den Mitteln der Vorbeugung (Gaststättenreform usw.) wirkt nach den Kriegserfahrungen am meisten die Verteuerung der geistigen Ge- tränke. Dabei entspricht den physiologischen Stoffwechselvorgängen beim gesunden Menschen die progressive Besteuerung der mehr als 3% enthaltenden Biere, der mehr als 7% enthaltenden Weine und stärkste steuerliche Belastung der Schnäpse und Liköre.

Die von der Versammlung im Anschluß an die Referate von *Pohlisch* und *Bratz* unter Berücksichtigung der Vorträge und Diskussionen über die Alkoholfrage gefaßten Entschliefungen siehe Seite 237.

#### Vorträge:

*Gonser-Berlin-Dahlem*: »Neue Erfahrungen in der Organisierung der Trinkerfürsorge.«

Die organisierte Trinkerfürsorge ist heute als notwendig und aussichts- voll grundsätzlich anerkannt: bei Behörden und Kirchen, in der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege, für Gesetzgebung und Verwaltung — auch innerhalb der Ärzte.

Die »Trinkerfürsorge« ist — trotz des (vielleicht nur vorübergehenden) Rückgangs im Alkoholverbrauch — auch in Gegenwart und Zukunft un- bedingt notwendig: Der Übermuts- und Behäbigkeitsalkoholismus ist in den allerletzten Zeiten zurückgegangen. Der Sorgen- und Notalkoholismus drängt sich vor. Der letztere ist noch verhängnisvoller, weil die schon vorhandene Not noch vermehrt und verschärft wird. Die Zahl der Alkoholkranken, welche von 1923 bis 1929 in Deutschland ständig anstieg, ist nur unbeträcht- lich gesunken: in Krankenhäusern, Heil- und Pflegeanstalten, Trinkerfür- sorgestellen.

Der organisatorische Aufbau einer Trinkerfürsorgestelle ist:

entweder vereinlich auf neutraler Grundlage — in Verbindung mit den in Betracht kommenden behördlichen Stellen (Wohlfahrtsamt, Vormund- schaftsgericht, Arbeitsnachweis, Landesversicherungsanstalt, Krankenkassen usw.) und in enger Zusammenarbeit mit den Vertretern der Kirchen und der verschiedenen alkoholgegnerischen Vereine;

oder kommunal — meist als Teil des Wohlfahrtsamtes und mit starker Heranziehung der verschiedenen alkoholgegnerischen Vereine;

oder weltanschaulich — d. h. auf evangelischer oder katholischer oder sozialistischer Grundlage.

Für die erstere organisatorische Form spricht die Bewegungsfreiheit und Unabhängigkeit, die erleichtert, möglichst alle Erziehungs- und Heil- faktoren zusammenzufassen. Für die zweite Form spricht die Rückendeckung durch die behördlichen Geld-, Macht- und Einflußmittel; die leichtere und

straffere Zusammenfassung (besonders in größeren Städten); gegen sie, die Gefahr bürokratischer Geschäftsführung und die geldliche Belastung der Städte. Für die dritte Form spricht die Erwägung, daß die weltanschaulichen Erziehungskräfte leichter und stärker eingesetzt werden können; gegen sie, daß in ein und derselben Stadt u. U. zwei oder drei Fürsorgestellen nebeneinander, vielleicht durcheinander, gelegentlich gegeneinander arbeiten.

Entscheidend für den Erfolg ist aber nicht die Organisationsform, sondern die Befähigung der maßgebenden Persönlichkeit (Personalfrage!).

Je mehr infolge der wirtschaftlichen Not aus Gründen der Planwirtschaft die Personal- und Geldkräfte gespart werden müssen, um so mehr wird sich als Ideal vordrängen und durchsetzen: Eine neutrale und unabhängige Trinkerfürsorgestelle, in welcher Behörden und Kirchen, Versicherungsorgane, die verschiedenen Abstinenzvereine (Guttempler, Blaukreuz, Kreuzbund, Arbeiter-Abstinenten-Bund) einmütig zusammenarbeiten, in welcher die freien Erziehungskräfte der verschiedenen Weltanschauungen sich frei entfalten und frei betätigen können (eigene Geschäftsstelle, hauptberufliche Geschäftsführung, zuverlässige Registratur), in welcher die Federführung ein alkoholgegnertischer Verein hat, der grundsätzlich und tatsächlich interkonfessionell und überparteilich ist (als solcher hat in den zurückliegenden Jahren die Dienste angeboten und geleistet die Zentrale für Trinkerfürsorge des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus in Berlin-Dahlem).

Von größter Bedeutung für Anerkennung und Auswertung der einzelnen Trinkerfürsorgestelle ist die ständige, fest eingefügte Mitarbeit des Arztes (am besten des psychiatrisch vorgebildeten, beamteten Arztes): für richtige Beurteilung und Behandlung des einzelnen Falles, für den erforderlichen Druck auf die Organe, die helfend und heilend eingzugreifen haben, für wissenschaftliche Auswertung des Materials, für Festhaltung der Wahrheit: Vorbeugen ist besser als Heilen!

*Harald Siebert* (Libau-Lettland): Über den nicht ungünstigen Verlauf von amnestischen und polyneuritischen Alkoholpsychosen.

Vortr. wendet diese Bezeichnung für eine Reihe von Psychosen an, um gerade auf die charakteristischen Phänomene dieser Zustände besonders hinzuweisen. Die übliche Benennung *Korsakowsche Psychose* ist auch für eine Reihe anderwertiger Erkrankungen verwendbar. Da der Osten unseres Kontinents überhaupt am häufigsten Alkoholpsychosen als Objekte der Psychiatrie aufweist, ist Vortr. im Laufe von 25 Jahren in der Lage gewesen, eine ganze Reihe solcher Zustandsbilder eingehend zu beobachten. An seinem eigenen Institut konnte er im Zeitabschnitt von 20 Jahren 57 Personen, darunter 17 Frauen, behandeln. Allgemein muß anerkannt werden, daß es sich um kein häufiges Krankheitsbild handelt, die Aufnahmeziffer dieser Krankheitsformen bildet kaum einen vom hundertsten Teil der Gesamtheit. Fast mehr als die Hälfte der Objekte wurde außerhalb des Krankenhauses beobachtet; die schwersten, besonders mit hochgradigen polyneuritischen Störungen verbundenen, konnten naturgemäß nur in der Anstalt sachgemäß betreut werden. Die Erkennung, besonders der chronischen Formen, geschieht oft direkt zufallsgemäß, dies gilt besonders bezüglich der Frauen. Parallel mit anderen Psychosen betrachtet, sind die amnestisch-polyneuritischen auch seit Kriegsausbruch im Gesamtumfange zurückgegangen, jedoch nicht so stark, wie das Delirium tremens. Hier sind

nur betrachtet worden, diejenigen Zustandsbilder, bei denen mit keinen weiteren ätiologischen Hilfsfaktoren gerechnet werden durfte, es scheiden daher aus: Nierenaffektionen, Diabetes, Lues, Arteriosklerose, Infektion akuter Natur, Traumen. Charakteristisch in der Vorgeschichte erscheint der jahrelange Abusus konzentrierten Alkohols, ein Gegensatz zum Delirium tremens, jedoch meist bei reichlicher Aufnahme kompakter Nahrung.

Die Erkrankten entstammen fast durchweg gutsituierten Kreisen.

Symptomatologisch müssen zwei Hauptgruppen unterschieden werden: die plötzlich und unvermittelt einsetzenden, in Verbindung mit polyneuritischen und verschiedenen psychotischen Allgemeinstörungen, sowie die langsam und schleichend sich vorbereitenden Erkrankungsformen, die dann zum Schluß das klassische Zustandsbild darbieten. Allerhand Varianten zwischen diesen Verlaufsarten werden öfters beobachtet. Von übler Bedeutung sind die Konfabulationen, da sie das unsoziale Moment des Leidens stark in den Vordergrund rücken; sie tragen auch meist eine sexuelle Färbung. Die polyneuritisch-amnestischen Psychosen sind fast durchweg als eine rein exogene Erkrankungseinheit aufzufassen, bei der belastende Momente im Sinne endogener psychopathischer Konstitutionen keine nennenswerte Rolle spielen. — Durchaus beachtenswert erscheint ferner eine gewisse Instabilität einzelner zentraler und greifbarer Abschnitte des Nervensystems. Das Durchschnittsalter bildet das fünfte Lebensdezennium, die jüngsten Erkrankungsfälle betrafen das 24. bzw. 26. Lebensjahr.

Von 57 Patienten kann 3mal von einer Wiederherstellung der psychischen Funktionen gesprochen werden, in dem Sinne, als die Arbeitsfähigkeit zurückerlangt wurde, die Konfabulationen schwanden und speziell das Mißverhältnis zwischen den Defekten in der Aufnahme neuer Eindrücke und dem Erinnerungsvermögen ausgeglichen wurde.

Abgesehen von einer Ausschaltung der Noxe gibt es keine wirksame Therapie; lediglich in einer radikalen Veränderung der Lebensverhältnisse können wir einen Heilfaktor erblicken.

#### *Binswanger-Burghölzli-Zürich: Leberfunktionsproben bei Alkoholkranken.*

Vortr. demonstriert zwei Alkoholbelastungskurven im Blut, eine von einem chronischen Alkoholiker, die andere von einem Nichtalkoholiker stammend. Die erste Fragestellung lautet: woher kommt die Verschiedenheit dieser beiden Kurvenverläufe? Es handelt sich dabei um mannigfaltige Bedingungen, deren eine durch verschiedenartige Resorption des Alkohols im Magen und Dünndarm zu suchen ist, was an Hand von 37 fraktionierten Magenaussäuerungen bei chron. Alkoholikern gezeigt wird. Im Magensaft findet sich immer vermehrter Schleim, die Säurewerte waren 15mal normacid, 11mal hyperacid, 11mal anacid. Weitere Bedingungen für die verschiedenen Verläufe der Alkoholkurven sind vom Stoffwechsel im weitesten Sinne abhängig. Die Befunde von *Keeser*, *Pohlisch* und *Büchler* gewähren weitgehenden Einblick in den Stoffwechsel von Alkoholkranken. Es fragt sich weiter, inwiefern diese Befunde von der Leberfunktion abhängen. Da die Fragen der funktionellen Leberdiagnostik akut und umstritten sind, müssen die Untersuchungsmethoden geprüft und ausgebaut werden, wozu sich Alkoholkranke deshalb besonders gut eignen, da die Leberstörungen relativ gleichsinnig durch die

selbe Noxe verursacht, gefunden werden. Die zweite Fragestellung lautet demnach: welche Untersuchungsmethoden der funktionellen Leberdiagnostik erweisen sich als zuverlässig und welchen Einblick gewähren sie in das Geschehen der durch Alkohol geschädigten Leber? Die heutige Forderung der Leberdiagnostik lautet dahin, daß die dem Reticulo-endothelialen System angehörenden *Kupfferschen* Sternzellen, die u. a. galle-excretorische Funktionen haben, getrennt von den eigentlichen Leberparenchymzellen untersucht, wenn möglich, spezifisch belastet werden sollen. Die Gallenfarbstoffe im Urin sind aller Wahrscheinlichkeit nach abhängig von der Funktion der *Kupfferschen* Sternzellen. Bei 84 chronischen Alkoholikern fanden wir 52mal positive *Ehrlichsche* Aldehydreaktion und positives Urobilin (Schlesingerprobe). 28 Fälle zeigen vermehrte, 20 Fälle keine Gallenfarbstoffe im Urin. Die spezifische Belastung der Sternzellen mit der Bilirubinbelastung nach *v. Bergmann* und *Eilbott* wurde 70mal ausgeführt und war 31mal positiv (Retention von mehr als 15% im Vergleich zum Anstiegswert), 39mal negativ. Bei dieser Probe zeigte sich unter 70 Fällen 11mal ein Wert des Bilirubins im Serum von über 1 mg %. Eine spezifische Belastung der eigentlichen Leberparenchymzellen stellt die Galaktoseprobe nach *Bauer* dar. Sie wurde ebenfalls 70mal ausgeführt, meist neben der Bilirubinbelastung. Wir fanden 30mal eine positive Galaktoseprobe, d. h. eine Galaktosurie von über 3 g. Die dabei gleichzeitig angestellten Blutzuckerkurven befriedigen nicht. Der Nüchternblutzucker wurde dabei 13mal über 105 mg % gefunden. Das Fehlen der initialen Hyperglycämie nach *Bürger*, die den Schluß auf eine Glykogenverarmung der Leber zuläßt, wurde bei chronischen Alkoholikern auch gefunden. In bezug auf den Fettstoffwechsel wurde aus äußeren Gründen nur der Phosphatid-P. untersucht (Methode *v. Schaaf* beschrieben), wobei auf Belastungen mit Olivenöl verzichtet und analog zu den aufschlußreichen Untersuchungen des Bilirubins im Serum der Phosphatid-P. im Serum bestimmt wurde. Von 29 chronischen Alkoholikern wiesen nur drei normale Werte von durchschnittlich 10,5 mg % auf, 25mal fanden sich Erhöhungen, maximal bis 22,8 mg %, 1mal ein niedriger Wert von 8,5 mg %. Die Untersuchungen des Phosphatid-P. erweisen sich als äußerst empfindlich und aller Wahrscheinlichkeit nach leberspezifisch. Vermutlich erfährt der Kohlehydratstoffwechsel bei Leberfunktionstörungen die erste Einbuße, gefolgt von Störungen des Fettstoffwechsels im Sinne von unvollständiger Umwandlung von Fett in Kohlehydrate. Dabei scheint der Phosphatid-P. im Überschuß frei zu werden als Ausdruck unvollständiger Verbrennung und frei im Blute zu kreisen. Dadurch wird auch die Veränderung der Alkalireserve im Sinne der Acidose (*Rehn* und *Eitel*) als auch die Azetonämie (*Keeser*, *Pohlisch*) verständlich. Spezifische Belastungen der Leberzellen in bezug auf den Eiweißstoffwechsel wurden nicht ausgeführt. Bei 20 Untersuchungen der Eiweißkörper im Serum, gravimetrisch nach *Starlinger*, fanden wir bei chronischen Alkoholikern 2mal das Fibrinogen über 0,9 g %. Da die Leber als »Vorniere« im Wasserhaushalt eine Rolle spielt, wurde bei 30 kreislauf- und nierengesunden chronischen Alkoholikern der Verdünnungsversuch nach *Volhard* ausgeführt, wobei sich in 25 Fällen eine Wasserretention in vier Stunden nach 1½ Liter Teezufuhr zeigte. Mit zwei Ausnahmen bildeten sich die gefundenen pathologischen Werte nach ein bis mehreren Wochen wieder vollkommen zur Norm zurück. Unter den 84 untersuchten Fällen fand sich nur eine klinisch sichere Leberzirrhose, ein Fall war verdächtig auf eine Präzirrhose; die übrigen Leber-



schädigungen müssen pathologisch-anatomisch im Sinne von Fettlebern aufgefaßt werden.

Bei 14 Fällen von Delirium tremens fanden wir immer Urobilinogenurie und Urobilinurie. 5 mal fand sich eine Glycosurie, 6 mal Spuren von Zucker im Urin. Die initiale Hyperglykämie nach intravenöser Insulingabe im Sinne *Bürgers* fehlte bei allen Deliranten zu irgendeinem Zeitpunkt, der aber mit dem klinischen Ausbruch des Delirs nicht immer gleichsinnig verlief, ebenso wenig wie das Wiederauftreten der initialen Hyperglykämie nach intravenöser Insulinapplikation oft vor dem klinischen Abklingen des Delirs einsetzte, manchmal aber viel später. Die Galaktoseprobe wurde 9 mal ausgeführt und war 6 mal positiv. Ausnahmslos findet sich Hyperglykämie. Die Bilirubinbelastung fanden wir von 12 Fällen 8mal positiv; mit dem klinischen Abklingen des Delirs wird sie prompt negativ. Der Phosphatid-P. war bei allen Fällen erhöht; die Werte überragen aber diejenigen der chronischen Alkoholiker nicht. Das Fibrinogen fanden wir 3 mal erhöht (vgl. *Suckow*). Beim Delirium tremens ist die Störung im Kohlehydratstoffwechsel noch deutlicher wie beim chronischen Alkoholiker, vor allem spricht das Fehlen der initialen Hyperglykämie für eine Leberglykogenverarmung. Deshalb empfiehlt sich die von *E. Klemperer* vorgeschlagene Insulin-Traubenzucker-Therapie beim Delirium tremens. Die von *de Crinis* inaugurierte Decholin-Therapie kommt bei den Fällen mit positiver Bilirubinprobe in Frage, da Decholin als Chologogum auf die galleexkretorischen Anteile der Leber wirkt. Vortr. empfiehlt außerdem Salyrgan zur Ausschwemmung, da die Oligurie der Deliranten eine lange bekannte Tatsache ist.

Von 5 untersuchten Alkoholkorsakow-Kranken zeigten alle 5 eine negative Bilirubinprobe, die Galaktoseprobe war 3 mal negativ, 2 mal positiv, die Blutzuckerwerte zeigen normale Werte, die initiale Hyperglykämie nach intravenöser Insulinapplikation ist im Gegensatz zu Deliranten geringfügig vorhanden bzw. die Kurve läuft zuerst gerade, einen Anstieg wie bei chronischen Alkoholikern oder Gesunden haben wir aber nie beobachtet. Auch der Phosphatid-P. ist bei den Korsakow-Kranken erheblich erhöht und kehrt nur äußerst langsam zur Norm zurück.

Bei pathologischen bzw. abnormen Räuschen fanden wir nur selten eine der Proben positiv. Dagegen zeigte sich bei Blutzuckerbelastungskurven mit Glucose im Sinne von *L. Szondi* bei 11 Fällen von pathologischen bzw. abnormen Räuschen die relative Blutzuckerkurve abnorm hoch oder abnorm tief, die extrem gefundenen Werte betragen 157% bzw. 36%. Die relative Blutzuckerkurve ergibt sich derart, daß der Blutzuckernüchternwert gleich 100% gesetzt wird und der Anstieg des Blutzuckers nach peroraler Gabe von 50 g Dextrose dazu in Relation gesetzt wird. Diese Befunde sind nicht leberspezifisch, sondern konstitutionsbedingt im Sinne von Randständigkeit physiologischer Variationsbreiten. Bei 45 Psychopathen wurden die *Szondischen* Befunde ebenfalls nachkontrolliert; es zeigten sich dabei 10 normale Kurven mit einem mittleren Anstieg von 70%, 28 niedrige Anstiege mit einem Mittel von 40% und 7 hohe Anstiege mit einem Mittel von 93% Anstieg. Bei 15 Fällen wurden ein bis mehrere Wochen nach dem Versuch eine Wiederholung vorgenommen. Dabei ergab sich in 14 Fällen eine Übereinstimmung des Kurventypus zum ersten Versuch; einmal wurde ein niedriger Kurventypus zum normalen.

Zusammenfassend läßt sich sagen: die bislang bekannten Stoffwechsel-

störungen bei chronischen Alkoholikern, Deliranten und Alkohol Korsakow-Kranken sind zum größten Teil durch Leberfunktionsstörungen bedingt. Es handelt sich dabei nur selten um Zirrhosen, sondern meistens um Fettlebern, deren Störungen entweder in dem Anteil der galleexkretorischen Funktion zu suchen ist (Bilirubin im Serum und Bilirubinbelastung nach *v. Bergmann*) oder in den eigentlichen Leberparenchymzellen, deren Funktion durch die Galaktoseprobe, dem Glycogentest nach *Bürger* und durch Untersuchungen des Fettstoffwechsels (Bestimmung des Phosphatid-P. bei unseren Untersuchungen) zu erhellen ist. Nach neuesten Ansichten ist der Kohlehydratstoffwechsel zuerst gestört und dadurch kommt die unvollständige Fettverbrennung zustande, deren Ausdruck Phosphatid-P. Vermehrung, Veränderungen des Cholesterinstoffwechsels und Azetonämie (vgl. *Keeser* und *Pohlisch*) darstellt. Durch den Verdünnungsversuch nach *Volhard* lassen sich leberbedingte Störungen des Wasserhaushaltes nachweisen.

*v. Klebelsberg-Hall* (Tirol): Die Bedeutung des österreichischen Trinkerfürsorgegesetzes für die Heil- und Pflegeanstalten.

Ende November des vergangenen Jahres fand in Wien der 7. österreichische Alkoholgegnertag statt. Auf demselben wurde u. a. auch der Entwurf eines Landesgesetzes über die Trinkerfürsorge beraten. Das Gesetz gliedert sich in vier Abschnitte: allgemeine Bestimmungen, offene Trinkerfürsorge, geschlossene Trinkerfürsorge und Strafbestimmungen. An dieser Stelle soll nur der 3. Abschnitt geschlossene Trinkerfürsorge besprochen werden.

Nach § 11 dienen der geschlossenen Fürsorge Trinker-Heil- und Pflegeanstalten. Dieselben sind ausschließlich zur Aufnahme von Alkoholgefährdeten bestimmt, bei denen die Mittel der offenen Fürsorge nicht ausreichen oder wo Einrichtungen der offenen Fürsorge noch nicht bestehen. Während in den Trinkerheilanstalten nur Alkoholgefährdete einzuweisen sind, bei denen die Heilung (dauernde Alkoholenthaltbarkeit) zu gewärtigen ist, dienen die Pflegeanstalten für diejenigen, welche wiederholt rückfällig geworden sind und bei denen ein Heilerfolg in absehbarer Zeit nicht zu gewärtigen ist. Insolange nicht besondere Heil- und Pflegeanstalten bestehen, sind innerhalb der Heil- und Pflegeanstalten für Geistes- und Nervenranke, die nach den Bestimmungen dieses Gesetzes zur Aufnahme in verschiedenen Anstalten bestimmten Alkoholgefährdeten innerhalb derselben tunlichst gesondert unterzubringen (§ 12).

In Anbetracht des Umstandes, daß infolge der schlechten wirtschaftlichen Verhältnisse auf längere Zeit hinaus an die Einrichtung von eigenen Anstalten für Trinker nicht im entferntesten gedacht werden kann, kommen somit für die geschlossene Trinkerfürsorge eben nur die Heil- und Pflegeanstalten in Frage und gelten infolgedessen auch die gesetzlichen Bestimmungen für dieselben.

Vorerst zur Frage der Aufnahme: Die Trinkerfürsorgestellen haben, falls für einen zu ihrer Kenntnis gelangten Fürsorgefall die Mittel der offenen Fürsorge nicht ausreichen, bei der politischen Bezirksbehörde (Verwaltungsbezirksbehörde) die Einweisung des Alkoholgefährdeten in die Anstalt zu beantragen. Den gleichen Antrag können bei der genannten Behörde der Gatte des Alkoholgefährdeten, seine Eltern oder eigenberechtigten Kinder, ferner Gerichte und Staatsanwaltschaften stellen. Falls die Voraussetzungen

für die Aufnahme zutreffen, hat die Behörde die Einweisung des Alkoholgefährdeten in eine Anstalt mittels Bescheides auszusprechen. Der Erlassung des Bescheides hat eine amtsärztliche Untersuchung des Einzuweisenden vor auszugehen. Gegen den Bescheid stehen dem Alkoholgefährdeten selbst, oder seinem gesetzlichen Vertreter die Rechtsmittel des allgemeinen Verwaltungsverfahrensgesetzes zu Gebot, doch ist dem Rechtsmittel auf Antrag des untersuchenden Arztes jedenfalls die aufschiebende Wirkung abzusprechen. Die Berufungsbehörde entscheidet nach Einholung des Gutachtens einer Kommission, der außer dem Amtsarzt mindestens ein fachlich geschulter Arzt anzugehören hat. In den behördlichen Bescheid ist auch die Dauer des Anstaltsaufenthaltes des Eingewiesenen festzusetzen. Für die leichteren Fälle kann die Dauer des Aufenthaltes mit 6—18 Monaten, für die schwereren Fälle von 18 Monaten aufwärts bemessen werden (§ 13).

Die Entlassung kann auch früher — aber nicht vor Ablauf eines 6 monatlichen Anstaltsaufenthaltes — erfolgen, wenn sich im Laufe der Behandlung herausstellt, daß die Heilung schon erreicht ist; im gegenteiligen Falle kann auf Antrag der Anstaltsleitung auch eine Verlängerung des Aufenthaltes beantragt werden.

Außerdem können auch eigenberechtigte Alkoholgefährdete auf ihr eigenes Ansuchen, auf Grund eines von ihnen beigebrachten oder von der Anstaltsleitung einzuholenden Gutachtens des zuständigen Amtsarztes aufgenommen werden. Ihre Aufenthaltsdauer im Rahmen der Bestimmungen des früher erwähnten Paragraphen ist ihnen bei ihrer Aufnahme in die Anstalt von der Anstaltsleitung zu eröffnen. Sie unterliegen während des Aufenthaltes denselben Beschränkungen wie die zwangsweise Eingewiesenen.

Die Gesetzesvorlage bedeutet dadurch einen Fortschritt, daß auch die verschiedensten Fürsorgestellen in Hinkunft befugt sind, den Antrag der Einweisung des Alkoholikers bei der Behörde zu stellen. Als solche Fürsorgestellen können nach § 4 durch Verordnung der Landesregierung erklärt werden: bestehende Trinkerfürsorgeeinrichtungen, öffentliche Körperschaften oder Privatvereine, Jugendämter oder verwandte, der sozialen Fürsorge dienenden Ämter usw.; fehlen derlei Fürsorgeeinrichtungen, dann sind besondere Trinkerfürsorgestellen zu schaffen.

Somit ist der Kreis derer, welche gesetzlich berechtigt sind hauptsächlich der Familie des Alkoholgefährdeten hilfreich beizustehen bedeutend erweitert. Erfahrungsgemäß fürchten die Angehörigen des Alkoholikers oftmals dessen Rache und halten mit Anzeigen, welche die Internierung zur Folge haben, allzulange zurück; andererseits muß man es gerade am Lande immer wieder erleben, daß Gemeindevorsteher in unbegreiflichem Leichtsinne zusehen, manchmal solange, bis das ganze Hab und Gut verloren gegangen ist, und die Kinder auch wohlhabender Besitzer der öffentlichen Versorgung anheimfallen. Die früher genannten Ämter und Vereine vermögen solchen Dingen weit größeres Interesse und Verständnis entgegenzubringen und sind durch Rücksichten in ihrer Handlungsweise auch weniger gebunden.

In den letzten Jahren haben sich allerdings die Verhältnisse in dieser Hinsicht einigermaßen gebessert, weniger vielleicht am Lande als in der Stadt. Die Angehörigen des Alkoholikers wenden sich heute schon eher an die Gesundheitsbehörde (Stadtphysikat) bzw. beamteten Arzt (Stadt- oder Gemeindefürsorge) und fordern die Internierung entweder in die psychiatrische Universitätsklinik in Innsbruck oder in die Anstalt; manchmal verfügt der

Arzt auf Grund des Polizeiberichtes die Einweisung. Ab und zu werden die Alkoholiker auch durch ihre Angehörigen selbst kurzerhand zur Aufnahme gebracht; liegt ein ärztliches Zeugnis vor, laut welchem die Einweisung in die geschlossene Anstalt als nötig befunden wird, dann steht der Aufnahme nichts im Wege. Auf den genauen Wortlaut des Zeugnisses legen wir keinen besonderen Wert, meist ist nur vermerkt, daß die betreffende Person wegen Alkoholismus der Aufnahme in die Anstalt bedarf.

Die Aufnahmevorschriften sind in den einzelnen Bundesländern allerdings verschieden. Für die Anstalt Steinhof, welche der Gemeinde Wien gehört, kann nur der Amtsarzt Einweisungen ausstellen, die gleiche Befugnis ist aber der psychiatrischen Universitätsklinik in Wien eingeräumt. Dieselben Vorschriften gelten auch für die im Besitze des Landes Niederösterreich befindliche Anstalt Mauer-Oehling; wenn Geisteskranke vom Land durch einen Arzt dort eingewiesen werden, darf die Aufnahme nicht erfolgen. Kranke und Begleiter haben sich zuerst zum Amtsarzt (Bezirksarzt), der ungefähr eine Gehstunde von der Anstalt entfernt seinen Wohnsitz hat, zu begeben, um bei ihm sich das Attest zu holen. Welche Unannehmlichkeiten aus solchen Vorschriften hauptsächlich für die Begleitpersonen Geisteskranker erwachsen können, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden. In der Großstadt als einer geschlossenen Siedlung wird der Amtsarzt sicherlich viel leichter zu treffen sein als am Lande, wo er durch Dienstgänge oft längere Zeit von seinem Wohnsitz abwesend sein muß. Für Tirol genügt das Zeugnis eines jeden praktischen Arztes. Es wäre wohl auch gar nicht auszu-denken wohin man käme, wenn jedesmal der Amtsarzt des betreffenden Bezirkes vermitteln müßte. Man stelle sich die Überführung eines unruhigen, erregten Kranken aus einem abgelegenen Einzelhof oder Bergdorf vor, wenn zuerst auf Umwegen der Amtsarzt aufgesucht werden muß, der noch vielleicht auf einer Dienstreise sich befindet, oder wenn derselbe oft stundenlang, ja vielleicht  $\frac{1}{2}$ —1 taglang zum betreffenden Kranken geholt werden muß.

Es wird darauf deshalb besonders verwiesen, weil im neuen österreichischen Krankenanstaltengesetz, das im Entwurfe schon mehrere Jahre vorliegt, für das ganze Bundesgebiet bei Aufnahmen von Geisteskranken in geschlossene Anstalten das Zeugnis eines Amtsarztes gefordert wird.

Von diesem Gesichtspunkte aus kann auch die eingangs erwähnte gesetzliche Bestimmung, daß der Alkoholgefährdete nur mit behördlichem Bescheid der Anstalt zugewiesen werden kann, nicht als zweckmäßig bezeichnet werden. Es mag dies vielleicht für solche Alkoholiker gelten, bei denen der Hang zum übermäßigen Alkoholgenuß erst kurze Zeit besteht und keine Aussicht vorhanden ist, daß durch offene Fürsorge diesem Übel Abhilfe geschaffen werden kann. Vielfach wird der Antrag aber reichlich spät gestellt werden; erst dann, wenn es schon zu Gewalttätigkeiten gekommen ist oder sich in der Familie Zustände entwickeln, welche rasch Abhilfe fordern. Da kann man unmöglich zuerst die Untersuchung durch den Amtsarzt vornehmen lassen und dann noch zuwarten, bis der behördliche Bescheid endlich ergangen ist. In solchen Fällen muß — so wie bisher — ein ärztliches Zeugnis für die Aufnahme in die Anstalt genügen. Man braucht bei Alkoholikern wahrlich nicht wegen Angst vor Freiheitsberaubung allzu zimperlich zu sein, es ist wohl kaum einer zu früh in die geschlossene Anstalt gekommen, wohl aber unzählige zu spät! Von selbst versteht sich, daß Kranke, welche an Alkoholpsychosen leiden überhaupt nicht erst über Bescheid eingebracht werden

dürfen, sondern, daß für dieselben die Aufnahmebestimmungen, welche für Geisteskranke gelten, auch in Hinkunft Anwendung finden müssen; auf diesen Punkt wäre in der Gesetzesvorlage ausdrücklich noch zu verweisen.

Nicht angängig scheint uns, daß wie schon früher erwähnt, in der Gesetzesvorlage bei der freiwilligen Aufnahme eines Alkoholgefährdeten das Gutachten eines Amtsarztes gefordert wird. In solchen Fällen soll überhaupt die Beibringung eines Zeugnisses wegfallen und es dem Anstaltsarzt überlassen werden, den Betreffenden aufzunehmen oder nicht. Die Anstaltsärzte verfügen über die nötige Erfahrung, um einigermaßen sich über die Notwendigkeit der Aufnahme ein Urteil zu bilden und können in zweifelhaften Fällen immer noch nach der Aufnahme die nötigen Erkundigungen einziehen. Im allgemeinen wird nur derjenige die Anstalt aufsuchen, der wirklich gewillt ist, sich einer Alkoholentziehungskur zu unterziehen. Es könnte sich höchstens darum handeln, daß das Ansuchen um freiwillige Aufnahme nur der Versorgung halber geschieht. Kommen die Betreffenden selbst für die Begleichung der Verpflegungskosten auf, dann erwachsen ja überhaupt keine Schwierigkeiten, falls für sie die Allgemeinheit, wie es bei uns z. B. der Fall ist, zur Hälfte das Land und zur Hälfte die zuständige Gemeinde aufkommen muß, dann wird die betreffende Gemeinde, die ja von der Aufnahme sofort verständigt wird, sicherlich die nötigen Schritte unternehmen. Es ereignet sich jetzt schon öfters, daß Gemeinden erklären für die Kosten von Marodeuren, die sich vielleicht absichtlich antrinken, um wieder in der Anstalt Aufnahme zu finden, nicht aufzukommen; handelt es sich um Personen, die nicht gemeingefährlich sind, dann stellen wir sie den betreffenden Gemeinden zur Verfügung.

Im allgemeinen kann immer wieder nicht genug betont werden, daß die Aufnahme von Kranken in den öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten möglichst erleichtert werden muß und daß jeglicher Formenkram bei der Aufnahme tunlichst wegfallen soll; denn nur dadurch wird der Krankenhauscharakter der Anstalt tunlichst gewahrt. Erschwerung der Aufnahme kann sowohl für den Kranken als auch für seine Angehörigen unter Umständen bedenklich werden. Wir gehen in dieser Hinsicht möglichst frei vor uns verzichten in dringenden Fällen sogar auf die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses bei der Aufnahme, natürlich aber nur dann, wenn es sich um dringende Aufnahmen handelt, die Geistesstörung offen zutage liegt und wenn von seite des betreffenden Kranken gegen die Einweisung keine Einwendungen erhoben werden.

Zweckmäßig scheint, daß mit dem Bescheid der Einweisung gleichzeitig auch die Dauer des Aufenthaltes ausgesprochen ist; es wird dadurch verhindert, daß der Internierte oft schon nach einigen Tagen die Entlassung begehrt. In dieser Hinsicht bestehen in Oesterreich allerdings günstigere Verhältnisse als anderorts. Laut Entmündigungsverordnung aus dem Jahre 1916 ist der Anstaltsleiter verpflichtet von jedem Kranken, der nicht freiwillig die Anstalt aufsucht bzw. der gegen die Anhaltung Einspruch erhebt, innerhalb 24 Stunden die Anzeige bei Gericht zu erstatten; eine Kommission, welcher der Richter sowie ein oder nach Maßgabe der Verhältnisse auch zwei Ärzte angehören, hat dann die Entscheidung zu treffen, ob die Anhaltung gerechtfertigt ist oder nicht; oder besser gesagt, ob der Angehaltene als geistesgesund befunden zu entlassen ist. Wir haben es in unserer Anstalt eigentlich kaum jemals erlebt, daß bei Personen, die zur Alkoholentwöhnung

eingewiesen sind, die Anhaltung als ungerechtfertigt erklärt worden wäre. Meist wird die Dauer des Aufenthaltes für ein Jahr als gerechtfertigt erklärt, wobei es allerdings dem Anstaltsleiter jederzeit freisteht, den Betroffenen auch zu einem früheren Zeitpunkt zu entlassen oder nicht. Der Begriff geistesgesund, soweit es sich um Alkoholiker handelt, die in der Anstalt untergebracht sind, wird sowohl vom Richter als auch Sachverständigen sehr eng begrenzt und findet scheinbar auf Alkoholiker — wenigstens bei uns — überhaupt keine Anwendung, eine Tatsache, die natürlich nur zu begrüssen ist.

Hält sich der Anstaltsleiter an die gesetzlich vorgeschriebene Anmeldung bei Gericht, dann kommt er selbstverständlich niemals in die Gefahr, sich einer strafbaren Handlung infolge Freiheitsberaubung schuldig zu machen.

Nach § 16 des Gesetzes sind die in eine Heil- oder Pflgeanstalt eingewiesenen Alkoholgefährdeten, sofern sie dem Einweisungsbescheid nicht freiwillig Folge leisten, nötigenfalls zwangsweise der Heil- und Pflgeanstalt zu überstellen; sie sind verpflichtet während der nach diesem Gesetz bestimmten Aufenthaltsdauer in der Anstalt zu bleiben und die von der Landesregierung erlassene Anstaltsordnung zu beobachten. Entwichene Anstaltspflegerlinge sind nötigenfalls zwangsweise in die Anstalt einzubringen. Fraglos hat die Behörde für die zwangsweise Überstellung zu sorgen. Anders verhält es sich bei Entweichungen. Nach hier geltender Gepflogenheit muß die Anstalt für die Wiedereinbringung des Kranken sorgen oder wenigstens für die Überstellungskosten aufkommen.

Pflegerlinge können auch nach Ablauf einer mindestens sechsmonatlichen Aufenthaltsdauer, sofern noch nicht die Voraussetzungen für die bedingte Entlassung erfüllt sind, von der Anstaltsleitung zeitweilig beurlaubt werden. Von jeder solchen Beurlaubung hat die Anstaltsleitung der zuständigen Trinkerfürsorgestelle zum Zwecke der Überwachung des Alkoholgefährdeten Mitteilung zu machen. Der Urlaub ist sofort zu widerrufen, falls bekannt wird, daß sich der Alkoholgefährdete nicht von alkoholhaltigen Getränken oder Speisen enthält. Im Fallen eines Widerrufs desurlaubes oder einer Überschreitung desurlaubes ist der Alkoholgefährdete nötigenfalls zwangsweise in die Anstalt wieder einzubringen.

Von einiger Bedeutung scheint uns auch zu sein, daß in der Gesetzesvorlage ausdrücklich erwähnt wird, daß eingewiesene Alkoholiker durch Arbeitstherapie (gewerbliche oder landwirtschaftliche Arbeiten) an eine gesunde Lebensführung zu gewöhnen sind. Erst vor kurzer Zeit verweigerte eine Krankenkasse der Frau eines zwecks Alkoholentwöhnung hier eingewiesenen Kranken die gesetzliche Unterstützung während des Aufenthaltes des Mannes in der Anstalt mit der Begründung, daß der Betreffende hier zu Arbeiten verwendet wurde; die Kassenleitung vertrat den Standpunkt, daß der Mann, falls er arbeitsfähig ist, nicht mehr in die Anstalt gehört und zu entlassen sei.

Bei gewissen Fällen von chronischen Alkoholismus sind manchmal die Voraussetzungen für die Aufnahme in Zwangsarbeitsanstalten gegeben. Z. B. können Personen, welche wegen Landstreicherei oder wegen Bettels bestraft sind dort eingewiesen werden; ebenso ist die Gemeinde, in deren Gebiet eine arbeitsfähige Person sich befindet oder betreten wird, welche weder die Mittel zu ihrem Unterhalte noch einen erlaubten Erwerb hat, berechtigt, derselben eine ihrer Fähigkeit entsprechende Arbeit gegen Entlohnung oder Natural-

verpflegung zuzuweisen. Wenn diese Person sich weigert die ihr zugewiesene Arbeit zu leisten, so ist sie mit strengem Arrest von acht Tagen bis zu einem Monat zu bestrafen. Das Gericht kann im Falle der Verurteilung im Urteile die Zulässigkeit der Anhaltung in einer Zwangsarbeitsanstalt dann aussprechen. (RGB. 89 vom Jahre 1885.)

Es dürfte sich empfehlen, von diesem Gesetz dann Gebrauch zu machen, wenn es sich um verkommene Alkoholiker handelt, bei denen alle Versuche einer Alkoholentwöhnung fehlgeschlagen haben. Derlei Persönlichkeiten vermögen manchmal den Betrieb einer Anstalt in beträchtlichem Grade zu stören und verursachen der Allgemeinheit durch den dauernden Aufenthalt in einer Heilanstalt bedeutende Kosten. Es ist uns erst in der letzten Zeit gelungen, zwei Alkoholiker, welche wiederholt hier ohne jeglichen Erfolg behandelt wurden, in einer derartigen Zwangsarbeitsanstalt durch die Behörde unterzubringen.

Es steht außer Zweifel, daß durch ein Trinkerfürsorgegesetz die Bekämpfung des Alkoholismus wesentlich gefördert würde. Einmal dadurch, daß durch die offene Trinkerfürsorge die Alkoholgefährdeten erfaßt und der freiwilligen Befürsorgung oder der behördlichen Schutzaufsicht unterstellt werden. Manche Aufnahme in der geschlossenen Anstalt könnte dadurch unterbleiben oder wenigstens rechtzeitig in die Wege geleitet werden; der Alkoholgefährdete selbst nach seiner Entlassung aus der Anstalt wäre eher geschützt, als unter den bestehenden Verhältnissen und es würden dadurch viele Wiederaufnahmen unterbleiben können. Durch die behördliche Einweisung und Festsetzung der Aufenthaltsdauer wäre der vorzeitigen Entlassung, die vielfach einem Rückfall gleichkommt, ein Riegel geschoben. Eine große Zahl von Verpflegstagen könnte dadurch erspart werden. Die Gesamtauslagen der Verpflegskosten für Alkoholiker sind heute schon jährlich sehr beträchtlich, viel Geld wird dabei zwecklos verpufft; das Trinkerfürsorgegesetz würde auch darin einige Abhilfe schaffen.

Die Gefahr, daß durch das neue Gesetz der Allgemeinheit bedeutende Mehrkosten erwachsen scheint daher nicht allzu groß. In manchen Fällen wird allerdings die Entlassung aus zwingenden wirtschaftlichen Gründen schon zu einem früheren Zeitpunkt als vom ärztlichen Standpunkt aus erwünscht, erfolgen müssen; mit Konzessionen in diesem Belange wird man sich abzufinden haben. Von diesem Gesichtspunkte aus soll besonders bei Neuaufnahmen als untere Grenze ein sechsmonatlicher Aufenthalt von vornherein nicht festgesetzt werden, so wünschenswert dies auch wäre.

*Delbrück-Bremen:* Zur Geschichte der ersten Trinkerheilstätten.

Die Erziehung zur Abstinenz als Kernpunkt der Therapie ist von *Forel* mit Gründung der Trinkerheilstätte *Ellikon* 1889 in der Psychiatrie eingeführt worden. Aber *Forel* hatte diese neue Therapie ja nicht selbst erfunden, sondern von anderen, insbesondere vom *Blauen Kreuz*, übernommen. Und Herr Kollege *Bratz* hat heute schon ausgeführt, wie man bereits vorher kleine vierzig Jahre mit dem Problem gerungen hatte.

Aber zu der Zusammenarbeit von *Nasse* und *Hirsch* möchte ich bemerken, daß das 1851 gegründete *Lintorfer Trinkerasyll* durchaus nicht eingegangen war. Im Gegenteil! Als auf Anregung der Rheinisch-Westfälischen Inneren Mission 1879 die *Lintorfer Heilstätte* gegründet wurde,

hatte man neben *Nasse* als Korreferenten den Pastor *Hirsch* berufen, weil er damals der einzige Mensch war, der über praktische Erfahrungen verfügte. In diesem Zusammenhang will ich ferner zu dem mehrfach beklagten *Bratzschen* Pessimismus darauf hinweisen, daß gerade *Hirsch*, »der berufendste Lehrer der Trinkerheilkunde« von Anfang an betont hat, daß ein Großteil der Trinker unheilbar sei, daß man aber, wenn man die anderen heilen wolle, sie von den Unheilbaren trennen müsse. Deshalb wurde in Lintorf die Heilstätte neben dem älteren Trinkerasyll errichtet!

Abgesehen von dem Fall *Nasse-Hirsch* habe ich nun in der Literatur keine Anhaltspunkte dafür finden können, daß damals Theoretiker und Praktiker zusammen gearbeitet hätten. Theorie und Praxis gingen vielmehr, wechselseitig unbeeinflusst, nebeneinander her und zwar in schroffem Gegensatz in wesentlichen Grundfragen. Dem nachzugehen, ist noch heute lehrreich:

I. Die Theoretiker mochten die Alkoholiker nicht leiden, so daß die Bezeichnung »diese Pestilenz der Irrenanstalten« zum ständigen Epitheton ornans in der damaligen Literatur geworden war. In schroffem Gegensatz hierzu forderten die Praktiker, daß man den Trinkern mit christlicher Liebe entgegenzutreten solle. Einer entsprechenden affektiven Einstellung wird bis auf den heutigen Tag keiner entraten können, der Trinker heilen will. Aber das wollten die Theoretiker gar nicht, weil sie sie von vornherein für unheilbar hielten.

II. Die Theoretiker erklärten mit Entschiedenheit, daß die Alkoholiker nicht in die Irrenanstalten gehörten, weil sie deren Pflöge schädigten, »injurious« wären, wie die Amerikaner sagten und auch selbst in der Irrenanstalt nicht das fänden, was sie brauchten. Die Psychiater forderten deshalb Trinkerasyll, die man sich als staatliche größere Anstalten mit Mauern und Fenstergittern dachte und mit einer gefängnisartigen Hausordnung. Gerade darum sollten die Trinker nicht in die Irrenanstalten, weil man hier freie Behandlung eingeführt habe, die die Trinker durchaus nicht vertragen könnten. In schroffem Gegensatz hierzu forderten und schufen die Praktiker private, oder charitative, kleine, offene Heilstätten mit familiärem Charakter, familiär so ausgesprochen, daß mit der Persönlichkeit des Familienoberhauptes oder Hausvaters die Heilstätte steht und fällt. Manche der damals entstehenden Heilstätten sind mit dem Tode des Gründers eingegangen. Ich erinnere an die vortreffliche Pension für trunksüchtige Frauen von Fräulein *Lungstrass* hier in Bonn.

III. Die Theoretiker forderten als *conditio sine qua non* für die Errichtung von Trinkerasylln Gesetze, die es ermöglichen sollten, Trinker wie unzurechnungsfähige gemeingefährliche Geisteskranke gegen ihren Willen in die Anstalten einzuweisen und darin zurückzuhalten. Diese Forderung nimmt einen breiten Raum in der damaligen Literatur ein — und ja auch noch in der heutigen. In schroffem Gegensatz hierzu forderten die Praktiker die Freiwilligkeit der Heilstättenbehandlung. Pastor *Hirsch* betonte, daß man sogar schon in dem ältesten Lintorfer Trinkerasyll nur Leute aufgenommen habe, »die sich helfen lassen wollten«. Und das 1855 eröffnete zweitälteste Asyl des europäisch-amerikanischen Kulturkreises, die »Pilgerhütte« der Anstalten für Innere Mission in Basel nannte ihr Gründer, der »Vater Spitteler«: »eine freiwillige Zwangsarbeitsanstalt«. Dieses Paradoxon erläuterte er dahin, daß der Trinker von sich aus den Entschluß fassen solle, ein neues Leben zu beginnen und dieses Ziel erreichen durch den freiwillig auf sich genommenen



Zwang der Arbeit, der geregelten Hausordnung und der christlichen Lebensführung. Die Heilstättenleiter, insbesondere auch die Ellikerer Hausväter und *Forel* und *Bleuler* haben immer bis auf den heutigen Tag betont, daß die Freiwilligkeit der Aufnahme die beste Gewähr für die Heilung biete.

Leider — nach meiner Meinung leider — haben sich in diesem Punkte, der Forderung nach Gesetzen, später die Theoretiker und Praktiker gefunden. So ist der unglückliche Begriff der »Zwangsheilung« entstanden — fast eine *contradictio in adjecto*. In diesem Zusammenhang möchte ich mein Bedauern aussprechen, daß Herr Kollege *Bratz* das Problem der Asylisierung der Unheilbaren in seinem heutigen Referat nur flüchtig gestreift hat. Nach meiner Meinung brauchen — und haben wir jetzt — Gesetze nur, oder in erster Linie, für die Internierung der Unheilbaren. Und diese ist meines Erachtens eine wichtige Aufgabe der Psychiater, die wir mit allem Nachdruck an die Hand nehmen sollten, gerade so, wie wir un unseren gemischten »Heil- und Pflegeanstalten« uns die Pflege der Unheilbaren ebenso angelegen sein lassen, wie die Heilung der akuten Krankheiten.

IV. Die Abstinenz! Den Theoretikern schien es damals undenkbar, den Pfinglingen der Irrenanstalten keinen Alkohol zu verabreichen. *Pelman* hat diesem Gedanken noch auf der Psychiaterversammlung 1892 in sehr charakteristischer Weise Ausdruck gegeben. Und *Pelman* war ja selbst, wie er von seinem Lehrer *Nasse* sagte, »ein feiner Kenner des Weines«. Trotzdem und gerade darum forderte man eigene Trinkerasyile, in denen die Pfinglinge allerdings nichts zu trinken kriegen sollten. So ist auch bei den Theoretikern gelegentlich von »Abstinenz« die Rede, aber doch nur in dem Sinne, daß den Patienten während des Aufenthalts in der Anstalt keine Getränke zu geben wären. Darüber hinaus ging man nicht. Im Gegensatz hierzu forderten die Praktiker, insbesondere Pfarrer *Rochat*, im Blauen Kreuz (gegründet 1877) von allen Trinkern lebenslängliche strengste Enthaltbarkeit von Wein, Bier und Branntwein! Wein und Bier erklärte *Rochat* für eine gute Gabe Gottes, deren Genuß dem gesunden Christen wohl gestattet sei. Aber auch von solchen forderte *Rochat* unter Umständen Totalenthaltbarkeit, nämlich wenn sie den Trinkern ein gutes Beispiel geben wollten.

Mit diesem Beispiel hatte es aber damals eine besondere Bewandnis. Es handelte sich nämlich nicht wie heutigentages um ein Kollektivbeispiel. Sondern — der Einzelne sagte zu dem einzelnen zu rettenden Trinker: »Ich verlange von Dir ein ungeheures Opfer! Dir zuliebe will ich das gleiche Opfer auf mich nehmen. Wir beide wollen gleichzeitig die Enthaltbarkeitsverpflichtung unterschreiben.« Das empfand man eben damals als großes Opfer. Man vergegenwärtigte sich aber einmal, welche intensive Bindung dadurch zwischen rettendem und gerettetem Vereinsmitglied entstand. Damit hat das Blaue Kreuz damals seine Heilungen erzielt, mit denen es die Theoretiker überraschte und in Erstaunen setzte. Diesen psychologischen Mechanismus können wir nicht mehr verwenden. Der Verzicht auf jeden Alkoholgenuß gilt im allgemeinen heute nicht mehr als etwas Ungeheuerliches. Aber in einer irgendwie analogen Weise muß man immer um die Seele des einzelnen Trinkers ringen.

Zum Schluß möchte ich mich noch eines Auftrages des Kollegen *Gabriel* entledigen, früheren Mitarbeiters und Nachfolgers *Wlassaks* in der Trinkerheilstätte der Wiener Heil- und Pflegeanstalt am Steinhof. An der Teilnahme an unserer Versammlung verhindert, hat er mir eine schriftliche

Diskussionsbemerkung über die Wiener Erfolgsstatistik übersandt, die ich für das Tagungsprotokoll überreiche, weil die Kürze der Zeit eine Verlesung nicht gestattet. Ich will nur herausheben, daß die *Wlassaksche* Heilstätte 30% Heilungen in unserem Sinne während der ersten acht Jahre ihres Bestehens erzielt hat. Dazu eine grundsätzliche Anmerkung:

Gewiß hat Herr Kollege *Bratz* Recht, wenn er die bisherige oberflächliche statistische Technik mancher Heilstätten rügt. Aber darauf allein darf man die verschiedenartigen Erfolge gewiß nicht zurückführen. Die Schwierigkeit einer gemeinsamen Statistik beruht vielmehr auf der großen Verschiedenartigkeit des Krankenmaterials in den einzelnen Anstalten. Eine ordentliche Heilstätte soll und muß ihre Aufnahmen aufs sorgfältigste prüfen und alle ungeeigneten Elemente nach Möglichkeit fernhalten. Wo das geschieht, wie in der *Wlassakschen* Heilstätte, die ich durch wiederholte Besuche zu *Wlassaks* Lebzeiten und neuerdings unter *Gabriels* Leitung gut kennen gelernt habe, erzielt man 30% Heilungen! Und die Wiener Heilstätte steht da durchaus nicht vereinzelt. Manche andere hatte in alter und neuer Zeit — ich nenne nur noch *Ellikon* — auch bei gewissenhaftester Statistik die gleichen Erfolge. Wenn *Bratz* nur zu 10% Heilungen kommt, so hat das wohl verschiedene Gründe. Erstens das besondere Berliner Krankenmaterial. Zweitens rechnet er überaus vorsichtig, was für den vorliegenden Zweck gewiß angezeigt war. Drittens spielt die kurze Behandlungsdauer von einigen Monaten sicher eine Rolle. Die Wiener und die meisten offenen deutschen Heilstätten fordern als Minimum 6; die Schweizer, so auch *Ellikon* sogar 12 Monate.

*Gabriel-Wien*: Die Erfolge in der Trinkerheilstätte »Am Steinhof« bei Wien.

(Es ist immer eine unsichere Sache, den Erfolg einer Trinkerfürsorge- oder einer Trinkerheilstätte in Zahlen auszudrücken. Wir können ja nie wissen, ob nicht schon während wir noch mit der Feststellung der Statistik beschäftigt sind, ein oder der andere von den von uns als geheilt Geführten inzwischen wieder rückfällig geworden ist. Außerdem gehen trotz sorgfältigster weiterer Verfolgung möglichst aller Fälle eine Anzahl verloren, die entweder verzogen sind oder sonst irgendwie sich unserer Kontrolle zu entziehen wissen. Nichtsdestoweniger aber kann man mit Vorsicht doch eine Statistik über die Heilerfolge aufstellen, um ein annäherndes Bild von dem Erfolg seiner Arbeit zu gewinnen.)

Grundbedingung für einen jeden Bericht, der sich auf Erfolge in der Trinkerbehandlung erstreckt, ist, daß eine genügend lange Zeit nach Abschluß der »Behandlung«, also nach der Entlassung aus der Heilstätte vorübergegangen ist, bevor man sich ein Urteil über den einzelnen Fall gestattet. Die von verschiedenen Seiten vorgeschlagene mindestens zweijährige Beobachtungszeit nach der Entlassung (*Bratz*, *Delbrück*, *Drucker*) legen auch wir unserem Bericht zugrunde. Im folgenden sind daher nur jene Fälle berücksichtigt, die vom 22. Oktober 1922 (dem Eröffnungstag der Trinkerheilstätte »Am Steinhof«) bis 31. Dezember 1929 in die Trinkerheilstätte aufgenommen worden waren. Es waren dies insgesamt 732. Soweit sie in Wien wohnten, wurden sie daheim aufgesucht, die außerhalb Wiens wohnenden suchten wir brieflich zu erfassen, in einigen Fällen gleichfalls durch Heimbesuche.

Von selbst gliedert sich unser Material in vier Gruppen. Die erste umfaßt die Geheilten, das sind solche, die seit ihrer Entlassung aus der Heilstätte mindestens zwei Jahre lang sich wirklich abstinent gehalten haben. Es sind insgesamt 223, das ist 30,46%.

Bei 104 Fällen, das sind in 14,2% ergaben die Erhebungen, daß die Betroffenen wohl nicht abstinent leben, aber unbedingt als gebessert bezeichnet werden müssen. Sie gehen wieder ihrem Beruf nach, das Leben in der Familie ist gegenüber vor ihrer Entziehungskur wesentlich zum Guten geändert, sie kümmern sich um Frau und Kinder. Gelegentlich aber trinken sie ein oder das andere Glas Bier oder Wein, ganz selten gibt es sogar eine leichte Berauschung. Die schweren Rausche und die in ihnen begangenen Exzesse von früher sind jedoch verschwunden. Auch für diese Fälle gilt die mindeste Beobachtungszeit von zwei Jahren nach der Entlassung.

Die dritte Gruppe umfaßt 286 Pfleglinge, das sind 39%, die als ungeheilt bezeichnet werden müssen. Zum Teil haben sie noch während ihres Heilstättenaufenthaltes gelegentlich von Ausgängen schon wieder zu trinken begonnen und mußten deshalb aus der Heilstätte entfernt werden, zum Teil haben sie sofort nach der Entlassung oder nach einer bis einige Monate, ja sogar über ein Jahr eingehaltenen Abstinenz oder einer ebenso lang dauernden »Besserung« wieder mit dem Trinken begonnen.

In der vierten Gruppe sind 119 Pfleglinge, das sind 16,26%, über deren weiteres Schicksal wir keine oder keine genauen Angaben in Erfahrung bringen konnten. Ein großer Teil dieser Gruppe wird von den außerhalb Wiens wohnenden Pfleglingen gestellt, die auf die briefliche Anfrage die Antwort schuldig blieben. Bei Beurteilung des Erfolges rechnen wir die im weiteren Verlauf als »unbekannt« ausgewiesenen Fälle zu den Versagern. Dadurch bekommen wir sicher zu hohe Zahlen von Mißerfolgen, weil ja auch unter den unbekanntem ein oder der andere Fall geheilt oder gebessert sein wird. Allerdings ist es eine alte Erfahrung, daß die Pfleglinge, die den weiteren Zusammenhang mit der Heilstätte oder dem von der Heilstätte aus ins Leben gerufenen Abstinenzverein verlieren, in verhältnismäßig kurzer Zeit wieder rückfällig werden. Das ist der Grund, daß wir diese Gruppe zu den Mißerfolgen zählen.

Es ist eine längst bekannte Tatsache, daß das Alter bei den eine Entziehungskur Anstrebenden von großer Bedeutung ist. Das hat sich auch durch unsere Erfahrungen neuerdings bestätigt. Am höchsten sind die Mißerfolge mit 56,67% in der Altersgruppe 21 bis 25 Jahre. Von da ab sinken sie stetig und erreichen das Minimum mit 21,43% in der Altersgruppe 56 bis 60 Jahre. Die Heilungsziffern bewegen sich in viel geringeren Schwankungen und lassen einen Anstieg von 30 bis 36,36% erkennen bei Aufteilung in die einzelnen Altersgruppen. Deutlicher zeigt sich der Anstieg der als gebessert Befundenen mit 10% in der Gruppe 21 bis 25 Jahre gegenüber 21,43% in der Gruppe 56 bis 60 Jahre. Das mag darauf zurückzuführen sein, daß die Veranlagung zur Trunksucht bei den Leuten, die schon in früher Jugend mit dem Trinken beginnen, tiefergehend ist als bei jenen, die erst später zu trinken anfangen. Unter diesen finden sich unserer Überzeugung nach eine Reihe von Leuten, die ohne besondere Veranlagung nur aus Gewohnheit durch die Trinkgepflogenheiten ihres besonderen Berufes oder dadurch, daß sie den Trinksitten sehr huldigenden Kreisen angehören, zu Trinkern werden. Sie können bei entsprechender Belehrung eher vom

Trinken lassen als die richtigen Süchtigen und können vielleicht wirklich »mäßig« trinken. Unter den Heilstättenpfleglingen sind sie auf jeden Fall in verschwindender Minderzahl, so daß bei der »Behandlung« auf sie keine Rücksicht genommen werden kann. Wir müssen alle unsere Pfleglinge der dauernden Abstinenz zuzuführen trachten, da diese die einzige Gewähr für einen ehemaligen Trinker ist, sich zu halten. Wir müssen die Abstinenz, auch wenn wir der Meinung sind, daß es Trinker ohne tiefere Veranlagung nur aus Gewohnheit gibt, verlangen, weil wir das Fehlen einer Veranlagung dem Trinker nicht ansehen können und daher nicht in der Lage sind, jemand mit Sicherheit als nicht süchtigen, sondern nur als Gewohnheitstrinker zu erkennen.

Es ist auffallend, daß bei den zahlenmäßig ziemlich gleich großen Gruppen der Geheilten und Ungeheilten ein großer Unterschied in der Häufigkeit der vorgekommenen Todesfälle festgestellt werden konnte. Während unter den Todesfällen nur 2,59% auf die Gruppe der Geheilten entfielen, kamen auf die der Ungeheilten 6,42%, also mehr als doppelt so viel. Wir können nicht annehmen, daß dies eine »zufällige« Erscheinung darstellt, sondern sind der Meinung, daß durch die erfolgreich durchgeführte Entziehungskur gelegentlich durch Alkoholismus bedingte Organerkrankungen günstig beeinflußt werden — vielleicht nur im Sinn einer Verzögerung —, während sie bei den Weitertrinkenden ihren Fortgang nehmen und den Eintritt des Todes beschleunigen.

Wir können zusammenfassend über 44,66% Erfolge bei 732 Trinkern berichten, denen 39% ausgesprochene Mißerfolge und 16,26%, über deren weiteres Verhalten wir keine Kenntnis erlangen konnten, gegenüberstehen. Bei der Bewertung dieser Zahlen muß natürlich festgehalten werden, daß die Trinker, bevor sie in die Trinkerheilstätte aufgenommen werden, einer strengen Auswahl unterzogen werden. Diese Auswahl gründet sich hauptsächlich auf die Erfahrung und das persönliche Gefühl des sie Treffenden. Unsere Erfolge dürfen daher nicht verallgemeinert werden. Anstalten, die wahllos jeden eingelieferten Trinker übernehmen müssen — ein für eine Heilstätte aus naheliegenden Gründen unhaltbarer Zustand —, werden naturgemäß wesentlich geringere Erfolgsziffern aufzuweisen haben. Andererseits können Heilstätten, die nur Pfleglinge aufnehmen, die sich selbst zur Entziehungskur melden und daher bessere Heilungsaussichten bieten als jene, die gegen ihren Willen eingewiesen werden, größere Erfolge erzielen.

Der hier gegebene Bericht gibt in kurzen Umrissen die von uns an der Trinkerheilstätte »Am Steinhof« bei Wien in achtjähriger Arbeit gemachten Erfahrungen. Wir werden ausführlich über sie in der nächsten Nummer (Heft 3) der »Internationalen Zeitschrift gegen den Alkoholismus« berichten.

Zur Klinik des Haschischrausches.

a) *Beringer-Heidelberg*: Denkstörungen im Haschischrausch.

Bei der psychologischen Analyse der mannigfachen Erscheinungen des Haschischrausches, vorgenommen an einem Material von über 30 Selbstversuchen an Gesunden, wobei jeweils 0,1 g Zannabinol gegeben wurde, fanden sich mit großer Regelmäßigkeit Störungen des Denkens. Hierauf hat schon *Moreau* von Tours in seiner Monographie »Du haschisch et d'aliénation mentale« 1845 hingewiesen. Bei eingehender Analyse zeigt sich, daß

keineswegs immer die gleiche Form der Denkveränderungen auftritt, es kommen vielmehr ganz verschieden strukturierte Störungsweisen zur Beobachtung. Es werden als Beispiele drei Formen im einzelnen geschildert. 1. ein weitgehender Leistungsabbau auf Grund erhöhter Reizgebundenheit und Reizeindringlichkeit, strukturell verknüpft mit Spontaneitätsabnahme; 2. eine hochgradige mnestiche Störung. Das eben Erfasste entschwindet sofort wieder dem Gedächtnis und wird bei Wiederholung überhaupt nicht oder nur noch schattenhaft erinnert; 3. eine speziell am Denkablauf einsetzende Alteration in Gestalt eines jähen Gedankenabreißens mit völliger Sperre, die über den bloßen gedanklichen Vollzug hinaus noch verschieden tief in die Struktur des Gesamtbewußtseins eingreifen kann. Vom schizophrenen Gedankenentzug, mit dem das Haschischphänomen ablaufsmäßig große Ähnlichkeit hat, unterscheidet es sich durch die Kürze der Sperre, die nur einige Sekunden dauert, fernerhin fehlt der Erlebnischarakter des Gemachten. (Vortrag erscheint in erweiterter Form im Nervenarzt.)

b) v. *Baeyer*-Heidelberg: Die psychomotorischen Erscheinungen im Haschischrausch<sup>1)</sup>.

Die in der experimentellen Haschischvergiftung beobachteten Bewegungserscheinungen und Bewegungserlebnisse sind vielgestaltiger als in anderen Vergiftungszuständen. Es hoben sich bei den in der Heidelberger Klinik angestellten Versuchen drei Gruppen von Bewegungsphänomenen heraus: 1. Motorische Entäußerungen des jeweiligen Gefühlszustandes, analog den normalen Ausdrucksbewegungen, aber quantitativ oft wesentlich gesteigert. 2. Bewegungen und Haltungen, die primär aus dem zentralen motorischen Apparat hervorgehen — Impulsüberschuß oder Hemmung — und erst nachträglich mit Sinn und Ausdruck erfüllt werden. Ein hochgradig gesteigertes kinaesthetisches Erleben scheint die Voraussetzung dieser sekundären Sinnerefüllung zu sein. Es besteht überhaupt im Rausche eine deutlich ausgeprägte Tendenz, sich selbst, die eigene Zuständigkeit in Bewegungen und Haltungen motorisch versinnlicht zu erleben — eine »Reflexivtendenz«, welche man der in den Ausdrucksbewegungen wirksamen Entladungs- und Entäußerungstendenz gegenüber stellen kann. Das reflexive Moment am Bewegungserlebnis dürfte auch außerhalb des Rausches bei normalen Ausdrucksbewegungen, in Sport, Spiel und Tanz, von Bedeutung sein. — Das Doppelverhältnis rauschhafter Bewegungserscheinungen, ihre Herkunft aus dem primär Motorischen und ihr Einbezogenheit ins persönliche Erleben wird auch in den Phänomenen des Antriebs und der Anregbarkeit deutlich. Die Bewegungen werden meist in Form des »Getragensein« erlebt, eine Erlebnisweise, die zwischen willkürlicher Bestimmbarkeit und außerpersönlichem Zwang steht und durch ein williges Mitmachen, Sich-überlassen gekennzeichnet ist. Außerordentlich stark ist die Anregbarkeit der gesamten Rauschphäre und besonders des Motorischen durch Musik. Musik wirkt einerseits in besonderem Maße bewegungsanregend, andererseits bewegungsordnend und -gestaltend. Eine dritte Gruppe von Bewegungserscheinungen trägt gleichsam rein neurologischen Charakter, wird als völlig ich-fremd erlebt. Es handelt sich um eine bei fast allen Vpn. vorhandene, teils mehr an myoklonische, teils mehr an choreatische Bilder erinnernde Bewegungs-

<sup>1)</sup> Erscheint ausführlich im »Nervenarzt«.

unruhe, die bei einer Vp. zu einer schweren, stundenlang anhaltenden Hyperkinese führte. Zu den ich-fremden motorischen Automatismen gehört die bei haschischvergifteten Tieren in ähnlicher Weise auftretende Pseudokatalepsie, die in einigen Fällen beobachtet wurde. Sie ist im subjektiven Erleben durch fehlendes Ermüdungsgefühl mit mangelndem Impuls zur Lageänderung charakterisiert. — Motorische Erregung und Hemmung gehen meist mit psychischer Erregung und Hemmung parallel. In einzelnen Fällen kommt es jedoch zu einer Dissoziation des Motorischen vom Psychischen, wobei Erlebnisreichtum mit Akinésie und umgekehrt Erlebnisleere mit Bewegungsunruhe verknüpft ist.

c) *H. Marx-Heidelberg*: Die physiologischen Veränderungen des Haschischrausches.

In Gemeinschaft mit *Beringer* und von *Baeyer* wurde mit den Methoden der internen Klinik der Ablauf des Haschischrausches verfolgt. Von den Ergebnissen werden drei Syndrome mitgeteilt:

1. das febrile Syndrom, das sich vorwiegend in vasomotorischen Erscheinungen auswirkt (Puls und Temperaturanstieg, Konjunktivitis, Leukozytose, Harnsäureanstieg);
2. die Alteration des Wasser- und Mineralwasserhaushaltes in Form einer starken Diurese mit Kochsalzausschüttung, dabei gleichzeitig Bluteindickung. Häufige Reaktionen des Kalziumspiegels im Blut und der Phosphorsäure.
3. Das Verhalten des Kohlehydrathaushaltes. Hypoglykaemie, wenn Haschisch nüchtern gegeben wurde, Verhinderung der normalen Hyperglykaemie nach Kohlehydratbelastung des Haschisch. Hinweis auf die große Bedeutung der Kohlehydrate für den Ablauf des Haschischrausches, wie er auch empirisch den Haschischessern seit jeher bekannt.

Diskussion zu den Referaten B und den vorstehenden Vorträgen:

*Hans Maier*:

*Bonhoeffer*: Herrn *Hans Maier* kann ich nicht zustimmen, daß der Rückgang des chronischen Alkoholismus in Deutschland Ausdruck der Wirtschaftskrise ist. An dem Indikator des Delirium tremens gemessen, unterliegt es keinem Zweifel, daß der chronische Alkoholismus seit dem Beginn des Jahrhunderts allmählich dauernd abgenommen hat. Im übrigen stimme ich seinen Ausführungen ganz zu.

*Luxenburger*: Es wurde heute einige Male davon gesprochen, daß man nicht das Recht habe, in der Frage der keimschädigenden Wirkung des Alkohols aus den Versuchen an Tieren auf den Menschen zu schließen. Das ist doch wohl nur bedingt richtig. Ich kann nicht einsehen, warum es erlaubt sein soll, das ärztliche Handeln beim Menschen nach den Ergebnissen der pharmakologischen und pathophysiologischen Tierversuche einzurichten, die Resultate der experimentellen Genetik dagegen mit ganz unverhältnismäßig großer Skepsis aufzunehmen. Selbstverständlich geht es nicht an, die Frage, ob beim Menschen die für ihn überhaupt zur Anwendung kommenden Alkoholdosen eine vererbare Schädigung der Keimzellen hervorrufen, als durch das positive Ergebnis von Tierexperimenten gelöst anzusehen. Ich

habe mich immer gegen diese Ansicht gewandt. Das Tierexperiment konnte die grundsätzliche Möglichkeit nachweisen, daß beim Säugetier Mutationen durch chronische Einwirkung hoher Alkoholdosen ausgelöst werden können. Ob diese Möglichkeit beim Menschen eine Realisierung erfährt, unter welchen Umständen dies geschieht, was das erbpathologische und klinische Ergebnis ist, kann nur durch die Forschungen an menschlichem Material geklärt werden. Leider liegen aber die Dinge so, daß neuentstandene pathologische Erbanlagen in der Regel rezessiver Natur sind, so daß es so gut wie unmöglich ist, schon in der nächsten Generation Träger der erblichen Anomalie zu finden. Erst in späteren Generationen, in der 3., 4., 5. sind erstmals solche zu erwarten. Nur wenn es sich um eine geschlechtsgebundenrezessive Anlage handelt, werden wir, und zwar nur unter den Söhnen von weiblichen Alkoholikern schon in der ersten Generation Erbkranken finden können. In der Regel sind ja aber die Alkoholiker Männer. Es geht somit nicht an, aus den negativen Ergebnissen der Untersuchungen an Kindern von Alkoholikern auf das Fehlen einer Keimschädigung zu schließen. Auf der andern Seite muß bei positiven Befunden ausgeschlossen werden, daß die kranke Anlage schon vorher in der Familie war. Die Frage, wie sich die durch das Tierexperiment gesicherte und damit auch für den Menschen wahrscheinlich gewordene Schädigung der Keimzellen eventuell für den Menschen auswirkt, kann erst in späteren Generationen geklärt werden. Aufgabe der heutigen Forschung ist, das Alkoholikermaterial sorgfältig zu sammeln, die Nachkommen ständig im Auge zu behalten und überhaupt alles zu tun, was geeignet ist, unsern Nachfolgern die Untersuchung der notwendigen Zahl von Deszendengenerationen zu erleichtern. Bis es soweit ist, müssen wir die durch das Tierexperiment nachgewiesene Keimzellenschädigung als Möglichkeit auch für den Menschen anerkennen. Allerdings nur als solche.

*Stiefler-Linz* a. d. D. betont die in letzter Zeit beobachtete Zunahme der vorher mehrminder selteneren Alkoholpsychosen, auch des Deliriums, die auf die stärkere Verbreitung des Weingenußes infolge Senkung des Preises der billigen Weinsorten zurückzuführen sein dürfte. In der Therapie des Delirium tremens wie insbesondere auch des praedeliranten Stadiums bewährte sich als sehr erfolgreich die Lumbalpunktion, die stets leicht durchführbar war und ausnahmslos gut vertragen wurde. Sämtliche Liqueures waren alkoholpositiv. In Fällen von chronischem Alkoholismus mit leichten neuritischen Erscheinungen wurden trophische Hautveränderungen an Vorderarm und Händen beobachtet, die ihrem Aussehen nach sehr erinnern an die Hauterscheinungen der Pellagra.

*Zenker*: Gedankenabreißen wurde in den Versuchen a. d. Greifswalder Klinik sowohl bei Mescal. wie bei Haschisch beobachtet, jedoch ist das im Sinne einer Konvergenz-Erscheinung zu bewerten; denn die Genese ist prinzipiell verschieden: Beim Mescal. ist es bedingt durch ein Überangebot verschiedener Teilvorstellungen bzw. durch das Unvermögen, diese zu einer Vorstellung zusammenzuschließen. Beim Haschisch ist es der Wechsel oder auch das Entschwinden der mehr im Sinne affektiver Momente zu bewertenden Tendenzen, die normaliter eine Vorstellungs-Reihe nach Inhalt, Richtung u. Verlauf bestimmen. — Bei Vorstellungs-Aufgaben sieht man bei der Haschischvergiftung immer wieder das zunehmende Plastischerwerden der einmal gewählten Vorstellung, die ferner auch eine ausgesprochene Selbständigkeit erlangt, insofern, daß sie für eine gewisse Zeit durch das Subjekt selbst

nicht abgeändert oder in eine andere überführt werden kann. Bevor eine solche Vorstellung nicht spontan wieder abläßt, ist die Gründung einer neuen unmöglich oder doch sehr erschwert. Seinen andern Ausdruck findet diese Tatsache in der mangelnden Sinnerfassung beim Lesen.

Stimmungs- oder Affektwechsel einerseits und die Neigung zur Vesselbständigung einzelner oder auch komplexer Vorstellungen andererseits erklären die während der Vergiftung auch auftretenden Bedeutungs-Gefühle, deren Inhalt als zufälliger und in seiner Diskrepanz zur Tiefe des Bedeutungs-Gefühls der Vp. oft selber auffällt.

Im übrigen sind diese beiden genannten Momente die Faktoren, mit denen es bei einer unter genetisch gerichteten Analyse gelingen wird, die mannigfaltigen psychologisch zu betrachtenden Erscheinungen der Haschisch-wirkung unter einen Gesichtspunkt zu vereinigen.

*Bratz* (Schlußwort): Die Diskussion hat noch eine Fülle von wichtigen Anregungen gebracht, die auch von den Referenten gewürdigt werden sollen.

*Pohlisch* (Schlußwort): Herrn *Gonser* ist zuzustimmen, daß die Mäßigen noch mäßiger geworden sind, jedoch erklärt dies nicht allein die außerordentlich starke Abnahme des Schnapsverbrauchs in Deutschland. Dieser Abnahme entspricht das Sinken der Aufnahmen von schwerem chronischen Alkoholismus, besonders der von Delirium tremens. Infolge gewisser Rührigkeit in der Bekämpfung werden jetzt sehr viel mehr als vor dem Kriege Frühfälle von Alkoholismus erfaßt. Beim Vergleich dieser mit den schweren Fällen der Vorkriegszeit muß dieser Unterschied für die Beurteilung der Gesamtlage berücksichtigt werden. — Die Auffassung von Herrn *Luxenburger* deckt sich im wesentlichen mit der meinigen.

Auf Grund des Referates von *Bratz*-Berlin und der anschließenden Diskussion beschließt der Verein, dem Preußischen Wohlfahrtsministerium folgende Resolution zuzufertigen:

Der Deutsche Verein für Psychiatrie hält für wünschenswert den Erlaß einer preußischen Ministerialverordnung im Sinne der badischen und bayrischen Regelung, welche den Kreisärzten Früherfassung der Alkoholiker, Berücksichtigung der von den Fürsorgestellten zu erfahrenden Vorgeschichte und unverzögerte Einweisung in die Anstalt vorschreibt. Der Verein begrüßt im Kampf gegen Alkoholismus die Mitwirkung der Enthaltsamkeitsvereinigungen sowie des Deutschen Vereins gegen den Alkoholismus und befürwortet Unterstützung der von der Not der Zeit bedrohten Trinkerheilstätten. Im Interesse der Volksgesundheit wird progressive Besteuerung der Starkbiere und stärkste steuerliche Belastung aller Schnäpse und Liköre empfohlen.

#### *Günther*-Köln: Zur Pathopsychologie des Rechnens.

Bericht über einen postapoplektischen Zustand, bei dem sich neben motorischen und Sprachstörungen eine eigenartig strukturierte Rechenstörung fand. Dem Patienten war das gestaltende Rechnen völlig verloren gegangen, die Zahlenreihen hatten jede Gliederung verloren. Rechenaufgaben wurden nur noch soweit gelöst, als sie auf Zählaufgaben zu reduzieren waren. Es wird in Kritik *Ehrenwalds*cher Ausführungen darauf hingewiesen, daß sich diese Rechenstörung in ganz anderem syndromalem Zusammenhange fand wie in



dem von *Ehrenwald* analysierten Fall, und daß sie deshalb nicht ohne weiteres als primäre sekundären gegenübergestellt werden sollte. Verfasser wendet sich dagegen, mit zu allgemeiner psychologischer Beziehungssetzung Primärsyndrome aufzustellen, die letzten Endes doch nur biologisch-kausal zusammengehören könnten. (Ausführliche Publikation erfolgt.)

*Jossmann-Berlin*: Über Scheinbewegungen und Agnosie.

Definiert man die Scheinbewegung allgemein, zum Zweck einer vorläufigen Verständigung, als phänomenal in der optischen Wahrnehmung auftretende Bewegung, für die in der objektiven Reizkonstellation ein entsprechendes Korrelat nicht aufgewiesen werden kann, dann sind u. a. folgende Erscheinungen Gegenstand der analysierenden Bearbeitung: Das Bewegungsnachbild, das sog. Punktwandern, bzw. Punktschwanken, die stroboskopischen Bewegungstäuschungen, das Gebiet der Raumlageänderungen, die Bewegungserscheinungen bei der totalisierenden Gestaltauffassung, ferner die phantastischen Gesichterscheinungen (*Joh. Müller*); anzuschließen sind die Bewegungserscheinungen beim Invertieren, sowie schließlich die geometrisch-optischen Täuschungen, deren funktionelle Beziehung zu den Scheinbewegungen jetzt feststeht. Die Bedingungen für das Auftreten von Scheinbewegungen in der Norm sind in wesentlichen Punkten geklärt; ihre Abhängigkeit von der individuellen Eigenart ist neuerdings besonders gewürdigt worden. Man kennt ferner eine ganze Anzahl abnormer Voraussetzungen für Scheinbewegungen: Ermüdung, Intoxikationszustände, Tonusveränderungen, Vestibularis- und Kleinhirnstörungen, Störungen des Augenbewegungsapparates, agnostische Störungen. Die Psychologie hat eine Reihe von Theorien gebildet, die den Versuch machen, der Fülle der mehr oder weniger heterogenen Arten von Scheinbewegungen und den verschiedenen Bedingungen ihres Auftretens gerecht zu werden. Im vorliegenden Zusammenhang interessiert besonders der Begriff der sensorischen Bewegung, mit dem *Stein* den einheitlichen Gesichtspunkt für die theoretische Auffassung nicht nur der Scheinbewegungen, sondern der Wahrnehmung überhaupt bezeichnet. *Stein* gliedert den Wahrnehmungsakt in doppelter Richtung; er unterscheidet einmal das Erlebnis der Qualität, der Empfindung im engsten Sinne, ferner das Erlebnis der durch die Reizkonstellation ausgelösten Bewegung. Beide Wahrnehmungsinhalte bindet er in gleicher Weise an die sensiblen Systeme. Die — gerade auch durch experimentelle Untersuchungen — neu gestellte Frage nach der Zulänglichkeit des Begriffs der sensorischen Bewegung war der Anlaß, sich gewissen, meist nur als Nebenbefunde registrierten Beobachtungen bei Agnostischen zuzuwenden. Scheinbewegungen sind ein der Agnosieforschung geläufiger Befund. Auch wenn man von den häufigen Beobachtungen bei direkter Schädigung des optischen Apparates (und zwar des peripheren, wie des zentralen) absieht, findet man nicht selten bei Seelenblinden Besonderheiten, die dem Gebiet der Scheinbewegungen angehören. Man kann unterscheiden zwischen dem Auftreten von Scheinbewegungen, die physiologisch nicht vorkommen, und zwischen dem Ausbleiben von Scheinbewegungen, die bestimmte Wahrnehmungen der Norm fundieren. Verhältnismäßig häufig beobachtet sind Scheinbewegungen im Sinne einer »Entmischung« (*Pötzl*) des Wahrnehmungsbildes, also Bewegungen, die als Gestaltzerfall, als intrafigurale Bewegung erscheinen, sich aber auch mit Raumlageänderungen (Allästhesie) kombinieren können. Andererseits findet

man bei Agnostischen auffallenderweise ein normales Verhalten gegenüber den geometrisch-optischen Täuschungen. Schließlich ist als besonders bemerkenswerter Befund zu nennen die Unfähigkeit zu invertieren, die als Ausdruck der mangelhaften Auffassung der bildlich-perspektivischen Darstellung überhaupt zu beurteilen ist. Diese Diskrepanzen im Verhalten finden ihre Erklärung in der beim Agnostischen vorliegenden besonderen Beziehung von Reizgebundenheit und Gestaltauffassung. Die beim normalen optischen Wahrnehmungsakt vorliegende Abhängigkeit der Empfindung von der gestaltlichen Gliederung erfährt beim Agnostischen eine Verschiebung in dem Sinne, daß mit dem Verlust der Freiheit des Einstellungswechsels Einzelheiten des »Empfindungsmaterials« zuungunsten der Gestaltbildung dominieren. So wird unter bestimmten Umständen der (normale) Grenzfall einer Scheinbewegung zum Typus der optischen Wahrnehmung des Agnostischen. Das ist dort der Fall, wo in der Reizkonstellation der »Aufforderungscharakter« des Empfindungsmaterials besonders stark ist. Das so gestörte Gleichgewicht der Gestalt läßt den Gegenstand bewegt erscheinen. Umgekehrt liegt es dort, wo eine Wahrnehmung auf die Wirksamkeit der Gestaltproduktion in besonderer Weise angewiesen ist, also beim Invertieren, bei der Bildperspektive usw. Die stärkere Gebundenheit an den Reiz läßt hier gleichsam keinen Raum für das Entwickeln möglicher Gestalten; die Abhängigkeit vom Reiz beeinträchtigt die Einstellung zum Reiz, d. h. es entsteht kein Gegenstand mehr. — Aus den Beobachtungen bei der Agnosie ergeben sich folgende Einsichten: Der mit »sensorischer Bewegung« bezeichnete Sachverhalt ist eine allgemeine Funktion der optischen Wahrnehmung überhaupt. Die pathologischen Phänomene demonstrieren — über den normalen Grenzfall hinaus — das Bewegungsmotiv in der Wahrnehmung besonders deutlich. Der Begriff der sensorischen Bewegung in der Definition von Stein erschöpft die Struktur der optischen Wahrnehmung unzureichend, weil er den grundsätzlichen Faktor der Gestaltproduktion nicht einbezieht. Die Agnosie als typische Störung der Gestaltproduktion ist keine Störung des »sensiblen Systems«, es sei denn, daß man diesen Begriff über jede praktische Brauchbarkeit hinaus erweitert. Mit der Einbeziehung der Scheinbewegungen in das Untersuchungsschema ist die Möglichkeit gegeben, Typen von Agnosien zu unterscheiden, und zwar je nach dem besonderen Verhältnis von Reizgebundenheit und Einstellungsfreiheit, das im Einzelfalle vorliegt.

#### *Neustadt-Düsseldorf: Über Drangzustände bei Schwachsinn.*

Bei einer Gruppe von Schwachsinnigen, die sich häufig unter Fürsorgezöglingen aber auch anderweit findet, die von Jugend an durch besondere Unruheerscheinungen auffällt und stets einen, wenn auch leichten, organisch neurologischen Befund erheben läßt, tritt in der Pubertät eine anfallsartige Steigerung der Unruheerscheinungen auf. In der psychiatrischen Diagnostik werden diese Kranken meist als Schwachsinnige mit psychopathischen Zügen bezeichnet. Die Analyse der Unruheerscheinungen ergibt aber, daß sie von äußeren Einflüssen unabhängig sind, daß sie dem Grundwesen der Patienten unverständlich und als fremd gegenüberstehen, daß die Patienten sich von ihnen nachträglich distanzieren, daß sie von ihnen übermannt werden, daß die Kranken gegen sie oft einen heftigen Kampf führen; hinzu kommt noch die primäre Ziel- und Zwecklosigkeit der Erregungen, die sich mehr zufällig am äußeren Objekt entäußern. Alle diese Merkmale kennzeichnen die

Unruheerscheinungen bei Schwachsinn als echte Drangzustände. Sie sind nicht Ausdruck einer besonderen Psychopathie, sondern der konkomitierende Ausdruck derselben organischen Hirnschädigung, die auch den intellektuellen Schwachsinn hervorgerufen hat; für den Kranken bedeuten sie einen organischen Zwang. Die Erregungszustände vieler Schwachsinniger nicht unter einem psychologischen sondern organisch hirnpathologischen Gesichtspunkt zu betrachten, bedeutet für die Behandlung und Beurteilung eine wesentliche Änderung.

(Erscheint erweitert im Archiv für Psychiatrie.)

*Sioli-Düsseldorf*: Zur Histopathologie symptomatischer Psychosen.

Vortragender stellt die histologischen Befunde bei kardiogenen und nephrogenen symptomatischen Psychosen dar. Das Material besteht aus fünf kardiogenen Psychosen und neun nephrogenen Psychosen. Aus diesem Material in Verbindung mit früher untersuchten puerperalen Eklampsien entwickelt *S.* die histopathologische Formenlehre dieser Arten von Psychosen. Die kardiogenen Psychosen weisen auf 1. zungen- bis streifenförmige lange, schmale Erweichungen (Infarkte) mit auffällig geringen Erscheinungen in der Umgebung, 2. keil- und kugelförmige Lichtungs- und Verödungsherde mit und ohne umgebende ischaemische Ganglienzellerkrankung, 3. fleckweise lokale Veränderungen an Ganglienzellen ischaemischer Art mit und ohne Inkrustationen der Golginetze, 4. lokale Erweichungen, 5. herdförmige Gliareaktionen in Form von Gliaknötchen, Gliarosetten, Gliawällen um Gefäße. Diese Veränderungen, die gefäßgebunden sind, finden sich sehr verbreitet, unregelmäßig verteilt in vielen Teilen des Gehirns, ohne Prädilektion für bestimmte Teile oder Schichten. Gefäßwandveränderungen werden durchaus vermisst.

Die nephrogenen Psychosen trennen sich klinisch nach den Lehren *Volhards* in die Psychosen aus den echt urämischen Hergängen, davon standen zwei Fälle zur Untersuchung (eine Urämie durch Steinverschluß und eine Urämie durch Zystenniere), aus den Veränderungen der akuten eklamptischen Urämie und den pseudourämischen Erkrankungen. Die Formenlehre für die akut eklamptisch-urämischen Veränderungen entspricht der der kardiogenen gefäßgebundenen oben angeführten Störungen, außerdem sind vorhanden umfangreiche Veränderungen der Gefäßwand: von verbreiteter Lipoidase der Gefäßwand, zu stark erhöhter Einlagerung von Pseudokalk und verwandter Stoffe zu hyalinen Veränderungen der Gefäßwand bis zur ausgesprochenen Fibrose und Sklerose. Während bei der puerperalen Eklampsie und den akut eklamptisch-urämischen Hergängen noch die Lipoid- und Pseudokalkveränderungen vorwiegen, gehen sie bei chronischerem Bestehen der nephritischen Grundkrankheit zunehmend mehr in die hyaline, fibrotische und sklerotische Reihe über. Bei diesen akut eklamptisch-urämischen und pseudourämischen Prozessen finden sich dann außer den oben genannten miliaren histologischen Herdbefunden im Gewebe noch größere lockere Verfettungen, inkomplette Erweichungen. Völlig anders als die Veränderungen der akut eklamptisch-urämischen und pseudourämischen Störung sind die der echt urämischen Erkrankung im Sinne *Volhards*. Bei den zwei Fällen dieser Reihe fanden sich keine Gefäßwandveränderungen und keine herdförmigen miliaren Ernährungsstörungen des Gewebes wie bei den vorher genannten Verände-

rungen sondern diffuse allgemeine schwere Ganglienzellveränderungen mit oder ohne Imprägnationserscheinungen an den Ganglienzellen. *Sioli* meint, daß die Befunde bei den untersuchten symptomatischen Psychosen und ihre Einordnung in eine derartig entschiedene histopathologische Formenlehre für sich sprechen und verzichtet vorläufig auf weitere pathogenetische Erörterungen.

**Diskussion:** Herr *Spielmeier*: Herr *Sioli* hatte die Freundlichkeit, den Ergebnissen unserer Untersuchungen über funktionelle Kreislaufstörungen Wert beizulegen. Er hat dabei aber vergessen, seine eigenen wichtigen Untersuchungen über die Eklampsie ans Licht zu stellen. Gerade was *Sioli* über die Wirksamkeit von Störungen der Kreislauffunktion bei Eklampsie dargelegt hat, brachte meinen Mitarbeitern, die die Klärung dieser Frage später aufgenommen haben, besondere Anregung.

**Korbsch-Münster i. Westf.:** Zur Ätiologie der *Pickschen* Krankheit.

Es wird das Gehirn eines Kranken der westfälischen Provinzial-Heilanstalt Warstein mit *Pickscher* Krankheit demonstriert, der histologische Befund an Hand von Mikrophotographien erörtert und der Krankheitsverlauf beschrieben. Eine Schwester des Kranken, von der ein Film gezeigt wird, bietet ein Symptomenbild, welches in das Gebiet der *Huntington'schen* Chorea zu rechnen ist. Durch das Vorkommen der *Pickschen* und *Huntington'schen* Krankheit bei Geschwistern erhält die Ansicht von der heredodegenerativen Natur der *Pickschen* Lobären Sklerose eine neue Stütze, auch bestätigt sich die unter histologischem Gesichtspunkte von *Onari* und *Spatz* geäußerte Vermutung einer nahen Beziehung beider Leiden.

*Lydia Rabinowitsch-Kempner, Georg Katz, Adolf Friedemann:* Untersuchungen zur Auffassung der multiplen Sklerose als Metatuberkulose.

*Löwenstein* hat aus Wien berichtet, daß es ihm gelungen sei, mit einer besonderen Methode eine Tuberkelbazillämie nicht nur bei zahlreichen Fällen von Tuberkulose, sondern auch bei Arthritis und in 42% auch bei multipler Sklerose nachzuweisen.

Für den Fall, daß es möglich ist, die *Löwensteinschen* Befunde an einem größeren Material zu reproduzieren, dürfte man sich der Hoffnung hingeben, der Ätiologie dieser geheimnisvollen und vielgesichtigen Erkrankung näherzukommen. Manches im klinischen Verlauf und in der therapeutischen Beeinflussbarkeit läßt an ein chronisch-infektiöses Leiden denken. Gerade von infektiösen Erkrankungen, besonders von der Tuberkulose her ist uns die Analogie in der Besserung nach Ruhekuren, robrierender Diät, aber auch die Verschlimmerung nach Anstrengungen und bei Frauen nach Schwangerschaften bekannt.

Die *Löwensteinschen* Befunde rechtfertigen die Frage, welche weiteren klinischen und serologischen Eigenschaften bei der multiplen Sklerose im Sinne einer Tuberkulotoxikose oder Metatuberkulose verwertbar sind. Wir haben deshalb 42 multiple Sklerosen (20 Männer, 22 Frauen, 20 akute und

	Name	Krankheits-			Com- plement Ab- lenkung
		Beginn	Typus	Zustand	
1	B., Meta .....	1925	typisch	subacut	—
2	B., Richard ...	1896? 1911?	"	chron. stat.	## (##)
3	B., August.....	1901? 1911?	Encephalomycl. toxi- ca?Kein typischerFall	stat.	## (##)
4	B., James .....	1918?	Cerebellare Erkrkg. Ataxie, Demenz	chron. stat.	—
5	B., Katharina .	1928	typisch	acut verschl.	+ (##)
6	D., Willi.....	1917? 1925/26	"	acut	—
7	D., Frieda ....	1916	B. D. R. + sonst typ.	chron. stat.	—
8	F., Florian.?) .	1923? 1927	typisch	acut	—
9	F., Bertha ....	1911	"	chron. stat.	##
10	F., Charlotte ..	1897? 1919?	M. Skler.?Lues cerebr Salvarsanvergiftung	chron. stat.	—
11	F., Ernst .....	1918	typisch	chron. stat.	—
12	G., Bruno .....	1931	typisch	subacut	—
13	H., Klara .....	1913? 1919?	Ataxie, Spasmen, B. D. R. r., l. u. ⊖ Int. Tremor	subacut	—
14	H., Edith.....	1921	typisch	acuterSchub	—
15	H., Otto .....	1924? 1927	"	subacut	—
16	J., Bertha ....	1918	Außer Sprache ty- pisch, Encephalomycl dissemin.?	chron. stat.	+ (##)
17	K., Paul.....	1923	typisch	chron. stat.	—
18	K., Martha ....	1905!	Fehl. B. D. R. Py- Zeichen, Ny.? Intent. Tremor.	chron. stat.	—
19	K., Ella .....	1916/18	typisch	subacut	—
20	K., Erich ?) ...	1926	"	subacut	## (##)
21	L., Otto .....	1923	"	chron. stat.	—
22	M., Frieda ....	1917	"	subacut.- Remission	## (##)
23	M., Ernst .....				—
24	N., Otto .....	1909	Keine Sehstörungen, B. D. R. +, Spasmen, Ataxie, Heredo. At.	chron. stat.	—
25	P., Hedwig ....	1926? 1931	typisch	acut	## (##)
26	R., Olga .....	1910? 1920	"	chron. stat.	—
27	R., Elisabeth ..	1919? 1926	"	subacut	## (—)
28	R., Johanna ...	1926	"	subacut	—
29	R., Alfred .....	1918?	Dysarthrie, Nystagm. Asynergie,Py-Zeichen, B. D. R. + (cerebel- larpontine Degene- ration?)	chron. stat.	## (##)

Tuberculin-Reaktion		Senkung	Leukoc.	%								
intra-cutan	sub-cutan			Seg.	Stab.	Bas.	Eo.	Ly.	Mo.	Ueb.	Mast.	
⊕	±	25—57 4)	4 900	54,5	0	0,5	2	24,5	5,5	8		
±	±	7—17	3 300	50,5	0	0,5	1	44,5	2	1,5		
⊕	±	2—4		60,5	0,5	1	4	22	1	5	1	
⊕	⊕	6—19	3 300	57,5	0,5	0	0	31	5	6		
⊕	⊕	10—30 4)	3 600	65,5	1	0	0,5	28,5	3	2		
⊕	⊕	1—2	2 100	66	0,5	1	2,5	23	2	5		
⊕	±		5 400	49	0	0,5	1,5	41	3,5	4,5		
⊕	⊕	6—15	4 800	51,5	0,5	0,5	2,5	31	4	10		
		10—33	3 400	60	0,5	0,5	2,5	26	2	8,5		
		3—5	3 300	67,5	0	0	2	24	1,5	5		
±	⊕	5—18	4 800	57	0	1	1	34	3	4		
±	±	8/31 (3/6)	3 200	65,5	0,5	0	2,5	15	2	9,5	5	
		2—4	4 200	66,5	0	0,5	0,5	26	3	3,5		
⊕	⊕	3—10	4 400	78,5	0,5	0,5	0,5	16	1	3		
⊕	⊕	5—11 4)	4 800	74,5	1	0	2	12	3	7,5		
⊕	⊕	13—37	5 400	65,5	0	0	1	25	2	6,5		
⊕	⊕	10—18 4)	7 300	64,5	0,5	0	2	21	4	8		
		37—73 4)	4 600	66	0	0	1	29	2,5	1,5		
±		5—19	4 200	73	0	0	1	21	0	5		
⊕	⊕	55—95	7 000	76,5	0,5	0,5	1,5	20,5	2,5	3		
		24—34	3 800	72,5	0,5	1	2	18	0,5	3,5		
		4—11	4 500	75	0	0	1	18,5	0	5,5		
⊕	⊕	15—25	3 200	57,5	0	0	2	33	2	5,5		
±	±	2—5	3 400	66,5	0	0	1,5	24	2	5,5	0,5	
		1—3	11 200	62	0,5	1,5	1,5	31	2	1,5		
			3 400	64,5	0	0	2	32	0		1,5	
⊕	±	18—35 4)	3 900	72	0	0	1	22,5	1,5	3		
⊕	⊕	14—38	6 000	52	0,5	0,5	4,5	36	1,5	6		
		20—42	4 700	80,5	0	0,5	0,5	16	0,5	2		

	Name	Krankheits-			Com- plement Ab- lenkung
		Beginn	Typus	Zustand	
30	Sch., Else .....	1929	typisch	acut	—
31	Sch., Otto .....	1923	„	subacut	—
32	Sch., Gerhard ..	1928	„	chron. stat.	—
33	Sch., Charlotte	1924	Ny fehlt, sonst typ.	chron. stat.	+++ (+++)
34	Sch., Marie .....	1926	typisch	acut	—
35	St., Walter ...	1927	„	subacut	—
36	U., Agnes .....	1900? 1910?	„	chron. stat.	—
37	V., Max 3) ....	1925	„	subacut	—
38	W., Erich .....	1926	„	subacut	—
39	W., Elsa .....	1915? 1926	typisch aber Tox. Salvarsanverg.? Lues? Pupillen R. + Tempor. Ablassg. Lues Reakt. ⊖	chron.	—
40	W., Anna .....	1924	typisch	chron. stat.	—
41	Z., Otto .....	1920	„	chron. stat.	—
42	Z., Hedwig ...	1921	Grenzfall M. S. seronegative L. c.	chron. stat.	—

subakute, 22 chronisch stationäre, davon diagnostisch nicht einwandfrei 9) auf folgende Eigenschaften untersucht:

1. Nüchternblutproben zur Löwensteinschen Kultur,
2. Nüchternblutproben zur Komplementablenkung mit verschiedenen Methoden (*Besredka, Sachs-Witebsky, Neuberg-Klopstock, Calmette*),
3. Kutanreaktion nach *Mantoux* mit albumosefreiem Tuberkulin (Verdünnung 1 : 100000 und 1 : 1000000).
4. subkutane Tuberkulinprobe mit  $\frac{2}{10}$  mg Alttuberkulin,
5. Blutstatus (Blutbild, Blutsenkung),
6. Röntgenkontrolle,
7. Klinische Kontrolle.

Die Ergebnisse sind der Übersicht halber kurz tabellarisch wiedergegeben.

Die Auswertung ergibt, daß wir trotz der *Löwensteinschen* Befunde, deren Nachprüfung fortgeführt wird, die wir bisher aber noch nicht bestätigen können, nicht den geringsten Anhaltspunkt dafür haben, die Tuberkulose in irgendeinen allgemeinen oder speziellen Zusammenhang mit der multiplen Sklerose als Krankheit zu setzen. Unsere Untersuchungsergebnisse gestatten auch keine diagnostische Abgrenzung der fraglichen von den sicheren Fällen. Die Möglichkeit, daß das Syndrom einer multiplen Sklerose vielleicht einmal auch als tuberkulöse oder metatuberkulöses Intoxikationssyndrom auftreten kann, soll für gelegentliche Fälle nicht bestritten werden. Für die

1) Inaktive Tbc. 2) Kniegelenks-Tbc. 3) Aktivierungs-Reaktion auf

Tuberculin-Reaktion		Senkung	Leukoc.	%							
intra- stam	sub- cutan			Seg.	Stab.	Bas.	Co.	Ly.	Mo.	Ueb.	Mast.
⊕		2—4	3 200	69	0	0,5	0,5	25	3	2	
⊕	⊕	22—30	5 900	58	0	0	4	26	1	9	2
		7—12	4 000	67,5	1	0,5	2,5	20	0,5	8	
		8—22	3 300	63	0	0,5	0,5	33	2	1	
⊕	⊕	54—84 4)	5 700	70	0	0	3	21	0,5	5,5	
		11—20	2 400 od. 4 800	67,5	0	1	1	27	2	1,5	
		14—37	3 600	56	0	0	2	35	2	4,5	0,5
+	+	8/22 (50/72)	4 300	34	0	0	3	58	1	2	2
⊕	⊕	1—2	2 600	40	1	0	0	46	3	9	1
⊕	⊕	4)	11 000	62	0	1	2	29	2,5	3,5	
⊕	⊕	4—12	3 200	49,5	0	0,5	3,5	40	0,5	6	
⊕	⊕	17—42 4)	3 600	74	0	0	3	15	0,5	7,5	
		4—11	4 600	72,5	0	0	1,5	22	1,5	2,5	

multiple Sklerose im allgemeinen kann es nach unseren bisherigen Befunden keine Geltung haben.

Die Zahl der 11 komplement-positiven Fälle geht keinesfalls über die bei Großstadtdurchseuchung zu erwartende Durchschnittsziffer hinaus, besonders wenn man bedenkt, daß die Komplementablenkung noch Jahre lang nach völliger Ausheilung positiv bleiben kann.

Für den Ausfall der kutanen und subkutanen Tuberculin-Reaktionen gilt gleichfalls, daß die positiven Reaktionen eher geringer sind, als sich bei der Annahme einer durchschnittlichen Tuberkulose-Durchseuchung hätte erwarten lassen.

Blutbild und Blutsenkung geben keinen Anhaltspunkt für Tuberkulose. Darüber hinaus läßt sich sogar mit gewissem Vorbehalt sagen, daß noch nicht einmal im Haematogramm ein sicherer Anhaltspunkt für eine toxisch-infektiöse Erkrankung gegeben ist, da die Mehrzahl aller Blutbilder durchaus der Norm entspricht. Wir vermessen Lymphozytose oder Monozytose wie etwa bei der Lues und bei der Tuberkulose.

Die Zahl von vier Tuberkulosen, darunter eine aktive Kniegelenkstuberkulose und zwei indurative Lungentuberkulosen unter 42 darauf durchuntersuchten multiplen Sklerosen (wir haben die neun nicht sicheren Fälle als Kontrollen mitgeteilt lassen) bedeutet ebenfalls nichts im Vergleich mit der zu erwartenden durchschnittlichen Durchseuchung. Dieses klinische Bild entspricht dem Eindruck, den die Untersucher aus ihrer internen und neuro-

Tuberculin. 4) Banale Infect. (Cystitis, Gingivitis, Conjunctivitis usw.).



logischen Fachpraxis aus früheren Jahren haben, daß eine besondere Tuberkulosemorbidity bei multipler Sklerose nicht feststellbar ist.

Wir kommen zum Schluß: Bei gründlicher Durchuntersuchung eines Krankenbestandes von 42 multiplen Sklerosen konnten wir mit den uns zur Zeit zugänglichen biologischen, physikalischen und klinischen Methoden bis jetzt keine Anhaltspunkte für einen Zusammenhang zwischen Tuberkulose und multipler Sklerose finden. Darüber hinaus läßt sich auch die Vermutung einer toxisch-infektiösen Komponente der multiplen Sklerose klinisch nicht einwandfrei stützen.

#### *Wegner-Andernach: Myxödem und Psychose.*

Bericht über eine 39jährige Frau, die während einer Myxödemerkrankung an einer halluzinatorisch-paranoiden Psychose mit Angst, Ratlosigkeit, erschwerter Fixierbarkeit und mangelnder Konzentrationsfähigkeit erkrankte. Aus dem engen zeitlichen Zusammenhang und der Tatsache, daß nach Thyreoidinbehandlung Myxödem und Psychose heilten, wird geschlossen, daß es sich um eine symptomatische Psychose handelt. Die während der Psychose nachweisbare leichte Bewußtseinstrübung kennzeichnet ihre Zugehörigkeit zum Kreis der organischen Reaktionstypen (*Krisch*). Auf Grund der weitgehenden Übereinstimmung des geschilderten Falles mit den zwei anderen in der Literatur eingehender geschilderten Fällen von *Kraepelin* und *Pilcz* wird die Frage aufgeworfen, ob es eine spezifische Myxödempsychose gebe.

*H. P. Kuttner-Uchtspringe: Über motorische Verhaltensweisen schwachsinniger Kinder (Filmdemonstration).*

Dem Versuch einer Systematik der motorischen Verhaltensweisen schwachsinniger Kinder auf Grund einer filmischen Bearbeitung eines großen Materials wird die fortlaufende Hin- und Herbewegung als die Elementarbewegung im Bewegungsmechanismus zugrunde gelegt. Diese Bewegungsform, deren einzelne Beugungen und Streckungen in fließendem Übergang aufeinander folgen, ist häufig die dominierende Bewegungsäußerung des schwachsinnigen Kindes. Sie beruht auf der physiologischen Tendenz zu periodisch alternierender Gliederung der Agonisten- und Antagonistentätigkeit, tritt in mannigfaltigen, wiegenden und schaukelnden rhythmischen Bewegungen zutage, läuft bei bester Ausnutzung passiver Faktoren, die sich aus Trägheits- und Elastizitätswirkungen zusammensetzen, gleichmäßig in einem mittleren Tempo ohne besonderen Kraftaufwand ab und erfolgt nur, wenn das betreffende Glied nicht krampfhaft versteift, sondern locker bewegt wird. Das Fehlen der Versteifungsinervation ist als Rückständigkeit in der Entwicklung der Bewegungsfunktionen zu denken und den Symptomen des »motorischen Infantilismus« anzureihen. Die Ausbildung der auf die Produktion von Dauerspannungen gerichteten Haltungsinervationen, sowie die damit verbundene Fähigkeit zur Ausführung isolierter Einzelbewegungen sind als Funktionen des Pyramidenbahnsystems aufzufassen. Auf den einfachen fortlaufenden Hin- und Herbewegungen bauen sich die verwickelten Hin- und Herbewegungen auf, die häufig Flug-, Schwimm-, Ruder-, Wasch- u. ä. Bewegungen gleichen. Je nach Form und Art der Betonung einer Bewegungsrichtung können nicht-getaktete, übermäßig-getaktete, gleich- oder wechselsinnig-getaktete und regellos-getaktete Bewegungen unterschieden werden. Auf der inneren Seite dieses Bewegungsgeschehens steht das Rhyth-

muserlebnis, dessen lustbetonte Empfindung mit dem Wunsch nach Erneuerung des Lustgewinns zur inneren Antriebsquelle der Bewegung wird.

Da beim schwachsinnigen Kind die sensiblen und sensorischen Reize, die mit jeder Bewegung verknüpft sind, durch den Mangel an Umweltbezügen fehlen, bleibt beim torpiden, bewegungsarmen Schwachsinnigen diese normale Antriebsbahnung aus. Das bewegungsunruhige schwachsinnige Kind, für das die bei jeder Bewegung stattfindenden Erregungen in den muskulären Rezeptionsorganen zu gering sind, um die Bewegung anzufachen, ersetzt die fehlenden Reize aus der Umwelt durch sensible, im Vergleich zur Norm überstarke Reize am eigenen Körper, die bei einzelnen Formen zu schweren Selbstbeschädigungen und -verletzungen führen können. Bei diesen Zuständen, die nicht nur aus dem Mangel der die subkortikalen Zentren temperierenden kortikalen Funktionen erklärlich sind, ist das Vorliegen einer Schädigung der Stammganglien anzunehmen, das sich durch klinische und encephalographische Befunde bestätigen läßt. Bei so umfangreichen Störungen des Zentralnervensystems treten gewöhnlich auch organbedingte Syndrome aus dem amyotatischen Formenkreis auf, deren Kombination mit dem spontanen Bewegungsverhalten im Einzelfall besondere, pathophysiologisch bedeutungsvolle Bilder ergibt. Nicht selten jedoch imitiert die Bewegungsart eines Kindes nur ein als pyramidal oder extrapyramidal bekanntes Syndrom. Besonders häufig erscheinen Abwegigkeiten der Haltung oder der Bewegung unter dem Bilde der Torsionsdystonie, des Torticollis und Retrocollis, der Myorhythmien, der Ticzuckungen und der Ballismen. Unter gewissen Einschränkungen können diese Zustände als gewohnheitsmäßig fixierte Anomalien bezeichnet werden, die im Gegensatz zu den entsprechenden neuropathologischen Erscheinungen unter bestimmten Bedingungen und durch äußere Einflüsse abgeändert oder vorübergehend aufgehoben werden können und — jedenfalls zum Teil — den sensomotorischen Reaktivbewegungen näherstehen. Eine weitere wesentliche Bereicherung erfährt das elementare Bewegungsspiel des schwachsinnigen Kindes durch die affektgetragenen Bewegungsäußerungen. Im Verlauf gleichförmiger fortlaufender Bewegungen treten nicht selten Unterbrechungen durch Zwischenbewegungen auf, die als emotionelle Bewegungsstöße bezeichnet werden können. Sie sind gekennzeichnet durch auffällige Plötzlichkeit des Auftretens und besondere Wucht und Triebkraft der Bewegungen, die mitunter zu einer Erschütterung des ganzen Körpers führen und von typischen Sprach- und Lautäußerungen begleitet werden. Zu der mechanischen Fortleitung auf den Körper tritt gewöhnlich, meist gegen Ende der Bewegung, eine Tonisierung der gesamten Muskulatur hinzu, die sich in einem abrupten, kurzen Erstarren in der betreffenden Haltung äußert. Die Bewegungseffekte setzen sich aus isolierten und komplexen Einzelbewegungen zusammen, die in ihrer Gesamtheit bei einem häufigen und schnellen Bewegungswechsel als regellose Bewegungskombinationen auftreten und weder koordinierte Ausdrucks- oder Zweckbewegungen noch synergische Handlungen darstellen. Die Intensität des Einsatzes, der zeitliche Verlauf des Anstiegs und der Abnahme der Spannung, sowie die Art des Abklingens erlauben einen Rückschluß auf die kongruente affektive Seite der inneren Situation. Die Entladung hochgespannter psychischer Gemütszustände erfolgt nicht nur über das motorische System, sondern beteiligt auch vegetative Funktionen. Besonders werden Atmung und Kreislauf in das Gesamtgeschehen mit einbezogen. Die

Antriebsquelle, die für die fortlaufenden Hin- und Herbewegungen das Rhythmuserlebnis war, ist für die emotionalen Bewegungen das Dynamikerlebnis. Während jenes einem Zustand ausgeglichener Gehaltenheit entspricht, ist dieses mit einer Störung des Gleichgewichts, einer Spannung verknüpft, die über das motorische Geschehen abgeleitet wird, um eine verhängnisvolle Speicherung zu vermeiden.

Solange diesen Bewegungen jede Beziehung zur Außenwelt fehlt, erlebt das Kind ausschließlich den dynamischen Verlauf, bleibt sozusagen im Stadium der Funktionslust und ist nicht imstande, koordinierte Einheiten herauszuheben und zu festigen. Sobald mit den Bewegungen eine Beziehung nach außen erzielt und ein Erfolg erlebt wird, werden fast sprunghaft höhere Koordinationen erreicht, die als reine Ausdrucksbewegungen ausgeglichener, einheitlicher und geschlossener erscheinen und ein viel höheres Formniveau aufweisen. Mit Hilfe dieser außengerichteten Ausdrucksbewegungen, zu denen z. B. die »Luftsprünge« oder Tanzbewegungen, Kulttänzen primitiver Völker vergleichbar, gehören, können auch Zweckbewegungen und synergische Handlungen geschaffen werden, bei denen der Ablauf der Bewegung nur Weg zum Ziel ist.

*H. Lewenstein-Bonn: Amentielle Zustandsbilder bei Endangitis oblit. und funktionellen Gefäßstörungen.*

Bericht über drei klinisch und autoptisch beobachtete Fälle. Der Krankheitsverlauf zeigt im psychiatrisch klinischen Verlauf, im pathologisch-anatomischen und histologischen Hirnbefunde eine auffällige Gleichförmigkeit. In der Literatur waren ähnliche Fälle bisher nicht veröffentlicht.

Keine familiäre Belastung oder endogen-psychotische Erkrankung bei den Patienten selbst. Krankheitsbeginn plötzlich, im Anschluß an eine leichte Infektion (Erkältung, leichte Angina), unter dem Bilde eines paranoid-ängstlichen-halluzinatorischen Verwirrtheitszustandes. Bei zwei Fällen entstand im weiteren Verlauf ein ausgesprochen amentielles Zustandsbild, mit starker Auflockerung bis zur Inkohaerenz, bunten Sinnestäuschungen, Wahnideen und erheblichen Störungen der Psychomotorik. Der dritte Fall verlief unter dem Bild eines Delirium acutum. Der Exitus erfolgte im comatösen Stadium nach einer Krankheitsdauer, die zwischen drei und zwölf Tagen lag. Einer der Fälle zeigte in früheren Jahren schubweise ähnliche halluzinatorische Verwirrtheitszustände von kurzer Dauer.

In der Beobachtungszeit keine Temperaturen, kein krankhafter Befund an den inneren Organen. Die Reststickstoffwerte, sowie die Blutzuckerwerte waren normal. Keine Veränderung des Blutbildes. Der serologische Befund negativ.

Bei sämtlichen Fällen traten im Krankheitsverlauf Störungen im Kreislaufsystem, d. h. funktionelle Störungen der peripheren Gefäße resp. endangitische Erscheinungen auf. Bei Fall K.: anfängliche Cyanose, dann Spontangangrän des linken Fußes, bis zum unteren Drittel des Unterschenkels. Bei Fall B. entwickelte sich eine multiple Hautgangrän, und bei Fall C. traten anfallsweise, vor allem an den unteren Extremitäten, synkopenartige Zustände auf, von verschieden langer Dauer, die durch Angiospasmen bedingt waren.

Sektion ergab: Ausgesprochen asthenischer Habitus bei sämtlichen Fällen. Kein erheblicher Krankheitsbefund an den inneren Organen. Auf-

fällig ist in allen Fällen eine mehr oder weniger ausgesprochene Hypoplasie, vor allem der Aorta, der Femoralis, der Radialis und der Carotis, aber auch der übrigen peripheren Gefäße. Im Falle B.: die Ulnaris = 1 mm weit, die Radialis =  $\frac{1}{2}$  mm weit. Bei Fall K.: = die aufgeschnittene Aorta des Bauchteils  $2\frac{1}{2}$  cm weit. Die Carotis axillaris, femoralis und die inneren Arterien ungewöhnlich eng. Fall C. ebenfalls kleines Herz und auffällig enge Aorta. Im Fall K. und B. finden sich ausgedehnte Thrombosen in der Tibialis, femoralis und im Bauchteil der Aorta über der Teilungstelle. Im Parenchym des Darmes und in den Nieren finden sich Veränderungen, die auf gefäßfunktionellen Störungen beruhen (kapillare Blutungen, degenerative Veränderungen, Infarkte usw.).

An den Gehirnen fand sich in mehr oder weniger starker Ausbildung ausgesprochene Hypoplasie der Basisgefäße. Die histologische Untersuchung des Gehirns ergab Veränderungen, die (unter Berücksichtigung der Ergebnisse von *Spielmeyer*, *Neubürger*, von *Braunmühl* und anderen) mit Sicherheit als Ausdruck einer gefäßfunktionellen Störung aufzufassen sind. Organische Gefäßverschlüsse waren nicht nachweisbar.

Es ergibt sich aus dem Beobachtungsmaterial der Schluß, daß es sich hier um ein Krankheitsbild einheitlicher Pathogenese handelt.

Den Störungen in der Funktion der peripheren Gefäße, die zu synkopeartigen Zuständen oder zu Spontangrän, resp. zur multiplen Hautgangrän führen, sind die gefäßfunktionellen Störungen im Gehirn (Spasmen, Stasen) parallel zu setzen. Bei empfindlicherem Parenchym (Niere, Gehirn) genügen schon kurzdauernde Strömungsunterbrechungen (durch Spasmen oder Stasen) um erhebliche Zell- und Gewebsschädigungen herbeizuführen, ohne daß ein organischer Gefäßverschluß vorliegen muß. Während in der Peripherie die vaskulären Störungen klinisch beobachtet werden konnten, läßt sich im Gehirn diese Annahme einer funktionellen Dysfunktion der Gefäße nur aus der Ausdeutung des histologischen Befundes herleiten. Die Ergebnisse der Arbeiten von *Spielmeyer*, *Neubürger*, von *Braunmühl* und anderen, berechtigen zu einem derartigen Rückschluß auf den pathophysiologischen Vorgang an Hand des anatomischen Substrates bei einem hirnhistologischen Befund, wie er von uns erhoben wurde. Da neben diesen nachweisbaren histologischen Hirnveränderungen auch feinere, nicht faßbare Schädigungen bestehen werden, müssen wohl in diesen Fällen die amentuellen, resp. deliranten Zustandsbilder als Ausdruck einer allgemeinen Hirnschädigung betrachtet werden, die durch gefäßfunktionelle Störungen bedingt sind.

In dem ausgesprochen asthenischen Habitus, und vor allem dem auffällig hypoplastischen Gefäßsystem, scheint ein wesentlich praedisponierendes Moment zu liegen. Eine intercurrente Infektion geringfügigen Grades (leichte Angina usw.), eine toxische Ursache oder Verletzung, scheint dann als auslösender Faktor zu genügen, um das an sich wenig widerstandsfähige Gefäßsystem so in seinen funktionellen Leistungen zu schädigen, daß auf diesem Wege, je nach der Empfindlichkeit der einzelnen Gewebe, irreparable Schädigungen entstehen.

(Diese Fälle werden noch unter Hinzunahme eines weiteren, erst kürz-

Diese Fälle werden noch unter Hinzunahme eines weiteren, erst kürzlich zum Exitus gekommenen Falles, unter ausführlicher Würdigung des anatomischen und histologischen Befundes, an anderer Stelle veröffentlicht werden.)

*A. Meyer-Bonn: Zur Frage der elektiven Pallidumerscheinung.*

Bekanntlich ist die Erweichung des globus pallidus nach Kohlenoxydvergiftung ein zwar nicht obligatorisches, aber doch sehr regelmäßiges Vorkommnis, das sich nicht nur beim Menschen, sondern auch bei Hund und Katze findet, bei kleinen Nagern jedoch nach amerikanischen und eigenen Untersuchungen nicht mehr angetroffen wird. Neben der Pallidumerweichung werden fast in jedem Fall auch andere Hirnteile, und zwar in sehr wechselndem Maße befallen, z. B. das Ammonshorn, Kleinhirn, Großhirnmark und die Großhirnrinde. In bisher seltenen Fällen konnte sowohl beim Menschen wie beim Hunde auch eine elektive Erweichung in der substantia nigra, und zwar in deren roter Zone festgestellt werden. (*Hiller, A. Meyer.*) Diese gemeinsame elektive Affektion von Pallidum und roter Zone, den beiden Eisenzentren erster Ordnung im Gehirn, hat schon frühzeitig — der Gedanke geht, soweit ich übersehe, auf *Hugo Spatz* zurück — daran denken lassen, ob nicht der Eisengehalt dieser Zentren die Ursache der auffallenden Elektivität ist. Neuere physikalisch-chemische Forschungen, die sich vor allem an den Namen *Warburgs* knüpfen, mußten die Aufmerksamkeit noch eindringlicher in diese Richtung lenken. Diese Forschungen haben nämlich erwiesen, daß das Kohlenoxyd wie übrigens auch die Blausäure eine spezifische Affinität zum Eisen haben, ja daß ihre Giftwirkung in dieser Eisenaffinität besteht, indem sie das eisenhaltige Atemferment zerstören bzw. lähmen. Als Beweis dafür führt z. B. der Pharmakologe *Eichholz* an, daß die Oxydationskatalyse durch Blausäuregiftmengen, die dem vorhandenen Eisengehalt entsprechen, gehemmt wird und daß das kohlenoxydvergiftete Atemferment, wie die Kohlenoxydverbindungen anderer Eisensalze im Lichte dissoziieren.

In Bestätigung des leider summarischen Befundes von *Schmorl* und *Edelmann* konnte ich kürzlich experimentell eindeutig nachweisen, daß auch die Blausäure zu gleich elektiven Pallidumschädigungen und elektiver Erweichung der roten Zone der Substantia nigra führen kann. Es ist also in der Tat bestechend, die elektive Giftwirkung von Kohlenoxyd und Blausäure mit dem Eisengehalt von Pallidum und roter Zone in Zusammenhang zu bringen.

Bei näherer Prüfung erheben sich allerdings bald Bedenken. Der rote Kern z. B., der nach *Spatz* an Eisenreichtum wenig hinter den Zentren der ersten Ordnung zurücksteht, ist bei zahlreichen Fällen nie als miterkrankt gefunden worden. Das gleiche gilt von dem etwas weniger eisenreichen Nucleus dentatus. Es ist auch nicht recht verständlich, warum die rote Zone der Substantia nigra bei Kohlenoxydvergiftung so sehr viel seltener miterkrankt, obwohl sie ebenso eisenhaltig ist wie das Pallidum. Wir verstehen ferner nicht die sehr regelmäßige Pallidumlaesion beim Hunde, dessen Pallidum weniger eisenreich ist als das des Menschen. (Daß die kleinen Nagere keine Pallidum-laesion aufweisen, geht allerdings wieder parallel zu der Tatsache, daß sich bei ihnen eine Eisenreaktion im Pallidum nicht anstellen läßt.) *Spielmeyer* hat in seinem Danziger Referat und auch später darauf hingewiesen, daß es auch bei anderen Erkrankungen, die mit einer Eisen-spezifität nichts zu tun haben, elektive Pallidumerweichungen gibt. Es ist dies insbesondere der Morphinfall von *Mahrenholz* und *Weimann*, ferner *Rotters* traumatischer Fall. Man könnte mit Recht einwenden, daß es sich hierbei um mehr oder weniger zufällige Einzelfälle handelt. Auch ist in *Rotters* Fall die traumatische Ätiologie nicht einwandfrei geklärt. Ich habe

deshalb versucht, mir noch weiteres toxikologisches Vergleichsmaterial zu verschaffen. Zufällig bot sich mir Gelegenheit, gemeinsam mit dem hiesigen Pharmakologen Herrn Privatdozenten Dr. *Blume* experimentell die Wirkung von Narkoticis im Gehirn zu studieren. Von der narkotischen Wirkung wissen wir nach den Untersuchungen von *Warburg*, *Winterstein* u. a. A. so viel, daß sie im Gegensatz zum Kohlenoxyd und zur Blausäure keine spezifische Affinität zum Eisen haben. Bei den bisherigen spärlichen menschlichen Sektionsbefunden von Narkosespätodesfällen ist uns von einer Pallidum-schädigung nichts berichtet. Im Gegensatz dazu gelang es *Blume* und mir bei mit Äther narkotisierten Katzen in auffallender Häufigkeit streng elektive Erweichungen des globus pallidus (neben Schädigungen in anderen Gebieten, oft aber auch ganz isoliert) zu erzielen. Eine streng elektive Erweichung der roten Zone ist uns zurzeit noch nicht gelungen.

*Blume* und ich sind zu folgenden Vorstellungen über die pathogenetische Bedeutung des Eisens gelangt: Wir sind zurzeit nicht berechtigt, anzunehmen, daß die elektive Pallidumerweichung einfach deshalb zustande kommt, weil bestimmte Gifte eine besondere Affinität zum Eisen haben. Es darf andererseits auch nicht der Schluß gezogen werden, daß die Anwesenheit von Eisen für das Zustandekommen von elektiven Pallidumerweichungen völlig gleichgültig ist. *Spatz* hat seiner Zeit die Vermutung ausgesprochen, daß dort, wo vermehrtes Hirneisen vorhanden ist, vielleicht erhöhte Oxydationsprozesse stattfinden. Man könnte daran anknüpfen und sagen, daß in solchen Zentren auch ein erhöhter Sauerstoffbedarf, mithin auch eine erhöhte Vulnerabilität bei Sauerstoffmangel vorhanden ist. Doch dies sind zur Zeit noch Vermutungen. Einer Schlußfolgerung allerdings wird man sich schwerlich entziehen können: Es wird gerne der Chemismus der Gewebe in engen Zusammenhang mit der speziellen Funktion des Gewebes gebracht. (Pathoklisenlehre *C.* und *O. Vogts.*) Im speziellen Falle des Eisens ist zu vermuten, daß der Stoffwechsel dem Sauerstoffaustausch dient, also sich eng anschließt an die Zirkulation, vielleicht auch abhängig ist von den speziellen Zirkulationsverhältnissen. Es dürfte sich empfehlen, in der noch im Gang befindlichen Diskussion über die Pathoklisenfrage derartige Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

(Erscheint ausführlich in der Zeitschrift für die gesamte Psychiatrie und Neurologie.)

*H. A. Schmitz-Bonn:* Über paranoische Zustände nach *Comotio cerebri*.

Die paranoische Reagibilität ist im Gegensatz zu den obligat exogenen Syndromen, welche arteigentümlich sind, eine Eigentümlichkeit des Individuums, sie ist einer der Faktoren, auf welchen die »symptomatische Labilität« im Sinne *Kleists* beruht. Sie offenbart sich überall, wo immer die Grundstruktur der Persönlichkeit bloßgelegt wird, z. B. in Krankheiten, im Alter, in kritischen Lebenssituationen. Sie kann daher bei endogenen Psychosen ebensowohl zum Vorschein kommen, wie bei exogenen. Eine Korrespondenz zwischen Noxe, bzw. dem dadurch gesetzten Prozeß und der paranoischen Äußerung besteht nur auf dem Umwege über andere auf die paranoische Reagibilität einwirkende Faktoren. Der Faktor, welcher am stärksten die p. R. beeinflußt, ist die Affektivität. Diese ist nach zwei Seiten hin zugänglich, von der Psyche und vom Soma. In dem doppelten Zugang zur

Affektivität liegt die Erklärung für den nie endenwollenden Kampf der Gutachter um die — schon in der Fragestellung unrichtige — Entscheidung: Psychogen oder organisch? Bei einem unserer Fälle, der in einer ausführlichen Abhandlung dieses Themas an anderer Stelle mitgeteilt werden soll, wird durch eine traumatische Affekalteration bei einem bis dahin gesunden, syntonen Menschen die paranoische Reagibilität geweckt, und es kommt bei diesem Kranken zur Ausbildung von drei aufeinanderfolgenden, zeitlich gut abgegrenzten, psychopathologischen Reaktionstypen, in denen depressive Affekalteration und paranoische Reagibilität die einzigen Konstanten sind. Einer mit Bewußtseinsveränderung, Amnesie, Hyperkinese und Delir einhergehenden und durch paranoide Züge ausgezeichneten Commotionspsychose folgte im depressiv gefärbten, emotionell-hyperaethetischen zweiten Stadium ein episodischer primitiver Beziehungswahn. (*K. Schneider.*)

An diesen schloß sich im Stadium chron. traumatischer Gehirnleistungsschwäche ein gut systematisierter sensitiver Beziehungswahn (*Kretschmer*) an, welcher sich über zwei Jahre nach der Commotio noch in Weiterbildung befindet.

Die traumatische Affekalteration weckt und unterhält hier die paranoische Reagibilität, indem durch die selektive Funktion der depressiven Affektlage nur solche Erlebnisse festgehalten werden, die sich für die paranoische Verarbeitung eignen. Daraus, daß die p. R. auf allen Stufen der Gehirnschädigung beobachtet wird, erhellt, daß sie nicht die Entäußerung bestimmter seelischer Schichten darstellt. Wohl ist die Äußerungsform weitgehend abhängig von der Schicht, der sie angehört. Als Teilerscheinung des psychopathologischen Reaktionstyps ist die Äußerungsform unmittelbarer Ausdruck der zugrundeliegenden Integrationsstufe.

*Sorger-Graz:* Tertiäre Syphilis bei Paralyse nach Malaria-behandlung.

Vor Einführung der Infektionstherapie wurden bei Paralyse tertiär syphilitische Hautaffektionen extrem selten beobachtet. Seit die Behandlung der Paralyse mit Malaria fast allgemein durchgeführt wird, mehren sich die Berichte über Beobachtungen tertiär syphilitischer Erscheinungen derart, daß von einem zufälligen Zusammentreffen der Infektionstherapie und des Tertiärismus kaum mehr gesprochen werden kann. In den Veröffentlichungen wird von verschiedenen Gesichtspunkten der Frage näher getreten, ob und welche Beziehungen zwischen Therapie und den tertiären Erscheinungen bestehen. Eine einheitliche Auffassung wurde bisher nicht erzielt. Die Berichte sind jedoch wertvoll als Bausteine, unsere Anschauungen und Erfahrungen über die immunbiologischen Vorgänge bei der Infektionsbehandlung der Paralyse zu erweitern und zu stützen. *Kirschbaum* hat darauf hingewiesen, daß bei der großen Anzahl der infektionsbehandelten Paralysen die Beobachtungen über tertiäre Erscheinungen viel zu spärlich sind, als daß man ohne weiteres die Veränderung zu tertiär-luetischer Reaktionsform als besondere Wirkung der Malariabehandlung ansehen könnte. Unseres Erachtens dürften weit mehr Fälle von Paralyse mit tertiären Hautaffektionen nach Malariabehandlung zu verzeichnen sein als Berichte vorliegen. Tritt doch der Tertiärismus häufig erst viele Jahre nach der Behandlung auf, zu einer Zeit, da die Fälle nicht mehr unter der Kontrolle der Kliniken oder Anstalten stehen. Wir hatten Gelegenheit drei Fälle

malariabehandelter Paralyse mit tertiären Haut-Schleimhautaffektionen zu beobachten. Unsere Fälle bieten ein Interesse, weil wir über eine lange Beobachtungszeit sowie laufende Liquorkontrollen verfügen und die tertiären Hautaffektionen in mancher Hinsicht von den bisher gemeldeten Fällen abweichen. Wie eingangs betont, soll auch unsere Mitteilung lediglich als Baustein für weitere Forschung über die immunbiologischen Vorgänge bei der Malariabehandlung gewertet werden.

Fall I: Karl K., 47 Jahre alt, Heizer der Bundesbahnen, wurde im Dezember 1921 zum ersten Male in die Anstalt Feldhof eingewiesen. Das Parere besagte: »War angeblich nie schwer krank, auch nicht geschlechtskrank. War früher ein ruhiger, fleißiger Mann. Zeigt seit einigen Wochen ein gänzlich verändertes Wesen. Er ist vollkommen gleichgültig, ab und zu widerspenstig, bedrohte ohne Anlaß den Lokomotivführer während der Fahrt. Er heizt die Kessel nicht mehr ordentlich. Seine Frau gibt an, daß er zu Hause nicht spreche, sich nicht wasche, nur untätig herumliege.«

Körperlicher Befund beim Eintritt in die Anstalt: Athletischer Typus, gut genährt. Rechte Pupille weiter als die linke, beide Pupillen ertrundet und lichtstarr. Hirnnerven sonst frei. Herztöne dumpf. Kniesehenreflexe lebhaft, von einem gekreuzten Adduktorenreflex begleitet. Romberg angedeutet. Sprache frei, nur bei schwierigeren Worten verwaschene Aussprache.

Liquorbefund typisch für Paralyse.

Psychisch: Teilnahmslos, Aufmerksamkeit schwer erregbar und wenig nachhaltig, Assoziationsablauf dürftig, Begriffsbildung geschädigt. Motilität verarmt. Orientierung erhalten. Einfach dementes Zustandsbild.

Zur Anamnese: Venerische Infektion wird negiert. Kein Abortus der Frau. Fünf gesunde Kinder. Mäßiger Alkoholgenuß.

Im April 1922 wird der Kranke der Anstalt entnommen. Eine Behandlung hatte nicht stattgefunden. Im März 1923 erfolgte die zweite Einweisung in die Anstalt wegen Erregungszustände.

Körperlicher Befund: Uvula weicht bei Phonation nach rechts ab. Gang breitspurig. Sprachstörung deutlicher. Ernährungszustand schlecht. Sehr blaß. Sonst keine Veränderung gegen früher.

Liquorbefund typisch für Paralyse.

Psychisch: Benimmt sich ungeordnet, geht bekleidet zu Bett, will in die Betten der anderen Kranken urinieren, sammelt Abfälle. Kritiklos-dement, dabei aber überraschend gut orientiert.

Wird im Juni 1923 wieder aus der Anstalt entnommen. Kommt bereits im Juli 1923 wieder in die Anstalt. Verlangte zu Hause Geld, ging in Gaststätten, wurde zunehmend reizbar. Beging eine Reihe sinnloser Torheiten: Ließ sich die Haare brennen, machte sich an Kinder heran, die er mit Limonade beschenkte, riß Blumenstöcke aus, stahl einen Spazierstock und eine Suppenschale. Würgte ein Kind, sagte dabei: »Sei still, ich tu' dir nichts.« Kam daraufhin in die Anstalt.

Neurologisch keine Änderung gegenüber dem Befunde bei der zweiten Aufnahme.

Psychisch: Kann das Entlassungsdatum nur annähernd angeben. Bestreitet, daß er ein Kind gewürgt hätte, gibt die Diebstähle zu, motiviert, der Eigentümer hätte ihm ohnehin diese Gegenstände geschenkt, wenn er



Datum der Punktion	Nonne- Apelt	Pandy	Weich- brodt	Nissl	Goldsol	Meinicke Trib. Reakt.	Takata Ara	Wassermann Blut	Wassermann Liquor	Fuchs- Rosen- thal	Anmerkung
21. März 1922	breiter Ring	stark pos.	stark pos.	0,03	Paralyse- kurve			stark pos.	stark pos.	78/3	unbehandelt
17. März 1923	"	"	"	0,028	"			"	"	81/	"
13. April 1923	"	"	"	0,028	"			"	"	76/3	"
30. September 1923	"	"	"	0,025	"			"	"	48/3	Nach der Malaria- behandlung
30. März 1924	"	mittel- stark pos.	mittel- stark pos.	0,02	"			"	"	18/3	
4. Mai 1924	"	"	"	0,02	"			"	"	33/3	
26. Oktober 1924	"	"	"	0,012	"			"	"	36/3	
10. Jänner 1926	"	"	"	0,017	"			"	"	48/3	
2. April 1931	Opal.	neg.	neg.	0,01	IIIIIIIIII	neg.	neg.	neg.	neg.	nicht verwert- bar <sup>1)</sup>	Beim gum- mösen Prozeß
13. Mai 1931	neg.	"	"	0,009	IIIIIIIIII	"	"	"	"	2/3	Nach dem gummösen Prozesse
14. April 1932	Opal.	"	"	0,01	12232111	"	leichte Verfär- bung	"	geringe Hem- mung	0/3	

<sup>1)</sup> Da artefizielle Blutbeimengung.

darum gebeten hätte. Vermag den Inhalt einer kurzen Leseprobe nicht zu reproduzieren, konfabuliert.

Macht in der Zeit vom 19. VII. bis 3. VIII. 1923 sieben Malariaanfalle durch. Erhält dann durch 18 Tage Chinin und in dreitägigen Intervallen Neosalvarsan (Gesamtmenge 2,55 g). Nach der Behandlung agiler, zeigt ein anderes Tempo in Sprache und Motilität. Im Dezember 1923 wird der Kranke mißtrauisch, zieht sich zurück, neigt zu wahnhafter Umdeutung von Vorgängen auf der Abteilung, halluziniert, hört sich beschimpfen. Das paranoid-halluzinatorische Zustandsbild hält bis Oktober 1924 an. Dann kommt es zu einem depressiven Stadium mit Kleinheits- und Versündigungsideen, Selbstmorddrang. Im Dezember 1926 wird der Kranke etwas freier, stellt sich zur Arbeit. Als bald jedoch treten wieder paranoide Züge mit flüchtigen Sinnestäuschungen auf. Der Kranke fühlt sich beobachtet, äußert gelegentlich, das Essen sei vergiftet, man verspote ihn nachts, die Pfleger machten Bemerkungen über ihn. Um die Mitte des Jahres 1930 setzt eine Remission ein. Der Kranke wird in seinem Verhalten unauffällig, ist in seiner Stimmung ausgeglichen, arbeitet als Freiläufer, schreibt formal und inhaltlich geordnete Briefe, erhält Urlaub zur Familie. Erscheint dem Laien gesund. Bei Überprüfung ergeben sich leichte Defektsymptome. Die Liquorveränderungen bleiben während der Schwankungen der klinischen Syndrome konstant. In der Remission ist der Liquor saniert. Neurologischer Befund in der Remission: Keine Sprachstörung nachweisbar. Sehnenreflexe etwas gesteigert. Pupillen different und lichtstarr.

Während der Remission erkrankt Patient im März 1931 an einer epidemisch aufgetretenen Grippe mit Pharyngitis und Tracheitis. Drei Tage besteht Fieber. Eine Woche nachher treten an der Uvula und an den Gaumenbögen kleine Knötchen auf, ein größerer, etwa haselnußgroßer Knoten an der Wangenschleimhaut in der Gegend des rechten Mundwinkels. Es kommt zu rascher Exulzeration des Knotens und zur Bildung eines zweiten größeren Knotens in der Gegend des rechten Ductus Stenonianus. Gleichzeitig treten am Penis und Scrotum mehrere elliptische, etwas erhabene, leicht nässende Affektionen auf, die als papulöse Effloreszenzen bezeichnet werden müssen. Das Geschwür am rechten Mundwinkel ist etwa zehngroschenstück groß geworden, der Rand ist wallartig, zerklüftet, der Grund speckig belegt. Die Uvula und die Gaumenbögen sind mit kleinen Geschwüren übersät. Der zweite Knoten beginnt zu exulzerieren. Dieser Prozeß spielt sich innerhalb eines Zeitraumes von 5 Tagen ab. Die dermatologische Klinik (*Prof. Matzenauer*) bestätigt die Diagnose: Tertiäre Syphilis. Der Kranke erhält nun in zwei- bis dreitägigen Intervallen Neosalvarsan. Bereits nach der zweiten Injektion reinigen sich die Geschwüre. Nach zehn Injektionen (Gesamtmenge: 5,55) sind die Geschwüre narbig verheilt. Die Untersuchung des Belages auf Spirochäten (*Prof. Hammerschmid*) wurde leider erst nach der zweiten Salvarsaninjektion vorgenommen und fiel negativ aus. Die Luetinprobe war einmal positiv.

Der Kranke berichtet nunmehr, daß im Jahre 1905 während der aktiven Militärdienstleistung nach einem Geschlechtsverkehre ein Geschwür am Gliede aufgetreten sei. Er sei nicht behandelt worden, habe keinen Hautausschlag bekommen, habe auch später keine Kuren gemacht.

## Fall II.

Josef W., 43 Jahre alt, Autohändler, wurde im August 1923 in die Anstalt eingewiesen. Er wurde wegen unvorsichtigen und sinnlosen Hantierens mit Schußwaffen, leichter Erregbarkeit, groben und brutalen Verhaltens gegen die Frau auffällig. Er begann sich zu vernachlässigen, zeigte nicht das geringste Interesse mehr für sein Geschäft. Das pol.-ärztl. Einweisungssparere hebt Ungleichheit und »Lichtstarre« der Pupillen sowie Silbenstolpern hervor.

Körperlicher Befund beim Eintritt in die Anstalt: Kräftig, athletisch-asthenischer Typus. Pupillen spurweise ungleich, die rechte weiter als die linke. Lichtreaktion träge und wenig ausgiebig. Fazialisdifferenz zuungunsten der linken Seite. Leichte Ptosis links. Die Zunge weicht beim Vorlegen nach rechts ab. Kniesehenreflexe gesteigert. Romberg positiv. Bei Prüfworten laterale Paraphasie.

Liquorbefund typisch für Paralyse.

Psychisch: Apathisch, mangelhaft orientiert, kann eine zeitliche Einordnung der Vorgeschichte nicht leisten. Aufmerksamkeit schwer erregbar und wenig nachhaltig. Merkfähigkeit und Gedächtnisfähigkeit weitgehend herabgesetzt. Rasche Ermüdbarkeit, Klebenbleiben, motorisches Ungeschick. Einfach-dementes Zustandsbild.

Zur Anamnese: Angeblich 1919luetische Infektion. Hg-Kur im Primärstadium. Keine weitere Behandlung. Keine Gravidität der Frau.

Macht im September-Oktober eine Malaria-Salvarsanbehandlung mit 12 Fieberanfällen und 2,55 Neosalvarsan durch. Hatte durch 18 Tage Chinin erhalten. Bei den Fieberanfällen ist der Kranke verwirrt, halluzinant. Sieht und hört seinen Hund im Zimmer, ruft ihn, will ihm zu fressen geben. Hört aus dem Badezimmer die Stimme seiner Frau. Nach der Fieberbehandlung wieder apathisch. Im Dezember 1923 wird der Kranke lebhaft, beginnt zu halluzinieren, hat schwere Erregungszustände.

Das halluzinatorische Stadium hält bis März 1924 an. Von dort an ist der Kranke wieder stumpf, sitzt untätig herum, ist moros, wenn er angesprochen wird, beschimpft den Arzt. Vorübergehend heiter, äußert demente Größenideen. Sinnestäuschungen sind nicht nachweisbar. Ende 1926 ändert sich das Zustandsbild. Der Kranke wird lebhafter, beginnt zu halluzinieren, tritt mit paranoiden Wahnideen hervor. Im weiteren Verlaufe treten ausgesprochen katatone Bewegungsabläufe auf. Der Kranke macht eigenartige, schwingende Bewegungen mit dem Rumpfe, hat die Manier, stundenlang bei der Wasserleitung zu pritscheln, wäscht an den Unterschenkeln und Unterarmen. Hat sich im September 1927 ein Ekzem an den Unterschenkeln zugezogen, welches nach Behandlung mit Zink- und Diachylonsalbe nach langem Bestande abheilt.

In den folgenden Jahren besteht ein schizophren-katatones Zustandsbild. Der Kranke schließt sich von der Umwelt ab, sitzt meist am gleichen Platze, ist sichtlich mit Innenvorgängen beschäftigt, zeigt eine Ausdrucksweise, welche an die Zerfahrenheit des Schizophrenen erinnert: »Das tieferstehende Klima wird eine andere Sprache beherrschen, welche die gesamte Lage in der Volltourenzahl anzieht. Der zerlegte Sauerstoff wird einen Überfall promanieren und den europäischen Mittelpunkt suchen.« Der Kranke tut dabei sehr geheimnisvoll.

Neurologischer Befund: Keine Sprachstörung. Die Pupillen reagieren

Josef W. (Fall II):

Datum der Punktion	Nonne-Apelt	Pandy	Weichbrodt	Nissl	Goldsol	Meinicke Trüb. Reakt.	Takata-Ara	Wassermann Blut	Liquor	Fuchs-Rosenthal	Anmerkung
5. August 1923	breiter Ring	stark pos.	stark pos.	0,022	Paralysekurve			stark pos.	stark pos.	61/3	unbehandelt
10. Oktober 1923	deutl. Ring	mittelst. pos.	mittelst. pos.	0,02	"			positiv	stark pos.	81/3	Malaria
13. Januar 1924	zarter Ring	"	positiv	0,02	"			negativ	"	21/3	Nach der Malaria-behandlung
22. Mai 1924	deutl. Ring	"	mittelst. pos.	0,022	Lueszacke			"	"	24/3	
22. März 1926	zarter Ring	positiv	positiv	0,02	"			"	neg.	3/3	
2. April 1931	Opal.	negativ	neg.	0,01	IIIIIIII	neg.	neg.	"	"	6/3	Beim gum-mösen Prozeß
14. April 1932	neg.	"	"	0,007	12232211	"	"	"	"	0/3	

prompt auf Lichteinfall. Spurweise Fazialisdifferenz nachweisbar. Die Zunge wird gerade vorgelegt. Kniesehenreflexe lebhaft.

Im September 1929 tritt nach einem neuerlichen Ekzem an beiden Unterschenkeln eine mächtige elephantiasische Schwellung auf. Bettruhe und Hochlagerung bringen keinen Erfolg. Es kommt alsbald zu zahlreichen Knotenbildungen in der Haut der Unterschenkel. Die haselnußgroßen Knoten exulzieren. Trotz sorgfältiger Behandlung mit den verschiedensten Salbenverbänden kommt es zu einem Fortschreiten des Geschwürprozesses. Der Grund der Geschwüre ist schmierig belegt, die Ränder sind wallartig zerklüftet. An einen gummösen Prozeß wurde zunächst nicht gedacht. Erst als eines der Geschwüre lokal mit Hg behandelt wird und bereits nach zweimaligem Verbandwechsel sich reinigt, wird eine Kalomel-Ebaga-Schmierkur durchgeführt, welche auffallend rasch, ohne lokale Behandlung, die Geschwüre zur Abheilung bringt und gleichzeitig auch die elephantiasische Schwellung behebt. An Stelle der Geschwüre finden sich depigmentierte Narben. Im Februar 1931 kommt es neuerlich zu Elephantiasis der Unterschenkel mit folgender Gummienbildung in der Haut. Die Gummien exulzieren. Die eingeleitete und durchgeführte Neosalvarsanbehandlung bringt den Prozeß nach 12 Injektionen (7,50 g) zur Abheilung. Es bleiben pigmentlose, rundliche Narben.

### Fall III.

H. Richard, 42 Jahre alt, Privatbeamter, wurde im Juli 1926 in die Anstalt eingewiesen. Er war wegen leichter Erregbarkeit, Vergesslichkeit und Unfähigkeit zu geordneter Arbeit im Jänner 1926 in ein Sanatorium zur Behandlung gekommen, wurde dort einer Malariabehandlung mit nachfolgender Salvarsanbehandlung unterzogen. Während der Malariabehandlung traten in den Fieberanfällen Sinnestäuschungen und delirante Unruhe auf. An die Behandlung schloß sich ein mehrere Wochen dauernder Stupor an. Dann wurde der Kranke lebhaft erregt, unruhig und mußte wegen der bestehenden Unruhe in die Anstalt abgegeben werden.

Körperlicher Befund: Kräftig, athletischer Typus. Die Pupillen sind leicht different, Lichtreaktion sehr träge und minimal. Der rechte Mundfazialis ist schwächer innerviert als der linke. Die Zunge weicht beim Vorlegen nach links ab. Herzdämpfung verbreitert. II. A. T. akzentuiert. Sehnenreflexe lebhaft. Romberg positiv. Literale Paraphasie bei Prüfworten.

Liquorbefund typisch für Paralyse.

Psychisch: Erregt, äußert expansive Größenideen: Er stamme von Wallenstein, sei in Aachen geboren, vom Erzbischof getauft worden. Sein Vater habe die Schlacht im Teutoburger Walde geschlagen. Er sammelt Steinchen, die er als fürstliche Diamanten bezeichnet. Ist zeitlich desorientiert, vermag die Vorgeschichte nicht einzuordnen, füllt konfabulatorisch aus.

Zur Anamnese: 1915 angeblichluetische Infektion. Habe eine Quecksilberbehandlung, zwei Jahre später zwei Salvarsankuren durchgemacht. Anamnestisch ist vielleicht erwähnenswert, daß zwei Vettern des Kranken mit einer schizophrenen Psychose in der Anstalt waren.

Im Jahre 1927 erfolgt ein Umschlag des expansiven Bildes in ein paranoid-halluzinatorisches, wenn auch da und dort Größenideen noch angedeutet sind. Der Kranke ist mißtrauisch, oft ängstlich erregt. Das Bett sei elektrisch geladen, man wolle ihn erschießen, ein amerikanischer Geheimbund

Richard H. (Fall III).

Datum der Funktion	Nonne-Apelt	Pandy	Weichbrodt	Nissl	Goldsol	Meinicke Trüb. Reakt.	Takata-Ara	Wassermann Blut	Liquor	Fuchs-Rosenthal	Anmerkung
? Januar 1926	breiter Ring	stark pos.	stark pos.	?	Paralysekurve			stark positiv mittelst. pos.	stark positiv	275/3	unbehandelt
1. August 1926	"	"	"	0,02	"			"	"	84/3	Nach der Malariabehandlung
12. Sept. 1926	deutl. Ring	"	"	0,015	"			stark pos. mittelst. pos.	"	24/3	
15. Dez. 1927	zarter Ring	pos.	pos.	0,015	12 344 321			mittelst. pos.	"	4/3	
2. Juli 1929	sehr zarter Ring	"	"	0,015	23 322 111			geringe Hemmung neg.	mittelst. pos.	2/3	
30. Nov. 1930	Ring Opal.	neg.	neg.	0,009	11 11 11 11 11	pos.	neg.	"	neg.	6/3	Beim gummosen Prozeß
19. April 1931	"	"	"	0,009	11 11 11 11 11	Trübung	"	"	"	2/3	

blase Gift durch die Wand, man wolle seine deutschen und türkischen Diplome rauben. Er werde durch Frauenstimmen belästigt. Der Kranke erkennt die Umgebung im Sinne seiner Wahnideen. Das paranoid-halluzinatorische Zustandsbild hält gegenwärtig noch an, wenn auch der Kranke ruhiger und äußerlich geordneter wurde.

Neurologischer Befund: Die Pupillen reagieren prompt auf Lichteinfall. Leichte Fazialisdifferenz. Keine Sprachstörung. Kniesehenreflexe auslösbar.

Im Juni 1930 treten nach einer lange bestehenden Impetigo, welche durch ständiges Zwicken und Kratzen verursacht war, an den Wangen, am Kinn und an der Stirne verschieden große, ovaläre, von einer dunkelbraunen Kruste bedeckte Effloreszenzen auf, welche einer Therapie mit verschiedenen Salben trotzen, jedoch rasch bei lokaler Anwendung von Präzipitatsalbe schwinden. Nach kurzer Zeit kommt es jedoch zu einer neuerlichen Eruption. Nicht nur im Gesichte, sondern auch da und dort am Stamm und namentlich am Gesäße treten die oben beschriebenen Ulzerationen nach anfänglich impetiginösen Veränderungen auf. Es wurde absichtlich mit verschiedenen indifferenten Salben behandelt. Ein Erfolg stellte sich nicht ein. Nur bei lokaler Anwendung von Hg kam es zur Reinigung. Dann wurde eine Neosalvarsanbehandlung (6,75 g) durchgeführt, welche den Prozeß in Kürze zur Abheilung brachte. Es blieben ovaläre, depigmentierte Narben.

Es kann nach den mitgeteilten klinischen und serologischen Befunden kein Zweifel bestehen, daß es sich bei den drei Krankheitsfällen um eine Paralyse handelt. Beim Falle I, der im Primär- und Sekundärstadium unbehandelt blieb, manifestiert sich der paralytische Prozeß 16 Jahre nach der Infektion. Zwei Jahre nach Beginn des Prozesses, der einen deutlich progredienten Verlauf zeigt, wird eine Malaria-Salvarsanbehandlung durchgeführt. Nach der Behandlung wandelt sich das einfach-demente Zustandsbild in ein paranoid-halluzinatorisches, weiterhin in einen Zustand schwerer Depression und nach nochmaligem kurzdauernden paranoid-halluzinatorischen Zustandsbildes setzt sieben Jahre nach der Behandlung eine Remission ein. Daß es sich nicht etwa um eine spontane Remission handelte, geht aus dem Krankheitsverlaufe hervor. Die positiven pathologischen Liquorbefunde bleiben lange konstant. In der klinischen Remission ist der Liquor saniert. Im Stillstande des paralytischen Prozesses kommt es acht Jahre nach der Malaria-Salvarsanbehandlung zur Gummibildung in der Schleimhaut und Haut. Die Gummien heilen auf spezifische Behandlung rasch ab. Beim Falle II, der im Primärstadium einer Hg-Behandlung unterzogen wurde, späterhin unbehandelt blieb, tritt der paralytische Prozeß frühzeitig, vier Jahre nach der Infektion auf. Bald nach der Manifestation des paralytischen Prozesses wird eine Malaria-Salvarsanbehandlung durchgeführt, welche zu einer Änderung des klinischen Zustandsbildes im Sinne eines paranoid-halluzinatorischen führt. Schließlich persistiert ein schizophren-katatonisches Bild. Wir sehen in diesem Falle verhältnismäßig frühzeitig nach der Behandlung einen Umschlag der Liquorreaktionen. Acht Jahre nach der Behandlung wird der Liquor saniert befunden. Sechs Jahre nach der Malaria-Salvarsanbehandlung treten nach einem Ekzem und elephantiasischer Schwellung an den Unterschenkeln Gummien auf, die auf eine Quecksilber-Schmierkur hin rasch zur Abheilung kommen. Zwei Jahre später kommt es nach elephantiasischer Schwellung zu einem Gummenezidiv. Eine energische Salvarsanbehandlung bringt rasche Abheilung. Leider wurde zur Zeit des erstmaligen gummösen Prozesses der

Liquor nicht untersucht, doch liegt die Annahme nahe, daß bereits zu dieser Zeit der Liquor saniert war. Beim Falle III., der im Primärstadium mit Hg und später zweimal mit Salvarsan behandelt wurde, manifestiert sich der paralytische Prozeß 11 Jahre nach der Infektion. Auch in diesem Falle wird bald nach dem Beginne der Paralyse eine Malaria-Salvarsanbehandlung durchgeführt. Das einfach demente Zustandsbild schlägt während der Behandlung in halluzinatorische Verwirrtheit um, der sich ein Stupor anschließt. Dann folgt ein expansives Bild von kurzer Dauer und schließlich ein paranoid-halluzinatorisches Zustandsbild, das trotz der sich bessernden und endlich günstigen Liquorbefunde keine Änderung erfährt. Bei saniertem Liquor treten vier Jahre nach der Malaria-Salvarsanbehandlung tertiär-syphilitische Hautaffektionen auf, denen eine Impetigo vorangeht. Die Gummien, welche auf spezifische Behandlung rasch abheilen, sind streng lokalisiert an die vorausgegangene Impetigo.

Die Inkubationszeit von der Infektion bis zur Manifestation des paralytischen Prozesses schwankt also zwischen 16, 4 und 11 Jahren. Sie ist von längster Dauer bei dem unbehandelt gebliebenen Falle, von kürzester Dauer bei dem Falle, der nur (im Primärstadium) mit Hg behandelt war. Das Intervall zwischen Abschluß der Malaria-Salvarsanbehandlung und dem Auftreten tertiär-syphilitischer Erscheinungen schwankt zwischen acht, sechs und vier Jahren. Die Behandlung der Paralyse ist in allen drei Fällen die gleiche. Bei allen Fällen sehen wir im Anschluß an die Behandlung eine Änderung der klinischen Syndrome auftreten. Beim Fall I ist mit der Liquorsanierung auch eine klinische Remission eingetreten, während bei den Fällen II und III ein schizophrenes Zustandsbild persistiert. Allen drei Fällen ist gemeinsam, daß die tertiär-syphilitischen Hautaffektionen erst bei saniertem Liquor zur Beobachtung kamen. Während beim Falle I eine exogene Noxe für das Entstehen und die Lokalisation der Hautaffektionen fehlt, sehen wir in den anderen Fällen ein Ekzem und einen staphylogenen Prozeß an den Lokalisationsstellen der Gummien vorangehen.

Wir können annehmen, daß das Primär- und Sekundärstadium beim Falle I einen milden Verlauf nahm. Die Syphilis wurde während der militärischen Dienstzeit acquiriert und wäre ein schwerer Verlauf den periodischen Untersuchungen kaum entgangen, beziehungsweise hätte sich der Kranke wahrscheinlich selbst zur Behandlung gestellt. Man hat darauf hingewiesen, daß die Paralytiker eine milde, selbst erscheinungslose Syphilis durchmachen können, und man hat der geringen Ausbildung der Hauterscheinungen einen hervorragenden Einfluß auf die Etablierung der Spirochäten in den Meningiven zugeschrieben, andererseits die Ausbildung starker Hauterscheinungen als einen Schutz für das Zentralnervensystem bezeichnet. (Esophylaxie Hofmanns.) Wir wissen jedoch aus den Untersuchungen *Kyrles* und *Fleischmanns*, daß bei unbehandelten gummösen Prozessen der Haut Liquorveränderungen fortschreiten können, daß sich also Affektionen der Haut und des Zentralnervensystems nicht unbedingt ausschließen. Andererseits haben Untersuchungen ergeben, daß bei symptomarmer Syphilis Liquorveränderungen weit häufiger nachzuweisen sind, als bei Syphilis mit starken Hauterscheinungen. Der Antagonismus Haut-Zentralnervensystem hat bei der Paralysefrage stets eine große Rolle gespielt und wird auch bei der Frage nach dem Entstehen von Gummien bei malariabehandelten Paralytischen von einigen Autoren in den Vordergrund gestellt (*Steiner*).



Die Behandlung der Syphilis stellt sicher einen Eingriff in die natürliche Ablaufsform der Syphilis dar. Die großen Hoffnungen, die sich an die Salvarsanbehandlung knüpften, haben sich nicht restlos erfüllt. In den meisten Fällen gelingt eine Vernichtung aller Spirochäten nicht. Manche Autoren weisen darauf hin, daß eine ungenügende Behandlung, welche den Organismus an der Ausbildung der Schutzstoffe hindere, zur Metasyphilis führen könne. Tatsächlich hat *Fleischmann* bei behandelter (besonders bei ungenügend behandelter) Syphilis im Sekundärstadium schwerere und häufiger Liquorveränderungen gefunden als bei unbehandelten Fällen. Auch *Plaut* und *Mulzer* sahen beim Überimpfen von Spirochäten auf mit Salvarsan unterbehandelte Tiere stärkere Erscheinungen und diese sehr frühzeitig auftreten.

Es war bekannt, daß fieberhafte Erkrankungen (Erysipel, Typhus, Pneumonie, Scharlach, Masern, Cholera, Rheumatismus und andere) die Paralyse günstig beeinflussen können, in manchen Fällen zu dauernden Remissionen führten. *Wagner-Jauregg* hat diese Beobachtungen und Erfahrungen zu einer Therapie ausgebaut. In der Malariabehandlung haben wir in erster Linie eine unspezifische Reizkörpertherapie zu sehen. Über die biologischen Vorgänge, welche zum Effekt der Malariabehandlung führen, wurden in den letzten Jahren manche Erfahrungen gesammelt. Die Malaria ruft, wie auch andere Infektionskrankheiten, die mit Fieberanfällen einhergehen, eine Reihe von Erscheinungen im Serum, Plasma und auch im Liquor hervor. Die Fieberanfälle führen zu einer Steigerung des Gesamtstoffwechsels und zu einem nicht unerheblichen Eiweißzerfall. Neuere Untersuchungen lassen es möglich erscheinen (Anreicherung von Aminosäuren im Liquor, Immobilisierung der Spirochäten, Latenz der Rekurrens bei gleichzeitiger Impfung mit Malaria), daß durch die Malaria direkt gegen die Spirochäten gerichtete Abwehrstoffe aktiviert werden könnten. Auch klinische Beobachtungen (*Schreiner* sah Überhäutung von Gummien, die jeder Therapie getrotzt hatten, durch Malariabehandlung; in unserer Anstalt heilte ein Fall von Keratitis parenchymatosa, der auf wiederholte Salvarsanbehandlung nicht angesprochen, schließlich zur fast völligen Erblindung geführt hatte, während und nach der Malariabehandlung fast restlos) scheinen dafür zu sprechen. Aus den Versuchen *Jahnels* und *Kajkas* wissen wir, daß die Spirochäten wenig hitzebeständig sind, bei 40 Grad ihre Beweglichkeit verlieren und schließlich verschwinden. Man hat daher bei der Malariabehandlung zunächst auch auf die Höhe des Fiebers und die Dauer der Fieberanfälle einen Wert gelegt. Wir wissen aber heute, daß auch mitigierte Fieberanfälle zum Erfolg führen können. Sicher kommt es beim Effekt der Malariabehandlung nicht nur auf die Fieberanfälle an. Es ist bekannt, daß die unspezifische Reizkörpertherapie im bereits immunisierten Organismus den Gehalt an spezifischen Antikörpern, wenn diese durch verminderten Antigenreiz abnehmen, zu steigern, jedoch solche nicht entstehen zu lassen vermag. Entscheidend sei daher nach *Plaut* für den therapeutischen Effekt der Malariabehandlung, daß die allgemeinen Abwehrmechanismen bei der Paralyse intakt seien.

Wir wissen, daß auch die Malariabehandlung die Spirochäten nicht restlos zu vernichten vermag. Gerade aus den Beobachtungen von tertiärsyphilitischen Hautaffektionen jahrelang nach der Malariabehandlung geht hervor, daß Spirochätenherde der Vernichtung entgangen sind. An dieser Tatsache vermag auch die kombinierte Malaria-Salvarsanbehandlung, wie unsere Fälle zeigen, nichts zu ändern.

Wenn wir nun auf Grund der einschlägigen Literatur und auf Grund unserer Fälle der Frage, ob der gummöse Prozeß mit der Malariabehandlung in einem Zusammenhange steht, nähertreten, so wollen wir zunächst feststellen, daß die Reaktionslage der Haut des Paralytikers eine andere ist als die des Normalsyphilitikers. Wir wissen, daß Superinfektionen am leichtesten im Tertiärstadium gelingen. Wir müssen das Tertiärstadium als das allergische bezeichnen. In diesem Stadium haftet auch eine geringe Menge von Spirochäten, auf welche die Haut prompt reagiert. Wir sind berechtigt anzunehmen, daß in diesem Stadium der Organismus die geringsten Spirochätenmengen beherbergt. Bei der Paralyse ist es nur *Jahnel* in einem Falle, der ausgiebig mit Salvarsan behandelt war und einen negativen Blut- und Liquorwassermann aufwies, gelungen, Spirochäten an der Haut zum haften zu bringen. Das negative Impfergebnis auf der Haut des Paralytikers wurde von *Steiner* und *Jahnel* als Abwehrstärke der Haut bezeichnet. Andere Untersuchungen haben jedoch ergeben, daß eine Abwehrschwäche vorliege.

Ein Gumma ist zweifellos als eine allergische Reaktion des Gewebes auf proliferierende Spirochäten anzusehen. Ein Gumma setzt also eine bestimmte Reaktionslage des Gewebes und eine Spirochätenproliferation voraus. Gummien wurden, wie eingangs erwähnt, bei un behandelter Paralyse extrem selten beobachtet, aber jetzt bei Malariabehandlung der Paralyse häufiger. Daß Gummien bei un behandelten Paralysen, deren Diagnose sichergestellt, in einzelnen Fällen auch histologisch verifiziert war, auftreten konnten, kann entweder nur im Sinne *Schreiners* erklärt werden, daß in diesen Fällen die Haut-Allergie nicht so erloschen war, wie es sonst bei der Paralyse der Fall ist, oder daß die Haut-Allergie spontan erlangt wurde. Auch wir möchten auf jene Fälle hinweisen, bei denen es während der Malariabehandlung oder kurz im Anschluß an die Behandlung zur Gummienbildung in der Haut oder Schleimhaut kam. Diese Fälle lassen sich durch eine rasche Umstimmung des Gewebes der Haut und durch direkte Reizwirkung der Malaria auf latente Spirochätenherde erklären. Vielleicht handelt es sich in diesen Fällen um Paralysen, deren Reaktionslage des Gewebes der des Normal- (Tertiär-) Syphilitikers sehr nahe steht. Daß die Malaria eine direkte Reizwirkung auf Spirochätenherde auszuüben vermag, ist durch Fälle erwiesen, bei denen es während der Malariabehandlung zum erstmaligen Auftreten von paralytischen Insulten kam. Nun sehen wir bei unseren Fällen ein Intervall zwischen Abschluß der Kur und dem Auftreten der tertiären Affektionen von 8, 6 und 4 Jahren. Hier kann wohl von einer direkten Reizwirkung der Malaria auf latente Spirochätenherde nicht mehr gesprochen werden. Eine Änderung der Reaktionslage des Gewebes der Haut muß bei diesen Fällen eingetreten sein. Diese Änderung müssen wir als eine immunisatorische Umstimmung des Gewebes auffassen. Diese Umstimmung mag nun im Gehirn, an der Stätte des stärksten Angriffes der Spirochäten, wie unsere Fälle annehmen lassen, früher erreicht werden, als in den anderen Organen z. B. in der Haut, wenn sie auch gleichzeitig einsetzen dürfte. Wir sehen bei unseren Fällen die Gummien erst bei saniertem Liquor auftreten. Der sanierte Liquor besagt zwar nicht, daß alle Spirochäten im Gehirn vernichtet sind, er beweist jedoch eine maximale Vernichtung derselben. Wir hätten nun zu erklären, wieso es zur Spirochätenproliferation kommt, auf Grund deren die allergisch gewordene Haut mit einem Gumma reagiert. Die Bedeutung exogener Momente für die Aufflackerung latenter Spirochätenherde im Sinne

»Syphilis und Reizung« ist aus interessanten Beobachtungen erwiesen. Wir erinnern nur an die vor vielen Jahren gemachte Beobachtung, daß durch Verletzung gesetzte Wunden bei Syphilitikern in der Latenzzeit erst heilten, wenn eine spezifische Behandlung eingeleitet worden war, weil sich an der Stelle der Verletzung syphilitische Effloreszenzen entwickelt hatten. Bei unserem Falle I ist eine exogene Noxe auszuschließen. Die Hyperämie, die hier in Form einer Pharyngitis vorlag, kommt wohl als exogene Noxe nicht in Betracht. Wir können auch nicht annehmen, daß es sich bei den Affektionen am Penis und Scrotum um eine Aussaat von dem Gumma an der Schleimhaut der Mundhöhle her gehandelt hat. Wir können uns vorstellen, daß bei der allmählich, oder vielleicht erst in anderen Zeitperioden, vor sich gehenden immunisatorischen Umstimmung des Gewebes der Haut, zu welcher die Malaria den Anstoß gegeben hat, zu welcher der paralytische Organismus nicht mehr fähig war, Stoffe aktiviert werden, welche einen Reiz auf die Spirochätenherde ausüben, um sie zur Proliferation zu bringen. Wir wollen dabei die Möglichkeit nicht annehmen, daß es sich etwa um eingeschleppte Spirochäten handeln könnte. *Jahnel* hat in einem hohen Prozentsatz bei Paralyse Spirochätenherde in der Aorta nachweisen können. Beim Falle II sehen wir, daß beim erstmaligen Auftreten eines immerhin lange bestehenden Ekzems noch nicht mit der Bildung von Gummen reagiert wurde, obwohl die Liquorsymptome bereits eine weitgehende Besserung erfahren hatten. Erst zwei Jahre später kommt es nach neuerlichem Ekzem zur Gummenbildung in der Haut der Unterschenkel an der Lokalisationsstelle des Ekzems. Hier käme vielleicht auch die anämisierende Wirkung der elephantiasischen Schwellung in Frage. Es weist gerade dieser Fall bei der Annahme des Ekzems als exogener Noxe für die Proliferation der Spirochäten darauf hin, daß die Umstimmung des Gewebes der Haut langsamer oder vielleicht erst später zu erfolgen scheint als die des Zentralnervensystems. Beim Falle III liegt der unspezifische Hautreiz für die Proliferation der Spirochäten nahe, da hier die Gummen streng lokalisiert nach dem staphylogenen Prozeß auftraten.

Wir können also auf Grund unserer Beobachtungen sagen, daß vorbereitende Momente im Sinne »Syphilis und Reizung« für das Auftreten und die Lokalisation von Gummen bei maliariabehandelter Paralyse maßgebend sein können, jedoch nicht unbedingt erforderlich sind. Durch unsere Fälle wird die Vermutung, die *Wagner-Jauregg* bereits im Jahre 1926 ausgesprochen hat, daß durch die Malariabehandlung die Reaktion des ganzen Körpers, nicht bloß die des Gehirnes, gegen Syphilis abgeändert werden könnte, gestützt. Durch die Malariabehandlung wird auch die Reaktionslage der Haut des Paralytikers geändert, ein allergischer Zustand herbeigeführt, der in gewissen Fällen das Gewebe aus inneren, aus der immunisatorischen Umstimmung hervorgehenden Gründen befähigt, auf latente Spirochätenherde einen Reiz auszuüben und mit der Bildung tertiär-syphilitischer Granulome zu reagieren. *Schreiner* weist mit Recht darauf hin, daß fast jeder der beobachteten Fälle von tertiären Hautaffektionen nach Malariabehandlung eine eigene Note aufweise. Diese eigene Note ist durch die Konstitution des einzelnen Falles bedingt. Ein konstitutionelles Moment kommt schon in dem schwankenden Intervalle zwischen Abschluß der Behandlung und dem Auftreten der Gummen zum Ausdruck.

## Literaturverzeichnis.

- Handbuch der Haut- u. Geschlechtskrankheiten von *Jadassohn*, Bd. XVII,  
T. 1 (Steiner u. Jahnel).  
*Kufs*, Arch. f. Psych. u. N., 90. Bd., 4. Heft.  
*Kirschbaum*, Dtsch. Z. f. Nervenheilkunde 96 (1927).  
*Bumke*, Handbuch der Geisteskrankheiten, VIII. Bd., spez. Teil 4, Haupt-  
mann (1930).  
*Gärtner*, Zeitschr. f. Hyg. u. Inf.-Krankh., Bd. 92, 3. Heft.  
*F. Plaut*, Allg. Zeitschrift f. Psychiatrie, 95. Bd., 6.—8. Heft.  
*Schreiner*, Hautgummen nach Malariabehandlung. (Im Manuskript vor-  
liegend.)  
*Ritter*, Derm. Wchschr. 37/1928.  
*Brill*, Arch. f. Dermat., Bd. I, 58/1929.  
*Planner*, Derm. Zeitschrift 1920.  
*Hoff* u. *Silberstein*, Z. exper. Med. 48, 6 (1925).  
*Jahnel*, Z. f. d. ges. N. u. P., 60 u. 76.

**Störting-Bonn: Zur Frage des Spirochätennachweises durch  
Kantharidenpflaster.**

Nach den Untersuchungen von *Gerskovic* und *Syring* lassen sich bei luetischen Erkrankungen des Z.N.S. in dem Exsudat, das durch Auflegen eines Kantharidenpflasters auf die Haut erzeugt wird, Spirochäten nachweisen. Das Blasenexsudat wurde von den genannten Autoren im hängenden Tropfen nach *Mandelbaum* untersucht, außerdem wurden Ausstrichpräparate verfertigt und nach *Giemsa* und *Buri* gefärbt. Wegen des hohen theoretischen Interesses, das dem positiven Spirochätenbefund in dem Kantharidenpflaster-Blasen-Exsudat zukommen würde, haben wir die Angaben der Autoren einer Nachprüfung unterzogen.

Wir wandten in unseren eigenen Untersuchungen, abweichend von *Gerskovic* und *Syring*, außerdem die Dunkelfeldmethode an und untersuchten nur einen Teil der Präparate im hängenden Tropfen bzw. färbten nach *Giemsa*. Da die Dunkelfelduntersuchung den färberischen Methoden an Ergiebigkeit — wie allgemein anerkannt — zweifellos überlegen ist, konnten wir so hoffen, evtl. in einem größeren Prozentsatz positive Resultate zu erhalten.

Es wurden 70 Kranke untersucht, und zwar 63 Paralytiker, vier Fälle von Lues cerebri und drei Fälle von Tabes. Dabei waren von den Paralytikern 11 nicht mit Malaria behandelt, 15 befanden sich in der Fieberkur und 37 waren mit Malaria und Salvosan-Wismut vorherbehandelt.

Bei keinem dieser Fälle ist es uns gelungen, im Dunkelfeld Spirochäten nachzuweisen. Ebenso ergab die Untersuchung im hängenden Tropfen und die Färbung nach *Giemsa* ein negatives Resultat. Wir können demnach nach unseren Untersuchungen die Angaben von *Gerskovic* und *Syring* nicht bestätigen.

Geschäftliches: Von den sechs eingegangenen Preisarbeiten über das Thema: Kann die Versorgung der Geisteskranken billiger gestaltet werden und wie? ist der Preis von RM. 600.— an Sanitätsrat Dr. *Bratz* gefallen. Da die zweite Preisarbeit keine Bearbeitung gefunden hat, erhielten

die Bearbeiter der zweit- und drittbesten Arbeiten des ersten Themas, als deren Verfasser Professor Dr. *Friedländer* und Oberarzt Dr. *Ostmann* festgestellt wurden, einen Preis von je RM. 300.—. Im Einvernehmen mit dem Vertretern der Heinrich-Laehr-Stiftung beschloß der Vorstand weiterhin, einem jüngeren Vereinsmitglied aus den Mitteln der genannten Stiftung zu Studienzwecken in der Forschungsanstalt für Psychiatrie in München einen Beitrag von RM. 600.— zu bewilligen. — Der Jahresbeitrag wird auf RM. 5.— herabgesetzt. Die Anwesenden werden ersucht, für die Werbung neuer Mitglieder besonders auch unter der jüngeren Generation tätig zu sein. — Der von *M. Laehr* eingesandte Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung für das Jahr 1931 wird vorgetragen. — Professor Dr. *Eichelberg* erstattete den Vereinskassenbericht, der von den Herren *Fleck* und *Fröhlich* für richtig befunden worden ist.

### Bericht über die Heinrich-Laehr-Stiftung für das Jahr 1931.

1. Kassenbestand 1. 1. 1931 .....	RM 6570.15
Vereinnahme Zinsen .....	2008. —
	<hr/>
	RM 8578.15

#### Verausgabt

Gekaufte Papiere .....	6644	
Bankspesen und Porto .....	14.15	6658.15
		<hr/>
Kassenbestand 1. 1. 1932 .....		RM 1920.—

#### 2. Vermögen am 1. 1. 1932.

Anleihepapiere im Nominalwert von .....	RM 27000.—
Anleiheablösungsschuld (Reichsschuldbuch) .....	7075.—
Sparbuch Wernigerode .....	167.60
Kassenbestand 1. 1. 1932 .....	1920.—
	<hr/>
	RM 36162.60

Naumburg a. S., Luisenstraße 17 a, 5. 4. 1932. M. Laehr.

### Abschluß der Kasse des Deutschen Vereins für Psychiatrie vom 31. März 1932.

Bestand am 1. April 1931 .....

RM 2477.12

#### Einnahmen:

1. Mitgliederbeiträge .....	RM 5533.89
2. Ausgeloste Anleihe .....	315.25
3. Zinsen .....	692.39

---

Gesamteinnahme RM 9018.65

## Ausgaben:

1. Vorstands- und Kommissionssitzungen ...	RM	1976.60	
2. Tagung Breslau .....		317.10	
3. Zur Unterstützung wissenschaftlicher Arbeiten (darunter an Deutsche Forschungsgesellschaft f. Psychiatrie) .....		2190.—	
4. Drucksachen .....		497.60	
5. Gerichtsgebühren und Bankspesen .....		39.51	
6. Portoauslagen und Schreibgebühren .....		637.99	
7. Gedenkstein Schüle .....		200.—	
8. Verschiedenes .....		20.—	RM 5878.80
			<hr/>
	bleibt Bestand	RM	3139.85

Der Bestand setzt sich zusammen aus:

1. Konto bei der Dresdner Bank, Hann.-Münden .....	RM	2679.14	
2. in bar .....		460.71	
			<hr/>
			RM 3139.85

Außerdem befinden sich im Depot der Dresdner Bank:

1. 1 Anleiheablösungsschuld .....	RM	137.50
2. 5%ige landschaftl. Central-Goldpfandbriefe		1100.—
3. Dergl. Anteilscheine, Cp.-Nr. 1 .....		11.—
4. 7½%ige Preuß. Central-Boden-Credit-Goldpfandbriefe .....		5000.—

Die Richtigkeit bescheinigt:

gez. Dr. Fleck 7. 5. 1932

gez. Dr. Fröhlich 10. 5. 1932

Die am 8. 4. 1931 in Breslau beschlossene Satzungsänderung (§ 4) ist von Staatsaufsichts wegen durch den Polizeipräsidenten von Berlin genehmigt worden unter dem 27. 4. 1931.

Da die Statistik der Geisteskrankheiten von Reichs wegen aus Mangel an Mitteln nicht genügend weiter geführt werden soll, die Fortführung dieser Statistik aber aus vielen Gründen unbedingt notwendig ist, wird der Vorstand der Frage nähertreten, ob der Verein selbst mit Hilfe der Heinrich-Laehr-Stiftung die Statistik der Geisteskranken im Deutschen Reich bis auf weiteres bearbeitet und in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie alljährlich veröffentlicht.

Die Versammlung wählt an Stelle des verstorbenen Vorstandsmitgliedes Meyer-Königsberg: Stertz-Kiel, an Stelle der ausscheidenden Anstaltsdirektoren Kolb und Fischer: Nitsche-Sonnenstein und Ast-Egling-Haar. — Die nächste Versammlung soll in Würzburg, und zwar in der Osterwoche am 20. und 21. April 1933, stattfinden.

Die Besichtigung der I. G. Farbenindustrie Aktiengesellschaft Leverkusen am Rhein am 21. 5. 32 bildete für viele Teilnehmer

an der Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie deren wohlgelungenen Abschluß. Eine schöne Dampferfahrt führte die Teilnehmer früh 8 Uhr ab Bonn rheinabwärts, vorüber an Köln, bis zur Dampferanlegestelle des Werkes, von wo die Fahrt den Kaianlagen entlang in das Innere der Fabrik erfolgte. Die Abteilungen für Farbenherstellung, für Herstellung und Verpackung von Arzneimitteln wurden gruppenweise besichtigt. Besonders interessierte die Teilnehmer die Anfertigung von Arzneitabletten, die peinlich saubere Füllung von Ampullen mit Injektionsflüssigkeiten in den großen, hellen und luftigen Räumen, die exakte maschinelle Dosierung für jede Tablette und jede Ampulle, die sinnreich erfundenen, dabei einfach auszuführenden Kontrollen, die rasche Herstellung der verschiedenen Packungen. Der Rundgang durch die Fabrikstadt mit ihren großen, wohlgepflegten Straßenanlagen führte außer durch die Laboratorien und Packräume auch durch Maschinenhallen, vorbei an den mächtigen Rohstofflagern und schließlich in das prachtvolle Verwaltungsgebäude.

Im Hörsaal des Werkes hielt alsdann Herr Dr. Harms einen Vortrag über die Entwicklung des Werkes, seine Einrichtung und Aufgabe, sowie besonders auch über die hygienischen und sozialen Einrichtungen für Angestellte und Arbeiter. —

Nach Eigenberichten und den Protokollen zusammengestellt von

G. Ilberg.

## 7. Jahresversammlung der Vereinigung südostdeutscher Psychiater und Neurologen am 5. und 6. März 1932 in Breslau.

Vor der Tagesordnung Ansprache durch Herrn Geheimrat *Wollenberg*, der vor allem den Zuzug der deutschen Nervenärzte aus der Tschechoslowakei begrüßt. 36 neue Mitglieder aus der Tschechoslowakei werden aufgenommen und Herr Prof. *Gamper* (Prag), Herr Prof. *Sittig* (Prag) sowie Herr Dr. *Kral* (Prag), letzterer als 2. Schriftführer, in den Vorstand zugewählt. Es wird beschlossen, die nächste Tagung am 28. und 29. Mai 1933 in Prag abzuhalten. An Stelle des zum Ehrenvorsitzenden gewählten Geheimrat *Wollenberg* wird Prof. *Joh. Lange* zum 1. Vorsitzenden der Vereinigung gewählt.

Anwesend: *Adler* (Gräfenberg), *Altenburger* (Breslau), *Berliner* (Obernigk), *Beyer* (Breslau), *Beyermann* (Breslau), *Bielschowsky* (Breslau), *Gertrud Bry* (Breslau), *Buchalik* (Tost), *Chotzen* (Breslau), *Dietsch* (Janowitz), *Dodillet* (Bunzlau), *Escardo* (Madrid), *O. Fischer* (Prag), *Ö. Fischer* (Breslau), *S. Fischer* (Breslau), *Fischer* (Obernigk), *Freiberg* (Breslau), *Freund* (Breslau), *Gagel* (Breslau), *Gamper* (Prag), *Georgi* (Breslau), *Goldberg* (Breslau), *W. Groß* (Breslau), *E. Guttmann* (Breslau), *L. Guttmann* (Breslau), *Haenisch* (Breslau), *Haupt* (Breslau), *Herrmann* (Brieg), *Jaensch* (Breslau), *Jirzik* (Liegnitz), *Kaiser* (Freiburg), *Krömer* (Breslau), *Kroll* (Breslau), *Kutner* (Breslau), *Fr. Lange* (Breslau), *J. Lange* (Breslau), *Lokay* (Tost), *Lühr* (Breslau), *Mann* (Breslau), *Mathias* (Breslau), *Meier-Blauuw* (Breslau), *Merkel* (Leubus), *Nanny* (Lüben), *Nicolaier* (Breslau), *Oppler* (Brieg), *Plath*, *Reich* (Breslau), *Renner* (Plagwitz), *Rosenau* (Bunz-

lau), *Rosenthal* (Breslau), *v. Rottkay* (Breslau), *Ruschke* (Ulbrichshöhe), *H. C. Schubert* (Breslau), *Seemann* (Leubus), *Max Serog* (Breslau), *Sittig* (Prag), *Stark* (Breslau), *Watts, Weise* (Breslau), *Weißensfeld* (Bunzlau), *Wilcke* (Lüben), *Otto Wolf, Wollenberg* (Breslau), *Ziertmann* (Plagwitz).

Vorträge: 1. *Freiberg, H.* (Breslau): Zur Prognose des atonisch-astatischen Symptomenkomplexes bei zerebraler Kinderlähmung.

Demonstration von drei typischen Fällen von atonisch-astatischem Symptomenkomplex, einer seltenen Form von zerebraler Kinderlähmung, und Bericht über zwei weitere typische Fälle dieser Erkrankung. Zwei der demonstrierten Fälle sind dadurch bemerkenswert, daß es sich dabei um ein familiäres Auftreten des Leidens handelt: Es sind zwei Geschwister, außerdem litt noch ein drittes schon in früher Jugend verstorbenes Geschwister an der gleichen Erkrankung. Die weitere Betrachtung der Familie dieser Geschwister ergibt noch folgende Besonderheiten: Alle sechs Kinder sind männlich, es besteht eine relativ große Kindersterblichkeit sowie eine Neigung zu Frühgeburten, die kranken Kinder wurden allerdings ausgetragen. — Alle fünf Fälle weisen außer den Symptomen von Atonie und Astasie gleiche Begleitsymptome wie die gewöhnlichen Fälle von zerebraler Kinderlähmung auf, nämlich hochgradige Intelligenzstörungen, vier Kinder haben ferner früher epileptische Anfälle gehabt, zwei Fälle sind besonders schreckhaft, und zwar im Sinne der akustiko-motorischen Reaktion *Oppenheims*. Bei allen Fällen dürfte es sich um ein angeborenes oder intra partum entstandenes Leiden handeln. Über die Lokalisation der Erkrankung läßt sich bei dem Fehlen von autoptischen Befunden nichts Sicheres sagen. Hinsichtlich des Verlaufs ist folgendes festzustellen: Nur ein Fall ist ebenso wie vor vielen Jahren unfähig zu statischen Leistungen (abgesehen von aktivem Halten des Kopfes, was schon früher möglich war). Die anderen Fälle haben sich hinsichtlich ihrer statischen Leistungen im Laufe der Jahre wesentlich gebessert, am stärksten die beiden Geschwister, das ältere kann einige Schritte frei gehen und ist bei Führung sogar zu Spaziergängen fähig. Diese beiden letzten Fälle zeigen, welche Besserung Übungen — solche wurden von den Eltern vorgenommen — zeitigen können. Auf Grund seiner Beobachtungen empfiehlt Verf. Fälle von atonisch-astatischem Symptomenkomplex nicht unbeachtet liegen zu lassen, sondern einer konsequenten Übungsbehandlung zu unterziehen.

2. *Adler* (Gräfenberg): Kasuistische Mitteilungen zum Problem der Mitbewegungen. (Erscheint a. a. O.)

3. *P. A. Jaensch*: Zur oberen und unteren Hemianopsie.

Nach kurzem Hinweis auf die vorwiegend bei Hinterhauptschüssen infolge Verletzung der Calcarinaoberlippe beobachtete homonyme untere Hemianopsie und Erwähnung entsprechender Fälle, die auch als Folge von Gefäßerkrankungen vorkommen können, wird die Klinik der Sehnervenverletzungen bei Schädelbasisbruch besprochen. In der Regel findet man sofortige und bleibende einseitige Erblindung, nur ausnahmsweise kehrt später ein Rest Sehvermögen wieder (4 von 16 Kranken). Ebenfalls selten sind die teilweisen Verletzungen des N. opt. durch Riß im knöchernen Kanal, die häufiger zum Ausfall der beiden oberen (zwei Fälle) als der beiden



unteren (zwei Fälle) Gesichtsfeldviertel führen; sie sind ausnahmslos vorn vollkommenen oder teilweisen absteigenden Sehnervenschwund begleitet. In den letzten Jahren wurden derartige Gesichtsfeldausfälle infolge Schädelbasisbruch besonders oft nach Sturz vom Kraftrad oder aus dem Kraftwagen beobachtet. — Rente ist nur zu gewähren, falls die Störung das einzige oder das bessere Auge getroffen hat.

Aussprache: *A. Bielschowsky* (Breslau): Die isolierten Verletzungen eines Sehnerven bei Schädelbasisbruch sind verhältnismäßig selten. Das klinische Bild — plötzliche Erblindung mit amaurotischer Pupillenstarre und die erst nach drei bis vier Wochen bemerkbare Optikusatrophie — ist charakteristisch. Die vom Vortr. erwähnten Befunde bilden Ausnahmen, die nicht selten dem Nachweis entgehen. Ein einseitiger Ausfall von zwei Gesichtsfeldquadranten ist für Fraktur oder Fissur der Schädelbasis auch dann beweisend, wenn die sonstigen Erscheinungen des Schädelbruchs und der Comotio nur gering oder flüchtig gewesen sind. — Die homonyme untere Hemianopsie ist ein während des Weltkrieges oft beobachtetes charakteristisches Begleitsymptom der Hinterhaupttangentialschüsse. Als Friedensverletzung haben wir sie nicht beobachtet.

*L. Guttmann; O. Fischer.*

4. *O. Fischer* (Prag) bespricht eine neue quantitative Bestimmung des Eiweißes im Liquor. Das Prinzip der Methode besteht darin, daß, je stärker die Verdünnung des Eiweißes ist, desto später dasselbe ausgefällt wird. Dieses Prinzip kann man sowohl für die Globuline als Albumine bestimmen. Für die Globulinbestimmung geht man so vor, daß man  $\frac{1}{2}$  ccm Liquor mit  $\frac{1}{2}$  ccm konz. Ammonsulfat versetzt. Nach aufgetretener Fällung (etwa nach 1 Minute) setzt man allmählich so viel Wasser zu, bis sich der Niederschlag wieder löst. Da stellt sich nun heraus, daß man bei nicht-behandelten Paralysen viel stärker mit Wasser verdünnen muß als bei behandelten, d. h. es sind bei unbehandelten Paralysen viel mehr Globuline vorhanden, die bei geringerem Salzgehalte ausfallen; wenn man jetzt wieder so viel konz. Ammonsulfat zusetzt, daß das Gemisch halb gesättigt ist, so entsteht eine neuer Niederschlag, den löst man wieder mit Wasserzusatz, setzt wieder Ammonsulfat zu bis zur Halbsättigung und kommt nun auf diese Weise zu einer Liquorverdünnung, bei der im Laufe von etwa 1 Minute kein Niederschlag mehr entsteht; auf diese Weise gelangt man zu einem neuen empirischen Quantitätswert, der unter den gleichen Umständen einen Vergleichswert darstellt. Man kann dasselbe mit einer anderen Globulinfraktion machen, etwa bei 40% Sättigung, und kann zu einer Art Globulinspektrum gelangen, dessen klinischer Wert erst geprüft werden muß.

Die Gesamteiweißmenge bestimmt *Fischer* quantitativ, daß er den Liquor tropfenweise mit Kochsalzlösung verdünnt und diese Verdünnung in Sulfosalizylsäure eintropfen läßt; auf diese Weise kommt man auch zu einem quantitativen Vergleichswert, der ein besserer Maßstab ist als alle anderen Trübungsblutungen.

Die Methode muß erst genauer klinisch bei einem größeren Material ausprobiert werden. Sie scheint bei ihrer Einfachheit sehr brauchbar zu sein; das wichtigste Fazit würde *Fischer* darin suchen, daß sich feststellen ließ, daß bei unbehandelten Paralysen Globuline im Liquor vorhanden sind, die bei viel geringerer Konzentration ausfallen (etwa bei ein Drittel Sätti-

gung) und daß im Laufe der Behandlung die Aussalzungskonzentration immer steigt: das heißt also, daß bei der unbehandelten progressiven Paralyse höhere molekulare Globuline vorhanden sind, welche bei günstig verlaufender Behandlung allmählich abnehmen.

Aussprache: *Georgi; Fischer.*

##### 5. *Mann* (Breslau): Vier Fälle von Apiolvergiftung.

Über Lähmungserscheinungen infolge von Vergiftungen durch Apiol ist in der letzten Zeit wiederholt berichtet worden. Die Demonstration der nachfolgenden vier Fälle dürfte deswegen von Interesse sein, weil die Häufung dieser Fälle auf die große Verbreitung des Mittels als Menstruationsmittel resp. Abortivum gerade hier in Schlesien hinweist und zeigt, daß die bisherigen behördlichen Warnungen und Verbote keinen genügenden Erfolg gehabt haben. Wie wir privatim gehört haben, sind außer unseren vier Fällen noch weitere Fälle in Schlesien beobachtet worden. Als Bezugsquellen des Mittels dienen nicht nur die Apotheken und Drogerien, sondern das Mittel wird auch vielfach im privaten Handel vertrieben.

Bezüglich der bisherigen Beobachtungen sei nur darauf verwiesen, daß ganz analoge Vergiftungserscheinungen bisher beobachtet wurden in Holland und Jugoslawien (M. m. W. 1932 S. 100), ferner in Kiel (Kl. W. 1932 S. 286). Außerdem finden sich mehrere kurze Zuschriften in der D. m. W. (1932 S. 189, 267 und 346) und in allerletzter Zeit die ausführliche Publikation eines Falles von *Jagdhold*, in der D. m. W. (1932 S. 623). Da letztere Arbeit auch die vollständige Literatur enthält, sei auf dieselbe hier besonders verwiesen.

Bezüglich des toxischen Stoffes soll nur daran erinnert werden, daß das an sich ungiftige, aus einem Petersilienextrakt bestehende Apiol seine toxischen Eigenschaften durch einen aus bisher nicht aufgeklärten Gründen hinzugefügten Zusatz von Triorthokresylphosphat erhalten hat, ein Stoff, der in einzelnen Teilen Nordamerikas auch bei der Schnapsbereitung verwendet worden ist und dort bereits im Jahre 1930 bei vielen tausenden Personen schwere Lähmungserscheinungen erzeugt hat.

Unsere vier Fälle sind folgende: Fall 1. Frau Martha K., 35 Jahre alt, vier Kinder von acht bis zwei Jahren, 1921 angeblich Kopfgrippe, Erbrechen, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, fünf Wochen gelegen. In den nächsten Jahren vollständig gesund. Seit dem Frühjahr 1931 nahm sie regelmäßig etwa vier Tage vor der zu erwartenden Periode, um das Ausbleiben derselben zu verhüten, täglich zwei Apiolkapseln, eine früh, eine abends. Im November blieb die Periode trotzdem aus, sie nahm dann eine zeitlang täglich vier Kapseln, im Dezember bis fünf Kapseln täglich, zuletzt vier Tage vor Weihnachten. Der erwartete Erfolg blieb aber auch jetzt aus. Am 6. 1. 1932 trat dagegen plötzlich ein Schwächegefühl in beiden Beinen auf, besonders in der Wadengegend, keine Schmerzen. Die Schwäche nahm innerhalb von drei Tagen bis zu dem jetzigen Zustand zu, so daß sie nur sehr unsicher stehen konnte, gelegentlich sogar umfiel. Außerdem Klagen über Rückenschmerzen, dumpfes Druckgefühl in der Stirngegend, erschwerten Stuhl- und häufigen Urindrang, sonst keine Beschwerden.

Aufnahme in das St. Georgs-Krankenhaus am 30. 1. 1932. Es besteht Schwangerschaft im dritten Monat. Gang sehr unsicher, schwankend mit Herabhängen der Füße, Schleifen der Fußspitzen am Boden, beim Stehen

noch unsicherer wie beim Gehen. Umdrehen nur mit Unterstützung möglich, Drehung anscheinend nach links etwas besser wie nach rechts. Dorsal- und Plantarflexion der Füße beiderseits vollkommen aufgehoben, Zehenbewegungen ebenfalls unmöglich, nur spurweise Beugebewegungen. Knie-reflex beiderseits schwach vorhanden, Achillesreflexe fehlen, Fußsohlenreflexe bestehen nur im Zurückziehen des Beines. Hebung der Beine geht gut, nur etwas Abweichen des linken Beines nach innen. Faradische Erregbarkeit an den Unterschenkelmuskeln vollkommen aufgehoben, galvanisch langsame Zuckungen bei sechs bis sieben M.A., Sensibilität vollkommen intakt.

Es besteht außerdem ein Schwächegefühl der rechten Hand, Händedruck rechts 25, links 50°, Daumenopposition vollkommen unmöglich, nur Beugung desselben ausführbar, sichtliche Atrophie des *Abductor brevis*, Entartungsreaktion in diesem Muskel, Sensibilität vollkommen intakt. Die langen Hand- und Unterarmmuskeln, ebenso Interossei funktionieren normal. Von seiten der Hirnnerven findet sich ein leichter, nur wenig ausgeprägter Nystagmus nach beiden Seiten besonders beim Blick nach links. Sonst alles o. B. Über einen besonderen Liquorbefund dieses Falles wird am Schluß berichtet werden.

Fall 2. Frau Martha F., 34 Jahre alt, mit 12 Jahren Diphtherie, mit 16 Jahren spinale Kinderlähmung, welche aber nur eine Schwäche der rechten Oberschenkelmuskulatur hinterließ mit nur geringer Gangstörung. Im Jahre 1917 oder 1918 Grippe durchgemacht ohne besondere Erscheinungen. Sie hat drei lebende Kinder, eins ist nach drei Tagen gestorben, damals während der Schwangerschaft nierenkrank. Im Dezember 1913 wurde ärztlicherseits ein künstlicher Abort ausgeführt, angeblich wegen allgemeiner Nervenschwäche. Im September 1931 blieben wiederum die Menses aus. Sie nahm dann ein Schächtelchen Apio kapseln hintereinander nach Vorschrift ein. Wieviel es gewesen sind, weiß sie nicht mehr. Mitte Oktober, etwa zwei Wochen nach Einnehmen der Kapseln, trat dann plötzlich über Nacht (im zweiten Schwangerschaftsmonat) eine Lähmung beider Beine auf, wenige Tage darauf auch eine Schwäche des rechten Daumens. Ein Frauenarzt führte dann am 14. 11., da sich die Lähmung nicht besserte, den künstlichen Abort aus, gleichzeitig Sterilisation. Die Lähmung blieb auch jetzt unverändert.

Am 1. 12. 1931 Aufnahme in das St. Georgs-Krankenhaus.

Befund: Keinerlei Störungen von seiten der Hirnnerven, an beiden Unterschenkeln totale Lähmung der Dorsal- und Plantarflexoren, sowohl der Füße, wie der Zehen. Keine Schmerzen, keine Paraesthesien, keine Sensibilitätsstörungen. Achillesreflexe fehlen beiderseits, Fußgelenke vollständig schlaff, rechter *Quadriceps* mäßig atrophisch, Knie reflex fehlt rechts, ist links vorhanden (Folgen der alten Kinderlähmung). Elektrische Entartungsreaktion in allen Unterschenkel- und Fußmuskeln (Folgen der alten Kinderlähmung). Am rechten Daumenballen Lähmung des *Abductor brevis*, ebenfalls mit Entartungsreaktion. Auch hier keinerlei Störungen der Sensibilität, keine Schmerzen oder Paraesthesien. Der Gang ist hier noch unsicherer wie bei der ersten Patientin, wobei natürlich die mangelhafte Fixation im rechten Kniegelenk mitspricht.

Fall 3. Frau M. W. 40 Jahre alt, fünf gesunde Kinder, keine wesentlichen Krankheiten, nur mit 28 Jahren schwere Grippe. Anfang März d. J. trat sie in ärztliche Behandlung, weil sie seit 14 Tagen Uterusblutungen

und außerdem eine Schwere in den Beinen und Händen hatte. Es wurde ärztlicherseits eine Abrasio uteri ausgeführt, mikroskopische Untersuchung ergab nur eine Endometritis. Wegen der zunehmenden Beschwerden in den Extremitäten wurde Pat. dem St. Georg-Krankenhaus zugewiesen.

Aufnahme am 8. 3. 1932. Sie gab an, daß sie vor fünf Wochen, nachdem ihre Periode ausgeblieben war, durch private Vermittlung grünbraune Kapseln zur Anregung der Menstruation bekommen habe; sie nahm zuerst zwei Tage lang zwei Kapseln täglich, dann zwei Tage lang vier Kapseln täglich und ein Tag sechs Kapseln, dann wieder drei Tage absteigend. Eine Woche später trat die Blutung ein, sie dauerte 14 Tage, deswegen kam sie in ärztliche Behandlung, siehe oben.

Die Lähmungserscheinungen begannen etwa eine Woche nach Beginn der Blutungen, sie begannen mit krampfhaften Schmerzen in beiden Waden, die von den Füßen nach oben aufstiegen, gleichzeitig Schwächegefühl in den Füßen, erschwerter Gang, auch in den Händen zunehmende Schwäche und Schmerzen besonders bei Bewegungen, beim Heben der Arme usw.

Untersuchungsbefund: An beiden Unterschenkeln starke Druckempfindlichkeit der Muskulatur, rechts mehr wie links. Beide Füße hängen herab, sind vollkommen schlaff in den Fußgelenken; auch in den Kniegelenken ist der Tonus vermindert. Kniesehnenreflexe vorhanden, links abgeschwächt, Achillesreflex beiderseits fehlend, Fußsohlenreflexe schwach, bestehen nur in Zurückziehen des Beines. Aktiv kann die Patientin keine Spur von Bewegungen in den Fußgelenken und den Zehen ausführen. Hebung der Beine ist dagegen möglich, in Bauchlage untersucht ist die Beugung der Unterschenkel beiderseits sehr schwach, fast unmöglich, die Streckung dagegen kräftig. Die Glutaei maximi sind aktiv Bewegung, werden aber mit etwas geringer Kraft zusammengezogen. Die Abduktion und Adduktion der Beine geht mit normaler Kraft vor sich, ebenso das Erheben der Beine aus der Bettlage. Elektrisch zeigen die Unterschenkel- und Fußmuskeln komplette Entartungsreaktion, ebenso die Beuger der Unterschenkel. Die faradische Erregbarkeit ist vollkommen aufgehoben, galvanische Zuckung sehr verlangsamt. In den Glutaei und Quadriceps ist die faradische Reaktion zwar vorhanden, aber herabgesetzt, die galvanische Zuckung zeigt hier eine Andeutung von Verlangsamung. Gehen und Stehen sehr unsicher, nur mit Unterstützung möglich. Die Sensibilität an den Beinen ist vollkommen vorhanden, sowohl für Berührung und Lageempfindung, als auch für Schmerz- und Vibrationsempfindung.

An den oberen Extremitäten: rechts geschieht der Händedruck mit minimaler Kraft unter Umklappen der Hand. Die Extension des Handgelenks und der Finger ist vollkommen aufgehoben, sowohl der Grundphalangen wie der Endphalangen. Am Daumen ist die Abduktion aufgehoben, nur eine Extension der Endphalanx ist mit geringer Kraft möglich. Opposition des Daumens unmöglich, nur Beugung intakt. Der Supinator longus funktioniert, aber mit geringer Kraft. Oberarm- und Schultermuskeln intakt.

Linke Hand beim Händedruck ebenfalls Umklappen, aber nicht vollständig, aktiv ist leichte Handgelenkextension in radialer Richtung möglich. Extension der Finger spurweise vorhanden, Supinator longus funktioniert schwach, Daumenopposition aufgehoben. In sämtlichen gelähmten Muskeln, also im Radialisgebiet, in den Interossei und den Daumenballen komplette

Entartungsreaktion, nur im Supinator longus beiderseits und im Extensor carpi radialis linkerseits eine herabgesetzte faradische Reaktion vorhanden. Die Beugenmuskulatur ist intakt, reagiert galvanisch mit prompter Zuckung, jedoch scheint auch hier die Erregbarkeit etwas herabgesetzt.

Fall 4 siehe unten.

Bei den vorstehend geschilderten vier Fällen ist bemerkenswert die frappante Übereinstimmung in der Lokalisation der Lähmung. In allen vier Fällen besteht eine symmetrische totale Lähmung sämtlicher Unterschenkel- und Fußmuskeln (also Gebiet des Nervus peroneus und tibialis) von atrophischem Charakter mit totaler Entartungsreaktion. Im dritten Fall kommt an den Beinen noch eine Lähmung der Unterschenkelbeuger hinzu. Die oberen Extremitäten beteiligen sich in den ersten beiden Fällen nur mit einer einseitigen Lähmung des Daumenballens, im dritten und vierten Fall greift die Lähmung weiter. Außer dem Daumenballen ist hier auch das Radialisgebiet und Ulnarisgebiet betroffen. Die Sensibilität ist in allen Fällen vollständig intakt.

Vergleicht man diese Befunde mit den bisher in der Literatur niedergelegten Fällen, so ist die Übereinstimmung in bezug auf Lokalisation und Art der Lähmung geradezu erstaunlich. Überall treffen wir denselben Typus: totale degenerative Lähmung der Unterschenkel- und Fußmuskeln beiderseits, mehr oder weniger ausgedehnte, nicht ebenso regelmäßig lokalisierte, aber stets in den Daumenballen beginnende Lähmung der oberen Extremitäten. Fehlen aller objektiven Sensibilitätsstörungen (nur in vereinzelt ausländischen Fällen leichte Hypalgesien angegeben). Subjektive sensible Reizerscheinungen in Form von Paraesthesien, krampfhaften, ziehenden und stechenden Sensationen werden allerdings in manchen Fällen angegeben.

Sind wir nun nach dieser Symptomatologie berechtigt, diese Fälle, wie es gewöhnlich geschieht, als »Polyneuritis« aufzufassen? Oder müssen wir nicht viel mehr an eine spinal lokalisierte, eine poliomyelitische Affektion denken? Trotz andauernder Behandlung zeigen unsere Fälle noch keinerlei auffällige Besserung, abgesehen von einer Wiederkehr einer Spur von Zehenbewegungen in dem einen und geringer Besserung der Radialisfunktion in dem anderen Falle. Dabei besteht Fall 1 bei der Niederschrift dieser Zeilen bereits seit  $\frac{1}{2}$  Jahr. In der Literatur werden die Fälle meistens als Polyneuritis bezeichnet, eine Auffassung, die für manche Fälle nicht bestritten werden soll. Es ist anzunehmen, daß die Giftwirkung, wie wir es auch von anderen Intoxikationen wissen, sich nicht in strenger Lokalisation an die peripheren Nerven oder an die Vorderhornzellen hält, sondern daß sie das gesamte motorische Neuron befällt und daß vielleicht in manchen Fällen die Lokalisation überwiegend spinal, in anderen überwiegend peripher ist, woraus sich dann das verschiedene Verhalten der Sensibilität und so weiter erklären würde.

6. *Georgi-Breslau*: Klinisches und Humoralpathologisches zur Apiolvergiftung unter besonderer Berücksichtigung eines im zeitlichen Zusammenhang mit Apioldarreicherung interferierenden Enzephalitisrezidivs.

Bevor ich zu dem ersten von Herrn Prof. *Mann* vorgestellten Fall vom humoralpathologischen Standpunkt aus Stellung nehmen darf, sei es

gestattet, einen weiteren Fall<sup>1)</sup> hier kurz zu demonstrieren. Auch bei diesem Fall handelt es sich um die im dritten Monat einer Schwangerschaft schlagartig Platz greifenden Folgen nach Einnehmen von Apiol.

Als die 33jährige Patientin uns Mitte Januar aufsuchte, vermuteten wir, da zur selben Zeit die erste Mitteilung über in Jugoslawien beobachteten Apiol-schäden in der Münchener medizinischen Wochenschrift erschien, daß es sich hier um eine ähnliche Genese handeln dürfe. Allerdings haben wir zunächst noch nicht den strikten Nachweis zu erbringen vermocht, daß die Patientin in der Tat Apiol eingenommen hat; erst kürzlich räumte sie auf Vorhaltungen ein, daß sie von einer »weisen Frau« Kapseln, deren Einnahme den Wiedereintritt der Periode gewährleisten sollten, erhalten habe.

Das gesamte klinische Zustandsbild ist ein gutes Spiegelbild sowohl der eben vorgestellten Fälle wie der aus der Literatur bekannten, so daß man wohl in der Annahme berechtigt ist, den Zustand auf Apiol zurückzuführen. Dies um so mehr, als es sich, wie gesagt, nicht um die gewöhnlichen polyneuritischen Erscheinungen, wie sie gelegentlich auch innerhalb der ersten Monate der normalen Schwangerschaft angetroffen werden, handelt, sondern eben um das zuvor von Herrn Professor *Mann* eingehend geschilderte Zustandsbild.

Sie sehen, daß bei der Patientin, die nur kurze Zeit über wadenkrampfartige Sensationen geklagt hat und bei der keinerlei Störungen hinsichtlich der Sensibilität festzustellen sind, ein völliger Verlust der Beuger- und Streckerfunktion an den Unterschenkeln Platz gegriffen hat. Dieser Befund bestand schon zur Zeit der Aufnahme. Anders verhält es sich mit den oberen Extremitätenenden. Unter unseren Augen entwickelte sich s. Zt. eine Parese, die von der Daumenballenmuskulatur und den Interossei rasch auf die Extensoren am Unterarm übergriff. Heute ist in dieser Hinsicht nach entsprechender elektrischer Behandlung eine gewisse Besserung zu verzeichnen. Die fraglichen Muskeln an den Händen sind zwar noch weitgehend paretisch und atrophisch; hinsichtlich der Extensoren ist aber eine gewisse Besserung zu verzeichnen.

Elektrisch besteht in den fraglichen Gebieten der unteren Extremitäten Entartungsreaktion, das gleiche gilt für die betroffene Muskulatur der Hände, während die Extensoren der oberen Extremitäten auch faradisch in geringem Maße wieder ansprechen.

Im ganzen scheint die Möglichkeit, einen therapeutischen Effekt zu erzielen, recht gering, so daß die prognostischen Aussichten bedauerlicherweise recht trübe sind.

Der erste von Herrn Prof. *Mann* hier vorgestellte Fall hat aber, wie schon angedeutet, infolge besonderer humoraler Befunde eine Reihe pathophysiologischer Überlegungen erneut wachgerufen, die es rechtfertigen, nach Erörterung der Apiolvergiftung über ein mit dieser nicht direkt im Zusammenhang stehendes Kapitel zu referieren.

In Unkenntnis des wahren Sachverhalts diskutierten nämlich Herr Prof. *Mann* und ich kurz nach Einlieferung der zuerst demonstrierten

<sup>1)</sup> Inzwischen kamen in der Klinik noch zwei weitere Fälle von Apiolvergiftung zur Beobachtung, die wiederum, sowohl was den Befund wie den Verlauf anbelangt, mit den hier mitgeteilten Fällen vollständig übereinstimmen.

Patientin die Frage, ob es sich nicht in diesem Fall um eine jener Formen von Muskelatrophien handeln könnte, wie sie gelegentlich nach Enzephalitis zur Beobachtung gelangen. Allerdings handelt es sich in jenen von *Economo*, *Stern* und vor allem *Wimmer* beschriebenen Fällen um ein elektives Befallensein der Vorderhörner.

In Unkenntnis der wahren Genese bestärkte uns noch eine Reihe weiterer Momente in der Annahme, daß es sich bei dem hier zur Erörterung stehenden Fall vor allem um ein Befallensein der Vorderhörner im Zusammenhang mit einer durchgemachten Enzephalitis handeln könnte. Einmal haben wir schon gehört, daß die Patientin früher eine Gehirngrippe durchgemacht haben dürfte, und es sind Fälle in der Literatur in genügender Anzahl vorhanden, aus denen hervorgeht, daß unter dem Einfluß einer Schwangerschaft, einer Vergiftung usf. auch bei anscheinend völlig abgeklungener Enzephalitis eine Exazerbation des Leidens evtl. unter Auftreten neuartiger Symptome Platz greift.

Im Falle unserer Patientin schien dieser Sachverhalt auf Grund des humoralen Befundes in der Tat vorzuliegen. Während nämlich die üblichen humoralen Untersuchungsmethoden sowohl mit Blut wie mit Liquor angestellt völlig negative Ergebnisse zeitigten, fiel die Komplementbindungsreaktion mit Gehirnextrakt mit zwei verschiedenen Blutproben stark positiv aus.

Dieser Befund ließ mich s. Zt. in Unkenntnis des klinischen Zustandsbildes die Vermutung aussprechen, daß es sich um einen Prozeß des Zentralnervensystems vermutlich infektiöser bzw. toxischer Natur handele. Die Anamnese schien dann um so mehr die Annahme zu rechtfertigen, als auch ein früher in der Klinik beobachteter Fall von Amyotrophie bei Enzephalitis ebenfalls eine positive Gehirnreaktion ergeben hatte.

Sie werden mir nun entgegenhalten, daß durch die erfolgte Klärung im Sinne der Apiovergiftung meine Hypothese, daß auch ein Aufklackern des enzephalitischen Prozesses stattgefunden haben dürfte, hinfällig bzw. überflüssig geworden ist. Sie werden mir vielleicht weiter entgegenhalten, daß die positive Gehirnreaktion im Sinne einer unspezifischen Komplementbindungsreaktion, wie wir sie bei Erkrankungen, die mit Zellzerfall einhergehen, aber auch in späteren Stadien der Schwangerschaft gelegentlich sehen, zu deuten sei, und daß für die Annahme des Interferierens eines enzephalitischen Prozesses somit gar keine Anhaltspunkte vorlägen.

Dazu ist folgendes zu sagen: Wie Sie wissen, handelt es sich bei der von *Ödön Fischer* und mir s. Zt. vorgeschlagenen Gehirnreaktion um ein Verfahren, das unter besonderen Vorbedingungen den Nachweis von Antikörpern erlaubt, die ihre Entstehung einer infektiösen Erkrankung des Zentralnervensystems verdanken.

Während nun bei den syphilitischen Erkrankungen dem Ausbreitungsbezirk der Affektion entsprechend auch andere Organextrakte zu einer positiven Reaktion führen, beschränkt sich die Antikörperbildung bei der Enzephalitis lediglich auf das Zentralnervensystem. Bemerkenswerterweise gelangen diese Antikörper zunächst nur in den Blutkreislauf und sind erst, wenn eine Schädigung der Blut-Liquor-Schranke Platz greift, im Liquor nachzuweisen. So sahen wir z. B. zwei Kaninchen mit Spontanenzephalitis, bei denen ebenfalls nur im Blut eine positive Gehirnreaktion resultierte.

Wir hätten es also bei unserer Patientin mit einer derartig auf das

Blut beschränkten Gehirnreaktion zu tun, was auch der intakt befundenen Schranke entsprach. Es bleibt nun noch der Einwand zu diskutieren, ob diese positive Gehirnreaktion im Blute eine unspezifische Reaktion im zuvor genannten Sinne darstellt. Es wurden zu diesem Zwecke verschiedene Labilitätsreaktionen — Plasmalabilität, Senkungsgeschwindigkeit usw. — ange stellt, da bekanntlich die Fälle mit uncharakteristischen Komplementbin dungsreaktionen durch eine besondere Labilisierung ausgezeichnet zu sein pflegen. In unserem Falle hat sich keine derartige Labilitätssteigerung nachweisen lassen. Darüber hinaus wies das Syndrom, das sich auf einem Vergleich zwischen Senkungs- und Labilitätsreaktion aufbaut, auf das Vor liegen einer sogen. iotogenen Kolloidstabilitätsstörung hin, wie dies gerade bei Mittelhirnerkrankungen häufig der Fall zu sein pflegt.

Von diesen im Einzelfall erhobenen Befunden abgesehen, sprechen die Erfahrungen, die wir im Laufe der Jahre mit unseren Gehirnextrakten gesammelt haben, im Sinne ihrer streng gehirnspezifischen Reaktionsbereit schaft. Dabei sei, um allen Mißverständnissen vorzubeugen, betont, daß es sich nicht etwa um den Nachweis eines Gehirnbbaus im Sinne der Abderhaldenschen Reaktion, sondern um Autoantikörper handelt, die ihre Entstehung einer Immunisierung mit an Erreger gekoppelten Gehirn lipoiden verdanken. Wir haben es also bei diesem Immunisierungsprozeß mit einem Vorgang zu tun, der weitgehend den Mechanismen, die das Auf treten der Wassermannreaktion bedingen, entspricht. Daß trotz dessen die Gehirnreaktion vorläufig mehr theoretisches als praktisches Interesse be sitzt, liegt nicht, wie dies bei anderen humoralen Reaktionen so häufig der Fall ist, an dem Umstand, daß sie zu sensibel wäre und damit unspezifische Resultate vermittelt, sondern daran, daß sie gerade im Gegenteil infolge methodischer Schwierigkeiten der Extraktbereitung nur in einem gewissen Prozentsatz beispielsweise von Enzephalitisfällen positiv anspricht. Um so mehr ist aber ein positives Resultat beweiskräftig.

Kommen wir auf unseren Fall zurück, so ergibt sich daraus folgendes: Bei einer Patientin, die s. Zt. vermutlich eine Enzephalitis durchgemacht hat, kommt es infolge Schwangerschaft und exogen toxischer Schädigung (Apio) zu einem Rezidiv, das sich humoralpathologisch durch eine positive Gehirnreaktion zu erkennen gibt. Inwieweit das jetzige klinische Zustands bild sich lediglich auf die Apiovergiftung gründet oder ob auf Grund des interferierenden Enzephalitisrezidivs die Giftempfindlichkeit des Nerven systems beeinträchtigt bzw. herabgesetzt wurde, muß dahingestellt bleiben.

Aussprache zu den Vorträgen *Mann* und *Georgi: von Rottkay* teilt mit, daß gem. Erl. d. Ministers f. Volkswohlfahrt v. 19. II. 32 am 29. II. 32 bei einer hiesigen Kapsel- und Verbandstoffabrik der Gesamtverrat an fertigen Apioalkapseln sowie an noch nicht verarbeitetem Apio beschlag nahmt worden ist. Nach den Beobachtungen von Prof. *Schittenhelm*-Kiel und den Prüfungen im Reichsgesundheitsamt scheint nur das aus dieser Quelle stammende Apio einen giftigen Bestandteil (Triorthokresylphosphat) zu enthalten, da andere Proben von Apioalkapseln, die nicht von der ge nannten Breslauer Fabrik stammten, diesen Stoff nicht enthielten.

Apio ist aus Petersiliensamen hergestellter Petersilienkampher, der in der üblichen Handelsware mit Rizinusöl verschnitten ist und ist an sich un giftig.

Es gibt zwei Arten von Apio — *A. viride* und *A. flavum*. In Frage



kommt nur *Apiolum viride*, das von der hiesigen Fabrik allein in Gelatine-kapseln zu je 0,1, 0,3 und 0,5 g u. zw. ohne Zusätze gefüllt wird. Die Packungen enthalten 12, 25 oder 50 Kapseln. Einige von der Beschlagnahme zufällig zurückgebliebene Kapseln werden herumgereicht.

Außer der Beschlagnahme der gesamten vorhandenen Vorräte wurde der Verkauf durch die belieferten Firmen sistiert.

Es wird der Vermutung Ausdruck gegeben, daß die Giftwirkung vielleicht auf den übermäßig großen Mengen beruhen könnte, welche von den erkrankten Frauen zum Zwecke der Schwangerschaftsunterbrechung eingenommen wurden. Andererseits besteht die Möglichkeit, daß auf dem Wege der Fabrikation das Gift hinzutritt, oder im Rohstoff selbst sich befindet. Klarheit darüber ist bisher noch nicht geschaffen.

Die amerikanischen Trikresylphosphatvergiftungen sind durch Genuß von *ginger-oil* hervorgerufen worden, das als Alkoholversatz benutzt wurde.

*Erich Guttman* erinnert an die Untersuchungen von *Smith* und *Lillie* über die sogenannte Ingwerlähmung. Diese Autoren haben nachweisen können, daß diese Lähmung auf einer Triorthokresylphosphatvergiftung beruht, die eine Polyneuritis hervorruft.

. *O. Fischer, Wollenberg, J. Lange, L. Guttman.*

7. *O. Gagel* und *L. Guttman*: Zur Frage der akuten multiplen Sklerose. (Erscheint a. a. O.)

8. *J. Lange*: Demonstrationen. Fall von Objektagnosie. Anatomischer Befund.

Fleischermeister, 56 Jahre alt, Trinker. Seit 3 Monaten Kopfschmerzen. Am 3. 5. 31 Apoplexie; rechts gelähmt. Beiderseits Babinski. Verwirrt, paraphasisch, abweisend. In der Zeit vom 7. bis 9. 5. euphorisch-wurstige Stimmung. Sprache intakt, Stereognose gut. Hemianopsie rechts ohne Makulaausparung. Störungen des Tiefensehens, des Lokalisierens im Raum. Zählt Finger nicht, nennt Farben falsch. Objektagnostisch. 15. 5.: erkennt Farben gut, zählt optisch, optische Aufmerksamkeit aber erschwert. Nach wie vor in schwerer Weise objektagnostisch. Gegenstände werden vom Tasten und vom Ohr her sofort erkannt. Beachtet die rechtsseitige Parese nicht, wird gereizt bei energischem Hinweis. In den nächsten Tagen komatös. Tod an Pneumonie.

Die Obduktion ergibt: subdurale Blutung über der linken Hemisphäre, von der Zentralgegend bis über die okzipitale Konvexität reichend. An Herden links findet sich 1. ein ganz kleiner Herd im linken Thalamus, 2. ein ebensolcher am Rande des Thalamus nach der Capsula interna zu, 3. ein kleiner Herd im Cuneus, die Sehstrahlung lädierend, 4. ein großer Herd basal, der vom Uncus hippo campi bis zum Okzipitalpol reicht und die Gyri fusiformis und lingualis weitgehend zerstört. Rechts: zwei ganz kleine Herde, einer im Sulcus collateralis, fast nur die Rinde verletzend, ein zweiter in der Kuppe des Gyrus fusiformis etwa drei cm vom Okzipitalpol entfernt. Der Balken ist frei.

Die Herdverteilung erklärt die Symptomatologie. Man wird das subdurale Hämatom, das über der hinteren Zentralwindung besonders schwer erscheint, im Zusammenhang mit dem Thalamusherd im Sinne von *Pötzl* für die Nichtwahrnehmung und Nichtbeachtung der rechtsseitigen Parese

verantwortlich zu machen haben. Das subdurale Hämatom im Zusammenhang mit den basalen Herden dürfte für die Lokalisationsstörung und die anfänglich bestehenden Farbenstörungen verantwortlich sein, um so mehr als mit dem Nachlassen der Druckerscheinungen unter der Behandlung diese Störungen verschwanden. Die bleibende Objektagnosie dagegen ist auf den großen linken basalen Herd im Zusammenwirken mit den kleinen rechtsseitigen basalen Herden zurückzuführen. Bemerkenswert ist, daß der Balken vollkommen frei war.

## 2. Homolaterale Hemiplegie.

40jähriger Gastwirt. Seit vier Wochen Kopfschmerzen rechts und im Genick sowie Erbrechen. Am 23. 9. zunehmende Somnolenz. 25. 9.: Lähmung rechts, Schallverkürzung der rechten Schädelseite. Trigeminusaustrittspunkte rechts schmerzhafter, ebenso Okzipitalis. Stauungspapille rechts, später rechts stärker als links. Augen nach rechts. Kornealreflex rechts schwächer als links. Schmerzen vorwiegend rechts, Zunge nach links. Hemiplegie rechts. Babinski rechts deutlicher als links. Monakow und Oppenheim rechts +. Klinische Diagnose: Tumor der rechten Hemisphäre, wahrscheinlich temporal. Exitus am 28. 9.

Anatomisch: Hirnswellung. Rechts Hemisphäre größer als links. Das Zwischen- und Mittelhirn ist nach links verdrängt, die Hirnschenkelgegend kompensiert. Die Tonsillen sind in das Foramen magnum hineingedrängt. In der rechten Hemisphäre ein ganz ausgedehntes buntes Gliom, vorwiegend temporal, aber bis in die Okzipitalgegend hinreichend. Links makroskopisch nichts, mikroskopisch dagegen Herd im Hirnschenkelfuß links, vorwiegend das mittlere Drittel einnehmend. Ähnlich dürfte sich die große Mehrzahl der homolateralen Hemiplegien aufklären lassen.

Aussprache: *Gamper, Reich, Sittig, Jaensch.*

Aussprache: *Gamper.*

*Reich* berichtet über einen Fall von Geschwulst des Hinterhauptslappens, in dem die anfänglich inkomplette, kurz vor der Operation komplett gewordene Hemianopsie nicht oder höchstens ganz unbestimmt wahrgenommen wurde, während seit der Operation volle Wahrnehmung für die unverändert gebliebene Hemianopsie besteht.

*Sittig.*

*Jaensch* weist darauf hin, daß der von *Reich* erwähnte Kranke möglicherweise die homonyme hemianopische Störung anfangs nicht bemerkt hat, weil erst kurz vor der Operation die ganze Gesichtshälfte ausgefallen war. Vorher bestand ein schmaler exzentrischer sehtüchtiger Halbring.

## 9. Oppler-Brieg: Untersuchung an Nachkommen Schizophrenen.

Es wurden die Nachkommen von 86 Schizophrenen untersucht, die in den Jahren 1878—1900 in der Anstalt Brieg aufgenommen wurden. Es handelt sich um 385 Kinder, von denen 105 ganz klein gestorben sind. Unter den übrigen befinden sich 25 Schizophrene, also rund 9% der Nachkommen, etwa ebensoviel Schizoide und Sonderlinge, doppelt soviel sonstige Psychopathen, außerdem 7—8% Schwachsinnige sowie mehrere Prozent sonstig psychisch Abnorme. Die Gesunden betragen etwa 43%. Die Zahl der Enkel beträgt 544, nach Abzug der klein verstorbenen 439. Unter ihnen

sind 4 Schizophrene. Hierbei ist jedoch zu beachten, daß die Enkel zum Teil noch nicht das Gefährdungsalter der Schizophrenie erreicht haben. Etwa dreimal so groß ist die Zahl der Schizoiden und Sonderlinge, sehr erheblich die Zahl der Psychopathen, Schwachsinnigen und sonstig Abnormen. Die Gesunden betragen etwa 59%.

An verschiedenen Stammbäumen wurde gezeigt, daß sich die Belastung der Nachkommenschaft ganz ungleichmäßig auf die einzelnen Fälle verteilt. Recht stark ist die Zahl der psychisch abnormen Ehegatten der Kinder, woraus sich die hohe Zahl der psychisch minderwertigen Enkel ergeben dürfte.

(Es handelt sich hier um eine vorläufige Mitteilung und noch nicht um alle zur Bearbeitung kommenden Fälle. Ausführliche Veröffentlichung über das gesamte Material erfolgt demnächst an anderer Stelle.)

Aussprache: *Häjner* hält es für wünschenswert, daß man bei Untersuchung der Nachkommenschaft von Schizophrenen auch statistisch zu erfassen sucht, wieviele unter den ermittelten psychopathischen Abkömmlingen sozial brauchbar sind und wieviele nicht. Auf die Frage der sozialen Brauchbarkeit müsse darum Wert gelegt werden, weil die Propagande für die eugenische Sterilisation die hohen Psychopathenziffern in der Nachkommenschaft Schizophrener als eines ihrer Hauptargumente verwende.

*Lange.*

#### 10. A. Beyer-Breslau: Zur Histopathologie der Pellagra.

Den angestellten Untersuchungen liegen drei Fälle zugrunde. Es handelt sich um drei Frauen im Alter von 55, 53 und 43 Jahren, bei denen anamnestisch pellagraverdächtige Symptome in zwei Fällen seit einem bzw. vier Jahren bestanden hatten, während im dritten Falle bereits seit sieben Jahren mit Regelmäßigkeit in jedem Frühjahr ein Exanthem an den Handrücken aufgetreten war. Klinisch boten alle drei Fälle außer dem charakteristischen Pellagraexanthem schwere Magen-Darmstörungen mit Erbrechen und unstillbaren Durchfällen, während in psychischer Beziehung das Bild eines exogenen Reaktionstypes bestand, das in der Hauptsache durch organische Bewußtseinstörung, Apathie und leichte Delirien charakterisiert war. In einem Falle, der einen besonders schweren Verlauf zeigte, kam es zur Entwicklung eines amentiaartigen Zustandsbildes mit tiefer Versunkenheit, Inkohärenz, starker motorischer Unruhe und choreiformen Bewegungen der Finger und Zehen. Soweit sich bei dem Zustand der Kranken eine Untersuchung überhaupt ordnungsgemäß durchführen ließ, waren außer Anisokorie bei prompter Lichtreaktion und Fehlen der Bauchdeckenreflexe neurologische Veränderungen nicht feststellbar. Insbesondere fanden sich keine Ataxie oder Pyramidenbahnzeichen. Alle drei Kranken kamen bei der Schwierigkeit der Ernährung und den unstillbaren Durchfällen verhältnismäßig rasch in einen schwer kachektischen Zustand, in dem — in zwei Fällen unter den Erscheinungen einer Pneumonie — der Exitus eintrat.

Die Sektion ergab am Gehirn makroskopisch keine größeren Veränderungen. Die Meningen waren im allgemeinen zart und ließen nur im Verlauf der größeren Gefäße eine geringere Trübung erkennen. In zwei Fällen erschien das Stirnhirn leicht atrophisch, im dritten die Windungen etwas verbreitert und abgeplattet, ohne daß indessen eine eigentliche Hirn-

schwellung bestand. Die Zerlegung der Gehirne brachte keine wesentlichen Besonderheiten; immerhin fanden sich bei allen drei Fällen flohstichartige Blutpunkte im Hilus des Nucleus dentatus des Kleinhirns, die sich mikroskopisch als stark blutgefüllte Gefäße erwiesen. — Am Rückenmark war makroskopisch an Wurzeln und auf Querschnitten Auffälliges nicht feststellbar. Es ergab sich jedoch in zwei Fällen ein interessanter Befund an den weichen Häuten, der in kleinen knochenharten, plättchenartigen Einlagerungen in die Arachnoidea von Stecknadelkopf- bis Kleinfingernagelgröße bestand und der als Arachnoiditis ossificans gedeutet wurde. Diese Einlagerungen zeigten keine bevorzugte Lokalisation, sondern fanden sich wahllos über Vorder- und Hinterseite des Rückenmarks verteilt, wobei sie hier und da auch dem Verlauf einer Wurzel folgten. Dieser Befund ist deswegen interessant, weil er an ähnliche Veränderungen erinnert, die *Tonnini* bereits 1883 in einer Veröffentlichung über seine Pellagrauntersuchungen beschrieben hat. *Tonnini* fand damals außer Verwachsungen und Verdickungen der Meningen von ihm sogenannte »Osteome«, die nach ihm bei Pellagrösen besonders häufig vorkommen sollen. *Tonnini* mißt diesen »Osteomen« eine besondere Bedeutung bei und faßt sie als Ursache von Spasmen und Reflexerhöhung auf. Wenn es auch heute noch unklar ist, inwieweit Knochenablagerungen in der Arachnoidea für klinische Erscheinungen und anatomische Veränderungen des Rückenmarkes verantwortlich zu machen sind, so sei doch hier kurz auf eine unlängst erschienene Mitteilung *Pnusepps* über vier Fälle hingewiesen, die klinisch unter dem Bilde eines Rückenmarktumors verliefen und sich sodann bei der Operation als Arachnoiditis ossificans herausstellten.

Im folgenden soll nun über die histopathologischen Befunde berichtet werden, die ich aus Gründen der Zeitersparnis für alle drei Fälle zusammenfassen möchte:

Ganz allgemein fand sich eine diffuse Schädigung fast sämtlicher Ganglienzellelemente, die an sich ihrer Art nach uncharakteristisch und ebenso bei anderen Infektions- und Intoxikationskrankheiten anzutreffen ist. Diese Veränderung, die anscheinend ubiquitär ist, präsentiert sich im Nißlbild durch Schwellung der Zelle und ihres Kernes, Auflösung der Nißlsubstanz, Anfärbung der Fortsätze und Sichtbarwerden des Neuriten. Die Glia zeigt dabei leicht regressive Umwandlung mit Kernwandhyperchromatose. Es ergibt sich somit ein Bild, das stark an die »akute Schwellung« *Nißls* erinnert.

Der achitektonische Bau der Rinde zeigte im allgemeinen bei Durchsicht mehrerer Präparate aus verschiedenen Rindengebieten keine größeren Störungen. Immerhin fand sich in einem Schnitt durch die Frontalrinde ein deutliches — offenbar gefäßbedingtes — Erbleichungsherdchen mit Lichtung der Zellen in seiner Umgebung.

Ein charakteristischer Befund ergab sich in der Rinde an den *Betz*-schen Pyramidenzellen. Die Zellen haben hier ihre Pyramidenform vollkommen verloren, sie sind abgerundet und gebläht, die Nißlschollen unterliegen einer zentralen homogenisierenden Auflösung, der Kern ist aus dem Zentrum verdrängt und liegt mehr oder weniger exzentrisch. Es handelt sich hier um morphologisch wohl charakterisierte Zellbilder, sogenannte »Fischaugenzellen«, die mit der »primären Reizung« *Nißls* bzw. der »retrograden Zellveränderung« *Bielschowskys* identisch sind; Veränderungen, wie sie im

allgemeinen als Reaktionstypen nach Schädigung des zugehörigen Axons zur Beobachtung gelangen. Offenbar ist jedoch letztere nicht immer Bedingung, da primäre Reizung auch ohne primäre Erkrankung des zugehörigen Axons mehrfach beobachtet und immer wieder bestätigt worden ist. Insbesondere scheint dies für die Pellagra zuzutreffen.

Wie an einer Reihe von Diapositiven aus verschiedenen Hirngebieten erwiesen wird, ist die primäre Reizung keineswegs nur auf die Betz'schen Pyramidenzellen allein beschränkt, sondern erstreckt sich überhaupt auf alle größeren Ganglienzellelemente: Ein Bild, das einem Brückenkern entnommen ist, bringt die retrograde Zellveränderung in besonders schöner Weise zur Anschauung. Hier sind die »Fischaugenzellen« mit ihrem abgerundeten Zelleib, der zentralen Auflösung der Nißlsubstanz und dem exzentrisch gestellten Zellkern in klassischer Weise dargestellt. In einem weiteren Bild, das Zellen aus der mesenzephalen Trigeminiwurzel wiedergibt, ist ein Kern überhaupt nicht mehr erkennbar; er ist wie die Nißlgranula einer homogenisierenden Auflösung zum Opfer gefallen, um nur noch einen fast gleichmäßig gefärbten, undifferenzierten Zellschatten zurückzulassen. Als letztes Bild dieser Reihe, die sich an Zellen der einzelnen Nervenkerne sowie des Dentatus- und Olivenbandes noch beliebig fortsetzen ließe, wird noch ein Schnitt aus dem Kleinhirn demonstriert, der die Purkinjezellen ebenfalls im Zustand primärer Reizung zeigt.

Bei den so gut wie alle Ganglienzellelemente umfassenden Veränderungen war der Schluß naheliegend, daß auch die vegetativen Zellen des Zwischenhirns, die sich heute eines besonderen wissenschaftlichen Interesses erfreuen, von Schädigungen nicht verschont geblieben seien. Das entsprechende Gebiet wurde darum in Serien verarbeitet. Im Rahmen des Vortrages ist es nur möglich, vier Bilder aus verschiedenen Zwischenhirnkernen zu demonstrieren: Das erste Bild, das aus dem Nucleus paraventricularis stammt, zeigt mehrere Zellelemente, die mehr oder weniger deutlich Veränderungen im Sinne der Zellschrumpfung aufweisen. Insbesondere erscheint hier eine Zelle typisch, die mit ihrem verschmälerten Zelleib, ihren verklumpten Nißlschollen, ihrem dunkel tingierten Kern und ihrem weithin verfolgbaren, geschlängelten Fortsatz wohl alle Stigmata der Zellschrumpfung in sich vereinigt. — Das nächste Bild zeigt Zellen aus dem dorso-lateralen Anteil des Nucleus supraopticus. Neben Zellen von einigermaßen normalem Aussehen finden sich hier Elemente, die nach meiner Meinung pathologischer Veränderungen erkennen lassen: Die ursprünglich bipolare Zellform ist mehr abgerundet und vergrößert, die sonst sich in diesem Kern besonders markant abhebenden Nißlschollen sind ganz oder fast ganz verschwunden, der Zelleib zeigt eine gleichmäßig blasse Färbung, der Zellkern liegt häufig exzentrisch. Vielfach sind die sonst nicht sichtbaren Fortsätze angefärbt. Viele Zellen zeigen auch große mehrkammerige Vakuolen. — Ein weiteres Bild bringt Zellen aus einem Tuberkern zur Darstellung. Hier fällt vor allem eine Zelle auf, die eine starke Blähung und Homogenisierung mit Verdrängung des Zellkernes an die Peripherie zeigt. — Im letzten Bild, das Zellen aus dem Nucleus paramedianus wiedergibt, sind der primären Reizung ähnliche Veränderungen wie Blähung des Zelleibes, Auflösung der Nißlgranula und exzentrische Stellung des Kernes erkennbar.

Schon im Nißlbild ist an den großen Ganglienzellen ein reichlicher Gehalt an Lipoidstoffen auffallend, der mit Scharlachrotfärbung noch beson-

ders deutlich wird. In einem demonstrierten farbigen Bild, das aus dem Pyramidenzellband des Ammonshornes stammt, kommt das über die Norm reichliche Vorhandensein fettiger Substanzen anschaulich zur Darstellung. Die Ganglienzellen zeigen hier ihren gesamten Zelleib, zum Teil auch ihre Fortsätze mit Lipoidtropfen dicht besetzt. — Dieser Befund stellt nichts Zufälliges dar, sondern ist von fast allen Autoren bei Pellagra beschrieben worden. Er erstreckt sich auf sämtliche Rindengebiete unter besonderer Betonung der Frontalrinde und ist in der dritten und fünften Schicht am deutlichsten ausgeprägt. Auch in Glia- und Adventitialzellen finden sich Lipoidtropfen eingelagert; an den Gefäßen sind im Nißbild häufig meta-chromatisch gefärbte, blaugrüne lipoide Pigmente anzutreffen.

Einer besonderen Besprechung bedürfen noch die Veränderungen der mesenchymalen Elemente. Während die Meningen stellenweise nur eine leichte Vermehrung des Bindegewebes — jedoch ohne entzündliche Infiltrate — aufweisen, ergibt sich an den Gefäßen ein sehr eindrucksvoller Befund. Hier zeigen besonders die Kapillaren und Präkapillaren außer Proliferation der Endothelzellen eine mitunter außerordentlich starke Verdickung ihrer Gefäßwände, die sich im Nißbilde homogen ungefärbt und stark lichtbrechend darstellt. Daß es sich bei dieser Veränderung um eine hyaline Entartung handelt, wird bei van Gieson-Färbung deutlich, die die hyalin entarteten Gefäße im Querschnitt als leuchtend rote Ringe oder bei längs getroffenem Schnitt als rote Röhren wiedergibt. — Diese Gefäßwandentartung, die ebenso bei Arteriosklerose angetroffen wird, hat der Pellagra die Bezeichnung einer »vorzeitigen Arteriosklerose« eingebracht, eine Bezeichnung, die indessen nicht zutrifft, da die Gefäßveränderungen wohl als eine Schädigung durch die pellagröse Erkrankung selbst aufzufassen sind.

Es bleibt nunmehr noch übrig, auf die im Rückenmark gefundenen Veränderungen einzugehen. Leider ist es dabei nicht möglich, Strangdegenerationen oder sklerotische Herde, wie sie von anderen Autoren beschrieben worden sind, zu demonstrieren. Die Markscheidenbilder aller drei Fälle ließen derartige Veränderungen nicht erkennen. Zwar erschien in einzelnen Schnitten das Gefüge in den Randpartien stellenweise aufgelockert, dem auch im Holzerbild vielleicht eine Betonung der Randglia entsprach, doch waren diese Veränderungen zu wenig ausgesprochen, um von einer eigentlichen Degeneration sprechen zu können. Ebenso verhält es sich mit einer fraglichen Degeneration einer hinteren Wurzel, die sich nach Durchsicht zahlreicher Präparate fand, schließlich aber doch nicht ganz zu überzeugen vermochte. Vermögen also die Markscheidenbilder keinen pathologischen Befund zu liefern, so ergibt das Nißbild wieder Veränderungen, wie sie den oben für das Großhirn mitgeteilten Befunden entsprechen. Auch hier zeigen nämlich die Ganglienzellen der Vorder- und Seitenhörner deutlich das Bild der primären Reizung. Unberücksichtigt bleiben hierbei die Zellen der Clarkeschen Säule, die, wie wir seit *Spielmeier* wissen, normalerweise das Bild der primären Reizung zeigen können. — Schließlich sei noch erwähnt, daß bei Scharlachfärbung auch im Rückenmark ein reichlicher Lipoidgehalt, besonders in den Ganglienzellen der Vorder- und Seitenhörner feststellbar ist.

Fassen wir die hier vorgetragenen Befunde noch einmal kurz zusammen, so ergeben sich als wesentliches hirnanatomisches Substrat der Pellagra folgende Veränderungen: Zellveränderungen der großen Ganglienzellelemente

im Sinne der »primären Reizung«, abnormer Lipoidgehalt des nervösen Parenchyms insbesondere der Ganglienzellen sowie hyaline Gefäßwandentartung der Kapillaren und Präkapillaren. — Auf Grund dieser Ergebnisse, die für die Pellagra zwar typisch, im ganzen aber durchaus uncharakteristisch sind, da sie bei anderen mit Kachexie einhergehenden Erkrankungen ebenso angetroffen werden, etwas Entscheidendes über die Ätiologie der Pellagra auszusagen, vermag die anatomische Forschung nicht. Sie vermag lediglich in Übereinstimmung mit den klinischen Beobachtungen die Annahme zu fundieren, daß es sich bei der Pellagra um eine Intoxikationskrankheit handelt.

(Ausführliche Mitteilung mit Bildern a. a. O.)

Aussprache: *Mathias, L. Guttmann, E. Guttmann, Lange.*

11. *S. Fischer*-Breslau: Über die Einsicht von Jugendlichen mit Berücksichtigung des § 3 des Jugendgerichtsgesetzes.

Ein 17jähriger Jüngling hatte sich, um von seiner Urlaubsreise nicht vorzeitig zurückkehren zu müssen, Eisenbahnfahrkarten verschafft, ohne sie zu bezahlen und löste diese bei der Eisenbahn ein. Bei seiner Festnahme und auch bei den Vernehmungen gab der intelligente junge Mann glaubwürdig an, nicht zu wissen, daß er rechtlich widrig gehandelt habe. Aus diesem Grunde wurden Untersuchungen an zwei Obersekunden zweier Gymnasien unter allen Kautelen der experimentellen Psychologie angestellt, die zu dem Resultat führten, daß mehr als 50% von den Schülern im Durchschnittsalter von 16,8 Jahren keine Einsicht in das rechtlich Widrige einer solchen Handlung haben. (Ausführliche Veröffentlichung erfolgt an anderem Orte.)

Aussprache: *Erich Gutmann* macht darauf aufmerksam, wie schwierig es sei, bei derartigen Untersuchungen die Solidarität der untersuchten Schüler auszuschalten. Jeder von ihnen identifiziert sich wohl mehr oder minder mit dem Knaben in der Erzählung. Das scheint besonders daraus hervorzugehen, daß die Beurteilung der Knaben um so milder wird, als sie sich der Form einer forensischen Beurteilung nähert.

*Goldberg; J. Lange; Rosenthal; Neißer; Chotzen; Fischer.*

12. *C. Rosenthal*: Über halluzinatorisch-kataleptische Angstfälle im Einschlafen.

Die Mitteilung geht aus von acht Fällen, drei Männern und fünf Frauen im Alter von 19 bis 38 Jahren, die in den Jahren 1920 bis 1931 klinisch bzw. poliklinisch beobachtet wurden. In sechs Fällen liegt als Grundleiden echte Narkolepsie vor, für die nur in zwei Fällen eine enzephalitische Genese gesichert ist; in einem Falle ist ein Folgezustand einer leichten Enzephalitis epidemica vorhanden; im achten Falle handelt es sich um eine bis auf echte Migräne gesunde Frau.

Von den vier Kardinalsymptomen der Anfälle sind drei, nämlich das Auftreten im Zusammenhange mit dem Schlafmechanismus, die kataleptischen Erscheinungen — Unfähigkeit sich zu bewegen und zu sprechen — und das gleichzeitig vorhandene Angstgefühl bei vollkommen oder fast vollkommen erhaltenem Bewußtsein bereits bekannt; es handelt sich dabei um die bei vereinzeltm Auftreten als »verzögertes psychomotorisches Erwachen«, bei Häufung als »Wachanfalle« bezeichneten Zustände. Bei den

hier zu beschreibenden Anfällen kommen zu diesen Erscheinungen zahlreiche, sehr lebhaftes Sinnestäuschungen auf den verschiedensten Sinnesgebieten hinzu, die im Gegensatz zu den bekannten hypnagogen Sinnestäuschungen ausgesprochenen Realitätscharakter besitzen. Nach Mitteilung der einschlägigen Beobachtungen wird die Frage des Entstehungsmechanismus dieser Zustände, besonders im Hinblick auf ihr Auftreten im Zusammenhang mit Störungen der Schlafperiodik besprochen; es wird weiterhin erörtert, ob, bzw. wieweit diese an schizophrene, insbesondere katatone Erlebnisweisen erinnernden Vorgänge geeignet erscheinen, zur Klärung allgemeiner psychopathologischer Probleme herangezogen zu werden. (Näheres siehe die demnächst erscheinende Originalarbeit.)

### 13. *Erich Guttman*, Über Zwangserlebnisse bei organischen Erkrankungen.

Sieht man das Inhaltsverzeichnis eines Lehrbuches der Neurologie unter Zwang durch, so findet man die Stichworte: Zwangshaltungen, Zwangsbewegungen und Zwangsaffekte bzw. Zwangslachen und -weinen. An einer anderen Stelle werden die Erscheinungen der Zwangsneurose abgehandelt. Suchen wir über letztere Aufklärung in den Lehrbüchern der klinischen Psychiatrie, so erfahren wir zunächst, daß rein symptomatologisch die Abgrenzung der Zwangserscheinungen ungemein wechselnd ist. Insbesondere rechnet ein Teil der Autoren nur die sogenannten Zwangsvorstellungen hierher, während andere auch Zwangs Antrieb und Zwangsbefürchtungen der Zwangsneurose zurechnen. Von der Abtrennung der sogenannten symptomatischen Zwangserscheinungen, die in Depressionen, bei Schizophrenien und anderwärts vorkommen, von der originären Zwangsneurose wollen wir hier absehen. Die Abgrenzung des Symptoms ist eine phänomenologische. »Das jedem Gesunden wenigstens in Andeutungen bekannte Erlebnis des Zwanges, des Überwältigtwerdens wider besseres Wissen durch Vorstellungen, Gedanken und Gedankenrichtungen, die sonst unserem Willen gehorchen, ist es, was die Zwangsvorgänge vor allem anderen Geschehen abhebt.« Dabei ist das Moment des von Innen-Kommens eine letzte, nicht weiter zurückführbare Gegebenheit. In diesem Merkmal liegt vor allem auch die Abgrenzung von dem unglücklicherweise sogenannten objektiven Zwang, dem Erlebnis des Gezwungenwerdens von etwas dem Ich nicht Angehörigen, wie es z. B. Schizophrene erleben.

Die eben zitierte *Kraepelin-Langesche* Auffassung der Zwangserscheinungen führt zu einer weiteren Umgrenzung der Zwangserscheinungen, als es jener von *Bumke* entspricht. Dieser rechnet nur reine Denkstörungen zu den Zwangsvorstellungen und muß so die dominierenden Ideen, eben jene dem Gesunden geläufigen Zwangserscheinungen wie alle aus affektiven Veränderungen ableitbaren Zwangsideen hier abtrennen. Gehen wir aber an Hand der weitesten Umgrenzung der anankastischen Phänomene jene eben aufgezählten neurologischen Störungen durch, so ergibt sich zunächst, daß die Zwangshaltungen keine phänomenologischen Beziehungen zu den seelischen Zwangserscheinungen haben. Schon *Oppenheim* hebt hervor, daß die Stellungsanomalien den Kranken häufig gar nicht bewußt sind. Wenn sie aber wahrgenommen werden, so fehlt ihnen das charakteristische Zwangserleben, und zwar offenbar deshalb, weil die Überwältigung, das Gezwungenwerden sich ichferner abspielt, sich mehr dem sogenannten objektiven Zwang nähert.



Das hängt wohl damit zusammen, daß wir bei allen lokalen Erkrankungen in der Lage sind, das erkrankte Glied seelisch zu objektivieren, zu isolieren, und das auch gewohnheitsmäßig tun. Ein gebrochener Fuß zum Beispiel steht uns recht distanziert gegenüber. Und wenn er uns zwingt, im Bett zu liegen, so fehlt diesem Erleben jener eigentümliche Wettstreit der Motive, der das Zwangserleben auszeichnet und das zum Gefühl der Handlungs- und Willensunfreiheit führt. Wir unterliegen eben rationalen Momenten. Ganz anders die Zwangsaffecte, richtiger, die auf neurologischen Störungen beruhende Enthemmung der mimischen Ausdrucksbewegungen. »Ich habe immer lachen müssen und habe gar nicht gewußt, warum«, sagte mir eine Kranke, bei der das Symptom geschwunden war. Hier kommt ein dem echten Zwangserleben wenigstens angenähertes Geschehen vereinzelt wohl dadurch zustande, daß die mimischen Bewegungen nicht nur als Bewegungen am Körper erlebt werden, sondern daß mit der Ausdrucksbewegung der zugehörige Ausdrucksgehalt enger gekuppelt ist. Mit dem dargestellten Lachen z. B. kommt ja auch etwas von der entsprechenden Stimmung; das ist eine alte psychologische Erfahrung, die wir gern verwerten, wenn wir Patienten zur Untersuchung ein freundliches Gesicht machen lassen.

Nicht einheitlich zu beurteilen sind wohl die Hyperkinesen der Körper-, speziell der Extremitätenmuskulatur. Für viele von ihnen drängt sich eigentlich primär die Frage auf, warum werden sie nicht als Zwang erlebt? Im allgemeinen werden wohl ähnliche Erwägungen gelten, wie die oben für Zwangshaltungen angestellten. Bestimmt gilt dies für Bewegungen, die man durch periphere elektrische Reizung hervorruft. Wenn man intelligente Kranke fragt, so sprechen sie dabei nie von Zwangserlebnissen. Nie haben sie auch nur primär den Antrieb, diesen Bewegungen Widerstand zu leisten und sich sozusagen ihre Freiheit wenigstens zu beweisen, was wir bei erzwungenen Schonstellungen oft erleben. Über die Erlebnisse bei zentraler Reizung bewußtseinsklarer Patienten fehlen mir verwertbare Erfahrungen.

So scheint es eigentlich, als ob zwischen den Hauptprozessen der neurologisch faßbaren Zwangssymptome und den anankastischen Phänomenen der Psychiatrie ein beträchtlicher Abstand klafft. Aber Erfahrungen an Enzephalitikern haben hier wie auf manchen anderen Gebieten Brücken geschlagen, Probleme aufgerollt, die nur bei gleichzeitiger neurologischer und psychiatrischer Betrachtung erfaßt und vielleicht gefaßt werden können. Die Beziehungen zur Katatonie schienen gerade einigermaßen geklärt, jene zu den paranoiden Psychosen in fruchtbarer Diskussion, da brachten die bei den Blickkrämpfen, den Schauanfällen geklagten Störungen des Gedankenablaufes die Beziehungen der Enzephalitis bis zur Zwangneurose auf die Tagesordnung. Neben Symptomen, die in ihrer Struktur echt zwangneurotischen völlig gleichen, Zwangsgedanken, Zählzwang, Grübelsucht werden bereits als andersartig abgegrenzt jene Drangzustände, wie sie besonders im Spätstadium des Leidens bei Kindern beobachtet und von *Thiele* ausgezeichnet beschrieben werden, ferner Trieb- und Impulshandlungen, die häufig in lässiger Nomenklatur ebenfalls Zwangerscheinungen genannt werden, und schließlich Iterativhandlungen, Stereotypien, für die nächste Beziehungen zu den anankastischen Erscheinungen behauptet worden sind. *Goldstein* hat besonders das Verhalten eines Hirnkranken (es handelt sich nicht um eine Enzephalitis, sondern um eine andere striäre Erkrankung), der eine enorme

Erschwerung der Einstellung auf neue Leistungen aufwies, mit jenem von Zwangneurotikern verglichen. Dieser Kranke unterschied sich von anderen perseverierenden; einfache, abgeschlossene Aufträge wiederholte er zwar dauernd; lag es aber im Wesen der Aufgabe, eine begonnene Handlung sinnvoll fortzusetzen, so kam es zu einem Fortspinnen. *Goldstein* spricht von einer Perseveration der Aufgabe und betont »die funktionelle Gleichartigkeit der psychischen und organischen Symptome«, ohne auf die Erlebnisseite einzugehen. In einer anderen Weise hat *Stern* versucht, zur einheitlichen Auffassung der neurotischen und der enzephalitischen (echten) Zwangerscheinungen zu kommen. Er sucht nämlich die Grundstörung der z. B. bei Schauanfällen beobachteten Zwangerscheinungen in einer biologisch fundierten Angst. Wenn man mit *Kraepelin* in der Affektlage eine wesentliche Bedingung für das Zustandekommen der anankastischen Erscheinungen sieht — wir deuteten oben an, daß diese genetische Auffassung eng verknüpft ist mit der Abgrenzung des Syndroms —, so wird man *Stern* beipflichten, daß hier ein gemeinsamer Mechanismus wirksam sein kann. Daß er zur Erklärung nicht ausreicht, geht ja schon aus der einfachen Erwägung hervor, wie häufig wir biologische Angst und wie selten wir dabei Zwangerscheinungen sehen. Daß aber solche Mechanismen eine Rolle spielen und wie sie sich auswirken, zeigt folgende Beobachtung:

Der 65jährige Kranke kommt, wie er sagt, wegen einer Art Platzangst. Wenn er durch niedrige, enge, dunkle Korridore oder über schlecht beleuchtete, gewundene Treppen gehen muß, überfällt ihn eine namenlose Angst, die er in die Herzgegend und in die linke Schulter lokalisiert. Er vermeidet infolgedessen sorglich derartige Situationen, wählt sein Hotelzimmer dicht am Fahrstuhl, um nicht nachts den langen Korridor vor sich zu haben, vermeidet, wenn irgend angängig, Besuche bei einem nahen Angehörigen, dessen Haustreppe mit einer im Schatten liegenden Biegung beginnt oder schließt sich wenigstens an dieser Stelle eng an jemanden an. Die neurologische Untersuchung ergab eine Tabes, die interne eine Aortitis. Ich kenne den Kranken und seine Familie sehr eingehend; es findet sich nirgends ein Anhalt für eine hysterische oder anankastische Konstitution. Was liegt näher, als anzunehmen, daß bei ihm echt anginöse Zustände vorliegen, die jedesmal durch die, ich möchte sagen, physiologische Opression, ausgelöst werden, die jeder in engen, niedrigen, dunklen Räumen empfindet. Die damit einhergehende Gefäßreaktion läuft offenbar in den veränderten Gefäßen abnorm stark ab — wir kennen die gesteigerte Reizbarkeit der Gefäße bei Hypertonikern — und führt ihrerseits zu einer Steigerung der Angst. Kurzum, es bildet sich hier eine Gelegenheitsassoziation, ein pathologisch bedingter Reflex. Daß es im vorliegenden Falle zu der Phobie, und gerade zu dieser, kommt, ist wohl nicht anders zu erklären als die Inhalte anderer Zwangsbefürchtungen. *Kraepelin* meint, daß sie zum Teil an zufällige Erlebnisse anknüpfen. Es läßt sich aber vermuten, daß der Wirkungswert derartiger Zufälle in der persönlichen inneren Lebensgeschichte aufweisbar ist. Im vorliegenden Falle ist auch nicht auszuschließen, daß die sonst geringe Ataxie sich im Halbdunkeln bereits deutlich zeigt.

Mit Recht kann derartigen Beobachtungen entgegengehalten werden — und auch der *Sternschen* Theorie ist dieser Einwand gemacht worden — daß beim körperlich Kranken die Angst primär vor den Inhalten ist, daß aber bei zwangneurotischen Erscheinungen das Anwachsen und Abklingen

des Angsteffektes sich im engsten Anschluß an die inhaltliche Erledigung vollzieht. Wir sahen aber kürzlich einen organischen Fall, der hinsichtlich dieses Kriterismus sich von einem Zwangsneurotiker nicht unterschied. Es handelt sich um einen 43jährigen Postbeamten, der wegen einer Schreibstörung unsere Poliklinik aufsuchte. Stets wenn er mehrere Leute am Schalter abzufertigen hatte, bekam er eine »Angst« in seiner Hand, und seine Finger folgten ihm dann nicht recht. Er entwickelte nun ein System von Hilfen mit anderer Haltung des Federhalters, anderer Form, anderer Technik beim Schreiben, ohne daß eine endgültige Besserung erfolgte. Die nähere Untersuchung ergab hinreichenden Anhalt dafür, daß es sich um eine organische extrapyramidale Hyperkinese handelt. Diese erlebte er, der früher weder hysterisch noch anankastisch gewesen ist, völlig als Zwang, der nur in Gegenwart von mehreren Personen auftrat. Er erlebte nicht nur das Gegenspiel der Motive, sondern er baute auch ein Zeremoniell herum, so daß der gesamte Zustand einer Zwangsneurose sehr nahe zu stehen scheint. Noch ausgeprägter fanden wir diese Entwicklung bei einem Kranken A., den Herr Professor *Lange* vor einigen Jahren in der Deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München vorstellte. Es handelt sich hier um einen 40jährigen, bei dem sich gleichzeitig mit epileptiformen Anfällen eine Schreibstörung von zwangsmäßigem Charakter entwickelte. Sobald er die Hand zum Schreiben ansetzte, kam es zu einer Supination, Außenrotation und automatischer Fortsetzung und Ausbreitung der Bewegung, so daß der Kranke allerhand Maßnahmen eronnen hatte, um seine schwierige Zeichenarbeit fortzusetzen. Nach den letzten Mitteilungen über den Kranken, die wir unserem früheren Mitarbeiter G. in München verdanken, hat auch dieser Kranke ein förmliches Zeremoniell entwickelt. Er legt den Unterarm nicht auf die Tischplatte auf, beginnt von vornherein in einer Supinationsstellung der Hand zu schreiben und macht die Bewegungen aus dem Schultergelenk. Als letztes Beispiel möchte ich an den von *Pözl* erwähnten Rechtsanwalt erinnern, der im Anschluß an einen linkshimigen Insult eine zwangsneurotische Störung des Schreibens bekam, die wohl im klinischen Zusammenhang als der Rest einer herdbedingten (parietalen) Agraphie aufzufassen ist. Es ist kein Zufall, daß es sich bei allen angeführten Beispielen um motorische Störungen handelt. *Bumke* hat schon 1908 in seinem bekannten Referat über den Zwang, es abgelehnt, von Zwangsempfindungen, von Zwangshalluzinationen zu sprechen, da ja unsere Sinnesempfindungen unserer Willkür weitgehend entzogen sind. Von Zwang kann man nur dort reden, wo normalerweise ein Aktivitätsbewußtsein vorhanden ist. So liegt es nahe, Zwangerscheinungen gerade bei Willkürbewegungen zu suchen, die ja mit dem ausgesprochensten Tätigkeitsbewußtsein ablaufen. Bei Störungen auf diesem Gebiete ist deshalb auch die Versuchung groß, von Zwang zu sprechen, selbst wenn die eigentlichen phänomenologischen Kriterien fehlen; ich kann auf das eingangs Gesagte zurückweisen. *Bürger* und *Mayer-Groß* haben in einer Studie über die Struktur von Zwangerscheinungen auch dieser Frage ihre Aufmerksamkeit gewidmet.

Ganz allgemein kommen sie zu dem Schluß: »Es bedarf sowohl bestimmter organnaher Verläufe als auch bestimmter Haltungen des Ichs, damit Zwang als subjektives Erlebnis möglich wird.« Hinsichtlich der Zwangshandlungen weisen die Autoren auf die eigentümliche Doppelstellung hin, die das Motorium in unserem Seelenleben einnimmt. Auf der einen

Seite ist es ungemain ich-nahe. Alle Triebe, alle Strebungen haben die Tendenz, sich unmittelbar in Motorisches umzusetzen. Jede Distanzierung des Motorischen vom Ich durch Beachtung, durch Reflexion ist geeignet, den normalen Ablauf zu hemmen. Auf der anderen Seite können wir unsere Bewegungen als ich-fern erleben, sie völlig automatisieren; wir können gehen, laufen, radfahren, kritzeln, ja sprechen und schreiben, ohne »dabei« zu sein. Allerdings — dies nur nebenbei, um die Kompliziertheit der Sachlage anzudeuten —, diese Bewegungsformen können als Ausdruck von Seelischem wieder in Ich-Nähe reichen, vielfach allerdings ohne so erlebt zu werden. Innerhalb der Fülle von Relationen, die sich aus der verschiedenen Lokalisation, wenn ich so sagen darf, des Motorischen in der Persönlichkeit, und der verschiedenen möglichen Stellungnahmen dazu ergeben, müssen die Möglichkeiten, die zu dem eigenartigen Zwangserleben führen, gesucht werden. Wir wissen darüber nur unendlich wenig. Als sicher kann gelten, daß nicht eine bestimmt geartete prämorbid Persönlichkeit Voraussetzung ist. Für den Neurologen liegt die Frage nahe, ob es nicht bestimmte, pathophysiologisch definierte Bewegungstypen sind, denen ein bestimmtes Erleben entspricht. Für unsere spezielle Fragestellung kann ich vielleicht darauf hinweisen, daß manchen striären Hyperkinesen in besonders geringem Maße die Bereitschaft zu eigenen scheint, als Zwang erlebt zu werden. Wenigstens haben mir frühere Beobachtungen an Chorea-tikern gezeigt, daß diese Kranken in einer immer wieder überraschenden Weise in der Lage sind, ihre Hyperkinesen in ihre Motorik einzugliedern, in ihr aufzugehen. Eine besondere Stellung nehmen allerdings auch hier die Störungen innerhalb der Phonations- und Respirationmuskulatur ein. Wenigstens erlebte der bekannte Kranke von *Straus* seine Koprolalie als Zwang; daß dieser Zwang aus einem primären Überschuß an Antrieb herauswächst, hat *Straus* gezeigt. Bei jenen oben angeführten Kranken von *Lange* wie bei jenen von *Pözl* haben wir Ursache anzunehmen, daß es sich nicht um striäre, sondern — ganz vorsichtig ausgedrückt — um Großhirnprozesse handelt. Bei derartigen Deutungsversuchen wird man nicht einseitig auf die Motilitätsstörung achten und an der Auswirkung des Grundleidens auf die Gesamtpersönlichkeit vorübergehen dürfen. *Lange* hat erst kürzlich darauf hingewiesen, daß der postenzephalitische Parkinsonismus kaum je ohne Einengung der Persönlichkeit einhergeht, und so könnte man sich vorstellen, daß die mit der Hyperkinese der Chorea einhergehende Steigerung der Zuwendung zur Außenwelt ablenkt von der grüblerischen Betrachtung der eigenen Bewegungsstörung. Umgekehrt leidet der Fall A. an einem epileptischen Krankheitsprozeß, so daß man sich vorstellen kann, daß die mit dem Leiden einhergehende Einengung und Introversion eine Basis schafft für zwangsneurotisches Erleben. *Fuchs* hat ja eine schwere anankastische Entwicklung bei einem Epileptiker beobachtet und veröffentlicht. Wie dem auch sei, wir können *Bürger* und *Mayer-Groß* nur beipflichten, wenn sie fordern, daß man in der Bewegungsphysiologie und -pathologie die Bedeutung der erlebnismäßigen Gegebenheit der Handlung nicht vernachlässigen solle, gleichwie ja auch die Sinnesphysiologie die Erlebnisweise des Wahrnehmungsaktes in ihr Bereich gezogen hat. Aus einer solchen Analyse der Bewegungen bzw. der Bewegungsstörungen darf man erwarten, Material für eine neurologische Betrachtungsweise der Zwangsneurose zu gewinnen, ohne in oberflächliche Analogien verfallen zu müssen. Umgekehrt

verspricht aber auch jene psychiatrische Methodik für die Neurologie durch eine weitergehende Differenzierung der Symptomatologie diagnostischen und pathophysiologischen Gewinn.

Aussprache: *Kroll* berichtet in diesem Zusammenhange über einen in jüngster Zeit beobachteten Fall mit Zwangslachen, dessen Lokalisation bemerkenswert erscheint, soweit man lokalisatorische Dinge für derartige Zwangsausprägungen verwerten kann. Es handelt sich um ein junges Mädchen, das unter dem Verdacht einer multiplen Sklerose hereinkam, bei dem gleichzeitig sehr häufige Zustände von Zwangslachen auftraten. Ihr selbst waren diese Zustände peinlich und sie kämpfte dagegen vergeblich. Binnen kurzer Zeit traten dann typische Symptome eines raumbeengenden Prozesses der hinteren Schädelgrube auf, an denen sie akut zugrunde ging. Es fand sich nun eine an der Schädelbasis sitzende zweihöckerige Knorpelgeschwulst (Chondrom), die den Hirnstamm, besonders den Pons, stark imprimiert hatte.

*Serog, L. Guttmann, Heilmann.*

#### 14. *Stark*: Jugendliche Mörder und Totschläger.

Begegnet man im Alltag einer ungewöhnlichen Handlung, dann hat man zumeist das Bedürfnis, die Motive dafür aufzufinden. Oft glaubt man eine Erklärung für die Tat gefunden zu haben, es stellt sich aber nicht selten heraus, daß diese Erklärung einer sachlichen Kritik nicht standhält. Man ist dann geneigt, wenn man als Psychiater das »Unverständliche« einer Handlung feststellen muß, in biologischen Gegebenheiten, in krankhaften Geschehnissen die aus dem Rahmen fallenden Abläufe zu erklären.

Verbrechen sind solche aus dem Rahmen des Alltäglichen fallenden Ereignisse. Zwangsläufig mußte sich also bei allen, die des öfteren mit Verbrechen und Verbrechen zu tun haben, das Bedürfnis einstellen, in diesen Fällen über das reine Registrieren und Rubrizieren hinaus die Motivation aufzusuchen, das Geschehene psychologisch zu verstehen. So entstand die Kriminalpsychologie.

Diese ließ aber nicht selten im Stich, wenn es galt, wirklich in die Tiefe der einzelnen Sachverhalte einzudringen, es gelang nicht, zu einem psychologischen Verständnis zu gelangen. Zudem ergab sich das Bedürfnis, die Gesamtpersönlichkeit des Verbrechers nicht nur in ihren seelischen sondern auch in ihren körperlichen Bedingtheiten zu prüfen, kurz, es entstanden biologische, medizinische Fragestellungen. Die Kriminalpsychologie wurde ersetzt bzw. ergänzt von der Kriminalbiologie.

Allgemeinut ist allerdings diese Anschauung noch nicht geworden.

Auffällig oft findet sich z. B. in Jugendgerichtsurteilen ein Hinweis auf die Nichtigkeit des Motivs ohne den Versuch einer Aufklärung dieser Unverständlichkeit, eben weil die rein psychologische Fragestellung bzw. Methodik in allen solchen Fällen Schiffbruch gelitten hatte.

Das würde z. B. in dem Falle des 15 $\frac{1}{2}$ -jährigen Karl Merkel zutreffen, einem Verbrecher, der sich im Breslauer Strafgefängnis aufgehalten hat. Merkel hat, wie das Gerichtsurteil ausführt, um sich Geld zu verschaffen, eine dreiköpfige Familie überfallen und niedergestochen. Er selbst gibt als Motiv der Tat an, er habe gefürchtet, die Leute würden ihn, den gerade der Fürsorgeerziehung Entlaufenen, wieder derselben überantworten, und er wollte daher die drei stumm machen. Der Richter spricht von Raubmord, der Gerichtete von Freiheitsdrang. Keine Spur von Reue und Schuld-

empfinden findet sich hier. Zwischen Motiv, Tat und Stellungnahme zur Tat klaffen Lücken, die psychologisches Einfühlungsvermögen nicht ausfüllen kann. Karl leugnet die Tat nicht, aber er steht nicht zu ihr, er weiß mit ihr nichts anzufangen.

Wir glauben, daß hier die psychiatrische Untersuchung — ganz abgesehen davon, daß sie andere letzte Motive findet als der Richter — zu einer Aufklärung führen kann insofern, als sie den jugendlichen Verbrecher als einen Schizophrenen erkennt. Daß dabei der Richter dem psychiatrischen Sachverständigen vorwirft, seine Ergebnisse widersprüchen dem gesunden Menschenverstand, illustriert zugleich die Sachlage.

Der Vorfall zeigt, wie dringend notwendig eine eingehende Beschäftigung mit kriminalbiologischen Fragen ist, damit blinde, richterliche Urteile unmöglich werden.

Vielfach liegen die Dinge nicht so klar, wie in dem Falle Merkel. Dann gelingt es nur durch die Erfassung aller Komponenten psychologischen, psychiatrischer, neurologischer und allgemeinbiologischer Natur, wertvolle Bausteine herbeizuschaffen, welche gerade die Lücke ausfüllen sollen, die so häufig insbesondere bei jugendlichen Verbrechern zwischen Motiv, Tat und Täter zu klaffen scheint.

Der folgende Fall eines der hier am hiesigen Jugendgefängnis Untersuchten möge als Paradigma dienen:

Walter Maibaum hat, 17 $\frac{1}{4}$  Jahre alt, vier Menschen getötet, nämlich seinen Arbeitgeber, zugleich Gemeindevorsteher des Ortes, dessen Ehefrau, Schwester und Tochter, die mit ihm zusammen im gleichen Gehöft lebten. Aktenmäßig stellt sich der Vorgang folgendermaßen dar: Am Tage vor der Tat hat Walter gebummelt und ist erst nachts um 3 Uhr nach Haus gekommen. Um 1 $\frac{1}{2}$  Uhr morgens, also 3 $\frac{1}{2}$  Stunden später, trat Walter bereits zur Arbeit an und es ging bis 9 Uhr ganz gut. Um diese Zeit begann die Frau des Arbeitgebers angeblich grundlos auf ihn zu schimpfen, so daß Walter schließlich sagte, er packe seine Sachen und gehe in Stellung. Er entfernte sich, worauf die Dienstherrin ihm nachlief und ihn unter derben Scheltworten aufforderte, die Arbeit wieder aufzunehmen, was Walter auch tat. Von diesem Augenblick an schimpften alle Angehörigen des Dienstherrn auf ihn, insbesondere während des Mittagessens. Um diese Zeit, etwa 12.30 Uhr mittags, hat angeblich der Junge den Entschluß gefaßt, seinen Dienstherrn und dessen Angehörige zu töten, falls sie wieder schimpfen sollten. Kurz nach dem Mittagessen hat Walter sich davon überzeugt, daß im Schlafzimmer des Dienstherrn eine geladene Doppelflinte hing. Er hatte außerhalb des Gehöftes zu arbeiten und kam um 4 $\frac{1}{4}$  Uhr nachmittags wieder zurück. Als nun von ihm verlangt wurde, er solle noch Streu aus dem Walde holen, weigerte er sich mit der Begründung, er wolle um 5 Uhr an einem Pflichtkursus in einem etwa 1 km entfernten Orte teilnehmen. Daraufhin wurde er von den drei Frauen — der Gemeindevorsteher selbst war ausgegangen — heftig beschimpft. Die eine der drei Frauen ging schimpfend an eine andere Arbeitsstelle im Gehöft, während die beiden anderen mit ihm zusammen blieben und weiter schimpften. Nun riß Walter die Doppelflinte von der Wand und schoß beide Frauen nieder, die lautlos zusammenbrachen. Danach hing er die Flinte wieder an die Wand, ging zu der dritten der Frauen und fragte, ob er jetzt zur Schule gehen dürfe. Als ihm dies unter Schimpfreden verboten wurde, ging Walter

ins Schlafzimmer zurück, lud die Flinte, ging wieder über den Hof und erschloß die dort befindliche Frau. Sodann lud er die Flinte wieder mit zwei Patronen, fütterte das Vieh und lauerte alsdann über eine Stunde im verdunkelten Arbeitszimmer auf die Rückkehr des Dienstherrn und erschloß ihn mit zwei Schüssen, als dieser die Küche betrat. Das war gegen 6 Uhr abends. Sodann besorgte Walter nochmals das Vieh und blieb die Nacht über im Haus. Am frühen Morgen packte er seine Sachen, nahm den Trauring des Dienstherrn, eine Taschenuhr und zwei kleine Bücher und fuhr auf dem Fahrrad des toten Arbeitgebers davon. Vier Tage später wurde er festgenommen. Das Gericht verurteilte ihn entgegen der Ansicht eines Sachverständigen von der Überzeugung ausgehend, daß Walter sich bewußt war, eine strafbare Handlung zu begehen und imstande war, seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen. Besonders betont wurde im Urteil die Ruchlosigkeit der Tat und die Zwerghaftigkeit des Motivs.

Der junge Mensch, der diese grauenhafte Tat vollbracht hat, ist nach unseren Feststellungen ein ruhiger, phantasiearmer, ängstlicher Junge mit geringer Initiative und starker Hemmung. Insbesondere diese Hemmung und Verlangsamung, die sowohl psychisch wie motorisch hervortritt, läßt den Eindruck aufkommen, daß es sich hier um eine Art Stammhirnstörung handeln könnte. Auf diesen neurologischen Eindruck — um ganz grobe, unzweideutige Krankheitserscheinungen handelt es sich nicht — sei zunächst besonders hingewiesen.

Und wenn man nun aus den dürftigen Angaben des Jungen und unseren Ermittlungen das herauschält, was den Sachverhalt über die Aktenlage hinaus ergänzen könnte, dann ergibt sich folgendes:

Vater und Mutter des Jungen sind unehelich geboren, sind viel herumgestoßen worden in der Welt und haben das ihre Kinder sehr fühlen lassen. Walter war beim Tode des Vaters drei, beim Tode der Mutter sechs Jahre alt, war überall, wo er seither lebte, überflüssig und hat Liebe so gut wie gar nicht erlebt. In seiner Stellung beim Dorfvorsteher hat er wohl immer ausreichend zu essen bekommen, aber das war wohl alles. Bei jeder Kleinigkeit setzte es Prügel und Schelte. Mit Besen und Krückstock wurde er mißhandelt, wo es hintraf. Er wurde insbesondere dann gestraft, wenn er etwas schlecht machte oder zu langsam arbeitete — und zu langsam hat dieser psychomotorisch gehemmte und umständliche Mensch bestimmt sehr oft gearbeitet. Er hatte niemanden, bei dem er sich beschweren konnte. Seine Bitten um eine andere Stellung, die er bei seinem stets betrunkenen Vormunde anbrachte, verhallten ungehört. Beim Dorfvorsteher fand er keine Hilfe, denn das war sein Dienstherr selbst. Den Pastor oder den Lehrer aufzusuchen, um sich zu beklagen, kam ihm nicht in den Sinn, zudem wohnten die beiden kilometerweit entfernt. Daß es ein Vormundschaftsgericht gab, an das er sich hätte wenden können, auf diese Gedanken kam er nicht im entferntesten. So stand er hilflos allein, und seine Gedanken drängten fast zwangsmäßig in eine Richtung, welche nicht ganz klar Befreiung, Erlösung aus eigener Kraft hieß. Das war denn auch die erste Reaktion, die uns der Sachverhalt mitteilt: »Ich packe meine Sachen und gehe fort.« Dieser Versuch mißlang. Jetzt blieb für Walter, von ihm aus gesehen, nur ein Ausweg; Beseitigung des zur Freiheit führenden, nächsten Hindernisses. In diesem Augenblick war der an und für sich träge Mechanismus des Denkens und Handelns bei dem intellektuell nicht sehr hoch-

wertigen Walter nach einer bestimmten Richtung hin angestoßen worden. Nun lief dieser Mechanismus ab, ohne Bremsung, ohne Hemmung — trotz vielleicht einsetzender Überlegung. Offenbar erinnert dies an ähnliche Vorkommnisse bei Stammhirngeschädigten; bei diesen sehen wir auf körperlichem Gebiete einen Bewegungsmechanismus ablaufen oder Zwangsgedanken zu Ende gedacht werden, ohne daß gebremst werden kann. Gerade diese Parallele gibt der Darstellung des Jungen ihre Glaubwürdigkeit. Damit verschiebt sich die psychologische Sachlage wesentlich. Die Tötungen sind nur ein als solches nicht beabsichtigtes Nebenergebnis einer wohl organisch unterlegten, ein ganz anderes Ziel erstrebenden, psychologischen Reaktion.

Wir stimmen dem Gericht nicht bei, das bei den vier Tötungen zwischen Mord und Totschlag scheidet. In Wirklichkeit liegt hier offenbar nur eine einzige Tat vor, die phänomenologisch gar nicht das darstellt, was gewöhnlich mit Mord oder mit Totschlag bezeichnet wird. An der gesamten Situationsspannung vor der Tat gemessen ist das Motiv gar nicht so zwerghaft und an der Persönlichkeit des Täters gemessen, ist die Tat gar nicht so ruchlos, wie das Urteil es darstellt, wenngleich das Ergebnis grauenhaft bleibt. Wichtig ist nur, daß diese Anzeichen einer Zwischenhirnschädigung in den Sachverhalt mit einbezogen werden müssen; dann, so glauben wir, klafft die Lücke, die sich im vorliegenden Falle auf-tat, nicht mehr so weit.

In diesem letzten Falle glauben wir in der neurologischen Untersuchung wichtige Momente gefunden zu haben, die uns das Verständnis für Tat und Täter annähernd vermittelten. In dem ersten nur kurz gestreiften Falle ist das Entsprechende von psychiatrischen Erwägungen geleistet worden.

Sehen wir uns einen weiteren Fall an, den *Lenz* mitgeteilt hat.

Der 16 $\frac{1}{2}$ -jährige Ferdinand Albig ermordet seine beiden Eltern durch Schüsse und Messerstiche. Er nährt trotz äußerlich guten Zusammenlebens einen starken Haß gegen seine Eltern, die ihn bevormunden, seine Lebenshaltung vorschreiben, seine Lektüre bestimmen und damit seinen Gedanken zu befehlen suchen. Er läßt sie gewähren bis eines Morgens nach einer Auseinandersetzung, die aus wichtigen Gründen am Abend vorher stattgefunden hatte, die lang aufgespeicherten Affekte des Jungen sich explosiv entladen und Mörder und Opfer zugleich begraben. Überführt und verurteilt, fühlt er sich noch als Märtyrer, aber nicht als schuldbeladen. Seine Richter sind Bestien, so meint er.

Hier ergibt die kriminalbiologische Untersuchung einen körperlich schwächlichen, dabei hochgewachsenen, eunuchoiden Menschen, der anscheinend bei aller Intelligenz starke Insuffizienzgefühle hat, von denen ihn der Tod der Eltern zumindest vorübergehend sicherlich befreien mußte. Gleichwohl wird seine Tat aus den bekannten Motiven nicht verständlich. Man wird auch bei Albig an ähnliche, d. h. organische Zusammenhänge denken müssen, wie im zweiten Falle, *Maibaum*. Ist es aber dort das Zwischenhirn, so scheint es hier die Dysfunktion des Drüsenapparates mit allen ihren Folgen, die auch Albig zu einem anderen macht, zu einer Persönlichkeit, die weit von der Norm entfernt ist.

Lassen wir es mit diesen Beispielen genug sein.

Wir verfügen nicht über genügend Material, insbesondere über kein eigenes, um die sich aufdrängende Frage zu beantworten, ob unsere Ergeb-



nisse nur für jugendliche oder ob sie auch für erwachsene Schwerverbrecher zutreffen.

Die einzigen Untersuchungen nach dieser Richtung, die *Bjerre* gemacht hat, scheinen dafür zu sprechen, daß auch bei Erwachsenen ähnliche Mechanismen vorliegen, daß auch bei Erwachsenen kriminalbiologische Untersuchungen uns weiter führen würde.

Nehmen wir den eindrucksvollsten Fall aus den Mitteilungen *Bjerrers* heraus, den Mörder Malmström, der zur Zeit der Tat bereits 50 Jahre alt war.

Hier handelt es sich um folgendes. Ein von wirtschaftlichem Unglück verfolgter Mensch zündet sein Anwesen an, um seinen Versicherungsbetrag zu bekommen. Zunächst weiß niemand von seiner Tat, bald aber verrät er sich durch sein Benehmen seiner sehr gewissenhaften und religiösen Frau, die auf diese Mitwisserschaft mit Nervosität und Arbeitsunfähigkeit reagiert. Da Malmström nachträglich die Entdeckung fürchtet und die wertvolle Arbeitskraft seiner Frau nicht wieder herstellen kann, tötet er sie, weil er die tieferen Gründe ihrer Erkrankung ahnt. Nach seiner Verhaftung kommt noch sein blutschänderisches Verhältnis zu seinen Töchtern ans Licht. Er ist also ein ganz verworfenes Subjekt, das die Versicherung betrügt, die Töchter vergewaltigt und sein treues Weib in den Tod schickt.

Anders aber stellt sich der Sachverhalt dar, wenn man mit *Bjerre* nach den tieferen Gründen für das Verhalten dieses Mannes sucht; und da findet sich folgendes: Malmström hat niemals gelernt, in der Gemeinschaft zu stehen. Alles was er tat, stand außerhalb der Gemeinschaft. Niemals hat er irgendein ethisches Gefühl erlebt, er hielt es für sein Recht zu morden, wie für das des Staates, zu rächen. Er lebte gar kein wirkliches Leben sondern ein Scheinleben. Aus dieser Struktur Malmströms glaubt *Bjerre* alles erklären zu können, was dieser Verbrecher tat. Für einen Teil seiner Verbrechen ging ihm überhaupt das Gefühl ab, etwas Verbotenes getan zu haben. Er handelte z. B. bei der Tötung seiner Frau aus der subjektiven Einsicht, Gerechtigkeit zu üben oder mit den Worten von *Bjerre* »von jener sicheren Kraft beseelt, wie sie nur aus tiefstem Gewissensfrieden erwächst«.

Wir dürfen nicht verkennen, daß im Falle Malmström die Mechanismen andere sind als im Falle Maibaum, insbesondere wird man die äußeren Faktoren ganz anders bewerten müssen. Aber psychologisch verstehen können wir trotz allem Malmström nicht. Wir kommen hier nicht weiter ohne Kenntnis dieser Isoliertheit, Gefühlskälte, Anethik, die *Bjerre* zum Teil erschlossen hat. Was dann noch unverständlich bleibt, soll man zu erkennen versuchen durch Aufklärung der Erblage, durch Nachweis anlagemäßiger Abartigkeit oder krankhaften Geschehens. Vielleicht wird das nicht immer gelingen. Gleichwohl hat es keinen Zweck, sich einzubilden, etwas psychologisch verstanden zu haben, was psychologisch zu verstehen nicht möglich ist. Es bleibt vielmehr unsere Aufgabe, durch gleichmäßige und sorgfältige Beachtung aller körperlichen und seelischen Gegebenheiten zu einer wirklichen biologischen Auffassung der verbrecherischen Persönlichkeit zu kommen. Das kann befruchtend werden für Handhabung des Strafprozesses, für Strafvollzug, und, wenn man so will, kann Erkenntnis zu rationeller Prophylaxe und Therapie des Verbrechens führen.

Eigenbericht durch *Georgi-Breslau*.

## Kleinere Mitteilungen.

*Noräen, Irmgard*: Binetarium. Hilfsmittel zur Intelligenzprüfung nach Binet-Bobertag. 2. erw. Aufl. Berlin: Zentralinstitut f. Erziehung und Unterricht und Albrecht Dürer-Haus 1931. 1 Kasten. M. 12.—.

Die s. Zt. von *Binet* und *Simon* angegebenen Methoden zur Intelligenzprüfung haben in der Bearbeitung durch *Bobertag* (1909—1911) in Deutschland weite Verbreitung und viel Anerkennung gefunden. Nun liegt eine Neubearbeitung des von *Bobertag* herausgegebenen Testmaterials durch *Irmgard Noräen* vor, die schon in einer vorläufigen Mitteilung (Zschr. f. Kinderforschg. 37, 75, 1930) über ihr Vorgehen berichtet, die in Aussicht gestellte ausführliche Publikation allerdings noch nicht vorgelegt hat. Die prinzipiellen Voraussetzungen von *Binet* — so seine Anschauungen über das Wesen der Intelligenz, über Intelligenzalter und -quotient — sind beibehalten worden; sie zu diskutieren wäre vielleicht nötig, ist im Rahmen eines Referates aber nicht möglich. Bei den Umänderungen kam es der Verf. darauf an, das Überwiegen rein gedächtnismäßiger oder verbaler Aufgaben zu vermeiden, den Einfluß des Milieus oder anderer äußerer Umstände auszuschalten, verschiedenartige und vielseitige Tests mit möglichst wenig Prüfungscharakter darzubieten, Tests weiter mit verschiedenen Schweregraden und solche, die generelle Altersunterschiede und individuelle Verhaltensweisen herausheben und evtl. die Richtung des Versagens erkennen lassen, schließlich, die Testserie über das 12. Lebensjahr hinauszuführen. Von den Modifikationen erwähnen wir, daß die bekannten, etwas robusten und blutigen Geschichten durch solche ersetzt sind, die der Anschauungs- und Vorstellungswelt des Kindes besser angepaßt sind; neu sind die Labyrinth, die durchlaufen, die Bilder, die geordnet, die Blätter, die nach einer Vorlage gefaltet werden sollen, die Klötze zum Bauen usw.; auf einem besonderen Blatt finden sich die neuen und originellen Tests des Zuordnens von Kreisen und des Gruppenordnens von Figuren, die aber in der hier gebotenen Kürze nicht beschrieben werden können. Die alten Kombinationsbilder, von denen sich ja das bekannte Schneeballbild immer wieder erstaunlich bewährt, sind trotz der — wie Ref. meint, unerheblichen — Einwände gegen die altmodische Kleidung erfreulicherweise beibehalten worden. Der Kasten ist hübsch und solide ausgestattet; durch Zusammenheften sind sonst dem Zerflattern ausgesetzte Einzelteile besonders benutzbar gestaltet. Eine ausführliche Anleitung liegt bei; zu einem planmäßigen Gebrauch gehört ein — von *N.* gleichfalls neubearbeiteter — Protokollbogen. Das neue Material wird sich bewähren; es kann jetzt schon wärmstens empfohlen werden.

*Donalies* (Berlin).

---

### *Personalia.*

Verstorben: Obermedizinalrat Dr. *Werner*, Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Heppenheim a. d. B.,  
 Professor Dr. *Shuzo Kure*-Tokio,  
 Professor Dr. *Hans Much*-Hamburg,

- Geh. Sanitätsrat Dr. *Schäfer*, ehemaliger Direktor der Provinzialheilanstalt Lengerich i. W.,  
 Geh. Medizinalrat Dr. *Ackermann*, ehemaliger Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Großschweidnitz und  
 Geh. Medizinalrat Professor Dr. *Anton-Halle*.
- Ernannt: Obermedizinalrat Dr. *Koch-Stuttgart* zum Direktor der Heilanstalt Schussenried,  
 Professor Dr. *Klaesi* zum Direktor der Kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Waldau,  
 Oberarzt Dr. *Otto Schulze*-Berlin zum dirigierenden Arzt der Männerabteilung der Wittenauer Heilstätten,  
 Professor Dr. *Thiele*-Berlin zum beauftragten dirigierenden Arzt der Nervenlinik Wiesengrund und der Dalldorfer Frauenabteilung,  
 Dr. *Lampé* zum Leiter der Klinik für innere und Nervenleidende in Neuwittelsbach bei München,  
 Professor Dr. *Beringer*-Heidelberg zum Oberarzt der psychiatrischen und Nervenlinik München,  
 2. Oberarzt Dr. *Rechtenwald* zum 1. Oberarzt und stellvertretenden Direktor der Provinzialheil- und Pflegeanstalt Bedburg Hau,  
 Dr. *Kleine* zum 2. Oberarzt daselbst,  
 Anstaltsarzt Dr. *Balluff*-Berlin-Wittenau zum Oberarzt und  
 Reg. Medizinalrat Dr. *Gerhardt Müller*-Sonnenstein zum Obermedizinalrat und stellvertretenden Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Arnsdorf.
- Angestellt wurde Dr. *Salm* als Assistenzarzt der Heil- und Pflegeanstalt Kaufbeuren.  
 Assistenzarzt Dr. *Peters*-Kiel trat über in die Nervenlinik Berlin-Wiesengrund.
- Es habilitierte sich Dr. *P. Hoch* an der Universität Göttingen für Psychologie und Neurologie.
- Den Literaturpreis der Stadt Zürich erhielt Dr. *C. G. Jung*.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT  
FÜR  
**PSYCHIATRIE**  
UND  
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON

DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-  
Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

**GEORG ILBERG**  
DRESDEN

MIT BEILAGE

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

NEUNUNDNEUNZIGSTER BAND

SECHSTES BIS ACHTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 28. MÄRZ 1933



BERLIN UND LEIPZIG 1933

**WALTER DE GRUYTER & CO.**

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG : J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG : GEORG REIMER : KARL J. TRÜBNER : VEIT & COMP.

# Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck  
im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

## 6./8. Heft.

### Originalien.

Über den Einfluß der endemischen Malaria auf die progressive Paralyse. Von <i>Otto Franke</i> -Berlin-Wilmersdorf .....	297
W. Wundt und seine Bedeutung für die wissenschaftliche Psychiatrie. Von Geh. San.-Rat Dr. <i>Fausser</i> -Stuttgart .....	316
Zur Genese der Rentenneurose. Von <i>Ruth Meier-Blaauw</i> -Breslau .....	323
Zur Frage des sogenannten induzierten Irreseins. Von <i>Walther Jahrreisß</i> - Köln-Lindenburg .....	344
Meine Erfahrungen mit der Arbeitstherapie bei Geisteskranken. Von Direktor Dr. <i>H. Schiller</i> -Wil bei St. Gallen .....	349
Hysterische Psychose und „schizophrener Reaktionstypus“. Von Oberarzt Dr. <i>G. Blume</i> -Berlin-Buch .....	355
Die Malariabehandlung in der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz a. B. Von Dr. med. <i>Margarethe Wild</i> -Riedlingen a. d. Donau .....	367
Der Verwahrungsgedanke in Deutschland vom gerichtsarztlichen Standpunkt, seine Stellung im Recht und in der Rechtspflege. Von Dr. med. <i>Hans</i> <i>Hoffmann</i> -Jericho a. d. Elbe .....	397
Über die Rassenmischung und die Beziehungen zwischen Rasse- und Kon- stitutionstypus bei Schizophrenen. Von <i>Walther Plattner</i> -Rheinau, Kanton Zürich .....	410
Über eine neurobiologische Deutung der Halluzination. Von Professor Dr. <i>Nießl v. Mayendorf</i> -Leipzig .....	432
Das Constantinische Kaiserhaus, eine Porträt- und Charakterstudie. Von Medizinalrat Dr. <i>Ernst Müller</i> -Hildburghausen. Mit 1 Tafel .....	438
Über die Häufigkeit normaler Pupillenreaktionen bei progressiver Paralyse. Von <i>Heinrich Voss</i> -Lübeck .....	445
Zur psychiatrischen Systematik und Statistik. Von <i>Martin Grotfahn</i> -Berlin- Buch .....	464

### Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Ein Beitrag zur Straferstehungsfähigkeit von Paralytikern nach Malaria- behandlung. Von Oberarzt Dr. <i>W. Schmels</i> -Frankenthal .....	481
--	-----

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Tagung des Vereins Norddeutscher Psychiater und Neu- rologen am 1. und 2. Oktober 1932 in Neustadt (Holstein) .....	486
---	-----

### Kleinere Mitteilungen.

Buchbesprechung: <i>Bunke</i> , 9. Band des Handbuchs der Geisteskrankheiten I. Teil .....	496
Personalia .....	507
Nekrolog <i>Schäfer</i> .....	507

Aus dem pathologischen Institut der königlichen Universität Sofia und aus dem Hospital Aginition, Prof. *Katsaras*, Athen.

## Über den Einfluß der endemischen Malaria auf die progressive Paralyse.

Von

Otto Franke, Berlin-Wilmersdorf.

Der günstige Einfluß fieberhafter Erkrankungen ganz allgemein auf Psychosen ist bereits Hippokrates und Galen bekannt gewesen. Später haben *Boerhaave* und *Sydenham* ähnliche Beobachtungen gemacht. 1786 hat *Reuß* über Heilung von Tob-süchtigen durch Pocken berichtet. Aber erst in der Mitte des 19. Jahrhunderts häufen sich die Angaben über die Heilung bzw. über den günstigen Einfluß von fieberhaften Erkrankungen auf Psychosen. Erwähnt sei hierbei *Koster*, der 1848 unter 24 Psychosen über sieben Genesungen und sieben Besserungen nach fieberhaften Erkrankungen berichtet. Weiterhin *Schlager* 1857, *Berthier* 1860, *Schröder van der Kolk*, schließlich *Nasse* (1864 bis 1870) und endlich *Rosenblum*. *Rosenblum* berichtet über ganz erhebliche Besserung der Psychosen nach Rekurrens und Typhus. Er ist der erste, der bei 12 Patienten mit chronischen Psychosen die Infektionskrankheit (Rekurrens) durch Impfung herbeigeführt hat. Dabei hat sich eine auffallende Besserung im geistigen Befinden der Patienten gezeigt, ja weitaus der größte Teil ist praktisch geheilt worden. Ob unter den *Rosenblum*schen Fällen sich bereits Paralytiker befanden, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Es hat sich um chronische Fälle gehandelt, auf die weder die Zeit noch irgendein Therapeutikum einen Einfluß hatte. 1875 erwähnt *Schüler* einen Fall von Paralyse, der nach einer Lungengangrän eine derartige Remission bekommen hat, daß der Patient arbeitsfähig geworden ist. *Flemming* und *Fiedler* veröffentlichten etwa um 1880 zwei Paralysefälle, deren geistiger Zustand durch fieberhafte Erkrankungen (Scharlach, pleuritiches Exsudat) erheblich gebessert ist.

Andere Autoren jedoch (*Sponholz*, *Wille*, *Verga*, *Chatelain*, *W. H. Becker*) haben einen günstigen Einfluß von fieberhaften Erkrankungen nicht feststellen können.

Erwähnt seien noch einige Methoden, Geisteskrankheiten zu heilen z. B. mit Senfteigen, spanischen Fliegen, Kauterisation oder nach *Jakobi* und *L. Meyer* durch Einreiben von Autenriethscher Brechweinsteinsalbe in der Gegend der großen Fontanelle. Durch diese Maßnahme sind Eiterungen oder Entzündungen gesetzt worden. Dabei haben sich bei der Paralyse auffallend häufig Remissionen gezeigt.

Aber erst durch die systematischen Arbeiten *Wagner-Jaureggs*, der die gesamte Literatur über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen bei Psychosen zusammengestellt hat, ist schon damals eine Grundlage für die Weiterentwicklung der Fiebertherapie geschaffen worden. Anfangs hat *Wagner-Jauregg* versucht, die Natur in anderer Weise nachzuahmen, indem er auf spezifische, teils auf unspezifische Weise Fieber erzeugt hat. Erwähnt seien hierbei Versuche mit Tuberkulin, mit dem Bazillus *Pyocyaneus*. Unspezifische Methoden bestehen in Injektion von Nukleinsäure, Milch, Albumosen. 1900 hat *Friedländer* eine Typhusbehandlung speziell der progressiven Paralyse angeregt.

Alle geschichtlichen Methoden haben eins gemeinsam, die Behandlung einer geistigen Erkrankung ganz allgemein durch Fieber. Nach zahlreichen Versuchen wählte *Wagner-Jauregg* die Malaria zur Behandlung der progressiven Paralyse, weil die Malaria die Gewähr für einen akuten hohen Fieberanstieg bietet, der in bestimmten Abständen wiederkehrt und weiter, weil man die Möglichkeit hat, mit Hilfe des Chinins die Behandlung bei irgendeiner Gefahr jederzeit zu unterbrechen. Dabei bleibt die Frage, warum die fieberhaften Erkrankungen auf den Gehirnprozeß, speziell bei der progressiven Paralyse, einen derart günstigen Einfluß haben, ungeklärt.

1911 haben *Matthauschek* und *Pilcz* das Schicksal von 4134 Luetikern veröffentlicht. Unter diesen Fällen ist eine bestimmte Gruppe (157 Fälle) aufgefallen, in deren Krankengeschichten sich Angaben über Malaria, Pneumonie, Erysipel in den ersten Jahren nach der spezifischen Infektion gefunden haben. Von diesen ist keiner an Paralyse erkrankt. Unter den an Paralyse erkrankten Patienten sind derartige Erkrankungen während der Infektionsperiode nicht vorgekommen.

Es ist lange bekannt, daß in südlichen Ländern, in denen unter der Bevölkerung ein äußerst hoher Prozentsatz von Syphilis herrscht, auffallend wenig Paralyse zu finden ist. *Rüdin* hat für Nordafrika gezeigt, daß in diesen Ländern die Luetiker fast niemals eine progressive Paralyse erwerben. Fälle, die ihm bei seiner Studienreise als progressive Paralyse vorgestellt sind, haben sich fast immer als ein diagnostischer Irrtum erwiesen. Weiter berichten

Kirschner und van Loon aus Niederländisch-Indien über einen auffallenden Gegensatz zwischen der Häufigkeit der Paralyse unter den Europäern und der Seltenheit der progressiven Paralyse unter den Eingeborenen. Im allgemeinen neigen die Autoren dazu, die fieberhaften Erkrankungen für das auffallend geringe Vorkommen der progressiven Paralyse in südlichen Ländern verantwortlich zu machen. Man denkt vielleicht dabei an einen gewissen Paralyse-Schutz, den die Einwohner im Laufe ihres Lebens durch die fieberhaften Erkrankungen erwerben. Der Ausdruck Paralyse-Schutz ist ungenau und schließlich nur eine Bezeichnung für einen unbekanntem Vorgang. Immerhin müßte, wenn man einen Schutz durch fieberhafte Erkrankungen vor Paralyse annimmt, der Organismus durch Fiebererkrankungen so umgestimmt werden, daß die Wirkungsweise der Spirochäte im Zentralnervensystem geändert, vielleicht unmöglich gemacht wird. Mit anderen Worten, wenn die fieberhaften Erkrankungen eine derartige, spezifische Wirkung auf den Körper ausüben, muß es theoretisch eine prophylaktische Behandlung der progressiven Paralyse geben. Es fragt sich also hierbei, ob das fast völlige Fehlen der progressiven Paralyse in jenen Ländern mit fieberhaften Erkrankungen, speziell mit der Malaria, in einem Zusammenhang steht oder ob andere, sagen wir unspezifische Faktoren in diesem Falle eine Rolle spielen. Zum Beispiel Luft, Arbeitsweise, Sonnenbestrahlung, Lebensweise, Rasse-eigentümlichkeiten. Die vorliegende Arbeit versucht, die Möglichkeit einer Paralyse-Prophylaxe im allgemeinen zu untersuchen. Sie geht von der Überlegung aus, daß, wenn die fieberhaften Erkrankungen den Organismus vor der progressiven Paralyse schützen, etwa in dem Sinne, wie dieser Schutz den nordafrikanischen Völkern scheinbar zu eigen ist, in einem Land mit einigermaßen gleichartiger Bevölkerung und gleichartigem Klima ein Unterschied zu finden sein muß zwischen den Luetiken, die fieberhafte Erkrankungen durchgemacht haben und denen, bei denen diese Erkrankungen unwahrscheinlich sind. Es soll also in dieser Arbeit untersucht werden, ob die endemische Malaria einen Einfluß auf den Verlauf der Lues derart hat, so daß das geringe Vorkommen von progressiver Paralyse durch diese fieberhaften Erkrankungen bedingt ist.

Dabei sind die Versuchsbedingungen kurz folgende: Ein Land zu finden mit etwa gleichartiger Bevölkerung, einheitlichem Klima, in dem möglichst scharf getrennt Gebiete vorkommen, in denen fieberhafte Erkrankungen häufig sind und solche, in denen fieberhafte Erkrankungen selten bzw. überhaupt nicht vorkommen. Weiter ist notwendig, daß eine verhältnismäßig große Zahl von Luetikern sich in diesen Gebieten finden und da von allen fieberhaften Erkrankungen wahrscheinlich die Malaria den größten Ein-



fluß hat, so scheint es günstig, die Untersuchung auf diese Erkrankung zu beschränken.

Für diese Arbeit habe ich Bulgarien und Griechenland gewählt, Länder, für die die obigen Voraussetzungen gelten. Notwendig ist, daß sich in den Ländern verlässliche statistische Angaben über die Häufigkeit der Malaria in den einzelnen Dörfern, Kreisen und Städten finden. Leider ist es nicht möglich gewesen, in Griechenland eine umfassende Statistik, in der Malaria-Gebiete gesondert von malariafreien Gebieten betrachtet werden, zu erhalten. Die Zahlen und Angaben sind ungenau. Man weiß, dort ist die Malaria häufig, hier selten, aber wie groß in Prozenten ausgedrückt die Häufigkeit der Erkrankung ist, ist scheinbar nie generell untersucht worden. Immerhin sind verschiedene Angaben als sicher zu bezeichnen und für diese Untersuchung zu verwerten. Als Unterlage für diese Untersuchung dienten die Aufzeichnungen des pathologischen Instituts der königlichen Universität in Sofia, des sozialhygienischen Instituts, die Angaben des Rockefeller-Instituts (Dr. *Russef*) in Sofia und des Hospitals Äginition (Prof. *Katsaras*) in Athen. Da Sofia die bedeutendste psychiatrische Klinik im Lande besitzt, so wird sicher das zuverlässigste Material an dieser Stelle zu finden sein. Da weiterhin diese Fälle sezirt sind, so werden die Sektionsprotokolle, in denen sich kurze Angaben aus der Krankengeschichte befinden, genügend Aufschluß für diese Untersuchung geben. Außerdem besteht die Möglichkeit an Hand der Sektionsprotokolle festzustellen, ob bei den verstorbenen Paralytikern irgendein Zeichen einer frischeren Malaria vorhanden ist. Das Material ist so angeordnet, daß die Herkunft der Paralytiker in den Vordergrund gestellt ist. Alter, Beruf werden nebensächlich behandelt. Die Fälle sind so zusammengestellt, daß sich zwei getrennte Gruppen ergeben:

1. Paralytiker aus einer Malaria-Gegend,
2. Paralytiker aus einer malariafreien Gegend.

Dadurch, daß in Bulgarien absolut verlässliche Angaben über die Häufigkeit der Malaria in den einzelnen Gegenden vorhanden sind, erhält die Arbeit bei dem zahlenmäßig geringen Material doch eine sichere Grundlage. Natürlich birgt die Arbeit zahlreiche Fehlerquellen. Bei der Art der Untersuchung ist einfach angenommen, daß, wenn im Sektionsprotokoll vermerkt steht: X stammt aus einer Malaria-Provinz, daß X dort auch längere Zeit gelebt hat. Sicherlich trifft für die überwiegende Mehrzahl der Fälle dieser Schluß zu. Doch werden vielleicht einige sich finden, die sich gerade zufällig z. Z. ihrer Erkrankung in einer bestimmten Stadt aufgehalten haben, in Wirklichkeit aber aus einer anderen Gegend stammen. Die Arbeit erhebt keinen Anspruch auf absolut mathematische Genauigkeit. Eine derartig zuverlässige Arbeit ist bei

den vielen, variablen Faktoren schlecht möglich. Aber man kann trotz allem mit ziemlicher Sicherheit auf diese Art die Häufigkeit der progressiven Paralyse in Malaria-Gebieten und in malaria-freien Gebieten untersuchen. Wenn die endemische Malaria einen Einfluß auf die Bevölkerung derart hat, daß die Lues bei diesen Völkern ihretwegen anders verläuft als bei uns, wenn die endemische Malaria das Nervensystem gegen eineluetische Erkrankung schützt, so müßte sich diese besondere Tatsache zahlenmäßig in dieser Arbeit nachweisen lassen. Praktisch bleibt die Fragestellung: Gibt es überhaupt eine Paralyse-Prophylaxe allein durch die Malaria? Genügt das Überstehen einer Malaria unabhängig vom Zeitpunkt derluetischen Infektion oder unabhängig vom Stadium der Infektion, um den Luetiker vor der Neurolues mit Sicherheit zu bewahren? Zur Untersuchung dieser Frage ist notwendig, daß sich die Arbeit mit den bisherigen Erfolgen der Paralyse-Prophylaxe mittels der Malaria auseinandersetzt.

Es ist eine klinische Tatsache, daß die Malaria-Behandlung der progressiven Paralyse einen um so größeren Erfolg hat, je früher die Kur unternommen wird. Wann beginnt aber die progressive Paralyse? Sicherlich liegen bereits spezifisch anatomische Veränderungen vor, wenn die ersten klinischen Krankheitszeichen auftreten. Der serologische Befund und der Liquor-Befund lassen ebenfalls keinen bindenden Schluß über den Beginn der Erkrankung zu. Was klinisch als beginnende Paralyse in Erscheinung tritt, ist sicher die Folge bereits vorausgegangener, zeitlich mehr oder minder lange wirksamer, anatomischer Veränderungen. Da die Malaria einen derartig günstigen Einfluß auf die progressive Paralyse, scheinbar auf den anatomischen Prozeß selbst hat, so liegt der Versuch nahe, eine Grundlage für die Berechtigung einer Malariakur vor Beginn der ersten klinischen Erscheinungen zu gewinnen, also möglichst zu einer Zeit, in der der pathologische Prozeß beginnt. Geht man noch einen Schritt weiter, versucht man nämlich, die Malaria-Behandlung auf die Latenz-Periode auszuweihen, auf die Phase, in der einmal die Paralyse zum Ausbruch kommen kann, so bleibt immer noch die Frage offen, welche Möglichkeiten der Luetiker in der Latenz-Periode hat, eine progressive Paralyse zu erwerben, ob man durch irgendwelche Methoden mit einiger Sicherheit voraussagen kann: Diese Form der Lues hat die sichere Wahrscheinlichkeit, in späterer Zeit sich am Nervensystem zu manifestieren, bei jenen Formen läßt sich eine spätere Neurolues ausschließen. Als einziges Zeichen in der Latenz-Periode, das objektiv eine Veränderung des Organismus zeigt, gilt die Liquor-Reaktion und die Wassermannsche Blut-Reaktion. Es soll nicht erörtert werden, in welcher Weise der Ausfall der Liquor-Reaktion prognostisch zu bewerten ist. Jede strikte Erklärung bleibt hypo-

thetisch, weil der Beginn der progressiven Paralyse jeweils nicht bekannt ist, weil die Bedingungen, die zur progressiven Paralyse führen (abgesehen von der Lues), noch unklar sind. In diesem Zusammenhang scheint aber beachtenswert, daß praktisch nur die liquorpositiven Fälle der Latenz-Periode in immerhin auffälliger Häufigkeit spezifische Erkrankungen des Zentralnervensystems erwerben, während die liquornegativen Fälle praktisch von diesen Erkrankungen verschont bleiben. Aus den Veröffentlichungen von *Fuchs* 1922 und *Schmidt* 1926 (Dreyfußsche Abteilung, Frankfurt/Main), in denen das Schicksal von Luetikern mit positiven und negativen Liquor-Befunden der Latenz-Periode verfolgt wird, geht diese klinische Tatsache mit ziemlicher Deutlichkeit hervor. Nur ganz vereinzelt sind in der Literatur Fälle bekannt, bei denen kurz vor Ausbruch der Paralyse die Liquor-Reaktion negativ gewesen ist. Man weiß, daß die positive Liquor-Reaktion der Sekundär-Periode mit und ohne spezifische Behandlung sich ändert, daß dagegen die Liquorbefunde der Spätlatenz ungemein hartnäckig jedem therapeutischen Einfluß trotzen. Man kann vielleicht annehmen, daß jene Phase der Spätlatenz, in der die Liquor-Reaktion so außerordentlich konstant bleibt, identisch ist mit dem Zustand, in dem die progressive Paralyse unter besonderen Bedingungen beginnen kann. Trotzdem bleibt die eigentliche Ursache der progressiven Paralyse immer noch genau so unklar, denn die positiven Liquorfälle stehen zahlenmäßig in keinem Verhältnis zu den Fällen, die später an progressiver Paralyse erkranken. Man kann wohl sagen, daß Luetiker der Spätlatenz mit konstant bleibendem Liquorbefund in der Gefahr schweben, eine Lues des Zentralnervensystems zu erwerben. Sicher ist diese Möglichkeit aber nicht allzu groß. Sie beträgt schätzungsweise 1:5, 1:6. Ob diese geringe Wahrscheinlichkeit dazu berechtigt, eine Malariatherapie bei allen liquorpositiven Fällen durchzuführen, bleibt zumindest fraglich.

Die praktischen Ergebnisse, die mit der Prophylaxe der progressiven Paralyse mit Hilfe der Malaria erzielt sind, scheinen ohne jeden Einwand die Frage der prophylaktischen Behandlung der progressiven Paralyse gelöst zu haben. Den Syphilidologen ist schon lange bekannt, daß akute fieberhafte Erkrankungen auf die Lues in jedem Stadium einen manchmal überraschend günstigen Einfluß haben. Der Primäraffekt, das Sekundär-Exanthem ja Gummen, Serpiginöse, Ulceröse, Syphilide verschwanden manchmal im Anschluß an Typhus, Erysipel, Variola, Scarlatina, Masern, Pneumonie, Malaria und Gelenkrheumatismus. Darüber berichten *Finger, Gärtner, Josef, Kaposi, Kaufmann, Kyrle, Lang, Strasser, Stückgold*. Zwar sind nach derartigen Änderungen des Krankheitsbildes oft Rezidive aufgetreten, doch sind immerhin auch dauerhafte Heilungen registriert worden und bemerkenswert, am häu-

figsten in den Fällen, die vor Ausbruch des Fiebers mit antiluetischen Mitteln<sup>1</sup> behandelt sind. Nach diesen augenscheinlichen Erfolgen und mit Hinblick auf den Einfluß der fieberhaften Erkrankungen auf die Neurolues hat man sich systematisch mit der Fiebertherapie der Lues aller Stadien beschäftigt und man hat besonders dabei die Aufmerksamkeit auf die resistenten sero- und liquorpositiven Fälle der Spätlatenz gerichtet. Die umfangreichsten therapeutischen Versuche in dieser Richtung stammen aus Wien. Insbesondere hat *Kyrle* (2. Wiener Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten) in größerem Maßstab antiluetische Mittel in Verbindung mit fieberhaften Erkrankungen als Therapeutikum gegen die Lues, besonders gegen die Lues der Latenz mit positiven Liquor- und Wassermann-Befunden angestellt. Die Vorstellung, daß ein Luetiker nach »Abheilung« der primären oder sekundären Erscheinungen selten von der Gefahr befreit ist, später eine sogenannte metaluetische Erkrankung zu bekommen, hat *Kyrle* veranlaßt, spezifische und unspezifische Mittel zu kombinieren mit dem Ziel, den Luetiker so zu heilen, daß keine objektiven Veränderungen bestehen, weder im Serum noch im Liquor. Seit 1922 werden an der Wiener 2. Klinik für Haut- und Geschlechtskrankheiten an einem großen Luetiker-Material systematisch Malaria- und spezifische Kuren kombiniert. Zunächst sind vor allem ältere Stadien mit positiven Liquorbefunden ohne neurologische Erscheinungen behandelt. Dabei hat sich gezeigt, daß gerade diese luetische Phase durch keine andere Behandlungsweise so beeinflußt werden kann wie gerade durch die kombinierte Malariakur. *Kyrle* berichtet über Luetiker, die sich trotz einer intermittierend durchgeführten energischen Salvarsan-Behandlung in ihren Liquorbefunden nicht geändert haben, die aber im Anschluß an eine Malariakur sich wesentlich besserten. Soweit die Beobachtung reicht, ist das Resultat günstig geblieben, eher ist in der Folgezeit noch eine geringe Besserung erreicht. Auch hierbei hat sich wieder gezeigt, daß die Resultate ungleich besser sind, wenn die Behandlung möglichst frühzeitig begonnen wird. Die Behandlungsmethode hat besondere Erfolge bei liquorpositiven Sekundär-Luetikern. In 250 Fällen sind unter der Malaria-Behandlung die Liquor-Erscheinungen ohne Versager zurückgegangen. Da serologische und klinische Rezidive nach dieser Behandlung äußerst selten sind, so hält *Kyrle* diese Therapie für die Methode der Wahl. 1927 (nach 5 jähriger Beobachtungszeit) sind aus dieser Klinik die Resultate veröffentlicht worden. Insgesamt ist die positive Serum-Reaktion in 92,9% und der pathologische Liquorbefund in 98,9% durch diese Therapie günstig beeinflußt worden. In der Frühperiode, bei 1—2-jähriger Dauer der Infektion sind die Resultate am deutlichsten. Von den liquorpositiven Fällen wurden 100% negativ, 99,1% sero-

negativ (Wassermann). Auch in der Beobachtungszeit ist gleichbleibendes Verhalten der Reaktion festgestellt worden. Soweit die Beobachtungszeit reicht, sind die Resultate konstant geblieben. Anders verhält sich die Latenz-Periode. Obwohl nur eine geringe Mehrheit nicht gründlich spezifisch behandelt gewesen ist, hat sich gezeigt, daß die Malariabehandlung auch diese scheinbar nicht zu beeinflussenden Fälle umstimmen kann. 57,5% sind liquornegativ geworden und in 53% der Fälle hat sich der pathologische Liquorbefund gebessert. In 61% ist der Wassermann negativ geworden, in 27,1% schwächer. Der Liquorbefund hat besser auf die Therapie reagiert als der serologische Befund. 1,3% haben keine Änderung des Liquorbefundes gezeigt, aber immerhin 11,9% keine Änderung der Wassermannschen Reaktion.

Diese auffälligen Resultate sind durch gleichartige Beobachtungen von einer Reihe von Autoren gestützt worden. Ich erwähne hierbei *Bering, Meißner, Mulzer* und *Ritter* in Hamburg, *Hofmann, zur Helle* und *Krechels* in Bonn, *Arzt, Fuß, Kerl, Mras, Mucha, Planner, Scherber, R. O. Stein* in Wien, *Konrad* in Innsbruck, *Hauck* in Erlangen, *Henck* und *Vonkennel* in München, *Bruhns* in Berlin, *Strantz* in Breslau, *Zieler* in Würzburg, *Galewski* in Dresden, *Hesse* in Düsseldorf, *Kreibich* in Prag, *Lomholt, I. Nörvig* in Kopenhagen, *V. Berde* in Ungarn, *Petranich* in Rom, *Wainstein* und *Golossouker* in Rußland, *Tomioka, Minami* und *Ehara* in Japan. Nach diesen übereinstimmenden Berichten scheint der Einfluß der Malaria auf die Lues aller Stadien eindeutig zu sein. Bemerkenswert sei, daß es sich bei diesen therapeutischen Versuchen wohl ausschließlich um kombinierte Kuren handelt (Malaria, Salvarsan oder Quecksilber usw.). Eine größere Zahl von Luetikern, die nur mit Malaria behandelt sind, habe ich in der Literatur nicht auffindig machen können. Entweder hat es sich um früher spezifisch behandelte Fälle oder um kombinierte Fieberkuren gehandelt.

Demnach müßte man analog einen deutlichen Einfluß der endemischen Malaria auf die Lues erwarten. Soweit das bulgarische Zahlenmaterial nach dieser Richtung untersucht wird, ergibt sich mit allergrößter Wahrscheinlichkeit, daß die endemische Malaria auf den Ablauf der Lues in diesen Ländern keinen nachweisbaren Einfluß hat.

In Sofia habe ich 160 Paralysefälle gefunden, die in den Jahren 1897—1929 zur Sektion gekommen sind. Etwa rund 100 Fälle lassen sich für diese Betrachtung nicht verwerten, da aus den Protokollen die Herkunft nicht ersichtlich ist. Von 56 Paralytikern habe ich Angaben über die Herkunft erhalten können. Es ist notwendig, die Fälle, die aus Sofia direkt stammen, außerhalb dieser Betrachtung zu lassen. Da die Arbeit sich auf das Material der psychiatrischen Klinik in Sofia stützt, so wird natürlich ein un-

verhältnismäßig hoher Prozentsatz der Patienten aus Sofia direkt stammen. Es lassen sich also nur die übrigen Städte und Dörfer einigermaßen miteinander vergleichen. Sofia liegt in einer malariafreien Gegend. Die Untersuchung würde also ein wesentlich anderes Ergebnis erzielen, wenn diese Fälle ebenfalls verwendet werden. Aus Sofia selbst stammen in dieser Aufstellung 17 Fälle. In dem 18. Fall handelt es sich um eine Frau aus Böhmen, die zur Zeit ihrer Erkrankung in Sofia gelebt hat. Dieser Fall ist ebenfalls nicht zu verwenden. Von den 38 Fällen stammen 16 aus einer Malaria-Gegend, 22 aus einer sicher malariafreien Gegend. In den 16 einzelnen Fällen, die aus einer Malaria-Gegend stammen, finden sich 10 Fälle aus einer Gegend, in der die Häufigkeit der Malaria 30—40% beträgt, 4 Fälle aus einer Gegend mit 40—50% Malaria, 1 Fall aus einem Gebiet mit 20—30% Malaria und 1 Fall aus einem Gebiet mit 0—20% Malaria. Den Berechnungen liegt der Index splenicus für die einzelnen Gebiete zugrunde.

Ich bin damals mit dem festen Vorsatz nach Bulgarien gefahren, um an Hand eines größeren Materials den Einfluß der Malaria auf die progressive Paralyse nachzuweisen. Bei Durchsicht des Materials ergaben sich jedoch soviel Abweichungen von meiner damaligen Auffassung, daß ich meine vorgefaßte Meinung korrigieren mußte.

Zwar scheint es, wenn man die Zahlen miteinander vergleicht, daß der Einfluß der endemischen Malaria auf den Ablauf der Lues doch immerhin deutlich zum Ausdruck kommt. Dagegen muß erwidert werden, daß die Anzahl der Fälle zu gering ist, um die einzelnen Zahlen miteinander zu vergleichen, etwa in dem Sinne, daß man in Prozenten ein gewisses Verhältnis der Paralyse in Malaria-Gegenden und in malariafreien Gegenden angibt. Wenn aber die Malaria für das geringe Vorkommen der Paralyse in diesen Gegenden verantwortlich gemacht werden soll, so müßte diese Tatsache sich in ganz anderem Maße zahlenmäßig auswirken. Stamt doch eine nicht geringe Anzahl der Fälle aus einer Gegend, in der fast jeder 2. Bewohner die Zeichen einer frischen oder chronischen Malaria hat. Auch ist die Anzahl der Fälle aus dieser Malaria-Gegend zu groß, als daß man von einem Zufallsresultat sprechen könnte. Man muß nach diesen Ergebnissen doch zugeben, daß der Einfluß der endemischen Malaria auf die Lues oder besser auf die Metalues zumindest fraglich ist. Soweit die Angaben aus Bulgarien.

In Griechenland ist es, wie schon erwähnt, nicht möglich gewesen, genaue Angaben über die Häufigkeit der Malaria in den einzelnen Gebieten zu erhalten. Deswegen habe ich die Krankengeschichten von 74 Paralytikern und 2 Tabikern, die in den Jahren 1919—1929 im Hospital Áginition behandelt sind, durchgesehen

und habe besonders auf durchgemachte fieberhafte Erkrankungen geachtet. Unter diesen 76 Fällen finden sich 18 Fälle, in deren Anamnese fieberhafte Erkrankungen, am häufigsten Malaria, vorkommen, allerdings meist vor der spezifischen Infektion.

- Fall\*) 1 hat vor derluetischen Infektion Diphtherie, Pneumonie und Typhus durchgemacht.
- „ 2 hat vor derluetischen Infektion fünfmal Malaria durchgemacht, 1910 sichluetisch infiziert; 1928 ist Patient an Tabes erkrankt und vergeblich therapeutisch mit Malaria behandelt worden.
- „ 3. 3 Jahre vor der Lues Malaria.
- „ 4. 5 Jahre vor derluetischen Infektion Typhus.
- „ 5. Im Kindesalter sehr häufig Malaria.
- „ 6. Mit 5 Jahren Variola. Mit 20 Jahren Malaria. Mit 24 Jahren Pneumonie. Luetische Infektion mit 22 Jahren (Taboparalyse).
- „ 7. In der Kindheit unbekanntes Fieber.
- „ 8. Mit 15 Jahren Malaria, mit 17 Jahren Lues, mit 5 Jahren Typhoid.
- „ 9. Mit 24 Jahren Malaria, mit 37 Jahren Lues.
- „ 10 hat mit 37 Jahren Lues erworben. Mit 45 Jahren, 8 Jahre nach der Infektion, Malaria durchgemacht. 3 Jahre später ist Patient an progressiver Paralyse gestorben.
- „ 11. Typhus, Pocken in der Kindheit. 1915 Lues, 1918 unbekannte fieberhafte Erkrankung (Grippe?).
- „ 12. 1919 mit Lues infiziert. 1924 und 1925 Malaria. 1926 Tod durch progressive Paralyse.
- „ 13. Mit 22 Jahren Malaria durchgemacht,luetische Infektion unbekannt.
- „ 14. In der Jugend Typhus,luetische Infektion später.
- „ 15. Mit 16 Jahren Malaria. Mit 20 Jahrenluetische Infektion.
- „ 16. 1916 Typhus, 1918 Lues. (Tabes.)
- „ 17. In der Kindheit Variola, Typhus, Nephritis, Bronchopneumonie. Pleuritis nach der Infektion.
- „ 18. 1 Jahr vor dem Tode an Paralyse, Malaria, 2 Monate vor dem Tode Dengué-Fieber.

Von den 18 Fällen haben 10 während ihres Lebens Malaria durchgemacht. In einem Fall hat der Patient drei Jahre vor dem Tode an progressiver Paralyse, in dem zweiten Fall zwei Jahre und im dritten Fall ein Jahr vor dem Tode an progressiver Paralyse Malaria erworben. Ein Fall hat Pneumonie, ein Fall eine unbekannte fieberhafte Erkrankung (Grippe?), ein Fall Pleuritis nach derluetischen Infektion überstanden.

Aus dieser Aufstellung ist ersichtlich, daß fieberhafte Erkrankungen in den Krankengeschichten der Paralytiker nicht selten vorkommen. Auffallend ist weiter, daß sogar unter 74 Paralysefällen sich drei finden, die sicher entweder kurz vor Ausbruch der Paralyse oder gar schon, während die Paralyse klinisch bestanden

\*) Die folgenden Fälle sind im Anhang besonders markiert. (Stärkerer Druck.)

hat, Malaria durchgemacht haben ohne jeden therapeutischen Erfolg. Weiterhin ist aus dieser Zusammenstellung ersichtlich, daß im allgemeinen der Einfluß des Fiebers auf die Lues gar nicht so deutlich sein kann, weil doch immerhin die Wahrscheinlichkeit ziemlich gering ist, daß das Fieber und ein bestimmtes Stadium derluetischen Infektion zeitlich zusammentreffen. In der Mehrzahl der Fälle haben die Patienten fieberhafte Erkrankungen vor der eigentlichenluetischen Infektion durchgemacht. Die Vorstellung muß fallengelassen werden, daß das Durchmachen von fieberhaften Erkrankungen den Körper so umstimmt, daß seine Reaktionsweise auf die Spirochäte geändert wird, derart, daß vorwiegend dermatrope Formen entstehen und die Neurotropen selten werden.

Ich habe festzustellen versucht, ob klinisch die Lues in malariafreien Gebieten anders verläuft als in Malaria-Gebieten. Mir ist es selbst nicht möglich gewesen, mich im einzelnen Fall über diese Frage an Ort und Stelle zu orientieren. Aber aus Gesprächen mit bulgarischen Ärzten, Prof. *Beron*, Dr. *Russef*, Dr. *Guntscheff*, ist mit Eindeutigkeit hervorgegangen, daß ein Unterschied zwischen Luetikern aus Malaria-Gegenden und Luetikern aus malariafreien Gegenden nicht zu finden ist. Dr. *Russef*, Mitglied der Rockefeller-Kommission, hat eine größere Anzahl von Luetikern in einzelnen Gebieten untersucht. Zufällig ist das eine Gebiet malariafrei, im anderen Gebiet beträgt die Häufigkeit der Malaria etwa 30 bis 40%. Unter 432 Fällen aus der malariafreien Gegend ist kein Fall von progressiver Paralyse gefunden worden. (Angaben des sozialhygienischen Instituts Sofia, Dr. *Russef*.) Ein Unterschied im klinischen Verlauf, in der Form der Lues, ist in keiner Weise auffällig gewesen. Die Frage, ob sich in den Untersuchungsbefunden irgendein auffallender Unterschied gezeigt hat, ist sicher verneint worden. Diese vielleicht subjektiven, übereinstimmenden Angaben sind durchaus mit den obigen Untersuchungen in Einklang zu bringen. Abgesehen von geringen Fehlerquellen, die wahrscheinlich in dieser Zahlenaufstellung enthalten sind, muß trotz der nicht absolut zuverlässigen Angaben eingestanden werden, daß die endemische Malaria praktisch keinen sichtbaren Einfluß auf die Lues hat, etwa in dem Sinne, daß die Malaria der Grund für das verschwindend geringe Vorkommen der Neurolues in diesen Gegenden sei. Es müssen andere Faktoren wirksam sein, die den Verlauf der Lues in dieser für uns eigentümlichen Weise bestimmen. Welcher Art dieser Einfluß ist, sei hier nicht näher erörtert. Am wahrscheinlichsten bleibt, daß diese Faktoren im Klima, in der Lebenshaltung und in Rasseeigentümlichkeiten zu suchen sind. *Kraepelin* verneint einen spezifischen Einfluß der Rasse auf Grund seiner Feststellungen bei Negern. Es hat sich ein deutlicher Unterschied



in der Häufigkeit der Paralyse bei nordamerikanischen und bei kubanischen Negern gezeitigt.

An dieser Stelle sei erwähnt, daß diese Untersuchungen, die im ersten Augenblick scheinbar im schroffen Gegensatz zu allen klinischen Erfahrungen stehen, nicht einzig dieses sonderbare Resultat ergeben. Es ist bekannt (zitiert nach *Warstadt*), daß in Abessinien die Lues sehr häufig ist, die Paralyse praktisch fehlt. Aber ebenso ist sicher, daß die Malaria in diesen Gebieten keine Rolle spielen kann, denn sie kommt in diesen Hochländern so gut wie überhaupt nicht zur Beobachtung. Scheinbar sind diese Tatsachen nicht recht mit den therapeutischen Erfolgen zu vereinbaren, die mit der Neurolues und mit der Prophylaxe jener Erkrankungen erzielt sind. Es ist doch merkwürdig, daß die Lues klinisch auffällig sich unter einer Malariakur ändert, daß diese Erscheinungen in natura scheinbar nicht nachweisbar sind, zumindest, was die sogenannten metaluetischen Erkrankungen anbetrifft. Ist es denn tatsächlich so, daß die Malaria auf diese bestimmten luetischen Formen, wie man sie in den Balkanländern trifft, überhaupt keinen oder einen sehr geringen Einfluß hat? Die Paralyse ist, wie schon erwähnt, in diesen Ländern selten. Die therapeutischen Erfolge mittels der Malaria gegen die Paralyse sind praktisch in den Balkanländern nicht andere als bei uns. Allerdings gilt dieser Satz nur unter der Voraussetzung, daß die Impf-Malaria auf den Patienten ihre Wirkung entfalten kann, das heißt, daß es nach der Impfung zu mehreren, intensiven Fieberattacken kommt. Es kommt häufig vor, daß bei den Patienten, die aus einer Malaria-Gegend stammen, bzw. bei denen, die eine Malaria früher durchgemacht haben, die Impfung mißlingt, weil der Organismus nach einer überstandenen Malaria auf eine Impfmalaria nicht mehr reagiert.

Es scheint doch, daß die Impfmalaria einen wesentlich größeren Einfluß auf die progressive Paralyse hat, als die endemische Malaria. Man könnte vielleicht von der endemischen Malaria sagen, daß sie für die Therapie der progressiven Paralyse sogar hinderlich ist. Wie schon erwähnt, trifft sehr selten eine frische Malaria und ein bestimmtes Stadium der Lues zusammen. Am häufigsten erwerben die Bewohner dieser Gegend die Malaria ziemlich früh. Deswegen fallen meist die Zeichen der chronischen Malaria mit der luetischen Infektion zusammen. Ein therapeutischer Effekt ist von einer chronischen Malaria, die jahrelang mit anfallsfreien, mehr oder minder langen Intervallen bestanden hat, nicht zu erwarten. Die zeitliche Differenz zwischen dem Erwerben einer Malaria und einer luetischen Infektion, die bei der südlichen Bevölkerung wahrscheinlich sehr groß und sehr häufig ist, scheint doch einer der Gründe dafür zu sein, daß die endemische Malaria keine sichtbare Wirkung auf die Lues hat.

Demnach ist die Auffassung, daß die Malaria vielleicht der Grund für das geringe Vorkommen der progressiven Paralyse in südlichen Ländern ist, sicher nicht haltbar. Auch kann keine Rede davon sein, daß die Malaria die Bevölkerung auf natürlichem Wege vor der progressiven Paralyse schützt, mit anderen Worten, daß die südlichen Länder wenig progressive Paralyse kennen, weil die Bevölkerung automatisch eine prophylaktische Behandlung mit Hilfe der endemischen Malaria durchmacht.

In den südlichen Ländern bzw. in den Tropen herrscht eine besondere Form der Lues, deren Charakteristikum unter anderm ist, daß metaluetische Erkrankungen des Zentralnervensystems sehr selten sind. Welche Faktoren dabei eine Rolle spielen, ist nicht sicher, die Malaria aber hat wahrscheinlich dabei eine nebensächliche Bedeutung, wenn nicht gar überhaupt keine. Da nun die progressive Paralyse sehr selten vorkommt, so ist es unter anderem auch verständlich, daß die Malaria keinen Einfluß auf diese Krankheit haben kann, wenn man annimmt, daß das Fehlen oder das geringe Vorkommen von anderen Bedingungen abhängt. Von einer Prophylaxe kann man doch nur sprechen, wenn die Gefahr besteht, eine Erkrankung zu erwerben. Die tropische Bevölkerung, die Bevölkerung der südlichen Länder hat keine oder wenigstens nur sehr geringe Aussichten, eine Metalues des Zentralnervensystems zu erwerben. Folglich ist eine prophylaktische Behandlung nicht nötig, und wenn sie zwangsläufig auf natürlichem Wege durchgeführt wird, so wird sie nicht augenscheinlich, denn auf welche Art sollte sie ihre Wirkung entfalten, wenn die Voraussetzungen, die zu dieser Erkrankung führen, fehlen?

Auffallend bleibt, daß von den verstorbenen Paralytikern in Sofia niemand Zeichen einer manifesten oder chronischen Malaria hatte (Milz, Pigment), selbst wenn er aus einer Malaria-Gegend stammte.

Man kann annehmen, daß die Malaria die Wirkung unserer spezifischen Mittel vermehrt und verstärkt. Unsere spezifischen Mittel versagen bei der Metalues des Zentralnervensystems, aber die Malaria bewirkt, den müden Organismus noch einmal gegen die Spirochäte anzuregen. Das Fieber, besonders die Impfmalaria bedingt eine rege Tätigkeit aller Blutbildungsstätten. Die Malaria erzeugt anfangs eine neutrophile Phase im Blutbild und eine monozytäre und lymphozytäre Abwehrphase (*Schilling*). Diese Phasen sind der Ausdruck eines Reizstadiums. Somit ist die Malaria ein Schulbeispiel für eine Reiztherapie. Aber genau so wie durch die Malaria können diese Abwehrkräfte sicher auch durch andere Maßnahmen in Tätigkeit gesetzt werden. Der äußerst schwere klinische Verlauf der Lues in südlichen Ländern ist doch sicher der Ausdruck dafür, daß die Reaktion des Körpers auf die

Spirochäte sehr stark ist, und in dieser klinischen Erscheinung ist vielleicht auch ein Grund zu suchen für das geringe Vorkommen von metaluetischen Erkrankungen des Zentralnervensystems bei diesen Völkern. Die Vorstellung von einer Paralyse-Prophylaxe ist wohl etwas ungenau. Das Überstehen einer Malaria garantiert sicher nicht einen hinreichenden Schutz vor der progressiven Paralyse. Es kommt darauf an, zu welchem Zeitpunkt die Malaria durchgemacht wird, ob vor der spezifischen Infektion oder während der eigentlichen luetischen Erkrankung bzw. ob kurz nach der Infektion oder einige Zeit später. Dabei spielt wahrscheinlich die Heftigkeit der Reaktion und vielleicht auch ein zeitlicher Zusammenhang zwischen antiluetischer Kur und Malaria eine Rolle. Die Malariakur, kombiniert mit spezifischen Kuren, bedingt sicher eine starke Reaktion auf den Organismus und in dieser heftigen, reaktiven Phase wirkt, wenn es überhaupt ein spezifisches Mittel gibt, das spezifische Heilmittel noch spezifischer, bleibt man bei der Vorstellung von der unspezifischen Wirkung der Heilmittel, noch unspezifischer: Die Wirkung der Heilmittel wird verstärkt, die Möglichkeit des Erfolges größer. Demnach gibt es keine prophylaktische Behandlung vor der progressiven Paralyse, wohl aber eine energische und gründliche Kur der Lues mit Hilfe der Malaria

Die auffälligen Resultate von *Matthauschek* und *Pilcz* bleiben noch zu erörtern. In der umfassenden Luetikerstatistik haben die Autoren eine Gruppe von 157 Patienten zusammengestellt, die nicht an Paralyse erkrankt sind, deren Krankengeschichten aber fieberhafte Erkrankungen während der spezifischen Infektion aufgewiesen haben. Bei dem bestimmten Material, das in diesem Fall zugrunde gelegen hat (es handelt sich ausschließlich um österreichische Offiziere), besteht sehr wohl die Möglichkeit, daß eine größere Anzahl aus südlichen Ländern stammt (Bosnien, Herzegowina) und daß für diese Offiziere die gleichen Bedingungen gelten wie für die südliche Bevölkerung im allgemeinen. Immerhin bleibt diese Erklärung etwas unbestimmt. In Athen habe ich unter 74 Luetikern 6 gefunden, die während der luetischen Infektion fieberhafte Erkrankungen durchgemacht haben und trotzdem an progressiver Paralyse erkrankt sind.

Das Resultat der Arbeit ist ein negatives. Zusammenfassend kann nicht gesagt werden: Der besondere klinische Verlauf der Lues in südlichen Ländern, das geringe Vorkommen der Paralyse haben einen bestimmten Grund. Man kann nur sagen: Mit der endemischen Malaria hat das Fehlen der sogenannten Metalues des Zentralnervensystems wahrscheinlich nichts zu tun. Womit aber sonst? Die Arbeit erleichtert nicht die Lösung dieses Problems. Weder werden die Bedingungen, die zur Paralyse führen, augen-

scheinlich, noch wird der Grund für die besondere Form der Lues in jenen Ländern geklärt.

### Anhang.

Da ich weder bulgarisch noch griechisch sprechen kann, so ist das Zustandekommen der Arbeit nur der Mitarbeit von Herrn Dr. *Klyssourof*-Sofia und Herrn Dr. *Hadjilias*-Athen zu verdanken. Für die freundliche Unterstützung während meines bulgarischen und griechischen Aufenthaltes habe ich Herrn Prof. *Moloff*, Prof. *Beron*, Dr. *Russef*, Dr. *Guntscheff*, Herrn Oberarzt Dr. *Klein*-Sofia und Herrn Privatdozenten Dr. *Melissinos*-Athen zu danken.

Material aus dem pathologischen Institut der königlichen Universität Sofia.

	Alter	Beruf	Herkunft	
<b>1924</b>				
Fall 1	62 Jahre	Fabrikant	Etropole	malar. frei
„ 2	43 „	Arbeiter	Sarambij	Malar. Geg.
„ 3	34 „	Kellner	Sofia	
„ 4	35 „	Fischer	Anchialo(Bourgas)	Malar. Geg.
„ 5	33 „	—	Sofia	
„ 6	50 „	Kaufmann	Doupnitza	malar. frei
„ 7	55 „	Fleischer	Svilingrad	Malar. Geg.
„ 8	37 „	Lehrer	Sofia	
„ 9	44 „	Wagenführer	Jambol	Malar. Geg.
„ 10	45 „	Kaufmann	Sofia	
<b>1925</b>				
„ 11	52 Jahre	Beamter	Pirdop	malar. frei
„ 12	39 „	—	Sliven	malar. frei
„ 13	50 „	Arbeiter	Sofia	
„ 14	35 „	—	Sofia	
„ 15	44 „	Beamter	Ferdinand	malar. frei
„ 16	45 „	Arbeiter	Dschirpan	Malar. Geg.
„ 17	65 „	—	Starazagora	malar. frei
„ 18	55 „	Arbeiter	Plovdiv	Malar. Geg.
„ 19	45 „	Arbeiter	Nähe Sofia	malar. frei
„ 20	35 „	Kaufmann	Mechomia	Malar. Geg.
„ 21	40 „	Schuhmacher	Sofia	
<b>1926</b>				
„ 22	48 „	Beamter	Lopoth (Nähe Sofia)	malar. frei
„ 23	30 „	Kaufmann	Starazagora	malar. frei
„ 24	34 „	Hausfrau	Sofia	
„ 25	58 „	Maler	Nähe Sofia	malar. frei
„ 26	34 „	Hausfrau	Harmanli	Malar. Geg.

	Alter	Beruf	Herkunft	
Fall 27	41 Jahre	Hausfrau	Stanimaka	Malar. Geg.
„ 28	40 „	Arbeiterin	Nähe Sofia	malar. frei
„ 29	60 „	Hausfrau	Küstendil	malar. frei
„ 30	50 „	Kaufmann	Sofia	
„ 31	46 „	Friseur	Monastir	Malar. Geg.
<b>1927</b>				
„ 32	36 „	Schriftsetzer	Sofia	
„ 33	44 „	—	Sofia	
„ 34	36 „	Wagenführer	Sofia	
„ 35	42 „	Fischer	Tartar Pazardjik	Malar. Geg.
„ 36	37 „	Beamter	Küstendil	malar. frei
„ 37	54 „	Beamter	Sofia	
„ 38	41 „	—	Philippopel	Malar. Geg.
„ 39	35 „	Landwirt	Drenowo	malar. frei
„ 40	36 „	Bauer	Kotel	malar. frei
„ 41	60 „	Bauer	Sofia	
„ 42	40 „	—	Sofia	
„ 43	35 „	Schlosser	Samokov	malar. frei
„ 44	42 „	Hausfrau	Philippopel	Malar. Geg.
<b>1928</b>				
„ 45	42 „	Hausfrau	Sofia	
„ 46	45 „	Beamter	Drenowo	malar. frei
„ 47	38 „	Beamter	Starazagora	malar. frei
„ 48	25 „	Gefangener	Starazagora	malar. frei
„ 49	44 „	Beamter	Tirnova	malar. frei
„ 50	46 „	—	Pleven	malar. frei
„ 51	40 „	—	Sofia	
„ 52	56 „	—	Bourgaz	Malar. Geg.
„ 53	45 „	—	Orechovo	Malar. Geg.
„ 54	38 „	—	Petric	Malar. Geg.
„ 55	60 „	Hausfrau	Böhmen (wohnhaft Sofia)	
„ 56	40 „	—	Orchanje	malar. frei

Material aus dem Hospital »Äginition« (Prof. Katsaras)  
Athen.

	Alter	Beruf	Herkunft
<b>1919</b>			
Fall 1	38 Jahre	Hausfrau	Athen
„ 2	37 „	Offizier	Athen
„ 3	45 „	Händler	Kephalinia
„ 4	34 „	Beamter	Kreta
„ 5	57 „	Restaurateur	Astros (später Athen)
„ 6	45 „	Gerichtsbeamter	Doris

	Alter	Beruf	Herkunft
Fall 7	31 Jahre	Advokat	Kalama
„ 8	49 „	Rentier	Trikala
„ 9	45 „	Offizier	Poros
<b>1920</b>			
„ 10	62	Rentier	Lakonie
„ 11	78 „	Offizier	Athen
„ 12	43 „	Techn. Direktor	Larissa
„ 13	36 „	Händler	Epiros (später Athen)
„ 14	47 „	Buchdruckerei- Direktor	Athen
„ 15	54 „	Richter	Atalandi
„ 16	30 „	Hausfrau	Athen
„ 17	29 „	—	Kypros
<b>1921</b>			
„ 18	67 „	Rentier	Zakinthos
„ 19	32	Maler	Agion (später Athen)
„ 20	41 „	Tischler	Kypros
„ 21	46 „	Mechaniker	Amphisa
„ 22	30 „	Restaurateur	Kolindro-Katherin
<b>1922</b>			
„ 23	42 „	Beamter	Athen
„ 24	48 „	Arbeiter	Chimara-Alkanie (Tabes)
„ 25	32	Beamter	Kardiza
„ 26	43 „	Buchdrucker	Amorgos-Athen
„ 27	41 „	Händler	Neodwion (Tessal.)
„ 28	52 „	Zahnarzt	Konstantinopel
<b>1923</b>			
„ 29	42 „	Bauer	Xyrochoi
„ 30	39 „	Zimmermann	Agion-Athen
„ 31	37 „	Rentier	Zakinthos
„ 32	40 „	Händler	Leonidion Kynuria
„ 33	30 „	Schauspieler	Cyros
„ 34	32 „	Kutscher	Athen [Tabo-Paralyse]
„ 35	50 „	Rentier	Sparta
„ 36	49 „	Händler	Tripolis
„ 37	48 „	Bauer	Hania (Kreta)
„ 38	40 „	Händler	Smyrna-Athen
<b>1924</b>			
„ 39	40 „	Bauer	Kreta
„ 40	50 „	Händler	Tripolis
„ 41	33 „	Arzt	Chalkis
<b>1925</b>			
„ 42	40 „	Mechaniker	Kephalinia
„ 43	44 „	Beamter	Athen
„ 44	47 „	Mechaniker	Panarmos (Asien)

	Alter	Beruf	Herkunft
Fall 45	40 Jahre	Tischler	Athen
„ 46	30 „	Bankbeamter	Athen
<b>1926</b>			
„ 47	34 „	Schuhmacher	Zakinthos
„ 48	49 „	Frau	Cyros
„ 49	37 „	Maler	Zakinthos
„ 50	42 „	Arbeiter	Milos
„ 51	55 „	Buchhalter	Athen
„ 52	58 „	Beamter	Patras
„ 53	42 „	Schneider	Larissa
„ 54	32 „	Hausfrau	Konstantinopol
„ 55	50 „	Eisenbahnbeamter	Amphisa
„ 56	38 „	Zollbeamter	Ilia
<b>1927</b>			
„ 57	36 „	Offizier	Kardiza
„ 58	40 „	Schuhmacher	Kreta
„ 59	36 „	Friseur	Ermioni
„ 60	54 „	Kapitän	Rußland (Noworosinski)
„ 61	60 „	Telegraf.-Beamter	Thive
<b>1928</b>			
„ 62	36 „	Oberkellner	Ivanina Epiros
„ 63	40 „	Zahnarzt	Volos
„ 64	62 „	Händler	Pyrgos (Ilias)
„ 65	39 „	Schneider	Kerassos (Asien)
„ 66	29 „	Gießer	Athen
„ 67	36 „	Händler	Pergamos
„ 68	43 „	Metallarbeiter	Athen
„ 69	34 „	Händler	Athen
„ 70	38 „	Buchdrucker	Zakinthos [Tabes]
„ 71	42 „	Notar	Levadia
„ 72	32 „	Friseur	Agrimion
„ 73	34 „	Architekt	Atalanda
„ 74	55 „	Kaffeehausbesitzer	Kalama
<b>1929</b>			
„ 75	32 „	Hafenaufseher	Athen
„ 76	43 „	Arbeiter	Athen

Literatur:

- I. Gerstmann*; Malaria-Behandlung der progressiven Paralyse.  
*Rüdin*; Zur Paralysefrage in Algier (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 67, 1910).  
*Matthauschek* und *Pilcz*; Beitrag zur Lues-Paralysefrage (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie Bd. 8, 1912).  
*Sponholz*; Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 30, 1874.  
*Spielmeyer*; Versuche der theoretischen Neuroluesforschung zur Lösung der therapeutischen Frage (Vortrag, gehalten auf dem 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin in Wiesbaden, 1926).  
*Wille*; Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 22 und 27, 1865.  
*Wagner-Jauregg*; Die moderne Therapie der Neurolues (Referat, gehalten auf dem 38. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für innere Medizin, 1926).  
*Friedländer*; Über die Anwendung pyrogenetischer Mittel in der Psychiatrie (Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 52, 1913).  
*Kirschner* und *van Loon*; Zur Malariabehandlung der progressiven Paralyse in den Tropen (Klinische Wochenschrift Nr. 44 S. 2001, 1924).  
*Fuchs*; Über die prognostische Bedeutung positiven Liquors bei spätlatenter Syphilis ohne neurologischen Befund (Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde Bd. 75 S. 70, 1922).  
*Kyrle*; Fieber, ein wesentlicher Heilfaktor der Syphilistherapie (Wiener klinische Wochenschrift Nr. 22, 1917).
-



## W. Wundt und seine Bedeutung für die wissenschaftliche Psychiatrie <sup>1)</sup>.

Von

Geh. San.-Rat Dr. Fauser, Stuttgart.

Vor wenigen Wochen (16. Aug. d. J.) jährte sich zum 100. Male der Geburtstag *W. Wundts*. Seinem Andenken — nicht dem des Philosophen *Wundt*, sondern des Psychologen, des physiologischen Psychologen, soweit er für die Psychiatrie von Bedeutung geworden ist und großenteils jetzt noch ist und bleiben wird — mögen einige anspruchslose Worte gewidmet sein. Eine Gesamtdarstellung der Bedeutung der *Wundtschen* physiologischen Psychologie für die Psychiatrie will das, was ich sagen möchte, nicht sein —, das wäre im Rahmen eines einzelnen Vortrags kaum möglich. Ich möchte Ihnen heute in nicht-systematischer und keineswegs erschöpfender Weise einige der für die Psychiatrie wichtigsten von *Wundt* erarbeiteten Gesetze und Prinzipien nennen, und zwar größtenteils solche, die ich selbst in früheren Veröffentlichungen zur Erklärung bestimmter psychopathologischer Erscheinungen und Vorgänge verwendet habe. Wenn ich so z. T. auch eigene Arbeiten zitieren werde, so möchte ich nicht mißverstanden werden: die Absicht dabei ist lediglich die, die Bedeutung *Wundts* für die Psychiatrie an einigen mir naturgemäß naheliegenden Beispielen aus der Psychopathologie zu illustrieren; was daran wertvoll ist, ist in erster Linie *Wundts* Verdienst! —

Zunächst einiges Allgemeine über »physiologische Psychologie« überhaupt: sie gilt heutzutage, im Zeitalter der »Gestalts- und Strukturpsychologie«, der »Entwicklungspsychologie« und der »Typenpsychologie« vielfach als überwunden. Hierzu nur ganz kurz: auch von Vertretern der neuesten psychologischen Richtungen wird die Berechtigung der physiologischen Psychologie mindestens für den Mediziner anerkannt. Jedenfalls erscheint angesichts der da und dort zu beobachtenden allzu üppig gedei-

<sup>1)</sup> Vortrag bei der 55. Tagung der Südwestdeutschen Psychiater in Tübingen am 22. und 23. Oktober 1932.

henden »Vergeistigung« der Psychiatrie, wie sie vornehmlich auch in der Psychoanalyse und ähnlichen Richtungen zutage tritt, die Erinnerung angebracht, daß der Betrieb der Psychiatrie heutzutage in den Händen der Ärzte liegt und hoffentlich auch künftighin liegen wird, und daß deshalb der Arzt die physiologische Handreichung, die ihm die W.sche Psychologie anbietet, willig annehmen soll. Gewiß ist der Standpunkt der physiologischen Psychologie noch nicht das Letzte und Höchste, aber gerade das sichert ihr einen Vorzug für die ihrer natürlichen Schranken bewußt bleibende medizinische Betrachtungsweise, die selbst nicht das Letzte sein will, wenn sie auch für den Arzt das Letzte ist. Er hat es freilich, insbesondere der Psychiater, nicht allein mit Erkrankungen des Körpers, sondern mit Erkrankungen der »Person« zu tun, und die Psychiatrie hat so zahlreiche Berührungsflächen mit anderen Gebieten: der reinen Psychologie, der Philosophie usw., und der Inhalt der einzelnen Psychosen ist so reich an kulturgeschichtlichem, völkerkundlichem, »seelenarchäologischem«, »tiefenpsychologischem« (»seelengeologischem«, *Spranger*) usw. Material, daß die Psychiatrie mit Recht zu keiner Zeit ganz daran vorübergegangen ist. Aber sie muß sich stets dessen bewußt bleiben, daß eine rein psychologische, philosophische usw. Betrachtungsweise dem Arzt nicht das Recht reservieren würde, auf den Betrieb der Psychiatrie vorzugsweise Anspruch zu erheben, daß dieses sein Vorrecht vielmehr durch die Notwendigkeit und die faktische Ausübung der physiologisch-psychologischen (»nomothetischen«, im Sinn von *Windelband* und *Rickert*), nicht einer rein psychologischen (»idiographischen«) Betrachtungsweise bedingt ist. — Diese besondere und heutzutage notwendige Hervorhebung auch des naturwissenschaftlichen Faktors ist der hervorstechende Charakter der physiologischen Psychologie *Wilhelm Wundts* und darin liegt eines seiner Hauptverdienste um die Psychiatrie. — So viel in grundsätzlicher Hinsicht! Und nun einige besondere Beziehungen zwischen *Wundts* Psychologie und der Psychiatrie, illustriert an Beispielen aus der allgemeinen Psychopathologie und zwar, wie bereits erwähnt, in keineswegs erschöpfender Weise.

Wenn man von W.s Psychologie spricht, so denkt man in erster Linie an sein Prinzip des »psychophysischen Parallelismus«; dies ist durchaus berechtigt, nur muß man dieses Prinzip dann auch im Sinne W.s verstehen. Fürs erste ist daran zu erinnern, daß es bei ihm kein metaphysisches, sondern nur ein Arbeitsprinzip darstellen will (*W.* ist letzten Endes idealistischer Monist); wichtiger für uns aber ist, daß — was leider häufig nicht beachtet wird — dieses Prinzip in seiner einfachsten Fassung besagen will, daß innerhalb der Erfahrungsinhalte, die gleichzeitig

der naturwissenschaftlichen und der psychologischen Betrachtungsweise angehören, jedem elementaren Vorgang auf psychischer Seite ein elementarer Vorgang auf physischer (anatomisch-physiologischer) Seite entspricht. Es müssen also, wenn wir aus zusammengesetzten psychopathologischen Gebilden, z. B. aus Zwangsvorstellungen, Sinnestäuschungen, Anhaltspunkte gewinnen wollen, für Art und Lokalisation der etwa dazugehörigen körperlichen Störungen, zunächst diese zusammengesetzten seelischen Gebilde in ihre Elemente: einfache Empfindungen und einfache Gefühle, zerlegt werden. Bei dieser analysierenden Tätigkeit bin ich in einer schon viele Jahre (1890) zurückliegenden Arbeit (»Zur allgemeinen Pathologie und Pathogenese des Irreseins«) zu gewissen allgemeinen Aufstellungen und Forderungen gelangt, zu denen ich mich auch heute noch bekenne. Wir müssen, wie ich dort ausgeführt habe, uns stets gegenwärtig halten, daß wir zwar zusammengesetzte psychische Vorgänge und Gebilde, normale wie pathologische, in ihre einfachsten psychischen Bestandteile zerlegen können, daß aber, wenn uns eine Anzahl von psychischen und den ihnen nach dem Parallelismusprinzip parallel gehenden physischen elementaren Vorgängen gegeben ist, wir damit von der Art der Verbindung und Gestaltung dieser Teilstücke zu zusammengesetzten Gebilden und Vorgängen noch nichts wissen. — Zu demselben negativen Ergebnis wie hier von der psychischen kommt man übrigens auch von der physischen Seite aus: die späteren histologischen Forschungen von *Nißl* und *Alzheimer* und anderen haben es von der physischen Seite aus bestätigt, daß aus den histologischen Veränderungen, die bei der feineren Untersuchung des Gehirns gefunden werden, keineswegs eine Rekonstruktion der am Lebenden vorhanden gewesenen besonderen Formen und Gestaltungen der zusammengesetzten krankhaften Vorstellungen, Sinnestäuschungen, Willensstörungen usw. möglich ist. Die normale und pathologische Anatomie und Physiologie des Gehirns wird so, vom Boden der *Wundtschen* Ausführungen aus, für die Psychiatrie zwar keineswegs bedeutungslos sein; aber sie muß sich, wie ich in einem Vortrag über die »Psychologie der Sinnestäuschungen« (1911) ausgeführt habe, stets gegenwärtig halten, daß sie für zusammengesetzte psychologische Prozesse höchstens die einzelnen physischen Teilstücke aufdecken kann, die den psychischen Teilstücken parallel gehen. Vorhergehen muß dem Versuch einer anatomisch-physiologischen Betrachtungsweise eine Zerlegung der zusammengesetzten Vorstellung — also etwa einer Sinnestäuschung — in ihre psychischen Teilstücke; erst dann kann daran gedacht werden, die ihnen parallel gehenden physischen Teilstücke aufzusuchen und

der Art der krankhaften psychischen Äußerungen, etwa der Sinnestäuschungen, gehirnlokalisatorische Hinweise zu entnehmen. Also, eine wertvolle Bedeutung wird die pathologische Anatomie auf dem Boden der physiologischen Psychologie W.s stets behalten und wir sollen dauernd bemüht sein, anatomischen Boden zu suchen und zu behalten, aber wir müssen stets eingedenk bleiben, daß ein restloses Aufgehen der zusammengesetzten psychopathologischen Vorgänge in physisches Geschehen niemals gefunden werden kann.

Neben dem Prinzip des psychophysischen Parallelismus und ihm bezüglich seiner Bedeutung für die Psychiatrie gleichwertig ist als zweiter Grundpfeiler der W.schen Psychologie ihr Charakter als sogen. Apperzeptionspsychologie, als »Voluntarismus«, zu bezeichnen: im Gegensatz zur (reinen) Assoziationspsychologie, der intellektualistischen Richtung, statuiert die Apperzeptionspsychologie eine den Vorstellungsablauf dirigierende, hemmende, ordnende innere Willensstätigkeit. Die Apperzeptionsverbindungen im Sinne W.s — das, was man gemeinhin Denken, Reflexion, Phantasie- und Verstandestätigkeit nennt — unterscheiden sich von den Assoziationen dadurch, daß die ersteren als aktive, die letzteren als passive Erlebnisse von uns aufgefaßt werden. Dieser fundamentale Unterschied des Aktiven und Passiven zeigt sich darin, daß die Apperzeptionsverbindungen unter der Wirkung einer inneren Tätigkeit zustande kommen und den zustandekommenden Verbindungen ein Gefühl der Tätigkeit vorausgeht. Die Assoziationen dagegen werden nicht unmittelbar durch innere Willensvorgänge bewirkt und es geht ihnen nicht ein Gefühl der Tätigkeit voraus. In diesem Punkte verhalten sich also die Assoziationen ähnlich wie die unmittelbaren Sinneseindrücke: bei beiden handelt es sich um passive Erlebnisse. — Aus dieser Apperzeptionslehre W.s läßt sich nun, wie ich in einem auf der Versammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie (1911) gehaltenen Vortrag glaube gezeigt zu haben, das Zustandekommen der Sinnestäuschungen und ihrer verschiedenen Arten unschwer erklären; auf Einzelheiten möchte ich heute verzichten. — Eine eingehendere Zergliederung des zusammengesetzten psychopathologischen Gebildes »Sinnestäuschung« und die dadurch ermöglichte Auseinanderhaltung der beiden Faktoren, eines anatomisch-physiologischen und eines assoziationspsychologischen, kann dann auch für gehirnlokalisatorische Fragen evtl. von Bedeutung werden; bloße Herdsymptome im gewöhnlichen Sinn sind aber die ausgebildeten Formen von Sinnestäuschungen sicher nicht, stets muß hier eine Störung der gesamten psychischen Tätigkeit, namentlich der aktiven Apperzeptionstätigkeit, vorliegen. Wer diese Funktion in das Stirn-

hirn verlegt, wird neben anderen Erkrankungen auch eine Erkrankung des Stirnhirns vermuten müssen.

Wie den Sinnestäuschungen, so liegen bestimmt auch andern psychopathologischen Prozessen und Komplexen Störungen auf dem Gebiete des Apperzeptionsvorgangs zugrunde. Bei der Ideenflucht ließe sich dies leicht demonstrieren; auch die Zwangsvorstellungen stellen ein Kapitel aus der Pathologie der aktiven Apperzeption dar: es liegt ihnen eine »Insuffizienz« — d. h. eine ungenügende Leistung, aber nicht ein völliges Ausschaltesein — der aktiven Apperzeption zugrunde; daraus, aus dem Auf- und Abwogen des Kampfes, entsteht ein oszillierender Gemützustand: Zweifel, Unentschiedenheit, Unsicherheit usf. Bezüglich der Einzelheiten bei den Zwangsvorstellungen, z. B. des begleitenden »Fremdheitsgefühls«, des Gefühls des »Absurden«, des Angstgefühls, des »Haftens« muß ich auf meine Arbeit über »Zwangsvorstellungen« (1905) verweisen. — Auf *W.scher* Psychologie vornehmlich ruhen auch meine in dem Vortrag »endogene Symptomkomplexe bei exogenen Krankheitsformen« (1904) gemachten Ausführungen: in exogene (im weitesten Sinn) Krankheitsformen verschiedener Herkunft (z. B. paralytische und nichtparalytische Verblödungsprozesse) sind koordinierte, beim Gesunden bereits präformierte Symptomkomplexe endogener Art — z. B. der »manisch-depressive«, »hysterische«, »konstitutionell-nervöse« Symptomkomplex — eingeflochten (ein besonders schönes Beispiel von Eingeflochtensein des endogenen »manisch-depressiven« Symptomkomplexes in eine exogene Krankheitsform sehen wir z. B. bei der progressiven Paralyse, wo wir ja — wie bei der Krankheitsform des sogen. »manisch-depressiven Irreseins« — von »expansiven«, »depressiven« und »zirkulären« Formen sprechen)<sup>2)</sup>; »das einseitige Hervortreten solcher endogener Symptomkomplexe wird beim Gesunden durch eine Reihe von Momenten, insbesondere durch die Einflüsse der Übung, Erziehung, der intellektuellen Prozesse, ganz oder nahezu ganz verhindert; ihr einseitiges Hervortreten bei unsern Kranken ist als eine »Ausfallerscheinung« zu deuten, analog andern schon längst als Ausfallerscheinungen gewürdigten Symptomen«. Gerade durch diese — wiederum auf *W.scher* Grundlage beruhende — Aufstellung »präformierter«, stammesgeschichtlich bedingter,

<sup>2)</sup> Nebenbei gesagt ergibt sich daraus, d. h. aus der Auffassung derselben Symptome sowohl als einer selbständigen »Krankheitsform« (»man.-depress. Irreseins«), wie als eines »endogenen Symptomkomplexes, der in exogene Krankheitsformen eingeflochten ist«, der Verdacht, daß das »m.-d. I.« selbst nur einen endogenen Symptomkomplex bei einer noch nicht im einzelnen festgestellten exogenen Krankheitsform (z. B. Stoffwechselerkrankung darstellt.

Symptomkomplexe, die infolge des Ausfalls der (sekundären) Einflüsse der Kultur einseitig hervortreten, wird nach meiner Überzeugung ein großer Teil des Inhalts der Psychosen, des ganzen Gebarens unserer Kranken, ihrer sprachlichen Äußerungen, Bewegungen, Handlungen, kurzum alles dessen, was uns an unsern Kranken besonders auffällig ist, dem psychologischen Verständnis etwas näher gerückt. — Die Frage, wie die Entstehung solcher endogener Symptomkomplexe phylogenetisch zu erklären ist, wurde dann in einer späteren Arbeit (1905), die sich mit den besonders bei Schizophrenen auftretenden rhythmischen Automatismen («rhythmische Betonung») beschäftigt, berührt und dabei, wieder im Anschluß an *Wundt*, erwähnt, daß wir sie »am ehesten als ursprüngliche Willens-, insbesondere Triebhandlungen aufzufassen haben werden, die im Laufe der generellen Entwicklung stabilisiert und mechanisiert worden sind«. — Auch in die Pathogenese der Hysterie — wenigstens eines Teils dieses komplizierten Prozesses — wirft die *W.*sche Psychologie ihr Licht, wie ich in einer kriegspsychiatrischen Arbeit (1917) auseinandergesetzt habe: einmal handelt es sich auch hier zunächst um das Zutagetreten stammesgeschichtlich uralter Prozesse, die beim Gesunden durch höhere psychische Prozesse in die Tiefe gedrängt sind, beim Hysteriker aber (warum? ist hier nicht zu untersuchen) wieder an die Oberfläche treten (also wiederum um das Auswirken einer von *W.* gewürdigten allgemeinen Erscheinung); und dann um die Wirkung des von *W.* formulierten »allgemeinen neurologischen Prinzips der Kompensation der Funktionen«, wonach sich die »Funktionshemmung« eines bestimmten Zentralgebiets mit einer »Funktionssteigerung« anderer, in Wechselwirkung stehender Gebiete, verbindet; daraus erklärt sich das bei Hysterie häufig so starke und einseitige Hervortreten einzelner Funktionen bei gleichzeitigem Zurücktretreten bzw. Ausgelöschtsein anderer. —

Das sind einige wenige Beispiele, an denen sich die große Bedeutung *Wundts* für die Psychiatrie offenbart. Ich glaube, man kann ohne Übertreibung sagen, daß ein großer Teil der *Kräpelin*-schen Lebensarbeit und der heutigen wissenschaftlichen Psychiatrie auf den Grundlagen der *Wundtschen* Psychologie aufgebaut ist; und wenn das psychologische Experiment unter der Führung von *Kräpelin* und *R. Sommer* seinen Einzug auch in die psychiatrischen Laboratorien gehalten hat, so sehen wir auch hier wieder *W.*schen Einfluß.

*Kräpelin* († 7. X. 1926) hat in einer bedeutsamen Arbeit seiner letzten Jahre (»die Erscheinungsformen des Irreseins«, *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Ps.* 1920) der in neuerer Zeit oft ausgesprochenen Klage, die klinisch-psychiatrische Forschung sei

auf einem toten Punkt angekommen und es müssen neue Wege eingeschlagen werden, eine gewisse Berechtigung nicht absprechen zu können geglaubt; er selbst hat dann für die Zukunft die Forderung aufgestellt, daß wir uns »nach Möglichkeit einen Einblick in diejenigen Äußerungsformen des Irreseins verschaffen sollen, die wir auf das Spiel vorgebildeter Einrichtungen unseres Organismus zurückzuführen berechtigt sind und die sich demgemäß bei verschiedenen Krankheiten in ähnlicher Weise wiederholen«. Hier finden wir wieder unsere »endogenen Symptomkomplexe«, unsere »koordinierten Symptomkomplexe, die beim Gesunden bereits präformiert sind«, die »Notwendigkeit einer phylogenetischen Erklärung mancher Äußerungsformen des Irreseins«. Also, auch diese *Kräpelin'schen* Zukunftsforderungen stehen auf den Grundlagen alter *Wundt'scher* Psychologie. — Übrigens hat auch *Wundt* seinerseits an den entsprechenden Stellen seines Hauptwerks die Bedeutung *Kräpelin's* für die Psychiatrie und die Psychologie überhaupt in hohem Maße anerkannt. —

Und derselbe Mann, der das gesamte natur- und geisteswissenschaftliche Wissen der Zeit in seinem Kopfe vereinigte, war von rührender Güte gegenüber jedem redlichen Streben und bereit, auch kleinem Verdienst Ermunterung und Anerkennung zu schenken! — Diesen menschlich schönen Zug möchte ich noch dem Bilde hinzufügen, das ich von der Bedeutung *Wundt's* für die Psychiatrie zu entwerfen versucht habe!

Von wissenschaftlichen Veröffentlichungen des Verf. stehen zu dem Thema in Beziehung: 1. »Zur allgem. Pathol. u. Pathogenese des Irreseins« in Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie usw. (1891); 2. »Endogene Symptomkomplexe bei exogenen Krankheitsformen« in Allgem. Ztschr. f. Psych. usw. (1904); 3. »Zur allgem. Psychopathol. der Zwangsvorstellungen u. verwandter Symptome« in Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. (1905); 4. »Zur Psychol. des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken« in Allgem. Ztschr. f. Psychiatrie usw. (1905); 5. »Aus der Psychol. der Sinnestäuschungen« in Arch. f. Psychiatrie (1911); 6. »Kriegspsychiatrische u. -neurologische Erfahrungen u. Betrachtungen« in Arch. f. Psych. (1917).

(Nachtrag bei der Korrektur: Zu *Kraepelin* »Die Erscheinungsformen des Irres.« (s. o.) cfr. auch *Fauser*, kriegsärztl. Vortrag am 18. II. 1915, Württ. medicin. Correspondenzbl. 1915 pag. 10f.)

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Breslau.  
Direktor: Prof. Dr. J. Lange.)

## • Zur Genese der Rentenneurose.

Von

**Ruth Meier-Blaauw.**

Über die Rentenneurose ist nach dem Kriege ein umfangreiches Schrifttum entstanden. Dies erklärt sich nicht nur aus der praktischen Bedeutung nervöser Unfallfolgen, sondern auch aus der Wichtigkeit theoretischer Fragestellungen, die das Gebiet aufgab. Ist doch die Rentenneurose der Hauptanlaß zu einer Erörterung, Klärung und Fundierung des gesamten Hysterie- und Psychogeniegebietes geworden. Auch der Begriff des echt-organischen Traumatischen in der Psychopathologie wurde daran geklärt. Schließlich deutet der Umstand, daß statt des Begriffs Rentenneurose immer häufiger der rentenneurotische Mensch zum Mittelpunkt der Untersuchungen gemacht wird, auf eine wichtige Veränderung der Anschauungsweise hin. In der letzten Zeit allerdings wird auf der gewonnenen Grundlage wieder die spezielle Reaktion genauer beleuchtet. Eine mehrdimensionale Betrachtungsweise sucht die Symptomatologie des Einzelfalles aus seiner Konstitution, Situation und äußeren Einwirkungen somatischer wie psychischer Art zu erfassen.

Im großen stellt sich die heutige Schulmeinung etwa folgendermaßen dar:

Die rentenneurotisch erkrankenden Menschen sind vor jenen Anlässen, an die ihre Rentenerkrankungen anknüpfen, in der großen Mehrzahl abwegige Persönlichkeiten gewesen. Die Störungen des Rentenkampfes sind nicht organischer, sondern psychogener Natur. In ihrer Entstehung spielen Begehrungsvorstellungen, zum mindesten in der großen Mehrzahl der Fälle, eine entscheidende Rolle. So wenigstens lassen sich die Auffassungen zusammenfassen, die von der überwiegenden Schar der Gutachter ihren gutachtlichen Ausführungen zugrunde gelegt werden.

Jedem nachdenklichen Gutachter werden aber hie und da Zweifel auftauchen, ob die Dinge denn wirklich so einfach liegen. In der Tat gibt es viele Ärzte, die sich den heute allzu einfachen Gesichtspunkten mit Nachdruck entgegenstellen, dabei allerdings zumeist in eine schiefe Lage geraten, dadurch daß sie



das Gewicht der tatsächlichen oder vermeintlichen Rentenanslässe, insbesondere des objektiven Unfallgeschehnisses und seiner grob organisch greifbaren Folgen verstärken, oder aber dem Unfall-erlebnis als solchem eine hohe, die Lebenstüre durchbrechende Bedeutung zumessen. Oder aber sie suchen, wie etwa v. *Weizsäcker*, die letzten in typischer Weise wiederkehrenden Ursprünge der rentenneurotischen Reaktionen und Entwicklungen gerade in positiven Eigenschaften der Betroffenen, dem irgendwie beeinträchtigten Rechtsbewußtsein etwa der Verunfallten, so daß v. *Weizsäcker* unter der Hand die Renten- zur Rechtsneurose wird.

Materialsammlungen liegen nur spärlich vor. Verhältnismäßig häufig wurde die Konstitution in systematischer Weise untersucht, wobei unter den Neurotikern am häufigsten vier Persönlichkeitstypen angetroffen wurden: die Psychastheniker (Willensschwache, gelegentlich auch als Nervöse bezeichnet), Hypochondrische, die eigentlichen Hysteriker und Querulatorisch-Paranoide. Unter dem Material *Bonhoeffers* finden sich 50% Empfindliche, Weiche, 25% Erregbare, Epileptoide, 4% Haltlose, 10% intellektuell Defekte und 10% mit pathologischen Zeichen, die auf anderem Boden erworben waren (Arteriosklerose usw.). Der Rest war querulatorisch und konstitutionell hypochondrisch-depressiv. Aus der *Enkeschen* Statistik geht hervor, daß kein Fall frei von psychopathischen Zügen war. Bei seinem Material sieht dieser Untersucher drei Formen des Versagens: primitive Triebhaftigkeit mit vorwiegend ausweichender Lebenseinstellung, die im geheimen bestehende Insuffizienz und die reine Psychasthenie. Hierbei sind im einzelnen acht Psychopathengruppen vertreten, die sich im wesentlichen mit denen *Bonhoeffers* decken. Bemerkenswert ist die Tatsache, daß *Enke* 20% sexuell Abnorme fand und daß bei seinem Material Debilität keine wesentliche Rolle spielte. Auch die von *Stier*, *Reichardt* und v. *Weizsäcker* herausgehobenen Menschentypen entsprechen im wesentlichen denen *Bonhoeffers*.

Das Material, das meinen Untersuchungen zugrunde liegt, umfaßt 100 in der Klinik im Verlauf der letzten zwei Jahre beobachtete Fälle. An diesen soll eine Analyse der äußeren und inneren Faktoren versucht werden, deren Zusammenspiel für die Entstehung und Gestaltung der Rentenneurose in erster Linie verantwortlich gemacht werden könnte. Bei einer derartigen Fragestellung ist es notwendig, die Beziehungen zwischen sozialer Lage und somatischer und psychischer Konstitution auf der einen Seite, Form und Entwicklung der Neurose auf der anderen Seite klar zu stellen, wobei auch die zurzeit des Unfalls vorhandene Konstellation im Einzelfalle nach Möglich-

keit zu berücksichtigen ist. Allerdings ist eine restlose Lösung vor allem der zuletzt erwähnten Aufgaben durch die Sprödigkeit des Materials nicht in jedem Falle gelungen. Handelt es sich doch um Menschen, denen im Hinblick auf ihre Lage durchaus nicht an einer vollständigen Klärung ihrer Situation gelegen ist. Es soll trotzdem versucht werden, in einigen besonders günstig liegenden Fällen eine möglichst umfassende und eingehende Analyse der tatsächlichen Sachverhalte zu geben.

Unter den wahllos zusammengestellten 100 Fällen befanden sich 71 Männer und 29 Frauen. Diese ungleichmäßige Verteilung erklärt sich bekanntermaßen in erster Linie aus dem Umstand, daß die Unfallmöglichkeiten infolge der verschiedenartigen Berufsgliederung der beiden Geschlechter bei den Männern zahlreicher und mannigfaltiger sind, andererseits auch daraus, daß schon die Anzahl der versicherten Männer eine größere ist. In bezug auf das Alter konnte festgestellt werden, daß

unter männl. Pers.: unter weibl. Pers.:

0	2	unter 20 Jahren
16	11	„ 30 „
29	8	„ 40 „
21	5	„ 50 „
5	2	„ 60 „
	1	über 60 „

sich befanden. Aus der Zusammenstellung ist ersichtlich, daß sich das Hauptkontingent der Neurotiker zwischen 30 und 40 Jahren bei Männern, zwischen 20 und 30 Jahren bei Frauen befindet. Personen beiderlei Geschlechts, die das 20. Jahr noch nicht bzw. das 50. Jahr schon überschritten haben, kommen nur vereinzelt vor. Auch die Tatsache, daß bei Frauen der Höhepunkt zwischen 20 und 30 Jahren liegt, ist bemerkenswert und stimmt mit den Erhebungen anderer Autoren (z. B. *H. Schwarz*) überein.

Um über die soziale Schichtung ein Bild zu bekommen, empfiehlt es sich, das Material zunächst nach den Berufsarten zu gliedern. Es fanden sich unter den

Männern	Frauen	
20	9	ungelernte Arbeiter
15	0	gelernte Arbeiter
9	7	Beamte
8	3	selbständige Landwirte
14	4	sonst. selbst. Berufstät.
5	5	Angestellte
0	1	Berufslose.

Betrachten wir zunächst die ersten drei Gruppen, welche die ungelerten und gelernten Arbeiter sowie die Beamten umfassen.

Schon auf den ersten Blick ist auffallend, daß, während das Verhältnis der Arbeiter zu den Beamten sich bei den Männern wie 35:9 (d. h. 3,9:1) verhält, also die Anzahl der Arbeiter fast viermal so hoch ist wie die der Beamten, dies bei Frauen vollständig anders ist; hier betragen die Verhältniszahlen 9:7 (d. h. 1,2:1). Es zeigt sich bei den Frauen also eine annähernd gleiche Verteilung auf die beiden Berufsgruppen. Ob dieser hohen Beteiligung weiblicher Beamter an unserem Material eine besondere Bedeutung zukommt, ist bei der kleinen Zahl der Untersuchten vielleicht nur zufällig. Es könnte sich auch um zeitliche oder örtliche Besonderheiten handeln, die hierfür bestimmend sind. Immerhin verdient dieser Befund Beachtung.

Auch die Verteilung des Materials nach den Versicherungsarten und Berufsgruppen gibt gewisse Aufschlüsse:

1. gelernte Arbeiter:

a) Unfallrente:	14
b) Invalidität:	1
c) KDB:	0
	15
insgesamt	15

2. ungelernete Arbeiter:

a) Unfallrente:	7 Männer	6 Frauen	insges.	13
b) Invalidität:	3 „	3 „	„	6
c) KDB:	10 „		„	10

im ganzen 29.

Auffallend erscheint hier die Tatsache, daß bei den ungelerten Arbeitern viel KDB-Ansprüche, bei den gelernten aber fast ausschließlich Unfallsansprüche vorkommen. Beim gelernten Arbeiter sind offenbar mehr Unfallsmöglichkeiten gegeben, und er ist zudem zwangsläufig relativ höher versichert, während der ungelernete Arbeiter bei der geringen Häufigkeit der Unfälle viel eher geneigt sein wird, auf angebliche alte Kriegsschäden zurückzugreifen.

3. Beamte:

a) Unfallrente:	2 Männer	2 Frauen	insges.	4
b) Invalidisierung bzw. Pensionier.	2 „	5 „	„	7
c) KDB:	5 „		„	5
insgesamt				16.

Auch bei den Beamten sind also auffallend viele KDB-Ansprüche vertreten. Auch bei ihnen gibt es ja durchschnittlich nicht so häufig Unfallsmöglichkeiten. Auf der anderen Seite verbessern sich mit der Höhe der KDB. bei den Beamten die Bestallungsmöglichkeiten und es bestehen auch Vorteile für die

Berechnung des Dienalters und der Beförderung. Die hohe Zahl der zu pensionierenden Frauen kommt dadurch zustande, daß es sich bei unserem Material vorwiegend um Telephonassistentinnen handelt, deren Neigung zu Unfallsneurosen aus den Untersuchungen *Stiers* hinreichend bekannt ist.

## 4. selbständige Landwirte:

a) Unfallrente:	1 Mann	3 Frauen	insges. 4
b) Invalidisierung:	0 „	0 „	„ 0
c) KDB:	7 Männer		„ 7
	insgesamt 11.		

## 5. sonst. selbständige Berufstätige:

a) Unfallrente:	3 Männer	5 Frauen	insges. 8
b) Invalidisierung:	0 „	0 „	„ 0
c) KDB:	11 „		„ 11
	insgesamt 19.		

Zu bemerken ist hier, daß es sich vorwiegend um freie Handwerker (bis auf einen Variétékünstler) handelt. Auch bei der 4. und 5. Gruppe haben wir es fast nur mit KDB-Ansprüchen zu tun; und zwar wohl deshalb, weil die meisten Angehörigen dieser Gruppen keine Pflichtversicherung eingegangen sind. Die geringe Zahl der Frauen erklärt sich aus dem Umstand, daß die Frauen dieser Stände selten selbständig berufstätig sind. Erwähnt sei weiterhin, daß höhere Berufe in unserem Material völlig fehlen.

## 6. Angestellte:

a) Unfallrente:	2 Männer	1 Frau	insges. 3
b) Invalidisierung:	2 „	4 Frauen	„ 6
c) KDB:	1 Mann		„ 1
	insgesamt 10.		

Auffallend ist hier die sehr hohe Zahl der Frauen; es handelt sich um Frauen von etwa 50 Jahren, die vorzeitig von der Arbeit erschöpft sind. Diese Gruppe früh verbrauchter weiblicher Angestellter ist ja allgemein bekannt. Somit stellt sich das gesamte Material folgendermaßen dar:

Unfallschäden:	insges. 45, darunter	14 gel. Arbeiter
		13 ungel. Arbeiter
		4 Beamte
		3 Angestellte
		7 sonst. selbst. Berufe
		4 selbst. Landwirte
KDB:	insges. 35, darunter	0 gel. Arbeiter
		10 ungel. Arbeiter
		5 Beamte

	1 Angestellte
	11 sonst. selbst. Berufe
	7 selbst. Landwirte
	1 Berufslose
Inval. u. Pension.: insges. 20, darunter	1 gel. Arbeiter
	6 ungel. Arbeiter
	7 Beamte
	6 Angestellte.

Der nächste Punkt, der zu berücksichtigen ist, wenn man zu einem Bild über die soziale Lage der Untersuchten gelangen will, ist die Betrachtung der Familienverhältnisse. Allerdings konnte eine wesentlichste Frage in den meisten Fällen nicht hinreichend geklärt werden; es ließ sich nämlich nicht feststellen, für wieviel Familienmitglieder die Neurotiker tatsächlich zu sorgen haben. Von unseren 71 Männern waren 63 verheiratet, von den Frauen nur 16. Die Kinderzahl — wobei nur erhaltungspflichtige Kinder gezählt wurden — betrug nur in einem Falle über 10. Die Mehrzahl (30 Männer, 11 Frauen) hatten zwei bis fünf Kinder; nur 15 fünf bis zehn Kinder; für gar keine Kinder hatten angeblich 43 zu sorgen. Eine wesentliche Erhöhung der Kinderzahl in der Zeit nach dem Unfallsrenten- bzw. KDB-Antrag konnte nicht konstatiert werden; dagegen fiel in 10 Fällen der Termin der Eheschließung unmittelbar in die Zeit nach dem Rentenanspruch.

Als nächstes wurden die Zusammenhänge zwischen somatischer Konstitution und Häufigkeit der Neurosen untersucht. Wir haben dabei die von *Kretschmer* gegebene Einteilung unseren Untersuchungen zugrunde gelegt. Leider war es nicht möglich, genaue Messungen auszuführen. Infolgedessen ist die Berücksichtigung vor allem der Untergruppen nicht vollständig möglich gewesen. Die Ergebnisse zeigt die nachfolgende Tabelle:

		Anzahl der Neurotiker in der Gruppe der					
Asthenischen		Athletischen		Pyknischen		Dysplastischen	
Abs.Z.	%	a	b	a	b	a	b
M.	24 33,8	15	21,1	12	16,9	20	28,2
Fr.	11 37,9	0	0	6	20,7	12	41,4

Besonderes Interesse gewinnen diese Zahlen, wenn wir sie mit der von *Georgi* bearbeiteten Statistik der schlesischen Bevölkerung vergleichen. Während die von *Georgi* angegebenen Prozentzahlen für Astheniker (33,7) und Athletiker (15,5) mit den unsrigen (35 und 15) gut übereinstimmen, besteht eine auffallende Verschiebung in bezug auf Dysplastische und Pyknische. Erstere sind unter unseren Neurotikern in 32%, bei *Georgi* dagegen 20,2%, letztere bei uns mit 18%, bei *Georgi*

mit 27,9% vertreten. Es ergibt sich daraus, daß die Dysplastiker relativ sehr häufig, die Pykniker relativ selten an Rentenneurose erkranken. Diese Verschiebung bei unserem Material steht in Widerspruch zu dem Ergebnis *Enkes*, der keine besondere Affinität der Unfallneurosen zu einem der großen Konstitutionskreise feststellt. Daß eine körperliche Minderwertigkeit, die mit mangelnder seelischer Widerstandskraft einhergeht, bei den Dysplastischen vorliegen muß, ergibt sich weiterhin aus der Tatsache, daß sich unter unseren 32 Dysplastischen 16 manifest endokrin Gestörte (darunter sechs Frauen) und neun Dysraphische (darunter nur eine Frau) befinden. Von weiterem Interesse ist, wie häufig eine vegetative Stigmatisation vorliegt. Bei aller Vorsicht, die bei der Bewertung vegetativer Zeichen angezeigt erscheint, ist es doch auffallend, daß sich unter 71 Männern 38, unter 29 Frauen sogar 22 vegetativ Labile fanden. Die Verteilung der vegetativen Stigmatisation ergibt folgende Tabelle: Unter 60 vegetativ Stigmatisierten fielen auf die Gruppe der

	Asthenisch.	Athletisch.	Pyknisch.	Dysplastisch.
Männer:	10	7	6	15
Frauen:	9	0	2	11
	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
	19	7	8	26

Aus der Tabelle ist ersichtlich, daß am häufigsten die Gruppe der Dysplastischen (43,3%) befallen ist, nächst dem jene der Astheniker (31%). Zusammenfassend ist demnach zu sagen, daß unter den Rentenneurotikern Individuen mit dysplastischer Konstitution besonders stark vertreten sind und daß auch die Anzahl der vegetativ Labilen eine auffallend hohe ist, wobei noch zu bemerken wäre, daß die vegetativ Labilen gerade in der Gruppe der Dysplastiker am häufigsten sind. Die letztere Tatsache dürfte durch die enge Korrelation zwischen vegetativer Stigmatisierung und endokrinen Störungen (unter unseren Dysplastikern fanden sich allein sieben Dysthyreotische) hinreichend erklärt sein.

In diesem Zusammenhang ist weiterhin von Interesse, ob sich eine bestimmte Affinität zwischen Körperkonstitution und Art der Neurose auffinden läßt. Bei der Bearbeitung dieser Frage sind wir von folgenden Gesichtspunkten ausgegangen. Zunächst haben wir nach allgemeinen und lokalen Reaktionsweisen eingeteilt, wobei freilich vorausgesetzt wird, daß in allen Fällen gewisse allgemeine Reaktionen aufgetreten sind. Diese Allgemeinerscheinungen (Schwächegefühl, Schwindel und Kopfschmerzen) spielen jedoch in der Gruppe der lokalen Reaktionen nur eine bescheidene Rolle.

Die Untersuchungen ergaben folgendes:

	Allg. Reakt.	Lok. Reakt.	%
Asthen.:	27 (9 Fr.)	9 (2 Fr.)	36
Athlet.:	10 (0)	4 (0)	14
Pyknische:	7 (3 Fr.)	10 (3 Fr.)	17
Dysplast.:	23 (7 „)	10 (5 „)	33

Auffallend ist hier, daß allein bei den Pyknischen der Prozentsatz der Neurotiker, die vorwiegend lokale Reaktionen aufweisen, gegenüber denjenigen, die allgemeine Reaktionen zeigen, überwiegt. Weiterhin ist hervorzuheben, daß von den neun Organneurosen fünf Personen Pykniker mit Herzneurosen, zwei Asthenische mit Magen-neurosen und zwei Dysplastische (je eine Herz- und Magen-neurose) waren. Unter den sieben Schüttelzitterern war kein Pykniker, wie auch in nur einem Fall psychogene Anfälle bei einer Pyknika vorhanden waren, während von den insgesamt 21 Neurotikern, die an Anfällen litten, 10 Dysplastiker waren, die, wie ausdrücklich hervorgehoben werden soll, keinerlei epileptische Symptome boten.

Bei der Betrachtung der seelischen Konstitution haben wir versucht, unser Material in Anlehnung an die *Jaspersche* Einteilung nach folgenden Gesichtspunkten zu analysieren: Zunächst wurden die intellektuellen Fähigkeiten, dann die Gesamtpersönlichkeit mit besonderer Berücksichtigung des Trieblebens betrachtet.

Es stellte sich dabei heraus, daß sich unter den 100 aus den verschiedensten Bildungsklassen sich zusammensetzenden Neurotikern an durchschnittlich Begabten 27 Männer und 6 Frauen, an Debilen 17 Männer und 6 Frauen, an leicht Debilen 22 Männer und 11 Frauen, an Gutbegabten 5 Männer und 6 Frauen befanden. Somit waren also 39 Männer und 17 Frauen unterdurchschnittlich begabt, das sind 54% Männer und 63% Frauen. Im Gegensatz hierzu fand *Jolly* nur 38% Minderbegabte. Der verhältnismäßig hohe Prozentsatz der gutbegabten Frauen ist wohl ein Zufallsbefund und entspricht der Zusammensetzung des Materials aus verhältnismäßig vielen Beamtinnen. Wenn *Enke* der Debilität eine unwesentliche Rolle bei der Auslösung der Neurose zusprach, so entspricht dies auch unseren Erfahrungen. Wesentlich scheint dagegen die Debilität die Ausgestaltung der Neurose zu bestimmen. So wiesen alle von uns untersuchten Debilen Zittern und Pseudodemenz auf. Allerdings produzierten auch durchschnittlich Begabte in einem geringen Prozentsatz Pseudodemenz.

Unsere Untersuchungsergebnisse über das Triebleben der Neurotiker sind leider recht unvollständig. Als wesentlich sei

erwähnt, daß 41 Neurotiker, darunter sieben Frauen, ausgesprochen triebsschwache, dem Leben und der Arbeit gegenüber passive Menschen waren. Ihrer Gesamtpersönlichkeit nach gehören sie zu folgenden der später aufgestellten Gruppen:

Haltlose:	14	Männer	und	2	Frauen
Autistische:	6	„	„	1	Frau
Psychasthen.:	4	„	„	2	Frauen
Depressive	7	„	„	1	Frau
Hysterische:	3	„	„	1	„

Die Sexualkonstitution konnte nur in 53% der Fälle hinreichend geklärt werden. Es fanden sich unter diesen nur 21 von normaler Sexualität; die übrigen 19 Männer und 13 Frauen waren abwegig bzw. unterwertig, wobei erwähnt werden muß, daß 6 von den 19 Männern schon jenseits der 50er Jahre standen. Unsere Befunde stimmen mit jenen von *Enke* überein.

Bei den Untersuchungen über die seelische Gesamtkonstitution unserer Neurotiker stellte es sich heraus, daß fast alle, auch schon ehe sie ihre neurotische Reaktion bekamen, nach irgendeiner Richtung auffällig gewesen waren. So finden sich unter den 100 Fällen allein acht Kriminelle; unter diesen ist eine Frau.

Für die Einordnung der Probanden schienen uns die Psychopathengruppen von *Kahn* zweckmäßig. Tatsächlich ließen sich alle 100 Fälle zwanglos unterbringen. Ausgesprochen Anankastische waren nicht vorhanden, obwohl Andeutungen von Zwangserrscheinungen in vielen Fällen nachweisbar waren, die in die Gruppe der Hypochondrisch-depressiven gehörten. Desgleichen mußten Probanden mit Verschrobenheiten nach ihren beherrschenden Wesenszügen in die verschiedensten anderen Gruppen eingeordnet werden. Dagegen schien es erforderlich, die Reizbaren, Erregbaren, Epileptoiden für sich gesondert anzuführen. Nach all dem stellt sich unser Material prozentual folgendermaßen dar:

Haltlose (passiv Asoziale, Beeinflußbare, unstetig Labile, Triebsschwache): 14%, darunter zwei Frauen.

Kalte Autisten und Egoisten: a) ohne Arbeitsantrieb 12%, darunter drei Frauen, b) Rücksichtslose, Kriminelle: 6%, darunter eine Frau; insgesamt 18%.

Depressiv-Hypochondrische: a) Selbstquälerische 5%, davon drei Frauen, b) Mißmutig-ängstliche 21%, davon fünf Frauen, insgesamt 26%.

Ausgesprochen Querulatorische: 6%, darunter eine Frau.

Rein Paranoide: 2%.

Hysterische 12%, darunter vier Frauen.



Reizbare, Erregbare, Epileptoide: 9%, darunter vier Frauen.  
Psychastheniker 13%, darunter sechs Frauen.

Somit wird das Hauptkontingent von den Hypochondrisch-Depressiven gestellt, wogegen die Querulatorischen sowie die Paranoiden nur in ganz geringer Zahl vertreten sind. Es sei noch erwähnt, daß sich paranoide Züge in geringem Ausmaß (so daß sie das Bild der Persönlichkeit nicht bestimmten) in einem weit höheren Prozentsatz nachweisen ließen.

Wenn wir nun noch kurz erörtern, in welcher Weise sich die einzelnen seelischen Konstitutionen auf die allgemeinen und lokalen Reaktionen verteilen, so finden wir folgendes Ergebnis:

	Allg. R.		Lokal. R.	
Hysterische:	9	davon 4 Frauen	3	davon 1 Frau
Psychasthen.:	8	„ 4 „	5	„ 2 Frauen
Haltlose:	12	„ 1 Frau	2	„ 1 Frau
Depr.-Hypoch.:	13	„ 3 Frauen	14	„ 5 Frauen
Querul.-Paran.:	5	„ 0 „	3	„ 1 Frau
Reizbare:	8	„ 2 „		
Autisten:	12	„ 3 „	6	„ 1 Frau

Als wesentlichstes Ergebnis tritt hier hervor, daß die Depressiv-Hypochondrischen in weit höherem Maße zu lokalen Reaktionen neigen als die übrigen. Dies entspricht dem oben erhobenen Befund über die Pykniker. Weiterhin ist zu erwähnen, daß die Schüttelzitterer sich lediglich aus den Gruppen der Autisten (2), der Haltlosen (3) und der Hysterischen (2) rekrutieren.

Ehe wir nun zur Analyse einiger völlig geklärter Fälle unseres Materials übergehen, soll noch einiges zur Klärbarkeit überhaupt gesagt werden. Daß sich grundsätzlich alle Fälle aufschließen lassen, liegt ohne weiteres auf der Hand. Außer den rein konstitutionellen Faktoren kommt es ja auf die Lebensgeschichten und die jedem Falle besonderen rein situativen Momente an. Darum ist es auch selbstverständlich, daß sich bestimmte Konstellationen als besonders typische, immer wiederkehrende bei der Fülle der möglichen auslösenden Faktoren nicht aufstellen lassen. Das Übergewicht liegt einmal mehr auf der konstitutionellen Seite, wie z. B. bei den hysterischen Personen, oder mehr auf seiten der Lebensgeschichte und Situation, wie z. B. bei den meisten Haltlosen und Triebhaften. So kommt es, daß die Konstellation zurzeit des Rentenanspruches in jedem Falle ihr besonderes Gepräge zeigt. Daß auch bei unserem Material nur 61% befriedigend geklärt werden konnten, liegt, wie schon wiederholt ausgeführt, an der Abneigung der Neurotiker, den wahren Sachverhalt, so weit er ihnen selbst

zugänglich ist, deutlich zu machen. Sie haben ja im Gegenteil allen Anlaß, ausschließlich die anderen Momente zu betonen.

Fall 1. E. J., 29 Jahre alt. Gelernter Kellner.

Es liegt keine familiäre Belastung vor. Die Geschwister sind alle kräftiger als J. Er selbst hat sich normal entwickelt und lernte in der Schule gut. Nach der Schulzeit ging er als Kellner in die Lehre. 1919 bis 1922 war er beim Militär und ging danach als Steward zur See bis 1928. Anschließend war er im Bergwerk als Häuer. Die Körperarbeit fiel ihm zwar schwer, doch hat er im Akkord mit am meisten verdient.

1928 erster Unfall (Brustquetschung und Schürfungen an den Händen und Füßen). Nach einigen Wochen trat völlige Wiederherstellung ein. Damals stellte J. keinen Rentenanspruch. 1929 zweiter Unfall. Er wurde wieder von stürzenden Gesteinsmassen erfaßt und erlitt eine Commotio. Nach einigen Wochen Krankenhausaufenthalt wurde er zwar gebessert entlassen; er konnte jedoch nur leichte Arbeit verrichten wegen der weiterbestehenden Kopf- und Rückenschmerzen. 1930 fiel er bei einem Erholungsaufenthalt durch aufwieglerisches Verhalten auf und wurde vorzeitig entlassen. Auch in der Folgezeit ließen die Beschwerden nicht nach. J. konnte keine körperliche Arbeit mehr leisten und ging deshalb zu seinem Schwager, in dessen Gastwirtschaft er kleine Dienste versah, wie etwa den Bürodienst und die Aufsicht über die übrigen Angestellten.

Kurz vor dem zweiten Unfall hatte J. sich verheiratet. Seine Ehe ist nicht gut; es kommt oft zu Streitigkeiten.

Körperlicher Befund: Astheniker mit Degenerationszeichen (asymmetrischer Kopf, Thorax en bateau, Spina bifida, mangelhafte Behaarung): Starke Myopie. Vasolabilität. Leichte Struma.

Psychischer Befund: Mittlere Intelligenz. Ernst, verschlossen, gespannt, gereizt, unzufrieden, nörgelnd, verbissen, halsstarrig.

Bei J. haben wir es mit einem ruhelosen, unsteten Menschen zu tun. Seine glücklichste Zeit war — nach seinen eigenen Aussagen — die Zeit, in der er als Steward auf der See war. Er war stets tüchtig, strebsam und ehrgeizig. Keine Arbeit war ihm zu viel. Mit seinen Kollegen und Vorgesetzten hatte er aber auch damals schon leicht Streit und Händel. Es überkam ihn dann eine verbissene, sinnlose Wut; stets war er geneigt, alles übel zu nehmen, auch wenn ihm gar kein Unrecht geschehen war.

Doch wäre alles gut gegangen, wenn er nicht aus Arbeitsmangel 1928 den Beruf hätte wechseln müssen. Dies war der entscheidende Wendepunkt in seinem Leben. Er mußte sich auf den Beruf als Häuer umstellen, der ihm bei seiner schwächlichen Körperkonstitution nicht recht lag. Trotzdem tat er mit der ihm eigenen Zähigkeit seine Arbeit, ja, er leistete sogar sehr Gutes bei der Akkordarbeit. Bei dem ersten Unfall kurz nach dem Beginn seiner Tätigkeit im Bergwerk war sein Arbeitswille noch nicht erlahmt. Erst nach dem zweiten Unfall 1929 will es nicht mehr recht gehen, obwohl dieser zweite Unfall leicht-

ter als der erste war. J. bekommt allerlei Beschwerden, die ihn hindern, volle Arbeit zu leisten. Dazu kommt seine Heirat und damit anscheinend die Möglichkeit eines Auswegs. Er geht in die Gastwirtschaft — er ist ja gelernter Kellner — seines Schwagers. Doch auch hier gibt es nur neue Enttäuschungen. Er kann sich nicht in den Zwang und die Anforderungen eines engen Familienlebens hineinfinden. Auch mit seiner Ehe stimmt es nicht. J. stellt fest, daß seine Empfindungen für seine Frau, die er schon lange Jahre kannte, bald nach der Eheschließung nicht mehr ausreichen, um ein leidliches Einvernehmen zu sichern. Seine alte Reizbarkeit gibt täglich Anlaß zu Streit. Dazu kommt ein weiterer Konflikt, der für ihn, der immer im Recht sein muß, sehr beschämend ist; er kann seine Frau sexuell nicht mehr befriedigen. So wird aus ihm der gequälte und gespannte Mensch, den wir in halsstarrer Verbissenheit seinen Rentenkampf im festen Glauben an sein gutes Recht führen sehen. Er ist nicht arbeitsunwillig. Aber er muß einen Ausweg aus den gegenwärtigen Schwierigkeiten finden, und dazu könnte ihm die Anerkennung seiner Beschwerden und seiner schweren Schädigung durch eine Rente verhelfen, die sein sexuelles Versagen entschuldigen und ihn unabhängig von seiner augenblicklichen Stellung machen würde, die ihm wegen der Abhängigkeit von seiner Frau und deren Familie auf die Dauer unerträglich ist.

Selbst wenn es hier zunächst scheinen könnte, als hätten wir es mit einer Rechtsneurose im *Weizsäckerschen* Sinne zu tun, so liegen die Ursachen, die J. in den Rentenkampf hineingetrieben haben, doch viel tiefer in seiner Persönlichkeit und deren unzureichenden Möglichkeiten, mit den zufälligen äußeren Gegebenheiten fertig zu werden, verborgen. J. ist ein unsteter, ewig unzufriedener Psychopath, der bei seiner schwächlichen Körperkonstitution dem Leben nur gewachsen ist, wenn es ihm nicht zu viel Schwierigkeiten bietet.

Fall 2. A. H., 52 Jahre, Buchhalter.

Der Vater ist ein reizbarer Alkoholiker. Die Mutter leidet an Migräne. H. selbst hat sich normal entwickelt. In der Schule lernte er sehr schlecht und blieb wiederholt sitzen. Er mußte auf dringendes Anraten der Lehrer mit dem Einjährigen vom Gymnasium abgehen. Darnach war er ein Jahr lang beim Gericht Schreiberlehrling. Es wurde ihm jedoch zu viel. Er bekam einen Nervenzusammenbruch und mußte seinen Beruf wechseln. So wurde er Kaufmann und versah die verschiedensten Stellen, wurde jedoch seiner Langsamkeit und Umständlichkeit wegen immer wieder entlassen, bis er schließlich 1905 eine Dauerstellung erhielt. Er wurde durch seinen Chef begünstigt und bekam eine Stelle als Lohnbürovorsteher, wurde jedoch nur mit seiner Arbeit fertig, wenn er Überstunden machte. Im Jahre 1926 mußte wegen Sparmaßnahmen ein größeres Pensum bewältigt werden. Nach kurzer Zeit erlitt er

einen Nervenzusammenbruch und mußte mehrere Monate lang dem Dienst fernbleiben. Inzwischen war ein neuer Chef gekommen, mit dem H. sich oft überwarf. Er bekam nicht wieder denselben Posten und wurde schließlich 1929 abgebaut. Seitdem lebte er von Wohlfahrtsunterstützung. Den Hauptunterhalt bestritt seine Frau durch Handarbeiten. 1930 machte H. den Versuch, Krankenkassenbeamter zu werden, fiel jedoch bei der Prüfung durch. Darnach versagte er völlig und reichte einen Invalidisierungsantrag wegen zunehmender geistiger Schwäche ein. Er klagt über allgemeine körperliche Schwäche, Kopfschmerzen, Schwindel.

Körperlicher Befund: Athletischer Habitus. Linkshänder. Keine Degenerationszeichen. — Seelischer Befund: Torpid, umständlich, schwerfällig, mißmutig, griesgrämig, nicht aus der Ruhe zu bringen, leicht debil, ohne irgendwelche besonderen intellektuellen Ausfälle.

Der zurzeit des Rentenanspruches 52jährige Mann ist in seinem ganzen Leben nicht zur Ruhe und Befriedigung gekommen. Er hatte es stets schwerer als die anderen. Von Hause aus ist er in jeder Hinsicht bescheiden angelegt. Intellektuell ist er weit unter dem Durchschnitt, seine Affekte sind matt, sein ganzes Lebenstempo ist langsam. Zu jedem Entschluß braucht er Zeit, jede Handlung ist für ihn eine Aufgabe, die erst längere Überlegung erfordert und deren Ausmaß und Bedeutung er schließlich doch nicht recht ermessen kann.

Schon die Schule bot ihm fast unüberwindliche Schwierigkeiten. Er blieb wiederholt sitzen und mußte schließlich mit dem Einjährigen, weil es gar nicht mehr weiterging, abgehen. H. reagierte zum ersten Male mit 17 Jahren auf die Schwierigkeiten des Berufes — er war damals Gerichtsschreiber — mit einem Nervenzusammenbruch, so daß er umsatteln mußte. Auch als Kaufmann wollte es später nicht recht gehen. H. war nie länger als einige Monate in einer Stelle; stets wurde ihm gekündigt. Da fand er 1905 einen Chef, der sich aus äußeren Gründen für ihn interessierte und ihn in jeder Weise stützte. So geriet H. in einen Posten hinein (Vorsteher des Lohnbüros), dem er eigentlich nicht gewachsen war. Er konnte seine Arbeit nur schaffen, wenn er täglich einige Stunden über die Dienstzeit hinaus arbeitete. Dies konnte ihn nicht gerade lebensfreudiger machen. Er war stets ein mürrischer, nörgelnder Vorgesetzter, der jedes kleinste Vergehen scharf rügte und weitermeldete. Zu Hause war H. ebenfalls unzufrieden, quälte und tyrannisierte seine Familie. Dennoch ging es leidlich und ohne wesentlichen Zwischenfall bis zum Jahre 1926. Da bekam das Geschäft einen neuen Chef, der mit H. nicht so nachsichtig war und ihn mit einem größeren Arbeitspensum belastete, kurz nachdem er aus einem längeren Erholungsaufenthalt zurückgekommen war. Erst als die Arbeit durch Verkleinerung des von ihm zu bearbeitenden Ressorts vermindert worden war, wurde H. wieder voll dienst-

fähig. Ganz gut ist es aber nie wieder geworden. So wurde H. 1929 mit abgebaut, und nun begann eine seelische Umstellung. Er ließ seine Frau verdienen, während er selbst völlig ratlos und zu keiner Aktivität mehr fähig war. Er konnte sich mit seiner mangelhaften Intelligenz und seinem Egoismus nicht auf die neuen Verhältnisse einstellen. Da versuchte er 1930 die Prüfung als Krankenkassenangestellter zu bestehen. Dies gelang ihm jedoch nicht und dadurch ist ihm die Zukunft völlig aussichtslos geworden. Es gab keinen anderen Ausweg als den der Invalidisierung. Selbstverständlich — so sagte sich H. in seiner mangelhaften Selbstkritik — mußte eine erworbene geistige Schwäche an dieser Fehlleistung schuld sein. In seiner Primitivität kann er sich nicht eingestehen, daß seine Leistungen ja noch nie ausgereicht haben. H. ist müde geworden im Kampf um das Dasein; er ist den erhöhten Anforderungen des erschwerten Lebens nicht gewachsen und so wirft ihn diese letzte Niederlage völlig aus dem Gleichgewicht. Er zieht sich einfach zurück und braucht nur die Linien seines Wesens zu unterstreichen, um sich schwer krank und dadurch leistungsunfähig zu fühlen.

Wir haben es hier mit einem passiven, schwerfälligen Autisten zu tun, der durch eine Fülle exogener Faktoren aus dem Gleichgewicht geraten ist und nun mit einer Unsicherheit reagiert, die vielleicht schon der Vorbote der abnehmenden Leistungsfähigkeit des Rückbildungsalters und als Rückzugsgefecht aufzufassen ist.

Fall 3. J. S., 45 Jahre, Häuer.

Die Familienanamnese ist ohne Besonderheiten. Er selbst hat sich normal entwickelt und in der Schule gut gelernt. Ernstere Erkrankungen hat er nicht durchgemacht. Sein Vater war Landwirt; das Anwesen ging später in den Besitz des älteren Bruders über. Bis zu seinem 18. Lebensjahr hat S. selbst mit in der Wirtschaft gearbeitet. Dann ging er ins Bergwerk, wo er 23 Jahre lang (bis zum Jahre 1925) als Arbeiter tätig war. Seine erste Frau starb 1914 nach einer sehr guten Ehe. 1917 verheiratete er sich zum zweiten Male und hat aus dieser Ehe zwei Kinder. Auch in dieser Ehe ging es zunächst leidlich, bis S. 1921 durch die polnische Inflation sein ganzes Geld verlor, das er als Hypothek auf einem Grundstück hatte. Da er für Polen optiert hatte, wurde er 1925 aus dem deutschen Werk entlassen. Seitdem geht es ihm schlecht. Er wurde schwächlich, bekam Händezittern und Magenbeschwerden. Er geriet ständig in Streit mit seiner Frau, welche die ganze Familie ernähren mußte und stets auf ihn schimpfte. Sie warf ihm vor, daß er nichts schaffe, daß er faul zu Hause sitze, »besser gar keinen Mann als ein solcher«, wobei die Frau auch seine verminderte Sexualität meinte. 1930 stellte er auf Wunsch der Frau, weil es gar nicht mehr gehen wollte, einen Invalidisierungsantrag. Bis dahin hatte er noch leichtere Arbeiten in der Wirtschaft seines Bruders versehen.

Körperlicher Befund: Astenischer Habitus. Leichte Kyphose. Schlechter Ernährungszustand.

**Seelischer Befund:** Scheu, weint leicht, debil, affekt- und stimmungslabil.

S. ist schon von Hause aus dem Lebenskampf wenig gewachsen. Als psychischer und körperlicher Astheniker, dabei von leichter Debilität, konnte er gerade mit Aufwendung aller Kraft und Energie durchhalten, so lange keine besonderen Ansprüche an ihn gestellt wurden. Schon der Beruf als Bergarbeiter bedeutete für den Sohn eines mittleren Bauerngutsbesitzers sozialen Abstieg. Dazu kam die schlechte Ehe mit einer menschlich überlegenen, energischen und tatkräftigen Frau, die ihn unter anderen Bedingungen geheiratet hatte als zur Zeit der Entlassung. Sie war es auch, die ihm ständig den Verlust seines Vermögens vorhielt, die ihm, der ohne Schuld sein Brot verloren hatte, ständig die Arbeitslosigkeit und viel mehr noch Arbeitsunlust vorwarf. Auch der Ausweg, bei dem Bruder zu arbeiten, der in guten Verhältnissen lebt, hielt ihm immer wieder das eigene Mißgeschick vor Augen, in das er unverschuldet durch Verkettung einer Reihe ungünstiger Faktoren hineingeraten war. All dies schafft in ihm eine schwere Verstimmung. Er weiß sich keinen Rat, ist auch seiner Anlage nach viel zu passiv, um irgend etwas Neues zu unternehmen. So wird er noch scheuer, zieht sich ganz in sich zurück und bekommt eine Fülle von Beschwerden, die deutlich demonstrieren, daß er zu keiner geregelten Tätigkeit fähig ist. Aus dieser Situation heraus veranlaßt ihn die lebenstüchtige Frau, den Invalidisierungsantrag zu stellen.

Bei S. liegen die Tatsachen, die ihn den Ausweg der Rente suchen lassen, ziemlich einfach. Er ist ein körperlich und seelisch asthenischer Mensch, der zu Verstimmungen neigt, der jedoch, so lange alles äußere verhältnismäßig glatt ging, durchhielt, nunmehr aber, äußerlich im Mißgeschick, unter einer Fülle mißlicher Umstände völlig versagt und sich einfach hängen läßt. Er ist so erlahmt, daß er in allem seiner Frau nachgibt und sich von ihr auch in den Rentenkampf hineinstoßen läßt.

**Fall 4.** M. K., 40 Jahre alt, Landwirstochter, verhelichte Stellenbesitzersfrau.

Die Familienanamnese ist ohne Belang. K. selbst hat sich normal entwickelt, war ein lebhafter, aktiver Mensch. In der Schule lernte sie sehr gut. Ihre Begabung war über dem Durchschnitt, so daß der Lehrer und der Pfarrer rieten, sie etwas lernen zu lassen. Die Eltern willigten jedoch nicht ein. K. mußte in der großen Wirtschaft mithelfen. »Bauer soll Bauer bleiben«, sagte der Vater. Vorübergehend war K. zur Erlernung des Haushaltes in Stellung. Mit 30 Jahren heiratete sie ihren jetzigen Mann, der jedoch nur eine kleine Stelle besaß, und in viel beschränkteren Verhältnissen lebte, als ihre Eltern. Mit ihrem mitgebrachten Gelde richtete sie eine Gärtnerei ein und arbeitete trotz der vielen Geburten (fünf, davon zwei nach dem Unfall) tüchtig mit. Die Ehe selbst ist gut.

1928 erlitt sie einen leichten Unfall (Hebelschlag mit der Haumaschine) gegen die rechte Schläfe, Weichteilwunde). Obwohl alles gut verheilte, blieb ein Zucken der rechten Gesichtseite zurück und Kopfschmerzen. Mit der Zeit traten Anfälle auf, die in Herzklopfen und einfachem Umfallen bestanden und ohne Bewußtseinsverlust verliefen. Mit der Mitarbeit in der Wirtschaft war es aus.

**Körperlicher Befund:** Kräftig gebaute, knochige, derbe Frau. Bis auf Vasolabilität keine organischen Störungen. Psychogener Fazialistik und psychogene Anfälle.

**Psychischer Befund:** Leidender schlaffer Gesichtsausdruck ohne depressiven Affekt. Leichte Pseudodemenz bei sonst sehr guter Intelligenz. Verschllossen, ablehnend trotz äußerlicher Freundlichkeit.

Frau K. ist eine heitere, derbe, wohl situierte Bauerntochter mit einem harten Schädel. Es mußte ihr immer alles nach Wunsch gehen, wenn sie sich wohl fühlen sollte. Die erste große Enttäuschung erlebte sie, als sie nicht, wie sie sich selbst in ihrem Ehrgeiz gewünscht hatte, etwas besseres lernen durfte. Sie hat dies anscheinend auch heute noch nicht ganz verwunden. Eine weitere Enttäuschung war ihre Ehe mit einem Mann, der ihr einerseits geistig unterlegen war und ihr andererseits erst durch ihr eigenes Geld ein einigermaßen standesgemäßes Dasein bieten konnte, wengleich auch das, was ihr ihr Elternhaus geboten hatte, nicht erreicht werden konnte. Sie war die Tüchtige, Energetische, die das Geschäft leitete und die alle Entschlüsse faßte, die auch das Geld verwaltete, obwohl sie durch die ständig zunehmende Kinderzahl ziemlich beansprucht war. Ob sie sich dieser Konflikte in ihrem Leben klar bewußt war, mag dahingestellt sein. Sicher ist jedenfalls, daß sie im Laufe der Jahre verschlossener, zurückhaltender und reizbarer wurde, obgleich sie immer bemüht war, äußerlich gleichmäßig und zufrieden zu erscheinen.

Da kam im Jahre 1929, zur Zeit ihrer vierten Gravidität, der geringfügige Unfall und damit eine Fülle nicht zu behebender Beschwerden. Die bis dahin tüchtige Frau, die keine Rücksicht auf sich selbst kannte, ließ sich gehen, wurde schwankend, unausgeglichen, wehleidig, kurz, eine völlig umgewandelte Persönlichkeit. Es geht ihr nicht um die Rente, also um den wirtschaftlichen Gewinn, sie ist ja noch immer, trotz der inzwischen auf fünf Köpfe angewachsenen Kinderzahl, gut gestellt. Ihr Mann steht dem ganzen völlig verständnislos gegenüber. Er bewundert sie nach wie vor und bemitleidet sie in ihrer schweren Erkrankung. Obwohl der eigentliche Kampf sich demnach allein in ihrem Inneren abspielt und den anderen nicht sichtbar ist, tritt doch in dem Demonstrativen ihrer angeblichen Krankheitssymptome deutlich ihr gesteigertes Selbstbewußtsein sowie das Bedürfnis, sich

herauszuheben und beachtet zu werden, zutage, dem doch letzten Endes Unterlegensein und Zwiespältigkeit zugrunde liegen.

Bei Frau K., die anlagemäßig eine kühle, überlegene, autistische Persönlichkeit ist, haben wir eine recht charakteristische Situation für die Entstehung von neurologischen Reaktionen. Ihr gesteigertes Selbstbewußtsein steht im Kampf mit dem, was sie in ihrer Ehe und ihrem Stande nach darstellt.

Fall 5. A. S., 51 Jahre alt, Bedienungsfrau, verw. Malermeisterfrau.

Die ganze Familie ist nervös. Die Großmutter mütterlichseits war geisteskrank und starb in einer Anstalt. S. hatte als Kind Rachitis, hat sich sonst jedoch normal entwickelt. Sie war immer anschmiegsam und leicht lenkbar. Mit dem Lernen ging es so schlecht, daß sie die oberste Klasse der Dorfschule nicht erreichte. Nach der Schulzeit war S. bis zu ihrem 33. Lebensjahr als Hausmädchen tätig. Im Mai 1914 heiratete sie. Ihr Mann kam noch im ersten Kriegsjahr ins Feld und starb 1918 in der Gefangenschaft. S. ist nie gravide gewesen. Nach dem Tode ihres Mannes hat sie wieder gearbeitet bis vor ca. 3 Jahren. Nur in der Zeit der Ehe hat sie sich richtig wohl gefühlt, als sie nicht selbst alle Entschlüsse fassen mußte. Die Arbeit fiel ihr zeitweise sehr schwer. Seit drei Jahren ist sie so nervös und unruhig geworden, daß sie gar nichts mehr tun kann. 1928 stellte sie einen Invalidisierungsantrag.

Körperlicher Befund: Pyknika, über ihre Jahre hinaus gealtert. Leichte Struma. Alte Spitzenzirrhose. Vasolabilität. Seit 2 Jahren Menopause.

Psychischer Befund: Leicht depressiv, doch äußerst stimmungslabil, fahrig, unruhig, kindisch geschwätzig und übertrieben, sehr anlehnsbedürftig. Debilität.

Charakteristisch für die Persönlichkeit der S. ist ihr eigener Ausspruch, daß sie sich nur in den wenigen Jahren ihrer Ehe richtig wohl gefühlt habe. Sie war schon immer eine unselbständige, anlehnsbedürftige Frau, die nur rein mechanische Arbeiten zu leisten imstande war und die bei jeder größeren Anforderung zusammenbrach. Dazu ist sie schwachsinnig und übersieht schwer die Augenblickssituation. Sie scheint von einer ständigen Angst und Unruhe besessen zu sein, es könnte ihr irgend etwas Unvorhergesehenes zustoßen. Daher ist sie hastig und fahrig und nie ganz bei der Sache. Sie muß ja auf zu vieles zu gleicher Zeit aufpassen. Sie ist auch zu keiner inneren Entwicklung gekommen. Sie blieb ihr Leben lang ein unbeholfenes, insuffizientes Geschöpf. Der enge Gesichtskreis, die Neigung zu Gemütsverstimmungen in ihrer Hilfslosigkeit schaffen den Boden ihrer übermäßigen Neigung zur Selbstbetrachtung, die sich auch früher schon in hypochondrischen Klagen und psychogenen Beschwerden ausdrückte. So kommt es, daß die tatsächlich vorhandenen Beschwerden durch das Klimakterium derart überwertet und ausgestaltet werden, daß daraus eine völlige Arbeitsunfähigkeit abgeleitet wird.



Es handelt sich demnach im Falle S. um eine konstitutionell hypochondrisch-depressive, schwachsinnige Persönlichkeit, die schon wiederholt in ihrem Leben mit Versagen reagierte und die den Kampf endgültig unter den Beschwerden des Klimakteriums aufgibt.

Fall 6. H. B., 31 Jahre, Telephonistin.

Die Mutter leidet an flüchtigen Oedemen mit Migräne und soll sehr nervös sein. Die übrige Familie ist gesund. Körperlich ist B. immer schwächlich gewesen. Sie war ein scheues, verschlossenes, zurückgezogenes Kind, das sich an niemanden anschloß. Sie gab sich viel ihren lebhaften Phantasien hin. B. war immer zart und wenig leistungsfähig und das Lernen bereitete ihr erhebliche Schwierigkeiten. Ihre Stimmungslage war meist depressiv. Sie hatte häufig mit Angstzuständen zu tun. Nach der Schulzeit ging sie auf die Handelsschule, schaffte ihr Pensum aber nur mit Nachhilfeunterricht. Darnach war sie als Helferin am evangelischen Konsistorium. Nebenbei wollte sie das Abiturium machen, um Pfarramtskandidatin zu werden, da sie schon immer einen besonderen Hang zum Religiösen hatte. 1920 ging sie, da sie verdienen mußte, zur Post. 1925 wurde sie heimlich gegen den Willen der Eltern katholisch. Als sie zu Hause auf Widerspruch stieß, verließ sie kurzerhand das Elternhaus. In den darauf folgenden Jahren litt sie wiederholt an Bronchialkatarrh mit längerer Dienstversäumnis. Endgültig versagte sie, als sie mit einer neu eingeführten Rechenmaschine nicht zu Rande kommen konnte und sich dadurch ihrer Meinung nach überanstrengte. Seit März 1931 hat sie nun nicht mehr gearbeitet und stellte einen Invaldisierungsantrag wegen Kopfschmerzen, Schwäche, Zittern und Bronchialkatarrh. Sie war stets verstimmt, leicht zu Tränen geneigt und schloß sich an Menschen nicht mehr an.

Körperlicher Befund: Asthenischer, infantiler Habitus. Vasolabilität. Asymmetrisches Gesicht. Virgo intacta.

Psychischer Befund: Äußerst labile Stimmungslage. Kindisch, albern, unentschieden und schwankend, initiativelos, egozentrisch, leichte Debilität mit Neigung zu Pseudologismus.

Die Anlagen, die B. von Geburt her mitbringt, sind von vornherein dazu angetan, ihr den Beruf sehr schwer zu machen. Sie ist ein zarter, äußerst empfindsamer Mensch, der stets verletzt ist und sich daher in sich selbst verkriecht. So gewinnt sie niemals rechten Kontakt mit den Mitmenschen. Schon in der Kinderstube ist sie die Schwächliche, Unterlegene, die von den Geschwistern wegen ihrer Phantastereien gehänselt wird. Ähnlich ergeht es ihr auch später. Da sie zugleich auch schwach begabt ist, fällt ihr jede Leistung schwer. Zudem bleibt sie in ihrer seelischen Entwicklung auf einem recht kindlichen Niveau, so daß sie allen praktischen Fragen gegenüber uneinsichtig ist. In ihrer Verlegenheit klammert sie sich an die Religion, und es ist durchaus deutlich, daß sie, so lange sie irgend etwas erhofft, auch im Beruf leistungsfähiger ist. Doch ihre Spannkraft hält auch hier nicht stand. So wenig wie sie nach den Aussagen ihres

Lehrers sich religiös weiter vertiefen kann, ebensowenig hält sie die jahrelange Anstrengung des Postdienstes aus. Sie hat bei ihrer schwächlichen Konstitution stets leicht Beschwerden. Dies nimmt sie zum Anlaß, um sich immer wieder dem Dienst zu entziehen, allerdings ohne sich bei ihrer mangelhaften Selbstkritik über den wahren Tatbestand im Klaren zu sein. Da sie ohne jeden Kontakt mit anderen Menschen ist — sie hatte auch mit ihrer Familie kurze Zeit nach der Konversion gebrochen — wird sie durch niemanden beraten. Zudem scheint B. in ihrer egozentrischen Einstellung auf sich selbst und auf ihre Leiden und ihr Unverstandensein ganz glücklich zu sein; sie kann es gar nicht begreifen, daß sie arbeiten soll, es fehlt ihr der notwendige Lebensernst. Die Arbeit ist ihr unangenehm, eine Invalidisierung könnte sie für immer befreien, so daß sie sich ganz ihren weltfremden Träumereien überlassen könnte.

In B. haben wir eine überaus empfindsame, dem Leben und seinen Anforderungen absolut verständnislos gegenüberstehende, autistische Persönlichkeit vor uns, deren schwächliche, mit Degenerationszeichen behaftete Körperkonstitution ihr die Handhabe für einen Rückzug aus der Tätigkeit und dem Umgang mit Menschen bietet.

Wenn wir allein diese sechs Fälle betrachten, so sehen wir, wie vielgestaltig die Faktoren sind, deren Zusammenspiel eine Rentenneurose schaffen kann, und daß sich eine Schematisierung ganz offenbar nicht durchführen läßt. Andererseits zeigt sich, daß die Analyse derartiger Fälle unbedingt erforderlich ist, will man überhaupt einen Einblick in das seelische Geschehen gewinnen, das sich beim »Rentenneurotiker« abspielt.

Die wenigen durchgeführten Einzelanalysen zeigen, daß dem Rentenbegehren als solchem vielfach nur eine bescheidene Rolle zukommt. Gewiß handelt es sich bei der Fragestellung an den Gutachter immer darum, ob wirtschaftliche Vorteile gewährt werden sollen oder nicht, und damit wird auch der Gutachter geneigt sein, die betroffenen Menschen immer wieder vom Gesichtspunkt ihres Rentenverlangens zu betrachten und dem Rentenverlangen als solchem eine entscheidende Motivationstiefe beizumessen. Dennoch bleibt schon dem einfachen Zuseher nicht verborgen, daß es sich letzten Endes vielfach um ganz andere Dinge handelt, als um die geringere oder erheblichere geldliche Entschädigung. Vielmehr treffen wir auf die gleichen chronischen Lebenskonflikte, die allen anderen neurotischen Reaktionen und Erkrankungen zugrunde liegen, auch solchen, bei denen nicht im entferntesten die Erlangung einer geldlichen Entschädigung in Frage kommt. Es geht um die Rettung der Selbstachtung, des Selbstwertes, um die Berechtigung, den hoffnungs-

losen Kampf um die Verwirklichung von Werten aufzugeben, die vom Unzulänglichem doch niemals erlangt werden können. Die Rente ist nur ein bequemer, nach außen sichtbarer Schutz, hinter dem man sich vor sich selbst und vor den anderen verstecken kann, und der zugleich den Vorteil hat, die, wenn auch primitivste Lebenshaltung zu gewährleisten. Hinter der scheinbar geschlossenen und klar durchsichtigen Fassade des Rentenkampfes verbirgt sich in sehr vielen Fällen die gesamte Fülle leidvollen menschlichen Versagens. Das spezifisch Renten-neurotische ist dann nicht mehr als die Uniform, welche die darin verborgenen ganz verschiedenartigen Menschen rein äußerlich einander ähnlich macht.

Diese unsere Betrachtungen treffen natürlich nicht zu auf die anwachsende Schar jener Rentenjäger, die nicht mehr als neurotisch bezeichnet werden können, sondern die einfache klare Schwindler sind und geradlinig auf wirtschaftliche Vorteile abzielen, genau wie sie auch jeden anderen, nicht gar zu offenkundigen Schwindel mitmachen, der ihnen Gewinn bringt. Daß zu solchen Einstellungen heute in den Zeiten schlimmster wirtschaftlicher Not auch ethisch höherstehende, ordentliche Menschen getrieben werden, meist unter dem Einfluß ihrer Umgebung oder dem durchsichtigen und erfolgreichen Rentengewinn von guten Freunden und Nachbarn, das kann nicht fraglich sein. Solche fahrlässige Schwindler und solche Schwindler aus Not haben wir hier nicht berücksichtigt. Zöge man auch sie in den Kreis der Betrachtungen hinein, dann würde natürlich ein ganz anderes Bild entstehen; wir dürften dann aber nicht mehr von Renten-neurosen sprechen, sondern von »Rentenverlangen«. Die Frage würde sich vom Psychiatrischen weit auch nach dem juristischen Interesse hin verschieben. Je mehr man aber die einfachen Schwindler aus dem Kreis der Betrachtung ausschaltet, um so mehr wird die Renten-neurose zu einer vielgestaltigen Mannigfaltigkeit gewöhnlicher Neurosen, in denen das Rentenbegehren zu einer mehr oder weniger bescheidenen Rolle herabsinkt.

### Literatur.

- Strauß, E.*: Geschehnis und Erlebnis, Springer 1930. Zur Begutachtung der hysterischen Störungen nach Unfall und Kriegsdienstbeschädigung, 1927.
- Bonhoeffer*: Ref. Dez. 1925 über Beurteilung, Begutachtung und Rechtsprechung bei den sog. Unfallsneurosen. D. m. W. 1926, 5; 1927, 1.
- Strümpell*: D. Z. Nervenheilk. 1916.
- Stier*: Über die sog. Unfallneurosen, Thieme 1926.
- Kahn, E.*: In Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 5.
- Freud*: Zur Psychoanalyse der Kriegsneurosen, 1919.

- Schröder, P.*: D. m. W. 1926.  
*Hoche*: D. m. W. 1928, Nr. 29.  
*Riese*: Die Unfallneurosen, Hippokratesverlag 1929.  
*Enke*: Zeitschr. f. d. ges. Neur. und Psych. 113, 1928; 104, 1926; Unfallneurose und Konstitution, Allg. ärztl. Z. f. Psychoth. und psych. Hygiene.  
*Reichardt*: Der heutige Stand der Beurteilung der sog. Unfallneurosen, 1927; D. m. W. 1928, 6.  
*Schwarz, H.*: Mschr. f. Psych. und Neur. 1929, 71.  
*Kretschmer*: Körperbau und Charakter, Springer 1929.  
*Georgi*: In *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten Bd. 3.  
*Jolly*: Arch. f. Psych. 89, 1930.  
*Weizsäcker*: Soziale Krankheit und soziale Gesundung, Springer 1930.
-

(Aus der Psychiatrischen und Nervenkl. der Universität Köln,  
Direktor: Prof. Dr. med., Dr. jur. h. c., Dr. phil. h. c. *G. Aschaffenburg*).

## Zur Frage des sogenannten induzierten Irreseins<sup>1)</sup>.

Von

**Walther Jahrreiß.**

Dem Problem des induzierten Irreseins ist in den letzten Jahren erneut Aufmerksamkeit geschenkt worden<sup>1)</sup>. Das kann nicht wundernehmen, da ja gerade grundlegende Teilfragen der Induktion eingehend diskutiert und wesentlich gefördert wurden: nämlich die Genese der Wahnideen und der suggestiven Phänomene. Die Ergebnisse in diesen psychologischen und psychopathologischen Bezirken treiben dazu, den klinischen Umfang des sogenannten induzierten Irreseins nach der einen Richtung hin möglichst einzuschränken, nach der anderen zu erweitern.

Es erscheint zweckmäßig, alle Scheininduktionen zwischen schizophrenen Verwandten auszuschließen und hier jedenfalls zunächst der Forderung *Luxenburgers*<sup>2)</sup> nach erbbiologischen Untersuchungen gerecht zu werden. Echte Psychosen, insbesondere schizophrene Prozesse, sind niemals induziert.

Auf der anderen Seite aber zwingt uns die noch junge Kenntnis von der großen Verbreitung suggestiver Phänomene, zwingen uns die neuen Tyrannen der Wir-Bildung, der Kollektivpsychologie und -psychopathologie dazu, den Bereich der Induktion über die vereinzelt Kostbarkeiten klinischer Beobachtung hinaus ins Alltägliche zu erweitern. Ich darf daran erinnern, daß u. a. *Jaspers* und *Bumke* schon die Zugehörigkeit der psychischen Epidemien zum induzierten Irresein betont haben. Aber ich möchte auch darauf hinweisen, daß es wirklich nicht nur im psychiatrischen Alltag eine Übernahme von Komplexen und überwertigen Irrtümern gibt. Darunter gehört z. B. die Reaktion mancher ethisch hochstehenden Persönlichkeiten, daß sie regelmäßig die Partei eines augenblicklich Bedrängten ergreifen und seine Sache zur eigenen machen, auch dann, wenn der Betref-

\*) Nach einem Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Bonn, Mai 1932. Herrn Geh.-Rat *Bumke* bin ich für Überlassung von Krankenblättern der Münchener Klinik besonders dankbar.

<sup>1)</sup> S. die Arbeiten von *Hartmann* u. *Stengel* (mit Literaturangaben).

<sup>2)</sup> S. das Referat über die Arbeit von *A. Petré*, Zbl. Neur. 48; 722 (1928).

fende zurecht oder gar nur vermeintlich angegriffen ist. Daß hier zumeist die schwächere Persönlichkeit die stärkere beeinflußt, hat auch unter den Fällen grober Induktionsbildung in der Literatur manche Parallele<sup>3)</sup>, und findet sich nicht selten bei der Übernahme querulatorischer Inhalte durch bestimmte Winkeladvokaten, denen das vermeintliche fremde Recht Mittel wird im Kampf um das vermeintliche eigene Recht. Jedenfalls zeigen bereits die mehr alltäglichen Fälle einer Aneignung überwertiger Irrtümer das Grundphänomen des »induzierten psychopathischen Wahnes«: nämlich die abnorme Wir-Bildung, die auf der einen Seite die völlige Isolierung des Induzierenden verhindert, auf der anderen Seite aber den Induzierten in eine isolierende Gemeinschaftsfront gegen bisherige Bindungen hineinreißt.

Daß ein Paranoischer mit seinem Wahn Widerhall findet, liegt nur zum kleinen Teil in seiner Persönlichkeit oder dem Inhalt seines Wahnes begründet; entscheidender dafür ist die Persönlichkeit des Induzierten. Gerade die aktivsten unter den Wahnkranken werden nicht müde, Anhänger zu werben; dennoch bleibt ihre Vereinsamung die natürliche Folge ihrer Wahnideen und des Kampfes um deren Anerkennung. Daran ändert in der Regel auch die Tatsache nichts, daß einzelnen Wahnfabeln eine gewisse Werbekraft innewohnt: geheimnisvolle Verfolgungen, sexuelle Nachstellungen, Kampf ums Recht, religiöse Ideen. Darauf ist gerade in der Literatur des induzierten Irreseins wiederholt hingewiesen worden. Man hat betont, daß die Induktion um so leichter statfinde, je möglicher der Wahnhalt erscheine, je weniger er also den Stempel des Krankhaften an der Stirn trage. Niemand wird das bestreiten, aber das Problem der Übertragung von Wahnideen bleibt unfruchtbar, wenn man sich über die Aktivseite der Einpflanzung hinaus nicht entschieden der scheinbar reinen Passivseite zuwendet, d. h. der Wahnannahme. Die Kenntnis der reformierenden Arbeiten von *Erwin Straus* über Suggestion und Suggestibilität darf ich hier als bekannt voraussetzen. *Hartmann* und *Stengel* haben kürzlich im Anschluß an *Freudsche* Gedankengänge geglaubt, dem Moment der Identifizierung eine wesentliche Rolle für die Induktionsbildung zuschreiben zu sollen und sehen in Schuldgefühlen gegenüber dem induzierenden Wahnträger eine besondere Disposition zu solcher Identifizierung. Wenn man an die Allverbreitung dessen denkt, was die Psychoanalyse unter Identifizierung versteht<sup>4)</sup>, und wenn man von der speziellen Lehre über deren Zustandekommen ab-

<sup>3)</sup> S. etwa bei *S. Leibowitz*, Arch. f. Psychiatr. u. Nervenkr. 47; 1163; 1910.

<sup>4)</sup> S. etwa *Schilder*: Medizin. Psychologie S. 297/98.

sieht, so ist gegen die Meinung von *Hartmann* und *Stengel* schwerlich etwas einzuwenden. Die Verfasser zielen auf einen entscheidenden Sachverhalt ab. Den Beziehungen zwischen Führer und Geführten, Führer und Masse, Meister und Jünger liegen Erscheinungen einer eigenartigen Unterordnung, Abhängigkeit, Passivität, Hingabe, Willfähigkeit, ja eines blinden Glaubens zugrunde, die sich mehr oder minder ausprägt auch in der Wechselwirkung zwischen Wahnsponder und Wahneempfänger nachweisen lassen. Wenn jemand, objektiv zu unrecht, von der Unschuld eines Verbrechers überzeugt ist, weil er ihn liebt, so glaubt er an die Sache, weil er an die Person glaubt. Im Bereich suggestiver Phänomene spielt diese Hinnahme von Äußerungen, weniger um der Sache, als um der Person willen eine entscheidende Rolle. »Auf dem Feld der Sache trifft sich der Lehrer mit dem Schüler« — um einen Vergleich von *Joachim Wach* zu gebrauchen —, »dem Meister aber ist mit seinem Jünger alles gemeinsam oder nichts«. Aus solchen Gründen ist es auch für den Induzierten viel weniger kennzeichnend, daß er den Wahnhalt für objektiv wahr hält, als daß er von der geistigen Gesundheit des Wahnsponders überzeugt ist. Der Meister des Wahnes wird dem Jünger zum Maß der Dinge, und der Induzierte bleibt in seiner Nachfolge, bis er der Atmosphäre seines Einflusses entzogen ist.

Jede Gemeinschaft bildet eine Atmosphäre gleicher Haltungen, Gesinnungen, Neigungen, Strebungen und jede Atmosphäre solcher Art fördert Gemeinschaft. Sie hat mit teil an der Entstehung induktiver Wahnbildungen zwischen Eheleuten, Geschwistern, Eltern und Kindern; vor allem aber fällt es schwer, sich der Atmosphäre zu entziehen, die aus dem gemeinsamen Verstehen unbegreiflicher Vorgänge entspringt. Hierzu kommt, daß es manchem Induzierten das Herz besonders wärmt, zu wissen, daß die Köstlichkeit übernommener Ideen einem kleinen Kreis Auserwählter vorbehalten bleiben muß.

Damit komme ich noch einmal auf die aktive Beteiligung des Induzierten an der Wahninduktion zurück. Die Fälle, in denen die dargebotenen Inhalte schlicht übernommen werden, sind meiner Erfahrung nach recht selten. Ich kenne nur eine einzige Beobachtung, die wohl hierher gehört: eine — schizophrene defekte — Mutter hielt die phantastischsten und gröblichsten sexuellen Pseudologien ihrer 12jährigen Tochter für wahr, wenigstens eine Zeitlang, ohne sich jedoch — sehr kennzeichnenderweise — nennenswert um die Aufklärung oder gar Abschaffung solcher erlogenen Vorgänge zu bemühen.

Im übrigen ist es bekannt genug, wie sehr sich manche zunächst gegen die werbenden Beeinflussungen sträuben, gerade dann, wenn diese von recht sthenischen Kranken ausgehen, bis sie

sich schließlich doch mit ihnen eins erklären und den umschriebenen Frontwechsel gegen die Umwelt vornehmen. Es wird in solchen Fällen nicht einfach die Beziehungsverrückung zur Umwelt, wie sie ein anderer vollzogen hat, für wahr gehalten, sondern es werden — in einigermaßen vergleichbarerweise wie bei der wirklich gewachsenen psychopathischen Wahnentwicklung — allmählich selbst die Beziehungen zur Umwelt verrückt.

Häufiger aber handelt es sich bei der Wahninduktion auch nicht annähernd um einen gewachsenen Wahn, sondern um Irrtümer, die nicht aus eigenem Denken erreicht wurden, und nicht dem Druck eigener Erlebnisse entsprangen. Der Irrtum kommt aus zweiter Hand. Aber er wird zuweilen ergriffen, in der Hoffnung, daß man hier zum Nutznießer fremder Einfälle werden könne. Unter die Induzierten dieser Gruppe gehören hysterisch-geltungssüchtige Persönlichkeiten von bescheidenem Ausmaß, denen die übernommenen Ideen religiösen Inhalts oder Weltverbesserungspläne endlich den Glanz des Besonderen verleihen. Sie fühlen sich bereichert, lassen sich anregen, gestalten spielerisch weiter im Rahmen des Übernommenen. Auf ähnliche Verhältnisse unter den Mitgliedern von Sekten, Bünden, darf ich verweisen. Jedenfalls sind in der Regel gewisse aktive Einstellungen des Induzierten notwendig, damit eine solche, meist abortiv bleibende Wahnübertragung eintritt. Es handelt sich dabei, wie gesagt, höchst selten um psychopathologische Gebilde, die sich der psychopathischen Wahnreaktion oder -entwicklung zur Seite stellen lassen. Der induzierte Wahn hat seinen Ort vielmehr unter den psychopathisch abnormen Suggestivreaktionen. Die Suggestibilität ist eine normale seelische Grundeigenschaft<sup>5)</sup>, und es kann deshalb nicht überraschen, daß solche Einflüsse, die schon in der Normbreite suggestive Reaktionen erleichtern, auch die Wahnübertragung fördern können. Dazu gehört alles, was der Phantasie Spielraum läßt, gleichviel, ob es in der Person des Induzierenden liegt und ihm unter seinen Anhängern den Nimbus des Meisters verschafft; oder ob es sich herleitet aus dem Gehalt seiner Wahnideen. Das schlicht Verstehbare zeigt selten solche Hefewirkung wie das Unbegreifliche, ja Unverständige. Aus der Genese der Wahninduktion kann die Persönlichkeit des Wahnspenders so wenig weggedacht werden, wie die Besonderheit seines Wahnes. Aber er kann die Gemeinschaft im Wahn nicht erzwingen; es muß ihm jemand entgegenkommen und seine Wahnideen entgegennehmen. Für das Zustandekommen dieser ungewöhnlichen Gemeinschaftsbildung ist der Induzierte wichtiger als der Induzierende. Man kann darüber streiten, ob, wie das

<sup>5)</sup> Im Sinne von *Kurt Schneider*.



*Lange-Eichbaum* meint, das Genie erst und nur durch eine aufnehmende Gemeinde zum Genie werde; den Paranoischen macht sicher nur der Induzierte zum Induzierenden.

Literatur:

- Flournoy*: Folie à deux. Schweiz. Arch. f. Neur. u. Psychiatrie. 20; 44ff. (franz. u. engl. Literatur).
- Freud, S.*: Massenpsychologie und Ich-Analyse. Ges. Werke, Bd. 6, Intern. psychoanalyt. Verlag.
- Hartmann, H.* und *E. Stengel*: Zur Psychologie des indizierten Irreseins. Arch. f. Psychiatr. 95; 584ff. 1931. (Literatur.)
- Studien zur Psychologie des induzierten Irreseins. Zweite Mitteilung. Jahrb. f. Psych. u. Neurol. 48. Bd. 164ff.
- Jaspers, K.*: Philosophie, II. Bd. »Existenzerhellung«. 3. Kapitel. Berlin 1932.
- Schilder, Paul*: Medizinische Psychologie 1924.
- Schneerson, F.*: Neue Wege der Sozialpsychologie. Beitr. z. Massenpsychologie. I. Halle 1928.
- Schneider, K.*: Pathopsychologie im Grundriß. Handwörterbuch d. Psych. Hygiene. 1931.
- Straus, E.*: Wesen und Vorgang der Suggestion. Berlin 1925.
- Über Suggestion und Suggestibilität. Schweizer Archiv für Neur. u. Psychiatr. 20, S. 23ff. 1927.
- Wach, Joachim*: Meister und Jünger. Leipzig bei Ed. Pfeiffer (ohne Erscheinungsjahr).

## Meine Erfahrungen mit der Arbeitstherapie bei Geisteskranken <sup>1)</sup>).

Von

Dr. H. Schiller, kantonales Asyl in Wil, St. Gall.

Meine Erfahrungen mit der Arbeitstherapie bei Geisteskranken sind auf das engste verknüpft mit meiner psychiatrischen Laufbahn.

Ich habe diese begonnen im Herbst des Jahres 1888 bei meinem verehrten Lehrer *Forel* im Burghölzli, der mich mit offenen Armen empfing, als ich mich bei ihm für eine eben freigewordene Stelle meldete, nachdem ich mich an zwei Spitälern erfolglos als Assistent angeboten.

Ich faßte das als Fingerzeig meines Schicksals auf und war der Psychiatrie so dankbar dafür, daß sie mich angenommen hatte, daß ich ihr mit bemerkenswerter Perseveration seither treu blieb.

Und nun die Arbeitstherapie, wie sie damals, also vor 44 Jahren im Burghölzli gehandhabt wurde: Damals bestand sie dort, wie allgemein üblich, in der Beschäftigung der Kranken in Hilfsarbeiten auf der Abteilung und auf der Männerseite in landwirtschaftlichen Arbeiten, auch in einigen Werkstätten und bei den Frauen in der Beschäftigung in den Nähstuben, Wäscherei und Glättereier, und daneben saß oder lag ein ziemlich großer Teil der Kranken, besonders auf der Männerseite, auf der Abteilung herum und bildete seine Automatismen aus oder pflegte seine Wahnideen, die sie oft schriftlich fixiert, dem besuchenden Arzt auf der Visite abgaben. Ich erinnere mich noch gut an einen Kranken, der mir ganze Briefbogen mit seinem Blute beschrieb, das er sich in einem kleinen Fläschchen immer vorrätig hielt, übergab.

Eine zielbewußte, systematische Arbeitstherapie wurde damals nicht betrieben.

Dafür stellte mir mein verehrter Lehrer *Forel* andere Auf-

---

<sup>1)</sup> Vortrag, gehalten in der Frühjahrsversammlung 1932 der schweizer. Gesellschaft für Psychiatrie in St. Urban.

gaben; er ließ mich die Axencylinder des Oculomotorius der neugeborenen und erwachsenen Katze zählen, welche kleine Arbeit er schätzte und sie mir wieder zeigte, als ich ihn vor einigen Jahren in seiner Fourmilière besuchte, wie er sie in den Comptes rendus des séances de l'academie des sciences hatte erscheinen lassen. Mit seinem Feuergeist wollte er mich auch ermuntern, eine Arbeit von Mendel in Berlin über die Paralyse zu »vermöbeln«, wie er sagte. Gehorsam ging ich dahinter, brachte sie aber nicht zu Ende; denn im Jahre 1889 zog ich nach Préfargier, um auch die französische Psychiatrie kennenzulernen.

Dort konnte ich, was die Arbeitstherapie anbetrifft, keinen Fortschritt lernen; denn dort wurde sie etwa in der gleichen Weise ausgeübt wie im Burghölzli. Dafür lernte ich dort die chirurgische Behandlung der halluzinatorischen Psychosen durch Schädelrepanation und Gehirnexcochleation kennen, deren Erfolge mich am Tage der Escalade nach Genf führten, um dort dem Operateur das Gehirn einer, nach seiner Methode operierten Frau, die in der Arve sich ertränkt hatte, heimzubringen.

Wegen des Festtages hatte ich große Schwierigkeiten, die Erlaubnis vom Gerichtsarzte *Goss* zu bekommen, und da ich mit meinem Herumfragen viel Zeit versäumt hatte, mußte ich mich bei der Sektion beeilen, um noch den letzten Zug zu erreichen, und in der Eile schlüpfte mir der Schädelöffner ab und brachte mir eine Wunde am linken Handgelenk bei, von der ich eine Narbe als Andenken an diese denkwürdige Expedition behalten habe.

Die weiteren Erfolge dieser chirurgischen Psychosentherapie waren derartige — ein zweiter Operierter starb an akut einsetzender traumatischer Epilepsie — daß sie aufgegeben wurde.

Sonst gefiel mir aber der Aufenthalt in dem prächtigen Préfargier sehr gut; denn mein lieber Freund *Godet*, der Sekundärarzt, führte mich in die französische Psychiatrie ein und war mein Lehrmeister in den Feinheiten der französischen Sprache, da damals die Grammaire de l'Académie noch nicht erschienen war.

Im Jahre 1891 kam ich als Nachfolger von *Jörger*, der als Direktor die graubündnerische Anstalt in Waldhaus Chur eröffnete, als Assistenzarzt nach St. Pirminsberg, und dort fand ich eine schon schön ausgebaute Arbeitstherapie, nicht nur für die Frauen, sondern auch für die Männer.

Neben der landwirtschaftlichen Beschäftigung für die Männer, die auch auf der Kolonie St. Margrethenberg betrieben wurde, wo bis 20 Männer in der Zeit der Heuernte unter der Leitung einer Wärters arbeiteten, hatte mein Chef *Lauser*, der mir bald ein lieber Freund wurde, auch auf den Abteilungen die Arbeitstherapie eingeführt, die hauptsächlich in der Erstellung von Stroh-

matten bestand. Diese Art der Krankenbehandlung übte einen sehr wohltätigen Einfluß aus; früher unruhige Abteilungen waren dadurch in den Zustand der Ruhe und Ordnung gekommen, und als ich im Jahr 1892 von meinem lieben Freund und Chef *Lauffer* zur Übernahme der Direktion des neugebauten und zu eröffnenden kantonalen Asyls Wil bestimmt wurde — etwas gegen meinen Willen; denn ich wäre lieber in dem gemütlichen St. Pirminsberg geblieben — begann ich mit der Arbeitstherapie schon von Anfang an nach dem Muster von St. Pirminsberg auch im Asyl und bestrebte mich, sie zu erweitern und auszubauen. Bis zum Jahre 1899 beherbergte das Asyl in vier Pavillons zu 75 Betten, die aber bald überfüllt werden mußten, nur chronische Fälle, und ich hatte Gelegenheit, den Einfluß der Arbeitstherapie zu beobachten und festzustellen. Das Asyl wurde zuerst bevölkert von 60 chronischen kranken Männern und 60 Frauen von St. Pirminsberg. Daß ich nicht die geordnetsten und ruhigsten aus dem 30jährigen Bestande erhielt, ist selbstverständlich.

Für die Frauen richtete ich Nähstuben ein und eine Gemüserüsterei, ein Teil konnte auch in der Wäscherei und Glätterei und auf der Landwirtschaft beschäftigt werden. Die geordnetsten Männer nahmen Teil an der Arbeit im Freien; für Handwerker wurden einige Werkstätten eingerichtet, aber für viele Katatoniker, Schizophrene, Paranoide und Oligophrene mußte ich passende Beschäftigung auf der Abteilung beschaffen, um sie aus ihren Stereotypien und Autismen herauszubringen.

Neben der mir schon bekannten Herstellung von Strohmatten bemühte ich mich, Beschäftigung mit der Fabrikation von Papierdüten zu erhalten, die bald eine große Ausdehnung nahm.

Meine Erfahrungen, die ich mit der Arbeitstherapie bei chronischen Fällen machte, die bisher wegen ihres psychischen und physischen Zustandes interesselos und blöde auf den Abteilungen herumsaßen oder lagen und ihre sattsam bekannten unangenehmen Gewohnheiten und Eigenschaften angenommen hatten, waren sehr gute. Der größte Teil davon konnte dadurch zu geordneten, fügsamen und fleißigen Hausgenossen erzogen und vor dem gänzlichen geistigen Zerfall bewahrt werden.

Interessant war oft zu sehen, wie Halluzinanten unter dem Einflusse ihrer Halluzinationen plötzlich vom Arbeitstische wegsprangen und die Antwort auf ihre »Stimmen« in eine Ecke des Arbeitsraumes hineinschrien und dann wieder ruhig zur Arbeit zurückkehrten.

Auch alte Schizophrenien mit Stereotypien, die z. B. ihre Kleider wie Automaten zerreißen oder beständig Knöpfe weg machen, werden oft überraschend gebessert, wenn es gelingt, sie an den Tisch zu bringen, an welchem die Kranken Papier zer-

reißen zu kleinen Fetzen, die dann mit Kohlenabfällen und Obstresten zu Briketts verarbeitet werden. Dann werden ihre Knopf-abreiß-Stereotypen in Papierzerreiß-Stereotypen umgewandelt und oft gelingt es im Laufe der Zeit diese Stereotypen noch weiter zu veredeln und in wertvollere umzuwandeln.

Besonders wohltätig war der Einfluß auf Kriminelle, von denen im Asyl immer eine gewisse Anzahl zu verwahren ist, von denen die meisten dadurch zu relativ harmlosen Arbeitern umgewandelt wurden.

Als das Asyl durch die in den Jahren 1898 bis 1903 errichteten Neubauten in den Stand gestellt war, auch akute Fälle aufzunehmen, wurde die Arbeitstherapie auch sofort auf diese ausgedehnt, nachdem in den Erweiterungsbauten durch Errichtung von Werkstätten Rücksicht auf diese Behandlungsmethode genommen worden war.

Auch bei den akuten Fällen bewährt sie sich vortrefflich. Nach Ablauf des unruhigsten Stadiums der Katatonien, Manien und Melancholien gebe ich den Kranken so schnell wie möglich Gelegenheit, sich zu beschäftigen, und lasse mich nicht abschrecken, wenn auch die Aufregung noch ab und zu aufflackert, und deshalb kann ich mich mit den Erfahrungen, die die akuten Fälle betreffen, sehr befriedigt erklären. So haben wir z. B. aus dem Burghölzli einen 27jährigen Hebephrenen aufgenommen, der durch seine Gewalttätigkeit und seine ungebändigte Motorik uns auch viel zu schaffen gab. Da er im Wachsaal für die Unruhigen keine Ruhe fand, nahmen wir ihn versuchsweise in den Beschäftigungssaal, wo er aber für seinen Bewegungsdrang und seine kräftigen Muskeln auch nicht die passende Gelegenheit zum Abreagieren fand. Da versuchten wir es in der Landwirtschaft, wo gerade einige Fuder schwere Säcke abzuladen und in ein Magazin zu tragen waren. Das war nun ein köstlicher Anblick, den kräftigen rothaarigen Burschen zu sehen, wie er mit den 100 Kilosäcken herumjonglierte, sie auf den Rücken nahm und davontrug. Von da an ist er ein ganz anderer Mensch geworden, ein ruhiger, fügsamer Landarbeiter.

Solch erfreuliche Fälle ermuntern die Ärzte und das Wartpersonal, auch mit andern Ähnliches zu probieren.

Da durch den in den Erweiterungsbauten geschaffenen Platz die Zahl der Kranken beständig stieg und dadurch auch das Bedürfnis nach Beschäftigung größer wurde und die Herstellung von Papierdüten nicht mehr genügte, bemühte ich mich andere Arbeit zu finden, und da machte mich Herr *Koller*, der evangelische Geistliche des Asyles, auf die Wichseschachteln aufmerksam, die zu Hunderttausenden, aus dem Leim gegangen, in einer benachbarten Wichsefabrik als nicht mehr brauchbar auf

dem Haufen lagen. Ich stürzte mich geradezu darauf, und die Erfolge mit dem Flickern dieser Wichseschachteln waren so erfreuliche, daß ich Maschinen und Holz anschaffte, um auch neue anzufertigen.

Viele Jahre fertigten unsere Kranken Millionen von solchen Schachteln an, bis die alte Schuhwichse durch die Schuhcreme, und die Holzschachteln durch Blechbüchsen ersetzt wurden.

Das war ein schwerer Verlust für uns. Diese Beschäftigung war für die Kranken eine der erfolgreichsten und wohlthuendsten und bot Gelegenheit, alle Intelligenzgrade entsprechend zu beschäftigen.

Wir setzten dann an deren Stelle die Herstellung von Leder-teppichen, die in ihren Verrichtungen nicht so reichhaltig ist, dafür aber in gewissen Stadien fast kunstgewerblich schöpferisch anregt durch Erfindung neuer Muster.

Als dann bekannt wurde, daß wir Arbeiten übernehmen, wurden uns auch noch andere zugewiesen, wie einfache Lineaturen für Buchdruckereien, Herstellen von Schulheften, von Milch- und Schießbüchlein und für die Frauen Häkelarbeiten und Kunststickereien.

Im Jahre 1901 brachte ich in Genf in der 32. Versammlung des damaligen Vereins schweizerischer Irrenärzte<sup>1)</sup> — wir sind ja unterdessen in eine schweizerische Gesellschaft für Psychiatrie umgewandelt worden — den Kollegen meine Erfahrungen mit der Arbeitstherapie im kantonalen Asyl in Wil zur Kenntnis und demonstrierte auch die dabei verwendeten Materialien und Werkzeuge, und im Jahre 1905 konnte ich an der 36. Psychiater-versammlung im Asyl selber die verschiedenen Abteilungen im vollen Betrieb zeigen.

Wenn ich meine langjährigen Erfahrungen über die Arbeitstherapie kurz zusammenfasse, so kann ich sagen, daß sie an die Spitze unserer Behandlungsmethoden, und zwar sowohl für die chronischen als für die akuten Fälle gestellt zu werden verdient, und so schnell als möglich an die Stelle der Bettbehandlung treten soll.

An uns Ärzten ist es, den Kranken die Wohltat dieser Behandlungsmethode zuteil werden zu lassen. Um dies mit Erfolg tun zu können, müssen wir Ärzte selber von einem Arbeitstrieb und Arbeitswillen beseelt und auch mit etwas mechanischem Geschick begabt sein, um nötigenfalls den Kranken und dem Personal die einschlägigen Manipulationen selber zeigen zu können, und das war bei mir in glücklicher Vereinigung der Fall; denn

<sup>1)</sup> Der Vortrag erschien in der Psychiatr. neurol. Wochenschrift 1903 Nr. 21.

ich stamme aus einer Familie, in welcher während 300 Jahren von Vater auf den Sohn das gleiche Handwerk — das Küferhandwerk — vererbt wurde, und ich bin der erste, der aus der Art geschlagen und sich einem gelehrten Berufe zugewendet hat und nicht nur in bezug auf das Handwerk habe ich aus der Art geschlagen, sondern auch in bezug auf die Abstinenz; denn von der Pflege edler vergohrener Getränke habe ich mich der Herstellung von Süßmost zugewandt.

Ich habe die Arbeitstherapie intuitiv sozusagen als ein Primitiver betrieben, weil ich selber Freude an der Arbeit hatte und nach dem alten Sprichwort: »Arbeit macht das Leben süß«, wollte ich dieses Süße auch meinen Kranken zuteil werden lassen.

Als ich die prächtige Arbeit *Tramers* im Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie über die Grundlagen der Arbeitstherapie, insbesondere die suggestiven Momente las, kam ich mir beim Studium seines psychologischen und philosophischen Gedankenganges wirklich wie ein Primitiver vor; aber ich kann bestätigen, daß er die suggestiven Momente schön herausgearbeitet und klar dargestellt hat. Hundertfältig konnte ich konstatieren, daß die Suggestion eines der wirksamsten Momente ist, und daß die Erfolge der praktischen Arbeitstherapie hauptsächlich durch Suggestion zustande kommen. Auf einer solchen Abteilung ist ja die ganze Atmosphäre mit Suggestion geladen; nach dem reinigenden Eintrittsbad kommt der Aufgenommene, wenn er aus somatischen oder psychischen Rücksichten nicht Wachsaal- und Bettbehandlung nötig hat, in der großen Mehrzahl der Fälle in einen Aufenthalts-Arbeitsaal; da ist ja alles mit Arbeitssuggestion geladen; die Kranken, die sich da beschäftigen, die Sessel, auf denen sie sitzen, die Tische, auf denen die Arbeit liegt und verrichtet wird; die Wände, an denen die Arbeitsvorlagen hängen; die Wärter, die den Ankommenden auf einen Arbeitsplatz einladen. Es dauert oft keine Minute, so erliegt der Ankömmling der ansteckenden Suggestion, die auf ihn eindringt, und er nimmt an der Arbeit teil, zuerst sozusagen unbewußt und dann bald mit vollem Bewußtsein, sein psychischer Inhalt hat eine tiefgreifende Veränderung erfahren. Auf diese Weise ist bei uns die Zahl der Arbeitenden bei den Männern in einigen Abteilungen auf 100% und in andern auf über 80% gestiegen und bei den Frauen ebenso, und der Lohn für unsere Bemühungen ist eine wohlthuende Ordnung und Ruhe auf allen Abteilungen, und ich wünsche Ihnen, daß auch Sie mit dieser Behandlungsmethode so gute Erfolge erreichen und so große Befriedigung nicht nur bei sich, sondern auch bei den Ihnen anvertrauten Kranken und Ihrem Personal verspüren.

# Hysterische Psychose und „schizophrener Reaktionstypus“.

Von

Dr. G. Blume, Oberarzt (Berlin-Buch).

Das Verhalten, mit dem ein seelisch gesunder Mensch auf ein »Erlebnis« antwortet, hängt im wesentlichen von seinem Charakter und seinem Temperament ab. Der Ichsüchtige und der Sachliche, der Phlegmatische und der Cholerische, aber auch beispielsweise der »Künstler« und der »Politiker« — und hier etwa wieder der »Altpreuße« und der »Fortschrittler« — jeder stellt einen bestimmten Typus des »Reagierens« dar, und dieser »Reaktionstypus« gestattet es, bei genügend genauer Kenntnis, das Verhalten des Betroffenen einem bestimmten Erlebnis gegenüber mit mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit vorauszuberechnen.

Wir haben von *Kraepelin*, *Bonhoeffer*, *Kretschmer* und anderen gelernt, daß es auch im krankhaften Seelenleben »Reaktionstypen« gibt, das heißt die Bereitschaft zu gewissen verschiedenen pathologischen Reaktionen, die bei jedem Menschen je nach seiner Erbllichkeit und Anlage mit Gesetzmäßigkeit auftreten. Der eine bekommt etwa nach einem erschütternden Erlebnis eine »hysterische« Lähmung, der andere einen Dämmerzustand, der dritte eine Depression.

Von besonderer Bedeutung ist diese Lehre von den durch Erb-anlage bedingten Reaktionstypen für die Erklärung jener Krankheitsbilder geworden, die wir ihren »Erscheinungsformen« nach den großen *Kraepelinschen* Formenkreisen des manisch-depressiven und des schizophrenen Irreseins zuzuordnen Anlaß haben, während der Verlauf und Ausgang diese Diagnose widerlegt. Es gibt nicht selten »Manien«, die sich im Laufe der Jahre als unzweifelhafte Schizophrenien entpuppen, und es gibt Zustandsbilder, die durchaus »schizophren« anmuten und doch völlig ausheilen. Daß ein solcher günstiger Ausgang auch bei echten schizophrenen Erkrankungen möglich ist, soll keineswegs bestritten werden. Aber dennoch ist *Popper* beizupflichten, wenn er sagt (»Der schizophrene Reaktionstypus«, *Zeitsch. Neur.* Bd. 62, 1920):



»Es ist eben meines Dafürhaltens nicht zu bestreiten, vielmehr wohl durchaus nicht gar zu selten, daß viele Individuen, ohne darum etwa latent schizophren sein zu müssen, ohne jemals eine Weiterentwicklung in schizophrener Richtung erkennen zu lassen, ja ohne überhaupt im gewohnten Kreise auch nur andeutungsweise Spuren heboider Wesenheit darzubieten, unter entsprechenden Verhältnissen, als Ausdruck endogener, ihnen eben spezifischer Reaktionsweise Zustände aufweisen, deren Symptomatologie den Verlaufsbildern echter Schizophrenien weitgehend und vorläufig oft kaum oder gar nicht unterscheidbar ähnelt. Man darf hier wohl die Annahme einer speziellen Form psychopathischer bzw. degenerativer (aber darum eben nicht von vornherein hysterischer) Reaktionsbereitschaft, eines besonderen Reaktionstypus, akzeptieren.«

*Poppers* Aufstellung, die also das Vorhandensein eines »sozusagen isolierten« schizophrenen Reaktionstypus, also eines Krankheitsbildes von schizophrener »Erscheinungsform«, aber ohne prozeßmäßige Weiterentwicklung annimmt, ist mehrfach nachgeprüft und kasuistisch bestätigt worden. Ein nach Ursache, Verlauf und Ausgang besonders eindrucksvolles Bild dieser Art bietet der nachstehende Fall.

N. T., geboren 22. 6. 1884 zu Riga, mos. Bekenntnisses, wurde am 4. 8. 1914 in der Irrenanstalt Dalldorf aufgenommen. In dem ärztlichen Aufnahmezeugnis hieß es: »Die Kranke ist durch die plötzliche Einberufung ihres Ernährers in einen totalen Verwirrheitszustand geraten. Sie glaubt, die Kosaken kommen, um sie zu holen, ich hätte ihren Mann ermordet, ich sei der Kaiser usw. Auch einen Selbstmordversuch hat sie unternommen. Da sie allein in der Wohnung ist, so ist ein Unglücksfall nicht ausgeschlossen...«

Der Aufnahmebefund lautet: »In höchster ängstlicher Erregung. Spricht fortgesetzt vor sich hin, schreit und gestikuliert mit den Armen in der Luft herum. Redet gleich den Arzt damit an, warum er sie umbringen lassen wolle. Man möge den Kaiser bitten, daß er sie begnadige.«

Über das Verhalten auf der Abteilung geben folgende Eintragungen der Krankheitsgeschichte Auskunft:

4. 8. 14. War sehr unruhig, schrie fürchterlich, kletterte am Fenster hoch, schlief auf 0,5 Veronal schließlich ein.

5. 8. 14. Kommt mit abwesendem, ängstlichen Gesichtsausdruck ins Untersuchungszimmer, fragt: »Was soll ich denn, warum will man mich denn töten?« Ob es schon in der Zeitung stehe, daß ihr Mann tot sei. Gibt auf Befragen an, sie sei erst seit Januar 1914 verheiratet, nachdem sie 12 Jahre für ihre Verbindung gekämpft hätten. Ihr Mann sei ein Pole, katholisch, sie selbst stamme aus Riga, sei jüdisch, ihr Vater sei dort Kaufmann. Sie hätten riesige Schwierigkeiten wegen ihrer Verheiratung gehabt, bis ihr Mann endlich zum jüdischen Glauben übergetreten sei. Ihre Brüder ständen als russische Soldaten im Felde, ihr Mann auf deutscher Seite. Sie habe in

Riga das Gymnasium besucht. Ihr Mann sei Dolmetscher bei Tietz gewesen. — Pat. beruhigt sich im Laufe der Unterhaltung mehr und mehr, gibt geordnet Auskunft, erscheint sogar schließlich auffällig affektlos, will bald entlassen werden, will sich dem Generalkommando als Dolmetscherin zur Verfügung stellen. Gibt an, sie habe solche Angst, daß die Russen und Kosaken in Riga einen Program veranstalten würden. — Bei der körperlichen Untersuchung wieder sehr ängstlich, bittet, man solle sie nicht töten. — Nachmittag wieder äußerst laut und erregt. Schreit gellend, man will mich töten, man will mich morden, klettert auf dem Fensterbrett hoch. — Auch in der Nacht sehr unruhig, schreit laut, klettert am Fenster hoch. Nach 0,5 Veronal Schlaf.

5. 8. 14. Bei der Visite sehr erregt: klammert sich an den Arzt, will ihn nicht von ihrem Bett lassen, fragt immer wieder in verstörtem, flehendem Ton: »Sagen Sie mir doch die Wahrheit, sie wollen mich morden, wo ist mein Mann, was will man denn von ihm, sagen Sie es mir doch bitte, dann will ich mich auch gern ermorden lassen... usw.« Hält krampfhaft die Photographie ihres Mannes in Uniform in der Hand.

6. 8. 14. Heute im ganzen ruhiger. Bekommt eine Feldpostkarte ihres Mannes. Es erfolgt ein sehr starker Gefühlsausbruch. Pat. schreit laut: mein lieber Mann, mein lieber Mann, wirft sich jammernd im Bett zurück, fängt dann wieder an: man will mich morden, man will mich töten... Eine Viertelstunde später wieder ganz ruhig, sagt auf Befragen, sie habe vor Freude so geschrien(!), hat etwas Abwesendes, Zerstreutes in ihrem Wesen. Weiß nicht sicher, seit wann sie hier ist.

In den folgenden Tagen beruhigte sich die Kranke mehr und mehr und wurde schließlich ganz geordnet, so daß sie am 17. 8. 14 mit der Diagnose »Psychogene Reaktion« versuchsweise entlassen werden konnte.

Am 24. 8. 14 wurde sie von der Hausverwalterin zurückgebracht, mit folgenden Angaben: Bis zum 20. 8. sei es zu Hause leidlich gegangen. Seitdem habe sie keine Nachricht von ihrem Manne bekommen und sei völlig gebrochen und verstört, bitte immerzu, man solle ihr sagen, wie sie zu ihrem Manne kommen könne, verweigere die Nahrungsaufnahme, wolle nicht mehr leben, weil ihr Mann tot sei, sei zu Hause nicht mehr zu beaufsichtigen. Auf der Abteilung bot sie dasselbe Bild wie beim ersten Mal: völlig verzweifelt, schluchzend. Man wolle sie töten, weil sie Russin sei, ihr Mann sei auch tot; bittet unter herzerreißendem Jammern, man solle sie zu ihrem Manne lassen, man verheimliche ihr etwas, es sei alles nicht wahr, alles anders, sie wolle zu ihrem Manne.

Der Zustand blieb in den nächsten Tagen unverändert, immer wieder weinte und jammerte sie häufig, man wolle sie den Kosaken übergeben.

Unter dem 5. 9. 14 heißt es in der Krankheitsgeschichte: macht einen stark verworrenen, ängstlichen Eindruck. Spricht davon, daß soviel »geschimpft« werde, doch ist zunächst noch nicht klar ersichtlich, ob Pat. halluziniert oder irgendwelch Geschwätz ihrer Mitpatientinnen meint.

Fürchtet immer, man wolle sie hier töten, »um an ihr zu studieren«, ist unbelehrbar und Einwänden gegenüber ganz unzugänglich, blickt mit ängstlich-verstörtem, kindlich-ratlosem Ausdruck von einem zum anderen, hat immer nur eine Antwort: »Ich weiß ja nicht...«

14. 9. 14. Bietet nach wie vor ein herzerreißendes Bild völliger Verstörung und Verzweiflung. Blickt irrsinnig und ratlos um sich, ist in keiner

Weise zu beruhigen, glaubt dauernd, sie solle hier getötet werden. Halluziniert: ihr Mann sei tot, er rufe sie jede Nacht, sie könne deshalb nicht schlafen, sie habe ihm doch versprochen zu folgen. Hat heute eingenäßt.

25. 9. 14. Wird mehr und mehr still und affektlos. Bekommt fast täglich Briefe und Karten von ihrem Mann; nimmt sie ruhig und ohne Gefühlsäußerung auf.

Freuen Sie sich denn nicht? »Nein«.(1) Warum nicht? »Weil mein Mann ja schon tot ist.«

Das sage ihr das Gefühl. Aus seinen Briefen schließe sie, daß er tot ist.(1)

Bleibt dabei, daß auch sie mit dem Tode bestraft werden müsse, weil sie bei Beginn des Krieges versucht habe, nach der Schweiz zu fliehen, weil sie zu Hause getobt habe, weil sie um ihren Mann geweint habe. Körperlich außerordentlich elend, blaß und verfallen.

Im Oktober trat eine Aufhellung des Zustandes ein; von ihr gibt der folgende rührende Brief der Kranken an ihren Mann Zeugnis:

»Berlin, den 4. 10.

Mein teurer lieber Mann! Ich schreibe schon wieder, aber leider bis jetzt hastu noch meinen schreiben noch immer nicht erhalten, aber vielleicht wen der liebe Gott wird wollen wird mein Brief dir glücklich erreichen mein liebes Paulchen ich habe deine Briefe und Karten erhalten und bin sehr froh das es dir gut geht Nun und von mir kann ich dir schreiben das jetzt geht es mir besser bis jetzt ist es mir sehr schlecht gegangen ich habe mir die schrecklichsten Bilder vorgestellt daher kam es das ich in die Anstalt gekommen bin so wie ich dir in vorigen Brief geschrieben habe aber mein lieber teurer Paulchen ich bitte du sollst dich nicht grämen es wird bald wieder gut und ich hoffe vollständig gesund zu werden Nein weiter kann ich dir nicht schreiben, ja und du brauchst nicht immer Briefe zu schreiben es genügt wen ich von dir mein Liebling ein paar Zeilen erhalte bin ich froh und glücklich, wen du nicht jeden Tag schreiben kannst so will ich geduldig warten. Nun ich schließe meinen schreiben und wünsche dir glücklich heim zu kommen zu deine Frau, und der liebe Gott soll geben das es soll schon bald der glückliche deutsche Sieg sein

Nun aufwiedersehen es grüßt und küßt viel tausend mahl deine dich liebende und ewig liebende Frau Nescha.«

Die Besserung hielt nicht lange an. Gegen Ende Oktober wurde sie zunehmend stumpf und gleichgültig, lag teilnahmslos im Bett und starrte vor sich hin. Auf Anrede zeigte sie sich völlig unbelehrbar, erklärte immer wieder, sie wisse ja, daß sie ein Verbrechen begangen habe und dafür sterben müsse, auch ihr Mann werde bestraft werden, man solle sie doch bloß nicht so lange quälen, außerdem sei sie ja schon schwindsüchtig, sie werde immer weniger, das sei auch die Strafe, denn sie werde ebenso langsam zu Tode gebracht werden, nicht hingerichtet, wie sie erst geglaubt habe; wenn ihr Mann fallen sollte, da würde sie gar nicht trauern, denn dann sei er wenigstens endlich gestorben, aber wenn er zurückkäme, und sie könne ihm doch keine Frau mehr sein, denn sie sei doch dem Tode geweiht, das sei doch zu schrecklich; der Arzt habe ja auch schon gemerkt, daß ihre Ehe nicht glücklich werden könne; sie könne doch keine Kinder erziehen, weil

sie selbst nicht erzogen sei, deshalb sei es doch gut, wenn sie stürbe... usw. Bittet dann wieder, entlassen zu werden, vielleicht sei es doch noch nicht zu spät, sie sei überhaupt nur von der Medizin hier krank geworden, das sei eben geschehen, damit sie langsam sterbe... usw.

5. 11. 14. Heute wieder ganz angstvoll-verstört. Weil die Kosaken die deutschen Frauen zerschnitten hätten, deshalb werde sie nun auch zerschnitten werden, aber sie habe doch keinen Menschen zerschnitten; hier müsse sie bleiben, weil sie »abgestorben« sei, es seien ihr schon »die Stücke im Bauch zusammengewachsen«.

10. 11. 14. Monotonen Jammern. Liegt in starrer Haltung reaktionslos mit geschlossenen Augen im Bett. Nadelstiche werden wahrgenommen (Zusammenzucken), aber keine Abwehr. Keine Flexibilitas. Lichtreaktion wegen der fest zusammengekniffenen Lider nicht zu prüfen. Hysterisches Zustandsbild.

16. 11. 14. Zustand allgemeiner Sperrung. Liegt regungslos mit geschlossenen Augen im Bett. Lebhaftes Lidflattern, besonders bei Anrede. Keine Flexibilitas. Muß mit der Sonde gefüttert werden. Die Sondenfütterung gestaltete sich sehr schwierig, weil die Kranke sofort fast alles wieder erbrach, auch gewalttätig wurde, wütend nach dem Arzt und den Pflegerinnen schlug, sich unter schimpfendem Gemurmel festkrallte, einnähte usw. Allmählich trat ein starker Kräfteverfall mit fortschreitender Gewichtsabnahme ein, der Zustand wurde nicht unbedenklich, so daß wir wiederholt an den Mann schrieben, er möge um Urlaub einkommen. Soweit diese Schreiben ihn erreichten, erwiderte er, daß er zurzeit Urlaub nicht bekäme.

Dieser Zustand mehr oder weniger vollkommener Absperrung und Starre dauerte bis Ende 1914.

1. 1. 1915 heißt es in der Krankheitsgeschichte: Blickt heute bei der Visite den Arzt mit freundlich-abwesendem Lächeln an, antwortet lange Zeit nicht auf Fragen, sagt schließlich ohne Vermittlung: »Schenken Sie mir doch eine Puppe, Sie sind doch der Weihnachtsmann. Wenn ich nach Hause komme, gebe ich sie Ihnen wieder«.

Wo zu Hause? »Na hier, wo ich jetzt bin, im Walde«.

21. 1. 15. Wachte gestern bei der Visite urplötzlich aus ihrer Starre auf, blickte den Arzt freundlich lächelnd an, antwortete ganz frei und fließend. Auch heute vollkommen frei und geordnet. Hat etwas Freudig-Erregtes, dabei leicht Gerührtes in ihrem Wesen, bei der Unterhaltung über ihren Zustand treten ihr leicht die Tränen in die Augen. Ist örtlich und zeitlich vollkommen klar, erklärt aber, daß die Pflegerin ihr gestern das Datum gesagt habe, vorher habe sie es nicht gewußt. Nennt den Namen des Arztes und der Oberpflegerin sowie ihrer Saalpflegerin. Kommt auch mit leichter Nachhilfe auf die Namen einiger ihrer Saalgenossinnen.

Wie lange hier? »Na, Sommer war es, wie ich hierher kam, nicht wahr? Es war noch alles grün. Aber wann es war, weiß ich nicht.« Sie sei hier, seit der Mann fort ist; meint auf Befragen, sie sei ohne Unterbrechung hier gewesen, entsinne sich aber allmählich, daß sie inzwischen mal zu Hause war. Behauptet erst, daß sie von der Zeit ihrer Erstarrung gar nichts wisse, kommt aber mit Suggestion mehr und mehr darauf, daß sie nichts gegessen habe, daß sie öfter im Arztzimmer gewesen sei, daß sie »mit einer Maschine« gefüttert worden sei. Was für eine Maschine? »... das

weiß ich nicht«. Auf Wach suggestion: »Ja, daß es durch die Nase war, das weiß ich«.

Will aber die »Maschine« nicht näher beschreiben können. Zeigt auf die Telefonschnur, sagt: »Da hängt sie ja, nicht wahr?« Erkennt dann: »Ach nein, das ist ja das Telefon«. Berichtet: »Es wurde so viel durcheinander geredet, ich habe gehört, die ißt nicht — da habe ich geglaubt, da ist Gift drin, das darf ich auch nicht essen. Am Anfang habe ich nur geglaubt, man will mich töten. Da habe ich so Männer gesehen, mit große Kartons, wie die Reservisten, die sind immer hier durchgekommen, da habe ich geglaubt, die wollen mich töten. Das entsinne ich mich, die Menschen haben immer gesagt, der ist verwundet, ein Bein ist ihm abgeschossen, er hinkt ein bißchen, er kommt nicht mehr zurück, nein, die bekommt ihn nicht mehr, und dergleichen. Ob das die Pflegerinnen oder Kinder oder sonst wer war, weiß ich nicht. Einmal habe ich auch gehört meinen Namen rufen.« Fragt plötzlich: »Werden Sie jetzt befehlen, meinen Mann zu töten?« Wofür hielten Sie mich? »Ach, verschiedenes: einmal habe ich geglaubt, ein Schlächtermeister, einmal ein Räuber, ein Henker. Was sie so gesagt haben, habe ich geglaubt.« Pat. ist sehr bestürzt auf den Vorhalt, daß sie den Arzt geschlagen habe: »...nein, das ist nicht wahr, das wollen Sie mir bloß einreden.« Fragt, ob sie jetzt dafür bestraft werden solle. Auf den Vorhalt betr. der Puppe lacht sie heftig und meint, das sei nicht wahr. »Ja, ich könnte eine Puppe gebrauchen, ich liebe Puppen. Aber die schönste Puppe wäre, wenn Sie würden mir meinen Mann bringen.« Von selbst: »Dann habe ich gehört, in eine Maschine wird man mich reinlassen. Sagen Sie, gibt's das hier?« (Sich erinnernd) »... von einem Klotz ... einem Posten . . . . Kopf abhauen . . . . oder dergleichen . . . . Dann habe ich immer gehört, wie eine Frau gerufen hat, laßt ihn doch rein! Da habe ich geglaubt, sie meint meinen Mann. Und eine furchtbare Angst habe ich gehabt vor verweinte Augen; immer wenn ich verweinte Augen gesehen habe, habe ich gedacht, es ist um meinen Mann. Und wenn eine Pflegerin sich hübsch frisiert hatte, dachte ich, es sei für meine Beerdigung. Und solche Stücke Mull, die sollten dazu ein Schleier sein.« Pat. hat alle die Briefe ihres Mannes verlangt, liest sie jetzt durch. Hat heute morgen auch gleich an ihren Mann einen zärtlichen, ganz vernünftigen Brief geschrieben. Den Vorschlag des Arztes, ihr etwas mehr zu essen zu geben, lehnt sie ab. Fängt auch gleich an, in recht einsichtsloser Weise ihre Entlassung zu verlangen. Wird auf ihr Bitten in ein stilleres Zimmer verlegt.

22. 1. 15. Die Besserung war nicht von Dauer. Pat. geriet sehr bald wieder in einen neuen Zustand hochgradiger halluzinatorischer Verwirrtheit, so daß sie wieder ins Lazarett zurückverlegt werden mußte.

25. 1. 15. Völlig verwirrt, sehr erregt. Wirft die Briefe ihres Mannes im Zimmer umher, drängt aus dem Bett, schlägt andere Pat. Für Zuspruch oder Vorhaltungen völlig unzugänglich. Beißt nach jedem, der sich dem Bett nähert. Stößt eintönig brüllende Laute aus. Beißt in die hölzerne Seitenwand ihres Bettes.

28. 1. 15. Heute wieder etwas zugänglicher. Erklärt, sie wisse von nichts, nur, daß sie unter lauter Zigeunern und Hexen war, und soviel Chloroform war da, wahrscheinlich haben sie eine Operation an ihr gemacht, sie habe ja auch gesehen, daß sie an der Hand verbunden sei (Verletzung vom Scheibenschlagen). Fragt den Arzt, wer er sei, sie habe ihn noch nie gesehen.

3. 2. 15. Hockt fast unbekleidet im Kastenbett, spuckt fortwährend aus, schmiert alles im Bett herum, reagiert in keiner Weise auf Anrede. Unsauber mit Urin. Muß mit der Sonde gefüttert werden.

4. 2. 15. Zustand vollkommener Verwirrtheit. Singt in eintönigem Rhythmus ohne Unterbrechung: »Meine Sachen, meine Wohnung, meine Wirtenschaft, die Zigeuner, die Hexen überfallen mich, meine Sachen, meine Wohnung... usw.« Muß dauernd gefüttert werden, erbricht meist die Füttermasse wieder. Beißt sich Nägel und Finger blutig.

24. 3. 15. Liegt zusammengekauert im Bett, bringt in eintönig singendem Rhythmus russische und andere (anscheinend »jiddische«) Worte vor, schlägt dazu im Takt ununterbrochen mit dem Kopf gegen die Bettwand, so daß sie nur durch Zwischenlagerung von Kissen und Decken vor schwerer Verletzung bewahrt werden kann. Körperlich höchst elend. Bis zum Skelett abgemagert. Schmutzig mit Kot und Urin.

16. 5. 15. Hat die letzten Wochen in einem Zustand unveränderter, vollkommener Starre gelegen: völlig regungslos im Bett, mit weit aufgerissenen Augen, die blicklos zur Zimmerdecke gerichtet sind. Wimpernschlag tritt während etwa 5 Minuten (mit der Uhr beobachtet) nicht ein, erst auf der Berührung der Konjunktiva. Pat. ist von fahler, gelblicher Farbe, außerdem im höchsten Grade der Abmagerung, so daß sie aus einiger Entfernung betrachtet vollkommen den Anblick einer Leiche bietet. Häufig unsauber. Im ganzen ist das Bild in den letzten Wochen und Monaten mehr und mehr das einer äußerst schwer und akut verlaufenden Katatonie geworden. Dahin weisen: die vollkommene, wochenlange allgemeine Starre, unterbrochen von heftigsten, halluzinatorisch bedingten Erregungen, stundenlangem monotonem Verbigerieren, Negativismus jeder Einwirkung gegenüber, Nahrungsverweigerung, Unsauberkeit, die kolossale Abmagerung, der Mutismus.

20. 5. 15. Heute morgen erscheint ganz unerwartet der Ehemann, dem inzwischen wieder geschrieben war. Hat 14 Tage Urlaub bekommen, kommt feldgrau, in völliger Ausrüstung, unmittelbar vom Bahnhof zur Anstalt. Wird nach Vorbereitung durch den Arzt an das Bett seiner Frau geführt, die, wie meist die letzte Zeit, tief stuporös, in leichenartiger Starre mit weit geöffneten Augen daliegt. Im Vergleich zu Bildern, die der Mann zeigt, ist Pat. bis zu völliger Unkenntlichkeit verändert. Der Mann, der ruhig und gefaßt bleibt, kniet am Bett nieder, überhäuft Pat. mit Liebkosungen und spricht — in russischer Sprache — zärtlich auf sie ein. Pat. bleibt lange Zeit vollkommen reaktionslos. Schließlich beginnen ihre Augen sich langsam ihrem Mann zuzuwenden. Dabei bleibt es, nur daß die Augen allmählich mit starrem, abwesendem, traurigem Ausdruck anfangen, prüfend über den Körper und das Gesicht ihres Mannes hin- und herzuwandern. Keine sprachliche Äußerung. Unter unaufhörlichen Bemühungen des Mannes, der fortwährend auf sie einspricht, ihr Briefe, Photographien u. a. zeigt, wird sie allmählich ein wenig zugänglicher, betastet mit der Hand sein Gesicht, seine Arme, flüstert endlich ganz leise einen Namen, anscheinend — nach dem Verhalten des Mannes zu schließen — einen früheren Kosenamen von ihm. Bleibt dann aber wieder reaktionslos, stößt endlich in singendem Tone ein paar russische Worte aus. Der Mann übersetzt, sie rede von Chloroform und Operationen. Bei weiterem Eindringen des Mannes Verstärkung des Negativismus, Widerstreben, Abwehr, äußert, nach Mitteilung

des Mannes, er sei nicht ihr Mann. Widerstrebt auch aufs heftigste seinem Bestreben, ihr ein wenig Obst und Wein zu reichen, schlägt nach ihm. Unter ständigen Bemühungen des Mannes, der schließlich die Fassung verliert und sich schluchzend über das Bett wirft, geht der Vormittag hin. Eine geordnete Unterhaltung ist den ganzen Tag nicht möglich, doch hat Pat. zusammen mit dem Mann mittags reichlich gegessen.

Dem Mann wird jeden Tag unbeschränkter Zutritt gewährt. Die nächsten beiden Tage brachte die Anwesenheit des Mannes im Verhalten der Kranken keine nennenswerte Änderung hervor. Sie verharnte im großen und ganzen in unverändertem Stupor und Negativismus. Am dritten Tage trat eine gewisse Aufhellung ein: nach langem Reden und Eindringen des Mannes begann sie langsam und leise geordnet zu antworten. Die Oberpflegerin fragte sie, ob sie sich freue, daß ihr Mann gekommen sei. Nach vier- bis fünfmaliger Wiederholung der Frage entgegnete die Pat. ruhig: »Na, Sie wissen doch, daß ich mich freue, daß mein Mann hier ist: deshalb bin ich doch krank geworden, weil mein Mann im Felde war.« Sie gab weiter auf Befragen an, sie habe geglaubt, sie solle vergiftet werden, deswegen habe sie sich zu essen gesträubt. Außerdem habe sie gefürchtet, daß sie operiert werden solle. Sie habe auch so »schreckliche Bilder« gesehen, die gingen immer an ihr vorbei, wie im Kino. Nähere Beschreibung lehnte sie ab, betonte nur immer wieder, es seien ganz fürchterliche Bilder gewesen. Es sei ihr gewesen, als wenn sie tot sei und mit dem Kopf gegen die hintere Bettwand genagelt. Sie habe so geschrien, um ihre eigene Stimme zu hören, damit sie sehe, daß sie noch lebe.

Pat. sank in den folgenden Tagen noch wiederholt in ihren Stupor zurück, der sich jedoch leichter löste, so daß es dem Mann nach einigen Bemühungen meist gelang, sie wieder zu spärlichen, aber geordneten Antworten zu bewegen. Sie antwortete auch dem Arzt jetzt meist freier, richtete sich halb im Bett auf, stützte sich auf und blickte vernünftig um sich. Nahrungsaufnahme jetzt im allgemeinen gut.

Auf Antrag des Mannes wurde die Kranke am 28. 5. 15 zwecks Überführung in ein Sanatorium entlassen. Sie hatte sich die letzten Tage still und zurückhaltend, aber geordnet benommen. Nach Mitteilung des Mannes überstand sie die Überführung gut, konnte sogar eine halbe Stunde gehen. Bei der Ankunft heiter, freute sich über die Blumen im Zimmer, erklärte aber dem Mann: »Wenn du nun wieder gehst, werde ich wohl wieder kränker werden.«

Aus der mir seinerzeit freundlichst zur Verfügung gestellten Krankheitsgeschichte des Sanatoriums sei hier folgendes wiedergegeben:

29. 5. 15. Kleine junge Frau, skelettartig abgemagert (68 Pfd.) und leichenblaß. Kommt völlig geordnet und orientiert in Begleitung ihres Mannes, der im Felde steht und beurlaubt worden ist, zur Anstalt. Ist äußerst glücklich, daß sie ihn wieder hat, und ihm allein gilt alle ihre Aufmerksamkeit. Hat Krankheitseinsicht: sie habe sich eingebildet, ihr Mann sei ermordet worden und man wolle auch sie ermorden. Deshalb habe sie große Angst gehabt und so geschrien. Bis auf Fehlen der Menses und die äußerste Magerkeit nichts Besonderes.

30. 5. 15. Will gut geschlafen haben, ist guter Stimmung, macht aber mit der Nahrungsaufnahme Schwierigkeiten.

5. 6. 15. Bisher völlig geordnet. Stimmung gleichmäßig gut, obgleich ihr Gatte wieder ins Feld gerückt ist. Nahrungsaufnahme genügend.

30. 6. 15. Psychisch völlig geordnet. Krankheitseinsicht und gleichmäßig gute Stimmung. Körperlich hat sie sich außerordentlich erholt, hat 19 Pfund zugenommen (87 Pfd.). Gesunde Gesichtsfarbe. Menses haben sich noch nicht wieder eingestellt.

28. 7. 15. Rekonvaleszenz hält an. Wieder an Gewicht zugenommen, wiegt jetzt 105 Pfd. Stimmung gleichmäßig gut. Nur die Menses haben sich noch nicht eingestellt.

30. 8. 15. Völlig wiederhergestellt. Gleichmäßig gute Stimmung. Volle Krankheitseinsicht, körperlich sehr wohl.

30. 9. 15. 120 Pfd.

28. 10. 15. Geheilt. Soll demnächst entlassen werden, wenn sich eine geeignete Unterkunft für sie findet.

31. 12. 15. Entlassen (als geheilt) nach einem Pensionat.

\*     \*     \*

Nachtrag: 11. 2. 16. Ist von mir heute im Pensionat nach Anmeldung besucht worden. Sie ist äußerlich völlig geheilt, frisch, vergnügt, gesellschaftlich gewandt. Hilft nach Aussage der Besitzerin fleißig in der Wirtschaft, fährt häufig allein nach Berlin — weite, umständliche Reise —, macht Besorgungen, geht mit dem Gedanken um, eine Stelle als Stütze oder dergleichen anzunehmen. Körperlich blühend, über 60 Pfund Gewichtszunahme. Bezüglich ihrer Zeit in Dalldorf noch recht befangen; will erst nicht mit der Sprache heraus, er bietet sich aber schließlich, Auskunft zu geben, versichert, daß sie über eine augenblickliche Aufregung schnell hinwegkäme. Für den Anstaltsaufenthalt besteht vollkommene, bis ins einzelne gehende Erinnerung, aber keine ganz klare Krankheitseinsicht. Sie gibt zwar zu, daß sie »aufgeregt« und ängstlich gewesen sei und sich manches »eingebildet« habe, schiebt aber einen großen Teil der Schuld auf die Umgebung; die Pflegerinnen und die anderen Kranken hätten ihr soviel »Angst eingejagt«. Bleibt noch jetzt dabei, Worte, die sie damals gehört habe, Andeutungen über ihren Fluchtversuch nach der Schweiz, Name eines Freundes, der ihnen einen Paß geliehen hatte und dergleichen, seien keine Stimmen gewesen, sondern von Pflegerinnen und Kranken gerufen worden, um sie zu »ärgern« und zu ängstigen. Die Nahrung habe sie verweigert, weil die Pflegerinnen in den Eßnapf gespuckt hätten (!?). Es erscheint ihr noch jetzt möglich, daß ihre Einlieferung in Dalldorf eine Art Strafe, Verfolgung oder ähnliches für ihren Fluchtversuch nach der Schweiz gewesen sei. Dieser Versuch ist Tatsache. Sie hat mit ihrem Manne, der eigentlich nicht wollte, zu fliehen versucht; sie sind bis Basel gekommen, kamen aber nicht mehr durch, kamen abends nach Berlin zurück, am nächsten Morgen mußte der Mann fort. Die Angst vor der Trennung, vor der Entdeckung, der Fehlschlag ihres Planes, die Anstrengungen und Aufregungen der doppelten Reise, die schließliche Trennung, all das hat sicherlich zu einer Kette furchtbarer Erregungen geführt. Noch heute glaubt sie, daß sie auf dieser Fahrt dauernd beobachtet und verfolgt gewesen seien: nie habe man sie in ihrem Abteil allein gelassen, wenn auf einer Station Mitreisende ausstiegen, seien sofort andere zu ihnen eingestiegen, während in den anderen Abteilungen



alles leer gewesen sei, nicht ein Glas Wasser habe sie erlangen können und dergleichen. Gibt an, daß sie auf den dummen Rat einer Bekannten möglichst viel russisch gesprochen hätten, um sich als Russen auszugeben. Es ist wohl nicht ausgeschlossen, daß sie deshalb in der Tat viel beobachtet worden sind. (Spionenriecherei damals!)

Trotzdem erscheint ihre Auffassung von der planmäßigen Überwachung durch die anderen Reisenden, die sich abwechselten usw., natürlich wahnhaft, ein schönes Beispiel für die reaktive Entstehung einer Wahnidee, wobei »das Erlebnis als Kausalfaktor für das Dasein, nicht nur für das Sosein, für den Inhalt des Wahns verantwortlich gemacht werden kann«. (Kurt Schneider: »Die abnormen seelischen Reaktionen.« Handbuch der Psychiatrie von Aschaffenburg 1927.)

18. 6. 16. Hat mich neulich nachmittags zusammen mit ihrem auf Urlaub befindlichen Mann in meiner Privatwohnung besucht. Sieht blühend, frisch und gut genährt aus, strahlt vor Glück und Lebensfreude, scheint auch der Dalldorfer Episode jetzt freier gegenüberzustehen. Im Wesen gewandt, heiter, von zärtlichster Schmiegsamkeit gegenüber ihrem Mann, dessen Hand sie während des Besuches kaum losläßt. Der Mann ist Dolmetscher beim Generalkommando, also in sicherster Lage.

#### Zusammenfassung.

Eine 30jährige Frau (russische Jüdin), über deren Familie, Entwicklung usw. nichts bekannt ist, erst wenige Monate verheiratet, nachdem sie und ihr Mann wegen zahlreicher Schwierigkeiten (Verschiedenheit des Volkstums, des Bekenntnisses usw.) zwölf Jahre um ihre Verbindung gekämpft hatten, erkrankt in den ersten Tagen des Krieges, im Anschluß an die Einberufung ihres Mannes, an einem akuten Zustand schwerster Verzweiflung, Verstörtheit und Beängstigung von zunächst unzweifelhaft reaktiv-einfühlbarem Charakter. Obwohl der Mann dauernd in völlig geschützter Lage ist und ganz regelmäßig, wöchentlich ein paarmal, schreibt, entwickelt sich im Verlaufe eines dreiviertel Jahres unter Schwankungen ein überaus bedenkliches Krankheitsbild, das schließlich durchaus das Gepräge einer schweren Katatonie trägt: wochen- und monatelang andauernder Stupor, Sinnestäuschungen, heftigste Erregungen, Mutismus, Negativismus, Nahrungsverweigerung, stundenlang fortgesetzte, eintönig-rhythmische Bewegungen und Verbigerieren, Schmierien mit Kot und Harn, schwerster Gewichts- und Kräfteverfall. In den letzten Wochen vor der Ankunft ihres Mannes bot sie, in skelettartiger Abmagerung, starr und regungslos in ihrem Bett liegend, von weitem vollkommen das Bild einer Greisin. Der Zustand war damals als durchaus lebensgefährlich anzusehen. Die Kranke wurde mühsam und notdürftig durch Fütterung mit der Sonde oder dem Löffel erhalten, aber es war bei ihrer Unzugänglichkeit, Unsauberkeit, Entkräftung und Abmagerung nur eine Frage der Zeit, daß

eine Herzschwäche, eine Schluckpneumonie, ein Erysipel den Schlußpunkt setzte.

Da kam, buchstäblich »fünf Minuten vor zwölf«, ganz unerwartet der Ehemann, dem wir wiederholt dringend geschrieben hatten, und es entwickelte sich eine Wiedersehensszene zwischen den Eheleuten, die allen, die sie miterlebt haben, Arzt und Schwestern, unvergeßlich bleiben wird. In stunden- und tagelang fortgesetzten, dramatisch und erschütternd verlaufenden Bemühungen gelang es dem Ehemann, die Erstarrung, die allen ärztlichen Maßnahmen getrotzt hatte, zu brechen, die Beziehung der Kranken zunächst zu ihm selbst und dann zu ihrer Umgebung wiederherzustellen, binnen einer knappen Woche war sie seelisch »geheilt«, und die körperliche Erholung folgte mit Riesenschritten nach. Bei der Entlassung wog die Kranke 68 Pfd., nach knapp einem halben Jahr hatte sich ihr Gewicht verdoppelt. Sie blieb gesund, auch als der Mann wieder ins Feld mußte, allerdings auf einen ganz sicheren Posten als Dolmetscher.

Als »reaktiv« bezeichnen wir die Entstehung einer seelischen Störung dann, wenn sie in verständlichem Zusammenhang mit einem gefühlsbetonten Erlebnis auftritt, inhaltlich von diesem bestimmt wird und nach Beseitigung oder Abklingen seines Gefühlswertes in Heilung übergeht. Diese Begriffsbestimmung trifft auf den oben beschriebenen Fall zu. N. T. erkrankt in durchaus nach-erlebbarer Weise infolge der schweren Gemüterschütterung durch den drohenden Verlust ihres Mannes, um dessen Besitz sie zwölf Jahre lang gekämpft hat. Ihre Erkrankung zeigt zunächst nichts als eine heftige Verstörtheit und Beängstigung, die inhaltlich (Angst vor den Kosaken u. dgl.) aus ihrer Vorgeschichte, ihren seelischen Inhalten einfühlbar und verständlich ist. Aber die weitere Entwicklung folgt der Begriffsbestimmung nicht. Obwohl der Gefühlswert des verursachenden Erlebnisses für den Gesunden sehr schnell dadurch beseitigt erscheint, daß der Mann im Felde einen ganz sicheren Posten bekommt und davon in ungezählten Briefen und Karten Mitteilung macht, tritt keine Heilung ein, es entwickelt sich vielmehr ein viele Monate anhaltendes, immer schwerer werdendes Zustandsbild, das schließlich inhaltlich mit dem Ausgangserlebnis gar nichts mehr zu tun hat, jeder ärztlichen Einwirkung trotz und zu unmittelbarer Lebensgefahr führt. Daß es sich dennoch um eine »reaktive« Störung handelt, zeigt aber wiederum der Ausgang fast mit der Exaktheit eines Experimentes: die Rückkehr des Mannes im allerletzten Augenblick bringt der Frau, die als »aufgegeben« erscheinen mußte, innerhalb weniger Tage die Heilung, die nun auch anhält, als der Mann wieder ins Feld muß.

Das Bild, das N. T. auf der Höhe ihrer Krankheit bot, war das einer schweren Katatonie; ohne Kenntnis der Vorgeschichte

hätte man, wie in den Fällen von *J. Lange* (»Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus«. M. m. W. 1926, Nr. 28), zu keiner anderen Diagnose kommen können. Im Gegensatz zu diesen Fällen stehen aber die Dauer und die Schwere der Erkrankung: dort wenige Tage, hier viele Monate, dort heilende ärztliche Einwirkung, hier völlige ärztliche Ohnmacht, höchste Lebensgefährdung. Dort wie hier dagegen vollkommene Erhaltung der Erinnerung für die Zeit der Krankheit.

Diese Unversehrtheit der Erinnerung gestattet es auch, nachträglich die Art der Sinnestäuschungen zu bestimmen. Sie sind nicht uneinfühlbar, nur aus einem schizophrenen Prozeß biologisch erklärbar, sondern ausschließlich und klar erkennbar um den Kern des erschütternden Ausgangserlebnisses gruppiert und von hier aus gefühlsbetont und verständlich, also bei aller Schwere des äußeren Bildes unverkennbar psychogen.

Mangels jeder sicheren Angabe über Familie und Erblichkeit der Kranken wird man auf eine Stellungnahme zu der von *Kahn* vertretenen Theorie (»Zur Frage des schizophrenen Reaktionstypus«. Ztschr. Neur., Bd. 66/67, 1921) hier verzichten müssen. Die Vermutung, daß eine psychopathische Veranlagung vorliege, läßt sich vielleicht aus der immerhin ungewöhnlichen Vorgeschichte dieser Ehe sowie natürlich aus Verlauf und Ausgang der Krankheit selbst rechtfertigen.

Lehrreich scheint mir der Fall vor allem nach der Richtung zu sein, daß es psychogene Reaktionen, wenn man so will, »hysterische« Psychosen gibt, die von äußerstem, bis zu unmittelbarer Bedrohung des Lebens gehendem Ernst sind. Hätte der Mann nicht auf unsere immer erneuten Schreiben schließlich doch noch Urlaub bekommen, so wäre die Kranke kaum zu retten gewesen; jedenfalls war für den Arzt, der sie in der letzten Zeit vor seiner Rückkehr sah, nicht erkennbar, wie ein ungünstiger Ausgang noch abzuwenden sei, und ein solcher hätte dann das alte Wort bestätigt, daß ein Mensch »an gebrochenem Herzen« sterben kann. Um so erfreulicher war ärztlich und menschlich das doch noch erfolgende »happy end«.

# Die Malariabehandlung in der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz a. B.

Von

Dr. med. **Margarethe Wild.**

Im Jahre 1925 wurde in der Heil- und Pflegeanstalt bei Konstanz die Malariabehandlung eingeführt. Die erste Impfung erfolgte mit einem Stamm aus der Anstalt Burghölzli in Zürich, von wo auch in der ersten Zeit, in der die geringe Anzahl der Fälle eine Fortzuchtung des Paralysestammes nicht ermöglichte, in der Hauptsache das Malaria-Blut weiterbezogen wurde. Später wurde auch Impfmateriel von dem Tropeninstitut Hamburg zur Verfügung gestellt. Während zuerst nur Quotidiana zur Verfügung stand, wurde später nach Möglichkeit nur Tertiania verwandt, wobei aber auch tägliche Fieberattacken in Erscheinung traten.

Von einer Verimpfung von Paralytikerblut auf nichtluetische Personen zur Weiterzuchtung des Stammes wurde Abstand genommen, da auf Anfrage Prof. *Uhlenhuth* davon abriet, mit der Begründung, daß das syphilitische Serum sich auch nach Stehenlassen von 48 Stunden und noch länger hält. Die Behandlung der Schizophrenie erfolgte also mit luesfreiem Malariablut.

Sämtliche malariabehandelten Fälle sollen in folgendem nach verschiedenen Gesichtspunkten statistisch bearbeitet werden. Angewandt wurde die Malariabehandlung in:

- A. 70 Fällen von progr. Paralyse
- B. 24 „ „ Lues cerebrosp.,
- C. 10 „ „ Tabes dorsalis,
- D. 26 „ „ Schizophrenie.

Die Auswertung erfolgte nach den Richtlinien, die in der Monographie von *Josmann* niedergelegt sind, wobei die aus dem Material der Berliner Kliniken errechneten Zahlen zum Vergleich herangezogen wurden.

## A. Progressive Paralyse.

Es wurden alle mit Malaria behandelten Paralysen erfaßt, ohne daß eine Auswahl getroffen wurde. Unberücksichtigt blieben

die Krankheitsfälle, die aus irgendwelchen Gründen unbehandelt blieben.

Zur besseren Beurteilung der Remissionsdauer wurde das Material nach *Jofsmann* in drei große Gruppen geteilt, wobei lediglich berücksichtigt wurde, wie lange die Behandlung schon zurückliegt.

- A. Behandlung in den Jahren 1922—1925,  
 B. „ „ „ „ 1926—1929,  
 C. „ „ „ „ 1930—1931.

Tabelle 1.

A = 13 Fälle	.....	{ 1925 = 13
		{ 1926 = 10
B = 47 „	.....	{ 1927 = 9
		{ 1928 = 16
		{ 1929 = 12
C = 10 „	.....	{ 1930 = 5
		{ 1931 = 5
	zusammen	= 70.

Entsprechend der relativ späten Einführung der Malaria-behandlung in die Anstalt fällt Gruppe A klein aus.

Die meisten Fälle wurden behandelt in den Jahren 1926 bis 1929. Auffällig klein war die Aufnahmezahl der Paralytischen in den Jahren 1930 und 1931.

#### Behandlungsergebnisse:

Die Ergebnisse aus diesen Gruppen sind nach dem Vorschlag von *Jofsmann* eingeteilt in vier Abteilungen, wobei in erster Linie die »soziale Brauchbarkeit« zum Einteilungsprinzip erhoben wurde.

- Gruppe I = sog. Vollremissionen,  
 „ II = unvollkommene Remissionen,  
 „ III = Versager,  
 „ IV = Todesfälle.

- ad I: Es sind darunter diejenigen Fälle zu verstehen, die »bei minimalem, praktisch nicht belangvollem Befund entweder berufstätig oder lediglich aus sozialpolitischen Gründen nicht berufstätig sind«.
- ad II: Diejenigen Malariabehandelten, die »trotz mehr oder minder grober Defekte im Endergebnis deutliche Besserung im Anschluß an die Behandlung zeigen, so daß sie entweder im alten Beruf (in weniger verantwortlicher Stellung als früher) tätig sein konnten, oder daß sie in einem Beruf mit geringen Anforderungen verwendbar waren, oder schließlich, daß sie sich in ihr altes häusliches Milieu ohne Schwierigkeiten und wesentliche Auffälligkeiten wieder eingliedern ließen«.
- ad III: In diese Gruppe wurden alle Fälle aufgenommen, die als Versager gerechnet werden mußten, d. h. »bei denen ein praktischer Erfolg der Behandlung nicht zu erreichen war; dahin gehören außer den

stationären Zuständen die progredienten Entwicklungen. Diese Fälle sind aber als 'Versager' nur unter dem Gesichtspunkt der praktischen Brauchbarkeit zu beurteilen; unter dem Gesichtspunkt des biologischen Erfolges dagegen ist ein Teil der Fälle, nämlich die stationären Zustände, die sog. 'chronische Paralyse' ebenfalls als Defektheilung anzusehen.

Dieses »Kunstprodukt des defekt geheilten Paralytikers« ist nach *Poenitz* das »wesentliche sozialpsychiatrische Problem der Gegenwart.

ad IV: Diese Gruppe enthält alle Todesfälle, und zwar ungetrennt, ob der Tod in unmittelbarem Zusammenhang mit der Fieberbehandlung oder unabhängig von ihr erfolgt war.

In Tabelle 2 sollen die allgemeinen Ergebnisse unserer Anstalt dargestellt werden und zum Vergleich die von *Jofmann* berechneten Resultate a) von der Charité, b) von den Berliner Kliniken zusammen. — Es ist dabei zu berücksichtigen, daß bei den Ergebnissen aus der Charité die noch dort befindlichen und auch die dort verstorbenen Patienten nicht mitinbegriffen sind, während bei den Zahlen der anderen Berliner Kliniken, wie auch in unserem Material, alle überhaupt fieberbehandelten Paralytiker aufgeführt sind.

Tabelle 2.  
Allgemeine Ergebnisse.

	Heil- u. Pflegeanstalt b. Konstanz		Charité		Berliner Kliniken zusammen	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I	18	25,8	101	27,4	412	23,4
II	14	20,0	81	22,05	305	17,3
III	19	27,1	105	28,5	456	25,8
IV	19	27,1	81	22,05	589	33,5
	70		368		1762	

Es ergibt sich bei unserem Material kein großer Unterschied zwischen den vier Gruppen, d. h. die guten Erfolge sind zahlenmäßig den schlechten gleichgestellt. Die Vergleichsziffern zeigen in der Gruppe I, bei den Vollremissionen, ungefähr eine Mittelstellung zwischen Charité und Berliner Gesamtmaterial, die guten Erfolge sind also prozentual fast gleich. Auch bei den Teilremissionen und Versagern stehen unsere Ergebnisse zwischen denen der Charité und des Berliner Gesamtmaterials. Dabei sind die höheren Prozentzahlen in den drei ersten Gruppen immer bei den Ergebnissen der Charité, während sich die größere Anzahl der Todesfälle im gesamten Berliner Material findet, was einerseits

damit erklärt ist, daß bei den Charité-Patienten ja nicht, wie oben erwähnt, die dort erfolgten Todesfälle mitgerechnet wurden, andernteils aber auch durch die in einzelnen Anstalten große Anzahl von weit vorgeschrittenen Fällen, bei denen, wie später gezeigt werden soll, die Remissionsaussichten viel schlechter sind.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der Malariabehandlung mit Bezug auf die verschieden langen Remissionszeiten, ist also gegliedert in:

A = Ergebnisse aus den Jahren 1922—25,  
 B = „ „ „ „ 1926—29,  
 C = „ „ „ „ 1930—31.

Zum Vergleich sind wieder die Zahlen aus der Charité und den Berliner Kliniken herangezogen.

Gruppe C ist bei *Joßmann* nicht mitaufgezeichnet, da er nur die Fälle bei seinem Material berücksichtigt hat, die bis 31. XII. 1929 behandelt wurden.

Tabelle 3.  
 Ergebnisse mit Bezug auf A B C.

in %	Heil- u. Pflegeanstalt b. Konstanz			Charité		Berliner Kliniken zusammen	
	A	B	C	A	B	A	B
I	30,7	23,5	30,0	33,7	22,4	24,7	21,8
II	7,7	25,5	10,0	19,6	23,9	19,2	16,2
III	23,1	25,5	40,0	19,0	36,2	17,2	31,9
IV	38,5	25,5	20,0	27,6	17,5	38,9	30,1

Unsere Ergebnisse, gesondert betrachtet, ergeben in den ersten Jahren der Behandlung (A) eine rel. sehr hohe Anzahl von Todesfällen, die in keiner der späteren Jahresgruppen erreicht wird, es sind über 30% der überhaupt in diesen Jahren Behandelten. Allerdings macht auch die Gruppe der Vollremittierten ein Drittel der Fälle aus, den Rest nehmen die beiden Mittelgruppen der Teilremissionen und Versager in Anspruch.

In den Jahren 1926—1929 sind die Ergebnisse in den vier Erfolgsgruppen fast nicht verschoben, diese Zahlen sind den durchschnittlichen Prozentzahlen (s. Tabelle 2) sehr ähnlich.

Die Behandlungserfolge aus den beiden letzten Jahren (C) weisen wie die in (A) wieder 30% Vollremittierte auf, die Todesziffer ist aber zugunsten der Versager kleiner geworden, sie beträgt nur noch 20%. Dies ist aber wohl dadurch erklärt, daß die Zeit, in der ein schicksalsmäßiges Absterben erfolgt, hier am kürzesten ist.

Die beiden Vergleichsreihen (Charité und Berliner Kliniken)

verhalten sich verschieden: Bei dem Gesamtmaterial stimmt die Todesziffer in (A), also in den ersten Behandlungsjahren, genau mit der von uns gefundenen überein, während die der Charité, gesondert betrachtet, viel kleiner ist, was wieder auf die oben erwähnte Auswahl der Fälle zurückzuführen sein wird. Übereinstimmend aber bei allen die rel. Verminderung von Gruppe IV in den Jahren 1926—1929.

*Jofmann* gibt als Ursache für den in den ersten Jahren häufigeren tödlichen Ausgang die noch nicht zureichenden Erfahrungen mit der Malariatherapie und das im Laufe der Jahre schicksalsmäßige Absterben an.

Gleiches Verhalten in allen drei Zusammenstellungen findet sich auch in Gruppe I, der Vollremissionen: diese nehmen in den Jahren 1926—1929 ab.

Ob die Gründe dafür hauptsächlich in der zufälligen Verschiedenheit des Materials (ein Punkt, dem bei dem sich entsprechenden Verhalten der verschiedenen Anstalten wohl nicht viel Bedeutung beigemessen werden darf) liegen, oder in der von *Jofmann* besonders betonten späteren Behandlung ohne Auswahl, oder in der später immer stärker werdenden sozialen Notlage, die immer weniger Paralytikern die Möglichkeit gab, durch Bestehen der »Lebensprobe« (*Poenitz*) ihre Zugehörigkeit zur Gruppe II der Vollremissionen zu beweisen, kann nicht festgestellt werden.

Die Gruppen II und III, also Teilremissionen und Versager, verhalten sich bei jedem einzelnen der Ergebnisse anders. In Konstanz haben die Teilremissionen in den späteren Behandlungsjahren ganz bedeutend zugenommen, in der Charité ist auch ein geringes Anwachsen zu verzeichnen, in der Zusammenfassung der Berliner Kliniken aber sind sie etwas abgesunken.

Die Versager sind in unserem Material in den beiden Jahresgruppen fast gleich geblieben, bei den beiden Vergleichsergebnissen in (B) über 50% angestiegen. Da der Überschuß (bei der Charité deutlich zu sehen) sich in den Jahren 1926—1929 hauptsächlich aus der in dieser Jahresgruppe gesunkenen Anzahl der Todesfälle ergibt, ist die Erklärung wieder in der noch rel. kurzen Zeit für das schicksalsmäßige Absterben zu suchen.

Diese Beziehung zeigt noch eindeutiger die in unserem Material gemachte Abteilung der Jahresgruppe (C) = Behandlungen aus den Jahren 1930 und 1931, bei der die Zahl der Versager doppelt so groß ist als die der Todesfälle.

Ein entscheidender Einfluß ist den jeweiligen Zustandsbildern bei Ausführung der Malariatherapie zugeschrieben worden.

Die Einteilung erfolgte nach dem Vorschlag von *Jofmann* in



fünf Gruppen: a) dement-stumpf, b) dement-euphorisch, c) expansiv-manisch, d) agitiert, e) depressiv.

Tabelle 4.  
Zustandsbilder.

	I		II		III		IV		
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
Dement-stumpf ...	6	33,3	6	42,9	12	63,1	12	63,1	zus. = 36 Dement-St.
Dement-euphorisch	3	16,5	3	21,4	1	5,3	—	—	zus. = 7 Dement-Euph.
Expansiv-manisch ..	4	25,0	2	14,3	3	15,8	3	15,7	zus. = 12 Expansiv-Man.
Agitiert ....	1	6,2	—	—	1	5,3	3	15,7	zus. = 5 Agitierte
Depressiv ...	4	25,0	3	21,4	2	10,5	1	5,5	zus. = 10 Depressive

An allen vier Erfolgsgruppen haben die Dement-Stumpfen den größten Anteil. Man kann dies verstehen, wenn man die am Ende der Tabelle zusammengestellten absoluten Zahlen berücksichtigt.

Die höchste Prozentzahl dieses Zustandsbildes an der Gruppe der Vollremittierten soll also nicht bedeuten, daß die Dement-Stumpfen die beste Remission haben, sondern besagt lediglich, daß sie durch ihre rel. größte Anzahl auch in dieser Gruppe eben an erster Stelle stehen.

Die Remissionsaussichten der einzelnen Zustandsbilder werden dagegen in Tabelle 5 veranschaulicht.

Tabelle 5.  
Zustandsbilder.

in %	Dement-stumpf	Dement-euph.	Expansiv-man.	Agitiert	Depressiv
I	16,6	42,9	33,3	20,0	40,0
II	16,6	42,9	16,7	—	30,0
III	33,4	—	25,0	20,0	20,0
IV	33,4	14,2	25,0	60,0	10,0

Das Ergebnis von Tabelle 5 ist ganz verschieden von dem von Tabelle 4. Die Dement-Stumpfen, die dort auch in Gruppe I den höchsten Zahlenwert aufwiesen, zeigen die schlechteste Re-

mission bzw. die kleinste Anteilnahme an den Vollremissionen. Die meisten Vollremittierten sind unter den Dement-Euphorischen, an zweiter Stelle aber gleich bei den Depressiven. In weiterem Abstand folgen die Expansiv-Manischen. Die wenigsten Todesfälle weist das Zustandsbild der Depressiven auf. Die Agitierten sind bei den Todesfällen am stärksten vertreten. Es sind also die besten Heilerfolge bei den Depressiven und Dement-Euphorischen, die schlechtesten bei den Dement-Stumpfen und den Agitierten, was sicher damit zusammenhängt, daß gerade die agitierten Formen zum größten Teil in weit vorgeschrittenem Stadium, teilweise auch schon als Endzustand zur Behandlung gekommen waren. Gute Erfolge zeigen die Expansiv-Manischen.

Diese Ergebnisse stimmen weitgehend mit denen von *Joffmann* überein, nur stehen bei ihm an zweiter Stelle der guten Remissionen die Expansiv-Manischen, die Dementen erst an dritter Stelle. Die geringste Anzahl von Todesfällen ist nicht bei den Depressiven, sondern bei den Dement-Euphorischen zu finden. Doch auch hier stellen die Dement-Stumpfen den kleinsten Anteil an den Vollremissionen, die Dement-Euphorischen, die Depressiven und Manisch-Expansiven den größten.

Tabelle 6.

Krankheitsstadium.

	Initialstadium		Vorgeschritt. Stadium		Endstadium	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%
I	14	63,7	4	10,2	—	—
II	6	27,3	9	23,1	—	—
III	1	4,5	16	41,1	1	11,0
IV	1	4,5	10	25,6	8	89,0
Zusammen:	22	31,4%	39	55,7%	9	12,8%

Tabelle 6 soll die Beziehungen zwischen Behandlungserfolg und Krankheitsstadium veranschaulichen.

Über 50% aller Fälle, die früh zur Behandlung kamen, die also noch im »Initialstadium« sich befanden, sind Vollremissionen geworden. Ein verschwindend kleiner Anteil hat nach der Kur keine Besserung gezeigt oder ist tödlich verlaufen.

Bei den vorgeschrittenen Fällen ist zwar der Schwerpunkt auf den schlechten Remissionen, den Versagern, gelegen, aber auch hier findet sich eine ganze Anzahl Voll- und Teilremissionen.

Die Endstadien konnten auch durch Einwirkung einer Reizkörpertherapie nicht mehr gebessert werden, wenn man nicht ihre

Anteilnahme an der Gruppe der Versager (III), zu der ja, wie oben erwähnt, neben den progredienten auch die stationären Fälle (= biologische Erfolge) gezählt werden, als Teilerfolg bezeichnen will.

Nach unseren Erfahrungen gibt es auch in den vorgeschrittenen Stadien Remissionen, es besteht also die Möglichkeit einer Besserung in jedem, die Wahrscheinlichkeit nur im Initialstadium. Da aber bis jetzt die Möglichkeit, den Grad der Remissionen mit Sicherheit vorauszusehen, noch nicht gegeben ist, besteht deshalb keine Berechtigung, eine vorgeschrittene Paralyse von der Behandlung auszuschließen (*Jofmann*). Andere Autoren (*Poenitz, v. Rhoden, Pfeiffer*) wenden sich gegen diese Gefahr der vermehrten »Defektheilungen«, die dadurch besteht, gegen die Entscheidung in der Frage der »Erhaltung unwerten Lebens«, die bis jetzt immer zugunsten des Individuums gefällt wurde.

Tabelle 7 soll anzeigen, ob und inwieweit das Lebensalter in Beziehung zum Behandlungserfolg steht.

Tabelle 7.  
Durchschnittliches Lebensalter.

I	II	III	IV
44,6	46,7	42,6	45,1

Aus Tabelle 7 geht lediglich hervor, daß ein gesetzmäßiges Verhalten zwischen Lebensalter und Erfolgsgruppen nicht vorhanden ist. Das durchschnittlich höchste Alter weist Gruppe II, ein doch rel. guter Heilerfolg, auf, während Gruppe III zeigt, daß auch bei einem drei bis vier Jahre jüngeren Mann die Behandlungsmethode versagen kann. Überdies ist die Altersdifferenz so gering, als daß sie gut bewertet werden könnte. Das Lebensalter kann also die Prognose nicht beeinflussen.

Davon ausnehmen muß man die senilen Paralytiker, deren Behandlung zwar nicht von Anfang an als aussichtslos unterlassen werden sollte, die aber schon *Gerstmann* neben der infantil-juvenilen und der schon besprochenen weit vorgeschrittenen Paralyse in die »Fälle mit geringen Remissionsaussichten« einreicht. Der Hauptgrund dafür sind die meist bestehenden Kreislaufschwankungen, die das Überstehen einer Fiebertherapie sehr in Frage stellen.

Tabelle 8 zeigt das Verhältnis zwischen Krankheitsdauer bis zur Zeit der Behandlung und Heilerfolg.

Tabelle 8.  
Durchschnittliche Krankheitsdauer in Monaten:

I	II	III	IV
4,7	5,07	12,1	14,3

Aus dieser Berechnung gehen prognostisch wichtige Beziehungen zu den einzelnen Erfolgsgruppen hervor: je schlechter der Heilerfolg, desto höher die Anzahl der Monate. Danach ist deutlich, daß eine schon länger zum Ausbruch gekommene Paralyse viel schlechtere Remissionsaussichten zeigt als die schon rel. früher zur Behandlung gekommene. Daraus ergibt sich, bes. für den Praktiker, die unbedingte Forderung, nach Erkennung einer Paralyse die sofortige Einweisung zwecks Anstellung der erforderlichen Therapie zu veranlassen und damit die prognostisch günstige Gelegenheit einer Frühbehandlung im Interesse des Patienten auszunützen.

Eine weitere Frage, die zu der letzten gewisse Beziehungen hat, ist die nach dem Zeitraum zwischenluetischer Infektion und Behandlung. Zur Beantwortung stehen uns 35 Fälle zur Verfügung, also gerade die Hälfte des gesamten Materials.

Bei den übrigen 35 Patienten konnte der Zeitpunkt der Infektion nicht sichergestellt werden.

Tabelle 9.

## Zeitraum zwischen Infektion und Behandlung.

In Jahren	0—5	5—10	10—15	15—20	20—25	25—30	30—35	35—40	Im Durchschnitt:
I	I	3	5	I					9,4 Jahre
II		2	2	I					10,6 „
III		I	4	2	I		I		15,2 „
IV		I	6		2		I	I	17,1 „
	I	7	17	4	3		2	I	

Diese Tabelle besagt zweierlei:

1. Die Mehrzahl der Paralysen, die zur Behandlung kamen, hatten eine Infektionszeit von 10—15 Jahren hinter sich. An zweiter Stelle folgen die mit 5—10 Jahren; nur ein Paralytiker gab die Infektion in einem Zeitraum zwischen 0—5 Jahren zurückliegend an.
2. Nach dem Durchschnittsalter der Infektion berechnet sind die Fälle mit der am nächsten zeitlich zurückliegenden Infektion, also die »jüngstenluetischen Infektionen«, die die besten Remissionen zeigen. Je älter das durchschnittliche Alter der Infektion, d. h. je weiter sie zurückliegt, um so geringere Heilungsaussichten durch eine Malariatherapie.

Übereinstimmung läßt sich finden zwischen diesen Ergebnissen und den in Tabelle 4 und 6 gemachten Erfahrungen: dort bieten die Erfolge der sowohl klinisch fest-

gestellten (Tabelle 4) als auch zeitlich berechneten (Tabelle 6) Initialstadien der paralytischen Erkrankung, hier die errechneten Erfolge des »jüngsten Infektionsalters« den Beweis dafür, daß 1. bei der kürzesten Zeit zwischen Infektion und Behandlung, 2. bei der kürzesten Zeit zwischen Beginn der Krankheit und Behandlung, abgesehen von allen anderen mitbestimmenden Faktoren, die besten Heilungsaussichten bestehen.

Über die mehrfache Fieberbehandlung bei p. P. berichtet *Hanns Schwarz* in den »Ergebnissen der Reiztherapie«. Bei seinen 32 Fällen aus der *Bonhoefferschen* Klinik unterscheidet er drei Gruppen, bei denen die Indikation einer Wiederholung verschieden gestellt werden muß.

Gruppe I = solche, bei denen nach der ersten Malariakur keine Besserung eintrat.

In diesem Fall wird von einer Weiterbehandlung mit Fiebertherapie abgeraten, da die Aussichten auf Besserung dadurch nicht vergrößert werden.

Gruppe II = nach der Kur nur unvollständig Gebesserte, bei denen eine Zweitbehandlung auf jeden Fall angeraten wird.

Gruppe III = Gutremittierte, im Falle eines Rezidivs.

Die Wiederholung wird hier als selbstverständlich bezeichnet. Die Prognose für eine zweite Kur wird um so günstiger gestellt, je früher nach dem Rezidiv die Zweitbehandlung vorgenommen wird (jedoch nicht vor  $\frac{1}{2}$  Jahr!), und dann natürlich, je günstiger die Form, das Zustandbild.

Zur Gruppe II wäre noch zu bemerken, daß *Schwarz* sogar bei jeder günstigen Form, die nicht über den Zustand einer Teilremission nach  $\frac{1}{2}$  Jahr hinausgegangen ist, vorschlägt, eine zweite Kur vorzunehmen. Dabei bleibt allerdings doch noch der praktisch wichtige Gesichtspunkt zu berücksichtigen, ob ein Paralytiker, der sich nach der ersten Kur subjektiv gegen früher weitgehend gebessert fühlt, die Zustimmung zu einer Wiederholung geben, ob er die Notwendigkeit einsehen wird. Zur Zweitbehandlung werden von verschiedenen Autoren die verschiedensten Mittel verlangt. Die einen bleiben bei einer Wiederholung mit Malaria (*Gerstmann, Horn und Kauders*), andere wollen nur eine Änderung der Tertiana in einen Quartana-Typ (*Kirschbaum*), wieder andere fanden eine Zweitimpfung mit Saproviton (*Fabiny*), Pyrifer (*Siemerling*) wirksamer. Auch *Schwarz* spricht sich für eine Pyrifer-Zweitimpfung aus, denn bei einer Wiederholungs-Impfung mit Malaria hat man beobachtet, daß der ganze Fieberverlauf, in Rhythmus und Höhe des Fiebers, Inkubationszeit, sich gegen früher veränderte. Man hat plötzliches Stehenbleiben, Spontanunterbrechungen gesehen, die darauf zurück-

zuführen sind, daß die erste Impfung eine relative Immunität zurückläßt (*Leroy* und *Médakowitch*).

Auch *Gerstmann* machte schon auf den milderen Verlauf und die Selbstentfieberung aufmerksam.

Von unseren 70 Patienten wurde an elf eine Wiederholung, und zwar mit Malaria vorgenommen, davon eine einmalige Wiederholung an acht, eine zweimalige an drei Patienten. Die Erfolge verteilen sich auf die einzelnen Gruppen folgendermaßen:

Tabelle 10.  
Mehrfache Fieberbehandlung.

	Einmalige Wiederholung				Zweimalige Wiederholung				Gesamtzahl	
	nach Monaten			Zu- sammen	nach Monaten			Zu- sammen		
	0—6	6—12	12—24		0—6	6—12	12—24			
I	1			1	1			1	2	18,1
II	1			1					1	9,1
III		1	3	4					4	36,4
IV	1	1		2	1		1	2	4	36,4
	3	2	3	8	2		1	3		

Es ergibt sich, daß unsere Zweitbehandlungen zum größten Teil zu einem Zeitpunkt ausgeführt wurden, der nach *Schwarz* für einen guten Erfolg noch unbrauchbar ist, nämlich vor Ablauf eines halben Jahres nach der ersten Behandlung. Dazu kommt, daß sie in der Mehrzahl der Fälle (8 von 11 Fällen) bei solchen vorgenommen wurden, die nach der ersten Behandlung keine Besserungstendenz zeigten, bei denen nach *Schwarz* also (s. oben Gruppe I) sich auch jede weitere Fieberbehandlung als erfolglos erwiesen hat. Nur bei drei von den elf Fällen war nach der ersten Behandlung eine relativ gute Remission zu verzeichnen.

Tabelle 11.  
Heilungsverlauf.

	1. Sofort ge- bessert		2. Zuerst ver- schl., dann geb.		3. Sofort un- verändert		4. Zuerst ver- schl., dann unveränd.		5. Sofort ver- schlimmert		6. Zuerst ge- bess., dann verschl.	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
	I	15	60	3	75							
II	11	40	1	25	2	10,6						
III					12	63,1	2	100,0			5	62,5
IV					5	26,3			11	100,0	3	37,5
Zusamm.	26=	37,1	4=	5,7	19=	27,2	2=	2,8	11=	15,	8=	11,5

Bei der prognostischen Beurteilung ist noch ein weiteres Moment, das bis jetzt noch nicht beachtet wurde, anzuführen: der in jedem Fall verschiedene Zeitpunkt der Besserung, also der verschiedene Heilungsverlauf.

Tabelle 11, die dies veranschaulicht, ist folgendermaßen eingeteilt: In der senkrechten Reihe stehen die Erfolge: Unmittelbar nach der Kur und bei der Entlassung. Ihre zahlenmäßige Einordnung unter die bestimmten Erfolgsgruppen (I. II. III. IV.) bedeutet das endgültige Ergebnis, d. h. den nach den katamnestischen Erhebungen festgestellten heutigen Stand der Remission.

Gruppe 1 der »Sofort Gebesserten« ist zahlenmäßig am größten (s. Tabelle unten) d. h. der Typus der rasch einsetzenden, gradlinigen und ohne Komplikation einhergehenden Remission.

Was die Enderfolge anlangt, ist es nicht auffällig, daß die Gruppen der »Sofort und nachträglich Gebesserten« ihre Enderfolge bei den Vollremissionen (I) und Teilremissionen (II) stehen haben, d. h., daß aus den bei der Entlassung Gebesserten gute Remittierte wurden. Denn bei allen aus Gruppe 2, den »Nachträglich Gebesserten« handelt es sich um Fälle im Initialstadium. Bei allen zog sich die Verzögerung der guten Remission nicht über drei Monate hinaus.

In Gruppe 3 der »Gleich Unveränderten« finden sich neben der natürlich hohen Prozentzahl in den beiden schlechten Erfolgsgruppen der Versager und Todesfälle auch zwei Fälle mit dem Endergebnis der Gruppe II, der Teilremittierten. Es handelt sich dabei um zwei inzipiente Fälle, beide von der depressiven Verlaufsform. Obwohl die Kur ganz normal verlief (in beiden Fällen hohe Temperaturen, keine Komplikationen im Fieberverlauf), war sofort nach der Behandlung sowie bei der Entlassung eine so wesentliche Besserung nicht zu verzeichnen gewesen, daß sie als »Vollremittierte« hätten gelten können.

Die Gruppen 4, 5, 6 sind als Enderfolg natürlicherweise bei den Versagern und Todesfällen verzeichnet. Es ergibt sich also keine bestimmte Regel für den zeitlichen Eintritt einer Remission, ebensowenig wie eine bestimmte Voraussage auf den Enderfolg aus dem Befinden des malariebehandelten Paralytikers unmittelbar und kurze Zeit nach der überstandenen Fieberkur.

Spezifische Behandlung vor und nach der Fieberkur.

Über die Frage nach der Vorbehandlung — ist sie überhaupt von Einfluß, inwiefern, begünstigt, verschlechtert sie das Resultat der Reizkörpertherapie — findet man die widersprechendsten Meinungen. *Kasperek* beweist an Hand seines Materials, daß die Bestremittierten unter den Nicht-Vorbehandelten zu suchen sind. *Joßmann* dagegen beweist an Hand seines Materials das Gegenteil: unter den Bestremittierten ist der größte Prozentsatz

spezifisch vorbehandelt, die Nicht-Vorbehandelten überwiegen in Gruppe IV (Todesfälle) —, er schließt daraus auf die günstige Wirkung der Vorbehandlung. Damit ist gesagt, daß eine spezifisch vorbehandelte P. P. durch eine spätere Malariakur bessere Aussichten auf gute Remission hat als eine bestehende, nicht vorbehandelte P. P. *Wilmanns* hält dies aber nicht der Vorbehandlung zugute, sondern glaubt es dadurch erklärt zu wissen, daß hauptsächlich nur eine symptomreichere Syphilis zur Behandlung komme, während der Symptomenarme, der Hauptanwärter für eine metaluetische Erkrankung, natürlicherweise oft überhaupt keinen Arzt aufsuche, also nicht behandelt werde. Nun nimmt man aber an, daß gerade die erscheinungsreiche Lues größere »Abwehrkräfte« besitzt als die erscheinungsarme und auch dadurch das Ergebnis der Malariatherapie noch günstig beeinflusse.

Bei unserem Material sind mehr als 50% nicht vorbehandelt.

Viele von den angeblich Vorbehandelten konnten nicht mehr angeben, womit sie behandelt worden, und ob die Behandlung vollständig abgeschlossen gewesen sei.

Die Zahlen von Tabelle 12, in der die Beziehungen von 30 spezifisch Vorbehandelten und 40 Nichtbehandelten unseres Materials zu den einzelnen Erfolgsgruppen gezeigt werden soll, sind also nur mit Vorbehalt verwendbar.

Tabelle 12.

## Spezifische Vorbehandlung.

	A. Vorbehandelte		B. Nicht-Vorbehandelte	
	abs.	%	abs.	%
I	10	33,0	8	19,6
II	3	10,0	11	26,8
III	8	27,0	11	26,8
IV	9	30,0	11	26,8

Ein charakteristisches Überwiegen bei Vorbehandelten und Nichtvorbehandelten ist nicht feststellbar. Bei den Vorbehandelten wird die hohe Anzahl der Vollremissionen fast erreicht von der Prozentzahl der Todesfälle. Außerdem haben bei Betrachtung von Gruppe I und II einerseits, Gruppe III und IV andererseits die schlechten Heilerfolge, also III und IV, die Mehrzahl. Auch bei den Nichtvorbehandelten sind diese beiden Gruppen zusammen wieder etwas stärker als I und II. Vielleicht ist durch die zu Anfang gebrachten Einschränkungen das unentschiedene Resultat bedingt. Jedenfalls ist es aus den Ergebnissen unseres Materials nicht möglich, den Beweis für eine günstige oder ungünstige Beeinflussung



durch spezifische Vorbehandlung auf den Heilerfolg bei malaria-behandelten Paralytikern zu erbringen.

Die spezifische Nachbehandlung der P. P. wird übereinstimmend von den meisten heute befürwortet. *Horn* und *Kauders* bezeichnen sie als einen der Hauptfaktoren in der Frage der Rezidivverhütung.

Von unseren 70 Fällen sind nur 33 nachbehandelt worden und zwar erst in den späteren Jahren, während in den früheren Krankenblättern nichts davon berichtet ist.

Tabelle 13.

## Spezifische Nachbehandlung.

	Spezif. Nachbehandelte		Spez. Nicht-Nachbehandelte	
	abs.	%	abs.	%
I	11	33,3	7	18,9
II	10	30,3	4	10,8
III	9	27,3	10	27,1
IV	3	9,1	16	43,2

Danach ergibt sich, wenn man alle anderen Einflüsse (Zustandsbild, Stadium der Erkrankung usw.) beiseite läßt, ein deutliches Vorherrschen der spezifisch Nachbehandelten bei den guten Remissionsgruppen, während ihre Zahl in Gruppe III und IV, den Versagern und Todesfällen, zurückbleibt. Umgekehrt verhält es sich bei den Nicht-Nachbehandelten. Es ist also wohl die Forderung von *Horn* und *Kauders*: »möglichst immer Nachbehandlung« auch durch unsere Erfolge gerechtfertigt.

Die guten Heilaussichten durch spezifische Nachbehandlung wurden erklärt durch eine besondere Ansprechbarkeit des Organismus auf Salvarsan und bakteriogene Stoffe in der an die Malariabehandlung anschließenden Periode. Erwähnt sei auch die kombinierte spezifisch-unspezifische Behandlung, wie *Horn* und *Kauders* und *Roggenbau* sie berichten. Und zwar soll diese nicht nur angewandt werden bei der ausgebildeten P. P., sondern auch prophylaktisch bei solchen Fällen von Lues, die den üblichen Behandlungsmethoden gegenüber sich als besonders resistent bewiesen haben. Sie ist in diesem Sinne also als eine Art »Vorbehandlung« aufzufassen. Vorgeschlagen wird eine kombinierte Pyriferyl-Salvarsan-Wismuthbehandlung. Pyriferyl wird hier gebraucht, um die schon oben bei der Nachbehandlung besprochene Ansprechbarkeit des Organismus für spezifische Mittel zu erhöhen. Bei der prophylaktischen Malariabehandlung berichtet *Kauders* über psychiatrische Komplikationen, die dabei auftreten und die gedeutet

werden als »vorübergehende Provokation und Abortion einer Paralyse«, d. h. es wird der gleichsam schon präformierte Prozeß gewaltsam zum Durchbruch gebracht, gleichzeitig aber wieder durch dieselbe Behandlung beseitigt. *Kauders* befürwortet die prophylaktische Anwendung der Malariakur, und zwar besonders bei den Fällen, wo auch nach 10jähriger Inkubation noch keine Liquorsanierung eintrat; diese sind nach *Gerstmann* als »Paralysekandidaten« zu bezeichnen.

Ein besonders gutes Urteil der Erfolge der Malariabehandlung erlaubt die Gegenüberstellung der Lebensdauer von behandelten und unbehandelten Paralytikern, wie es *Sioli* in seiner Absterbe- bzw. Überlebensordnung dargelegt hat.

In Tabelle 14 sind als Vergleichszahlen die Aufstellungen von *Josfmann* genommen, in der die Absterbeordnung der Behandelten aus seinem Material der Absterbeordnung der Nichtbehandelten von *Iunius* und *Arndt* gegenübergestellt ist.

Tabelle 14.  
Absterbeordnung.

Jahre	Anstalt Konstanz		<i>Josfmann</i>		<i>Iunius</i> u. <i>Arndt</i> Nicht- behandelte
	Behandelte				
	% Tod i. Zushg.	% Tod nicht i. Zushg.	% Tod i. Zushg.	% Tod nicht i. Zushg.	%
0—1	75,0	30,4	55,0	25,8	19,0
1—2	25,0	27,2	21,7	24,0	26,7
2—3		18,2	10,0	16,4	27,9
3—4		9,1	5,7	12,8	12,6
4—5		9,1	3,0	10,8	6,1
5—6		—	0,6	7,2	7,1
Absolut	8	11	252	306	—

Wie bei *Josfmann*, so ist auch in unseren Zahlenreihen auffällig die relativ große Anzahl von Todesfällen in den ersten zwei Jahren gegenüber den Angaben von *Iunius* und *Arndt*. Dies ließe also den Schluß zu, daß die Reiztherapie eine erhebliche Verkürzung der Lebensdauer bewirkt. *Josfmann* gibt diese eingreifende Wirkung der Malariatherapie auch zu, weist aber darauf hin, daß das Vergleichsmaterial von *Iunius* und *Arndt* nicht nur, wie bei seinem Material (auch in unserem Fall) die Todesfälle umfaßt, sondern sich auf alle beobachteten Paralysefälle bezieht. Es ist also

keine eindeutige Vergleichsmöglichkeit gegeben. In den ersten zwei Jahren sind also die Todesfälle bei den »Behandelten« häufiger, während im dritten Jahr sich die höchste Prozentzahl auf der Seite der »Nichtbehandelten« findet. Später gleichen sich die Zahlen der beiden Vergleichsgruppen einander an im Sinne einer Verminderung der Prozentzahlen.

Unter »Tod in Zusammenhang« mit der Fiebertherapie ist nach *Jofmann* nicht nur der eigentliche, sehr selten vorkommende »Malariatod« verstanden, sondern alle Todesarten, die in »mittelbarem Zusammenhang« mit der Therapie stehen: während der Fieberzeit Kreislaufstörungen, Pneumonien, in der Rekonvaleszenz vor allem septische Prozesse.

Nicht getrennt in »Tod in Zusammenhang« und »Tod nicht in Zusammenhang« gibt folgende Tabelle den Anteil der Todesfälle in bestimmten Zeiten an, bezogen auf alle Todesfälle.

Tabelle 15.

Zeit zwischen Behandlung und Tod.

im Fieber	nach $\frac{1}{2}$ Jahr	nach 1 Jahr	nach mehreren Jahren
4 21,1%	7 36,7%	2 10,6%	6 31,6%

Es starben also im Zeitraum eines Jahres 58%, die übrigen 42% nach einem und mehr Jahren. Auch hieraus ist wieder die in unserem Material besonders kurze Zeitspanne zwischen Behandlung und Tod zu ersehen. Was die Todesart betrifft, findet sich vorherrschend Tod an Pneumonie. Bei einem Patienten wurde als Todesursache Aortenaneurysma berichtet (Pat. starb nicht in der Anstalt, sondern war mit anfänglich nur mäßiger Remission entlassen worden. Es soll später eine so gute Besserung eingetreten sein, daß Pat. seinen alten Beruf wieder voll ausüben konnte [Beamter]. Nach zehn Monaten plötzlicher Exitus). Die übrigen vier starben infolge »Herzschwäche«, zweimal nach unstillbaren Diarrhoen, zweimal nach schweren, sich über Tage hinziehenden Krampfanfällen. In 70% der Todesfälle waren bei der Obduktion Veränderungen an der Aorta festzustellen.

Gesondert sollen noch die Malariabehandlungen bei juveniler P. P., ihrer besonderen prognostischen Beurteilung wegen, betrachtet werden. In unserem Material findet sich nur ein Fall.

Es handelte sich um ein 18jähriges Mädchen, das seit einigen Jahren schon auffällig, vor einigen Wochen plötzlich jegliche Nahrungsaufnahme verweigerte und deshalb in die Anstalt eingeliefert wurde. WaR. im Blut und Liquor stark positiv, ebenfalls Pandy und Nonne positiv. Goldsol und

Mastix: typ. Paralysekuren, 227 Zellen im pos. Liquor. Paralytische Anfälle epileptiformen Charakters.

Fieberbehandlung: Verlauf normal, allerdings keine sehr hohen Temperaturen. Nach der Kur bedeutend verschlechtert. Immer tiefere Verblödung.

Tod 15 Monate nach der Behandlung. Tagelang gehäufte Krämpfe, einige Minuten andauernd, zuletzt unaufhörliche krampfartige Zuckungen. Die letzten Tage bewußtlos.

Die Prognose der juvenilen P. P. wird heute noch übereinstimmend als infaust berichtet. In einer neueren Arbeit aus der *Bonhoefferschen Klinik (E. Kunze)* wird bei 32 beschriebenen Fällen keine einzige Vollremission gemeldet.

Zu dem Thema der atypischen psychischen Zustandsbilder (während der Fieberkur), worunter man die im Verlauf der Reizkörpertherapie oder danach auftretenden Erscheinungen von manisch-depressiven oder paranoid-halluzinatorischen Zuständen versteht, können wir von einem Fall berichten.

In unmittelbarem Zusammenhang mit der Kur eigenartiges psychisches Zustandsbild: Angstzustände, heftige Halluzinationen. Nach zwei Monaten, bei der Entlassung, wieder ganz normal, wird gebessert, arbeitsfähig entlassen und steht heute noch voll im Beruf, gehört also zur Gruppe der Vollremitierten.

Die Beziehungen der Liquorverhältnisse zum klinischen Befund konnten nicht berücksichtigt werden, da in den meisten Fällen eine Lumbalpunktion nach Abschluß der Behandlung nicht vorgenommen worden war.

Zusammenfassend kommen wir zu dem Ergebnis, daß: praktische Heilung in 27% der Fälle, klinische Besserung in 43,7% der Fälle (d. h. Gruppen I und II zusammen), Todesfälle in 32% der Fälle erfolgten, daß somit für die »Defektgeheilten«, die Versager, rund 25% bleiben, ein zu geringer Prozentsatz, um deswegen die Aussichten der 43% auf eine sichere Besserung und mögliche praktische Heilung, durch die Unterlassung der Reiztherapie, zu vernichten.

Die besonderen Faktoren, die die größtmöglichen Aussichten auf gute Remission gewährleisteten, sind: 1. das dement-euphorische (an zweiter Stelle das depressive) Zustandsbild; 2. das Initialstadium der Krankheit; 3. die kürzeste Zeitdauer zwischen Ausbruch der Krankheit und Behandlung; 4. die kürzeste Zeitdauer zwischen Infektion und Behandlung; 5. die spezif. Nachbehandlung (spez. Vorbehandlung nur mit Einschränkungen).

Diese Ergebnisse stimmen demnach mit den Untersuchungen *Joßmanns* im allgemeinen überein.

Durch eine mehrfache Fieberbehandlung konnte (wozu wohl auch das Material viel beitrug) ein guter Erfolg nicht erzielt werden. Es handelte sich meist um Fälle, bei denen schon die erste

Fieberbehandlung ohne Erfolg geblieben war. Das Lebensalter zeigt keine Beziehungen zu den Heilerfolgen. Eine bestimmte Regel für den zeitlichen Eintritt einer Remission war nicht zu finden. Die Absterbeordnung der behandelten Paralytiker, in Vergleich gesetzt zu der der nichtbehandelten P. (mit Einschränkungen) ist, in den ersten zwei Jahren nach Ausbruch der Erkrankung gerechnet, größer als bei den Nichtbehandelten, während in späteren Jahren ein Ausgleich stattfindet und im dritten und vierten Jahr die Nichtbehandelten stärker vertreten sind. Die Todesart waren hauptsächlich Pneumonie und Kreislaufstörungen. Ein Fall von juveniler P. P. wurde durch Malariabehandlung nicht gebessert, starb ein Jahr nach der Behandlung. Ein Fall mit komplizierend auftretendem, atypischen psychischen Verhalten, kurz nach der Malariabehandlung, war bei der Entlassung psychisch wieder völlig frei.

#### B. Lues cerebrospinalis.

Gleichzeitig mit der Behandlung der Paralytiker wurde an unserer Anstalt im Jahre 1925 auch die Malariabehandlung der Lues-cerebrospinalis-Erkrankten eingeführt. Behandelt wurden 24 Lues-cerebrospinalis-Kranke, darunter 8 = 33% Frauen. Die klinischen Besonderheiten der 24 Fälle sind in einer Tabelle zusammengefaßt. Die Auswertung der Heilerfolge geschah wieder nach den vier Gruppen von *Joffmann*.

Außerdem wurde aber die Gruppe der Teilremissionen (II) untergeteilt in IIa. Arbeitsfähige, klinisch nur teilweise Gebesserte, d. h. solche, die ihren Beruf wohl ausüben, aber nie ganz beschwerdefrei sind. IIb. Nur ganz beschränkt oder gar nicht Arbeitsfähige, deren Beschwerden nur sehr wenig gebessert sind, die man aber klinisch nicht ganz zu den Versagern rechnen kann.

Es ist hier also außer dem psychischen Verhalten, außer der bei den Paralytikern allein berücksichtigten Beurteilung nach dem »Verhalten im Leben draußen« auch noch der körperliche Befund in Betracht gezogen. Dies geschah besonders, weil bei diesen Kranken nicht immer eine Parallele zwischen »sozialer Möglichkeit« und klinischem Heilerfolg gesehen wurde. Fast in den meisten Fällen, in denen die Patienten sogar in den alten Beruf zurückkamen, wurden weiterhin noch die verschiedensten Beschwerden geklagt. Die stärksten Kopfschmerzen waren dann wohl gemildert, ganz waren sie jedoch nicht geschwunden. Diese Fälle sind in Gruppe IIa eingereiht. Einige wieder erlangten trotz subjektiver Besserung die volle oder teilweise Berufsfähigkeit nicht mehr = Fälle der Gruppe IIb. In I stehen wieder die Vollremittierten, d. h. diejenigen, die wieder uneingeschränkt ihren alten Beruf erfüllen können. In III die Versager, d. h. diejenigen, bei denen

durch die Malariabehandlung keinerlei Änderung des psychischen und körperlichen Befundes erzielt wurde.

Tabelle 16.  
Allgemeine Ergebnisse (Lues cerebrosop.).

	I		II				III		IV		
	abs.	%	a		b		abs.	%	abs.	%	
			abs.	%	abs.	%					
Männl. ....	2	12,5	7	43,7	4	25,0	2	12,5	1	6,3	16
Weibl. ....	—		3	37,5	4	50,0	—		1	12,5	8
Durchschn. %-Zahl	2	8,3	10	41,7	8	33,4	2	8,3	2	8,3	24

Die Prozentzahl der Vollremissionen ist äußerst klein: 8,3% bei den Männern, bei den Frauen überhaupt keine. Den größten Anteil hat Gruppe II, also die der Teilremissionen, und zwar bei den weiblichen der schlechtere Teil, solche hauptsächlich mit klin. Besserung, d. h. 50% aller behandelten Frauen haben nach der Behandlung noch solche Beschwerden, daß sie ihren Beruf entweder gar nicht oder nur in ganz reduziertem Maß ausüben können. Allerdings sind sie im Vergleich zu ihrem Zustand vor der Kur doch gebessert. Linderung der starken Kopfschmerzen, frischer, besserer Schlaf und Appetit. Bemerkenswert ist die im Vergleich mit den Zahlen der Paralyse kleine Anzahl von Gruppe IV, der Todesfälle, ebenfalls von Gruppe III, der absoluten Versager, bei denen überhaupt keine Besserung zu verzeichnen war.

Eine Beziehung zum Lebensalter ist nicht zu erkennen. Der Durchschnitt beträgt in:

Tabelle 17.

Gruppe	I	.....	48	Jahre
"	IIa	.....	42,5	"
"	IIb	.....	39,0	"
"	III	.....	42,0	"
"	IV	.....	47,5	"

Also gerade die besten Remissionen finden sich diesmal beim durchschnittlich höchsten Alter, während doch allgemein, wenn auch nicht in jedem Fall, zutrifft, daß die einigermaßen jüngeren Patienten auch die besten Heilaussichten haben. In unserem Fall nehmen dies die Mittelgruppen für sich in Anspruch.

Über das Alter der Infektion kann nur in 14 Fällen berichtet werden, die übrigen zehn Patienten konnten sich entweder nicht genau entsinnen, oder eine Infektion wurde überhaupt negiert.

Das durchschnittliche Alter beträgt in

Gruppe	I	.....18,5	Jahre
„	IIa	.....25,0	} 19,1 Jahre
„	IIb	.....13,3	
„	III	.....15,0	Jahre „
„	IV	.....24,0	„

Mit Ausnahme der Gruppe III steigert sich auch hier, wie oben bei den paralytischen Fällen, das Infektionsalter mit dem Abfall der Remissionsaussichten, d. h. je älter die Infektion, um so schlechter die Heilungsaussichten.

Das Alter der Erkrankung wird sehr verschieden angegeben, meist viel höher, als dies bei der Paralyse der Fall war. Es ist wohl damit zu erklären, daß die Hauptanzeichen: Kopfschmerzen, Schwindel, Ohrenleiden, »Neurasthenie« zuerst nur als solche betrachtet und behandelt werden ohne Berücksichtigung der spezifischen Genese.

Als Durchschnittsalter fand sich bei den einzelnen Gruppen: I = 0,75 Jahre, IIa = 4,05 Jahre, IIb = 4,0 Jahre, III = 6,5 Jahre, IV = 7,0 Jahre.

Wieder eine Steigerung des Durchschnittswertes bei den schlechten Erfolgsgruppen, d. h. je kürzer die Erkrankung, um so besser die Prognose.

Vorbehandelt waren nur 16 = zwei Drittel der Gesamtzahl. Der Anteil der Erfolgsgruppen bei Vorbehandelten und Nichtvorbehandelten verteilt sich folgendermaßen:

Tabelle 18.  
Spezifisch Vorbehandelte.

	I	II		III	IV
		a	b		
Vorbehandelte .....	12,5	50,0	31,2	6,3	
Nichtvorbehandelte ...		25,0	37,5	12,5	25,0

Bei den Vorbehandelten ist kein Todesfall zu verzeichnen, bei den Nichtbehandelten keine Vollremission. Beide Gruppen zeigen die höchste Ziffer in Gruppe II, von wo die Kurve der Vorbehandelten nach links zu den guten Remissionen ansteigt, um nach rechts zu den schlechten Heilerfolgen hin bis auf Null abzufallen, die der Nichtbehandelten gerade das entgegengesetzte Verhalten zeigt. Es ist so auch hier eine Beeinflussung durch die Vorbehandlung in günstigem Sinne erfolgt. Eine Nachbehandlung wurde, im Gegensatz zu den Paralytikern, bei fast allen Lues-cerebrospinalis-Fällen durchgeführt, und zwar mit Salvarsan. Außerdem sind

nach den Angaben der Patienten fast bei jedem noch weitere anti-  
 luetische Mittel ambulant gegeben worden. Es sind hier also keine  
 eigenen Vergleichszahlen vorhanden, nach denen die Mitbestim-  
 mung dieser Faktoren auf einen besseren oder schlechteren Ver-  
 lauf ausgewertet werden könnte. Es werden aber gerade bei Lues  
 cerebros spinalis über die kombinierte spezifisch-unspezifische Be-  
 handlungsmethode sehr gute Erfolge berichtet, besonders auch bei  
 denjenigen Fällen, in denen die einfache spezifische Therapie ohne  
 Erfolg blieb. (G. L. Dreyfuß und R. Hanau.)

Interessant ist es, die Entlassungsbefunde mit den späteren  
 katamnestischen Erhebungen (die Ende des Jahres 1931 gemacht  
 wurden) zu vergleichen.

In Tabelle 19 stellen die Zahlen unter den Erfolgsgruppen  
 das Endergebnis vor, die Zusammenfassung (rechts in der Tabelle)  
 die Zahl der ursprünglichen Entlassungsbefunde.

Tabelle 19.

Ergebnis bei der Entlassung — Endergebnis.

Bei der Entlassung	I	II		III	IV	Zu- sammen
		a	b			
Weitg. gebessert, arbeitsfähig	2		1			3
Gebessert, arbeitsfähig .....		6	3	I	I	11
nicht arbeitsfähig .....			2			
Gebessert .....						8
schonungsbedürftig .....		4	2			
Vermindert .....				I	I	2

Von denjenigen, denen man bei der Entlassung die beste Pro-  
 gnose gestellt hatte, sind nur zwei wirklich so weit wiederherge-  
 stellt, daß sie als Vollremission gelten können. Der eine Fall, eine  
 Frau, kam nur in die weniger gute Stellung einer Teilremission,  
 sie ist nur beschränkt arbeitsfähig und wenig gebessert. Von den  
 als »gebessert, arbeitsfähig« Bezeichneten stellen neun von den 11  
 eine Teilremission, also klinische Besserung vor, während einer ein  
 Versager wurde, einer zu den Todesfällen gerechnet werden muß.  
 Hingegen war bei den von vornherein nicht sehr günstig Beurteilten  
 eine weitere Besserung eingetreten, so daß sie heute, wenn auch  
 nicht ganz beschwerdefrei, dennoch ihren Beruf erfüllen können.  
 Vier haben die geringere klinische Besserung wohl behalten, sind  
 aber sozial nicht mehr ausreichend brauchbar. Von denjenigen,  
 bei denen schon bei der Entlassung eine Besserung nicht zu sehen  
 war, ist auch keiner mehr günstig verändert worden. Der eine  
 starb, der andere ist noch verschlechtert.



Dies kurz zusammengefaßt: Die nach der Kur gestellten Prognosen decken sich in vielen Fällen nicht mit den Endresultaten. Um auch noch die Urteile unmittelbar nach der Kur heranzuziehen, ergibt sich, daß sich gegenüberstehen:

Tabelle 20.  
Ergebnisse nach verschiedenen Zeitpunkten.

	A Erfolg nach der Behandlung	B Erfolg bei der Entlassung	C Enderfolg
Weitgehend gebessert ..	3	3	2
Gebessert, gut erholt ..	12	11	18 <sup>1)</sup>
Wenig gebessert .....	5	8	2
Unverändert .....	4	2	2

Deutlich zeigt dies, mit Ausnahme des einen Falles, der den Vollremissionen verlorenging, daß die guten Ergebnisse in weitem Ausmaß erst im Laufe der Zeit sichtbar wurden, daß aus den im Anfang prognostisch schlechter verwerteten Fällen nachher doch noch gute Remissionen hervorgingen. Allerdings sind im Endergebnis die Erfolgsgruppen IIa und b zusammengenommen, es ist also die verhältnismäßig hohe Zahl nur einbegriffen die klinisch gebesserten Fälle zu verstehen.

Zusammenfassung: Bei der Paralyse ist der hohe Prozentsatz klinischer Heilung besonders der besten klinischen Heilung (= Gruppe I), d. h. der Vollremission, die gleichzeitig auch noch den Begriff der »praktischen Heilung« in sich schließt, zu verdanken, bei den Fällen von malariabehandelten Lues-cerebrospinalis-Erkrankten dagegen den als Gruppe II bezeichneten Teilremissionen (und zwar im besonderen nach Gruppe IIa = Arbeitsfähige, klinisch aber nur teilweise Gebesserte). Es ergeben sich dann: einwandfreie klinische Besserungen bei wiedererlangter Arbeitsfähigkeit bis zu 50% aller Fälle.

Als relativ günstig ist auch noch die Gruppe IIb zu verzeichnen, die zwar nur eine geringe klinische Besserung darstellt, ohne das für die endgültige Beurteilung noch maßgebende Kriterium der »sozialen Brauchbarkeit« erfüllen zu können. Niedriger als bei der P. P. ist die Anzahl der Todesfälle: Nur 8,3%, während sie dort als Durchschnittswert der beiden großen Jahresgruppen (1922—25 u. 1926—29) 32,0% betrug, ebenfalls auch, reine Versager, hier nur 8,3%, dort 25%.

Es ergibt sich daraus, daß die Ausführung einer Malaria-

<sup>1)</sup> Gruppe IIa und IIb.

Reizkörpertherapie, kombiniert mit der als Nachbehandlung durchgeführten spezifischen (Salvarsan-) Behandlung auch bei den Lues-cerebrospinalis-Kranken durch ihre Resultate sich als richtig angewandte Therapie erweist. Hinzuzufügen wäre noch, daß von den 16 männlichen Kranken sechs in den Krankengeschichten als »Psychopathen«, sechs als »Trinker« verzeichnet sind. Der eine Trinker ist gleichzeitig als Exhibitionist schon über zehnmal verurteilt. Von den Frauen ist eine Trinkerin, früher Prostituierte, zwei weisen erbliche Belastung auf: der Vater der einen endete durch Suizid, der Bruder der anderen befindet sich in einer Heilanstalt. Vielleicht ist in der besonderen Artung dieses Materials die Ursache für die relativ so geringen Voll-Heilerfolge zu suchen.

### C. Tabes dorsalis.

Die Behandlung der Tabes dorsalis in den Jahren 1925—1931 erstreckte sich auf zehn Fälle, neun Männer und eine Frau. Sie wurde in derselben Weise wie bei den Paralytikern und Lues-cerebrospinalis-Erkrankten ausgeführt, d. h. durch Erzielung von möglichst hohen (durchschnittlich 40,8° C) Fieberanfällen, im Durchschnitt 8—10. Die meisten Fälle sind mit Neo-Salvarsan nachbehandelt. Außer der Arbeitsfähigkeit bzw. Arbeitstätigkeit als Kriterium der Besserung muß hier vor allem der evtl. Rückgang der neurologischen Ausfallserscheinungen und der subjektiven Beschwerden Berücksichtigung finden. Während die neurologischen Befunde mit Ausnahme der Ataxie fast nicht beeinflußt werden, ist eine Milderung der subjektiven Beschwerden häufiger, in erster Linie bei den lanzinierenden Schmerzen, weniger bei den gastrischen Krisen und Gürtelschmerzen, die in einigen Fällen gebessert werden, in anderen auch wieder völlig unbeeinflußt bleiben. Die Ataxie kann, wie schon erwähnt, geringe Besserung erfahren (s. beiliegende Tabelle). Die Hauptsymptome, die fast jeder unserer Patienten klagte, waren Gehbeschwerden, lanzinierende Schmerzen, Abnahme der Sehkraft (Optikusatrophy), in einigen Fällen auch die den Patienten sehr lästigen Parästhesien. Neurologisch waren fast überall Ataxie (statische und dynamische), Veränderung der Reflexerregbarkeit und Pupillenstörungen, meist auch noch Oberflächensensibilitätsstörungen festzustellen. Liquorveränderungen bleiben unerwähnt, da wie bei den vorher beschriebenen Fällen von progressiver Paralyse und Lues cerebrospinalis eine Untersuchung nach der Kur nicht regelmäßig durchgeführt worden ist.

Die Eingliederung der Behandlungsfälle erfolgte diesmal in die vier Gruppen der I. Weitgehend Gebesserten, II. Wenig Gebesserten, III. Ungebesserten, IV. Todesfälle.

Tabelle 21.

Heilerfolge bei der *Tabes dorsalis*.

	I		II		III		IV	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
Männlich.....	2	20,0	1	20,0	4	40,0	2	20,0
Weiblich .....			1					

Hier sind also von allen bisherigen Aufstellungen die meisten Versager, d. h. 40% aller malariabehandelter Tabiker sind durch die Reizkörpertherapie überhaupt nicht gebessert worden. Die übrigen 60% sind zu gleichen Teilen auf die drei anderen Gruppen verteilt, den 40% nicht Gebesserten stehen 40% Gebesserte gegenüber, die z. T. so weit wiederhergestellt sind, daß sie fast beschwerdefrei ihrem Beruf nachgehen können. Bei diesen zwei Patienten handelte es sich um frische Erkrankungen, die also auch hier wieder, wie bei der P. P. und Lues cerebrospinalis gezeigt werden konnte, die besten Aussichten auf Heilungserfolg haben. Von den zwei Todesfällen war der eine drei Jahre lang im Beruf und körperlich sehr gebessert, während er bei der Entlassung noch als »schonungsbedürftig« bezeichnet wurde. Plötzlicher Exitus während der Arbeit — die Ursache ist unbekannt; Obduktion wurde nicht gemacht. Der andere starb ebenfalls an unbekannter Todesursache vier Jahre nach der Behandlung, die bei ihm keinerlei Veränderungen bewirkt hatte.

Die Besserungen bezogen sich auf folgende Symptome: Lanzinierende Schmerzen waren in vier von sechs Fällen vorhanden; zweimal blieben sie unbeeinflusst. Gastrische Krisen verschwanden zweimal fast ganz. Gürtelschmerz zweimal sehr gebessert, einmal wenig, einmal gar nicht. Gehbeschwerden in zwei von sechs Fällen nur etwas gebessert, viermal gleichgeblieben. Sehstörungen wurden zwar nicht aufgehoben, aber in vier von fünf Fällen war ein Stillstand zu beobachten. Gehörstörungen und Verdauungsbeschwerden zeigten in keinem Falle Besserung. Weitaus am stärksten beeinflusbar waren also die lanzinierenden Schmerzen und die gastrischen Krisen, sehr wenig dagegen die Ataxie.

Das Durchschnittsalter der Behandelten beträgt 45,7 Jahre, d. h. die Mehrzahl kam in einem verhältnismäßig hohen Alter zur Behandlung. (Einfluß auf die Heilerfolge?) Das durchschnittliche Alter der Infektion, das nur in 50% aller Fälle bekannt ist, beträgt 24,5 Jahre, das des Krankheitsbeginnes 8,4 Jahre; dies alles bis zur Malariabehandlung gerechnet.

Bemerkenswert und mit den früheren Erfahrungen überein-

stimmend ist die Auswirkung des Infektionsalters. Die fünf bekannten Fälle verteilen sich auf Gruppe I u. II.

Gruppe I = 20 Jahre } zwischen Infekt  
 „ III = 34 „ } und Behandlung.

Uncharakteristisch ist dagegen die Aufstellung nach dem Krankheitsalter.

Gruppe I = 6,5 Jahre } zwischen  
 „ II = 5,5 „ } Krankheitsbeginn  
 „ III = 11,2 „ } und  
 „ IV = 8,1 „ } Behandlung.

Vor- und Nachbehandlung wurde bei fast allen Patienten ausgeführt, es fehlen also Vergleichszahlen zu ihrer Auswertung.

Die verschiedene Beurteilung des Heilerfolges: A. kurz nach der Behandlung, B. bei der Entlassung, C. Endresultat, ist auch hier wieder deutlich.

Tabelle 22.

Ergebnisse bei der Tabes dorsalis nach verschiedenen Zeitpunkten.

	A Nach der Behandlung	B Bei der Entlassung	C Endresultat
I. Weitgeh. gebessert.	4	4	2
II. Wenig gebessert ..	3	4	2
III. Unverändert .....	3	2	4
IV. Todesfälle .....	—	—	2

Das Ergebnis fällt anders aus als bei den Lues-cerebrospinalis-Fällen. Dort die anfangs zu ungünstig, hier die anfangs zu günstig gestellte Prognose. Zu den »Weitgehend Gebesserten« in dieser Gruppe sind auch die anfangs als »Gebessert-arbeitsfähig« bezeichneten Kranken gekommen. Von den sieben anfänglich überhaupt »Gebesserten«, also Anwärtern auf die Erfolgsgruppen I und II sind nur vier auch jetzt noch wirklich gebessert. Es steht dies im Gegensatz zu den Erfahrungen von *Dreyfuß*, wonach der Rückgang der tabischen Beschwerden = Heilerfolg durch eine Malaria-kur, meist schon nach Abschluß der Behandlung zu sehen ist, weshalb dann auch eine viel kürzere Beobachtungszeit zur endgültigen Beurteilung (ein bis zwei Jahre) nötig ist als bei der P. P.

Anamnestisch sei noch erwähnt, daß von den zehn Patienten vier erblich belastet (Vater: Trinker), drei selbst Alkoholiker sind, der Bruder des einen durch Suizid endete. Ein Kranker war schon

von Jugend an »auffällig« und bot später immer mehr neben den tabischen Symptomen das Bild einer Psychose.

**Zusammenfassung.** Die Erfolge bei unseren mit Malaria behandelten Tabikern entsprechen nicht den vorher beschriebenen bei der P. P. und Lues c. Die Anzahl der Versager ist hier viel größer, sie macht 40%, die Todesfälle miteingerechnet 60% aller Behandelten aus. Es ist dabei vor allem aber das relativ späte Eingreifen durch eine Kur (es sind fast alles vorgeschrittene Fälle) zu berücksichtigen. Die Arbeitsunfähigkeit ist bei den Tabikern den Heilerfolgen nicht gleichzusetzen. In unserem Fall stimmt sie mit der »weitgehenden Besserung« überein, d. h. nur 20% waren später sozial brauchbar. *Hoff* und *Kauders* berichten von 32% weitgehender Besserung und nur 25% Versagern, auch bei *Dreyfuß* ist die Prozentzahl der Gebesserten höher als bei uns, jedoch hat er diese auch erreicht und noch überstiegen durch eine einfache spezifische Behandlung ohne Reizkörpertherapie. Er schreibt von 50% weitgehender, bei 25% teilweiser Besserung und schließt daran die Forderung, eine Fieberbehandlung erst nach einjähriger spezifischer Behandlung in Betracht zu ziehen, mit Ausnahme der ganz frischen Fälle, bei denen ein aktives Vorgehen (Fieberbehandlung) angebracht erscheint.

#### D. Schizophrenie.

Die Beobachtung, daß durch hochfieberhafte Erkrankungen Psychosen günstig beeinflußt werden, ist sehr alt; schon *Hippokrates* und *Galen* wußten davon. In der Folgezeit wurden die verschiedensten Erfolge durch die verschiedensten »Infektionen«, wie Typhus, Erysipel, Blattern, gesehen und beschrieben. Aber erst *Wagner v. Jauregg* wagt in seiner 1897 erschienenen Arbeit: »Über die Einwirkung fieberhafter Erkrankungen auf Psychose« die Nutzenanwendung daraus zu ziehen, d. h. mit dem Vorschlag, »das Heilmittel der Natur zum therapeutischen Agens zu machen«, an die Öffentlichkeit zu treten. Der Versuch, durch Einverleibung von Bakterien-substanz Fieber bei Geisteskranken künstlich herbeizuführen, wurde dann erstmals im Jahre 1890 von ihm ausgeführt, und zwar mit dem damals eben bekannt gewordenen Tuberkulin — *Koch*. Seitdem ist eine Behandlung von Psychosen durch Reizkörper fortgesetzt und im Bestreben, die Erfolge immer größer zu gestalten, sind die verschiedensten Mittel ausprobiert worden, so das Sulfosin (*Marcuse* und *Kallmann*), Pyrifur (in der Bonner Klinik), Typhus-Vakzine, Saprovitan (*Weicksel*, *C. Blume*), Deuteroalbumine (*Binswanger*), Nirvanol (*Lauterer*), nucleinsäure Lösung (*Czaikowski*) u. a.

Die Erfolge der bekanntesten von ihnen in Beziehung gesetzt zu denen mit der Malariabehandlung ergeben: Die weitaus größte

Anzahl »Anhaltende Besserungen« bei der Behandlung mit Typhus-Vakzinen (63,6%), an zweiter Stelle erst Nirvanol (*Gr. Drecker*). Die zusammengestellten Ergebnisse von Malaria und Pyrifereerfolgen zeigen ungefähr die gleiche Anzahl guter Erfolge, nämlich 29% »Anhaltende Besserung«.

Die Behandlung von Schizophrenen mit Malaria (26 Fälle) wurde in unserer Anstalt ein Jahr nach der Behandlung der Paralytiker, im Jahre 1926, begonnen, und zwar an 26 Fällen. Wie schon anfangs erwähnt, wurde von der Überimpfung von Luetikerblut Abstand genommen wegen der nicht sicher auszuschließenden Unmöglichkeit einer Infizierung mit Lues. Es wurden im allgemeinen zehn Fieberzacken verlangt. Die Temperatur betrug meist über 40,5° C. Die Kur selbst überstanden fast alle Behandelten gut, Tod in unmittelbarem Zusammenhang mit dem Fieber ist nicht beobachtet worden. Bei der Beurteilung der Besserung durch die Therapie ist wesentlich die Diagnose. Es sind vor allem zu berücksichtigen: spontane Besserungen und die Möglichkeit, daß es sich nicht um eine Defekterkrankung, sondern um atypische, heilbare Erkrankungen gehandelt hat.

Tabelle 23.  
Allgemeine Ergebnisse (Schizophrenie).

	abs.	%	
I. Weitgehend gebessert, arbeitsfähig .....	3	11,5	
II. Fraglich gebessert, nicht arbeitsfähig .....	4	15,5	
a) noch in der Anstalt..... 10	16	61,5	
III. Ungebessert b) entlassen .....			3
c) in Kreispflege, Sanatorium .....			3
IV. Gestorben.....	3	11,5	

In 11,5% war also eine »Weitgehende Besserung« mit Arbeitsfähigkeit erzielt worden, eine Besserung (I u. II zusammen) in 27%. Die Mehrzahl jedoch ist ganz unverändert geblieben. Die Todeszahl ist gleich der der »Praktisch Geheilten«. Fast übereinstimmend sind diese Resultate mit den 1927 herausgegebenen Erfahrungen von *Wizela* und *Markuszewicz, R.*, die bei 46 malariabehandelten Schizophrenen eine »vollständige Heilung« in 11%, ein Versagen in etwa 70% fanden. *Bianchini* berichtet von 60 Fällen (unter denen aber nur 28 ausgewertet werden konnten wegen des irregulären Fieverlaufs bei den übrigen), 25% davon sind als »Vollkommen gebessert«, 43% als »Wesentlich und fraglich gebessert«, so daß hier also nur 21% als Versager zählen.

Die erste Behandlung einer endogenen Psychose war ein Erfolg, so daß die weitere Behandlung berechtigt erschien. Allerdings erscheint es

fraglich, ob sie der Schizophrenie zuzurechnen ist oder ob es sich vielmehr um eine gutartige Erkrankung handelt, so daß die Heilung nicht ohne weiteres auf die Therapie zu beziehen ist.

Ein 33jähriger Mann wurde vor  $1\frac{1}{2}$  Jahren ganz plötzlich erregt, Verfolgungsideen, Gewalttätigkeiten gegen seine Angehörigen. Bei der Einlieferung mutistisch, negativistisch, gespannt-ängstlich. Automatismus. In der Folgezeit ganz stumpf, wird am Ziehkarren beschäftigt, keine Gewalttätigkeiten mehr. Während des Fiebers schon wird er freier, paßt sich affektiv an, Krankheitseinsicht. Einen Monat nach der Behandlung ist Entlassung möglich. Entlassungsbefund: Der Kranke erinnert sich traumhaft an seine Erlebnisse während der katatonen Periode. Fühlt sich jetzt völlig wohl. Nach einem Jahr Nachuntersuchung: Gute Arbeitsleistung, manchmal »eigen« (Auskunft des Arbeitgebers). Sucht Beziehungen hinter allen Dingen. Im Gesicht etwas Gezwungen-Starres. Fühlt sich wohl. Krankheitseinsicht für früher vorhanden. Nach vier Jahren: Ist ständig beschäftigt, immer noch etwas eigen, kann aber seinem Beruf nachgehen, tüchtige Arbeitskraft (Privatbeamter), etwas freierer Gesichtsausdruck. Spricht sich über seine Krankheit nicht aus. Sonst unauffällig.

Bei dem zweiten unter »Weitgehend gebessert« verstandenen Fällen handelt es sich um ein junges Mädchen von 16 Jahren (frischer Fall). Ist vor 14 Tagen von Hause (Land) in die Frauenschule in die Stadt gekommen, erklärt dort plötzlich, sie komme nicht mehr mit. Starke Minderwertigkeitsgefühle, Ratlosigkeit (war früher nie auffällig), Gesichtshalluzinationen. Fassungsloses Weinen, Verfolgungsideen. »Es stimmt nicht mehr bei ihr.« Nach vier Monaten Malariabehandlung. Unmittelbarer Erfolg: völlig unverändert: gesperrt, triebhaft, drängende Angst, Autismus. Nach zwei Monaten entlassen als »ungebessert«, auf dringendes Verlangen der Eltern. Von Hause war baldige Verbringung in eine andere Anstalt nötig geworden (Erregungszustände), von dort nach etwa einem Jahr als »geheilt« entlassen. Benahm sich nach Angabe der Eltern damals ganz unauffällig, nahm bald darauf eine Stelle im Ausland als Haustochter an, wo sie trotz äußerer Schwierigkeiten ein Jahr ausharrte. Führt jetzt daheim den Haushalt, war sogar von den Eltern zu bewegen gewesen, sich am geselligen Leben zu beteiligen (Tanzstunden). Der Vater fragt jetzt an, ob eine evtl. Heirat gewagt werden könne. Die Patientin sei manchmal noch verschlossen, besorge aber im übrigen ihre Arbeit zur Zufriedenheit.

Auch bei diesem zweiten Fall von Besserung, ebenso wie bei dem unten näher beschriebenen dritten Fall könnte es sich um atypische, heilbare Psychosen gehandelt haben. Außerdem ist noch im Fall 2 die Besserung erst ein Jahr nach der Behandlung eingetreten, so daß auch deshalb der Zusammenhang von Therapie und Heilung fraglich erscheint.

Der dritte Fall, ein 19jähriger junger Mann, wurde ebenfalls als »ungeheilt« zu den Eltern entlassen, hat sich nach deren Angaben aber ( $3\frac{1}{2}$  Jahre nach Entlassung) wieder gut eingegliedert, ist ein tüchtiger Arbeiter geworden, nur noch etwas verschlossen, wenig gesellig. Er war als Wanderbursche eingeliefert worden, war zu etwas »Großem« geboren, Gesichtshalluzinationen, stark erregt. Behandlung nach etwa einem Monat. War dann eine Zeitlang ganz ruhig, Mutismus, Autismus, gelegentlich wieder Erregungszustände. Gelegentlich gewalttätig, halluziniert stark (Gehörs- und Gesichtshalluzinationen). Entlassung:  $1\frac{1}{2}$  Jahre nach der Kur.

Bei den »Fraglich Gebesserten« bestand die Besserung wesentlich im Zurückgehen der motorischen Erregung, der Wahnideen, geblieben waren meist: affektive Stumpfheit, Autismus, Mutismus. Sie wurden (z. Teil) in die Familien entlassen, können sich dort einigermaßen halten, aber eine Eingliederung in eine Gemeinschaft ist nicht möglich. Die Todesfälle sind nicht im unmittelbaren Zusammenhang mit der Fieberbehandlung erfolgt. Der eine starb an Sepsis 2 $\frac{1}{2}$  Jahre nach der Kur, der andere an Bronchopneumonie nach Aspiration eines Kartoffelstückes, der dritte an einer Pneumonie, ein Jahr nach der Behandlung.

Bei den drei »Weitgehend Gebesserten« handelte es sich um akute Zustandsbilder, von den vier »Fraglich Gebesserten« waren zwei akute Zustände, zwei »schleichende Verläufe«, wie auch die meisten der »ungeheilten« Fälle.

Die Beziehung der einzelnen Formen zu den Heilerfolgen ist kurz berichtet: Außer zwei Fällen handelte es sich um Katatonien. Der eine gute Erfolg zeigte ein manisches Zustandsbild neben deutlichen katatonen Symptomen. Einer von den »Ungeheilten« wies noch neben dem psychischen, für Schizophrenie charakteristischen Befund, äußerlich deutlich organische Stigmata auf: Flattern der mimischen Muskulatur, träge Pupillenreaktion, Pandy +. Nach einer probeweisen Entlassung bald wieder Einlieferung: Halluziniert jetzt stark, gespannt, örtlich und zeitlich ungenau orientiert, affektive Stumpfheit.

Zusammenfassung. Gute Erfolge wurden scheinbar durch eine Malariabehandlung von Schizophrenen in 11,5% der Fälle erzielt. Es ist dabei aber zu berücksichtigen, daß die Diagnosen in jedem einzelnen dieser Fälle sehr zweifelhaft erscheinen. Die 15,5% »Fraglichen Besserungen« sind kaum als Erfolge zu bezeichnen. Es bleiben dann noch rund 75% absolute Versager. Diese schlechten Behandlungserfolge führten dazu, daß die Malariatherapie bei Schizophrenen an unserer Anstalt im Jahre 1929 abgebrochen wurde.

Am Schlusse meiner Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Direktor Dr. *M. Thumm* für die Anregung zur Arbeit und Unterstützung bei der Durchführung, sowie Herrn Professor Dr. *Kleist* für die Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

#### Literatur.

1. *Behring*: Die Malariabehandlung im Frühstadium der Syphilis des Z.-N.-S. M. Wschr. 1925, Nr. 16.
2. *Blume*: Versuche mit Saproviton. Psych.-Neur. Wschr. 1928, Nr. 12.
3. *Drecker, Gr.*: Zur Fieberbehandlung der Schizophrenie. Arch. f. Psychiatr. 1930, Bd. 98.



4. *Dreyfuß, G. L. u. Hanau, R.*: Malariabehandlung der Lues c. und Tabes. *Klin. Wschr.* Jg. 6, Nr. 13 (1927).
5. *Gerstmann, J.*: Die Malariabehandlung der P. P. Wien, Verlag von Jul. Springer 1928.
6. *Gugenheim, F.*: Das Schicksal der mit Malaria behandelten Lueszerebrospinaliskranken. *Ztschr. f. Neur. u. Psych.*, 131. Bd., 4./5. Heft.
7. *Horn u. Kauders*: Der Heilungsverlauf der P. P. nach Malariabehandlung mit besonderer Berücksichtigung der Frage der Rezidivverhütung. *Jahresvers. d. Ver. f. Psych.*, 1931. *Ref. Allg. Ztschr. f. Psych.* Bd. 96.
8. *Jofmann, P.*: Erfolge der Reiztherapie bei P. P. *Klinische Ergebnisse. Allg. Ztschr. f. Psych.* 1931, 95. Bd.
9. *Kasperek*: Ergebnisse der Malariabehandlung nach spezifischer Vorbehandlung der P. P. *Allg. Ztschr. f. Psych.* 1931, Bd. 96 (Ref.).
10. *Kiehn*: Die Behandlung der quartären Syphilis mit akutem Infekt. München, J. F. Bergmann, 1927.
11. *Kirschbaum*: Die klinische Bedeutung der Liquorphänomene. *Allg. Ztschr. f. Psych.* 1931, Bd. 96.
12. *Kunze, E.*: Juvenile Paralyse und Malariabehandlung. Abhandlung aus der Neurol., Psych. und Psychol. und ihren Grenzgebieten, herausgegeben von Bonhoeffer. Sonderheft »Ergebnisse der Reiztherapie bei P. P.« 1931.
13. *Leroy und Médakowitch*: Paralyse générale et malariatherapie. Paris, 1931.
14. *Roggenbau, Chr.*: Active Immunisierung bei der P. P. Abhandlung aus der Neurol., Psych. u. Psychol. u. ihren Grenzgebieten. Sonderheft »Ergebnisse der Reiztherapie bei P. P.«
15. *Schneider, K.*: Die Reizkörpertherapie der Paralyse. Soziale Fragen. *Allg. Ztschr. f. Psych.* Bd. 96, 1931 (Ref.).
16. *Schwarz, Hanns*: Mehrfache Fieberbehandlung bei P. P. Abhandlung aus der Neurol., Psych. u. Psychol. u. ihren Grenzgebieten. Sonderheft »Ergebnisse der Reiztherapie bei P. P.«
17. *v. Wagner-Jauregg*: Moderne Therapie der Neurolues. *Dtsch. Ges. f. Innere Med.*, 38. Kongreß, Wiesbaden. München, J. F. Bergmann.
18. *Wahlmann*: Malariabehandlung bei endogenen Psychose<sup>n</sup>. *Psych.-Neur. Wschr.* 30, Nr. 48, 1928.
19. *Warstadt*: Die paranoid-halluzinatorischen Zustandsbilder der Paralytiker nach Fieberbehandlungen. Abhandlungen aus der Neurol., Psych. u. Psychol. u. ihren Grenzgebieten, herausgegeben v. Bonhoeffer. Sonderheft »Ergebnisse der Reiztherapie bei P. P.«

(Aus der Landesheilanstalt Jerichow a. d. Elbe.)

## Der Verwahrungsgedanke in Deutschland vom gerichts- ärztlichen Standpunkt, seiner Stellung im Recht und in der Rechtspflege.

Von

Dr. med. **Hans Hoffmann.**

In dem alttestamentarischen Wort »Seele um Seele, Auge um Auge, Zahn um Zahn« (2. Mos. 21, 23) ist in prägnanter Form die älteste Theorie des Strafrechts enthalten: die Strafe sei ihrem Wesen nach notwendige und natürliche Wiedervergeltung einer gegen den Bestand einer Gemeinschaft gerichteten Handlung. Heute ist die Strafe Sühne- und Abschreckungsmittel und soll Besserungsmittel sein. Sühne kann die Strafe sein, wenn das Gewissen wach ist. Ist dies nicht der Fall, kann die Strafe nur das Bewußtsein wecken, daß ein Vergehen wieder gut gemacht werden soll. Dann kann die Strafe abschrecken. Bessern kann sie an sich nicht, sondern sie kann nur gesetzliches Verhalten erzeugen. Wirklich bessern kann sie nur indirekt, als sie Vorschriften der Gesetze, Inhalte von Geboten und Verboten ins Bewußtsein ruft. Direkt erziehen, also bessern, kann nur Beispiel und Bewahrung.

Mit diesen einleitenden Worten sind wir kurz an das Problem der Strafe herangekommen. »Es gibt für alle Zeiten und Völker keine einheitliche, universelle Straftheorie.« (*Holtzendorf.*)

Das Strafgesetzbuch vom 15. Mai 1871, das heute noch unsere Strafrechtspflege beherrscht, erblickt als Hauptaufgabe derselben, für den Rechtsbruch Vergeltung zu üben. In seinem System der formalen Strafen steckt noch in den Begriffen »Vergeltung« und »Sühne« etwas von dem alttestamentarischen »Auge um Auge, Zahn um Zahn«. Zwei Punkte haben in den letzten Jahrzehnten mitgewirkt, eine Änderung in der Auffassung vom Wesen und Zweck der Strafe langsam aber stetig herbeizuführen: 1. *Lombrosos* Lehre hat die Aufmerksamkeit der Wissenschaft zum erstenmal auf die Zusammenhänge zwischen biologischer Struktur und verbrecherischer Neigung hingewiesen, die nun erkannte, daß es eine große Zahl von Individuen gibt, deren angeborene Wesensart sie unfähig macht, den Lebensanforderungen zu genügen. Die Vertiefung psychischen und psychiatrischen Wissens führte weiter zu

der Erkenntnis, daß es sich bei den asozialen Elementen — ganz abgesehen von den verbrecherischen Geisteskranken — um meist erblich belastete oder degenerierte Personen handelt, die durch ihre Veranlagung auf die Bahn der Asozialität geraten sind (*Aschaffenburg, Gruhle, Lange, Michel, Mönkemöller*). Ihre Handlungen sind also nicht aus einem bösen Willen schlechthin zu erklären, sondern sind der Ausfluß gewisser Willensregungen und Triebe, die auf eine in der Natur liegende Ursache zurückzuführen sind, bei der erbliche Anlagefaktoren von Einfluß sind. Es sind vor allem die Grenz- und Übergangsformen zwischen normalen und geisteskranken Verbrechern: die psychisch minderwertigen, psychopathischen, degenerativen Verbrecher (*Birnbaum*). 2. wurde die Beobachtung gemacht, daß es unverbesserliche, immer wieder rückfällige Kriminelle gibt, denen gegenüber man machtlos ist.

Man kam zu der Erkenntnis, daß die Strafe als Sühne- und Abschreckungsmittel sich zur vollkommenen Bekämpfung des Verbrechertums nicht als ausreichend erwiesen hat. Auch der heutige Strafvollzug, der den Erziehungsgedanken und Besserungsgedanken in den Vordergrund rückt und vor Rückfälligkeit bewahren will, scheitert oft an der Unbeeinflussbarkeit der sog. Unverbesserlichen (*Aschaffenburg, Birnbaum, Hellstern, Michel*). Der Sinn und Zweck der Strafe kann nach mehreren Richtungen hin zerlegt werden, sie hat aber als Hauptaufgabe die Gesellschaft gegen die Verletzung der Rechtsordnung zu sichern.

Diese Erkenntnisse haben den Weg frei gemacht für die Anschauungen der modernen, positiven Strafrechtsschule und damit auch für den Verwahrungsgedanken. »An Stelle der klassischen Strafrechtstheorie, die unter der Herrschaft des starren, generalpräventiv gedachten Tatprinzips den Gesichtspunkt der tatbezogenen und tatproportionalen Reaktion der staatlichen Gemeinschaft auf das Verbrechen vertritt, tritt die moderne Lehre, die das spezialpräventive Täterprinzip mit den Gesichtspunkten der Sicherung und individueller Besserung in den Vordergrund rückt und nicht nur die Tat in formaljuristischem Sinne erfaßt, sondern in psychologisierender Betrachtung vor allem die Wurzeln der Tat in Gestalt der die Person des Täters formenden und beeinflussenden Faktoren aufzudecken und zu berücksichtigen sucht« (*Creutz*).

Ein Eingehen auf die in die Strafgesetzentwürfe eingeführte verminderte Zurechnungsfähigkeit, deren Begriff ja mit dem der Verwahrung eng verknüpft ist, ist im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht beabsichtigt.

Die Strafgesetzentwürfe der letzten Jahrzehnte sollen dazu dienen, den Verwahrungsgedanken zu beleuchten. Der Entwurf 1927 stellt den letzten in einer langen Reihe dar: Vorentwurf von

1909, Kommissionsentwurf von 1913, Entwurf von 1919 und Entwurf von 1925.

Als Maßnahmen der Besserung und Sicherung — unter welche Kategorie die Verwahrung fällt — ohne daß sie sich als solche bezeichnet finden, können im geltenden Strafrecht bisher evtl. nur die Überweisung eines jugendlichen Täters an eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt (§ 56, Abs. 2), sowie die Unterbringung einer Dirne in einem Asyl angesehen werden. Hinzuzufügen ist noch die Unterbringung in einem Arbeitshaus. Bei diesen Maßnahmen überwiegt aber noch der Strafcharakter. Man findet im geltenden Strafrecht nur wenig Rücksicht genommen auf Fälle, in denen ein Eingriff in die persönliche Freiheit unter dem Gesichtspunkt der Strafe sich vom Standpunkt der Schuldhaftung nicht rechtfertigen läßt, daß aber dabei der Täter sich im eigenen Interesse und vor allem im Interesse der Allgemeinheit nicht selbst überlassen bleiben darf. Das Gericht kann z. Zeit kaum von sich aus Besserungs- oder Sicherungsmaßnahmen verhängen. Dies muß immer von der zuständigen Verwaltungsbehörde veranlaßt werden. Bei diesem Verfahren ergeben sich mannigfache Nachteile. Die Ausführung der Maßnahme verzögert sich, zumal die Verwaltungsbehörde ja auch den Täter nicht kennt. Das Gericht dagegen hat einen Eindruck von der Persönlichkeit des Täters durch die stattgefundene Gerichtsverhandlung erhalten. Ferner sind der Verwaltungsbehörde auch noch Grenzen durch Gesetze und ihre verfügbaren Mittel gezogen. Und im ganzen erscheint es auch nicht angebracht, den Verwaltungsbehörden Eingriffe in die persönliche Freiheit in größerem Umfang zu überlassen.

Einen Fortschritt bringt der Vorentwurf 1909 (VE.). Im § 65 wird die Versorgung gemeingefährlicher und vermindert Zurechnungsfähiger in einer öffentlichen Heil- und Pflgeanstalt behandelt. Wird jemand auf Grund des § 63, Abs. 1 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt oder auf Grund des § 63, Abs. 2 zu einer milderen Strafe verurteilt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflgeanstalt anzuordnen. Wenn der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit war, so kommt auf den Freigesprochenen der § 43 zur Anwendung mit den Vorschriften über die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt. Im Falle des § 63, Abs. 2 (verminderte Zurechnungsfähigkeit) erfolgt Verwahrung nach verbüßter Freiheitsstrafe.

Das Gericht entscheidet und die Landespolizeibehörde hat die Unterbringung in Verwahrung auszuführen. Sie bestimmt auch über die Dauer und die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig.

In der Fassung des § 65 des VE. liegt ein Fortschritt gegen-

über dem geltenden Recht. Es ist wohl möglich, daß wegen Geisteskrankheit freigesprochene oder außer Verfolgung gesetzte Rechtsbrecher nach den landesgesetzlichen Verordnungen in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt untergebracht werden. Aber an sich geschieht dies ohne Rücksicht auf die Straftat. Ist nun in einem solchen Fall z. B. die Geistestörung schon wenige Wochen nach der Aufnahme abgeklungen, so müssen die Unterbrachten nach den Bestimmungen wieder entlassen werden. Sie begehen dann in der Freiheit wieder Verbrechen und stellen so eine Gefahr für die öffentliche Sicherheit dar. Diese Sicherungsmaßnahmen sind gegen die vermindert Zurechnungsfähigen im geltenden Recht nicht einmal möglich.

Die Fassung des § 65 des VE. läßt bereits die Ansicht erkennen, daß die Gesellschaft Schutz vor den unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Rechtsbrechern beanspruchen kann. Die Entscheidung über die Unterbringung wird in die Hände des Gerichts gelegt, welches ja auch dazu viel berufener erscheint als die Verwaltungsbehörde.

In § 65 des VE. findet sich eine Einschränkung: war der Grund zur Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden die Vorschriften des § 43 auf den Täter Anwendung.

Die Trunksucht als solche wird im geltenden Recht in § 361, 5 und § 362 berücksichtigt. Nach dem erstgenannten Paragraphen wird derjenige mit Haft bestraft, der sich dem Trunke in dem Maße hingibt, daß er in einen Zustand gerät in welchem zu seinem Unterhalt oder zum Unterhalt derjenigen, zu deren Ernährung er verpflichtet ist, durch Vermittlung der Behörde fremde Hilfe in Anspruch genommen werden muß. Außerdem kann der Verurteilte nach § 362 nach Verbüßung der Strafe von der Landespolizeibehörde bis zu zwei Jahren in einem Arbeitshaus untergebracht werden. Im geltenden Recht wird also den Beziehungen zwischen Trunkenheit und Kriminalität wenig Rechnung getragen. Die Trunksucht wird eigentlich nur als Ursache eines wirtschaftlichen Notzustandes gewürdigt.

Der VE. sucht den Beziehungen zwischen Trunksucht und Kriminalität gerecht zu werden. Wenn bei einem Täter Trunksucht festgestellt ist, so kann das Gericht neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnisstrafe oder Haft die Unterbringung des Verurteilten in eine Trinkerheilstalt bis zu seiner Heilung, jedoch höchstens auf die Dauer von zwei Jahren anordnen. Die Unterbringung ist aber nicht obligatorisch, sondern in das freie Ermessen des Gerichts gestellt. Die strafbare Handlung muß auf die Trunksucht zurückgeführt werden können. Die Landespolizeibehörde muß auf Grund des Richterspruches die Verwahrung ausführen. Zu betonen ist hier bereits, daß die Unterbringung

nur im Anschluß an eine Gefängnisstrafe oder Haftstrafe ausgeführt werden kann. War der Täter zur Zeit der Handlung bewußlos infolge selbstverschuldeter Trunkenheit, so kann von dem Gericht — wenn der Täter auf Grund des § 63, Abs. 1 freigesprochen wurde — nach § 65, Abs. 1 die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflgeanstalt angeordnet werden, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert.

Hier ist eine Unklarheit im § 65. Denn die Einweisung in eine Trinkerheilanstalt kann nur für Trunkene angewendet werden, während im § 43 als Voraussetzung Trunksucht verlangt wird.

Ein Mangel liegt auch darin, daß die Trinkerheilanstalt nur neben einer mindestens zweiwöchigen Gefängnis- oder Haftstrafe zulässig ist, nicht aber bei kürzerer Strafe, daß ferner die Dauer der Unterbringung zwei Jahre nicht überschreiten darf. Über diesen Punkt wird an späterer Stelle noch eingegangen werden.

Für die Unterbringung in ein Arbeitshaus gilt der § 42 des VE. Nach dem geltenden Recht können Personen, die wegen Bettelns, Landstreichens und wegen gewerbsmäßiger Unzucht zu einer Haftstrafe verurteilt worden sind, neben dieser noch der Landespolizeibehörde überwiesen werden, die die verurteilte Person bis zu zwei Jahren in einem Arbeitshaus unterbringen kann. Im geltenden Recht erscheint diese Unterbringung als Nebenstrafe, nach der Anschauung des VE. ist sie jedoch sichernde Maßnahme, die präventiv wirken soll. Mit der Überweisung an die Landespolizeibehörde steht aber im geltenden Recht dem Gericht eine Einwirkung, daß die Verwahrung auch vollzogen wird, nicht zu. Der Fortschritt des VE. besteht darin, daß die bisher zur Höchstgrenze von zwei Jahren dauernde Verwahrung auf drei Jahre erhöht wird — die gesetzliche Mindestdauer von sechs Monaten bleibt wie bisher bestehen — und dann vor allem darin, daß das Gericht selber über die Notwendigkeit der Unterbringung entscheidet, und daß die Landespolizeibehörde die Anordnung des Gerichts ausführen muß.

Sichernde Maßnahmen, wie insbesondere die Verwahrung für die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher finden sich im VE. nicht. In seiner Begründung heißt es darüber, daß »die vermeintliche Wirkungslosigkeit der Strafe es nicht rechtfertigen kann, sie durch eine Maßnahme polizeilichen Charakters zu ersetzen wie es die sichernde Maßnahme ihrem Wesen nach ist«.

Es ist nicht ganz zu verstehen, daß der VE. gegenüber den Gewohnheitsverbrechern diesen Standpunkt vertritt, weil er ja doch andererseits im Anschluß an einen Freispruch wegen Unzurechnungsfähigkeit die Verwahrung anordnet, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert. Gegen die Gewohnheitsverbrecher schreibt der VE. verschärfte, von dem Richter ihrer Dauer nach fest-

zusetzende Strafen vor. Voraussetzung dafür sind fünf erhebliche Vorstrafen, unter denen mindestens eine Zuchthausstrafe sein muß, deren letzte nicht länger als drei Jahre verbüßt ist. Die neue Tat muß ferner ein Verbrechen oder vorsätzliches Vergehen sein, das den Täter in Zusammenhang mit seinen Vorstrafen als gewerbs- oder gewohnheitsmäßigen Verbrecher erscheinen läßt. Dann ist bei Verbrechen auf Zuchthaus nicht unter fünf Jahren, bei Vergehen auf zwei bis zehn Jahre Zuchthaus zu erkennen. Zur Bekämpfung des Gewohnheitsverbrechertums soll also lediglich die Verlängerung der Strafe dienen.

In dem 1913 erscheinenden Kommissionsentwurf (KE.) entspricht der § 100 und § 101 über Verwahrung bei fehlender oder verminderter Zurechnungsfähigkeit im wesentlichen dem § 65, Abs. 1 und § 65, Abs. 2—4 des VE.

§ 43, Abs. 1, II über die Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt des VE. findet sich im KE. als § 98 wieder, und § 42, Abs. 1 und § 42, Abs. 2 über die Unterbringung in einem Arbeitshaus findet sich als § 102 und § 103 im KE.

Ein wesentlicher Fortschritt des KE. gegenüber dem VE. findet sich in seinem § 106, nach welchem bei einem gewerbs- oder gewohnheitsmäßigen, für die Rechtssicherheit gefährlichen Verbrecher, der auf Grund des § 121 zu einer Strafe verurteilt worden ist, daneben auf Sicherheitsverwahrung zu erkennen ist. Diese muß auf Grund des Urteils von der Landespolizeibehörde nach Verbüßung der Strafe in einer Verwahrungsanstalt ausgeführt werden.

Nach § 107 ist die Entscheidung des Gerichts herbeizuführen, wenn die Verwahrung über drei Jahre ausgedehnt werden soll. Wenn vom Gericht die Fortdauer der Verwahrung angeordnet ist, so hat es zugleich zu bestimmen, nach welcher Frist die Entscheidung von neuem einzuholen ist. Die Voraussetzungen für das Gewohnheitsmäßige des Täters sind hier wie im VE. 5 erhebliche Vorstrafen, unter denen mindestens eine Zuchthausstrafe sein muß.

Vier Jahre nach einem Entwurf, der die Sicherungsverwahrung der unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher verwarf, bringt also der neue Entwurf diesen Gedanken als Zeichen der durchgedrungenen Überzeugung, daß die Allgemeinheit ein Recht darauf hat, vor den Gewohnheitsverbrechern geschützt zu werden.

Es ist versucht worden darzustellen, daß die bisherigen Entwürfe — der VE. 1909 und der KE. 1913 — zweifellos Verbesserungen gegenüber dem geltenden Recht brachten. Die mit dem Entwurf 1919, der zusammen mit dem KE. veröffentlicht wurde, einsetzende Kritik zeigt, daß wohl die großen Grundzüge anerkannt werden, daß aber noch vieles zu tun übrig bleibt, um durch Änderungen wichtige Bedenken, sowohl von ärztlicher als auch von

juristischer Seite geäußert, hinwegzuräumen.

Die hier in Frage kommenden Bestimmungen über die Maßregeln der Besserung und Sicherung finden sich im E. 1919 in den §§ 88 bis 100.

Die Sicherungsverwahrung der Gewohnheitsverbrecher ist wieder an dieselben Voraussetzungen gebunden wie schon im KE.: es müssen fünf erhebliche Vorstrafen, darunter mindestens eine Zuchthausstrafe vorliegen. Die Anordnung der Sicherungsverwahrung ist obligatorisch wenn die Voraussetzungen des § 100 gegeben sind, und nicht im freien Ermessen des Gerichts gelegen. *Mezger* wirft dem E. — und das würde auch den KE. treffen — vor, daß mit der Sicherungsverwahrung die Strafverschärfung des § 120 unlösbar verbunden ist. Er will diese Verwahrung, der nach § 88 gleich gestellt wissen, denn der unverbesserliche und immer wieder rückfällige Verbrecher ist als ein für seine Umgebung gefährlicher Kranker anzusehen.

Schwere Bedenken wurden u. a. von *Liepmann*, *Schultze* und *Vocke* gegen die Übertragung der Entlassung der wegen Unzurechnungsfähigkeit und verminderter Zurechnungsfähigkeit Verwahrten an die Landespolizeibehörden geäußert, da diese Behörde sich kein selbständiges Bild davon machen kann, ob die Krankheitssymptome des Verwahrten abgelaufen sind oder nicht. *Schultze* macht auf die Gefahren aufmerksam, wenn die Landespolizeibehörde die Verhältnisse besser zu beurteilen glaubt als der ärztliche Sachverständige und dann die vom Gericht getroffene Anordnung aufhebt, und sich so wieder Mißstände einstellen, die der E. durch die Anordnung der Verwahrung durch den Richter beseitigen wollte. Er schlägt vor, auch die Entlassung dem Gericht zu übertragen und zwar dem Amtsgericht des Ortes der Anstalt, in der sich der Verwahrte befindet. *Liepmann* fordert die Entscheidung über die Entlassung durch eine Kommission, welcher ein Strafrichter, ein Anstaltsbeamter, ein Vertreter der Polizeibehörde und Laien angehören, die bei der Fürsorge tätig sind. *Vocke* will die Zuständigkeit in Fällen erstmaliger Verwahrung nach leichteren Straftaten der Polizeibehörde überlassen. In Fällen der Verwahrung von Geisteskranken will er die Regelung in der von *Schultze* vorgeschlagenen Weise, bei der Sicherungsverwahrung eine Regelung im Sinne *Liepmanns*. — In den Kritiken gegenüber dem E. 1919 wenden sich *Berze*, *Göring*, *Schultze* und *Vocke* gegen eine Verwahrung der als v. z. Verurteilten in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten. Auf diese Frage wird später eingegangen werden.

Die Bestimmungen über die Unterbringung in ein Arbeitshaus sind im wesentlichen dieselben wie im KE.

In der Frage der Verwahrung der Trunksüchtigen sind wesentliche Fortschritte ebenfalls nicht zu finden. Auch im E. ist die Unterbringung nur dann möglich, wenn der Täter entweder wegen eines in der Trunkenheit begangenen Deliktes oder wegen sinn-



loser Trunkenheit verurteilt worden ist. Im Falle eines Freispruches wird der Täter in einer Heil- und Pflegeanstalt verwahrt. Es ist also nicht möglich, freigesprochene Trunksüchtige in einer Trinkerheilanstalt unterzubringen. Auch daran hat der E. festgehalten, daß die Maßnahmen des Gerichts nach zwei Jahren zu Ende sind. Weder das Gericht noch die Landespolizeibehörde ist in der Lage, eine Verlängerung herbeizuführen.

*Aschaffenburg, Göring, Vocke und Schultze* bedauern dies, während *Berze* der Denkschrift zustimmt, daß »dieser Zeitraum nach den bisherigen Erfahrungen, wenn überhaupt Aussicht auf Heilung besteht, genügen dürfte, den gewünschten Erfolg zu erzielen«.

Ein Fortschritt des E. liegt darin, daß der Trunksüchtige unter Auferlegung besonderer Pflichten auf Widerruf entlassen werden kann.

Im Jahre 1925 erscheint der Amtliche Entwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch (AE. 25). Der AE. 25 bringt gegenüber dem KE. und E. in der Frage der Sicherungsverwahrung einen wesentlichen Fortschritt. Zur Anordnung derselben müssen die Erfordernisse des § 77 vorliegen, d. h. der Täter muß zweimal wegen eines Verbrechens oder eines vorsätzlichen Vergehens zum Tode oder zu erheblichen Freiheitsstrafen verurteilt gewesen sein. Aus der neuen Tat muß in Verbindung mit den früheren hervorgehen, daß der Täter ein für die öffentliche Sicherheit gefährlicher Gewohnheitsverbrecher ist. Es genügen also nach dem AE. bereits zwei Vorstrafen und nicht wie im KE. und E. 5 Vorstrafen. Dann ist die Anordnung der Sicherungsverwahrung nach § 45 AE., die im KE. und E. eine obligatorische war, umgeändert worden in eine fakultative: das Gericht »kann« neben der Strafe auf Sicherungsverwahrung erkennen. Nach § 47 besteht die Möglichkeit, daß die Vollstreckung der Strafe ausgesetzt und zunächst die Verwahrung vollzogen wird. Der Strafvollzug kann unterbleiben, wenn er durch die Verwahrung überflüssig geworden ist — nach § 48 kann die Verwahrung an Stelle der Strafe treten: zwei Möglichkeiten, die praktisch wohl auf das gleiche hinauslaufen, die aber im Verein mit der »Kann«-Vorschrift der Anordnung der Verwahrung dem Gericht die nötige Freiheit zukommen lassen, sich dem individuellen Fall anzupassen.

Der Kritik, welche nach Erscheinen des KE. besonders gegen die Übertragung der Entlassung der wegen Unzurechnungsfähigkeit und verm. Zurechnungsfähigkeit Verwahrten an die Polizeibehörden einsetzte, ist weitgehend Rechnung getragen worden. Während im KE. letztere in der Frage der Entlassung völlig freie Hand hatten, bestimmt der § 49, I AE., daß die Entlassung nur mit Zustimmung des Gerichtes erfolgen darf. Anordnung und Auf-

hebung der Verwahrung sind also im AE. — im Gegensatz zum KE. — in einer Hand vereinigt.

Sonst ist die Frage der Entlassung der bei Unzurechnungsfähigkeit und verm. Zurechnungsfähigkeit in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt Verwahrten durch § 42, 2 dahingehend geregelt, daß die Unterbringung so lange dauert, »als es der Zweck der Anordnung erfordert«. Es ist wohl eine erstliche Höchstdauer von drei Jahren vorgesehen — im VE., KE. und E. zwei Jahre — das Gericht kann aber die Fortdauer anordnen. Diese Bestimmung fand sich bereits im § 65, 3, VE., § 101, 2 KE. und § 90 E.

Bei den bei verm. Zurechnungsfähigkeit Verurteilten kann nach § 47, 1 die Vollstreckung der Strafe einstweilen ausgesetzt und zunächst die Unterbringung angeordnet werden. Nach der Begründung wird dieses für die Fälle in Betracht kommen, bei denen gefürchtet werden muß, daß ein sofortiger Strafvollzug den krankhaften Geisteszustand des verm. Zurechnungsfähigen verschlechtern könnte. Nach § 47, 3 kann auf den Vollzug der Strafe verzichtet werden, wenn durch die Unterbringung der Zweck der Anordnung erreicht ist. Nach § 47, 2, I kann das Gericht ferner anordnen, daß die Verwahrung unterbleibt, wenn sie durch den Strafvollzug überflüssig geworden ist.

Während sich im KE. die Grundgedanken seiner §§ 63 ff. über bedingte Aussetzung und vorläufige Entlassung nur durch den § 94, 2 (Trinkerheilanstalt), den § 98 (Arbeitshaus) und § 102 (Sicherungsverwahrung) verwirklicht wurden, sind im AE. diese Gedanken auf das ganze Sicherheitsrecht ausgedehnt worden. Auch der wegen Unzurechnungsfähigkeit in einer Heilanstalt verwahrte Täter hat seine probeweise Entlassung, die vom Gericht widerrufen werden kann, falls sich im Lauf der Probezeit — mindestens zwei bis höchstens fünf Jahre (§ 38, 2) — zeigen sollte, daß der Zweck der Anordnung noch nicht erreicht ist.

Also überall wird dem Gericht im AE. die Möglichkeit gegeben, sich der Individualität des Täters anpassen zu können, ohne daß dabei das Hauptziel aus dem Auge verloren wird: Schutz der Allgemeinheit vor den rechtsbrecherischen Elementen.

Einer Forderung der Kritik ist der AE. nicht nachgekommen: in der Möglichkeit der Verwahrung der Trinker in größerem Umfang in einer Trinkerheilanstalt. Auch im AE. ist eine Verlängerung der Verwahrungszeit von zwei Jahren noch nicht möglich, obwohl es nahe liegt, auch hier in diesem Punkt nach Ablauf der gestellten erstlichen Höchstdauer die Berechtigung der Unterbringung von neuem durch das Gericht überprüfen zu lassen. Dann ist auch immer noch die vom Gericht anzuordnende Verwahrung in einer Trinkerheilanstalt durch den § 44 an die vorhergegangene Verurteilung zu einer Strafe gebunden. Der AE. übersieht also wie

seine Vorgänger, daß ein wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochener Trunksüchtiger nicht in eine Heil- und Pflegeanstalt gehört, denn der Zustand der Bewußtseinsstörung, auf Grund dessen er freigesprochen worden ist, ist ein kurzdauernder, und der Täter ist zur Zeit seiner Aburteilung wieder geistesgesund. Er bedarf in erster Linie der Verwahrung in einer Trinkerheilanstalt.

Das Arbeitshaus ist im AE. nicht unter die sichernden Maßnahmen aufgenommen worden.

1927 erscheint der Reichstagsentwurf (RE.). In einem Punkt zeigt dieser einen ganz wesentlichen und bedenklichen Rückschritt: das Gericht kann nicht mehr die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt (§ 56), in einer Trinkerheilanstalt (§ 57) und in einem Arbeitshaus (§ 58) anordnen, sondern nur für zulässig erklären. Die Mißstände, wie sie bei Einschaltung von Verwaltungsbehörden als übergeordnete oder nebengeordnete Instanzen schon bereits darzustellen versucht worden sind, würden sich einschleichen. Die sonst als Fortschritte zu begrüßenden Änderungen der Entwürfe würden sich in dem Fall, daß das Gericht neuerdings nur die Unterbringung für zulässig erklären kann, gar nicht als solche in dem gewünschten und vor allem erforderlichen Maße auswirken können. Lediglich die Anordnung der Sicherungsverwahrung für Gewohnheitsverbrecher durch das Gericht ist geblieben (§ 59). Die Erwägungen, welche die Begründung für diese bedenkliche Änderung bringt, können in keiner Weise überzeugen. Nach dem RE. kann die Zulässigkeitserklärung des Gerichts von den Verwaltungsbehörden nachgeprüft werden. Schon nur die Möglichkeit, daß eintretende Umstände oder »zwingende verwaltungstechnische Gründe« den Vollzug als unzweckmäßig erscheinen lassen können, kann alle sonstigen Errungenschaften z. T. hinfällig werden lassen; *Schultze* hat unter anderen mit allem Nachdruck die Umänderung der Zulässigkeitserklärung wieder in die Anordnungsmöglichkeit gefordert. Nur diese entspricht den Bedürfnissen der Rechtssicherheit. Hinzu kommt, daß die Verwaltungsbehörde auch die jedesmalige Verlängerung der Unterbringung zu prüfen hat. — Sonst ist bei der Gegenüberstellung des RE. und des AE. zu den einzelnen Unterbringungen noch folgendes zu erwähnen: der RE. fügt der Unterbringung in einer Trinkerheilanstalt in § 57 die Unterbringung in einer Entziehungsanstalt bei. Der AE. spricht nur von der Unterbringung Trunksüchtiger, der RE. spricht von Personen, die gewohnheitsmäßig im Übermaß geistige Getränke »oder andere berauschende Mittel« zu sich nehmen, über welche die Begründung zu § 367 Auskunft gibt. Diese Erweiterung der gesetzlichen Bestimmungen ist zu begrüßen. Sonst ist auch hier das gleiche zu sagen wie es beim AE. bereits getan wurde.

Im RE. ist das Arbeitshaus wieder unter den Maßregeln der

Besserung und Sicherung in § 58 aufgenommen. Den Beziehungen zwischen Kriminalität und Verwahrlosung wird also wieder Rechnung getragen, was im AE. nicht der Fall war. Voraussetzung für die Unterbringung in ein Arbeitshaus ist eine vorausgegangene Verurteilung zu einer Freiheitsstrafe nach §§ 370 bis 373. Im Falle des § 374 ist außerdem die Feststellung nötig, daß der Täter »gewöhnheitsmäßig zum Erwerbe Unzucht treibt«. Steht Besserungsmöglichkeit fest, und erscheint der Vollzug der vom Gericht für zulässig erklärten Unterbringung vermeidbar, so kann diese vom Gericht für die Dauer von höchstens zwei Jahren bedingt ausgesetzt und dafür Schutzaufsicht beantragt werden. Wenn notwendig, kann die Aussetzung des Vollzugs nach § 61 widerrufen werden.

Die Bestimmung des § 47 AE., nach welcher bei verm. Zurechnungsfähigen die Strafe durch die Verwahrung evtl. ersetzt werden konnte, fehlt leider im RE. Die Bestimmungen über die probeweise Entlassung aus der Sicherungsverwahrung sind im RE. nicht aufgeführt, sie finden sich im Strafvollzugsgesetz.

Im Vorhergegangenen sollte gezeigt werden, wie sich durch alle Strafgesetzentwürfe hindurch das immer deutlicher werdende Bestreben zeigt, der modernen positiven Strafrechtsschule Rechnung zu tragen und aufzuräumen mit einem Strafrecht, das in vielen Punkten vieles zeigt, was durch wissenschaftliche Erkenntnis und praktische Erfahrung längst überholt und unzeitgemäß erscheint. Nach jahrzehntelangen Kämpfen hat der Verwahrungsgedanke seinen ihm gebührenden Platz in den Entwürfen gefunden.

Über die bisher gemachten Vorschläge über die Unterbringungsart besonders der straffälligen, vermindert zurechnungsfähigen Psychopathen, die nach dem Entwurf in Verwahrung genommen werden sollen, geben *Altstädt*, *Hellstern* und *Herschmann* eine genauere Übersicht. Zur Vervollständigung seien hier noch *Bratz* und *Thode* erwähnt, die sich gegenüber einer Benutzung der Heil- und Pflegeanstalten als Verwahrungsanstalten ablehnend äußern. Die Ansichten der Sachverständigen gehen jedenfalls auseinander, und die Errichtung von Zentralanstalten in irgend einer Form unter psychiatrischer Leitung wird einmal nach Einführung des Entwurfes nötig sein. Man wird sich voll und ganz den Ansichten anschließen können, die die Schaffung von besonderen Anstalten im Auge haben, damit den Irrenanstalten der nach langen Kämpfen errungene auf den Heilzweck eingestellte Charakter nicht genommen wird, denn es handelt sich bei den für die Sicherungsverwahrung in Frage kommenden Personen eben um solche, die nicht geisteskrank sind und Heilbehandlung nicht benötigen.

Die augenblickliche Zeit erscheint allerdings für die Durchführung der gemachten Vorschläge wenig geeignet, als eine Zeit, in der die öffentlichen Mittel nicht einmal ausreichen, um alle

gesunden und sich sozial verhaltenden Menschen zu versorgen, soweit sie öffentlicher Hilfe bedürfen. *Aschaffenburg* nimmt die Zahl der nach dem Entwurf zu Verwahrenden hoch an. Nach seinen Ausführungen soll sie jedoch nicht größer sein als die zurzeit in den Strafanstalten und Arbeitshäusern Untergebrachten. Der einzige Unterschied wird sein, daß man in Zukunft nicht mehr die mit Sicherheit erfolgende Straftat wird abwarten brauchen, um einen gemeingefährlichen Menschen einzusperren. Dadurch werden vielleicht schon einige Strafanstalten frei und könnten der Verwahrung zugeführt werden (*Aschaffenburg, Liepmann, Mönkemöller, Schultze*). Wer die Beträge nachrechnet, die bereits heute die Personen verursachen, die für eine Verwahrung in Betracht kommen würden (Erwerbslosenfürsorge, Justizverwaltungskosten, Strafvollzugskosten usw.) wird finden, daß sicher ein großer Teil der Verwahrungskosten keine neue Belastung sondern eine bloße Umschichtung darstellen, wobei der Gewinn der Gesamtwirtschaft, der in der Zuführung der zu Verwahrenden zu einer geregelter Tätigkeit besteht, noch gar nicht in Ansatz gebracht ist.

Mit der Einführung des Gedankens der Verwahrung in die Strafgesetzentwürfe befindet man sich auf dem Wege zur Abschaffung des bestimmten Strafmaßes, denn die Unterbringung soll ja doch so lange dauern, als es der Zweck der Anordnung erforderlich erscheinen läßt. Bei Rückfälligen, Unverbesserlichen kann sie also lebenslänglich dauern, wenn die Maßnahme keine Besserung des Verwahrten bewirkt hat. Diese Form der Abschaffung des Strafmaßes würde vorläufig nur für die Gewohnheitsverbrecher und vermindert Zurechnungsfähigen in Betracht kommen. Aber gerade diese beiden Kategorien machen ja den größten Teil der Kriminellen, besonders der schweren, aus.

Gleichzeitig würde noch ein Ziel durch die Verwirklichung des Verwahrungsgedankens — wenn auch nur in ganz bescheidenem Umfange — erreicht: das Ziel der Eugenik, Ausschaltung der unverbesserlichen Asozialen aus der Fortpflanzung. Der Nachwuchs dieser Elemente würde — wenn auch nur in ganz bescheidenem Umfange — vermindert. Auch aus diesem Grunde sollte man vor der Umsetzung des Verwahrungsgedankens in die Tat nicht zurückschrecken. Die Abnahme der Verwahrungsbedürftigen späterer Zeiten könnte auch einen Teil der Ausgaben ausgleichen, die jetzt durch die z. T. lebenslänglich Verwahrten entstehen würden.

Gegenüber dem geltenden Recht liegt der Fortschritt der letzten Entwürfe im ganzen darin, daß sie die Maßregeln der Besserung und Sicherung, insbesondere die Verwahrung, bringen, die im Kampf gegen die Rückfälligen und die Minderwertigen außerordentlich wirksam sein können. Mit diesen Maßregeln und ihren möglichen Abstufungen ist ein außerordentlich elastisches System geschaffen worden, das auf der einen Seite die Täter nicht un-

nötig der Freiheit zu entziehen braucht, aber doch rasch und sofort eingreifen kann, wenn es notwendig ist, ohne daß die Allgemeinheit erst in größerem Umfange geschädigt zu werden braucht. Der Aufgabenkreis des ärztlichen Sachverständigen wird größer. Er wird häufiger hinzugezogen werden müssen, und er wird nicht nur wie bisher die Frage nach vorliegender Geisteskrankheit oder vorgelegener Bewußtlosigkeit zu beantworten haben, sondern wird sich vor allem über die Frage der Minderwertigkeit äußern müssen, die ja die Bedingung für die Anwendung von Sicherungsmaßregeln ist. Und es dürfte folgerichtig sein, wenn der ärztliche Sachverständige zugleich vom Gericht über die zweckmäßigste Unterbringung solcher Leute gehört würde.

## Literatur.

- Adler*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 16. — *Altstädt*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 86, 1927. — *Aschaffenburg*, Das Verbrechen u. seine Bekämpfung, Berlin 1906. — *Aschaffenburg*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 16, 1925. — *Aschaffenburg*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 101, 1926. — *Baumgarten*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 14, 1923. — *Berze*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 76, 1922. — *Birnbaum*, Kriminalpsychopathologie, Berlin 1921. — *Birnbaum*, Die psychopathischen Verbrecher, Berlin 1926. — *Bratz*, Psych.neur. Wochschr. 1927, 5. — *Creutz*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 95, 1931. — *Egloffstein*, v., Mtsschr. Krim.psych. Bd. 16, 1925. — *Egloffstein*, v., Alkoholfrage 1925. — *Egloffstein*, v., Alkoholfrage 1929. — *Gaupp*, Alkoholfrage 1925. — *Groß*, Arch. Kriminol. Bd. 26. — *Göring*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 70. — *Göring*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. Bd. 101. — *Grüllich*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 18, 1927. — *Gruhle*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 84. — *Flesch*, Gehirn u. Veranlagung d. Verbrechers, Berlin 1929. — *Heimberger*, Alkoholfrage 1927. — *Hellstern*, Arch. f. Psych. Bd. 78, 1926. — *Herschmann*, Jb. f. Psych. u. Neur. Bd. 45, 1927. — *Holtzen-dorff*, Handb. d. Gef.wes. Bd. 1, 1888. — *Hoche*, Gerichtl. Psych., Berlin 1901. — *Kleemann*, Arch. Kriminol. Bd. 31. — *Kraepelin*, Abschaffung d. Strafmaßes, Stuttgart 1880. — *Lange*, Eugenik Bd. 1, 1931. — *Leppmann*, Sachverständ.Ztg. 1905. — *Liepmann*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 79, 1919. — *Lilienthal*, v., Mtsschr. Krim.psych. Bd. 16, 1925. — *Michel*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 15/16, 1924/25. — *Mönkemöller*, Mtsschr. Krim.psych. Bd. 15, 1925. — *Mönkemöller*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 83, 1926. — *Mezger*, Krim.psych. Bd. 12/14, 1921/23. — *Straßmann*, Z. f. ges. ger. Med. Bd. 12, 1928. — *Straßmann*, Kl. Wchschr. 1925, 15. — *Schäfer*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 80. — *Schultze*, E., Arch. f. Psych. Bd. 66, 1922. — *Schultze*, E., Arch. f. Psych. Bd. 68, 1923. — *Schultze*, E., Arch. f. Psych. Bd. 78, 1926. — *Thode*, Psych.neur. Wochenschr. 1927, 5. — *Vocke*, Allg. Z. f. Psych. Bd. 79, 1919. — *Wilmanns*, Z. f. ges. Neur. u. Psych. 1910, Bd. 1. — Entwürfe zu einem Deutsch. Strafgesetzb. Entwurf d. Strafrechtskommiss., Berlin 1921. — Entwürfe zu einem Deutsch. Strafgesetzb. Entwurf von 1919, Berlin 1921. — Entwürfe zu einer Deutsch. Strafgesetzb. Denkschrift z. Entwurf v. 1919, Berlin 1921. — Amtl. Entwurf zu einem Deutsch. Strafgesetzb., Berlin 1925. — Entwurf zu einem Allg. Deutsch. Strafgesetzb. nebst Begründung, Berlin 1927.

(Aus der Kantonalen Pflegeanstalt Rheinau, Kanton Zürich, Schweiz. Direktor:  
Dr. med. K. Gehry.)

## Über die Rassenmischung und die Beziehungen zwischen Rasse- und Konstitutionstypus bei Schizophrenen.

Von  
Walther Plattner.

Die Aufgabe, eine Gruppe von Kranken rassenmäßig einzuteilen, ist nach *Rittershaus* (Allg. Zeitschrift für Psychiatrie 84. B. 1926, Beitrag zur Frage: Rasse und Psychose) »außerordentlich schwierig«, weil »bei der großen Rassenmischung unseres Volkes die Mehrzahl aller Menschen eben Mischlinge sind, bei denen man höchstens versuchen könnte festzustellen, welcher Rasse sie im einzelnen Falle vorwiegend angehören«.

*Rittershaus* ist bei seiner Arbeit derart vorgegangen, daß er zuerst etwa 400 männliche Kranke ohne Rücksicht auf die Diagnose daraufhin untersuchte, »ob bzw. welche unter ihnen ausschließlich oder vorwiegend einer der großen europäischen Rassen angehörten«. Die so herausgegriffenen Patienten wurden nun nach der Technik von *Martin* gemessen, wobei alle Fälle, die bei dieser genauen Untersuchung stärker aus dem Rahmen der Rasse herausfielen, ausgeschieden wurden. Unter den 400 männlichen Kranken fanden sich 64, also etwa 16%, die in dieser Weise als mehr oder weniger reinrassig zu bezeichnen waren. An Hand dieses Materials prüfte *Rittershaus* die Frage, »ob die verschiedenen Krankheiten bei den einzelnen Rassen in verschiedener Häufigkeit auftreten oder nicht«. Als Resultat ergibt sich »die Tatsache, daß die Schizophrenie bei der nordischen Rasse bedeutend häufiger vorkommt als bei den übrigen, insbesondere bei der ostischen Rasse, während es bei der Paralyse umgekehrt ist, trotz des starken nordischen Einschlags der ganzen Bevölkerung«.

Die eigene Arbeit stellt im wesentlichen einen Beitrag zur Frage der rassengemäßen Zusammensetzung eines von mir untersuchten Schizophrenenmaterials dar. Bearbeitet wird ein Kollektiv von 100 Schizophrenen<sup>1)</sup> der Pflegeanstalt Rheinau, das

<sup>1)</sup> Es wurden nach dem Alphabet sämtliche Fälle der Anstalt Neu-Rheinau untersucht, soweit sie der Messung zugänglich waren.

einer genauen anthropometrischen Untersuchung (Technik nach *Martin*) unterzogen wurde. In sämtlichen Fällen handelt es sich um Angehörige des Kantons Zürich, so daß das Material in ethnischer Hinsicht einheitlich sein dürfte. Dieses Material rassenmäßig einzuteilen, zu bestimmen wie viele Kranke vorwiegend der nordischen, der alpinen, der dinarischen Rasse zugehören, ist die Aufgabe der vorliegenden Studie. Der Zweck besteht letzten Endes darin festzustellen, ob und inwiefern ein Unterschied in der Rassenmischung besteht zwischen Geisteskranken und Geistesgesunden innerhalb der gleichen Population.

In einem zweiten Abschnitt der Arbeit soll das Material nach den Gesichtspunkten *Kretschmers* beurteilt werden als Beitrag zur Frage der Beziehungen zwischen Rassetypus und Konstitutionstypus.

Bevor ich zur Darstellung meiner Befunde übergehe muß zu nächst entschieden werden, auf Grund welcher Merkmale bzw. Merkmalkomplexe ein Individuum einer bestimmten Rasse zugeteilt wird. Nur wenn wir diesbezüglich genau orientiert sind, treten unsere Befunde aus dem Bereich schrankenloser subjektiver Willkür heraus und ermöglichen eine Nachprüfung und einen Vergleich durch andere Untersucher. Wir müssen also zunächst ein Schema festlegen, nach welchem unsere Rassendiagnosen gestellt werden. Dazu folgendes:

Bei der Erforschung rassengemäßer Zusammenhänge ist es wichtig, sich nicht auf einzelne Merkmale, z. B. die Augenfarbe oder die Haarfarbe zu beschränken, sondern stets nur typische Merkmalkombinationen, Merkmalkomplexe, zu berücksichtigen. Als wichtigster Rassenkomplex ist der Anthropologie schon seit langem das gleichsinnige Verhalten hinsichtlich der Augen-, Haar-, und Hautfarbe bekannt. Dieser Komplex korreliert rassengemäß mit einer zweiten Reihe typischer Merkmale, der Trias: Schädelform, Gesichtsform, Nasenform. Beide Reihen, die Augen-, Haar-, Hauttrias, chromatische Trias, sowohl wie die Schädel-, Gesichts-

Tabelle 1.

## Merkmalkomplex der drei europäischen Hauptrassen.

	Nordische Rasse	Alpine Rasse	Dinarische Rasse
Augen .....	hell	braun	dunkelbraun
Haare .....	hell	braun	dunkelbraun
Haut .....	hell	leicht bräunlich	bräunlich
Schädel .....	lang-schmal	breit-rund	kurz-hoch
Gesicht .....	lang-schmal	breit-rundlich	eckig-hoch
Nase .....	lang-schmal	breit-kurz	groß-gebogen



Nasentrias, metrische Trias, sind altererbte und sich im allgemeinen mit großer Zähigkeit erhaltende Merkmalkomplexe. Die drei hauptsächlich in Betracht kommenden Rassen zeigen folgenden Charakter der »zusammengehörigen Merkmale«. (Tab. I.)

Unter einem reinrassigen Individuum verstehe ich ein solches, bei welchem die typische Kombination der sechs Merkmale angetroffen wird. Derartige Individuen finden sich in größerer Anzahl nur im Hauptsitzgebiet der betreffenden Rassen, während für die meisten Gebiete und Populationen eine weitgehende Rassenmischung anzunehmen ist, die eine mehr oder minder starke Aufspaltung des typischen Rassekomplexes bewirkt. Es ist bekannt, daß durch Mischung die primär vorhandenen Merkmale sich vielfach voneinander lösen, daß sie sich nach den *Mendelschen* Regeln vererben und phänotypisch sekundäre Kombinationen eingehen, so daß die Rassendiagnose bei stark gemischter Population im individuellen Fall oft nur mit einiger Wahrscheinlichkeit gestellt werden kann. Leider wissen wir über die klassifikatorische Bedeutung der einzelnen Merkmale nur wenig Genaues. Schon hieraus ergibt sich, daß die Beurteilung der Rassenzugehörigkeit auf Grund eines einzelnen Merkmals, z. B. der Augenfarbe, oder des Längen-Breiten-Index des Kopfes nicht angängig ist. Im allgemeinen scheint die chromatische Reihe eine höhere Stabilität als die metrische zu besitzen. Im individuellen Fall wiederum deutet nach *Martin* dunkle Hautfarbe bestimmter auf die Abstammung von einer dunklen Rasse hin als dunkle Augen- und dunkle Haarfarbe.

Für stark gemischte Populationen müssen wir den Begriff der »vorwiegenden Rassenzugehörigkeit« umgrenzen. Auch dieser Diagnose muß als Kriterium die korrelative Verbindung der sechs Rassenmerkmale zugrunde gelegt werden. Ich gehe dabei so vor:

1. daß ich an Hand der für die einzelnen Rassen typischen chromatischen Reihe (gleichsinniger Charakter der Augen-Haar-Hautfarbe) bestimme, wieviele Fälle sich finden von:
  - Typischer Komplexion und typischer Schädelbildung (Gesichts- und Nasenbildung atypisch),
  - Typischer Komplexion und typischer Gesichts-Nasenbildung (Schädelbildung atypisch),
  - Typischer Komplexion (Schädel-, Gesichts-, Nasenbildung atypisch).
2. daß ich an Hand der für die einzelnen Rassen typischen metrischen Reihe (gleichsinniger Charakter der Schädel-Gesichts-Nasenbildung) bestimme, wieviele Fälle sich finden von:
  - Typischer Schädel-Gesichts-Nasenbildung und typischer Augen-Hautfarbe (Haarfarbe atypisch),

**Typischer Schädel-Gesichts-Nasenbildung und typischer Haar-Hautfarbe (Augenfarbe atypisch),**

**Typischer Schädel-Gesichts-Nasenbildung (Augen-Haar-Hautfarbe atypisch).**

Unter Berücksichtigung der großen Reichweite des subjektiven Beobachtungsfehlers bezeichne ich *ceteris paribus* auch solche Individuen als vorwiegend reinrassig, welche hinsichtlich der Hautfarbe nicht den ausgesprochen hellen oder dunkeln, sondern nur einen mittleren Charakter aufweisen. Individuen dagegen, bei welchen die Hautfarbe zur Augen-Haarfarbe kontrastiert (z. B. helläugig-hellhaarige Individuen mit dunkler Haut), fallen nicht mehr unter den Begriff der vorwiegenden Rassenzugehörigkeit. Solche Individuen sind übrigens wahrscheinlich zumeist dysplastischer Natur.

Unter einem vorwiegend reinrassigen Individuum verstehe ich also ein solches, bei welchem mindestens eine der beiden Reihen, die chromatische oder die metrische Reihe der nordischen, alpinen oder dinarischen Rasse vorgefunden wird. Die theoretisch möglichen, praktisch aber nur selten vorkommenden Fälle, welche phänotypisch zugleich die chromatische und die metrische Reihe verschiedener Rassen aufweisen (z. B. nordische Augen-Haar-Hautfarbe und alpine Schädel-Gesichts-Nasenbildung) zähle ich nicht zur vorwiegend reinrassigen, sondern zur folgenden, der gemischtrassigen Gruppe, der sämtliche Fälle zuzurechnen sind, bei welchen ohne gleichzeitige Gegenwart einer ausgesprochenen Rassentrias Merkmale verschiedener Rassen oder atypische Merkmale angetroffen werden.

Ich fasse nochmals zusammen:

**A. Reinrassige Individuen:**

Typische Augen-Haar-(Haut)farbe und korreliert typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung.

**B. Vorwiegend reinrassige Individuen: sechs Typen.**

1. Typische Augen-Haar-(Haut)farbe und korreliert typische Schädelbildung.

2. Typische Augen-Haar-(Haut)farbe und korreliert typische Gesicht-Nasenbildung.

3. Typische Augen-Haar-(Haut)farbe.

4. Typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung und korreliert typische Augen-(Haut)farbe.

5. Typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung und korreliert typische Haar(Haut)farbe.

6. Typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung.

**C. Gemischtrassige Individuen:**

Uneinheitliche Augen-Haar-(Haut)farbe bei uneinheitlicher Schädel-Gesichts-Nasenbildung.

Hier ist noch ein ein bezüglich der Rassenfrage sehr wichtiges Merkmal zu besprechen, das Merkmal der Körpergröße, des körperlichen Wuchses. Wie die einzelnen Rassen ihre besonderen Farbencharaktere, ihren besonderen Schädel- und Gesichtsbau besitzen, so auch ihren besonderen Wuchs, ihre charakteristische Körpergröße. Die nordische Rasse ist hochgewachsen-schlank, die alpine gedrungen-kleinwüchsig, die dinarische vorwiegend kräftig und übermittelgroß. Die Rassenmerkmale dürfen nur im Hinblick auf den charakteristischen Wuchs als rassentypisch erachtet werden, wobei auf den Wuchs ein um so größeres Gewicht gelegt werden soll, je geringer die Anzahl der übrigen charakteristischen Merkmale beim Individuum ist. Insbesondere also werden wir bei der Diagnostizierung der vorwiegend reinrassigen Typen Fall 3 (Typische Augen-Haar-Hautfarbe) und Fall 6 (Typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung) unser Augenmerk in erster Linie auf die Körpergröße richten und wir werden z. B. nicht die typische Komplexion, nicht die typische Schädel-Gesichts-Nasenbildung allein, sondern diese Merkmale nur bei gleichzeitiger Gegenwart des charakteristischen Wuchses als hinlänglich für die Diagnose »Vorwiegend reinrassig« erachten. Wir müssen also unser Schema insofern ergänzen als wir uns für jeden Typus den charakteristischen Wuchs hinzudenken, mit einer gewissen Variationsbreite natürlich, die im Sinne der  $\pm$  Abweichung um so größer sein darf je eindeutiger quantitativ und qualitativ die übrigen Merkmale des Individuums sind.

Ich gehe nun zur Darstellung meiner Befunde über:

#### Nordische Rasse.

Unter den 100 Schizophrenen findet sich nur ein relativ reinrassig nordisches Individuum. Vom Idealtypus nordischer Rasse weicht es ab durch die geringe Körpergröße (1616 mm), während die übrigen Merkmale typisch sind, so daß über die Rassenzugehörigkeit kein Zweifel bestehen kann. Der Fall zeigt folgende Merkmale: Blaue Augen (Martin Nr. 16), ergraute früher hellblonde Haare, mittlere Hautpigmentierung, langen, schmalen, dolichocephalen Schädel (größte Kopflänge 203 mm, größte Kopfbreite 150 mm, Längen-Breiten-Index des Kopfes 73,89), langes schmales leptoprosopes Gesicht (morphologische Gesichtshöhe 125 mm, Jochbogenbreite 135 mm, morphologischer Gesichtsinde 92,59) und eine relativ lange schmale leptorrhine Nase, (Höhe der Nase 59 mm, Breite der Nase 35 mm, Höhen-Breiten-Index der Nase 59,32).

Neben diesem relativ reinrassigen Individuum finden sich 13 Fälle vorwiegend nordischer Rassenzugehörigkeit und zwar unter Benutzung unseres Schemas.

Ein Fall Typus 2:

Unters.-Fall Nr. 96, Athletiker:

Blaue Augen (Martin Nr. 14).

Blonde Haare (Fischer Nr. 8).

Morphologische Gesichtshöhe 135 mm.  
 Jochbogenbreite 150 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  90,00. Leptoprosop.  
 Höhe der Nase 65 mm.  
 Breite der Nase 31 mm.  
 Nasenindex 47,69. Hyperleptorrhin.  
 Körpergröße 1751 mm, groß.

## Fünf Fälle Typus 3:

Unters.-Fall Nr. 93, Athletiker:

Blaue Augen (Martin Nr. 14).  
 Blonde Haare (Fischer Nr. 9).  
 Körpergröße 1745 mm, groß.  
 Nasenindex 65,38. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 98, Athletiker:

Blaue Augen (Martin Nr. 16).  
 Blonde Haare (Fischer Nr. 8).  
 Körpergröße 1763 mm.  
 Nasenindex 64,29. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 75; Athletiker:

Blaue Augen (Martin Nr. 16).  
 Früher blonde Haare.  
 Blonde Pubes.  
 Körpergröße 1697 mm, übermittelgroß.  
 Nasenindex 63,79. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 89, Astheniker:

Graublau $e$  Augen (Martin Nr. 12).  
 Blonde Haare (Fischer Nr. 9).  
 Körpergröße 1729 mm, groß.

Unters.-Fall Nr. 34, Infantil-pyknoid:

Blaue Augen (Martin Nr. 14).  
 Aschblondes Haar (Fischer Nr. 25).  
 Fahlweiße Haut.  
 Blonde pubes und Augenbrauen.  
 Körpergröße 1614 mm, untermittelgroß.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 78,76. Mesokephal.  
 Nasenindex 57,89. Leptorrhin.

## Zwei Fälle Typus 4:

Unters.-Fall Nr. 91, Astheniker:

Blaue Augen (Martin Nr. 14).  
 Körpergröße 1736 mm, groß.  
 Größte Kopflänge 195 mm.  
 Größte Kopfbreite 156 mm.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 80,00. Mesokephal.  
 Morphologische Gesichtshöhe 129 mm.  
 Jochbogenbreite 142 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  90,85. Leptoprosop.  
 Höhe der Nase 60 mm.  
 Breite der Nase 35 mm.  
 Nasenindex 58,33. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 79, vorwiegend pyknisch:

Blaue Augen (Martin Nr. 16).  
 Körpergröße 1709 mm, groß.  
 Größte Kopflänge 196 mm.  
 Größte Kopfbreite 148 mm.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 75,51. Dolichokephal.  
 Morphologische Gesichtshöhe 127 mm.  
 Jochbogenbreite 139 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  91,37. Leptoprosop.  
 Höhe der Nase 56 mm.  
 Breite der Nase 35 mm.  
 Nasenindex 62,50. Leptorrhin.  
 Schwache Hauptpigmentierung.

Ein Fall Typus 5:

Unters.-Fall Nr. 50, vorwiegend asthenisch.  
 Körpergröße 1642 mm, mittelgroß.  
 Größte Kopflänge 182 mm.  
 Größte Kopfbreite 147 mm.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 80,77. Mesokephal.  
 Morphologische Gesichtshöhe 124 mm.  
 Jochbogenbreite 134 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  92,54. Leptoprosop.  
 Höhe der Nase 60 mm.  
 Breite der Nase 33 mm.  
 Nasenindex 55,60. Leptorrhin.  
 Rotblonde Haare (Fischer Nr. 3).  
 Blondes Barthaar.  
 Schwache Hauptpigmentierung.

Vier Fälle Typus 6:

Unters.-Fall Nr. 77, Astheniker.  
 Körpergröße 1700 mm, groß.  
 Größte Kopflänge 188 mm.  
 Größte Kopfbreite 143 mm.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 76,06. Mesokephal.  
 Morphologische Gesichtshöhe 124 mm.  
 Jochbogenbreite 131 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  94,66. Hyperleptoprosop.  
 Höhe der Nase 61 mm.  
 Breite der Nase 33 mm.  
 Nasenindex 54,10. Hyperleptorrhin.  
 Helle Haut.

Unters.-Fall Nr. 92, Astheniker:

Graublau $e$  Augen (Martin Nr. 11).  
 Körpergröße 1745 mm, groß.  
 Größte Kopflänge 190 mm.  
 Größte Kopfbreite 152 mm.  
 Längen-Breiten-Index des Kopfes 80,00. Mesokephal.  
 Morphologische Gesichtshöhe 129 mm.  
 Jochbogenbreite 134 mm.  
 Morphologischer Gesichtsinde $x$  96,27. Hyperleptoprosop.  
 Höhe der Nase 58 mm.

Breite der Nase 40 mm.

Nasenindex 68,97. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 72, vorwiegend pyknisch:

Blaugraue Augen (Martin Nr. 11).

Rötlichblonde Augenbraunen.

Körpergröße 1688 mm, übermittelgroß.

Größte Kopflänge 191 mm.

Größte Kopfbreite 148 mm.

Längen-Breiten-Index des Kopfes 77,49. Mesokephal.

Morphologische Gesichtshöhe 117 mm.

Jochbogenbreite 135 mm.

Morphologischer GesichtsindeX 86,67. Mesoprosop.

Höhe der Nase 59 mm.

Breite der Nase 34 mm.

Nasenindex 57,63. Leptorrhin.

Unters.-Fall Nr. 59, Athletiker:

Grünlichblaue Augen (Martin Nr. 11).

Körpergröße 1656 mm, mittelgroß.

Größte Kopflänge 197 mm.

Größte Kopfbreite 155 mm.

Längen-Breiten-Index des Kopfes 78,68. Mesokephal.

Morphologische Gesichtshöhe 128 mm.

Jochbogenbreite 143 mm.

Morphologischer GesichtsindeX 89,51. Leptoprosop.

Höhe der Nase 59 mm.

Breite der Nase 33 mm.

Nasenindex 55,93. Leptorrhin.

Helle Haut.

Ich finde demnach unter den von mir untersuchten 100 Schizophrenen 14 Fälle rein oder vorwiegend nordischer Rassenzugehörigkeit. Stark »nordischen Einschlag« weisen unter den Gemischtrassigen ferner neun weitere Fälle auf und zwar acht großen und übermittelgroßen Wuchs (Durchschnitt 1709 mm) und blaue oder graue Augen und ein Fall dolichocephalen Schädel, (größte Kopflänge 206 mm, größte Kopfbreite 148 mm, Längen-Breiten-Index des Kopfes 71,84), bei Hochwuchs 1722 mm.

Wie ich bereits ausführte fand *Rittershaus*, daß die Schizophrenie bei der nordischen Rasse bedeutend häufiger vorkommt als bei den übrigen Rassen. Ob dieser Befund den tatsächlichen Verhältnissen auch wirklich entspricht, sollte an Hand umfangreicher Untersuchungsreihen nachgeprüft werden. Meine auf reziprokem Wege erhobenen Befunde (*Rittershaus* bestimmt, wieviel Prozent Nordische, Alpine usw. sind schizophren, ich bestimme, wieviel Prozent Schizophrene sind nordisch, alpin usw.) scheinen das Ergebnis von *Rittershaus* immerhin bis zu einem gewissen Grade zu bestätigen. Obwohl ich mangels eines gleichartig untersuchten Materials nicht geisteskranker Individuen nicht bestimmen

kann, ob der von mir bei den Schizophrenen gefundene Prozentsatz rein oder vorwiegend nordischer Rassenzugehörigkeit demjenigen unserer Bevölkerung entspricht glaube ich, doch annehmen zu dürfen, daß er innerhalb eines Hauptsitzgebietes alpiner Rasse recht hoch ist und zu der Vermutung berechtigt, daß die Schizophrenen im Vergleich zur normalen Bevölkerung eine Verschiebung der Rassenmischung in Richtung der nordischen Rasse aufweisen.

Hier ist noch folgendes zu beachten: Die helle Komplexion, welche vielfach als ausschließliches Merkmal der nordischen Rasse angesehen wird, ist in diesem spezifischen Sinne nicht richtig bewertet. Charakteristisch für die nordische Rasse ist nicht die helle Komplexion für sich, sondern die helle Komplexion in Verbindung mit dem typischen, aber wiederum nicht ausschließlichen Merkmal der bedeutenden Körpergröße (außerdem helle Komplexion und typisch nordische Schädelbildung). Helle Komplexion und Kleinwuchs in Verbindung mit Brachykephalie ist ebensowenig nordisch wie Dolichocephalie in Verbindung mit dunkler Komplexion und geringer Körpergröße. Unter Nichtberücksichtigung dieser Tatsache muß mit Notwendigkeit jedes Untersuchungsergebnis verfälscht werden, insbesondere wenn das Material aus Gebieten weitgehender Rassenmischung stammt. Meine diesbezüglichen Befunde mögen das Gesagte bekräftigen.

Es finden sich unter den 100 Schizophrenen sechs Fälle heller Komplexion mit Kleinwuchs und Brachykephalie. Es ist verständlich, daß der Prozentsatz nordischer Rassenzugehörigkeit wesentlich verschieden ist (14 bzw. 20% für mein Material) je nach dem bei der Beurteilung die Komplexion für sich oder nur in Verbindung mit dem entsprechenden Wuchs als rassentypisch angesehen wird. Auch bezüglich der Erforschung der Beziehungen zwischen Konstitutions- und Rassenhabitus ist es wichtig, diese Tatsache zu berücksichtigen. Ein gleicher Prozentsatz heller Komplexion bei Asthenikern und Pyknikern erlaubt z. B. keineswegs ohne weiteres den Schluß einer gleichen Häufigkeit des nordischen Rassetypus innerhalb der beiden Konstitutionskreise.

Nach *Günther* (Rassenkunde des deutschen Volkes) ist der Komplex Kleinwuchs, Brachykephalie, breites Gesicht und helle Komplexion charakteristisch für die sogenannte »Ostbaltische Rasse«.

Solche Fälle finden sich bei meinem Material im ganzen drei, deren Merkmale die folgende Zusammenstellung zeigt:

	Nummern der Untersuchungsfälle		
	28	15	78
Körperbautypus .....	asthenisch	pyknisch	vorw. athlet.
Körpergröße .....	1594 mm	1554 mmm	1652 mm

	Nummern der Untersuchungsfälle		
	28	15	78
Längen-Breiten-Index .....	84,54	81,68	82,99
Morphologischer Gesichtsinde. ....	77,55	87,50	84,00
Nasenindex .....	77,55	65,00	66,07
Augenfarbe .....	graublau	blau	blaugrau
(Martin Nr.)	11a	16	11a
Haarfarbe .....	blond	fr. blond	aschblond
(Fischer Nr.)	9		26

Die übrigen drei Fälle mit heller Komplexion, Kleinwuchs, Brachykephalie unterscheiden sich von den ostbaltischen Typen vor allem durch das Gesicht, das nicht breit und kurz, sondern lang und schmal ist (morphologische Gesichtsindeces: 95,74 = hyperleptoprosop und 88,49 sowie 88,46 = leptoprosop). Diese Fälle müssen den Gemischtrassigen mit stark nordischem Einschlag zugezählt werden, so daß wir also im ganzen unter den 100 Schizophrenen hinsichtlich der nordischen Rasse finden: 14 Fälle rein oder vorwiegend nordischer Rasse und 12 Fälle mit stark nordischem Einschlag.

#### Alpine Rasse.

Das alpine Rassenelement ist aus verständlichen Gründen unter den 100 Schizophrenen in einer bedeutend größeren Häufigkeit vertreten als das nordische, ist doch die Schweiz ein Hauptsitzgebiet alpiner Rasse.

Reinrassig alpine Individuen finden sich sieben, vorwiegend alpine 14, und zwar Typus 1 (Wuchs, Komplexion, Schädelform) vier Fälle, Typus 5 (Wuchs, Schädel-Gesichts-Nasenform) zehn Fälle. Unter den Gemischtrassigen zeigen 18 Fälle stark alpinen Einschlag (braune Haare, brachykephaler Schädel, Mittel- oder Kleinwuchs).

Die sieben reinrassig-alpinen Individuen zeigen folgende Merkmale:

Untersuchungsfälle Nr.:	35	54	48	14
Körperbau .....	asthenisch	pyknisch	pyknisch	vorw. pykn.
Körpergröße .....	1614 mm	1645 mm	1640 mm	1551 mm
Größte Kopflänge .....	173 mm	187 mm	186 mm	177 mm
Größte Kopfbreite .....	163 mm	163 mm	155 mm	150 mm
Morphologische Gesichtshöhe .....	113 mm	129 mm	112 mm	112 mm
Jochbogenbreite .....	139 mm	150 mm	135 mm	143 mm
Höhe der Nase .....	50 mm	57 mm	51 mm	56 mm
Breite der Nase .....	37 mm	36 mm	31 mm	32 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes...	94,22	87,17	83,33	84,75
Morphologischer Gesichtsinde. ....	80,58	28,00	83,70	78,32
Höhen-Breiten-Index der Nase .....	72,55	63,16	62,00	57,14
Augenfarbe (nach Martin) .....	braun (4)	braun (4)	braun (4)	braun (6)
Haarfarbe (nach Fischer) .....	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)

Untersuchungsfälle Nr.:	8	80	53
Körperbau .....	asthenisch	pyknisch	vorw. pykn..
Körpergröße .....	1537 mm	1713 mm	1645 mm



Untersuchungsfälle Nr.:	8	80	53
Größte Kopflänge .....	200 mm	189 mm	191 mm
Größte Kopfbreite .....	168 mm	163 mm	159 mm
Morphologische Gesichtshöhe .....	121 mm	127 mm	111 mm
Jochbogenbreite .....	143 mm	138 mm	142 mm
Höhe der Nase .....	54 mm	50 mm	55 mm
Breite der Nase .....	36 mm	35 mm	36 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes...	84,00	86,24	83,25
Morphologischer Gesichtsexindex.....	76,22	83,33	78,17
Höhen-Breiten-Index der Nase .....	65,45	68,63	65,45
Augenfarbe (nach Martin) .....	braun (6)	braun (6)	braun (7)
Haarfarbe (nach Fischer) .....	braun (5)	braun (6)	braun (7)

Die Körpergröße ist im Durchschnitt mittel bis klein, der Schädel rundlich, Gesicht und Nase sind breit, die Augen braun, die Haare dunkelbraun bis braun.

Die vorwiegend alpinen Fälle Typus 1 unterscheiden sich von den als rein alpin bezeichneten einzig dadurch, daß sie im Gegensatz zu ihnen leptoprosop, statt wie diese euryprosop bzw. hypereuryprosop sind.

Somatoskopisch findet sich eine Bestätigung des im morphologischen Gesichtsexindex festgehaltenen Merkmals. Für die sieben reinrassigen Individuen habe ich auf den Standblättern unter »Frontalumriß des Gesichtes« verzeichnet: zweimal Breitschild, dreimal rund, einmal Fünfeck, einmal Kurzei; für die vier vorwiegend alpinen Fälle Typus 1: zweimal elliptisch, einmal trapezförmig, einmal lange Breitschildform.

Ich gebe nachfolgend auch von den vier vorwiegend alpinen Individuen Typus 1 die hauptsächlichsten Merkmale an:

Untersuchungsfälle Nr.	58	6	27	2
Körperbau .....	pyknisch	asthenisch	vorw. athl.	vorw. pykn
Körpergröße .....	1665 mm	1526 mm	1601 mm	1502 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes	81,05	85,64	82,72	81,82
Morphologischer Gesichtsexindex..	92,14	88,89	91,24	88,81
Höhen-Breiten-Index der Nase .	71,93	76,00	63,33	74,00
Augenfarbe (nach Martin) .....	braun (4)	braun (4)	braun (6)	braun (6)
Haarfarbe (nach Fischer) .....	fr. dunkel-	fr. braun	braun (5)	braun (5)
	braun			

Die zehn Fälle Typus 5 (Wuchs, Schädel-Gesichts-Nasenform) haben im Durchschnitt eine Körpergröße von 1616 mm, einen Längen-Breiten-Index des Kopfes von 84,58, einen morphologischen Gesichtsexindex von 82,86, einen Höhen-Breiten-Index der Nase von 66,94. Die Haare sind bei vier Fällen dunkelbraun, bei drei Fällen braun, bei drei Fällen ergraut, früher braun, die Augen bei einem Fall blau, bei zwei Fällen grau, bei sieben Fällen meliert.

Die 18 Fälle mit stark alpinem Einschlag habe ich bereits erwähnt.

Bei neun weiteren Fällen findet sich die Kombination: Braune oder ergraute, früher braune Haare, melierte Augen, Mittel- oder Kleinwuchs und mesokephaler Schädel. Vier Fälle sind untermittelgroß und klein (150,0 bis 163,9 cm), mesokephal mit brauner Augen und brauner Haarfarbe. Nach meinem Schema sollten diese vier Fälle eigentlich als Typus 3 (Komplexion

und Wuchs) zu den vorwiegend alpinen Individuen gerechnet werden. Wir müssen indessen hier folgendes beachten. Der Längen-Breiten-Index des Kopfes hängt nicht nur vom gegenseitigen Verhältnis, sondern auch von der absoluten Größe der beiden Maße ab. Zur Beurteilung des Index ist die Kenntnis der absoluten Werte der Durchmesser erforderlich. Unter Berücksichtigung der absoluten Werte können wir innerhalb einer geschlossenen Gruppe des Längen-Breiten-Index, z. B. innerhalb der mesokephalen Gruppe unterscheiden, ob der mesokephale Index vorwiegend durch eine absolut große Schädelgröße oder ob er durch eine mittlere oder sogar geringe Schädelgröße bei geringer Schädelbreite entstanden ist. Diese Unterscheidung ist gerade bei Beurteilung der alpinen, insbesondere zur Abgrenzung gegenüber der mediterranen Rasse von Bedeutung. Die mediterrane Rasse hat mit der alpinen die geringe Körpergröße und die dunkle Komplexion gemeinsam. Der mediterrane Schädel ist lang und schmal, der alpine kurz und breit. Das Gesicht verhält sich gleichsinnig. Innerhalb einer stark rassengemischten Population werden wir bei Kleinwuchs, dunkler Komplexion und Mesokephalie zu unterscheiden haben, ob der individuelle Fall vorwiegend alpiner oder vorwiegend mediterraner Rasse ist.

Unter Berücksichtigung der anthropologischen Tatsache, daß die Schädelgröße eine relativ geringere Schwankung zeigt als die Schädelbreite, werden wir einen mesokephalen Schädel von absolut großer Länge *ceteris paribus* eher als mediterran, einen mesokephalen Schädel von geringer oder mittlerer Länge eher als alpin bewerten. Wir werden indessen im individuellen Fall die Gesichtsbildung nicht außer acht lassen und uns innerhalb einer im wesentlichen alpinen Bevölkerung bei Mesokephalie nur dann für vorwiegend mediterran entscheiden, wenn wir außer einer absolut großen Schädelgröße ein langes schmales Gesicht vorfinden.

Unter diesen Gesichtspunkten müssen wir zwei von den vier als untermittelgroß und klein, mesokephal und braunhaarig bezeichneten Individuen als vorwiegend mediterran beurteilen. Ihre Merkmale sind:

Untersuchungsfälle Nr.:	19	38
Körperbau .....	dysplastisch-atyp.	vorw. asthenisch
Körpergröße .....	1570 mm	1618 mm
Größte Kopflänge .....	201 mm	203 mm
Größte Kopfbreite .....	156 mm	162 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes	77,61 mesokephal.	79,80 mesokephal.
Morphologischer Gesichtsinde..	90,37 leptoprosop.	90,85 leptoprosop.
Höhe der Nase .....	61 mm	59 mm
Breite der Nase .....	41 mm	36 mm
Nasenindex... ..	67,21 leptorrhin.	61,02 leptorrhin.
Augenfarbe (nach Martin) .....	braun (5)	braun (5)
Haarfarbe (nach Fischer) .....	(braun 5)	dunkelbraun (4)

Somatoskopisch finden wir außerdem die für den mediterranen Typus charakteristische hohe Nasenwurzel.

Auch unter den neun Fällen mit der Kombination: Braune oder ergraute, früher braune Haare, melierte Augen, Mittel- oder Kleinwuchs und mesokephalem Schädel finden wir bezüglich der Mesokephalie den Typus mit absolut großer und denjenigen mit absolut geringer oder mittlerer

Schädellänge. Um auch in der Terminologie das bei Berücksichtigung der absoluten Werte verschiedene Verhalten der beiden Typen zum Ausdruck zu bringen schlage ich vor, im ersteren Fall von einer dolichotypen, im zweiten Fall von einer brachytypen Mesokephalie, von einem dolichotyp mesokephalen und einem brachytyp mesokephalen Schädel zu sprechen. Analog differenziere ich auch die Dolicho-Brachy- und Hyperbrachykephalie durch die Bezeichnungen dolichotype, resp. bei absolut sehr geringer Breite leptotype Dolichocephalie, dolichotype, resp. brachytype Brachykephalie, brachytype, resp. bei sehr großer Breite eurytype Hyperbrachykephalie.

Bei zwei Fällen mit mesokephalem Schädel, blauen Augen, braunen Haaren und Kleinwuchs müssen wir eine Mischung alpiner und nordischer Komponenten annehmen, während ein leptotyp-dolichocephaler Fall (größte Länge des Kopfes 191 mm, größte Breite 144 mm, Längen-Breiten-Index 75,39) mit melierten Augen, ergrauten, früher braunen Haaren und Kleinwuchs mediterranen Einschlag zeigt.

Zusammenfassend finde ich unter den von mir untersuchten 100 Schizophrenen 21 Fälle rein oder vorwiegend alpiner Rasse. Leider ist es auch mit diesem Befund nicht möglich Stellung zu nehmen zur Frage, ob ein Unterschied hinsichtlich der Rassenmischung geisteskranker und geistesgesunder Reihen gleicher Population besteht. Im Vergleich zum Prozentsatz nordischer und vorwiegend nordischer Rasse (unter Nichtberücksichtigung der für die beiden Rassen typischen Einschläge) erscheint mir jedoch der innerhalb eines alpinen Hauptsitzgebietes festgestellte Prozentsatz alpiner und vorwiegend alpiner Rasse relativ klein und berechtigt zur Vermutung, daß bei einer im wesentlichen alpinen Bevölkerung die Schizophrenen von den Gesunden sich unterscheiden durch eine geringere Häufigkeit rein oder vorwiegend alpiner Individuen.

#### Dinarische Rasse.

Unter 100 Schizophrenen finden sich zwei Fälle (Astheniker), welche als relativ reinrassig dinarisch bezeichnet werden dürfen. Sie haben eine Körpergröße von 1694 und 1720 mm. Die Augen und Haare sind braun, Martin Nr. 6 und 5, Fischer Nr. 6 und 5, die Haut ist stark und mittelstark pigmentiert. Der Schädel ist auffallend hoch. Die ganze Kopfhöhe direkt gemessen beträgt 242 und 238 mm. (Durchschnitt sämtlicher Untersuchten 227,3 mm.) Die Ohrhöhe mißt 132 und 137 mm. (Durchschnitt 126,4 mm.) Das Hinterhaupt ist auffallend steil, die Nase lang, in einem Fall stark konvex gebogen, Adlernase. Der Schädel ist kurz und hoch, mit einem Längen-Höhen-Index von 74,58 und 74,86 (Durchschnitt 67,30). Das Gesicht ist bei beiden Fällen eckig, vom Profil gesehen mäßig vorgewölbt.

Neben diesen zwei relativ reinrassigen Individuen finden sich neun Fälle vorwiegend dinarischer Rassenzugehörigkeit, und zwar nach unserer Einteilung fünf Fälle Typus 2 (Wuchs, Komplexion, Gesicht-Nase):

#### Untersuchungsfälle

	Nr.	88	85	71	70	67
Körperbau . . . . .		athletisch	vorw. athl.	vorw. athl.	vorw. athl.	athletisch
Augenfarbe (Martin) .		braun (5)	braun (5)	braun (5)	braun (6)	braun (4)

## Untersuchungsfälle

Nr.	88	85	71	70	67
Haarfarbe (Fischer) .	schwarz (27)	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)	dunkel- braun (4)
Körpergröße . . . . .	1725 mm	1721 mm	1687 mm	1687 mm	1672 mm
Ganze Kopfhöhe ...	247 mm	222 mm	229 mm	235 mm	229 mm
Größte Kopflänge ...	185 mm	188 mm	189 mm	188 mm	197 mm
Größte Kopfbreite ..	150 mm	153 mm	155 mm	162 mm	162 mm
Ohrhöhe des Kopfes .	125 mm	134 mm	125 mm	136 mm	133 mm
Längen-Breiten- Index des Kopfes .	81,08	81,38	82,01	86,17	82,23
Längen-Ohrhöhen- Index des Kopfes .	67,57	71,28	66,14	72,34	67,51

## 3 Fälle Typus 3 (Wuchs, Komplexion):

Untersuchungsfälle Nr.	97	94	81
Körperbau . . . . .	athletisch	asthenisch	asthenisch
Augenfarbe (Martin) . . . . .	braun (5)	braun (4)	braun (6)
Haarfarbe (Fischer) . . . . .	fr. braun	schwarz (27)	schwarz (27)
Körpergröße . . . . .	1762 mm	1745 mm	1716 mm
Ganze Kopfhöhe . . . . .	242 mm	246 mm	212 mm
Ohrhöhe des Kopfes . . . . .	130 mm	121 mm	126 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes...	78,89	84,66	87,08
Längen-Ohrhöhen-Index des Kopfes.	65,33	64,02	70,79

## und ein Fall Typus 5 (Wuchs, Schädel-, Gesichts-, Nasenform):

Untersuchungsfall Nr.	82
Körperbau . . . . .	athletisch
Körpergröße . . . . .	1720 mm
Ganze Kopfhöhe . . . . .	230 mm
Ohrhöhe des Kopfes . . . . .	134 mm
Größte Kopflänge . . . . .	181 mm
Größte Kopfbreite . . . . .	168 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes . . . . .	92,82
Längen-Ohrhöhen-Index des Kopfes . . . . .	74,03
Haarfarbe . . . . .	ergraut, früher braun

## Stark dinarischen Einschlag weist der folgende Fall auf:

Untersuchungsfall Nr.	90
Körperbau . . . . .	asthenisch
Körpergröße . . . . .	1734 mm
Größte Kopflänge . . . . .	198 mm
Größte Kopfbreite . . . . .	161 mm
Höhe der Nase . . . . .	63 mm
Ohrhöhe des Kopfes . . . . .	135 mm
Längen-Breiten-Index des Kopfes . . . . .	81,31
Längen-Ohrhöhen-Index des Kopfes . . . . .	68,18
Morphologischer Gesichtsindex . . . . .	91,55
Haarfarbe (nach Fischer) . . . . .	braun (5)

Die Haarfarbe ist bei der dinarischen Rasse wesentlich dunkler als bei der alpinen. Auch die Augen sind dunkler. Die Haut ist bei vier von im ganzen zehn dinarischen Fällen ausgesprochen stark pigmentiert. Die Nase ist bei sechs von zehn Fällen konvex gebogen (Adlernase), bei vier Fällen gerade. Der Frontalumfang des Gesichtes ist in sieben Fällen ausgesprochen eckig, Siebeneck oder langgezogenes Fünfeck.

Zusammenfassend finde ich bei den von mir untersuchten 100 Schizophrenen folgende Rassenverteilung:

Rasse	Anzahl der Fälle
rein nordisch	1
vorwiegend nordisch	13
stark nordischer Einschlag	12
rein alpin	7
vorwiegend alpin	14
stark alpiner Einschlag	18
rein dinarisch	2
vorwiegend dinarisch	9
stark dinarischer Einschlag	1
mediterran	3
ostbaltisch	3
Mischformen	17

*Rittershaus* hat die metrischen Rassendurchschnittswerte seines Materials in einer Tabelle zusammengestellt. Obwohl meine Diagnosenstellung von seiner abweicht, habe ich für die nordischen (14), alpinen (21) und dinarischen (11) Fälle meines Materials die Mittelwerte der von *Rittershaus* angegebenen und einiger eigenen Maße und Indizes errechnet und in Tabelle 2 seinen Werten gegenübergestellt. Beim Vergleich der Zahlen ist also zu beachten, daß meinen Mittelwerten eine viel größere individuelle Variationsbreite zugrunde liegt als diejenigen von *Rittershaus*, was sich schon aus der Tatsache ergibt, daß von meinem Gesamtmaterial 46%, von dem *Rittershausenschen* nur 16% zur Bearbeitung kamen. Meine Zahlen müssen also vom somatometrischen Idealtypus der einzelnen Rassen stärker abweichen als diejenigen von *Rittershaus*.

Die Körpergröße der nordischen und dinarischen Rasse ist mit 170,0 und 171,4 cm gegenüber 164,2 cm sämtlicher 100 Schizophrenen recht erheblich. Bei den Alpinen fällt sie mit 160,9 cm unter den Durchschnitt. *Rittershaus* findet für die dinarische Rasse eine nur mittlere Körpergröße. Die Gewichtsverhältnisse können an Hand der absoluten Zahlen nicht richtig beurteilt werden. Nach dem Rohrer-Index zeigt die alpine Rasse eine starke, die nordische und dinarische eine mittlere Körperfülle. Der für das Material von *Rittershaus* vorhandene Unter-

Tabelle 2.

Mittelwerte der vorwiegend nordischen, alpinen und dinarischen Rasse.

Körpermaße	Nordisch		Alpin		Dinarisch	
	Plattner	Rittershaus	Plattner	Rittershaus	Plattner	Rittershaus
Körpergröße..... cm	170,0	172,2	160,9	159,5	171,4	166,9
Körpergewicht ..... kg	68,1	62,8	65,7	66,1	66,5	65,9
Rohrer, Index der Körperfülle .	1,39	1,23	1,57	1,63	1,32	1,42
Brustumfang ..... cm	91,8	89,7	92,0	94,3	91,9	92,4
Relativer Brustumfang .....	54,05	52,02	57,28	59,12	53,65	55,36
Taillenumfang ..... cm	81,6	79,6	83,3	88,6	81,4	84,7
Relativer Taillenumfang .....	47,58	46,26	51,70	55,05	47,53	50,10
Relative Rumpflänge.....	29,87	—	30,42	—	29,71	—
Handindex .....	46,47	—	48,68	—	47,66	—
Horizontalumfang des Kopfes cm	56,5	56,5	56,4	56,2	56,2	56,0
Ohrhöhe des Kopfes ..... cm	12,6	12,8	12,6	12,6	13,0	13,1
Größte Länge des Kopfes .. cm	19,1	19,4	18,7	18,7	18,7	18,8
Größte Breite des Kopfes .. cm	15,2	15,1	15,8	15,6	15,7	15,4
Jochbogenbreite ..... cm	13,9	12,8	14,1	13,3	14,2	12,6
Morphol. Gesichtshöhe ..... cm	12,5	13,5	11,8	12,4	12,4	13,7
Physiogn. Gesichtshöhe ..... cm	18,6	19,3	17,8	18,9	18,3	18,9
Physiogn. Obergesichtshöhe . cm	8,10	—	7,56	—	8,12	—
Höhe der Nase ..... cm	5,79	6,5	5,41	5,7	5,94	6,5
Breite der Nase ..... cm	3,46	3,2	3,62	3,7	3,68	3,5
Höhen-Breiten-Index der Nase .	60,11	51,05	67,10	66,97	62,13	53,89
Längen-Breiten-Index d. Kopfes	80,08	78,28	84,76	83,74	84,17	82,09
Längen-Höhen-Index des Kopfes	66,15	65,72	67,46	67,41	69,86	70,93
Breiten-Höhen-Index d. Kopfes..	82,67	84,77	79,62	80,77	83,07	85,06
Morphologischer Gesichtindex ..	89,57	105,47	83,43	93,23	87,74	108,73
Physiognomischer Gesichtindex .	132,71	150,78	127,27	142,86	129,67	150,00
Physiogn. Obergesichtindex .....	58,33	—	53,55	—	57,38	—

schied zwischen nordischer und dinarischer Rasse findet sich bei uns nicht. Beim relativen Brust- und beim relativen Taillenumfang treffen wir die gleichen Verhältnisse wie beim Rohrer-Index. Die relative Rumpflänge ist bei der alpinen Rasse erheblich größer als bei der nordischen und dinarischen, die Hand im Verhältnis zur Länge breiter als bei diesen Rassen. Im Horizontalumfang des Kopfes decken sich meine Werte mit denjenigen von *Rittershaus* fast auf den Millimeter. In der Ohrhöhe des Kopfes tritt der große Wert für die dinarische Rasse typisch hervor. Die größte Länge des Kopfes zeigt den charakteristisch hohen Wert der nordischen, die größte Breite des Kopfes den geringen Wert der nordischen und den hohen der alpinen Rasse. Die Jochbogenbreite ist bei der nordischen Rasse am kleinsten, die morphologische und die physiognomische Gesichtshöhe am größten. In den beiden

letzteren Maßen nähert sich die dinarische Rasse sehr der nordischen, während die alpine stark zurücktritt. Gegenüber den Zahlen von *Rittershaus* zeigen sich beträchtliche Differenzen, die wohl zum Teil darauf zurückzuführen sind, daß die Feststellungen von *Rittershaus* innerhalb einer vorwiegend nordischen, meine innerhalb einer vorwiegend alpinen Bevölkerung gemacht wurden. Die physiognomische Obergesichtshöhe ist am größten bei der dinarischen Rasse, am geringsten bei der alpinen, ebenso die Höhe der Nase, während die Breite der Nase und die Breite im Verhältnis zur Höhe der Nase (Höhen-Breiten-Index der Nase) bei der alpinen Rasse am größten, bei der nordischen am geringsten ist. Die Unterschiede gegenüber den Werten von *Rittershaus* sind teils auf die genannte Tatsache, teils aber auch darauf zurückzuführen, daß *Rittershaus* zur Rassendiagnose bei sämtlichen, ich aber nur mit einem Teil der Fälle auf die den Zahlen zugrunde liegenden Merkmale achtete. Im Längen-Breiten-Index des Kopfes tritt die Tendenz der nordischen Rasse zu den niederen Indexwerten deutlich hervor. Im Längen-Ohrhöhen-Index ist die Übereinstimmung mit *Rittershaus* und der typische Wert der dinarischen Rasse überzeugend. Der Breiten-Höhen-Index verhält sich analog. Nach dem morphologischen GesichtsindeX ist die nordische Rasse leptoprosop (morphologischer GesichtsindeX 88,0—92,9), die alpine euryprosop (79,0—83,9), die dinarische mesoprosop (84,0—87,9). Bei *Rittershaus* sind alle drei Rassen hyperleptoprosop (morphologischer GesichtsindeX 93,0—x), was neben den für andere Maße schon erwähnten Gründen auf einer von der unsrigen (Maß Nr. 18, Martin) verschiedenen Art der Bestimmung der morphologischen Gesichtshöhe beruhen dürfte. Den von *Rittershaus* nach *Ranke* bestimmten Index Jochbogenbreite in Prozent der morphologischen Gesichtshöhe habe ich auf die gebräuchlichere Formel morphologische Gesichtshöhe in Prozent der Jochbogenbreite umgerechnet. Beim physiognomischen GesichtsindeX, den *Rittershaus* nach *Broca* Jochbogenbreite in Prozent der physiognomischen Gesichtshöhe angibt und den ich nach *Martin* Physiognomische Gesichtshöhe in Prozent der Jochbogenbreite umgerechnet habe, treten bei ungefähr gleichsinnigem Verhalten bezüglich der drei Rassen zwischen den beiden Gruppen die nämlichen Differenzen auf. Der physiognomische ObergesichtsindeX belegt nochmals objektiv die größere Länge und Schmalheit des nordischen und dinarischen im Vergleich zum alpinen Gesicht.

Die in den Zahlen zwischen den drei Rassen zutage tretenden Unterschiede betreffen eine große Anzahl somatometrischer Merkmale, von denen die einen mehr, die anderen weniger rassentypisch sind. Besonders eindeutig ist der Unterschied der nordisch-dinarischen gegenüber der alpinen Gruppe.

Spezifisch nordische Merkmale sind (von der baltischen und der mediterranen Rasse wird hier abgesehen):

1. die große Länge des Kopfes,
2. die geringe Breite des Kopfes,
3. die große Länge im Verhältnis zur Breite des Kopfes.

Spezifisch alpine Merkmale sind:

1. die geringe Körpergröße,
2. die große Körperfülle,
3. die großen Umfangmaße im Verhältnis zur Körpergröße,
4. die große relative Rumpflänge,
5. die kurze, breite Nase,
6. das breite, niedere Gesicht.

Spezifisch dinarische Merkmale sind:

1. die große Höhe des Kopfes,
2. die große Höhe im Verhältnis zur Länge des Kopfes.

Tabelle 2 belegt die diagnostische Bedeutung der von mir zur Rassenbestimmung verwerteten somatometrischen Merkmale. In den Zahlen nicht zum Ausdruck kommende Unterschiede betreffen vor allem den Frontalumfang des Gesichtes und die Form der Nase. Es sind dies Unterschiede innerhalb der somatometrischen Reihe, welche nur somatoskopisch erfaßt werden können. Auch Indizes sagen nichts über die Konturform aus, sondern nur über das Verhältnis von zwei Dimensionen zueinander.

Im folgenden gebe ich noch kurz meine Befunde zur Frage der Beziehungen zwischen Rassetypus und Konstitutionstypus wieder. Ich gehe dabei von den als rein oder vorwiegend reinrassig befundenen Individuen aus und bestimme, welcher konstitutionelle Habitus nach den Gesichtspunkten *Kretschmers* den einzelnen Fällen zukommt. In Tabelle 3 sind meine diesbezüglichen Befunde in absoluten und Prozentzahlen angegeben.

Tabelle 3.  
Beziehungen zwischen Rasse- und Konstitutionstypus.

	Asthenisch plus vorwiegend asthenisch	Athletisch plus vorwiegend athletisch	Pyknisch plus vorwiegend pyknisch
Nordische Rasse ... 14	6 = 42,9%	5 = 38,5%	2 = 15,3%
Alpine Rasse ..... 21	8 = 38,1%	3 = 13,3%	10 = 47,6%
Dinarische Rasse ... 11	4 = 36,4%	7 = 63,6%	—

Es ergibt sich aus der Tabelle folgendes:

1. Bei der nordischen Rasse überwiegt der asthenische, bei der alpinen der pyknische, bei der dinarischen der athletische Typus.

2. Bei der vorwiegend asthenischen nordischen Rasse ist der



athletische Habitus häufiger als der pyknische, bei der vorwiegend pyknischen alpinen Rasse ist der asthenische Habitus häufiger als der athletische, bei der vorwiegend athletischen dinarischen Rasse ist der asthenische Habitus häufiger als der pyknische.

Die Häufigkeitsbeziehung nordisch-asthenisch, alpin-pyknisch, dinarisch-athletisch tritt deutlich hervor. Die Befunde sprechen aber nicht im Sinne einer Deckung von Rassetypus und Konstitutionstypus. Sie besagen nur, daß bei jeder Rasse ein bestimmter konstitutioneller Habitus häufiger vorkommt als jeder andere und daß die Rassen sich voneinander unterscheiden durch die Art dieses häufiger vorkommenden Habitus.

Meine Befunde stimmen weitgehend mit den Resultaten von *Rittershaus* überein. (Nicht den Prozentzahlen nach, die nur relativen Wert besitzen.) Auch *Rittershaus* findet die charakteristische Häufigkeitsbeziehung zwischen Rasse- und Konstitutionstypus. Ferner: In Übereinstimmung mit unseren Ergebnissen findet *Roesler* (Ein Beitrag zu der Frage »Zusammenhänge zwischen Rasse- und Konstitutionstypen«, Zeitschrift f. d. Ges. Neurol. und Psych. 95. B. 1925) unter 43 vorwiegend nordischen Individuen (Nordisch, Nordisch/Ostisch, Nordisch/Dinarisch)

28 = 65,1% Astheniker,

7 = 16,3% Athleten,

8 = 18,6% Pykniker;

unter 31 vorwiegend ostischen Individuen (Ostisch, Ostisch/Nordisch, Ostisch/Dinarisch)

11 = 35,5% Astheniker,

4 = 12,9% Athleten,

16 = 53,2% Pykniker.

Diese Befunde bestätigen (nach den Ausführungen *Roeslers*) »durch das zahlenmäßige Überwiegen des nordischen Elements in der Reihe der Asthenischen und des ostischen Elements bei den pyknischen Formen die Ansichten *Stern-Pipers* und *Pfuhs* von dem Zusammenhang des pyknischen und asthenischen mit dem ostischen bzw. nordischen Typ«. Die Zahlen *Roeslers* für die vorwiegend dinarischen Individuen kombiniert mit reinem konstitutionellem Typus sind zu gering (vier Fälle) als daß aus ihnen irgendwelche Schlüsse gezogen werden könnten. In Berücksichtigung sämtlicher dinarischen und konstitutionellen Mischungen (30 Fälle) ist es nach *Roesler* aber immerhin auffallend, wie groß der Prozentsatz des dinarischen Rasseelements in den Rubriken der Athleten und athletischen Mischformen ist. Es bedeutet dies (nach *Roeslers* eigenen Worten) »eine Stütze für die Ansicht *Pfuhs* von dem Zusammenhang zwischen athletischem und dinarischem Typus«. — Die Einwände, welche *Roesler* auf Grund eines einzelnen Merkmals, der Augenfarbe, der Haarfarbe, seinen eindeutigen

Ergebnissen gegenüber vorbringt, basieren auf falschen »Erwartungen«. Die in seinem Material klar zutage tretende Häufigkeitsbeziehung von nordisch/asthenisch und alpin/pyknisch »muß« sich nicht »erklären durch die ungenügende Trennung zwischen konstitutionellen und rassischen Merkmalen«, sondern beruht auf der von *Rittershaus* und von mir nachgewiesenen Tatsache, daß bei jeder Rasse ein bestimmter konstitutioneller Habitus häufiger vorkommt als jeder andere und daß die Rassen sich voneinander unterscheiden durch die Art dieses häufiger vorkommenden Habitus. Von dem Zugrundeliegen von Rassetypen bei den einzelnen von *Kretschmer* aufgestellten Konstitutionen, wie *Roesler* das Problem formuliert, ist hier nicht die Rede.

Zum Verständnis des in Frage stehenden Problems erscheint es notwendig, sich vor allem über die Methodik der diesbezüglichen Forschung Klarheit zu verschaffen. Die Beziehungen zwischen Konstitution und Rasse wurden bisher zumeist unter dem Gesichtspunkt der *Kretschmerschen* Typenlehre behandelt. Das Vorgehen war dabei derart, daß die einzelnen Typen bezüglich eines oder mehrerer Merkmale miteinander oder mit einer für die bestimmte Rasse charakteristischen Gruppe verglichen wurden. Die Resultate waren stets negativ, d. h. es wurde festgestellt, daß zwischen den einzelnen *Kretschmerschen* Typen hinsichtlich der Rassenmerkmale kein Unterschied besteht und daß die Typen von denen mit ihnen verglichenen Rassengruppen (die Astheniker in Sachsen z. B. von »den Norwegern als den verhältnismäßig reinrassigsten Vertretern der nordischen Rasse« (v. *Rohden* u. *Gründler*, Über Körperbau und Psychose, Zeitschrift f. d. Ges. Neurol. u. Psychiatr., 95. B. 1925) erheblich abweichen. Auf Grund dieser Beobachtungen wurde die Überzeugung geäußert, »daß den *Kretschmerschen* Konstitutionstypen nach ihrem Körper Rassetypen in der vermuteten Weise nicht zugrundeliegen« (*Roesler*, ähnlich v. *Rohden* u. *Gründler*, *Hagemann*, *Henckel* ...). Die Frage der Beziehungen zwischen Konstitution und Rasse schien im negativen Sinne mehr oder minder abgeklärt.

Die Verhältnisse liegen jedoch so eindeutig nicht. Meine Befunde und die Ergebnisse von *Rittershaus* u. *Roesler* zeigen im Gegensatz zu den Resultaten der übrigen Forscher die charakteristische Häufigkeitsbeziehung der nordischen Rasse zum leptosomen, der alpinen Rasse zum pyknischen und der dinarischen Rasse zum athletischen Habitus. Im Sinne einer einfachen Deckung von Rasse und Konstitutionstypus sprechen zwar auch diese Befunde nicht. Wollen wir aber die Konstitution einer Rasse nach demjenigen Habitus benennen, der im individuellen Fall am häufigsten bei ihr vorgefunden wird, so können wir nicht umhin, die nordische Rasse konstitutionell als vorwiegend asthenisch, die

alpine als vorwiegend pyknisch, die dinarische als vorwiegend athletisch zu bezeichnen.

Der Unterschied in den Resultaten beruht auf der verschiedenen Methodik der Forschung und speziell auf methodologischen Fehlern, denen man immer wieder begegnet. In der Einleitung zu der vorliegenden Studie habe ich dargelegt, daß es bei der Erforschung rassengemäßer Zusammenhänge wichtig ist, sich nicht auf einzelne Merkmale zu beschränken, sondern stets nur typische Merkmalkombinationen, Merkmalkomplexe, zu berücksichtigen. Die meisten Forscher, welche das Rasse-Konstitutionsproblem nach den Gesichtspunkten der *Kretschmerschen* Typenlehre behandelt haben, sind über diese wesentlichste Forderung hinweggegangen. Aus der Beobachtung z. B., daß die verschiedenen Konstitutionsformen hinsichtlich der prozentualen Häufigkeit der Augenfarben nicht den theoretisch erwarteten Unterschied aufweisen, haben sie auf das Fehlen der Beziehungen zwischen Rasse- und Konstitutionstypus geschlossen. Methodisch nicht einwandfrei ist es ferner, Konstitutionstypen aus Gebieten weitgehender Rassenmischung mit einer für die bestimmte Rasse reinsten Gruppe zu vergleichen in der Erwartung, bei gegenseitiger Beziehung eine Angleichung der Werte zu erhalten.

Der Unterschied zwischen dem sonst üblichen und dem von mir durchgeführten Untersuchungsverfahren in der Rasse- und Konstitutionsforschung besteht darin, daß ich nicht, wie die meisten Forscher vom konstitutionellen Habitus, sondern von den einzelnen Rassetypen ausgehe und daß ich bestimme, welcher konstitutionelle Habitus den einzelnen Rassetypen zukommt. Die Feststellung, daß bei sämtlichen Rassen verschiedene Konstitutionsformen vorkommen, macht es verständlich, inwiefern es nicht zulässig ist, bei der Erforschung der Beziehungen zwischen Rasse- und Konstitutionstypen vom konstitutionellen Habitus auszugehen. Wenn in einer Asthenikergruppe Individuen verschiedener Rassen vorhanden sind, nordische, alpine und dinarische Individuen, dann ergibt es sich von selbst, daß aus dem Prozentsatz blauer Augen oder blonder Haare kein Schluß gezogen werden darf hinsichtlich der Beziehung des asthenischen Habitus zur nordischen Rasse. Der Grad dieser Beziehung ergibt sich dann allein durch den Vergleich der Häufigkeit der asthenischen gegenüber der pyknischen und athletischen Habitusform innerhalb einer einheitlich nordischen Gruppe. Das Nämliche gilt für die alpine und die dinarische Rasse und für den pyknischen und den athletischen Habitus. Die Befunde, welche unter diesen Gesichtspunkten erhoben wurden, sprechen nun durchaus zugunsten der positiven Korrelation von Rasse und körperlichen Habitus, und zwar im Sinne der Häufigkeitsbeziehung: nordisch-asthenisch, alpin-pyknisch und dinarisch-athletisch.

### Zusammenfassung.

Die vorliegende Arbeit setzt sich die Aufgabe, ein bestimmtes Schizophrenen-Material auf seine rassische Zusammensetzung hin zu untersuchen. Außerdem stellt sie einen Beitrag dar zur Frage der Beziehungen zwischen Rasse- und Konstitutionstypus. Es handelt sich um ein Kollektiv von 100 Schizophrenen aus der kantonalen Pflegeanstalt Rheinau, Kt. Zürich, Schweiz (in sämtlichen Fällen Angehörige des Kantons Zürich), das nach dem *Martinschen* anthropologischen Verfahren untersucht wurde. Dabei ergeben sich folgende Resultate:

1. Unter den 100 Schizophrenen finden sich im ganzen 14 rein nordisch oder vorwiegend nordische Individuen. Zwölf weitere Fälle weisen stark nordischen Einschlag auf.

2. Rein alpin oder vorwiegend alpin sind im ganzen 21 Fälle, denen sich weitere 18 Fälle mit stark alpinem Einschlag anschließen.

3. Rein oder vorwiegend dinarisch sind im ganzen 11 Fälle, stark dinarischen Einschlag zeigt ein Fall.

4. Außer der nordischen, alpinen und dinarischen ist die mediterrane und die ostbaltische Rasse mit je drei Fällen vertreten. Bei den übrigen Fällen (17) handelt es sich um ausgesprochene Mischformen.

5. Der innerhalb eines Hauptsitzgebietes alpiner Rasse festgestellte Prozentsatz nordischer und vorwiegend nordischer Rassenzugehörigkeit erscheint relativ hoch und läßt vermuten, daß die Schizophrenen von der normalen Bevölkerung gleicher Population sich unterscheiden durch eine größere Häufigkeit vorwiegend nordischer Individuen.

6. Der innerhalb eines Hauptsitzgebietes alpiner Rasse festgestellte Prozentsatz alpiner und vorwiegend alpiner Rassenzugehörigkeit erscheint relativ klein und läßt vermuten, daß die Schizophrenen von der normalen Bevölkerung gleicher Population sich unterscheiden durch eine geringere Häufigkeit vorwiegend alpiner Individuen.

7. Innerhalb einer im wesentlichen alpinen Population scheinen die vorwiegend nordischen Elemente vor allem zur Schizophrenie disponiert zu sein.

8. Hinsichtlich der Frage der Beziehungen zwischen Rassestypus und Konstitutionstypus ergibt sich, daß bei jeder Rasse ein bestimmter konstitutioneller Habitus häufiger vorkommt als jeder andere und daß die Rassen sich voneinander unterscheiden durch die Art dieses häufiger vorkommenden Habitus im Sinne der Häufigkeitsbeziehung: nordisch-asthenisch, alpin-pykisch, dinarisch-athletisch.

# Über eine neurobiologische Deutung der Halluzination.

Von

Niessl v. Mayendorf, Leipzig.

Das Problem der Halluzination, seit je im Mittelpunkt der psychiatrischen Forschung, ist neuerdings wieder aktuell geworden, in dem sowohl in Deutschland als in Frankreich die sogenannte psychologische Richtung sich seiner bemächtigt und in zahlreichen Spezialarbeiten zu lösen versucht hat. Ein um so größeres Interesse wird jedoch ein Werk beanspruchen dürfen, welches Tatsachen und Meinungen in überaus gründlicher Weise sorgfältig zusammenfassend, die Frage nach der Entstehung der Trugwahrnehmung von einer neuen Seite in Angriff nimmt. Von den Psychiatern Frankreichs erscheint *Mourgue*<sup>1)</sup> der hervorragendste Schüler und Mitarbeiter *C. v. Monakows*, der fachlich geschulte Philosoph mit einem profunden Wissen, dessen bewundernswerte Spannweite Biologie, Neurologie, Psychiatrie und Psychologie alle diese Wissensgebiete in gleicher Weise beherrschend einschließt, zu solch einem fundamentalen Werke wie kaum ein anderer berufen. Kein geringerer als der berühmte Pariser Philosoph und Nobelpreisträger *Bergson* beglückwünscht in einem Geleitwort seinen ehemaligen Jünger und Freund zu seinem important ouvrage, welchem es gelungen sei, die irrtümliche Anschauung der klassischen Lehre, die in einer pathologischen Steigerung der Intensität von Erinnerungsbildern die Ursache der Objektivierung einer Sinnestäuschung erblickt, endgültig beseitigt zu haben. Ziel und Inhalt des aufgeworfenen Halluzinationsproblems ist nach der Überzeugung des Verfassers die Lösung der Frage nach dem Zustandekommen der Projektion lebhafter Vorstellungen in eine Außenwelt und ihrer Verwandlung in Phänomene, welche für das Bewußtsein mit sinnlichen Wahrnehmungen identisch erscheinen. Ohne zu einer definitiven abgeschlossenen Erkenntnis gelangen zu wollen, bescheidet sich *Mourgue* mit einer der Lösung sich nähernden Klä-

---

<sup>1)</sup> *R. Mourgue: Neurobiologie de L'Hallucination, Essai sur une variété particulière de désintégration de la fonction. Bruxelles Maurice Lamertain 1922, 416 p.*

zung der Frage durch Beleuchtung der neurobiologischen Seite des Halluzinationsproblems, in dem er die Trugwahrnehmung als eine besondere Varietät des funktionellen Abbaus betrachtet. Was der deutsche Leser unter dem neurobiologischen Standpunkt zu verstehen hat, erfährt er, wenn er die vor zwei Jahren im Hippokratesverlag erschienene: »Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie« von C. v. *Monakow* und R. *Mourgue* (Hippokratesverlag 1930) zur Hand nimmt. Die Lektüre der »Neurobiologie de L'Hallucination« wird ungemein erleichtert, wenn man sich in die Terminologie und Gedankengänge des berühmten schweizer Neurologen zuvor eingearbeitet hat.

Die Existenz der Halluzination, der leibhaftigen Sinnestäuschung ist, wie *Mourgue* mit vollem Rechte betont, eine Erfahrungstatsache die keines weiteren Beweises bedarf.

Nach einem historischen Überblick über die Entwicklung des Halluzinationsbegriffs, welcher einen wertvollen Beitrag für die Geschichte der Psychiatrie bedeutet, beschäftigt sich *M.* im zweiten Kapitel mit dem Kernpunkt der Frage, ob denn die echte Halluzination ihrem Wesen nach wirklich nur ein abnorm intensives Erinnerungsbild sei. Er zeigt an der Hand sehr instruktiver eigener Beobachtungen, wie unbrauchbar für die Entscheidung der vorliegenden Frage die Angaben von Geisteskranken mit gestörtem Bewußtsein sind, wie selbst solche Individuen, welche ein überwiegend visuelles Gedächtnis besitzen und in optischen Erinnerungsbildern zu denken pflegen, an Gehörshalluzinationen leiden können. Der Arzt *Kandinski*, welcher selbst an Halluzinationen litt, hält es für ganz unmöglich, daß durch einen ungewöhnlich hohen Grad der Aufmerksamkeit und Intensität eine Vorstellung zu einer Halluzination werden könne. In demselben Sinne äußert sich der Philosoph *Jaspers*. Der Romanschriftsteller *Flaubert*, dessen lebhaftes Phantasie ihn während seiner schöpferischen Tätigkeit ergreifende Vorgänge, welche er schilderte, am eigenen Leibe empfinden ließ, wehrt sich sehr energisch gegen die Gleichstellung einer noch so ausschaulichen künstlerischen Intuition mit dem Halluzinieren des Geisteskranken. Zwischen beiden Zuständen liege eine Kluft.

Dem Geistesgesunden ist es zweifellos möglich, die intensivste Vorstellung von einer Wahrnehmung zu unterscheiden, nur bei einer durch Bewußtseinstörung bedingten Urteilsschwäche geht dieses Unterscheidungsvermögen verloren. Der Geisteskranke befindet sich dann in einem Zustand der Ratlosigkeit, die eigene Beurteilung seiner Seelenvorgänge ist nicht zu verwerten.

Eine notwendige, aber allein nicht hinreichende Voraussetzung für das Auftreten einer Halluzination ist die Depersonalisation. Unter dieser versteht *M.* ganz allgemein eine besondere

Störung des Persönlichkeitsbewußtseins, wie sie sich aus der klinischen Beobachtung eklatant zu erkennen gibt. Die Depersonalisation ist ein seelischer Zustand, in welchem der Halluzinant Vorgänge seines Innern nicht mehr als solche zu erkennen vermag und in die Außenwelt verlegt.

Der nächste Abschnitt beschäftigt sich mit der *l'attitude motrice* der Halluzination. Unter dieser versteht der Verf. eine Art Einstellungsbewegung des Bewußtseins, welche der normalen Wahrnehmung eigen ist. Sie ist ein Teil der Aufmerksamkeit. Greifbar in Erscheinung tritt die *l'attitude motrice* bei den Gehörshalluzinationen, welche Sprachimpulse des Nachsprechens, die *mouvements naissants Bergsons* begleiten. Halluzinationen, welche nicht sinnfälliger Natur sind, sondern sich nur durch das Gefühl der Gegenwart einer Person oder Sache dem Bewußtsein zu erkennen geben, vermögen durch die Anspannung der Aufmerksamkeit hervorgerufen zu werden. Der Wirklichkeitsglaube an solche Vorgänge sei da bisweilen stärker als bei der sinnlichen Wahrnehmung. Eine Reihe hochinteressanter Beispiele illustrieren die motorische Einstellung der Halluzinanten.

Der zweite Teil des Buches beginnt mit einer kurzen Einleitung in die Neurobiologie, in der auf die Lehren *Hughings Jacksons*, welcher die Bewußtseinsvorgänge als Funktionen der subkortikalen Hirnzentren angesprochen hat, Bezug genommen wird. In dem zweiten Kapitel wird die These erörtert, daß die Halluzinationen in einer Affektion des organo-vegetativen Nervensystem ihren ersten Ursprung haben. Zuerst wird auf das Auftreten von Halluzinationen in Zuständen des Wechsels zwischen Vagotonie und Sympathicotonie, wie beim Einschlafen und Erwachen, dann auf die Sinnestäuschungen zur Zeit der Menses und im Klimakterium hingewiesen. Auf die von *Head* bei Herz- und Lungenkranken beobachteten Halluzinationen, welche entweder optischer Natur oder, im Gegensatz zu den Verbalhalluzinationen Geisteskranker, Geräuschhalluzinationen (*Akoasmen* nach *Wernicke*) waren, wird großes Gewicht gelegt und die von *Head* betonte Reflexwirkung des Eingeweideschmerzes als das eine Halluzination auslösende Moment anerkannt. Damit der viszerale Reflexschmerz eine Halluzination auslösen könne, muß der Schmerz von einer gewissen Heftigkeit und die Widerstandskraft des zentralen Nervensystems durch Fieber oder Anämie herabgesetzt sein. Die Form der Halluzination kann von jener Örtlichkeit des Kopfes abhängen, welche von dem viszeralen Reflexschmerz eingenommen wird. Der von Augenaffektionen bedingte Stirnkopfschmerz oder Hyperästhesie der Stirnhaut können Gesichtshalluzinationen zur Folge haben. Schmerzen in der Scheitelgegend, welche bei Erkrankungen des Ohres auftreten, sieht man zum Ausgangspunkt von Gehörs-

halluzinationen werden. Geruchshalluzinationen werden in einer großen Zahl von Fällen (beinahe 50%) von einer Hyperästhesie der Schläfenpartie begleitet, deren behaarte Hautfläche mit dem Brechzentrum in einem funktionellen Zusammenhang stehen müsse.

*M.* kommt weiterhin auf die von *Jänisch* studierten Eidetiker zu sprechen, deren Vorstellungsvermögen so lebhaft ist, daß die reproduzierten Gedächtnisbilder an sinnlicher Lebhaftigkeit den Wahrnehmungen nicht nachstehen. Die psychische Eigentümlichkeit findet sich am häufigsten bei Individuen einige Jahre vor dem Eintritt der Pubertät und verschwindet dann plötzlich oder allmählich. Beim Erwachsenen ist der Typus des Eidetikers selten, in der Schwangerschaft wurde er bei zwölf von 18 Frauen festgestellt. Abnorm ist bei den Eidetikern nicht allein die sinnliche Lebhaftigkeit der Vorstellung, sondern auch die Länge der Nachdauer eines optischen Sinneseindrucks. Die psychische Abart des Eidetikers beruht auf einer Übererregbarkeit des organvegetativen Nervensystems, welche für die Kindheit, die Zeit vor der Pubertät sowie für diese selbst charakteristisch ist. Diese Erscheinung beruht auf einem abnormen Funktionieren des neurovegetativen Nervensystems, welches nicht nur in den plexus chorioidei, in den subkortikalen Ganglien, sondern auch in der Hirnrinde, also auch in den kortikalen Sinnessphären lokal repräsentiert sei.

Kapitel IV führt den Nachweis der Existenz von Beziehungen des Labyrinths zu den Halluzinationen. Die Selbstbeobachtung *Schilders*, welcher sein rechtes Labyrinth mit kaltem (20%) Wasser abkühlte und sich nach Augenschluß eine vertikale Linie vorstellte, worauf dieselbe mit ihrem oberen Ende sich nach links neigte, um dann völlig zu verschwinden, wird als erstes Beweisstück für den postulierten Zusammenhang ins Treffen geführt. Im Anschluß daran werden eigene Experimente berichtet, bei welchen die Versuchspersonen nach Abkühlung einer Halsseite beobachteten, daß die geometrischen Figuren, welche sie betrachteten, in Bewegung gerieten. Hiedurch wird der Einfluß, welchen der Gleichgewichtsnerv nicht nur auf die Form der Wahrnehmung, sondern auch auf das Erinnerungsbild ausübt, schlagend dargetan. Auch bei dem halluzinierenden Alkoholdeliranten kann man eine Rotation, Vermehrung und Verkleinerung der halluzierten Objekte wahrnehmen, welche Erscheinungen auf das Labyrinth zurückführbar sind.

Auf die Rolle der Depersonalisation beim Zustandekommen der Halluzination kommt der Autor noch einmal in einem besonderen Kapitel zu sprechen, in welchem Selbstschilderungen von Halluzinanten, welche nicht geisteskrank waren, mitgeteilt werden. Ein Kind von 11 Jahren, welches nach einer Kauterisation der



Nasenschleimhaut, an einem entzündlichen Ödem des rechten Augenlides sowie an vorübergehendem Doppelsehen erkrankte, beschreibt einfache optische Erscheinungen in Gestalt von Strichen und einfachen Figuren, welche den Charakter von Sinnestäuschungen haben. Ein alter Herr von 79 Jahren mit sehr erheblicher Herabsetzung der Sehschärfe und einer Blutung in der Macula des rechten Auges berichtet über komplizierte optische Halluzinationen, welche sich bewegen, verändern und ganze Szenen darstellen. Wesentlich erscheint *M.* die Feststellung, daß der von den Sinnestäuschungen Befallene, so unerwartet ihm oft dieselben auch vor Augen treten, niemals Zeichen von Depersonalisation geboten hatte. Solche Halluzinationen bleiben ohne Einfluß auf das Bewußtsein, welches nach einem Gesetz der Autoregulation der Funktion eine wahnhafte Deutung verhindert und ihr mit Beziehung auf die Außenwelt den richtigen Platz anweist.

Im dritten Teil setzt der Autor seine Beweisführung für seine These, daß die Halluzination aus einem funktionellen Übergreifen der Instinktsphäre auf die Sphäre der Orientierung und Kausalität hervorgehe und sich in diesem Sinne als Kompensationsvorgang auf Grund eines Selbststeuerungsprinzipes auffassen lasse, fort. Der Autor geht so weit, auch die bei einer Netzhauterkrankung mit Einträufelung eines Medikamentes in den Konjunktivalsack in Zusammenhang stehende Sinnestäuschung aus einer Reizung des vegetativen Systems, einer Vagotonie zu erklären, sich für berechtigt zu halten. Die Beziehungen des Empfindungszustandes der Netzhaut zu der Funktion des Sympathikus und Parasympathikus hat *W. R. Heß* experimentell gezeigt. Die Reizung der Konjunktiva bewirke durch die Vermittlung der vegetativen Fasern im Nervus quintus eine Erregung des vegetativen Systems und indirekt durch dasselbe eine solche der Sehrinde. Das Auftreten einer Halluzination gehöre in das Gebiet der »sekretorischen Erscheinungen und lasse sich nicht aus einem anatomischen Mechanismus erklären«.

In dem folgenden Kapitel wird gegen die klassische Lehre von den Erinnerungsbildern energisch Front gemacht. Unhaltbar sei dieselbe, da sie das Gesetz der spezifischen Energie in irrümlicher Weise erweitert habe, da sie das Erinnerungsbild als eine unzerlegbare, statische Einheit, außerhalb der Zeit auffasse und weil sie seine enge Beziehung zu der Sphäre der Instinkte vernachlässige. Dem Ausdruck »Engramm« wird der Vorzug gegeben und dieses in einem sehr weiten Sinne gefaßt. Eine Anzahl motorisch-reflektorischer Faktoren, das Erkennen und Wiedererkennen, ja selbst die Eingliederung in das Seelenleben werden als Etappen jeder Wahrnehmung hingestellt und sind daher auch notwendige Komponenten des Residuums derselben.

Der letzte Abschnitt ist den Schlußfolgerungen gewidmet, welche in 16 Punkten die Ergebnisse der in dem Buche durchgeführten Untersuchung zusammenfassen. Diese sollen keine Lösung des aufgeworfenen Problems, welches die Beantwortung der Frage ist, worauf beruht die Projektion der Halluzination in die Außenwelt bedeuten, sondern nur eine Annäherung an dieses Ziel. Dem aktuellen Bedürfnis einer Forderung v. *Monakows*, daß es heute nicht an Tatbeständen mangle, — diese seien im Überfluß vorhanden, — sondern vielmehr an einem synthetischen Geiste, welcher sie zu verstehen und zu analysieren weiß, in dem er sie mit einander vergleicht und die tiefinnere Zusammengehörigkeit derselben hervorzukehren versteht, ist der Verfasser in seiner überaus gründlichen Arbeit voll und ganz gerecht geworden. Sie ist zweifellos die bedeutendste Schöpfung der Schule des großen Züricher Neurologen, aus dessen System sie hervorgewachsen und mit welchem sie fest verwurzelt ist. Nur von dem Standpunkt desselben kann das Buch richtig verstanden und entsprechend gewürdigt werden.

Leider vermag ein Referat von der Tatsachen- und Gedankenfülle, welche dieses Buch darbringt, auch nicht im entferntesten eine Vorstellung zu geben. *Mourgue* hat 15 bis 20 Jahre an demselben gearbeitet und wie der beigegebene Literaturnachweis bezeugt, nicht weniger als 1081 einschlägige Werke und Abhandlungen gelesen. Wenn man berücksichtigt, daß der Verfasser zu den gesuchtesten Nervenärzten von Elsaß-Lothringen gehört und neben seiner wissenschaftlichen Tätigkeit, eine ausgebreitete neurologische Praxis ausübt, wird man der Arbeitskraft des Autors seine Bewunderung nicht versagen können. Jeder aber, welcher sich mit dem Problem der Halluzination beschäftigen will, kann vor dem Werke *Mourgues*, welches eine streng wissenschaftliche Untersuchung ist, nicht achtlos vorbeigehen und sieht sich gezwungen, zu seinem originellen neuro-biologischen Deutungsversuch, Stellung zu nehmen.

---

# Das Constantinische Kaiserhaus, eine Porträt- und Charakterstudie.

Von

Dr. Ernst Müller, Medizinalrat in Hildburghausen.

Mit 1 Tafel.

Die Geschichte des Hauses des Christenbefreiers und Staatsgründers Constantins des Großen ist stets großem Interesse begegnet. Ich vergleiche im folgenden hinterlassene Münzen dieser hervorragend wichtigen Epoche der Menschheit mit der antiken Geschichtsschreibung.

Auf 21 Münzabgüssen<sup>1)</sup> Constantinischer Kaiser baue ich meinen Versuch auf; schließlich wird auch auf die Rückseite der in diesem historischem Zeitabschnitt geprägten Münzen kurz einzugehen sein.

Der Vater Constantins des Großen, Constantius Chlorus (292 bis 306), hat einen Vollbart, in der Rechten ein Szepter mit dem römischen Adler und trägt ein Prunkgewand; Kopf und Barthaar sind stilgemäß kurz geschoren, die Stirn ist hoch und steil und zeigt eine leichte Falte, ein knöcherner Augenwulst ist angedeutet. Das Hinterhaupt ist ziemlich stark entwickelt, das Ohr mindestens mittelgroß, der Hals nicht lang, das Auge weit auf. Der Gesichtsausdruck ist ernst, das weit vorstehende Kinn unterstreicht vielleicht eine gewisse Energie des intelligenten Ausdrucks.

Constantin der Große (306—337) mit einem auffallend schönen Profil, das Haar glatt in die Stirn gekämmt, über demselben das Diadem, die Stirn leicht vorgewölbt, das Auge weit auf, der Kopf schön gerundet, das Hinterhaupt gut entwickelt, die Nase schön gebogen, die Lippen etwas zusammengekniffen, das Kinn energisch, der Hals etwas steif, was wohl Würde andeuten soll.

<sup>1)</sup> Den Münzabbildungen liegen die Münzgüsse zugrunde, die der staatlichen Münzsammlung in München entstammen; diese habe ich der Güte des bekannten Münzforschers Professor Max Bernhart zu verdanken. Herr Professor Bernhart hatte auch die Liebenswürdigkeit mich über wichtige Probleme der Münzreversen aufzuklären, wofür ich ihm meinen verbindlichsten Dank sage.

Der Hals ist nicht lang, das Gewand einfach. Ausdruck sehr durchgeistigt, ernst, energisch, was durch die zusammengekniffenen Lippen noch unterstrichen wird. Die Umschrift nennt ihn »den Großen«.

Neben ihn stelle ich das Bildnis Domitians, und man wird mir ohne weiteres bedeutende Ähnlichkeiten zugeben: ähnliche Stirn, Haartracht, das Haar nur bei Domitian etwas krauser, ähnliche Kopfform, Nase und Kinnbildung, ähnlicher Hals.

Der älteste Sohn Constantins des Großen, Crispus (317 bis 326), in vier Bildnissen: Zunächst ein freundliches Jünglingsgesicht mit hübschem, rundem Kopf in heroischer Nacktheit mit Speer, Schild und Bandelier. Beim zweiten Porträt das Kinn spitzer. Die Lippen auf allen Münzen dick, der Ausdruck ebenso. Bei der dritten Münze ist das Kinn betonter, die untere Gesichtspartie tritt weniger zurück, die Nase hat eine Spitze, der Ausdruck ist ernster. Alle drei Bildnisse geben die gleiche heroische kriegerische Aufmachung. Das vierte Antlitz bringt statt des sonst vorhandenen Lorbeerkranzes das Diadem. Das hübsche Gesicht zeigt Ähnlichkeit mit dem Vater und, wie alle Münzen, ein weites Auge. Der Kopf und Hals in Haltung heroisiert, ähnlich wie bei Bildnissen des Vaters, das Ohr wie bei allen Münzen groß, infolge der Haltung die untere Gesichtspartie im Gegensatz zu sonst vortretend. Alle vier Porträts deuten auf einen edlen, energischen Charakter hin.

Der zweitälteste Sohn Constantins des Großen, Constantin II. (335—340), sieht auf dem Bildnis dem Vater sehr ähnlich, so daß man sagen kann, er ist ihm aus dem Gesicht geschnitten; er sieht nur jugendlicher aus und sein Bildnis ist durch die Bezeichnung Junior als Sohnesporträt legitimiert. Nur Nase und Kinn des Sohnes sind ein wenig spitzer, der Hals ebenso steif, das Gewand fast ebenso einfach, nur noch ein mit Knöpfen versehenes Bandelier durchschimmernd lassend. Der Ausdruck ist intelligent und schön, das Auge, wie beim Vater, weit geöffnet.

Der Dritte Sohn Constantins des Großen, Constantius (335 bis 361), in sieben Bildnissen: 1. Oblonge Kopfform, ähnlich wie bei Constans; diese geht durch alle Porträts. Auch das Ohr ist überall ziemlich groß, eine für das Constantinische Haus offenbar charakteristische Erscheinung. Perlendiadem des in die Stirn gekämmten Haares, auf dem Scheitel in eine Rosette endigend. Großes Auge, was auch allen Bildnissen eignet und Familieneigentümlichkeit zu sein scheint. Ernstes und energisches Gesicht. Mund und Nase fein geschnitten, Kinn voluminös, zierlich gearbeiteter Panzer, Hals lang. 2. Ausdruck mißmutig, Nase etwas mehr gebogen, fast bössartiger Ausdruck. Rosettendiadem. Hals nicht so lang. 3. Mit Helm, Panzer und Lanze; Enfacebildnis. Gesicht

nicht schön, ernst. Gesichtshälften ungleich, aber wohl mehr infolge der Neigung des Kopfes. Lippen dicker. 4. Ähnlichkeit mit Bruder Constans, Ausdruck ernst. Anscheinend Lorbeerkranz. 5. Ernst, bestimmt. Rosettendiadem. 6. Gesicht breiter, Perlendiadem wie bei 1. Ausdruck unlustbetont. 7. Bildnis von den übrigen abweichend: Stirn höher oder Haar kürzer, Untergesicht nach vorn, Kinn monumental, der Ausdruck wirkt mißmutig und energisch. Augenbraue hinten merkwürdig nach unten gebogen.

Der jüngste Sohn Constantins des Großen, Constans (335 bis 350) mit hübschem, erstem Gesicht. Kopfform oblonger als bei seinem Bruder Constantin, wenn dies nicht auf die Schlechtigkeit der Stilform zu setzen ist. Diadem, das mehrere Edelsteinrosetten enthält. Ausdruck energisch und intelligent, beinahe gutmütig. Gewand schön ziseliert. 2. Bildnis jugendlicher, das Untergesicht im Gegensatz zur vorigen Münze zurücktretend, das Auge weiter auf, der Ausdruck freundlicher, aber auch bestimmter. Hals länger als beim vorigen Bildnis. Ausdruck mittelintelligent. Das Ohr, wie an dem vorigen Porträt, groß. Das Gewand, entsprechend der geringeren Größe der Münze, weniger fein ausgeführt. Nase des letzteren Bildnisses spitzer, Lippen dünner als bei 1.

Der Neffe Constantins des Großen, Kaiser Julianus Apostata (361—363), in fünf Porträts:

Als Jüngling stilgemäß kurz geschoren mit niedriger Stirn, die Falten zeigt. Ohr groß, Nase gerade, Winkelprofil, ernster, energischer Ausdruck. Prächtige Rüstung mit Rosette rechts oben. Hals schlank, mittellang. Bart fehlt. 2. Nase gebogener, Untergesicht nach vorn, Haar lang, energischer Ausdruck. Perlendiadem mit Rosette. 3. Ähneln 1., zeigt aber Vollbart. Ausdruck ernst und energisch. Diadem scheinbar wie bei 2. — 4. Der berühmte Ziegen(Philosophen)bart erscheint. Lippen dick, Hals desgleichen. Ausdruck weise und energisch, die Energie soll wohl, wie an dem vorhergehenden Porträt, durch den steifen Hals unterstrichen sein. 5. Derselbe Philosophenbart, nur geordneter; Gesichtsbreite, wie bei der vorhergehenden Münze, infolge des zunehmenden Alters beträchtlicher. Hals kurz und dick, sehr dicke Lippen, Ausdruck wie bei 4.

#### Die Rückseiten der Münzen.

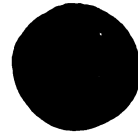
Die Münzreserven dieser Geschichtsepoche, die doch eigentlich eine Weltenwende war, sind entweder einfach oder komplizierter. Das berühmte Labarum spielt schon eine Rolle, die Fahne der Christenheit, ein römisches Vexillum, es braucht nicht mit dem Christusmonogramm versehen zu sein. Andere Münzen spielen auf die zwanzigjährige Regierungsdauer Constantins des Großen an. Die kleineren Münzen sind oft hübsch ziseliert und stellen neben Kaisern, die manchmal eben noch trotz der minutiösen Klein-

Constantius Chlorus

Constantin d. Große

Domitian

Constantin II.



Crispus



1

2

3

4

Constantius



1

2

3

4



5

6

7

Constans



1

2

Julianus Apostata



1

2

3

4

5



arbeit zu erkennen sind, Viktorien und andere allegorische Figuren dar, auch römische Soldaten, die den Feind überreiten, ihn am Schopfe fassen oder neben anderem häufig Gefangene. Auf größeren Münzen kommen reichere Darstellungen vor:

Der Kaiser als Sekuritas neben einem trauernden Gefangenen, eine Opferszene vor einem Tempel, Constantinoplis auf dem Thron, in der Rechten eine Viktoria, die auf einer Erdkugel schwebt, in der Linken ein Szepter. Eine andere Rückseite zeigt, wie der Sohn Constantin Constantin dem Großen, der feierlich auf dem Thron sitzt, einen auf einem Globus sitzenden Vogel Phönix reicht, sicher eine wichtige historische Begebenheit andeutend; Waffenschmuck und ein Panther beleben vollens die Szene.

Münzen der Kaiserin Fausta, der Gemahlin Constantins des Großen, des Caesars Delmatius und des Königs Hanniballianus kann ich leider nicht anführen, das würde auch den Rahmen meiner Arbeit überschreiten.

#### Schlußfolgerungen.

Constantius Chlorus, der Vater Constantins des Großen, zeigt auf den Münzen energische Züge, was auch Maurice (Numismatique Constantinienne) zugibt. Letzterer bildet auch zwei Münzen von ihm ab, auf denen er mißmutig aussieht und Stirnfalten hat. Ein Teil der von Maurice abgebildeten Münzen des Constantius Chlorus ist schon ziemlich roh geprägt, die Porträts untereinander unähnlich. Deshalb veröffentliche ich bloß gute Münzbildnisse, weil aus den schlechten nichts herausgelesen werden kann. Wir müssen bedenken, daß wir in den Teil der römischen Kaiserzeit gelangt sind, wo es schon rapid abwärts geht, was sich auch in der damaligen Kunst, zum Beispiel Münzschneidekunst, ausprägt. Wir stehen in der Zeit, in der die Byzantinische Fratze beginnt. Die Münzreversen, wenn auch noch zierliche Schneidekunst zum Teil vorstellend, zeigen die Roheit der Zeit deutlich; bei den vielen Feinden mußte durchgegriffen werden. Der Kaiser als Sekuritas, eine Symbolik, die schon unter Otho vorkommt, erinnert an das moderne französische Problem der Sicherheit. Die Constantinische Epoche war eine sehr kriegerische Zeit!

Das Bildnis Constantins des Großen erinnert etwas an Tiberius und Augustus Porträt, überlegene Sicherheit spricht aus diesen drei Köpfen. Die Rundbildnisse Constantins des Großen besagen dasselbe wie die Münzen. Daß er ein großer Mann war, kann aus dem Bildnis abgeleitet werden. Solch geniale Naturen müssen auch mit anderem Maßstab gemessen werden. Er wurde nicht bloß der Große genannt, weil er das Christentum zur Staatsreligion gemacht hat, was sicher ein weit ausschauender, kluger



politischer Gedanke war. Schon mit der Verlegung der Reichshauptstadt nach Konstantinopel — in die Nähe der alten Heimat Ilion — hat er eine welthistorische Mission erfüllt, indem er durch die glückliche Verlegung des Reichsmittelpunktes nach dem Osten den drohenden Untergang des Gesamtreichs um etwa 150 Jahre aufhielt. Diese hochbedeutsame Hauptstadt an der Grenze dreier Erdteile hat als Stützpunkt abendländischer und christlicher Kultur noch über 1000 Jahre bis ans Ende des Mittelalters gedauert und jetzt noch wird um Constantins Taten — um den Schlüssel zu drei Weltteilen — gekämpft. Grausamkeit kann man aus dem Porträt nicht herauslesen, aber wie aus Bildnissen von Tiberius oder Napoleon feste Entschlossenheit. Da geschichtlich feststeht, daß er nicht nur seine Mitkaiser: Maximinus — seinen Schwiegervater — und Licinius — seinen Schwager —, sondern auch seinen geistig hochstehenden Sohn Crispus über die Klinge springen ließ, muß hierüber folgendes gesagt werden: Er war kalt, grausam, und unerbittlich, wenn durch große Pläne, seine Herrschsucht ein Strich gemacht werden sollte. Er soll auch seine Frau Fausta, die mutmaßliche Mutter seiner drei jüngeren Söhne, aus der Welt geschafft haben; allein diese Nachricht wird bestritten. Den Fehler hat er gemacht, daß er aus übertriebener Liebe zu seinen Kindern das Weltreich, das er mit soviel Mühe und Mord geeinigt hatte, wiederum teilte, anstatt es seinem besten Sohn Crispus zu überantworten. Vielleicht hätte dann die Dynastie noch 100 Jahre gedauert. Wir werden weiter unten sehen, was für fürchterliche Folgen seine verfehlte Familienpolitik nach sich zog. — Constantin der Große sah seinen Eltern, besonders seinem Vater ähnlich; seine Mutter war die nachmals heilig gesprochene Helena, die mehrere Reisen ins heilige Land machte, sich für das Christentum begeisterte und Kirchen baute. Ich führe Geschichtliches nur an, wenn es geschichtlich beglaubigt ist. Das Studium auch ihres Bildnisses, das uns wohl bekannt ist, hätte zuweit geführt.

Aus den Münzschriften der Averse geht hervor, daß sich die Constantinischen Kaiser Flavier nennen. Sie versuchen also als zweite Flavische Dynastie an das teils berühmte, teils berühmte Haus der Flavier anzuknüpfen. Was die von mir angenommene Blutsverwandtschaft des Flavischen und Constantinischen Hauses anlangt, die ja kaum beweisbar ist, man müßte denn neue Quellen entdecken — übrigens habe ich schon in meinem Caesarenporträts 3. Teil Seite 33 und 34 darüber gesprochen —, so ist darüber noch zu sagen, daß erstens bedeutende Ähnlichkeiten zwischen beiden Häusern existieren — man vergleiche die Bildnisse Vespasians mit denen des Constantius Chlorus, diejenigen Domitians mit denen Constantins des Großen, diejenigen Domitians mit dem Porträt Constantius II. —, und daß es ja zweitens

möglich wäre, daß nach Domitians plötzlicher Ermordung noch Seitenverwandte der Flavier existiert haben, sie brauchen ja bloß Flavisches Blut besessen zu haben, nicht den Flavischen Geschlechtsnamen, wie ja auch Nero, der doch dem Mannesstamm nach Domitius war, doch als Julier angesehen wurde, da er ja auch wirklich durch Vorfahren viel Julisches Blut in seinen Adern hatte. Bei der bekannten Milde der Kaiser der Adoptionsdynastie des Nerva können wohl Seitensprossen der Flavier am Leben geblieben sein und sich vermehrt haben. Die angezogene Ähnlichkeit der Bildnisse und die bereits erwähnte Ähnlichkeit bedeutender Charaktereigenschaften spricht für die Richtigkeit meiner Verwandtschaftstheorie, um so mehr als die Constantiner sich auch Flavier nannten.

Crispus war ein schöner, edler, energischer, intelligenter Jüngling, wie auch die Münzen zeigen, die *Maurice*, *Bernoulli* und Dr. *Jacob Hirsch* von ihm anführen. Er war Bastard und stammte von der Minervia. Die Münzen stimmen mit dem Bericht der Alten überein, nach dem Crispus geistreich, schön, edel und energisch war, ja das Regiment des Vaters durch seine Seeschlacht am Eingang des Hellespontes gerettet hat. Die Gründe seiner Ermordung sind undurchsichtig; wahrscheinlich haben Herrschsucht und Mißtrauen des Vaters und Herrschsucht und Intrigen seiner Stiefmutter Fausta sein frühes Ende herbeigeführt. Daß Fausta die Mutter Constantin II., des Constantinus und des Constans war, ist zwar nicht sichergestellt, aber aus der Ähnlichkeit dieser drei Prinzen mit ihr zu schließen. Ob Fausta nach dem Tod des Crispus von Constantin dem Großen angeblich aus Reue über den Tod des Sohnes hingerichtet wurde, ist ungewiß, weil eine Auslassung eines alten Schriftsteller besagt, daß sie den Tod ihres viel später gestorbenen Sohnes Constantin des II. beweint habe. *Maurice* gibt auch die Ähnlichkeit der drei Kaisersöhne mit der Kaiserin Fausta zu. Dies war die Tochter des Kaisers Maximianus Herculus und soll von großer Schönheit gewesen sein, wie einige Münzen auch andeuten.

Constantin II. ein Ebenbild seines Vaters und manchmal nur durch Jugendlichkeit oder Umschrift vom Vater zu unterscheiden, hat ein hübsches, ruhiges, intelligentes Gesicht und das entspricht auch dem historischen Bericht.

Während nun dasselbe vom jüngsten Sohn Constans gesagt werden kann, noch dazu, daß einige Münzen entschieden etwas Gutmütiges anzudeuten scheinen — *Maurices* Münzabbildungen geben eine etwas weiche Nuance wieder — fällt Constantius II. aus dem Rahmen, weil ausgerechnet er auf den Bildnissen ernst, kalt, mißmutig bis sogar böse aussieht. Und gerade dies

spricht dem historischen Bericht; er soll nach des Vaters Tode den militärischen Aufstand mit angezettelt und den fürchterlichen Verwandtenmord an Delmatius<sup>2)</sup> und Hanniballianus und an vielen anderen Verwandten und deren Anhängern inauguriert haben. Auf einem großen von *Maurice* veröffentlichten Medaillon hat Constantius feine, schöne, energische Züge. Die Porträts dieses Kaisers sind bei *Maurice* überall ernst, sein Hals steif und ziemlich lang.

Julianus Apostata zeigt überall ernste, energische und intelligente Züge, ja man kann sagen, sowohl das äußerliche Philosophische als das Geniale kommen in den Münzen treu zur Erscheinung. Über seinen geschichtlichen Charakter kann kein Zweifel sein. Er war ein genialischer Herrscher und edler Held und gleicht hierin sehr dem von ihm selbst als besten römischen Kaiser verherrlichten Marc Aurel, kein Wunder, denn auch dieser Kaiser hat die Christen verfolgt. Das war auch der einzige Schandfleck auf dem Charakter Julians, daß er glaubte, entgegen den großen Strömungen der Zeit, das Christentum ablehnen und so das Rad der Geschichte zurückdrehen zu müssen, wenn er vielleicht auch vom römisch-patriotischen und philosophischen Standpunkte aus im Recht war. Interessant ist auch, daß er dicke Lippen hatte, was sexuelle Libido präjudizieren soll. Nun kann ja auch sein, daß er trotzdem durch seine Philosophie zur sexuellen Abstinenz fortgeschritten ist, seine sexuelle Abstinenz nach dem Tod der Gattin wird wenigstens von den Schriftstellern angenommen. Ich glaube andererseits nicht, daß dicke Lippen immer Sinnlichkeit andeuten müssen.

Die Arbeit möchte ein Beitrag zu dem Thema sein, daß Porträtforschung der Aufhellung der Geschichte Vorschub zu leisten vermag.

---

<sup>2)</sup> Delmatius und Hanniballianus waren hübsche Jünglinge mit gebogenen Nasen, in ihren Zügen dem Constantinischen Geschlecht ähnlich.

(Aus der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Rostock.  
Direktor: Prof. Dr. M. Rosenfeld.)

## Über die Häufigkeit normaler Pupillenreaktionen bei progressiver Paralyse.

Von

Heinrich Voß, Lübeck.

Unter den neurologischen Symptomen der metaluischen Erkrankungen nehmen die Pupillenstörungen bekanntlich bezüglich ihrer diagnostischen Bedeutung die erste Stelle ein. Speziell das Argyll-Robertsonsche Phänomen weist fast stets auf eine syphilo-gene Erkrankung des Zentralnervensystems hin. Nur sehr selten, und für die Praxis fast bedeutungslos, wurde es bei nichtluetischen Erkrankungen beobachtet und zwar bei Polioencephalitis haemorrhagica (42), Encephalitis lethargica (5, 19, 25, 26, 42), Meningitis epidemica (38, 42), multipler Sklerose (8, 26, 38, 42), Syringomyelie (26, 42), Friedreichscher Krankheit (42), Hirntumor (4, 5, 7, 38, 42, 43), Hirnabszeß (24, 42), Hydrocephalus (38), Schädeltrauma (19, 26, 42), Dementia senilis (8, 42), Alkoholismus (5, 19, 26, 28), Nikotinabusus, Variola (42), Herpes zoster ophthalmicus (5, 12), Diabetes mellitus (19, 26, 42), Diabetes insipidus (42).

Trotzdem die Pupillenstörungen seit langem bekannt sind, ist unsere Kenntnis über die anatomischen Grundlagen ihrer Innervationsbahnen in vielem unklar, und es ist bis jetzt nicht gelungen, einen einwandfreien faseranatomischen Nachweis für ihre Verlaufsart zu erbringen. Daher haben statt dessen Folgerungen aus experimentellen, physiologischen und pathologischen Erfahrungstat-sachen treten müssen.

Als Kernregion für den M. sphincter pupillae dürfte der Westphal-Edingersche Kern angenommen werden (*Behr, Bernheimer, Bing, Darkschewitsch, Georgieff, Grünstein u. Oppenheim, Jahnel, Kahler u. Pick, Kostenitsch, Lenz, Levinson, Westphal u. a.*). Die genauere Lokalisation desselben ist zurzeit noch umstritten. Lenz nimmt auf Grund seiner Untersuchungen an, daß die in den Polkern bzw. in die Kopfteile des Westphal-Edingerschen Kernes eindringende Frontalspitze des Hauptkernes, das kleinzellige Kerngebiet, jedenfalls das Vordere, vielleicht auch das Hintere in enger Beziehung zur Lichtreaktion der Pupille stünden. Über die Frage der Verbindung des Sphincteren-Zentrums mit der Hirnrinde und an-

dererseits mit den übrigen Hirnnervenkernen besteht noch Unklarheit.

Der zentripetale Teil der Pupillenreflexbahn beginnt, wie vor allem die Untersuchungen von *Heß* ergeben haben, in der Stäbchen- und Zapfenschicht. Wahrscheinlich sind die perzipierenden Elemente der Netzhaut für die optischen und pupillomotorischen Reize die gleichen. Nach *Heß* u. a. besteht ein wesentlicher Unterschied der pupillomotorischen Wertigkeit zwischen der Macula lutea und mehr peripher liegenden Regionen der Retina. Die größte Intensität der iridomotorischen Erregbarkeit besitzt im helladaptierten Auge die Mitte der Fovea centralis, um nach den Seiten hin schnell abzunehmen; jedoch auch die Netzhautperipherie ist erregbar (*Behr, Best, Marx*). Ob die Weiterleitung des Reizes im Opticus auf getrennten optischen und pupillomotorischen Bahnen erfolgt (v. *Bechterew, Behr, v. Gudden, Ingvar, Karplus u. Kreidl, Lenz, Levinson, Reichardt*), oder ob ein und dieselben Fasern die zweifache Funktion als Leiter der Licht- und pupillomotorischen Impulse inne haben (*Heß*), ist noch ungeklärt. *Behr* vertritt auf Grund klinischer Untersuchungen die Ansicht, daß die von ihm angenommenen, von den optischen distinkten iridomotorischen Fasern sich im Chiasma nervi optici korrespondierend mit den Sehneuronen kreuzen, und daß die in einem Tractus opticus vereinigten Pupillenfasern beider Augen zentral vor ihrem Eintritt in ihren Sphincterenkern eine zweite totale Kreuzung vollziehen; derart, daß die z. B. im rechten Tractus vereinigten Pupillenfasern des rechten und linken Auges zum linken Sphincterenkern gehen. Daß also die der temporalen Netzhauthälfte entsprechenden Pupillenfasern im gleichseitigen Tractus verlaufend, mit dem Sphincterenkern der Gegenseite in Verbindung treten, entsprechend die Fasern der nasalen Netzhauthälfte im Tractus der Gegenseite verlaufen und zum Sphincterenkern derselben Seite in Beziehung treten. Die makulären Pupillenfasern stehen vermutlich mit beiden Sphincterenkernen in Verbindung, so daß neben einer visuellen, auch eine pupillomotorische Doppelversorgung der Macula wahrscheinlich ist. Die sogenannte indirekte oder konsensuelle Lichtreaktion wäre also eine direkte. Beweisend für diese Annahme wäre u. a. die Beobachtung, daß bei Belichtung der temporalen Seite einer Netzhaut sich vorwiegend die Pupille der anderen Seite kontrahiere, bei Belichtung der nasalen Hälfte die gleichseitige Pupille.

Über die Lage der pupillomotorischen Fasern innerhalb der optischen Leitungsbahnen haben *Karplus* und *Kreidl* aus ihren Untersuchungen folgernd, die Behauptung aufgestellt, daß dieselben oberflächlich, d. h. subpial auf der Strecke von den lateralem Kniehöckern im oberen Vierhügelarm gegen die Mittellinie in die Commissura posterior verlaufen. *Ingvar* meint, daß bereits schon

im Chiasma ein oberflächlicher Verlauf dieser Bahnen anzunehmen sei, und *Lenz* wies nach, daß sie sich zum Teil in den oberflächlichsten Schichten der Commissura posterior überkreuzten.

Die histologische Klarlegung über die Art und Weise, wie die Verbindung zwischen Sehnerv und dem Iriskerngebiete beschaffen ist, ist trotz der zahlreichen Untersuchungen von *Bach*, *Bechterew*, *Bernheimer*, *Bogrow*, *Bumke*, *Darkschewitsch*, *Dimmer*, *Edinger*, *Flechsig*, *Moeli*, *Stilling* u. a., deren Resultate sich zum Teil widersprechen, noch unklar (*Bing*, *Behr*).

Der lückenhaften anatomischen Kenntnis des Pupillenreflexbogens ist es zum Teil zuzuschreiben, daß in der Erklärung seiner pathologischen Veränderungen noch große Unklarheit herrscht und die diesbezüglichen Theorien der einzelnen Autoren teilweise weit auseinander gehen und der Sitz der ursächlichen Läsion fast an jeder Stelle der Bahn gesucht worden ist. Es ist jedoch bis jetzt keinem gelungen, einen einwandfreien und allgemein anerkannten Beweis seiner Hypothese zu erbringen.

In früheren Zeiten glaubten *Bödeker*, *Pineles*, *Schütz*, *Siemerling*, *Zéri* u. a., daß Veränderungen im zentralen Höhlengrau das Argyll-Robertsonsche Phänomen verursachten. Sogar im Halsmark ist der Störungssitz gesucht worden.

Neuerdings nehmen *Behr*, *Bernheimer*, *Bing*, *Bumke*, *Linstraw*, *Redlich*, *Schütz*, *Spielmayr* eine Läsion in der Verbindung zwischen den afferenten Pupillenfasern und dem Sphincterenkern an, die nach Untersuchungen von *Lenz*, *v. Monakoff*, *Moeli*, *Pineles*, *Siemerling* in der Endaufsplitterung der zentripetalen Reflexfasern um den Sphincterenkern herum liegen dürfte.

Nach *Ingvars* Ansicht verlaufen die pupillomotorischen Fasern auf einer weiten Strecke oberflächlich, d. h. subpial in unmittelbarer Nähe der meningealen Räume. Daher würden sie ganz besonders geschädigt durch lokale meningitische Infiltrate und randständige Degenerationen der luischen Gehirnerkrankungen. Besonders die hintere Commissur hat nach *Hermann* große Bedeutung für die refl. Pupillenstarre.

*Blumenau* hält die gestörte Lichtreaktion für die Folge einer gleichzeitigen Erkrankung des sensorischen und motorischen Teiles des Reflexbogens. Die krankhaften Veränderungen am Tractus opticus und N. oculomotorius seien so geringfügig, daß sie die eigentliche Funktion dieser Nerven nicht merklich beeinträchtigen, ihre Intensität dagegen bereits genüge, die reflektorischen Fasern zu lädieren.

Gelegentlich glaubte man den Sitz der Läsion ins Gangl. ciliare lokalisieren zu können (*da Sylva*). *Marina* fand bei den von ihm untersuchten Paralyse- und Tabesfällen mit refl. Pupillen-

starre stets pathologische Veränderungen im Gangl. ciliare und Nn. ciliares brev.

*Astvazaturow, Dupuy-Dutemps, Redslob, Kaminskaja Pawlowa, Tièri, Vancea* u. a. nehmen an, daß die refl. Pupillenstarre von der häufig beobachteten Irisatrophie verursacht werde. Diese trophische Irisdegeneration sei ihrerseits aufzufassen als eine periphere Schädigung, die entweder im Ciliarneuron oder in der Muskelnervenverbindung liege (*Dupuy-Dutemps*).

*Rizziatti* verfißt die Hypothese einer dysvegetativen Entstehung des gesamten miotisch-paralyt. Pupillensyndromes. Er läßt jedoch für einzelne Fälle auch die zerebropathische Genese, resp. eine Kombination beider gelten.

Für die Pathogenese der pathologischen Erscheinungen der Paralyse betont besonders *Hauptmann*, daß neben einem lokalen Spirochätenprozeß auch eine toxische Schädigung anzunehmen sei. Und daß das Zustandekommen der refl. Pupillenstarre durch einen an der *Bumkeschen* Stelle lokalisierten Spirochätenprozeß nicht wahrscheinlich sei, während in Analogie zur Ausbildung dieses Symptomes beim Alkoholismus oder Diabetes das Eindringen eines Toxins in Anbetracht der oberflächlichen Lagerung der Pupillenbahnen die streng lokalisierte Schädigung weit ungezwungener erkläre. Auch *Fuchs* kommt zu einem gleichen Ergebnis.

*Fischer* hat neuerdings in der *Nonneschen* Klinik die Paralytiker mit normalen Lichtreaktionen untersucht. Sie fand eine auffällige Häufigkeit abnormer serologischer Befunde, in dem Sinne, daß die typischen serologischen Reaktionen in einem hohen Prozentsatz (5 v. 14 Fällen) eine geringere Intensität als die Norm aufwiesen. Diese Ergebnisse wären evtl. im *Hauptmannschen* Sinne zu deuten.

Praktisch lassen sich die Pupillenstörungen nicht für die Differentialdiagnose zwischen Paralyse, Lues Cerebri und Tabes verwerten (*Bostroem*), besonders die Frage, ob die refl. Pupillenstarre ein tabisches Symptom sei, oder nicht, ist noch nicht entschieden. Nach *Bumkes* Ansicht ist es nicht ohne weiteres berechtigt, anzunehmen, daß das Argyll-Robertsonsche Phänomen ein spezifisch tabisches Symptom sei und nur deshalb vorkäme, weil auch der paralytische Krankheitsprozeß sehr häufig die Hinterstränge ergreife. *Hoche, Jolly, Moeli, Raecke, Weiler* und neuerdings *Bostroem* vertreten die Ansicht, daß es sich bei der refl. Pupillenstarre doch um ein tabisches Symptom handele. U. a. liegt bei der Tabes fast stets eine Dissoziation der normalen Pupillenreflexe vor, während bei den Paralytikern die Pupillenstörungen durchaus nicht in allen Fällen auftreten. *Bostroem* und *Czermark* sahen bei 100 nacheinander aufgenommenen Paralytikern zehnmal eine nor-

male L.-R. *Junius* und *Arndt* in 6,2%, *Bumke* in 13%, *Fischer* bei 203 Pat. 6,9%, *Mignot*, *Schrimeck* und *Parrot* bei 320 Fällen 6%, *Retzlaff* in einer älteren Zusammenstellung zahlreicher Autoren bei 4178 Pat. in 23,14%, *Bumke* (1911) von 400 Pat. 21% und in seiner Statistik über die Resultate von 19 Autoren bei etwa 4700 Pat. in 26%, *Wilbrand* und *Saenger* in einer Tabelle von acht Autoren bei etwa 1000 Pat. eine durchschnittliche Prozentzahl von 15,2. *Weiler* veröffentlichte 1910 die Beobachtungen von zehn Autoren mit 4101 Pat., von denen 25% eine gute L.-R. aufwiesen. *Faure* und *Desvaulx* geben bei 200 Pat. in 8,5% einen normalen Pupillenbefund an. Bei diesen Untersuchungen sind die besonderen Eigenarten der Paralyse nicht mit berücksichtigt worden. Teilt man aber die Paralytiker je nach dem Vorhandensein von tabischen Symptomen in zwei Gruppen, so findet man sehr selten eine normale L.-R. bei solchen mit tabischen Symptomen, und mehr als 50% zeigen eine refl. Pupillenstarre, dagegen bei Paralysen ohne manifeste tabische Zeichen eine viel höhere Anzahl mit normalen Pupillenreaktionen, und nur in 31% ein Argyll-Robertson. *Bostroem* bemerkt, daß, wenn bei Paralysen mit refl. Lichtstarre nicht in allen Fällen tabische Symptome gefunden würden, so liege das auch daran, daß bei einer Tabes des Halsmarks Reflexverlust, Ataxie, Sensibilitätsstörungen usw. nicht erwartet werden können. Es gäbe ja auch Tabesfälle, bei denen außer der refl. Pupillenstarre sich keine weiteren Symptome konstatieren lassen.

*Bumke*, *Rodiet*, *Dubos* und *Pancier* sahen nur bei initialen Fällen, dagegen fast nie unmittelbar vor dem Tode ihrer Patienten normale L.-R. *Bostroem* meint dagegen, daß man nicht ohne weiteres sagen könne, das Fehlen der Pupillenstörungen käme nur bei beginnenden Paralysen vor. In 10% der in seiner Klinik verstorbenen Paralytiker war die L.-R. völlig erhalten gewesen. Man müsse allerdings in Betracht ziehen, daß viele an interkurrenten Erkrankungen zugrunde gingen. Er kommt jedenfalls zum Schluß, daß zu einer Paralyse mit tabischen Symptomen doch wohl eine echte tabische Erkrankung gehöre, ebenso wie bei der Tabesparalyse im engeren Sinne, und daß die refl. Pupillenstarre ein tabisches Zeichen sei.

An der Rostocker Nervenklinik habe ich Untersuchungen bei Paralytikern mit normalen L.-R. vorgenommen, von den Gesichtspunkten ausgehend, erstens die von *Fischer* gefundenen Tatsachen an weiterem Material nachzuprüfen und gleichzeitig festzustellen, ob sich bei diesen Fällen außer fehlenden tabischen Zeichen noch weitere erhaltene Funktionen finden lassen, und ob deshalb evtl. sich die Paralytiker mit fehlenden Augensymptomen eines leichteren Krankheitsverlaufes erfreuen. Vielleicht auf Grund einer



geringeren toxischen Schädigung, falls *Hauptmanns* Theorie zu Recht besteht, oder einer nicht zur Paralyse hinzutretenden tabischen Komplikation. *Pönitz* sah allerdings keinen deutlichen Unterschied der Heilungsaussichten zwischen Kranken mit oder ohne Pupillenstörungen, und *Dreyfus* äußerte, eine schwere isolierte Pupillenanomalie könne durchaus gutartig, die leichteste die Vorläuferin einer Paralyse sein.

Zunächst habe ich die 23 (20 ♂ u. 3 ♀) augenblicklich stationierten Paralytiker untersucht und bei sieben Patienten eine, bei mehrfacher Nachprüfung einwandfrei normale Lichtreaktion feststellen können. Die Dunkel- und Helladaptation schien in diesen Fällen ebenfalls nicht gestört zu sein. Gleichfalls konnte ich bei ihnen keine pathologische Mydriasis, Miosis, Verziehung und Größendifferenz der Pupillen finden. Derartige Anomalien sind in leichter Form beim Gesunden nicht sehr selten, *Ivanoff* sah sie bei Rekruten in 9%, *Mantoux* in 5,4%, *Uthoff* in 1,8%. *Hansen* fand Pupillendifferenz geringen Grades bei inneren Krankheiten (Herzkrankheiten, Magengeschwüre, Gallen- und Pankreaserkrankungen, Nephrolithiasis). *Förster* hält sie für eine sogenannte sympathische Pupillenreaktion. *Hansen* vermutet, ob es sich nicht um eine zu den Headschen Zonen analoge Erscheinung handeln könne.

Da mir kein Pupilloskop oder dergleichen zur Verfügung stand, habe ich die Untersuchungen erst in der üblichen Weise bei Tagesbeleuchtung ausgeführt und dann im Dunkelmzimmer mit dem Lichtkegel einer Linse.

Die Erweiterungsreaktionen auf psychische und sensible Reize konnte ich mangels genauerer Beobachtungsinstrumente nicht einwandfrei beobachten, jedoch schienen dieselben bei erhaltener L.-R. nicht von der Norm abzuweichen. Pupillenbewegungen auf sensorische und sensible Reize sind bei der unvollkommenen refl. Lichtstarre schon frühzeitig, im ausgebildeten Stadium fast regelmäßig (*Weiler*), die auf sensible Reize in den meisten Fällen erloschen (*Bach, Bumke, Erb, Hillenberg, Hirschl*). *Moeli* fand bei Paralytikern mit refl. Pupillenstarre, daß die Pupillendilatation auf sensible Reize in 90% fehlte, dagegen bei erhaltener L.-R. nur in 13%. *Hirschl* betont, daß die Pupillenreaktion auf sensible Reize im allgemeinen früher sistiere, als die auf Lichteinfall.

Zu den 23 eigenen Untersuchungen habe ich 139 Krankengeschichten neu aufgenommenen Paralytiker (96 ♂ u. 43 ♀) der letzten zehn Jahre hinzugenommen und unter denen 23 Fälle mit ausdrücklich festgestellter normaler L.-R. der der Pupille bei der ersten Krankenhausaufnahme gefunden. Insgesamt fanden sich bei den 162 Paralytischen folgende Pupillenphänomene:

Normale L.-R. ....	30 Fälle = 18,6%
Träge u. unausg. L.-R. bei erhaltener Konvergenz.....	56 „ = 34,6%
Ref. Lichtstarre .....	45 „ = 27,8%
Träge L.-R. und träge Conv. ....	6 „ = 3,7%
Fehlende L.-R. u. träge C.-R.....	7 „ = 4,3%
einseitig. abs. Pup.-Starre .....	3 „ = 1,9%
absol. Pup.-Starre.....	15 „ = 9,3%

Diejenigen Paralytiker, die normale L.-R. aufwiesen, zeigten im Durchschnitt nicht gerade besonders auffällige atypische serologische Befunde. In nachstehender Tabelle sind die Untersuchungsergebnisse bei der ersten Aufnahme verzeichnet, bevor eine spezifische Fieberkur eingeleitet wurde. Bis auf die Fälle, 2—4—10—22, die etwa sechs Monate vorher mit Salvarsan behandelt waren, sind alle gänzlich ohne Behandlung eingeliefert worden. Die Angaben über das Alter der Kranken und die Dauer des paralytischen Prozesses beziehen sich auf den Tag der ersten Aufnahme. Hierzu sei bemerkt, daß der Beginn des psychisch abnormen Verhaltens der Kranken sich zeitlich nur sehr ungenau feststellen läßt, da die Erkennung der beginnenden Paralyse, abgesehen von ihrem wechselnden Symptomenreichtum an und für sich, auch noch von den Anforderungen an intellektuelle Leistungen der Erkrankten abhängig ist, ebenso von der Beobachtungsschärfe der Umgebung.

Behandelt waren im Primär- oder Sekundärstadium der Lues 11 Fälle (3, 5, 6, 7, 13, 14, 19, 20, 22, 28, 29). Bei vier Fällen (4, 9, 16, 17) war es fraglich, ob eine spezifische Therapie stattgehabt hatte, während bei 15 Fällen (1, 2, 8, 10, 11, 12, 15, 18, 21, 23, 24, 25, 26, 27, 30) wahrscheinlich keine Behandlung durchgeführt worden sein dürfte.

Die nächste Tabelle erhellt, daß nur in einem Falle (21) der Blutwassermann primär negativ war und in den Fällen 11—15—25 schwach positiv. Dieser Hundertsatz von 3,3 und 10 erhebt sich nicht über die Norm. Neg. Blut Wa. bei Paralyosen werden im Gegenteil gelegentlich höher angegeben (*Nonne* 5%, *Eskuchen* 5,5%, *Eicke* 8%, *Plaut* 0,6%, *Fritzsche* 11,8%) der Liquor Wa. war dagegen in 100% positiv. In vier Fällen (7, 11, 24, 26) = 13,3% war allerdings bei Anwendung von 0,1 ccm Liquor die Wa.-R. noch negativ, um aber bei Anwendung von 0,25 ccm vierfach positiv zu werden. In zwei weiteren Fällen (6, 13) war die Wa.-R. von 0,1 bis 0,25 schwach positiv, eine größere Liquormenge ist hierbei nicht verwendet worden.

Die Zellzahl war mit Ausnahme von Fall 18 (3/3) stets erhöht, zum Teil recht erheblich (814/3 bei Fall 26).

Die Phase I Reaktion war stets positiv. Der Eiweißgehalt nach *Brandberg* mit Ausnahme von Fall 4 = 0,25% und ebenfalls Fall 7 = 0,166% stets pathologisch erhöht, wobei in Fall 4 die vorausgegangene Behandlung in Betracht gezogen werden muß. In den meisten Fällen sind also die Entzündungserscheinungen deutlich ausgeprägt.

Nr.	Name, Beruf u. Alter	Form d. Paral.	Dauer d. Paralyse in Jahren	Inkubat.-Zeit in Jahren	Vorbehandelt	Wa. R. Blut
1	A. K., Tischler, 45 Jahre	e.dement	2	—	nein	++++
2	M. M., Landwirt, 47 Jahre	do.	1	—	do.	++++
3	W. M., Arbeiter 49 Jahre	manisch	1/4	8	ja	++++
4	Th. P., Vers.-Ag., 33 Jahre	depr.	1	—	?	++++
5	O. S., Lokomotivführer, 33 Jahre	e.dement	1	12	ja	++++
6	W. S., Kellner, 40 Jahre	do.	1/2	4	ja	++++
7	W. T., Versorg.-Anw., 31 Jahre	do.	1/4	10	ja	++++
8	J. A., Schafscherer 35 Jahre	do.	5	—	nein	++++
9	B. B., Hausangest. led., 30 Jahre	do.	1/2	—	?	++++
10	W. B., Schlosser, 36 Jahre	do.	1/4	10	nein	++++
11	B. D., Kaufmann, 42 Jahre	depr.	2	13	nein	0,1 $\Phi$ 0,4++++
12	M. D., Ehefrau, 63 Jahre	man.	1	—	nein	++++
13	H. E., Schreiber, 33 Jahre	e. dement	1	12	ja	++++
14	F. G., Gerichtsvollzieher, 48 Jahre	depr.	1/4	24	ja	++++
15	A. K., Wwe., 43 Jahre	e. dement	1/4	—	nein	++
16	C. K., Schlachter, 47 Jahre	do.	1	—	?	++++

Wa. R. Liquor	Zellen	Phase I	Brand-berg % <sub>∞</sub>	Eiweiß-rel. Quotient	Goldsol	Bemerkungen
0,1—1,0 ++++	114/3	++	1,0	—	Lues-Kurve	
0,1—0,5 ++++	200/3	++	2,0	—	Paralyse Kurve	Schußverl. am Kopfe Incontinentia alvi et urinae Paralyt. Anfälle.
0,1—0,5 ++++	115/3	schw. opal.	0,5	—	—	
0,1—1,0 ++++	424/3	+	0,25	0,81	Paralyse Kurve	
0,1 + + + + 0,25—1,0 ++++	68/3	+	0,5	2,22	do.	Atact. Gang. Parästhesien in d. Armen.
0,1 + 0,25 + + 0,1 ⊕	47/3	++	1,17	—	do.	
0,25 + + + + 0,5—1,0 ++++	345/3	+	0,166	1,0	Lues Zacke	
0,1—0,5 ++++	125/3	+	0,5	1,0	Paralyse Kurve	
0,1—0,5 ++++	126/3	++	1,66	—	do.	
0,1—1,0 ++++	35/3	+	0,42	1,0	do.	
0,1 ⊕ 0,25 + + 0,5—1,0 ++++	214/3	+	0,75	—	do.	Paralyt. Anfälle
0,1—0,5 ++++	220/3	+	0,75	2,65	do.	
0,1 + + 0,25 + + 0,1—1,0 ++++	74/3	—	—	—	—	Nissl i Strich. Paralyt. Anfälle
	128/3	+	0,75	—	Paralyse Kurve	Areflexie d. unt. Extr. Hypotonie d. Musk.-Oberarmreflexe schwach. Augenhintergrund rel. temporale Abblassung d. Papille
0,1 + + + + 0,25—0,5 ++++	258/3	++	1,0	—	do.	P. S. R. r. = l. gest. A. S. R. ⊕
0,1—1,0 ++++	14/3	+	0,5	1,32	do.	Paralyt. Anfälle. L. Auge 1911 d. Unfall verl.

Nr.	Name, Beruf u. Alter	Form d. Paral.	Dauer d. Paralyse in Jahren	Inkubat.-Zeit in Jahren	Vorbehandelt	Wa. R. Blut
17	S. K., Wwe. 60 Jahre	do.	1/4	—	?	++++
18	H. M., Verkäuferin, 31 Jahre	man.	1	—	nein	++++
19	H. M., Gütermak- ler, 32 Jahre	depr.	1/2	8	ja	++++
20	O. M., Kutscher, 34 Jahre	e. dement	1/2	4	ja	++++
21	C. N., Zimmerer, 44 Jahre	e. dement	1/2	—	nein	⊕
22	E. P., Jurist, 36 Jahre	do.	1/2	10	ja	++++
23	W. P., Steuersek. 39 Jahre	do.	1	—	nein	++++
24	A. S., Ehefrau, 39 Jahre	man.	1/2	—	nein	++++
25	G. S., Hausdame, 34 Jahre	e. dement	3/4	11	nein	0,1 ⊕ 0,4 ++
26	A. U., Wwe., 65 Jahre	man.	1/2	—	nein	++++
27	J. W., Schweizer, 32 Jahre	depr.	1	—	nein	++++
28	K. W., Landarbei- ter, 55 Jahre	man.	1/2	9	ja	++++
29	P. W., Hotelier, 41 Jahre	do.	2 1/2	8	ja	++++
30	P. Z., Tischler, 35 Jahre	do.	1 1/2	—	nein	++++

Der Eiweißrelationsquotient, der erst seit Mitte 1930 an der Klinik berücksichtigt wird, wurde achtmal berechnet. In den Fällen 5—7—8—10—12—16 war er über 1,0 und in zwei Fällen (4 = 0,81 und 17 = 0,66) unter 1,0.

Die Langesche Goldsolreaktion ist bei der ersten Aufnahme in den Fällen 3—13—18—19—28 noch nicht gemacht worden. Bei den übrigen war sie 22 mal eine Paralysekurve, zweimal (1, 26) im Sinne einer Lueskurve und einmal (7) in dem einer Lueszacke verändert.

Es sind also im ganzen 13 Fälle (1, 4, 6, 7, 11, 13, 15, 17, 18, 21, 24, 25, 26) mit nicht in allen vier Reaktionen für Paralyse typischen Laboratoriums-

Wa. R. Liquor	Zellen	Phase I	Brandberg % <sub>00</sub>	Eiweiß-rel. Quotient	Goldsol	Bemerkungen
0,1—0,5 ++++	249/3	++	0,75	0,66	do.	A. S. R. sehr schwach, Pat. S. R. gest. Mesaortitis (Nissl 2 Strich.)
0,1—1,0 ++++	3/3	(+)	—	—	—	(Nissl 2 Strich.)
0,1—1,0 ++++	126/3	—	—	—	—	(Nissl 4 Strich.)
0,1—1,0 ++++	126/3	++	0,75	—	Paralyse Kurve	
0,1++ 0,25—0,5 ++++	27/3	++	2,0	—	do.	
0,1—0,5 ++++	30/3	+	0,5	—	do.	
0,1++ 0,25—1,0 ++++	27/3	++	1,0	—	do.	Pupillen nicht ganz rund
0,1 ⊕ 0,25—1,0 ++++	73/3	+	1,0	—	do.	
0,1—0,5 ++++	376/3	++	1,0	—	do.	
0,1 ⊕ 0,25—0,5 ++++	814/3	++	1,0	—	Lues Kurve	
0,1—0,5 ++++	219/3	+	0,75	—	Paralyse Kurve	Facialisparese d. r. unt. Astes. Paralyt. Anfälle
0,1—1,0 ++++	30/3	+	0,5	—	—	
0,1—1,0 ++++	178/3	+	1,17	—	Paralyse Kurve	
0,1—1,0 ++++	200/3	++	2,66	—	do.	

befunden verknüpft. Zusammenfassend kann gesagt werden, daß sich in einem relativ hohen Prozentsatz die Blut- und Liquorverhältnisse nicht streng an die normalen Regeln halten. Diese Abweichungen sind auch mit Ausnahme der Fälle 7 und 21 nicht bedeutender Natur, jedenfalls nicht so ins Auge springend, wie die Untersuchungsergebnisse *Fischers*. Es bleibt aber dennoch der Anschein bestehen, als ob sich bei Paralysen ohne Pupillenstörungen im großen und ganzen die Blut- und Liquorverhältnisse günstiger gestalten, als bei solchen, mit Reflexstörungen der Iris.

Das Vorkommen der normalen L.-R. bei den klinischen Verlaufsarten (die ich unserem schematisierenden Bedürfnis entspre-

chend in fünf Gruppen eingeteilt habe) ergab eine relativ hohe Beteiligung der depressiven Formen. Bei den Tabesparalysen war stets eine pathologische Veränderung der L.-R. vorhanden. Im einzelnen war die Beteiligung folgende:

Form	Anzahl	davon norm.L.R.	in %
e. dement .....	94	17	18,08
manisch .....	36	8	22,22
depressiv .....	11	5	45,45
Taboparal. ....	19	—	—
Lissauer .....	2	—	—

Die Inkubationszeit ließ sich bei 14 Patienten feststellen. Die kürzeste Zeitspanne zwischen der Infektion und dem Ausbruch der Paralyse betrug vier Jahre (Fall 6 u. 20) und die längste 24 Jahre (Fall 14). Der Durchschnitt von 10,2 Jahren zeigt ebenfalls keine Besonderheiten. *Pilcz* und *Matuschek* geben für die Paralyse eine durchschnittlich 11 bis 12jährige Inkubationszeit an.

In allen untersuchten Altersklassen habe ich normale Pup.-R. gefunden. Jedoch war der relative Anteil nicht überall gleich. Nachstehende Tabelle zeigt die Alterszusammensetzungen meines Materials.

Alter in Jahren	20—29	30—39	40—49	50—59	60—69
alle 162 Pat. ....	10	63	55	26	8
davon hatten norm.L.-R.	1	16	9	1	3
in % .....	10	25	16	4	38

Die Zahl der Patienten ist an sich zu gering, als daß nicht der Zufall eine große Rolle spielte, wie ich es bei dem hohen Prozentsatz im siebenten Dezennium annehmen möchte. Dagegen dürfte ihm bei der absolut größeren Anzahl in den übrigen Altersklassen nicht ein so entscheidender Einfluß beigemessen werden. Mir möchte es immerhin als nicht rein zufällig erscheinen, daß gerade die Patienten in den dreißiger Jahren, also die im widerstandsfähigsten Alter stehenden, relativ am seltensten ihrer Lichtreaktion verlustig gehen. Juvenile Paralysen standen mir nicht zur Verfügung, doch sind die Veränderungen der Pupillenreaktionen bei ihnen im wesentlichen die gleichen, wie bei der Paralyse der Erwachsenen (*Alzheimer*, *Rosenfeld*). *Weiler* sah in 9% juveniler Paralysen normale L.-R., *Stöcker* in 11%, *Schmidt-Kraepelin* bei 39 Fällen zweimal = 5,2%. Auch bei diesen sind die Prozentzahlen

geringer als für die 30—40jährigen. Man kann hier aber nicht ohne weiteres Vergleiche ziehen.

*Istvàn Zsakò* untersuchte die L.-R. bei 134 paralytischen Frauen und fand, daß bei blauer Iris, im Gegensatz zu dunkeler pigmentierten, die L.-R. viel häufiger — sogar bis ins Spätstadium — völlig intakt blieb. Bei den von mir untersuchten 23 Kranken konnte ich keinerlei derartige Beziehungen finden. Blaue Augen hatten 10 Kranke, 9 braune und 4 Übergangsfarben (graugrün). Davon hatten je drei der ersten beiden und einer der letzten Gruppe normale L.-R.

Neurologisch zeigte die überwiegende Mehrzahl typische Steigerungen der Sehnenreflexe und keine Sensibilitätsstörungen. Abweichend hiervon verhielten sich Fall 5, bei dem ataktischer Gang und Paraesthesien in den Armen (Reflexe o. B.) und Fall 14 bei dem Areflexie der unteren Extremitäten und Hypotonie der Muskulatur feststellbar waren. Bei letzterem fand sich noch eine temporale Abblassung der rechten Papilla N. optici. Dieser Fall zeigt ausnahmsweise (auch die lange Inkubationszeit von 24 Jahren dürfte dafür sprechen) deutliche tabische Symptome. Fall 15 zeigte elf Tage ante exitum bei lebhaften Pat. S. R. fehlende A. S. R. Bei Fall 17 waren die A. S. R. schwer auslösbar. Es waren also vier Fälle trotz normaler L.-R. mit tabischen Zeichen verknüpft, wobei nur in Fall 14 sich deutliche derartige Symptome im Krankheitsbilde feststellen ließen. Bei Fall 15 und besonders Fall 17 möchte ich es dahingestellt sein lassen, ob es sich tatsächlich um tabische Zeichen handelte, denn die Pat. S. R. waren beide Male gesteigert, außerdem wurden die Kranken in körperlich außerordentlich kläglichem Zustande eingeliefert, so daß die A. S. Reflexe bei leichteren Untersuchungsbedingungen doch deutlicher gewesen sein könnten. Die Tatsache, daß völlig intakte L.-R. nicht tabische Erscheinungen ausschließt, dürfte gegen die Annahme sprechen, daß die L.-R.-Schädigung eine rein tabische Erkrankung ist. Es handelt sich aber um eine verhältnismäßig seltene Kombination (*Uthhoff* u. a.).

Wie ich bereits erwähnte, haben *Bumke*, *Rodiet*, *Dubos* und *Pancier* beobachtet, daß normale L.-R. in den Mittelstadien der Paralyse seltener als bei den initialen Fällen, in der Endperiode fast nie anzutreffen sei, und daß im Gegensatz dazu *Bostroem* erhaltene L.-R. in 10% der Paralysen bis zum Tode konstatierte. Wir haben normale Pupillenreaktion in neun Fällen (7, 9, 10, 15, 17, 20, 21, 24, 26) bis zu einer halbjährigen Krankheitsdauer beobachtet.

Bis zu 1	Jahr	2 Fälle	(19, 25),
über 1	„	6 „	(4, 12, 13, 14, 23, 27).



bis zu	1½	Jahren	1	Fälle	(30),
„	„	2	„	3	„ (5, 16, 22),
„	„	2½	„	1	„ (29),
„	„	3	„	2	„ (2, 18),
4, 5 u.	6	„ je	1	„	(11, 8, 28),
bis zu	7	„	2	„	(1, 6)
über	8	„	1	„	(3).

Bis zum Tode wurde die L.-R. in zehn Fällen beobachtet und blieb sechsmal völlig erhalten in den Fällen: 9 (Tod in Marasmus, Sektion keine sichere Todesursache), 12 († Pneumonie), 13 († Decubitus, Phlegmone der r. Hand, trophische Störungen in den Beinen), 15 († Marasmus, Herzschwäche) und 17 († Marasmus, allgemeine Organatrophie, ausgedehnter Decubitus, Herzschwäche, Mesaortitis), 30 († Decubitus, Lungenembolie). Eine sich entwickelnde iridomotorische Störung wurde nur viermal festgestellt, und zwar in Fall 18 eine träge L.-R. nach dreijähriger Krankheitsdauer, drei Monate vor dem Tode (Sepsis, Nierenabszeß). In Fall 19 nach einjähriger Krankheit, ein Monat vor dem Tode (Marasmus, Herzschwäche) eine Lichtstarre rechts, während links L.-R. und C.-R. völlig intakt blieben, in Fall 25 nach neunmonatiger Krankheitsdauer zwei Monate vor dem Tode (Marasmus) eine unvollständige refl. Lichtstarre rechts, links normale L.-R. Der letzte Fall 29 ist besonders interessant. Nach dreijähriger Krankheitsdauer wurde etwa 1/2 Jahr vor dem Tode (Marasmus, Herzschwäche) eine Hyporeflexie der unteren Extremitäten, die bis dahin nicht bestanden hatte, beobachtet. Etwa zwei bis drei Monate später wurde auch die bis dahin normale L.-R. unausgiebig und träge, gleichzeitig entstand ein Strabismus diverg. rechts. Diese Beobachtungen ergeben, daß über die Hälfte der Patienten (6 von 10) bis zum Tode ihre normale L.-R. behielten und nur vier dieselbe im allerletzten Stadium verloren. Scheidet man diejenigen Patienten aus, die eventuell an einer interkurrenten Krankheit gestorben sind, so ändert sich das Verhältnis in zwei zu drei. Ein Resultat, das sich eher den Beobachtungen *Bostroems* als *Bumkes* nähert. Die Zahl der Patienten ist jedoch zu gering, um irgendwelche Rückschlüsse ziehen zu können.

Spezifisch behandelt wurden 26 Fälle. (In drei Fällen [15, 17, 19] wurde keine Kur wegen körperlicher Schwäche vorgenommen, Fall 7 macht zurzeit noch eine Kur durch.) Den Gang der Therapie hier im einzelnen anzuführen, würde zu weit führen. Im großen und ganzen machten eine Malariakur 19 Pat. durch (1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29), 6 erhielten Pyrifereinjektionen (4, 5, 7, 9, 16, 21) und einer Sulfosin (30). Von diesen starben während der Kur 5 Pat. (9, 12, 15, 25, 30), resp. war dieselbe wegen bedrohlicher Zustände vorher abgesetzt worden.

Fall 26 war ohne Punction in eine andere Anstalt überführt worden, so daß die serologischen Befunde nach der Behandlung in 20 Fällen vorliegen.

Negativ wurde der Blut- und Liquor-Wa. in 20% dieser Fälle (1, 3, 6, 21). (In Fall 21 war der Wa. im Blut prim. negativ, dabei im Liq. schon bei 0,25 ccm vierfach positiv.) Eine Besserung der Wa.-R. trat in weiteren 20% ein (10, 11, 24, 27). Auch die übrigen Reaktionen waren bei allen diesen Fällen verändert, im Sinne einer Abschwächung des Eiweißgehaltes nach *Brandberg*, Phase I, Goldsol und Verminderung der Zellzahl. In drei weiteren Fällen (4, 5, 23) war eine Abschwächung des Liq. Wa. bei gleichbleibendem Blut Wa. eingetreten. Bei Fall 4 war außerdem eine Besserung der übrigen Reaktionen zu verzeichnen, während bei den Fällen 5 und 23 keine Veränderungen der Eiweißreaktionen gefunden wurden. Bei unverändert gebliebener Wa. R. war eine Besserung der übrigen Reaktionen in Fall 8 eingetreten.. Die restlichen 14 Fälle (gleich 53,84%) erwiesen sich trotz teilweiser häufiger Variationen und Wiederholung der Behandlung jeder therapeutischen Beeinflussung des serologischen Verhaltens unzugänglich. Die Zellzahl ließ sich in allen Fällen weitgehend reduzieren.

Die Angaben über Besserungen der serologischen Befunde schwanken ziemlich stark, im allgemeinen läßt sich der Liq. Wa. leichter beeinflussen, als der im Blut (*Plaut* u. *Kihn*). *Fleck* errechnet die Zahl der serologischen Besserungen des Blut Wa. auf 30% bei 100 Vollremissionen und auf 20% bei 100 Ungebesserten, *Plaut* auf 25% und 15% und *Kihn* auf 50% und 25% bei entsprechenden Liquorwerten. Unser Hundertsatz von 40 dürfte als ein günstiger bezeichnet werden. Der Zusammenhang zwischen serologischen und psychosomatischen Besserungen ist jedoch außerordentlich gering (*Plaut, Kihn, Dreyfus* u. a.), so daß dieses Ergebnis für die Prognosestellung nicht verwertet werden darf.

Bezüglich des körperlichen und intellektuellen Verhaltens der Patienten ist folgendes zu sagen. Von den 30 Fällen starben 16,66% kurz nach Einlieferung in die Heilanstalt. Fall 19 nach 28 Tagen, Fall 12 nach 26 Tagen, Fall 15 nach 11 Tagen, Fall 25 nach 90 Tagen, Fall 30 nach 60 Tagen. Auffällig ist, daß von diesen nur Fall 30 dem männlichen Geschlecht angehörte.

Anstaltsbedürftig blieben 11 Fälle (1, 2, 3, 6, 13, 17, 18, 19, 20, 26, 28). Das sind 36,66%. Allerdings sind hier zwei Kranke (17 u. 19) mit einbegriffen, die zu schwach für eine spezifische Behandlung, nur durch symptomatische Therapie  $\frac{3}{4}$  Jahr am Leben erhalten wurden und eigentlich in die erste Rubrik gehören.

Psychisch wenig gebessert wurden zwei Fälle (10, 14 = 6,66%) auf Wunsch in Hauspflege entlassen.

Eine mittelmäßige Remission erfuhren drei weitere Fälle = 10% (16, 24, 29). Bei acht Kranken (26,66%) ist eine gute Besserung eingetreten. Fünf (8, 11, 21, 23, 27) konnten wieder ihre alte Tätigkeit aufnehmen. Volle Berufsfähigkeit ist an sich noch kein einheitlicher Maßstab; und man wird je nachdem, welchen Berufsklassen die Patienten angehören, zu verschiedenen Resultaten kommen müssen. Daher rechne ich zu den Vollremissionen bzw. Vollberufsfähigen noch die Fälle 4 (Versicherungsagent), 5 (Lokomotivführer) und 22 (Jurist), bei denen eine Rückkehr in die alte Tätigkeit nicht zweckmäßig erschien. *Plaut* und *Kihn* errechnen den therapeutischen Erfolg bei maliariabehandelten Paralytikern für Vollberufsfähige 32,0%, Defektgeheilte 15,4%, Anstaltsbedürftige 32,7% und Verstorbene 19,2%. *Kraepelin* gibt bei 1 583 Fällen eine Besserung nur in 9,9% an.

Berücksichtigt man, daß nur 26 Pat. behandelt wurden, dann ergeben sich sehr ähnliche Prozentzahlen, wie sie *Plaut* und *Kihn* angeben.

Von 26 Pat. mit normaler L.-R.:

Vollrem. bzw. Berufsfähig .....	30,8%
Defektgeheilt .....	15,4%
Anstaltsbedürftig gebl. ....	34,6%
Verstorben .....	15,4%

Es ergibt sich an unserem Material, daß die Heilungsaussichten weder besonders günstig, noch ungünstig dastehen. *Pönitz* konnte ebenfalls nicht feststellen, daß Paralytiker ohne nachweisbare Pupillenstörungen mehr zu Vollheilungen neigten, als solche mit denselben.

Zur Prognose der Pupillenstörungen selbst äußern sich die meisten Autoren dahin, daß die einmal bestehende refl. Pupillenstarre sich nicht völlig wieder zurückzubilden pflege, jedenfalls ist es als extrem selten zu bezeichnen (*Uhthoff*). *Behr*, *Dattner* und *Kauders*, *Fleck*, *Gerstmann*, *Igersheimer*, *Jacob*, *Josmann*, *Kihn*, *Kirschbaum*, *Pönitz*, *Schultze*, *Uhthoff* u. a. sahen sie bei Paralyse nie. Eine Besserung des Pupillenbefundes dagegen kommt, allerdings auch sehr selten, vor. Anisokorien verschwinden und Pupillenverzerrungen bilden sich zurück. Die unvollständige refl. Lichtstarre kann fast in normale Grenzen zurückgehen (*Plaut* und *Kihn*). *Igersheimer* sah eine Besserung nach antiluetischer Therapie.

#### Zusammenfassung.

Es wurden im ganzen 162 Paralytiker untersucht. Bei 30 dieser Fälle war die Licht- und Konvergenz-Reaktion normal. Von diesen 30 Fällen wiesen vor Einleitung spezifischer Kuren 13 atypische Blut- und Liquorverhältnisse auf, im Sinne eines negativen

oder abgeschwächten Blut- und Liquor-Wa., normaler Zell- und Eiweißwerte im Liquor, eines Eiweißrelationsquotienten unter 1,0, einer Lueszacke der Langeschen Goldsolreaktion. Jedoch war bei einigen Fällen nur eine oder zwei dieser Reaktionen im obigen Sinne verändert. Nach spezifischer Behandlung wurde bei 26 dieser Fälle vierzehnmal eine Besserung der serologischen Befunde beobachtet.

Das normale Verhalten der L.-R. ist weder für eine bestimmte Form der paralytischen Psychose, noch für eine bestimmte Verlaufsform der progressiven Paralyse charakteristisch. Bei den Fällen, die mit depressiver Verstimmung einhergingen, war allerdings die L.-R. auffällig häufig erhalten. Eine relativ beträchtliche Zunahme der Fälle mit erhaltener L.-R. fand sich im vierten Lebensdezennium. Zwei Fälle waren trotz normaler L.-R. mit sonstigen deutlichen tabischen Symptomen verknüpft. Von den 30 Paralytikern sind zehn bis zum Exitus beobachtet worden, bei denen in sechs Fällen die L.-R. bis zum Tode völlig erhalten blieb, und nur bei vier Paralytikern stellten sich kurz vor dem Tode iridomotorische Störungen ein. Für eine Prognosestellung scheint die erhaltene L.-R. bedeutungslos zu sein.

---

### Literatur.

1. *Alzheimer*: Die Frühform der allgemeinen progressiven Paralyse. Allg. Z. f. Psych. Bd. 52, 1896.
2. *Astvazaturow*: Klinische Ergebnisse zur Lokalisation der refl. Pupillenstarre. (Psychoneur. Festschr. f. Juscenko.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 53, 1929.
3. *Bach*: Pupillenlehre 1908.
4. *Behr*: Die Lehre von den Pupillenbewegungen. Handb. d. ges. Augenheilkunde v. Graefe-Saemisch. Bd. 2, 1924.
5. *Bing* und *Franceschetti*: Die Pupille. Krz. Handb. d. Ophthalm. v. *Schieck* u. *Brückner*. Bd. 6.
6. *Blumenau*: Über den Mechanismus des Robertsonschen Symptomes und einiger anderer refl. Störungen. (Oboz. Psychiatr. 4, 1929.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58, 1930.
7. *Bostroem*: Die progressive Paralyse (Klinik). Handb. d. Geisteskrankh. v. *Bumke*. Bd. 8, 1930.
8. *Bumke*: Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkrankheiten. 1911.
9. —: Die Diagnose der Geisteskrankheiten. 1919.
10. —: Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 1924.
11. *Camauër*: Diagnostische Wichtigkeit der refl. Pupillenstarre. (Prensa méd. arg. 17, 1930.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58, 1930.

12. *Cousin et Périssou*: Un nouveau cas de signe d'Argyll-Rob. unilatéral consécutif a un Zona ophtalmique. (Rev. d. Otol. etc. 7, 1929.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 54, 1930.
13. *Fischer* Normale Pupillenreaktionen bei progressiver Paralyse. Med. Klinik, 1932, Seite 13.
14. *Fuchs*: Augensymptome der Cerebrallues, Tabes und Paralyse. (Cron. méd. mexicana, Bd. 27, No. 1.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 50, 1929.
15. *Guillain, Courmand u. Rouques*: Encephalomyelitis acuta disseminata vom Typ der multiplen Sklerose mit dem Syndrom von Parinaud und vorübergehendem Arg.-Rob.-Zeichen. (Revue Neur. 37, L 60—67, 1930.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 56. 1930.
16. *Hansen*: Pupillenungleichheit als Symptom innerer Erkrankungen. Dtsch. Zschr. f. Nervenheilk. Bd. 107, 1928.
17. *Hauptmann*: Atiologie und Pathogenese der syphilitischen Geistesstörungen. Handb. d. Geisteskrankh. v. *Bumke*. Bd. 8, 1930.
18. *Hoche*: Dementia paralytica. Handb. d. Psych. von *Aschaffenburg* spec. T., 5 Abt. 1912.
19. *Igersheimer*: Syphilis und Auge. Handb. d. Haut- u. Geschlechtskrankh. v. *Jadassohn*. Bd. 17, T. 2, 1928.
20. *Ingear*: Oberflächensyndrome des Zentralnervensystems. (Ber. d. Berl. Ges. f. Psych. u. Neur. Sitzung v. 11. II. 1929.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 53. 1929.
21. *Jahnel*: Pathologische Anatomie der progressiven Paralyse. Handb. d. Geisteskrankh. v. *Bumke*. Bd. 11, 1930.
22. *Lenz*: Untersuchungen über die anatomische Grundlage von Pupillenstörungen, insbesondere d. refl. Pupillenstarre. Bericht üb. d. 47. Zusammenkunft d. D. ophthal. Ges. in Heidelberg, 1928.
23. *Levinson*: Zur Kenntnis der Physiologie und Pathologie der Pupillenbahnen. D. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 56, 1917.
24. *Moreau, Fontaine et Carcin*: Signe d'Arg.-Rob. par abcès de la caloth pédonculaire au cours d'une méningo-encéphalite suppurée à pneumocoques. (Soc. de Neurol. Paris, 3. VIII. 1930.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58. 1930.
25. *Nonne*: Über die Bedeutung der Liquoruntersuchungen für die Prognose von isolierten syphiligen Pupillenstörungen. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 51, 1914.
26. —: Syphilis und Nervensystem. 5. Aufl., 1924.
27. *Oebeke*: Über die Pupillenreaktionen und einige andere Erscheinungen bei der allgemeinen fortschreitenden Paralyse, mit Berücksichtigung der Syphilisfrage. Allg. Ztschr. f. Psych. Bd. 50, 1894.
28. *Peter*: Ref. Pupillenstarre und Alkoholismus chron. gravis. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 100, 1927.
29. *Plaut u. Kihn*: Die Behandlung der syphiligen Geistesstörungen. Handb. d. Geisteskrankh. v. *Bumke*. Bd. 8, 1930.
30. *Pönitz*: Der defektgeheilte Paralytiker. Spez. Path. u. Therapie inn. Krankh. v. *Th. Brugsch*. Ergänzungsbd. IV, 1930.
31. *Reichardt*: Über Pupillenfasern im Sehnerv und über refl. Pupillenstarre. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 25, 1904.
32. *Rizziatti*: Reazione pup. alla luce e sintoma di Arg.-Rob. discorie

- e anisocorie. (N. Psych. 59, 1930.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 58, 1930.
33. *Rosenfeld*: Über juvenile Paralyse. Med. Klinik, 1912, S. 1788.
  34. *Schmidt-Kraepelin*: Über die juvenile Paralyse. 1920.
  35. *Da Silva*: Innere Augenmotorizität und Psyche. Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 60, 1931.
  36. *Stöcker*: Über eigenartige Unterschiede im Pupillenbefund bei progressiver Paralyse der Erwachsenen und der juvenilen Form. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 26, 1914.
  37. *Tièri*: La teoria patogenet. d. signo d. Arg.-Rob. (Riv. oto-neurooftalmol. Bd. 5, 1928.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 51, 1929.
  38. *Uthoff*: Die Augensymptome bei den Erkrankungen des Nervensystems. Handb. f. d. ges. Augenheilk. v. *Graefe-Saemisch*. Bd. 11, Abt. B.
  39. —: Die Augenstörungen bei Vergiftungen, Erkrankungen des Rückenmarks usw. Handb. f. ges. Augenheilk. v. *Graefe-Saemisch*. Bd. 11, Abt. 2 A.
  40. *Vancea*: Existiert ein Symptomenkomplex der Iris bei Tabes und Paralysis progressiva. Ztschr. f. d. ges. Augenheilk. Bd. 73, 1931.
  41. *Weiler*: Untersuchungen der Pupille und der Irisbewegungen beim Menschen. Ztschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 2, 1910.
  42. *Wilbrand-Saenger*: Neurologie des Auges. Bd. 9, 1922.
  43. *Wilson, Kinnier u. Gerstle jr.*: The Arg.-Rob. sign in mesencephalic tumors. (Arch. of Neur. 22, 1929.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 54, 1930.
  44. *Wüllenweber*: Weiterer Beitrag zur Frage der prognostischen Bedeutung des Verhaltens des Liquor spinalis bei isol. syphiligen Pupillenstörungen. Dtsch. Ztschr. f. Nervenheilk. Bd. 74, 1922.
  45. *Zsákó*: Die Farbe der Regenbogenhaut und der Pupillenreaktionen. (Gyógyaszat 1928, II, 1055—1056.) Ref. Zbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 54, 1930.
-

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch. Dir.: Prof. Dr. K. Birnbaum.)

## Zur psychiatrischen Systematik und Statistik.

Von

**Martin Grotjahn.**

Inhalt:

- A. Unterschiede zwischen psychiatrischer Systematik und statistischer Rubrifizierung.
- B. Berechtigung der Statistik als sozialhygienische Forschungsmethode in der Psychiatrie.
  - Die Kriterien der soz.-hyg. Bedeutung einer Krankheit.
  - Anwendung dieses Maßstabes auf die Geisteskrankheiten.
  - Die bisherige psychiatrische Statistik.
- C. Besonderheiten der psychiatrischen Statistik.
  - I. Allgemeine Regeln.
    - Begrenzung des Gegenstandes der Statistik.
    - Notwendigkeit der Übereinstimmung mit der Bevölkerungsstatistik.
    - Möglichkeit der Entlassungsstatistik.
    - Ausgangsmaterial für die Eugeniker.
    - Rubrifizierung.
  - II. Spezielle Bemerkungen zum Entwurf einer Diagnostentabelle der statistischen Kommission von 1930.
- D. Entwurf einer Zählkarte und eines Abänderungsvorschlages zur Diagnostentabelle.

Die Schwierigkeiten einer psychiatrischen Statistik haben ihren Grund in den Schwierigkeiten der Klassifikation und Nomenklatur der Geisteskrankheiten überhaupt, und es scheint, als sei die Überwindung der grundsätzlichen Fragen bei dem heutigen Stand der Psychiatrie aussichtsloser denn je. Es fehlt an einer festgefühten Systematik, wie es die *Kraepelinsche* war, und außerdem ist die Entwicklung der Psychiatrie nicht auf Neuschöpfung einer Systematik gerichtet. Alle Diskussionen über die methodischen Grundlagen, die auf keinem andern medizinischen Fachgebiet so hartnäckig geführt worden sind wie in der Psychiatrie, haben zwar grundsätzliche Klärung gebracht, aber auch gezeigt, daß ein einwandfreies psychiatrisches System in praxi nicht mög-

---

Anmerkung: betrifft die auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Würzburg am 20. und 21. April 1933 bevorstehende Besprechung über die Statistik der Geisteskrankheiten. Der Herausgeber.

lich ist. Um den wissenschaftlichen Anforderungen genüge zu leisten, müßte eine ideale Systematik drei ganz verschiedene Dinge zusammenfassen: sie müßte den Morbus in seiner Ätiologie und in seinem pathologisch-anatomischen Substrat bezeichnen, den psychopathologischen Zustand schildern und den klinischen Verlauf kennzeichnen. Mit andern Worten, es müßte möglich sein, mit theoretisch so klar und scharf umrissenen Begriffen wie Pathogenetik und Pathoplastik (*Birnbaum*) praktisch ernst zu machen. Das Ziel ist also schon gesteckt, aber weder auf psychologische noch auf physiologische Weise zu erreichen. Versuche, die Ansprüche einer idealen Systematik kompromißlos in der Psychiatrie durchzuführen, sind wohl kaum als gelungen zu bezeichnen. Selbst die psycho-analytische Schule, die am deutlichsten die Konsequenzen aus der Unvereinbarkeit psychischer Befunde mit physischen Korrelaten zieht und unter betonter Vernachlässigung innermedizinischer Methoden, unter vorläufigem Verzicht auf ärztliche Absichten, sich der Pathopsychologie der Psychosen zuwendet, kommt zu keiner eigenen Systematik.

Wenn also die Neuschöpfung eines Systems noch nicht möglich ist, andererseits die Rückkehr zum *Kraepelinschen* System auch nicht ohne weiteres angebracht erscheint, so bleibt als einziger Ausweg die Zweckeinstellung. In diesem speziellen Falle gilt es, die bestmögliche systematische Zusammenstellung der Geisteskrankheiten für statistische Zwecke zu finden. Aus der psychiatrischen Systematik soll eine zielgerichtete Rubrifizierung für statistische Zwecke abgeleitet werden.

Die Statistik, die hauptsächlichliche Forschungsmethode der sozialen Hygiene, dient zur Erfassung großer und sozial wichtiger Krankheitserscheinungen. Sie beobachtet eine möglichst große Zahl von möglichst gleichartigen Erkrankungsfällen unter möglichst ähnlichen Bedingungen und in möglichst gleichen Zeitabläufen. Sie hebt unter Vernachlässigung des Zufälligen und Seltenen das Typische hervor und ermöglicht infolge des Gesetzes der großen Zahl Erscheinungen zu beobachten, die nur an der Masse erkennbar sind. Die statistische Erfassung eignet sich nur für Krankheitsgruppen von sozialhygienischer Bedeutung, als deren Maßstab *Alfred Grotjahn* sechs Kriterien angibt. In erster Linie wird die Bedeutung einer Krankheit vom sozialen Gesichtspunkt aus durch ihre Häufigkeit bestimmt. Zweitens muß die Masse der Erkrankungen eine gewisse Gleichartigkeit aufweisen, d. h. sie müssen unter einen Gesichtspunkt zusammengefaßt werden können. Das dritte Kriterium liegt in der Verursachung der Krankheit, die im Zusammenhang mit der sozialen Umwelt untersucht werden soll. Dabei bleibt es gleich, ob die Krankheitsanlage, ihre Verursachung oder ihr Verlauf sozial beeinflußt wird.



Von größter Bedeutung ist viertens die soziale Wirkung einer Krankheit, sei es nun Heilung, Siechtum oder Tod, dysgenische oder kriminelle Gefährdung der Gemeinschaft. Die Frage der ärztlichen Behandlungsfähigkeit einer Krankheit wäre das fünfte Kriterium, dem sich logisch die Frage nach der Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch soziale Maßnahmen anschließt.

Wendet man diese Gesichtspunkte auf die Gesamtheit der Geisteskranken an, so ergibt sich ein Bild ihrer ungeheuren sozialhygienischen Bedeutung. Die Geisteskranken sind häufig. Die noch nicht abgeschlossenen Untersuchungen des Münchener Forschungsinstitutes zeigen, daß der Prozentsatz der wirklich Kranken ein vielfaches der Anstaltsinsassen ausmachen. Als Masse betrachtet und ohne Rücksicht auf feinere Unterschiede in der Symptomatik sind die Geisteskrankheiten auch verhältnismäßig gleichartig und gut erfaßbar. Wenn man von einer sozialen Verursachung bei den Geisteskrankheiten nicht sprechen kann, so ist das soziale Milieu deshalb keineswegs für alle Fälle bedeutungslos. Am folgenschwersten ist die Wirkung der Geisteskranken auf ihre soziale Umwelt; sie allein würde schon die sozialhygienische Betrachtungsweise auf psychiatrischen Gebiet rechtfertigen: Chronisches Siechtum, jahrzehntelanger Anstaltsaufenthalt, Kriminalität, Verwahrlosung, Belastung der Wohlfahrtseinrichtungen sind die hauptsächlichsten Wirkungen, zu der sich noch die dysgenische Wirkung durch schwere Schädigung der Erbgesundheit des Volkes hinzugesellt. Auch die therapeutischen Möglichkeiten bestehen nur zum Teil in der ärztlichen Behandlung des einzelnen Patienten und müssen sich mit Maßnahmen zur Vermeidung des sozialen Schadens ergänzen. Selbst die eugenischen Maßnahmen, die zur Bekämpfung der Geisteskrankheiten als des wichtigsten Erbübels notwendig sind, werden bei der Unmöglichkeit einer Individualprognose in generellen Regeln und auf sozialem Gebiet zu suchen sein.

Obwohl also die Geisteskrankheiten ein vielversprechendes Arbeitsgebiet für die soziale Hygiene sind, wird noch heute die offizielle psychiatrische Statistik im Gegensatz zur inoffiziellen durch ein Erhebungsförmular beherrscht, das den wissenschaftlichen Ansprüchen keineswegs gerecht wird. Es ist dies die durch Bundesratsbeschluß vom 12. 12. 1901 erlassene Diagnosenzusammenstellung (gekennzeichnet durch den Begriff »einfache Seelenstörung«). Den entscheidenden Schritt, die Systematik der modernen Psychiatrie der Statistik der Geisteskrankheiten zugrunde zu legen, wurde von der 1929 eingesetzten statistischen Kommission des Deutschen Vereins für Psychiatrie gemacht. Das Resultat der Kommissionsarbeit war der »Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten

Diagnosentabelle der Geisteskrankheiten«, über die *Wilmanns* (Heidelberg) auf der Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie am 25. 4. 1930 in Stuttgart referierte und die fast identisch ist mit einem von *Bonhoeffer* für die Charité seit Jahren eingeführten Schema. Dieser Entwurf sollte bis zum Jahre 1933 praktisch erprobt werden, um dann an Hand der neuerworbenen Erfahrungen in die endgültige Form überführt zu werden. (Einen solchen Bericht über die Erfahrung mit der Diagnosentabelle hat z. B. *Kurt Schneider* für die psychiatrische Abteilung des städtischen Krankenhauses Schwabing in München gegeben.)

Hier soll nun nicht der Versuch gemacht werden, eine Einigung innerhalb der psychiatrischen Statistik auf eine allgemein gültige Nomenklatur und Klassifikation der Geisteskrankheiten zu stören. Aber eine möglichst weitgehende Klärung aller Fragen kann dieser Einigung nur dienen, für die der Zeitpunkt niemals so günstig war wie im Augenblick. Denn zu dem Bestreben der Psychiater nach Genauigkeit und Einheitlichkeit der Statistik gesellen sich zwei tatkräftige und Erfolg gewohnte Vertreter von Zeitströmungen, die ein gesteigertes Interesse an einer brauchbaren und vergleichsfähigen Anstaltsstatistik haben. Es sind das auf der einen Seite die Sparsamkeitsapostel aus der Verwaltungsbürokratie und auf der andern Seite die Bevölkerungspolitiker, die eine solche Statistik zur Durchführung und Grundlegung ihrer bevölkerungspolitischen Pläne verlangen. Psychiater, Nationalökonomien und Eugeniker arbeiten also an der Verwirklichung desselben Zieles.

Es soll später versucht werden zwischen der Diagnosentabelle 1930 und der Systematik der heutigen Psychiatrie, wie sie vornehmlich im *Bumkeschen* Handbuch der Geisteskrankheiten re-präsentiert werde, einen Vergleich zu ziehen. Das Ziel des Vergleiches sei, unter Beachtung einiger allgemeiner und spezieller statistischer Regeln den günstigsten Ausgleich zwischen wissenschaftlicher Systematik und statistischer Rubrifizierung zu finden. Während die speziellen Regeln, die als Maßstab beim Vergleich dienen, im besonderen Falle angeführt werden sollen, sei vorher noch auf einige allgemeine Regeln hingewiesen.

1. Die Definition des Gegenstandes der statistischen Erfassung ist sehr einfach. Gezählt werden die Anstaltsaufnahmen. Es hat dies den großen Vorteil der scharfen Umgrenzung. Außerdem kann auf diese Weise für die Mehrzahl der Fälle die Debatte über den Normbegriff als erledigt gelten. Die Beschränkung auf die Zahl der Aufnahmen hat aber zwei Unvollständigkeiten zur Folge. Es entsteht nämlich kein Bild von der Gesamtheit der Geisteskranken in der Bevölkerung. Das Gesetz der großen Zahl gilt aber nur dann, wenn entweder die Masse der Erkrankungsfälle wirklich vollständig erfaßt wird oder wenn ein so charakte-

ristischer Teil der Kranken gezählt wird, der einen Schluß auf die Gesamtheit zuläßt. Beides ist nicht der Fall. Das Heer der Schwachsinnigen, der Psychopathen und vieler Krimineller und Sonderlinge bleibt ungezählt, was besonders von den Eugenikern bedauert wird. Zweitens bedeutet die gleichmäßige Zählung aller Aufnahmen einen Verzicht auf die kontinuierliche Beobachtung der Erkrankungshäufigkeit, da das Fallen und Sinken der Aufnahmeziffer bei den häufigen Wiederaufnahmen und dem damit bedingten Doppelzählen keinen Rückschluß auf die wirkliche Zahl der Erkrankungen gestattet. Eine gewisse Berichtigung wäre durch die beabsichtigte und unbedingt zu fordernde Trennung von Neu- und Wiederaufnahmen möglich.

2. Die demographischen Verhältnisse der Aufnahmen müssen festgestellt werden. Es ist dies nicht notwendig, um auf eventuelle soziale Ursachen zu schließen; sondern es soll auf diese Weise eine Vergleichsmöglichkeit mit dem Bevölkerungsdurchschnitt gewonnen werden. Ohne den würden alle Zahlen in der Luft hängen. Am zweckmäßigsten würde das auch äußerlich durch Übernahme oder strengste Anlehnung an das Erhebungsschema der Bevölkerungsstatistik geschehen.

3. Den Nationalökonomien ist die Möglichkeit zu geben, ihre Entlassungs- resp. Bestandsstatistik direkt ohne Rückfragen aus dem Urmaterial aufzubauen. Dazu gehört also Angabe des Aufnahme- und Entlassungsdatums, woraus die Behandlungsdauer errechnet werden kann. Ferner müßte mit einem Wort das Schicksal des Patienten gekennzeichnet sein: Geheilt, gebessert oder ungebessert entlassen, Siechtum bei voraussichtlich noch längerer Anstaltsbehandlung vom Stichtage ab; verstorben.

4. Den eugenischen Interessen ist im Rahmen einer umfassenden Statistik nur schwer entgegenzukommen. Die Erbwissenschaft arbeitet mit einer so verfeinerten Methodik, die nicht von einer gewöhnlichen Statistik erreicht werden kann. Aber durch Angaben von Adressen der Angehörigen des Patienten (die aber eigentlich in die Beiakten und nicht auf die Zählkarte gehören) wäre den Eugenikern schon ein Fingerzeig gegeben, den sie zum Ausgangspunkt eigener Untersuchung benutzen könnten. Nur die Frage »ist Patient Zwilling?« wäre zu übernehmen.

5. Die letzte und größte Notwendigkeit psychiatrischer Statistik ist die Rubrifizierung der Diagnosen. Selbst wenn die Zusammenstellung der Diagnosen zu einem Schema inhaltlich umfassend, formal einheitlich, möglichst eindeutig und einfach aufgebaut ist, ergeben sich noch zwei Schwierigkeiten aus den Besonderheiten psychiatrischer Diagnostik. Bei den wenigen, objektiv unantastbaren Kriterien, mit denen sich nur ein kleiner Teil der psychiatrischen Diagnosen unterbauen läßt, ist dem freien sub-

jektiven Ermessen des Einzelnen ein großer Spielraum gegeben, der zur statistischen Auswertung im umgekehrten Verhältnis steht. Nur zum Teil läßt sich diese Frage durch Aufstellung von Untergruppen lösen, in denen die umstrittenen Fälle eingereiht werden, und die dann je nach der Auffassung des späteren Bearbeiters zu dieser oder jener Hauptgruppe gezählt werden können. Zweitens erschwert sich die Entscheidung, wohin der betreffende Fall zu zählen sei, wenn mehrere Diagnosen bei demselben Patienten vorliegen. Methodisch wäre hier eine Kombinationsstatistik das Beste, praktisch ist sie aber viel zu kompliziert und deshalb undurchführbar. In solchen Zweifelsfällen werden sich durch Tradition Regeln herausbilden, die vielleicht einmal kurz zusammengefaßt dem Schema mitgegeben werden können. Hierher würde z. B. der Vorschlag von K. *Schneider* gehören, den Aufnahmegrund zur Entscheidung der Einordnung heranzuziehen. — Zur Technik der Rubrifizierung sei noch vorausgeschickt, daß in Fällen, in denen kein Zweifel über ihre Einordnung in eine der vorhandenen Hauptgruppen besteht, aber für die keine passende Untergruppe gefunden werden kann, daß in solchen Fällen die Angabe der Diagnosennummer ohne weiteren Zusatz genügt (z. B. Diagnose Nr. 6, wenn Zweifel bestehen ob 6a, b oder c, zutreffen würde).

Nun sollen die hier erwähnten Gesichtspunkte auf den Entwurf der statistischen Kommission von 1930 angewandt werden. Zur besseren Vergegenwärtigung sei sie noch einmal wiedergegeben:

#### Entwurf der statistischen Kommission von 1930:

1. Angeborene und früh erworbene Schwachsinnszustände (Idiotie und Imbezillität):
  - a) ohne nachweisbare Ursache,
  - b) infolge von Gehirnschädigungen,
  - c) Kretinismus.
2. Psychische Störungen nach Gehirnverletzungen (Gehirnerschütterung und Gehirnquetschung):
  - a) akute traumatische Psychosen (Kommotionspsychosen),
  - b) traumatische Folgezustände (epileptische Wesensveränderung usw.).
3. Progressive Paralyse.
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes.
5. Encephalitis epidemica.
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters:
  - a) arteriosklerotische Formen (einschl. d. genuinen Hypertonie),
  - b) präsenile Formen (depressive und paranoide Bilder),

- c) senile Formen,
- d) andere Formen (*Alzheimer, Pick* usw.).
- 7. Huntingtonsche Chorea.
- 8. Psychische Störungen bei anderen Hirnkrankheiten (Tumor, multiple Sklerose usw.).
- 9. Psychische Störungen bei akuten Infektionen, bei Erkrankungen innerer Organe, bei Allgemeinerkrankungen und Kachexien (»symptomatische Psychosen« im engeren Sinne):
  - a) bei Infektionskrankheiten (einschließlich Chorea minor),
  - b) bei Erkrankungen innerer Organe, Allgemeinerkrankungen und Kachexien (Erkrankungen der Kreislauforgane, Instestinalerkrankungen, Diabetes, Uraemie und Eklampsie, Anämien, Karzinose usw.),
  - c) bei Basedow, Myxödem, Tetanie und anderen endokrinen Erkrankungen.
- 10. Alkoholismus:
  - a) Rauschzustände,
  - b) Chronischer Alkoholismus (Eifersuchtswahn usw.),
  - c) Delirium tremens und Halluzinose,
  - d) Korsakowsche Psychose.
- 11. Morphinismus, Kokainismus und verwandte Suchten (Schlafmittel).
- 12. Psychische Störungen bei anderen Vergiftungen: Blei, Quecksilber, Arsen, Schwefelkohlenstoff, Kohlenoxyd usw.
- 13. Epilepsie ohne nachweisbare Ursache.
- 14. Schizophrener Formenkreis.
- 15. Manisch-depressiver Formenkreis:
  - a) manische und depressive Phasen,
  - b) hypomanische, depressive und zylothyme Konstitution.
- 16. Psychopathische Persönlichkeiten<sup>1)</sup>.
- 17. Abnorme Reaktionen<sup>1)</sup>:
  - a) paranoische Reaktionen und paranoische Entwicklungen (Querulantenwahn u. ä.),
  - b) hysterische Reaktionen,
  - c) Haftreaktionen,
  - d) Rentenneurose,
  - e) induziertes Irresein.
- 18. Psychopathische Kinder und Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres).
- 19. Ungeklärte Fälle.
- 20. Nervenkrankheiten ohne psychische Störungen.
- 21. Nicht nervenkrank und frei von psychischen Abweichungen.

---

<sup>1)</sup> Kinder und Jugendliche sind unter Nr. 18 aufzuführen.

Die erste Hauptgruppe der Diagnostentabelle umfaßt die angeborenen und früh erworbenen Schwachsinnzustände. Es wird auf eine Gradeinteilung in Idiotie, Imbezillität und Debilität verzichtet, ebenso wie im Interesse einer einfacheren Zählung fast alle Sonderformen von klinischer und erbbiologischer Bedeutung fortgelassen werden wie z. B. Mongoloidismus, familiäre Idiotie, tuberöse Sklerose, Infantilismen. Nicht ganz klar wird, an welche Stelle der degenerative Schwachsinn einzuordnen ist. Nicht hervorgehoben ist ferner die Debilität, die auch in der Klammer hinter Imbezillität genannt werden sollte und die sinngemäß aber unter 1a gerechnet werden muß.

Die zweite Hauptgruppe teilt die psychischen Störungen nach Hirnverletzungen in zwei Untergruppen. Als dritte Untergruppe verdient die Hysterie der Hirnverletzten hervorgehoben zu werden. In dem Schema ist ihre Zählung unter »traumatische Folgezustände« möglich, was aber der Auffassung von der Hysterie nicht entsprechen würde. Ihre Rubrifizierung unter »hysterische Reaktionen« (17b) würde aber der tatsächlichen Hirnverletzung, die ja statistisch erfaßt werden soll, nicht gerecht werden.

Die dritte Gruppe »progressive Paralyse« zeigt überhaupt keine Unterteilung. Es fehlt erstens die Einteilung in die klassischen Formen (stumpf, dement, euphorisch, expansiv, agitiert, depressiv usw.). Immerhin bildet die inzipiente Paralyse eine gewisse Einheit und ihre Zusammenfassung wäre gerechtfertigt. Es fehlen zweitens die Sonderformen wie Lissauersche, juvenile und Taboparalyse. Drittens hat die Malariabehandlung dem Verlauf der Paralyse ein ganz neues Gesicht gegeben und wichtige Fragen aufgeworfen, deren Beantwortung auf statistischem Wege erwartet werden könnte: Es sind das die Fragen nach den Remissionen, dem langsam chronischen Verlauf, den Defektheilungen und den paranoid-halluzinatorischen schizophrenieähnlichen Zustandsbildern nach der Malariabehandlung. Mit einem Schlage lassen sich diese Fragen natürlich nicht beantworten. Vielleicht würde sich eine Dreiteilung der progressiven Paralyse empfehlen: in typische klassische Formen, in Sonderformen und in malariabehandelte, chronisch gewordene, stationäre oder remittierende, fieberbehandelte anstaltsbedürftige Defektzustände, unter denen paranoid-halluzinatorische Bilder inbegriffen wären. Eine geheilte oder entlassungsfähig gebesserte Paralyse müßte dann unter 3a des Abänderungsvorschlages gezählt werden. Die Gruppe 3c wäre dann den voraussichtlich chronisch Kranken und Anstaltsbedürftigen vorbehalten.

Die vierte Gruppe »psychische Störungen bei Lues cerebri und Tabes« deckt sich nicht ganz mit dem, was im *Bumkeschen* Handbuch mit Luespsychosen bezeichnet wird (Spezieller Teil IV,

*A. Bostroem*, München). Zweckmäßig wäre es, Lues cerebri und Luespsychosen von der Tabes zu trennen. Außerdem fehlen die psychoreaktiven Erscheinungen in der Frühperiode nach der Luesinfektion, die syphilitische Neurasthenie, und es fehlt auch die frühluische Meningitis. Bei der seltenen Anstaltsbedürftigkeit dieser Erkrankungen dürfte ihre Weglassung jedoch kaum eine Rolle spielen.

Die Gruppe fünf »Encephalitis epidemica« ist so eng umgrenzt und so einheitlich in ihren Erscheinungen, daß eine weitere Unterteilung (etwa in delirante, apathisch-stumpfe, manische oder depressive Zustände, psychische Störungen bei akinetisch-hyperkinetischem Syndrom, Drang- und Zwangshandlungen, Halluzinosen) gekünstelt erscheinen würde.

Die sechste Gruppe ist eine Sammelrubrik für alle psychischen Störungen des höheren Lebensalters, die der subjektiven Anschauung jedes Psychiaters die größte Freiheit gibt und damit der statistischen Auswertung die engsten Grenzen zieht. Arteriosklerotische Frühsymptome, Hypertonie, postapoplektische Psychosen und Verwirrheitszustände, einfache Demenzen, paralyseähnliche Bilder, Encephalitis subcorticalis, Pseudobulbärparalysen werden unter 6a zusammengefaßt. Immerhin erfolgt die Orientierung nach dem gesicherten Oberbegriff »Arteriosklerose«, während ein solcher richtungsgebender Oberbegriff bei der Gruppe 6b »präsenile Formen« nicht existiert. Da einerseits nicht ausgeführt ist, wie weit der Begriff des schizophhrenen Formenkreises (Gruppe 14) gezogen ist, andererseits von *Wilmanns* besonders hervorgehoben wird, daß z. B. die Involutionmelancholie zur manisch-depressiven Gruppe (15a) gerechnet werden soll, bleibt es dem freien subjektiven Ermessen überlassen, ob hier die Akzidental-Psychosen der Arteriosklerose (depressive, manische, paranoische Zustände) oder Paranoia und Paraphrenie, Spätkatatonie, Involutionparanoia und -melancholie oder psychotisch ausgebaute Sonderformen seniler und »präseniler« (?) Demenz gemeint sind. Da hier aber eine wirkliche und nicht fortzudiskutierende Lücke im psychiatrischen Wissen vorliegt und nicht eine Fehlerhaftigkeit der Diagnostentabelle, so kann auch die Systematik des *Bunke*-schen Handbuches nicht weiter führen. Dort werden die Krankheitssyndrome, die hier als präsenil zusammengefaßt werden, z. T. bei der Arteriosklerose abgehandelt oder als »Geisteskrankheiten des Umbildungsalters und der Involutionszeit« (Klimakterium, Klimakterium virile, Depressionszustände, paranoische Erkrankungen usw.) oder als »psychotisch ausgebaute Sonderformen im Greisenalter« bezeichnet. Einiges findet sich auch unter »atypische Gestaltungen« der Schizophrenie und bei den Mischpsychosen. Der Abänderungsvorschlag geht dahin, alle diese unklaren, nicht genau

zu umschreibenden Bilder unter einer neutralen Rubrik zusammenzufassen, um auf diese Weise die anderen Klassen möglichst fehlerfrei zu erhalten; denn nichts ist in einer Statistik verhängnisvoller als definierte und undefinierbare Krankheitsformen zusammenzupacken. Wenn der Statistiker nicht weiter kann, spricht er von »sonstigen Erkrankungen dieser Gruppe« und benutzt die Rubrik lediglich zur rechnerischen Kontrolle; aber er vermeidet es, unklare Gruppen an verschiedene Stellen anzuhängen, wo sie am wenigsten auffallen. Die Gruppe 6b des abgeänderten Vorschlags mit manischen oder depressiven Zügen ausgebaute psychotische Sonderformen (resp. 6c paranoide Sonderformen) ist somit kein einheitlich zu definierender Sammelbegriff. Aber er vereinigt die Unsicherheitsquotienten der ganzen Statistik auf einen Punkt. Die hier vorgeschlagene Gruppeneinteilung in 6a und 6b hätte den großen Vorteil, daß sie auch dem Psychiater, der die depressiven Bilder des Seniums und der Involution zu den manisch-depressiven Phasen zählen möchte, entgegenkommt und ihm und Andersdenkenden mit derselben Zählkarte ihre eigene Zählweise gestattet. Dasselbe wiederholt sich mit der Gruppe 6c für den, der diese paranoiden Erkrankungen der Schizophrenie zuzählen möchte. Die besondere Hervorhebung des Präseniums fällt damit fort. Wenn es auch besser wäre, die Arteriosclerosis cerebri von der Dementia senilis zu trennen, so ist doch ihre Zusammenlegung im Interesse der Raumersparnis geboten und auch klinisch gerechtfertigt.

Die Hervorhebung der *Huntingtonschen* Chorea als Hauptgruppe 7 erscheint nicht zwingend. Diese wenigen Fälle lassen sich auch auf andere Weise erfassen und dürfen nicht eine Statistik belasten, die nicht kasuistisch noch so bemerkenswerte, aber seltene Krankheiten erfassen soll, sondern große Krankheitsgruppen. Auch vom eugenischen Standpunkt kann die H. Chorea nicht als wichtig bezeichnet werden, da die Beziehung zur Erbgesundheit des Volksganzen fehlt. Sie ist höchstens zum Studium der in diesem Falle vorliegenden Erbverhältnisse wertvoll und interessant. Für diesen speziellen Zweck würde es genügen, wenn die Fälle von H. Chorea durch Rundfrage oder Meldezwang festgestellt würden, um dann mit besonderen vererbungswissenschaftlichen Methoden verfolgt zu werden.

Gruppe 7 und 8 könnten also zusammengefaßt werden. Hier würden dann Trauma und Abszeß; diffuse, lobäre, multiple Sklerose; extrapyramidale Erkrankungen; *Wilson*, *Westphal*, *Huntington* und ähnliche Erkrankungen einzuordnen sein.

Die symptomatischen Psychosen (i. e. S.) werden in der Gruppe 9 gezählt. Es könnte gefragt werden, ob es nicht wertvoll wäre, an die Seite des ätiologischen Einteilungsprinzipes die haupt-



sächliche klinische Erscheinungsform zu stellen. Es müßte dann unter 9a, b und c noch jedesmal vermerkt werden, ob die Psychose unter dem Bild eines Deliriums, einer Amentia, eines Stupors oder einer Halluzinose verlief. — Eine solche Kombination zweier verschiedener Einteilungsprinzipien ist aber in einer allgemeinen Statistik undurchführbar. Als 9d würde es sich empfehlen, die Gruppe der Generationspsychosen des Weibes anzufügen. Bei der Auszählung könnten sie dann sowohl zu den Schizophrenien wie auch zu den symptomatischen Psychosen gerechnet werden. Ohne besondere Aufführung würden sie bald zu 9 und bald zu 14 gerechnet werden und auf diese Weise den Unsicherheitsquotienten und damit die Unzuverlässigkeit der Statistik vergrößern. —

Zum Unterschied zur Systematik im *Bunkeschen* Handbuch in dem auch Alkoholismus und die andern Süchte unter Intoxikationspsychosen gemeinsam mit den gewerblichen und Arzneimittelvergiftungen geführt werden, ist auf der Diagnosetabelle eine Trennung der symptomatischen Psychosen (Nr. 9) von der Sondergruppe Alkoholismus (Nr. 10), von den Süchten (Nr. 11) und von den gewerblichen Vergiftungen usw. (Nr. 12) durchgeführt. Noch zweckmäßiger wäre es gewesen, Alkoholismus und Narkomanie als Untergruppen der Psychopathie zu führen, deren Symptome sie in der Mehrzahl der Fälle zu sein pflegen. Es wäre dann kein Zweifel möglich, wohin z. B. ein haltloser und trunksüchtiger Psychopath zu rechnen sei, da dann alle Trunksüchtigen unter dem Oberbegriff Psychopathie zusammengefaßt würden. Ein stillschweigendes Übereinkommen wie die Diagnosentabelle in diesem Fall aufzufassen sei, reicht aber schließlich auch aus. Unklar bleibt, was mit der Dipsomanie geschehen soll. Sie könnte unter 10a (Rauschzustände) mit noch besserem Recht unter 15a (manische und depressive Phasen) geführt werden, eventuell kommt auch die Gruppe der Psychopathien (16) in Frage. Diese Diagnose wird aber so selten gestellt, daß ihre Einordnungsschwierigkeit unbedeutend ist und die Aufstellung einer Diminutivposition (eventuell als Nr. 10e) unzweckmäßig wäre.

Die Gruppe 12 umfaßt nicht nur die gewerblichen und Arzneimittelvergiftungen ursprünglich geistesgesunder Menschen, sondern auch die in suizidaler Absicht begangenen Vergiftungen Nichtsüchtiger. Hier ist zugunsten einer einfacheren statistischen Rubrifizierung einer schweren Vernachlässigung des einzig möglichen psychiatrischen Standpunktes Raum gegeben worden. Es geht nicht an, in einer Statistik, die Geisteskranke zählen soll, in derselben Rubrik ursprünglich gesunde Menschen zählen zu wollen, die das Opfer einer Vergiftung geworden sind und geisteskrank Menschen, die ein Suizid begehen wollen. Eine CO-Vergiftung kann ein Versehen sein, sie kann aber auch die Tat eines

verstimmbaren Psychopathen, eines Hysterikers, eines endogen Deprimierten sein, sie kann im pathologischen Rausch beabsichtigt gewesen sein, sie kann das erste Zeichen einer initialen Verstimmung bei der Paralyse oder Schizophrenie sein. Es ist nicht zugänglich und würde den Wert der ganzen Statistik auf das schwerste beeinträchtigen, wenn all diese Fälle, die sich der psychiatrischen Diagnostik im Laufe der Beobachtung nicht entziehen werden, einer Einteilung nach rein äußerlichem Gesichtspunkt zum Opfer gebracht würden. Die Gruppe selbst muß ähnlich wie die symptomatischen Psychosen als exogene Störung ursprünglich geistig-gesunder Personen aufgefaßt werden und die beabsichtigten Selbstmorde müssen unter ihrer entsprechenden psychiatrischen Rubrik gezählt werden. Wir verzichten damit zwar auf eine vollständige Zählung der im vergifteten Zustand eingelieferten Patienten. Dieser Verzicht wiegt aber leicht im Verhältnis zu dem Nachteil, den der von *Wilmanns* vorgeschlagene Modus mit sich bringt. Rein zahlenmäßig würde diese Rubrik dann wahrscheinlich so klein werden, daß sie vielleicht ganz fortbleiben könnte.

Die 14. Gruppe umfaßt den gesamten Formenkreis der Schizophrenie. *Wilmanns* begründete in seinem Referat das Fehlen einer Unterteilung damit, daß die Schizophrenie in allen ihren mannigfachen Erscheinungsformen auf einen einheitlichen Kern hinausläuft. Eine Einteilung nach den klinischen Bildern in Hebephrenie, Katatonie und Paraphrenie erscheint ihm zwecklos, da die Vielgestaltigkeit der Klinik damit nicht im entferntesten erschöpft wird, die Auffassungen der einzelnen Psychiater zu sehr differieren und wirklich objektive Anhaltspunkte als Regeln nicht zu geben sind. Die zeitliche Verlaufsform — akut, periodisch, chronisch — ist aus ähnlichen Gründen kein brauchbares Einteilungsprinzip. Die Frage der Spätschizophrenie ist vollends abhängig von der Sorgfältigkeit der objektiven Anamnese und der Bedeutung, die der Untersucher lange zurückliegenden Zuständen beimißt. Entscheidend ist für *Wilmanns*, daß auch die weitere Aufteilung keine statistische Vertiefung bringen könnte. Trotzdem bleibt es unbefriedigend, daß die größte Gruppe der Geisteskranken, die oft 60% der Anstaltsinsassen ausmachen, als ungeteiltes Ganzes in der Statistik erscheinen und mit der Diagnose Schizophrenie erledigt wird. Ungelöst bleibt aber bei der kompromißlosen Gegenüberstellung der Schizophreniegruppe und der manisch-depressiven Gruppe die Frage der Einordnung der »Mischpsychose«. Da diese Formen keine Übergänge, sondern Kombinationen (*Wilmanns*) sind, bedürfen sie keiner Sonderstellung als Hauptgruppe. Es besteht aber kein Zweifel, daß ihre Einordnung nach der Diagnosentabelle von 1930 ganz verschieden gehandhabt würde. Bei der Zahl dieser Fälle ist das bedenklich und trägt

nicht gerade dazu bei, jenen »Kern« der Schizophrenie zu isolieren. Der große Unterschied in der Zahl der Aufnahmediagnosen Schizophrenie und Manisch-Depressiv in den verschiedenen Anstalten ist gewiß durch die rassengemäße Verschiedenheit der Bevölkerung bedingt, aber zu einem großen Teil auch durch Zuordnung von Fällen zum manisch-depressiven Kreis, die an andern Anstalten ohne Bedenken schon zur Schizophrenie gerechnet würden. Gelegentlich hilft man sich wohl auch mit der Bezeichnung »Degenerationspsychose«. (Niemals sollten solche Fälle zur Gruppe 19 gerechnet werden, die zwar ungeklärte, nicht aber unklare Fälle umfassen.) Wenn diese Gruppe der »Mischpsychose und Degenerationspsychose« als Nr. 14b aufgeführt würde, wie der Abänderungsvorschlag es will, dann wäre wieder Bekanntes von Unbekanntem, Definierbares von Undefinierbarem getrennt und ein Unsicherheitsquotient von Gruppe 14 und 15 zusammengefaßt. Die Mehrheit der Psychiater würde diese Gruppe vielleicht wieder mit der Schizophrenie zusammenzählen, hätten dann aber die Gewißheit, daß diese Fälle in den andern Kliniken nicht unter den Manisch-Depressiven gezählt würden. Demnach wäre die Schizophrenie aufzuteilen in die Kerngruppe der hebephrenen, katatonen und paranoiden Bilder (Nr. 14a) und in die Mischpsychosen mit dem zirkulären Formenkreis (Nr. 14b).

Die nächste Gruppe (Nr. 15), der manisch-depressive Formkreis, zeigt wieder eine Unterteilung. Es wird gefordert, daß die Involutionsmelancholie zu den depressiven Phasen dieses Kreises (15a) gezählt werden soll. Dann bleibt aber völlig unklar, was eigentlich unter 6b gezählt werden soll. Nach dem Abänderungsvorschlag wäre die Involutionsmelancholie ohne Zögern unter 6b einzureihen, wodurch nichts über ihre wissenschaftliche Stellung gesagt ist. Im inneren und äußeren Zusammenhang wird anschließend an die zirkulären Psychosen im *Bumkeschen* Handbuch die Paranoia abgehandelt. In der Diagnosentabelle wird die Paranoia unter der Gruppe der abnormen Reaktion Nr. 17 aufgeführt.

Aus denselben Gründen wie bei der Schizophrenie hat die statistische Kommission auch bei den Psychopathen (Gruppe 16) auf eine Unterteilung verzichtet. Bei aller Schonung der Anschauungsweise und des terminologischen Bedürfnisses der Psychiater ließe sich hier im engsten Anschluß an die Klassifikation im *Bumkeschen* Handbuch eine Einteilung vorschlagen, die niemanden — weder dem Psychiater noch dem Psychopathen — Gewalt antut und vom statistischen wie auch vom psychiatrischen Standpunkt aufschlußreich sein könnte. Nachdem ein großer Teil der Psychopathen schon unter der Rubrik Alkoholismus (Nr. 10) und Süchtigkeit (Nr. 11) geführt worden ist, gilt es jetzt vor allem

die sexuell Perversen als die sozial wichtigsten zu erfassen. Man könnte wie *E. Kahn* die Einteilung der Psychopathen nach den Sphären vornehmen, in denen sich die psychopathische Entwicklungsstörung am deutlichsten abspielt. Zu Gruppe 16a wären die triebhaft gestörten, sexuell perversen Psychopathen zu zählen. Allerdings müßten die ebenfalls in der Triebosphäre gestörten impulsiven und triebschwachen Psychopathen dann (zugegebenermaßen unlogisch, aber statistisch zweckmäßig) zur Gruppe 16b gerechnet werden. Fälle, die sich der Unterteilung nicht einfügen, müssen sich auch nach dem geänderten Vorschlag mit der Diagnose »Nr. 16« ohne weiteren Zusatz begnügen (»Wahnbildungen bei Degenerierten« wäre z. B. nur auf diese Weise unterzubringen).

Gruppe 17 umfaßt die abnormen Reaktionen, unter denen die reaktive Depression vermißt wird. Ihre Zufügung bedarf wohl keiner Rechtfertigung. Es fragt sich, ob der Fortfall der Rubrik für Haftreaktion (17c) und für induziertes Irresein (17e) statistisch einen Verlust bedeuten würde.

In Gruppe 18 empfiehlt es sich dringend, die schweren Milieuschäden (wie z. B. Verwahrlosung) von den eigentlichen psychopathischen Entwicklungen zu trennen.

Die letzten drei Gruppen dienen lediglich statistisch-rechnerischen Zwecken und sind unvermeidbar.

Überblickt man die Diagnosetabelle von 1930 als Ganzes, so fällt auf, daß die konstitutionelle Nervosität, die neurasthenische Reaktion und die Zwangsneurose fehlen, die jedoch bei einer Statistik der Anstaltsaufnahmen keine Rolle spielen. — Gegen die Nummernfolge der einzelnen Gruppen läßt sich wenig sagen, da es kaum gewichtige Argumente gibt, die eine bessere Eignung einer anderen Zahlenfolge erweisen könnten (so ließe sich z. B. vorschlagen, den Alkoholismus und die Narkomanie auch räumlich dichter an die Psychopathie heranzurücken). — Die größere Differenziertheit des Abänderungsvorschlages bedingt einen etwas größeren Umfang im Vergleich zur Diagnosetabelle von 1930. Sollte sich diese als eine schwerwiegende Behinderung herausstellen, so könnte der Fortfall der Hauptgruppe 7 (H. Chorea) und der Untergruppen 17c (Haftreaktionen) und 17e (Induziertes Irresein) ausgleichend wirken. Vom Abänderungsvorschlag ließe sich am leichtesten auf die Unterteilung der Gruppe 3 (Progressive Paralyse) und 4 (Lues c. und Tabes) verzichten.

In strengster Anlehnung an den Entwurf der statistischen Kommission von 1930, unter Verzicht auf einige wichtige Abänderungsvorschläge, um die notwendige Änderung in möglichst kleinem Rahmen zu halten, seien nun die hier gemachten Vorschläge zum Entwurf einer Zählkarte und der dazu gehörigen Diagnosentabelle zusammengefaßt:

Die Zählkarte enthält außer der Diagnosennummer Name des Patienten, Aktenzeichen, Geburtsort und Tag, Wohnung (Adressen der Angehörigen siehe Beiakten) Familienstand, Religion, Beruf, Zwilling? Erstaufnahme (Wiederaufnahmen werden getrennt gezählt, dann Angaben über Ort und Zeit des letzten Anstaltsaufenthaltes), Strafrechtliche Verfahren, Pflugschaft, Entmündigung, Entlassung (Datum) als geheilt — gebessert — ungebessert, Verstorben (Datum), Sektion, Diagnosennummer.

**Abänderungsvorschlag**  
zum Entwurf der statistischen Kommission von 1930.

1. (Idiotie, Imbezillität und Debilität).
- 2c. Hysterie bei Hirnverletzten.
3. Progressive Paralyse:
  - a) expansive, depr., halluz., stumpfe, demente u. ähnliche Formen,
  - b) Sonderformen (Tabo-P., juvenile P., Lissauersche P.),
  - c) Defektgeheilte Zustände (chronische, stationäre, fieberbehandelte paran.-halluz. Zustände).
4. Psychische Störungen bei Lues cerebri u. Tabes:
  - a) Lues cerebri und Luespsychosen,
  - b) Tabes.
6. Psychische Störungen des höheren Lebensalters:
  - a) Arteriosclerosis, arteriosklerotische und senile Demenz,
  - b) mit man. oder depr. Zügen ausgebaute psychotische Sonderformen,
  - c) mit paranoiden Zügen ausgebaute psychotische Sonderformen,
  - d) sonstige Formen (*Alzheimer* usw.).
7. Ist zu streichen.
- 9d. Generationspsychosen des Weibes.
12. Gewerbliche und Arzneimittelvergiftungen nicht geisteskranker Personen.
14. Schizophrener Formenkreis:
  - a) hebephrene, katatone, paraphrene Bilder,
  - b) Mischpsychosen mit dem zirkulären Formenkreis (Degenerationspsychosen).
16. Psychopathische Persönlichkeiten:
  - a) sexuell Perverse,
  - b) im Temperamentsaufbau gestörte Psychopathen (inklusive der Impulsiven und Triebschwachen),
  - c) im Charakteraufbau gestörte Psychopathen.
- 17c u. d. Haftreaktion und Induziertes Irresein: evtl. ganz zu streichen.

## 17f. Reaktive Depression.

## 18. Psychopathische Kinder u. Jugendliche (bis zur Vollendung des 18. L.-J.):

- a) eigentliche Psychopathien,
- b) Milieubedingte Entwicklungsstörungen (Verwahrlosung usw.).

## Literatur:

1. *Birnbaum, K.*: Zur Revision der psychiatrischen Krankheitsaufstellungen. Mtschr. f. P. u. N. Bd. 68, S. 81, 1928. — 2. *Ders.*: Die Klassifikation der Psychosen. D. M. W. 1928, Nr. 50, 51. — 3. *Ders.*: Der Aufbau der Psychose. Springer 1923. — 4. *Ders.*: Grundgedanken zur klinischen Systematik. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 74, S. 103, 1922. — *Binswanger*: Psychoanalyse und klinische Psychiatrie. Intern. Ztschr. f. Psych. Analyse. Jhg. VII, 1921. — 6a. *Blume, G.*: Über die Einrichtung psychiatrischer Krankheitsgeschichten. Allg. Z. f. Psych. 99, S. 84 (1933). — 6b. *Bonhoeffer, K.*: Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Klin. Wochenschr. Jhg. 45, S. 2257 (1908). — 6c *Bonhoeffer, K.* u. *Jofmann, P.*: Ergebnisse der Reiztherapie bei progressiver Paralyse. S. Karger, Berlin, 1932. — 7. *Bratz*: Fürsorge für Nervöse und Seelisch Abnorme. Zentbl. f. N. u. P. Bd. 62, S. 401, 1932. — 8. *Bumke, O.*: 50 Jahre Psychiatrie. M. M. W. 1925, Nr. 28. — 9. *Ders.*: Psychologie und Psychiatrie. Klin. Wochenschr. Jhg. I, S. 201, 1922. — 10. *Ders.*: Über die gegenwärtigen Strömungen in der klinischen Psychiatrie. M. M. W. Jhg. 71, S. 1595, 1924. — 11. Denkschrift über die gesundheitlichen Verhältnisse des Deutschen Volkes. Reichstag V, 1930, Drucksachen Nr. 1224, 4. XI. 1931. — 12. *Drucker, S.*: Zur Statistik in der Alkoholkranken-Fürsorge. Z. f. d. Gesundheitsverwaltung u. Gesundheitsfürsorge. 2. Jahrg. 1931, H. 7. — 13. *Fehnel, O.*: Perversionen, Psychosen, Charakterstörungen. Int. P. A. Verlag 1932. — 14. *Freud, Sig.*: Psychoanalyse u. Psychiatrie. Kapitel XVI der Vorlesungen. Ges. Werke Bd. VII, S. 249, Int. P. A. Verlag. — 15. *Ders.*: Neurose u. Psychose. Ebenda Bd. V, S. 418. — 16. *Freudenberg, K.*: Die gesundheitlichen Verhältnisse des Deutschen Volkes. Deutsch. Arztebl. 1931, Nr. 34. — 17. *Gaupp* und *Mauz*: Krankheitseinheit und Mischpsychose. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 101, 1926. — 18. *Goldmann, F.*: Die Neuordnung der Krankenanstaltsstatistik für das deutsche Reich. Z. f. d. ges. Krankenhauswesen, 1931. — 19. *Grotjahn, A.*: Leitsätze zur sozialen und generativen Hygiene. IV. Aufl. Verlag C. T. Müller, 1927. — 20. *Ders.*: Die Hygiene der menschlichen Fortflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik. Urban u. Schwarzenberg, Berlin 1926. — 21. *Ders.*: Soziale Pathologie. III. Aufl. Springer, 1923. — 22. Handbuch der Geisteskrankheiten. 11 Bände. Julius Springer. Herausgegeben von *O. Bumke*. Besonders benutzt wurden: im allgemeinen Teil I: die Arbeiten von *K. Birnbaum*. Im speziellen Teil I: die Arbeiten von *K. Birnbaum, E. Kahn*; spez. Teil II: *I. Lange, F. Kehrer*; spez. Teil III: *G. Stertz, G. Ewald, F. Meggendorfer, B. Pfeijer, W. Runge*; Spez. Teil IV: *A. Bostroem, F. Stern, W. Runge, W. Gruhle*; spez. Teil V: *W. Mayer-Groß*; Spez. Teil VI: *W. Strohmayer, E. Gamper*. — 23. *Hoche, A.*: Die Bedeutung des Symptomkomplexes in der Psychiatrie. Z. f. d. ges. P. u. N. Bd. 12, S. 514, 1912. — 24. *Höflin, C. von*: Krankenbewe-

gung vor und nach dem Kriege in der mittelfränkischen Heil- u. Pflegeanstalt Ansbach. Allg. Z. f. Psych. Bd. 92, 1930. — 25. *Kahn, E.*: Über die Bedeutung der Erbkonstitution für die Entstehung, den Aufbau und die Systematik der Erscheinungsformen des Irreseins. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 74, S. 69, 1922. — 26. *Kantorowicz, M.*: Soziale Psychopathologie. Archiv f. Soz. Hygiene u. Demographie. Bd. III, H. 4, 1928. — *Kaufmann, A.*: Theorie u. Methoden der Statistik. Jena 1913. — 28. *Kleist*: Über die gegenwärtigen Strömungen in der Psychiatrie. Allg. Z. f. Psych. u. psych-gerichtl. Medizin Bd. 82, 1925. — *Kraepelin*: Ziele u. Wege der psychiatr. Forschung. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 42, S. 169, 1918. — 29a. *Ders.*: Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z. Neurolog. 62. Bd. — *Kretschmer, E.*: Gedanken über die Fortentwicklung der psychiatrischen Systematik. Z. f. d. ges. N. u. P. Bd. 48, 1919. — 31. *Kronfeld, A.*: Das Wesen der psychiatrischen Erkenntnis. Berlin 1920. — 32. *Luxenburger, H.*: »Statistika« im Handwörterbuch der Psych. Hygiene. Berlin 1931. — 33. *Ders.*: Die praktische Mitarbeit der Heil- u. Pflegeanstalten in der psychiatr. Erblichkeitsforschung. Psych.-neurol. Wschr. Jhg. II, S. 406, 1930. — 34a. *Mayer-Groß, W.*: Die Entwicklung der klinischen Anschauungen *Kraepelins*. Arch. f. Psych. 87, S. 30, 1929. — 34b. *Ders.*: Krankheitsart u. Krankheitsbild in der klin. Psychiatrie der Gegenwart. Med. Welt. Jhg. VII, Nr. 2, 1933. — 35a. *Mayer, Georg von*: Statistik u. Gesellschaftslehre. Verlag Mohr, Tübingen 1926. — 35b. *Panse, F.*: Einrichtungen für die erbbiologische und sonstige Auswertung der Wittenauer Krankheitsgeschichten. Allg. Z. f. Psych. Bd. 99, S. 98 (1933). — 36. *Prinzling, F.*: Zur Statistik der Irrenanstalt. D. stat. Zentralbl. 21. Jhg., H. 7 u. 8, 1929. — 37. *Ders.*: Handbuch der mediz. Statistik. II. Aufl. Jena 1931. — 38. *Roemer, H.*: Zur Reform der Deutschen Irrenstatistik. Archiv für soziale Hygiene und Demographie, Bd. 9, Leipzig 1914. — 39. *Roesle, E.*: Die Klassifikation der Geisteskrankheiten für stat. Zwecke. Mtschr. f. P. u. N. Bd. 73, 1929. — 40. *Schilder, P.*: Entwurf zu einer Psychiatrie auf psychoanalytischer Grundlage. Int. P. A. Verlag 1925. — 41. *Schneider, K.*: Reine Psychiatrie, symptomatische Psychiatrie u. Neurologie. Z. f. d. ges. N. u. Psych. 49, 1919. — 42. *Ders.*: Der Krankheitsbegriff i. d. Psychiatrie. Mtschr. f. Psych. 49, 1921. — 43. *Ders.*: Gegenwartsprobleme in der Psychiatrie. Thieme, 1932. — 44. *Ders.*: Erfahrungen mit der Diagnostentabelle 1930 zur Statistik der Geisteskrankheiten. Allg. Z. f. Psych., Bd. 98, S. 172, 1932. — 45. *Schneider, K.*: Über die Notwendigkeit der dreifachen Fragestellung bei der systemat. Erfassung von Psychosen. Z. f. Neurol. u. Psych. 91, S. 200, 1924. — 46. *Schuckmann, von*: Über Entlassungsstatistik. Psych.-neurol. Wschr. Jhg. I, S. 119, 1929. — 47. *Sioli*, Anstaltsbehandlung, Anstaltswesen u. Statistik. Erscheint demnächst i. d. Fortschritten d. Neurol. u. Psych. Jhg. V, 1933. — 48. *Stärke, A.*: Psychoanalyse und Psychiatrie. Int. P. A. Verlag. — 49. Statistik des Deutschen Reiches. Die Ergebnisse der Heilanstaltsstatistik in den Jahren 1925 u. 1926, S. 392. — 50. *Wilmanns, K.*: Entwurf einer für die Reichsstatistik bestimmten Diagnostentabelle der Geisteskrankheiten. Allg. Z. f. Psych. Bd. 93, S. 223 u. S. 263, 1930. — 51. *Winkler, W.*: Statistik. Quelle u. Meyer, 1925. — 52. *Wolff, G.*: Die theoretischen Voraussetzungen der sozialen Hygiene, Ergebnisse der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge. Leipzig 1929.

## Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

### XI.

#### Ein Beitrag zur Straferstehungs- fähigkeit von Paralytikern nach Malariabehandlung.

Von

Dr. med. W. Schmelz, Oberarzt an der Kreis-Kranken- und Pfllegeanstalt Frankenthal.  
(Direktor: Medizinalrat Dr. Resch.)

Der folgende Fall soll deshalb Erwähnung finden, weil er besonders gelagert ist, und weil solche Fälle an und für sich nicht sehr häufig sind.

Es handelt sich um ein 1899 geborenes, lediges Servierfräulein. Aus der Vorgeschichte muß erwähnt werden, daß die Pat. die erste und zweite Volksschulklasse wiederholen mußte. Nach der Schulzeit führte dann die Pat. ein sehr unregelmäßiges Leben. Sie war vorübergehend als Servierfräulein tätig, ergab sich aber im übrigen der gewerbsmäßigen Unzucht und wurde deshalb auch dreimal bestraft. 1917 zog sie sich eine Gonorrhöe zu und 1920 stand sie wegen Lues in Behandlung. Im Juni 1925 wurde sie wegen eines Verbrechens der Beihilfe zu einem Verbrechen des besonders schweren Raubes zu einer Zuchthausstrafe von zehn Jahren verurteilt.

Nach dem Bericht der Strafanstalt machte sie erst einen verstockten mürrischen Eindruck. In der Folgezeit war sie jedoch dann fleißig und willig, verhielt sich anständig, zeigte eine lebhaft, freundliche Art und ihre Führung war gut.

Die ersten Krankheitszeichen wurden im Februar 1931 bemerkt, nachdem allerdings die Pat. schon vorher in ihrer Arbeit nachgelassen hatte und zeitweise ein verstörtes Wesen gezeigt hatte. Pat. hörte Stimmen, glaubte sich verdammt und aus der Kirche ausgestoßen, nachts werde ihr Blut entzogen, sie werde mit elektrischen Maschinen bearbeitet. Es werde ihr außerdem verboten zu essen. Nachdem dann die Wassermann'sche Reaktion im Blut positiv war, wurde vom Strafanstaltsspital der Antrag auf Unterbringung in einer geschlossenen Anstalt gestellt und die Pat. am 27. März 1931 in die hiesige Anstalt eingeliefert.

Bei der Aufnahme war die Pat. in einem stark reduzierten Kräfte- und Ernährungszustand. Bei einer Körpergröße von 162 cm wog sie nur noch 42 kg. Sonst fanden sich bei der körperlichen Untersuchung keinerlei krankhafte Symptome. Es konnte lediglich beim Nachsprechenlassen von



schwierigeren Testworten Silbenstolpern festgestellt werden. Die serologischen Ergebnisse von Blut und Liquor sprachen eindeutig für Paralyse. Psychisch standen im Vordergrund des Bildes die Halluzinationen, begleitet von teils sehr heftigen, bis zur Gewalttätigkeit führenden Erregungszuständen. Häufig verweigerte Pat. die Nahrungsaufnahme.

Am 1. Oktober 1931 wurde dann die Pat. mit Malaria geimpft. Die Impfung wurde erst so spät vorgenommen, da auf den reduzierten Kräftezustand der Pat. Rücksicht genommen werden mußte. Nach Überstehen der Malariakur wurde dann noch eine kombinierte Salvarsan-Bismogenolkur angeschlossen. Pat. erholte sich daraufhin sowohl psychisch wie körperlich auffallend rasch und zeigt heute ein Verhalten, bei dem krankhafte Störungen nicht mehr zu erkennen sind. Sie ist fleißig, willig, fügt sich in die Ordnung, ist den Ärzten gegenüber immer freundlich und zuvorkommend. Den Pflegerinnen gegenüber ist sie allerdings öfters anmaßend und in ihrer Art liegt etwas Verstecktes, Hinterlistiges. Das Sexuelle steht auch heute noch im Vordergrund bei ihr. Sie sucht, wo es möglich, Anknüpfungspunkte mit den männlichen Pat., weiß dies aber sehr geschickt und überlegt anzufangen, so daß man ihr niemals etwas Bestimmtes nachweisen kann. Als äußeres Zeichen der Besserung soll noch angeführt werden, daß das Körpergewicht der Pat. seit der Aufnahme, also ungefähr in einem Jahr, von 42 kg auf 61,5 kg gestiegen ist. Kontrolle von Blut und Liquor ergaben noch positive Befunde. Der Liquor zeigt jedoch eine Tendenz zur Besserung.

Im Mai dieses Jahres wurde nun von der Staatsanwaltschaft die Frage der Straferstehungsfähigkeit aufgeworfen. Die Beantwortung war insofern einfach, als die Frist seit der Behandlung ja noch zu kurz ist, als daß man heute schon Straferstehungsfähigkeit annehmen könnte. Die Frage ist aber dadurch nicht aus der Welt geschafft, und wird über kurz oder lang immer wieder gestellt werden.

Soweit mir die Literatur zugänglich war, stehen nun die meisten Autoren auf dem Standpunkt, daß man auf jeden Fall bei einer guten Remission zwei bis drei Jahre abwarten muß, ehe man an Straferstehungsfähigkeit denken kann. *Leppmann* stellt noch die Forderung, daß nach Möglichkeit der Liquor normal sein müsse. Ob man in diesem Punkte nicht etwas weitherziger sein könnte, möchte ich dahingestellt sein lassen, nachdem man überall in der Literatur immer wieder liest, daß die serologischen Resultate ganz verschieden sein können gegenüber den klinischen Erscheinungen, und daß man sogar bei langjährigen sogenannten Vollremissionen den Liquor noch positiv gefunden hat.

Eine andere Frage ist die, wieweit man gewisse ethische Defekte als Folge der bestehenden Paralyse auffassen soll bei solchen Personen, die schon vor der Paralyseerkrankung derartige Defekte aufgewiesen haben. Bei unserer Pat. z. B. waren solche Defekte sicher schon vor der Luesinfektion nachweisbar, so daß man nicht annehmen kann, daß sie nur allein die Folge der Para-

lyse sind. Meines Erachtens muß man auch hier je nach dem Fall abwägen, ohne dabei zu ängstlich zu sein, und muß nicht alles der Paralyse zugute halten, wenn sonst keine anderen Anzeichen mehr für das Bestehen der Erkrankung sprechen. Unbedingt geklärt werden muß allerdings, ob nicht evtl. die Straftat schon unter dem Einfluß der Erkrankung begangen worden ist. In unserem Fall, in dem zwischen Straftat und Beginn der Erkrankung sechs Jahre liegen, kann dies wohl mit Sicherheit verneint werden.

Die Überlegung muß aber noch weiter berücksichtigen, daß Pat. nachgewiesenermaßen eine schwere Psychopathin ist. Was soll nun werden, wenn sie wirklich ihre Strafe noch verbüßt hat und die Frage der Entlassung aus der Strafanstalt herantritt. Kann man es verantworten, daß man diese schwere Psychopathin, die außerdem auch noch eine Paralyse überstanden hat, wieder auf freien Fuß setzt? Vorausgesetzt, daß sie vor der Entlassung aus der Strafanstalt nochmals genauestens von einem Fachpsychiater untersucht ist und sich keine Anhaltspunkte für eine akute Prozeßpsychose ergeben haben, möchte ich die Frage der Entlassung bejahen. Als Begründung meiner Auffassung muß ich anführen, daß die Kriminalität der behandelten Paralytiker infolge der psychischen Schädigung und der dadurch bedingten geringeren Aktivität schon an und für sich sehr gering ist, und daß sich diese Erscheinungen doch auch bei den vor der Paralyseerkrankung Straffälligen auswirken werden. Außerdem kann man ja auch diesen Kranken ganz bestimmt erklären, daß ihnen bei erneuten Straftaten nicht der Paragraph 51 zugebilligt wird, und daß sie dann außerdem für immer in eine Anstalt verbracht werden müßten. Ferner ist es heute in der Zeit der nachgehenden Fürsorge ja nicht mehr so schwer, solche Kranke unter einer gewissen Kontrolle zu halten, so daß ein Einschreiten beim Bemerken von Abwegigkeiten möglich wäre.

Den Standpunkt, Kriminelle, die vor Ausbruch der Paralyse sich infolge ihrer minderwertigen Veranlagung strafbar gemacht haben, nach geglückter Malariabehandlung für immer in der Anstalt zu belassen, halte ich nicht für richtig. Es drängt sich dann unwillkürlich die Frage auf: weshalb hat man dann überhaupt behandelt? Eine Behandlung hat doch den Zweck, dem Pat. zu helfen und ihm damit eine Wohltat zu erweisen. Ist es nun für den Kranken eine Hilfe, wenn man ihn durch die Behandlung wieder in den Besitz seiner geistigen Fähigkeiten bringt, um ihm dann mitzuteilen, daß er für immer in der Anstalt interniert sein muß, anstatt, daß er sonst nach Verbüßen seiner Strafe die Freiheit wieder erlangt hätte? Ich bin mir bewußt, daß dies natürlich kein Standpunkt sein kann, den man

als Arzt vertreten kann, da für den Arzt als oberster Grundsatz immer erst das Helfen stehen muß, ohne lanwierige Überlegungen, was nachher kommt. Aber jeder Leser dieser Zeilen wird mir sicher darin recht geben, daß dies ein Punkt ist, der unbedingt zum Nachdenken veranlaßt.

Ganz abgesehen davon, daß es sehr schwierig sein dürfte, die Einweisung als gemeingefährlich geisteskrank zu begründen, denn anders gäbe es ja keine Möglichkeit, solche Kranke für immer in der Anstalt zu halten. Wenn man nämlich die minderwertigen Anlagen dabei in den Vordergrund setzt, so muß man sich fragen, ob dann die Pat. überhaupt hat bestraft werden dürfen. Denn, wenn jetzt diese Veranlagung ein Grund zur Einweisung von gemeingefährlicher Geisteskrankheit sein soll, so hätte man dies bei der Urteilsbegründung zum mindesten als krankhafte Veranlagung berücksichtigen müssen. Man kann es natürlich konstruieren, indem man sagt, daß die Veranlagung plus überstandene Paralyse die Gemeingefährlichkeit bedingen. Damit setzt man aber den Erfolg der Malariabehandlung meines Erachtens (natürlich immer eine wirklich gute Vollremission vorausgesetzt) unverdient herab.

Und hier bin ich an einem Punkte, den ich zum Schluß meiner Ausführungen noch erwähnen möchte. Die guten Erfolge der Malariabehandlung soll man meines Erachtens nicht durch allzugroße Skepsis schmälern. Wenn natürlich auch Vorsicht am Platz ist, da das Allgemeinwohl ja mit daran interessiert ist, so muß man doch bei einem Blick in die anderen Disziplinen der Medizin auch als Psychiater optimistischer werden. Als Beispiel möchte ich nur die Gonorrhöe anführen, die ja nach der Behandlung, wenn sich nach wiederholten Untersuchungen keine positiven Anzeichen ergeben haben, praktisch mit Recht als geheilt gilt, obwohl man auch hier nie weiß, ob nicht doch einmal wieder dieselbe Gonorrhöe zutage treten kann. Ein mit Gonorrhöe behafteter Mensch ist aber für die Allgemeinheit sicher auch als nicht gerade unschädlich zu bezeichnen. Jeder Vergleich hinkt, aber mit allzugroßer Skepsis erreicht man schließlich auch nichts. Um nun nochmals auf die Frage der Straferstehungsfähigkeit von bereits vor Ausbruch der Paralyse bestraften und mit gutem Erfolg behandelten Paralytikern zu sprechen zu kommen, so darf man meiner Meinung nach auch hier nicht zu engherzig sein, nachdem man andererseits, wie wir das jetzt in kurzer Zeit zweimal erlebt haben, anderen Paralytikern sehr kurze Zeit nach der Behandlung schon die Rente nimmt und sie für arbeitsfähig erklärt.

Ich bin hiermit am Ende meiner Ausführungen. Es war natürlich unmöglich in so kurzer Form alle Fragen erschöpfend

zu behandeln. Es war dies ja auch nicht beabsichtigt. Wenn die Arbeit mal wieder alle diese Fragen aufwirft, so soll damit die Anregung gegeben werden, daß vielleicht im Anschluß daran noch mehr solche oder doch ähnliche Fälle veröffentlicht werden. Durch Zusammenstellen größeren Materials könnte dann vielleicht auch über diese oft sehr schwierigen forensischen Fragen mehr Klarheit geschaffen werden.

### Literatur.

1. *Alexander Marcel et René Nyssen*: Die gerichtlich-medizinische Stellung der Paralyse nach dem gegenwärtigen Stand. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1929 Bd. 53 S. 199.
2. *Alexander et Nyssen*: Gerichtsärztliche Bedeutung der progressiven Paralyse nach dem gegenwärtigen Stand. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1929 Bd. 53 S. 615.
3. *Bunker jr., Henry A.*: Einfluß der Malariabehandlung auf den Liquor bei progressiver Paralyse. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1928 Bd. 50 S. 99.
4. *Claude, Henry*: Die forensischen Beziehungen der progressiven Paralyse. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1930 Bd. 54 S. 695.
5. *Dupouy, R. et J. Dublineau*: Die Rückenmarkflüssigkeit bei der Paralyse nach ihren klinischen Formen und den vorangegangenen spezifischen Behandlungen auf Grund von 204 Beobachtungen. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1931 Bd. 58 S. 80.
6. *Janota, Otokar*: 7jährige Remission einer Paralyse mit positivem Blut- und Liquorbefund. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1926 Bd. 42 S. 829.
7. *Kaltenbach, Herbert*: Über einige prognostische Schlüsse aus den Liquoranalysen bei malariabehandelten Paralytikern. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 1924 Bd. 71 H. 3/4 S. 384.
8. *Leppmann, Friedrich*: Paralyse, Malariabehandlung und Strafrecht. Arztl. Sachverst.-Zeitschr. Jg. 34 Nr. 11 S. 159 1928.
9. *Pons Balmes, José*: Zivilrechtliche Zurechnungsfähigkeit des malaria-behandelten Paralytikers. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1932 Bd. 63 S. 109.
10. *Rojas, Nerio*: Die mit Malaria behandelten Paralytiker vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin. Ref. Zentrbl. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1930 Bd. 54 S. 376.
11. *Salinger, Fritz*: Zur Frage der forensischen Bedeutung der Malariabehandlung der Paralyse. Dtsch. Z. f. gerichtliche Med. 14. S. 428 (1929).
12. *Schneider, Carl*: Die forensische Bedeutung der neuzeitlichen Paralysebehandlung. Dtsch. Z. f. d. ges. gerichtl. Med. Bd. 7 H. 4 S. 333.
13. *Schneider, Kurt*: Erfolge der Reiztherapie bei der progressiven Paralyse. Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie, Breslau, April 1931. Ref. Psych. Neur. Wochenschrift. Jg. 33 1931 S. 201.
14. *Schütz*: Die forensische Bedeutung der Malariabehandlung der Paralyse. Mschr. Kriminalpsych. 1928 19 S. 747.

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Tagung des Vereins Norddeutscher  
Psychiater und Neurologen am 1. und 2. Oktober  
1932 in Neustadt (Holstein).

Anwesend: *Behr-Lüneburg, Benning-Rockwinkel, Behnsen-Rickling, Bückmann-Neustadt, Colpe-Malente-Gemsmühlen, Deml-Kiel, Edelberg-Kiel, Frank-Neustadt, Grabow-Neustadt, Hagemann-Kiel, Haug-Rostock, Hetzer-Neustadt, Grubl-Lübeck, Kirschbaum-Hamburg, Kolle-Kiel, Krey-Neustadt, Kreyenberg-Hamburg, Lange-Eichbaum-Hamburg, Langelüddeke-Hamburg, Lienau-Hamburg, Frl. v. Lilienfeld-Kiel, Meggendorfer-Hamburg, Melchert-Rostock, Meyer-Lübeck, Meywerk-Hamburg, Neumann-Neustadt, Ostmann-Schleswig, Ossenkopp-Lübeck, Pedersen-Kiel, Pette-Hamburg, Ponsold-Kiel, Frl. Renke-Schleswig, Rittershaus-Hamburg, Frau Rienets-Hamburg, Röper-Hamburg, Schäfer-Hamburg, Scheid-Lübeck, Schindler-Neustadt, Schlüter-Kiel, Schulz-Neustadt, Skalweit-Rostock, Starke-Alt-Strelitz, Stender-Hamburg, Struwe-Neustadt, Tornquist-Neustadt, Trendtel-Altona, Walter-Bremen, Walther-Neustadt, Watermann-Hamburg, Weisz-Kiel, Weißgerber-Schleswig, Zappe-Schleswig.*

Der Vorsitzende *Schäfer-Hamburg* eröffnet die Tagung mit einer kurzen Begrüßungsansprache, gedenkt des verstorbenen Kollegen *Sierau-Langenhorn*, und gibt einen Überblick über die Kassenverhältnisse, die evtl. eine Herabsetzung des Beitrages ermöglichen. Als nächster Tagungsort wird Hamburg ausersehen.

Vorträge: *Kolle-Kiel* und *Struwe-Neustadt*: Klinische und anatomische Erfahrungen mit der diagnostischen Hirnpunktion.

Es wird zunächst über die klinischen Erfahrungen bei sämtlichen im Laufe der letzten sechs Jahre ausgeführten diagnostischen Hirnpunktionen an der Kieler Klinik berichtet. Vortragender geht auf die Würdigung der Methode im Schrifttum ein, begrenzt die eigene Indikationsstellung und gibt an Hand von Tabellen einen Überblick über die gesammelten Erfahrungen. Die Methode wird empfohlen.

Im zweiten Teil wird kurz auf die Verarbeitung des durch Punktion gewonnenen Materials eingegangen. Die unterschiedlichen histologischen Veränderungen in Randgebieten und Reaktionszonen der Tumoren und ihre Bedeutung für die Sicherstellung der Diagnose werden besonders hervorgehoben. Demonstration.

(Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

Aussprache: *Walter-Bremen*: 1. Warum haben die Vortragenden so relativ dünne Kanülen benutzt, da dadurch der gewonnene Zylinder ver-

ändert werden kann? 2. In wieviel Fällen ist die Punktion diagnostisch und lokalisatorisch ausschlaggebend gewesen? 3. Hat sie zu diagnostischen oder lokalisatorischen Fehlschlüssen geführt?

*Pette-Hamburg* möchte die Indikation zur Hirnpunktion möglichst strikte gestellt wissen. Er hält den Eingriff einer mehrmaligen Punktion in ein geschwollenes tumorkrankes Gehirn nicht für gleichgültig. Speziell die akuten malignen Gliome des Hemisphärenmarkes vertragen jeglichen Eingriff, sei es eine Hirnpunktion, sei es eine Ventrikelpunktion, häufig besonders schlecht.

*H. Pette-Hamburg*: Die Veränderlichkeit der neutralen Reaktion bei zerebraler Narbenbildung.

Votr. berichtet über den Krankheitsverlauf von drei männlichen Kranken (Alter 8, 20 und 50 Jahre) mit einer in früher Jugend überstandenen Enzephalitis. Bei allen drei Patienten bestehen z. Zt. mehr oder weniger ausgesprochene Halbseitenerscheinungen. Bei den beiden jüngeren traten in wechselnden Zeitabständen, z. T. in nachweisbarer Abhängigkeit von exogenen Momenten epileptische Anfälle auf. Auf Zeiten gehäufter Anfälle folgen anfallsfreie Perioden. Bei dem 50jährigen Patienten, der als Lehrer bisher unausgesetzt seinen Dienst versah, trat vor etwa einem Jahr zum erstenmal ein epileptischer Anfall auf, der sich bis jetzt nicht wiederholte. Außer leichten Halbseitenerscheinungen, denen encephalographisch eine Ventrikelerweiterung auf der gegenüberliegenden Seite entspricht, finden sich keinerlei Zeichen eines derzeit bestehenden aktiven Hirnprozesses. Diese Kasuistik gibt Votr. Veranlassung, auf das Thema der Beziehungen zwischen Krankheitsprozeß und Krankheitserscheinungen für neurologische Krankheitsbilder einzugehen. An Beispielen wird gezeigt, daß es, um gesundes wie krankhaftes Geschehen richtig zu erfassen, unerlässlich ist, den Aufbau einer Leistung, einer Funktion zu analysieren, d. h. zu wissen, daß jede Funktion auch die einfachste auf motorischem Gebiet letzten Endes die Auswirkung einer einem bestimmten Zweck dienenden Erregung ist, an deren Zustandekommen niemals ein einzelnes System sondern stets mehrere Systeme zugleich beteiligt sind. Nur ein harmonisches Zusammenklingen aller Einzelleistungen gewährleistet die Ordnung im ganzen. Bei der Gestaltung der Gesamtleistung kommt konstitutionellen Faktoren eine ausschlaggebende Bedeutung zu. Ihnen gliedern sich endokrine Vorgänge eng an. Das sind Tatsachen, die bereits im gesunden und sonst ausgeglichenen Organismus zur erkennbaren Auswirkung kommen, erst recht aber dort, wo das normale Gefüge normale Funktionen gewährleistender Zentren und Bahnen durch einen Prozeß oder eine Narbe geschädigt wird. Unter diesem Gesichtswinkel betrachtet, gewinnen die drei mitgeteilten Fälle ihre besondere Bedeutung. Ein spezielles Interesse verdient hier der 50jährige Lehrer, dessen zerebraler Defekt in jüngeren Jahren weitgehend ausgeglichen werden konnte. Erst mit zunehmendem Alter, mit Einengung seiner endokrinen Reaktionsbreite kam es in offensichtlicher Auswirkung seines Defektes zu aufdringlichen Störungen somatischer und auch psychischer Art. Die vorgetragenen Beispiele lehren, daß es zum richtigen Verständnis eines Krankheitsverlaufs unerlässlich ist, die Reaktionsweise des Organismus während der einzelnen Phasen des Lebens zu kennen und ihnen in gegebener Situation Rechnung zu tragen. Unser Zeitalter mit seinen enorm

verfeinerten Laboratoriumsuntersuchungen läuft nicht selten Gefahr in seinen diagnostischen Erwägungen gering zu achten, was zum Aufbau der Diagnose, auch zur Stellung der Prognose von ausschlaggebender Bedeutung sein muß: eine sorgfältige Erhebung der Anamnese, die nach Erfragen alles Einzelgeschehens die Reaktionsweise des Organismus und damit die Persönlichkeit des Kranken überhaupt zu erfassen versucht.

*St. Weisz-Kiel: Über Pyramidenzeichen am Arm.*

Infolge der Eigenheiten der oberen Extremität fehlen an ihr den Pyramidenzeichen am Bein gleichwertige Phänomene. Die als Pyramidenzeichen am Arm angegebenen Reflexe und Mitbewegungen sind zumeist nicht spezifisch oder nicht empfindlich genug. Die besten Resultate erhielt Votr. noch durch die Gelenkreflexe und durch das *Trömnersche* Zeichen. Da auch diese von mannigfachen anderen Bedingungen beeinflusst werden, sind sie nur dann als sicher pathologisch anzusehen, wenn sie gleichsinnig abgeändert sind, d. h. wenn die Gelenkreflexe negativ ausfallen bei positiv gewordenem *Trömner*.

An 200 Fällen mit Schädigung der motorischen Bahn traten diese Phänomene in 76% der Fälle gleichsinnig auf. Wichtig ist, daß diese Zeichen an der gleichen Extremität untereinander verglichen werden, weil zwischen rechts und links schon normalerweise quantitative Differenzen bestehen können.

(Ausführliche Mitteilung erfolgt an anderer Stelle.)

*Pedersen-Kiel: »Über gerichteten Hirndruck.«*

Vortragender erläutert die Bedeutung der Fernsymptome beim Tumor cerebri, deren Zustandekommen mit gerichteten Druckwirkungen im Sinne von *Herrmann* in Verbindung gesetzt wird. Man wird annehmen müssen, daß es dort, wo der nach physikalischen Gesetzen fortgeleitete Druck seine maximale Wirkung entfaltet, evtl. zu einer rein partiellen oder zu einer vorwiegend umschriebenen reaktiven Hirnswellung kommt, durch welche die Fernsymptome zu erklären sind. Wahrscheinlich ist u. U. das Auftreten eines Teiles der sogenannten Allgemeinsymptome von der Richtung des vom Tumor ausgehenden Druckes und von der davon abhängenden stärkeren oder geringeren Ausbildung einer Schwellung in umschriebenen Hirnpartien abhängig. — Als Beispiel einer vermutlichen partiellen Hirnswellung wird ein Fall angeführt, bei dem es im Anschluß an eine Ohroperation zu bedrohlichen gehäuften rindenepileptischen Anfällen und einer Hemiparese kam. Nach Injektion von hypertotonischer Traubenzuckerlösung hörten die Anfälle schlagartig auf, ebenfalls bildete sich die Parese zurück. — Weiter wird als Beispiel von gerichteter Druckwirkung ein Fall referiert, bei dem ein großes subdurales Hämatom, das sich sehr langsam — im Laufe von mehreren Wochen — entwickelte und fast ausschließlich herdgleichseitige Symptome aufwies. Es wurde klinisch ein Tumor auf der falschen Seite angenommen. Die Sektion zeigte eine sehr starke Schwellung der dem Hämatom gegenüberliegenden Seite mit Usurierung des Knochens.

(Ausführliche Mitteilung erscheint an anderer Stelle.)

**Haug-Rostock:** Über fortlaufende Liquordruckmessungen bei Geisteskranken.

Eine fortlaufende Messung und Registrierung des Liquordrucks in Kurvenform läßt tiefere Einblicke in dessen Ablauf und Beeinflußbarkeit erwarten als einmalige bzw. wiederholte Punktionen. Die »Liquordruckkurve« gibt einen Längsschnitt durch das Geschehen am Liquordruck im Gegensatz zur Einzelpunktion, die nur einen Querschnitt zeigt. Die zu besprechenden Resultate sind an 1—1½ Stunden langen, in einigen Fällen bis zu 3 Stunden langen »Dauerpunktionen« gewonnen worden.

Zunächst wird der Begriff der »Liquordruckruhekurve« aufgestellt und definiert. Diese zeigt in extremen Fällen deutliche Unterschiede, abhängig von der allgemeinen seelischen Reaktionsweise der Kranken: bei psychomotorisch Gehemmten (Stuporösen, Katatonen usw.) ruhiger Verlauf, bei psychomotorisch lebhaft Reagierenden (affektlabilen Psychopathen, erethischen Schwachsinnigen u. a.) deutlich unregelmäßigerer, stärkere Schwankungen aufweisender Verlauf der Kurve. Dieselben Unterschiede zeigen sich auch bzgl. der Wirkung der verschiedensten Haut- und anderer Sinnesreize, sowie bei psychischen Beeinflussungen. Es werden Beispiele hierfür besprochen. Als Ursache dieser Verschiedenheiten der Kurven werden reflektorisch vasomotorische Vorgänge im Zentralnervensystem angenommen.

Es wurde dann die Wirkung der verschiedensten Pharmaka auf den Verlauf der Liquordruckkurve besprochen und zu erklären versucht.

Schließlich wurde die Methode angewandt zur Untersuchung des Druckablaufs nach experimentellen Liquormengenänderungen, z. B. Druckregeneration nach Liquorentnahme und ihre pharmakologische Beeinflußbarkeit.

Aus über einen längeren Zeitraum sich erstreckenden Beobachtungen des Verhaltens der mittleren Höhe der Liquordruckkurve bei ein- und demselben Individuum gelegentlich mehrfach wiederholter Dauerpunktionen, wird der Schluß gezogen, daß jedem Menschen (unter gleichbleibenden Bedingungen) wahrscheinlich sein konstanter (individueller) mittlerer Liquordruck zukommt. Der Körper hat offenbar das Bestreben, diese Konstanz möglichst zu erhalten und künstliche Störungen dieses »Gleichgewichtszustandes« baldmöglichst wieder auszugleichen, selbst wenn sie durch die drastischen Maßnahmen der Liquormengenänderung hervorgerufen werden.

Zum Schluß werden zur Illustration des Besprochenen eine Anzahl Kurven projiziert.

**Aussprache:** *Walter-Bremen:* Merkwürdig sind die Widersprüche bezüglich der Wirkung anisotonischer Lösungen auf den Liquordruck.

Die Erklärung, daß die primäre Wirkung auf die Gefäße (Erweiterung oder Verengung) den Einfluß auf den Liquordruck kompensieren könne, scheint mir insofern nicht voll befriedigend, als dann die Gefäßreaktion unregelmäßig sein müßte, was wieder einer Erklärung bedürfte.

**Grabow-Neustadt:** Serologische Beobachtungen bei Sodokubehandlung der Paralyse.

Bei der Infektionstherapie der Paralyse sind eine ganze Reihe unspezifischer Veränderungen im Blut und Serum bekannt. Dagegen sind unsere Kenntnisse über serologisch nachweisbare Immunitätsphänomene verhältnismäßig gering. Der Grund ist der, daß bei der Paralyse spezifisch gegen



die Pallida gerichtete in vitro nachweisbare Antikörper nicht vorhanden sind. Man ist daher gezwungen, aus anderen immunbiologisch feststellbaren Begleiterscheinungen Rückschlüsse auf etwaige spezifische Vorgänge zu ziehen.

Daß an sich eine Impfinfektion zur Vermehrung an sich unspezifischer Abwehrkräfte führen kann, haben *Hoff* und *Silberstein* gezeigt, die bei der Malaria und Rekurrens ein Ansteigen der Opsonine nachwiesen. In ähnlicher Richtung bewegten sich Feststellungen, die bei der Sodokubehandlung der Paralyse gemacht werden konnten. Es wurde das Verhalten der Normalambozeptoren im Serum geprüft und dabei gefunden, daß mit großer Regelmäßigkeit ein z. T. sehr beträchtlicher Anstieg der Normalambozeptoren im Ablauf der gesetzten Infektion erfolgt. Dieser Anstieg ist nicht immer gleich hoch, jedoch wurde mehrfach noch bei einer Serumverdünnung von  $1/_{100}$  vollständige Hämolyse beobachtet. Völlig vermisst wurde das Ansteigen der Normalambozeptoren in 50 Fällen nur viermal. Von der Höhe des Fiebers und der Anzahl der Fieberanfälle ist das Phänomen nicht abhängig, sondern anscheinend nur vom Persistieren des Erregers im Organismus.

Wie Wagner bei Cholerakaninchen durch Injektion mit *Rockey-Mountain-Spotted-Fieber* einen Anstieg der Agglutinine hervorrufen konnte, gelang es im Kaninchenversuch auch durch Sodoku eine Vermehrung erworbener spezifischer Immunitätskörper zu erzielen. Kaninchen, die mit einem aus *Duttoni-Spirochäten* hergestellten Antigen vorbehandelt waren und im Komplementbindungsversuch nachweisbare Antikörper gebildet hatten, wurden im Stadium des Verschwindens dieser Antikörper mit Sodoku infiziert. Es zeigte sich, daß zu dem Zeitpunkt, an dem Sodokuantikörper im Blut nachweisbar wurden, auch die vorher nicht mehr nachweisbaren Rekurrensantikörper wieder vorhanden waren und zwar z. T. in einer Menge, daß die ursprüngliche Titerhöhe wieder erreicht wurde.

Die Tatsache, daß die Rattenbissinfektion sowohl zur Vermehrung vorgebildeter, wie auch erworbener spezifischer Immunkörper zu führen vermag, scheint mit aller Vorsicht die Deutung zuzulassen, daß es bei der Sodokubehandlung der Paralyse neben einer Reihe von unspezifischen Reaktionen auch zu einer Neubelebung spezifisch gegen die Pallida gerichteter Abwehrvorgänge kommt, die nicht serologisch faßbar, sondern histogen gebunden zu denken sind, und die zusammen mit vielen anderen, unspezifischen Faktoren den paralytischen Organismus befähigen, den Kampf gegen die Pallida mit Aussicht auf Erfolg wieder aufzunehmen.

**Krey-Neustadt:** Über das Auftreten von Depressionsimmunität bei gleichzeitigem Ablauf von Malaria und Rattenbissfieber.

Je nach dem Impfmodus lassen sich bei den untersuchten Fällen drei Gruppen unterscheiden:

Bei den Fällen, bei denen Malaria und Rattenbiss am gleichen Tage geimpft wurden, tritt zunächst ein Rattenbissanfall mit den typischen Begleiterscheinungen auf. Unmittelbar danach tritt dann die Malaria mit ihren typischen Fieberanfällen in Erscheinung und unterdrückt dann das Rattenbissfieber. Zuweilen jedoch machen sich nach einigen Malariaanfällen wieder klinische Symptome der Rattenbissinfektion bemerkbar und es kommt zu einer Vermischung der Fiebertypen. Nach Koupierung der Malaria nimmt

das Rattenbißfieber seinen üblichen Verlauf. Auch während der Malariaanfalle sind gelegentlich Rattenbißspirillen biologisch nachweisbar.

Bei der zweiten Gruppe wurde erst mit Malaria und nach einem oder mehreren Malariafieberanfällen mit Rattenbiß geimpft. Dabei nimmt die Malaria ungehindert ihren Fortgang. Nach Ablauf der Inkubationszeit des Rattenbißfiebers sind Rattenbißspirillen ziemlich regelmäßig nachweisbar. Bei einem Teil der Fälle treten dann gleich nach Koupierung der Malaria typische Rattenbißfieberanfälle auf, bei einem Teil jedoch machen sich schon nach einer Anzahl von Malariaanfällen klinische Erscheinungen des Rattenbißfiebers bemerkbar. Immer vermag die Malaria das Rattenbißfieber nicht völlig in Depression zu halten.

Bei der dritten Gruppe wurde erst mit Rattenbiß und nach Ablauf von mehreren Rattenbißfieberanfällen mit Malaria geimpft. Nach der Malariainpfung tritt zuerst noch Rattenbißfieber auf, nach Ablauf der Malariainkubation setzen typische Malariaanfalle ein, die das Rattenbißfieber in Depression halten. Nach Koupierung der Malaria verläuft die Rattenbißinfektion wie üblich.

Auf die mancherlei Unterschiede gegenüber dem gleichzeitigen Ablauf von Malaria und Rekurrens wird hingewiesen.

(Erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

*Rittershaus:* »Strafgesetzbuch, Reichsverfassung und der Preussische Ministerialerlaß.«

Der Ministerialerlaß vom 21. 1. 1932 hat inzwischen durch Ergänzungserlasse schon eine wesentliche Einschränkung erfahren. Wahrscheinlich wird eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts die Frage endgültig regeln; trotzdem erscheint es angebracht, einmal auf die schwankenden rechtlichen Grundlagen dieses Erlasses hinzuweisen.

Der Erlaß stützt sich dem Sinne nach, zum Teil aber auch unter direkter Berufung auf den § 239 I, StGB. über die widerrechtliche Freiheitsberaubung und auf Artikel 114 der Reichsverfassung, wonach die persönliche Freiheit nur auf Grund von Gesetzen entzogen werden dürfe. Betrachtet man diese beiden Paragraphen näher, so ergibt sich ein überraschendes Resultat. Bei der Auslegung eines Gesetzes soll man bekanntlich nicht an dem Buchstaben kleben, sondern die Absicht des Gesetzgebers zu erforschen suchen. Diese wird dargestellt durch die Motive und durch die Kommentare anerkannter juristischer Autoritäten, die ja auch nicht selten in Gerichtsurteilen zitiert zu werden pflegen, die sogenannte »gemeine Meinung«. Das Strafgesetzbuch des Deutschen Reiches ist hervorgegangen aus dem alten preussischen Strafgesetzbuch und zwar geht § 239 I zurück auf § 211 jenes alten Gesetzes. Dort befindet sich ein Absatz III. »Ebenso ist eine widerrechtliche Freiheitsberaubung nicht vorhanden, wenn die Fürsorge für einen Geisteskranken die Beschränkung seiner Freiheit notwendig macht.« [Es heißt dort ausdrücklich »Fürsorge« und nicht »Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken.«] Diese Bestimmung wurde nur deshalb nicht in das neue Strafgesetzbuch aufgenommen, weil man sie für selbstverständlich hielt. Dies geht aus den Motiven zu dem neuen Strafgesetzbuch und aus der gesamten juristischen Literatur einwandfrei hervor, wie im einzelnen nachgewiesen wird. Man wollte einfach nicht den Eindruck erwecken, als ob

durch diese Bestimmung der Kreis der Rechtfertigungsmöglichkeiten einer Freiheitsentziehung abschließend festgelegt sei.

Nach maßgebender juristischer Ansicht ist aber nun dieser Abschnitt III. jenes § 211 heute noch geltendes Recht. Die Bestimmungen der Landesstrafgesetzbücher sind durch das Reichsstrafgesetzbuch nur insoweit aufgehoben worden, als dieses neue Gesetz die Rechtsmaterie abschließend geregelt hat. Durch Weglassung jenes Absatzes sollte diese Frage aber zweifellos nicht abschließend geregelt werden, ist also noch in Kraft.

Auf Art. 114 der Reichsverfassung beruft sich der Ministerialerlaß ausdrücklich und betont, daß die bestehenden Anstaltsordnungen keine Gesetzeskraft besäßen. Das ist unrichtig, es ist in der Strafrechtslehre absolut herrschende Meinung, daß der Ausdruck »Gesetz« in Absatz I, Satz 2 des Art. 114 nicht nur formelle Gesetze umfaßt. Der Kommentar von *Anschütz* von 1929, der in der Strafrechtswissenschaft absolut führend ist, spricht das mit unbedingter Deutlichkeit aus. Abweichende Ansichten finden sich nirgends. Wenn der Ministerialerlaß, sich bewußt in Gegensatz zu der allgemeinen Meinung hätte setzen wollen, dann hätte er dies wohl ausdrücklich ausgesprochen. Dies geschah nicht, also ist zu vermuten, daß man über die Rechtslage nicht unterrichtet war. Der letzte Erlaß vom 9. VIII. 1932 verspricht ein preußisches Irrengesetz. Man kann nur hoffen, daß hierbei nicht wieder sachliche Unkenntnis, veraltetes Vorurteil und juristische Unzulänglichkeit die ausschlaggebende Rolle spielen werden.

#### *Meggendorfer*-Hamburg: Zur Strafrechtsreform.

Angesichts der politischen Situation erscheint es fraglich, ob die Strafrechtsreform im Sinne der vorhandenen Entwürfe durchgeführt werden kann. Da wir Psychiater aber ein hervorragendes Interesse an dem künftigen Strafgesetz haben, ist eine Erörterung über die Richtung, die die Entwicklung des Strafrechts zu nehmen scheint, und über die Konsequenzen, die daraus für die psychiatrischen Fragestellungen entspringen, angezeigt. Vortragender gibt einen kurzen Überblick über die den neueren Strafgesetzen zugrundeliegenden Strafrechtstheorien: das Vergeltungsstrafrecht (unser geltendes Strafgesetzbuch, von neueren Strafgesetzbüchern: das Strafgesetzbuch des Codex iuris canonici von 1917, das afghanische Strafgesetzbuch von 1924), das Sicherungsstrafrecht (der Vorentwurf Ferris zu einem italienischen Strafgesetzbuch von 1921, die Gesetze und Entwürfe von Peru, Argentinien, Kuba, den Philippinen, von Mexiko aus den Jahren 1924—1929, ferner allerdings mit erheblichen Zusätzen des Klassenkampfes, der sowjetrussische Kodex von 1926), schließlich vermittelnd zwischen den beiden die »dualistischen« Strafgesetze (die Entwürfe zu einem deutschen, schweizerischen, rumänischen, polnischen, jugoslawischen Strafgesetzbuch, das Strafgesetzbuch Chinas von 1928 und Dänemarks von 1930, auch das faschistische Strafgesetzbuch Italiens von 1930). Vortragender schildert die Besonderheiten dieser Strafgesetze, namentlich auch hinsichtlich der Fassung des Begriffes der Zurechnungsfähigkeit. Da im Vergeltungsstrafrecht die »Schuld« eine besondere Rolle spielt, ist bei Fehlen einer Schuld infolge von Geisteskrankheit des Täters auch eine strafbare Handlung »nicht vorhanden«. Das hat aber schwerwiegende Konsequenzen: die Unschädlichmachung eines solchen Täters ist der Verwaltung, der Polizei überlassen; mancherlei Schwierigkeiten, z. Zt. auch solche wirtschaftlicher Art, sind hier zu überwinden.

Auch die Erfassung der Mittäter ist erschwert. Ohne Zweifel entspringt hieraus ein gewisser Mangel an öffentlicher Sicherheit. Die dualistisch orientierten Strafgesetze erklären den Nichtzurechnungsfähigen für straffrei; sie sehen weiterhin zum Schutz der Gesellschaft Sicherungsmaßnahmen vor, die aber vielfach nur fakultativ sind und auch sonst manche Lücken lassen. In Strafgesetzen, die ausschließlich den Schutz der Gesellschaft beabsichtigen, spielt die Zurechnungsfähigkeit im Sinne der traditionellen Strafrechtslehre keine Rolle mehr. Jeder, der die Gesetze übertritt, ist ein Verbrecher, sei er nun geistig gesund oder krank; in jedem Falle hat der Staat durch das Strafgesetz Maßnahmen zum Schutz der Gesellschaft zu treffen. Den Begriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit kennen sowohl das Vergeltungsstrafrecht als auch das dualistisch orientierte, nicht aber die allein auf dem Sicherungsgedanken aufgebauten. — Es scheint manches dafür zu sprechen, daß sich die Entwicklung des deutschen Strafrechts in der Richtung auf das Sicherungsstrafrecht bewegt. Geht aber die Entwicklung tatsächlich dahin, dann wird künftig Zurechnungs- und Unzurechnungsfähigkeit kein Indiz mehr für Schuld oder Nichtschuld, für Strafe oder Freisprechung sein, sondern die Feststellung von Geisteskrankheit wird nur ein Indiz für eine besondere Art der Behandlung des Rechtsbrechers sein. Die Tätigkeit des Psychiaters wird dadurch keineswegs überflüssig, sie wird im Gegenteil erweitert und vertieft; sie wird sich nicht mehr in der Stellung einer Diagnose und in dem Hineinpressen der ärztlichen Diagnose in ein metaphysisch konstruiertes Schema erschöpfen, sondern sie wird, was viel mehr wert und des Arztes würdiger ist, auch die Therapie umfassen: die Aufstellung eines Heilplanes, den Rat einer Anstaltsunterbringung, die Einleitung eugenischer Maßnahmen usw. Allerdings steht noch dahin, ob ein lediglich auf dem Sicherungsgedanken aufgebautes Strafrecht auch dem Rechtsgefühl weiter Kreise so gerecht wird wie ein auf der Annahme der Freiheit des Handelns beruhendes.

Aussprache: *Schäfer*-Langenhorn hat aus Zeitungsberichten entnommen, daß *Holzmann* in dem von *Meggendorfer* erwähnten Vortrage sich gegen die verminderte Zurechnungsfähigkeit gewandt hat, u. a. mit der Begründung, daß bei ihrer Annahme die Kriminellen damit einen »Jagdschein« erhielten und um so eher auf die Gesellschaft wieder losgelassen würden. Vorausgesetzt, daß die Zeitungsberichte zutreffend waren, ist die Annahme *Holzmanns* als unrichtig zu bezeichnen. Bei dem jetzigen Rechtszustande, bei dem die psychiatrische Beurteilung im Sinne einer verminderten Zurechnungsfähigkeit sich nur auf das Strafmaß auswirken kann, ist allerdings *Holzmanns* Bedenken berechtigt, aber gerade wenn die verminderte Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch aufgenommen würde, müßte es fortfallen. Denn mit der verminderten Zurechnungsfähigkeit ist — wie Sch. das schon seit langem gefordert hat — als unbedingt notwendiges fast selbstverständliches Korrelat verbunden eine entsprechende Straftat, die es ermöglicht den vermindert Zurechnungsfähigen so lange es seine Eigenart notwendig macht, zu detinieren. Damit ist dann ein Mittel gegeben, ihm länger als im gewöhnlichen Strafvollzug, u. U. dauernd, die Begehung weiterer Straftaten unmöglich zu machen.

*Rittershaus*: Mit Recht ist auf den Strafzweck der Abschreckung wenig Wert gelegt, er versagt, da die Kriminellen meist »anbrüchige« Menschen sind, die sich nicht durch normale Erwägungen leiten lassen.

Der reine Sicherungszweck (Ferri) findet kennzeichnenderweise nur in romanischen Ländern Anhänger; die mehr zu Äußerlichkeiten neigende romanische Rasse hat für die tiefe germanische Ethik des reinen Vergeltungsgedankens und des inneren Gerechtigkeitsgefühls, im Sinne Kants kein Verständnis. Ein deutsches Strafrecht muß neben der Besserung und Sicherung, die selbstverständlich ist, auch hierauf beruhen. Auf das kommende Strafrecht wird voraussichtlich auch die Nationalsozialistische Partei einmal einen bestimmenden Einfluß ausüben. Nach der ganzen Weltanschauung dieser Partei wird unser Strafgesetzbuch dann sicherlich dualistisch werden.

*Röper-Hamburg:* Die Notwendigkeit des paragrafierten Rechts ist bedingt durch das enge Zusammenleben so vieler Menschen. Wenn einst die zehn Gebote genügten, so ergab sich mit zunehmender Zivilisation die Notwendigkeit der Differenzierung. Das Recht ist nichts Absolutes, es wandelt sich mit dem Zeitgeist. Das paragrafierte Recht hinkt hinter dem im Rechtsgefühl des Volkes entstandenen nach. Der Jurist sieht vielfach mehr papierne Paragraphen und ganz besonders seine Prozeßordnung, als das Recht, wie es dem Rechtsgefühl der Allgemeinheit entspricht. Die Paragraphen 218, 175, weiter, wie sie bei eugenischen Maßnahmen angewandt werden können, entsprechen fast in nichts mehr dem was Zeitgeist, Gewohnheit und unszemäßige Handhabung aus diesen strafbaren Handlungen gemacht haben.

Die Tat sollte bei der Rechtsprechung im Vordergrund stehen, und zwar vornehmlich in bezug auf ihre Schädlichkeit für die Allgemeinheit. Es ist ja eigentlich nur Juristen verständlich, daß eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn...; natürlich ist die die Allgemeinheit schädigende Handlung vorhanden und der Täter muß unschädlich gemacht werden, ist oder war seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen, kann er keine Gegenvorstellungen bilden, so darf die Unschädlichmachung keinen entehrenden Charakter tragen. Natürlich gibt es eine verminderte Zurechnungsfähigkeit, aber auch für sie gilt das eben Gesagte.

Ich möchte es als eine deutsche Krankheit bezeichnen, die Furcht irgend jemand Unrecht zu tun. Eine absolute Gerechtigkeit gibt es nicht, die vielen einengenden Bestimmungen bei der Urteilsbildung verwässern und beengen das Recht.

*Bückmann-Neustadt (Holst.):* Röntgenstereoskopie in der psychiatrisch-neurologischen Diagnostik.

Vortr. bespricht kurz die geometrischen Grundlagen der Röntgenstereoskopie und erläutert dann den zu den Untersuchungen benutzten Hasselwanderschens Stereoskiagraphen. Dann wird über vier Krankheitsfälle berichtet, in denen die Röntgenstereoskopie wertvolle Dienste leistete. 1. 61 jähriger Landarbeiter, dem 1927 eine Leiter auf den Nacken fiel. Erst  $\frac{1}{4}$  Std. nach dem Unfall wegen zunehmender Schmerzen Arbeit ausgesetzt. 1928 Beugung und Drehung des Kopfes eingeschränkt, Parästhesien der li. Hand, Schmerzen hinter dem li. Warzenfortsatz. 1929 Kopfbeugung eingeschränkt; rs. Schiefhals; Muskulatur li. der Halswirbelsäule sehr druckempfindlich; Kribbeln in den Fingern der li. Hand. Röntgenbilder o. B. 1930 Linksdrehung eingeschränkt; Atrophie des li. Daumenballens; Parästhesien in den Fingern 1—3 beiderseits. Das von

Ref. angefertigte Stereogramm zeigte einen Frakturspalt in der li. Massa lateralis atlantis und eine Luxation im li. Atlantoepestrophealgelenk. 2. 37-jähriger Landarbeiter 1926 Sturz vom Erntewagen auf die Straße, blieb bewußtlos liegen. Blutung aus dem re. Gehörgang. Im Krankenhaus Erbrechen, Benommenheit, weitere Gehörgangsblutung, Reflexe o. B., leichte motorische Unruhe, sanguinolenter Liquor. Röntgenbefund: Fraktur und Impression der re. Schläfengegend. Nach 14 Tagen wegen zunehmender Unruhe, Verwirrtheit und Gewalttätigkeit in eine Anstalt verlegt. Dort desorientiert, zerfahren, euphorisch, verlangsamt, monoton, retrograde Amnesie. Nach fünf Wochen gebessert entlassen. Diagnose: Traumatische Psychose bei angeborenem Schwachsinn; traumatische Psychose abgeheilt; voll erwerbsfähig. Auch das 1927 angefertigte Gutachten einer Univ.-Nervenklinik kam zum gleichen Resultat. Inzwischen verwahrloste Patient, wurde fünfmal bestraft wegen Landstreichens, Bettelns u. ä., kam in Arbeitsanstalt. Dort erregt und gewalttätig, 1928 in die Anstalt Neustadt. Expansive Psychose mit vorübergehenden deliranten Zuständen. Schwerhörigkeit rechts, angedeuteter Babinski beiderseits, Stereoagnosie der re. Hand. Die Stereoenzephalographie ergab: drei Frakturspalten, eine im l. Okzipitale und l. Schläfenbein, Loch von 2 mm Größe im Okzipitale, von dem nach unten li. ein zweiter Frakturspalt zieht, ein dritter Spalt vom re. Rand der Hinterhauptsschuppe bis ins re. Felsenbein; Anordnung der Bruchspalten um die Ansatzlinie des Tentoriums. Die Seitenventrikel und der vierte Ventrikel konnten auf Millimeter genau vermessen werden, der dritte Ventrikel nur in der Frontalebene; die Seitenventrikel waren gleichmäßig erweitert, der li. war von der Sagittalebene abgewichen; einzelne Luftblase li. über der Höhe der Konvexität; dritte Ventrikel kreisrund erweitert; streifenartiger Luftschatten über der li. Fossa Sylvii; Cisterna chiasmatis und interpeduncularis erweitert<sup>1)</sup>. 3. 62-jähriger schizophrener Defektzustand, seit 1896 in Anstaltsbehandlung, klinisch Diabetes insipidus. Röntgenstereogramm: Sella turcica erweitert, Proc. clinoidi anteriores atrophisch; 1,5 mm hoher unscharfer Kalkschatten in der Sagittalebene dicht über den Proc. clinoid. post. 4. 43-jähriger Maurer, 1915 Hufschlag gegen das Scrotum, Fall auf den Hinterkopf, Bewußtlosigkeit, Erbrechen, im Anschluß epileptische Anfälle. Später nur selten Anfälle; 1927 häufiger, danach kurzdauernde Dämmerzustände mit Gewalttätigkeit. 1930 nach Neustadt. Verlangsamt, depressiv, mäßiger Intelligenzdefekt, Affektinkontinenz. 6—7 Krampfanfälle pro Monat, mit fokalem Beginn im li. Bein und etwas später im li. Arm. Atrophie des re. Hodens. Stereoencephalogramm: Im li. Os parietale zwei je 9 mm lange parallele strichförmige Schatten, darunter durchscheinende Verdünnung des Knochens. Seitenventrikel zeigen nur spaltenförmige Füllung der Unterhörner. Sellaöffnung erweitert, aber scharf konturiert. Chiasma- und Interpedunkulargegend auffallend stark gefüllt. Vierter Ventrikel und Aquädukt erheblich erweitert; zweiter Ventrikel nur spaltförmig. Cisterna cerebellomedullaris erweitert. In der Mitte der Hinterhauptsschuppe 11 mm langer, 0,5 mm breiter Knochendefekt.

Nach Eigenberichten zusammengestellt von Schulz-Neustadt.

<sup>1)</sup> Der Fall soll demnächst anderweitig ausführlich veröffentlicht werden.

## Kleinere Mitteilungen.

Der 9. Band des Handbuches der Geisteskrankheiten von *Bumke* = spezieller Teil V behandelt die Schizophrenie (Sch'ie).

Die Redaktion der aus der Heidelberger Klinik stammenden Arbeiten hat *Wilmanns* besorgt, der dem stattlichen Band auch ein Vorwort beigegeben hat, in dem es heißt, daß die als Sch'ie geschilderten Symptomenkomplexe nicht die Äußerung einer Krankheitseinheit sind, daß aber der große Kern dessen, was man heute als Sch'ie zusammenfaßt, trotz der Mannigfaltigkeit der Erscheinungen, des Verlaufes und des Ausgangs als eine im wesentlichen einheitliche Erkrankung aufgefaßt werden könne, und zwar als eine endogen, organisch bzw. toxisch bedingte Geisteskrankheit unbekannter Ursprungs. Eine Auflösung der schizophrenen (sch'en) Zustandsbilder in Krankheiten sei noch nicht gelungen und werde voraussichtlich nur durch Auffindung und Anwendung neuer somatischer Untersuchungsmittel möglich sein.

Über Geschichtliches gibt zunächst *Gruhle* einen sehr anschaulichen Überblick der wissenschaftlichen Entwicklung der Psychiatrie in etwa den letzten 150 Jahren im allgemeinen und der Sch'ie nach den Forschungen *Neumanns*, *Kahlbaums*, *Kraepelins* und *Bleulers* im besonderen. *Mayer-Groß* berichtet, daß im Jahre 1919 22,4% der Gesamtaufnahmen in der Heidelberger Klinik auf Sch'ie fielen, bei Abrechnung der Psychopathen und der neurologischen Fälle 34,2%. Der prozentuale Anteil der Sch'ie an den Aufnahmen in die Irrenanstalten liegt etwa um die Zahl 40, derjenige am Krankenbestand der Anstalten zwischen 60 und 70. In Heidelberg überwiegen unter den sch'en Aufnahmen die Frauen. Bei diesen fanden sich auch die klassischen katatonen Erscheinungsformen, insbesondere die hyperkinetischen Bilder häufiger als bei den Männern, während letztere mehr Paranoide mit Wahnsystem von einiger Geschlossenheit aufwiesen. Die meisten sch'en Frauen stammten vom Lande und wurden im Frühsommer aufgenommen. Verbreitet ist die Sch'ie unabhängig von Rasse und Klima über die ganze Erde und stellt überall den Hauptteil der geistigen Erkrankungen dar.

Der Aufsatz über die Erbllichkeit stammt von *Beringer*: Die psychiatrische Vererbungslehre hat seit *Rüdins* Monographie: »Zur Vererbung und Neuentstehung der Dementia praecox« Anschluß an die moderne Vererbungslehre gewonnen. Dominante Vererbung liegt bei der Sch'ie nicht vor, aber die spezielle Art des Erbganges ist bisher noch im Dunkel geblieben. Versuchte man festzustellen, welche Belastung mit Sch'ie in den verschiedenen Verwandtschaftsgraden sch'er Probanden vorliegt, so gelangte man zu einer Erbprognose für die verschiedenen Sippschaftsgrade. Auch bemühte man sich, die Erkrankungsaussichten hinsichtlich der verschiedenen Psychosen einschließlich der Sch'ie innerhalb der Durchschnittsbevölkerung festzustellen, um den nötigen Vergleichshintergrund zu bekommen. Es ergab sich, daß, wenn beide Eltern sch waren, 53% der Kinder sch waren, 29% psychopathische Züge zeigten und 18% psychisch unauffällig waren. War nur ein Elter erkrankt, so lag die Zahl der sch'en Nachkommen unter 10%. In  $\frac{1}{12}$  der Fälle litt ein Elter an derselben Krankheit wie das Probandenkind. Sch'ie Geschwisterschaften mit sch'iefreien Eltern geben

einen Erkrankungssatz an Sch'ie von 4—5%. Mit der Entfernung der untersuchten Sippschaftsgrade vom Ausgangsprobanden ist zunehmend ein Sinken der Prozentzahl zu konstatieren, um bei Großneffen und Großnichten die Erkrankungszahl für die Durchschnittsbevölkerung zu erreichen. Was die Belastung mit Psychosen nicht sch'er Art betrifft, so steigt auch hier die Zahl der sch'en wie der anderen Psychosen bei den Kindern. Die Häufung sch'er Erkrankungen in einer Geschwisterschaft scheint mit der Häufung der psychotischen Belastung durch die Eltern parallel zu gehen, während die sch'en Psychosen bei den Eltern eine größere erbbiologische Kraft als nichtsch'e besitzen, welche aber keineswegs ohne Bedeutung für die erbbiologische Belastung der Kindersch'ien sind. Daß sich Psychopathen und Sonderlinge unter der engeren Verwandtschaft Sch'er nicht selten finden, ist eine alte Erfahrung. Verfasser macht darauf aufmerksam, daß der Begriff Sonderling von verschiedenen Untersuchern bzw. Auskunftspersonen sehr verschieden gebraucht wird. Interessanterweise ergab sich, daß verhältnismäßig selten sch'e Erkrankungen in Eltern- und Kindergenerationen aufeinander folgen, daß in anscheinend sch'iefreien Familien Sch'ie auftreten kann und daß gleichartige Belastung in den Seitenlinien häufig ist. Dies würde für rezessiven Erbgang sprechen. Dem einfachen rezessiven Erbgang entspricht aber die Sch'ie nicht; am wahrscheinlichsten ist die Annahme eines dihybrid-rezessiven Vererbungsganges. Vom Schizoid nimmt *Kahn* dessen dominante Vererbung an. Das Schizoid findet sich nicht nur bei den sogenannten schizoiden Psychopathen, es charakterisiert auch sehr häufig die präpsychotische Persönlichkeit des Sch'en. Die Erbanlage zum Schizoid muß in den Sch'iekranken stecken, ja die Voraussetzung zum Zustandekommen der Sch'ie sein, es ist also der eine Anlagefaktor der dominant gehenden Schizoide. Andererseits ist aber mit einem Prozeßfaktor zu rechnen, für den ein rezessiver Erbgang wahrscheinlich ist; erst beim Zusammenreffen beider Komponenten kommt es zu einer manifesten Psychose. Die Anwesenheit der Schizoidanlage wirkt beim Vorhandensein der Prozeßanlage als Auslösfaktor, das Fehlen der Schizoidanlage als Hemmungsfaktor. Hat jemand die Prozeßanlage, fehlt aber die Anlage zum Schizoid, so bleibt die Prozeßanlage stumm. Andere Forscher haben davon gesprochen, daß die Sch'ie eine Reihe nicht zusammengehöriger, ätiologisch ungleichmäßiger Anomalien darstellt. Es existieren also verschiedene Erklärungsmöglichkeiten, aber keine hat bisher endgültige Anerkennung gefunden. — Mehrfach wurde die Frage erwogen, ob das, was klinisch als Sch'ie diagnostiziert wird, auch genisch etwas Einheitliches ist. —

Die Sch'ie tritt fast nie vor der Pubertät auf, entfaltet sich aber in dem einen Fall mit 40 Jahren, in dem anderen schon mit 18 Jahren. Welche Bedingungen für das Zustandekommen der Sch'ie erfüllt sein müssen, ist vollkommen ungeklärt. Oft steht die sch'e Erkrankung zu anderen Erbfaktoren in Beziehung. Möglicherweise wird die Sch'ie auch gelegentlich als Mutation neu entstehen, wie sie ja ursprünglich auch einmal so entstanden sein wird; unklar ist, ob dies seltener oder häufiger der Fall ist. — Bekanntlich hat *Bumke* außer einer sich vererbenden Gruppe von Sch'iekranken sch'e Reaktionsformen angenommen, wofür die Anlage entweder ubiquitär oder konstitutionelle Eigenschaft zur Beantwortung auf unterschiedliche Reize ist. Je nach der Stärke der Schädlichkeit oder der Widerstandsfähigkeit des Gehirns äußern sich im Effekt bald schwer verlaufende unheil-



bare, bald heilbare Psychosen. *Kahn* hat die Verwandtschaft rein exogen entstandener Fälle, die er Schizoforme nennt, mit den sch'en Reaktionsformen *Bumkes* betont. Sch'e Zustands- und Zerfallsbilder (sch'ieartige Psychosen) wurden besonders bei der Encephalitis epidemica beschrieben. Trifft eine Gehirnschädigung auf eine etwas stärker ausgesprochene Krankheitsbereitschaft, so entsteht nach *Bostroem* nicht nur eine symptomatische Psychose, sondern zugleich wird auch die endogene Psychose ausgelöst, die nach Abklingen des exogenen Psychosenanteils erst rein zutage tritt (Infektions- und Wochenbettpsychosen), die schließlich in eine Sch'ie ausmünden. — Bei rein endogen bedingten Sch'ien bedarf es keiner äußeren Reize zur Manifestation; hier tritt die Sch'ie schicksalsmäßig auf Grund der genischen Eigengesetzlichkeit auf, hier können exogene Momente höchstens beschleunigend oder verzögernd auf den Ausbruchstermin wirken, die Psychose aber weder verhindern noch erzeugen; Auslösung kommt hier nicht in Betracht. Die klinische Analyse aus Zustandsbild oder Verlauf gestattet keine zureichende Unterscheidung zwischen endogener, ausgelöster oder rein exogener Sch'ie. Aus der Sch'iehäufung kann man nach *Herz* die symptomatischen Sch'ien noch nicht herausstellen; aber völlig anders geartete Erkrankungen mit anderem anatomischen Substrat, mit anderer Ätiologie und anderer Genese können klinische Erscheinungsformen hervorgerufen, welche wir bis jetzt von der Sch'ie nicht abgrenzen können. Im jugendlichen Alter gibt es vor allem hebephrene und katatone Zustandsbilder, im höheren Alter besonnene, paranoid-halluzinatorische Bilder. Der Spätsch'ie werden eigenartige starr depressive Bilder mit paranoiden Gedankengängen und halluzinatorischen Erlebnissen zugeschrieben. Lues, Alkohol und viele andere keimschädigende Schädlichkeiten kommen ätiologisch in Betracht — aber auch nicht in einem schwer in die Waagschale fallenden Maße. Das Ergebnis des Zusammenhangs zwischen Schizophrenie und Tuberkulose spricht für eine progressive Korrelation zwischen der Sch'ie und der erblichen Schwäche der geweblichen Potenz, die zu einer herabgesetzten Widerstandsfähigkeit gegen die Tuberkuloseinfektion führt. Vergleiche der Erkrankung an Tuberkulose zwischen nichtpsychotischen Geschwistern sch'er und gleichaltriger Geschwisterschaften und der Durchschnittsbevölkerung ergeben, daß erstere bis zu viermal so häufig an irgend einer Form der Tuberkulose starben. — Unsere Kenntnis über Art und Bedeutung der verschiedensten Momente am Zustandekommen der Sch'ie ist noch betrübend gering. — Das Kapitel über die körperliche Konstitution der Sch'en ist von *Bürger-Prinz* geschrieben, welcher zitiert, daß *Mauz* eine erheblich größere Rückbildungsfähigkeit des einzelnen Schubs bei pyknischer Konstitution als bei der »Dementia praecox-Konstitution« fand. Die pyknische Körperbauform schließt den katastrophalen und endgültigen Zerfall in den ersten 2—3 Jahren nach Ausbruch der Krankheit aus und schwächt die Zerfallsmöglichkeit überhaupt; dagegen verstärken die asthenische, athletische und dysplastische Körperbauform die Zerfallsmöglichkeit. Während die Beziehung zwischen pyknischem Körperbau und zyklischer Psychose und die Häufung dysplastischer Merkmale bei Epileptikern sichergestellt ist (Pykniker fehlen unter den Epileptikern), ist die Frage nach einer bestimmten Korrelation zwischen Körperbautypus und Sch'ie offen. Jedenfalls spielen Dysplasien bei Sch'en eine unvergleichlich größere Rolle als bei den Manisch-Depressiven. Einigermassen typisch ist die kurze

Eiform des Gesichtes für Sch'ie. Bei sch'en Frauen wurde ein besonderer Behaarungstypus gefunden. Auch fand sich bei den weiblichen Sch'en eine gewisse Tendenz zur kindlichen Entwicklung der Hände und Akromikrie. Die leptosom-sch'e Gruppe wurde von *Schmidt* wie von *Kretschmer* als die stärkste in den einzelnen Maßen deviirende und als die bei den Dysplasien fast ausschließlicly beteiligte erkannt. Inwieweit diese Tatsachen biologische Affinität bedeuten, inwieweit sie vom Erkrankungsalter abhängen, inwieweit sie prozeßverursachend sind, ist unentschieden. Die Literatur, die den *Kretschmerschen* Untersuchungen gefolgt ist, ist außerordentlich groß. Die Fragen nach der körperlichen Konstitution der Sch'en und Schizothymen machen noch erhebliche Schwierigkeiten.

Im Kapitel »Das Schizoid« berichtet *Beringer*: Schon länger war bekannt, daß sich in der engeren Verwandtschaft Sch'er eigenartige Persönlichkeiten finden und daß in der ursprünglichen Persönlichkeit später an Sch'ie Erkrankter sich auffällige Wesenszüge häufen; keineswegs zeigt aber jeder Sch'e vor der Erkrankung Auffälligkeiten. *Bleuler* stellte folgende Stufen für die Skala der Übergänge zur Sch'ie auf: 1. Normale schizoide Reaktionsart, 2. schizoide Übertreibung der normalen sch'en Reaktionsart im allgemeinen, so daß sie auffällt, 3. Schizopathie, so hochgradige Schizoidie, daß sie als krankhaft, als psychopathisch aufgefaßt werden muß, aber ohne daß ein Prozeß oder eine Psychose anzunehmen wäre, 4. die Psychose Sch'ie; sie entsteht erst, wenn der entsprechende toxisch-anatomische Prozeß hinzukommt. *Bleuler* macht die rein spekulative Annahme, daß stark ausgeprägte Schizoidie mit stark chemischen Prozessen verbunden sein müsse. Übertreibung der chemischen Prozesse könne zu den Veränderungen führen, die wir im sch'en Hirn finden. *Berze* konstatierte zur Insuffizienz der psychischen Affektivität als psychologisches Gegenstück die gesteigerte Irritabilität und sieht in den Hyperästhetischen die Träger einer Disposition zur Schizophrenie, eine in der Anlage gegebene Vulnerabilität des psychozerebralen Systems. Von einzelnen Typen fallen hierunter die sensitiven, die hypochondrisch-nervösen sowie gewisse paranoide Formen. Dies seien die wichtigsten Formen, es könne aber auch noch andere schizoide Formen geben. Auch ohne sch'e Komplikationen könnten aus akuten schizoiden Psychosen verschiedene Residuärercheinungen entstehen, Neigung zu flüchtigem Beziehungswahn, Grübelsucht, Hang zum Querulieren, oft expansives, an Größenwahn gemahnendes Wesen, bald mehr trotzig kampfbereite, bald mehr timid resignierte Einstellung zur Umwelt, Überwertigkeitsideen, durchweg Erscheinungen, die nichts für sch'enpsychopathische Zustände Charakteristisches an sich haben, wogegen einige auf hohe psychische Aktivität weisen, im Gegensatz zur Grundstörung der echten Sch'ie, welche in der Insuffizienz zu psychischer Aktivität zu erblicken ist. *Kretschmer* legt dem Schizoid einmal Äußerungen autistischen Verhaltens, dann Überempfindlichkeit und endlich Unterempfindlichkeit und vor allem eine Mischung der beiden letzteren unter. Dagegen lehnt *Bumke* ein Schizoid als Zwischenform und damit die Übergänge ab, entweder habe man es mit Gesunden zu tun oder mit Psychopathen oder leichten Sch'en.

Auslösung durch seelische und körperliche Schädigungen (*Mayer-Groß*): In ihrer großen Kerngruppe stellt die Sch'ie eine organische Erkrankung dar, der Annahme einer psychischen Verursachung wird man mit größter Skepsis begegnen. Niemand kann bestätigen, daß sich die

Krankheit häufig an ein unangenehmes Erlebnis anschließt, das diejenigen Konflikte ausschließt, welche die beginnende Psychose selbst herbeigeführt hat. Unter psychischen Einflüssen gibt es Verschlimmerungen und Besserungen, in nicht minder zahlreichen Fällen sind letztere gänzlich ohne Wirkung. In der Ätiologie der eigentlichen schizophränen Psychosen, die ja eben keine pathologische Reaktion, keine Neurose ist, ist psychischer Einfluß ohne Bedeutung. In jedem Falle ist, wie *Wilmanns* betont hat, zu klären, ob ein zufälliges Zusammentreffen von unlustbetontem Erlebnis und Krankheitsausbruch vorliegt oder ob irgendein Zusammenhang zwischen beiden besteht, oder es sich um eine auf dem Boden einer latenten oder offenbaren Sch'ie erwachsene vorübergehend sch'n gefärbte Reaktion handelt, oder um die Auslösung oder Steigerung des fortschreitenden organischen Prozesses, um eine sch'e Phase, oder ob überhaupt nichts Sch'es vorliegt, sondern eine Psychose oder Reaktion, welche nur gewisse äußere Ähnlichkeiten mit einer sch'en Störung aufweist. Schübe und Reaktion müssen, wenn möglich, definitiv abgegrenzt werden. Schübe im Anschluß an sch'e seelische Konflikte und Erschütterungen stehen in keinem verständlichen Zusammenhang mit dem Erlebnis. Provokation eines Schubs durch eine Erschütterung oder zermürbende seelische Situation ist nicht auszuschließen, Provokation einer Erkrankung durch seelische Wirkung ist eine große Seltenheit. *Bumke* meint, daß sich, wie bei der Paralyse, so auch bei der Sch'ie das Leiden oft zuerst bei ungewöhnlich emotioneller, intellektueller oder körperlicher Beanspruchung äußern könne und daß es sich dann jedesmal um latente Sch'ie handle, die unter besonderen Umständen in die Erscheinung tritt. Die statistischen Ergebnisse haben eine Zunahme der Sch'ie auch unter den seelischen Erschütterungen des Weltkrieges nicht festgestellt (*Sonneberg*), einzelne Beobachtungen, die eine Auslösung zu beweisen scheinen, haben daher kein großes Gewicht. Im Krieg wurden nur ausnahmsweise Erkrankungen an Sch'ie unmittelbar nach einem affektbetonten Erlebnis — etwa einer Verschüttung — beobachtet, hatten auch keine inhaltlichen Beziehungen zum seelischen Anlaß der Erkrankung, obwohl tausende von sinnfälligen Sch'ien und gewiß hunderttausende von latenten Sch'ien im Felde standen und lange Zeit schwersten seelischen Spannungen ausgesetzt waren. Auch zum Ausbruch sch'er Schübe kam es während der Kampfhandlungen (Trommelfeuer, Schlacht, große Märsche) nur selten. In der Kriegsgefangenschaft brachen einzelne Erkrankungen aus, freilich ohne ernsthaften ätiologischen Zusammenhang mit den seelischen oder körperlichen Schädlichkeiten des Gefangenenslebens. Auch bei Strafgefangenen wird ja unter ungünstigen Gefängniseinflüssen eine latente Sch'ie leichter manifest. Von *Rüdins* abnormen Lebenslänglichen, die zu 44,6% an Dementia praecox litten, erkrankte die Mehrzahl im ersten Jahre der Haft. Oft erwies sich bei unmittelbarer Erkrankung nach Strafantritt die Straftat schon als Ausfluß der beginnenden Psychose. Eingeleitet werden kann eine sch'e Prozeßerkrankung durch die verschiedensten psychopathisch-reaktiven Zustandsbilder. Versetzung in die Irrenabteilung braucht nicht gleich zu einer Änderung des Zustandsbildes zu führen, erst ganz allmählich treten oft die sch'en Züge hervor. Katamnestiche Erhebungen haben ergeben, daß die Prognose der Gefängnissch'ie besonders ungünstig ist. Körperliche Auslösung: der schizoide Reaktionstypus kann sich auf psychische wie auf endokrine und andere somatische Reize geltend machen.

Durch gleichzeitig bestehende Krankheit kann eine sch'e Erkrankung in ihrem Beginn eine pathoplastische Färbung im Sinne des endogenen Reaktionstypus (Amentia, Delirien) erhalten. Sch'iesymptome können eine besondere Form exogener Reaktion darstellen, welche ja auch vom manischen Hirn für verschiedene Schädlichkeiten bereit gehalten wird. Es handelt sich dann um symptomatische Sch'ie; sch'e Symptome sind hier Folgen einer ätiologisch faßbaren Hirnkrankheit. Etwa ein Drittel der im Puerperium ausbrechenden Psychosen gehört der Sch'ie an, in der Gravidität ist diese relativ selten. Die Differentialdiagnose einer heilbaren, infektiös-toxischen Puerperalpsychose und der beginnenden Sch'ie macht oft große Schwierigkeiten, weil erstere vielfach eine katatone Färbung zeigt, die in dieser Zeit auftretenden Sch'ien bieten vielfach ein symptomatisches Bild: Züge der Amentia, mit längerer leichter Bewußtseinstrübung; allmählich treten die symptomatischen Symptome dann zurück und es bleiben Zerfahrenheit, Halluzinationen und psychomotorische Symptome bei voller Besonnenheit. Noch ist unerwiesen, ob in solchen Fällen die Erkrankung ohne des Puerperium bzw. ohne eine fieberhafte Infektionskrankheit nicht manifest geworden wäre. Gegen eine engere ätiologische Beziehung zwischen Sch'ie und den exogenen Reaktionsformen spricht, daß Sch'ie bei fieberhaften Erkrankungen keinerlei exogen-symptomatische Symptome darbietet. Die Sch'iehäufigkeit der 20—50 jährigen beträgt 0,4%, Wöchnerinnen werden nur zu 0,14% psychotisch. — Alle organischen Hirnkrankheiten zeigen in noch unbekanntem Verhältnis sch'ieähnliche Zustandsbilder. — Ein eindeutiges Plus der Schädelverletzten an der sch'en Prozeßerkrankung ist nicht vorhanden. Von 1554 Hirnverletzten hatten nur 0,55% einwandfreie sch'e Prozeßerkrankung. Bei 38 sch'ieverdächtigen Kopfverletzten setzte die Krankheit in sehr unterschiedlichen Abständen von  $\frac{1}{4}$  Jahr bis zu 9 Jahren nach der Hirnverletzung ein. — Symptomatische Sch'ien kommen auch bei chronischen und bei malariebehandelten Paralyse vor und ebenso im Gefolge von Encephalitis epidemica. Vereinzelt Sch'ien wurden bei multipler Sklerose, Hirntumoren und heredodegenerativen Systemerscheinungen beobachtet.

Es folgt die Besprechung der allgemeinen Symptomatologie: Die Psychopathologie der Sch'ie, von *Gruhle* bearbeitet, will untersuchen, was die Erkrankung Spezifisches an den seelischen Funktionen und ihren Zusammenhängen setzt. Ungestört erweisen sich die einzelnen Funktionen der Sinnesorgane und ihre zentrale Vertretung, also subjektiv die Empfindungsvorgänge. Halluzinationen sind nichts Spezifisches an der Sch'ie, zeigen aber doch meistens einen Umfang und eine Dauer, wie sie sonst kaum bei einer anderen Psychose beobachtet werden und haben das der Sch'ie charakteristische Grundsymptom der Ichstörung. Die meisten Halluzinationen Sch'er sind leibhaftige Täuschungen und können sehr wohl mit der Wahrnehmung der Gesunden verglichen werden (im Gegensatz zu *C. Schneider*). Überwiegend enthalten die Sinnestäuschungen der Sch'en Inhalte, die dem Interessenkreis der Persönlichkeit fremd sind, die meisten sch'en Halluzinanten sind über den Inhalt der Sinnestäuschungen ertrüftet. Neben den echten Halluzinationen kommen bei der Sch'ie auch Pseudohalluzination, Illusion u. dgl. vor, doch liegt in diesen nichts spezifisch Sch'es. Bei manchen Sch'en stellen sich auch zusammen mit Klagen über allgemeine Schwäche zahlreiche Mißempfindungen im Körper ein: Schmerzen und seltsame Sen-

sationen im Kopf und Leib (hypochondrische Form der Hebephrenie), die den praktischen Arzt oft veranlassen, den Kranken in Erholungsheime, Lungenheilstätten u. dgl. zu schicken. Auf allen solchen Gebieten kommen Phänomene der Änderung, der Verwandlung vor: optische Verzerrung des Gesichts der Umstehenden, akustische Wandlung der Stimme der Anwesenden im Tonfall und Dialekt, taktische Empfindungen, als ob sich der Hinterkopf immer mehr vorwölbte. Das Vorstellen, das ist die anschauliche Vergegenwärtigung, erscheint bei Sch'en nicht gestört. Wenn ein Kranker klagt, daß er sich etwas gar nicht mehr vorstellen könne, so liegt das an der hinzugestellten Gefühlsbetonung. Zeitweise, oft auf viele Jahre, ist der Sch'e an der Betätigung seiner formalen Intelligenz (gleichgesetzt der Gesamtfunktion des Denkens) gehindert, aber diese selbst bleibt erhalten; die sogenannte Verblödung ist nur ein Schein. Die Denkkoperation, die sich auf das praktische Verhalten des Alltags bezieht, ist im allgemeinen intakt, auch die Funktion des Erinnerns und Merkens bleibt ungestört. Bei komplizierten Aufgaben aber fehlt die Spannweite des Denkens, der Kranke heftet sich an Einzelheiten und verliert die Hauptgedanken. Er zieht eine Anzahl richtiger Schlüsse, versagt dann aber bei ihrer Synthese. Der Sch'e denkt ein Stück mit, aber er denkt nicht weiter, es fehlt an der Spontaneität des Denkens. Ähnlichkeiten bestehen mit der Verwirrtheit. Die sch'e Denkstörung ist im wesentlichen eine Störung des höchsten Anteils der Persönlichkeit, der Denkinitiative. — Was die Sprache anbelangt, so sucht der Sch'e eine Beziehung für seltsame Körpersensationen und eigenartige Gefühle und bildet so Neologismen. Auch können akustische Sinnestäuschungen nicht nur zwecklose Begleitbemerkungen, Beschimpfungen, Aufforderungen, sondern auch ungeformte, bedeutungsleere Wortgebilde enthalten, die der Kranke mitspricht oder denen er opponiert. Nicht selten greift der Sch'e mit Wahnbeziehungen zu einer Geheimsprache. Neben der sch'en Sprache spricht ein Sch'er häufig die normale Sprache. Die Sprachstörung ist nicht ein Defekt des Sprachapparates oder der Sprachfunktion, sondern eine Anomalie jener Instanzen, die sich der Sprachfunktion bedienen. Der höchste Grad der sch'en Sprachstörung ist die sch'e Verworrenheit (Wortsalat). Gelegentlich bringt der Sch'e Verbigerationen, in denen nur Laute und Silben iteriert werden. In manchen Fällen entspringt und entspricht die eigenartige Sprache der Verschrobenheit. Manche Sch'e verfügen nicht mehr frei über ihren sprachlichen Apparat. Der sch'e Sprachverworrene kann anders sprechen und zur normalen Sprache zurückkehren, nur in Endzuständen kann er nicht mehr von seiner absichtlichen Kunstsprache lassen. — Was den Wahn anbetrifft, so ist das ganz plötzliche, dem Kranken oft so verwunderliche Auftauchen der Ichbeziehung das Primäre, Unableitbare, Krankhafte. Diese Ichbeziehung ist die häufigste Form des Wahns, nicht die einzige. Im Anfang ist der egozentrische Bezug meist vorhanden, ist aber nicht *conditio sine qua non* bei den einzelnen Wahnideen. Das primäre Wahnerlebnis alteriert die Wahrnehmung; eine Schädigung des Urteilsvermögens, eine Demenz sieht *Gruhle* bei Wahnbildung nicht. Wahn und Intelligenz haben nichts miteinander zu tun. Der echte tiefe Wahn ist ein primäres Symptom der Sch'ie, ein unableitbares unverständliches organisches Symptom. In manchen Fällen entsteht aus Halluzinationen ein sekundärer Verfolgungswahn. Auffallend ist das Vorwiegen der Unlustbetonung bei Sinnestäuschungen wie bei Wahnideen. Neben dem Verfolgungswahn kommt der

Größenwahn bei den Sch'en nicht so häufig vor, wie vielfach gesagt wird. Von anderen Wahnformen — mit Ausnahme der Alkoholhalluzinose und der Epilepsie — ist der Wahn des Sch'en in vielfacher Hinsicht sehr unterschiedlich. — Was das Bewußtsein anbetrifft, so gibt es echte Amnesie bei Sch'ie nicht, auch nicht Phasen alternierenden Bewußtseins. Ein häufiges Ergebnis der Ichstörung des Sch'en ist die Ratlosigkeit. Die Ichstörung alteriert den Kranken sehr. — Die sch'en Störungen der Gefühle bestehen einesteiis darin, daß der Kranke sich verändert fühlt, andernteils ist die Gefühlsstörung mehr auf die Außenwelt gerichtet. Der Kranke fühlt sich beobachtet, aber als unbeteiligter Zuschauer. Der Sch'e entzieht den bisher gewohnterweise gefühlsbetonten Gegenständen sein Interesse. Bei den sogenannten versandenen Hebephrenien findet sich eine Herabsetzung der Affektivität, ebenso bei vielen Endzuständen. Wenn auch nicht alle Sch'en, so sind doch manche Katatoniker größter Leidenschaft fähig; die paranoid Sch'en sind durchaus gefühlserregbar, auch abgesehen von ihrem Wahn. Aus der Indolenz der Stupösen darf man nicht auf ein Minus ihrer Affekte schließen. Die Gefühlsstörung liegt beim Sch'en, abgesehen von der Einsamkeitsstimmung, nicht in den Gefühlen selbst, sondern in ihrem Verband, in ihrer Verbundenheit mit den Inhalten, und so kommt es zu einer Zerstörung der Persönlichkeit. Die Gefühlssteuerung scheint bei Sch'en verloren gegangen zu sein. — Was die Willenssphäre anbelangt, so ist hier das Wesentliche das Einsetzen des seelischen Vorganges, des Impulses. Bald handelt es sich bei den Impulsen um ein Plus (Erregung), bald um ein Minus (bei Stuporen und bei Hemmung). Ob Katalesie, die heutzutage übrigens immer seltener wird, seelisch oder somatisch verursacht wird, ist unentschieden. Der motorische Negativismus und die motorische Ambivalenz (Impuls und Gegenimpuls) bleiben eine Impulsstörung. Echosymptom, Iteration, Perseveration und Verbigeration können somatisch bedingt sein. Echte Stereotypen sind meist Symptome sch'er Zerfallsprozesse und auch Anstaltsprodukte (nach C. Schneider bei 14,4%). — Störung der gesamten Persönlichkeit besteht subjektiv in der inneren Entfernung des Sch'en von den Mitmenschen, der sch'en Einsamkeit, objektiv in dem verschrobenen oppositionellen Gebaren des Kranken. Für den Betrachtenden besteht die Uneinfühlbarkeit, die Unverständlichkeit des Sch'en, die in seiner Motivstörung (Wertsystemerschütterung) begründet ist. Unbekannt ist, warum der eine Sch'e einen schleppenden hebephrenen, der andere einen stürmischkatatonen Verlauf in Schüben, der dritte einen paranoiden Prozeß durchmacht. Die einzelnen Symptome sind Sache der individuellen Artung und des Schicksals. Von großer Wichtigkeit ist sicherlich auch die Umwelt des Kranken für seine Symptombeherrschung oder ihren Abbau.

Motorik (Professor Dr. Homburger f): Im katatonischen Stupor handelt es sich um tonische Spannung, starre Akinese; nicht allenthalben besitzt der Spannungszustand dieselbe Stärke, gewöhnlich ist die Spannung auf beide Körperhälften gleich verteilt. Die rumpfnahen Muskeln sind in der Regel starrer als die rumpffernen, nur die Gesichtsmuskeln sind trotz ihrer Rumpfnähe meist weniger gespannt. Bevorzugt von der Starre sind bestimmte Muskelgebiete: der vom Rumpf etwas abgehobene Kopf, die Kiefern, die Lippen, oft auch die Augenlider. Beim Versuch der Überwindung der Starre erfährt die statische Innervation Zuwachs durch den negativistischen Widerstand. Bei der gegensätzlichen schlaffen Akinese

(Hypotonie) sinkt oft auch der Unterkiefer herab, und Speichel entfließt dann dem Munde, die Lider hängen schlaff nach unten, die Oberschenkel sind breit und flach, die Schultern hängen, Kopf und Hals sinken ein; schwere Grade müssen zu Bett liegen, da sie zusammensinken, leichtere stehen in gleicher Haltung da (Standbildform) mit kalten und blauen Extremitäten. Der Negativismus zeigt sich im sogenannten Gegenhalten, d. i. ein Widerstreben gegenüber Lage- und Handlungsveränderung. Der Versuch einer passiven Veränderung der Haltung wird mit einer diese Haltung befestigenden Muskelspannung beantwortet. Die Kontraktionsnachdauer ist das Verharren der Muskeln in dem Spannungszustand, der durch eine willkürliche Bewegung erreicht wurde. Sind die Bewegungsantriebe herabgesetzt oder verarmt, so tritt bei passiv verliehenen Stellungen Katalepsie mit *flexibilitas cerea* auf. Gegenhalten und Katalepsie können einander ablösen, sogar nebeneinander bestehen. Zustände der Bewegungsunfreiheit bei Sch'en nennt man gebunden — dann fehlen eindeutige Bewegungsantriebe oder sind schwach — oder gesperrt — dann lassen gegeneinander gerichtete Bewegungsantriebe einen Bewegungserfolg nicht zustande kommen. Der Ausdruck »gesperrt« ist vom Bild eines Hakens genommen, der in ein Zahnrad eingreift. Löst sich der Haken, so ist die Bewegung ganz frei, schnappt er ein, so ist die Bewegung ganz abgebremst (dagegen ist die Hemmung bei den Zirkulären die mäßige, aber dauernd wirkende Erschwerung des Ablaufs). Fühlt sich der Kranke selbst von außen her behindert, »gebunden«, so ist das Bannung. Manche Kranke nehmen diesen Vorgang hin, andere deuten ihn wahnhaft aus. Bewegungen, die der Kranke andere ausführen sieht, macht er nach: Echopraxie, Echolalie, oder er muß einem fremden Geheiß widerstandslos Folge leisten: Befehlsautomatie. Zuweilen wird der Stupor durch unerwartete »impulsive« Handlungen unterbrochen. Oft besteht Gestaltsarmut der Bewegungen: Tendenz zur Verharrung im Zustand motorischer Formverarmung (Perseveration); formarme Hyperkinese hat die Tendenz zur Wiederholung derselben Bewegung (Iteration). Festlegung der Bewegung nennt man Stereotypie. Bei Verlust der Mitbewegungen werden die einzelnen Bewegungen hölzern, steif. Bei fehlender bewusster Mitbestimmung des Kraftaufwandes werden die Bewegungen lahm, wirken läppisch und es entsteht der Eindruck einer tiefgreifenden seelisch expressiven Unstimmigkeit; der Sch'e verliert die Grazie, wenn die Verfügungsfreiheit Einbuße erleidet, wenn die harmonische Belebtheit erschüttert ist. Bei Bizarerien (Wunderlichkeiten) ist der Affektausdruck nicht mehr ernst, sondern gespielt, gemimt. Oft sind die Gesten maniert. Hierbei ist der Gesichtsausdruck oft zugleich verändert und das Ausdrucksgebilde der Umgangs- und Verkehrsformen verzeichnet. Zeigt die Stellung der Glieder zum Rumpf oder der Gliederabschnitte zueinander Auffälligkeiten, so nennt man das verschroben. Zuweilen ist die Mimik der Sch'en nicht ganz entleert, kühl, starr, oder sie zeigt theatralischen Überschwang. Das Gesicht verzieht sich auch nicht selten zu einer krampfhaft verbissenen Dauerhaltung mit Schnauzkrampf. Durch Verziehung entstehen Lage- und Stellungsveränderungen und vordringlich Veränderungen des Reliefs, verzerrte Züge, die komisch, fratzenhaft wirken, auch drohend und tierisch sein können. Bei fortgeschrittenen Prozessen kommt es zu völlig unverständlichen Ausdrucksbildern, Verwirrung des zuvor Geordneten, Zerfall. Übermäßig viele, übermäßig hastige oder übermäßig ausladende Bewegungen nennt man Hyper-

kinese, diese können einförmig und vielgestaltig sein. Es kommt zu einfachen Gliedbewegungen, zu Parakinesen, zu welchen auch Nachbewegungen gehören. Die höchsten Grade der psychomotorischen Bewegung, die keiner Beherrschung mehr zugänglich sind, nennt man Tobsucht. Hier besteht eine Unwiderstehlichkeit der enthemmten Bewegungsantriebe. In diese kann die Sprache einbezogen sein. — Die Lektüre des auch sehr anschaulichen Abschnittes: »motorische Bilder« ist besonders zu empfehlen; hier sind Mienenspiel, Gebärden und Haltung der Sch'en ausgezeichnet beschrieben. Der Unterschied zwischen den Altersstufen, zwischen männlichen und weiblichen Kranken, der Sch'en auf der einen, der Hysterischen und Manisch-depressiven auf der anderen Seite, wird geschildert. Im Endzustand zeigt die motorische Seite der fortgeschrittenen autistischen Einengung und gemüthlichen Verblödung fortschreitende Verarmung des Bewegungsbildes. Neuzeitliche Verbesserung der Irrenbehandlung hat viele dieser Bilder beseitigt, die von äußeren Bedingungen und Einflüssen abhängig waren. — Es folgen 24 Krankengeschichten mit besonderer Berücksichtigung des motorischen Verhaltens der Kranken, zum Teil sind Schriftproben beigegeben. — Im Schlußteil: Theorie der Motorik hat Homburger treffend hervorgehoben, daß ein Symptom vom Charakter der Störungen des Pyramidensystems im Bereich der katatonen Symptome und Syndrome oder im Bereich des sch'en Bewegungswahnes niemals erscheint und nur das extrapyramidale Bewegungssystem in Mitleidenschaft gezogen ist. Die schizomotorischen Symptome sind wandelbar. Die Kleistschen Lehren über Erkrankungen des Striatum, des Pallidum und anderer Teile der Stammganglien werden erörtert. Das extrapyramidale System erscheint als ein gestörtes Werkzeug der Psyche, deren Äußerungen abnorm (kataton) ausfallen müssen, da sie nur diese gestörten Werkzeuge zur Verfügung haben. Die Psyche muß sich mit der Tatsache der Störung auseinandersetzen und gleichsam andere Weisungen geben. Nach anderer Anschauung, z. B. der von *Steck*, liegt eine Gesamterkrankung von Rinde plus Stamm vor. Nach *Spatz* ist es nicht möglich, ein bestimmtes Symptom als charakteristisches Zeichen der Läsion eines ganz bestimmten Zentrums oder einer ganz bestimmten Bahn, und nur dieser, zu betrachten.

#### Die körperlichen Erscheinungen (*Steiner* und *Strauß*):

Im Stuporzustand zeigt sich häufig eine niedrige Pulsfrequenz bei niedrigem Pulsdruck und geringer Spannung. Starke Schwankungen der Pulsfrequenz bei Stupor weisen darauf hin, daß die Kranken Außenreize wahrnehmen und verarbeiten; zuweilen fehlen bei Sch'en die Schwankungen der Pulsfrequenz auf äußere Reize. Selbst in Erregungszuständen zeigen Sch'e keine Erhöhung des Blutdrucks. Plethysmographische Untersuchungen ergaben Unbeeinflussbarkeit der Volumkurve auf psychisch sonst wirksame Reize, aber nicht immer im Stupor und bei alten Fällen im katatonischen Stupor. Auch später im Verlauf der Krankheit sieht man häufig starke blaurote Veränderung der distalen Extremitätenenden, starke Hautschreibung, plötzliches Erröten und Erblässen — alles wohl abhängig von den psychischen Erscheinungen. Besonderes Interesse beanspruchen *Bumkes* katatonische Pupillensymptome und *Westphals* wechselnde Pupillenstarre. Nach den neueren Untersuchungen *Pickerts* in der *Bumkeschen* Klinik und in *Egling* kommt das *Bumkesche* Zeichen bei allen psychischen Krankheiten vor und ist nicht immer konstant (am häufigsten



ist es bei Sch'en und Metaluischen nachzuweisen, auch Alkohol und Opium verursachen vereinzelt die Symptome), durch abnorm weite Pupillen kann es vorgetäuscht werden. Die katatonische Pupillenstarre *Westphals* ist auf einen abnormen Tonus der Irmuskulatur zu beziehen, die im Zusammenhang mit Veränderungen des Tonus der Körpermuskulatur steht und durch diesen beeinflußt wird. Bei schweren akuten sch'en Zustandsbildern finden sich zuweilen Nystagmus und flüchtige Augenmuskelparesen, bei der seltenen Hirnswellung ist Stauungspapille gefunden worden. Nichts Kennzeichnendes für sch'e Prozesse sind Reflexstörungen oder mechanisch-ataktische Veränderungen der Muskelerregbarkeit; Veränderungen des Muskeltonus gehen evtl. in dem katatonischen motorischen Gesamtverhalten auf. Von sensiblen Störungen sind heftige Kopfschmerzen häufig, besonders im Frühstadium der Sch'ie. Später nimmt der Kranke die Kopfschmerzen als etwas Schicksalsmäßiges auf. Manche Kranke klagen auch über Schmerzen im Magen, Rücken, in Beinen und Genitalien, der Sitz wechselt, periodisches Auftreten der Schmerzen kommt vor. Völlige Unerregbarkeit des Vestibularnerven wurde bei kalorischer und galvanischer Reizung beobachtet. Von Anfällen kommen vor Ohnmachten, vasomotorische Anfälle, Krampfanfälle mit Bewußtlosigkeit, Anfälle von stuporöser Reaktionslosigkeit bzw. Benommenheit. Epileptiforme Anfälle sind bei den Sch'en selten, können aber bei Hirnswellung vorkommen; spontane Hyperventilation kann die Ursache solcher Anfälle sein. In diagnostischen Zweifelfällen spricht der Nachweis eine Bewußtseinstrübung mehr für Epilepsie. *Steiner* hält das Zusammentreffen von Sch'ie mit typischen epileptischen Anfällen für etwas Zufälliges. Auch hysterische Anfälle und Schlaganfälle werden bei Sch'en beobachtet. Der apoplektische Anfall gehört nicht zum charakteristischen Krankheitsbild der Sch'ie. — Von sonstigen körperlichen Veränderungen zählen die Verfasser verschiedenartige Untersuchungsmethoden auf, welche bisher alle keinerlei Ergebnis gehabt haben. Oft finden sich bei sch'en Frauen Menstruationsstörungen, besonders bei Katatonie. Aussetzung der Menstruation hörte sowohl bei Besserung als bei Übergang in Verblödung wieder auf. Manchmal finden sind Hypoplasie der Gebärmutter und Infantilismus, auch abnorme Behaarung. Auffallende Gewichtsstörungen (ohne Nahrungsverweigerung oder schwere Erregung) ebenso wie Gewichtszunahme fassen die Verfasser auf als Erkrankungen übergeordneter Zentralbahnen und Areale, welche für die Tätigkeit endokriner Organe oder sonstiger vegetativer Systeme verantwortlich zu machen sind. *Reiter* machte neuerdings infektiöse Erkrankungen des Magendarmkanals für die Entstehung der Sch'ie wieder verantwortlich (natürlich wird dentale Sepsis und Erkrankung der Tonsillen auch für Sch'ie als ursächliches Moment beschrieben). Nach Ansicht der Verfasser werden zwar Todesfälle alter Sch'er auf gastrointestinale Erkrankung bezogen, diese aber für die Ätiologie der Krankheit als bedeutungslos bezeichnet. Die Ansicht der metatuberkulösen Natur der Sch'ie wird nicht geteilt. Daß in den Familien Sch'er gehäuft Tuberkuloseerkrankungen vorkommen, hat zwar *Luxenburger* angegeben, in Dänemark bestätigte sich die erhöhte Tuberkulosemorbidity bei Sch'ie nicht. Die Blutgruppenforschung hat Besonderheiten der Sch'ie oder ihrer Familien nicht ergeben. Kombinationen einer Sch'ie mit erworbener oder angeborener Syphilis werden als zufälliges Zusammentreffen bezeichnet. Einige Forscher wiesen encephalographisch bei

chronisch Sch'en Hydrozephalus internus nach, andere konnten dies nicht bestätigen. — Hirnswellungen, nach *Witte* bei 0,1% vorkommend, beruhen auf Volumenzunahme durch Wasseraufnahme in die Gehirns substanz, wobei letztere im Gegensatz zum Hirnödem einen trockenen Eindruck macht. Anfälle hierbei können der Rückbildung fähig sein; bemerkenswerterweise wurden solche Anfälle bei im Erregungszustand notwendig gewordenem Dauerbad beobachtet. — Nicht geklärt ist die Frage der Permeabilitätsänderung bei Sch'ie, sie ist aber wohl beachtlich. Endlich wird das Vorkommen sch'er Symptome bei progressiver Paralyse, Hirngeschwülsten, traumatischen Hirnschädigungen und Encephalitis epidemica erwähnt, ebenso das Vorkommen heredogenerativer muskeldystrophischer Prozesse bei sch. anmutender Psychose. Über Bulbokapninversuche bei Menschen und Tieren wird berichtet. (Fortsetzung folgt.) G. Ilberg.

---

### Personalia.

Verstorben: Ministerialdirektor *G. Heink*-Dresden, langjähriger Leiter des Sächsischen Irrenwesens, Landeshauptmann und Dezerent des Irrenwesens der Rheinprovinz  
*Dr. Dr. I. Horion*,  
 Stadtmedizinalrat *Dr. Kahl*-Dresden, Leiter der städtischen Beratungsanstalt für Nervenkranke,  
 Stabsarzt *Dr. Luz*-München,  
 Sanitätsrat *Dr. Schröder*-Lauenburg i. P. und  
 Direktor Professor *Dr. Stövesandt*-Bremen.

Es habilitierten sich für Psychiatrie und Neurologie: Abteilungsarzt *Dr. Kirschbaum* an der Universität Hamburg und  
 Medizinalrat *Dr. Skalweit* an der Universität Rostock.

Ernannt wurden: Medizinalrat Direktor *Dr. Hermann Schneider*-Goddellau zum Obermedizinalrat und Direktor der Landesheil- und pflegeanstalt bei Gießen,  
 Oberarzt *Dr. Brandt*-Neuruppin zum ersten Oberarzt an der Landesanstalt Görden bei Brandenburg (Havel) und  
 Privatdozent *Dr. Fünfgeld*-Frankfurt a. M. zum außerordentlichen Professor für Psychiatrie und Neurologie.

Nekrolog *Schäfer*: *Friedrich Schäfer*, Geheimer Sanitätsrat, von 1885 bis 1924 Direktor der Provinzialheilanstalt Lengerich i. W., war am 20. Juli 1850 in Cleve geboren. Bald nach der Studienzeit hat er sich der Psychiatrie zugewandt. Von 1874—1876 und von 1881—1884 war er an der Anstalt Stephansfeld, in der Zwischenzeit an der *Laehrschen* Anstalt Schweizerhof tätig. *Sch.* war Schriftführer im Berliner psychiatrischen Verein und entwickelte eine eifrige Tätigkeit in der Trinkerfürsorge. Vorbildlich wirkte er für die Familienpflege Geisteskranker: vor dem Kriege betrug die Zahl der Familienpfleglinge in Lengerich etwa 200. Geheimerat *Schäfer* genoß auch außerhalb der Anstalt allgemeines Ansehen und Vertrauen, noch in der Nachkriegszeit griff er politisch in den Redekampf ein und wußte ausgleichend und be-

ruhigend zu wirken. Seinen Kranken war er ein stets hilfsbereiter Arzt und väterlicher Freund, seinen Ärzten und Beamten ein aufrichtiger Berater, der wissenschaftliche, religiöse und politische Fragen freimütig mit ihnen erörterte. Er starb am 20. Dezember 1932.

Literarisch hat sich *Schäfer* vielfach betätigt. Er veröffentlichte die nachstehend aufgeführten Arbeiten:

In der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie:

Aneurysmatische Erweiterung der Carotis int. an ihrer Ursprungsstelle.

34. Band,

Zwei Fälle bemerkenswerter alkoholischer Störungen. 35. Band,

Bemerkungen zur psychiatrischen Formenlehre. 36. Band,

Wahnsinnsformen bei weiblichen Geisteskranken. 37. Band,

Arzte- und Wärterschutz gegen Beschädigung durch Geistesranke.

40. Band,

Nekrolog *Vorster*. 43. Band,

Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 44. Band,

Über öffentliche Trinkerfürsorge. 58. Band,

Nekrolog *Johannes Vorster*. 61. Band und

Nekrolog *Heinrich Laehr*. 62. Band.

In der Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin, 3. Folge:

Determinismus und Zurechnungsfähigkeit. 10. Band,

Forensische Bedeutung der conträren Sexualempfindung. 17. Band und

Straf- und zivilrechtliche Begriffe in Sachen von Geisteskranken.

20. Band.

In den Juristisch-psychiatrischen Grenzfragen:

Die Aufgaben der Gesetzgebung hinsichtlich der Trunksüchtigen.

1. Band.

In der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift:

Wie groß sollen öffentliche Anstalten für Gehirnranke gebaut werden?

1902,

Unterbringung der geisteskranken Verbrecher. 1913,

Verminderung der Kosten für Geistesranke. 1924,

Ausstrahlungen der Psychiatrie. 1930 und

Geist ist Energie, alle Energie ist Geist. 1931.

Im Verlag von Hofmann & Co., Darmstadt:

Die Weltsubstanz, eine zweiteilige Einheit, nebst Anhang: Schuld und

Strafe. 1930. *Mertens, Lengerich i. W.*

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT  
FÜR  
PSYCHIATRIE  
UND  
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN

HERAUSGEGEBEN VON  
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

**BERZE**-Wien, **BLEULER**-Zürich, **BONHOEFFER**-Berlin, **FISCHER**-  
Berlin-Dahlem, **KLEIST**-Frankfurt a. M.

DURCH  
**GEORG ILBERG**  
DRESDEN

EINHUNDERTSTER BAND



BERLIN UND LEIPZIG  
WALTER DE GRUYTER & CO.

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG - J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG - GEORG REIMER - KARL J. TRÜBNER - VEIT & COMP.

1933

Alle Rechte vorbehalten.

Archiv-Nr. 580533

Digitized by Google

# Inhalt.

## Originalien.

Zur Prognostik des manisch-depressiven Irreseins bei heterogener Konstitution. Von Abteilungsarzt Dr. <i>Carl-Heinz Rodenberg</i> -Branitz O. S. ....	1
Psychosen bei Karaimen. Von Dr. <i>A. Molotschck</i> u. Dr. <i>Owanessow</i> -Simpheropol	27
Über das Wesen der Psychoneurose. Sieben Thesen zu einer Theorie der Psychoneurosen. Von Professor <i>Johann Susmann Galant</i> -Leningrad ..	37
Zur Psychologie der Moral Insanity. Von Dr. <i>Bila Róvész</i> -Sibiu .....	39
Besteht bei vererbbaaren Geisteskrankheiten, insbesondere bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein, ferner bei genuiner Epilepsie und Schwachsinn, eine erhöhte Sterblichkeit in dem Sinne, daß die Fort- pflanzung der Kranken verringert wird? Von Dr. med. <i>H. Meyer-Ebers-</i> <i>walde</i> .....	46
Die neue Theorie des Täters und die Aufgaben psychiatrischer Begutachtung. Von Dr. <i>W. Eliasberg</i> -München.....	62
Schutzpockenimpfung und progressive Paralyse. Von Direktor Professor <i>H. Buduls-Rotenberg</i> .....	75
Vergleichende Untersuchungen über die Handschriften von Schizophrenen und Psychopathen nach graphologischen Gesichtspunkten. Von Dr. <i>P. Gies-</i> <i>Süchteln-Johannistal</i> .....	85
10 Jahre Fieberbehandlung der progressiven Paralyse an der Psychiatrischen Klinik Freiburg i. Br. Von <i>Otto Erich Zschocke</i> -Chemnitz .....	97
Homosexualität infolge Operation? Röntgensterilisierung, Kastrierung, schizoide Psychopathie. Der Lebensgang eines Sittlichkeitsverbrechers. Von Staatsanwaltschaftsrat Dr. <i>Heinz Klann</i> -Bielefeld.....	115
Über maskierte Verrücktheit und ihre sozialen Folgen. Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung gewisser degenerativer Besonderheiten. Von Dr. <i>Walter</i> <i>Betsendahl</i> -Berlin .....	141
Die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung im Beschwerdeverfahren auf Grund des Badischen Irrenfürsorgegesetzes. Von <i>Ludwig Holdermann</i> -Frei- burg/Br. ....	186
Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. (Bemerkungen zu dem Buch von <i>Charlotte Bühler</i> -Wien.) Von Professor Dr. <i>Erich</i> <i>Stern</i> -Mainz .....	193
Zur Mangantherapie bei Schizophrenie. Von Dr. <i>Arno Warstadt</i> und Dr. <i>W. A. Collier</i> -Berlin-Buch. ....	214
Über unseren Ruf. Von Dr. <i>Grimme</i> -Hildesheim.....	222
Die Problematik der Spärmaßnahmen in der Geisteskrankenfürsorge. Von Direktor Dr. <i>Ast</i> , Eglfing-Haar .....	235
Über Psychosen in der Haft — mit einem Beispiel einer degenerativen Haft- psychose. Von Oberarzt Dr. <i>Schröder</i> -Frankenthal/Pfalz .....	347
Zur Frage der Mundhygiene bei Geisteskranken. Von Dr. <i>Blanke</i> -Düsseldorf	360
Über psychische Störungen bei Stirnhirnerkrankungen. Von Dr. <i>Albert</i> <i>Knepel</i> -Hamburg .....	370
Errichtung von psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an allgemeinen Kran- kenhäusern. Von Professor <i>J. Lange</i> -Breslau .....	397
Zur Frage der Errichtung und Eingliederung psychiatrisch-neurologischer und neurologischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser. Von Professor Dr. <i>Georg Stiefler</i> -Linz/Donau .....	406
Über die Entstehung des Hauses für bildungsunfähige Kinder des kantonalen Asyles in Wil (St. Gallen) zugleich ein Beitrag zur Beschäftigungsthe- rapie. Von Direktor Dr. <i>H. Schiller</i> -Wil. Mit 1 Figur .....	419

Über psychische Lokalisation. Von Dr. <i>A. M. Meerloo</i> -Rotterdam .....	426
Epilepsie und Bestimmung des Blutalkoholgehaltes. Von Assistenzarzt Dr. med. <i>Gottfried Jungmichel</i> -Greifswald. Mit 1 Figur .....	437

### Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Ein schizophrener Familienmörder. (Einige Randbemerkungen.) Von Oberarzt <i>Sven Hedenberg</i> -Lillhagen .....	267
Jünger und Meister. Ein Fall von induziertem Irresein mit religiösen Wahnideen. Von Dr. <i>Adolf Hoppe</i> -Malente-Gremsmühlen .....	275
Falsches Geständnis. Von Dr. med. <i>Hans Wildermuth</i> -Weinsberg .....	297
„Der Fall S. ....“ Ein Beitrag zur Frage der Wichtigkeit psychiatrischer Begutachtung. Von Professor Dr. <i>E. Rittershaus</i> -Hamburg-Friedrichsberg .....	444

### Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Alkohol und Geisteskrankheit im Lichte amerikanischer Wissenschaft. Von Dr. <i>Flaig</i> -Berlin-Zehlendorf-M. ....	303
---	-----

### Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

64. Versammlung des Vereins der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens in Münster i. W. am 30. April 1932 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität .....	305
Bericht über die Vereinigung der ungarischen Psychiater und den XII. psychiatrischen Landeskongreß am 3. bezw. 4. bis 6. Mai 1933 .....	454

### Kleinere Mitteilungen.

Besprechung: Handbuch der Geisteskrankheiten von <i>Bunke</i> , 9. Band (Forts.) .....	326
<i>Cohn</i> , Um Nietzsches Untergang .....	337
<i>Stolze</i> , Über die Bedeutung und Bekämpfung der chronischen Typhus- und Paratyphusausscheider in den deutschen Heil- und Pflegeanstalten .....	339
<i>Schultz</i> , Das autogene Training .....	340
<i>Mourguet</i> , Neurobiologie de l'Hallucination .....	341
<i>Giljarowsky</i> , Psychiatrie .....	467
<i>Schneider</i> , Probleme der klinischen Psychiatrie .....	469
<i>Rorschach</i> , Psychodiagnostik .....	470
<i>Pieraccini</i> , Il Padiglione Neurologico .....	472
Die Vierjahrhundertfeier der Hessen-Nassauischen Landesheilanstalten Haina und Merxhausen .....	473

### Personalia.

Nekrolog <i>Anton</i> .....	342
Nekrolog <i>Werner</i> .....	345
Verschiedenes .....	474

### Autoren-Register.

Ast 235	Hedenberg 267	Owanessow 27
Betzendahl 141	Holdermann 186	Révész 39
Blanke 360	Hoppe 275	Rittershaus 444
Buduls 74	Jungmichel 437	Rodenberg 1
Collier 214	Klann 115	Schiller 419
Eliasberg 61	Knepel 370	Schröder 347
Flaig 303	Lange 397	Stern 193
Galant 37	Meerlo 426	Stieffer 406
Gies 85	Meyer 46	Wildermuth 296
Grimme 222	Molotschek 27	Zschocke 97

AUG 26 1933

MEDICAL LIBRARY

**ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT**

FÜR

**PSYCHIATRIE**

UND

**PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN**

HERAUSGEGEBEN VON

**DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN**

UNTER DER MITREDAKTION VON

**BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-  
Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.**

DURCH

**GEORG ILBERG**

**DRESDEN**

OFFIZIELLES ORGAN DES  
**DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE**

MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTSTER BAND

ERSTES BIS FÜNFTES HEFT

AUSGEGEBEN AM 1. AUGUST 1933



BERLIN UND LEIPZIG 1933

**WALTER DE GRUYTER & CO.**

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.



# Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck  
im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

## 1./5. Heft.

### Originalien.

Zur Prognostik des manisch-depressiven Irreseins bei heterogener Konstitution. Von Abteilungsarzt Dr. <i>Carl-Heinz Rodenberg</i> -Branitz O. S. ....	1
Psychosen bei Karaimen. Von Dr. <i>A. Molotschek</i> und Dr. <i>Owanessow</i> -Simpferol	27
Über das Wesen der Psychoneurose. Sieben Thesen zu einer Theorie der Psychoneurosen. Von Professor <i>Johann Susmann Galant</i> -Leningrad ..	37
Zur Psychologie der Moral Insanity. Von Dr. <i>Béla Révész</i> -Sibiu .....	39
Besteht bei vererbaren Geisteskrankheiten, insbesondere bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein, ferner bei genuiner Epilepsie und Schwachsinn, eine erhöhte Sterblichkeit in dem Sinne, daß die Fort- pflanzung der Kranken verringert wird? Von Dr. med. <i>H. Meyer-Ebers-</i> <i>walde</i> .....	46
Die neue Theorie des Täters und die Aufgaben psychiatrischer Begutachtung. Von Dr. <i>W. Eliasberg</i> -München.....	62
Schutzpockenimpfung und progressive Paralyse. Von Direktor Professor <i>H. Buduls-Rotenberg</i> .....	75
Vergleichende Untersuchungen über die Handschriften von Schizophrenen und Psychopathen nach graphologischen Gesichtspunkten. Von Dr. <i>P. Gies-</i> <i>Süchteln-Johannistal</i> .....	85
10 Jahre Fieberbehandlung der progressiven Paralyse an der Psychiatrischen Klinik Freiburg i. Br. Von <i>Otto Erich Zschocke</i> -Chemnitz .....	97
Homosexualität infolge Operation? Röntgensterilisierung, Kastrierung, schizoide Psychopathie. Der Lebensgang eines Sittlichkeitsverbrechers. Von Staatsanwaltschaftsrat Dr. <i>Heinz Klann</i> -Bielefeld.....	115
Über maskierte Verrücktheit und ihre sozialen Folgen. Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung gewisser degenerativer Besonderheiten. Von Dr. <i>Walter</i> <i>Betzendahl</i> -Berlin .....	141
Die Verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung im Beschwerdeverfahren auf Grund des Badischen Irrenfürsorgegesetzes. Von <i>Ludwig Holdermann</i> -Frei- burg/Br. ....	186
Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem. (Bemerkungen zu dem Buch von <i>Charlotte Bühler</i> -Wien.) Von Professor Dr. <i>Erich</i> <i>Stern</i> -Mainz .....	193
Zur Mangantherapie bei Schizophrenie. Von Dr. <i>Arno Warstadt</i> und Dr. <i>W. A. Collier</i> -Berlin-Buch.....	214
Über unseren Ruf. Von Dr. <i>Grimme</i> -Hildesheim.....	222
Die Problematik der Sparmaßnahmen in der Geisteskrankenfürsorge. Von Direktor Dr. <i>Ast</i> , Egfling-Haar .....	235

### Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

Ein schizophrener Familienmörder. (Einige Randbemerkungen.) Von Ober- arzt <i>Sven Hedenberg</i> -Lillhagen .....	267
Jünger und Meister. Ein Fall von induziertem Irresein mit religiösen Wahn- ideen. Von Dr. <i>Adolf Hoppe</i> -Malente-Gremsmühlen .....	275
Falsches Geständnis. Von Dr. med. <i>Hans Wildermuth</i> -Weinsberg .....	297

### Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

Alkohol und Geisteskrankheit im Lichte amerikanischer Wissenschaft. Von Dr. <i>Flaig</i> -Berlin-Zehlendorf-M. ....	303
--	-----

# Zur Prognostik des manisch-depressiven Irreseins bei heterogener Konstitution <sup>1)</sup>).

Von

Dr. **Carl-Heinz Rodenberg**, Abteilungsarzt an der Privat-Heilanstalt Branitz O. S.  
Ärztlicher Leiter: Chefarzt Dr. Anders.

Die vorliegende Arbeit ist als ein Versuch aufzufassen, den *Mauz*schen Gedankengängen, die er in seiner eingehenden Arbeit: »Prognostik der endogenen Psychosen« über die verlaufsgestaltenden Faktoren des manisch-depressiven Irreseins niederlegte, neue Unterlagen zu verschaffen und sie an entsprechendem Anstaltsmaterial nachzuprüfen. Ich muß selbstverständlich die *Kretschmer*sche Konstitutionslehre als bekannt voraussetzen und muß mir ebenfalls versagen, Erläuterungen zu den Abschnitten der *Mauz*schen Arbeit zu geben, in denen er sich mit den verschiedenen Verlaufsformen des manisch-depressiven Irreseins befaßt. Wer darüber eingehendes zu lesen beabsichtigt, sei auf die *Mauz*sche Arbeit selbst verwiesen. Im Rahmen meiner Arbeit über heterogene Konstitution als verlaufsgestaltender Faktor beim m.-d. I. liegt es jedoch, zu den *Mauz*schen Ausführungen über die pyknisch-zyklothymen Konstitutionen in ihrer Bedeutung für den Verlauf bzw. für die Prognose des m.-d. I. einige zusammenfassende Bemerkungen zu machen, bevor ich zum eigentlichen Thema, der Prognostik des manisch-depressiven Irreseins bei heterogenen Konstitutionen übergehe.

*Mauz* betont, daß die pyknisch-zyklothyme Konstitution zwar grundsätzlich bei einmaligen, periodischen und chronischen Formen vorkommt (um mit ihm selbst zu sprechen), daß jedoch bei chronischen Verlaufsformen atypische Konstitutionen weitaus häufiger sind. Demnach dürfte der Schluß eine gewisse Berechtigung haben, daß die Prognose einer manisch-depressiven Erkrankung zum mindesten als nicht unbedenklich zu werten ist, wenn das jeweilige Konstitutionsbild von der Einheit des pyknisch-zyklothymen Konstitutionsbegriffs wesentlich abweicht. Als weiteres we-

<sup>1)</sup> Die Arbeit wurde wegen Platzmangels stark gekürzt.

sentliches Moment sieht *Mauz* weiterhin die Tatsache an, daß die Krankheitsformen des m.-d. I., denen eine typische pyknisch-zyklothyme Konstitution zugrunde liegt, eine ganz bestimmte einheitliche Färbung aufweisen. Im prämorbidem Persönlichkeitsbild der Kranken mit pyknisch-zyklothymen Konstitution, besonders in klaren, rein endogenen Formen manisch-depressiver Erkrankungen, sollen nach Ansicht von *Mauz* hyperthyme und depressive Psychopathen selten sein, dafür sind seiner Meinung nach gesunde, bisher ganz unauffällige zyklotyme Menschen besonders häufig. *Mauz* betont jedoch besonders, daß es selbstverständlich möglich sei, daß auch schwere zyklotyme Psychopathen an einer manischen oder depressiven Psychose erkranken können, jedoch glaubt er vorwiegend gesunde Zyklotyme unter den prämorbidem Charakteren zu finden.

Da im Verlauf der Arbeit besonders zur Prognose des m.-d. I. bei heterogenen Konstitutionen Stellung genommen werden soll, erscheint es mir wichtig, zur Prognostik innerhalb der pyknisch-zyklothymen Konstitution einiges zu sagen. Ich halte mich auch hierbei eng an die *Mauz*schen Ausführungen. Als prognostisch günstig sieht *Mauz* für den Verlauf manisch-depressiver Erkrankungen bei pyknisch-zyklothymen Menschen den Umstand an, daß die diathetische Proportion *Kretschmers* in einer tief vitalen Schicht ruht — d. h., daß sie in gesunden Tagen leistungsfähige, frische, elastische, einfache Menschen sind, — die im Leben und in den Dingen aufzugehen vermögen, die mitleben, mitfühlen und mitleiden (nach *Kretschmer*). Die lebenszugewendete Frische, die sthenische Lebenseinstellung und die Fähigkeit, sich auch groben psychischen Traumen weitgehend anpassen zu können (Elastizität), um sie endlich zu überwinden, sind in der prämorbidem Persönlichkeit pyknisch-zyklothymen Menschen nach *Mauz* von ausschlaggebender Bedeutung, von ihnen hängt die Heilung der Erkrankung zum großen Teil ab. Bei chronischen Depressionen vermißte *Mauz* bei seinen Untersuchungen im prämorbidem Persönlichkeitsbild jede Frische. Bei periodischen Erkrankungsformen pyknisch-zyklothymen Konstitution fand er mehr ein »labiles und lockeres Mischungsverhältnis zyklotimer Temperamentsbestandteile«. Gerade die dem zyklotymen Menschen eigene Einfachheit des Wesens hält *Mauz* für so wichtig, daß er begründete Zweifel hegt, ob ohne sie die zyklotyme Wesensart wirklich vorhanden ist, oder ob wir nicht irgend eine andere Art von Vitalität vor uns haben. Echte Zyklotyme behalten erfahrungsgemäß nach *Mauz* meist diese Einfachheit und Klarheit, jedoch bewirkt der Verlust an Einfachheit eine Verkomplizierung des Verlaufs der Erkrankung, wie auch die Tiefe der Endogenität *Mauz* für die Symptomatologie wie für die Prognose von Bedeutung erscheint.

Daß auch somatische Momente für die Prognose des manisch-depressiven Irreseins zyklotyper Konstitution bedeutungsvoll sind, lehrt die Erfahrung, und sie dürfen keinesfalls unterschätzt werden, zumal, wie *Mauz* auch anführt, die Frische als Temperamentsmerkmal sicher in engstem Zusammenhang mit körperlichem Geschehen steht. Besonders grippöse Infektionen (Erfahrung der *Kretschmerschen* Klinik) und somatische Veränderungen, die vegetative Zentren und das Zirkulationssystem treffen, greifen die Frische und die Vitalstimmung pyknisch-zyklotyper Menschen besonders an und wirken verlaufverschlimmernd. Demzufolge ist es notwendig, derartigen körperlichen Erkrankungen seine ganze Aufmerksamkeit zuzuwenden, zumal in der *Kretschmerschen* Klinik wesentliche Erfolge durch energische therapeutische Maßnahmen beobachtet wurden.

Schließlich sprechen auch situative und psychisch reaktive Momente, also Milieuschwierigkeiten und Widrigkeiten der engeren Umwelt, für die prognostische Beurteilung in einigen Fällen mit. Für sie empfiehlt sich in geeigneten Fällen Exploration mit anschließender vorsichtiger psychotherapeutischer Behandlung.

Nach diesen nötigen Vorbemerkungen über verlaufsgestaltende und prognostisch wichtige Faktoren bei manisch-depressiven Krankheitsformen pyknisch-zyklotyper Konstitution mögen einige grundsätzliche Erwägungen über die Prognostik manischer oder depressiver Zustandsbilder atypischer, heterogener Konstitution vorweggenommen werden. In seiner großen Arbeit »Prognostik der endogenen Psychosen« vertritt *Mauz* die Auffassung, daß gelegentlich einer zirkulären Störung das Vorhandensein einer heterogenen, also nicht pyknisch-zyklotyphen Konstitution, unbedingt zum Nachdenken Anlaß geben muß. Natürlich darf daraus nicht der Schluß gezogen werden, daß nun bei Fehlen der pyknisch-zyklotyphen Konstitution eine zirkuläre Psychose unmöglich und von vornherein ausgeschlossen ist. Liegt ein atypischer Konstitutionsbefund vor, so ist es fraglich, welcher Krankheitsverlauf zu erwarten ist. Ausgang und Charakter der Erkrankung sind ungewiß. Es muß berücksichtigt werden, ob nicht irgendeine andere Endogenität dem zunächst manischen oder depressiven Zustandsbild zugrunde liegt. Wenn man sich an die anfänglich oft manischen oder depressiven Zustandsbilder der Schizophrenie erinnert, darf differentialdiagnostisch die Möglichkeit einer solchen Erkrankung keinesfalls außer acht gelassen werden. Sogar wenn nach Beurteilung des Symptombildes kaum Zweifel an dem Vorliegen einer manisch-depressiven Psychose bestehen, rät *Mauz*, vorsichtig abzuwarten, und keine voreiligen Schlüsse in prognostischer Hinsicht zu ziehen, denn erfahrungsgemäß werden derartige Fälle atypischer Konstitution später oft genug zu chronischen Anstaltsinsas-

sen. Welcher Art die atypische Konstitution ist, ob asthenische, leptosome oder athletische Formen als für die prognostische Bedeutung unterschiedlich anzusehen sind, erscheint *Mauz* zunächst gegenstandslos. Er weist vornehmlich auf Dysplasien, dysplastische Einzelstigmata und Hypoplasien hin, da sie einen Fingerzeig auf die endokrine Grundlage der psychischen Störung zu geben vermögen. Die Art der Endogenität wird jedoch für die Prognosestellung ein wesentliches Moment sein.

Meiner Arbeit liegen 60 Fälle zugrunde, von denen 42 von mir körperlich und psychisch selbst untersucht und nach den *Kretschmerschen* Methoden gemessen werden konnten. Die übrigen 18 Fälle ergaben sich noch aus der weiteren Durchsicht des großen Anstaltsmaterials. Diese letzten 18 Fälle konnten zwar nicht metrisch erfaßt werden, da sie entweder vor einiger Zeit schon verstorben waren oder von unserer Anstalt aus in eine andere Anstalt verlegt bzw. auf Wunsch der Angehörigen — meist ungeheilt — nach Hause entlassen wurden. Alle diese Fälle konnten jedoch jahrelang in unserer Anstalt beobachtet werden, und es kann als ein besonders glücklicher Umstand gelten, daß ich mich nicht nur auf die Aufzeichnungen der damals angelegten Krankheitsgeschichten zu verlassen brauchte, sondern daß ich mit den Kollegen, die sie jahrelang behandelten, über die einzelnen Fälle Rücksprache nehmen konnte. Angeregt zu dieser Arbeit wurde ich durch das Buch von *Mauz*: »Prognostik der endogenen Psychosen« und durch seinen eigenen Hinweis, an Anstaltsmaterial die Verlaufs bilder manischer oder depressiver Erkrankungen daraufhin nachzuprüfen, ob die Ursache für ihren prognostisch ungünstigen Verlauf in einer eventuellen atypischen Konstitution zu suchen, bzw. zu finden sei. Ich stellte mir also die Frage: Warum verläuft ein Teil anfänglich manisch-depressiver Psychosen anders, als es nach dem üblichen Verlaufsbild des m.-d. I. pyknisch-zyklothymen Konstitution zu erwarten ist, und inwieweit weicht der jeweilige Konstitutionstypus von dem *Kretschmerschen* pyknischen Körperbautypus ab.

Nach diesen Gesichtspunkten wurde das gesammelte Material durchgearbeitet. Um geeignetes Material zu beschaffen, wurden zunächst die Fälle einer Prüfung unterzogen, die jahrelang als manische oder depressive Psychosen im Sinne des m.-d. I. *Kraepelins* galten, schließlich aber durch ihren abweichenden Verlauf den Verdacht erweckten, daß doch wohl eine anders geartete Endogenität am Werke sein müßte, so daß man des öfteren nach Jahren die frühere Diagnose umzuändern sich gezwungen sah. Derartige Kranke (42), die gewissermaßen trotz der anfänglich günstigen prognostischen Aussichten chronische Anstaltsinsassen wurden, wurden dann nach der *Kretschmerschen* Methode körperbaulich ge-

messen und typisiert, wie auch besonderer Wert darauf gelegt wurde, daß für die Fälle (18), die nicht methodisch gemessen werden konnten, Angaben, die sich auf die körperbauliche Konstitution bezogen, beschafft und soweit möglich an Hand der Krankengeschichten nachgeprüft wurden. Gemessen wurden acht Männer und 34 Frauen. Nicht gemessen — aber für die Arbeit wegen der gut nachprüfbaren Konstitutionsverhältnisse gutverwertbar — wurden fünf Männer und 13 Frauen. Insgesamt wurden also 13 Männer und 47 Frauen durch die Arbeit erfaßt. Aus Gründen der Übersicht wurden die Männer und die Frauen, und von diesen wieder die gemessenen und die nicht gemessenen Personen körperbaulich gesondert behandelt.

Das Ergebnis der körperbaulichen Untersuchung der acht Männer war folgendes:

Tabelle I. Männer: 8.

leptosom:	athletisch:	vorwiegend pyknisch:
5 = 62,5 %	2 = 25 %	1 = 12,5 %
(1—5)	(6—7)	(8)

(Die geklammerten Zahlen bedeuten die Reihenfolge in der Schilderung der Verlaufsbilder.)

Hierzu folgen kurze Verlaufsbilder:

1. Patient G. W., Alter 68 Jahre. Mutter geisteskrank, Pat. heiter und fröhlich veranlagt, »war immer sehr lustig«. 46 jährig: periodisch wechselnde Zustände von Traurigkeit und abnormer, meist heiterer Erregtheit. 50 jährig: Verschlimmerung im Anschluß an eine Fisteloperation. Nur kurze Remissionen. Muß pensioniert werden. Jetzt seit fünf Jahren dauernd krank, zunächst noch wechselnd heiter erregt, Rededrang, sinnloses Trinken oder traurig gestimmt, menschenscheu und zurückgezogen.

Endbild: Chron. manisch erregt, chron. Spaßmacher, häufig erheblich gereizt. Mehr und mehr albern läppisch wirkend. Dauernde motorische Unruhe.

Körperbau: Ausgesprochen leptosom-asthenisch.

2. Patient M., Alter 43 Jahre. Mutter: Melancholie des Klimakteriums. Nach zwei Jahren gesundet. Pat. 18 jährig: 3—4 Wochen dauernder Depressionszustand. 24 jährig: kurzdauernder Depressionszustand. 34 jährig: kurzer Erregungszustand, unsinnige Handlungen. 37 jährig: monatelang manisch erkrankt, vorwiegend heiter, ideenflüchtig, Rededrang, kurze Zornausbrüche. Dazwischen kurze traurige Verstimmung, gehemmt, ohne Initiative. 41 jährig: ausgesprochene Manie, mit kurz dauerndem heftigen Zornausbruch. Seit der Zeit tauchen Eifersuchtsideen und ganz abstruse Wahnideen auf, deren Charakter mehr und mehr paranoid wird. Der Affekt wird matter, stumpfer, es fehlt jegliche früher so ausgesprochene frische Tönung.

Endbild: Paranoide Ideen, Beeinträchtigungsideen. Kritikloses Schimpfen. Matter, fast verschrobener Affekt ohne jede Frische. Gewisse gemütlche Stumpfheit.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

3. Patient L. St., Alter 62 Jahre. Bruder: Suizid in Schwermut. 58jährig: Schwerer Depressionszustand. Angstzustände, Tobsuchtsanfälle, absolute Nahrungsverweigerung. Wahnideen depressiven und ängstlichen Inhalts. Zwei Suizidversuche. Im weiteren Verlauf gehemmt deprimiert, abweisend, widerspenstig, negativistisch, Kräfteverfall.

Endbild: Chronische einmalige Depression. Gehemmt, außerordentlich einförmig, fast stumpf.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

4. Patient M. W., Alter 64 Jahre. 57jährig: ausgesprochene Manie. Heiter, Rededrang, Ideenflucht, gehobenes Selbstgefühl, Koprolalie, witzelt. Im Verlauf der Erkrankung wird Pat. immer mehr gereizt, zerfahren, fühlt sich beeinflußt, hat optische und akustische Halluzinationen. Schließlich treten wahnhaft Konfabulationen und paranoide Ideen mehr und mehr in den Vordergrund.

Endbild: Chronisch hypomanisch, vorwiegend gereizt. Affektinadäquat. Paranoide Wahnideen. Abstammungswahn. Gewisser geistiger Defekt. Affekt verschoben.

Körperbau: Leptosom-kraftig, einzelne pyknische Stigmen (Hände, Finger, Gesicht und Schädel), feminine Genitalbehaarung.

5. Patient F. P., Alter 48 Jahre. 46jährig: nach vorhergehenden allgemeinnervösen Syndromen — im Anschluß an den Tod seines Sohnes — schwere Depression, dabei reizbar, erregbar, Angstgefühle, depressive Wahnideen (keine Eingeweide mehr, unheilbar krank). Nahrungsverweigerung, Suizidideen. Die depressiven Wahnideen und Befürchtungen (er sei ein Zwitter, Herz und Lungen seien verbrannt usw.) werden im Laufe der Zeit nach heftiger Steigerung matter und eintöniger.

Endbild: Stumpfer Affekt, leerer Gesichtsausdruck. Völliger Mutismus. Initiativlos. Verblödet.

Körperbau: Leptosom-kraftig. Hypoplasien; z. T. plumpastös. Starke Akrozyanose. Degenerationszeichen.

6. Patient R. S., Alter 67 Jahre.

52jährig: etwa 2—3 Monate } Mit kurzen Unterbrechungen manisch erregt,  
52jährig: etwa 4 Monate } Größenideen, Rededrang, gehobenes Selbst-  
53jährig: etwa 5 Monate } gefühl, Ideenflucht, trinkt, raucht.

56jährig: Depressionszustand, gehemmt, ohne Lebensfreude, Lebensüberdruß.  
59jährig: Manisch, heiter, Rededrang, oft gereizt, erregt, zanksüchtig. Späterhin: Chronisch-hypomanisch, vorwiegend gereizt. Im weiteren Verlauf der Krankheit wird Patient mehr paranoid, äußert zerfahrene, läppische Größenideen, verkennt die Umgebung. Ausgesprochener Sammeltrieb.

Endbild: Läppisch-euphorisch, chronisch-gereizt. Planloses Umherkramen. Defekt. Affekt ohne Frische.

Körperbau: Athletisch-kraftig, schlank. Akrozyanose der Hände und Füße.

7. Patient E. K., Alter 42 Jahre.

Anamnese belanglos. Mit 16, 17, 19, 26 und 29 Jahren wegen geistiger Erkrankungen zuletzt oft jahrelang in Anstalten. 35jährig: Manie, zeitweise von kurzen, depressiven Intervallen unterbrochen. Nach etwa 3 $\frac{1}{2}$  Jahren Anstaltsaufenthalt für einige Zeit gebessert entlassen. 40jährig: Manisches Zustandsbild. Im weiteren Verlauf heftige Erregungszustände, hochgradig reizbar, mürrisch,

Endbild: Vorwiegend mürrisch, häufig etwas gereizt. Affektleben im ganzen mehr stumpf, ohne wesentliche Frische. Gewisse gemüthliche Leere und Stumpfheit.

Körperbau: Athletisch-pyknische Mischform.

8. Patient F. S., Alter 53 Jahre. Kusine mütterlicherseits geisteskrank. 33jährig: Depression mit Lebensüberdruß, Selbstvorwürfen und Beziehungsideen, weint viel, liegt lange Zeit völlig gehemmt im Bett. Im weiteren Verlauf der Erkrankung treten nach Jahren Halluzinationen des Gehörs, des Gesichts und des Allgemeingefühls auf, und es beginnt sich ein deutlicher Gemüthsdefekt auszubilden. Patient ist dauernd verwirrt und erregt. Hat plötzlich zwei Krampfanfälle mit tonisch-klonischen Zuckungen und anschließender völliger Verwirrtheit.

Endbild: Zerfahren, läppisch, ab und an heiter oder traurig verstimmt, jedoch ist der Affekt fahl und matt. Völliger Mutismus; zeitweise plötzliche aggressive Affekthandlungen. Reizinadäquat. Fortgeschrittene Verblödung. Sehr unsauber. Defekt.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch, Degenerationszeichen, Akrozyanose.

Die körperbauliche Untersuchung der 34 gemessenen Frauen ergab folgendes Resultat:

Tabelle II. Frauen: 34.

leptosom: vorwiegend pyknisch:	athletisch:	hypoplastisch:	dysplastisch:
19 = 55,17% (9—27)	5 = 14,7% (32—36)	4 = 11,7% (28—31)	4 = 11,7% (37—40)      2 = 5,8% (41—42)

Hierzu weitere Verlaufsbilder:

9. Patient M. W., Alter 68 Jahre. Mutter litt an Aufregungszuständen. Eine Schwester geisteskrank. Ein Onkel und eine Kusine hatten Angstzustände. Pat. war seit früher Jugend aufgeregt und hastig. 28jährig: Depression, 3—4 Monate in Anstaltsbehandlung. 41jährig: Depression, Krankheitsdauer etwa 5 Monate. 49jährig: Depression, vier Jahre in Anstaltsbehandlung. Seit ihrem 62. Lebensjahr ist Pat. dauernd in unserer Anstalt. Zunächst wechselten hypomanische und manische Zeiten mit depressiven Krankheitsphasen in ziemlich typischer Färbung vielfach ab. Dann war sie zeitweise äußerst unzugänglich, stuporös, mutazistisch und negativistisch und wurde im Laufe der Zeit in ihrem Affektleben stumpfer und einförmiger.

Endbild: Meist chronisch gereizt, zornig, pörgelt und kritisiert kritiklos. Auch jetzt noch leichte Stimmungsschwankungen nach der depressiven oder manischen Seite hin. Affektinadäquat. Im ganzen mehr stumpf, ohne frische Affekte.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Hypoplastisch.

10. Patient H. Sch., Alter 58 Jahre. 30jährig: Depression, hypochondrische Wahnideen, Selbstmordideen, Versündigungsideen, Angst. Anscheinend auch verschrobene Halluzinationen. Im Verlauf der Erkrankung treten lange Stuporzustände auf. Pat. wird mehr und mehr abulisch.

Endbild: Im ganzen stumpf, dabei reizbar und zänkisch, klatsch-süchtig, eifersüchtig, defekt. Kein lebensnahes Affektleben.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Mißbildungen.

11. Patient H. St., Alter 58 Jahre. Normal entwickelt, ruhig, gutmütig; mit etwa 48 Jahren »Nervenschwäche«. Erkrankt 56jährig mit reli-



giösen Wahnideen, wird sehr unruhig und ängstlich. Halluziniert optisch und akustisch. Es bildet sich eine ausgesprochene Depression heraus, mit schwerer innerer Unruhe, depressiven Wahnideen, Verständigungswahn, Kleinheitsideen. Pat. fängt dann später an, Stuhl und Urin zurückzuhalten und bietet nach Ablauf eines Jahres ein kataton Bild: Stupor, katatone Haltung, autistisch, mutazistisch, absolute Nahrungsverweigerung und stereotype Bewegungen.

Endbild: Kataton-verblödet, mutazistisch, negativistisch, unsauber.

Körperbau: Leptosom-asthenisch, Mißbildungen.

12. Patient M. N., Alter 56 Jahre. Geistig gut entwickelt; fleißig, geschickt, fromm. Als Kind Rachitis und Chorea minor. Onkel mütterlicherseits 30 Jahre lang geisteskrank. Onkel mütterlicherseits Suizid (Erhängen). Pat. wird 50jährig im Anschluß an den Tod der Mutter und eines Bruders trübsinnig. Ausgesprochene einmalige tiefe Depression, zeitweise gehemmt, zeitweise lebhaft agitiert. Oppressionsgefühl, ängstliche Befürchtungen, Angstanfälle. Im Laufe der Jahre wird die Depression flacher und eintöniger.

Endbild: Abgestumpft, interesselos, dauerndes monoton. Jammern ohne frischen Affekt. Gemütliche Stumpfheit.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Kümmerform. Starke Dysplasien.

13. Patient A. F., Alter 63 Jahre. Vater: nervös, Mutter: nervöse Anfälle. Bruder: geisteskrank in Anstalt gestorben. Onkel väterlicherseits: geisteskrank. Pat. erkrankte an einer schweren Depression mit vorwiegend hypochondrischen Ideen (in ihrem Leib sei alles faul, ihr Leib sei zugeschnürt usw.). Lebensüberdruß, ängstliche Befürchtungen.

Endbild: Chronische Depression. Einförmiges Jammern. Fortschreitende gemütliche Stumpfheit.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Hypoplasien. Schilddrüse vergrößert. Degenerationszeichen.

14. Patient E. W., Alter 55 Jahre. Schon immer etwas erregbar. Erkrankte 52jährig mit einer Depression, ist gedrückt, zeitweise gehemmt, jammert, geht ruhelos umher. Wird jedoch später mehr und mehr gereizt, erregbar, ängstlich, fängt an, merkwürdige Grimassen zu schneiden.

Endbild: Stereotypes Jammern, jedoch eintönig. Affekt mehr indifferent, stumpf; dabei unmanierlich, unsauber. Grundstimmung: depressiv.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Dysplasien. Struma. Nystagmus, Strabismus.

15. Patient E. Sch., Alter 62 Jahre. War immer still, arbeitsam, gutmütig. Erkrankte 48jährig mit schwerer Depression (Angst, Verarmungs-ideen). Diese wechseln mit maniakalischen Zuständen ab. Später treten einzelne Halluzinationen ängstlichen Inhalts auf. Im Laufe der Jahre werden die Wahnideen immer grotesker (sie müsse durch Mäuler von Schlangen springen, in die Hölle hopsen, die Weltstrafe erwarte sie). Wird später immer insichgekehrter, weint und jammert stereotyp.

Endbild: Nörglerisch, gereizt, kritiklos, queruliert, Selbstgespräche. Halluziniert akustisch; Beeinträchtigungsideen. Stumpf.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Stark hypoplastisch. Leichte Struma.

16. Patient M. K., Alter 43 Jahre. Großmutter väterlicherseits war mit 47 Jahren geisteskrank. Endete durch Suizid. Pat. entwickelte sich normal. 25jährig: 1½ Jahre lang geisteskrank. Im Anschluß an Blitz-

schlag traurig — verzweifelt, depressive Wahnideen, Selbstvorwurf. Lebensüberdruß, Suizidneigung, hypochondrische Wahnideen. Vereinzelte Halluzinationen. 37jährig: Depression, hypochondrische Wahnideen, Verschuldungs- und Veründigungsideen. Verzweifelt; agitiert. Im weiteren Verlauf entwickeln sich paranoide Beziehungs-ideen und starke Halluzinationen der Empfindung. Zunehmende Erregung, tobsuchtsartige Wutanfälle. Heftige Halluzinationen.

Endbild: Stumpf; abweisend, gereizt, unzugänglich, oft stuporös und völlig verwirrt. Defekt.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Einzelne Hypoplasien. Akrozyanose.

17. Patient P. H., Alter 59 Jahre. Erkrankte 53jährig mit einer Depression; depressive Wahnideen, dauerndes Jammern und Weinen. Angstausbrüche. Beginnt im Laufe der Jahre affektiv zu verblöden, ist ängstlich, unsauber, flucht und schimpft, abweisend.

Endbild: Stumpf, verblödet, abweisend, gereizt. Selbstgespräche.

Körperbau: Leptosom-asthenisch. Akrozyanose.

18. Patient A. St., Alter 45 Jahre. Als Kind nervös. 31jährig: Schwere Depression mit Suizidversuch, depressive Wahnideen, Veründigungs-ideen. Nach Ablauf eines Jahres: bizarr, albern, läppisch, beginnt zu halluzinieren. Grundstimmung depressiv. Nach 3 $\frac{1}{2}$  Jahren Suizidversuch durch Erdrosseln.

Endbild: Kataton verblödet. Maniert. Gezwungene, unfreie Haltung. Autistisch. Defekt. Stumpf.

Körperbau: Leptosom-künftig. Dysplastisch.

19. Patient F. P., Alter 47 Jahre. 44jährig: Veründigungs-ideen, hypochondrische Wahnideen. Nach einigen Monaten leichte Besserung. Dann schwere agitierte Depression mit Selbstmordversuch. Selbstvorwürfe, zeitweilig völlig gehemmt.

Endbild: Chronisch-deprimiert. Einförmig.

Körperbau: Leptosom-künftig. Häufige Hypoplasien.

20. Patient R. L., Alter 57 Jahre. Früher ruhig, heitere Gemütsart, religiös. Mutter: geisteskrank. Bruder: geistesschwach. Pat. hatte 50jährig eine nervöse Erregung. 53jährig: traurige Verstimmung, kummervoll, körperlicher Verfall. 54jährig: Depression mit drei Selbstmordversuchen (Messer, Schere, Hutnadel). Schwere Veründigungs-ideen, Angst. Zeitweise gehemmt. Später mehr apathisch, zeitweise erregt und gewalttätig.

Endbild: Gemütlische Stumpfheit. Abulisch, ohne Initiative. Unsauber.

Körperbau: Leptosom-künftig. Akrozyanose.

21. Patient M. F., Alter 66 Jahre. 48jährig: Schwere Depression mit Selbstmordversuch; ausgesprochene Wahnideen depressiven Inhalts. Unter zunehmenden hypochondrischen Wahnideen wird der Affekt klag-samer, schlaffer und einförmiger.

Endbild: Stumpf. Affektiv monoton, schlaff. Völlig abulisch. Einförmiges Jammern ohne entsprechenden Affekt.

Körperbau: Leptosom-dysplastisch. Akrozyanose.

22. Patient A. Sch., Alter 64 Jahre. 52jährig: Manie, Dauer drei Wochen. 53jährig: Manie, Dauer 7 $\frac{1}{2}$  Monate. 54jährig: Manie, Dauer vier Monate, nur kurze Besserung. Seit dem 55. Lebensjahr dauernd krank;

zunächst manisches Zustandsbild, nach etwa sechs Jahren entwickelten sich Wahnideen, Vergiftungswahn, Halluzinationen.

Endbild nach neun Jahren: Chronisch-hypomanisch, vorwiegend gereizt. Stumpf, urteilsschwach, zerfahren. Verstimmungszustände.

Körperbau: Leptosom-kräftig.

23. Patient A. L., Alter 32 Jahre. Schwere Depression, traurige Vorstellungen, Selbstvorwürfe.

Endbild: Eigenartig monotoner Affekt ohne jede Frische. Gehemmt, ratlos. Stumpf wirkend.

Körperbau: Leptosom-kräftig. (Pyknische Einzelstigmen.)

24. Patient M. Sch., Alter 56 Jahre. Schon früher zweimal geisteskrank. Heiter verstimmt. 49jährig: Schwere manische Erregung; heiter, Rededrang, Ideenflucht, frischer Affekt. Vorwiegend zornmütig, gereizt. In späteren Jahren gewalttätig, aggressiv, zeitweise motorisch gehemmt. Es entwickeln sich im weiteren Verlauf paranoide Wahnideen; Anzeichen für akustische Halluzinationen. Wutanfälle treten auf, die Umgebung wird verkannt. Nach etwa  $4\frac{1}{2}$  Jahren Krankheitsdauer: Zunehmende Stumpfheit, läppisch, leer. Nach etwa 6—7jähriger Krankheitsdauer: Auftreten von echten epileptischen Krampfanfällen und petit mal.

Endbild: Gemütsdefekt. Stumpf, läppisch, leere Euphorie. Epileptische Krampfanfälle.

Körperbau: Leptosom-kräftig, hypoplastisch, einzelne fragliche pyknische Stigmen. Mischform. Akrozyanose.

25. Patient A. W., Alter 47 Jahre. Lernte gut, immer nervös, Kopfschmerzen, eigensinnig, rechthaberisch. Mit 43 Jahren sehr unregelmäßige Menses. 41jährig: Manie, 43jährig: schwere Depression, Versündigungsideen, Angst, hypochondrische Ideen, vereinzelte Verfolgungsideen. 44jährig: Manie, zeitweise depressive Phasen. Im Verlauf der Krankheit mehr und mehr reizbar, queruliert, empfindlich, nörgelt. Später Stuporzustände bei leicht depressiver Grundstimmung. Affekt matt, lahm, wird sehr unsauber. Nach etwa  $2\frac{1}{2}$  Jahren Krankheitsdauer: epileptische Krampfanfälle.

Endbild: Erregt, verworren, Stuporzustände, monoton-depressive Grundstimmung. Affekt matt und lahm. Gewisse gemütlche Stumpfheit. Epileptische Anfälle.

Körperbau: Vorwiegend leptosom-kräftig. Hypoplasien. Einzelne pyknische Stigmen. Mischform. Achselschweiß.

26. Patient P. K., Alter 66 Jahre. 40jährig etwa drei Wochen lang geistesgestört. 60jährig: Depression, vorwiegend gehemmt. Versündigungsideen, depressive Wahnideen, verzweifelt.

Endbild: Chronische Depression, stumpfer und einförmiger Affekt.

Körperbau: Leptosom-kräftig. Prognathie, auffallend große Ohren. Einzelne pyknische Stigmen. Mischform.

27. Patient H. K., Alter 62 Jahre. Übertrieben religiös. Ein Bruder Paralytiker. Pat. 58jährig: schleichender Beginn. Angstliche Befürchtungen, motorische Unruhe, Angst. Minderwertigkeitsideen. Dann agitierte Depression mit elementarer Angst. Versündigungsideen, Verzweiflung. Ratlos-ängstlich.

Endbild: Außerordentlich erregt; einförmiges Jammern. Oft schwer aggressiv.

Körperbau: Leptosom-dysplastisch. Kyphoskoliose. Verbildeter Brustkorb. Einzelne pyknische Stigmen. Mischform.

28. Patient H. M., Alter 55 Jahre. Gut gelernt. Tante mütterlicherseits geisteskrank. 51-jährig: Depression mit Suizidversuch (Gift). Dabei hypochondrisch-depressive, paranoid gefärbte Ideen. Kurze Besserung. Dann schwere Depression mit Neigung zur Selbstbeschädigung. Suizidideen. Die früher eingestreuten Halluzinationen gewinnen die Oberhand.

Endbild: Chronisch-deprimiert, paranoide Wahnideen. Unzugänglich, stumpf, halluziniert.

Körperbau: Athletisch-schlank. Hypoplasien. Schilddrüse vergrößert. Akrozyanose.

29. Patient E. S., Alter 32 Jahre. Normale Entwicklung. Onkel väterlicherseits schwachsinnig. Pat. 16-jährig: Erregungszustand. 18-jährig: manische Erregung, Depressionszustand. 19-jährig: abwechselnd manische Erregungen und Depressionszustände. 20-jährig: Manie. 21-jährig: manisches Zustandsbild, dazu Verfolgsideen. 22-jährig: zeitweise mutistisch, gehemmt, erregt, aggressiv oder launisch, heiter, vorwiegend gereizt. 24-jährig: zornmütig erregt, aggressiv, gewalttätig. 25—27-jährig: Wutausbrüche, gereizt, abweisend, reizbar, aggressiv, impulsiv.

Endbild: Defekt. Läppisch, abweisend, unzugänglich. Halluzinationen.

Körperbau: Athletisch-schlank.

30. Patient M. N., Alter 50 Jahre. 32-jährig: Erregungszustand. Später Apathie, Lebensüberdruß. 42-jährig: zornige Manie, grob, tobt, heiter, zornmütig, erotisch. 43-jährig: zornige Manie, unsinniger Betätigungsdrang. 47-jährig: Depression. 48-jährig: Manie, erotisch, gereizt, laut.

Endbild: Chronisch-hypomanisch, gereizt, erregt, erotisch. Gehörshalluzinationen.

Körperbau: Athletisch-muskulös. Schilddrüse vergrößert. Viril.

31. Patient L. N., Alter 58 Jahre. 32-jährig: Schwangerschaft, gedrückt, Selbstanklagen. Post partum: schwere Depression, triebhafte Selbstgefährdung. Verunsicherungsideen. Beeinträchtigungsideen. Abstruse depressive Wahnideen (habe keinen Hals mehr). Zeitweise leichte Remissionen. Im Anschluß an Erbrechen mit Durchfällen erhebliche Verschlimmerung.

Endbild: Stumpf, chronisch deprimiert, äußerst lahmer Affekt. Versprochen. Defekt. Suizidneigung.

Körperbau: Athletisch-dysplastisch. Masculinismen. Plump. Akrozyanose. Achsel-, Hand-, Fußschweiß.

32. Patient K. F., Alter 37 Jahre. 28-jährig: Manie und kurze Depression (Suizidversuch). 30-jährig: manisches Zustandsbild. Depressive Phasen. Dauer  $2\frac{1}{2}$  Jahre; vorwiegend gereizt, aggressiv. Kurze Besserung. 33-jährig: Manie, Wandertrieb, schamlos. Bald mehr gereizt, ärgerlich, gespannt. Wechselnde Zustände: gereizte Manie, Stuporzustände, Katatonie — ähnliche Bilder. Maskenhafter Gesichtsausdruck. Döst vor sich hin.

Endbild: Vorwiegend chronisch-hypomanisch, gereizt. Stuporzustände, gehemmt. Defekt wirkend.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch, dysplastisch, Struma, Hypoplasien. Mischform.

33. Patient A. B., Alter 40 Jahre. Beginnt 37-jährig mit zorniger Erregung. Dann ausgesprochene Depression (jammert, weint, gehemmt). Später paranoid, nörglerisch; Suizidabsichten.

Endbild: Moros, Paranoid. Selbstgespräche. Etwas stumpf. Depressive Grundstimmung.

Körperbau: Pyknisch-hypoplastisch. Vergrößerte Schilddrüse. Mischform.

34. Patient H. St., Alter 39 Jahre. Onkel mütterlicherseits geisteskrank. Bruder geisteskrank. Pat. 31 jährig: schwere Depression, Dauer sechs Monate. 33 jährig: schwere Depression. 35 jährig: Verwirrtheits- und Erregungszustand, Beeinträchtigungsideen, Beziehungsideen.

Endbild: Abweisend, negativistisch. Affekt stumpf. Gefräßig. Halluziniert.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch. Leptosome Stigmen. Mischform. Schilddrüse vergrößert.

35. Patient H. M., Alter 56 Jahre. 52 jährig: manische Phase, depressive Phase. In leichter Besserung launenhaft. Dann Erregungszustand, tobt. Dann vorwiegend manisch, später mehr reizbar und nörglerisch. Häufiger Wechsel zwischen manischen und depressiven Phasen.

Endbild: Chronisch-gereizt. Querulatorisch. Oft fast stuporös. Häufig hypomanisch.

Körperbau: Pyknisch-athletische Mischform.

36. Patient A. B., Alter 46 Jahre. Vater Potator. Bruder geisteskrank in Anstalt. Pat. immer etwas nervös. 39 jährig: Unruhe, Verfolgungsideen. Bald ausgesprochene Manie. Zustand schwankt zwischen übermütigkeit und zornig, gereizt, erregt. Wird dann mehr und mehr paranoid, halluziniert, gereizt.

Endbild: Defekt, paranoid, zornig, erotisch, reizbar.

Körperbau: Pyknisch-athletische Mischform.

37. Patient M. L., Alter 58 Jahre. Ein Bruder geisteskrank, vier Suizidversuche, ein Bruder pedantisch, leicht erregt. Pat. etwas beschränkt, immer schon depressiv veranlagt. Erkrankungsbeginn in den Wechseljahren; nervös, deprimiert. 54 jährig: Depression mit Suizidabsichten.

Endbild: Chronisch-deprimiert, gehemmt. Matter Affekt. Zeitweise krankhaft gesteigerte Nahrungsaufnahme.

Körperbau: Hypoplastisch, pyknische Stigmen.

38. Patient Ph. V., Alter 58 Jahre. 54 jährig: Depression, schlaflos, heftige Suizidneigung (dreimaliger Versuch). Stupor, Nahrungsverweigerung.

Endbild: Chronisch-depressiv, chronische Selbstmordneigung. Stumpf, moros, verschlossen.

Körperbau: Hypoplastisch, pyknische Stigmen. Akrozyanose.

39. Patient M. Sch., Alter 51 Jahre. Tante mütterlicherseits geisteskrank. Onkel mütterlicherseits Potator. Pat. lernte erst mit drei Jahren gehen und sprechen. Gutmütig, verträglich. 44 jährig: Depressionszustand, Suizidideen; schlaflos. Wird dann gehemmt, schwarzseherisch.

Endbild: Chronisch-deprimiert, einförmig, stumpf. Schwarzseherisch, einförmige, depressive Wahnideen.

Körperbau: Hypoplastisch. Pyknische Stigmen. Struma. Fettleibig, Ohr läppchen angewachsen.

40. Patient M. K., Alter 45 Jahre. 22 jährig: nach Wochenbett Erregungszustand, Stupor, Schnauzkrampf, unzugänglich. 32 jährig: 1/2 Jahr nach Partus aufgeregt, Rededrang, inkohärent, zerfahren, unsauber. 36 jährig:

zunächst manisches Zustandsbild, heiter. Rededrang, Ideenflucht, später zornmütig. Wird dann gesperrt, negativistisch, maniert, mutazistisch. Zwischen- durch gehobene Stimmungslage, motorische Unruhe, Rededrang.

Endbild: Gereizt, unsauber, tobt, flucht, negativistisch, euphorisch, stumpf. Oft gehobene Stimmungslage, doch mehr läppisch.

Körperbau: Hypoplastisch. Pyknische und leptosome Stigmen. Ohr- läppchen angewachsen. Strabismus, Spitzohr. Akrozyanose.

41. Patient M. St., Alter 49 Jahre. Ein Vetter Epileptiker, ein Onkel geisteskrank, Melancholie, Mutter geisteskrank im Wochenbett, Suizidneigung. Pat. lernte erst mit drei Jahren gehen. Von Jugend an Stimmungsschwankungen. Bei Menses oft Schmerzen und Erbrechen. 40jährig: Depression, Selbstvorwürfe, Unwürdigkeitsideen, Lebensüberdruß. Später: nörglerisch, verschlossen, launenhaft. Suizidneigung.

Endbild: Nörglerisch, launenhaft, verschlossen, hetzt. Etwas verschroben, ungenk. Chronisch-deprimierte Grundstimmung.

Körperbau: Dysplastisch, Struma, Eunuchoid.

42. Patient M. A., Alter 59 Jahre. Vater, Großmutter väterlicherseits, Tante väterlicherseits geisteskrank. Pat. 16jährig: Depression, später mehrfache manisch-depressive Erkrankungen. 47jährig: Manie. 49jährig: Manie, vorwiegend gereizt, zänkisch. Halluziniert, unsauber. 53jährig: Manie, kurz- dauernde Depression. 57jährig: Manie, gereizt, chronisch-hypomanisch. Leichte Besserung.

Endbild: Chronisch-hypomanisch, oft sehr gereizt. Erregt, Rededrang.

Körperbau: Dysplastisch. Fettwuchs.

Unter den nicht methodisch gemessenen Männern wurden folgende Konstitutionen festgelegt:

Tabelle 3. Männer: 5.

leptosom:	vorwiegend pyknisch:
4 = 80%	1 = 20%
(43—47)	(48)

Hierzu die Verlaufsbilder:

43. Patient K. K., Alter 71 Jahre. Vater seelisch leicht erregbar. Pat.: Gute Entwicklung, häufig nervös. Mehrfach wegen Nervosität in Sanatorien. 54jährig: Depression mit zwei Suizidversuchen. Verarmungs- ideen. Optische Halluzinationen. Unwürdigkeits- und Versündigungs- ideen. Nach leichter Besserung schließlich chronisch-deprimiert. Späterhin zwangs- neurotische Symptome und Genitalneurose. Diese Symptome nehmen immer mehr und mehr überhand und füllen das ganze Handeln des Patienten aus.

Endbild: Jahrelang chronische einförmige Depression. Hochgradige Zwanganeurose und Genitalneurose. Hypochondrische Wahnideen.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

44. Patient G. P., Alter bei Entlassung etwa 64jährig. Ein Sohn ist Epileptiker. Pat. 59jährig: nervenkrank. Später Depression, Lebensüber- druß, ängstlich. Körperliche Beschwerden, frustrane sexuelle Erregungen. Später: Suizidversuch durch Stich in die Herzgegend.

Endbild: Chronisch-deprimiert, wehleidig, sensibel. Hypochondrische Beschwerden. Nach etwa zwei Jahren beurlaubt.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

45. Patient R. G., Alter: etwa 59jährig gestorben. Vater: Suizid, Onkel väterlicherseits Trinker. Pat. war seit dem Kriege, seinem 47. Lebensjahr etwa, immer mutlos, interesselos und verstört. Chronisches Jammern. 57jährig: schwere Depression mit zwei Suizidversuchen. Lange Zeit völlig verzweifelt, ängstliche Befürchtungen. Depressive Wahnideen. Späterhin Beziehungsideen, optische Halluzinationen. Wahnideen Eifersuchtsideen. Nach einem Kollaps heftiger Erregungszustand.

Endbild: Unsinnige Wahnideen, Stuporzustand. Halluzinationen. Verwirrheitszustände. Gesperrt, mutazistisch, negativistisch. Gestorben an Lungenentzündung.

Körperbau: Leptosom-kräftig.

46. Patient P. T., Alter bei Entlassung: etwa 60 Jahre. Mutter und zwei Brüder eigentümlich. Pat. 28jährig: sieben Monate lang hochgradig nervös. 37jährig: manischer Erregungszustand, Dauer fünf Monate. 43jährig: nervös zerfahren. 44jährig: Manie, Prognose: gut. 47jährig: Manie.

Endbild: 13 Jahre lang chronisch-hypomanisch, kritiklos, zunehmende Stumpfheit. Zuletzt gewisser Schwachsinn.

Körperbau: Leptosom-kräftig.

47. Patient K. H., Alter: etwa 63jährig gestorben an Herzschlag. 45jährig: langsames Ausbilden einer Manie. Nach etwa 10jähriger Krankheitsdauer Größenideen (König). Nach etwa 11jähriger Krankheitsdauer etwa zwei Jahre lang Depression. Dann manisches Zustandsbild etwa 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Jahre lang.

Endbild: Chronisch-hypomanisch, gereizt. Zerfahren, satyrisch und ironisch.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Von 13 nicht gemessenen Frauen waren nach den Aufzeichnungen der Krankenblätter:

#### Tabelle 4. Frauen: 13.

leptosom: vorwiegend pyknisch:	athletisch:	pyknisch-athletisch:	dysplastisch:
7 = 53,8%	3 = 23%	1 = 7,6%	1 = 7,6%
(48—54)	(57—59)	(55)	(56)
			(60)

Naturgemäß sind diese nicht gemessenen Kranken für diese Arbeit von weniger wissenschaftlichem Wert, da die körperbaulichen Angaben von mir nicht exakt nachgeprüft werden konnten. Ich möchte sie aber trotzdem mit verwenden, da wenigstens bei den meisten von ihnen durchaus ausreichende Hinweise auf ihre körperbauliche Konstitution vorhanden waren.

Hierzu die Verlaufsbilder:

48. Patient G. R., Alter: 54jährig gestorben. Vater: trank viel, zwei Schwestern geisteskrank gestorben. Eine Schwester an Kehlkopftuberkulose gestorben. Pat. sittlich und geistig hochstehend. 39jährig: Depression, Dauer fünf Monate. 47jährig: Depression mit Lebensüberdruß. 47jährig: zweite schwere Depression, hochgradige Neigung, sich selbst zu beschädigen. Tiefe Angst, Oppressionsgefühle. Nach etwa fünf Jahren Krankheitsdauer mehr und mehr paranoid, Beeinträchtigungsideen, unterbrochen von manischen Phasen.

Endbild: Chronisch-deprimiert, paranoide Einstellung, querulatorisch, unverträglich, empfindlich, zeitweise gehemmt.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

49. Patient G. K., Alter: etwa 56 jährig krank entlassen. Prämorbid: nervenschwach, empfindlich, ängstlich, schwarzseherisch. 32—33 jährig: bei depressiver Grundstimmung ängstlich, abweisend, mißgestimmt, Stereotypien. Später mehr melancholisches Zustandsbild, Jammern, gehemmt. Ängstlich-starrer Gesichtsausdruck. 53 jährig: Hysterisches Zustandsbild. Pseudodemenz, Puerilismen, Rotazismus. Dann hypomanisches Zustandsbild mit anschließender Depression. Später abwechselnd manische und hysterische Zustandsbilder.

Endbild: Völlig abulisch, einförmig, gehemmt, ohne Initiative. Affekt ohne Frische.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

50. Patient K. K., Alter beim Tode an Uterus-Ca: etwa 47 Jahre. Beginn: 40 jährig nach Operation: Depression, Suizidversuch; später ratlos-ängstlich, Lebensüberdruß, hypochondrische Wahnideen, monotones Jammern.

Endbild: Dauernd schwer deprimiert. Einförmiges Jammern. Hypochondrische Wahnideen. Exitus letalis an Ca uteri.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

51. Patient M. M., Alter 31 Jahre. Als Kind Zahnkrämpfe. Bleichsüchtig. 20 jährig: manisches Zustandsbild. Im Verlauf dieser Erkrankung oft sehr erregt, gewalttätig, zeitweise opt. Halluzinationen, zeitweise ruhige Intervalle. 29 jährig: Manie; dabei oft gereizt und aggressiv. Zeiten wochenlanger manischer Erregungen wechselten mit Zeiten, in denen sie vorwiegend reizbar, unzufrieden, nörglerisch und unverträglich war. Nach etwa 1 Jahr 1 Monat: ängstlich, still, gehemmt, wortkarg. Schließlich Stuporzustände.

Endbild: Stuporzustand, katatone Erregungen, negativistisch. Völlig apathisch, unsauber. Verblödet. Dazu körperlicher Verfall.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

52. Patient E. W., 64 jährig krank beurlaubt. 61 jährig: nach Gallensteinoperation nervös-reizbar. Langsam sich ausbildende Depression mit Selbstmordneigung.

Endbild: Chronische Depression. Monoton. Gehemmt. Matter Affekt.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

53. Patient E. J., Alter: etwa 46 jährig krank beurlaubt. 44 jährig: Depressionszustand mit Lebensüberdruß und Angstzuständen. Später klagames, schlaffes Wesen. Monotones Jammern: Neigung zum Querulieren.

Endbild: Chronisch-deprimiert. Monotones Jammern. Mürrisch, gereizt, querulatorisch. Matter Affekt.

Körperbau: Leptosom.

54. Patient A. H., Alter: etwa 47 jährig krank beurlaubt. 44 jährig: labile Stimmung, motorische Unruhe, unzweckmäßige Handlungen. Später monatelang erhebliche Depression, von der eine auffallende Reizbarkeit zurückblieb. Zunehmende Stumpfheit.

Endbild: Gewisse Gemütsabstumpfung, akustische Halluzinationen, Beziehungsideen. Querulatorisch. Empfindlich, reizbar.

Körperbau: Leptosom-asthenisch.

55. Patient P. G., 63 jährig an Gelenkrheumatismus gestorben. Nach dem 46. Lebensjahr häufige periodische Depressionen. 60 jährig: schwere De-



pressionen mit Suizidversuch. Später mehr querulatorisch, unzugänglich, gereizt. Unleidlich.

Endbild: Chronisch-deprimiert. Matter Affekt. Monotones Jammern. Klagsam, unzufrieden. 63jährig gestorben an Gelenkrheumatismus.

Körperbau: Dysplastisch. Schwere Kyphoskoliose.

56. Patient K. B., Alter: etwa 41jährig an Tbc. gestorben. 24jährig: tiefsinnig nach dem Tode des Vaters. 37jährig: depressive Wahneideen, motorische Unruhe, Eifersuchtsideen. Später ausgesprochene Depression mit Versündigungsideen und Suizidneigung. Zeitweise gehemmt, zeitweise agitiert.

Endbild: Chronisch-deprimiert, dabei einförmiger, matter Affekt. Paranoide Einstellung.

Körperbau: Athletisch-kräftig. Dysplasien. Struma, Tachycardie, Tremor.

57. Patient M. S., Alter: 52jährig krank beurlaubt. 50jährig: Depressive Ideen wahnhaften Inhalts. Beziehungs- und Verfolgungsideen. Später verstärkt sich die Depression, wird dann jedoch langsam matter und einförmiger und macht paranoiden Wahneideen mehr und mehr Platz.

Endbild: Chronische Depression, trauriger, matter Affekt mit deutlich paranoider Färbung. Vergiftungsfurcht, Beziehungsideen. Eigentümliche Zwangsgedanken und Zwangshandlungen.

Körperbau: pyknisch-athletische Mischform.

58. Patient A. H., Alter: 48jährig ungeheilt entlassen. 44jährig: ausgesprochene Depression, dazu noch Beziehungsideen. Später auch akustische Halluzinationen bei anhaltender schwerer Depression.

Endbild: Gemütliche Stumpfheit. Apathisch. Wortkarg. Chronisch-ratlos.

Körperbau: Vorw. pyknisch. Einzelne Mißbildungen.

59. Patient A. G., Alter: etwa 60jährig krank entlassen. 58jährig: ausgesprochene Manie, jedoch zeitweise sehr gereizt, mürrisch, verdrießlich, fast abweisend.

Endbild: Chronisch-hypomanisch, fast zerfahren, zeitweise erheblich gereizt, brummig.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch, kräftig.

60. Patient J. L., Alter: 64jährig krank entlassen. 57jährig: schleichende Krankheitsentwicklung, Depressionszustand. Suizidversuche. Später ausgesprochene Depression.

Endbild: Gemütlich defekt. Paranoide, stumpf, zeitweise sehr gereizt, kritiklos.

Körperbau: Vorwiegend pyknisch.

Es ist auffallend, daß mein ganzes Material keine einzige reine pyknische Konstitution aufweist, daß dagegen mit besonderer Häufigkeit leptosome Konstitutionstypen vorgefunden werden. — Die Häufigkeitsbeziehungen gehen aus folgender Tabelle hervor:

Tabelle 5. Von 60 Kranken waren:

leptosom: vorwiegend pyknisch: athletisch: hypoplastisch u. dysplastisch:  
 35 = (58,3%)    11 = (17,6%)    7 = (11,6%)    7 = (11,6%)

Vielleicht ist noch von Interesse, daß von den 35 leptosomen Kranken wieder  $20 = 57,01\%$  ausgesprochen asthenisch waren. — Diese asthenischen Typen, hauptsächlich im Frauenmaterial, waren zum großen Teil noch auffallend hypoplastisch und boten vielfach Zeichen schwerer Dysplasie bis zur ausgesprochenen Kümmerform. Überhaupt fiel bei den körperbaulichen Untersuchungen die ungeheure Häufigkeit hypoplastischer Merkmale oder dysplastischer Verbildungen auf (fast  $50\%$ ). Eunuchoider Wuchsformen, Formen dystrophischen Fettwuchses, Kyphoskoliose, Feminismen und Masculinismen, Behaarungsanomalien, Strumabildungen und schließlich Sekretions- und Kreislaufstörungen usw. waren der Hauptkonstitution als Begleitstigmata in weitaus den meisten Fällen beigemischt. 7 von 60 =  $11,6\%$  aller Fälle mußten sogar als hypo- bzw. dysplastische Konstitutionstypen angesprochen werden. Es darf hier nicht versäumt werden, anzuführen, daß besonders wenig reine Konstitutionsformen angetroffen wurden, sondern daß vielmehr sehr häufig deutliche Einzelstigmata einer jeweils anderen Konstitution festgestellt werden konnten. Unter allen Konstitutionsgruppen waren die leptosomen Typen relativ weitaus am ausgeprägtesten frei von anderweitigen Konstitutionsstigmata (pyknisch-athletisch), abgesehen von hypoplastischen und dysplastischen Einschlägen. — Das Nähere ist aus den körperbaulichen Angaben in den Verlaufsbeschreibungen ersichtlich.

Fassen wir nun das körperbauliche Ergebnis zusammen, so ergibt sich als wichtigste Feststellung, daß sich unter dem Material von 60 untersuchten Personen, die zunächst an einer manischen oder einer depressiven Psychose erkrankten, keine reine pyknische Konstitution fand. 11 Kranke, das sind von 60 Kranken nur  $17,6\%$ , zeigten vorwiegend pyknischen Körperbau, dazu wurden auch zwei pyknisch-athletische Mischformen gezählt, sie waren jedoch fast alle mit sicheren Kennzeichen anderer Konstitutionsgruppen gemischt. Vereinzelte pyknische Stigmata kamen auch bei Vertretern anderer sonst ziemlich ausgesprochener Konstitutionsformen vor.

Im Gegensatz hierzu steht die auffallende Häufigkeit der Leptosomen. Von 60 waren 35 leptosom, das sind immerhin  $58,1\%$ , gegenüber nur  $17,6\%$  vorwiegend, aber nicht ausgesprochenen pyknischen Typen. Leptosome Einzelstigmata fanden sich in einer ganzen Reihe sonst mehr hypoplastischer oder pyknischer Gruppen.

7 von 60 Kranken ( $11,6\%$ ) waren in erster Linie athletisch, jedoch verkörperten die meisten von diesen verschiedene athletische Mischformen.

Fast die Hälfte aller Kranken wiesen deutliche hypoplastische und dysplastische Kennzeichen auf und etwa sieben müssen als vorwiegend hypoplastisch, z. T. rein dysplastisch gewertet werden.

Neben den vielen Mißbildungen und Degenerationsmerkmalen fiel eine starke Akrocyanose häufig auf und zwar vorwiegend bei den Leptosomen und Hypoplastischen oder bei Körperbautypen, die leptosome oder hypoplastische Einschlüge zeigten. Schließlich darf nicht vergessen werden, daß bei neun Kranken die Schilddrüse deutlich verändert war (Struma).

Es geht also bisher aus diesen Untersuchungen eindeutig hervor, daß in prognostischer Hinsicht außerordentliche Vorsicht geboten erscheint, wenn einer zunächst anscheinend manischen oder depressiven Psychose eine heterogene Konstitution zugrunde liegt. Die Folgerung ist daraus die Forderung, daß die Kranken dieser Art vorher genauestens körperbaulich untersucht werden, bevor prognostische Schlüsse gezogen und Äußerungen im Hinblick auf den zu erwartenden Krankheitsverlauf getan werden. Natürlich kommt eine genau durchgeführte körperbauliche Untersuchung dann hauptsächlich in Frage, wenn die Art der Konstitution nicht im wesentlichen augenscheinlich zutage liegt, sondern sich in einer uncharakteristischen Mischform verbirgt. Empfehlenswert wird es aber immer sein, auch bei ausgeprägten Konstitutionsformen eine genaue körperbauliche Untersuchung vorzunehmen, da dem Untersucher sonst gar zu leicht Eigenschaften verborgen bleiben werden, die den durch die heterogene Konstitution an sich schon wahrscheinlich in wesentlichen Zügen abgeänderten Krankheitsverlauf noch weiterhin zu variieren vermögen.

Wenn ich aus der Häufigkeit der heterogenen Konstitutionsart, die bei meinem Material weitaus am meisten gefunden wurde, auf die Prognosestellung Schlüsse ziehen darf, so muß ich die Verlaufsaussichten da als besonders ernst bezeichnen, wo ein manisch-depressives Symptombild mit einem leptosomen Habitus einhergeht. Jedoch auch da, wo ins körperbauliche Bild viele Hypoplasien und Dysplasien hineingelagert sind, dort wo die Konstitutionsform durch Hypoplasien beherrscht oder gar zur ausgesprochenen Dysplasie wird, und dann, wenn das Konstitutionsbild sich aus verschiedenen Stigmen der üblichen Konstitutionsgruppen zusammensetzt, erscheint es ratsam, sich über den zu erwartenden Krankheitsverlauf Gedanken zu machen und sich dadurch vor Überraschungen und vermeidbaren Fehldiagnosen zu schützen.

Auch athletische Konstitutionstypen, die ein nicht geringes Kontingent der heterogenen Typen meines Materials darstellen, müssen Bedenken im Hinblick auf die Prognose der Erkrankung erregen, und sogar diejenigen Fälle, die körperbaulich als vorwiegend pyknisch befunden werden, berechtigen nicht zu voreiligen Schlüssen bezüglich voraussichtlicher günstiger Verlaufsgestaltung.

Ich kann *Mauz* nur beistimmen, wenn er mit der Möglichkeit rechnet, daß in vielen dieser körperbaulich heterogen strukturierten Erkrankungsfälle nicht nur durch irgendwelche äußere, z. T. vielleicht gar zufällige Momente das Verlaufsbild der betr. Erkrankung abgewandelt wird, sondern daß eine ganz andere Endogenität überhaupt am Werke ist. Mir scheint diese Möglichkeit durch einen Teil meiner Fälle, die schließlich ganz typisch schizopren verblödeten, nachdem sie vorher lange Zeit ein ausgesprochen manisches bzw. depressives Zustandsbild geboten hatten, sicher bewiesen zu sein. Bei 2 traten sogar gegen Ende des Verlaufs eindeutig epileptische Anfälle auf, was die Ansicht von dem Amwerksein anderer Endogenitäten bzw. hier vielleicht von der Kombination mit anderen Endogenitäten eher noch erhärtet. Über derartige Krankheitsbilder dürfte noch gelegentlich zu berichten sein.

Daraus, daß in meinem ganzen Material keine einzige, rein pyknische Konstitution gefunden wurde, möchte ich auch nicht den Schluß ziehen, daß bei einem abweichenden Verlaufsbild eine derartige Konstitution nicht gefunden werden könnte oder umgekehrt, daß bei einer rein pyknischen Konstitution ein abweichender Verlauf nicht möglich wäre. Die pyknisch-zyklothyme Konstitution kann grundsätzlich sicherlich bei chronischen und abgeänderten Verlaufsformen des m.-d. I. vorkommen, ungemein häufiger sind jedoch die heterogenen Konstitutionsgruppen vertreten, wie ja auch in meinem Material besonders deutlich zutage tritt.

Ich will hier nun noch versuchen, einiges über den speziellen Verlaufstypus bei den einzelnen heterogenen Konstitutionsgruppen zu erörtern.

Kann man nun von der durch die Messung und durch die genaue körperbauliche Untersuchung festgelegten Konstitutionsart von vornherein sichere Schlüsse auf das zu erwartende Verlaufsbild ziehen?

Ich möchte diese Frage in ihrer präzisen Form verneinen, möchte jedoch gleichzeitig festhalten, daß es zum mindesten möglich ist, vorausschauend in vielen Fällen annähernd richtige verlaufsprognostische Folgerungen bei bestimmter heterogener Konstitutionsart zu ziehen, wenn die die Hauptkonstitution begleitenden oder vermischenden Attribute und wohl auch die prämorbid Persönlichkeit des Kranken genügend berücksichtigt und verwendet werden.

Es ergaben sich bei meinen Untersuchungen folgende gewiß interessante Beobachtungen, die zunächst wieder einmal in Zahlen ausgedrückt werden sollen, da sie dann eindrucksvoller dem Leser haften bleiben. Daran anschließend lassen sich dann leichter die notwendigen Betrachtungen knüpfen.

Von 35 leptosomen Kranken (leptosom-asthenisch, leptosom-

kräftig, leptosom-dysplastisch usw.) erkrankten 59,8% = 21 Patienten an einer einmaligen Depression, die dann in ihrem jahrelangen Verlauf in ihr jeweils oben beschriebenes Endstadium überging. Betrachtet man diese Endbilder genauer, so erkennt man ohne große Mühe drei Untergruppen.

In der einen Gruppe sammeln sich alle die Fälle, die gewissermaßen kataton oder läppisch verblöden oder zum mindesten der schizophrenen Verblödungsform außerordentlich ähneln. Die Kennzeichen dieser Gruppenangehörigen sind: völlige affektive Verblödung, gemütlche Versandung und Stumpfheit, völliger Stupor, häufiger Negativismus, trostlose Initiativlosigkeit und neben erheblicher Unsauberkeit und mechanischer Gefräßigkeit oft infolge verschwommener Sinnestäuschungen auftretende heftige Reizbarkeit und Aggressivität. Zu dieser Gruppe mußte ich fünf der 21 an einmaliger Depression Erkrankten zählen.

In die zweite Gruppe rechne ich diejenigen Kranken, die bei chronisch-deprimierter Grundstimmung in ihrem Affektleben immerhin schon deutlich stumpfer geworden sind, monoton und einförmig jammern und dabei jegliche Frische des Affekts vermissen lassen, die oft klagsam und schlaff, dabei unzufrieden und nörglerisch sind, und häufig auch noch Reste von Beeinträchtigungsideen und leicht paranoid gefärbten Wahnideen mit sich herumtragen. Zweitens aber auch die eigentlich Chronisch-depressiven, deren Affektivität trotz der jahrelangen Krankheitsdauer noch relativ gut erhalten ist. Sie sind noch tief in ihrer Depression versunken und machen immer wieder schwere depressive Phasen durch, ohne auch in ruhigeren Phasen jemals anders als krank zu wirken. Die natürliche Elastizität und Frische ihres Wesens ist ihnen für immer verloren gegangen. Von den zehn Kranken dieser Gesamtgruppe gehören allerdings weitaus die wenigsten in diese zuletzt geschilderte Gruppenunterabteilung. Bei den meisten machte sich eine ganz erhebliche Gemütsstumpfheit und Verflachung des Affekts geltend.

Die dritte Gruppe umfaßt sechs Kranke. In ihr finden sich diejenigen, die keine Neigung zur schizophrenen Verblödung zeigten, jedoch affektiv stumpfer wurden, ohne noch irgendwelche Anzeichen depressiven Affektes zu bieten. Diese Kranken weisen einen deutlichen Gemütsdefekt auf bei völlig indifferentem Affekt. Dazu sind sie häufig abulisch oder gegen ihre Umgebung erheblich paranoid eingestellt. Sie fühlen sich beeinträchtigt, neigen zum Querulieren und Nörgeln und lassen eine erhebliche Urteilsunfähigkeit und Kritiklosigkeit erkennen, wegen der sie auch häufig in Konflikt mit ihrer Umgebung geraten.

Unter meinem Material waren 11 körperbaulich nicht leptosome Kranke, die ebenfalls nur eine einmalige Depression durch-

machten. Es waren vorwiegend athletische, athletisch-hypoplastische, pyknisch-athletische oder pyknisch-hypoplastische Mischformen, dazu eine Dysplasie mit ausgeprägter Struma. Bemerkenswerterweise zerfiel keiner dieser Kranken affektiv so weitgehend, daß man von einem schizophrenen Verblödungszustand hätte sprechen können. Acht blieben in ihrer Grundstimmung mehr oder weniger chronisch-depressiv bei größerer oder geringerer Verflachung und Monotonie ihres Affektlebens, während die übrigen drei sicher defekte, affektiv recht indifferente, nörglerische Querulanten wurden.

Nur zwei Leptosomen erkrankten an einer zwei- oder mehrmaligen Depression. Zwischen diesen ein- oder mehrmalig Depressiven und den ein- oder mehrmalig rein manisch Erkrankten, auf die ich noch kurz zu sprechen komme, steht die größere Gruppe der periodisch Manisch-depressiven. Sieben dieser periodisch an manischen oder depressiven Phasen in unregelmäßiger Reihenfolge Erkrankten waren leptosom (asthenisch, kräftig, hypoplastisch), sechs vorwiegend athletisch, athletisch-pyknisch, athletisch-hypoplastisch oder pyknisch-dysplastisch und vorwiegend dysplastisch.

Keiner von diesen 13 Kranken — und das ist wichtig — wurde chronisch-depressiv oder versandete affektiv, bei dauernder monoton-depressiver Grundstimmung. Einer der sieben Leptosomen verblödete kataton, vier wurden defekte, urteilsschwache Querulanten ohne bestimmte Grundstimmung (indifferent), nur einer ist vorwiegend chronisch-hypomanisch, jedoch oft recht gereizt und im Affekt recht wechselnd, während einer bei ebenfalls chronisch-hypomanischer Grundstimmung auffallend paranoid, affektinadäquat, gereizt und deutlich defekt ist. (Diese letzten zwei entsprechen den Vertretern der Gruppe der chronisch Depressiven und der bei chronisch-depressiver Grundstimmung Defekten, s. o.)

Von den sechs nicht leptosomen periodisch manisch-depressiven Patienten verblödete keiner kataton; zwei wurden zunehmend defekt, querulatorisch und urteilsschwach bei indifferentem Affektleben, drei entwickelten deutliche Defekte bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung und nur einer blieb chronisch-hypomanisch bei noch ausreichend modulationsfähigem Gemütsleben.

Endlich hatten von fünf an einmaliger Manie erkrankten Personen zwei leptosomen und drei vorwiegend pyknischen Habitus. Beide Leptosomen sind in ihrer Stimmungslage vorwiegend chronisch-hypomanisch, lassen jedoch beide deutliche Anzeichen für das Bestehen eines Defektes erkennen. Zwei der vorwiegend pyknischen Kranken wurden ebenfalls defekt bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung. Außerdem kamen noch zwei mehrmalige Manieen bei leptosomer Konstitution vor, von denen die eine

kataton verblödete und die andere einen Defekt bei indifferenter Stimmungslage ausbildete. Als Kuriosum sei noch eine periodische Depression bei dysplastischer Konstitution angeführt. (Endbild: Defekt bei einförmiger chronisch-depressiver Grundstimmung.)

Es erkrankten von 60 Personen also allein 32 an einer einmaligen Depression, fünf an mehrmaliger Depression, 13 an periodischem manisch-depressiven Irresein, fünf an einmaliger Manie und zwei an periodischer Manie. Von dreien war nicht genau bekannt, welche Art geistiger Erkrankung sie außer der manischen bzw. depressiven Psychose noch hatten.

Aus der Tatsache, daß von 60 Patienten alleine 32 an einmaligen Depressionen erkrankten, und daß von diesen 32 Kranken wieder 21 leptosom waren, möchte ich folgende Überlegungen und Beziehungen ableiten:

Erkrankt ein Leptosomer an einer endogenen Depression, so sind erst einmal allgemein der Verlauf und die Heilungsaussichten als ernst und bedenklich anzusehen. Zum zweiten muß die Vermutung nahe liegen, daß hier schon nach dieser einmaligen Depression sich langsam ein Verlaufsbild herausentwickeln wird, das entweder den Charakter einer katatonen, läppischen Verblödung (Gruppe I), einer chronischen Depression mit oder ohne ausgesprochenen Defekt (Gruppe II), oder eines Gemütsdefektes mit indifferenter oder paranoider bis querulatorischer Affektivität (abulisch, Gruppe III) trägt. Hierbei scheinen die Chronisch-depressiven (Gruppe II) am häufigsten zu sein, während die beiden anderen Arten sich im Häufigkeitsverhältnis die Waage halten.

Schon jetzt möchte ich betonen, daß ich die Art der atypischen Konstitution für die prognostische Bedeutung, jedenfalls aber für die Neigung, bestimmte Endbilder herauszuentwickeln, für unterschiedlich halte. Aus den weiteren Überlegungen wird das hervorgehen.

Schon im Folgenden tut sich ein Unterschied kund. Von 11 körperbaulich nicht leptosomen Kranken — es waren vorwiegend athletische, athletisch-hypoplastische, pyknisch-athletische oder pyknisch-hypoplastische Mischformen — verblödete kein einziger im Sinne eines schizophrener Zerfalls der Persönlichkeit, dagegen behielt weitaus die Mehrheit ihren dauernd monotonen, chronisch-depressiven Affekt, bei mehr oder weniger ausgesprochener Abstumpfung. Nur drei wurden schlechthin defekte Querulanten. Außer dieser Feststellung möge man auch daraus für die Verlaufserwartung den Hinweis nehmen, daß eine nur einmalige Depression in körperbaulich derartig beschaffenen Fällen anscheinend recht häufig ist und daß man damit zu rechnen hat, daß diese einmalige De-

pression kaum oft zur katatonen Verblödung führt, vielmehr jedoch zur chronischen Depression wird.

Relativ selten erkranken Leptosome anscheinend an einer zwei- oder mehrmaligen Depression (zwei).

Da es unmöglich ist, bei der ersten Depression vorauszusagen, ob diese Depression nur einmalig bleiben wird, oder ob sich sonst irgendeine Verlaufsform des m.-d. I. noch herausbilden wird, konnten die Richtlinien naturgemäß nicht enger gefaßt werden. Wichtig sind jedoch wieder die Beobachtungen, die an periodisch manisch-depressiven Kranken gemacht werden konnten.

Von 13 derartigen Kranken — es waren sieben Leptosome, drei athletische Mischformen und weitere pyknisch-dysplastische Mischformen oder reine Dysplasien — wurde kein einziger chronisch-depressiv oder defekt bei chronisch-depressiver Grundstimmung. Die leptosomen Kranken verblödeten entweder schizophren (einer), oder wurden defekte, urteilsschwache Querulanten (vier). Einer wurde jedoch vorwiegend chronisch-hypomanisch bis manisch bei häufig gereiztem Wesen und sprunghaften Affekten, und ein anderer bildete bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung einen erheblichen Defekt aus (paranoid, gereizt, affektinadäquat). Unter den anderen nicht leptosomen Kranken fand sich keine schizophrene Verblödung, dafür aber sah ich drei »Defekte bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung«, zwei »Defekte bei sonst indifferentem Affektleben« und einen »Chronisch-hypomanischen bei noch ausreichend modulationsfähigem Gemütsleben«.

Es besteht also demnach bei periodisch Manisch-depressiven heterogener Konstitution eher die Neigung, entweder chronisch-hypomanische Endbilder mit oder ohne deutlichen Defekt, oder einfach defekte, urteilsschwache Querulanten indifferenter Affektlage zu entwickeln, als chronische Depressionen herauszubilden. Bei leptosomen Kranken muß auch hier wieder die Möglichkeit einer schizophrenen Verblödung im Auge behalten werden.

Zuletzt sei noch darauf hingewiesen, daß aus einmaligen Manieen, die in meinem Material recht selten waren, bei prognostisch ungünstigem Verlauf anscheinend vorwiegend Defektzustände bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung resultieren, ganz gleich, ob eine leptosome oder eine vorwiegend pyknische Konstitution vorliegt. Andere Gruppen kommen für derartige Überlegungen in diesem Rahmen nicht in Betracht, da sie zu klein sind.

Von anderen den Krankheitsverlauf möglicherweise erheblich mitbeeinflussenden körperbaulichen und somatischen Auffälligkeiten soll nur kurz gesprochen werden. Wie ich schon mehrfach betonte, wurden bei bemerkenswert vielen Kranken dysplastische



und hypoplastische Einzelstigmata festgestellt, wie ja auch eine ganze Reihe ausgesprochene dysplastische Konstitutionsformen in meinem Material vorkommen. Eine große Anzahl Kranker hatte deutliche Schilddrüsenveränderungen (Struma). Beide Vorkommnisse vermögen durchaus als Hinweise auf die mögliche endokrine Grundlage der psychischen Störungen zu gelten, wie *Mauz* ebenfalls annehmen zu müssen glaubt. Sehr viel wurde daneben auch ausgeprägte Akrozyanose und übermäßige Schweißsekretion beobachtet. Eine bedeutende Rolle in der Frage über die Prognostik des m.-d. I. bei heterogener Konstitution spielen sicherlich auch die charakterologisch-konstitutionellen Verhältnisse. Es wird nicht wenig wichtig sein, festzustellen, bei welchen psychischen von der zyklotyphen Konstitution abweichenden Eigenschaften, die prognostischen Aussichten für den Krankheitsverlauf besonders ungünstig sind, bzw. ob diese Eigenschaften besondere verlaufsprognostische Schlüsse erheischen. Auch die Konstellation bestimmter psychischer Eigenschaften zu ihrer jeweiligen körperbaulichen Konstitution vermag möglicherweise bestimmte Schlußfolgerungen auf die Verlaufserwartung zuzulassen bzw. zu verlangen, jedoch kann zu diesen Fragen (aus zwei Gründen) keine nähere Stellung genommen werden; denn erstens würden dazu weitere eingehende Beobachtungen nötig sein, und zweitens ist mein Material in dieser Hinsicht nicht genug geeignet, klare Resultate zu ergeben. Aus diesem Grunde möchte ich mich auf die vorwiegend körperbaulichen Untersuchungen beschränken und das Resultat dieser Untersuchungen in folgenden Sätzen zusammenfassen:

Liegt einer manisch-depressiven Erkrankung eine körperbaulich heterogene Konstitution zugrunde, so muß diese Tatsache für die Beurteilung und die Voraussage des Verlaufs zu großen Bedenken Anlaß geben. Es ist nicht nur möglich, sondern notwendig, daß ein derartiger körperbaulich abweichender Befund als Fingerzeig für wahrscheinlich ungünstige prognostische Aussichten gilt. Eine reine pyknische Konstitution wird in Fällen, die ungünstig verlaufen, d. h. sehr protrahiert sind oder chronisch werden, außerordentlich selten gefunden werden. Damit soll aber nicht gesagt sein, daß ein solches Vorkommen nicht möglich wäre. Umgekehrt darf daraus auch nicht der Schluß gezogen werden, daß bei Fehlen einer pyknisch-zyklotyphen Konstitution eine zirkuläre Psychose von vornherein ausgeschlossen sei. Die Wahrscheinlichkeit, daß es sich in letzterem Falle um eine reine zirkuläre Psychose handelt, ist jedoch außerordentlich gering.

Es bestehen deutliche Häufigkeitsbeziehungen zwischen leptosomem Habitus und einmaliger Depression: Erkrankt ein Leptosomer an einer endogenen Depression, so liegt die Vermutung nahe,

daß diese Depression einmalig bleibt, und daß sich im weiteren Verlauf ein chronischer Endzustand entwickelt. Mit dieser prognostischen Möglichkeit muß stark gerechnet werden. Die unbedingte Notwendigkeit einer solchen Entwicklung besteht natürlich auch hier nicht. Das vorwiegende Endbild an einmaliger Depression Erkrankter ist die chronische Depression, bzw. ein Defektzustand bei chronisch-depressiver Grundstimmung. In ihrer Häufigkeit etwa gleiche Verlaufsendbilder sind die katatone oder läppische Verblödung, oder der Defekt bei indifferenter Affektlage.

Personen heterogener Konstitution, die an periodischen, manischen und depressiven Phasen erkranken, neigen außerordentlich wenig dazu, chronische Depressionen oder Defekte bei chron.-depressiver Grundstimmung auszubilden. Sie enden meist in chron.-hypomanischen Zuständen mit ausgeprägtem Defekt oder sie gehen in einfache Defekte bei indifferenter Affektlage über. Ist ein solcher Kranker leptosom, so besteht auch hier die Möglichkeit katatoner Verblödung.

Die Art der atypischen Konstitution ist möglicherweise doch für die prognostische Bedeutung wenigstens in einigen Punkten unterschiedlich. Nach meinem Material zu urteilen, wird kaum einmal ein nicht leptosomer manisch-depressiver Kranker ein Bild katatoner Verblödung bieten, während das bei leptosomen derartigen Kranken recht häufig vorkommt.

Daß leptosome Kranke an periodischen Depressionen erkranken, scheint relativ selten zu sein; ebenfalls wird sich anschließend an eine einmalige Manie, gleichviel bei welcher Konstitution, nicht so oft solch ein Endzustand herausbilden, wie es bei einmaligen Depressionen leptosomer Konstitution der Fall ist.

Pyknische Mischformen, besonders pyknisch-athletische oder pyknisch-hypoplastische Mischformen und pyknische Einzelstigmata, dürfen nicht als prognostisch günstig angesehen werden, da sie immerhin in einer ganzen Reihe von ungünstig verlaufenen Fällen vorkommen. Ebenso läßt eine athletische Konstitution mit großer Häufigkeit einen ungünstigen Krankheitsausgang erwarten. Hervorgehoben sei für den Fall athletischer Konstitution die in meinem Material große Seltenheit katatoner Endbilder. Nach einer einmaligen Depression stumpfen sie anscheinend bis zu einem gewissen Grade häufig ab, lassen dabei jedoch noch eine chronische monoton-depressive Grundstimmung erkennen.

Im Falle einer periodisch manisch-depressiven Erkrankung ist auch dieses Endbild selten, es bilden sich vielmehr meistens Defekte bei chronisch-hypomanischer Grundstimmung aus.

Hypoplasien und Dysplasien, sowie hypoplastische Einzelstigmata und Schilddrüsenveränderungen haben als Hinweise auf

eine mögliche endokrine Grundlage der psychischen Störungen zu gelten, sowie auch erhebliche Akrozyanose, Sekretionsstörungen und Degenerationsmerkmale im Verein mit anderen Symptomen möglicherweise als Anzeichen für ungünstige prognostische Aussichten anzusehen sind.

Der Zweck dieser Arbeit wurde eingangs angeführt. Sie erhebt nicht etwa den Anspruch auf Vollständigkeit, sondern sie soll vielmehr den Anstoß geben, auf diesem Gebiet ergänzende und vollkommeneren Untersuchungen einzuleiten.

Literaturverzeichnis:

*Gaupp, R. u. Mauz, Friedrich:* Krankheitseinheit und Mischpsychose, Zeitschrift f. d. ges. Neur. u. Psych. Bd. 101.

*Hofmann, Kilian:* Beobachtungen an weiblichen Manisch-Depressiven, Ztschr. f. Psychiatrie Bd. 94.

*Kolle, Kurt:* Die primäre Verrücktheit, Leipzig 1931.

*Kretschmer, Ernst:* Körperbau und Charakter, 9. u. 10. Aufl.

*Lange, J.:* Die endogenen und reaktiven Gemütskrankungen und die manisch-depressive Konstitution (Handbuch der Geisteskrankheiten von O. Bumke Bd. 6).

*Mauz, Friedrich:* Prognostik der endogenen Psychosen, 1930.

*Sacristan, José M.:* Sobre el diagnóstico diferencial entre psicosis maniaco-depressiva y esquizofrenia, 1929.

(Aus der psychiatrischen Kreisanstalt in Simpheropol, Krim ASSR.  
Direktor: Dr. N. Balaban.)

## Psychosen bei Karaimen.

Von

Dr. A. Molotschek und Dr. A. Owanessow.

Jeder Versuch, Geisteskrankheiten bei einzelnen Völkern zu erforschen, stößt zu allererst auf große Komplikation der Frage an und für sich und auch auf die Unzuverlässigkeit des statistischen Materials.

»Die Ergebnisse der 'Rassenpsychiatrie' sind einstweilen noch recht dürftig« bemerkt *Berze*<sup>1)</sup>; und wie auch *Kraepelin*<sup>2)</sup> betont: »zuverlässigere Ergebnisse ließen sich nur gewinnen, wo verschiedene Rassen möglichst unvermischt, aber doch unter annähernd gleichen Bedingungen zusammen leben.« Analogisch lautet auch die Meinung *Guttmann*<sup>3)</sup> über die gegenwärtigen Grenzen der Rassenpsychopathologie: »so kommt es, daß brauchbare Ergebnisse nur dort zu erwarten sind, wo nebeneinanderlebende Rassen miteinander verglichen werden können, wofern nicht die Rassenmischung bereits eine Rolle spielt.«

Eben diese Möglichkeit, den Gang der Geisteskrankheiten bei einer abgeschlossenen Gruppe im Verlaufe von ungefähr 50 Jahren zu verfolgen, bietet uns ein kleines Volk — die Karaimen — dar, das seit langer Zeit bis jetzt, samt anderen Völkern, die Halbinsel Krim bewohnt.

Hier sei zu bemerken, daß die Aufgabe und der Gegenstand unserer Arbeit eine klinisch-statistische Analyse ist, und wir lassen darum das komplizierte und vielfältige Problem der Rasse vorläufig unberührt.

Wir erwähnen hier nur ganz kurz einige ethnographische und anthropologische Eigenheiten bei den Karaimen, insofern diese Ergebnisse das lange Verweilen an ein und demselben Orte und das große Streben nach Isolierung von andern Völkern, die mit ihnen in Berührung kommen, beweisen. Die ersten Hinweise über

---

1) Beiträge zur psychiatrischen Erblichkeits- und Konstitutionsforschung. 87. Bd. 1923. Z. f. d. ges. Neur. u. Psych.

2) Allgemeine Psychiatrie Band I, 1927.

3) Handwörterbuch der medizinischen Psychologie 1930.

Karaimen in der Krim finden wir in den russischen Urkunden<sup>4)</sup>, nämlich in den Schriften des Akademikers *Palaß*, der auf das Angebot Katharinas der Zweiten die Krim zu erforschen, im Jahre 1794 sich dorthin begab. Nach seiner mutmaßlichen Feststellung sollte der ethnographische Bestand der karaimischen Bevölkerung in der Krim ungefähr 3000 Mann zählen, d. h. 1,3% der ganzen Bevölkerung. Genauere Berichte über die Karaimen finden wir in einem Jahrbuche des Ministeriums des Innern vom Jahre 1843. In diesem Jahrbuche zählt man nach der Statistik im Jahre 1836 in der Krim 1437 Karaimen nur allein männlichen Geschlechts. Außerdem haben wir Übersichten aller der Orte, wo in dem früheren russischen Reiche Karaimen zu finden waren, so nennt man: das Noworossische, Taurische, Chersonische, Wolynische, Wilnaische, Kaunische Gouvernements und Transkaukasien. Im Wilnaischen Gouvernement zählte man ungefähr 100 Familien, im Kaunischen von 50 bis 60. Die Wilnaischen, wie auch die Kaunischen, nennt man Litauische Karaimen. In den Noworossischen, Charsoner Gouvernements und Taurien lebten die Karaimen in folgenden Städten: in Odessa 40 Familien, in Nikolaeff 25, Cherson 20, im Armenischen Basar, welcher ein Vorort der Stadt Perekopp ist, ungefähr 100, Theodosia 80, Simpheropol 30, Sebastopol 40, Baktshisarai, oder richtiger, seinem Vorort Tschufut-Kale 150, Eupatoria 400, im ganzen 885 Familien. Nach den Berichten, welche wir über diese Arbeit haben, treffen wir Karaimen, außer in Rußland, auch in der alten Hauptstadt Galitsch, früher kleiner Ort des österreichischen Galiziens im Stanislauer Bezirke, dann in Konstantinopel, in Kairo, in Gita am Euphrat, in kleinen Gemeinden. In dem im Jahre 1873 angegliederten Krimisch-Tartarischen Fürstentume waren die Karaimen ein Volk, dessen Wurzeln, nach einer ganzen Reihe von Denkmälern aus der Zeit der ersten Jahrhunderte nach Christi, wie es scheint, in der Krim verfolgt wurden. Weiter verlieren sie sich in den unaufgeklärten Tiefen der Geschichte, da die Entstehung des karaimischen Volkes mit der sektantischen Abteilung von den Juden verbunden ist. Daher auch der Name vom Worte »Kara«, welches »Schrift« bedeutet, weil die Karaimen nur das alte Testament (die Bibel) anerkannten, und alle Gesetze und Überlieferungen ihrer Vorfahren, den Talmud, verwarfen (letztere ist eine von den vielen Vermutungen)<sup>5)</sup>. In Pierers Universal-Lexikon (Altenburg 1860) finden wir folgende Anweisungen: »Karaiten (Karäer), eine um Mitte des 8. Jahrhunderts in Baby-

<sup>4)</sup> Die »Reise in die Krim des Akademikers Palaß in den Jahren 1793 bis 1794.« Verzeichnisse der Gesellschaft der Historiker-Amateure. Odessa. 188 J. B. XII (russisch).

<sup>5)</sup> Aus dem Werke *Tschazkij's* »Untersuchungen über Juden-Karaimen.« Nordarchiv 1827. Nr. VI.

lonien entstandene Sekte.« Dort finden wir auch Aufzeichnungen über ihre Verbreitung in verschiedenen Ländern. »Die Karaiten (Karäer) verbreiteten sich, wenn auch nirgends in starker Zahl, in Palästina, Syrien, Ägypten, Afrika, Konstantinopel, der Krim und einigen Provinzen Polens, wo sie größere Freiheiten als die andern Juden genossen.« *Julius Furst*<sup>6)</sup> behauptet, daß die Karaimen sich im Jahre 950 bis 1150 hauptsächlich in der Krim konzentrierten. Hier ließ sich der größte Teil von ihnen nieder. Von dieser Zeit an schweigt die Geschichte still über dieses Volk, wie in der Krim, so auch in den anderen Ländern. Der russische Anthropologe *Weißenberg*<sup>7)</sup>, der sich viel mit der Frage über Juden, die krimischen Juden (welche man Krimtschaken nennt) und Karaimen beschäftigt hat, behauptet: »auf welche Weise und wann die Sekte der Karaimen in der Krim entstand, kann man zurzeit nicht feststellen wegen Mangels an irgendwelchen historischen Daten.«

Wenn man in den 70er Jahren des XVIII. Jahrhunderts nach den Beweisen des Akademikers *Pallaß* in der Krim 182 000 Tararen zählte, d. h. 79,2% der gesamten Bevölkerung, und sogar der herrschenden Bevölkerung, und Karaimen nur 3000 (1,3%), so mußten selbstverständlich die anthropologischen Schwankungen der Karaimen sich mehr auf seiten der Tartaren vollziehen. Davon spricht ihre Sprache (die tartarische Sprache ganz von ihnen übernommen), teilweise ihre Sitten und Gebräuche, so wie eine Beimischung mongolischer Züge im Körperbau (*Ikoff*<sup>8)</sup>, *Weißenberg*). Letzteres wird von den Anthropologen nicht nur als Vermischung der Karaimen mit den Tartaren in den letzten Jahrhunderten erklärt, sondern es wird auf die hier schon vorhandenen Merkmale der türkischen Rasse aus älteren Zeiten hingewiesen. (Die Vermischung mit den Chasaren.)

Die Statistik der letzten Jahrzehnte spricht dafür, daß die Anzahl der karaimischen Bevölkerung in der Krim eine absonderliche Lage einnahm. So bestand nach der Zählung im Jahre 1897 die absolute Zahl aus 5327 Seelen, d. h. 1%, im Verhältnis zu der gesamten Zahl der Bevölkerung. Im Jahre 1921 — 5050 Seelen (0,7%), im Jahre 1926 — 4213 Seelen (0,6%). Bestätigung einer möglichen Verminderung der karaimischen Bevölkerung finden wir ebenfalls in der Statistik des Taurischen Gouvernement (Semstwo) vom Jahre 1907, wo auf die Geburtszahl der Karaimen im Vergleich zu den anderen Nationalitäten nach dem Religionsprinzip

<sup>6)</sup> »Geschichte des Karaerthums« Bd. I 1862, Bd. II 1865, Bd. III 1869. Leipzig.

<sup>7)</sup> »Karaimen und Krimtschaken vom Standpunkte der Anthropologie.« Russisches anthropologisches Jahrbuch 1912. Nr. 40.

<sup>8)</sup> »Neue Beiträge zur Anthropologie der Juden.« Archive für Anthropologie. 1887. Bd. XV.

hingewiesen wird: bei Rechtgläubigen auf 1000 Seelen 50, bei Mohammedanern 45, bei Juden 36, bei Karaimen 15. Die Zahl der Ehebündnisse in demselben Jahre: bei Rechtgläubigen auf 1000 Seelen 9, bei Mohammedanern 10, bei Karaimen 5. Dieser Umstand beweist noch genauer die Ergebnisse der Zählung des Jahres 1926, nach welcher der Zuwachs bei Karaimen 0,71 auf 1000 Seelen der Bevölkerung gleichkommt. Die Zahl der Ehen war im Jahre 1926 im ganzen nur 26 bei einer Zahl von 4913 Seelen, von denen 1742 Männer und 2471 Frauen waren. Weiter weist der Altersunterschied im Prozentsatz zu der übrigen Bevölkerung in demselben Jahre ebenfalls auf eine ungewöhnliche Verteilung: sehr niedrige Gruppen des frühen Kindesalters bei ziemlich hohen Gruppen im Alter von 40 bis 50 und über 60 Jahren.

0—4	5—9	10—14	15—19	20—24	25—29	30—39	40—49	50—59	60
6,3	5,0	7,3	8,9	9,3	9,6	16,4	14,4	11,7	11,1

In der übersichtlichen Statistik, wie auch schon früher erwähnt worden ist, obgleich noch in vielem nicht vollständig, so doch eine ganze Reihe ziemlich entfernt voneinander liegende Jahre umfassend, werden unveränderlich Tatsachen im Rückgang der Geburten aufgewiesen, so wie die geringe Zahl der Ehelichen, das Überwiegen des Rückentwicklungsalters, das Überwiegen der Zahl der Frauen. Wenn auch indirekt, so gibt uns diese gestaltete Lage das Recht, von einem in gewissem Grade abgesonderten Lebensgang dieses Volkes zu sprechen, im Vergleich zu den andern mit ihnen Seite an Seite lebenden Völkern (wie Tartaren, Juden, Armenier usw.).

Die statistischen Ergebnisse erhalten ihre Bedeutung und vertiefen das Verstehen einer ganzen Reihe von Tatsachen, welche bei Bearbeitung unseres Materials der Geisteskrankheiten bei Karaimen hervortreten, das in seinen Grundzahlen in der Krimen psychiatrischen Anstalt konzentriert ist, die als einzige seit 70 Jahren die Geisteskranken des ehemal. Taurischen Gouvernements, jetzt Krim-ASSR, bedient.

Die aus dem Archiv der psychiatrischen Anstalt von uns entnommenen Krankheitsgeschichten der Karaimen vom Jahre 1881 bis 1929 geben ein genügend bearbeitetes Material, das samt der anwesenden großen Zahl sich wiederholender Krankheitsgeschichten uns gestattet, alle Fälle im Laufe des Krankheitsprozesses umfassend, der alten Diagnostik näherzutreten, und einen Teil der Diagnosen in die Sprache der jetzigen Klassifikation zu übertragen.

Durch die Simpheropoler Kreisanstalt gingen im ganzen vom Jahre 1881 bis 1929 195 primäre Kranke. Wenn wir diese Zahl nach Jahrzehnten verteilen, so erhalten wir folgendes Verhältnis:

von 1881 bis 1890 =	18
„ 1891 „ 1900 =	35
„ 1901 „ 1910 =	62
„ 1911 „ 1920 =	45
„ 1921 „ 1929 =	35
<hr/>	
Im ganzen	195

Hier gibt es keine Möglichkeit, irgendeine Reihenfolge in der Zahl der Aufnahmen im Laufe der Jahre festzustellen, man kann nur bemerken, daß bereits in alten, genau bearbeiteten Rechenschaftsberichten der Anstalt der Prozentsatz der Erkrankungen bei den Juden und Karaimen die Aufmerksamkeit auf sich lenkt. So sehen wir, daß der Prozentsatz im Verhältnis zu den Geisteskranken im Verlauf von zehn Jahren, vom Jahre 1885 bis zu 1894 sich zu der Zahl der übrigen Bevölkerung der Krim in folgenden Zahlen verhielt (nach *B. Greidenberg*<sup>9)</sup> 1896):

Russen .....	0,19%
Tartaren .....	0,10%
Juden .....	0,67%
Karaimen .....	0,89%

Leider machen die großen Schwankungen in der Zahl der verschiedenen Gruppen der Bevölkerung der Krim, welche besonders in der Periode (von 1919 bis 1928) des Hungers und der Epidemiejahre auftraten, (und daher auch die Abnahme der gesamten Zahl der Kranken der psychiatrischen Anstalt) es unmöglich, eine ähnliche Statistik in den letzten Jahrzehnten darüber zu führen.

Die Verteilung der Kranken war nach dem Geschlecht folgende:

Männer	119 = 61,7%
Frauen	76 = 36,9%

Im allgemeinen zeigen die statistischen Untersuchungen verschiedene Schwankungen in der Zahl der Geisteserkrankungen unter Männern und Frauen, doch ist das Überwiegen der Erkrankungen bei Männern verhältnismäßig festgestellt. Nach den Ergebnissen der Heidelberger Klinik (*Kraepelin*) weist das männliche Material im mittleren Alter 55,3% auf. Nach russischen Berichten<sup>10)</sup> waren im Moskauer Gouvernement auf 100 Seelenkranke 58,2% Männer und 41,8% Frauen, im Kiewer Gouvernement 61,2% Männer und 38,9% Frauen, während die Ergebnisse des Petersburger Gouvernement ein beinahe gleiches Verhältnis unter dem männlichen und weiblichen Geschlecht aufweisen. In unserem Material bei überwiegender Zahl der Frauen bei den Karaimen (2471 Frauen und 1742 Männer) haben wir eine verminderte Zahl der Aufnahmen der Frauen in der Heilanstalt im Vergleich zu den

<sup>9)</sup> Bericht über die Arbeit der psychiatrischen Anstalt in Simpheropol (russisch).

<sup>10)</sup> *W. Osipow*. Klinische Psychiatrie. 1923 (russisch).



Männern (76 Frauen und 119 Männer). Bei der Bearbeitung des klinischen Materials entsteht die Verschiedenheit hauptsächlich infolge der großen Zahl der Erkrankungen an Paralyse bei Männern, die bei Frauen beinahe ganz fehlt, während die andern klinischen Formen in verhältnismäßig gleichen Zahlen vertreten sind. Hier müssen wir die existierende Annahme, daß die gleiche Zahl der Männer und Frauen in der Bevölkerung, oder das Überwiegen der weiblichen Bevölkerung, die gleiche Zahl der Erkrankungen unter Männern und Frauen beeinflußt, verwerfen.

Auffallend ist bei weiteren Untersuchungen unseres Materials der hohe Prozentsatz der ledigen Männer und Frauen:

Männer	Frauen
Ledige ..... 71—59,7%	Ledige ..... 33—43,4%
Verheiratete ..... 48—40,3%	Verheiratete ..... 43—56,6%

Diese oben angegebenen statistischen Ergebnisse weisen auf eine geringe Zahl der Verhelichungen unter den Karaimen; auch in unserem pathologischen Material wird dieser Umstand beobachtet.

Die ganze Kompliziertheit der Beweggründe, die zur Vermehrung der Geisteskrankheiten unter der Stadtbevölkerung im Vergleiche zu der Landesbevölkerung führen, beiseite lassend, erwähnen wir nur *Kraepelins* Bemerkung, daß die Verbreitung der Syphilis wie des Alkohols in den Großstädten der wirkliche Grund der Sklerose und der Paralyse ist, außerdem stehen diese beiden Noxen in engem Verhältnis zu dem angeborenen Schwachsinn, Epilepsie und Psychopathie. Von diesem Standpunkte aus kann die Großstadt nach seiner Auffassung als ein besonders übler Herd der Geisteskrankheiten angesehen werden. Wir wiesen bereits darauf hin, daß der Volksstamm der Karaimen in überwiegender Zahl von alters her eine standhafte Stadtbevölkerung darstellt.

Nach der Statistik vom Jahre 1926 bevölkerten die Karaimen folgenderweise die Krim:

In Städten	In Bezirken
Simpheropol ..... 934	Simpheropoler Bez. .... 113
Sebastopol ..... 796	Sebastopoler „ ..... 2
Kertsch ..... 53	Kertscher „ ..... 17
Jalta ..... 152	Jaltaer „ ..... 3
Theodossia ..... 791	Theodossier „ ..... 32
Eupatoria ..... 991	Eupatorier „ ..... 13
Bachtschisarai ..... 144	Bachtschisaraer „ ..... 67
Dschankoi ..... 9	Dschankoer „ ..... 13
Karasubasar ..... 1	Karasubasarer „ ..... 13
Aluschtsa ..... 1	.....
Alt-Krim ..... 6	.....
Armjansk ..... 32	.....
Saki ..... 9	.....
Sudak ..... 7	Sudaker „ ..... 4

Folglich stellen die Bewohner der Städte 93% der ganzen karaimischen Bevölkerung dar. Dieses Verhältnis steht in vollem Einklang mit den übrigen Aufnahmen der Geisteskranken aus den Städten und Bezirken.

Aus den Städten		Aus den Bezirken		
Sebastopol .....	9	.....		
Karasubasar .....	7	.....		
Perekop .....	5	.....		
Armenischer Basar .	2	.....		
Jalta .....	1	.....		
Alt-Krim .....	1	.....		
Eupatoria .....	65	Eupatorier Bez.	2	
Simpheropol .....	27	Simpheropoler	„	3
Theodossia .....	29	Theodossier	„	1
Bachtschisarai .....	20	Bachtschisaraer	„	2
<u>Aus Städten..</u>	<u>166</u>	<u>Vom Lande</u>	<u>..8</u>	<u>Außerhalb der Krim ..</u>
				<u>21</u>
				<u>Außerhalb der Krim ..</u>
				<u>21</u>

Wenn wir das außerhalb der Krim liegende Material, hauptsächlich das städtische, fortlassen, so gibt die Zahl der Geisteskranken in den Städten der Krim 85%. Selbstverständlich sprechen wir hier von keinem großen Stadtzentrum, doch weisen wir darauf hin, daß die Sitten und Gebräuche des krimischen Dorfes in der Vorrevolutionszeit sich wesentlich von dem Leben der Stadt unterschied. Außerdem sind die Städte mit der größten Zahl der Bevölkerung Hafenstädte.

In einer ganzen Reihe von Hauptmomenten bei Geisteserkrankungen nimmt das Alter einen vollkommen begründeten Platz ein, wobei verschiedene Lebensperioden die Zahl und Eigenschaften der Geisteskrankheiten bestimmen. *Kraepelin* gibt folgende Verteilung der Geisteserkrankungen nach Altersstufen an (Material 2784 Fälle der Heidelberger Klinik [*Kraepelin*]):

Alter	Zahl der Kranken in %	Alter	Zahl der Kranken in %
15—20 .....	15,6	55.....	5,2
25 .....	26,6	60.....	2,8
30 .....	14,5	65.....	1,9
35 .....	14,0	70.....	1,5
40 .....	10,7	75.....	0,6
45 .....	9,0	80 .....	0,3
50 .....	7,1	85.....	0,1
		90.....	0,1

Im allgemeinen fallen die meisten Geisteserkrankungen auf das Alter von 20 bis 40 Jahren. Die Verteilung nach Altersstufen weisen in unserem Material einige Eigentümlichkeiten auf:

Alter	Zahl der Kranken	in %
Bis 20 Jahren .....	34.....	17,3
„ 30 „ .....	44.....	22,2
„ 40 „ .....	45.....	22,3
„ 50 „ .....	26.....	13,3
„ 60 „ .....	31.....	15,8
„ 70 „ .....	12.....	6,1
„ 80 „ .....	3.....	1,5

Eine sich allmählich senkende Kurve der Erkrankungen nach dem Alter haben wir hier nicht, doch wenn wir uns an die Alterszusammenstellung der karaimischen Bevölkerung erinnern, mit ihren scharf auffallenden hohen Gruppen im Alter von 40 bis 59 Jahren, so findet die besondere Häufigkeit der Erkrankungen bei Karaimen im Alter von 40 bis 60 Jahren ihre volle Berechtigung.

Die Verteilung der Kranken nach der Diagnose und dem Geschlecht war folgende:

Diagnose	Männer		Frauen	
	Zahl	%	Zahl	%
Schizophrenie .....	39	32,6	31	40,7
Paralyse .....	39	32,6	2	2,6
Manisch-melancholisches Irresein.....	4	3,3	4	5,2
Senile Demenz.....	10	8,4	20	26,2
Arteriosklerotisches Irresein .....	1	0,8	3	3,9
Oligophrenien .....	5	4,2	2	2,6
Epilepsie .....	3	2,5	2	2,6
Alkoholismus .....	3	2,5		
Generationspsychosen .....	—	—	1	1,3
Psychopathien .....	6	5,4	5	6,5

Trotz der im allgemeinen geringen Zahl unserer Kranken halten wir es für möglich, die Verteilung nach diagnostischen Gruppen zu beobachten. Daß die Schizophrenie eine der vielfach verbreitetsten Psychosen der Menschheit ist, die bei Völkern verschiedener Rassen auftritt, wie bei Europäern, Japanern, Indianern Amerikas, Chinesen, Negern, Baschkiren u. a. m., braucht keiner weiteren Beweise. Ebenso tritt bei unserem Material die Schizophrenie als überwiegende Zahl auf, 32,6% Männer und 40,7% Frauen. *Mayer-Groß*<sup>11)</sup> gibt folgende Ergebnisse verschiedener Autoren über das Erkranken beider Geschlechter an Schizophrenie: »*Bleuler* gibt ein Verhältnis der männlichen zu den weiblichen Aufnahmen von 100:113 an. Während *Braun* aus den Aufnahmen der Münchener Klinik der Jahre 1921 bis 1927 ein starkes Über-

<sup>11)</sup> Die Schizophrenie. *Bumkes* Handbuch der Geisteskrankheiten. Neunter Band. 1932.

wiegen der Frauen (um ein Drittel bis ein Viertel) angibt, *Gruhle* ähnliche Ergebnisse aus den Heidelberger Zahlen von 1927 bis 1929 errechnet hat, fand *Rüdin* in dem Münchener Krankmaterial der Jahre 1905 bis 1909 einen Männerüberschuß von einem Fünftel. Eine große amerikanische Statistik (*Pollok*) ergibt ebenfalls ein deutliches Überwiegen der Männer«. Die Widersprüche in den angegebenen Ergebnissen kann man nur als Mutmaßungen gelten lassen, sagt *Mayer-Groß*. Und auch wir können hier nichts neues hinzufügen.

Im Gegenteil zu der Schizophrenie, welche ohne weiteres unter allen Völkern, bei denen psychiatrische Untersuchungen stattfanden, festgestellt wurde, ist die Frage über die Verbreitung der Paralyse noch nicht endgültig gelöst. Die Bedeutung der Rasse bei Erkrankung an Paralyse, die sich auch in den eigentümlichen Schwankungen bei verschiedenen Völkern bemerkbar macht, die bald von der Verbreitung der Syphilis abhängig ist, bald mehr oder weniger als Rarität auftritt, auch bald gänzlich fehlt, kann man neben vielen anderen ätiologischen Faktoren nicht ausschließen. In unserem Material sind unter 119 Kranken — Paralytiker Männer 39, unter 76 Frauen nur 2.

Wir haben hier einen ungewöhnlich hohen Prozentsatz der Erkrankungen an Paralyse bei Männern und einen besonders niedrigen bei Frauen. Das gegenwärtige Verhältnis zwischen männlichem und weiblichem Material, nach den Ergebnissen der Heidelberger Klinik, weist auf jede 100 Paralytiker 80,2 Männer und 19,8 Frauen. Die Zahl der Paralytiker der Münchener Klinik — 1633 M. und 677 Fr. — gibt ein Verhältnis von 2,4 : 1. Dieses gegenseitige Verhältnis tritt bei Juden in folgenden Zahlen auf: 13:1. Als allgemein festgestellt gilt die bedeutend kleinere Zahl der Erkrankungen an Paralyse bei Frauen im Vergleiche zu denen der Männer. Jedoch weist eine ganze Reihe statistischer Ergebnisse der gegenwärtigen Zeit auf das ausgleichende Verhältnis in vielen Gegenden. Nach der Statistik von *Pilcz*<sup>12)</sup> geben die Slawen zu der gemeinsamen Zahl der Geisteskranken Paralytiker 27%, Italiener 28%, Juden 36%. Sehr viele Paralytiker trifft man bei den Madjaren, 38,7% Männer und 20,7% Frauen. Daraus sehen wir, daß unsere Zahlen, die sehr hoch bei Männern sind, denen der anderen Autoren nicht stark widersprechen; doch können wir auf die Standhaftigkeit der Zahl der Aufnahmen paralytischer Frauen hinweisen. Männl. Paralytiker sind ausschließlich die Stadtbewohner, in überwiegender Zahl Kaufleute. Die Zahl nach dem Alter ist folgende: bis 30 Jahre 2 Fälle, bis 40 = 16, bis 50 = 12, bis

<sup>12)</sup> Beitrag zur vergleichenden Rassenpsychiatrie. 1906. Leipzig u. Wien.

60 und darüber 9. Das gewöhnliche Paralysealter von 35 bis 45 Jahren finden wir hier mehr zu den 50iger Jahren und darüber vorgerückt.

Von anderen einzelnen Formen der Geisteskrankheiten lenken hier die senilen Psychosen die Aufmerksamkeit auf sich. Bei Frauen geben die senilen Psychosen 20 Fälle, bei Männern 10 Fälle. Wenn wir zu der Zahl der senilen Psychosen bei Frauen noch das arteriosklerotische Irresein hinzufügen (3 Fälle), so nehmen im allgemeinen die Psychosen des Rückbildungs- und des Greisenalters 30,2% der gemeinsamen Zahl der kranken Frauen ein. Mit großer Wahrscheinlichkeit können wir die bedeutende Zahl der Rückbildungsalterpsychosen in gerader Verbindung mit den Altersstufen der Zahl der Bevölkerung bringen, in welcher der Prozentsatz der Frauen im Alter über 50 und 60 Jahren einen recht großen Platz einnimmt.

Fälle von Alkoholismus haben wir 3 bei Männern und keinen einzigen bei Frauen. Bei Herbeziehung der Hilfsmomente, die die Entstehung der syphilitischen Psychosen beeinflussen, wird die Bedeutung des Alkoholismus besonders von vielen Forschern betont, worauf auch *Kraepelin* stets hinweist. Die große Zahl der Erkrankungen an Paralyse bei Karaimen, bei seltener Alkoholiker-Aufnahme, gibt uns das Recht bei unserem Material vom Standpunkte über den Alkoholismus als in der ersten Reihe unter vielen anderen stehendem Faktor, der die Paralyse beeinflußt, abzuweichen.

Alle anderen von uns angegebenen Psychosen bedürfen keiner besonderen Bearbeitung, weil sie mit den allgemein vorkommenden Ergebnissen übereinstimmen. Zu bemerken ist nur die geringe Zahl der Epileptiker, die von dem Überwiegen nicht komplizierter Formen spricht.

Überblickt man die Ergebnisse unserer Arbeit, so findet man keinen Grund von der Steigerung der Zahl der Geisteskranken bei den Karaimen im Laufe der Jahre zu sprechen. Unser pathologisches Material gibt nur die Möglichkeit, seine Abhängigkeit von einer Reihe von Faktoren, die in Grundrissen in der Struktur des ganzen Volkes liegen, festzustellen: die hohe Zahl der Individuen über 50 Jahren in der Bevölkerung, die große Zahl der Ledigen, die ausnahmsweise zahlreiche und dauernde Angehörigkeit vieler Generationen zu der rein städtischen Bevölkerung können hier jedenfalls eine entscheidende Rolle für die Entwicklung der Paralyse bei Männern spielen. Das Überwiegen der Zahl der Frauen bei Karaimen stellt also kein entscheidendes Moment dar, das die Zahl der Geisteskrankheiten bei Frauen und Männern ausgleicht.

# Über das Wesen der Psychoneurose.

Sieben Thesen zu einer Theorie der Psychoneurosen.

Von

Prof. **Johann Susmann Galant**, Leningrad.

1. Die Psychoneurose ist eine Abwehr- oder Verteidigungsreaktion dort, wo die Lösung eines Konflikts oder der Ausgang aus einer gegebenen schweren Situation auf anderem, nicht neurotischem Wege für die erkrankte Persönlichkeit nicht zu erreichen ist.

2. Das spezifische Charakteristikum der psychoneurotischen Abwehr- oder Verteidigungsreaktion ist die Regression auf alte, primitive, in der niedrigeren Tierwelt weit verbreitete Abwehr- und Verteidigungsmechanismen. Diese Mechanismen sind an sich der menschlichen Natur nicht fremd, auf gewissen phylo- und selbst ontogenetischen Entwicklungsstufen sind diese Mechanismen beim Menschen als schwach entwickelte rudimentäre neuropsychische Funktionen festzustellen<sup>1</sup>).

3. Die psychoneurotische Angst ist das klassische Beispiel einer derartigen rudimentären neuropsychischen Funktion beim Menschen. Die Angst ist die »qualitative« (rein psychische) Seite der meisten Abwehr- und Verteidigungsreflexe, welche letztere schon auf der frühesten Entwicklungsstufe der Lebewesen auftreten. Natürlich fällt es schwer genau zu sagen, auf welcher Entwicklungsstufe diese qualitative Seite gewisser Verteidigungsreflexe in der Tierreihe auftritt. Dieser Umstand ändert aber an der Grundtatsache nichts. Die Angst signalisiert eine mögliche Gefahr, sie beugt einer möglichen Unvorsichtigkeit vor und zwingt die bedrohte oder vermeintlich bedrohte Persönlichkeit, gewisse vorbeugende Maßregeln, gewisse Verteidigungshandlungen oder Verteidigungsrichtungen zur Vorbeugung der drohenden Gefahr vorzunehmen. Wenn wir uns erinnern, daß die psychoneurotische Reaktion fast immer eine Abwehr- und Verteidigungsreak-

---

<sup>1</sup>) Galant, Joh. S., Über die rudimentären neuropsychischen Funktionen der Säuglinge. Jahrbuch f. KHK. Bd. 133. 1931. (S. 104—108.)

tion ist, so wird es uns leicht verständlich, weshalb die Angst, die psychoneurotische Angst, ein so außerordentlich häufiges Symptom bei den Psychoneurosen ist, und weshalb sie bei manchen Neurosen das Hauptsymptom ist, so daß es selbst eine besondere Gruppe von Angstneurosen gibt. Hierher gehören die meisten Phobien und Zwangneurosen, die nichts anderes als eine spezielle Form der Angstneurose sind.

4. Worin besteht nun das Rudimentäre in der psychoneurotischen Angst? — Die psychoneurotische Angst verdrängt alle sonstigen höheren psychischen Funktionen der Persönlichkeit, nimmt eine zentrale Stellung im Leben des Individuums ein und leitet alle anderen Funktionen in gleicher Weise, wie die einfach primitiven Verteidigungs- und Abwehrreflexe die leitende Rolle im Leben der niedrigen Organismen übernehmen.

5. Die Zwangshandlungen der Psychoneurotiker sind, wie es leicht einzusehen ist, Verteidigungshandlungen, Vorsichtsmaßnahmen, Vorbeugungsverrichtungen usw., die alle dazu bestimmt sind die psychoneurotische Angst zu hemmen und einzudämmen. Die neurotische Angst vor der Ansteckung, kann solche Zwangshandlungen, wie das fortwährende zwangsmäßige Waschen der Hände und eine Reihe anderer weniger verständlichen Zwangshandlungen, deren Sinn durch eine entsprechende Analyse aufgedeckt werden kann, hervorrufen.

6. Jedes einzelne Symptom der Psychoneurose, welches Symptom es auch sei, ist immer ein Verteidigungs- oder Abwehrreflex und von diesem Standpunkt aus ist es leicht auf den letzten Grund des psychoneurotischen Symptoms zu kommen und dasselbe verständlich zu machen.

7. Bei der Behandlung der Psychoneurose ist immer daran zu denken, daß wir es mit einem besonderen Zustand der Verteidigung und der Abwehr gegenüber einer wirklichen oder vermeintlichen drohenden Gefahr zu tun haben und daß die Therapie darauf hinausgehen muß, die psychoneurotischen Vorstellungen und Affekte zu korrigieren. Eine rationale Therapie (die ja meist auch suggestive Elemente enthält) wäre darum die am meisten angezeigte Therapie bei Psychoneurosen.

## Zur Psychologie der Moral Insanity.

Von

Dr. Béla Révész, em. Primararzt, Sibiu (Hermannstadt), Rumänien.

Dieser Artikel ist eine Ergänzung eines anderen, der aus meiner Feder in der Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych., Bd. 108 I/3 erschienen ist. Das hier Gesagte stützt sich auf seitdem beobachtete Fälle und bestätigt die Richtigkeit der im früheren Artikel erwähnten Ansichten. Ohne systematisch vorzugehen, werden hier die einzelnen wichtigsten Seiten des Seelenlebens des moral Insanen (m. I.) berücksichtigt werden.

I. Triebe. Der m. I. ist in allem, was er tut, maßlos. Die Ursachen dieser Maßlosigkeit sind erstens seine zu starken Triebe und zweitens zu wenige und zu schwache Hemmungen. Starke Triebe finden wir auch bei anderen, vollkommen normalen Menschen, aber diese sind imstande ihre Triebe durch entsprechende Vorstellungen zu bekämpfen, zu unterdrücken oder wenigstens zu mäßigen. Dem m. I. hingegen gebricht es an Hemmungen, und deshalb überläßt er sich zu sehr seinen Trieben, was dann der Beobachter als maßlos findet. Hemmungen aber sind Gegenvorstellungen, welche den Trieben Einhalt gebieten. Und gerade diese Gegenvorstellungen fehlen dem m. I.

Warum betätigt sich beim m. I. der Geschlechtstrieb intensiver als beim normalen Menschen? Beim m. I. betätigt sich der Geschlechtstrieb hauptsächlich während der Phasen gehobener Stimmung, welche, wie schon im ersten, oben angedeuteten Artikel über dasselbe Thema erwähnt war, bei ihm intensiver sind als beim normalen Menschen. Bei diesem letzteren kommen ja ebenfalls, bei beiden Geschlechtern, infolge von gehobener Stimmung Phasen gesteigerten Geschlechtstriebes vor, aber der normale Mensch ist, durch Religion, Sitte, Gewohnheit, von Zielvorstellungen geleitet und von Hemmungen gebremst, imstande, den gesteigerten Geschlechtstrieb zu unterdrücken.

Aber nicht nur die körperlichen Triebe des m. I. sind maßlos, sondern auch seine seelischen Strebungen, wie Sympathie, Antipathie, Liebe, Haß, Rachsucht usw. Seine Liebe ist maßlos infolge von Mangel an entsprechenden korrigierenden Vorstellungen. Nehmen wir z. B. die maßlose Rachsucht des m. I. Er ist besonders



rachsüchtig, denn es gebricht ihm an folgender korrigierender Gegenvorstellung: Nur er ist daran schuld, wenn andere nicht geneigt sind, alle seine Handlungen zu dulden. Aber eben diese Einsicht als korrigierende Vorstellung fehlt ihm. Er vergißt, daß er schon viele Male Unrecht getan und daß man ihm so oft vieles nachgesehen hat. Er vergißt ferner, daß seine Umgebung litte, wenn man seinen Handlungen keine Hindernisse in den Weg legen würde.

All' diese Vorstellungen fehlen ihm und deshalb haßt er, der einsichtslose, der an Gegenvorstellungen so arme Mensch und leidet so unter seiner maßlosen Rachsucht.

Seine maßlosen Triebe erklären sich auch durch seinen Mangel an sozialem Fühlen. So hat der m. I. nichts für seine Familie, seine Mitmenschen übrig. Denn er konnte ja nicht wie ein normaler Mensch erzogen werden. Sitten und Gewohnheiten respektiert er nicht, denn er versteht ihren tieferen Sinn und ihre durch lange Jahrtausende geheiligten Motive und Zwecke nicht. So fehlen ihm auch Zielvorstellungen sozialer Ordnung und so benimmt er sich auf sexuellem Gebiet beinahe wie ein Tier: Wie der Trieb entsteht, muß er ehestens zufriedengestellt werden, ohne Bedenken und Hemmungen.

II. Stimmung. Häufiger als man glauben würde, kommt beim m. I. Selbstmord vor. Es ist durchaus nicht die Folge besserer Einsicht, ein würdeloses Leben von sich zu werfen, sondern der Selbstmord hat beim m. I. zweierlei Ursachen: Entweder weiß der Betreffende weder aus noch ein, er kann sich nicht helfen, er ist ratlos, er hat alle möglichen und unmöglichen Hilfsquellen erschöpft. Keine rettende Aussicht bietet sich ihm und so wählt er den freiwilligen Tod. Ein normaler Mensch würde in ähnlichen Verhältnissen in seinem Vorstellungsschatz suchen und trotz aller Schwierigkeiten eine rettende Vorstellung finden. Der m. I. findet keine, weil er eben an Vorstellungen arm ist und weil er nicht über den Verhältnissen schwebt und sie nicht zu überblicken vermag wie der Normale.

Die andere Ursache dessen, daß der Selbstmord beim m. I. häufiger ist, als man denkt, ist die, daß er, bei dem die extremen Stimmungslagen häufiger vorkommen als beim normalen Menschen, oft an Depressionen leidet und unter ihrem Eindrucke leichter an Selbstvernichtung denkt. So wie bei ihm die gehobene Stimmung eine intensivere ist als beim Normalen, so ist auch die Depression bei ihm stärker. Und eben deshalb ist bei Kranken dieser Kategorie der Selbstmord häufiger trotz ihrer Feigheit. Die Depression ist eben größer als die Furcht das Leben zu verlieren. Hierzu kommt noch ein Umstand, der den Entschluß des m. I., sich das Leben zu nehmen, erleichtert und dies ist der Mangel an Würde

den Mitmenschen gegenüber, ebenfalls ein Zeichen, daß es ihm an sozialen Gefühlen gebricht. Diese Würdelosigkeit ist eine beim m. I. oft zu beobachtende Eigenschaft. Obwohl er sehr eitel ist, so fehlt ihm dennoch der allerdings nicht ganz so einfache Begriff für die Würde des Individuums innerhalb der menschlichen Gemeinschaft, welche oft bei primitiven Völkern vorhanden ist. Daher auch die Feigheit des m. I. und die Unfähigkeit, seine Furcht durch Handlungen oder wenigstens durch Worte zu maskieren. Das folgende Beispiel möge die erwähnten Verhältnisse näher erklären.

Ein m. I. machte auf einer Tanzunterhaltung dem Mädchen, mit dem er tanzte, Anspielungen, er werde sich am nächsten Morgen das Leben nehmen. Das Mädchen glaubte, er scherze, aber am nächsten Tage schoß er sich in die Brust... Da ich diesen Fall genau kenne, so kann ich mir ihn auf folgende Weise auslegen: Der junge Mann hatte eine endlose Reihe von unwürdigen Schulden kontrahiert, an deren Begleichung weder er noch seine in bescheidenen materiellen Verhältnissen lebenden Eltern auch nur denken konnten. Dieses drückende Bewußtsein wurde durch eine tiefe Depression noch unerträglicher. Statt nun sich das Leben zu nehmen, ohne Jemandem etwas zu sagen, ging er auf einen Ball, wo er dem Mädchen seine Absicht mitteilte. Er tat dies in der würdelosen Hoffnung, daß das Mädchen, welches ihm geneigt war, irgendwie erschrecken, ihn näher ausfragen, seine Eltern warnen würde. (Dieses »irgendwie« spielt überhaupt im Seelenleben des m. I. eine überaus große Rolle. »Irgendwie« wird es besser werden, »irgendwie« werden die Schulden bezahlt werden, »irgendwie« wird man alles ordnen, »irgendwie« kommt ein Deus ex machina« und leitet alles zum Besten.) Aber das Mädchen nahm die Drohung des jungen Mannes als einen Fastnachtscherz, er verlor alle Möglichkeit einer Rettung und unternahm dann den verhängnisvollen Schritt.

Ein interessantes Detail: Der m. I. zeigt in guter Stimmung eine eigentümliche Haltung und einen besonderen Gang, den ich bei ihm oft beobachtet habe. Man bemerkt nämlich bei ihm ein selbstbewußtes, wichtigtuendes Wiegen des Oberkörpers nach rechts und links und ein kräftigeres Ausschreiten, welches sonst nicht immer zu beobachten ist und demnach um so mehr auffällt.

III. Eitelkeit. Das Kapitel Eitelkeit ist beim m. I. unerschöpflich. Aber im Grunde genommen sind die unzähligen Abarten, in denen sich seine Eitelkeit manifestiert, nichts anderes als der Folgezustand seiner armen Vorstellungswelt in zahlreichen Abwandlungen. Wenn manchmal ein m. I. einen ihm nicht gebührenden Titel gebraucht oder sich auf irgendeine andere Art aufs hohe Roß setzt, so hat man den Eindruck, den Angehörigen eines primitiven Volksstammes vor sich zu sehen, welcher glaubt, durch Worte oder Zeichen einen gewünschten Zustand herbeizubringen zu können. So kenne ich einen Fall, in dem ein inferiorer Beamter eines Gerichtes sich vor den naiven Rechtssuchenden vom Lande

als Präsident des höheren Gerichtshofes ausgab. Als man ihn »Herr Präsident« nannte, benahm er sich so, daß er den Eindruck machte, selbst an seine Präsidentenwürde zu glauben.

IV. Sonstige soziale Defekte. Unter diesen fällt beim m. I. seine Vergeßlichkeit mit Bezug auf genossene Wohltaten besonders auf. Nun sind zwar die allermeisten Menschen in dieser Beziehung ziemlich vergeßlich und Dankbarkeit ist eine der seltensten Tugenden, auch bei ganz Normalen. Aber hier handelt es sich beim m. I. nicht nur um Mangel an Erinnerungsfähigkeit, sondern es ist Mangel an moralischer Einsicht (und dies bedeutet Mangel an Vorstellungen), zweitens an Kombinationsfähigkeit (er könnte in Zukunft noch die Hilfe des Wohltäters benötigen) und drittens Gleichgiltigkeit mit Bezug auf die Meinung anderer, d. h. Mangel an sozialer Einsicht.

Die Trägheit des m. I. ist ein besonders wichtiges Kapitel. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß alle Menschen sich am liebsten damit beschäftigen, wozu sie das meiste Talent haben. Abgesehen von den äußerst seltenen idealen Beweggründen, betätigt sich der Mensch, um materielle und ethische Güter zu schaffen. Dadurch, und nur dadurch, ist er imstande seine Stellung als Individuum und als Mitglied einer Gesellschaft zu erhalten und sein Leben und das der Seinigen zu fristen. Dies ist der Ursprung, der Werdegang und der Verlauf der Betätigung eines jeden normalen Menschen. Der m. I. hingegen arbeitet nicht, denn mangels an entsprechenden Vorstellungen denkt er nicht daran, sein Leben und das der Seinigen zu fristen. Im Gegenteil: Die Seinigen sollen für ihn sorgen und er genießt die Früchte ihrer Arbeit ohne jedes Entgelt. Daß er den seitens der Gesellschaft ihm gebotenen Schutz mit entsprechendem sozialen Betragen honoriert, daran denkt er nicht, denn er weiß nichts von Verpflichtungen des Individuums gegenüber der Gesellschaft. Von idealen Beweggründen muß man bei ihm natürlich ganz schweigen.

V. Therapie. Je mehr Fälle von Moral Insanity man zu beobachten Gelegenheit hat, desto mehr kann man sich davon überzeugen, daß diese Krankheit keiner direkten Behandlung zugänglich ist. Notwendigerweise muß der m. I. handeln, so wie er handelt, ein jeder seiner Schritte ist zwangsgängig vorherbestimmt. Demnach kann von einer eigentlichen Behandlung keine Rede sein. Immerhin gibt es zwei Arten von therapeutischer, indirekter Beeinflussung des m. I., seiner seelischen Veranlagung zuwider zu handeln und so zu handeln, wie es für ihn und die Gesellschaft richtig ist. Diese beiden Methoden sind Zwang und Beeinflussung seiner Eitelkeit. Nur unter Zwang (wohlgemerkt Zwang nicht als Strafe) und durch Wirken auf seine Eitelkeit ist er imstande etwas Richtiges, von der Gesellschaft als richtig Anerkanntes auszuüben oder das Entgegengesetzte zu unterlassen. Ein Beispiel.

Ein Mädchen aus guter Familie wurde in ihrem 32. und 34. Lebensjahre interniert, weil die Familie es mit ihr nicht mehr aushalten konnte. Sie blieb tagelang im Bette, vagabundierte manchmal tage- und nächtelang herum, man wußte nicht wo und wozu, war zanksüchtig, wollte nichts arbeiten und spielte die verfolgte Unschuld. Nachdem sie sich unter der Disziplin der Anstalt etwas gebessert hatte und unter tausend Versprechungen und Schwüren gelobt hatte, brav zu sein, kehrte sie in die Familie zurück. Sie setzte aber das Leben fort, so wie vor der Internierung. Die Familie konnte sich nicht mehr helfen und dachte schon an eine dritte Internierung, als es dem Bruder der Kranken einfiel, sie mit dem Besuche des Anstaltsarztes X. zu bedrohen, der sie behandelt hatte und der durch seine Energie ähnlichen Kranken gegenüber berühmt war. Sofort fügte sich das Mädchen — eine Zeit lang. Wurde sie rückfällig, so bedrohte die Familie sie mit dem Besuche des Dr. X. Es half immer. Heute ist das Mädchen 55 Jahre alt. Eine wesentliche Besserung, d. h. eine Veränderung des Wesens der Krankheit ist natürlich nicht eingetreten, was gar nicht zu erwarten war. Aber infolge des Krieges und der Nachkriegszeit ist die Familie verarmt und der Zwang, verdienen zu müssen, hat auch die Kranke vermocht, durch Nähen, Vorlesen usw. etwas zu verdienen. Noch immer hat sie die Neigung unbotmäßig zu werden, aber die Drohung mit der Visite des Dr. X. bringt sie immer auf den rechten Weg. Dr. X. selbst hat mir erzählt, er sei von ihr mehrere Male auf der Gasse und in Konzerten flehenden Blickes und mit zitternder Stimme angesprochen worden, ob er noch auf sie böse sei.

Interessant und lehrreich mit Bezug auf die Behandlung dieser Krankheit ist der Zwang, dem die genannte Kranke nachgab. Und zwar ist in erster Reihe hervorzuheben, daß eine erwachsene Person sich nur von Drohungen einschüchtern ließ. Die Geistesschwäche war in diesem Falle ganz offenbar, denn nicht einmal die vielen Drohungen, die nie ernst gemeint waren und denen nie ein Besuch des Dr. X. folgte, brachten die Kranke auf den Gedanken, daß man sie hinterging, um sie zur Vernunft zu bringen! Ein vierjähriges, normales Kind hätte sich dies nicht bieten lassen und wäre nach der dritten leeren Drohung auf die wirkliche Absicht der Familie gekommen.

Ein m. I., ein Gymnasiast, der sich in seinem späteren Leben als m. I. erwies, von schwerer Auffassung für Schulgegenstände und von fabelhafter Trägheit, wurde, nachdem er aus Latein ungenügende Noten nach Hause gebracht hatte, von seinem Vater, vor dem er sich sehr fürchtete, eine Zeitlang jeden Abend zur Analyse der lateinischen Aufgabe persönlich gezwungen. Achzend unterzog sich der Junge der Aufgabe. Das Lernen dauerte lange, aber er lernte. Der Zwang half auch hier, aber nur solange er dauerte. War der Knabe sich allein überlassen, so tat er gar nichts.

Die andere Art, den m. I. therapeutisch zu beeinflussen, besteht darin, ihn bei seiner Eitelkeit zu packen und ihn so auf geschickte Art auf den rechten Weg zu leiten. Da dies aber sein seelisches Leben nicht ein für alle Male beeinflußt, da er sich selbst bei öfterer Betätigung auf diesem Wege nicht an ein richtiges so-

ziales und tätiges Leben gewöhnen kann, so ist diese Behandlung keine wirklich therapeutische zu nennen, sondern nur eine Beeinflussung ad hoc. Wie man aufhört den Betreffenden zu beeinflussen, so hört der Zauber auf und der m. I. verfällt wieder in sein altes Leben, nur bedacht, seinen Trieben zu gehorchen, ohne soziale Betätigung, sondern nur zur Last der Seinigen und der Gesellschaft.

V. Das Wesen der Moral Insanity. Die Lombrososche Theorie vom geborenen Verbrecher wird heute im allgemeinen nicht mehr angenommen. Ohne dieser Theorie im allgemeinen das Wort zu reden, wäre ich dennoch geneigt, beim m. I. eine durch die angeborene psychische Konstitution bedingte Prädestination im Sinne Lombrosos anzunehmen. Ebenso wie der Idiot als solcher mit gut vorgeschriebener Marschroute für das Leben geboren wird, ist der Lebenslauf des m. I. schon durch seine sämtlichen Anlagen im voraus bestimmt. Natürlich kann diese Veranlagung in den ersten Lebensjahren für Eltern und Lehrer mehr oder minder unbemerkt bleiben, besonders wenn das Kind aufgeweckt scheint und viele Interessen zeigt.

Was ist der Unterschied zwischen dem einfach Imbezillen und dem m. I.?

Jener hat trotz seiner schwachen intellektuellen Fähigkeiten die Einsicht, daß er ohne Arbeit nicht leben kann. Zwar kann er nicht viel und nicht besonders Gutes leisten, aber was er kann, das erarbeitet er, indem er sein Bestes, seine ganze Kraft hergibt. Es ist auch manchmal geradezu rührend, wie Imbezille arbeiten, welchen Fleiß und welche Ausdauer sie zeigen.

Der m. I. hingegen arbeitet nicht. Nicht nur weil er wenig gelernt hat und demnach wenig weiß, sondern auch und hauptsächlich, weil er nicht arbeiten will. Es gebricht ihm an jener Einsicht, welche der einfach Imbezille besitzt: Man muß arbeiten. Demnach muß der m. I. als mehr imbezill betrachtet werden. Gegen diese Auffassung werden vielleicht jene etwas einwenden, die moral insane Menschen »mit glänzenden Fähigkeiten« beobachtet haben wollen. Aber diese Fähigkeiten sind nichts anderes als natürliche, durch bewußte Arbeit kaum entwickelte Anlagen, wie z. B. Veranlagung zur Musik, deklamatorisches Talent, Nachahmungsfähigkeit u. a., die aber zu nichts endgültig Wertvollem entwickelt werden. Der m. I. erreicht eine gewisse, immer niedrige Stufe der Intelligenz, bleibt aber dann stehen, der Imbezille hingegen kann sich oft ziemlich weit entwickeln, eben weil er einsieht, daß er ohne Arbeit nicht auskommen kann.

Aus all dem hier Gesagten erhellt das, was schon in der anfangs erwähnten Arbeit über die Moral Insanity gesagt wurde, nämlich, daß das Wesen der Krankheit eine Art Imbezillität ist, welche sich hauptsächlich auf dem Gebiete der Moral auswirkt.

Aber wie kommt es, daß bei dem m. I. mehr die moralische Seite seiner Individualität krank ist und nicht so sehr die intellektuelle? — so wird mancher fragen. Hierauf kann man folgendes antworten: Auch beim ganz normalen Menschen sind größere und kleinere Sektoren seines Seelenlebens nicht gleichmäßig entwickelt. So gibt es normale Menschen, bei denen der Intellekt mehr, das Gefühl jedoch weniger entwickelt ist. Und innerhalb des Intelles kann die Auffassung schwach entwickelt sein, wogegen die Kombination intellektueller Elemente eine sehr gute sein kann. Jemand kann hochintelligent sein, verfügt aber über ein schwaches Gedächtnis. Und wenn es jemals gelingen sollte, sämtliche psychischen Fähigkeiten zahlenmäßig zu bestimmen — sagen wir der Kürze halber, ihre Anzahl betrüge 1000 —, so ist es sicher, daß bei jedem Menschen eine jede dieser seelischen Fähigkeiten quantitativ einen verschiedenen Wert betragen würde, wodurch die Verschiedenheit eines jeden Menschen von seinesgleichen erklärlich wird. Die allerhand möglichen Kombinationen und Permutationen dieser, bei beinahe allen Menschen vorhandenen, aber quantitativ verschiedenen seelischen Fähigkeiten, erklären nun die Verschiedenheit der Menschen so sehr, daß es kaum zwei gleiche Menschen mit demselben Seelenleben geben dürfte.

Wenn es demnach wahr ist, daß größere und kleinere Sektoren ganz verschieden an quantitativem Wert sind, so muß dies auch beim m. I. der Fall sein. Tatsächlich sind diese Menschen solche, bei denen der moralische Sektor (wenn wir überhaupt so sprechen dürfen) quantitativ ein geringer ist. Ferner sind auch sie einander ungleich. Aber ihre Ähnlichkeit ist eine viel größere als die normaler Menschen, und zwar wahrscheinlich deshalb, weil ihre Sektoren viel geringer an Zahl sind und deshalb auch die Kombinationsfähigkeit der Sektoren eine geringere sein wird, wie etwa 10 verschiedenfarbige Kugeln sich leichter zu einer gewissen Reihenfolge kombinieren werden als 20 verschiedenfarbige Kugeln.

---

(Aus der Landesanstalt in Eberswalde. Direktor: San.-Rat Dr. *Rösen.*)

## Besteht bei vererbaren Geisteskrankheiten, insbesondere bei Schizophrenie und manisch-depressivem Irresein, ferner bei genuiner Epilepsie und Schwachsinn, eine erhöhte Sterblichkeit in dem Sinne, daß die Fortpflanzung der Kranken verringert wird?

Von

Dr. med. **H. Meyer**, Oberarzt an der Landesanstalt in Eberswalde.

In den Kreisen, die sich mit der Zukunft ihres Volkes beschäftigen, steht seit einigen Jahrzehnten, speziell aber in den letzten Jahren, das Problem im Mittelpunkt des Interesses, wie es möglich ist, die innerhalb der Bevölkerung vorhandenen degenerativen Tendenzen, welche unter gewissen Voraussetzungen eine geistig, sittlich und körperlich minderwertige Nachkommenschaft bedingen, allmählich zum Verschwinden zu bringen und damit der Gefahr einer endogen verursachten Entartung zu begegnen. Was diese Frage anbelangt, so würde als ein Maßstab für eine solche Entartung u. a. eine tatsächliche, über den Bevölkerungszuwachs hinausgehende Zunahme der anlagegemäß bedingten Geisteskrankheiten, wie sie oben angeführt sind, gelten können. Während *His* und auch *Bumke* einen verneinenden Standpunkt in dieser Hinsicht einnehmen, eine Ansicht, der sich auch *Bonhoeffer* anschließt, da er glaubt, daß es vorläufig noch möglich ist, daß der Vermehrung dieser Erkrankungen durch Vererbung, ein ausreichendes Gegengewicht in der selteneren Verhehlung, der geringen Fruchtbarkeit, der größeren Sterblichkeit des Nachwuchses und vielleicht auch in einer in ihren Ursachen und ihrem Ausmaß noch gar nicht ausreichend geklärten Regenerationsfähigkeit entgegensteht, kommen andere Autoren wie *Lange* zu einem umgekehrten Ergebnis.

Wenn so die Frage einer Vermehrung der endogen bedingten Geisteskrankheiten über den Bevölkerungszuwachs hinaus noch nicht geklärt ist, so wird den Autoren, die zu einer solchen Annahme neigen, oft entgegengehalten, daß die Sterblichkeit dieser Geisteskranken, und zwar besonders im fortpflanzungsfähigen Alter, eine bedeutend höhere als die der normalen Bevölkerung ist, so daß ihre Fortpflanzungsmöglichkeit naturgemäß sich verringert und sie dadurch im Laufe der Zeit schließlich an Zahl abnehmen

müssen. Leider fehlt für diese Behauptung aber so gut wie jeder zahlenmäßige Beweis. Sämtliche Stellen, die in der Angelegenheit befragt wurden, konnten nur erklären, daß es eine Sterblichkeitsstatistik für derartige Geisteskranke, die nach dem Lebensalter geordnet ist, nicht gibt. Sieht man die Literatur daraufhin durch, so findet man wohl einige Arbeiten über die Sterblichkeit von Epileptikern; jedoch sind diese durchweg älteren Datums und insofern nicht brauchbar, als sie nur den Prozentsatz der Gestorbenen im Verhältnis zu dem Gesamtbestand angeben, ferner zwischen genuiner und symptomatischer Epilepsie keine Unterschiede machen und schließlich auch, wie z. B. in der Arbeit von *Schubert*: »Dissertation über die Lebensdauer bei Epilepsie, Würzburg 1911«, nur den direkten epileptischen Hirntod als Todesursache verwenden. Aus solchem Material ist es natürlich nicht möglich irgendwelche Schlüsse zu ziehen, da ja vor allem der Altersaufbau der Kranken, der bei dem Ergebnis der Sterblichkeitsziffern und bei dem Vergleich mit der Sterblichkeit der normalen Bevölkerung von ausschlaggebender Bedeutung ist, nicht berücksichtigt wurde. Nur in einer Arbeit von *Hahn* findet sich eine den wissenschaftlichen Ansprüchen genügende statistische Aufstellung, aus der allerdings der Autor ganz andere und wohl falsche Schlüsse zieht als *Prinzing*, der diese Zahlen in seinem Handbuch der Med. Statistik 1930 verwandte; auf diese Angaben soll an späterer Stelle zurückgegriffen werden. Da also, soweit Ref. bekannt ist, kein anderes Material zur Klärung der angeschnittenen Frage vorliegt, soll im Nachstehenden der Versuch gemacht werden, aus dem Krankenbestand und den Todesfällen der Landesanstalt Eberswalde eine Absterbeordnung der endogenen Geisteskrankheiten nach dem Lebensalter aufzustellen. Von vornherein muß dazu gesagt werden, daß es sich hierbei nur um einen Beitrag zur Lösung des ganzen Problems handeln kann, der aber doch wenigstens ein ungefähres Bild der tatsächlich bestehenden Verhältnisse wiedergibt. Leider ist es aus äußeren Gründen nicht möglich, auch über das Schicksal der Entlassenen statistische Erhebungen anzustellen; man könnte deshalb den Einwand erheben, daß, da ja in der Anstalt größtenteils nur die schwerer Erkrankten zurückbleiben, infolgedessen auch die gefundenen Sterblichkeitsziffern viel höhere sein müssen, als wenn man die leichteren Formen der Erkrankten, die sich außerhalb der Anstalt befinden, mitgezählt hätte. Dieses Argument, das zweifellos eine gewisse Berechtigung hat, erscheint Ref. aber doch nicht so wichtig, als daß es viel an den erhobenen Ziffern ändern könnte; denn man muß bedenken, daß einerseits die jetzigen modern eingerichteten Anstalten, und die große Zahl und Wirksamkeit der zur Verfügung stehenden Therapeutika, es in der heutigen Zeit doch dem Arzt oftmals ermöglichen, auch



die Schwerkranken über gefahrdrohende Situationen hinwegzubringen, und daß andererseits, und dies kann als Ausgleich für die Fälle gelten, wo letzteres nicht gelingt, die fortwährende Pflege und ärztliche Fürsorge, die Kranken in hygienischer Beziehung bedeutend besser stellt, als ihre Leidensgenossen, die draußen unter zum Teil sehr unhygienischen Verhältnissen leben müssen. Schon ein oberflächlicher Vergleich der Lebensbedingungen der Geisteskranken in den Anstalten, mit denjenigen der freilebenden Bevölkerung, die besonders in den Großstädten zu Tausenden in Elendswohnungen dahinsiecht und doch gerade in der jetzigen Zeit mit schwersten wirtschaftlichen Sorgen und materieller und sittlicher Not zu kämpfen hat, wird ohne weiteres die Richtigkeit einer solchen Annahme ergeben. Ein anderer Einwand, der gemacht werden kann, ist der, daß die Zahl der Personen, die in der nachstehenden Statistik verarbeitet sind, doch eine relativ kleine ist, und daß sich dabei leicht Zufallsbefunde ergeben können. Dies ist natürlich richtig, jedoch ist dazu zu bemerken, daß soweit es möglich war, diesen Zufälligkeiten bei den Ergebnissen Rechnung getragen wurde und sie demgemäß statistisch verwertet wurden.

Um nun den Gang der Berechnung folgen zu können, soll zuerst der Altersaufbau der lebenden Patienten, und zwar getrennt nach Lebensalter, Geschlecht und Diagnose für die Zeit vom 1. Januar 1925 bis 31. Dezember 1929 tabellarisch dargestellt werden.

Bestand am 1. Januar 1925 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizophrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	1	—	—	1	1	2	1
20—25	11	20	2	4	4	3	18	14
25—30	28	32	—	1	5	2	29	30
30—35	41	50	1	3	4	2	20	13
35—40	30	36	1	—	—	1	10	10
40—45	24	28	—	1	3	3	9	2
45—50	20	31	—	2	4	5	10	7
50—55	32	37	1	1	1	5	14	3
55—60	22	26	1	3	3	4	4	2
60—65	14	15	1	2	5	3	4	1
65—70	9	10	1	2	1	4	7	2
70—75	8	10	1	2	1	—	1	2
75—80	2	9	—	—	—	—	1	—
80—85	1	2	—	—	—	—	1	—
85—90	—	—	—	—	—	—	—	—
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	242	307	9	21	32	33	130	87

## Bestand am 1. Januar 1926 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizophrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	—	—	—	1	—	5	—
20—25	10	20	1	3	5	4	15	12
25—30	26	34	1	2	6	2	28	29
30—35	45	52	—	3	3	3	22	12
35—40	32	38	2	—	1	1	10	9
40—45	26	31	—	—	4	2	8	1
45—50	20	30	1	4	2	6	11	8
50—55	34	38	2	3	1	3	12	2
55—60	21	28	2	4	4	6	5	2
60—65	16	13	—	2	4	3	3	2
65—70	9	10	1	1	1	4	7	2
70—75	9	8	1	2	1	—	2	1
75—80	2	7	—	—	—	—	2	—
80—85	1	2	—	—	—	—	—	—
85—90	—	—	—	—	—	—	—	—
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	251	311	11	24	33	34	130	80

## Bestand am 1. Januar 1927 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizophrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	—	—	—	—	—	6	1
20—25	12	21	1	2	5	5	12	12
25—30	21	38	—	3	5	3	26	28
30—35	49	60	1	5	2	4	19	14
35—40	38	43	2	1	2	2	10	7
40—45	30	32	1	—	3	2	8	2
45—50	22	32	1	3	2	6	12	9
50—55	38	45	2	5	1	2	10	3
55—60	24	28	3	4	4	7	4	2
60—65	17	14	1	2	3	4	4	1
65—70	9	10	—	1	2	3	6	3
70—75	12	11	2	1	1	1	2	1
75—80	4	6	—	1	—	—	1	—
80—85	2	4	—	1	—	—	—	—
85—90	—	1	—	—	—	—	—	1
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	278	345	14	29	30	39	120	84

## Bestand am 1. Januar 1928 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizo- phrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	1	—	—	1	—	6	2
20—25	14	23	1	1	6	6	14	14
25—30	22	36	—	4	6	3	25	23
30—35	50	63	—	3	3	3	18	16
35—40	37	45	1	—	2	4	10	6
40—45	31	32	1	1	4	2	13	3
45—50	26	31	2	2	1	6	14	8
50—55	40	43	—	6	3	2	10	5
55—60	21	32	5	5	4	6	4	3
60—65	17	12	3	1	2	5	3	3
65—70	9	12	—	2	2	3	6	3
70—75	10	10	2	1	—	2	2	1
75—80	6	6	1	—	—	—	—	—
80—85	3	5	—	1	—	—	—	—
85—90	—	—	—	—	—	—	—	—
90—95	—	—	—	1	—	—	—	—
	286	351	16	28	34	42	125	87

## Bestand am 1. Januar 1929 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizo- phrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	—	—	—	—	1	7	1
20—25	12	18	—	2	5	6	10	12
25—30	23	32	1	3	7	3	25	22
30—35	56	60	—	2	2	6	20	18
35—40	38	42	2	—	1	5	10	4
40—45	30	36	1	2	5	2	15	5
45—50	28	32	—	1	—	4	12	6
50—55	40	40	2	4	4	4	12	6
55—60	24	30	5	7	3	5	5	5
60—65	17	14	3	4	3	6	4	2
65—70	10	12	—	2	2	4	6	3
70—75	9	11	2	1	—	1	1	1
75—80	5	7	—	1	—	—	2	—
80—85	3	3	1	—	—	—	—	—
85—90	—	2	—	1	—	—	—	—
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	295	339	17	30	32	47	129	85

## Bestand am 31. Dezember 1929 nach dem Lebensalter.

Alter	Schizophrenie		Man.-Depr. Irresein		Gen. Epilepsie		Angeb. Schwachsinn	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	3	—	—	—	1	5	2
20—25	12	15	—	2	7	5	9	10
25—30	27	30	—	2	7	4	29	20
30—35	62	67	1	3	3	4	18	16
35—40	45	48	—	1	3	5	15	6
40—45	36	35	2	3	3	4	15	5
45—50	31	36	—	1	1	4	10	7
50—55	40	43	3	4	5	3	14	4
55—60	26	29	7	6	3	6	6	4
60—65	18	16	4	5	1	5	5	3
65—70	11	15	1	2	2	3	5	2
70—75	10	10	2	—	—	1	2	1
75—80	5	7	—	2	—	—	2	1
80—85	4	4	1	—	—	—	1	—
85—90	—	—	—	1	—	—	—	—
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	327	358	21	32	35	45	136	81

Ist hiermit der Bestand der lebenden im Thema näher bezeichneten Geisteskranken in der angegebenen Zeit festgestellt, so bringen die nachstehenden Tabellen die Verstorbenen in derselben Zeit, und zwar ebenfalls wieder gegliedert nach Alter, Geschlecht und Diagnose.

## Verstorbene Schizophrenie vom 1. Januar 1925—31. Dezember 1929.

Alter	1925		1926		1927		1928		1929		Zus. beide Geschl.
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
15—20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20—25	1	—	—	—	—	1	1	1	—	—	4
25—30	—	1	—	—	1	2	—	—	—	1	5
30—35	2	1	—	1	1	3	—	1	2	2	13
35—40	—	1	1	2	1	2	1	4	1	2	15
40—45	—	1	—	1	1	—	1	1	3	—	8
45—50	1	—	1	—	—	2	2	—	—	2	8
50—55	1	1	—	2	—	—	—	—	2	2	8
55—60	—	1	—	1	—	—	—	1	1	1	5
60—65	—	—	1	2	2	1	—	2	—	1	9
65—70	—	1	—	—	—	1	1	3	1	—	7
70—75	—	2	—	1	3	1	2	2	—	2	13
75—80	—	2	1	2	1	1	—	1	—	2	10
80—85	—	—	1	—	—	—	1	2	—	1	5
85—90	—	—	—	—	—	1	—	—	—	2	3
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	5	11	5	12	10	15	9	18	10	18	113

## Verstorbene Manisch-Depressive vom 1. Jan. 1925—31. Dez. 1929.

Alter	1925		1926		1927		1928		1929		Zus. beide Geschl.
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
15—20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20—25	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	I
25—30	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
30—35	—	I	—	—	—	—	—	—	—	—	I
35—40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40—45	—	I	—	—	—	—	I	—	—	—	2
45—50	—	—	—	—	I	I	—	—	—	—	2
50—55	—	—	—	—	—	2	—	—	I	—	3
55—60	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	I
60—65	I	—	—	—	—	—	I	—	—	—	2
65—70	—	I	I	I	—	—	—	—	—	—	3
70—75	—	—	—	2	—	—	—	—	—	—	2
75—80	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	I
80—85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85—90	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	I
90—95	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	I
Sa.	I	4	I	3	I	4	I	4	—	I	20

## Verstorbene genuine Epileptiker vom 1. Jan. 1925—31. Dez. 1929.

Alter	1925		1926		1927		1928		1929		Zus. beide Geschl.
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
15—20	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	I
20—25	—	—	I	—	—	—	—	—	—	—	I
25—30	—	—	I	—	—	—	I	—	—	—	2
30—35	I	—	—	—	I	—	—	—	—	—	2
35—40	—	—	—	—	—	I	—	—	I	—	2
40—45	—	—	—	—	I	—	I	I	—	—	3
45—50	2	—	—	—	—	—	—	—	—	—	2
50—55	I	—	I	—	—	—	I	I	—	I	5
55—60	—	—	—	I	—	—	—	—	I	—	2
60—65	I	—	—	—	I	—	—	—	I	—	3
65—70	—	—	—	I	—	I	—	I	—	I	4
70—75	—	—	—	—	I	—	—	—	—	—	I
75—80	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
80—85	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
85—90	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	5	—	4	2	4	2	3	3	3	2	28

## Verstorbene Schwachsinnige vom 1. Jan. 1925—31. Dez. 1929.

Alter	1925		1926		1927		1928		1929		Zus. beide Geschl.
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	
15—20	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
20—25	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
25—60	—	I	I	—	—	—	I	I	I	—	5
30—35	—	—	—	—	—	—	—	I	—	—	I
35—40	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
40—45	—	—	—	—	—	—	I	—	I	—	2
45—50	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
50—55	I	—	—	—	—	—	—	—	I	—	2
55—60	—	—	—	I	—	—	—	—	—	—	I
60—65	I	—	I	I	—	—	—	—	I	—	4
65—70	—	—	—	—	2	—	—	I	—	—	3
70—75	—	I	I	I	—	—	—	—	—	—	3
75—80	—	—	I	—	I	—	—	—	—	—	2
80—85	I	—	—	—	—	—	—	—	—	—	I
85—90	—	—	—	—	—	I	—	—	—	—	I
90—95	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Sa.	3	2	4	3	3	I	2	3	3	I	25

Nachdem so in der betreffenden Zeit die Verstorbenen tabellarisch geordnet sind, erfolgt jetzt die spezielle Berechnung. Sie bezieht sich zuerst auf die Schizophrenen; es wird zu diesem Zweck aus der Gesamtzahl der Gestorbenen, sowohl wie der Lebenden, getrennt nach Altersklassen und Geschlecht, der Durchschnitt und daraus wieder die Sterblichkeit in den einzelnen Altersstufen, und zwar pro Tausend Lebende berechnet. Sodann wird zum Vergleich die Sterblichkeit in Preußen vom Jahre 1927 — da dieses Jahr gerade in der Mitte zwischen 1925 und 1929 liegt, herangezogen. Auf Grund dieser Statistik werden dann die Zahlen der erwartungsgemäß jährlich gestorbenen Kranken unter der Voraussetzung berechnet, daß die Sterblichkeit der Schizophrenen der normalen Bevölkerung entspräche. Diese erwartungsgemäße Sterblichkeit wird weiter in Vergleich gesetzt zu der tatsächlich beobachteten Sterblichkeit und daraus das Verhältnis und schließlich der Durchschnitt für die Alter von 15—50 Jahren festgestellt. Nachzutragen ist noch, daß aus praktischen Gründen die Berechnung der erwartungsgemäß Gestorbenen usw. nur bis zum 50. Lebensjahr für beide Geschlechter erfolgen soll, da ja in diesem Alter die Fortpflanzungsfähigkeit der Frauen überhaupt aufgehört hat und die der Männer nur noch wenig in Frage kommt.

## Schizophrenie.

Alter	I. Verstorbene 1925—1929				II. Lebende 1925—1929		III. Sterblich- keit in pro Mille		IV. Sterblichkeit in Preußen 1927 in ‰		V. Erwar- tungs- gemäß Ge- storbene jährlich	
	Zus.		Im Jahres- durchschnitt		Im Durch- schnitt						jährlich	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	—	—	—	—	0,8	—	—	2,70	2,27	—	0,00
20—25	2	2	0,4	0,4	11,8	19,5	34	20	4,23	3,35	0,05	0,07
25—30	1	4	0,2	0,8	24,5	33,7	8	24	4,21	3,77	0,10	0,13
30—40	9	19	1,8	3,8	87,2	100,7	21	38	4,41	4,36	0,38	0,44
40—50	9	7	1,8	1,4	54,0	64,3	33	22	7,31	6,30	0,39	0,41
											0,92	1,05
											Zus. 1,97	
50—60	4	9	0,8	1,8	60,3	69,8	13	26	14,91	12,33	Beobach- tete Sterb- lichk. 10,6	
60—70	5	11	1,0	2,2	26,0	25,5	38	86	36,20	31,02		
70—80	7	16	1,4	3,2	13,7	17,0	102	188	90,57	82,65	4,2	6,4
80—100	2	6	0,4	1,2	2,3	3,8	174	316	219,30	200,56	Verhältnis	
Sa.	39	74	7,8	14,8	279,8	335,1	28	44			4,6	6,1
Durchschnittsterblichkeit aller Altersklassen											5,4 = Durchschn.	

Bei der Betrachtung dieser Tabelle, und zwar vorerst der Spalten III und IV ergibt sich somit, daß die Sterblichkeit der Schizophrenen im Vergleich mit der normalen Bevölkerung von 1927 bis zum 50. Lebensjahr für beide Geschlechter in den angeführten Altersstufen um das Mehrfache gesteigert ist. Während diese erhöhte Sterblichkeit dann aber auch bei den Frauen weiter anhält, fällt sie bei den Männern vom 50. Lebensjahr verhältnismäßig ab und nähert sich den normalen Sterblichkeitsziffern — eine Erscheinung, die wahrscheinlich dadurch ihre Erklärung findet, daß schizophrene Frauen, die ja an und für sich motorisch bedeutend lebhafter als Männer sind, diese Erregbarkeit, im Gegensatz zu den Männern, auch im höheren Alter noch beibehalten, sich hierdurch leichter erschöpfen und durch gewisse damit verbundene Nebenumstände häufiger zum Exitus kommen. Weiter ist als wichtigstes Ergebnis aus Spalte V zu ersehen, daß die Sterblichkeit der männlichen Schizophrenen 4,6 —, und die der schizophrenen Frauen 6,1, also im Durchschnitt für beide Geschlechter 5,4mal so hoch ist, als die der geistesgesunden Bevölkerung gleichen Alters. Was die Todesursachen der Schizo-

phrenen betrifft, so steht hier, wie dies auch in andern einschlägigen Arbeiten z. B. Löw »über Tuberkulose in Irrenanstalten«, übereinstimmend betont wird, die Tuberkulose an erster Stelle. Etwa 40% der Gestorbenen erlagen ihr oder zeigten bei den Sektionen schwere tuberkulöse Veränderungen, und zwar hauptsächlich der Lungen, Därme und Drüsen.

Hieran schließt sich die spezielle Berechnung der Sterblichkeit der Manisch-Depressiven. Sie wird im allgemeinen genau so durchgeführt; nur muß wegen der Kleinheit des zur Verfügung stehenden Materials, um Zufallsergebnisse soweit wie möglich auszuschließen, auf die Feststellung der Sterblichkeit in ‰ verzichtet werden; ebenfalls aus diesem Grunde werden auch bei der Berechnung der »erwartungsgemäß Gestorbenen« Männer und Frauen bei dem Endresultat gleich zusammen genommen.

## Manisch-Depressive.

Alter	I. Verstorbene 1925—1929				II. Lebende 1925—1929		III. Sterblichkeit in Preußen		IV. Erwartungs- gemäß Gestorbene	
	Zu- sammen		Im Jahres- durch- schnitt		Im Durch- schnitt		1927		Jährlich	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	—	—	—	—	—	—	2,70	2,27	—	—
20—25	—	1	—	0,2	0,8	2,3	4,23	3,35	0,00	0,01
25—30	—	—	—	—	0,3	2,5	4,21	3,77	0,00	0,01
30—40	—	1	—	0,2	1,8	3,5	4,41	4,36	0,01	0,02
40—50	1	3	0,2	0,6	1,5	3,3	7,31	6,30	0,01	0,02
50—60	—	4	—	0,8	5,5	8,7	14,91	12,33	Zus.: —	0,08
60—70	3	2	0,6	0,4	2,5	4,3	36,20	31,02	Beob. Sterb-	
70—80	—	3	—	0,6	1,8	1,8	90,57	82,65	lichkeit 1,2	
80—100	—	2	—	0,4	0,3	1,0	219,30	200,56	Verhältn. 15	
Sa.	4	16	0,8	3,2	14,5	27,4				

Aus dieser Berechnung ergibt sich also, daß die Manisch-Depressiven in ihrer Gesamtheit eine 15mal so hohe Sterblichkeit vom 15. bis zum 50. Lebensjahr haben als die geistesgesunde Bevölkerung. Wenn auch natürlich diese Werte wegen des kleinen Zahlenmaterials nur sehr unzuverlässig — der mittlere Fehler dieser Verhältniszahl 15 beträgt nicht weniger als  $\pm 6$  —, und wahrscheinlich zu hoch sind, so zeigen sie aber doch, daß die Sterblichkeit der an dieser Krankheit Leidenden, in dem angegebenen Altersabschnitt sicher erhöht ist. Als Ursache hierfür sind bei den beobachteten Fällen vor allem die Zeiten der depressiven Phasen dieser Erkrankung mit ihren Begleiterscheinungen



der Nahrungsverweigerung, des raschen Fortschreitens einer Tuberkulose gerade in diesem Stadium, der Selbstbeschädigung, die sich auch in der Anstalt nicht immer verhüten läßt usw. anzusehen; dabei soll nicht vergessen werden, daß auch die Kranken in ihrem vollausgebildeten manischen Zustand infolge der damit verbundenen Unachtsamkeit, Unruhe und Unsauberkeit zuweilen tödlichen Erkrankungen ausgesetzt sind.

Es folgt jetzt die Berechnung der Sterblichkeit der genuinen Epileptiker; sie geschieht nach denselben eben angeführten Grundsätzen.

## Genuine Epilepsie.

Alter	I. Verstorbene 1925—1929				II. Lebende 1925—1929		III. Sterblichkeit in Preußen		IV. Erwartungs- gemäß Gestorbene	
	Zu- sammen		Im Jahres- durch- schnitt		Im Durch- schnitt		1927		Jährlich	
	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.	M.	W.
15—20	1	—	0,2	—	0,5	0,5	2,70	2,27	0,00	0,00
20—25	1	—	0,2	—	5,3	4,8	4,23	3,35	0,02	0,02
25—30	2	—	0,4	—	6,0	2,8	4,21	3,77	0,03	0,01
30—40	3	1	0,6	0,2	4,3	6,7	4,41	4,30	0,02	0,03
40—50	4	1	0,8	0,2	5,3	7,7	7,31	6,30	0,04	0,05
50—60	4	3	0,8	0,6	6,0	8,8	14,91	12,33	Zus. 0,22	
60—70	3	4	0,6	0,8	4,7	7,8	36,20	31,02	Beob. Sterb- lichkeit 2,6	
70—80	1	—	0,2	—	0,5	0,8	90,57	82,65		
80—100	—	—	—	—	—	—	219,30	200,56	Verhältnis 12	
Sa.	19	9	3,8	1,8	32,6	39,9				

Aus dem vorliegenden Zahlenmaterial ist also ersichtlich, daß Genuine Epileptiker vom 15. Lebensjahr bis zum Alter von 50 Jahren, eine zwölfmal so hohe Sterblichkeit haben als die normale Bevölkerung. Auch hier bedarf es wieder des Hinweises, daß die errechneten Werte infolge des kleinen Beobachtungsmaterials nur ungefähre sein können, jedoch trotzdem beweisend dafür sind, daß die Sterblichkeit tatsächlich erhöht ist. In diesem Sinne sprechen sich ja auch die meisten Autoren aus; so hält es *Binswanger* auf Grund statistischer Berechnungen, die mir allerdings nicht zugänglich waren, für festgestellt, daß die Epileptiker im Durchschnitt kein hohes Alter erreichen. *Köhler* berechnet das Durchschnittsalter der Lebenden auf 26,4 Jahre und gibt an, daß bis zum 30. Lebensjahr 57,6% der Epileptiker sterben. Eine hohe Sterblichkeit dieser Kranken läßt sich auch aus der Statistik von *Hahn* erkennen, obwohl letzterer selbst, ohne daß er allerdings Ver-

gleichszahlen bringt, unverständlicherweise daraus feststellen zu können glaubt, daß die Mortalität der Epileptiker nicht wesentlich die Sterblichkeit in der Gesamtbevölkerung übersteigt. *Prinzling*, der diese Angaben in seinem Handbuch der medizinischen Statistik verarbeitet hat, und der Vergleichszahlen für dieselbe Zeit und denselben Landesteil (Sachsen) anführt, läßt aber sofort die unrichtigen Schlußfolgerungen *Hahns* an einer von ihm aufgestellten Statistik erkennen, wobei zu bemerken ist, daß die Sterblichkeit in den einzelnen Altersklassen hier auf 100 Personen berechnet ist.

Gestorbene 1896—1905.

Alter	Epileptiker	Sachsen
5—10	2,3	0,34
10—15	2,3	0,26
15—20	2,7	
20—30	3,2	0,51
30—40	3,5	0,70
40—50	3,5	1,10
50—60	4,0	2,01
60—70	13,4	4,32

Ein Blick auf diese Zahlen dürfte genügen, um zu zeigen, wie groß der Unterschied der Sterblichkeit der Epileptiker gegenüber der allgemeinen Sterblichkeit in Sachsen ist.

Bezüglich der Todesursachen der in hiesiger Anstalt verstorbenen Epileptiker ist festzustellen, daß epileptische Zustände oder deren Folgeerscheinungen — in der Hauptsache Status epilepticus, plötzlicher Tod im Anfall als Folge von Herz- und Gefäßkrankheiten, allgemeiner Marasmus infolge schwerer und häufiger Anfälle usw. — in 12 = 43% Fällen den Tod herbeiführten, während sich bei den übrigen Todesfällen ein Zusammenhang mit dem epileptischen Leiden nicht sicher nachweisen ließ.

Hieran schließt sich die spezielle Berechnung der Sterblichkeit der Kranken mit angeborenem Schwachsinn; sie geschieht in der üblichen schon vorher erwähnten Weise.

Bei den Schwachsinnigen scheint also nach diesen Unterlagen keine nennenswerte Übersterblichkeit vom 15. Lebensjahr bis zum Alter von 50 Jahren zu bestehen, da das auf Grund eines kleinen Materials errechnete Verhältnis von zwei unter Berücksichtigung der Fehlergrenze zu niedrig ist, um etwa auf eine tatsächliche vorhandene Verdoppelung der Sterblichkeit der Schwachsinnigen mit Sicherheit schließen zu können. Demgegenüber ist jedoch zu be-

## Angeborener Schwachsinn.

Alter	I. Verstorbene 1925—1929				II. Lebende 1925—1929		III. Sterblichkeit in Preußen  1927		IV. Erwartungs- gemäß Gestorbene  Jährlich	
	Zusammen		Im Jahres- durch- schnitt		Im Durch- schnitt		M.	W.	M.	W.
	M.	W.	M.	W.	M.	W.				
15—20	—	—	—	—	5,2	1,2	2,70	2,27	0,01	0,00
20—25	—	—	—	—	13,0	12,3	4,23	3,35	0,05	0,04
25—30	3	2	0,6	0,4	27,0	25,3	4,21	3,77	0,11	0,10
30—40	—	1	—	0,2	30,3	21,8	4,41	4,36	0,13	0,10
40—50	2	—	0,4	—	22,8	10,5	7,31	6,30	0,17	0,07
50—60	1	2	0,2	0,4	16,7	6,8	14,91	12,33	Zus. 0,78	
60—70	5	2	1,0	0,4	10,0	4,5	36,20	31,02	Beob. Sterb- lichkeit 1,6	
70—80	3	2	0,6	0,4	3,0	1,3	90,57	82,65	Verhältnis 2	
80—100	1	1	0,2	0,2	0,3	0,2	219,30	200,56		
Sa.	15	10	3,0	2,0	128,3	83,9				

merken, daß auch entgegengesetzte Meinungen dazu vorliegen; so gibt *Keller* an, daß er in einer vor dem Kriege aufgestellten Statistik nachgewiesen hat, daß die Sterblichkeit unter den Schwachsinnigen sechsmal so groß ist wie die der geistesgesunden Bevölkerung. Leider verliert allerdings die Zahl dadurch an Bedeutung, daß nicht festzustellen war, für welche Altersstufen dieser Wert erhalten wurde.

Betreffs der Todesursachen bei den in der hiesigen Anstalt verstorbenen Schwachsinnigen sind vor allem Herz- und Lungenkrankheiten beobachtet worden, ohne daß hieraus aber besondere Schlüsse gezogen werden können.

Ist hiermit die Sterblichkeit dieser endogenen Geisteskranken zwischen 15—50 Jahren im Verhältnis zu der geistesgesunden Bevölkerung vom Jahre 1927 einzeln für sich berechnet worden und hat sich dabei, mit Ausnahme des angeborenen Schwachsinnigen, eine ganz erhebliche Übersterblichkeit ergeben, so sind damit doch noch nicht die gesamten zur Fortpflanzung kommenden Personen erfaßt. Es fehlt nämlich die Berechnung der Sterblichkeit für die Altersgruppen von 0—15 Jahren, deren Wichtigkeit sich allein dadurch ergibt, daß von 100000 lebend geborenen Knaben nach der allgemeinen deutschen Sterbetafel von 1924—26 in den ersten vier Monaten 8036, und in der nachfolgenden Zeit bis zum 15. Geburtstag noch 7495 starben — also nicht mehr in das fortpflanzungsfähige Alter kommen —, und die weiter zur Aufstellung einer Absterbeordnung unbedingt nötig ist. Da aus dem vorliegenden

Material keine Unterlagen hierfür gewonnen werden können, und es auch fraglich ist, ob jemals derartige Feststellungen auf Grund positiver Zahlenangaben möglich sind — denn man wird einem Kind in den ersten vier Monaten, der Hauptzeit der Säuglingssterblichkeit nicht ansehen können, ob es schizophrene oder manisch-depressiv ist und nur schwer sagen können, ob es genuin epileptisch oder schwachsinnig ist, und dies gilt, besonders für die beiden erstgenannten Erkrankungen auch für die spätere Zeit —, so muß man, um doch zum Ziele zu gelangen, hier mit einer Hypothese arbeiten. Sie gründet sich darauf, daß die durchschnittliche Sterblichkeit der vier angeführten Gruppen von Geisteskranken im Alter von 15—50 Jahren etwas fünfmal so hoch ist wie die der geistesgesunden Bevölkerung vom Jahre 1927. Dieser Wert wird nun, damit er im Alter von 15 Jahren die angegebene Höhe erreicht, auf die vorhergehenden Jahre so extrapoliert, daß die Sterblichkeit der jetzt zusammengefaßten Geisteskranken im Alter von 0—1 Jahr das 2fache, im Alter von 1—2 Jahren das 2,2fache, im Alter von 2—3 Jahren das 2,4fache, im Alter von 3—4 Jahren das 2,6fache usw. der normalen Bevölkerung beträgt. Um jetzt diese Zahlen für die Aufstellung einer Absterbeordnung zu verwenden, werden sie mit den Sterbewahrscheinlichkeiten, wie sie in der neuen deutschen Sterbetafel von 1924—26 berechnet sind, und zwar mit dem Durchschnitt für beide Geschlechter, in Beziehung gesetzt; die hieraus sich ergebenden Sterbewahrscheinlichkeiten für die Gesamtgeisteskranken, z. B.

für	0—1	Jahr	210	pro	$\frac{0}{100}$ ,
„	1—2	Jahre	35	„	$\frac{0}{100}$ ,
„	2—3	„	14	„	$\frac{0}{100}$ ,
„	3—4	„	10	„	$\frac{0}{100}$ ,
„	49—50	„	44	„	$\frac{0}{100}$ ,

werden jetzt zum Aufbau der Absterbeordnung, die auf 1000 Geborene berechnet ist, benutzt. Es ergibt sich dabei — auf die Anführung der einzelnen Zahlen kann auch hier verzichtet werden, da sie nur rechnerische Bedeutung haben —, daß von 1000 geborenen endogenen Geisteskranken nur 474 im Durchschnitt der Altersklassen von 20—50 Jahren, die ja hauptsächlich für die Fortpflanzung in Frage kommen, am Leben sind, während die übrigen schon vorher durch den Tod ausgeschaltet werden. Im Gegensatz hierzu steht die geistesgesunde Bevölkerung; nach derselben Berechnungsmethode, die sich, wie schon ausgeführt wurde, in der Hauptsache auf die neue deutsche Sterbetafel von 1924—26 stützt, läßt sich feststellen, daß von 1000 geborenen Personen, im Durchschnitt 785 ein Alter von 20—50 Jahren erreichen, d. h. also, daß die endogenen Geisteskranken in ihrer Gesamtheit, verglichen mit der

normalen Bevölkerung, durchschnittlich nur zu 60% in das fortpflanzungsfähige Alter von 20—50 Jahren kommen.

Mit dieser Berechnung ist eigentlich die im Thema zur Erörterung gestellte Frage beantwortet. Es hat sich, soweit es auf Grund des vorhandenen Materials möglich war, zeigen lassen, daß die Sterblichkeit der Schizophrenen in den Altersklassen von 15 bis 50 Jahren im Durchschnitt 5,4, die der Manisch-Depressiven 15 und die der genuinen Epileptiker 12mal so hoch ist als die der normalen Bevölkerung, während die Schwachsinnigen in denselben Altersstufen anscheinend nur eine geringe Übersterblichkeit haben; nochmals sei dabei darauf hingewiesen, daß diese Zahlen, und das scheint besonders für die Manisch-Depressiven zu gelten, nur sehr ungenau sein können, jedoch einen ungefähren Überblick über die bestehenden Verhältnisse ergeben. Weiter wurde zur Vervollständigung der Berechnung angenommen, daß die Sterblichkeit der Gesamtgeisteskranken, die im Alter von 15—50 Jahren durchschnittlich auf das 5fache gegenüber der Norm erhöht ist, in den Jahren von 0—15 ebenfalls eine erhöhte und ständig pro Jahr um 0,2 ansteigende sein wird, nachdem sie im ersten Jahr das doppelte der gesunden Bevölkerung beträgt. Hieraus wieder ließ sich in Anlehnung an die neue deutsche Sterbetafel von 1924—26 eine Absterbeordnung der zusammengefaßten Geisteskranken aufstellen, aus der beim Vergleich mit der Absterbeordnung der normalen Bevölkerung ersichtlich war, daß bei endogenen Geisteskranken nur durchschnittlich 60% der entsprechenden Zahl für die Gesamtbevölkerung in das fortpflanzungsfähige Alter von 20—50 Jahren kommen. Ist dies aber der Fall, so ist natürlich ihre Fortpflanzungsmöglichkeit verringert, und die endogenen Geisteskrankheiten müßten im Laufe der Zeit an Zahl abnehmen. Voraussetzung hierfür ist allerdings, daß einerseits diese erhöhte Sterblichkeit nicht durch eine erhöhte Fruchtbarkeit der in das fortpflanzungsfähige Alter gelangenden Kranken ausgeglichen wird. Wie hier die Verhältnisse zurzeit liegen, ist nicht genau feststellbar; allgemein neigt man ja zur Annahme und wahrscheinlich auch mit Recht, daß Geisteskranke, und zwar besonders Schwachsinnige, infolge ihrer Triebhaftigkeit und ihres geminderten Verantwortungsgefühls eine relativ zahlreiche Nachkommenschaft haben, der sie ihre krankhaften Keime dann weiter vererben. Die Untersuchungen von *Reiter* und *Osthoff*, ferner von *Rüdin* über Geschwisterschaften schizophrener Kranken usw. sprechen durchaus in diesem Sinne; einer andern Arbeit muß allerdings vorbehalten bleiben, hierüber näheres Material zu bringen.

Weiter ist zu bedenken, daß ja das Manifestwerden endogener Geisteskrankheiten nicht allein durch die offensichtlich Geisteskranken bedingt wird, sondern durch äußerlich gesunde

Personen, die verborgene Krankheitsanlagen haben. Es scheint mir, als ob gerade diese Tatsache eine der wesentlichsten Ursachen dafür ist, daß bei endogenen Geisteskranken, trotz ihrer stark erhöhten Sterblichkeit, zumindest kein auffälliger Rückgang in ihrer Zahl bisher festgestellt werden konnte; und dabei ist durchaus noch nicht die Möglichkeit ausgeschlossen, daß diese Art der Neuentstehung von endogenen Psychosen, die hohe Mortalität der Kranken sogar überkompensiert, so daß die Autoren Recht haben, die auf Grund statistischer Berechnungen an eine Zunahme der endogenen Geisteskranken glauben.

Wie man also aus diesen Erwägungen heraus sieht, wird man auf Grund des Nachweises einer erhöhten Sterblichkeit derartiger Kranker sich noch kein sicheres Urteil über die Abnahme derselben bilden können. Es müssen noch andere Faktoren zur Klärung der Frage herangezogen werden, wie z. B. die Fruchtbarkeit dieser Geisteskranken, die Sterblichkeit und die Fortpflanzungsquote der äußerlich gesunden, aber mit verborgenen Krankheitskeimen belasteten Personen, die Regenerationsfähigkeit bei derartigen Psychosen usw. — Untersuchungen, die ebenso mühevoll wie zeitraubend sind. Eins kann man aber doch aus den erzielten Ergebnissen schließen, nämlich, daß die Natur einer erheblichen Vermehrung von endogenen Geisteskranken einen Riegel in Form einer erhöhten Sterblichkeit derselben vorgeschoben hat.

#### Literaturverzeichnis.

*Hahn*: Allg. Zeitschr. f. Psych. 1912, Bd. 69.

*Prinzling*: Handbuch der Med. Statistik 1930.

*Löw*: Allg. Zeitschr. f. Psych. 1917, Bd. 73.

*Keller*: Zeitschr. f. d. Behandlung Schwachsinniger 1920, Jg. 40.

Statistik des Deutschen Reiches, Bd. 401 — Allgemeine Deutsche Sterbetafel von 1924—1926 —.

*Bumke*: Kultur und Entartung 1922.

*His*: Deutsch. Med. Woch. 1908, Nr. 15.

*Bonhoeffer*: Klin. Woch. 1924, Nr. 18.

*Reiter u. Osthoff*: Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt. 1921, Bd. 94.

# Die neue Theorie des Täters und die Aufgaben psychiatrischer Begutachtung.

Von

Dr. med. et phil. W. Eliasberg-München.

Welche guten Gründe auch immer für das Festhalten am Tatbestand im Strafrecht beigebracht werden, so ist doch das eigentliche Thema der Strafrechtsreform der Täter. Wir können bei einem geschichtlichen Rückblick über die Behandlung des Täterproblems in den letzten 50 Jahren zwei Phasen sondern: eine positivistische und eine nicht mehr positivistische.

Für den Positivismus in der Kriminalwissenschaft ist das letzte Problem: ableiten zu können, warum hier und jetzt dieser Mensch diese Tat begangen hat. Diese Frage steht in Parallele zu dem Problem der Laplaceschen Weltformel in der Universalmechanik. Für den Positivisten sind alle Einzelwissenschaften, die Kriminalstatistik, die Kriminalbiologie, die Kriminalpsychopathologie, die Zwillingsforschung, die angewandte Psychologie, die Tatbestandsdiagnostik, die isolierten Untersuchungen des Ausdrucksgeschehens, wie z. B. die Graphologie dazu bestimmt, zunächst ein Mosaik von Tatsachen zu gewinnen, aus dem der Zusammenhang, nämlich der Kausalzusammenhang, schon von selbst herauspringen werde.

Der einzige Zusammenhang, der vom Positivismus anerkannt wird, ist also der kausale. Der Täter ist das vorläufige Endglied einer Kausalreihe. Jene andere Betrachtungsweise, die man als idealistisch hinstellen zunächst gar keine Veranlassung hat, geht aus von den schlichten Gegebenheiten. Und gegeben ist für die Kriminalwissenschaft der Mensch zunächst nicht als Mosaik aus Einzeltatsachen, und auch nicht als Endglied einer Kette, sondern als Strukturzusammenhang, der in Entwicklung und Geschichte, im sozialen Lebensraum, in der rechtlichen und religiösen Dimension, das Jetzt und Heute, das individuelle Ich und die tatbestandsmäßige Tat transzendiert.

Die Kriminalwissenschaft hat es mit der Verwirklichung krimineller, d. h. normativer<sup>1)</sup> Tatbestände durch reale Handlungen

---

<sup>1)</sup> Vgl. hierzu *Liszt-Schmidt* <sup>15</sup>, *Mezger* <sup>16</sup>, *Erik Wolf* <sup>21</sup>.

zu tun. Zwei Ebenen also sind es, auf denen sich die Kriminalwissenschaft einzurichten hat: die des Seins und die des Sollens. Eine Kriminalwissenschaft wäre vollkommen unmöglich, wenn die Synthese zwischen Sein und Sollen erst durch sie, erst durch die denkende Bearbeitung der Gegebenheit zustande käme. Aber dies ist nicht der Fall. Die Synthese liegt vielmehr im Gegenstand, in der schlichten Gegebenheit, im Täter selbst. Dies zu erweisen ist unsere erste Aufgabe.

Wenn man eine kriminelle Persönlichkeit charakterisieren will, so wird man am besten nicht nur von ihrem Handeln ausgehen, sondern auch ihr Handeln in den Mittelpunkt der Charakterschilderung stellen. Das gilt nicht nur für die kriminelle Persönlichkeit, sondern für die handelnde Persönlichkeit überhaupt.

Alles Handeln, das nach außen wirkt, ist durch zweierlei determiniert: durch die Persönlichkeit und durch die Situation. Es bilden sich nun in der Persönlichkeit aus diesen beiden Determinationen Dauergestalten heraus, die ich schon früher vorgeschlagen habe Motivationen zu nennen (vgl. hierzu *Eliasberg*<sup>4</sup>).

Wenn man mit der Psychoanalyse annimmt, daß die »wahren Ursachen« des Handelns im Triebgeschehen liegen, so bedeutet das keinen Einwand gegen die Aufstellung des Begriffs der Motivation als Dauergestalt des Handelns. Welches auch die wahren Ursachen seien, es kann nicht bestritten werden, daß wir mit uns selbst Erfahrungen machen, und daß unser weiteres Handeln durch solche Erfahrungen bestimmt wird. Dieser übrigens auch für die Zurechnung erfordernte Tatbestand mag an dieser Stelle genügen.

Motivationen, Dauergestalten des Handelns, Haltungen, aus denen das einzelne Handeln hervorgeht, und die auch hinter dem durch Einzelmotive determinierten Handeln stehen, haben eine Ontogenese. Die Haltungen entwickeln sich mit der allgemeinen Reifung und in dem Maße, wie die Persönlichkeit in die äußeren Zusammenhänge des Daseins verflochten wird. In unserem modernen Dasein ist diejenige Umweltsituation, die am stärksten die Ausbildungen von Motivationen fördert und fordert, die Berufstätigkeit.

Die Ontogenese läßt uns den Aufbau der Berufsmotivation erkennen. Der Jugendliche, der schon körperlich und auch etwa durch den Erwerb der notwendigen Techniken, Leistungsvoraussetzungen in sich entwickelt hat, ist doch wie *Charlotte Bühler*<sup>4</sup> gezeigt hat, noch nicht berufsfähig. Er lebt noch im »Tatendrang«. Man spricht ja vom Tatendrang der Jugend und meint damit, daß der Jugendliche zwar einer starken Bezugnahme auf Werte in seinem Handeln fähig ist, daß aber dieses Handeln doch noch sehr aktuell ist, daß ihm die Dauer, der »stille He-



roismus des Alltags« noch fremd sind. Leben und Handeln des Jugendlichen verlaufen — wie das vieler Psychopathen — wie ein »Kinodrama«, vorwiegend bestimmt durch Augenblicksaffekte, nicht durch Haltungen.

Wir sprachen bisher von der Ontogenese und unterschieden, abgesehen von den in diesem Zusammenhang nicht zu behandelnden Stufen der frühen Kindheit, die des Tatendranges und die der Motivation, insbesondere der Berufsmotivation. Ontogenese im vollen Sinne des Wortes ist ein biologischer Begriff. Wir meinen damit die vorwiegend von innen her bestimmte Reifung. Nun ist aber alles, was wir über menschliches Verhalten aussagen können, gebunden an jenen Strukturzusammenhang, den wir als das Ende einer historischen Entwicklung den Geist der Zeit nennen. Nur von der Struktur unserer Zeit aus verstehen wir die andersartigen, fremdartigen, fernliegenden Strukturen, verstehen wir den Geist des Kranken, des primitiven Menschen, des Kindes, uns selbst in unseren Anfängen und endlich den Täter.

Man hat versucht der Geschichtlichkeit aller menschlichen Existenz dadurch auszuweichen, daß man die Geschichte in die individuelle Entwicklung aufnahm und sie zugleich auf diese beschränkte. Also Ontogenese bzw. Phylogenese statt Geschichte. *Karl Lamprecht* hat so die Geschichte als die Geschichte der Seele schreiben wollen und *Felix Krügers* Entwicklungspsychologie der Kultur<sup>15</sup> stellt einen letzten Versuch dar, die Kultur an Hand des Wandels seelischer Funktionen aus der Ontogenese heraus zu deuten. Den gleichen Versuch hat *Erwin Straus*<sup>17</sup> noch einmal unternommen. Das psychologische Erlebnis fundiert nach *Straus* die Erfahrung, es unterstellt in der Subjektivität den einzelnen Moment jenem übergeordneten Ganzen, das seine Forderung an die Gestaltung des Augenblicks richtet. Alle diese Bestrebungen einen Psychologismus an Stelle der Historie zu setzen, sind zum Scheitern verurteilt. Das geistige Wesen des Menschen in der Beschränkung auf das Erlebnis und insbesondere auf die Subjektivität zu verstehen, wird immer ein vergebliches faustisches Bemühen bleiben. Niemals wird es gelingen, »was der ganzen Menschheit zugeteilt ist, in die eigene Brust hinein zu schlingen«. Diesen Zusammenhang hat besonders klar *Max Weber* gesehen<sup>18</sup>:

»Unterschiede der psychologischen Qualitäten eines Verhaltens sind also nicht schon als solche soziologisch relevant. Gleichheit der sinnhaften Bezogenheit ist nicht gebunden an Gleichheit der im Spiel befindlichen psychischen Konstellationen... Aber z. B. eine Kategorie, wie Gewinnstreben, gehört schlechterdings in keine Psychologie. Denn das gleiche Streben nach Rentabilität... kann nicht nur mit absolut heterogenen Charakterqualitäten

Hand in Hand gehen, sondern . . . durch gerade entgegengesetzte letzte psychische Konstellationen und Charakterqualitäten bedingt sein.«

Damit nun Dauerhaltungen in unserem Berufsdasein auftreten, bedarf es zweierlei: nämlich der Fähigkeit zur Unterordnung und der zur Selbstbestimmung. Keine Tätigkeit, auch nicht die einfachste, ist im Zeitalter der »freien Arbeit« ohne Selbstbestimmung möglich. Schon daß man immer wieder rechtzeitig an der Arbeitsstätte erscheint, ist nur durch Selbstbestimmung zu erreichen. Für die einzelnen Berufe ist die gegenseitige Proportion von Selbstbestimmung und Unterordnung natürlich ganz verschieden. Der Unternehmer, der Mann des berechneten Wagnisses, bedarf eines ganz anderen Maßes an Selbstbestimmung als der einfache Arbeiter und wiederum eine typische Proportion ist diejenige der subalternen Selbständigkeit oder des Inhabers eines Vertrauenspostens (vgl. hierzu näheres bei *Eliasberg* <sup>6</sup> u. <sup>8</sup>).

Wir sehen also, es gibt individuelle bewußte oder bewußtseinsfähige, einem bestimmten Kulturgebiet zugewandte, das Handeln selbstbestimmende, normierende innere Haltungen, die insbesondere das Sozialverhalten regeln und solchergestalt »Verkehrsordnungen« sind. Solche Motivationen entstehen durch Introzeption von objektiven Ordnungen. Die soziale Ordnung und andererseits die Motivation, die Dienstanweisung und das wirkliche Handeln, die Not und das Verbrechen sind niemals das gleiche. Darin hat die sogenannte Milieutheorie des Verbrechens besonders häufig geirrt und hier liegt auch die Erbsünde der kriminalstatistischen Betrachtungsweise. Die sozialen Verhältnisse sind niemals schuld im juristischen Sinne. Sie handeln nämlich nicht durch den Menschen hindurch; sobald jemand eine Motivation in sich aufgebaut hat, introzipiert er die sozialen Verhältnisse nicht anders, als irgendwelche anderen kausalen Momente biologischer oder physischer Art<sup>2</sup>). Krankheit, Not werden erst auf Grund der Introzeption, der Aufnahme in die Motivation zu Ver-

<sup>2</sup>) In einer wichtigen und schönen Untersuchung stellt Welzel<sup>19</sup> in den weiteren Rahmen der Kausalität die engere Determination der Intentionalität. Wir stimmen insoweit mit ihm überein.

*W.* fordert dann eine Gesetzlichkeit der Sinnintentionalität. Er fordert sie doppelt, nämlich als eine immanente Strukturgesetzlichkeit der Gegenstände und als ideale Gesetzlichkeit der Werte. Aber von diesem Standpunkt aus läßt sich die von *W.* geforderte Gesetzlichkeit nicht entwickeln. So bleibt denn auch *W.* selbst bei dem Willen und seinen Motiven stehen und wir haben im Vorstehenden und an anderer Stelle schon gezeigt (s. Lit.-Verz. Nr. 11) daß eine wirkliche intentionale Ordnung so nicht zu gewinnen ist. Erst die Entwicklung des Begriffs der Motivation gibt die Möglichkeit die Gesetzlichkeit der Sinnintentionalität neben der Kausalität konkret zu entwickeln.

haltensursachen. Die statistische Übereinstimmung im Handeln und Verhalten der Menschen ist damit gewiß nicht geleugnet. Sie ist sekundär. Erst indem die Motivationen ähnlich werden, wird auch das Handeln der Menschen ähnlich. Auf die »Apparate« zur Angleichung des Handelns, Ideologie, Klassenbewußtsein, Klasse, andererseits Erfahrungsdenken usw. soll in diesem Zusammenhang nicht eingegangen werden. Wichtig ist nur, daß niemals das gesellschaftliche Sein als solches direkt durch die Menschen hindurch handelt.

Wir haben also den »Anspruch« des sozialen Seins in genau dem gleichen Maße zurückzuweisen, wie wir es eingangs schon gegenüber den sogenannten »wahren, unbewußten Ursachen« taten. Wie gegenüber jenen gilt auch gegenüber den sozialen Determinationen, daß man mit ihnen Erfahrungen macht und sein Handeln danach einrichtet.

Wenn also die sogenannte alte Schule (*Binding*<sup>3)</sup> an der Einteilung in Zurechnungsfähige, Handlungsfähige, Verantwortliche einerseits und deren Gegenteil andererseits festhält, wenn das gesamte Recht auf die »Handlungsfähigkeit« gegründet wird, so werden wir das zwar anerkennen, aber wir werden verlangen, daß die Handlungsfähigkeit in sehr vertiefter Weise erfaßt wird<sup>3)</sup>.

Was nämlich mit der Handlungsfähigkeit keineswegs gegeben ist und noch nicht einmal mit der Fähigkeit zu normiertem Handeln, ist, daß das Handeln selbstverständlich durch eine allgemein gültige Ethik normiert ist. Diese Gestalten, von denen wir bisher sprachen, die Motivationen, haben durchaus den Charakter der Verpflichtung; aber es sind individuelle Gestalten. Bei aller Ähnlichkeit, bei aller geschichtlich bedingten Übereinstimmung der Motivation bestimmter Epochen ist doch darauf hinzuweisen, daß es eine intra- und interindividuelle Polytypik der Motivationen gibt. Die Neuzeit wäre ohne das gar nicht denkbar. Wir brauchen Selbstbestimmung und Unterordnung in den verschiedensten Proportionen, nicht nur nebeneinander, sondern sogar in dem gleichen Menschen. Der Ekstatiker des politischen Vereins muß sich ganz rational dem Betrieb einordnen. Der selbständige Unternehmer muß sich in das Kartell fügen u. dgl. m.

<sup>3)</sup> Wenn von Liszt<sup>14</sup> und nach ihm Aschaffenburg<sup>2</sup> das Verbrechen als das Produkt aus der Eigenart des Verbrechers einerseits und der den Verbrecher im Augenblick der Tat umgebenden gesellschaftlichen Verhältnisse andererseits auffassen, so ist zu sagen, das diese Formel zwar nicht falsch, aber unzureichend ist. Erstens sind keineswegs die im Augenblick der Tat umgebenden Verhältnisse die entscheidenden, zum zweiten ist dieses Produkt nicht etwas objektiv Festliegendes, sondern eben etwas subjektiv Gestaltetes. Als Objektives kann es nur soweit wirksam wirken, als es in die subjektive Gestalt, die Motivation, aufgenommen wird.

Wir haben uns hier bisher klar zu machen versucht, wie denn eigentlich das Handeln des wirklichen Menschen in seiner schlichten Gegebenheit beschaffen ist. Wir taten das zu dem Zweck, den Täter zu erkennen. Es ergibt sich uns ein Bild des handelnden Menschen, in welchem Normatives verwirklicht ist. Sein und Sollen befinden sich in der gleichen Realität.

Es ist die Pflicht der Rechtspflege, dieser Erkenntnis gerecht zu werden. An dieser Stelle sollen uns die Konsequenzen für die psychiatrische Sachverständigentätigkeit beschäftigen. Der Sachverständige hat es in erster Linie mit Tatsachen zu tun, vgl. hierzu *Eliasberg*<sup>10)</sup>. Er würde aber irren, wenn er Tatsächlichkeit mit Auflösung in unstrukturierte Objektivität verwechseln würde. So sehr er verpflichtet ist, objektive Daten zu erheben, so darf er dabei doch nur dann stehen bleiben, wenn nichts weiter vorhanden ist; wenn eine Persönlichkeitstruktur, oder wie wir jetzt sagen wollen, eine Motivationsstruktur beachtlicher Art nicht mehr da ist. Dies ist dann der Fall, wenn es sich offensichtlich um weitgehende Zerstörung, Regression, Abbau der Motivationen durch schwere echte Psychosen handelt. In allen anderen Fällen ist die Aufweisung des Motivationszusammenhangs zunächst schon durch die Pflicht, das tatsächlich Gegebene festzustellen, geboten. Aber darüber hinaus ist die Darstellung der Motivation auch aus Gründen, die in der Rechtspflege liegen, geboten.

In dem Leben eines rückfälligen Urkundenfälschers tritt ein Wechsel von vorzüglicher Bewährung und stereotyper Wiederholung der gleichen Delikte auf.

Gutbegabter Sohn eines früh verstorbenen selbständigen Hotelbesitzers, wird von der Mutter erzogen; durch den Krieg aus der Schule gerissen, mit 16 Jahren als Kriegsfreiwilliger genommen, 3 $\frac{1}{2}$  Jahre Feld, 180 Patrouillen, höchste Tapferkeitsauszeichnungen; ohne Besitz des Einjährigenzeugnisses wegen Tapferkeit vor dem Feinde zum Offizier befördert; wiederholt verwundet, immer wieder an die Front. Nach dem Krieg zunächst in einem Abbaubetrieb des alten Heeres; sehr tüchtig, ausgezeichnete Zeugnisse, dann durch Abbau zur Begründung eines selbständigen Geschäftes gezwungen. Kauft in der Inflation im Ausland ein, viel Reisen, Bekanntschaft mit allerhand internationalen Warenspekulanten, darunter ziemlich phantasievollen Persönlichkeiten, die auch späterhin gleich ihm in allerhand sonderbare Geschäfte verwickelt sind, aber immer irgendwie Geld aufreiben. Schon nach kurzer Zeit Bankrott; dabei stellt sich heraus, daß überhaupt keine Bücher geführt worden sind und das in einem Maße, das selbst in der Inflation auffallen mußte. Erste Gefängnisstrafe wegen einfachen Bankrotts; danach subalterne Stellung im kommunalen Dienst. Vorzügliches Dienstleistungszeugnis, Anerkennung seiner Energie, seiner Zuverlässigkeit in Worten, wie sie bei so einfacher Tätigkeit sonst nicht verwendet werden. Abbau aus äußeren Gründen. Wieder erzwungene Selbständigkeit; ganz gleicher Verlauf wie das erstemal, wiederum Bankrott, diesmal Verurteilung wegen betrügerischen Bankrotts zu einer mehrjährigen Gefängnisstrafe. Dazwischen nun auch

Morphinismusepoche, Heirat, offenbar stärkste Abhängigkeit (innere Bindung an Frau und Kinder); spricht von der Frau, die sich wegen der Gefängnisstrafe von ihm scheiden lassen wollte, in schwärmerischer Weise.

Der Wechsel zwischen nicht nur einwandfreiem, sondern auch energisch tüchtigem Verhalten in der Parterrestellung eines gehobenen Abhängigen und dem völligen Versagen in der Bel-étage der Selbständigkeit ist das auffallendste Moment. Das steht in Übereinstimmung damit, daß N. im Kriege gleichfalls, wie man früher sagte, als »Subaltern«-Offizier ganz Vorzügliches leistete und wie er andererseits in der Ehe sich eine Unterordnungsstellung verschafft hat, ohne die er nicht bestehen kann.

Wie man sieht, besteht ein innerer Zusammenhang zwischen der Art der Verbrechen und der Motivation. Was der Begutachtete nicht zu leisten vermag, ist die Selbständigkeit im Rahmen des Wirtschaftlichen, das selbständige Handeln im Rahmen kaufmännischer Betätigung. Es ist mit Sicherheit vorherzusagen, daß N. im Rahmen einer solchen Tätigkeit alsbald illiquide werden wird, und daß sich dann das Weitere zwangsläufig aus den damit verbundenen Niveauerniedrigungen ableiten läßt. Der Begutachtete ist weder ein geborener, noch ein Gewohnheits- oder Berufsverbrecher. Er ist auch nicht durch Anlage zum Verbrecher determiniert. Das Verbrechen ist ihm nicht zur zweiten Natur geworden; er sieht darin nicht die einzige Möglichkeit für seine Existenz; er ist auch nicht unverbesserlich. Die gesamte Prognose, auch die kriminelle Prognose, hängt davon ab, daß er einen subalternen Posten findet, in dem er durch straffe Ordnung gehalten, sein Auskommen und Gelegenheit zu den ihm adäquaten Leistungen findet.

Wir sehen also: die Analyse der Motivation ergibt nicht nur dasjenige, was man mit einem nicht zutreffenden, aber überkommenen Ausdruck das psychologische Verständnis des Täters nennt, sie ergibt vor allem eine Handhabe für Prognose, Prophylaxe und Therapie.

Wir sagten, daß die Motivationen in der Mitte zwischen Persönlichkeit und Situation liegen, daß sie Berührungsoberflächen darstellen. Sie sind weder mit der Persönlichkeit, noch mit der Situation als solcher identisch. Sie sind gewissermaßen Diffusionsmembranen. Das wirkliche Geschehen hängt von den Spannungen hüben und drüben und von der Grenzmembrane selbst ab.

Es ist also keineswegs unberechtigt, wenn der Gutachter im Zusammenhang auch auf Besonderheiten des sozialen Milieus, der sozialen Verhältnisse, hinweist. Es wäre z. B. bei der Begutachtung von Delikten, die noch aus der Inflationszeit stammen, undenkbar, die besonderen Versuchungen jener Zeit nicht zu berück-

sichtigen. Die Zeit bringt Tendenzen in dem gleichen Sinne, wie etwa physische und biologische Umstände Dispositionen bringen. Wenn wir sagen, daß der Giftmord das typische Delikt der Frau ist, so meinen wir damit eine Disposition, nicht eine Motivation. Den Unterschied erkennen wir darin, daß der Satz sich nicht umkehren läßt. Es hat keinen Sinn zu sagen: Frauen sind geborene Giftmörderinnen. Und eben in dem Verhältnis dieser beiden Wahrscheinlichkeiten stehen Wert und Bedeutung von Zeittendenz und biologischer Disposition einerseits und Motivation andererseits.

Wie ist es nun aber mit den Fällen, wo Motivationen fehlen, noch nicht vollständig aufgebaut oder abgebaut sind? Wenn einerseits die Motivation die Voraussetzung für die volle Zurechnung ist, ist es dann so, daß überall da, wo eine Motivation nicht vorhanden ist, die Zurechnung verneint und dem Strafrecht Grenzen gezogen werden müssen? Das ist keineswegs der Fall. Wir erkennen das am deutlichsten am Problem der Fahrlässigkeit. Die Schuldform der Fahrlässigkeit, um das zunächst zu sagen, ist nicht etwa dann gegeben, wenn die psychophysische Leistungsfähigkeit beschränkt ist, sie kann auch andererseits nicht auf Grund des Nachweises der Grenzen psychophysischer Leistungsfähigkeit überhaupt verneint werden.

Wenn wir in einem bestimmten Fall durch experimentell psychologische Untersuchung feststellen, daß ein Autolenker habituell langsamer reagiert, als es bei dem, noch in dem Bereich des normalen Verkehrs liegenden Ereignis notwendig war, so wird die Fahrlässigkeit insofern bejaht werden, als der Berufstätige eben verpflichtet gewesen ist, seinen Reaktionstypus kennen zu lernen, und dann auf die weitere Ausübung dieses Berufes zu verzichten. Zur Berufsausübung gehört ja nicht nur die Aneignung des technischen Könnens, sondern vor allem der Aufbau der Motivation. Hat jemand verabsäumt Sozialmotivationen in sich aufzubauen, die ihm zugemutet werden konnten und mußten, so ist mindestens die Schuldform der Fahrlässigkeit gegeben. Eine Exkulpierung kommt nicht in Frage. Entsprechendes gilt für den Abbau der Motivation. Hierbei soll betont werden, daß eine aufgebaute Motivation niemals dem Anfänger zugemutet werden kann. Also nicht dem Anfänger im Leben, dem Jugendlichen, und auch nicht dem Anfänger im Beruf, dem Lehrling. Dies ist ja der Grund, warum in der Tat das Strafrecht besondere Normen für Jugendliche aufgestellt hat.

Besonders wichtig ist in unserer Zeit die Berücksichtigung des Abbaus der Motivation. Er erfolgt durch biologische Momente z. B. durch Krankheit und heute besonders häufig durch chronische Notzustände. Wir gewinnen, wie wir schon sagten, das Verständnis für den Einfluß der sozialen Verhältnisse erst, indem

wir die Motivation berücksichtigen. Beim Notzustand nun, hat man bisher nur die akuten Wirkungen d. h. die akute Vernichtung der Motivation berücksichtigt und privilegiert (§ 248a RStGB. vgl. hierzu auch *Eliasberg* und *Hirschberg*<sup>12</sup> sowie *Eliasberg*<sup>7</sup>.

Der Leipziger Kommentar sagt S. 660: »Es kommt nicht darauf an, ob der Täter in Not war, auch eingebildete Not genügt... Es genügt nicht, daß der Täter in Not war, die Not muß auch den Antrieb gebildet haben, er muß aus Not gehandelt haben.«

Wichtiger nun als solche Zustände, in denen, wie die einfachste psychologische Einsicht zeigt, dem Täter ein rechtmäßiges Handeln nicht zugemutet werden kann, sind die Folgen chronischen Notzustandes. Für sie ist charakteristisch, daß der Mensch sich der Not beugt, an Aktivität und zugleich an Niveau verliert. Dieser Zustand ist nun deswegen so gefährlich, weil er kein Gleichgewichtszustand ist, sondern immer explosionsgefährlich bleibt. Hierzu vgl. den folgenden Fall:

Langjährig in Krieg und Frieden bewährter Mann, Vorarbeiter, durch Kurzarbeit in Not geraten; ist seit Monaten mit der Miete im Rückstand. Daß er die Wohnung räumen soll, die er seit 30 Jahren innehatte, bringt ihn völlig zur Verzweiflung. An einem Sonntag irrt er planlos durch die Stadt »mir kann nichts mehr helfen«. Trinkt im Laufe des Tages einige Glas Bier. Auf einer begangenen Promenade inmitten der Stadt, wird er ganz plötzlich einer Dame mit einer Handtasche ansichtig, (sie hat seinen Weg beim Überqueren des Fahrdammes gekreuzt, so daß er sie bestimmt vorher nicht gesehen haben konnte), entreißt ihr die Tasche, läuft davon, wirft sie ohne sie auch nur geöffnet zu haben und ohne zu wissen, was darin ist, nach einigen Schritten wieder fort; wird eingeholt, vollkommen verzweifelt, begreift nicht, wie er dazu kommen konnte. Der Staatsanwalt erhebt Anklage nur wegen Diebstahls, nicht wegen Raub. Es handelt sich um eine typische Impulshandlung bei einem Menschen mit zusammengebrochener Motivation. Voraussetzungen des § 51 RStGB. liegen nicht vor. Wirkungen eines chronischen Notzustandes.

Die Voraussetzung für unsere bisherigen Ausführungen war, daß ein innerer Zusammenhang zwischen Motivation und Verbrechen besteht.

Wie ist es nun aber beim sogenannten Triebverbrechen? Hier ist ja das Auffällige gerade, daß niemand dem Täter eine solche Tat zugetraut hätte. Und aus diesem Grunde ist man ja auch in solchen Fällen versucht an Umstände zu denken, durch welche die Voraussetzungen des § 51 RStGB. erfüllt sind.

Verschiedene Fälle sind hier zu scheiden, wenn es sich um die kriminalistische Überführung handelt: wenn beispielsweise durch die Zeugenaussage eines Kindes oder Jugendlichen ein unbescholtener, geordnet lebender berufstätiger, pünktlicher Mensch belastet wird, so kann einerseits die Motivation, die wir kennen, eine Gegeninstanz gegen die Glaubwürdigkeit des Zeugen bilden

oder andererseits es in der Tat nahe gelegt werden, daß hier besondere Momente obgewaltet haben.

Im einzelnen ist der Zusammenhang zwischen Triebhaftigkeit und Persönlichkeit beim Triebverbrechen nicht anders, als bei der erlaubten Triebhandlung. Auch bei dieser ist es notwendig, dem inneren Zusammenhang zwischen Persönlichkeit und Triebhandlung nachzugehen, s. *Eliasberg* <sup>3</sup>.

Entwicklungsgeschichte der Triebhandlung, Inhalt und Besonderheiten des Triebziels, Periodizität, Intensität, Verhalten der Hemmungen, Konstitution, Lebensphasisches, endlich die Selbstgegebenheit der Triebhandlung für das Bewußtsein, Gefühlsverlauf, Bewußtseinsklarheit, charakterologische Beeinflussung des Triebes, Einfühlbarkeit, die Ausdruckskomponente der Triebhandlung sind zu berücksichtigen, letzteres Moment sogar in ganz besonderem Maße. Die bloße Ausdruckskomponente, d. h. das fehlende Motiv ist bei allem Handeln, insbesondere beim Triebhandeln und beim pathologischen Triebhandeln vorhanden. Bei letzterem kann es das motivierte und das aus Motivation stammende Handeln völlig verdrängen. Es ist also nicht an dem, daß wir restlos das Täterproblem in das Problem der Motivation auflösen. Können wir vom Täter im prägnanten Sinne des Wortes, d. h. von einer handlungsfähigen Persönlichkeit sprechen, so werden allerdings die Motivationen im Vordergrund stehen. In dem Maße, wie der Täter nur Endglied einer Kausalkette ist, treten auch die Motivationen in den Hintergrund. Die Aufgabe der Begutachtung ist es, diese Momente jedes für sich herauszuarbeiten<sup>4</sup>).

Es ergeben sich also folgende praktisch-methodische Ziele (Abschnitte) des psychiatrischen Gutachtens. Es sind darzustellen:

1. die Persönlichkeitstruktur nach ontogenetisch-biologischen Gesichtspunkten;
2. die Motivationen, d. h. die Bezogenheit der Persönlichkeit nach außen, die Struktur ihres Verhaltens und dessen Einfluß auf ihr Handeln. Es ist
3. darzustellen, wie in der in Rede stehenden Tat Motivationen und Motiv einerseits, eventuell motivloses Triebhandeln andererseits, sich vereinigen.
4. Die Beantwortung der Frage nach den Voraussetzungen des § 51 RStGB. ergibt sich am besten erst nach einer solchen eingehenden Analyse; wirklich verneinen können wird man die Frage oft erst nach der Analyse.

<sup>4</sup>) Die seit langem gewünschte und so oft versuchte kriminalpsychologische Typenlehre konnte nicht entstehen, solange man sich auf bloße Objektivierung beschränkte. Die Motivationslehre vom Täter bietet, wie wir glauben Ansätze zu einer befriedigenderen Typenlehre, die jedoch an dieser Stelle noch nicht ausgeführt wird.



Der Gutachter würde sehr falsch daran tun, die umfassende Analyse deswegen zu unterdrücken, weil ihm von vornherein klar ist, daß die Voraussetzungen des § 51 RStGB. nicht gegeben sind. Eine Reihe praktischer Hinweise für den erkennenden Richter, den Strafvollzug, die Fürsorge sind überhaupt nur auf Grund der Motivanalyse zu geben.

Die Begutachtung unter den neuen Gesichtspunkten erweist sich als unumgänglich notwendig für das Problem der verminderten Zurechnungsfähigkeit.

Das Problem der verminderten Zurechnungsfähigkeit hat man zuerst geglaubt ganz allein mit biologisch-psychologischen Gesichtspunkten bewältigen zu können, ebenso wie das zu Anfang für die Unzurechnungsfähigkeit galt. *Wilmanns*<sup>20</sup> hat dann in eingehender Kritik, deren Bedeutung in der Negation liegt, gezeigt, daß die mechanische Angleichung des Strafmaßes an die postulierte verminderte Schuld unmöglich sei.

Wichtiger ist der Nachweis, auf den namentlich *Alsberg* Wert legt, daß die verminderte Zurechnungsfähigkeit überhaupt nicht zureichend mit rein biologischen Gesichtspunkten erfaßt werden kann; jedenfalls noch viel weniger als diejenigen Tatbestände, welche die Grundlagen für die Unzurechnungsfähigkeit abgeben. *Alsberg*<sup>1</sup> spricht geradezu von einer »Entpathologisierung« des Begriffs der verminderten Zurechnungsfähigkeit. Die Grundlage dafür sucht er in der geisteswissenschaftlichen Psychologie *Sprangers*, von welcher kein Übergang zu einer biologischen Psychologie führt.

Diese Begründung auf die *Sprangersche* Psychologie und die *Sprangersche* Trennung der Psychologien ist allerdings nicht tragfähig. Man vgl. hierzu *Karl Bühlers* (5) umsichtige Kritik der *Sprangerschen* Position. Leib und Seele, naturhaftes Geschehen und Sinnverwirklichung so wie das *Spranger* tut, übergangslos einander entgegen zu stellen, das wird heute kein realwissenschaftlich denkender Psychologe, Biologe, Psychiater und übrigens auch kein Geisteswissenschaftler verantworten wollen. Auch der Geisteswissenschaftler — so sehr er die Sinnzusammenhänge betont — muß doch immer das psychologisch Mögliche, das freilich nicht mit jenem identisch ist, bedenken.

*Bühler* zeigt, wie die Kritik des Historikers E. Meyer an *Mommsens* Cäsargestalt darauf hinausläuft, daß *Mommsen* den wirklichen Cäsar, seine Bezugnahme auf die fortwährend wechselnden Bedingungen der Außenwelt und die Besonderheiten seiner psychophysischen Struktur verkannt habe.

Eine der Grundüberzeugungen unseres Denkens in bezug auf alle Lebenserscheinungen kann man in der »Kontinuitätshypothese« finden. Jede Psychologie also, die diese Kontinuität leugnet, wird von vornherein schweren methodischen Bedenken begegnen.

Aber noch über die Kontinuitätshypothese hinaus, spricht etwas weiteres dafür, den Schnitt in der Frage der verminderten

Zurechnungsfähigkeit ganz anders zu legen. Wenn *Alsberg* darauf hinweist, daß verminderte Zurechnungsfähigkeit nicht nur in sogenannten pathologischen, sondern auch in charakterologischen Momenten begründet sein kann, so übersieht er, daß diese Einteilung nicht eine solche ist, die sich unmittelbar darbietet, sondern eine ätiologische, die erst gefunden werden muß. Die schlichte Erscheinung, die unmittelbare Gegebenheit bietet uns zunächst gar keinen Anhaltspunkt dafür, ob wir die Ursache in einem prozeßhaften Geschehen oder in einer Persönlichkeitsentwicklung, in einem momentanen Affekt, oder einer dauernden Motivation, in der Charakterologie oder in der Pathologie suchen sollen.

Die ätiologische Diagnose kann in Wahrheit nur gestellt werden bei Berücksichtigung aller solcher Möglichkeiten. Und eben aus diesem Grund muß die Begutachtung bei aller Anerkennung des »Grundsatzes der Entpathologisierung« in der Hand des Arztes bleiben. Nur der Arzt kann die Diagnose stellen und eventuell auch diagnostizieren, daß der vorliegende Fall verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht in den Bereich des Pathologischen gehört. Freilich muß der Arzt, wie schon oben ausgeführt, in der Lage sein, das Reich der Motivationen, der Handlungs- und Handlungsformen der Persönlichkeit zu erfassen. Aber es ist ihm leichter, sich in das Gebiet der Motivationen einzuarbeiten, als umgekehrt dem Geisteswissenschaftler das biologische Fundament zu erkennen.

#### Zusammenfassung:

1. Die unvoreingenommene phänomenologische Analyse zeigt, daß in allem menschlichen Handeln Normen real sind. Das menschliche Handeln ist determiniert durch Dauerhaltungen, die geschichtlichen und verpflichtenden Charakter und zugleich individuelle Gestalt haben. Die Dauerhaltungen bilden sich allmählich aus; sie treten uns am deutlichsten als Berufsmotivationen entgegen. Sie deuten sich an von dem Augenblick, in welchem das Kind seinem eigenen Handeln Maßstäbe der Berechtigtheit und des Rechts entgegenhält; dies ist schon sehr früh der Fall.
2. Die Voraussetzung des Schuldbegriffs, nämlich die Norm, ist verwirklicht im durchschnittlichen menschlichen Handeln, so weit dieses aus Motivationen stammt.
3. Begutachtung und rechtliche Beurteilung standen sich bisher völlig inkommensurabel gegenüber, insoferne das Gutachten nur auf objektivierte d. h. der Normstruktur entbehrende Tatsachen abhob. Da die Begutachtung es aber mit Tatsachen in ihrer schlichten Gegebenheit und nicht mit den durch eine Hypothese geforderten Objektivationen

zu tun hat, muß der Täter nicht nur als Glied einer Kausalkette, sondern als ein im vollen Sinne des Wortes Handelnder von der Begutachtung erfaßt werden. Die Schuldfrage bleibt zwar Sache des Gerichts, aber von dem Gutachter kann nicht verlangt werden, daß er den gleichen Menschen, dem das Gericht Schuld vorwirft, als ein reines Kausalelement darstellt.

4. Die Begutachtung auch der verminderten Zurechnungsfähigkeit muß in der Hand des Arztes bleiben.

### Literaturverzeichnis.

1. *Alsberg, Max*: Die verminderte Zurechnungsfähigkeit als Problem der geisteswissenschaftlichen Psychologie und der Schuldlehre. Jur. Wo. 59. Jg. S. 1568, 1930.
2. *Aschaffenburg, Gustav*: Das Verbrechen und seine Bekämpfung. 3. Aufl., 1923.
3. *Binding, Karl*: Grundriß des deutschen Strafrechts allgemeiner Teil. Leipzig 1907.
4. *Bühler, Charlotte*: Das Seelenleben des Jugendlichen. 5. Aufl. Jena 1929.
5. *Bühler, Karl*: Die Krise der Psychologie. Jena 1927.
6. *Eliasberg, Wladimir*: Richtungen und Entwicklungen der Arbeitswissenschaft. Arch. f. Soz. Wiss. Bd. 56, H. 3, 1926.
7. —: Mensch in Not, Der Morgen. II. Jg. H. 5, 1926/27.
8. —: Wirtschaft und Vertrauen. Schmollers Jahrb. f. Gesetzgebung und Verwaltg. Bd. 52, 1928.
9. —: Die abnorme Triebhandlung in forensischer Beurteilung. Mtschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. 21. Jg. 1930, H. 7.
10. —: Die widersprechenden Sachverständigengutachten. Medizin und Psychologie. Jg. IV. H. 11/12, Mollfestschrift 1932.
11. —: Rechtspflege und Psychologie. Berlin 1935.
12. *Eliasberg, W. und Hirschberg, Max*: Ein Fall von Notdiebstahl. Mtschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. Jg. 18, H. 12, 1927.
13. *Krüger, Felix*: Über Entwicklungspsychologie. Ihre sachliche und geschichtliche Notwendigkeit. Leipzig 1915.
14. *Liszt, Franz, von*: Das Verbrechen als sozialpathologische Erscheinung. Strafrechtl. Aufsätze und Vorschläge. Berlin 1905.
15. *Liszt, Franz, von und Schmidt, Eberhard*: Lehrbuch des deutschen Strafrechts. Berlin-Leipzig 1932.
16. *Mezger, Edmund*: Strafrecht. Ein Lehrbuch. München-Leipzig 1931.
17. *Straus, Erwin*: Geschehnis und Erlebnis. Berlin 1930.
18. *Weber, Max*: Über einige Kategorien der verstehenden Soziologie. Logos Bd. 4. H. 13, 1903.
19. *Welzel, Hans*: Kausalität und Handlung. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft. Bd. 51. 1931, S. 703ff.
20. *Wilmanns, Karl*: Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Berlin 1927.
21. *Wolf, Erik*: Vom Wesen des Täters. Tübingen 1932.

# Schutzpockenimpfung und progressive Paralyse.

Von

**H. Buduls**, Professor der Psychiatrie der Lettländischen Universität Riga und  
Direktor der städtischen Irrenanstalt Rotenberg.

Über einen möglichen Zusammenhang der progressiven Paralyse mit Schutzpockenimpfung sprach sich öffentlich als erster *H. Salamon*<sup>1)</sup> in einer etwas vorsichtigen Form aus. Etwas später äußerte denselben Gedanken *L. Daraszkiwicz*<sup>2)</sup> aus der Ukraine, diesmal schon in einer sehr bestimmten, jeden Zweifel an der Richtigkeit desselben ausschließenden Form. Aber schon früher, im Jahre 1924 soll *Kolb*<sup>3)</sup>-Erlangen eine ausführliche Abhandlung über den möglichen Zusammenhang zwischen Paralyse und Kuhpockenimpfung *Kraepelin* übergeben haben. Es ist interessant, daß derselbe Gedanke zu gleicher Zeit von verschiedenen Seiten, unabhängig voneinander, formuliert worden ist. Wenn von diesen drei Autoren *Kolb* ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Kuhpockenimpfung und Paralyse nur möglich erscheint, so formuliert *Daraszkiwicz* seine Behauptung mit großer subjektiver Überzeugungskraft und nimmt an, daß die Syphilis nicht zur Paralyse führe, solange das betreffende Menschenmaterial nicht mit Kuhpocken verseucht sei, daß er einen Paralytiker mit pockennarbigem Gesicht nicht erlebt habe und daß es ihm nicht gelungen sei, einen Paralytiker ohne Impfnarben zu finden. Zur Erklärung dieser seiner Meinung nach unbestreitbaren Tatsachen teilt *Daraszkiwicz* mit, daß die große Mehrzahl einer ungeimpften Bevölkerung notorisch an *Variola vera* erkrankte und hiermit eine Art präventiver Fiebertherapie durchmache. Sobald aber ein Menschenmaterial infolge der Vakzination unfähig werde, an den Pocken zu erkranken, verliere es auch den absoluten Schutz gegenüber Paralyse, den ihm das Überstehen gerade dieser Krankheit gewähre. *Daraszkiwicz*s Behauptungen machten damals im Psychiaterkreise großes Aufsehen. Der Redakteur dieser

1) D. med. Woch. 1925, Jahrg. 51.

2) Allg. Z. f. Psych. 1926 Bd. 83.

3) Allg. Z. f. Psych. 1926 Bd. 84.

Zeitschrift Herr Dr. *Ilberg* veranlaßte bei der Veröffentlichung der Hypothese mehrere namhafte Ärzte, wie *Kraepelin*, *Wilmanns*, *Nonne*, *Kolb*, *Galewsky*, *Einsiedel* in der praktisch, aber auch theoretisch äußerst wichtigen Frage Stellung zu nehmen. Man hatte damals keine Tatsachen, um *Daraszkiwicz's* Hypothese zu entkräften, doch verhielten sich alle obengenannten Autoren ziemlich skeptisch ihr gegenüber.

Kurz darauf unterwarfen *Plaut* und *Jahnel*<sup>4)</sup> die Frage, ob die Paralyse eine Folge der Schutzpockenimpfung sei, einer ausführlichen Behandlung. Sie konnten neben vielen theoretischen Gründen, die gegen *Daraszkiwicz's* Hypothese sprachen, eine Tatsache anführen, die von *Kraepelin* und *Plaut* während ihrer Forschungsreise nach Amerika festgestellt war, und zwar, daß in Mexiko unter den Paralytikern indianischer Nationalität auch pockennarbige Individuen und solche ohne Impfnarben waren. In Washington haben sie zwei weitere Paralytiker ohne Impfnarben gesehen.

In demselben Jahre machten *Schükry* und *Kerim*<sup>5)</sup> eine kurze Mitteilung von vier Paralytikern ohne Impfnarben, darunter von einem mit pockennarbigen Gesicht aus der Irrenanstalt Top-Tachi in Konstantinopel. Zu derselben Zeit berichtet *Amechino* von vier pockennarbigen Paralytikern, die er beim Durchsuchen verschiedener Irrenanstalten in Mexiko gefunden habe.

Um die von *Daraszkiwicz* aufgestellte Hypothese zu prüfen, hat man auch experimentelle Versuche angestellt. Von rein experimentellen Arbeiten, welche das Ziel verfolgten, den Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse und Schutzpockenimpfung festzustellen, sind die Arbeiten von *Arnold* und *Kopp*<sup>6)</sup>, sowie auch *Wigert* und *Lobery*<sup>7)</sup> zu nennen. Beide gaben ein negatives Resultat.

Wenn die von *Daraszkiwicz* aufgestellte Hypothese schon kurz nach ihrer Veröffentlichung zurückgewiesen ist und über sie nicht weiter diskutiert wird, so ist das nicht aus dem Grunde geschehen, daß man eine ganze Masse von Tatsachen ihr gegenübergestellt hätte, vielmehr aus rein theoretischen Überlegungen. Pockennarbige Paralytiker scheinen wenigstens in Europa wirklich selten vorzukommen: sonst wäre zu erwarten, daß man im Zusammenhang mit *Daraszkiwicz's* Hypothese von ihrer Existenz von Zeit zu Zeit eine Mitteilung gemacht hätte. Solche

4) Münch. med. Woch. 1925.

5) Münch. med. Woch. 1926.

6) Dtsch. med. Woch. Jg. 52, 1926.

7) Allg. Z. f. Psych. 1926 Bd. 85.

Berichte aber fehlen. Um diese Lücke zu füllen, will ich hier über entsprechendes Krankenmaterial einen kurzen Bericht erstatten.

*Daraskiewicz's* Hypothese hat den schwachen Punkt, daß sie auf einer negativen Beweisführung gegründet ist. Wenn man an einem Menschen keine Krankheit findet, so heißt es nicht immer, daß der betreffende Mensch gesund ist. Ebenso wenn *Daraskiewicz* behauptet, daß er keinen pockennarbigem Paralytiker oder Paralytiker ohne Impfnarben erlebt habe, so heißt es durchaus noch nicht, daß solche Paralytiker überhaupt nicht existieren. In Ländern, wo Schutzpockenimpfung seit Jahrzehnten obligatorisch ist und wo dieselbe streng durchgeführt wird, kommen pockennarbige Menschen überhaupt selten vor, und selbstverständlich noch viel seltener pockennarbige Paralytiker. Deshalb scheint es schwer zu sein, in den meisten westeuropäischen Ländern diesbezügliches Krankenmaterial zu finden. In Rußland, wo *Daraskiewicz* seine Beobachtungen gemacht hat, ist Schutzpockenimpfung wenigstens früher ein wunder Punkt in der öffentlichen Hygiene gewesen, denn die Impfung hat sehr oft auf Unverständnis und Widerwillen der Bevölkerung gestoßen und ist deswegen vernachlässigt worden. Deshalb trifft man unter den Russen sehr oft pockennarbige Menschen. Meines Erachtens ist es höchst merkwürdig, daß *Daraskiewicz* keine pockennarbigem Paralytiker erlebt hat.

In Lettland, das bis Ende des Weltkrieges ein Bestandteil des russischen Reiches war, waren vor Jahrzehnten die Verhältnisse teilweise ähnlich den russischen, besonders wo es sich um Bevölkerung russischer Nationalität handelte. Darum bekommt man bei uns in Lettland pockennarbige Menschen aus der älteren Generation öfters zu sehen als in vielen westeuropäischen Staaten, besonders unter den Russen. Bei uns aber findet man pockennarbige Paralytiker, und ich bin fest überzeugt, daß es solche auch in Rußland gibt.

Um die Hypothese *Daraskiewicz's* zu prüfen, haben wir das gesamte Krankenmaterial unserer Anstalt, das gegenwärtig aus 916 Geisteskranken besteht, entsprechend untersucht und statistisch geordnet. Unter unseren 916 Geisteskranken befinden sich 66 Paralytiker, 47 Männer und 19 Frauen. Unter den Paralytikern sind 8 solche mit pockennarbigem Gesicht: 5 Männer und 3 Frauen. Unter den übrigen 850 Geisteskranken sind 11 mit pockennarbigem Gesicht. Der Prozentsatz der Pockennarbigen unter den Paralytikern beträgt 12,1, der pockennarbigem Personen unter den übrigen Geisteskranken nur 1,3. Unter unseren Paralytikern sind pockennarbige neunmal mehr vertreten als unter den übrigen Geisteskranken. Trotzdem muß man zu-

geben, daß pockennarbige Paralytiker sehr selten anzutreffen sind. Infolge dieser Seltenheit scheint es uns angebracht zu sein, das Wesentliche aus ihren Krankengeschichten mitzuteilen.

Der erste Fall. Im Mai 1922 wurde M. D., Lette, 49 Jahre alt, in die Anstalt gebracht, aus dessen Anamnese folgendes zu entnehmen ist. Der Kranke stammt aus gesunder Familie. Nach Angabe seiner Schwester ist er als Kind gegen Pocken geimpft worden, ob mit Erfolg oder ohne Erfolg, weiß die Schwester nicht. Im 12.—13. Lebensjahre ist Pat. an Pocken erkrankt, und zwar soll er sich die Krankheit von einem anderen Kinde geholt haben, das in demselben Hause an Pocken starb. Später ist M. D. die ganze Zeit gesund gewesen. Ob er Lues gehabt hat, weiß die Schwester nicht. Auch der Pat. selbst kann nichts in dieser Hinsicht aussagen. Er ist unverheiratet, ist Arbeiter in einer Bäckerei gewesen, trinkt wenig, hat nach Aussage der Schwester immer solide gelebt. Ist im Militärdienst gewesen und hat auch den Weltkrieg mitgemacht. Ungefähr zwei Monate vor der Internierung in der Anstalt ist der Kranke schlaflos geworden. Nach einer Zeit fiel der Schwester eine Wesensveränderung des Bruders auf: er fing an unnütze Gänge in die Stadt zu machen, wollte zum Staatspräsidenten gehen, um ihm Ratschläge in der Politik zu erteilen. Zu derselben Zeit sprach der Pat., daß er sehr viel Geld und große Besitzungen habe. Einmal hat M. D. einen Anfall gehabt, wobei ihm das Gesicht seitwärts verschoben wurde und beide Beine in Beugekrampf gerieten. Bewußtlos soll der Kranke damals nicht gewesen sein. Der Anfall hat etliche Minuten gedauert, und vor dem sind solche Anfälle bei dem Pat. niemals beobachtet worden.

Status praesens. Normal gebaut. Stark ausgesprochene Pockennarben im Gesicht. Auf der Brust, Schultern und am oberen Teil des Rückens sind kleine depigmentierte Flecken, vermutlich als Folge der in der Kindheit überstandenen Pocken. Impfnarben am Körper sind nicht zu finden. Sehnenreflexe lebhaft, gleich auf beiden Seiten, Babinski negativ. Sensibilität normal, keine trophischen Störungen. Die Pupillen sind ziemlich schmal, beide gleich, etwas entrundet, reagieren nicht auf Licht. Die Sprache ist leicht hässierend und schmierend, so daß es nicht immer zu verstehen ist, was der Pat. spricht. Der Kranke ist in gehobener Stimmung, lebhaft, spricht viel, ist schlecht orientiert in bezug auf Zeit und Raum. Keine Krankheitseinsicht. WaR. im Blut positiv (4+), ebenso im Liquor in allen Auswertungen (0,1, 0,2, 0,5). Auf Grund dieses Befundes wurde die Diagnose progr. Paralyse gestellt und Malariakur eingeleitet. Eine intravenöse Einspritzung von 4 ccm Malariablut blieb ohne jegliche Wirkung. Nach einiger Zeit wurde der Versuch noch zweimal wiederholt, aber ebenso erfolglos. Nachdem ist an dem Kranken auch keine andere Kur vorgenommen. Der Pat. blieb viele Jahre ungefähr in demselben Zustande, den folgendes Bild charakterisiert: Der Kranke bleibt im Zimmer vor dem Fenster stehen und bleibt ziemlich starr in einer Pose, oft mit erhobenen Armen, oder die Arme liegen auf der Brust gekreuzt. Dabei spricht er etwas vor sich. Auch legt er die Speise gewöhnlich aufs Fenster und verzehrt sie dort. Die anderen Pat. beachtet er wenig und ist wenig zugänglich. Wenn man den Kranken zum Tisch, ins Badezimmer oder ins Bett führt, so schimpft er gewaltig. Gewalttätig ist er nicht. Es will

nicht gut gelingen, eine Unterhaltung mit ihm anzuknüpfen. Auf eine an ihn gestellte Frage antwortet er nicht oder macht eine sehr unzufriedene Miene oder gibt ein Schimpfwort von sich oder antwortet etwas, was zu der gestellten Frage keine Beziehung hat. Dabei spricht er beständig vor sich in abgerissenen, zusammenhanglosen Sätzen, etwa: »Das Wasser ist schmutzig, auf ewig verdorben... Ich bleibe nicht hier; die Uhr ist schon 10... Ein schädliches Land, das schmutzige Wasser und Steine gehören der Stadt Riga... Alle Häuser..., ein gelehrter Meister von alten Zeiten... Ich weiß schon seit 30 Jahren..., meine alte im Jahre 1096, ich bin aber im Jahre 74. Schieß mit doppelläufiger Flinte.« Der Pat. bleibt sehr lange Zeit in derselben Pose, auch seine Bewegungen sind stereotyp. Sinnestäuschungen sind nicht beobachtet worden.

Der Kranke ist jahrelang fast unverändert geblieben. Im Frühjahr 1930 ist wieder das Blut und die Spinalflüssigkeit untersucht worden, wobei WaR. im Blut 4+, im Liquor aber 0,1 neg., 0,2 und 0,5 4+ gab. MTR. positiv, NoA. neg., Ly.  $\frac{20}{3}$ , Mastix typisch paralytisch. Im Januar 1932 wurde wieder eine Malariaimpfung durch intravenöse Einspritzung vorgenommen. Nach sechs Fiebersteigerungen nach dem Typus febris quotidiana schwand das Fieber von selbst und hat sich seit der Zeit nicht gezeigt, trotzdem kein Chinin verabreicht worden ist. Nach der Entfieberung eine Neosalvarsankur.

Nach der Malariabehandlung ist keine Veränderung weder im psychischen noch im somatischen Zustande eingetreten. Im August 1932 serologische Untersuchung: WaR. im Blute 4+, Liq. csp. 0,1 2+, 0,2 und 0,5 beides 4+. Auch sonst im klinischen Bilde keine sichtbaren Veränderungen gegenüber dem früheren Zustande.

Kurz zusammenfassend können wir sagen: es handelt sich hier um einen pockennarbigem Paralytiker mit sehr protrahiertem Krankheitsverlauf oder um die sogenannte stationäre Paralyse. Der Kranke ist dreimal refraktär gegen Malaria geblieben. Trotz dem positiven Befunde der WaR. im Blute und Liquor und trotz des lange Zeit Fehlend jeglicher Behandlung ist der Gesundheitszustand in 10 Jahren nur insofern schlechter geworden, als der Kranke älter geworden ist und daß er neben der Paralyse auch Zeichen einer heranrückenden Altersschwäche aufweist. Das Zustandsbild hat den Charakter ausgesprochener Katatonie.

Der zweite Fall. E. K., 47 Jahre alt, Lette, wurde in die Anstalt am 29. Juni 1926 gebracht wegen einer Geistesschwäche, die in letzter Zeit eingetreten war und den Pat. unfähig machte seine gewöhnliche Arbeit fortzusetzen. Der Kranke hat als Kind an Pocken gelitten, wovon er deutliche Pockennarben auf der Stirn, den Wangen und besonders an der Nase hat. Impfnarben sind nicht vorhanden. Sehnenreflexe an den unteren Extremitäten nicht auslösbar. Pupillen: links weiter als rechts, beide etwas entrundet und lichtstarr. Schlaffe Gesichtszüge. Leichte fibrilläre Zuckungen an der Zunge, leichte Dysarthrie. Der Pat. verhält sich ziemlich passiv, zeigt wenig Interesse, ist sichtbar dement. WaR. im Blute positiv. (Liquor ist beim Eintreten in die Anstalt nicht untersucht worden.)

Es wird eine Malariakur mit nachfolgender Neosalvarsankur vorgenommen. Der Erfolg der Behandlung blieb aber aus, und der Kranke mußte auch weiter in der Anstalt zur Verpflegung bleiben. Die Paralyse nimmt den Charakter einer stationären Paralyse an, so daß bis jetzt, d. h.



mehr als nach sechs Jahren, keine merkbare Verschlimmerung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Der serologische Befund September 1932: WaR. im Blut, ebenso im Liquor negativ, NoA. +, Ly. 2/3, Mastix paralytisch.

Der dritte Fall. B. L., 35 Jahre alt, Lettin, wurde in die Anstalt am 3. Nov. 1927 gebracht. Aus der Anamnese läßt sich nichts objektives feststellen. Die Pat. ist gehobener Stimmung. Sie behauptet, sie sei die spanische Königin, ihr gehöre die ganze Welt, sie besitze 2 $\frac{1}{2}$  Eimer voll Edelsteine. Die Stimmung ist unbeständig, eine ausgelassene Fröhlichkeit wird sehr rasch von einer weinerlichen Stimmung abgewechselt.

Somatisch: die Pupillen beide gleich, reagieren träge auf Licht, Zunge etwas atrophisch. Patellar- und Achillesreflexe stark erhöht, Dysarthrie. WaR. im Blut und Liquor stark positiv. NoA. +, Ly. 28/3. Mastix paralytisch. Ausgesprochene Pockennarben im Gesicht, keine Impfnarben. Die Pat. wurde mit Malaria und Neosalvarsan behandelt. Es trat aber keine Besserung ein. Die Pat. bleibt in der Anstalt und wird allmählich dementer. Von Zeit zu Zeit äußert sie die unsinnigsten Größenideen. Im Oktober 1932 ist der serologische Befund überall positiv. Anfang November tritt der Tod während eines paralytischen Anfalls ein. Bei der Sektion typischer Befund von progressiver Paralyse.

Der vierte Fall. T. K., 44 Jahre alt, Hafenarbeiter, Lette, wurde am 12. Juli 1930 in die Anstalt in einem sehr erregten Zustande gebracht. Er ist schon vor einem Jahre von der Arbeitsstelle wegen einer Nervenschwäche entlassen worden. Nach entsprechender Behandlung wurde der Gesundheitszustand wieder besser. Kurz nachdem ist eine Verschlechterung eingetreten: der Kranke hat überall Zigarettenstummel gesammelt und in größerer Menge nach Hause gebracht, ist barfuß ins Krankenhaus gelaufen und wollte dort 40000 Lat. holen um einen Scharren zu eröffnen, wollte zu gleicher Zeit für das Geschäft 20 Pfund Butter, 5 Liter Milch und 15 Pfund Käse kaufen. Der Kranke hat in seiner Wohnung die Tür aufgebrochen, ist auch gegenüber seiner Frau gewalttätig gewesen. Einmal habe er vier Lastfuhrleute bestellt und wollte Ausverkauf in seinem Hause veranstalten.

Der Kranke berichtet, daß er im Jahre 1918 ulcus durum gehabt hat, habe auch damals Ausschläge auf dem ganzen Körper gehabt. Nach entsprechender spezifischer Behandlung soll er wieder gesund geworden sein. Vor fünf Jahren hat seine Frau zwei spontane Aborte gehabt (im fünften und sechsten Monat der Schwangerschaft). Außerdem ist ein Kind an Krämpfen im 16. Lebensmonat gestorben.

Im 13. Lebensjahr ist der Pat. schwer an Pocken erkrankt; auch andere Kinder in demselben Hause sind in derselben Zeit krank gewesen und manche sogar an Pocken gestorben. Pockenschutzimpfung ist weder vor noch nach der Pockenkrankheit an dem Pat. vorgenommen worden.

Das Gesicht des Pat. weist deutliche Pockennarben auf. Impfnarben sind nicht nachweisbar. Sonst körperlich keine Abnormitäten. Die Sehnenreflexe sind lebhaft, die Pupillen gleich, reagieren auf Licht und Konvergenz. Die Sprache weist nichts abnormes auf. WaR. im Blute negativ, im Liquor WaR. 0,1, 0,2, 0,5 positiv (4+). NoA. ++.

Der Kranke ist sehr unruhig, geht in der Abteilung auf und ab, will die anderen Pat. behandeln. Einmal schlägt er die anderen Kranken, bald

darauf küßt er sie. Der Pat. rühmt sich acht Sprachen zu sprechen. Er will der Krankenschwester vier Millionen, dem Arzt sechs Millionen schenken. Am 29. VII. wird eine subkutane Malariaimpfung vorgenommen. Am 8. VIII. der erste Fieberanfall mit 39,7° C. Der Pat. ist die ganze Zeit unruhig, ist schwer im Bette zu halten, schläft wenig, beständig spricht er und erzählt den anderen Pat. viel von seinen phantastischen Plänen. Nach neun Steigerungen wird das Fieber unterbrochen. Der Kranke bleibt auch darnach ebenso unruhig wie früher und muß täglich längere Zeit in der Wanne gehalten werden. Er spricht von Milliarden, will tausende von Kindern haben, lärmt, belästigt die anderen Kranken und befindet sich in ständiger Bewegung. Nach Malaria bekommt der Kranke im ganzen 4,5 Neosalvarsan.

Der Erregungszustand dauert bis Ende Oktober. Nach dem lassen die Größenideen nach, und er selbst gibt zu, daß er früher viel Unsinn gesprochen habe, z. B., daß seine Frau ein Panzerschiff geboren habe. Der Kranke hilft den Wärtern in der Abteilung, ist höflich und gehorsam geworden, schläft gut und hat aufgehört irgendwelche Wahnideen zu produzieren. 3. XII. verläßt er die Anstalt als genesen.

Katamnese: Der Pat. macht von Zeit zu Zeit Besuche in der Anstalt. Er ist schon fast zwei Jahre in derselben Stelle, wo er früher vor der Erkrankung tätig war. Er benimmt sich wie ein normaler Mensch; man merkt an ihm in der Sprache und Haltung kaum was von der überstandenen schweren Krankheit.

Der fünfte Fall. J. J., 47 Jahre alt, Russin, wurde in die Anstalt am 2. März 1932 eingeliefert. Im 13. Lebensjahr ist sie an Pocken erkrankt und mußte über zwei Wochen im Bette bleiben. Die Pocken bedeckten das Gesicht, die Beine und die Arme. Ob sie als Kind gegen Pocken geimpft — ist nicht bekannt. Später immer gesund gewesen. Ihr ist nicht bekannt, daß sie an Syphilis leide. Mit 18 Jahren verheiratet, seit dem 20. Lebensjahre Arbeiterin in einer Tabakfabrik. Hat siebenmal geboren, vier Kinder sind gestorben. Man bemerkte schon mehrere Monate vor dem Unterbringen in die Anstalt, daß die Kranke nachlässig in der Arbeit wurde. Sie hat oft nicht die festgesetzte Stunde abgewartet, in welcher die Arbeiter die Fabrik verlassen, sondern ist, ohne irgendwelchen Grund anzugeben, zu beliebiger Stunde nach Hause gegangen. In der Nacht hat sie schlecht geschlafen. Oft in der Mitte der Nacht aufgestanden, hat in der Pliete Feuer gemacht und Vorbereitungen getroffen, um in die Fabrik zu gehen. Oft war sie ganz verwirrt und hat irre gesprochen.

Die Kranke weist somatisch nichts besonderes auf, ausgenommen das ausgesprochen pockennarbigte Gesicht. Kleine weiße Flecken als Überreste der in der Kindheit überstandenen Pocken auch an den Armen, an den Schultern und zuletzt an den Beinen, an den Streckseiten der Kniegelenke. Impfnarben sind nicht vorhanden. Sehnenreflexe lebhaft, keine trophischen Störungen, Sensibilität intakt. Pupillen gleich, etwas entrundet, rechts Lichtreaktion etwas träger, leichte Dysarthrie. Gesichtszüge etwas schlaff. Psychisch ziemlich apathisch, nicht ganz orientiert, faßt schwer auf. Ziemlich ausgesprochene Demenz, schlechtes Rechnen. WaR. im Blut 4+, im Liquor 0,1, 0,2, 0,5 4+. NoA.+, Ly. 7/3, Mastix paralytisch.

Malariakur mit nachfolgenden Neosalvarsaninjektionen. Bis jetzt (Dez. 1932) keine Besserung eingetreten. Die Pat. ist ziemlich dement, sie hat wenig Interesse. Liegt gewöhnlich im Bette. Leichte Gemütslabilität. Oft weint sie ohne jeglichen Grund, dann wirft sie die Kleider ab und geht in der Abteilung herum.

Der sechste Fall. N. L., 60 Jahre alt, Russe, wurde in die Anstalt am 7. Mai 1932 aufgenommen. Krank seit einem Jahre. Ist zerstreut und vergeßlich geworden. Hat die gewöhnlichsten Arbeiten oft ganz falsch verrichtet und zeitweilig irre gesprochen. Auch die Sprache ist undeutlicher geworden. Kurz vor der Internierung in die Anstalt bekam er einen Krampfanfall, der sich an demselben Tage noch einmal wiederholte. Ob der Kranke an Syphilis gelitten, ist nicht bekannt. Er erzählt, daß er als Knabe an Pocken krank gewesen ist, wobei nicht nur das Gesicht, sondern auch am übrigen Körper Pockenpusteln vorhanden waren. Der Kranke weist an beiden Armen nicht ganz ausgesprochene Impfnarben auf (er gibt auch zu, daß er als Kind geimpft worden ist). An der Stirn, rings der Nase und auf der Nase deutliche, aber nicht stark ausgesprochene Pockennarben. Keine Asymmetrie des Gesichts, leichte Atrophie der Zungenmuskulatur, fibrilläres Zittern der Lippenmuskulatur beim Sprechen. Dysarthrie, Pupillen entrundet, Lichtreaktion träge. Patellarreflexe auf beiden Seiten gleich lebhaft. Achillesreflexe nicht auslösbar. Kein Babinski. WaR. im Blute stark positiv (4+), ebenso in der Spinalflüssigkeit in allen Auswertungen. NoA. +, Ly. 19/3, Mastix paralytisch.

Der Kranke ist oft ziemlich verwirrt, hat schlechtes Gedächtnis, liegt passiv im Bette, ist unbeholfen, spricht wenig nur auf Fragen über verschiedene Ereignisse aus seinem Leben, wie etwa über die überstandene Pockenkrankheit, gibt er oft ganz glaubhafte Antworten. Wegen der allgemeinen Schwäche Malariakur unmöglich.

Der siebente Fall. K. J., 38 Jahre alt, Russe, Nachtwächter auf der Eisenbahn, wurde in die Anstalt am 16. Juli 1932 gebracht. Aus der Anamnese ist folgendes zu entnehmen: Im ersten Lebensjahr dreimal gegen Pocken geimpft worden, immer mit negativem Erfolg. Ende des ersten Lebensjahres soll er schwer an Pocken gelitten haben. Vor 15 Jahren verheiratet. Drei Kinder gesund, das vierte Kind vor einem Jahre gestorben. Das rechte Bein von Kindheit an dünner und etwas schwächer als das linke. Lues negiert. Auch die Angehörigen des Pat. wissen nicht, daß der Pat. an Lues gelitten hätte. Im Jahre 1931, nach dem Tode des Kindes, geriet der Kranke in eine Depression und mußte zum Arzt. Beim Untersuchen des Blutes soll damals WaR. positiv ausgefallen sein. Ist dann entsprechend behandelt worden. Damals soll der Pat. noch geistig gesund gewesen sein, war nur nervös und soll schnellen Stimmungswechsel gezeigt haben mit weinerlichem Einschlag. Kurz vor dem Unterbringen in die Anstalt ist er von der Arbeit fortgegangen. Man hat ihn weit von der Arbeitsstelle gefunden, und zwar an einem Orte, wo sein Kind begraben ist. Der Kranke war ganz verwirrt, darum ist er in die Anstalt gebracht worden.

Der Kranke ist klein von Wuchs, sonst kräftig gebaut. Das rechte Bein dünner und etwas kürzer als das linke, außerdem ist der rechte Fuß klumpfußartig gebildet. Das Gesicht mit ausgesprochenen Pockennarben bedeckt, sonst ist der Körper narbenfrei. Impfnarben nicht vorhanden.

Pupillen gleich weit, reagieren gut auf Licht und Konvergenz. Die Sehnenreflexe lebhaft, nur der rechte Achillesreflex fehlt. Handreflexe normal, Sensibilität intakt. Keine Asymmetrie des Gesichts, keine Sprachstörung, auch kein fibrilläres Zittern der Zunge oder der Gesichtsmuskulatur.

Serologischer Befund: Blut und Liquor sind dreimal untersucht worden in zwei verschiedenen Laboratorien. Die Ergebnisse der Untersuchungen sind an beiden Stellen gleich. WaR. im Blute negativ, Liqu. c. sp. 0,1, 0,2, 0,5 negativ, Pandy 3+, NoA. +, Ly. 35/3, Mastix typisch für progressive Paralyse.

Der Patient befindet sich seit dem ersten Tage des Aufenthalts in der Anstalt in einem Zustande starker psychomotorischen Erregung. Er äußert beständig die unsinnigsten Größenideen: er sei Gott und werde zu Göttern auch alle Ärzte der Anstalt erheben. Er sei zu gleicher Zeit auch Kaiser, kann mit einer Hand 1000 Pud (16000 Kilo) heben, versteht alle Sprachen der Welt, sei eine Milliarde von Jahren alt, sei tausendmal gestorben und auferstanden, bietet dem Arzte Millionen an. Die Stimmung sehr unbeständig. Bald ist der Kranke sehr flott, selbstbewußt und froh, kurz darauf verfällt er ohne sichtbaren Grund in eine weinerliche Stimmung: solche dauert nur sehr kurze Zeit und wird von gehobenen Stimmung abgewechselt. Er erbittet von einem anderen Pat. einen Zigarettenstummel und aus Dankbarkeit dafür verleiht er ihm den Titel eines Weltgenerals. Im Rechnen macht er grobe Fehler. Schläft wenig. Manchmal wird er zeitweilig regungslos und verfällt in einen kataleptischen Zustand, aus dem er leicht zu wecken ist. Infolge starker Erregung muß der Pat. im protrahierten warmen Bade gehalten werden. Er wird einer Malaria-kur unterworfen, während der Kur läßt die starke Erregung nach. Der Pat. bleibt in der Anstalt vier Monate. In dieser Zeit wird er ganz ruhig. Die Größenideen lassen nach, die Gedanken werden klarer. Der Pat. verläßt die Anstalt Ende November in einem Zustande fast völliger Genesung.

Ende Dezember 1932 bei einer Kontrolluntersuchung WaR. im Liquor, in einem von den zwei oben genannten Laboratorien negativ, in einem dritten Laboratorium 0,5 positiv (3+), Mastix paralytisch.

Der achte Fall. E. L., 49 Jahre alt, Lettin, trat in die Anstalt am 22. Oktober 1932 ein. Ist schon ungefähr ein Jahr geisteskrank. Behauptet, daß sie viel Geld habe, daß sie von 25 Räubern verfolgt sei. In der letzten Zeit ist sie schlaflos und unruhig geworden.

Die Lichtreaktion der Pupillen: links gar keine, rechts träge. Patellarreflexe erhöht, Achillesreflexe: rechts normal, links nicht auslösbar. Dysarthrie. Im Gesichte Pockennarben. Impfnarben nicht vorhanden. Die Pat. ist erregt, schlecht orientiert. Weiß, daß sie als Kind an Pocken gelitten habe, rechnet sehr schlecht, erzählt, daß sie ungeheuer reich sei. Sie ist sehr unruhig, tobt und schreit mit lauter Stimme. Ab und zu verfällt sie in eine weinerliche Stimmung. WaR. im Blut und Liquor stark positiv, MTR. und MKR. positiv. Im Liquor Lymphozyten 53/3, Mastix paralytisch.

Wenn wir nun eine Schlußfolgerung aus unserem Tatsachenmaterial ziehen, so würde es heißen, daß, wenn überhaupt ein Zusammenhang zwischen progressiver Paralyse und Schutz-

pockenimpfung bestehen sollte, wir ihn gerade im entgegengesetzten Sinne annehmen müßten, als *Daraszkievicz* ihn gemeint hat. Unsere Zahlen deuten mit großer Bestimmtheit darauf hin, daß Menschen, welche nicht geimpft worden sind und darum an Pocken erkrankt sind, im Falle einer späteren luischen Infektion viel stärkere Neigung haben Paralytiker zu werden, als Menschen, die rechtzeitig geimpft sind und darum keine Erkrankung an Pocken durchgemacht haben. Der Gedanke, die Schutzpockenimpfung könnte als ein sehr wichtiger Faktor beim Entstehen der progressiven Paralyse mitgespielt haben, ist unbedingt irrtümlich. Unser Krankenmaterial kann nicht nur als ein Beweis dieser Behauptung dienen, sondern darf auch zur Grundlage einer Vermutung benutzt werden, und zwar, daß Schutzpockenimpfung nicht nur gegen Pocken, sondern vielleicht teilweise gegen Paralyse schützen kann. Doch tut man besser, wenn man von so vagen und nicht leicht verständlichen Hypothesen auf Grund so kleiner Zahlen keinen Gebrauch macht: es scheint sehr wahrscheinlich zu sein, daß bei der großen Seltenheit der pockennarbigen Paralytiker überhaupt unter unseren Paralytikern nur zufällig gegenwärtig so viel pockennarbige sind.

Pockennarbige Paralytiker sind auch in anderen Irrenanstalten Lettlands beobachtet worden, doch in geringerer Zahl als bei uns, z. B. in der staatlichen Irrenanstalt Günthershof bei Mitau ist ein pockennarbiger Paralytiker ca. vor einem Jahre als genesen nach der Malariabehandlung aus der Anstalt entlassen und ein zweiter befindet sich gegenwärtig dort zur Behandlung.

Ich glaube mit unserem Tatsachenmaterial gezeigt zu haben, daß man absolut keinen Grund hat, der Schutzpockenimpfung als einer der größten Errungenschaften der Medizin, ausgehend vom Paralyseproblem, irgendwelchen Abbruch zu tun, und das war auch das Hauptziel meiner Ausführungen.

---

Aus der Provinzial Heil- und Pflegeanstalt Süchteln Johannistal,  
Direktor: Dr. Trapet.

## Vergleichende Untersuchungen über die Handschriften von Schizophrenen und Psychopathen nach graphologischen Gesichtspunkten.

Von  
Dr. P. Gies.

Bei der Beurteilung der Schrift von Geisteskranken stößt man auf Schwierigkeiten. Denn es erhebt sich sofort die Frage, ob man berechtigt ist, die graphologischen Gesetze der Schriftdeutung, wie sie heute allgemein anerkannt und in den Grundzügen festgelegt sind, auch auf die Handschrift von Geisteskranken anzuwenden. Diese Frage kann am besten dadurch gelöst werden, daß man die Handschriften von Geisteskranken derselben Art nicht nur mit einander vergleicht, sondern auch die psychiatrisch aus langer Beobachtungszeit bekannten Eigentümlichkeiten der Kranken zu Rate zieht. Inwieweit hierbei die graphologischen Erfahrungen aus der Beurteilung von Handschriften Gesunder verwandt werden können, muß sich auf diese Weise herausstellen.

Es kommen andere Schwierigkeiten hinzu; z. B. sind nicht alle Handschriften von Geisteskranken ohne weiteres für diese Vergleichung geeignet. Man unterscheidet bekanntlich zwischen den Handschriften von Geübten und Ungeübten. Die Handschrift der letzteren bietet in der Deutung bzw. bei dem Vergleich mit anderen Handschriften Schwierigkeiten, insofern nämlich als man bei den Handschriften Ungeübter nicht mit einer sicheren Ausdrucksmöglichkeit durch die Schrift rechnen kann. Bringt jemand mühselig unter Anstrengung eine gerade lesbare Schrift zustande, so kann man wohl nicht behaupten, daß hier die Möglichkeit besteht, aus dieser Schrift wesentliche Schlüsse auf Persönlichkeit oder Art der Geistesverfassung ziehen zu können. Vielleicht wird sich bei der ungeübten Handschrift auch die ataktische Schrift des Paralytikers oder die Zitterschrift des Potators bemerkbar machen; doch ist damit weder etwas Neues noch etwas Eingehendes zu erfahren.

Ganz anders können die Dinge bei den Handschriften schreibgewandter Kranker liegen. Die Technik des Schreibens macht hier überhaupt keine Mühe mehr. Erst dadurch ist es möglich, — wie

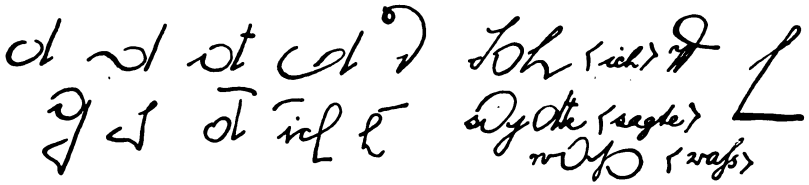


Abb. 1

ja auch in der Handschrift Gesunder — von einem gewissen Zusammenhang zwischen Handschrift und der psychischen Persönlichkeit sprechen zu können. Bei der Analyse fällt nun zuerst auf, daß bei weitem nicht alle Handschriften, z. B. von Schizophrenen, Besonderheiten aufweisen, die nicht auch bei geistig Gesunden gefunden werden könnten. (Wir sehen in allen diesen Fällen natürlich vom Inhalt der Schreiben ab, der hier ja nicht zur Erörterung steht.)

Sehr viele Handschriften des schizophrenen Formenkreises zeigten eine geordnete Handschrift, wie sich durch Vergleiche mit Schriften Geistesgesunder mit Sicherheit feststellen ließ. Die Raumbehandlung war durchaus normal, Größe der Schrift — sowohl relative wie absolute — war unauffällig und nicht in der einen oder anderen Weise übertrieben. Die Buchstaben waren regelrecht gebildet. Die Unterschrift ohne alle krankhaften Zutaten. Die Zeilenführung gerade und nur in dem einen oder anderen Falle waren geringfügige Schwankungen zu bemerken, wie sie ja auch gelegentlich in den Handschriften Gesunder vorkommen. Handschriften von diesem Gepräge waren besonders dann zu beobachten, wenn es sich um Kranke handelte, die in der Hauptsache noch geordnet, nur durch die eine oder andere »Verschrobenheit« oder Wahnbildung auffällig waren. Auch bei stärker ausgeprägten Fällen war häufig nichts Besonderes zu bemerken und man hatte keine Anhaltspunkte, aus der Schrift irgendeine Störung herauslesen zu können. Sichere Ergebnisse fanden wir dagegen bei einer ganzen Reihe von paranoiden Schizophrenen. Es handelte sich dabei um Fälle ausgeprägtesten Wahnbildung.

Im Fall 1 handelt es sich um eine paranoide Schizophrene Anfang der Dreißig, die voller Wahnideen steckt, außerordentlich redselig, jedoch in keiner Weise zu beeinflussen ist. Sie ist ganz in ihre Ideen eingesponnen, sperrt sich gegen alles, ist gehemmt, widerspruchsvoll und auch widerstrebend, wenn ihr etwas gesagt oder aufgetragen wird. Sie führt ihren eigenen Willen durch, so weit ihr das möglich ist.

Die Schrift dieser Kranken ist eine ausgesprochene Winkelschrift mit gelegentlichen Arkaden und eingestreuten Girlanden. Die Schriftlage ist sehr wechselnd. Von äußerster Linkslage schwankt

sie bis zur äußersten Rechtslage, allerdings wird die jeweilige Schriftlage im selben Schriftstück gewöhnlich beibehalten. Was an dieser Schrift besonders auffällt, ist die Tatsache, daß in fast jedem Brief neue Besonderheiten und Varianten auftreten, die vorher nie bemerkt wurden. Konstant bleibt die mannigfache und wechselnde Schleifenbildung bei demselben Buchstaben und die mannigfachen Variationen für ein und denselben Buchstaben (Abb. 1).

Zum Beispiel wird der Buchstabe d auf die verschiedenste Art gebildet. Das deutsche kleine d weist eine abnorm zurückgebogene Schleife auf, auch die Bildung des kleinen g ist wechselnd und mannigfach. Mehrfach kommt in der Handschrift vor, daß von den Kurzbuchstaben einige isoliert in ganz besonderer Verzerrung und überragender Größe geschrieben sind. (Vergl. Abb. 1, »ich« »sagte« »was«). Ferner zeigte es sich, daß verschiedentlich Zutaten gemacht worden sind, die bei den Buchstaben keine Berechtigung haben. (Abb. 1 untere Reihe d, ich, h.) Eine besondere Erklärung durch die normale graphologische Deutung ist nicht möglich. Die etwas sperrige Schrift entspricht mit ihren Winkeln und den oft haarscharf ausgezogenen Linien dem widerstrebenden und widersprechenden Wesen der Patientin. Die Schriftform entspricht also den Regeln, die wir von der normalen Graphologie her kennen, während alle anderen Elemente der Schrift, wie schon erwähnt, mehr oder weniger mit diesen Regeln nicht zu deuten sind. Die Raumbehandlung des Papiers entspricht wiederum der nicht zu stillenden läppischen Geschwätzigkeit der Kranken. Sie beschreibt jeden Fetzen Papier bis in den letzten Winkel.

Bei Fall 2 handelt es sich um eine völlig zerfahrene Schizophrene der paranoiden Form (Abb. 2).

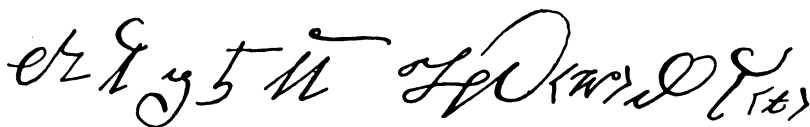


Abb. 2

Es konnten bei dieser Schrift Zweifel darüber bestehen, ob es sich hierbei um eine geübte oder ungeübte Handschrift handelt. Vergleiche mit früheren Briefen beweisen aber, daß die Kranke schreibgewandt ist und die Verworrenheit der Handschrift andere Gründe haben muß. Wir bestätigen die Erfahrungen Gerstners, der den Typ dieser Schrift bei Geistesgestörten festgestellt hat, die an Wahnideen litten. Auffällig ist wieder die große Variabilität der Buchstabenformen und die Vorliebe für absonderliche Schleifen, wie wir sie ähnlich bei Fall 1 schon festgestellt haben.

Fall 3 ist eine paranoide Schizophrene; doch ist die Wahnbil-



ung hier nicht immer ohne weiteres erkennbar. Bei Schriftvergleich stellt sich heraus, daß wieder ungewöhnliche Schleifenbildungen auftreten, besonders die Unterlänge des g weist einen Knick auf, der zwar auch bei Gesunden vorkommt, aber in auffälligem Maße bei den paranoiden Schizophrenen gefunden wird (Abb. 3).



Abb. 3

Ebenso ist die vereinfachte Bildung des deutschen großen H auffällig. Man würde sie nicht ohne weiteres als krankhaft ansehen, muß jedoch feststellen, daß diese Bildung des H häufig bei den Schizophrenen der genannten Art gefunden wird (Abb. 3 die beiden letzten Buchstaben). Sie stammen von einer anderen Schizophrenen, als die ersten fünf Buchstaben dieser Abbildung. Langenbruch gibt diese Form bei psychischen Störungen an.

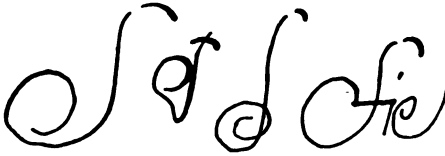


Abb. 4

Fall 4. Wiederum ist auffällig, wie sehr die Bildung desselben Buchstaben variiert, auch finden wir hier schon die Zusammensetzung eines Buchstaben aus mehreren Ha-

ken, die uns später noch begegnen wird (Abb. 4).



Abb. 5

Wir vergleichen dazu Abbildung 5, die von einer anderen Schizophrenen stammt.

Fall 5. Schizophrenie wie oben. Wir können hier wiederum neue Elemente feststellen, die zu den schon früher beschriebenen hinzukommen.

Es treten nicht nur absonderliche Schleifen in der Schrift auf, man findet auch innerhalb der Buchstaben merkwürdige Trennungen und

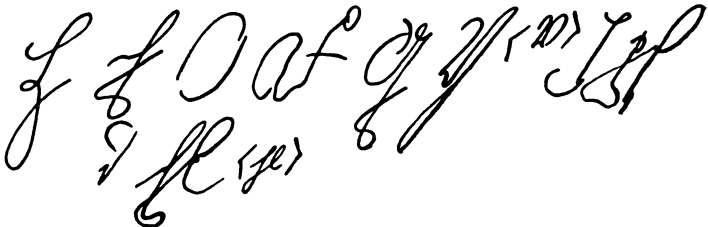


Abb. 6

Hemmungen; die Buchstaben sind zum Teil aus mehreren Haken zusammengesetzt (Abb. 6).

Es fällt wieder die Bildung des großen deutschen H auf, wie schon bei Fall 3 beschrieben. Dazu die Verschlingungen der Unterlängen, zum Beispiel beim ch, beim g und h; auch werden ganz unnötige Haken angesetzt. Wir vergleichen hiermit die Abbildungen 3 und 7.



Abb. 7

Die drei ersten Buchstaben von Abbildung 7 stammen ebenfalls von einer paranoiden Schizophrenen. Der letzte Buchstabe von einer anderen Kranken derselben Art. Eine Übereinstimmung der Buchstaben von Abbildung 3, 6 und 7 dürfte augenscheinlich sein. Buchstaben sind innerhalb des Wortes unterbrochen. Die Unterlängen zeigen eine Verschlingung, die man in der normalen Graphologie als Effekthascherei, Geltungsbedürfnis u. ä. bezeichnen würde. Daß diese Deutung hier nicht zutreffend sein kann, scheint naheliegend. Man hat diese Schlingen auch als Wirkung störender Erlebniseindrücke bezeichnet. Psychoanalytische Deutungsversuche wollen diese Schlingen mit sexuellen Dingen in Verbindung bringen.

Bei Fall 6 handelt es sich wieder um den Typ der oben beschriebenen Schizophrenen. Wie Abbildung 8 zeigt, ist wiederum eine ganz

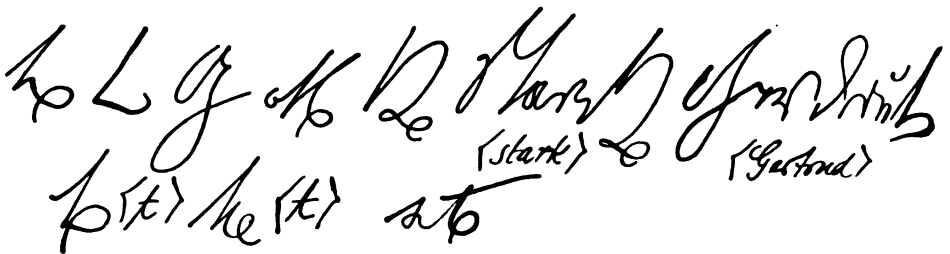


Abb. 8

besondere Vorliebe für groteske Schleifen und Schnörkel vorhanden; es ist zu beachten, daß eine Anzahl von Buchstaben, z. B. das t in einer ganzen Reihe von Varianten vorhanden ist. Die mannigfache Schleifenbildung, oft ganz absonderlicher Art, ist aus der Abbildung ersichtlich. Bei einem Fall von wahnbildender Schizophrenie endlich, — es handelt sich um eine ungetübte Handschrift — ist der ganz groteske Wechsel der Schriftlage innerhalb desselben Schriftstückes

erkennbar. Sie schwankt zwischen stärkster Links- und Rechtslage. Teilweise fanden sich Links- und Rechtslage sogar im selben Wort, an manchen Stellen war die Schrift ganz steil gestellt.

Es kann nicht Sache dieser Abhandlung sein, eine eingehende Deutung der Schrift von Geisteskranken im Sinne der Graphologie zu geben, es ist vielmehr unsere Aufgabe an einem größeren Material durch Vergleich festzustellen, ob immer wiederkehrende Eigentümlichkeiten bei der Schrift derselben Kranken bemerkt werden. Wir lassen das bisher Festgestellte folgen:

Es kommen bei Schizophrenen sämtliche Schriftformen vor, häufig Winkelschrift und zwar diese in all den Fällen, die Hemmungen und Sperrungen zeigen. Daneben findet sich Arkaden- und Fadenschrift; Girlanden treten dann auf — wie auch sonst in der Graphologie — wenn es sich um beeinflufßbare Naturen handelt. Man geriet völlig in die Irre, wenn man die Handschrift Schizophrener in graphologischem Sinne auszudeuten versuchte. Einzelheiten stimmen fast nie mit der üblichen Deutung der Lehrbücher überein. Es spielen bei der Handschrift Schizophrener in besonders hohem Maße noch Dinge eine Rolle, die z. B. als Nachahmungstrieb willkürlich auftreten und sich der Kontrolle entziehen.

In dem bisher Gesagten konnten wir feststellen, daß auffällige Schriftveränderungen mit einer gewissen Sicherheit nur bei den paranoiden Formen der Schizophrenie auftraten.

Häufig war

1. Vorliebe für Schleifen und Schnörkelbildung. Sie ist zwar nicht konstant, tritt aber immer wieder gelegentlich auf.
2. Vorliebe für absonderliche und ungewöhnliche Art der Buchstabenbildung.
3. Zusammensetzung von Buchstaben aus Stücken und Bogen, Unterbrechungen und Hemmungen innerhalb eines Buchstabens, Knotenbildung.
4. Häufige Unterbrechungen von Worten, fehlende Verbundenheit der Schrift.
5. Unnötige Zutaten und Vorliebe für Variationen bei demselben Buchstaben.

Mit diesen Feststellungen soll nicht gesagt werden, daß irgend eine Schleifenbildung, wie sie in den vorherigen Abbildungen gezeigt wurden, nicht auch gelegentlich bei Gesunden vorkommen könnte; wesentlich ist jedoch, daß diese Schleifen in ihrer oft grotesken Form mit einer gewissen Sicherheit bei paranoiden Schizophrenen zu finden sind. Diese Tatsache ergibt vielleicht neue Deutungsmöglichkeiten für die normale Graphologie, in welcher man abnorme Schleifen vielfach rein formal als Effekthascherei oder überschwängliche Phantasie deutet, während sie in Wirklichkeit vielleicht krankhafte Zustände anzeigen.

Die Schleifenbildung ist durchaus in Parallele zu dem »leeren Geklapper« zu setzen, das man sonst bei Schizophrenen gewohnt ist. Es sei nur in diesem Zusammenhang auf die Vorliebe für schmückende Beiworte hingewiesen, wie sie bei paranoiden Schizophrenen häufig gefunden wird, etwa in folgender Art: »Seine christ-katholische Eminenz, unser gütigster, gnädigster Vater der Christenheit, durch Gottes Gnade und Weisheit Papst Pius XI.«

Wir beobachten ferner bei Schizophrenen die bekannten Malereien in der Schrift, Blumen, Figuren, Ausschmückung von Großbuchstaben, die man vielleicht als eine Erweiterung dieser Vorliebe für Schleifen- und Schnörkelbildung auffassen darf.

Ein wesentlich umfassenderes graphologisches Bild bietet die Schrift von Psychopathen. Vergleicht man einige derartige Handschriften, so sind auch hier wieder auffallende Übereinstimmungen feststellbar. Diese Schriften sind aber im Gegensatz zu den Schriften Schizophrener mit Sicherheit nach den Regeln der Graphologie zu deuten, ja man kann geradezu die Behauptungen der graphologischen Schriftdeutung an ihnen nachprüfen, wenn man die Krankengeschichte dieser Kranken zu Hilfe nimmt.

Wir geben im Folgenden die zusammengefaßte Charakterisierung der betreffenden Kranken und lassen die graphologische Deutung der Schrift folgen, so weit es im Rahmen dieser Arbeit möglich ist.

Bei dem Fall H. handelt es sich um eine ehemalige Krankenschwester, die dem ausgedehntesten Morphiumabusus verfallen, alle Untugenden der Psychopathen und Morphinisten in sich vereinigt. Sie ist von einer ausgesprochenen Unzuverlässigkeit in ihren Angaben, zeigt Rachsucht, Verlogenheit, Bosheit und ausgeprägte Hinterlist. Z. B. versuchte sie durch Vortäuschen der verschiedensten Krankheiten Narkotika zu erhalten. Die im Anfang jeweils zugezogenen Spezialärzte fanden nichts und die spätere langdauernde Beobachtung gab ebenfalls keinen Anhaltspunkt für die vorgetäuschten Leiden. Die Patientin versuchte nach diesem Mißerfolg durch Beschimpfung der behandelnden Ärzte ihre Angaben zu bekräftigen. »Die Kerle wüßten ja doch nichts und sie ließe solche Pfscher nicht mehr an sich heran.« Als alle Versuche, Narkotika zu erhalten, fehlschlagen, betrachtete die Patientin den behandelnden Arzt als ihren persönlichen Feind, der sie auf das Schlechteste und Menschenunwürdigste behandle; sie schreckte vor Verleumdungen und Lügen in keiner Weise zurück.

Vergleichen wir mit dieser kurzen Skizze das, was uns die Handschrift sagt. Die Schrift dieser Kranken zeigt in der Hauptsache Arkaden, Girlanden nur gelegentlich. Schlägt man zur Deutung eines der üblichen Lehrbücher auf, so finden wir übereinstimmend die Angabe, daß Arkaden besonders gern bei Menschen, zu deren

Wesensart Verstellung und Zurückhaltung gehört, zu finden sind. »Berechnetes Vorgehen ist zur zweiten Natur geworden« (H. Gerstner). Auffallend ist ferner die starke Vernachlässigung des Einzelbuchstabens (Abb. 9).

Die zeitweise sehr starke Druckbetonung einer Schleife, eines Buchstabens, besonders zu Beginn eines Wortes, deutet auf plötzliche Affekte. Unterbrechungen der Worte und auch der Buchstaben finden sich häufiger. Der Wortabstand ist ungewöhnlich groß, die

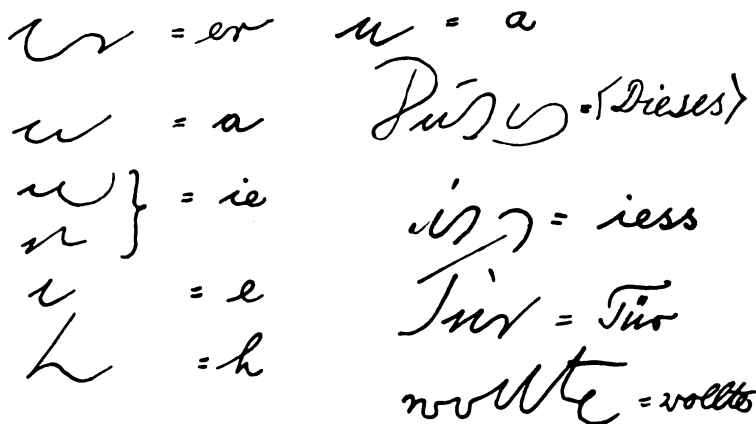


Abb. 9

Zeilen haben beträchtliche Weite, sie sind vielfach gegen Ende der Zeile ansteigend, dann wiederum haben die Zeilen ein wellenförmiges Aussehen. Hin und wieder sind sogar längere Wörter im Anfangsteil ansteigend und gegen Schluß absinkend. Die Endstriche der Buchstaben sind vielfach lang ausgezogen und dolchförmig zugespitzt, was der allgemeinen Deutung nach bei leicht explosiblen, cholerischen Charakteren häufig zu finden sein soll. Die beschriebene Zeilenführung deutet auf Schwankung im Affekt, zum Teil auch auf Erschöpfung und körperliche bzw. psychische Insuffizienz hin. Die großen Zeilen bzw. Wortabstände lassen mehrere Erklärungen zu. Reserviertheit und Ablehnung, Unzugänglichkeit, Überhebung u. dgl. Eigenschaften, die im Charakterbild der Kranken tatsächlich in erheblichem Maße aufzufinden sind. Die Schrift in ihrer Gesamtheit spiegelt mit den schlecht ausgeführten Buchstaben, der gelegentlichen Druckbetonung von Anfangsbuchstaben sowie dem Auf und Ab der Zeilen das haltlose, verschlossene, ablehnende und im Affekt dauernd wechselnde Wesen der Kranken wieder, dazu natürlich die außerordentlichen Ermüdungssymptome körperlicher und geistiger Art.

Wir lassen uns mit Absicht nicht auf Feinheiten der Deutung

ein und ziehen nur die Grundsätze der Graphologie heran, die unumstritten feststehen, um uns nicht in Spekulationen zu verlieren.

Mit dieser geschilderten Handschrift vergleichen wir die Schrift einer zweiten Psychopathin.

Es handelt sich um eine Hochstaplerin und Betrügerin, die schon häufig mit den Gesetzen in Konflikt geraten ist. Sie kennt die Atmosphäre der Gerichte und Gefängnisse und ist in Anstalten zu Hause. Völlig orientiert, wie sie es anzustellen hat, dieses oder jenes zu erreichen, legt sie sich virtuoser Weise die verschiedensten Krankheiten zu: Sie weiß mit Angstzuständen, »Nervenzusammenbrüchen«, Herzleiden, Lähmungen, Lidflattern im geeignet scheinenden Moment aufzutreten, schreibt rührselige Briefe an Leute, die irgendwie Einfluß auf ihr Geschick haben. Das hindert nicht, daß sie gelegentlich auch Drohungen gebraucht, wenn sie glaubt bei einem gutmütigen Menschen Eindruck machen zu können. Dann wieder ruft sie die Menschlichkeit des Betreffenden an, macht Gedichte, die von Sentimentalität triefen und die übelste Lobhudelei enthalten. Sie lügt alles, was sie dem Arzt beschwörend und feierlich erklärt. Alles in allem ist sie undurchschaubar und man kann in fast keinem Falle erkennen, ob das, was die Kranke sagt, Lüge oder Wahrheit ist. Dazu kommt, daß die Kranke in einer ganzen Reihe von erotischen Händeln eine Rolle spielt, merkwürdigerweise sich aber immer als die Betrogene und Sitzengebliebene kennzeichnet. Urkundenfälschung und Betrugerei sind in der Anamnese zu finden. Vergleichen wir mit dieser kurzen Schilderung die aktenmäßig immer wieder bestätigt und von den verschiedensten Stellen ergänzt wurde, das, was die Schrift uns mit Sicherheit zu erkennen gibt.

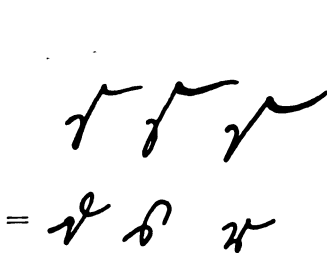


Abb. 10

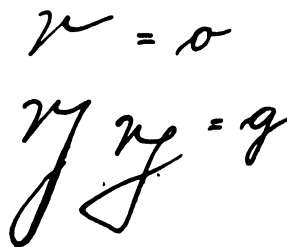


Abb. 11

Es handelt sich bei der Schrift in der Hauptsache um eine aus Winkeln und Arkaden gemischte Schriftform; wie uns bereits bekannt ist, findet man Arkaden hauptsächlich bei Menschen, die zurückhaltend sind und sich verstellen. »Die Arkadenschreiber bestechen häufig durch ihre Höflichkeit.« Die Winkel in der Schrift werden auf Eigenwilligkeit und Härte gedeutet. Wir erinnern uns an den letztbeschriebenen und psychisch so verwandten Fall, bei

dem es sich gleichfalls um eine Arkadenschrift handelte. Die stark anschwellenden, druckbetonten Unterlängen lassen gesteigerten Sexualtrieb vermuten (nach Langenbruch). Besonders auffallend und wichtig ist die Feststellung, daß d, s, r mit fast den gleichen Zeichen geschrieben werden (Abb. 10).

Auch hier dürfte die Feststellung der Liebe zum Unklaren, Täuschen und Vertuschen keinem Widerspruch begegnen. Dieses Erkenntnis aus der Schrift deckt sich durchaus mit dem, was uns aus der Geschichte der Patientin bekannt ist. Wir finden auch hier, wie bei der ersten Psychopathin, dolchförmig zugespitzte Endstriche. Stellenweise sind druckbetonte derartig geführte Endstriche zu beobachten, die als Eigenwilligkeit und Ablehnung zu deuten sind. Die U-Bogen sind nach unten geöffnet, was für gewöhnlich auf Heuchelei gedeutet wird. Die sehr stark geneigte Schrift wird bei großer Erregbarkeit, Leichtfertigkeit und Leidenschaftlichkeit gefunden. Ineinandergeführte Haar- und Grundstriche deuten auf Lüge. Oben gerundete a, o, g bedeuten nach Langenbruch Heuchelei. Es finden sich wiederholt Buchstaben, die in dieser Art gebildet sind (Abb. 11).

Wir stoßen selbst, wenn wir die Handschrift nur in groben Zügen zu deuten versuchen, zu wiederholten Malen auf die Angabe: Heuchelei, Unwahrhaftigkeit, Neigung zum Täuschen und Lügen, finden also Übereinstimmung mit den uns bereits bekannten und oben skizzierten Charaktereigenschaften. —

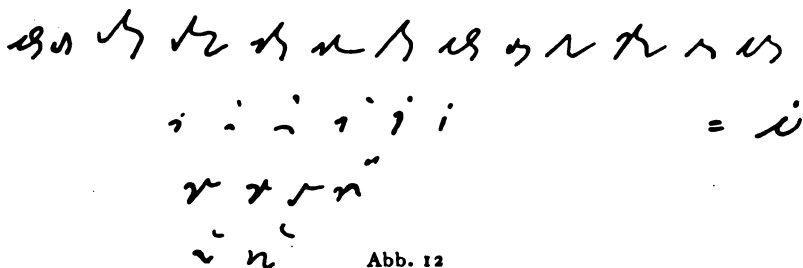


Abb. 12

Bei einer dritten typischen Psychopathin war das Ineinanderführen der Haar- und Grundstriche ebenfalls zu beobachten. Auch hier liegt eine ausgesprochene Winkelschrift vor. —

Bei einer vierten Psychopathin, allerdings einer leichteren Form, handelt es sich um ein älteres Fräulein Ende der Fünfzig, deren Charakterzeichnung etwa folgende ist: Anamnese: Schlechteste Familienverhältnisse, Notzucht durch Verwandte in jungen Jahren, Abusus von Narkoticis, Neigung zu Suicid, haltloser, gebrochener Charakter mit hundert psychischen Hemmungen und körperlichen Beschwerden beladen, häufig zutiefst deprimiert.

Auch hier weist die Schrift weitgehendsten Parallelismus auf (Abb. 12 und 13).

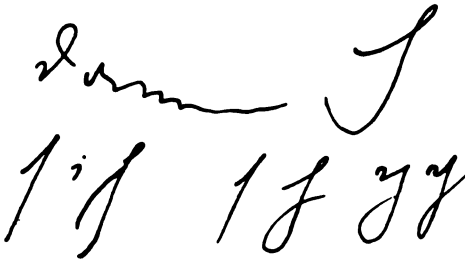


Abb. 13

Das Auffallendste sind an dieser Handschrift die schon bei oberflächlicher Betrachtung in Erscheinung tretenden Ermüdungssymptome. Die Schrift sinkt immer unter die Zeile, die Wortenden sinken ab und werden zum Teil fadenförmig ausgezogen oder verstümmelt. Die gewöhnliche Deutung dieser Symptome ist: höchste Ermüdung, körperlich wie seelisch. Auslassung von Buchstaben und Buchstabenteilen ist fortwährend anzutreffen. Die Verbundenheit der Schrift fehlt meist. In manchen Worten stehen die Buchstaben, zum Teil auf das Allernötigste reduziert nebeneinander, die U-Haken sind strichförmig ohne Druck und zum Teil nach rechts unten absinkend, zum Teil verkümmert. Deutung: Ermüdungs- und Insuffizienzerscheinungen wie oben. Beim deutschen kleinen sch wird das c nie geschrieben. Im Gegenteil stehen langes s und h unverbunden nebeneinander (Abb. 13). Das kleine deutsche a ist fast nirgends in normaler Ausführung zu finden, es tritt fast nur verstümmelt auf; das Gleiche wird bei anderen Kurzbuchstaben wie i, o, u beobachtet.

Wieder handelt es sich um eine ausgesprochene Arkadenschrift, über die uns das Nötige schon bekannt ist. Es treten auch hier, wie im vorigen Beispiel (Abb. 11) Buchstaben auf, die in abnormer Weise gebildet sind. Nach Langenbruch bedeutet dieses nach oben gerundete a, o, g Heuchelei, eine Auffassung, der sich auch andere, wie z. B. Gerstner, anschließen. Wir müssen sie an Hand der vorliegenden Beweise bestätigen. Die Schriftlage ist sehr wechselnd und schwankt zwischen 80 und 20 Grad. Wir können bei dieser Schrift auf stärkste Insuffizienzerscheinungen seelischer und körperlicher Art schließen. Wir können hier die Arkaden in dem Sinne deuten, daß es sich um eine unlustbetonte, abwehrende Geste handelt. Für die oben beschriebene Deutung der Arkadenschrift boten sich uns in diesem Falle nicht genügend Anhaltspunkte. Auffallend ist in der Schrift wiederum die außerordentlich große Unverbundenheit; diese wird ganz allgemein als pathologisch gedeutet. Die Deutungen



im Speziellen gehen dabei auseinander; einzelne Autoren geben an, daß die völlig unverbundene Schrift gern bei Gehirnkrankheiten auftritt; man hat ferner gefunden, daß diese Schrift bei Menschen auftritt, in deren Anamnese geistesgestörte Vorfahren zu finden waren. Für die zuletzt beschriebene Psychopathin trifft dies zu. Einheitlichkeit in der Deutung der unverbundenen Handschrift ist noch nicht erzielt, man findet diese Schrift sogar bei Geistesgesunden. In dem Zusammenhang soll daran erinnert werden, daß die unverbundene Handschrift bei Friedrich Nietzsche zur Zeit seines Zusammenbruchs zu finden war, z. B. pflegte er seinen Namenszug aus völlig unverbundenen Buchstaben zusammenzusetzen.

Fassen wir das bisher Festgestellte zusammen, so kann man sagen, daß sich in der Handschrift von Psychopathen häufig die schwersten körperlichen und geistigen Insuffizienzerscheinungen spiegeln, unverbundene Schrift ist häufig anzutreffen, Winkel und Arkadenschrift vorwiegend. Die Buchstaben sind zum Teil sehr stark vernachlässigt und reduziert (Abb. 9 und 11).

Fragen wir uns, welchen Nutzen der Versuch einer graphologischen Handschriftenbeurteilung Geisteskranker haben kann, so ergibt sich ohne weiteres, daß noch kein abschließendes Urteil abgegeben werden kann, wir haben es vorläufig noch mit Deutungsversuchen zu tun, nicht aber mit abgeschlossenen Ergebnissen. Dies gilt besonders für die Beurteilung Schizophrener, deren Handschriften in der Hauptsache nicht nach den Regeln der Graphologie gedeutet werden können. Es muß zu dieser Frage noch mehr Material gesammelt werden. Außer Zweifel aber steht, daß hier Möglichkeiten vorliegen, die, weiter ausgebaut, ein Hilfsmittel der Diagnose werden können. Andererseits ist es aber auch wertvoll, wenn wir durch Unterlagen psychiatrischer Art in der Lage sind, empirisch gefundene Tatsachen der Graphologie zu erhärten. Unsere eingehende Kenntnis des psychischen Verhaltens Kranker und die Beobachtung der Handschrift dieser Kranken ermöglicht es uns beim Handschriftenvergleich gemeinsame Kennzeichen herauszufinden, die für die geistige Störung mehr oder weniger charakteristisch sein können. Jedenfalls scheint der Versuch angebracht, der Schrift von Geisteskranken erneut Aufmerksamkeit zu widmen, zumal diese Dinge auch praktisch an Bedeutung gewinnen können. Die Graphologie spielt heute schon eine bedeutende Rolle in der gerichtlichen Praxis; es wäre wesentlich, wenn man sichere Kennzeichen für eine Schrift von Geisteskranken angeben könnte, oder doch wenigstens Kennzeichen, die häufiger bei Geisteskranken festzustellen sind. Dazu soll diese Arbeit ein Beitrag sein.

# 10 Jahre Fieberbehandlung der progressiven Paralyse an der Psychiatrischen Klinik Freiburg.

Von

Otto Erich Zschocke, Chemnitz i. S.

Das klinische Material, das sich während dieses Zeitraumes (1921—31) angesammelt hat, ist nicht allzu groß; es umfaßt insgesamt noch nicht ganz 200 Krankheitsfälle. Die Arbeit ist deshalb nur als Beitrag zu dem bisherigen Material über die Fiebertherapie bei Paralyse gedacht, sie verzichtet darauf, aus den vorliegenden Fällen weitgehende Schlüsse zu ziehen und knüpft nur in wesentlichen Punkten an die Ergebnisse anderer Autoren an.

Ein Umstand erschwerte die Bearbeitung der Fieberfälle sehr: Es mußte die Statistik rückschauend angelegt werden, da die Krankengeschichten im allgemeinen nicht unter dem Gesichtspunkt einer späteren Statistik angelegt wurden. So klaffen oft beträchtliche Lücken, die eine volle Auswertung der vorliegenden Krankheitsfälle nicht zulassen.

## Überblick.

Als erste Fiebermethode fand die Impfung mit Spirochäten der afrikanischen Rekurrens an der Klinik Eingang.

Auf die Anregung *Steiners* hin wurde das Impfmateriale aus der Heidelberger Klinik besorgt. Diese Behandlung wurde an nicht allzu viel Fällen bis zum Jahre 1925 durchgeführt, worauf sie der Malariabehandlung endgültig das Feld räumen mußte.

1924 fanden an der Freiburger Klinik die ersten Versuche mit Pyrifer statt. Das Material wurde von der Firma Rosenberg, Freiburg zu Versuchszwecken zur Verfügung gestellt. Die erste Statistik über diese Impfungen findet sich in der Dissertation von Dr. *Liehr*, Neiß<sup>1)</sup>. Diese Versuche sind später nicht fortgesetzt worden, da die Erfahrung bekanntermaßen ergab, daß der Pyriferbekämpfung nur ein sehr begrenztes Indikationsfeld zugewiesen werden kann.

1925 kommt endlich auch die Malariatherapie zur Anwendung, nachdem bis dahin derartige Versuche durch die

<sup>1)</sup> *W. Liehr*, Über eine Fieberbehandlung der P. P. mit einem unsp. Reizmittel (Pyrifer). (Inaugural-Dissertation an der Freiburger psychiatr. Univ.-Klinik.)

Schwierigkeit der Materialbeschaffung unmöglich gewesen waren. Diese Schwierigkeit wurde bes. dadurch noch größer, daß in Freiburg bei dem verhältnismäßig kleinen Paralytikermaterial durchaus nicht damit gerechnet werden konnte, den einmal beschafften Plasmodienstamm durch stetige Menschenpassagen zu erhalten. Da jetzt Methoden gefunden worden waren, die Plasmodien auch für Tage außerhalb des menschlichen Körpers infektionsfähig zu erhalten, da außerdem diese Therapie an allen Kliniken der Umgebung Freiburgs Eingang gefunden hatte, war nun jeder Zeit Gelegenheit gegeben, für einen ausgestorbenen Stamm Ersatz zu schaffen.

So fanden an der Freiburger Klinik im Laufe der Zeit Impfungen mit recht verschiedenen Stämmen statt, die zunächst aus Heidelberg, dann aber auch aus Basel, aus der Heilanstalt Emmendingen und schließlich auch aus der Freib. med. und Hautklinik beschafft wurden. In den letzten Jahren wurde dann die Therapie bei fast allen geeigneten Patienten der Klinik angewendet, so daß die Stämme fast nie zum Aussterben kamen.

Ich gehe nun zu der Besprechung der einzelnen Behandlungsmethoden über.

#### Die Rekurrensimpfungen.

Es sei folgende Bemerkung vorausgeschickt: Bei sämtlichen Angaben über Remissionen erfolgt die Einteilung der Remissionen nach einem Schema, das *Pfeifer* in seiner Statistik vom Jahre 1931 über die Malariabehandlung in der Landesheilanstalt Nietleben b. Halle angegeben hat<sup>2)</sup>. *Pfeifer* teilt im Gegensatz zu *Gerstmann* die Defektheilungen nochmals in Einzelgruppen, u. z. bedeutet

- I. Vollremission: Bei voller sozialer Brauchbarkeit ist die Persönlichkeit des Patienten vollständig erhalten geblieben.
- II. Defektheilung:
  - a) Berufstätig im früheren Beruf.
  - b) Berufstätig in einem untergeordneten Beruf.
  - c) Nicht berufstätig, aber entlassungsfähig.
  - d) In der Anstalt in einem Berufe zu verwenden.
- III. Stehenbleiben des Krankheitsbildes auf der Stufe, die bei Beginn der Malariatherapie vorlag.
- IV. Verschlechterung nach der Therapie.

Anmerkung: Diese Einleitung erfolgt rein nach den psychischen Symptomen; denn schließlich leitet sich auch die soziale Brauchbarkeit fast allein aus den psychischen Symptomen ab. Inwieweit eine Fieberkur den organischen Prozeß zu beeinflussen vermochte, geht aus dieser Einteilung nicht hervor. Ehe der zeitliche Abstand von den Kuren bei Aufstellung einer Statistik nicht

<sup>2)</sup> *W. Pfeifer* und *F. v. Rhoden*, 6 Jahre Malariatherapie in der Landesheilanstalt Nietleben. (Dtsch. Zschr. f. Nervenheilkunde, 1931.)

eine Reihe von Jahren beträgt, läßt sich von dem Einfluß einer Kur auf den organischen Krankheitsprozeß selbst nichts mit Sicherheit sagen.

Eine späte Statistik wird mit sehr großer Wahrscheinlichkeit überschauen können, in welchen Fällen die Fiebertherapie des paralytischen Prozesses endgültig Herr wurde, und in welchen es ihr nicht gelang. Eine solche Statistik wird deshalb den Kernpunkt des Problems der Fiebertherapie: Vermag sie der Paralyse die Progression zu nehmen? zum Hauptgegenstand ihrer Betrachtung machen können. Sie würde zwei Hauptgruppen unterscheiden: Überlebende und Gestorbene; denn die durch eine Fiebertherapie in bezug auf den organischen Prozeß unbeeinflußt gebliebenen Fälle würden dann trotz evtl. vorübergehender Remission unter der Rubrik der Gestorbenen miterscheinen.

Eine derartige Einstellung würde Klinik und Pathologie der fieberbehandelten Paralyse gerecht werden können.

Rekurrensimpfungen.

Krankheitsdauer	Impferfolg	Todesfälle					Remissionen							
		whrd. d. Kur	1.J.	2.J.	3.J.	4.J.	5.J.	I	IIa	IIb	IIc	II d	III	IV
> 1 Jahr	Gute Reakt.		1		1									1
	Spärl. Reakt.	1	2		1					1				
	Keine Reakt.			1										
< 1 Jahr	Gute Reakt.				1	1	1							1
	Spärl. Reakt.		2		1				1 3)					
	Keine Reakt.					1								

Diese Tabelle sei an den Anfang gestellt. Zu diesen 18 geimpften Paralytikern kommt noch ein Tabiker, der geimpft wurde, ohne daß Temperatursteigerungen auftraten.

Zunächst ist zu erkennen, daß das Fieber nicht in allen Fällen gleichmäßig stark auftrat, obwohl der Rekurrensstamm durch Mäusepassagen immer derselbe geblieben war. Es fanden sich sieben Impfungen mit mindestens drei Temperaturanstiegen über 39°. Das sind die sogenannten guten Reaktionen. Weiterhin traten bei neun Fällen nur spärliche Reaktionen auf, d. h., Temperaturanstiege bis zu etwa 38°, die zum Teil remittierenden, zum Teil kontinuierlichen Charakter trugen. Solche Temperaturanstiege waren teilweise in weit größerer Zahl als nur drei vorhanden. Dann sind aber außerdem noch drei Impfungen ohne jede Temperatursteigerung geblieben.

Die Fieberzacken beim ersten Fiebertyp liegen bei den verschiedenen Fieberfällen ganz beliebig weit von einander getrennt. Irgendein Schema ließ sich nicht herausfinden. Teilweise waren es staffelförmige Temperaturanstiege, meistens erfolgte jedoch der

3) Kurz darauf Pyrifekur.

Anstieg plötzlich unter Schüttelfrost. Zum Teil fiel das Fieber kritisch unter Schweißausbruch, zum Teil lytisch ab.

Die ersten Temperaturen traten im Durchschnitt nach acht Tagen auf. Einmal lag der Beginn des Fiebers schon am dritten Tag, einmal erfolgte eine Temperatursteigerung erst nach 34 Tagen. Die Fieberdauer schwankt zwischen 12 Tagen und  $2\frac{1}{2}$  Monaten.

Bei den rekurrensresistenten-Fällen brachte auch eine erneute Impfung kein Fieber. Trotzdem gelang bei einem dieser Fälle eine erfolgreiche Überimpfung aus dem Liquor auf Mäuse. Eine bes. Ursache für diese Rekurrensresistenz ließ sich nicht finden, keiner dieser Kranken machte vorher eine ähnliche Infektionskrankheit durch.

Zur Technik sei noch erwähnt, daß stets Mäuseblut, nicht etwa Menschenblut von Patient zu Patient überimpft wurde. (Blutmengen 1—2 ccm intramuskulär).

Die Impfungen verteilen sich auf die Jahre 1921—25; 1921 4, 1922 2, 1923 0, 1924 5 und 1925 7 Impfungen.

Das Ergebnis dieser Behandlungsmethode ist das denkbar schlechteste. Von 18 Kranken leben noch vier, davon vegetieren zwei als völlige Ruinen in Anstalten, und nur zwei sind bis heute entlassungsfähig geblieben, wobei der Erfolg noch dadurch eingeschränkt wird, daß in dem einen Fall sich eine Pyriferkur der Rekurrenskur anschloß, in einem zweiten Falle später noch eine Malariakur erfolgte, obwohl allerdings vorher eine Remission IIa erzielt worden war. In einigen Fällen wurde der letale Ausgang der Erkrankung um einige Jahre hinausgeschoben, ohne daß in der Mehrzahl der Fälle zwischendurch eine wesentliche Besserung erreicht worden wäre. Es ist jedoch bei dem Ergebnis zu berücksichtigen, daß kein einziger Initialfall zur Behandlung kam, daß nur wenige Kranke vor Ablauf des ersten Krankheitsjahres geimpft wurden, daß sogar einige Fälle noch im letzten Stadium der Erkrankung eine Impfung durchmachten. Im Gegensatz zur Malariatherapie (s. unten) hat die Rekurrensthherapie niemals die direkte Todesursache bei einem Kranken abgegeben.

Wenn also diese Methode wieder verlassen wurde, so ist es weniger den Gefahren dieser Behandlung, die hauptsächlich in der Unsteuerbarkeit des Verlaufes liegen (bei dem Freib. Material traten weitere Schübe von Rekurrensfieber nicht auf), zuzuschreiben als der fast völligen Erfolglosigkeit, die die eigene, allerdings geringe Erfahrung im Gegensatz zur Literatur lehrte.

In den Jahren 1921 und 1922 sind regelmäßig Salvarsankuren angeschlossen worden. Später hat man sich mit der Kur allein begnügt, ja man versuchte sogar vorher alle möglichen anderen Methoden, die mit der Zeit bekannt geworden waren

(Lumbalpunktion mit Lufteinblasung, Wismut, Phlogetan, Strontium, Salvarsan mit Höhensonne), auch ein Zeichen dafür, daß der Rekurrentherapie stets nur der Wert eines Versuches beigemessen wurde.

Die Impfung bei der Tabes war wegen gastrischer Krisen versucht worden. Sie blieb ohne Erfolg.

#### Die Pyriferbehandlung.

Es handelte sich um die allerersten Versuche, die überhaupt mit diesem Mittel angestellt wurden. Die Zusammensetzung des Mittels entsprach nicht völlig dem heutigen, sie wechselte bei den einzelnen Behandlungen (genaue Angaben siehe *Liehr*). Die Versuche sind nicht fortgesetzt worden. Erst in allerletzten Jahren wurde das nun sehr bekannte Mittel ganz vereinzelt bei Fällen angewendet, die für eine Malariabehandlung aus irgendwelchen Gründen nicht in Frage kamen. Als unangenehme Nebenerscheinungen wurden mehrmals Herpes labialis und Durchfälle beobachtet. Zweimal wurde der Herpes so arg, daß die Kur abgebrochen werden mußte.

Anschließend die Erfolgsstatistik: Nach den Angaben von *Liehr* wurden 12 Patienten mit dem Mittel behandelt. Ich selbst konnte nur 11 Fälle an Hand der Krankengeschichten verfolgen. Von den 11 Fällen des Jahres 1924 leben jetzt noch zwei. Einer scheidet für diese Statistik aus, da er — wie oben erwähnt — vorher zweimal mit Rekurrens geimpft wurde. Der einzige, jetzt noch lebende Pyriferfall befindet sich in Remission III. Er hat paradoxerweise nur eine unvollständige Kur durchgemacht. Wie weit außerdem aber später aufgetretene septische Temperaturen die Defektheilung gefestigt haben, muß dahingestellt bleiben. Von den übrigen Fällen starb einer während der Kur, vier im ersten, zwei im dritten und je einer im vierten und fünften Jahr nach der Behandlung.

Inzwischen ist die Literatur über Pyrifer stark angewachsen und hat das Indikationsgebiet für diese Methode weitgehend festgelegt. Nach den heutigen Anschauungen beruht die Wirkung der Fiebertherapie eben nicht nur allein auf den Temperatursteigerungen, sondern gerade auch auf der Infektion als solcher, die im Körper alle zur Verfügung stehenden Abwehrkräfte mobilisiert. Und dieser zweite Faktor fehlt dem Pyrifer, das nur ein unspezifisches Reizmittel darstellt.

#### Malariakuren.

Nachdem — wie in der Einleitung erwähnt — die Materialfrage gelöst war, wurde diese Therapie am Ende des Jahres 1925 an der Freib. Klinik eingeführt, um in den folgenden Jahren fast ausschließlich zur Anwendung zu kommen. Das Hauptanwendungs-

gebiet für die Malaria war natürlich die Paralyse. Außerdem wurden noch einige Tabesfälle, einige Fälle von Lues cerebri und einige Fälle, bei denen die Diagnose fraglich blieb, der Impfung unterzogen.

Zunächst sei die Technik erwähnt, die bisher an der Klinik geübt wurde: Der erste Plasmodienstamm wurde aus Heidelberg dadurch beschafft, daß man einen Tabiker zur Impfung dorthin schickte. Das Fieber ging glatt an, und von diesem Patienten konnte dann weiter überimpft werden. Die Übertragung des Fiebers erfolgte einfach von Patient zu Patient: 5 ccm Blut wurden einer Kubitalvene entnommen und sofort dem zu Impfenden in das Unterhautzellgewebe zwischen den Schulterblättern oder intraglutaal, selten auch intravenös injiziert. Da dieser therapeutische Eingriff nur wenig Zeit erforderte, konnte von einer Präparierung des entnommenen Blutes abgesehen werden.

Die Erfahrung hat gezeigt — wie ja oft in der Literatur erwähnt wird — daß es gleichgültig ist, zu welchem Zeitpunkt die Blutentnahme stattfindet, wenn beim Spender einmal typische Temperatursteigerungen aufgetreten sind. Teils wurde im Intervall, teils im Anstieg, teils im Abstieg der einzelnen Malariaanfalle die Übertragung vorgenommen. Auch die Anzahl der ccm Blut, die zur Impfung verwendet wurde — sie schwankte zwischen 2 und 10 ccm — war ohne Bedeutung, in der Regel wurden 5 ccm injiziert. Bei i. m. Impfung dauerte das fieberfreie Intervall von der Impfung bis zum ersten typischen Fieberanstieg durchschnittlich 14 Tage, i. v. Impfungen verkürzten dieses Intervall auf drei bis fünf Tage; wurde i. v. und i. m. zugleich geimpft, konnte mit einem fieberfreien Intervall von einer Woche gerechnet werden.

Mußte notgedrungenermaßen eine Blutübertragung vorgenommen werden, nachdem beim Spender schon Milderung oder Kupierung des Fiebers erfolgt war, traten teilweise Versager in der Therapie auf, teilweise erholten sich aber die Plasmodien auch in dem anderen Milieu wieder: Nach einem außergewöhnlich langen fieberfreien Intervall erfolgten zunächst spärliche Temperatursteigerungen, die aber schließlich die normale Höhe erreichten und auch in der nötigen Anzahl auftraten. Auch wurde ein Fall beobachtet, bei dem eine Impfung erfolgreich war, obwohl der Spender sich vorher als völlig resistent gegen eine zweite Impfung erwiesen hatte.

Der Abbruch des Fiebers erfolgte durch Chinin oder Chininderivate (Euchinin, Chininuretan), und zwar wurde die 1. 3 Tage  $3 \times 0,5$  Chinin pro die, die nächsten 3—5 Tage  $3 \times 0,3$  Chinin pro die gegeben. Nur in Ausnahmefällen konnte so eine Entfieberung nicht erreicht werden.

In der ersten Zeit der Therapie wartete man 10—12 gute

Fieberzacken ab, ehe der Abbruch erfolgte. Später begnügte man sich mit 8—10, ohne daß der therapeutische Effekt geringer geworden wäre.

In den letzten Jahren sind die Kuren, falls es nötig wurde, gestreckt worden, auf eine Anregung hin, die *Gerstmann* in seinem bekannten Buch über die Malariatherapie angegeben hat: Mit 0,2 Chinin direkt vor dem Fieberanstieg konnte in den meisten Fällen eine Abschwächung des Fiebers erreicht werden. Einmal 0,3—0,5 Chinin kupierte die nächsten Zacken völlig. Bei Aussetzen des Chinins traten dann zur erwarteten Zeit abermals Temperatursteigerungen auf, die meist nur wenig unter der normalen Höhe lagen. blieb das Fieber jedoch ganz aus, so konnte wiederholt eine Wiederaufnahme des Fiebers durch Phlogetan oder Aolan erreicht werden.

In einigen Fällen wurden mehrere Fieberkuren versucht, um das psychische Resultat noch zu verbessern. Diese erreichten jedoch nie dasselbe Ausmaß wie die erste Kur, öfters trat überhaupt kein Fieber auf. Allerdings ist das Intervall zwischen zwei Kuren niemals größer als ein Jahr gewesen.

Die ersten Behandlungen erfolgten ohne spez. Nachbehandlung. (Neo-Salvarsan; oder Neo-S. + Bismogenol.) Jetzt ist diese zur Regel geworden, da nach statistischen Angaben und nach den Vorstellungen über die Wirkungsweise der Impfmalaria dadurch tiefer greifende Erfolge zu erwarten sind. Die Plasmodienstämme haben im Laufe der Jahre gewechselt, da das Material an der Klinik nicht groß genug ist, um jeweils kurz vor Ablauf einer Kur eine Übertragung auf einen behandlungsbedürftigen Patienten vornehmen zu können. Das Blut ist stets als Zitratblut verschickt worden und genügte den gestellten Anforderungen fast jedes Mal. Völlige Versager wurden bei Erstimpfungen nie beobachtet. Einige Male machten sich zwei Impfungen notwendig, wobei dann die zweite Impfung einen einwandfreien Verlauf nahm. Ein Fall ist erwähnenswert, bei dem nach dem Nichtangehen der Impfung eine Eigenblutinjektion nach 14 Tagen vorgenommen wurde, worauf typische Fieberzacken in genügender Höhe und Anzahl auftraten. Malariafälle außerhalb der Klinik, die auf eine Übertragung der Impfmalaria durch Anopheles schließen ließen, sind nie beobachtet worden. Während der Fieberkur wurde laufend Digitalis gegeben, bei Kollapsgefahr traten Exzitantien hinzu. In einigen Fällen forderte die Gefahr der akuten Herzschwäche völligen Abbruch der Kur, oft aber konnte sie doch noch durch Streckung beendet werden.

Der Fieverlauf. Die meisten Malariakuren verliefen annähernd unter dem Bild einer Malaria tertiana. Die Zacken waren meist nicht völlig in gleichen Abständen voneinander, auch wech-



selte die Höhe der einzelnen Fieberanfalle. Meist wurden die Temperaturen gegen Ende zu höher, um bei den allerletzten Zacken wieder etwas abzusinken, teilweise stiegen und fielen die Zacken mit ein oder mehreren Stufen. Zwei Gipfel einer Zacke waren öfter vorhanden. In der Regel gingen die Temperaturen im Intervall völlig zur Norm zurück. Durchschnittlich lagen die Temperaturen um 40°, nur ganz selten sanken sie unter 39°, 42° wurde nie überschritten. Sogenanntes Eiweißfieber am Tag der Injektion oder kurz darauf wurde nur selten beobachtet, es kam nie höher als 39°. Dagegen fanden sich fast regelmäßig kurz vor dem ersten typischen Malariaanfall »Vor-zacken«. Meist war es eine Zacke um etwa 38°, selten wurden es bis zu drei Zacken, ganz selten bestanden von Anfang an subfebrile Temperaturen. Die erste wirkliche Fieberzacke begann meist mit Schüttelfrost. Die Kur wurde von den meisten Patienten relativ gut vertragen. Sie nahmen zwar während dieser Zeit stark an Gewicht ab, holten dies aber in kurzer Zeit wieder nach. Teilweise traten gegen Ende der Fieberperiode Fieberdelirien auf, teilweise steigerten sich auch die Symptome der einzelnen Krankheitsbilder, so daß z. B. eine stumme Euphorie plötzlich Größenideen zeigte, daß spärliche Größenideen zu ganz blühenden Formen auswuchsen usw. Paralysen mit Anfällen zeigten während der Kur keine Zunahme der Zahl der Anfalle, auch wurde nicht beobachtet, daß während der Kur bei anfallsfreien Paralysen Anfalle aufgetreten wären. Einige Todesfälle während der Behandlung sind vorgekommen, ohne daß bei allen diesen Fällen mit dieser Komplikation gerechnet worden wäre. Einige Atypien des Fieverlaufes seien zum Schluß noch erwähnt: Abgesehen davon, daß in manchen Fällen die Fieberzacken so zusammenrückten, daß entweder teilweise oder sogar völlig ein Quotidianatyp entstand, der aber genau so gut entfieberte wie der Tertianatyp, zeigten einige Fälle remittierenden bis kontinuierlichen Fieverlauf. Bei einem Fall, der von Anfang an ein katatonisches Bild zeigte, ist keine Ursache für diese Atypie gegeben, während es sich in den anderen Fällen um weit fortgeschrittene Erkrankungen handelte, bei denen die Kontinua wohl auf eine hinzutretende Pneumonie zurückzuführen war.

In einer Reihe von Fällen traten spontan Entfieberungen auf, die — wie sich zeigte — durch Eigentümlichkeiten der Plasmodienstämme zu erklären waren, abgesehen von den Wiederimpfungen, bei denen der Körper eine gewisse Malariaresistenz erlangt hatte. Eine geringe Anzahl von Kranken hatte früher in den Tropen eine natürliche Malaria durchgemacht. Diese Patienten zeigten mit einer einzigen Ausnahme eine abgeschwächte Impfmalaria, ganz gleichgültig, ob die Anophelesmalaria vor oder nach der syphilitischen Infektion stattgefunden hatte.

In wenigen Ausnahmen genügten die üblichen Chinindosen nicht zur völligen Entfieberung, es traten trotzdem in den nächsten Wochen nach der Kur noch einige Fieberanfälle auf. Es geschah aber nur spärlich und vorübergehend. Eine chronische Malaria entwickelte sich in keinem der Fälle.

Vorausgegangene Rekurrens- oder Pyrifiberbehandlungen hatten keinen Einfluß auf den Verlauf der Impfmalaria.

### Ergebnis.

An den Anfang sei eine Übersichtstabelle gestellt. Wie schon eingangs betont wurde, verzichte ich, in den Tabellen auf zu viele Einzelheiten einzugehen, um Trugschlüssen vorzubeugen. Es ist z. B. an Hand des kleinen Materials nicht festzustellen gewesen, ob Erfolg oder Erfolglosigkeit davon abhängig gemacht werden können, wie weit die luische Infektion behandelt worden war, ob der Abstand von der Infektion bis zum Ausbruch der Paralyse eine Rolle spielt, ob eine erbliche Belastung die Kranken weniger geeignet für eine Remission macht oder nicht, oder ob etwa besondere Verlaufsformen prognostische Schlüsse zulassen. Ebenso wenig ließ sich die Frage beantworten, ob eine nach der syphilitischen Infektion durchgemachte natürliche Malaria eine Prophylaxe gegen Metalues bietet oder nicht.

### Übersichtstabelle.

Anzahl d. Fälle	Gestorben				Fälle d. Jhr. 1931	Remissionen							
	Kur	1 J.	2 J.	>2 J.		Voll- rem.	IIa	IIb	IIc	IId	III	IV	Oh. Katam- nese
61	5 $\frac{1}{2}$	8	4	2	8	01	4	7	5	5	7	5	1
%	8,2	13,1	6,6	3,2	13,1		6,6	11,5	8,2	8,2	11,5	8,2	1,6
Summa	31,1% Tote					68,9% Lebende							

Das sind 31,1% Todesfälle gegenüber 68,9% Lebenden, also Prozentzahlen, die den übrigen Erfolgsstatistiken in ihren Prozentsätzen durchaus entsprechen. Von den 68,9% Lebenden fallen für die Erfolgsstatistik zunächst einmal 13,1% aus, weil die Zeit nach der Kur noch zu kurz ist, um auch nur ein annäherndes Werturteil über den Ausgang fällen zu können. Von den übrigbleibenden 55,8% können aber lediglich rund 20% als sozial einigermaßen brauchbar angesehen werden. Das bedeutet, daß die Patienten, die unter diesen Prozentsatz fallen, wieder zum Broterwerb herangezogen werden können. Dabei ist aber gar nicht berücksichtigt, inwieweit ein Zusammenleben mit diesen Kranken wieder möglich geworden ist. Viele sind für die Familie eine schwere Last, viele, die als arbeitsfähig in untergeordnetem Beruf entlassen werden konnten, sind bei den jetzigen Verhältnissen in Deutschland dauernd

arbeitslos, da man genug Auswahl hat, um nur das allerbeste Material an Menschen zu verwenden. Vollremissionen, d. h. Kranke, deren persönliche Eigenart nach der Kur wieder in vollem Umfang zum Vorschein kam, sind im Freib. Material überhaupt nicht vorhanden. Dies ist eine Tatsache, die zu den Erfolgsstatistiken von *Gerstmann*, 36% Vollremissionen, *Schulze* 36%, *Kirschbaum* und *Kaltenbach* 31% in auffallendem Widerspruch steht, zu der aber Übergänge gegeben sind durch die Statistiken von *Nonne* 20%, *Kihn* und *Pfeifer* 10%. (Letzte Statistiken vom Jahre 1927 und 30.)

Dabei treten die Ursachen für diese schlechten Erfolge nicht offen zutage, wie nachfolgende Feststellungen zeigen werden:

I. Zunächst sind in keinem Jahre sämtliche Fälle von Paralyse geimpft worden, obwohl teilweise auch hoffnungslose Kranke einer Kur unterzogen wurden.

II. Die ausgesprochenen Initialfälle, die an den Wiener und Hamburger Kliniken als Großstadtkliniken häufiger sind, fehlen dem Freib. Material fast völlig. Für die schlechten Ergebnisse kann aber trotzdem nicht das Freib. Hinterland (der Hochschwarzwald mit seiner indolenten Bevölkerung!) verantwortlich gemacht werden, denn aus der folgenden Tabelle geht hervor, daß sich das Krankenmaterial berufsmäßig wie das Material einer deutschen Mittelstadt (*Kihn*, *Erlangen*!) zusammensetzt:

Handwerker	Werkmeister	Fabrik-Arbeiter	Beamte u. Angest.	Berufe m. Alkohol
16,9%	16,9%	5,1%	6,8%	6,8%

Offiz. u. Akadem.	Kaufl.	Knechte	Schwarz-wäldl.	weibl. Angest.	Hausfr.
5,1%	22%	1,7%	0%	6,8%	11,9%

III. *Pfeifer* zeigt an den Krankheitsfällen der Landesheilanstalt Nietleben b. Halle, daß die Remissionsaussichten relativ günstig sind, wenn die Paralysesymptome noch nicht älter sind als ein Jahr. An der Freib. Klinik betragen die Krankheitsfälle, die vor Ablauf des ersten Krankheitsjahres zur Impfung kamen rund 50%:

#### Zurückliegen der 1. Symptome.

< 1 Mon.	< 3 Mon.	< ½ J.	< 1 J.	> 1 J.	> 2 J.	Beginn d. Erkrkg. fragl.
6,8%	16,9%	10,2%	15,5%	33,9%	6,8%	10,2%

IV. Die Beurteilung des Remissionsgrades erfolgte außer nach dem mehrfach gewonnenen klinischen Eindruck auch nach den Angaben von Familienangehörigen, Arbeitskollegen und Brotgeber. Es ist also nicht nur die soziale Brauchbarkeit zur Grundlage der Remission genommen worden, sondern auch das ethische Verhalten, das in der Art des Umganges mit den Mitmenschen zum Ausdruck kommt. So ist z. B. ein früherer Dekorationsmaler wieder vollwertig im alten Beruf tätig. Trotzdem kann von einer Vollremission nicht gesprochen werden, da das frühere Familienleben, das sehr harmonisch gewesen sein soll, völlig zerstört ist, weil der Patient jedes Interesse an Frau und Kind verloren hat.

V. Das Freib. Material ist noch relativ jung. Wenn auch nicht zu erwarten ist, daß mit der Zeit aus Teilremissionen noch Vollremissionen werden, so steht doch in vielen Fällen eine Verbesserung einer Remission durchaus noch im Bereich der Möglichkeit. Umgekehrt muß natürlich auch mit Verschlechterungen gerechnet werden.

VI. Das Durchschnittsalter liegt etwas hoch, bei 49,8 Jahren. Dieser Durchschnitt kommt weniger durch ausgesprochene Extreme (65 und 28) als vielmehr durch viele Kranke im Alter von Anfang 50 zustande.

Diese sechs Punkte schließen eine Sonderstellung des Freib. Material aus. Die Hauptursache für die vermeintlich schlechteren Ergebnisse gegenüber früheren Veröffentlichungen ist demnach mit großer Wahrscheinlichkeit in der strengeren Fassung des Begriffes »Remission« zu suchen.

Es folgt eine kurze Übersicht über die einzelnen Gruppen der Haupttabelle:

1. Vollremissionen: Wie schon mehrfach erwähnt, genügt keiner der Freib. Fälle den Ansprüchen, die an diese Gruppe gestellt werden müssen: In keinem Falle ist die frühere Persönlichkeit restlos wiederhergestellt.

Gruppe IIa (Defektheilung mit Beschäftigung im alten Beruf).

Die vier Patienten dieser Gruppe kamen relativ früh in Behandlung, nie später als  $\frac{1}{4}$  Jahr nach Beginn der Paralyse. Jedesmal volle Malariakur, dreimal mit, einmal ohne spez. Nachkur, bei drei Patienten keine Behandlung der Lues, bei einem erst viele Jahre später. Durchschnittsalter: 41 Jahre. Bisherige Remissionsdauer zweimal sechs, einmal vier, einmal zwei Jahre.

Gruppe IIb (Defektheilung mit Beschäftigung in einem untergeordneten Beruf):

Die Kranken dieser Gruppe kamen teilweise erst nach Ablauf des ersten Krankheitsjahres in Behandlung. Auffällig ist, daß ein Fall mit natürlicher Malaria in früheren Jahren keine Malariaresistenz gegenüber der Impfmalaria zeigt. Zwei Fälle sind trotz kurzer

Krankheitsdauer nicht wieder voll leistungsfähig geworden; die Kur liegt bei beiden sechs Jahre zurück, eine Verbesserung der erreichten Remissionen ist nicht mehr zu erwarten.

Gruppe IIc (Entlassung in häusliche Pflege möglich).

Alle Kranken dieser Gruppe befanden sich in etwas gehobener Lebensstellung, dies ist der erste Grund (siehe Literatur) für die schlechte Remission. Ein zweiter Grund ist in der langen Krankheitsdauer zu suchen, die bei vier Fällen über ein Jahr beträgt. Nur bei einem Fall liegt der Krankheitsbeginn nicht lange zurück. Bei einem Kranken gelang es nach sechsjähriger Krankheit, den schleichend verlaufenden Prozeß wohl mit großer Wahrscheinlichkeit zum Stillstand zu bringen. Das Durchschnittsalter der Patienten liegt sehr hoch, bei 50 Jahren. Die Lues ist bei allen Patienten ausgiebig behandelt. Viermal entstand die Remission allmählich, einmal trat zunächst noch eine Verschlechterung ein.

Gruppe II d (Kranke, die innerhalb der Anstalt zu Berufsarbeiten herangezogen werden können).

Zwei dieser Defektheilungen unterscheiden sich deutlich von den übrigen drei, die starke Lücken in ihrem früheren Persönlichkeitsbild aufweisen. Sie bieten äußerlich nichts Psychotisches mehr, die Ungehemmtheit ihrer Affekte ist aber für die Umgebung eine große Gefahr. Bei einem Fall bestand eine deutliche Malariaresistenz, hervorgehoben durch eine früher durchgemachte natürliche Malaria. Ob die natürliche Malaria vor oder nach der Lues erworben wurde, ist nicht mehr festzustellen. In einem anderen Falle überrascht die Besserung sehr, nachdem der Zustand sich drei Jahre lang unaufhaltsam verschlechtert hatte, tritt im vierten Jahr plötzlich eine relativ starke Besserung ein. Unter Gruppe IV wird das Gegenteil gezeigt werden; beides wieder Beweise, wie spät erst ein abschließendes Urteil über den Erfolg einer Malariakur abgegeben werden kann.

Gruppe III (Fälle, die sich unverändert wie zu Beginn der Malariakur erhalten haben).

Es sind alles Kranke, die schon über ein Jahr, oft weit über ein Jahr krank sind, und die alle ein ausgesprochen psychotisches Bild bieten. Auffällig ist, daß unter diesen Kranken sich mehrere katatonische Zustandsbilder befinden, die sonst in dem Freib. Material nur selten vorhanden sind. Mit Ausnahme eines Falles aus dem Jahre 1930 liegen jetzt die Kuren zu weit zurück, als daß man glauben könnte, daß diese psychotischen Bilder nur vorübergehende sein könnten. Der Zustand blieb unverändert, d. h., er wurde bisher weder besser noch schlechter; der Mangel an vorübergehenden Remissionen ist unverkennbar. Sämtliche Kranke sind die typischen Heilanstaltskandidaten. 11,5% nach wie vor unveränderte Paralytiker, das sind auf die Lebenden berechnet der sechste Teil!

#### Gruppe IV (Verschlechterung nach der Kur).

Leider war bei drei dieser Fälle der Ausbruch der Paralyse nicht zu ermitteln. Während zwei unbeeinflusst sich fortschreitend verschlechterten, wurden in den drei anderen Fällen vorübergehende Remissionen erzielt (einmal fast Vollremission!), die zweimal sogar bis zur Entlassung führten. Für diesen schlechten Verlauf der Krankheit sind keine besonderen Gründe vorhanden. Die Kuren waren normal, die Krankheiten nicht weiter fortgeschritten als manche Paralysen mit besseren Remissionen. Einmal könnte eine Schädelbasisfraktur während der Inkubationszeit der Paralyse zu dem schlechten Verlauf der Krankheit beigetragen haben.

Von den acht Kranken des Jahres 1931 kamen vier zur Entlassung, ein Patient steht kurz vor der Entlassung; nur bei drei war bisher eine Beeinflussung durch die Kur nicht erkennbar. Die frühen Entlassungen zeugen von dem Optimismus, dem man der Malariatherapie schon jetzt entgegenbringt. Man hofft auf weitere Besserung, auch wenn die Patienten bei der Entlassung noch psychotische Merkmale bieten.

Bei einem einzigen Kranken war eine Katamnese nicht zu erreichen, er stammt aus dem Jahre 1926.

Todesfälle. Der Tod folgte meist relativ rasch nach der Malariakur, in der Hauptsache im ersten Jahr, in fünf Fällen im zweiten Jahr. Nur ein einziger Kranker lebte noch länger als drei Jahre nach der Kur. Während der Kur starben fünf Fälle, dazu kommen noch einige Fälle im ersten Jahr nach der Kur, bei denen die Kur unbedingt als Ursache für den kurz darauf folgenden Tod anzusehen ist. Alle diese Kranken erlagen einer hypostatischen Pneumonie, der Körper war durch das Malariafieber zu stark in seinen Abwehrkräften geschädigt. Ein ausgesprochener Herztod infolge luischer Aortitis kam nur bei einem Tabiker vor, der sich einer Malariakur auf eigene Verantwortung unterzog. Die Kranken, die im ersten Jahr nach der Kur starben, wurden ein Opfer paralytischer Folgekrankheiten, in einem Falle beschleunigte die Kur den Verlauf der Paralyse selbst. Der Verlauf der Paralysen, die im zweiten Jahr nach der Kur starben, entspricht dem Verlauf einer Paralyse vor Einführung der Fiebertherapie. Bei den zwei Fällen, die später als im zweiten Jahre ad exitum kamen, scheint ein Stillstand des paralytischen Prozesses eingetreten zu sein. Der spätere Tod im Anfall zeigt jedoch, daß die Krankheit nicht erloschen war, sondern nur eine Zeitlang symptomlos verlief. Zu allen Todesfällen sei bemerkt, daß sie durchaus nicht auf Patienten beschränkt blieben, die erst spät zur Behandlung kamen. Es sind viele Kranke darunter, die weniger als ein Jahr, sogar weniger als ein Viertel Jahr Symptome einer Psychose boten. Der Kranke, der noch am längsten nach der Malariakur lebte, hatte vorher schon zwei Rekurrenzsmpfungen und eine Pyriferkur durchgemacht.

### Malaria bei anderen luischen Erkrankungen.

Weiterhin wurden noch acht Patienten einer Malariakur unterzogen, bei denen die Diagnose Paralyse fraglich blieb. Bei den unsicheren Voraussetzungen für die Kur erübrigt sich eine Besprechung der Ergebnisse von selbst. Außerdem wurden noch 14 Tabiker und 3 Patienten mit Lues cerebri mit Malaria behandelt. Aus der Zahl der Fälle geht hervor, daß diese Behandlungsmethode nicht verallgemeinert wurde, sondern nur auf ganz bestimmte Krankheitsfälle beschränkt blieb. Bei Tabes waren dies Patienten mit lanzinierenden Schmerzen und gastrischen Krisen, zweimal wurde auch eine tabische Optikusatrophie zu beeinflussen versucht; ein Kranker litt an einer schweren Blasenlähmung. Über die Erfolge kann noch nichts Endgültiges gesagt werden. Bei der Optikusatrophie versagte die Behandlung völlig. Tabische Schmerzen wurden teilweise durch die Kur dauernd beseitigt, teilweise aber nur vorübergehend.

Die drei Fälle von Lues cerebri, die zur Behandlung kamen, hatten epileptiforme Anfälle, die seit der Kur verschwunden sind. Einer dieser drei wurde nur deshalb einer Fieberkur unterzogen, weil er Neosalvarsan nicht vertrug.

### Liquor.

Folgende Untersuchungsmethoden des Liquors fanden an der Klinik, bzw. an der Hautklinik Anwendung. Wa.-Reaktion, Kolloidreaktionen (Goldsol, Normo-Mastix), Zellzählung und außerdem verschiedene Eiweißreaktionen. Allgemein läßt sich wohl sagen, daß Kranke, bei denen klinisch erst seit ganz kurzer Zeit die Zeichen einer Paralyse sichtbar wurden, auch im Liquor nur einen schwachen Befund bieten. Liegt aber einmal eine ausgesprochene P. P. vor, so läßt sich aus dem Liquor niemals ablesen, wie weit die Krankheit schon um sich gegriffen hat. Es ist also die Indikation für eine Fiebertherapie nicht aus dem Liquorbefund allein und erst recht nicht aus einem speziellen Liquorbefund — abzuleiten. Lediglich die Marchioninische Gehirnextraktreaktion<sup>4)</sup> nimmt eine gewisse Sonderstellung ein. Da sie versucht, die Abbauprodukte der Hirnsubstanz im Liquor festzustellen, so spricht ein negativer Ausfall dieser Methode gegen einen aktiven Prozeß ein positiver Ausfall für einen solchen<sup>5)</sup>. Leider ließ sich bisher noch nicht genügend klinisches Material sammeln, um über die Brauchbarkeit dieser Methode vollen Aufschluß zu gewinnen.

<sup>4)</sup> A. Marchionini, Zur Liquordiagnose metasyph. Erkrkg. des C. N. S. Dtsch. Zschr. f. Nervenheilkunde, 122. Bd., 1. u. 2. Heft.

<sup>5)</sup> Soweit natürlich der Zellzerfall so stark ist, daß Abbauprodukte im Liquor erscheinen. Sehr schleichend verlaufende Prozesse werden mit dieser Methode auch nicht erfaßt.

Liquorkontrollen bei den im Jahre 1931 erfolgten Nachuntersuchungen konnten nicht allzu viele, noch nicht einmal 50, vorgenommen werden. Die vorliegenden Untersuchungen zeigen dasselbe Ergebnis, das schon oft in der Literatur angegeben wurde: Kommt der Prozeß im C. N. S. einmal zum Stillstand, so wird der Liquor allmählich normal, ganz gleichgültig, wie weit die Remission bei der jeweiligen Erkrankung gegangen ist. In der Zwischenzeit gewonnene Befunde zeigen bei abklingenden Prozessen ein Geringerwerden der Erscheinungen im Liquor. Dagegen zeigen Fälle mit Rezidivneigung meist noch einen ausgeprägten Liquorbefund. Jedoch gab es auch Ausnahmen von dieser Regel nach beiden Seiten hin: Lang-anhaltende klinische Remissionen mit verdächtigem Liquor und klinisch stark verdächtige Fälle mit geringen Liquorbefunden.

Leider hat in keinem derjenigen beiden Fälle eine Liquorkontrolle stattfinden können, die nach jahrelanger Remission und scheinbarem Stillstand des metaluischen Prozesses plötzlich im paralytischen Anfall zugrunde gingen. Es wäre gerade an solchen Fällen der Ausfall der Hirnextraktreaktion sehr interessant gewesen.

#### Auftreten von halluzinatorischen und katatoniformen Zustandsbildern nach Malaria und Rekurrenz.

*Gerstmann* und andere messen diesen Erscheinungen eine große Bedeutung zu; deshalb soll noch einmal im Zusammenhang geschildert werden, wie weit an dem Freiburger Material derartige Wandlungen im psychischen Bilde beobachtet werden konnten. Bekanntlich sieht der oben erwähnte Autor darin einen Beweis für die biologische Umstimmung des paralytischen Prozesses in einen milderen, luesähnlichen. Diese Beweisführung wird noch gestützt durch sichere Nachweise von Lues II und III im übrigen Organismus, ja sogar im Zerebrum selbst. Von den 61 mit Malaria behandelten Paralysen traten bei zehn Fällen, von den 18 Rekurrenzimpfungen bei drei Fällen Wahnideen und Sinnestäuschungen auf. Das sind in merkwürdiger Übereinstimmung jedesmal annähernd 16,5% des Gesamtmaterials. Es sind dies einwandfreie halluzinatorische Bilder; erbliche Belastung und Alkohol scheiden aus als ursächliche Faktoren, auch alle Fälle mit Bewußtseinstrübungen bleiben unberücksichtigt. Diese Bilder blieben nie dauernd bestehen, teilweise traten sie direkt nach der Fieberkur, teilweise erst Wochen und Monate danach auf. Vor der Kur bestand in keinem der Fälle ein ähnliches Bild. Die relativ guten Remissionen sind an diesem Prozentsatz völlig unbeteiligt. Lediglich eine Remission IIc und eine IID ist dabei, sonst handelt es sich um III, IV oder Todesfälle. Während diese Bilder auftreten, beherrschen sie



auch das Krankheitsbild; nach ihrem Zurückgehen klingen fast stets auch die übrigen Erscheinungen einer typischen Paralyse (Größenideen, ausgesprochene Euphorie) mit ab, um einer mehr stumpfen Demenz Platz zu machen.

Außerdem ist noch die Krankengeschichte eines Patienten bemerkenswert, in der nach der Kur Symptome erwähnt sind, die die Vermutung aufkommen lassen, es könnte sich um eine Lues III gehandelt haben, obwohl z. Zt. der Behandlung andere Ursachen in Frage gezogen wurden. Es ist dies der Pat. E. Fritz, der von Anfang an das Bild einer Katatonie bot. Vier Monate nach der Kur traten außer Ödemen Furunkel und Geschwüre am Rücken und an der Unterlippe auf. Man hielt diese Affektion für Kapillarschädigungen durch die Malaria und gab Chinin, daraufhin langsames Abheilen. Sollte es sich um eine Lues III gehandelt haben, wäre ein Zurückgehen durch Chinin auch nicht verwunderlich, da gerade bei den in der Literatur erwähnten Fällen von Lues post malarium oft eine Abheilung ohne jede spez. Behandlung erfolgte.

Im Gegensatz zu diesem relativ häufigen Auftreten von halluzinatorischen Bildern nach der Infektionsbehandlung finden sich solche Bilder ohne diese Behandlung unter den Paralysen seit 1921 fast überhaupt nicht. Wohl treten in manchen Fällen Halluzinationen oder Wahnideen entweder gemeinsam oder gesondert auf, aber sie sind stets von Erregungszuständen mit Bewußtseinsstörungen begleitet, oder es spielen erbliche Belastung oder Alkohol in der Anamnese eine erhebliche Rolle. Bei dem einzigen, ausgesprochen schizophrenieartigen Fall bleibt die Möglichkeit einer Lues cerebri oder einer Haftpsychose durchaus offen. Schließlich zeigen sich bei einigen Patienten kurz vor dem Ende Halluzinationen. In diesen Fällen liegt die Vermutung einer gleichzeitigen Bewußtseinsstörung sehr nahe, wenn sie auch aus den Krankengeschichten nicht immer hervorgeht.

#### Die nicht behandelten Paralysen seit 1921.

Den 95 Fällen, die mit Fieberkuren behandelt wurden, stehen 84 Fälle gegenüber, bei denen auf eine derartige Therapie verzichtet wurde. Das sind beinahe 50% des Gesamtmaterials. Dieser Prozentsatz ändert sich, wenn man die Gegenüberstellung erst von 1926 an vornimmt, indem die Malariatherapie zum erstenmal von Jahres Anfang an zur Anwendung kam: Hier stehen nur noch 11 unbehandelte Fälle 63 behandelten gegenüber. Während anfangs eine Fiebertherapie durchaus willkürlich zur Anwendung kam, sind 1925 nur noch solche Kranke von der Fiebertherapie ausgeschlossen worden, bei denen unsichere Diagnosen, körperliche Gebrechen, Endstadien, Verlegung in andere Anstalten oder Weigerung der Familienangehörigen ein Hindernis boten. Bei körper-

lichen Gebrechen gelten schwere Herzfehler und Hyperthyreosen als Kontraindikation. Vergleicht man nun die Katamnesen der unbehandelten Fälle mit denen der Fieberbehandelten, so ergibt sich folgendes: Die allermeisten Kranken des Jahres 1921—1925 starben schon im selben oder im nächsten Jahr. 1931 lebte keiner mehr, kurze Anstaltsentlassungen bilden eine Ausnahme. Ganz selten konnte sich ein Kranker länger als ein Jahr außerhalb einer Anstalt halten. Nur zwei Kranke erlangten für kurze Zeit Arbeitsfähigkeit in untergeordneter Stellung wieder. Die Fälle seit 1926 sind katamnestisch kaum erwähnenswert, weil nur dann längere Remissionen beobachtet wurden, wenn von vornherein die Diagnose Paralyse sehr fraglich erschien. Nur ein Fall macht eine Ausnahme, der klinisch sicher eine Paralyse war und bis 1932 (seit 1927) voll arbeitsfähig blieb. Er starb 1932 an einer echten Apoplexie. Die Sektion zeigte einen spärlichen Paralysebefund im Frontalhirn neben einer schweren Arteriosklerose. Die Blutung war in die Stammganglien erfolgt, in denen sich auch alte Erweichungsherde fanden. Außerdem verdient ein Fall des Jahres 1923 Beachtung, bei dem auf ein Erysipel mit mehr als 40° Fieber hin eine Remission eintrat, die zu einer Entlassung auf fünf Monate führte. Vorher bestand schwere Demenz mit gehäuften, paralytischen Anfällen, die während der Zeit der Remission wegblieben, um dann in noch größerer Anzahl wiederzukehren. Tod kurze Zeit nach der zweiten Aufnahme.

Diese kurze Zusammenstellung zeigt mit Deutlichkeit, daß diese Erfolgsmöglichkeiten selbst bei den verhältnismäßig schlechten Ergebnissen der Freib. Klinik durchaus auf der Seite der aktiven Paralysebehandlung liegen.

### Zusammenfassung der Ergebnisse.

1. Die Infektionstherapie der Paralyse kommt an der Freib. psychiatrischen Universitätsklinik seit 1921 zur Anwendung. Die ersten Versuche mit Rekurrens und Pyrifur wurden 1925 zugunsten der Malaria aufgegeben. Sie hatten nur wenig Erfolg.

2. Die Malariabehandlung wurde auch auf einige Fälle von Tabes, Lues cerebri und liquorpositiver Lues ausgedehnt. Die Indikationsbreite wurde jedoch bei diesen Erkrankungen sehr eingengt, so daß die Anzahl der behandelten Fälle zu gering ist, als daß man jetzt schon irgendwelche Folgerungen aus den Ergebnissen ziehen könnte.

3. Die Erfolgsstatistik der malariabehandelten Paralysefälle des Jahres 1925—1931 hat folgende Prozentzahlen:

Todesfälle 31,1%; Überlebende 68,9%. (Von den Todesfällen starben 8,2% während der Kur.)

Von den Überlebenden entfallen auf Vollremissionen 0%(!),

auf Teilremissionen in verschiedener Güte 34,5%, auf Fälle, deren Zustand auf der gleichen Stufe wie vor der Behandlung stehen blieb, 11,5%, auf Verschlechterungen 8,2%.

13,1% der Fälle ließ ein Urteil noch nicht zu, da die Behandlung erst wenige Monate zurücklag. 1,6% der Fälle war nicht mehr auffindbar.

Die Gesamtzahl der einer Malariakur unterzogenen Paralytiker betrug bis zum Ende des Jahres 1931 61.

4. Die relativ schlechten Ergebnisse (bezogen auf frühere Veröffentlichungen), insbesondere das Fehlen jeder Vollremission, sind auf den Mangel an ausgesprochenen Initialfällen und auf die strenge Fassung des Begriffes »Remission« zurückzuführen.

5. Es ließen sich die Beobachtungen von *Gerstmann* und anderen Autoren bestätigen, die dahingehen, daß in einem größeren Prozentsatz der Fälle nach Malaria und Rekurrens Wahnideen und Sinnestäuschungen auftreten, die einen Hinweis auf die Änderung des Krankheitsprozesses durch die Infektionstherapie geben.

Von einem ausführlichen Literaturverzeichnis wurde abgesehen. Bis 1928 finden sich genaue Angaben in dem Werke von *Gerstmann*; eine Ergänzung bildet das Literaturverzeichnis von »*Pfeifer v. Rhoden*« in deren Malaria-statistik des Jahres 1931, a. a. O.

# **Homosexualität infolge Operation? Röntgensterilisierung, Kastrierung, schizoide Psychopathie.**

## **Der Lebensgang eines Sittlichkeitsverbrechers.**

Von

Staatsanwaltschaftsrat Dr. **Heinz Klann**-Bielefeld.

In den nachfolgenden Zeilen soll das Leben eines Sittlichkeitsverbrechers geschildert werden, bei dem in eigenartiger Weise körperliche und seelische Veranlagung und äußere Umstände zusammenwirkten, so daß es schließlich zu Straftaten kam. Es wird auch dem Mediziner wichtige Anhaltspunkte für die Beurteilung mancher Fälle bieten.

Der Gärtner V. wurde am 12. 6. 1903 in B. geboren. Seine Mutter wird in sämtlichen gerichtlichen Akten als ordentliche tadellose Frau geschildert. Über Erkrankungen oder sonstige Besonderheiten ist bei ihr nichts bekannt. Der Vater ist 1909 gestorben. Er war als Kaufmann im Buchhandel tätig. Auch von ihm ist nichts weiter zu berichten. Immerhin fällt es aber, nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Beurteilung der Persönlichkeit des Sohnes, sondern auch unter dem der Beurteilung des Vaters auf, daß von dem Vater erzählt wird, dieser habe, als die Mutter des V. in Umständen gewesen sei, so daß ein normaler Geschlechtsverkehr nicht habe stattfinden können, von seiner Frau dasselbe verlangt, was der Sohn V. selbst später von Jugendlichen verlangte, Befriedigung mit der Hand. Folgt man dieser Darstellung des V., dann scheint auch der Vater jedenfalls geschlechtlich leicht erregbar gewesen zu sein und außerdem auch in Gegenwart des Sohnes keine Hemmungen gekannt zu haben, oder aber die Mutter müßte dem Sohne dieses Verhalten des Vaters erzählt haben, was auch unter Berücksichtigung der anormalen späteren Entwicklung des Sohnes kaum anzunehmen ist. Zwei Brüder des Vaters sollen noch leben, näheres über sie ist nicht bekannt; einer von ihnen hat einmal besonderes Interesse für ein gegen V. schwebendes Strafverfahren dadurch gezeigt, daß er in der nichtöffentlichen Verhandlung um Zulassung als Zuhörer bat. Ein weiterer Bruder des Vaters soll

vor 30 Jahren als Soldat desertiert und seitdem verschollen sein. Geisteskrankheiten sind in der Familie des V. nicht beobachtet, jedoch erklärt V., daß seine beiden Großväter schwere Alkoholiker gewesen seien. Hierbei mag schon bemerkt werden, daß die Ermittlungen in den verschiedenen späteren Verfahren gezeigt haben, daß V. jedenfalls im Wesentlichen bestrebt war, die Wahrheit zu sagen, und seinen rein tatsächlichen Angaben im großen und ganzen gefolgt werden kann, soweit eben nicht besondere Umstände im Einzelfall zu Abweichungen Anlaß geben. Irgend ein Hang zu bewußten Unwahrhaftigkeiten ist in den Ermittlungen nicht hervorgetreten, wohl eine Neigung zu Übertreibungen, die aber in der Psyche des V., in einer gewissen Überbewertung seiner selbst, ihre Erklärung finden dürfte. Auf sie komme ich später noch zurück.

V. ist von großer, kräftiger Erscheinung und körperlich, von den noch zu besprechenden Besonderheiten abgesehen, durchaus gesund. Seine Intelligenz ist gut, eher über als unter Durchschnitt. Seine Geburt soll, wie V. in einer Eingabe gelegentlich erwähnt, unter schwierigen Verhältnissen erfolgt sein; dabei hätte der ärztliche Geburtshelfer einen kleinen Kunstfehler begangen; ob V. dies nur annimmt oder ob es tatsächlich zutrifft, war aus den aktenmäßigen Ermittlungen nicht festzustellen, Nachforschungen in dieser Richtung sind nicht erfolgt. Jedenfalls litt V. aber seit seiner Geburt an Kryptorchismus, ein Hoden war im Leistenkanal zurückgeblieben. Wegen dieses Fehlers ist V. nach Angabe seiner Mutter in den ersten Jahren immer wieder untersucht worden, bis er im 12. Jahre im städtischen Krankenhaus von dessen Leiter operiert worden sei. Die Operation sei aber erfolglos gewesen. Infolge verschiedener bei V. auftretender Beschwerden wurde dann im Januar 1921 von Dr. *Wi.* eine zweite Operation, nunmehr mit Erfolg, durchgeführt. Dabei wurde der eingeklemmte Hoden herausgeholt. V. war damals mithin gerade im 18. Lebensjahr.

Bis zu diesem Zeitpunkt kannte V. keine geschlechtlichen Triebe. Dann aber kam, wie ihm der operierende Arzt nach einer Angabe gegenüber einem späteren Gutachter auch vorher gesagt haben soll, von diesem aber in Abrede gestellt wird, der Geschlechtstrieb plötzlich mit übermäßiger Gewalt über ihn. Es folgten sehr starke und häufige Pollutionen, V. sagt »es floß nur so weg«. Ein jüngerer Assistenzarzt habe ihm damals geraten, »er solle sich auf das Weib werfen«. Diesen Rat hat V., wie er sagt auf Drängen seiner darüber entsetzten und sehr strengen Mutter, nicht befolgt.

Statt dessen geriet er sehr bald mit dem Strafgesetz in Konflikt. Anscheinend hat V. alsbald nach der Operation und dem damit einsetzenden sehr starken Geschlechtstrieb mit anderen

jugendlichen Burschen, die über 18 Jahre alt waren, zunächst wechselseitige Onanie betrieben. Zur Einleitung eines Strafverfahrens fand sich zuerst Anfang 1923 Anlaß. Durch einen 13½ Jahre alten Schüler wurde zur Anzeige gebracht, daß V. ihn in einen Abort des Rathauses mitgenommen, diesen abgeriegelt und dann verlangt habe, das Glied des V. zu berühren, daß er ferner versucht habe, das Glied dieses Schülers anzufassen. Als er sich gestäubt habe, habe V. alsbald wieder aufgeriegelt und ihn herausgelassen und um Schweigen gebeten. V. gab bei seiner Vorführung die Tat sofort unumwunden zu. Da Strafantrag wegen Beleidigung nicht gestellt wurde, da andererseits dem V. nicht nachzuweisen war, daß er den Schüler, der einen älteren Eindruck machte, nicht auch, wie er behauptete, für älter als 14 Jahre gehalten hatte, wurde das Verfahren eingestellt.

In den folgenden Jahren bis 1926 hat V. dann in einer ganzen Reihe von Fällen Jugendliche veranlaßt, sein Glied zu reiben, bis Samenerguß eintrat, und gleichzeitig deren Glied berührt. Wie sich später herausstellte, hat er das gleiche auch schon in den Jahren 1922, 1923 getan, ohne daß es damals aber der Strafverfolgungsbehörde bekannt geworden wäre. Damals bot sich ihm die Gelegenheit hierzu, wenn er mit einer sogenannten Jungschar Spiel und Sport trieb, die er selbst als Helfer der Sonntagsschule aus deren Schülern auf religiöser Grundlage gegründet hatte. Der Pfarrer hat hierzu noch bekundet, daß V. damals auch Mitglied des christlichen Vereins junger Männer und ebenfalls der Sittlichkeitsgruppe vom weißen Kreuz gewesen sei. Man kann sich des Eindrucks nicht ganz erwehren, daß V. zwar auf der einen Seite in diese Vereine vielleicht eingetreten sein mag, um so gegen seine Neigungen anzugehen, daß aber auf der anderen Seite seine Tätigkeit in diesen Vereinigungen ihm eine willkommene Gelegenheit bot, seiner Neigung nachzugehen, mag er auch mehrfach seine religiöse Einstellung betonen, wenn er nicht diese Gelegenheit bewußt herbeigeführt hat. Diese Verfehlungen kamen zur Sprache, als V. in B. ein Blumengeschäft einrichtete und sich nun an den Sohn eines Kunden in ähnlicher Weise wie bisher heranmachte. Zugleich stellten sich ähnliche Beziehungen des V. zu seinen jugendlichen Austrägern heraus. In dem Strafverfahren hat sich San.-R. C., derzeit leitender Arzt der Abteilung für männliche Gemüts- und Nervenranke der Anstalt Be. bei B., dahin geäußert:

Er habe auf Befragen der Mutter des V. dieser von einer Kastration des Sohnes abgeraten, da eine Besserung seiner krankhaften Neigung zur Exhibition und zur Reizung seiner Geschlechtsteile durch Jugendliche dadurch nicht mit Sicherheit zu erwarten sei. Dagegen habe er den Versuch mit zeitweilig zu wiederholender Röntgenbestrahlungen der Hoden empfohlen, da dadurch nach neueren Erfahrungen mit großer Wahrscheinlichkeit Potenz und Libido ertötet würden. Er habe die Ansicht gewonnen, daß es sich bei

V. um eine psychopathische Persönlichkeit handle, die die volle Widerstandskraft gegen einen offenbar überstarken Geschlechtstrieb nicht aufbringen könne. Dafür spreche auch die Tatsache des bei V. vorhanden gewesenen Kryptorchismus, der sich gerade bei Psychopathen finde. Es sei nicht unwahrscheinlich, daß durch die Operation dieses Zustandes in den Jahren der Reifung das geschlechtliche Empfinden mit besonderer Gewalt hervorgebrochen sei. Zweifellos leide V. auch seelisch unter seinem schwer bezähmbaren Triebe, wenn auch ein vorgekommener Selbstmordversuch — eine Leuchtgasvergiftung — wesentlich durch Furcht vor Strafe veranlaßt gewesen wäre.

Nach seinem Eindruck könne zwar davon nicht die Rede sein, daß V. sich zurzeit der Begehung der Tat in einem Zustande der Geistesgestörtheit befunden habe, durch den die freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen wäre, doch sei er der Ansicht, daß V. nicht voll zurechnungsfähig gewesen sei.

Bereits vor Erstattung dieses Gutachtens hatte sich V., dem Rate des Gutachters entsprechend, bestrahlen lassen. Er hat später die Bestrahlung wiederholen lassen, wie oft steht nicht fest, dann aber abgebrochen, wie er in einer Eingabe sagt, weil im Verfolg der Bestrahlungen sich bei ihm ein Geschwür am Kopf gebildet habe, nach Äußerung gegenüber San.-Rat Dr. C., weil ihm die periodisch zu wiederholenden Bestrahlungen zu teuer kamen, obwohl der gewünschte Erfolg eingetreten war. Mit Rücksicht auf die erste dieser Bestrahlungen hat V. dann beantragt, den Gutachter sowie den Arzt, der die Bestrahlung vorgenommen hätte, darüber zu vernehmen, daß es ihm für alle Zukunft unmöglich sei, strafbare Handlungen, wie er sie jetzt begangen habe, und wie er sie auch in diesem Verfahren wiederum unumwunden ohne jede Beschönigung zugegeben hat, weiterhin zu begehen. Hierzu bemerkt San.-Rat C., eine derartige Zusage habe er nicht gegeben, vielmehr von einer größeren Wahrscheinlichkeit dafür bei der Bestrahlung als bei der Kastration gesprochen. Der zuständige Pfarrer hatte ebenfalls den Eindruck, daß V. voll zurechnungsfähig im Allgemeinen sei, daß ihm aber eine sittliche Minderwertigkeit hinsichtlich der Fähigkeit zur Beherrschung seines Triblebens zugesprochen werden müsse. Einblick in das Frevelhafte seines Vorgehens habe V. aber nach seiner Überzeugung besessen.

Das Gericht hat den V. wegen fortgesetzten Sittlichkeitsverbrechens in den Jahren 1922, 1923 an Kindern unter 14 Jahren, sowie Beleidigung eines über 14 Jahre alten Jungen im Jahre 1926 zu insgesamt sieben Monaten Gefängnis verurteilt, und die Vollstreckung der Strafe, soweit sie nicht durch Untersuchungshaft verbüßt war, auf die Dauer einer Bewährungsfrist von drei Jahren ausgesetzt.

In diesem Verfahren wie in dem vorhergehenden sind keinerlei Anhaltspunkte hervorgetreten, daß V. mit Personen männlichen Geschlechts, Jugendlichen, beischlafähnliche Handlungen vollzogen hätte.

Die Röntgenbestrahlungen halfen nur vorübergehend. V. folgte deshalb dem Rate zu heiraten. Um Weihnacht 1926 lernte er bei einer anderen Familie in dem von seiner Mutter bewohnten Hause die Minna S. durch deren Schwester Luise S. kennen. Sie hatte ein voreheliches Kind, Ingeborg S., geboren am 6. 9. 1921. Zwischen V. und der Minna S. kam es zu einer Aussprache auch über ihre geschlechtlichen Angelegenheiten, in deren Verlauf sie zu einander Vertrauen faßten, so daß sie am 25. 3. 1927 heirateten und das Kolonat der Eltern der Frau übernahmen. Inzwischen entwickelte sich der Geschlechtstrieb des V. wieder stärker, aber in normaler Weise. Die Schwägerin hetzte jedoch die Eheleute gegeneinander auf (Eifersucht?) und verklatschte ihren Schwager, er sei impotent, könne keine Kinder zeugen usw. Die Folge dieser Klatschereien war, daß die Eheleute einander entfremdet wurden und der Geschlechtsverkehr zwischen ihnen unterblieb. Inzwischen hatte, im Mai 1927, V. auf Grund einer Anzeige in der Wochenschrift »Heilig dem Herrn« Verbindung mit einem Deutschen Waisenhaus in Budapest aufgenommen und durch dieses einen Waisenknaben zugewiesen erhalten, der in Deutschland als Gärtnerlehrling in Stellung gehen sollte. Der am 29. 8. 1913 geborene Junge traf im Sommer 1927 bei V. ein. Es fällt ohne weiteres die Parallele mit der Sonntagsschule auf und man muß mit der Möglichkeit auch hier wieder rechnen, daß auch diese Verbindung von V. nur angeknüpft worden ist, damit er seinen geschlechtlichen anormalen Neigungen möglichst ungehindert nachgehen konnte. Andererseits ist in diesem Falle wie m. E. auch in einem späteren nicht ganz zu widerlegen, daß V. nur durch eine unglückliche Verkettung von Umständen wieder in die Bahn geschlechtlicher Verfehlungen hineingeraten ist. In der Zeit des Eintreffens des Jungen bei V. war dessen Schwägerin in B. im Krankenhaus. Dort wurde sie von Frau V. am 27. und 28. 7. 1927 besucht. Gleich diese erste Abwesenheit der Frau in Verbindung mit der Anwesenheit des Jungen und der vorhergehenden Enthaltsamkeit wurde dem V. wieder zum Verhängnis. Er nahm den Jungen mit in das eheliche Schlafzimmer in das Bett und veranlaßte ihn, an seinem Glied zu reiben und zu dulden, daß er mit seinem Glied den Oberschenkel des Jungen und dessen Geschlechtsteil berührte. Im weiteren Verlauf ist es zu einer erneuten Berührung der Geschlechtsteile nicht mehr gekommen, wohl aber monatlich zwei bis vier Male dazu, daß der Junge das Glied des V. bis zum Samenerguß rieb und daß V. auch das Glied



des Jungen in die Hand nahm und daran rieb, jedoch vergeblich, da dieser noch nicht reif war.

Inzwischen kehrte die Schwägerin zurück und hetzte weiter. Trotzdem kam Weihnachten 1927 durch Vermittlung der Mutter des V. eine Aussöhnung zwischen den Eheleuten zustande. Die Schwägerin horchte jedoch den Jungen aus und brachte ihn zum reden. Nachdem sie den Sachverhalt dann zunächst im Ort herumgetragen hatte, erstattete sie Strafanzeige. Bei dieser mußte sie zugeben, mit V. verfeindet zu sein, aus Rache habe sie aber gleichwohl nicht gehandelt. Der Junge habe ihr alles ohne Drängen erzählt, sie habe ihn auch gefragt, ob ihr Schwager sein Glied in den After des Jungen eingeführt habe, das habe dieser aber verneint. Der Junge hat die Angaben im Wesentlichen bestätigt. Bereits vor Erstattung der Anzeige hatte V. nachweislich versucht, den Jungen wieder anderweit unterzubringen, wie er angibt, weil er jedesmal, nachdem er sich an dem Jungen vergangen gehabt hätte, Angst, Bedrückung und Ekel empfunden habe und nun die Gefahr, in die er durch den Jungen kam, habe beseitigen wollen. Sein Kolonat hat V. nicht halten können, es mußte bald darauf versteigert werden, aus welchen Gründen, steht nicht fest. Es scheint, daß Mißwirtschaft, Streit in Haus und Familie und die allgemeine wirtschaftliche Lage zusammengewirkt haben. So hatte V. wiederum sein Auskommen verloren, wie er schon durch die Verhaftung in dem früheren Verfahren sein Blumengeschäft verloren hatte, wie er davor eine Stelle als Gärtnerlehrling bei der Stadtverwaltung hatte aufgeben müssen. In dem neuen Verfahren hat sich Dr. *Wi.*, der 1921 den Leistenhoden operiert hatte, als Zeuge und Sachverständiger geäußert.

Durch seinen Eingriff sei der eine, bisher im Leistenkanal eingeklemmte, Hoden an ungefähr normaler Stelle gelagert worden. Auf die Funktion des Hodens hätte dieser Eingriff aber keinen Einfluß. Von einer geschlechtlichen Anomalie des V. sei ihm damals nichts bekannt gewesen, er habe ihm auch in dieser Richtung keinen Rat gegeben. Erst später, 1926, sei V. wegen seines gestörten Triebes zu ihm gekommen. Er habe unter diesem gelitten und sei bereit gewesen, um sich davon zu heilen, sich kastrieren zu lassen. Davon sei jedoch nach Rücksprache mit San.-R. C. Abstand genommen worden, statt dessen aber durch Röntgenbestrahlung eine vorübergehende Kastration herbeigeführt worden. Es scheine, daß diese Erfolg gehabt hätte, der aber wieder aufgehört habe, als die Bestrahlung ausgesetzt worden sei. Unter solchen Umständen solle man nunmehr, da V. rückfällig geworden sei, zur Kastration raten. Daß eine etwaige Impotenz durch den vorgenommenen ärztlichen Eingriff geändert worden wäre, sei sehr unwahrscheinlich<sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Anm.: Nach Durchsicht dieses Aufsatzes betonte Dr. *Wi.*, dies widerspreche den Erfahrungen. Es würde aber von medizinischem Interesse sein, wenn hier wirklich solche Wirkung eingetreten wäre.

Diese Äußerung steht in einem gewissen Widerspruch zu denen des V., der jedoch m. E. nicht aus Lügenhaftigkeit des V. zu erklären sein wird, sondern daraus, daß dieser einzelne Bemerkungen offenbar anders, seiner Lage günstiger, seinen Erwartungen entgegenkommender aufgefaßt hat, als wie sie gedacht waren. Derselbe Vorgang einer verschiedenen Darstellung der Äußerungen der Ärzte durch sie auf der einen und durch V. auf der anderen Seite wiederholt sich auch später noch. Es mag schließlich auch sein, daß auch an dieser Stelle eine gewisse Neigung des V. zu Übertreibungen mitspricht, die auch sonst gelegentlich zu beobachten ist, so daß ein Landjäger zu dem, sicher falschen, Ergebnis kommt, V. sei ein Mensch, dessen Verhalten an Großmannssucht und an Hochstapelei grenze. Zu beachten bleibt jedenfalls gegenüber dem Gutachten, daß die Triebhaftigkeit des V. nach dem Eingriff im Jahre 1921 eingetreten ist, daß ferner auf allen anderen Gebieten sich seine Angaben im Wesentlichen als richtig erwiesen haben, daß er seine Straftaten stets unumwunden zugegeben hat, daß er endlich, abgesehen von einem Kraftfahrvergehen, nur wegen Sittlichkeitsverbrechen verfolgt werden mußte, nie aber wegen irgendwelcher Eigentumsdelikte, nie vor allem wegen irgendwelcher Straftaten, die auf Unwahrhaftigkeit schließen lassen, wie Betrug, Urkundenfälschung, Untreue usw.

Bei der gerichtlichen Vernehmung der Zeugin Luise S. hat der Richter aus sich heraus den Vermerk gemacht, die Zeugin habe bei ihrer Vernehmung einen zerfahrenen Eindruck gemacht. Obwohl sie in Abrede gestellt habe, die Anzeige aus Haß gegen ihren Schwager gemacht zu haben, ergebe sich doch aus einzelnen Angaben, daß sie sowohl ihrem Schwager wie ihrer Schwester feindlich gesinnt sei.

Nachdem V. während dieses Verfahrens seine Arbeitsstelle durch die Versteigerung des Kolonats wieder verloren hatte, und nachdem seine Frau inzwischen mit einem, soweit festzustellen, von ihrem Manne empfangenen Jungen niedergekommen war, gelang es ihm eine neue Stelle als landwirtschaftlicher Verwalter zu erhalten. Diese wie alle späteren Stellen sollte jedoch nicht von Dauer sein. Währenddessen wurde V., da Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit auftraten, in einer Heil- und Pflegeanstalt, in die er sich hierzu freiwillig begab, auf seinen Geisteszustand untersucht. Der Sachverständige, Prof. Dr. Fr., hat in einem eingehenden Gutachten Stellung genommen. Dieses beruht auf einer sechstägigen Beobachtung, bei der sich V. mit aller Offenheit zu allen an ihn gerichteten Fragen äußerte, und zwar ohne jede innere Anteilnahme, wie sie seiner sehr schwierigen und unglücklichen Lage gegenüber nach Ansicht des Gutachters angemessen gewesen wäre. Er berichtete dem Gutachter so nüchtern und objektiv,

ohne den Versuch, selbst ihn stark belastende Tatsachen zu beschönigen, zeitweilig in Gegenwart zweier Assistenzärzte, daß es fast den Eindruck machte, als wenn V. die interessante Geschichte einer fremden Person erzähle, nicht aber sein eigenes trauriges Schicksal. Abgesehen von dieser ausgesprochenen Affektstörung konnte aber der Gutachter auf geistigem Gebiet keine krankhaften Abweichungen bei dem Beschuldigten feststellen, auch die körperliche Untersuchung ergab keine Besonderheiten. Im übrigen kam er zu folgendem Ergebnis:

Es handle sich zweifellos um einen erblich belasteten Psychopathen, dessen angeborene Minderwertigkeit auch auf körperlichem Gebiet durch den verlagerten Hoden gekennzeichnet wäre. Dem Beschuldigten sei ohne weiteres zu glauben, daß er bis zu der im Jahre 1921 vorgenommenen Bruchoperation keinen geschlechtlichen Trieb verspürt habe, daß dieser dann aber mit aller Wucht hervorgebrochen sei.

Der Sachverständige Dr. *Wi.* habe allerdings auch Recht, wenn er erkläre, die Lage des Hodens und damit auch die von ihm vorgenommene Operation hätte keinen unmittelbaren Einfluß auf die Erregung des Geschlechtstriebes, es müsse aber doch mit der Möglichkeit gerechnet werden, daß durch die bei der Operation unvermeidlichen Zerrungen des den Geschlechtsorganen anliegenden Nervengewebes auf reflektorischem Wege, also mittelbar, eine Reizung der nervösen geschlechtlichen Zentren und damit auch eine Auslösung des geschlechtlichen Triebes erfolgt sei. — Es könne weiterhin mit größter Wahrscheinlichkeit angenommen werden, daß der starke geistige Eindruck der an den Geschlechtsstellen vorgenommenen Operation an einer solchen Auslösung zum mindesten stark beteiligt gewesen sei. Der auf eine so ungewöhnliche Weise ausgelöste Trieb sei leider auch auf einen abnormen Charakter getroffen und so sei der weitere wahrhaft tragische Verlauf der ganzen Angelegenheit zu erklären. Der Besch. habe wohl noch auf der Schule gut gelernt, er habe aber durch das Unstete seines späteren Lebenswandels seine psychopathische Minderwertigkeit erwiesen, die auch noch sehr anschaulich durch die schon erwähnte Aussage des Gendarmeriewachtmeisters gekennzeichnet werde. Die Minderwertigkeit des Besch. weise aber auch zweifellos schizoide Züge auf: es fehle ihm die Möglichkeit und vor allem die gemüthliche Einstellung, um mit seiner Umgebung in nähere Beziehungen treten zu können, was auch durch das Ergebnis der Anstaltsbeobachtung bestätigt werden könne. Diese Scheu erreiche in bezug auf das andere Geschlecht sogar eine gewisse Überwertigkeit, wozu zweifellos die gut gemeinte strenge Erziehung durch die Mutter ein übriges getan habe. Es komme noch eine übertriebene Angst vor geschlechtlicher Ansteckung, Alimentationsverpflichtungen und ähnlichen Eventualitäten hinzu, um alle Versuche des Besch., sich dem weiblichen Geschlecht zu nähern — die dieser dem Sachverständigen geschildert hat — von vornherein zum Scheitern zu verurteilen. Die glaubwürdige und anschauliche Schilderung des Besch. mache es gewiß, daß bei ihm keineswegs primär ein abnormal gleichgeschlechtlich gerichteter Trieb vorhanden gewesen wäre; schon seine frühzeitigen vergeblichen Annäherungsversuche an Frauen bewiesen das Gegenteil, ebenso wie seine schließliche glückliche Ehe. Daß es sich tatsächlich um einen übermächtigen Trieb gehandelt haben müsse, der die ganze Persönlich-

keit des Besch. unwiderstehlich in seinen Bann zog, bewaise ganz offenbar sein damaliges, zweifellos ernst gemeintes freiwilliges Angebot, sich kastrieren zu lassen; zu diesem so schwerwiegenden und in die ganze Persönlichkeit so erheblich eingreifenden Schritt entschlöße sich auch ein haltloser Psychopath nur nach schwersten Seelenkämpfen. (Nach der persönlichen unmaßgeblichen Ansicht des Verf. kann hier es immerhin fraglich erscheinen, ob nicht die schizoide Natur des Besch., seine von dem Gutachter hervorgehobene Gemütsstarre, die übrigens auch von dem Verf. bei einer längeren Unterhaltung mit V. beobachtet werden konnte, zu einer anderen Beurteilung Anlaß geben könnte.) Die Ehe hätte für den Besch. trotz allem ein Glück und die endgültige Erlösung von seinem krankhaften Trieb bedeuten können, wenn nicht die Schwägerin dazwischen getreten wäre. Die durch deren Hetzereien wie durch die schlechte wirtschaftliche Lage entstandene seelische Entfremdung der Eheleute habe genügt, um den eben erst erwachten normalen Geschlechtstrieb des Besch. sofort wieder zu hemmen. Diese Tatsache bewaise auch die starke seelische Labilität des Besch. und den bei ihm offenbar besonders engen Zusammenhang des Geschlechtstriebes mit seelischen Regungen und Schwankungen. Das Unglück sei dann durch die Anwesenheit des Lehrlings vollständig gemacht, die gerade in die Zeit der völligen ehelichen Zerrüttung und der schließlichen Abwesenheit der Frau gefallen sei. Es ergebe sich danach also, daß es sich bei dem Besch. um einen qualitativ normalen, aber krankhaft gesteigerten Geschlechtstrieb handele, der durch seine psychopathische Minderwertigkeit und schizoide Hemmung in krankhafte Bahnen gelenkt worden sei.

Die Tatsache, daß es sich bei dem Besch. um einen schizoiden Psychopathen handele, genüge natürlich noch nicht, um die Voraussetzungen des § 51 zu erfüllen. In der geschlechtlichen Sphäre wirke sich das Mißverhältnis zwischen der Obermacht des geschlechtlichen Triebes und der haltlosen Minderwertigkeit, krankhaften Entgleisungen den nötigen Widerstand entgegenzusetzen, jedoch so stark zuungunsten der Persönlichkeit des Besch. aus, daß auf diesem besonderen Gebiet seine freie Willensbestimmung auf das ernsthafteste gefährdet, zu Zeiten eines geschlechtlichen Rausches sogar als völlig aufgehoben gelten müsse. Wenn aber bei einer nachgewiesenen schizoiden Minderwertigkeit der Trieb so übermächtig sei, daß er den Besch. zunächst zur Kastration sich freiwillig bereit erklären lasse, dann weiter eine leichtfertige Zerrüttung der schließlich zustande gekommenen glücklichen Ehe genüge, um ihn alles bis dahin erreichte wieder preisgeben und sogar jede Rücksicht auf die ihm gewährte Bewährungsfrist außer acht setzen zu lassen, dann könne von einer freien Willensbestimmung nicht mehr die Rede sein.

Der Besch. sei ein schizoider Psychopath, der im allgemeinen strafrechtlich als verantwortlich angesehen werden müsse, der sich aber zur Zeit der ihm auf geschlechtlichem Gebiet zur Last gelegten strafbaren Handlungen in einem Zustande von krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden habe, durch den seine freie Willensbestimmung aufgehoben gewesen sei.

Auf Grund dieses Gutachtens wurde der Angeklagte von dem erw. Sch. G. in D. am 16. 5. 1929 gemäß § 51 StGB. freigesprochen.

Mittlerweile ging V. wieder fort, fand aber bald eine andere Stelle als Gärtner, auf die ihm auch seine Frau folgte. Der letzte Freispruch wird seine Hemmungen naturgemäß nicht verstärkt

haben. Schon im Sommer 1930 mußte wiederum ein Strafverfahren eingeleitet werden. Die Ermittlungen ergaben, daß V. sich wieder mit jungen Burschen eingelassen und diese in ähnlicher Weise wie früher veranlaßt hatte, ihn zu befriedigen. Allerdings hat er sich jetzt nur an solche Jungen herangemacht, die das 14. Lebensjahr schon überschritten hatten. Der Anfang seiner Verfehlungen ging bis auf nur vier Monate nach dem Freispruch zurück. Einen von den Jungen hatte V. auch veranlaßt, zu dulden, daß er sein Glied zwischen dessen Oberschenkel brachte und dann beischlafähnliche Bewegungen machte. Da diese aber nicht zum Samenerguß führten, ließ er sich dann auch in diesem Falle wieder mit der Hand befriedigen. V. gab auch diese Straftaten nach nur ganz kurzem Leugnen in vollem Umfange zu und erklärte bei seiner richterlichen Vernehmung: »Ich habe unter einem unwiderstehlichen Trieb gehandelt, der auf krankhafte Veranlagung zurückzuführen ist. Ich wäre bereit, wenn es möglich wäre, mich einer Kastration zu unterziehen, um dieses zu beseitigen. Ich bin mir der Bedeutung meiner Handlungen bewußt, kann aber im gegebenen Falle nicht widerstehen.«

In diesem Verfahren wurde der zuständige Kreisarzt als Gutachter hinzugezogen. Er hat sein Gutachten erstattet auf Grund der Durchsicht der Akten, einer zweimaligen Untersuchung des V. in der Sprechstunde, sowie auf Grund seiner weiteren Kenntnis von dessen Persönlichkeit, die er dadurch erworben hatte, daß er die Frau V. im Krankenhaus behandelt hatte und dadurch auch mit V. zwei bis drei Wochen lang fast täglich in Berührung gekommen war. Endlich hat er sich auch bei dem damaligen Arbeitgeber des V. persönlich nach diesem erkundigt.

Zu Beginn seiner Ausführungen weist der Kreisarzt darauf hin, V. sei früher wegen ähnlicher Verbrechen an Kindern unter 14 Jahren bestraft und in einem weiteren Verfahren wegen »Geisteskrankheit« gemäß § 51 StGB. freigesprochen worden. Dieses habe sich auf Straftaten an einem 15jährigen Jungen bezogen. Auf Grund seiner Beobachtungen gelangte er zu einem wesentlich anderen Ergebnis als der Vorgutachter, wobei aber zu berücksichtigen bleibt, daß er nicht Spezialist ist; andererseits könnte man daran denken, daß V. sich diesem Gutachter gegenüber zu der Zeit, in der er noch nicht damit rechnen konnte, daß dieser eines Tages als Gutachter hinzugezogen werden würde, freier und ungezwungener, sein wahres Wesen besser zeigend, verhalten habe als Prof. Fr. gegenüber, dem er von Anfang an nur als dem zum Gutachter bestellten Arzt, also als dem vielleicht zu überzeugenden Gegner entgegentrat. Auch der Kreisarzt bezeichnet V. als durchaus intelligent, auch er schildert die Ruhe und Gleichgültigkeit des V. bei den Besprechungen, die er aus mangelndem Schamgefühl erklärt. Das Anerbieten, sich kastrieren zu lassen, sei sicher nicht auf den ernsthaften Willen, von seinem Triebe befreit zu werden, zurückzuführen, sondern nur auf die Furcht des V. vor Strafe, sonst würde er die Röntgenbestrahlungen nachdrücklicher weitergeführt haben. Nachdem V. das Empfinden bekommen hätte, es handle sich nicht einfach um

eine Wiederholung des früheren Gutachtens, sei seine Gleichgültigkeit einer wesentlich anderen Stimmung gewichen.

Eine neue Note kommt nunmehr aber in den Sachverhalt durch Erörterungen über die Wirkung des Alkohols bei dem Besch. Dieser habe angegeben, daß ihm die Verfehlungen immer nur dann passierten, wenn er Alkohol getrunken habe. Das gleiche hebt V. auch selbst in einer Eingabe hervor. Weiter bemerkt der Gutachter, es sei nicht glaubwürdig, daß durch die Operation des Leistenhodens der homosexuelle Geschlechtstrieb entstanden sei. Es würden so viele Leistenhodens operiert, ohne daß daraus Homosexualität entsände, daß er diese Angabe als eine an den Haaren herbeigezogene Ausrede ansehen müsse. — Den Umstand, daß V., sobald er merkte, daß Verfehlungen an Kindern unter 14 Jahren besonders schwer bestraft wurden, sich von diesen ferngehalten und an junge Burschen über 14 Jahren gewandt habe, deutet der Gutachter ebenfalls gegen V., da dieser dann ja nicht mehr so schwere Strafen zu erwarten gehabt hätte. Abschließend kommt der Gutachter zu dem Ergebnis:

V. sei intelligent, er sei homosexuell veranlagt, er wisse, daß er sich strafbar mache, wenn er seiner Leidenschaft nicht Herr werde. Daß er sich ernstlich bemüht habe, gegen seine Leidenschaft anzukämpfen, glaube er nicht, besonders die Art und Weise und Zeitumstände, unter denen er sich den Lehrling verschaffte (eben geschlossene Ehe, Bewährungsfrist), bewiesen, wie er ohne Rücksicht auf irgendwelche moralische Bedenken von langer Hand seinen Plan vorbereitete, um seinen Leidenschaften fröhnen zu können und der Strafe zu entgehen. Da sei nichts, was für seine Behauptung spräche, daß der Trieb plötzlich über ihn käme und daß er demselben ohne Besinnung unterworfen sei. Wenn V. sehr richtig beobachte, daß der Alkoholgenuß für ihn schädlich sei, so brauche er ja nur, da er zweifellos kein Gewohnheitstrinker sei, den Alkohol zu meiden und er setze sich nicht der Gefahr sittlicher Verfehlungen aus. (In einem Falle hatte V. nach einer besonders anstrengenden Arbeit sich am Trinken von Schnaps, der hinterher gestiftet wurde, beteiligt, in einem anderen hat er mehrere Gläser Bier zusammen mit einem Burschen getrunken, um so diesen, auf den er es schon lange abgesehen hätte, an sich heran zu bringen.) Auf den Leistenhoden lege er keinen besonderen Wert, weil er sehr häufig sei; sonstige körperliche Anzeichen habe er nicht gefunden und was eine von anderer Seite betonte Prahlucht und Wichtigtuerei betreffe, so müsse man doch sagen, wenn wir heute jeden Menschen, der unter einem mehr oder weniger großen Maulheldentum leide, für einen Psychopathen halten wollten, so käme man in große Verlegenheit. V. sei gewissenlos, ohne Verantwortungsgefühl. Er scheue ernste Arbeit, habe eine absolute Einsicht in das Verbotene seines Tuns und wisse auch seinen Trieb so weit zu beherrschen, daß er sich nicht wahllos mehr über Kinder hermache, nachdem er gelernt habe, daß hier für ihn besondere Gefahren bestünden. Er kenne auch seinen Trieb so weit, daß er sich eigentlich des Alkohols völlig enthalten müßte. Wenn er wisse, daß Alkohol Gift für ihn sei und er trinke ihn doch, so müsse man ihn doch für das, was er unter dem Einfluß von Alkohol begehe, verantwortlich machen. (So allgemein?). Er sei nicht der Ansicht, daß es allein der Alkohol sei, wie V. behaupte, der den Trieb in ihm erwecke. Der Trieb bestehe auch so, er lasse sich aber doch von ihm modifizieren, das

gehe ganz deutlich daraus hervor, daß er sich nicht mehr an Minderjährige sondern an Erwachsene heranmache. Es bestehe ein großer Mangel an Verantwortungsgefühl bei V. Er sei unwahrhaftig, aber er leide an keiner Geisteskrankheit. Er gebe daher sein Urteil dahin ab, daß V. sich bei der Begehung seiner strafbaren Handlungen nicht in einem Zustand krankhafter Geistesstörung befunden habe, seine freie Willensbestimmung ausschloß. Er sei körperlich zu bequem, um ernstlich zu arbeiten, und geistig zu bequem, um gegen seinen Trieb ernstlich anzugehen.

Das Gericht trug aus mehrfachen rechtlichen und tatsächlichen Erwägungen zunächst Bedenken, das Hauptverfahren zu eröffnen; vor allem hielt es das Gutachten des Kreisarztes nicht für ausreichend, da es ohne Anstaltsbeobachtung und von einem Nichtfacharzt erstattet sei und daher keinesfalls geeignet sei, das frühere gegenteilige, zeitlich nicht allzu weit zurückliegende Gutachten zu erschüttern. Darauf ist auch in dieser Sache Prof. *Fr.* gehört worden.

Er hat zunächst klargestellt, daß er entgegen der Darstellung des Kreisarztes den V. nicht als geisteskrank, sondern als schizoiden Psychopathen bezeichnet habe, daß er ferner in seinem früheren Gutachten nicht erklärt habe, daß durch die Operation des Leistenhodens des V. ein homosexueller Trieb entstanden sei, vielmehr nur ausgeführt habe, daß durch diese Operation ein bisher überhaupt nicht vorhandener Geschlechtstrieb (also keineswegs ein abnormer, gleichgeschlechtlicher Trieb) grundsätzlich zur Auslösung gebracht werden könne.

In seinem abschließenden Gutachten führt er aus, daß das Verhalten des V. bei der jetzigen Untersuchung genau so gewesen sei wie bei der früheren; er habe an ihm wieder dieselbe Gleichgültigkeit und Gefühlsstarre beobachtet. V. habe ihm berichtet, daß er sich mit seiner Frau vollkommen ausgesöhnt habe, daß er aber »während der ganzen Zeit die unüberwindliche Neigung zu jungen Männern nicht verloren« habe. Diesen Zustand halte er, V., für krankhaft. Er könne sich in jeder Gesellschaft frei bewegen, sowie er aber einen 13- bis 18-jährigen jungen Mann sehe, dann sei es um ihn geschehen. Auf Veranlassung des Gutachters hat dann V. diesem die einzelnen Verfehlungen eingehend, nüchtern, fast wissenschaftlich, erzählt. Dabei hat er unter anderem berichtet, daß er es auf einen jungen Burschen schon lange abgesehen gehabt hätte, ein anderer habe um seinen krankhaften Trieb gewußt und selbst darauf angespielt und so seine Bereitwilligkeit zu erkennen gegeben, wieder ein anderer sei ebenfalls durch gemeinsame Bekannte unterrichtet gewesen. Die Neigung zu jungen Männern komme eben unwiderstehlich über ihn, wenn er einem erst mal auf der Spur sei, könne er nicht mehr davon lassen, davor bewahre ihn auch nicht der normale eheliche Verkehr, den er mit seiner Frau ausübe. Er habe den ernsthaften Willen, von seinem krankhaften Triebe befreit zu werden, sein Angebot, sich kastrieren zu lassen, sei daher seinerzeit auch vollkommen ernst gemeint gewesen, Dr. *Wi.* habe aber damals die Operation abgelehnt.

In der klinischen und psychologischen Bewertung kommt der Gutachter zu demselben Ergebnis wie früher, in bezug auf die Frage der Zurechnungsfähigkeit dagegen zu einem anderen, aber auch wieder von dem des Kreisarztes abweichenden Standpunkt. V. sei zweifellos minderwertiger

Psychopath, wie nicht nur durch seine Entwicklung, das anfängliche völlige Fehlen des Geschlechtstriebes und das spätere übermäßige und abwegige Auftreten desselben erwiesen werde, sondern besonders durch die letzte Entwicklung und die jetzt zur Verhandlung stehenden Straftaten<sup>2)</sup>. Der jetzige Zustand könne nicht einfach als Homosexualität bezeichnet werden; diese sei meist angeboren, bei ihrem Vorliegen würde V. nicht daneben regelmäßig normalen ehelichen Verkehr ausüben können, sondern es handle sich um sexuelle Perversion, die in übermäßigem und überwertigem Reizhunger neben der normalen Befriedigung noch den homosexuellen Verkehr suche. Die Stärke dieses Triebes gehe schon aus den dauernden Rückfällen hervor. Daß es dem V. ernst sei mit dem Wunsche der Überwindung seines Triebes, habe er jetzt auch dadurch bewiesen, daß er die folgenschwere Operation nun habe vornehmen lassen. — V. war in der Zwischenzeit zwischen dem Gutachten des Kreisarztes und dem jetzigen des Prof. Fr. kastriert worden; auf die Gründe hierfür komme ich noch zurück; ob sie dem Gutachter bekannt gewesen sind, ist mir zweifelhaft. — Auch die schizoide Veranlagung habe er jetzt wieder feststellen können. Diese Diagnose, schizoide Psychopathie, besage aber zunächst nur, daß bei V. eine angeborene geistige Minderwertigkeit vorliege, der schon das Wetterleuchten einer vielleicht, aber keineswegs mit Sicherheit auftretenden echten Geisteskrankheit beigesellt sei. Er müsse auch weiter die Feststellung seines ersten Gutachtens wiederholen, daß diese schizoide Psychopathie keinesfalls einen Zustand darstelle, der ohne weiteres und grundsätzlich den Voraussetzungen des § 51 entspreche.

V. wisse, wenn man von seinem abnormen Triebe absehe, sehr wohl, was er tue, könne seine Handlungen in jeder Beziehung sehr wohl übersehen und in ihren Folgerungen richtig einschätzen, solange er eben nicht unter dem Einfluß dieses besonders starken und falsch gerichteten Geschlechtstriebes stehe.

In den weiteren Ausführungen legt der Gutachter dann dar, daß zwar in dem früheren Sonderfalle dem Besch. ein Widerstand gegen diesen krankhaft gesteigerten und übermächtigen Geschlechtstrieb nicht möglich gewesen sei, da er damals nicht die Möglichkeit gehabt habe, diesen durch einen normalen ehelichen Verkehr zum mindesten zu dämpfen, in den jetzt zur Erörterung stehenden Fällen könne aber davon keine Rede sein, wenn schon auch jetzt seine Willensfreiheit durch diesen Trieb stark beeinträchtigt gewesen sei. Er habe jetzt aber ohne diese Zwangslage lange Zeit hindurch regelmäßig mit offenbar ganz durchtriebenen jungen Burschen homosexuelle Dinge getrieben, den Verkehr von langer Hand planmäßig vorbereitet und sei sich auch des Unwürdigen und Strafbaren seines Treibens jetzt durchaus bewußt gewesen. Bei den jetzt vorliegenden Fällen könne daher von der Anwendung des § 51 StGB. keine Rede sein, wenn auch seine Zurechnungsfähigkeit infolge seiner psychopathischen Minderwertigkeit und seines abnormen Triebes eingeschränkt gewesen sei.

<sup>2)</sup> Anm. des Verf. Ich weiß nicht, ob das anfängliche völlige Fehlen des Geschlechtstriebes für sich allein, d. h. ohne Berücksichtigung der hier vorliegenden besonderen Ursache: des eingeklemmten Hodens, schon ein Zeichen minderwertiger psychopathischer Veranlagung sein muß; hier wird auch das Alter des V. zur Zeit der Beseitigung des Kryptorchismus, gerade 18 Jahre, wie mir scheint, eine wesentliche Rolle spielen können.



M. E. bleibt bei diesem Gutachten, das mir zutreffender zu sein scheint als das des Kreisarztes, doch noch die eine Frage offen, ob etwa auch der Anfang der hier verfolgten Straftaten auf Hemmungen in den ehelichen Beziehungen des V. zurückzuführen ist und ob dann etwa auch die weiteren aus der so wieder erfolgenden Verstärkung des gleichgeschlechtlichen Triebes sich erklären, wie ja die letzten Handlungen, die schließlich zu der Einleitung des neuen Strafverfahrens führten, vielleicht mit einer vorhergehenden wochenlangen Abwesenheit der Frau infolge Krankheit in Zusammenhang zu bringen sind. Dem Verf., der eine Reihe der verschiedenen Strafverfahren selbst zeitweilig bearbeitet hat, ist weiter bekannt, daß V. sich offensichtlich ernstlich bemüht hat, von seinem Leiden, gleichgiltig wie, befreit zu werden, und daß er zu diesem Zwecke wiederholt sich an ihm bekannte Ärzte, Rechtsanwälte und auch Pfarrer gewandt hat. Weiter bliebe zu prüfen, inwieweit etwa bei einzelnen Straftaten der Alkoholgenuß die letzten Reste der freien Entschlußkraft des V. beseitigt hat, wobei seine an sich schon geringe Willensstärke auf geschlechtlichem Gebiet zu beachten bleibt. Der scharfe Standpunkt des Kreisarztes in dieser Hinsicht kann in seiner Allgemeinheit wohl kaum geteilt werden, mag der Besch. bei dem Alkoholgenuß noch so sehr eine spätere Straftat sogar schon geplant haben und mag darin eine noch so große Fahrlässigkeit zu finden und es moralisch sicher noch so sehr zu verurteilen sein. Mit diesen Fragen soll jedoch nicht zum Ausdruck gebracht werden, daß das Gutachten in seinem Ergebnis falsch sei. Wohl erscheint es mir fraglich, ob Prof. Fr. jetzt, rückschauend, für den früheren Fall noch das damalige Gutachten abgeben würde. In der Hauptverhandlung hat der Gutachter dem Angeklagten den Alkoholgenuß als Schuld angerechnet, m. E. bei der Beurteilung der Persönlichkeit zweifellos zu Recht, aber nur in der schon erwähnten Richtung auf eine grobe Fahrlässigkeit, die die Frage nach der Verantwortlichkeit für die unter der Wirkung des Alkoholgenusses ausgeführten Straftaten unberührt läßt, solange wir noch mit dem jetzigen Rechtszustande rechnen müssen. Eine ganz andere Frage würde es sein, ob nicht derartige Fälle wie die hier erörterten den Beweis liefern, daß die geltenden Bestimmungen geändert werden müssen, sei es in der Richtung, die § 367 des Entwurfs des ADStGB. einschlägt, Bestrafung dessen, der sich vorsätzlich oder fahrlässig durch den Genuß geistiger Getränke usw. in einen die Zurechnungsfähigkeit ausschließenden Rausch versetzt und dann eine Straftat begeht, oder sei es durch die Schaffung einer gesetzlichen Bestimmung, die die Möglichkeit der Unterbringung solcher Beschuldigter als gemeingefährlich gewährt, wie es ebenfalls im Entwurf vorgesehen ist, der in § 56 bestimmt, daß für

jemanden, der als nicht zurechnungsfähig freigesprochen wird, vom Gericht die Unterbringung in einer Heil- und Pflegeanstalt für zulässig erklärt werden kann, wenn die öffentliche Sicherheit es erfordert. Auf die Frage ob etwa in diesen Fällen oder doch in noch enger zu begrenzenden die Zwangskastration nicht vorzuziehen sein würde, kann im Rahmen dieses Aufsatzes nicht eingegangen werden.

Das erw. Schw. G. in M. hat dann den Angekl. am 30. 7. 1931 wegen Beleidigung und wegen Vergehens gegen § 175 StGB. zu drei Monaten und einer Woche Gef. verurteilt und die Vollstreckung dieser Strafe wiederum auf die Dauer einer Bewährungsfrist von drei Jahren ausgesetzt. Die Beleidigung hat das Gericht in der Zumutung an einen Zeugen, den V. zu befriedigen, gefunden, die widernatürliche Unzucht in dem Falle, in dem V., wie er zugab, sein Glied zwischen die Oberschenkel eines jungen Burschen gebracht und dann beischlafähnliche Bewegungen gemacht hatte. Auf Berufung des Angekl. wurde das Strafmaß auf insgesamt einen Monat Gef. herabgesetzt.

Bereits oben erwähnte ich, daß ich auf die Gründe, die V. schließlich veranlaßt hätten, sich kastrieren zu lassen, noch zurückkommen würde. Sie sind sicher, wie auch Prof. Fr. annimmt, auch in dem Wunsche, von seinem Triebe befreit zu werden, zu finden; ich halte diesen Wunsch für von Anfang an ernst, gerade auch nach der eingehenden Durcharbeitung aller den Zusammenhang betreffenden Akten und ferner auf Grund des persönlichen Eindrucks des V., wenn ich auch nicht verkenne, daß dieser täuschen könnte. Allerdings mag auch hier eine gewisse Wichtigtuerei, eine Selbstüberheblichkeit, mitgesprochen haben, die auch später noch bei V. zu beobachten ist. Dieser Wunsch allein würde aber wohl kaum ausgereicht haben, den Plan in die Tat umzusetzen, zumal die normalen Beziehungen zwischen den Eheleuten dem sicher entgegenstanden. Hinzu kam zunächst das neue Strafverfahren, dessen Entwicklung V. zu der Befürchtung bringen mußte, daß er nun wieder bestraft werden und dann die neue Strafe und außerdem infolge eines sicher zu erwartenden Widerrufs auch die alte zu verbüßen haben würde. Diesem Druck wird aber sicher entgegen gewirkt haben die bei V. bestimmt anzunehmende wenigstens allgemeine Kenntnis davon, daß außer den rein körperlichen Folgen der Kastration und denen, die sich auf das Triebleben bezogen, nach der Auffassung mancher Sachverständiger Folgen auch auf anderen Gebieten jedenfalls nicht ausgeschlossen sein dürften. Der letzte Anstoß, den Eingriff nun auch durchführen zu lassen, kam vielmehr von einer ganz anderen Seite, von der aus neue, vielleicht ebenso schwere, wenn nicht schwerere Verwicklungen drohten und dann auch eintraten. Als V. infolge Wechsels der Arbeitsstelle von

B. fortzog, blieb das voreheliche Kind seiner Frau in B. bei der dem Vormund gut bekannten Großmutter. In den Herbstferien 1930 besuchte es jedoch die Eltern. In dieser Zeit soll sich nun V. an seiner Stieftochter ebenfalls sittlich vergangen haben. Im November 1930 wurde der Vormund im Jugendamt dieserhalb vorstellig und bat um anderweite Unterbringung des Kindes, das er vorläufig zu dessen Schutz zu sich genommen habe. V. bestritt diese Verfehlungen entschieden und ist immer bei diesem Bestreiten geblieben. Immerhin war für das Jugendamt bei diesem Sachverhalt begründeter Anlaß gegeben, bei dem Amtsgericht zu beantragen, der Mutter das Recht der Sorge für die Person des Kindes zu entziehen. Die Mutter widersprach diesem Antrage zwar entschieden unter Berufung darauf, daß ihr Mann auch ihr gegenüber die Verfehlungen in Abrede gestellt habe. Das Amtsgericht gab dem Antrage statt. In dem wegen dieser Beschuldigung eingeleiteten neuen Strafverfahren, auf das ich später noch zurückkommen werde, hat das Kind — die Aussage mag schon an dieser Stelle folgen — bekundet:

»Ich wohnte bei meiner Großmutter in B. in der . . . Straße und besuchte in den großen Ferien und auch anderen Ferien regelmäßig meine Eltern, welche als Gärtnerleute auf Schloß H. in H. wohnten. Ich brachte meinem draußen arbeitenden Vater häufig Kaffee und Frühstück und stellte ihm dieses in eine Laube. Meistens waren in der Laube auch noch Heuerlinge anwesend. Als einmal niemand anders in der Laube war, nur mein Vater, mein Bruder und ich, hat mir mein Vater mit seiner Hand zwischen die Beine gefaßt. Soweit ich mich entsinne, hatte ich die Hose noch an, mein Vater hat sie mir auch nicht heruntergezogen. Dieses mag wohl zwei- oder dreimal vorgekommen sein, wenn ich meinem Vater Kaffee brachte. Sonntags Morgens ging ich häufig zu meinem Vater ins Bett. Es ist dabei auch wohl vorgekommen, daß Vater mich dann mit seiner Hand zwischen die Beine faßte. Er hat aber niemals mit seiner Hand da hineingefaßt. Ich weiß, daß Jungens und Männer so ein Ding da unten haben. Mit diesem Ding ist Vater mir nicht zwischen die Beine gekommen. Ich weiß nicht genau, ob es weh getan hat oder nicht, wenn Vater mit seiner Hand zwischen meine Beine faßte. An wieviel Tagen mich Vati Sonntags im Bett angefaßt hat, weiß ich nicht mehr. Es kann zwei- oder dreimal gewesen sein. Meiner Mutti habe ich noch nie etwas hiervon erzählt. Das mochte ich nicht. Meine Tante Luise S. hat mich an einem Sonnabend, als mein Großvater verreist war, und die Tante auf mich aufpassen sollte, gefragt, ob mein Vati sowas schon mal bei mir getan hätte, ich sagte nein, und habe es dann doch auf ihr wiederholtes Fragen gesagt. Ich weiß nicht mehr, ob ich der Tante auch erzählt habe, daß Vati mit seinem Dings da unten zwischen meine Beine gekommen wäre. Wenn ich es doch erzählt haben sollte, so ist das gelogen und habe ich es nur geantwortet, weil meine Tante mich immer wieder danach fragte. Meine Mutti hat mir erzählt, ich müßte vor Gericht genau die Wahrheit sagen, es wäre genau so, als wenn ich es vor dem lieben Gott sagte. Alles was ich gesagt habe, ist wahr, das kann ich auch vor dem lieben Gott bekunden, und dafür, daß es wahr ist, habe ich eben dem Herrn Richter die Hand gegeben.«

In dem gleichen Termin wurde auch die Leiterin des Kinderheims gehört. Sie bekundete, daß das Kind nach ihrer Überzeugung unbedingt wahrheitsliebend sei und eine Beeinflussung des Kindes in der Zeit seines Aufenthalts im Heim nicht stattgefunden haben könne, weder schriftlich noch mündlich.

Der Richter, ein Referendar, hat das Protokoll mit dem Vermerk geschlossen, daß die Zeugin einen für ihr Alter durchaus aufgeweckten und frischen Eindruck gemacht habe. Nach der ganzen Art der Aussage beständen keine Zweifel an der Wahrheit der Angaben. Die Zeugin habe zunächst nur zögernd erzählt, offenbar aus Scham, dann aber verhältnismäßig offen und frei die Vorkommnisse wiedergegeben, deren Tragweite ihr unbekannt gewesen sei.

Auch auf Vorhalt dieser Darstellung des Kindes ist die Mutter bei der Ablehnung der Zustimmung zur anderweiten Unterbringung des Kindes geblieben; wenn sie auch die Wahrheit der Aussagen nicht in Zweifel ziehen wolle, so halte sie doch die Berührungen des Kindes durch ihren Mann für völlig harmlos. Eine Beschwerde gegen den Beschluß des Vormundschaftsgerichts wie auch eine weitere Beschwerde wurden im Kernpunkt durch Beschluß des Kammergerichts zurückgewiesen. Die inzwischen erfolgte Kastration konnte in der weiteren Beschwerdeinstanz nicht berücksichtigt werden, da sie tatsächlich neu und deshalb hier unbeachtlich war.

Die Kastration ist erfolgt zwischen der Beschwerdeentscheidung des LG. und der Entscheidung über die weitere Beschwerde durch das KG. Sie ist m. E. wesentlich mit veranlaßt worden durch den Streit um das Kind, an dem Mutter wie Stiefvater, soweit zu erkennen, beide sehr hängen. Hierbei kann endlich sehr wohl auch noch mitgesprochen haben auf seiten des V. die Sorge, durch die zwangsweise Trennung des Kindes von der Mutter könne nun auch seine Ehe zerbrechen, auf seiten der Mutter bei ihrer Zustimmung zu dem Entschluß des Mannes neben der Liebe zu dem Kinde ein stilles Gedenken an dessen Vater, von dem die Mutter früher ebenfalls durch Intriguen der Schwägerin getrennt worden sein soll.

Infolge der Anordnung des Vormundschaftsgerichts verblieb nun das Kind im Kinderheim. Schon alsbald nach der Zustellung des Beschlusses des KG. stellte die Mutter einen neuen Antrag auf Rückgabe, da jedenfalls inzwischen die Gefährdung behoben worden sei. Zum Beweise nahm sie auf Gutachten von Dr. *Ja.* und Dr. *Wi.* Bezug. Auch habe die Schwester der Frau V. ihre Behauptung über die angeblichen Verfehlungen des V. an seiner Stieftochter zurückgenommen. Auch darauf muß ich später zurückkommen.

Ehe über diesen neuen Antrag entschieden wurde, richtete V.

ein Schreiben an das Amtsgericht, er selbst, nicht seine Frau, habe eine Eingabe an das Kammergericht gesandt, die er in Abschrift beifüge, damit man nicht etwa glaube, er habe sich über den Kopf des Amtsgerichts hinweg beschwert:

Die sofortige Beschwerde sei vom KG. zurückgewiesen mit der Begründung, daß der Ehemann der Frau V. bisexuell und wegen Vergehen an Männern bereits vorbestraft sei. Es sei unverständlich, daß der Senat des KG. nicht wisse, was bisexuell sei. Der Bisexuelle habe eine besondere Neigung zu Männern und entsprechend eine verminderte Zuneigung zu Frauen, was ihn von dem Homosexuellen unterscheide. Das bestätige jeder Gutachter, die aber nicht gehört seien. Wenn das Gericht das nicht aus Erfahrung gewußt habe, hätte es doch unbedingt einen Gutachter hören müssen. Offenbar stehe der Senat auf dem Standpunkt, daß jeder 175er eine Gefahr für kleine Mädchen sei. Wenn die Gerichte aber auf diesem Standpunkt ständen, daß ein bisexueller oder, was gleichbedeutend sei, ein 175er eine Gefahr für kleine Mädchen sei, dann möge man dafür sorgen, daß es keine Richter gebe, die 175er seien. In B. gebe es solche wie überall. Übrigens sei es ein Widersinn, daß man dem Mann die Tochter, für die er nach seiner Auffassung nicht die geringste Gefahr sein konnte, genommen habe, dagegen nicht den Sohn.

Diese Eingabe ist kennzeichnend für die Persönlichkeit des V. Dabei soll von seinen Ausführungen zu der medizinischen Seite ganz abgesehen werden. Weit wichtiger erscheint mir die Eingabe wegen ihrer Form, ihres Tones und ihrer Andeutung über Homosexualität von Richtern. Sie zeigt m. E. besonders charakteristisch die Überheblichkeit und mangelnde Kritik des V., vor allem, wenn dabei berücksichtigt wird, daß V. dem Verf. selbst gelegentlich einer späteren dienstlichen Besprechung glatt erklärte, er habe den Richtern diesen Vorwurf gar nicht machen wollen. Bei dieser Besprechung lag leider der Wortlaut der Eingabe nicht vor. Andererseits bezeichnete V. in derselben Besprechung einen verstorbenen Rechtsanwalt auch als Homosexuellen. Auffällig bleibt aber, daß V. außer in dem Vormundschaftsverfahren nie in ähnlicher Weise zu Beschimpfungen oder anderen Entgleisungen übergegangen ist; es erscheint mir nicht ausgeschlossen, daß er in diesem Verfahren doch sich im Recht glaubt, und daraus heraus vielleicht dazu gelangt ist, in Folge seiner Kritiklosigkeit und seiner zwar vorhandenen, aber in allen irgendwie mit diesem Tatsachenkomplex nur zusammenhängenden nicht ausreichenden Hemmungen in dieser völlig verfehlten Form seinem Ärger über die Entscheidungen in der Vormundschaftssache Luft zu machen — womit sein Verhalten natürlich nicht im geringsten beschönigt werden soll.

Anscheinend ist V. erst nicht querulatorisch gewesen, aber durch dieses Verfahren für diesen Zusammenhang geworden.

Dem neuen Antrage entsprechend wurde nunmehr Dr. Ja. als Gutachter gehört.

Er wies zunächst darauf hin, daß auch ihm gegenüber V. jede Verfehlung an seiner Tochter entschieden abgestritten und erklärt habe, gegen minderjährige Mädchen habe er eine direkte Abneigung, wohl könne ihn eine erwachsene reife Frau sexuell reizen. Er habe normalen Verkehr mit seiner Frau gehabt und im übrigen sich homosexuell mit jungen Männern betätigt. Wohl müsse er zugeben, daß sein Ruf als Homosexueller das Mädchen habe schädigen können. Seit der Operation — das Gutachten ist drei Monate später erstattet — habe er sich nicht mehr homosexuell betätigt und auch keine ernsthafte Neigung mehr dazu verspürt. Ein Versuch des Verkehrs mit seiner Frau sei mißlungen. Er werde sich mit dem Vorgehen des Vormundschaftsgerichts nie einverstanden erklären, darin liege ein Rechtsbruch und eine Schlampigkeit, gegen die er protestieren müsse. Er fürchte, daß man ihm eines Tages auch noch seinen 3½-jährigen Jungen, den er selbst gezeugt habe, nehmen werde.

Aus dem Untersuchungsbefund ist erwähnenswert, daß der Gutachter eunuchoiden Körperbau feststellt, auf der anderen Seite hinsichtlich des seelischen Befundes zwar formal gewandtes Auftreten, aber verstandesmäßig keine besondere Begabung. Wenn V. in lebhafteren Affekt gerate, bezeichne er sich auch jetzt noch als Homosexuellen bzw. als Bisexuellen und wolle die Gesetzmäßigkeiten, die er selbst für diese Menschen aufstelle, auf sich angewandt wissen. Auch jetzt noch schaue er den jungen Männern, die ihn früher gereizt hätten, nach seiner eigenen Darstellung nach, und sage sich: »Das ist so ein Typ, der Dich früher gereizt hat« und »Ich habe so das Empfinden: das ist ein schöner Mensch«, endlich: »Eine Operation kann das doch nicht so ausschalten, daß ich nicht mehr daran denke, wenn mir ein junger Mensch begegnet.« Auch früher schon hätte er längere Zeiten gehabt, in denen er sexuell ruhiger, nicht aggressiv, gewesen sei, besonders dann, wenn es ihm körperlich nicht so gut gegangen sei. Auch jetzt sei er körperlich nicht recht frisch und habe er sich nicht gut ernähren können. Schließlich erwähnt der Gutachter noch, daß V., der den Streit seiner Frau um das Kind selbst führe, sich in eine durchaus querulatorische Einstellung hineingearbeitet habe und immer wieder erkläre, er müsse die Unfähigkeit der Richter beweisen. Wenn das jetzige Gutachten nicht nach seinem Wunsche ausfalle, müsse er andere von Prof. H., Bl. und A. einholen. In grober und unverhüllter Weise habe er versucht, den Gutachter einzuschüchtern. Er habe sogar erwähnt, daß ihm doch von der Nervenabteilung der Anstalt, an der der Gutachter tätig ist, geraten sei, sich kastrieren zu lassen. Er habe sich nun dieser Operation unterzogen und wenn sie nach Ansicht des Gutachters keinen vollen Erfolg habe, müsse er sich Weiterungen vorbehalten. — Diese Weiterungen sind später auch eingetreten; vgl. unten.

Dr. Ja. hat dann dahin Stellung genommen: Die Kastration unterdrücke den Geschlechtstrieb nur dann mit größerer Wahrscheinlichkeit, wenn sie zeitig, etwa vor dem siebenten oder achten Lebensjahre, ausgeführt werde, auch dann bestehe aber keine absolute Sicherheit, daß mit der Impotenz die Libido ausbleibt. Je später die Kastration ausgeführt werde, desto geringer

sei die Wahrscheinlichkeit, daß auch der Geschlechtstrieb beseitigt werde. Es könne deshalb keine Gewähr dafür übernommen werden, daß durch den Eingriff die Gefahr jeglicher Exzesse auf sexuellem Gebiet ausgeschaltet sei. Überdies habe er nicht den sicheren Eindruck, daß V. sich in seiner psychischen Einstellung zu seinem krankhaften Sexualleben jetzt grundlegend geändert habe. Er verweist hierzu auf die oben erwähnten Äußerungen. Die Frage, ob jeder Geschlechtstrieb nun tatsächlich erloschen sei, könne s. E. erst bejaht werden, wenn V. etwa über fünf Jahre den Beweis erbracht habe, daß es bei ihm nicht wieder zu irgend welchen sexuellen Delikten gekommen sei. Auch dann sei aber eine nochmalige eingehende psychiatrische Untersuchung zu empfehlen.

Es könne ferner auch nicht bestätigt werden, daß für das Kind Ingeborg bei der Veranlagung des V. keine Gefahr bestanden habe. Bei seinem schweren anormalen und unberechenbaren Triebleben müsse V. auch für ein Kind weiblichen Geschlechts als Bisexueller eine erhebliche Gefahr bedeuten. Das Zusammenleben mit ihm stelle für Kinder beiderlei Geschlechts eine erhebliche Gefahr dar.

Daraufhin reichte V. ein von ihm beigezogenes kurzes Attest des Nervenarztes Dr. C. ein, in dem erklärt wird, es sei anzunehmen, daß V. infolge der Operation die Kraft gewonnen habe, sexuelle Triebe, wenn sie überhaupt sich noch geltend machen sollten, zu beherrschen. Eine sexuelle Gefahr für die Tochter bestehe s. E. von seiten des V. nicht mehr. Ferner reichte der Vertreter der Frau V. ein Gutachten eines weiteren Nervenarztes Dr. M. ein, nach dem zu hoffen wäre, daß durch die Operation die sexuelle Triebstärke herabgesetzt wäre und die durch sie bei pathologischen Persönlichkeiten bestehende Gefahr gemindert werde. Weiter wurde behauptet, Dr. Ja. habe vor der Operation erklärt, durch den Eingriff werde jede Gefahr, auch für junge Männer, beseitigt. Wenn er jetzt einen anderen Standpunkt einnehme, so habe er entweder seinen Rat zur Kastration unüberlegt erteilt oder seine Ansicht geändert. Auch Dr. Wi. habe vor der Operation erklärt, V. könne beruhigt sein, er, Dr. Wi., operiere nur, wenn es einen Erfolg verspreche. Dr. Wi. hat diese Angabe entschieden bestritten, er habe nur einen letzten Versuch nicht unterlassen wollen. Auch Dr. Ja. blieb bei seinem Standpunkt; die beiden anderen Gutachten seien ohne Kenntnis der Akten ausgestellt worden, beide äußerten sich nur ganz allgemein, ohne auf den Fall V. und dessen Persönlichkeit näher einzugehen, und beide behaupteten nicht, daß jede libido und damit jeder anormale Geschlechtstrieb bei V. mit Sicherheit beseitigt sei. (Dr. C. waren die Verhältnisse des V. übrigens verhältnismäßig genau bekannt.) Auf die Frage, ob die Hemmungen nun etwa infolge einer Abschwächung, nicht Beseitigung, des Triebes ausreichen, geht er nicht ein. Im übrigen sei es unwahr, daß er, wie jetzt behauptet wurde, vor der Operation erklärt habe, daß durch diese jede Gefahr, auch für junge Männer, beseitigt werde, und ebenso

sei es unwahr, daß er der Frau erklärt habe, nach der Operation würde nicht das geringste entgegenstehen, das Kind zurückzubekommen. Er habe dem V. nie zu der Operation geraten, sondern nur auf dessen wiederholtes Drängen sein Einverständnis dazu gegeben. Dieses habe er erteilt aus eugenischen Erwägungen und weil die von V. gewünschte Röntgenkastration ärztlich nicht zu verantworten gewesen sei, da die Gefahr bestanden habe, daß durch diese unerwünschte Erbänderungen hervorgerufen würden. Endlich habe er bei dem Drängen des V. und der schweren Abnormalität seines Trieblebens geglaubt, es verantworten zu können, daß die Kastration vorgenommen würde, um dem V. so die einzige, wenn auch geringe Chance, von seinem Triebe loszukommen, zu geben.

Auf Grund dieses Gutachtens des Dr. *Ja.* wurde der Antrag auf Rückgewähr des Rechts zur Bestimmung des Aufenthalts des Kindes abgelehnt. Dagegen wurde im Einvernehmen mit dem Jugendamt zur Vermeidung von Härten gegenüber der Mutter davon abgesehen, auch den Jungen aus der Umgebung des Vaters zu entfernen. Zwischenzeitlich hatte sich V. im Dienstaufsichtswege über den Amtsrichter beschwert, wurde jedoch damit abgewiesen. Auch war er nach Zustellung des Beschlusses des KG. im Dienstzimmer des Amtsrichters erschienen und hatte sich dort sehr anmaßend und unverschämt aufgeführt. Auch die Beschwerde gegen den Beschluß, durch den der erneute Antrag auf Rückgabe des Kindes abgelehnt wurde, wurde wiederum abgewiesen. Nuncmehr setzten Beschwerden gegen den Vormund ein, der sich nach Ansicht des V. ungebührlich benommen habe. Diesen Beschwerden ist ebenfalls nicht stattgegeben.

In einem dritten Antrag wurde auf ein Gutachten des Reg.-Med.-R. a. D. Dr. *B.* Bezug genommen, außerdem auf eine in zwischen gegen Dr. *Ja.* erstattete Strafanzeige.

Währenddem lief das Verfahren wegen der Beschuldigung von Verfehlungen an der Stieftochter weiter. Dieses war nicht etwa auf eine Anzeige des Jugendamts oder des Vormundschaftsgerichts eingeleitet, sondern der schon früher hervorgetretenen Schwägerin des V. Dabei gab sie an, V. solle seine Stieftochter geschlechtlich gebraucht oder doch zu gebrauchen versucht haben. Das Kind habe ihr das aus freien Stücken erzählt. Sie habe wiederholt ihren Stiefvater unten anfassen müssen und er habe selbst wiederholt unten angefaßt oder den Finger hineingesteckt. Wörtlich hätte das Kind gesagt, er sei ihm mit dem Finger dazwischen gekommen. Das Kind habe weiter erzählt, daß ein bis zwei Male der Vater versucht habe, ihr mit dem, was er unten habe, zwischen die Beine zu kommen, er habe aber aufgehört, wenn es weh getan hätte. Sie, die Schwägerin, habe dann eine Nachbarin gebeten, das Kind aus-



zufragen, dieser habe es dann das gleiche erzählt(!). Die Anzeige erstattete sie jetzt, da sie ihr Schwager beim Schiedsmann wegen Verleumdung verklagt habe.

Die Nachbarin hat diese Darstellung im wesentlichen bestätigt und dabei u. a. bemerkt, das Kind habe über die Vorfälle bekundet, ihr Vater habe bei ihr immer sein's da unten hineingesteckt. Näher habe sie das Kind aber nicht ausgefragt, da sie ja von der Schwägerin schon alles erfahren gehabt hätte(!). Das Kind ist dann in dem Verfahren vernommen worden. Bereits vor der Strafanzeige war es von Dr. H. aus Anlaß des Sühntermins untersucht worden, Anzeichen eines Geschlechtsverkehrs hat er nicht gefunden. V. bestritt auch im Strafverfahren entschieden jedes Vergehen an dem Kinde, dieses stehe stark unter dem Einfluß seiner ihm feindlich gesonnenen Schwägerin. Das Kind habe in Gegenwart eines Lehrlingmädchens der Mutter gestanden, alles was sie über den Vater erzählt habe, sei nicht wahr; Tante L. hätte ihr gesagt, sie solle so sagen. Das Strafverfahren wegen dieser angeblichen Vorfälle wurde eingestellt, da es immer bedenklich erscheinen mußte, eine Anklage nur auf die Erzählungen des Kindes zu stützen. Der Vermerk des Richters, der das Kind vernommen hatte, konnte zu einer Belastung des V. nicht geeignet sein, da aus ihm sich, psychologisch gesehen, nicht etwa die Richtigkeit der Angaben des Kindes, sondern nur der Glaube des Kindes an seine Erzählungen ergab. Eine ganz andere Frage blieb es, ob nicht dem Kinde seine Angaben vorher eingeredet worden waren, so daß es jetzt gutgläubig irgendwelche, vielleicht ganz harmlose, Vorfälle wiedergab. Für diese Möglichkeit sprachen auch die Widersprüche zwischen den Einzelangaben des Kindes, der Schwägerin und der Nachbarin. Auf die unsinnige Art des Vorgehens der Schwägerin brauche ich hier nicht weiter einzugehen. V. hat später gebeten, das Verfahren wieder aufzunehmen, um ihm den Nachweis zu ermöglichen, daß er unschuldig sei. Diesem Wunsche konnte nicht entsprochen werden.

Der Verlauf des Privatklageverfahrens hat ergeben, daß die Einstellung des Strafverfahrens gerechtfertigt gewesen ist, daß jedenfalls von einem irgendwie begründeten Verdacht nicht mehr die Rede sein kann. Von der Schwägerin mußte schon bei der Erstattung der Anzeige zugegeben werden, daß sie die Anzeige erstatte, weil V. sie wegen Verleumdung verklage. Im Hauptverhandlungstermin verglichen sich auf Betreiben des Vorsitzenden die Parteien dahin, daß die Angeklagte erklärte, sie nehme die Äußerungen, die sie über den Privatkläger gemacht habe, zurück und übernehme die Kosten des Verfahrens, und daß der Privatkläger erklärte, nachdem ihm diese Erklärung gemacht worden sei, nehme

er die Privatklage zurück, sobald die Angeklagte die Kosten bezahlt habe.

Nachdem dann mehrfach die Kosten vergeblich eingefordert worden waren, ließ die Angeklagte unter dem 28. 11. 1931 wieder erklären, sie lehne die Bezahlung der Gerichtskosten ab und wolle dem Verfahren Fortgang geben. Dann wieder ließ sie mitteilen, sie wolle den Vergleich evtl. doch annehmen. V. hat dann Anfang 1932 die Kosten des Privatklageverfahrens im Zivilprozeßwege eingeklagt und ein obsiegendes Urteil erstritten. Die Gerichtskosten dieses Zivilprozesses hat die Angeklagte bezahlt, die des Privatklageverfahrens nicht. Sie bat vielmehr dann wiederum, dem Privatklageverfahren Fortgang zu geben, sie werde für ihre Behauptungen den Wahrheitsbeweis erbringen, der Vergleich sei ihr aufgezwungen worden. Zu einer neuen Verhandlung ist es jedoch bisher nicht gekommen.

In dem dem Antrage an das Vormundschaftsgericht beigefügten Gutachten sagte Reg.-Med.-R. a. D. Dr. B., Frau V. könne das Recht, den Aufenthalt ihres Kindes Ingeborg zu bestimmen, ohne Bedenken zurückgegeben werden, ihr Mann stelle für das Kind keine Gefahr mehr dar, er sei infolge der Kastration von seinem krankhaft gesteigerten Geschlechtstrieb dauernd geheilt und werde deshalb niemals wieder eine sexualverbrecherische Handlung begehen. Das Gutachten von Dr. J. sei falsch, er habe es nicht auf eigene Beobachtungen stützen können, sondern nur auf die Autorität von Prof. M., dessen wissenschaftliche Stellungnahme Dr. B. dann scharf angreift. Er selbst gründe sein jetziges Gutachten auf eigene Beobachtungen an kastrierten Sexualverbrechern und an Kriegskastraten sowie an einer ganzen Reihe von Eunuchen, die er in mehrjähriger Tätigkeit kennen gelernt habe. Er erkläre mit aller Entschiedenheit, daß V. seit seiner Kastration überhaupt nicht mehr instände sei, weitere Sexualdelikte zu begehen.

Auf die Frage der Geschlechtslust geht der Gutachter mit keinem Worte ein, er begutachtet, soweit zu erkennen, den Fall nur unter dem Gesichtspunkte der Potenz oder Impotenz.

Darauf wurde vom Vormundschaftsgericht ein Obergutachten von dem Direktor einer Prov.-Heil- und Pflegeanstalt eingefordert. Er kam zu folgendem Ergebnis: 1. Ich bin der Überzeugung, daß bei V. infolge der vorgenommenen Kastration der geschlechtliche Betätigungstrieb zum mindesten erheblich herabgesetzt ist, so daß die bei V. vorhandenen Hemmungen voraussichtlich ausreichen werden, Verfehlungen auf geschlechtlichem Gebiete zu verhüten. Dies gilt sowohl für seine Triebrichtung nach gleichgeschlechtlicher Betätigung, als seine Triebrichtung zum anderen Geschlecht. 2. Nach den neueren Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft glaube ich nicht, daß jetzt noch eine erhebliche Gefahr für das Zusammensein V.s mit seinen Kindern bzw. Stiefkindern beiderlei Geschlechts besteht.

Auf Grund dieses Gutachtens ist durch Beschluß vom 7. 12.

1932 der Mutter das Recht zur Bestimmung des Aufenthalts des Kindes zurückgegeben worden.

Das Gutachten ist ohne nochmalige Untersuchung des V. an Hand des umfangreichen Aktenmaterials erstattet worden, da der Gutachter glaubte, ohne eine solche schon zu einer klaren Stellungnahme gelangen zu können. Der Gutachter unterscheidet, m. E. mit Recht, bei der Prüfung der Frage, welche Auswirkungen die Kastration habe, eine Reihe von Einzelfragen, die von den Vorgutachtern nicht mit dieser Schärfe auseinandergehalten worden sind, nämlich:

1. die Wirkung auf die Zeugungsfähigkeit; sie werde durch die Kastration zweifellos endgültig beseitigt;

2. das Geschlechtsempfinden, d. h. das Vorhandensein oder das Auftreten sexueller Empfindungen oder Gefühlsbetonungen, ausgehend von den Vorgängen im eigenen Körper oder von anderen Personen gleichen oder anderen Geschlechts. Wenn dieses Geschlechtsempfinden einmal entwickelt sei, werde es auch durch Entfernung der Keimdrüsen nicht so ohne weiteres beseitigt, wenn es auch nach einer solchen Operation sicher in seiner Ausprägung zurücktrete. Dieses Geschlechtsempfinden sei aber an sich nicht unmittelbar Veranlassung zu strafbaren sexuellen Entgleisungen. So sei es nicht auffallend, wenn V. auch mehrere Monate nach seiner Kastrierung noch ein Empfinden für »schöne« und »reizvolle« junge Männer habe;

3. die sexuelle libido, den Trieb zu geschlechtlicher Betätigung. Nicht nur theoretische Erwägungen, sondern auch die neuere ärztliche Erfahrung sprächen durchaus dafür, daß mindestens für den Grad aufkommenden sexuellen Betätigungsdranges der physiologische Einfluß der Geschlechtsdrüsen von entscheidender Bedeutung sei. Es seien zahlreiche Beobachtungen, auch aus neuerer Zeit, veröffentlicht, wonach Kastrierte, besonders auch solche mit früheren verbrecherischen Trieben, durch die Kastration von ihrem unheilvollen Drang befreit wären. In den meisten Fällen sei, wo nicht von vollständigem Erlöschen, doch von einer schneller oder langsamer eintretenden Abschwächung des Betätigungsdranges berichtet. Andererseits lägen aber auch Berichte über Einzelfälle vor, in denen der Betätigungsdrang in erheblichem Maße auch nach Kastration, wenigstens für längere Zeit, erhalten blieb. *Pietrusky* rechne in *Ger.-Med.* 3/162 mit einer Wahrscheinlichkeit von 2:1 damit, daß durch die Kastration die Abwegigkeit behoben werde. Gerade die libido, der Geschlechtstrieb, sei hier die wichtigste Komponente des Geschlechtslebens. In bezug auf sie müsse aber wohl, nach den neuerdings häufiger gewordenen Beobachtungen, der früher allgemein angenommene, sehr zurückhaltende Standpunkt von Prof. *M.* einer weitergehenden Bewertung

der Kastrationsfolgen Platz machen, wenn ihm auch der extreme Standpunkt von Dr. B. nicht für alle Fälle zuzutreffen scheine;

4. die *potentia coeundi*. Sie gehe meist durch die Kastration verloren, es gebe aber auch Fälle, in denen sie erhalten geblieben sei;

5. endlich die Neigung zur bzw. die Gefahr der Begehung strafbarer sexueller Handlungen. Die Frage nach dem Vorliegen dieser Gefahr werde immer nur nach den Umständen des Einzelfalls zu entscheiden sein, eine klar bestimmbare Grenze, wann die Gefahr bestehe und wann nicht, sei nicht zu ziehen. Zu rechtswidrigen sexuellen Handlungen komme es nur, wenn irgendwie ein Mißverhältnis bestehe zwischen der geschlechtlichen libido und den ihrer Betätigung entgegenwirkenden Hemmungen irgendwelcher Art. Das Mißverhältnis könne beseitigt werden durch den Versuch, die Hemmungen zu verstärken (erzieherische Maßnahmen, Bestrafung usw.) oder durch den Versuch, die geschlechtliche libido zu beseitigen oder doch herabzusetzen. Bei V. könne nicht die Rede davon sein, das er keine Hemmungen besäße. Diese seien nun zwar nicht durch die Kastration gesteigert, wohl aber sei nach den neueren Erfahrungen davon auszugehen, daß durch sie der Geschlechtstrieb erheblich herabgesetzt sei, wie es auch von V. und Frau V. bestätigt worden sei. Infolgedessen sei bei V. zum mindesten eine erhebliche Abnahme des geschlechtlichen Betätigungstriebes als sehr wahrscheinlich anzunehmen, so daß man zu dem Vertrauen berechtigt sei, daß fernerhin die vorhandenen Hemmungen ausreichen würden, sexuelle Delikte nicht zustandekommen zu lassen. Da V.s geschlechtliches Triebleben in überwiegendem Maße auf gleichgeschlechtliche Betätigung gerichtet sei, halte er die Gefährdung der Stieftochter für kaum noch vorhanden und auch für den Sohn für recht gering.

Nachspiel: Als V. sah, daß die Kastration nicht zu dem von ihm erwarteten Erfolge der Rückgabe der Stieftochter führte, erstattete er, wie schon kurz gestreift, Anzeige gegen Dr. Ja. und Dr. Wi., den ersten wegen Abgabe eines falschen Gutachtens, sei es wissentlich, sei es fahrlässig, gegen den anderen wegen schwerer Körperverletzung. Sein Gedankengang war dabei etwa folgender: Entweder bin ich von Dr. Ja. richtig beraten, dann ist sein Gutachten falsch, sei es wissentlich oder fahrlässig, oder ich bin falsch beraten, dann ist meine Einwilligung in die Kastration erschlichen und unbeachtlich und deshalb dieser Eingriff als schwere Körperverletzung zu bestrafen. Das Verfahren ist eingestellt worden. Auf Beschwerde wurden die Ermittlungen zwar erst wieder aufgenommen, das Verfahren dann aber erneut eingestellt. Eine nochmalige Beschwerde ist zurückgewiesen. Nach persönlicher Erklärung bezweckte V. mit dieser Strafanzeige nunmehr angeblich

nicht so sehr eine Bestrafung, an der ihm persönlich nichts liege, sondern — die Klärung der Rechtslage, ob und unter welchen Voraussetzungen die Kastration einen strafbaren oder aber zulässigen Eingriff enthalte. Er war, angeblich aus diesen Gründen, auch nicht zu bewegen, auf die Weiterverfolgung der aussichtslosen Anzeige zu verzichten, hat vielmehr in diesem Verfahren seinerseits Material zur rechtlichen Beurteilung beizubringen versucht, so auf den bekannten Offenburger Sterilisationsprozeß verwiesen und um Beiziehung des dort ergangenen Urteils gebeten. Auch dieser letzte Zug des V. dürfte für dessen Persönlichkeit kennzeichnend sein.

Nach Niederschrift dieses Aufsatzes hat Dr. *Wi.* nochmals zusammenfassend Stellung genommen und sich dahin geäußert:

Bei V. handelt es sich um eine angeborene körperliche und geistige Minderwertigkeit. Der Kryptorchismus war nicht deren Ursache, sondern Begleiterscheinung. Aus diesem Grunde und erst recht, weil die erfolgreiche Operation erst im späteren Entwicklungsalter erfolgte, ist es nicht wahrscheinlich, daß durch die Operation, d. h. durch die Verlagerung der Hoden, an dem Triebleben des V. wesentlich etwas geändert wurde, wo es sich um minderwertige und wahrscheinlich generationsunfähige Organe handelte. Trotz der anderslautenden Angaben des V. muß ärztlicherseits an deren Richtigkeit gezweifelt werden. Von medizinischem Interesse wäre es, wenn der Beweis erbracht worden wäre, daß das Kind des V. wirklich von ihm gezeugt wäre. Aber ein Beweis hierfür fehlt in den Akten, und es fehlt daher für eine ärztlich-chirurgische Verwertung des Falles diese Voraussetzung.

Im übrigen empfand ich beim Durchlesen des Aufsatzes das als einen großen Mangel unserer heutigen Gesetzgebung, daß ein Mensch wie V., der zweifellos für seine Umgebung eine Gefahr war, Jahre lang sich in Freiheit bewegen konnte, obwohl jene obengenannten Dinge seit Beginn seiner Delikte schon feststanden. Ob er verantwortlich war oder nicht, spielt ja für die Größe der Gefahr keine Rolle. Schrecklich finde ich auch, daß man wegen dieses Menschen das neunjährige Mädchen durch eine Vernehmung, sie mag so schonend erfolgt sein, wie überhaupt nur denkbar ist, zweifellos in eine sittliche Gefahr gebracht hat. —

Dieser Auffassung hat sich auch Dr. *Ja.* angeschlossen. •

Der kritischen Stellungnahme zur derzeitigen Frage der Gesetzgebung kann ich nur beitreten.

# Über maskierte Verrücktheit und ihre sozialen Folgen.

Zugleich ein Beitrag zur Beurteilung gewisser degenerativer Besonderheiten.

Von  
**Walter Betzendahl.**

## Vorbemerkung.

Diese Mitteilung gilt einem Fall geistiger Erkrankung, dessen Bemerkenswertes vor allem darin liegt, daß auf die seltsamste Weise die Umgebung in Mitleidenschaft gezogen wurde. Einzelheiten sollen beiseite bleiben: sie stellen mehr den Beleg für die Mißstände dar, zu welchen die Psychose führte, als daß darin unmittelbar das psychopathologische Interesse berührt würde. Genug, wenn in großen Zügen die sozialen Folgen angedeutet werden!

Es handelt sich um die jetzt 47jährige Frau eines höheren Beamten, welche seit mehr als zehn Jahren an einer Schizophrenie von schleichendem Verlauf leidet. Der Berliner psychiatrischen Klinik ist sie seit Anfang 1923 bekannt; sie befand sich dort viermal, jeweils bis zu mehrmonatlicher Dauer, in stationärer Behandlung. Zwischendurch, 1925, ist sie auch einmal für nicht ganz ein halbes Jahr in einem Privatsanatorium gewesen. Zu den Ergebnissen der klinischen Beobachtung treten sehr eingehende Aufzeichnungen des Ehemannes, der die Pat. seit 1918, dem Jahr der Eheschließung kennt, in den beiden Jahren vordem nur flüchtige Begegnungen mit ihr hatte. Material sind weiterhin: Beschwerden der anderen Mieter; Photographien des Wohnungsinnern; Bericht des Hausarztes. Dazu kommt noch der Schriftwechsel der Klinik mit den Rechtsanwältin der Kranken!

Im initialen Stadium hatte die — hypochondrisch begründete — Konsultation von Spezialärzten, Gynäkologen und Internisten eine große Rolle gespielt, im fortgeschrittenen ging es der Kranken im Gegenteil um ein Gesundheitsattest, und zwar ein psychiatrisches. Schließlich waren ihre Rechtsanwältin an der Reihe: sie hatten ihre Mandantin zu beraten, als sie sich mit Ehescheidung trug, ferner, anlässlich ihrer letzten Aufnahme in die Klinik, Anfang 1932, und der damals eingesetzten vorläufigen Vormundschaft, für sie in der Sache »Freiheitsberaubung und widerrechtliche Entmündigung« einzutreten. Die Psychose hatte immer mehr einen persekutorischen Charakter angenommen; zuletzt wollte Pat. ihre ganze Lebenszeit seit Verlassen des Elternhauses annullieren und in die alte Heimat zurück.

Die Schriftsätze der Anwältin waren vom Pathos des Verteidigers getragen; sie erschöpften auch beinahe den ganzen Diskussionsbereich der grade

aktuellen Neuregelungen im Irrenwesen: bezüglich der Anstaltseinlieferung und -entlassung von Geisteskranken, für welche ja nunmehr die »Gemeingefährlichkeit« maßgeblich sein soll<sup>1)</sup>; im übrigen fand sich darin alles als wahr unterstellt, was die Pat. in ihrem Wahn produzierte. Befremden mußte es, daß an Stelle der Krankheit selbst lediglich deren Folgen erörtert wurden, und zwar rein juristisch. Es wurde die Bemerkung hingeworfen: »daß das Eigenartige bei Frau X. offenbar darin bestehe, daß alle anderen Menschen — außer den Ärzten — gar nicht merken, wie sehr gemeingefährlich geisteskrank sie ist.« Dann aber heißt es: »Selbst der zum Tode verurteilte Mörder hat das Recht, mit seinem Verteidiger, mit dem Geistlichen usw. in ständiger Verbindung zu bleiben. Unsere Mandantin aber, die sich nicht die geringste strafbare Handlung zuschulden kommen ließ, wird einfach eingesperrt und trotz ihrer Proteste jeder Verbindungsmöglichkeit mit der Außenwelt beraubt. Das sind Tatsachen, die über den Einzelfall hinaus das allgemeine Interesse erwecken, und deshalb soll der Fall der Frau X. auch Veranlassung geben, daß sich alle für diese Materie in Betracht kommenden Stellen erneut mit der mehr als je brennenden Frage der Irrengesetzgebung beschäftigen.« In diesem Zusammenhang wurden dann Presse, parlamentarischer Ausschuß, Polizeipräsident und Kultusminister genannt.

So spiegelte sich das Leiden in den Augen der im Grunde ganz außenstehenden Juristen. Die Hausgenossen waren anderer Meinung: es war nur eine Stimme der Entrüstung ob »solcher Schweinerei und Rücksichtslosigkeit«. Eine Eingabe bei der Polizei war vergeblich; es wurde dann mit »Selbsthilfe« gedroht. Es war bezeichnend, daß man sich lediglich an den Mann hielt, der eben so etwas duldet. Überhaupt dieser Ehemann: die Frage mußte aufgeworfen werden, welches sein Anteil an den Zuständen war.

Die nähere Beschäftigung mit dem häuslichen Umkreise lohnte sich: man sah die Verflechtung der Ausdrucksformen der Geisteskrankheit mit realen, insbesondere sozialen Momenten. Nun wurde deutlich, wie es zu einer solchen Verkennung des nach seiner Grundstörung durchaus typischen Leidens kommen konnte. Es trug eine Maske, welche auf allerlei Landläufiges und Schlagwortartiges, was man gelten läßt, darüber hinaus ideelle Forderungen, wie Pietät und Toleranz, ablenkte. An Bildung und Nachgiebigkeit bei den Angehörigen fehlte es denn auch nicht, so daß nichts der psychotischen Entwicklung steuerte.

Damit ergab sich die Aufgabe, nicht, wie zumeist, eine fremdartige Symbolik zu enträtseln, um so das veränderte Erleben und die Voraussetzungen des seltsamen Verhaltens sich zu erschließen, sondern: Vertrautes und Anerkanntes in ihrer pathologischen Bedeutung zu entlarven. Indem aber die psychopathologische Interpretation Bestandteile gesunden und krankhaften Seelenlebens zugleich vorfindet, ist sie in einer ähnlichen Lage wie bei den

<sup>1)</sup> E. Schultze: Psychiatrische Kritik des Preußischen Runderlasses betreffend die polizeiliche Unterbringung Geisteskranker in öffentlichen Heil- und Pflegeanstalten, ein Beitrag zu einer künftigen Irrengesetzgebung, Arch. f. Psych. u. Nervenkr. (97. Bd., S. 468).

degenerativen Zuständen. Im Magnanschen Terminus: syndrome episodique kommt zum Ausdruck, daß die Störungen hier reversibel sind; Reaktivität und Periodizität lassen die Abartigkeit jeweils manifest werden. Daß sie auf klassifikatorische Berücksichtigung Anspruch haben, hat *Bonhoeffer* dargetan; in seiner Bearbeitung von 1907 wird von einer seit der Aufstellung der Krankheitseinheiten des manisch-depressiven Irreseins und der dementia-praecox durch *Kraepelin* aufgetakelten »nivellierenden Neigung« gesprochen.

Nun ist allerdings auch der in Rede stehende Fall nach seiner Prozeßhaftigkeit eine Schizophrenie; er zeigt indessen im einzelnen so viele Überschneidungen mit den echten Degenerationspsychosen, daß die differentialdiagnostischen Erwägungen zugleich deren Abgrenzung ins Licht rücken. Kommt noch hinzu, daß die Psychose nicht nur Ausnahmestände darbietet, sondern auch Besonderheiten individueller und kollektiver Art, worin jeweils der menschliche Durchschnitt überschritten wird: die bald nach Zwangsvorgängen, bald nach Aberglauben aussehenden Auffassungs- und Verhaltensweisen, so rechtfertigt sich wohl die Akzentuierung der Darstellung nach Maßgabe des Entartungsbegriffes.

#### Krankheitsbild.

Solange die Kranke im Elternhause verblieb, traten schwererwiegende Störungen nicht zutage. Auffallend war zwar mancherlei an ihr, aber es gab doch weiter keine Zusammenstöße. Die Mutter war geduldig, zudem, von ihrem Manne her, nachgerade an Wunderlichkeiten gewöhnt; für seine Tochter war dieser überhaupt in vielem das Vorbild. Weitere Kinder waren nicht da. Es war die Familie eines höheren Beamten. Seine Frau schilderte ihn als wohl ganz heiter und betriebsam, aber nur, solange alles beim alten blieb: wenn ihm mal was fehlte, dachte er gleich ans Schlimmste, stand was bevor, so war es mit seiner Ruhe vorbei; umständliche Waschungen folgten jeder auch nur irgendwie verdächtigen Berührung, abergläubisch anmutende Vorkehrungen komplizierten die einfachsten Unternehmungen. Körperlich blieben ihm ernstere Leiden zeitlebens fern; im Verstandesmäßigen kam er gut fort: er lernte leicht und fand sich auch im Beruf, als Beamter, zurecht. Ein Grillenfänger ist er aber von jeher gewesen; zweimal steigerte sich seine Ängstlichkeit zu psychotischen Dimensionen. Ausgangspunkt war in beiden Fällen eine körperliche Affektion, und zwar ganz unbedeutender Art: eine Zahnerkrankung. Über die Form der psychischen Störung in seinem 38. Jahre ist weiter nichts bekannt. Die erneute Veränderung, mit 55 Jahren, hatte eine ausgesprochen religiöse Färbung. Wieder war ein Kieferleiden voraufgegangen, eine Zahnfistel; der



Zahnarzt hatte vollends noch ein ernstes Gesicht dazu gemacht und gemeint, die Sache wäre nicht leicht zu nehmen: alsbald war es unserem Patienten klar, daß Krebs daraus werden würde. Ein der Verzweiflung entsprungener Selbstmordversuch — Verschlucken von 20 Opiumpillen, was aber dann gleich der Frau gesagt wurde — führte zur Internierung. Im Sanatorium jammerte er: von Gott verlassen zu sein, bat er flehentlich: ihm zum Jenseits zu verhelfen, da auf Erden keine Rettung mehr wäre. Als aber die Angst etwas nachließ, wurde er im Gegenteil anspruchsvoll und auf seine Sicherung bedacht: er hatte immer was am Essen auszusetzen; er ermahnte bei der Rachenuntersuchung den Arzt, nur ja recht gut aufzupassen, damit er das Instrument nicht herunterschluckte, bei der Arzneiverteilung das Pflegepersonal, ihn nicht mit anderen Patienten zu verwechseln. Nörgelig und uneinsichtig, hinausdrängend, wurde er nach zwei Monaten entlassen. Drei Jahre später starb er, an einer Venenentzündung.

Die Jugendzeit galt der Pat. stets als verlorenes Paradies. In ihren Schilderungen hoben sich merkwürdigerweise Eltern und sonstige Personen gar nicht weiter ab: es wurde vielmehr einfach der damalige Lebenskreis beschrieben. Da waren besonders die gesellschaftlichen Anlässe zu rühmen, mit den zu Hause gegebenen Dinern im Mittelpunkt: »Sie waren in der ganzen Stadt bekannt.« Vom Vater sprach Pat. nur, wenn sie in ihren sonderbaren Geflogenheiten eine Beanstandung erfuhr: dann berief sie sich auf ihn, wie auch er seine Schutzmaßnahmen gegen Ansteckung, seine Methoden zur Unheilverhütung gehabt habe. Von der Mutter war unmittelbar überhaupt nie die Rede. Dennoch war es so, daß der Tod des Vaters sie, damals 29jährig, ziemlich wenig berührt hat, außerordentlich aber der der Mutter, 11 Jahre später, wo er freilich schon in die krankhafte Entwicklung fiel. Was eigentlich die Mutter für sie bedeutete, ergab sich aus ihrem Verhalten, als sie dann allein mit ihrem Manne hauste: bei jedem neuen Beweis von Nichtachtung, die sie zu erfahren glaubte, trat sie alsbald aus der Sphäre persönlichen Betroffenseins heraus und kam nun mit allen möglichen Anschuldigungen: wie schon die Mutter durch seine Rücksichtslosigkeit zugrunde gerichtet worden sei, wie er sie sogar habe sterben lassen, weil er Kräftigungs- und Anregungsmittel zu geben verboten und den Arzt ferngehalten habe, wie er bei dem Diebstahl ihres hinterlassenen Schmuckes wahrscheinlich auch seine Hand im Spiele gehabt habe. Nur im ersten Anstieg des Affektes klagte sie über selbst erfahrenes Unrecht, um sich dann aber, im Aufruhr der tieferen Seelenschichten, mit ihrer Mutter zu identifizieren; von hier aus erwuchs ihr auch die Kraft, den Übeltäter so recht zu brandmarken. Hatte sie dagegen eigene Verkehrtheiten zu rechtfertigen, galt es wohl

gar noch andere dafür anzuspinnen, so führte sie allerlei autoritäre Aussprüche an, zog sich schließlich auch hier, als zentrale Reaktion, auf elterliches Andenken zurück, nun jedoch des Vaters. Zumal dann, wenn der gute Name gefährdet zu sein schien, lebte das Bild des Vaters in ihr auf; so z. B. einmal, als bei Besprechung ihrer Geldhamsterei sie sich als Diebin hingestellt glaubte: »O, mein guter Name! Wenn das mein Vater noch hätte erleben müssen!« Die Eltern lebten in ihr fort, und die Bildung eines eigenen Wirkens- und Leidensmittelpunktes blieb auf bloße Ansätze, die jede Erregung hinwegräumte, beschränkt.

Im Elternhause hatte sich Pat. mimetisch eingefügt; das dort Aufgenommene wurde zum Kult erhoben, als mit der Eheschließung Verpflanzung und neue Zugesellung gegeben waren. In den ersten Jahren überwog das Moment der Aktivität, indem die väterlichen Verschrobenheiten eingehalten und der Umgebung, in Sonderheit dem Ehemann, aufzuzwingen gesucht wurden. Zu Anfang standen Maßnahmen gegen Berührung, zumal Waschungen, im Vordergrund, später das Tagewählen, schließlich etablierte sich das System der »günstigen« und »ungünstigen« Zahlen, von dem alle Direktiven empfangen wurden. Mit dem zunehmenden Initiativeverlust wurde in der Folgezeit das passive Moment vorwiegend, führte dazu, daß Pat. bis auf nächtliche Restaurantbesuche aus ihrer Wohnung nicht mehr herauskam, sie auch allen, mit Ausnahme ihres Mannes, verschlossen hielt, noch ganz besonders aber das Sterbezimmer der Mutter mit dem darin verwahrten Rest ihres Schmuckes hütete. Zuletzt waren ihre Gedanken erfüllt von dem Prozeß wegen »widerrechtlicher Entmündigung« und »Freiheitsberaubung« und den Vorkehrungen gegen künftige »Mißhandlung« und »Verschleppung«, wobei weder klar herauskam, wen von den tatsächlich zu ihr in Beziehung stehenden Personen sie damit treffen wollte, noch inwieweit es ihr mit einer Ehescheidung Ernst war: ihr innerster Sinn war eben auf Rückkehr in die alte Heimat, nach Z., gerichtet, wo Bankkonto und Wohnung der Mutter wie bei deren Übersiedlung zur Pat. nach Berlin belassen worden waren. Auf dem Hintergrunde dieser Hauptinhalte ihres Daseins hoben sich fluktuierende Gebilde ab: etwa des Wesens, was von der, vom Vater zusammengestellten, Familienchronik gemacht wurde, das Prunken mit dessen Einladungen bei Hofe und, was sonst noch die Vorfahren für das Geltungsbedürfnis der Pat. getan hatten; sodann auch das Schwelgen in den Reminiszenzen heimischer Tafelfreuden.

Hat nun diese Verwurzelung in der Vergangenheit etwas mit einer glücklichen Jugend zu tun, wie die Kranke selbst es ansah? Wie ist es überhaupt mit den Eindrücken der Kindheit: hängen

Frische und Haften nicht wesentlich damit zusammen, daß der Anschauungsstoff noch in seinen ursprünglichen Maßen belassen wird, anstatt in einer fertigen Persönlichkeit unterzugehen? Sieht man sich den Schatz der frühen Erinnerungen bei der Pat. an, so fällt die Bewahrung von Einzelheiten auf, ohne daß diese eine andere Gruppierung zeigten, als wie sie der Zufall seinerzeit mit sich brachte: es heben sich keine Portraits von anderen und noch weniger typische Züge ihrer selbst heraus. Erfassung eigener Individualität und fremder Charakteristika haben bei ihr gefehlt, bis mit der Milieuveränderung das Persönlichkeitsbewußtsein seine äußeren Stützen verlor; da trat, in Jahren, wo völlige Reife hätte erreicht sein müssen, ein kümmerlicher Ansatz zutage, das Versäumte nachzuholen: die Herausbildung der Schrullen und Verschrobenheiten, sowie die Durchdringung mit allerlei unverständenen Schlagworten und falschen Meinungen, worin Festigung ihrer selbst und Verkehr mit der Umgebung auf ihre Art befördert wurden. Der auf die angestammten Verhältnisse bezogene Komplex, in dem die persönliche Kontinuität hatte aufrechterhalten werden sollen, zerbröckelte in dem Maße, als die Initiative erlahmte, und der Affekt versiegte. Doch mögen vorerst einige Einzelheiten rekapituliert werden!

Zu Lebzeiten des Vaters ist bei der Pat. der Heiratswunsch kaum aufgetaucht. Von einer sexuellen Bedürftigkeit war schon gar nicht die Rede. Pat. sprach oft von ihrer Harmlosigkeit, auch wohl von der Unkenntnis, in welcher ganz allgemein ein junges Mädchen von ehemdem durch die gesellschaftlichen Verhältnisse in dieser Hinsicht gelassen worden sei. Mit der Balleitelkeit und dem erotischen Getändel (die »Erfolge« und die »Flammen«!) war es aber aus, als 1915 der Vater starb. Das Interesse an dem pünktlichen und gewissenhaften Beamten, den sie mal als Tischherrn bekommen hatte, ging weiter: nach sehr beunruhigendem Hin und Her in den letzten Kriegsjahren durch unvermeidliche Trennungen fand Weihnachten 1918 die Verlobung statt. Es ließ sich erst alles so an, wie es zum Bestand der Liebesromane gehört: eine echte Liebesheirat sollte es gewesen sein, unter dem Weihnachtsbaum war der Bund fürs Leben geschlossen worden; Pat. hatte noch jetzt etwas backfischhaft Schwärmerisches, wenn sie davon erzählte. Die Folgezeit stand unter dem Aspekt, daß da der Mann war, den man über alles liebte, der aber auch nun die Aufgabe hatte, seine Frau auf Händen zu tragen. Nicht bloß, daß Pat. gar nicht daran dachte, ihren Hausfrauenobliegenheiten nachzukommen, hatte sie so wenig Verständnis für Pflicht überhaupt, daß sie es einfach als Rücksichtslosigkeit auffaßte, wenn der Mann ins Amt ging oder gar eine Dienstreise machte. Sie suchte ihn auf jede Weise in ihrer Nähe zu halten oder doch wenigstens

für sich zu beschäftigen; im Haushalt aber fehlte jede Fürsorge für die gemeinsamen Bedürfnisse, vielmehr entspann sich da alsbald ein heimliches Treiben, worin sich die Gewohnheiten aus dem Elternhause fortsetzten. Die Wohnung verkam dabei, dem Mann wurde der Aufenthalt verleidet. Er hatte seine Frau fast nur auf Gesellschaften und im Elternhause gesehen, höchstens Proben ihrer Unpünktlichkeit erfahren. Die Hochzeitsreise vertiefte dann die Bekanntschaft, zumal was die damals das Bild beherrschende Entschlußfähigkeit angeht. Bei den Einkäufen hatte man seine besondere Not mit ihr; aber es war ganz allgemein, schon damals, ein Widerstreben in ihr, innerhalb ihres Bereichs eine Veränderung eintreten zu lassen: sich irgendwie anzuschließen, Verabredungen einzuhalten, nicht anders, als einen Gegenstand ihrem Besitz einzuverleiben; war es indessen einmal dazu gekommen, so mochte sie nichts wieder herausgeben, wollte keinen mehr fortlassen. Anfangs lag der Akzent auf den Sachen, später auf den Personen.

Der »Eigensinn« der Pat., wie vor allem ihr Mann es auffaßte, entfaltete sich so richtig erst in ihrem Hausstand. Auch die Dienstmädchen bekamen ihn zu fühlen; sie blieben natürlich nicht lange. Schließlich war überhaupt niemand mehr zur Bedienung da, nachdem allmählich das Mieten durch das tausendfältige Hin und Her, was sich damit verknüpfte, zur Unmöglichkeit geworden war. Der Mann mußte nun allein herhalten. Das Tun der Pat. wurde immer befremdlicher. Erst ließen sich noch Gepflogenheiten von früher her darin erkennen: nun sah man die Pat. gewisse Sachen sammeln, besonders Nahrungsmittel, ohne jede weitere Verwendung; sie beengten allmählich, in riesengroßen Stapeln, den Wohnraum, entwickelten auch Fäulnisgeruch und zogen Ungeziefer an. (Als die Pat. einmal längere Zeit fort war, liefen Scharen von hungrigen Mäusen im Treppenhaus herum.) Zu den Mahlzeiten war nichts da, auch deshalb, weil das Wirtschaftsgeld, anstatt zum Einkauf zu dienen, sortiert auf den Tisch gelegt wurde. Das Zurücklegen von Geld spielte schließlich die Hauptrolle; es wurde sogar die Briefftasche dem Mann heimlich geleert, so daß er oft genug in Verlegenheit kam. Man konnte denken, daß Pat. Hungersnot und Geldknappheit dabei im Sinne hatte; in der Tat wurden auch, wenn man sie zur Rede stellte, entsprechende Erklärungen, oft unter ganz geschickter Anknüpfung an die Termini der üblen Nachkriegszeiten, abgegeben. Daß es eine ganze andere Bewandnis damit haben mußte, wurde deutlich, als dann auch bloße Hüllen, Schachteln, Pappteller, Flaschen, ja sogar Eierschalen deponiert wurden: eben alles, was irgendwie in ihrem Gebrauch gewesen war; als ebenso beim Geld der Wert offenbar völlig ignoriert, die darauf befindliche Zahl

als solche (bei Münzen vor allem die Jahreszahl, bei Scheinen die Ausgabennummer) beachtet wurde. Es war so, daß Pat. ganz mit ihrer Umgebung verwuchs, Gegenstände, die mit ihr in Berührung gekommen waren, einen Bestandteil ihrer selbst ausmachten; das trat dann auch an ihrem Körper hervor, von dem kein Kleidungsstück mehr herunterkam, so daß Verschmutzung und Müll zu einem eigentümlichen Gesamteindruck wurden. Die Regsamkeit der Pat. erschöpfte sich darin, in diesem Sumpf, wie man es wohl nennen kann, das Zahlensystem, dessen Entwicklung nicht stillgestanden hatte, zum organisierenden Prinzip zu machen.

Die allgemeinen Unglückszahlen und-tage, wie 13, bzw. Freitag, auch, was speziell auf den Vater zurückging, traten im Laufe der Zeit in den Hintergrund: die Chronologie ihrer Lebensgeschichte wurde entscheidend für »günstig« und »ungünstig«. Die ganze persönliche Vergangenheit war schließlich numerisch repräsentiert. Diese völlig feststehenden Werte erfuhren bis zu einem gewissen Grade laufende Ergänzungen: durch Zeitungsnachrichten, daß also zu den eignen Schicksalen noch solche des erweiterten Lebenskreises kamen, nämlich Volkstrauertage, Massenverunglückung, schwere Verbrechen und dergleichen. Die äußere Erweiterung des Zahlenkosmos wurde aber immer mehr durch inneren Ausbau abgelöst. Wie das System später kaum noch Ergänzungen erfuhr, so engte sich auch der Kreis dessen ein, worauf es angewandt wurde, sozusagen der Variablen der Lebensgleichung; außer dem Geld waren es in der Hauptsache Häuser, Telephonanschlüsse, Kellner, Droschken, sodann Kalendertage, Termine, welche auf ihre Zahlenbeziehungen hin untersucht wurden. Die Berührung mit Raum und Zeit in ihrer wirklichen Erfüllung war auch schließlich so wichtig nicht mehr: die gedankliche Energie verbrauchte sich in der Schaffung formaler Verknüpfungen unter den einzelnen Daten und Werten, wobei trotz Heranziehung nur einfacher Rechenoperationen, wie Ziehen der Quersumme, durch die axiologischen Momente, welche eine Fülle von Abstufungen in sich schlossen, eine doch recht komplizierte Aufrechnungsmethode entstand. Unter solchen Umständen kam es natürlich nur selten zu einem praktischen Effekt. Pat. grübelte herum. Bewegung kam schließlich nur noch mit der Anregung durch andere in sie. Es begann in diesem Stadium einer Wahrnehmungsentrückung die Bereitschaft zu Beeinträchtigungserlebnissen, weiterhin auch zu deren paranoider Verarbeitung.

Anfänglich sah es noch so aus, als wäre bei der Pat. etwas zu erreichen durch Maßnahmen pädagogischer Art. Um das Vorbild eines geregelten Hauswesens auf sie wirken zu lassen, redete der Mann auf sie ein, doch mal seine Mutter in Y. zu besuchen:

vielleicht war ja an allem nur die Erziehung als einziges Kind, zudem eines Vaters mit soviel Wunderlichkeiten, schuld! Es gab zwar wieder ein langes Hin und Her, aber sie fuhr dann doch los, freilich nicht ohne sich mit allen möglichen, zum Teil recht umfangreichen Utensilien zu versehen, in erster Linie Kochgerät, sowie Teller und Bestecke, um neben den Mahlzeiten am Familientisch noch privatim welche im Fremdenzimmer herrichten und einnehmen zu können. Wieder wurde zur Rechtfertigung auf den Vater verwiesen, der sogar Betten mit auf Reisen genommen habe. Mit der Schule nun, die Pat. im Hause der Schwiegermutter durchmachen sollte, wurde gerade das Gegenteil erreicht: im Kampf mit der vorgefundenen Hausordnung hat sie sich noch in ihren Sonderbarkeiten befestigt. Die Nacht gehörte dabei ganz und gar ihrer individuellen Betätigung: da wurde vor allem separat gekocht und gespeist! In der übrigen Zeit waren Zusammenstöße unausbleiblich; oft waren es aufregende Szenen, einmal hat Pat. sogar Miene gemacht, sich die Pulsadern zu öffnen, hantierte dazu mit einem, allerdings stumpfen Messer herum. Die Schwiegermutter meinte denn auch bald, es wäre wohl das beste für die Pat., in ein Nervensanatorium zu gehen. Nun wußte aber die Pat. von der derzeitigen Internierung einer Verwandten von des Mannes Seite, bezüglich einer anderen war häufiger in diesem Sinne die Rede gewesen: schon war ihr klar, in eine Familie geraten zu sein, in welcher »die Einsperrung von Angehörigen so üblich ist«. Als ihr nun auch noch der Mann, auf Anregung seiner Mutter, vorstellte, daß sie dann doch alles haben würde und sich um nichts mehr zu kümmern brauchte, war in ihren Augen das Komplott fertig: »In dem Mann hat sich die krankhafte Eigentümlichkeit vererbt, zu denken, daß man es in einem Sanatorium am besten habe!« Es war aber der letzte Tropfen zum Eimer, daß in Ostpreußen eine Köchin für den Berliner Haushalt gemietet werden sollte, der man, nach den Angaben der Pat., sagte, »daß sie sehr selbstständig zu wirtschaften haben werde, da die gnädige Frau viel krank und wohl auch außer dem Hause sein werde«. »Von einer Köchin lasse ich mich nicht verdrängen!« Hiermit brach Pat. ihren Aufenthalt ab.

Gleich bei der Ankunft erklärte sie ihrem Manne, sich auf nichts einzulassen. Auch von einer temporären Übersiedlung zur Mutter nach Z. wollte sie nichts wissen. Seitdem und zwar Sommer 1919 hat Pat. die Stadt keinen Tag mehr verlassen und auch niemanden mehr neben sich in der Wohnung geduldet, noch nicht einmal mehr Reinmachefrauen. Aller Verkehr wurde abgebrochen. Wie eine Klette hing sie an ihrem Mann. Tags über war sie mit ihrem Sammeln und Sortieren beschäftigt, abends gab es Besprechungen mit dem vom Dienst kommenden Mann; er wurde teils einer Inquisition unterzogen, zuweilen mit offener Bekundung von

Eifersucht (der Umgang mit »Kontessen«, als der Mann einen Grafen zum Chef hatte!), teils mit einem Haufen verzwickter Anweisungen und Aufträge an der Leine zu halten gesucht. Nicht, daß dem Mann hierbei die Geduld gerissen wäre, sondern erst, als die anderen Mieter ungehalten wurden, insbesondere »Geruchsbelästigung« und »nächtliche Ruhestörung« anführten, sah er sich gedrängt, Abhilfe zu schaffen; er rief nun seine Schwiegermutter herbei.

Sie war eben eingetroffen, da wurde sie auch schon — wie es in den Aufzeichnungen des Mannes heißt — »von ihr (der Pat.) mit Beschlag belegt und hat unter Beibehaltung ihrer Wohnung in Z., ohne auch einen Tag dahin zurückkehren zu dürfen, jahrelang aus dem Koffer gelebt. Sie hat neben der schwierigen Behandlung der Pat. den ganzen Haushalt wahrgenommen, zuerst in voller Rüstigkeit, seit 1923 mit abnehmender Kraft, bis sie im Dezember 1925 völlig erschöpft die Augen schloß«. Nach der im letzten Lebensjahr in der Charité gestellten Diagnose bestanden bei ihr Parkinsonismus und myodegeneratio cordis. Über das Zusammenleben seien der Schilderung des Mannes noch folgende Einzelheiten entnommen: »Sie (die Mutter) war von engelhafter Geduld und Opferfähigkeit; nur zuweilen, wenn meine Frau es gar zu arg trieb, konnte sie heftig werden, stand aber im Grunde ganz unter ihrem Einfluß. Es war charakteristisch für meine Frau, daß sie sich mir gegenüber auf Aussprüche der Mutter berief, der Mutter gegenüber aber mich zitierte, wobei die Aussprüche meist aus dem Zusammenhang gerissen, vielfach durch Fortlassung wesentlicher Zusätze ins Gegenteil verkehrt oder völlig gefälscht waren.« Gegenstand waren »die täglichen Vorgänge im Haushalt«; diese wurden in immer den gleichen Wendungen, weshalb es so und nicht anders sein müsse, besprochen.

Es war erkennbar, wie das Absehen der Pat. in allem, was sie mit dem Mann vorhatte, rein persönlicher Natur war: sie war an den Themen und Angelegenheiten unmittelbar gar nicht interessiert, das war nur ein Vorwand, den Mann für sich in Anspruch zu nehmen. Daher kehrte sie sich auch sonst gar nicht an diese Dinge, kümmerte sich auch nicht weiter darum, ob nun wirklich alles, wie es besprochen worden war, besorgt wurde: wenn sie nur den Eindruck hinlänglicher Beachtung behielt und keinen Widerstand zu fühlen bekam! Überhaupt trat die Sachwelt in zunehmendem Maße aus ihrem Gesichtskreis; selbst die wenigen Gegenstände ihrer unmittelbaren Umgebung, die noch in Auffassung und Betätigung einen Anknüpfungspunkt darboten, unterlagen einer symbolisierenden Umformung. Das Zahlensystem stand ganz im Mittelpunkt ihres Denkens; es war nur eine kleine Anzahl von Sinnbildern, wie der unheilbringende schwarze Rock, in denen diese

abstrakten Prinzipien anschaulich ergänzt wurden. Wie ein Spinnwebgewebe legte sich die Superstition über die Außenwelt; alles Leben verding sich darin.

Indem allerhand Zurüstung und Aufschub sich einschalteten, unterblieben die einfachsten und dringlichsten Geschäfte. Pat. kam vom Natürlichen immer mehr ab, geriet in den Bann der Ausdrucksformen: das Schreiben gewann an Wichtigkeit. Wenn sie allein war, den Mann nicht für ihr Kundgebungsbedürfnis hatte, die Wohnung ihr nicht mehr genug bedeutete, griff sie dazu. Für die abendlichen und nächtlichen »Besprechungen« waren dann schon, auf vielen Zetteln, ausführliche Programme entworfen; sie erklärte dazu, es mache sie »ruhig«, sich die Sachen zu notieren. Aber nicht lange, so drängte sich auch in diese Betätigung das System ein. Da hatte sie, war der Mann auf Dienstreisen, Nächte mit Briefschreiben verbracht, aber, obgleich per Eilpost abgeschickt, erreichten sie ihn doch immer erst, wenn er wieder da war. Nun gar die offizielle Korrespondenz! Hier kam überhaupt nichts mehr aus dem Hause. Es war zu viel zu berücksichtigen: der »günstige« Tag zur Beantwortung, eine Zeitung ohne »ungünstige« Nachrichten als Unterlage, das waren die Hauptgesichtspunkte; aber, da es zwischen »günstig« und »ungünstig« eine Menge gradueller Unterschiede gab, so war die Kompensierung oft recht langwierig, ja, sogar bezüglich der Zeitungsunterlage, wobei nämlich die »günstigste« Seite oben sein mußte, war es nicht immer leicht zu entscheiden, welche das war. Später hörte das Schreiben fast ganz auf, es galt generell als unheimliches Geschäft; Pat. machte sich noch ab und zu Bleistiftnotizen, aber alles das, was mit Tinte geschrieben werden mußte, durfte im Hause nicht mehr erledigt werden, man mußte dazu auf die Post gehen.

Im Anfang hatte sich Pat. noch direkt zu den Gegebenheiten in Beziehung gesetzt, was auch immer Absonderliches dabei sein mochte: ihre Termine nahm sie, bei aller Umständlichkeit, selbst wahr, etwa Gratulationen und Kondulationen, sowie Absagen und Danksagungen (welch letztere freilich bald kaum noch eine Rolle spielten); die Objekte ihres Umkreises boten ihrem Tun noch Handhaben. Gewiß gab es nur wenige Kalendertage, die ihre Initiative aufriefen, und war auch der Kontakt mit den Dingen reduziert genug (das Öffnen der Türen mit dem Ellenbogen und das Umwickeln der Klinken mit Papier ist hier paradigmatisch), aber es schoben sich doch noch nicht andere Personen zwischen sie und die unmittelbare Wirklichkeit! Indem Pat. aber immer mehr von dem Wesen ihrer Angehörigen in sich aufnahm, zumal von ihrem Mann, kam es zu einer seltsamen Ausdehnung ihrer Persönlichkeit: zwar ruhte sie mit ihrem eigentlichen Selbst nach wie vor innerhalb des superstitiellen Systems, aber alle Aktualität



ihrer Wesens verschob sich zu ändern hin. Es war die Periode, in welcher der Mann mit dem Warnungsruf: »Die Tür!« empfangen, ihm bedeutet wurde: »Nach Taschensachen muß man sich waschen!« wenn er mal in ihrer Gegenwart die Hand in die Hosentasche gesteckt hatte. Pat. bediente sich kurzer Formeln dafür und bildete ein langes Zeremoniell für die anderen, in erster Linie den Ehemann, aus. Das Imperativische war das Wesentliche dabei; rationale Begründungen wurden gelegentlich gegeben, waren dann dem Bereich von Hygiene und Ästhetik entnommen, blieben aber an der Oberfläche und galten vor allem der Pat. selbst für nichts. In der ersten Lebenszeit der Pat. war die Umwelt das formgebende Prinzip gewesen; mit dem Aufhören der gewohnten Eindrücke kehrte sich das Verhältnis um: die Pat. machte sich zum Mittelpunkt und ließ Dinge und Personen zu Abdruck und Spiegelung ihrer Subjektivität werden. Auf solcher Grundanlage erwachsen ihr geheimnisvolles Treiben und weiterhin die befremdlichen Ansinnen, die sie an andere stellte.

Pat. nahm teil an den Ereignissen, soweit sie sich in ihre Lebensgeschichte, nach Maßgabe der Zahlen, eingliederten, sie hielt es mit den Dingen und Menschen, die durch Gebrauch und Umgang Stücke ihrer selbst geworden waren: im übrigen stand sie auf gespanntem Fuß mit der Wirklichkeit oder ging überhaupt an der Welt vorüber. Ihr Verhältnis zum Dinglichen war dem Stagnieren verfallen, als 1925 die Mutter starb: in der Wohnung wurden nun ihrem Andenken geweihte Territorien abgesondert, es waren Sterbezimmer, Kleiderschrank, Schmuckkasten, wovon Betreten, Gebrauch, Öffnen verboten war; auch sonst mußte alles so bleiben, wie es war. Was noch hinzugefügt werden durfte, das hatte sie selbst besorgt: die Ergebnisse ihrer Sammel- und Auslesetätigkeit! In der Wohnung war wenig mehr dem Leben verblieben als eine Handbreit Stuhl zum Sitzen und eine Tischkante zum Essen, der gekochten Eier nämlich, welche die häuslichen Mahlzeiten ausmachten, und unter deren Schalen der Ehering aufbewahrt wurde; auf dem Schreibtisch des Mannes lagen alte Hüllen und Unterlagen von Nahrungsmitteln; ebenso war es seinem Bett ergangen, der Diwan mußte es ersetzen.

Die Aktivität der Pat. nahm nach dem Tode der Mutter eine andere Richtung. Es war ein kleiner Anlauf zu selbständigem Wirtschaften genommen worden, aber der war bald erlahmt: außer Eierspeisen hatte der Mann nichts bekommen, und noch viel weniger wurde die Wohnung aufgeräumt. Die ehelichen Dispute wurden hitziger und endeten nun damit, daß Pat. nach Mitternacht schimpfend auf die »Junggesellenpedanterie« ihres Mannes, wodurch sie so »in Aufregung versetzt« werde, aus dem Hause stürzte, um im Restaurant ihre Hauptmahlzeit einzunehmen. In der ersten

Zeit sind die beiden Eheleute noch ab und zu gemeinsam gegangen; da gab es dann Schwierigkeiten, wie die mit dem Portier des Lokals, der sie einmal wegen der abgetragenen Schuhe nicht hereinlassen wollte, oder auch unliebsames Aufsehen durch die Geldprüfung beim Bezahlen. Späterhin machte Pat. ihre Exkursionen stets allein und schließlich, in den Monaten, welche der Aufnahme in die Klinik im Februar 1932 vorausgingen, unterblieb auch dieser Ausgang. Über diese letzten Erfahrungen hört man am besten den Mann selbst: »Ich mußte in primitivster Weise eine warme Suppe, gekochte Eier, Eierkuchen, kalte Gerichte, anfangs um  $\frac{1}{2}$  Uhr nachts, in den letzten Wochen  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  Uhr nachts, für sie holen. Alle Versuche, eine Menage zu beschaffen, um das Essen durch Restaurantangestellte in den Tages- und Abendstunden bringen zu lassen, scheiterten. Besonders schwer erträglich war es, wenn das von mir nachts  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  Uhr in wenig würdigem Transport geholte warme Essen dann mit nichtigen Vorwänden doch nicht warm gegessen wurde.«

Der Ehemann wurde für geraume Zeit zum fast alleinigen Träger der Außenwärtsbeziehungen, welche die Pat. noch hatte. Pat. hatte beim Eingehen der Ehe ohne Zweifel die dunkle Erwartung gehabt, nun jemanden zu haben, der im Abbröckeln der angestammten Verhältnisse wenigstens ein pietätvolles Verharren gewährleisten würde. Trennungen und Vorhaltungen rüttelten dann an ihr, und mit der Zeit wandelte sich die bloße Gefühlsmasse, in welcher die Heimat in ihr fortlebte, zu einem aufdämmernden Bewußtsein ihrer Provenienz. Aus einer anspruchsvollen Haltung wurde eine zielstrebige Betätigung zur Wahrung ihrer bisherigen Daseinsweise. Dieses Verhalten aber veräußerlichte sich, und nur im Affekt wurden die Attrappen von Pietät und Konservatismus zu entsprechenden Gesinnungen. Indem schließlich die Stereotypisierung vollständig wurde, zeigte sich das Bewußtsein aufnahmefähiger für neue Eindrücke. Diese wurden aber nicht mit der Substanz ihrer Person verknüpft, sondern lediglich nach Maßgabe des Förderlichen oder Hinderlichen zur Außenweltsorientierung deponiert. So war ihr aktuelles Bewußtsein durchaus exzentrisch, gruppierte sich in der Hauptsache um die Person des Ehemannes, zerfiel aber häufig genug bei entsprechenden äußeren Konstellationen in ein völliges Durcheinander verschiedener Komplexe. Überhaupt hatte der Ehemann bei ihr ausgespielt, als mit immer weitergehendem Schwinden der sensorischen und emotionalen Ansprechbarkeit, gerade auch der Abspaltung der auf ihn bezogenen sexuellen Regungen, das Seelenleben der Pat. teils rückläufig wurde, teils den Geltungsansprüchen von allerlei allgemeinen Begriffen anheimfiel.

Der Wendepunkt war offenbar da gelegen, wo die Erfüllung

mit den an ihren Mann angestellten Beobachtungen so weit ging, daß es immer wieder zur Einswerdung mit ihm kam; diese Identifikation hätte nicht zu Unzuträglichkeiten zu führen brauchen, wenn nur Selbstverleugnung dabei gewesen wäre, statt daß es auf eine Einverleibung des anderen hinauskam. Dem Ehemann wurde die restlose Aufgabe seines Ich zugemutet. Daß er das schlechterdings nicht konnte, hatte Störung und Lockerung der Beziehungen im Gefolge. Längere Zeit bestand ein Stadium der Ambivalenz: wurde der Ehemann auch mit Zurückhaltung empfangen, so erlag sie nach einer Weile regelmäßig seiner Gegenwart, war wieder eins mit ihm; nach der Erschütterung durch die Trennung dann trat eine Besinnung ein: auf ihre Geborgenheit innerhalb der angestammten Existenz und die Unheimlichkeit der Vereinigungen und Loslösungen im Umgang mit dem Manne. Gegen seine penetrante Art gesichert zu sein, hielt sie sich seine bösen Eigenschaften gegenwärtig; diese erstreckten sich bis auf sein Lächeln, das bald »überfreundliche«, bald »hönische«: er war ein Teufel voller Anschläge und Bosheit! Auch ihre Lebensgeschichte seit der Verheiratung erfuhr mit dieser Entfremdung eine Sinnentleerung: sie galt ihr bloß noch als eine wüste Folge von »Ummodelungsversuchen« durch diesen Mann. Die Prozeßangelegenheiten, welche ihren Sinn, soweit er nicht rückwärtsgewendet war, eine Weile völlig gefangen nahmen, beförderten diese Wandlungen.

Die Verfolgung dieser Persönlichkeitsentartung ist hiermit angelangt an dem Punkte, wo Pat. — es war zur Zeit der letzten stationären Behandlung in der Klinik — mit »Blutungen« auf die Besuche des Mannes reagierte, wo in ihrer Phantasie sogar die Idee auftauchte, vielleicht noch gar nicht entjungfert worden zu sein, wo das Dienstmädchen aus dem Elternhause zur wichtigsten Person geworden war und jeweils kaum wieder fortgelassen wurde, wo allen Ernstes Scheidung und Rückkehr in die alte Heimat erwogen wurden. Was war geworden aus dem nymphomanischen Gebaren, welches nicht zum wenigsten zu dem Ärgernis beigetragen hatte, welches das Ehepaar im Hause erregt hatte? Über die Besonderheiten auf geschlechtlichem Gebiete muß noch einiges nachgetragen werden.

Schon zu Beginn der Ehe hatten da gewisse Mißempfindungen bestanden, aber die Pat. ließ es sich noch an der Diagnose einer Gebärmutterverlagerung genügen. Allerdings bemerkte sie es sich wohl, was ihr noch über Schonungsbedürftigkeit gesagt worden war: bei jedem Anlaß war alsbald von »Unterleibsbeschwerden infolge rücksichtsloser Behandlung« die Rede. Schlimm wurde es aber nach einer Konsultation, welche im Hinblick auf das mittlerweile in die Erscheinung getretene hysteriforme Verhalten im Gegenteil zu einer Betonung des Zuwenig führte: nun beklagte sie

sich bei ihrem Mann über »mangelnde Befriedigung«, ja, es wurde ihm »Impotenz« vorgeworfen; vielleicht handele es sich auch um »Zeugungsunfähigkeit des Samens« bei ihm, er solle sich mal den »Samen untersuchen lassen«, die »Folgen der Kinderlosigkeit« seien jedenfalls auch in Betracht zu ziehen. Die Pat. drang nun, unter ständigem Hinweis darauf, eine »normal sinnliche Natur« zu sein, auf »bessere Erfüllung der ehelichen Pflicht«. Es kam dem Mann sehr ungelegen, daß im Gegensatz zu den Restaurantexkursionen, welche nachts waren, hierfür die Tagesstunden, die er da war, angesetzt wurden; das waren gerade auch die letzten Augenblicke vor dem Dienst, nachdem die übrige Zeit mit Debatten hingebracht worden war. Noch weniger als bei anderen Gelegenheiten wollte ihn Pat. jeweils fortlassen, einmal gab es einen regelrechten Kampf, und zwar um die Hose, welche ihm weggenommen worden war: die Pat. hielt unten fest, der Mann zog oben und schlug schließlich in seiner Verzweiflung mit dem Hosenträger zu. Von daher rührt die Formel für das regelmäßige Nachjammern zum Fenster hinaus: »Huh! Herr X. schlägt seine Frau!« Überhaupt verdient die Heranziehung der Öffentlichkeit zu den ehelichen Intimitäten einige Beachtung: hatte Pat. ihren Mann soweit gebracht, so rief sie triumphierend, mit einer Stimme, daß es weithin hörbar war: »Ha, ha! Herr X. geht mit seiner Frau ins Bett!« War er nicht geneigt, so schrie sie laut: »Ich will auf die Straße! Männer her!« Für alles waren bestimmte Wendungen da; summarisch hieß es: »Ich bin eine normal sinnliche Natur. Mein Mann hat die typische Gelehrtenimpotenz. Sehen Sie seine brutale kleine Faust: er ist ein Sadist, weil er nicht ist wie andere! Er regt mich auf und mißhandelt mich!«

Das körperliche Leben hatte das Bewußtsein der Pat. bislang nur im Essen und Trinken für sich in Anspruch genommen, es fehlte jede Hereinwirkung komplexerer Instinkte, vielmehr waren die Gedanken sonst, nach Inhalt und Bewegung, vom Beispiel anderer abhängig. Nun begann die Sexualität eine Rolle für die Selbstwahrnehmung zu spielen, erst nur als Mißempfindung und Unpäßlichkeit, dann akzentuiert und etikettiert durch Ärzte. Statt der Kontinuität der Heimat rückte nun die Integrität der Gesundheit in den Vordergrund. Die Bedeutung des Mannes für ihren Persönlichkeitsaufbau wandelte sich: vorher war er der »pendantische Junggeselle«, dem gegenüber sie die Familienhaftigkeit vertrat; jetzt war er der »impotente Gelehrte«, der ihren Wünschen als Frau nicht entsprach. Der Elan, welcher im Bereich des Haushalts nach Ausbildung des Zahlensystems erloschen war, zeigte sich in der neuen Richtung. Erst hatte die Nachgiebigkeit des Mannes den Konfliktstoff noch einigermaßen reduzieren können, nun aber, als unmittelbar körperliche Ansprüche gestellt wurden,

konnte er sich kaum mehr regen und rühren, ohne die Pat. innerlich zu erschüttern. Die Besuche in der Klinik (in der ersten Zeit, ehe noch elterliches Dienstmädchen und Rechtsanwältin dominierten), geben davon eine Vorstellung: beim Herannahen der Stunde, für die der Mann sich angemeldet hatte, wurde Pat. unruhig, durchaus nicht freudig erregt, sondern im ängstlichen Sinne, wie vor etwas Unheilndrohendem; war er da, so tat sie ganz fremd, solange nicht ein Thema angeschnitten wurde, welches ihre Selbstentwicklung in Gang brachte, dann hörten auch alle mißtrauischen Fragen auf, der Mann mußte nur ganz Ohr sein, unverwandt ruheten die Augen der Pat. auf ihm, schließlich wurde sie zärtlich, Kosenamen fielen, Berührungen wurden gesucht; ganz außer sich geriet sie, wenn — oft nach Stunden — der Mann wieder fort mußte, sie klammerte sich an ihn, versuchte, ihn am Wiederanziehen des Mantels zu verhindern, folgte ihm schließlich durch alle Türen, redete noch hinter ihm drein; vor Furcht zitternd, beschwor sie nun die Schwestern, doch niemanden hereinzulassen, da ein Verschleppungsversuch durch Helfershelfer des Mannes zu gewärtigen sei, klagte beim Arzt über »menstruelle Schmerzen und Blutungen«, weil der Mann sie »wieder so aufgeregt« habe, telephonierte die Rechtsanwältin an: was denn bislang zur Sicherung ihrer Person geschehen sei.

Neben diesen aktuellen Einwirkungen des sexuellen Momentes gab es auch imaginäre Verschiebungen dadurch, welche auf der Grenze von Wahn und Tagträumerei lagen. Die Reaktionen lassen sich hier in ihrer konkreten Dynamik nicht herausstellen; klarer ist schon der teleologische Faktor: nur soviel trat in deutlichen Konturen hervor, wie Pat. sich eine »unglückliche Liebe« zu einem Vetter ausgedacht hatte, welche bald mit einem bitteren Verzicht endete, weil sie ja dem ungeliebten Gatten »am Altar die Treue geschworen« hatte, bald dagegen eine Schuld in sich schloß, indem es doch zu Ehebruch gekommen, und hierbei auch die Defloration erfolgt sein sollte, welche der Mann nicht fertiggebracht habe. Gegen den Mann waren beide Versionen gerichtet: im einen Falle war die Pat. die Märtyrerin, im andern er der Impotente. Ob die eine oder andere vorgebracht wurde, richtete sich nach dem Adressaten: bei geringerer Vertrauenswürdigkeit zog Pat. es vor, sich auf Kosten des Mannes herauszustreichen, auf sittlichem Gebiet; bei größerer Vertrauenswürdigkeit aber stellte sie sich als die sexuell Aufgeklärte hin, der gegenüber der Ehemann als gelehrter Tropf dastand. Die Zutaten der Phantasie waren bei alledem dürftig, wie sich Pat. überhaupt, soweit sie nicht am tatsächlich Erlebten klebte, in ihrer Vorstellungstätigkeit nicht auf dem Grunde der Anschauung bewegte, sondern von allerlei konventionellen Begriffen leiten ließ. In diesem Bereich der bloßen

Verständigungsformen fühlte sie sich überhaupt in zunehmendem Maße zu Hause. In der Phraseologie der Pat. waren »staatliche Garantie« und »Flucht in die Öffentlichkeit« (durch Inanspruchnahme der Presse) zum Inbegriff von Sicherheit und Ausweg geworden. Immer wieder sprach Pat. in dem Stadium der Psychose, welches zuletzt zur Beobachtung stand — regelmäßig nach dem Besuch des Mannes — von ihrer Gefährdung, insbesondere, daß man vor habe, sie verschwinden zu lassen. Von diesen inneren Voraussetzungen aus waren ihr zu gleicher Zeit der Direktor der Klinik, nun nicht mehr als der Arzt ihres Vertrauens, sondern als der Leiter eines staatlichen Institutes, und der Redakteur des 8 Uhr Abendblattes lebenswichtig geworden; gegen ihre Entlassung sträubte sie sich, aber sie drängte darauf, den Zeitungsmann bei sich empfangen zu dürfen: in der Angelegenheit der Freiheitsberaubung!

Die Erweiterung der Daseinssphäre um die Sexualität endete mit einem Gemisch von Hypochondrie und Querulanz. Die Interessen zogen sich wieder auf Essen und Trinken zurück. Der Haushalt blieb in den Hintergrund gedrängt. Wurde des Mannes jetzt gedacht, so konnte es in dem Sinne geschehen, daß er der »Tischherr« von ehemals war und alle freundlichen Empfindungen auf sich zog, oder aber die Entrückung kam nicht über die schlimmen Jahre hinweg, wobei sie dann ihm gegenüber die fatale Empfindung der »mißliebigen dicken Frau« hatte. Beide Stellungen hatten auf der Abteilung ihr auslösendes Moment: der Ref., der sich zum Essen gelegentlich neben sie gesetzt hatte, war der »Tischherr« und führte ihr die guten Seiten ihres Mannes wieder vor Augen; Dr. *Roggenbau* aber, auf dessen Abteilung sie vorher gelegen hatte, war für sie nur noch der Helfershelfer des Mannes, sie mit einer »Hungerkur« zu quälen, weil er nämlich wegen ihres unmäßigen Essens bei Herzschwäche und einem Gewicht von weit über 200 Pfund ein Quellpräparat verordnet hatte. Die Personen der Umgebung wurden hierbei so wenig wie auch sonst geradewegs verkannt, aber sie waren doch kaum mehr als Träger einer Rolle von früher her.

Es war nun keineswegs so, daß Pat. bei den Mahlzeiten einen gesunden Appetit entwickelt hätte: sie saß vielmehr starr vor den Speisen, viertelstundenlang, ohne etwas zu berühren, nur im Durchbrechen einer Sperrung griff sie zu, übrigens oft mit den Fingern in die Schüsseln, so daß soviel klar war, daß der sinnliche Anreiz nicht die einzige Grundlage ihrer Wertung des Essens war. Die Sorge für ihre physische Erhaltung war gleichlaufend mit den in zunehmendem Maße wiederauflebenden Kindheitseindrücken. Die superstitiellen Maßnahmen standen ebenso wie die persekutorischen Vorstellungen zuweilen ganz hinter der Neigung zurück, sich in

Gedanken wieder in die Heimat zu versetzen, sogar Anstalten für die tatsächliche Übersiedlung zu treffen. Sie schien oft ganz losgelöst von aller derzeitigen misère: sie machte Reisepläne für Wiesbaden, wo sie mit den Eltern zusammen war; das sollte den Übergang zur Vaterstadt vermitteln, wie das Hotel die Zwischenstation bei der Entlassung in die Wohnung darstellte; damit ihr der Abschied nicht zu schwer fiel, sollte die Stationschwester mitkommen, um alles so zu haben, wie bisher, aber auch der Ref., dem sie zublinzelte: sie fühle sich eben wie neugeboren! Für ihre persönliche Sicherheit erschien ihr in diesem Zustand die Prozeßführung durch die Rechtsanwälte als ausreichend. Als Kranke vollends wollte sie weniger denn je angesehen werden; die Klinik galt ihr einfach als ein Zuhause, wie sie dann auch sehr präntiös bei Begegnungen mit den Ärzten die honneurs machte. Sie erklärte: außer Unterleibsbeschwerden durch Schuld des Mannes habe ihr nie was gefehlt; der Mann jedoch sei krank, im Grunde wohl geisteskrank, durch »skrupellose Lügenhaftigkeit« verbunden mit einer »gradezu übernatürlichen Beredsamkeit«, wahrscheinlich auf pathologischer Basis, habe dieser es fertiggebracht, sie mit fast allen Menschen auseinanderzubringen, sie fremd in ihrer Umgebung werden zu lassen. Hierbei kam es dann zu allerlei emphatischen Ausrufen: »dieses ständige Beobachtetwerden; dieses ewige Uhrziehen; diese Hetze durchs Leben; ich lasse mich aber nicht ummodelln; nur mit Liebe aufgezogen, bin ich diese harte Schule nicht gewöhnt; nie wird es seiner Pedanterie gelingen, den Schmetterling auf die Erde zu bannen«! Die Scheidung war zu dieser Zeit beschlossene Sache.

Die Abkehr von der Gegenwart wurde noch begünstigt durch den Konnex, in den sie mit einem, einer anderen Patientin wegen, auf die Abteilung kommanden alten Frauenarzt, der auch sie früher mal behandelt hatte, geriet: nun auf einmal waren unerträgliche Schmerzen und lebensgefährliche Blutungen da; nur diesem Arzt, der ihr Leiden kenne, möge sie sich anvertrauen! Die Untersuchung ergab nichts von Belang, außer einer kleinen Erosion; aber dauernd trug Pat. nun Monatsbinden; die Stationschwester mußte diese, welche auf dem Eßtisch ausgestellt wurden, regelmäßig besichtigen, es waren immer nur Spuren von Blut daran.

Die regressive Tendenz ihres psychischen Lebens ging mit oft völliger Dissoziation des auf die äußeren Vorgänge bezogenen Bewußtseins einher. Ihr Verhalten bekam etwas Spielerisches und Läppisches. Oft kam sie als Ärztin an; dann wieder hatte sie Predigeralluren. Unter solchen Imitationen riß die innere Kontinuität ganz ab. Die Affekte waren meist nicht gerade inadäquat, jedoch ohne Frische und Nachhaltigkeit; sie wechselten in bunter

Folge, wobei die Gegenständlichkeit darin vielfach unklar blieb. Die Rückschau wirkte dann wieder einigermaßen festigend, um so mehr, je weiter sie ging. Den körperlichen Verrichtungen fehlte bei alledem die Kontrolle einer komponierten Persönlichkeit, wie schon immer die instinktiven Regelungen. Es kam zu allerlei Stockungen und Störungen. Zuweilen war die Motilität deutlich abgespalten, ließen sich katatone Phänomene feststellen. Entsprechend der Unverbundenheit der einzelnen Bewußtseinszustände unterhielt sie auch einen jeweils völlig isolierten Kontakt: alles auch nur irgendwie sie persönlich Betreffende mußte unter Ausschließung aller Nichtbeteiligten verhandelt werden. Berührte sie aber etwas nicht direkt, so fiel sie völlig aus der Situation heraus, hörte in der Unterhaltung einfach nicht mehr hin. Der Rapport bei ihr vollzog sich so, daß sie bei peinlichen Vorhaltungen sich mit dem Betreffenden identifizierte, von hier aus das »Lügenmärchen« des Ehemannes zurückwies, bei Anklängen an angenehme Erlebnisse wieder der Mensch von ehemals wurde und danach auch den anderen Rollen zuerteilte. Dann gab es auch noch die anonyme und unpersönliche Affektion ihres Persönlichkeitsbewußtseins: durch Charakteristisches oder Autoritäres, was an sie herantrat, bzw. in der Auseinandersetzung mit ihren elementaren Bedürfnissen, zumal der Nahrungsaufnahme: in der Berührung mit den geistigen Gegebenheiten konnte sie ganz beweglich werden, bei den Mahlzeiten saß sie meist starr da, zumal wenn sie allein gelassen war.

Schließlich, als Pat. bald ein Vierteljahr in der Klinik gelegen hatte, wurde mit der Entlassung Ernst gemacht. Erst, nachdem das Äußere einigermaßen restituiert war, und die körperlichen Funktionen eine gewisse Regulierung erfahren hatten; war der Termin ihrem Belieben überlassen gewesen. Obgleich noch eine Frist von mehreren Tagen gegeben wurde, rief die Ankündigung großes Gezeter hervor: »Nein, solch eine Rohheit: einen auf einmal an die Luft zu setzen!« Auch über »verstärkte Blutungen« wurde geklagt; ferner über »Appetitlosigkeit durch die Aufregung«. Als der Tag näherrückte, wurden »Anfälle« produziert: »Herzkrämpfe« und »Ohnmachten«. Vollends schlimm wurde es, als sie von der Instandsetzung der Wohnung hörte; sie zitterte: »Man erbricht die Schlösser! O, dieser gewalttätige Mann!« Wie es nun soweit war, suchte sie auf jede Weise Aufschub zu erwirken; daß die Abfahrt vom Morgen auf den Nachmittag verlegt wurde, hatte sie durch herumfeilschen glücklich erreicht; zur festgesetzten Stunde stand sie immer noch in dem schmierigen Unterrock, den sie nie ablegen wollte, da, dem Drängen entgegenhaltend: »Erst um 4 Uhr!« Mit Verzögerung um eine ganze Stunde, während der, wie die Pat. wußte, die Taxe unten wartete, konnte dann die Fahrt



losgehen; der Mann war auch erschienen, mußte aber beiseite bleiben, durfte nicht etwa mitfahren, sollte auch bis zur Beendigung des Prozesses ausquartiert bleiben. Ihre letzten Worte waren: »Ich habe doch noch den ganzen Tag Pension!«

### Symptome.

Entwicklung und Entartung der Persönlichkeit sind hier nach Vorgeschichte und Beobachtung in ihrem ganzen Verlaufe verfolgbar. Versteht man unter Persönlichkeit die sinnvolle Entfaltung von Charakter und Konstitution, im Gegensatz zu den Bezügen des leiblichen Werdens und Geschehens, so ist deutlich, daß sie nicht so sehr zerstört, als vielmehr zu einer Fehlbildung wurde. Zuweilen schien sie in somatischen Gesetzmäßigkeiten unterzugehen; unter günstigen Bedingungen aber war mit der Pat. in jedem Stadium ihrer Psychose zu kommunizieren, und zwar ebenso auf der Basis der individuellen als auch der kollektiven Lebensinhalte. Daher denn auch die Teilnahme, die ihr immer wieder entgegengebracht wurde! Wahnformen, welche die Beschaffenheit des inneren Seins ändern, derart, daß von der äußeren und gemeinsamen Welt nur wenig noch in die Wahrnehmung Eingang findet, vielmehr eine Spiegelung von Vorgängen im eigenen Körper ihren Inhalt bestimmt, wo in Halluzinationen der psychotische Prozeß sich darstellt, sind bis zu einem gewissen Grade wohl auch der Sinndeutung zugänglich, auf das Mitgefühl wirken sie jedoch nur wenig. Frau X. indessen blieb nicht nur frei von Sinnestäuschungen, sondern erwies sich im Gegenteil nach ihrer bewußten Existenz weitgehend als getreues Abbild von Umgebung und Angehörigen. Ansätze einer Verarbeitung der Eindrücke zu dem Gefüge einer geschlossenen Persönlichkeit waren kaum vorhanden. Wenn gleichwohl eine Anpassung nicht zustandekam, so lag das an der verschiedenen Reproduktionsbereitschaft der einzelnen Schichten. In den Reaktionen trat ebenso die Festigkeit hervor, mit welcher Sachverhalte und persönliche Kundgebungen im Gedächtnis hafteten, wie die Bestimmbarkeit bei der Aktualisierung dieser Dispositionen durch Umstände ganz äußerlicher Art. Aber neben diesem Moment, welches zu dem Widersprechenden und Sprunghaften der Manifestationen führte, gab es noch etwas, was den realen Konnex störte: das war die Reduktion, welche mit dem Erinnerungsbesitz vor sich ging und die primären Verhältnisse durch Symbole und Abkürzungen vertreten sein ließ. Zu einer logischen Durchdringung ihres Bewußtseins gelangte sie nicht, dazu war ihr Denken nicht entwickelt genug, es blieb bei dieser Form einer primitiven Ökonomie des geistigen Lebens. Hörte auch Pat. mit wachsendem Eigensinn und zunehmendem Mißtrauen auf, wie in der Jugend, ganz in ihrem Umkreis auf-

zugehen, so ließ doch alles Tun und Sagen Ausgangspunkte innerhalb irgendwelcher Gemeinsamkeit finden, ob es nun die superstitiellen Anknüpfungen an Heimat und Eltern waren, oder die hypochondrischen und querulatorischen Ideen, in denen sich die Gegensätzlichkeit zum Ehemann fixiert hatte.

Ganz freilich haben Empfindungen einer gestörten Organitätigkeit nicht gefehlt: es gab da vor allem gewisse Sensationen im Unterleib; als diese erst einmal ihre Formulierung gefunden hatten, blieb auch nicht die Verknüpfung mit den vorwaltenden Bewußtseinsinhalten aus. Die Vorfälle in ihrem häuslichen Kreise bekamen nun eine vegetative Resonanz, wie auch umgekehrt ihr Verhalten in ein Abhängigkeitsverhältnis zu ihrem körperlichen Befinden trat. Pat. berief sich bei jeder Gelegenheit mit bedeutungsvoller Miene auf ihre Schonungsbedürftigkeit und machte andererseits bald genug auch ständig ihre in dieser Sphäre wurzelnden Ansprüche geltend. In der ersten Zeit blieb es bei dieser engen Koppelung des körperlichen und des persönlichen Lebens. Indem aber die Rücksicht auf die Pat. doch nicht soweit getrieben werden konnte, daß das innere Gleichgewicht fortlaufend gewahrt blieb, kam es bald, teils zu den Gefühlen körperlicher Beeinträchtigung, teils zu Vorstellungen persönlicher Beeinflussung: es wurde nun über »Mißhandlung« und Verursachung von »Blutungen und Schmerzen«, sowie über »lähmende Kontrolle und Kritik« Klage geführt. Der Ehemann, bald in Sein und Ausdruck gradezu ein Bestandteil ihrer Persönlichkeit, Gegenstand der Selbstempfindung, in ihren erotischen Regungen zumal, und Mittel zur Verständigung, indem sie sich seine Denk- und Sprechweise zu eigen machte, bald unerträglich als Widersacher, brutal und verleumderisch, er zieht schließlich alle Regungen auf sich, die das Zusammenleben mit sich gebracht hatte: damit wird er dann auch so etwas, wie es die Kranken mit akuterer Einbrüchen und Spaltungen sogleich zu berichten haben, ein Hexenmeister, der körperliche Veränderungen setzt, ein Teufel, der die Meinung der Umgebung verfälscht.

Aber wie sehr im Effekt eine Übereinstimmung mit den foudroyant verlaufenden Schizophrenien besteht, die alarmierenden Zustände, daß sich im Innern etwas auswirkt und zur Geltung bringt, mit der damit einhergehenden Ratlosigkeit und Erstarrung, haben hier gefehlt. Offenbar ist es nichts der prämorbidem Persönlichkeit Zufälliges, wenn die schizophrene Entartung ohne bewußte Veränderung der Erlebensgrundlage verläuft: sicher ist der eigentümliche Mangel einer zusammenhängenden Reflexion zur Erklärung heranzuziehen! Die Pat. reißt gradezu in ihren Defektzustand hinein; alle Stadien, die sie dabei durchläuft, bestimmen nicht so sehr Auffassung der eigenen Person, als viel-

mehr die der Umgebung. Nur, wenn Neues unausweichlich, Fremde unumgänglich sind, sodann bei längerer Berührung, bzw. Anwesenheit späterhin, erweitert sich ihr Eigenbereich um die betreffenden Dinge und Personen, und zwar in gradezu substanzieller Weise; sonst aber bleibt alles draußen und fern. Die Dinge, die nicht zu ihr gehören, haben irgendwelche vorwiegend bedrohlichen Eigenschaften und Bedeutungen, die Menschen um sie herum, soweit sie nicht, wie die Mutter, ganz zum eigenen Wesen gerechnet werden, müssen sich allerlei Charakteristiken und Inkriminationen gefallen lassen. Es kommt hier zu einem Verfolgungswahn, ohne, daß vorerst noch im Innern ein Anderswerden, zumal ein Nichtmehralleinsein erlebt werden.

Viele Fälle von Schizophrenie zeigen eine frühzeitige Erstarrung im ideellen Bereich der Persönlichkeit: es bildet sich ein Ichbild mit seinem Gehäuse aus. Kommt es nun zu einem Schub, der je nach der präpsychotischen Struktur mehr von der physischen oder mehr von der sozialen Seite her neuartige Erlebnisbestandteile aufzwingt, so ergibt sich ein Kampf des Selbstes um seine alte Form. Nicht nur dem äußeren Betrachter wird dieser erkennbar, am elementarsten in dem Symptom der Ambivalenz, sondern, bei hinreichender seelischer Differenziertheit und jeweiliger Besonnenheit des Kranken, auch für die Innenschau, der sich dann ein Ringen zweier Daseinsgestaltungen ergibt. Stets wird der Psyche eine Wandlung, zum mindesten eine Ergänzung, zugemutet, und zwar durch Eingliederung des pathologischen Prozesses in die Persönlichkeitsstruktur oder auch, verläuft dieser Vorgang, wie bei den paranoiden Formen, unter Beteiligung des höheren Bewußtseins, in die Lebensgeschichte. Im allgemeinen geht darüber alle Einheitlichkeit verloren: weder reicht die synthetische Kraft des alten Ich aus, noch haben die neuen Gegebenheiten eine hinlängliche Geordnetheit, wie sie den normalen Wahrnehmungen von vornherein eigen ist, so daß hier die Logik der Tatsachen mit der der Vorstellungen in keine die Anpassung gefährdenden Differenzen gerät.

Die Pat. zeigt zwar auch die Einengung auf einmal erfahrene Prägungen, aber die Besinnung auf das eigentlich Persönliche an ihrer Existenz war zu allen Zeiten so schwach, daß wohl die Unterschiede in den äußeren Lebensverhältnissen und zwar in krankhafter Steigerung empfunden wurden, nicht jedoch die Wandlungen, welche mit ihr selbst vor sich gingen. Daß die Unfähigkeit, sich in die doch relativ geringfügige Milieuveränderung durch die Heirat zu finden, von vornherein als ein draußen sich abspielender Konflikt empfunden wurde, als eine Pietätlosigkeit des Ehemannes gegenüber ihrem Elternhause, ist noch nicht so überraschend: mehr ist es die Art, wie sie die Weckung der geschlechtlichen

Regungen in der Hauptsache nach der Schablone von konventionellen Begriffen erlebt, nur unter besonderen Umständen als Vorgang innerhalb ihrer konkreten Existenz. Man sieht, ohne die dramatischen Verwicklungen, welche das Innenleben höherentwickelter Kranker oftmals aufweist, ein einfaches Versagen der Geistestätigkeit, in fortlaufender Wechselbeziehung von körperlicher Ausreifung und Bereicherung des Gedächtnisses die Lebensalter zu absolvieren: sie machte noch zuletzt, nach den von der Psychose nicht unmittelbar berührten Zügen, den Eindruck eines altklugen Kindes.

Bei dieser chronischen Verlaufsweise der Schizophrenie ergibt die Exploration unmittelbar wenig Pathognomonisches: die Ausdrucksweise verbleibt innerhalb des Landläufigen, das Denken weicht nicht weiter von der Norm ab, die kundgegebenen Inhalte stellen keine ungewöhnlichen Erlebnisse dar, die Gefühle entfernen sich nicht allzu weit von durchschnittlichen Regungen. Die Situation einer ärztlichen Untersuchung ist vollends dazu angetan, die Besonnenheit zu fördern. So irreführend ist hier das Zustandsbild, daß selbst Erregungen den Anschein des Motivierten nicht bloß, sondern auch des eventuell Begründeten erwecken. Der Kranke selbst weiß schon gar nichts von seelischen Störungen zu berichten; es ist keine Dissimulation, wenn er es nicht tut. Das Pathologische wird erst deutlich in dem Widerspruchsvollen des Verhaltens; dazu gehört aber ein Wechsel der Umstände. Sodann äußert es sich selbstverständlich auch in der Unangemessenheit der Reaktionen, wenn man nur erst die wirklichen Verhältnisse kennt. Dieser Krankheitstypus, dessen Symptome oft wenig ausgesprochen sind, hat seine Repräsentanten nicht bloß in geschlossenen Abteilungen, sondern sie laufen vielfach frei herum: es sind keine andern als die Verrückten und Narren, wie man sie im Volke nennt. Einerseits zeigt sich eine Fixierung der gemüthlichen Regungen in allerlei Symbolen und Ideen, andererseits begegnet man oft esprit und konziliantem Wesen: mit einer gewissen heiteren Beweglichkeit vermögen sie sich in alles hineinzusetzen, um dann auf einmal wieder die befremdlichsten Ansichten vorzubringen, darüber hinaus in verschrobenen Handlungen die abwegige Richtung ihres Innenlebens zu verraten. Bei Abstumpfung und Zerfall höheren Grades können diese Zustände in jähem Wechsel einander folgen, vor allem aber ohne Beteiligung eines kontinuierlichen Persönlichkeitsbewußtseins erfolgen; sonst aber vermag nachträgliches Gewährwerden von bewiesener Bestimmbarkeit das Gefühl von Beschämung wachzurufen: primäre Angleichung führt sekundär zu Gegensätzlichkeit, feindseligen Anwandlungen und boshaften Handlungen. Die aktuellen Schwierigkeiten, welche solche Naturen machen, hängen mit dieser Reaktionsweise zusam-

men. Im übrigen gibt es die Auswirkungen der eingewurzelten Schrullen, die oft zu phantastischen Patenten und utopischen Programmen sich auswachsen. Je nachdem das Moment der Fixation oder das der Imitation überwiegt, läßt sich von Verrücktheit oder Narrheit sprechen; beides gehört zur chronischen Verlaufsweise der Schizophrenie.

Es ist nicht einfach das Haften der gehabten Eindrücke und auch nicht die Abhängigkeit von fremder Art, worin das Spezifische hierbei gelegen ist, sondern die Unfähigkeit, in Erinnerung und Wahrnehmung das eigentliche Selbst zu bewahren. Man gegenwärtige sich die Kranken, welche ihr Herz an irgendeine Idee gehängt haben, womöglich noch mit den Requisiten zu deren Realisierung beschleppt herumlaufen, auch die, wo etwas ihnen Wichtiges bereits Ereignis war, und nun an materiellen Überbleibseln festgehalten wird! Alles das war einmal Erlebnis, ist in seinem Rückstand aber aus der zentralen Persönlichkeitsverknüpfung herausgetreten und macht sich nun als selbständige Forderung geltend. Dennoch kein Fremdkörpergefühl: es ist eine Eigentümlichkeit dieser Idealisten, daß ihnen die geistigen oder vergeistigten Gebilde mehr als ihr natürliches Dasein bedeuten. Und nun die, welche aus dem Bannkreis von Personen besonderen Wertes oder Ranges nicht herauskommen, ein Leben in bloß eingebildeter Gemeinschaft, auch wohl heimlich usurpierter Würde hinbringen: die wunderlichen Erfinder und Reformatoren, die komischen Jünger und Spaßmacher, die es zu allen Zeiten gab, die gelegentlich hinter Schloß und Riegel kamen, im allgemeinen jedoch als harmlos ihre Freiheit behielten, auch nicht immer ohne Nutzen waren.

Diese Formen führen schon hinüber zur echten Paranoia und zu den psychogenen Entwicklungen: in dem Maße, als faktisches Erlebnis und motivierte Verarbeitung hervortreten. Bei der Pat. fehlte ein solcher Überbau der Erscheinungen. Nur eine Abstufung in der Reproduktionsbereitschaft bestand, außerdem eine Verschiedenheit der Affektbeteiligung bei den einzelnen Aktualisierungen: was noch aus dem engeren Rahmen ihrer Existenz stammte, aus Heimat und Kindheit, das war auch noch Quelle von lebhaften und ungetrübten Gefühlen. Außer diesen spärlichen Andeutungen einer persönlichen Durchdringung ihres seelischen Besitzes war es bei ihr wie bei einem Automaten: fielen die Stichworte, kamen ihre symbolischen Gegenstände in Sicht, so waren alsbald Auffassung und Handlung in ihrer Totalität bestimmt. Alle sonstigen Lebensreize blieben ohne angemessene oder überhaupt ohne Beantwortung: die Außenwelt war auf einen kleinen Umkreis von Bedeutungsträgern, das Handeln darin auf wenige signalmäßige Reaktionen reduziert worden. Affekte waren bloß innerhalb dieses Bereichs zu mobilisieren; sonst war die Pat. an-

spruchlos und entgegenkommend oder auch stumpf und läppisch. Zu besonderen Aktionen kam es kaum jemals, vollends nicht zu Aggressivität: die eigentümlichen Störungen im Rapport zur Wirklichkeit schalteten das aus. Wurde Pat. über ein bestimmtes Maß hinaus gereizt, so objektivierte sich der Affekt in denjenigen Gebilden, an denen sie ihn erstmalig erfahren hatte; diese lagen samt und sonders innerhalb ihres ersten Lebensabschnittes, noch vor der Gewinnung eines eigenen Selbstes: gemeint sind hier vor allem die Berufungen auf den Vater, seinen Namen und seine Gepflogenheiten, das ostentative Beklagen des »traurigen Schicksals« ihrer Mutter, die in beleidigender Weise demonstrierte Angst um den »Rest ihres Schmuckes«. Erregungen des Gefühls versetzten sie in die von den Eltern umhegte Zeit zurück, dagegen hatten Vorhaltungen die Wirkung, daß sie dem betreffenden Lebensabschnitt entrückt und auf den Standpunkt des Kritikers hinübergezogen wurde. Nur ganz locker war ihr Gedächtniszusammenhang, vor allem lösten sich bei jedem derartigen Anlaß Stücke der Lebensgeschichte los: bekam längst Vergangenes aktuelle Bedeutung, vollzog sich ein Standortwechsel des Ich. Hierher gehören die auffallenden Erscheinungen der Zitierung der Eltern, des Herausfallens aus der Gegenwart, der Identifikation mit dem Tadelnden, der Abkehr von ihren Taten. Die Ansätze zu Rationalisierungen und Motivierungen bauen dann hierauf auf: die Begründungen, weshalb sie dies oder jenes gemacht habe, die Verleumdungen des Ehemannes, wie er dazu komme, solche Lügenmärchen über sie zu verbreiten, auch wohl, daß er an alledem, was schlechterdings nicht abzuleugnen war, schuld sei. Solche Störungen haben mit Merkfähigkeitsherabsetzung und Erinnerungsverlust im Sinne des *Korsakowschen* Syndroms nichts zu tun; es handelt sich dabei um eine Verschieblichkeit der Inhalte, welche mit der Art des Persönlichkeitsgefüges zusammenhängt. Aber es wäre auch falsch, an tendenziöse Entstellungen zu denken, was ja vor allem die Äußerungen über den Mann nahezulegen scheinen: das sind sekundäre Erscheinungen, sie betreffen nicht die Grundstörung hierbei, welche außerhalb aller normalen seelischen Verknüpfung liegt!

Wird ein reiferes Seelenleben von dem schizophrenen Prozeß befallen, so kommt es zu bewußter Registrierung und Assimilation der pathologischen Erfahrungen. Es entsteht ein mehr oder weniger imaginäres Gebilde, welches dem Kranken einen neuen Lebenssinn erschließt, in günstigen Fällen sogar eine Prothese darstellt, womit er sich nach aller Ratlosigkeit, Erlebnissen von Weltuntergang und Persönlichkeitsverlust gegenüber, erneut in der Wirklichkeit bewegen kann. Pat. gehört weder zu den abgeschlossenen, noch auch zu den völlig verschrobenen Typen: aus keinem anderen Grunde aber als dem, daß die Bildung eines eigenen Ich

unterblieben ist. Die Disposition zu einer psychischen Erstarrung, zumal innerhalb der Bewußtseinsvorgänge, ist ein Stigma sehr allgemeiner Art; ob nun aber auf dieser Grundlage bloß überwertige Ideen entstehen oder ein systematisierter Wahn sich etabliert, wie weit also die Verfälschung der inneren Voraussetzungen gegenüber den äußeren Verhältnissen geht, das hängt von Besonderheiten ab, welche dem erkrankten Individuum als solchen anhaften. Die aufbauenden Kräfte, welche innerhalb des Zerfallsvorganges mehr oder weniger am Werke sind, sind Ausdruck des seelischen Einheitsstrebens, welches in der prämorbidem Persönlichkeit die Bildung eines eigenen Ich befördert, im Prozeß eine Chance gibt, wie bei den Abortivformen, vor der Verblödung des Endzustandes bewahrt zu bleiben. Bei der Pat. ist das Verhältnis von Erstarrung und Vereinheitlichung so, daß wohl die Entwicklung innerhalb der Milieuprägung stecken geblieben ist, auch spätere Zentrierungen über Ansätze nicht hinausgelangen, dafür aber auch weitgehend die geordneten Lebensverhältnisse und die wohlgesinnten Angehörigen ihr Halt und Richtung geben konnten. Die Prognose ist deshalb schlecht, weil gegenüber produktiven Krankheitserscheinungen die Defektsymptome, Initiativeverlust und Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, von vornherein das Bild beherrschen<sup>2)</sup>.

Von in ihr selbst wurzelnden Regungen waren schließlich nur noch die Reminiszenzen aus der Jugendzeit da, wobei aber auch mit Ausnahme höchstens der stereotypen Betätigungen beim Alleinsein die Anregung von außen kommen mußte. Die begleitenden Gefühlsäußerungen waren einigermaßen natürlich. Bei aktuelleren Gegenständen hatte der Affekt meist etwas Unausgeglichenes: läppisch oder gespannt. Diejenigen Verrichtungen, bei welchen Symbolik und Kommunikation keine so große Rolle spielten, also den Antrieb ganz der vegetativ-individuellen Sphäre entnehmen mußten, stockten am meisten. Das war vor allem das Essen, welches zwar von den Ideen der »Diners« und des »Tischherrn« aus an und für sich sehr hoch bewertet wurde, nach seiner tatsächlichen Beschaffenheit aber keinen sonderlichen Anreiz ausübte. Wer die Pat. einmal beim Essen beobachtet hatte, wie sie so starr davor saß oder gerade mal im Durchbrechen der Sperrung mit den Fingern in die Schüsseln fuhr, konnte sich weder über die gewichtige Rolle des »Wärmens« im Sprachschatz der Pat., noch über ihre entsetzlich verschmierten Kleider mehr wundern. Außer in gelegentlichen Imitationen, von Ärzten und Schwestern in erster Linie, wich die Abulie kaum noch. Die Motilität hatte eine weit-

---

<sup>2)</sup> Über die Tragweite der teleologischen Betrachtungsweise innerhalb pathologischer Erscheinungen siehe: L. Aschoff, Krankheit und Krieg, eine akademische Rede, 1915.

gehende Verselbstständigung erfahren. Kompliziertere Bewegungen bedurften jeweiliger Vorbildlichkeit anderer, wobei besonders berufliche Tätigkeiten, niemals eigentlich Persönliches, eine Rolle spielten, oder es mußte ihnen die Eingebühtheit und Allgemeinheit bloßer Höflichkeitsformen zu Hilfe kommen. Die Betätigungen im Dienste der physischen Bedürfnisse waren demgemäß vielfältig gestört, wo sie mit gewissen Rücksichten erfolgen sollten, wurden freier nur dann, wenn sie zu bloßer Naturhaftigkeit herabsanken. Am schlimmsten war es immer, wenn etwas ganz Konkretes oder Aktuelles erreicht werden sollte: die Pat. hantierte ungeschickt mit dem Objekt, war steif im persönlichen Verkehr, während sie innerhalb ihrer Eigensphäre, geleitet von der Rückschau auf ihr früheres Leben und der Bedachtnahme auf rein Konventionelles, sicherer und gewandter wurde. Übrigens hatte Pat. von der Beeinträchtigung in diesem Bereich, im Gegensatz zu der Kritiklosigkeit innerhalb der historischen und moralischen Selbstbesinnung eine gewisse Wahrnehmung: ihre sprachliche Behinderung hatte ja dem Ehemann das Attribut seiner »übernatürlichen Beredsamkeit« und ihr sonstiges Kleben und Stocken das seiner »lähmenden Art« eingebracht!

Zu diesen Andeutungen katatoner Erscheinungen seien noch die Spaltungssymptome auf sensoriellem Gebiete erwähnt. Beim Essen war ihr einerlei, was sie aß; es kam nur auf das allgemeine Quantum und den Akt als solchen an. Bezüglich der sexuellen Betätigung mag es bei dem Aussprechen einer Vermutung im analogen Sinne sein Bewenden haben. Beachtung verdient es aber ganz bestimmt, wie unempfindlich sie gegen Geruch und Unreinlichkeit war. Sodann muß auch ein völliges Fehlen des Sinnes für Bequemlichkeit hierher gerechnet werden: in ihrer Wohnung hatte sie sich doch nur eine Stuhlkante zum Sitzen reserviert und in der Klinik benutzte sie ausschließlich einen ungepolsterten Stuhl, obgleich bessere Sitzgelegenheiten nicht fehlten. Wichtig war es ihr aber, beim Verlassen des Zimmers ihre zwei Stühle in einen Abstand vom Tisch zu rücken, genau, als säßen da welche. Die Psychose wandelt eben die Reize des körperlichen Lebens in Signale für die Vorstellungsbewegung um: so findet man Ausharren unter Bedingungen, welche für jeden normalen Menschen unerträglich wären, vergesellschaftet mit Aufbegehren, wo gar kein entsprechender Anlaß zu sehen ist, Stumpfheit und Überempfindlichkeit vereint.

#### Diagnose.

Von seiten der Laien suchte man sich die Absonderlichkeiten irgendwie zurechtzulegen, wobei der Gedanke, daß es sich um etwas Krankhaftes handeln könnte, erst zu allerletzt oder auch gar



nicht auftauchte. Da wurde nun von landläufigen Verkehrtheiten, wie es ja der Aberglaube ist, auch von berechtigten Eigentümlichkeiten gesprochen: die Norm kam dabei auf das polizeilich Erlaubte hinaus. Und dann: wie kann auch einer seinen Verstand verloren haben, der doch noch so vieles weiß und so klar denken kann! Die Rechtsanwälte hielten sich ja überhaupt nur an die Eindrücke in ihrer Sprechstunde, am Telephon und bei den wenigen Besuchen (von einem jungen Referendar abgesehen) in der Klinik; im übrigen wurde die Sache aktenmäßig behandelt: die Wohnung haben sie nie gesehen. Der Ehemann freilich kannte alles von Grund auf, er täuschte sich, indem er Motivationen zu finden glaubte, wo doch nur zur Formel erstarrtes Erlebnis oder gar bloß leere Mimikry vorlag.

Das Verhältnis des Ehemannes zu der Krankheit der Pat. ist nicht nur in diagnostischer Hinsicht beachtenswert, inwieweit es etwa auf eine geistige Störung auch bei ihm schließen läßt, nach Art der folie à deux (folie simultanée, induziertes Irresein)<sup>3)</sup>; es hat vor allem ein pathogenetisches Interesse. Die allerdings recht weitgehende Einsichtslosigkeit des Mannes, darüber hinaus noch seine Willfähigkeit, bei allen Schrullen und Verschrobenheiten der Pat. Instrument und Partner zu sein, legten den Gedanken der Wahnübertragung oder auch der gleichartigen Wahnbildung nahe; indessen zeigte sich bei näherer Bekanntschaft mit ihm eine vollkommen intakte Gesundheit. Dafür hatte er sein menschlich Besonderes: er war eine wesentlich verstandesmäßig angelegte Natur, mit einer Logik, die alle Achtung verdient, indes die Direktiven des Denkens und vollends des Handelns zu sehr außerhalb der eigenen Person lagen: teils im Institutionellen, als geborener Beamter, teils in den legitimen Bindungen seiner privaten Sphäre. Familienrücksichten und auch individuelle Ansprüche seiner Angehörigen wurden von ihm so weitgehend respektiert, daß eigentlich bloß der Halt, den er in seiner amtlichen Tätigkeit fand, ihn vor gänzlicher Selbstaufgabe im häuslichen Kreise bewahrte. Alle dienstfreie Zeit widmete er seiner Frau; bloß seine Pünktlichkeit führte zu Mißhelligkeiten. Widerspruch fand es weiter noch, wenn sie es nach einmal geäußerten — gleichviel wie verkehrten — Meinungen und Plänen an Konsequenz fehlen ließ; dieser war aber nur verbaler Art, ging nicht in Widersetzlichkeit über. Auch einen

<sup>3)</sup> *M. Baillarger*: Quelques exemples de folie communiquée. Gazette des hôpitaux, 1860 und Recherches sur les maladies mentales, 1890, p. 536. Dasselbst auch Anführung der wichtigsten sonstigen Arbeiten über den Gegenstand.

*Ch. Lasègue et J. Falret*: La folie à deux ou folie communiquée. Annales médico-psychol., 1877, tome 18, p. 321.

*Jörger*: Das induzierte Irresein. Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 45. 1889.

Versuch, sie zu beeinflussen, machte er hin und wieder und zwar von seiner Wertschätzung der elementaren Lebensgüter aus: Bewegung in frischer Luft, Sonne und Grün draußen, eben dessen, wofür die Kranke den Sinn verloren hatte; bei den Unterhaltungen mit den Ärzten darüber klagte er immer wieder sein Leid, daß seine gutgemeinten Vorschläge so wenig Anklang fänden, und ließ dabei erkennen, wie leicht er den ganzen Zustand nahm, für dessen Behebung ihm eine Art von Naturheilverfahren ausreichend erschien. Nicht anders stand es mit seiner gern vorgebrachten Analyse der vermeintlichen Irrtümer der Pat., denen er, auf die Wirksamkeit seiner Argumente vertrauend, in vielleicht schwieriger und zeitraubender Verhandlung am Ende doch noch beizukommen hoffte. De facto fand sich ein Ehepaar: ohne sonstigen näheren Verkehr; er, aufgeklärt und rücksichtsvoll, sie, abergläubisch und triebhaft, soweit die Krankheit überhaupt noch Allgemeinmenschliches übrig läßt; er tagsüber im Amt, sie derweil die Wohnung in ihrem verrückten Treiben umgestaltend; am Abend miteinander im Disput, bis sie nach Mitternacht zum Essen hinausstürzt, und er die wenigen ihm belassenen Ruhestunden wahrnehmen kann. Und dies so heute wie morgen, mehr als ein Jahrzehnt! Einen eigentlichen Wahn hatte der Ehemann sicher nicht, aber eine Devise: »Im Kleinen nachgeben, im Großen festbleiben«; er sprach auch von seinem »halbstarren System«. Ehe er sich, nach Aufnahme seiner Frau, einigermaßen hatte regenerieren können, erschien sein Kräftezustand bedenklich. Es mag noch vermerkt werden, daß er von kleiner Statur und grazilen Gliedern war.

Sicher wäre es nicht zum Abdruck der Psychose in der eigentlich verahrlosten Wohnung und den befremdlichen Gewohnheiten der Pat. gekommen, wenn sie eine andere Lebensbasis vorgefunden hätte; aber das betrifft doch nur die Ausbreitung der Symptome, nicht ihre Quelle: die Entartung folgt ihrem inneren Gesetz. Nur die Ausgestaltung bedarf der Anknüpfung. Dazu genügte im Anfang ein differenziertes Milieu, dessen Besonderheiten in die Wahnbildung eingingen; später, mit Erlahmen des Antriebs, mußte das Wahninteresse von anderen übernommen werden, wenn es sich manifestieren sollte: das wurde dann Sache der Rechtsbeistände! Die Anpassungsfähigkeit trat in zunehmendem Maße aus dem Bereich der konkreten Umstände heraus und bestätigte sich schließlich nur noch an Eindrücken von abstrakter Bedeutungshaftigkeit. Je mehr der persönliche Lebenssinn mit dem Zerbröckeln der im Elternhause erfahrenen Prägung verloren ging, um so größer wurde die Empfänglichkeit für das Formale. In den ersten Stadien hatte sich manchmal so etwas wie Krankheitsgefühl gezeigt, in den späteren ging es verloren, wie überhaupt die Selbstbesinnung. Nur ganz Außenstehende, wie die Rechtsanwälte, kann-

ten hier noch den Eindruck des menschlich Verständlichen haben. Der nächste Angehörige, der Ehemann, der gewiß mit allem vertraut war, vor allem auch mit der Wesensart seiner Frau vor Herausbildung des schizophrenen Defektes, brachte es aus affektiven Gründen nicht fertig, einen Strich unter die Lebensgemeinschaft zu setzen.

Ist auch deutlich zu ersehen, wie in der Pathogenese eine immanente Kausalität entscheidend ist, so bleibt doch noch nachzuprüfen, wie im einzelnen Ausdruck und Störung sich zusammenfinden. Es wurde schon erwähnt, was es mit der Gedächtnistreue und der geistigen Beweglichkeit der Pat. auf sich hat, welche Rolle Personen und Milieu für die Ausgestaltung des Zustandsbildes spielen. Das sind aber Leistungen und Züge, welche nicht in das Wesen der Person hineinreichen, somit auch nicht an die inneren Vorgänge ihrer Entartung heranführen. Gegenüber bloß Formalem und Akzidentellem muß etwas zu finden sein, dem eine besondere Affinität zum Krankheitsprozeß eigen ist. Eher sind in diesem Sinne schon die medizinisch formulierten hypochondrischen Ideen und die querulatorisch verwendeten Termini anzuführen: körperliche Beschwerden und soziale Schwierigkeiten sind hier typisch und primär; nur ist auch hierbei nicht das zentrale seelische Geschehen berührt. Nicht wo die Pat. um Gesundheit und Recht kämpft, sondern wo sie sich in ihrer angestammten Daseinsweise zu behaupten sucht, sind diese tiefsten Schichten gelegen. Die Formen sind dabei pietätvolles Gedenken und abergläubische Maßnahmen. Damit wird aber etwas in die pathologische Existenz hingezogen, was zu den Wurzeln des menschlichen Daseins überhaupt gehört.

Wie die Seele des Einzelmenschen, zumal in der ersten Jugendzeit, Reifestadien unterscheiden läßt, welche nicht bloß Gewinn durch Erfahrung und Erziehung betreffen, sondern Wesen von Aufbau und Eingliederung, so auch der psychologische Faktor der Kulturen. Die ethnologische Forschung gelangt durch Vergleich auf eine Stufenfolge; das genetische Band bleibt dabei problematisch. Auch bei solcher Beschränkung auf die Unterschiede ist vieles nur Mutmaßung. Mehr als bei jeder anderen Wissenschaft erhebt sich hier, nachdem der Stoff beschafft und geordnet ist, die Schwierigkeit der Interpretation. Bei der Beurteilung kollektiver Gebilde, wie sie bei archäologischen Forschungen im Vordergrund stehen, ist die Frage, inwieweit überhaupt, über die daran hervortretenden teleologischen Beziehungen hinaus, Anhaltspunkte für die Beteiligung des Bewußtseins, an Hervorbringung und Geltung, gegeben sind. Heutige Primitive werden auch durch individuelle Zeugnisse zugänglich; indessen, abgesehen von bloßen Hindernissen der Kommunikation: wie groß ist bei aller Kundgabe der Anteil eines eigentlichen Selbsterlebens? Ungeachtet aller damit verbun-

denen Fragwürdigkeit ist aber an der Beschaffenheit des Bewußtseins und zwar letztlich dessen vom eigenen Selbst des Menschen als Einteilungsgrund festzuhalten: weil hier das Seelische seinen angemessensten Ausdruck findet.

Höhere Menschheitsstufen heben sich vor allem darin vom Beginn der Zivilisation ab, daß auf ihnen das Selbst zur Entfaltung gelangt ist. Im Urzustande herrscht die Traditionsseele, von welcher sich noch niemand, im Innwerden der eigenen Besonderheit, emanzipiert. Die erste Abzweigung von der Stammesgemeinschaft geschieht mit dem Ahnenkult unter näheren Verwandten. Die Spezifikation nimmt ihren Fortgang mit der Arbeitsteilung; den Zweckverbänden liegen schon deutlich gefühlte Bedürfnisse und klar erkannte Mittel ihrer Befriedigung zugrunde. Die Individualität, in welcher ein zielgerichteter Wille mit einer Rückschau auf bisherige Betätigungen gepaart ist, erwacht zuletzt; ein Untergrund von Triebhaftigkeit und Umweltgebundenheit bleibt, freilich in ständiger Verringerung. Indem das Selbstbewußtsein wächst, löst es sich von seinem Ursprung: es findet sich in dem Ausgangspunkt von Geschehnissen, zumal der eigentlich lebenswichtigen. Aus der Kontinuität seines Werdens wird die erlebte Einheit, und nun entsteht das Identifikationsbestreben: wie im Nacheinander, so auch im Miteinander sucht das Ich sich zu gewinnen.

Die Existenz als Glied eines Stammes und Teil einer Umwelt tritt nun in Gegensatz zu Erfahrungen über eigene Initiative und körperliche Affektionen. Der Mensch fühlt sich in Handeln und Leiden als Person; damit sind auch Anreiz und Möglichkeit gegeben, die heiligen Satzungen der Stammesgemeinschaft auf ihren Wert zu prüfen und die anthropomorphen Spiegelungen bei der Naturbetrachtung zu durchschauen. Die Normen gehen der Profanierung nach Maßgabe von gedeihlichem Zusammenleben und größtmöglicher Freiheit der Einzelnen entgegen; mit Gelingen exakter Definitionen und experimenteller Analyse wird im Bereich des Natürlichen Übersicht über den Stoff und Beherrschung des Geschehens befördert. So räumen erwachende Individualität und fortschreitende Zivilisation unter Bindungen und Vorurteilen auf: das Ich stellt sich auf sich selbst, und die Welt hört auf, beseelt zu sein. In seiner Front zum Physischen hin hat dieser Prozeß etwas Kulturfeindliches: viele wertvolle Instinkte werden zurückgedrängt, ihren Regungen nicht mehr getraut; die Gefühle aber, in denen die poetischen Naturreligionen wurzelten, ihrer Anhaltspunkte beraubt. Alles wird zum Mittel der Zweckverwirklichung! Anders steht es mit der Revision der Überlieferungen: hier erhebt sich das Leben von bloßer Naturhaftigkeit zu einer Orientierung an Ideen; diese treten in das Bewußtsein mit verpflichtender Kraft, während vordem eine kritiklose Einordnung des Einzelnen in das gesellschaft-

liche Ganze bestand. Aus Bräuchen werden Gebote, sozialer und schließlich individueller Art.

Mit der Herausbildung der Individualeseele, die sich von der Traditionsseele löst, in Bild und Namen sich erkennt und behauptet, ist auch der Bereich des Übersinnlichen erschlossen. Die Welt, zuerst symbolisch angeschaut und kultisch behandelt, sondert sich in Stoff und Geist. Die Differenzierung immer klarer zu vollziehen, sind Erfahrung und Besinnung wechselweise tätig. Immer wieder jedoch unterlaufen Störungen: durch Zurückfallen auf frühere Stufen. Die Betrachtung ist an dem Punkte angelangt, wo vom Aberglauben zu sprechen ist.

Es ist nicht richtig, in diesem retardierenden Moment bloß die Beziehungen zur Welt des Primitiven zu sehen: dort sind die betreffenden Auffassungs- und Verhaltensweisen biologisch gerechtfertigt, innerhalb der Zivilisation nicht mehr; im übrigen ergibt sich mit dem Vorhandensein einer geistigen Welt eine Spannung innerhalb der persönlichen Existenz, welche der Naturmensch gar nicht kennt. Der Aberglaube ist ebensowohl dadurch gekennzeichnet, daß er das Individuum von dem errungenen Kulturgut, gipfelnd in der Religion, ausschließt, als daß er es auf einem überwundenen Standpunkt beharren läßt: er enthält einen Konflikt.

Welche Rolle auch bei ihrer Genese die elementaren Regungen gespielt haben mögen: einmal vollendet tragen die kollektiven Geistesschöpfungen ihren Sinngehalt in sich selbst. Ebendarum lassen abgeschlossene Religionsbildungen keinen Vergleich hinsichtlich ihres Ranges zu: nur insoweit die Einheitlichkeit noch nicht erreicht ist, kann hiervon die Rede sein. Nicht anders ist es bei der Bewertung von Individuen, wo die Geschlossenheit der Persönlichkeit oberstes Kriterium ist. Entscheidend bei solchen Beurteilungen bleibt, ob Triebkräfte, deren Überwindung zum Zwecke der Eingliederung gefordert ist, Ort und Verwendung bereits gefunden haben oder nicht. Der Aberglaube stellt das Herausfallen aus einer Ordnung dar.

Wie im unreflektierten Beginn der menschlichen Orientierung ist dem Aberglauben alles ausdruckschaft: die Gegebenheiten haben ihre Innerlichkeit und tun etwas kund. Der Geist des Menschen hat sich noch nicht aus den Erscheinungen herausgefunden: die Dinge sollen an sich sein, was immer das Denken, zuvorderst die bloße Analogie, aus ihnen macht. Diese Auffassungs- und Verhaltensweise stellt sich dem reifen Bewußtsein zunächst so dar, als ließe sie den Zufall walten und die Willkür gelten; der Übergang zu immanenter Betrachtung erweist indessen weitestgehende Unfreiheit: die Zeichen, von denen die Entschließung abhängig gemacht wird, die Formen, in welchen sich das Tun vollzieht, sind festgelegt, als eine Art von Kanzleistil und Hofzeremoniell zu Verständigung

und Umgang mit Geistern; außerdem wird ja das Gesetz des Handelns ihnen überlassen, nur Wunsch und Furcht als eigene Zuständigkeit gewahrt. Durchgängig heißt es, den dunklen Gewalten gefügig zu sein, es ihnen recht zu machen, will man sich in seiner Existenz behaupten und seine Zwecke fördern. Dennoch die Verurteilung des Aberglaubens — zumal in weniger aufgeklärten Zeiten — und zwar letzten Endes immer wegen der darin erblickten Opposition gegen die Ordnung: nicht so sehr in ihrer Erscheinung als Naturgesetzlichkeit, sondern in ihrer höheren Gestalt als Sinn der menschlichen Gemeinschaft!

Aber wie ist es denn in der Religion: wird nicht das höchste Wesen mit persönlichen Attributen ausgestattet, gilt nicht seine Offenbarung in wunderbaren Erscheinungen und Geschehnissen, und glaubt der Fromme nicht an die Wirkung von Gebet und guten Werken? Was die Veranschaulichung des Verhältnisses zum Über-sinnlichen angeht, so läßt sich gewiß kein wesentlicher Unterschied zwischen Religion und Aberglauben entdecken. Das Trennende liegt wo anders, in der Art der Zuwendung nämlich. Frömmigkeit ist gläubige Vorwegnahme einer Macht, die den Inbegriff menschlicher Wertungen in sich verwirklicht; im Aberglauben fehlt die innerlich begründete Gesamtauffassung des Daseins. Gebet und Wunder sind nichts weiter als Erlebnis und Bestätigung des Glaubens: Sorgen und Wünsche bleiben göttlichem Ratschluß und Walten anheimgegeben; die kirchlichen Lehren und Bräuche vereinigen sich in dem Ziel, eine religiöse Überzeugung zu festigen, wobei es dann dem Einzelnen überlassen bleibt, ob ihm das Vertrauen in eine Art von väterlicher Fürsorge oder die Gewißheit richtigen Handelns und Wirkens wichtiger ist. Das Abhängigkeitsgefühl im Bereich der letzten Daseinsfragen ist hier grundlegend; ebendies aber findet sich beim Aberglauben nicht. Der Schwerpunkt der Existenz liegt ihm nicht in der geistigen, sondern in der sinnlichen Welt. Die individuelle Emanzipation ist zwar schon erfolgt, ohne daß aber in den axiologischen Gebilden höherer Kultur erneut Halt und Richtung gefunden wurde. So fühlt sich der Abergläubische als Einzelmensch, ohne doch die Sympathie mit den Inhalten eines kosmisch erweiterten und genealogisch hergeleiteten Bewußtseins verloren zu haben. Es geht ein Riß durch sein Inneres: solange sein Selbst nicht weiter berührt wird, teilt er mit seiner Umgebung Wissen und Gesinnung; sowie aber Begehrlichkeit oder Furcht geweckt werden, tritt die im Grunde bestehende Unverbundenheit hervor. Im Gegensatz zur religiösen Haltung wird den geheimen Mächten keinerlei Verehrung entgegengebracht, wenigstens keine aufrichtige, sittlich begründete: sie sind Elementargeister, denen es was abzulisten gilt, die man gar zwingen zu können hofft! In sozialer Hinsicht ist die Selbstsüchtigkeit kennzeichnend: es

sind Sonderzwecke, welche erreicht werden sollen, vielfach auf Kosten, stets unter Fernhaltung der anderen. Es ist in diesem Sinne typisch, wie Maßnahmen, auf welche jeder kommen könnte, als unwirksam angesehen werden, daß schon die Stunden des gewohnten Tagewerks außer Betracht bleiben, auch der Ort einer Beschwörung abseits liegen muß, wenn das Vertrauen zu den besonderen Anweisungen in dem Maße wächst, als sie aus alten Zeiten und von weither stammen, zu Mittlern solche Personen haben, die entweder, längst tot, aus vergilbten Folianten reden oder als verwitterte Wesen in winkligen Hütten dem Kreise des geselligen Lebens bereits entrückt sind, bei alledem aber das Gelingen an Heimlichkeit und Stillschweigen geknüpft ist. Wahrnehmung und Gemeinschaft erfahren im Aberglauben Einengung und Verfälschung.

Finden sich entsprechende Züge auch in der Mythologie, so ist stets gegenwärtig zu halten, daß hier die priesterliche Organisation den sozialen Forderungen Rechnung trägt, vor allem auch die Charakteristik der Götter und höheren Wesen mehr oder weniger Ansätze ethischer Besinnung in sich schließt. Vorstufen der Religion haben nichts mit superstitiellen Verhaltensweisen zu tun! Was die einzelnen Formen des Aberglaubens angeht, so sind sie ja bekannt genug, so daß es für diese Vorerinnerung bei dem Hinweis auf die zugrundeliegende persönliche Haltung sein Bewenden haben kann.

Vollends für die Anwendung auf die Beobachtungen an der Pat. kommt es nur darauf an. Es gibt ja Naturen, die das Äußerliche an den Geheimlehren anzieht, schon weil es Abhebung von der Menge mit sich führt; auf den Halt in der Gemeinschaft können sie aber doch nicht verzichten: man findet sie in spiritistischen Zirkeln. Das trifft für die Pat. nicht zu. Was sie an Superstitiellem an sich hat, knüpft nur in ganz unbedeutendem Maße an landläufige Vorstellungen an und führt auch nicht zu Anschluß. Entscheidend ist die innere Situation, in der sie sich befindet: das Hängenbleiben am Gewesenen und die Abneigung vor dem Neuen. Diese Seelenverfassung war ihr schon immer eigen, sie trat am deutlichsten zutage, als mit Verlassen der Heimat und Begründung eines Hausstandes das Leben ihr eine Aufgabe stellte. Sie suchte sie so zu lösen, daß sie einfach ihr altes Milieu als Modell nahm, die neuen Verhältnisse danach umzuformen. Während die Wohnung alsbald in der wunderlichsten Weise verkam, blieb der Ehemann vorerst noch außer Betracht; erst als das Treiben der Pat. bei ihm auf Widerstand stieß, und ihre Klettenhaftigkeit zu Unzuträglichkeiten führte, sah sie ihn sich genauer an. In ihr aufgerütteltes Bewußtsein trat nun das Bild des ständig sie bedrückenden und bloßstellenden Wesens, mit dem sie es da zu tun bekommen hatte. Das Zurückdenken an die Heimat war durch die Rechenoperationen abgelöst

worden, worin das Alte zum Maßstab des Neuen gemacht wurde. Dem Manne gegenüber war sie nun ebenso ratlos, wie sie es im Beginn der Ehe durch die Verpflanzung als solche gewesen war; aber nicht lange dauerte es, da hatte sich bei ihr als Gegenstück zu den superstitiellen Stereotypen, eine Virtuosität im Gebrauch gewisser Begriffe und Redensarten herausgebildet, in denen sich fortan ihre Auffassung und Behandlung der neuen Gegebenheiten vollzog. Die Spontaneität ihres Wesens ging nach wie vor von den angestammten Verhältnissen aus; sie erlahmte unter zunehmender Verwickeltheit der Vorbereitungen ihres Handelns, sie wurde aber auch beiseite geschoben und zurückgehalten durch die immer häufiger und gewichtiger hervortretende Reaktivität, für welche die auf ihrer gegenwärtigen Lebensbasis akquirierten Auffassungs- und Ausdrucksformen maßgeblich waren. So sah man die Kranke auf der einen Seite relativ gut orientiert, auf der anderen von den größten Verschrobenheiten beherrscht: beides ging nur dann eine Verbindung miteinander ein, wenn jemand Aufklärung wünschte, es nun hieß, entweder sich hinter die Autorität zu verschanzen oder der Sache ein rationales Mäntelchen umzuhängen. Eigentlich Wahnhaftes trat nur bei den Zusammenstößen mit der Wirklichkeit zutage und nahm sie nicht über die Dauer des jeweiligen Anlasses hinaus gefangen: mit dem Herzen war sie nicht dabei, sondern innerhalb der früheren Vergegenständlichungen ihrer selbst; sie lebte richtig nur in der Folgsamkeit den bedeutungsvollen Daten gegenüber und der Gebundenheit an die dem Andenken geweihten Räumlichkeiten und Gegenstände.

Es ist schlechthin so, daß ein Bruch durch die persönliche Existenz geht, wo neben der rationalen Welt an ein numinoses Walten geglaubt wird. Die Religion entzieht ihren Dienst profanem Tun und Umgang. In der Superstition werden darüber hinaus auch die geltenden Anschauungen gescheut: nicht bloß daß innerhalb alltäglicher Verrichtungen dafür keine geeignete Stätte ist, verträgt sie sich nicht mit dem Sinn der herrschenden Kultur. Indessen: Glaube und Aberglaube sind kollektive Gebilde, keine individuelle Hervorbringung. Bei einer geistigen Verrückung aber, wie bei der Pat., wird der Umkreis des Einzelerlebnisses nicht überschritten. Es findet sich keine Symbolik, worin allgemein Menschliches sinnenfällig würde; die Ideen, worin sich die Beziehungen zur Außenwelt vereinigen, sind Entstellungen oder Umkehrungen. Nicht darin, daß sie in ihrer Eigensphäre verharret, liegt der Grund, wenn ihr geistiger Besitz ohne alle repräsentative und reale Bedeutung ist: produktive Naturen gehen auch nicht vom Vorhandenen und Geltenden aus, wohl aber vom Menschlich-Wesentlichen, welches in ihnen zur Offenbarung gelangt. Die Kranke hat eine Lebensgeschichte, die nur ein Gemisch zufälliger Eindrücke ist, ohne



andere Auswahl und Verarbeitung, als schließlich das Gesetz der Psychose sie vornimmt. Wohl gehen die Inhalte auf die Berührung mit dem materiellen Sein und die Durchdringung mit den konventionellen Formen zurück — ihre Herkunft ist sogar deutlicher zu erkennen, als bei vielen Gesunden, zumal bei Künstlern, wo der Zusammenhang zwischen Erlebnis und Werk nie ganz zu erhellen ist — dennoch fällt die Kranke aus der gemeinsamen Wirklichkeit heraus: weil bei aller Banalität der Erscheinungen die psychischen Funktionen alteriert sind! Der Stoff des bewußten Lebens, sonst, am meisten bei schöpferischer Begabung, in steter Umgestaltung des persönlichen Werdens, ist hier bloße Schlacke, hemmend und störend für Entwicklung und Anpassung. Was die Pat. an Denkvorgängen aufzuweisen hat, bleibt, soweit es sich dabei um Gesamtorientierung handelt, noch hinter der abergläubischen Gesinnung beim Volke zurück; hinsichtlich der rationalen Bestandteile, welche hierbei in ihre Vorstellungsbewegung eingehen, besteht überhaupt keine Vergleichsmöglichkeit mit den logischen Strukturen, aus denen sie sich ergeben, da sie nicht auf eigenem Grund erwachsen, sondern mimetisch angeeignet sind, zum Teil sogar ohne völliges Aufhören des Bezogenseins auf den Urheber.

Man sieht also, wie bei der superstitiellen Ausdrucksform der Psychose wohl eine Diskrepanz besteht zwischen Teilhaben an einer geistigen Welt und Sicheinigfühlen mit einem Bereich, wo Erscheinung und Bedeutung noch ohne klare und dauernde Scheidung ineinanderfließen, das eigene Sein im Bekannten und Erprobten ruht; aber es ist auch deutlich, wie dort, wo nun das eigentliche Dasein gefunden wird, weder die kollektiven Gebilde Bereicherung gewähren, noch auch eine innere Regsamkeit, wie bei der produktiven Phantasie, in organischer Einheit von Denken und Anschauen selbst ein Bild der vom Geist noch nicht zersetzten Natur hervorbringt.

Die Erörterung der pathogenetischen und pathoplastischen Bedeutung äußerer Momente für Erscheinung und Verlauf des Leidens mag hier abschließen<sup>4)</sup>. Daß eine andere Gesetzlichkeit das Geschehen beherrscht, als sie der normale Mensch innerhalb seines Kulturkreises erkennen läßt, ist wohl deutlich. Eine innere Veränderung, die im Grunde nur physisch zu interpretieren ist, hebt den Kranken aus der Gleichförmigkeit und Gemeinsamkeit heraus. Er versinkt in andersartigen Gegebenheiten, die bei synthetischer Kraft oder auch chronischem Verlauf (wie bei der Pat.) nicht chaotisch sein müssen, freilich meist die Welt des Gesunden nicht wieder betreten lassen. Indem so der im engeren Sinne

<sup>4)</sup> *Birnbaum: Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. Berlin 1923.*

medizinische Standpunkt wieder erreicht ist, mögen, wegen der Berührungspunkte und Überschneidungen mit angrenzenden Krankheitsformen, einige differential-diagnostische Erwägungen angefügt werden.

Die Unvermitteltheit, mit welcher bei der Pat. oft die verschiedenen Bewußtseinszustände aufeinander folgten, zuweilen auch mit völligem Aufgehen in der Situation oder Beherrschtheit von einem Gesprächsgegenstand, der bunte Wechsel aller Regungen in Fühlen, Wollen und Denken hatten oft etwas von einem labilen Persönlichkeitsbewußtsein (im Sinne von Bonhoeffer)<sup>5)</sup>. Soweit dieser Begriff hindeutet auf die Typen, welche auf Grund ihrer besonderen Veranlagung in jede Konstellation, wenn sie nur gesteigertes Erlebnis verspricht, wie in einen Strudel hineingezogen werden, ohne alle Bedenken, auch wohl, bei Phantasiebegabung, den wunderlichsten Einfällen preisgegeben sind, worin letztlich immer, unter Schwinden der Selbstkritik, das Ich Vorteile und Erhöhung erlangt, war keine Verwechslungsgefahr gegeben. Die hier angedeutete Seelenverfassung ermöglicht, wie locker auch das Band sein mag, was mit der Realität, zumal der sozialen Umwelt, verknüpft, doch eine lebendige Verarbeitung der Reize, während Pat. eigentlich immer nur auf ihr Stichwort wartete. Nicht in die Nähe der degenerativen Veranlagung, sondern in die gewisser Defektzustände mag das Krankheitsbild gerückt werden. Auch hier ist aber zu bemerken, daß die Sejunktionsbereitschaft, welche den Übergang vermittelt, doch nur ein Zeichen sehr allgemeiner Art ist. Worauf es zur genaueren Beurteilung hier ankommt: die spezifischen Sinnbezüge einer schizophrenen Entartung, das wurde durch die aktuellen Verschiebungen im psychischen Gefüge nicht berührt, sondern stellte sich der fortlaufenden Beobachtung immer wieder dar.

Wo Pat. ohne besondere Beeindrückung und Beeinflussung war, trat vollends ihre Eigenprägung deutlich genug hervor. An Stelle von Haltlosigkeit und Zerfall war hier sogar die Gleichförmigkeit so groß, daß sie an zwangsneurotische Erscheinungen denken ließ<sup>6)</sup>. Nun erwachsen die anankastischen Symptome auf

<sup>5)</sup> *Bonhoeffer*: Über den pathologischen Einfall. Deutsche mediz. Wochenschrift. 1904. Nr. 39. Klinische Beiträge zur Lehre von den Degenerationspsychosen. Halle 1907. Wieweit kommen psychogene Krankheitszustände vor, die nicht der Hysterie zuzurechnen sind? Allgemeine Zeitschrift f. Psych. 68. 1911. S. 371.

*E. Reiß*: Über formale Persönlichkeitswandlung als Folge veränderter Milieubedingungen. Zeitschrift f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 70, S. 55.

<sup>6)</sup> *W. Griesinger*: Über einen wenig bekannten psychopathischen Zustand. Arch. f. Psych. Bd. 1. 1868—69. S. 626.

*L. Snell*: Über eine besondere Art von Zwangs-Vorstellungen mit ent-  
Zeitschrift für Psychiatrie. C.

mancherlei Boden; isolierte Betrachtung führt daher zu keiner Entscheidung.

Bei Vorwiegen der neurotischen Komponente weist alles auf das psychische Trauma hin, dessen oft unbewußte, jedenfalls der zentralen Initiative entzogene Rückwirkung, als Abwehr oder Ausgleich, im Zwangsvorgang zur Darstellung kommt<sup>7)</sup>. Es gehört zum Wesen der Erscheinung, daß zwar nicht immer Fremdheitsgefühl den betreffenden Gedanken und Handlungen gegenüber, wohl aber Kritik für ihre Unangemessenheit und Unzweckmäßigkeit vom Standpunkt des eigentlichen Wollens und der tatsächlichen Verhältnisse aus besteht. Man müßte nun schon vom Kriterium des primären Erlebnisses und der aktuellen Einsicht abgehen, wollte man die Beobachtungen an der Pat. hier unterbringen: wie sehr auch die superstitiellen Maßnahmen in der Vergangenheit wurzeln, so fehlen ihnen doch alle individuellen Bezüge; was weiter die Selbstwahrnehmung angeht, so ist das Ich zu wenig ausgebildet, um Kontraste des persönlichen Lebens deutlicher zu fühlen oder gar urteilend dazu Stellung zu nehmen.

Eher mögen noch Vergleichspunkte hinsichtlich der anderen Hauptgruppe der Zwangskranken, den konstitutionell Depressiven, bestehen, wo sich die Störung nicht von einem zeitlich umgrenzten Erlebnis herleitet, sondern der Ausdruck davon ist, wie überhaupt auf das Leben reagiert wird<sup>8)</sup>. Die neurotischen Formen des Zwangshaften lassen den Einfluß der äußeren Umstände in den Vordergrund treten, die dysthymischen den des inneren Werdens. Daß Veranlagung und Erfahrung sich vereinigen, Form und Inhalt des Leidens abzugeben, also eine neurotische Verarbeitung eines Geschehnisses ebenso in einer bestimmten Anlage (der psychopathischen) wurzelt, wie andererseits eine endogene Verstimmung für Erleben und Ausdruck auf die erfahrenen Schicksale und das erworbene Wissen zurückgreifen läßt: näher braucht das nicht ausgeführt zu werden! Es ist im wesentlichen so, daß bei den Psychopathen im Gegensatz zu den konstitutionellen Verstimmungen nicht die Kräfte des Gemütes, dessen Entwicklung und Durchbildung, das Geschehen beherrschen, sondern die Dynamik der einzelnen, bereits vorhandenen Vergegenständlichungen der Persönlichkeit: so fallen denn auch die Zwangsvorgänge bei dem einen emotionell,

sprechenden Bewegungen und Handlungen bei Geisteskranken. Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 80. 1874. S. 641.

C. Westphal: Über Zwangsvorstellungen. Arch. f. Psych. Bd. 8. 1878. S. 734. Kurt Schneider: Zwangszustände und Schizophrenie. Arch. f. Psych. Bd. 74, 1925, S. 93.

<sup>7)</sup> Breuer und Freud: Studien über Hysterie, Leipzig u. Wien 1895. E. Straus: Geschehnis und Erlebnis, Berlin 1930.

<sup>8)</sup> Bonhoeffer: Über die Beziehung der Zwangsvorstellungen zum Manisch-Depressiven. Monatsschrift f. Psych. Bd. 33. 1913. S. 354.

bei dem anderen intellektuell aus dem Selbst heraus. In diesem Sinne ist es das unterscheidende Merkmal solcher Depressionszustände: wie die Veränderung als solche den persönlichen Bereich zu gefährden scheint, wobei es übrigens nicht wesentlich ist, ob die eben geschene oder unmittelbar bevorstehende die anankastischen Symptome bedingt, also die mannigfaltigen Äußerungen des Aufschieben- oder des Nachsehenmüssens mehr im Vordergrund stehen: kein Einmaliges aus der Vergangenheit, dessen Unerledigkeit in ängstlich wiederholter Formel mahnt, sondern die Scheu vor den auf Entfaltung drängenden Seiten des inneren Seins, im einzelnen die eigne Bedenklichkeit, die Sorge um andere, die Gewissensnot, sind hier die Konstituentien des Zwangshaften. Alle jeweiligen Anknüpfungen sind irrelevant, nicht anders als die lebensgeschichtlichen Bezüge. Steigert sich die Erregung, wird sie zur eigentlichen Gemütskrankheit, so treten die Zwangsvorgänge in Denken und Handeln vollends hinter den elementareren Phänomenen, von Hemmung und Angst, zurück, wie überhaupt bei schweren Depressionen oft die somatischen Erscheinungen gegenüber den psychischen das Bild beherrschen.

Wo sind nun die Berührungen mit dem in Rede stehenden Fall? das Temperament hatte eher etwas von kindlicher Heiterkeit; manisch-depressive Phasen hat sie schon gar nicht durchzumachen gehabt. Überhaupt ist bei ihr die Gemütsverfassung nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Wieder ist es das abergläubische Verhalten, welches Vermittlungen schafft. Es sei an das Tagewählen und das Achten auf Wahrzeichen erinnert. Das haben auch die Konstitutionell-Depressiven vielfach so an sich, vor allem die weniger ausgereiften, der Psychopathie nahestehenden Typen. Es ist ja kennzeichnend für ein unentwickeltes Bewußtsein, daß es in allem Ungewohnten ohne weiteres eine Gefährdung erblickt und bei jeder Entscheidung die Verantwortung abzuschieben sucht. Nicht um die superstitiellen Erscheinungen im engeren Sinne handelt es sich hierbei: dort erweitern sich die Voraussetzungen des Verhaltens zu einem Gegensatz ganzer Kulturen, gegenüber der herrschenden wird auf die überwundene in einer ausgebauten Dämonologie und Magie zurückgegriffen. Die jetzt zur Erörterung stehende Verhaltensweise ist unberührt von historischer Realität: sie gehört einfach zu den Unzulänglichkeiten der individuellen Seelenverfassung. Wohl aber bestehen hier Beziehungen zur Geistesstruktur der Primitiven, wo ja das Selbst von den Erscheinungen und Bewegungen innerhalb seiner Umwelt betroffen wird, als gelte es jedesmal die eigene Existenz. Solche Menschen nun möchten von allem die Bedeutung wissen und immer auf dem Laufenden sein, sie streben nach unverrückbarem Sein und ewiger Dauer, lieben in ihrer Beunruhigung

Katalog und Termin. Nicht das Gefühl, mit dem Leben nicht Schritt halten zu können, den Entwicklungen, die es fordert, nicht gewachsen zu sein, wie es bei sonst guter Veranlagung zur Qual werden kann, sondern einfach eine habituelle Unselbständigkeit ist das Charakteristische: das Dasein von sich aus mit Sinn zu erfüllen, den Zufall durch eigenes Handeln auszuschalten, gelingt auf dieser Stufe seelischer Differenzierung noch nicht. Solchen Naturen mag denn immerhin die Pat., was gewisse Voraussetzungen ihres anankastischen Verhaltens angeht, an die Seite gestellt werden<sup>9)</sup>.

Vielleicht darf man noch weitergehen und nicht nur gewisse Verbindungsfäden sehen zu der Geistesstruktur der Naturvölker und den individuellen Voraussetzungen des Volksaberglaubens, sondern gradezu die Annahme eines angeborenen Schwachsinn begründet finden: die Pat. bleibt doch wirklich weit unterhalb des durchschnittlichen Niveaus<sup>10)</sup>! Es mochte ihr hingehen, daß das Rechnen bei ihr nicht weit her war, eine Unterhaltung über Hausfrauenangelegenheiten und vollends über Vorgänge des öffentlichen Lebens eine recht befremdliche Unkenntnis ergab: das war alles nicht so überzeugend wie die Tatsache, daß alle ursprünglichen Regungen sozialer Art fehlen, diese integrierenden Momente wirklicher Vollsinigkeit vielmehr erst von außen: als Erfahrungen an anderen, bei ihr Eingang finden. Wohl führte sie große Worte im Munde, aber das ging ihr nicht von Herzen: von der Umgebung war es übernommen und dahin ging es auch wieder zurück, aber zu nichts sonst, als Vehikel superstitieller Regungen und egoistischer Zwecke zu sein! Nicht bloß die lebendige Beziehung zu den ideellen Wesenheiten, sondern auch die wahrhaftige sympathetische Verbindung fehlen ihr. Es wäre sehr verkehrt, für ihr Verhältnis zu Heimat, Eltern und Ehemann Begriffe, etwa wie: Bodenständigkeit, Pietät, Treue, in Anspruch zu nehmen: das ist ein toter Besitz bei ihr, eine bloße Sache, die nur für den Eigentümer da ist, noch nicht einmal rechte Verwendung findet. Die sonstige Umwelt, die noch nicht dieser Art von Einverleibung verfallen ist, wird peinlichst abgesondert, nur damit die Eigensphäre keine Störung erfährt: das ist ja doch der Sinn ihres Zeremoniells hinsichtlich der Berührungen, am Ende wohl auch des Weghörens, wenn es sich

<sup>9)</sup> *A. Storch*: Die Welt der beginnenden Schizophrenie und die archaische Welt. Ein existential-analytischer Versuch. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 127, S. 799.

<sup>10)</sup> *Tiling*: Über angeborene moralische Degeneration oder Perversität des Charakters. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 52. 1896.

*Neißer*: Paranoia und Schwachsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 53. 1897.

*Bleuler*: Verhältnisblödsinn. Allgem. Zeitschr. f. Psych. 71. 1914.

*Neustadt*: Die Psychosen der Schwachsinnigen. Berlin 1928, bei Karger.

um etwas handelt, was ihr nicht geläufig ist. Die Selbstgenügsamkeit soll nicht in Gefahr kommen; besonders, was von fremden Menschen angefaßt oder gebraucht worden ist, gilt als unheilbringend; später standen die persönlichen Bezüge ganz im Mittelpunkt, so daß dingliche Vermittlungen keine Rolle mehr spielten: es war die Zeit der vollständigen Isolierung!

Wie beim Schwachsinn ist auch bei der Pat. der Kreis ihres Wesens eng gezogen; was dagegen die geistigen Relationen angeht, an sich, ohne auf deren Verknüpfung mit dem eigentlichen Persönlichkeitsbereich zu sehen, so ist es klar, daß von etwas Oligophrenem da nicht gesprochen werden kann. Indessen: man kennt die Debilen mit der sinnlosen Gedächtnisbegabung, weiter die Virtuosen einer äußerlichen Anpassung bei völligem Defekt der moralischen Regulationen, z. T. auch mit perverser Triebleben, die Vertreter der sogenannten *moral insanity*: auch das sind Typen, welche im Grunde ganz anders strukturiert sind, wenn auch in den Elementen Gemeinsamkeiten vorhanden sein mögen. Das für die Pat. Kennzeichnende ist ja doch, daß nur zu einem minimalen Teil die seelischen Gegebenheiten innerhalb der eigenen Person erlebt werden, vielmehr in der Hauptsache von anderen zur Kenntnis genommen, vor allem aber: diesen auch wieder, und zwar mit allerlei Entstellungen bis zur Verkehrung ins Gegenteil wieder angehängt werden! Das hat mit Schwachsinn nichts zu tun, sondern das ist ein Kardinalsymptom der schizophrenen Persönlichkeitsentartung. Eine Zeitlang schien die Sache über diese, einen bloßen Defektzustand ausmachende Besonderheit der Umweltbeziehungen ein paranoisches Ansehen<sup>11)</sup> zu bekommen, als nämlich ihrer im Grunde schwachen Integrationsstendenz durch die juristische Interessenvertretung aufgeholfen wurde: ohne solche Belebung und Stützung wäre es bei ihr bei den, auch bloß in Ansätzen vorhandenen, gedanklichen Verknüpfungen geblieben, an

<sup>11)</sup> *Wilhelm Sander*: Über eine spezielle Form der primären Verrücktheit. *Archiv f. Psych.* I, 1868—69, S. 387.

*Hagen*: Studien auf dem Gebiet der ärztlichen Seelenkunde. 1870. Darin der zweite Aufsatz: Über fixe Ideen.

*Wernicke*: Über fixe Ideen. *Deutsche mediz. Wochenschr.* 1892 Nr. 25.

*Hitzig*: Über den Querulantenwahnsinn. Leipzig 1895.

*Specht*: Chronische Manie und Paranoia. *Zbl. f. Nervenheilk.* 31, 1908.

*Maier*: Über katathyme Wahnbildung und Paranoia. *Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur.* Bd. 13, S. 555. 1912.

*Oetli*: Das Gemeinschaftserlebnis der Schizophrenen. *Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur.* Bd. 78. 1922. S. 479.

*Pohlisch*: Der hyperkinetische Symptomenkomplex und seine nosologische Stellung. Berlin 1925, bei Karger.

*Hauptmann*: Die subkortikale »Handlung«. *Journal f. Psychol. u. Neur.*, Bd. 37, 1929, S. 86.

Stelle praktischer Konsequenzen. Die Entwicklung war bei ihr so, daß die Empfindlichkeit für innere Widersprüche in dem Maße wuchs, als ihr der Tatsachensinn, das Augenmaß für die Verhältnisse, abhanden kam. Diese Sensitivität machte sich alsbald in entsprechenden Unlustgefühlen geltend, führte aber in der systematisierenden Reaktion darauf nicht über das superstisielle Zahlensystem und die Argumentationen, die sie vom Ehemann lernte, hinaus. Daß später der Boden der Tatsachen beschritten wurde, in der Prozeßführung, sogar noch Staub aufgewirbelt wurde: dazu hätten weder Initiative, noch Außenweltinteresse ausgereicht, wenn sie da sich selbst überlassen geblieben wäre.

Immerhin erweist das Persönlichkeitsgefüge bei der Pat. eine größere Assimilationsfähigkeit als bei den akut verlaufenden Formen von Schizophrenie, mit rapidem Zerfall. Expansive Züge fehlen freilich ganz; aber es war doch so, daß die vorhandene Prägung sich gegenüber einmal eingedrungenen Bestandteilen nicht nur zu behaupten, sondern sie sich auch anzugliedern suchte. Die einzelnen Komplexe verharren, wenigstens in der ersten, aber doch über Jahre sich erstreckenden Krankheitsperiode, nicht in ihrer Isolierung, sondern streben nach Kontakt, lassen eine Spannung entstehen, die auf Lösung drängt, wenn auch die höhere Synthese nur höchst unvollkommen gelingt, in entscheidenden Punkten ausbleibt. Es seien noch einmal genannt: der Konflikt zwischen ihren Gewohnheiten aus dem Elternhause und der »Junggesellenpedanterie«, zwischen der ihr autoritativ zuerkannnten Leibesfülle und der »Abneigung gegen eine dicke Frau«, zwischen dem Wunschbild des verführerischen Veters und dem »typischen impotenten Gelehrten«, zwischen glücklicher und behüteter Kindheit und der »harten Schule« des Lebens, zwischen Sehnsucht nach der alten Heimat und dem drohenden »Verschwindenlassen«. Alles das reicht ja an die Wirklichkeit kaum heran, es ist bloße Vergangenheit, insofern früheres Erleben Vergegenständlichung und Ausdruck geschaffen hat, für eine seelische Situation, welche im Grunde hoffnungslos ist: fand sich auch der eine oder andere, der sich der Kranken, so wie sie war, annahm, sie selbst kam darum doch nicht aus ihrem imaginären Bezirk heraus! Die Eigenart des Paranoikers, mit der inneren Zwiespältigkeit, die auch hier Ausgangspunkt der Verwicklungen ist, den Boden der äußeren Gegebenheiten zu betreten, um auf diesem Kampfplatz die Sache zum Austrag zu bringen, endlich Frieden mit sich und der Welt zu machen, mit Gewinn von Genußfähigkeit und Gemeinschaft: dafür gibt ein progredientes Krankheitsgeschehen, wie bei der Pat., nicht Raum. Selbst die Wunschregungen, die der echte Paranoiker doch hat, fehlen hier. Gewiß hat der Paranoiker nichts weniger als ein unbefangenes Verhält-

nis zur Wirklichkeit, er haßt sie sogar, mit aller Lebhaftigkeit, aber er möchte sie lieben: wenn sie sich nur erst ihm fügt oder er sich in ihr getrost sehen lassen kann! Neben dem näheren Verhältnis zur Wirklichkeit ist es die Überlegenheit an Stärke und Vielfältigkeit des Gefühlslebens, welches den Paranoiker vom Schizophrenen abhebt. Bei vielen Paranoikern, wohl besonders den begabteren, sieht man, wie sie aus der ganzen Summe ihrer Existenz heraus jeweils Stellung nehmen, sie sich bewußt halten, am meisten die Erlebnisse, in denen Unzulänglichkeit oder Beschämung zuerst und darum auch zutiefst empfunden wurden. Gegenüber solchen, den Schizophrenen nahekommenden Typen, gibt es andere, wo weniger die Rückschau die Quelle der peinlichen Gefühle ist, nicht eine seelische Erschütterung von früher her ausgeglichen werden soll, als daß nach Maßgabe affektiv gesteigerter Ansprüche (aus dem Bereich von Liebe und Ehrgeiz vor allem) die fortlaufenden Eindrücke das Selbstgefühl belasten. Diese neigen zu Mißdeutungen und jähem Aufbegehren, bei jenen kann es eines Tages, wie ein Blitz aus heiterem Himmel, zu den verhängnisvollsten Handlungen kommen (Hauptlehrer Wagner!)<sup>12)</sup>.

Die paranoische Reaktionsweise vollends, wo die Persönlichkeitswandlung ganz zurücktritt hinter aktuellen, durchaus reversiblen Verschiebungen der Außenweltsbeziehungen, erwächst auf dem Grunde des hypomanischen Temperaments und kommt eben wegen dieser Beschaffenheit der gemüthlichen Regungen für die Anwendung auf die vorliegenden Beobachtungen nicht näher in Betracht. Ein Bindeglied wäre höchstens in der zuweilen ja ziemlich kraß hervortretenden Klettenhaftigkeit zu sehen; indessen; wirkliche Anschlußbedürftigkeit war das doch keineswegs. Zum einen Teil handelte es sich um die Mobilisierung einer präformierten Erlebnisweise, wobei vorübergehend freilich ein gradezu überraschender Rapport entstehen konnte, der Partner aber doch alsbald zum an sich bedeutungslosen Träger einer Rolle wurde, und die Erregung ganz an der eigentlich gemeinten Person haftete; in ähnlicher Weise trifft das auch für Situationen in ihrer Gesamtheit zu. Zum anderen Teil handelte es sich nicht um eine solche Denaturierung der Umgebung nach Maßgabe der Erinnerung, sondern um eine Einbeziehung in ihr eignes Körperschema: das gilt allerdings dann im wesentlichen nur für die Art, wie sich das Zusammensein mit dem Ehemann bei ihr auswirkte. Das Nachhinken des Affektes im ersten Falle, wo erst die Reproduktion an-

<sup>12)</sup> R. Gaupp: Zur Psychologie des Massenmordes. Verbrechertypen I, 3. Berlin 1914. Der Fall Wagner. Eine Katamnese, zugleich ein Beitrag zur Lehre von der Paranoia. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 60, S. 312. Die dramatische Dichtung eines Paranoikers über den »Wahn«. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neur. Bd. 69, S. 183.



geregt wurde, dann die entsprechenden Gesten und sonstigen Ausdrucksbewegungen sich einstellten, schließlich das Gefühl erwachte — wie in einem Zauberspiegel aufgefangen — trennt eine solche Kranke ebenso von manischen Naturen, wie die Art der Zugesellschaft und Vereinigung im zweiten Falle, welche den anderen nicht in seinem Eigensein beläßt. Das hat nichts mehr mit der Betätigung des bei allen Gemütskranken so lebendigen sozialen Triebes zu tun; es führt vielmehr in den Bereich der schizophränen Symptomatik hinein, wo nach Überschreiten des allopsychischen Stadiums der Psychose, wo das Krankheitsgeschehen sich noch innerhalb des Außenweltsbewußtseins abspielt, die Somatopsyche im Wechsel mit der Autopsyche zum Schauplatz werden<sup>13)</sup>: es ist das Stadium, wo in ausgeprägten Fällen einerseits vom Abstammungswahn das Bild beherrscht wird, andererseits von körperlichen Beeinträchtigungserlebnissen.

#### Schluß.

Zurzeit ist Pat. wieder in stationärer Behandlung und zwar in einem Privatsanatorium<sup>14)</sup>. Die häuslichen Zustände waren bald wieder unleidlich geworden. Pat. hatte es durchgesetzt, ohne ihren Mann, nur mit dem alten Dienstmädchen in die Wohnung zurückzukehren. Der Mann hielt sich abends bei ihr auf; das Mädchen versuchte zu wirtschaften, erklärte aber bald, in ihrer Heimat gebraucht zu werden, und verschwand. Nun wurde eine Krankenpflegerin genommen, die schon nach wenigen Tagen ihre Bemühungen aufgeben mußte. Es mußte etwas geschehen: der Vormund veranlaßte die Unterbringung. Nur mit List, da eigentlich niemand außer Ehemann und Vormund die Wohnung mehr betreten durfte, konnte ein Nervenarzt eingeführt werden. Pat. hatte den dringenden Wunsch, in die Nervenklinik zurückzukehren, sie begnügte sich dann damit, daß deren Direktor sie an ihrem neuen Aufenthaltsort besuchen sollte, um sie »durch seine Autorität zu beruhigen« und »als vertraute Persönlichkeit ihr das Einleben zu erleichtern«.

Es ist ja nun still geworden um die Pat.; aber es war doch so, daß, als schon längst die Voraussetzungen einer Verwahrung und zwar auf nicht abzuschende Zeit bestanden, der Zustand völlig verkannt wurde, eben weil jeder der beteiligten Laien seinen besonderen Maßstab anlegte: der Ehemann ließ sich von dem Reflex seines Raisonements äffen; den Anwälten machte die gelehrige Übernahme ihres formalen Apparates Eindruck; die konsultierten Gynäkologen und Internisten sahen durch die Brille ihres Spezialfachs<sup>15)</sup>.

<sup>13)</sup> *Wernicke*: Grundzüge einer psychiatrischen Symptomenlehre. Berlin. klin. Wochenschr. 1892. Nr. 23.

*W. Betzendahl*: Persönlichkeitsentwicklung und Wahnbildung. Eine Untersuchung über den Sinn des Erlebens und die Bedeutung des Verhaltens bei den krankhaften Veränderungen des Ich. Berlin 1932, bei Karger. S. 249 u. S. 311.

<sup>14)</sup> Auch das ist mittlerweile überholt: Pat. macht jetzt die Runde durch die Berliner Hotels.

<sup>15)</sup> *Bonhoeffer*: Über die Bedeutung der psychiatrischen Untersuchungs-

Von den Juristen wurde noch ins Treffen geführt: die Psychiater wären sich ja selbst nicht klar über die Sache; sie meinten die Fassung der Auskünfte über die Kranke, welche längere Zeit zurückhaltend war. Die klinische Gepflogenheit, den Verlauf abzuwarten, anstatt nach dem Zustandsbild zu gehen, war hier um so mehr am Platze, als die Symptomatik vielgestaltig, die Progredienz langsam waren. Auch den jeweiligen äußeren Verhältnissen, Milieu und Therapie, war Rechnung zu tragen, um über Exazerbation und Remission ein Urteil zu gewinnen. Was die Wertung solcher Einflüsse angeht, wenigstens bei den chronischen Verlaufsweisen und den Defektzuständen der Schizophrenie, hat sich ja eine Wandlung vollzogen, seit Anstaltsleiter, mit den ihnen gegebenen praktischen Möglichkeiten, vorangegangen sind, an die noch vorhandene Zuwendung anzuknüpfen und die Überbleibsel von Geschicklichkeit zu üben, damit der Kranke vor gänzlichem Versinken und Erlahmen bewahrt bleibt<sup>16)</sup>. Das waren auch die Indikationen bei der Frau X.

Im übrigen mag auf solche Fälle, bei welchen die akuten Symptome ganz hinter Residuärscheinungen<sup>17)</sup> zurücktreten, hingewiesen werden, weil gewisse Kriterien, auf welche man in der Diagnostik der Schizophrenie wohl doch hier und da zuviel gibt: die sogenannte Uneinfühlbarkeit, sodann auch die Denkstörung, hier weitgehend versagen. Die Krankheitszeichen, welche vollends auch dem Laien auffallen: Sinnestäuschungen und ohne weiteres als unmöglich zu erkennende Wahnvorstellungen, waren ja schon gar nicht vorhanden. Wo die Sinnlosigkeit zum Charakteristikum wird, ist freilich eine Irreführung ausgeschlossen. So aber mußte man sich schon den ganzen Bereich der Psychose, nach Werdegang und Umgebung der Kranken, vorstellig machen, um zum Pathognomonischen vorzudringen. Gerade auch das sollte der Fall zeigen: wie die Verfolgung der persönlichen Existenz in alle ihre Bezüge, die räumlichen und die zeitlichen, ein Bild ihrer Entartung da ergibt, wo zunächst nur Schmutz und Verwahrlosung zu erkennen sind, Maske — der Verrücktheit — aber, wo dem flüchtigen Betrachter noch die eigene geistige Welt vorgespiegelt wird.

methodik für die allgemeine ärztliche Ausbildung. Antrittsvorlesung. Berlin. klin. Wochenschr. 49. Jahrg. Nr. 20, 1912.

<sup>16)</sup> *Simon* (Gütersloh): Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt. Erfahrungen und Gedanken eines praktischen Psychiaters zur Psychotherapie der Geisteskrankheiten. Allg. Zeitschr. f. Psych., Bd. 87, S. 97 u. Bd. 90, S. 69, 245, 1929.

<sup>17)</sup> *Bonhoeffer*: Zur klinischen und forensischen Bedeutung gewisser paranoischer Zustände. Zentralbl. f. Neur. u. Psych., Aug.-Heft, 1899.

## Die verwaltungsgerichtliche Rechtsprechung im Beschwerdeverfahren auf Grund des Badischen Irrenfürsorgegesetzes.

Von

Ludwig Holdermann, Verwalter der Psychiatrischen Klinik Freiburg i. Br.

Das Land Baden besitzt sechs staatliche Institute zur Versorgung Geisteskranker und Geistesschwacher, und zwar die Psychiatrisch-neurologische Klinik Heidelberg, die Psychiatrische und Nervenlinik Freiburg i. Br., die Heil- und Pflegeanstalten bei Konstanz, Emmendingen, Illenau und Wiesloch. Diese Asyle besaßen nach einer Veröffentlichung des Bad. Statistischen Landesamts im Jahre 1928 zusammen 4302 Betten; ihre Zahl hat sich in der Zwischenzeit durch Vollendung einiger längst im Rohbau erstellter Krankenhäuser in der jüngsten Heilanstalt bei Konstanz etwas erhöht. — Die älteste badische Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim mit etwa 500 Betten ist 1921 aufgehoben worden.

Außerdem haben wir im Lande neun Kreispflegeanstalten, in denen neben körperlich Gebrechlichen harmlosere Geisteskranke untergebracht sind, und drei karitative Anstalten für Geisteschwache und Epileptiker, die vorwiegend zur Aufnahme von erziehungsfähigen Jugendlichen bestimmt sind, aber auch der Versorgung chronischer Fälle dienen. Die Zahl der in diesen Asylen vorhandenen Plätze für geistig Abnorme kann mit etwa 2000 angenommen werden.

Das Bad. Irrenfürsorgegesetz sieht eine Mitwirkung des Bezirksamts, an dessen Spitze der Landrat steht, in der Weise vor, daß die auf Antrag eines Angehörigen, Fürsorgeverbandes oder einer Krankenkasse erfolgende Aufnahme eines Kranken in der Anstalt »für statthaft zu erklären« oder daß die Aufnahme »anzuordnen« ist, falls die Voraussetzungen dafür gegeben sind, aber ein Aufnahmeantrag nicht gestellt wird. Gegen diese Verfügungen des Landrats steht dem volljährigen geschäftsfähigen Kranken und den zur Stellung des Aufnahmeantrags berechtigten Angehörigen das Recht der Klage an den Verwaltungsgerichtshof zu.

Ferner können die Patienten und ihre Angehörigen nach Ab-

lehnung von Entlassungswünschen durch die Anstalt beim Bezirksamt gegen die weitere Zurückhaltung des Kranken in der Anstalt Einspruch erheben, d. h. die Entlassung verlangen; die Verbescheidung erfolgt nach Anhörung der Anstaltsdirektion. Auch gegen derartige, die Entlassungsanträge ablehnenden Entscheidungen des Landrats hat der vorerwähnte Interessentenkreis das Recht der Klage beim Verwaltungsgerichtshof.

Der Verwaltungsgerichtshof in Karlsruhe ist nur mit Berufsrichtern besetzt, die in der Mehrzahl aus der Laufbahn der Verwaltungsbeamten (Landräte) hervorgehen. In Klagen auf Grund des Irrenfürsorgegesetzes entscheidet er als erste und letzte Instanz; das Verfahren ist durch das Bad. Verwaltungsrechtspflegegesetz vom 14. Juni 1884 geregelt. Die Anstalten und Kliniken des Landes erhalten seit dem Jahre 1911 ungekürzte Fertigungen der Urteile des Gerichtshofs in Irrensachen.

Seit dem Bestehen des Bad. Irrenfürsorgegesetzes vom 25. Juni 1910 — in Kraft getreten am 31. Juli 1910 — hatte sich der Verwaltungsgerichtshof mit zahlreichen Beschwerden und Entlassungsanträgen zu befassen. Mich mit diesen gerichtlichen Entscheidungen eingehender zu beschäftigen, nötigte mich die Herausgabe eines kleinen Kommentars zum Bad. Irrenfürsorgegesetz vor wenigen Jahren<sup>1)</sup>. Jene Arbeit verschaffte mir teilweise schon die Unterlagen zu der vorliegenden Abhandlung. Nach der von dem Gerichtshof veröffentlichten Statistik sind bei ihm in den Jahren 1910 bis einschließlich 1930 in Irrensachen insgesamt 379 Fälle anhängig gemacht und erledigt worden; das sind durchschnittlich 19 Fälle im Jahre. Auf die einzelnen Jahre verteilen sich die Fälle wie folgt:

1910 = 1	1921 = 11
1911 = 16	1922 = 20
1912 = 23	1923 = 20
1913 = 24	1924 = 16
1914 = 17	1925 = 21
1915 = 25	1926 = 31
1916 = 13	1927 = 21
1917 = 16	1928 = 23
1918 = 8	1929 = 23
1919 = 10	1930 = 25
1920 = 15	

Ende 1910 betrug der Krankenstand in den badischen Staatsirrenanstalten (einschl. der Kliniken) 3950; er stieg, Ende 1912 beginnend, auf etwa 4500 im Jahre 1915 und erreichte dort Ende

<sup>1)</sup> Das Bad. Irrenfürsorgegesetz mit Vollzugsverordnung, Macklotsche Druckerei und Verlag, Karlsruhe.

August den höchsten Stand mit 4556. Vom Frühling 1916 ab sank er wieder auf 4015 (Mai 1917), auf 3464 im Oktober 1918, um mit 3158 Ende Dezember 1919 den niedersten Stand der Berichtsperiode zu erreichen. Dann setzte ein kontinuierliches Ansteigen ein auf 3721 Ende 1925; im März 1927 wurden die 4000 wieder überschritten — 4012 —, im November 1930 der neuere Höchststand mit 4340 erreicht; seither bewegt sich die Krankenziffer etwa zwischen 4100 und 4300.

Nehmen wir noch die Krankenbewegung aus einem Kalenderjahr; gewählt wurde 1913, das letzte Jahr vor dem Kriege, da nach dem Kriege die Jahresberichte der bad. Irrenanstalten nicht mehr veröffentlicht wurden. Der Krankenstand betrug zu Beginn des Jahres 4103, die Gesamtaufnahmen 3174, die Zahl der Gesamtverpflegten hiernach 7277.

Stellt man diese wenigen Krankenziffern der Zahl der an den Verwaltungsgerichtshof gelangten Klagen gegenüber, so ist ohne weiteres ersichtlich, daß nur ein verschwindender Teil der Kranken und ihrer Familien von dem Klagerecht Gebrauch macht. Es wird daher auch von einer nennenswerten Arbeitsbelastung der Anstalten durch dieses Beschwerdeverfahren nicht die Rede sein können. Von den 379 Klagen, die in den 20 Jahren an den Gerichtshof gelangten, sind aber wieder nur 167 durch Urteil entschieden worden; die weitaus größere Hälfte erledigte sich im Laufe des Verfahrens durch Zurücknahme, Beruhenlassen, durch inzwischen möglich gewordene Entlassung der Kranken aus der Anstalt. 158 der erhobenen Klagen war der Erfolg versagt, nur neun wurde stattgegeben; auf letztere wird später noch kurz eingegangen werden.

Obwohl die Geschlechter in den Anstalten nahezu gleichmäßig verteilt sind, überwiegt die Zahl der Männer, deren Aufnahme oder Zurückhaltung in der Anstalt angefochten wurde, ganz bedeutend: 152 gegen nur 15 Frauen. 124 männliche Patienten protestierten selbst, in 22 Fällen wurde die Klage von den Angehörigen allein, in sechs Fällen von letzteren und dem Kranken gemeinsam erhoben. Von den 15 Frauen bemühten sich fünf selbst um ihre Freiheit, zehnmal klagten die Angehörigen. Unter den Dauerinsassen finden wir einige hartnäckige Kämpfer, die immer wieder einen Gang wagen; mit einer größeren Anzahl mußte sich der Gerichtshof wiederholt beschäftigen, mit einigen bis zu viermal.

Aus den eigentlichen Irrenanstalten kamen 158 Klagen, sechs aus den Kreispflegeanstalten und drei aus einer Erziehungsanstalt für Geistesschwache. Wie sich die Kläger auf die einzelnen Landesanstalten verteilen, läßt sich nicht genau sagen; denn vielfach werden die Patienten im Laufe des Prozesses aus den sog. Aufnahmeanstalten (Kliniken) in die Übernahmeanstalten verlegt.

Immerhin kann aber konstatiert werden, daß die meisten Klagen — etwa die Hälfte — aus der Anstalt Wiesloch bei Heidelberg kommen, wesentlich mehr, als aus der etwa gleich großen Anstalt Emmendingen im badischen Oberlande. Den Kenner der Verhältnisse wird dies nicht überraschen im Hinblick auf das unterschiedliche Temperament der Alemannen und Pfälzer und darauf, daß die badischen Groß- und Industriestädte Mannheim, Karlsruhe, Pforzheim — auch Heidelberg — zum Versorgungsbezirk der Anstalt Wiesloch gehören; die letzterwähnte Tatsache bringt natürlich für die Anstalt Wiesloch auch eine Häufung krimineller, mehr zum Prozessen neigender Elemente.

Wie bei den verwaltungsgerichtlichen Entscheidungen auf allen Gebieten, bemerkt man auch bei den Urteilen in Irrensachen die außerordentliche Gründlichkeit, mit der der Gerichtshof arbeitet. Er betrachtet den klagenden Patienten durchaus als vollwertige Partei und würdigt alle seine Einwände, selbstverständlich ohne allen Anträgen und Wünschen stattzugeben. Sehr zahlreich finden wir z. B. Anträge der Kranken, sie durch eine andere Anstalt oder außenstehende Ärzte begutachten zu lassen, oder das Anerbieten, durch Laienzeugen ihre geistige Gesundheit zu beweisen. Geht der Gerichtshof vereinzelt auf Zeugeneinvernehmen ein, dann etwa, wenn bestimmte Einzelvorgänge (Trinkexzesse, Familienstreite u. ähnl.) den unmittelbaren Anlaß zur Anstaltsunterbringung gaben, so fand ich doch keinen einzigen Fall, wo ihm das Gutachten der Anstalt, in der der Patient untergebracht war, nicht genügt hätte. Allgemein kann ohne Einschränkung festgestellt werden, daß sich der Gerichtshof die ärztlichen Auffassungen über die Notwendigkeit der Anstaltsbehandlung bzw. -Versorgung der Kranken durchaus zu eigen gemacht hat. Ergibt sich dies schon aus der Gegenüberstellung der Zahl der gewonnenen und verlorenen Prozesse, so mögen hier doch noch einige Stellen aus verwaltungsgerichtlichen Urteilen, die das Gesagte bestätigen, Raum finden.

So sagt der Gerichtshof: »Das Gutachten begründet also die Notwendigkeit der Anstaltspflege in erster Linie mit dem Interesse der Kranken selbst, sodann aber auch mit dem Interesse des Ehemannes und seiner Familie. Die Rücksicht, welche das Gutachten auf den Frieden dieser Familie, ihre Wohlangesehenheit und die Erziehung der Kinder nimmt, muß als eine durchaus zulässige und begründete angesehen werden«.

In einem anderen Falle: »Die Anstaltsunterbringung ist gerechtfertigt; denn es wäre weder im Sinne des Gesetzes noch im Sinne der ärztlichen Behandlung, wenn man solchen mindestens latent sehr gefährlichen Kranken gegenüber zuwarten wollte, bis sie ihre »Reife« für die Irrenanstalt durch eine schwere Tat erhardt haben.«

An anderer Stelle: »W. hat solange in der Anstalt zu bleiben, bis eine nachhaltige Besserung seines geistigen Zustandes erreicht ist, d. h. bis nach ärztlichem Ermessen eine gewisse Sicherheit dafür besteht, daß der Patient, aus der Anstalt entlassen, auf absehbare Zeit nicht wieder rückfällig wird.«

Der Entlassungsantrag eines Vaters wird abgelehnt mit der Begründung, »daß der Vater nicht fähig ist, die wünschenswerte und notwendige Pflege und Aufsicht in der von der Anstaltsdirektion verlangten Weise über seinen Sohn auszuüben.«

Betrachten wir nun noch die Fälle etwas näher, in denen die Kläger mit ihrem Begehren durchgedrungen sind. Hier finden wir zunächst drei, in denen die Unterbringungsanordnung aufgehoben wurde, weil sie von einem lokal unzuständigen Bezirksamt bzw. auf Grund des Zeugnisses eines lokal unzuständigen Arztes erlassen worden waren. Die Patienten blieben natürlich in der Anstalt und die zuständigen Instanzen walteten ihres Amtes. Über einen Patienten, dessen Ehefrau sofort nach der Anstaltsunterbringung Klage erhoben hatte, äußerte sich der Direktor dahin, die vorangegangenen Vorkommnisse hätten den Bezirksarzt zur Einweisung des Kranken sehr wohl berechtigt, immerhin vermöchten sie nicht eine längerdauernde Verwahrung zu begründen; der Patient wurde dann drei Wochen nach der Aufnahme entlassen. Ähnlich liegt ein Fall, in dem der Gerichtshof die Berechtigung der Aufnahme wegen Gemeingefährlichkeit ausdrücklich anerkannte, dann aber mit Zustimmung der Anstalt die Entlassung des gebesserten Kranken verfügte. — Die Statthafterklärung des Bezirksamts wurde in einem weiteren Falle aufgehoben, weil sie erlassen worden war, obwohl die Ehefrau des fürsorglich aufgenommenen Patienten den Aufnahmeantrag vorher schon zurückgezogen hatte. — Ferner wurde die Verfügung eines Bezirksamts, womit ein Entlassungsantrag zurückgewiesen worden war, aufgehoben, weil sich das Amt nur auf die Vorgeschichte des Patienten stützte und die Bemerkung der Anstalt, der Patient könne zur Verbüßung eines Strafrestes entlassen werden, nicht berücksichtigt hatte. — Wieder ein formaler Grund stützte die Aufhebung einer anderen amtlichen Anordnung zur Anstaltsunterbringung; der Amtsarzt hatte das von einem Medizinalpraktikanten ausgestellte Aufnahmezeugnis bestätigt, ohne daß er den — ihm reichlich bekannten — Patienten unmittelbar zuvor selbst untersucht hatte. — Im neunten Falle endlich beanstandete der Gerichtshof, daß der Amtsarzt seine Auffassung, der Patient sei für andere gefährlich, in der Hauptsache auf ein psychiatrisches Gutachten stützte, das eineinhalb Jahre zuvor erstattet worden war und dem Kranken den Schutz des § 51 RStGB. zugebilligt hatte; ein harmloser Zusammenstoß mit einem Gemeindebeamten hatte den Anlaß zu der neueren bezirksärztlichen

Untersuchung gegeben. Die Einweisungsverfügung auf Grund des bezirksärztlichen Zeugnisses wurde aufgehoben.

Ein Überblick über diese neun Urteile zeigt, daß vorwiegend Beanstandungen formaler Art zur Aufhebung der angefochtenen Verfügungen geführt haben. Vielleicht in einem, dem letzterwähnten, Falle kann man zugeben, daß die Anstaltsunterbringung des Patienten hätte unterbleiben können.

Die in einem der eben besprochenen Fälle begehrte Feststellung, die Verbringung des Patienten in die Anstalt sei unzulässig gewesen — womit die Vorentscheidung für einen ins Auge gefaßten zivilrechtlichen Entschädigungsprozeß gegen den Staat geschaffen werden sollte — lehnte der Gerichtshof ab mit der Begründung, daß eine solche, für andere Verfahren vorgesehene, Entscheidung nicht erforderlich sei; ein Zivilprozeß könne auch ohnedies anhängig gemacht werden. Ob letzterer dann geführt wurde, ist mir nicht bekannt geworden; dagegen kann ich feststellen, daß in den vier badischen Irrenanstalten, an denen ich nun 28 Jahre lang tätig war bzw. bin, in dieser Zeit nie ein derartiger Prozeß aufkam.

Es will mir scheinen, als ob in neuerer Zeit die Gerüchte, daß Gesunde widerrechtlich in Irrenanstalten gesteckt oder festgehalten würden, seltener geworden wären. Immerhin glaube ich aber, daß das hier zusammengestellte Material bei der Abwehr allgemeiner oder spezieller Angriffe gegen die Irrenanstalten Verwendung finden kann.

Wenn, über das in der Überschrift dieser Arbeit umgrenzte Thema hinausgehend, noch Weniges über das badische Irrenfürsorgegesetz gesagt werden darf, so kann unbestritten festgestellt werden, daß es sich in über zwanzigjähriger Praxis bewährt hat. Es besteht heute noch in seiner ursprünglichen Fassung, und Änderungswünsche sind meines Wissens seither weder von berufenen Instanzen, noch von der »Allgemeinheit« vorgebracht worden. Insbesondere ist hervorzuheben, daß das Gesetz keinerlei Erschwerung oder Verzögerung der Aufnahme in die Anstalt verursacht, da es in dringenden Fällen die sofortige fürsorgliche Aufnahme vorsieht, wobei der Anstaltsarzt, der den Patienten aufnimmt, das ärztliche Zeugnis ausstellt; Statthafterklärung oder Anordnung des Bezirksamts werden nachträglich erlassen. Der überaus größte Teil der Aufnahmen — 80 bis 90 vom Hundert — erfolgt in dieser Form. Und es ist durchaus nicht so, daß die Aufnahmen als dringliche »frisiert« werden müßten, wie ein Kritiker des Gesetzes einmal schreibt; wer einige Zeit nur im Anstaltsdienst ist, weiß, daß die Überzahl der Aufnahmen, wenn sie einmal zur Anstalt kommen, auch tatsächlich dringlich ist. — Auch der Schriftwechsel zur Erfüllung der gesetzlich geforderten Auf-



nahmeformalitäten ist äußerst einfach und bringt keine Belastung der damit befaßten Instanzen. Überflüssige Schreibereien, verursacht durch unvernünftige Angehörige oder querulierende Patienten, werden sich in keiner Irrenanstalt vermeiden lassen, wie auch immer gesetzliche oder behördliche Aufnahme- und Entlassungsvorschriften in den verschiedenen Ländern gestaltet sein mögen. Ungleich umfangreicher als der Schriftverkehr im formalen Aufnahme- und Entlassungsverfahren ist schon immer jener gewesen, der Regelung, Sicherung und Beitreibung der Verpflegungskosten betraf; er ist es in den letzten zehn Jahren noch mehr geworden. Auf diesem Gebiete könnten einige gesetzliche Maßnahmen in der Richtung, gerade Anstalten für psychisch Kranke in der Sicherung ihrer Verpflegungskosten besonders zu schützen, Wandel schaffen. Eine Besserung der Wirtschaftslage, auf die wir alle hoffen, wird auch hier wieder eine Verringerung des Schreibwerkes bringen. —

Jedenfalls kann abschließend gesagt werden, daß sich das badische Irrenfürsorgegesetz und die Vollzugsvorschriften, unbeschadet der Möglichkeit weiterer formaler Vereinfachungen, als durchaus praktische und liberale Fassung behördlicher Bestimmungen über die Anstaltsversorgung Geisteskranker — und völlig zu entbehren werden solche vorerst nicht sein — erwiesen haben.

---

# Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem.

(Bemerkungen zu dem Buch von *Charlotte Bühler*-Wien.)

Von

Professor Dr. med. et phil. **Erich Stern**, Mainz.

Es muß als einer der wesentlichsten Fortschritte der neueren Psychologie bezeichnet werden, daß sie sich mehr und mehr den Problemen des realen Lebens zugewandt hat. Erst dadurch kann sie für alle die Wissenschaften, die es mit dem Menschen und den menschlichen Gemeinschaften sowie mit deren Schöpfungen zu tun haben, und für die praktischen Betätigungen, deren Gegenstand der Mensch ist, von Bedeutung werden. Die Psychologie, die sich hier entwickelt hat und noch entwickelt, hat ihre Wichtigkeit für die Fragen der Erziehung, des Rechtslebens, der Medizin, der Menschenbehandlung schlechthin, schon mannigfach erwiesen.

Vor allem waren es Psychoanalyse und Individualpsychologie, die — noch in einer Zeit, als die Psychologie rein in Laboratoriumsforschung aufging und von dem Problem des menschlichen Lebens, der menschlichen Persönlichkeit überhaupt nichts wußte und wissen wollte — den Menschen in den konkreten Lebenssituationen aufsuchten, nach seinen Konflikten, nach den Mächten, die sein Leben gestalteten, forschten und hier eine neue Psychologie aufbauten. Beide Richtungen gingen aus von der Medizin, sie entstanden als Methoden seelischer Krankenbehandlung, wuchsen aber rasch über diesen ihren Ausgangspunkt hinaus und bemühten sich, die Gesamtheit der psychischen Phänomene von ihrem Standpunkt aus zu betrachten. Dabei spielten immer die Erfahrungen, die sie an Neurotikern gemacht hatten, eine Rolle, und zwar auch da, wo es sich um normalpsychologische Tatbestände handelte. Das machte sich nicht selten, vor allem in der Kinderpsychologie, störend bemerkbar, wo man bisweilen allzu sehr und allzu kritiklos Einsichten, die man an erwachsenen Patienten gewonnen hatte, auf das Kind übertrug. Eine unmittelbare Nachprüfung am Kinde selbst, oder gar ein Ausgehen von der Beobachtung des Kindes hielt man nicht immer für erforderlich. Es ist daher durchaus zu verstehen, wenn sich die Kinderpsychologie gegen eine solche Methode wehrte, und wenn sie, zum Teil unter Vernachlässigung

des wirklich Brauchbaren, das in den psychoanalytischen und individualpsychologischen Untersuchungen steckt, ihre eigenen Wege ging. Ähnliches gilt nun auch für die Psychologie des Lebens überhaupt, die von der Fach- bzw. Schulpsychologie vollkommen vernachlässigt wurde, zu der sich aber wertvolle Ansätze innerhalb der medizinischen Psychologie finden. Auch hier besteht die Aufgabe, einmal ganz unbefangen vom Normalen auszugehen und den Lebenslauf zu verfolgen.

*Charlotte Bühler*, die bisher vor allem durch ihre Arbeiten zur Kinder- und Jugendpsychologie bekannt geworden ist, legt ein neues Werk vor: »Der menschliche Lebenslauf als psychologisches Problem« (erschieden als Bd. IV der von *Karl Bühler* herausgegebenen Psychologischen Monographien im Verlage von S. Hirzel in Leipzig; 328 S. mit 28 Abbildungen, 10,50 RM.), in dem sie, fußend auf eigenen Untersuchungen und Untersuchungen ihrer Mitarbeiter und Schüler, den Versuch macht, die Gesetzmäßigkeit im Lebensablauf aufzuzeigen, wobei sie im Wesentlichen Wege geht, die sich ihr bei der Darstellung der Entwicklung des Kindes- und Jugendalters als brauchbar erwiesen haben. Die Bedeutung des behandelten Gegenstandes rechtfertigt ein eingehenderes Studium und eine ausführlichere Würdigung des Buches.

## I.

Die Ausführungen stützen sich auf ein Studium von etwa 250 Lebensläufen. Von diesen sind 50 durch Erhebungen an »einfachen alten Leuten im Wiener Versorgungshaus« gewonnen, 200 der biographischen und autobiographischen Literatur entnommen; in den letzteren Fällen wurden auch die Schöpfungen und Werke der behandelten Personen zur Deutung des Lebenslaufes mit herangezogen. In dem Buche sind zahlreiche Belege, besonders aus den biographischen Lebensläufen, wiedergegeben, um die Ausführungen mit dem notwendigen Material zu belegen.

Das menschliche Leben muß zunächst als ein biologischer Prozeß gefaßt werden, es ist eingespannt zwischen die beiden biologischen Tatsachen: Geburt und Tod. Vom biologischen Standpunkt aus gesehen ergibt sich für den Ablauf des Lebens eine Dreiteilung: bis etwa zum 18. Lebensjahr dauert die Phase des generativen Wachstums, in der eine ständige Zunahme der Funktions- und Leistungsfähigkeit des Organismus erfolgt. Kurz vor ihrem Abschluß gelangt die Fortpflanzungsfunktion zur Reife. An sie schließt die Phase des stabilen Wachstums an, die etwa bis zum 50. Lebensjahr währt, und in der die Regeneration den Veränderungen gerade noch die Wage hält. Es folgt dann die Phase des regressiven Wachstums, in der die Regeneration mit den vor sich gehenden Veränderungen im Organismus nicht mehr

Schritt hält, und allmählich zum Stillstand kommt. Zwischen diese Phasen schieben sich jeweils Übergangsphasen ein, so zwischen die erste und zweite ein etwa vom 18. bis zum 25. Jahr sich erstreckender Abschnitt, zwischen die zweite und dritte eine zwischen dem 45. und 55. Jahr liegende Periode, die besonders charakterisiert sind durch den Beginn bzw. das Aufhören der Sexualfunktion.

Dieser biologischen Lebenskurve läßt sich nun eine biographische gegenüberstellen. Es zeigt sich, daß zunächst die Betätigungsgebiete, auf die sich das Leben erstreckt — *Charlotte Bühler* spricht hier von »Dimensionen« — an Zahl zunehmen, daß der Mensch sie dann umfaßt, um von einem gewissen Zeitpunkt ab einzelne von ihnen aufzugeben, ohne daß er den Verlust auszugleichen imstande ist. Auch hier lassen sich Übergangsphasen einfügen, so daß also zunächst der biographische Verlauf dasselbe Bild zu bieten scheint wie die biologische Kurve, beide sind offenbar voneinander abhängig, aber es zeigt sich doch bereits hier, daß Abweichungen bestehen, und daß im Leben des Menschen Momente wirksam sein müssen, die »nach irgend einer Richtung hin unabhängig von biologischen Höchstleistungen noch Aufstiege möglich machen«. Es muß also, und das zeigen auch statistische Untersuchungen an Sportsleuten und Handarbeitern, einen Auf- und Abstieg geben, der mit der biologischen Kurve korreliert, wohingegen sich eine andere Reihe von Funktionen und Leistungen anders verhält, d. h. der Aufstieg kann sich hier noch fortsetzen, wenn die biologische Kurve bereits fällt. Es handelt sich hierbei, zum Teil wenigstens, um solche Verrichtungen, die von der physischen Leistungsfähigkeit relativ unabhängig sind, bei denen aber Zeit, Übung, Wiederholung, Erfahrung, eine bestimmte »Einstellung« erforderlich sind. So findet *Charlotte Bühler*, daß die »volle Leistungsfähigkeit beim Sport mit der biologischen Kulminationsperiode zusammenfällt, wenn ihr nicht antecediert, daß die volle Leistungsfähigkeit beim Handarbeiter um 10 Jahre gegenüber der biologischen Kulmination retardiert ist, während die volle Leistungsfähigkeit des Kopfarbeiters eine Retardation um noch weitere zehn Jahre aufweist«.

Die weitere Analyse dieser Tatsache führt zunächst auf das Problem der Vitalität, wobei unter Vitalität die »im Prinzip irgendwie meßbare Totalität der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit« zu verstehen ist. Der Auf- und Abstieg der Vitalität fällt mit der biologischen Auf- und Abbaukurve zusammen. Mit der Abnahme der Vitalität können Erfahrung und andere geistige Qualitäten zunehmen und die Abnahme längere Zeit hindurch kompensieren. Es gibt Leben, die rein von der Vitalität bedingt erscheinen, und in denen die anderen Faktoren nur eine untergeordnete Rolle spielen. Das gilt bisweilen für Künstlerinnen

bestimmter Rollenfächer (die Naive) oder für sinnlich-erotische Typen. Für die letzteren bietet Casanova ein treffendes Beispiel. Bei Überschreiten des biologischen Kulminationspunktes kann aber auch eine Umstellung eintreten, und der Schwerpunkt des Lebens aus dem rein Vitalen nunmehr auf ein anderes Gebiet verlegt werden.

Mehr noch als alles Lernen und alle Erfahrung wirken dem Abstieg die Produkte entgegen, die ein Mensch in seinem Leben geschaffen hat. Sie wachsen weiter, wenn der Mensch schon abstirbt, und ihr Wachstum kommt ihm zugute. Zu den »Produkten« gehören Kapital, Ehre, Unternehmen, geistige Schöpfungen. Das Urbild des »Produktes« sind Kinder. Kind und Werk werden im allgemeinen in der Zeit größter Vitalität geschaffen, sie sind die Frucht des eigenen Lebens, in ihnen erhält sich das Individuum, gibt es sich weiter, liefert es einen Beitrag zur Gemeinschaft. Statistische Untersuchungen zeigen, daß die Mehrzahl der Kinder in der ersten Hälfte der Zeugungszeit gezeugt werden. Bei Werk-tätigen ist es so, daß der quantitative und qualitative Gipfel der Produktion früher liegt, wenn das Vitale, später, wenn das Geistige bei der Arbeit die Hauptrolle spielt.

Es lassen sich nach *Charlotte Bühler* drei Typen von Handlungen unterscheiden, je nachdem ob die Handlung mit Genußlust, Funktionslust, Schaffenslust verbunden ist. Um Genußlust handelt es sich überall da, wo Material aufgenommen wird (Essen), um Funktionslust da, wo sich Organe betätigen (Wandern), um Schaffenslust da, wo ein Werk hergestellt werden soll. In diesen Stufen vollzieht sich auch die Entwicklung beim Kinde. Bereits das Kind zeigt zwar Werkreife, aber sein Lebelement ist doch die funktionale Betätigung. Schon im zweiten Lebensjahrzehnt ist die Ergebnisherstellung möglich, wird auch schon ausgeübt, aber das funktionale Element überwiegt noch. Planmäßige Leistungen erfolgen in diesem Abschnitt am ehesten da, wo sie auf Grund der Vitalität möglich sind (beim Sport), oder wo es sich um eine Planmäßigkeit auf kurze Sicht handelt (Lyrik, einzelne Experimente). Bei der jugendlichen Leistung spielt das Funktionale die Hauptrolle, in der Zeit der Kulmination sind das Vitale und Funktionale noch führend, das Individuum ist vom Produkt noch nicht abgelöst, aber die Planmäßigkeit der Produktion trägt dem Produkt schon Rechnung. In manchen Leben tritt von einem bestimmten Alter an das Phänomen der Gemeinschaft und der Dienst an ihr so sehr in den Mittelpunkt, daß die Tätigkeit danach umgestellt und das Produkt auf die Gemeinschaftsrolle hin zugeschnitten wird.

Die äußeren Ereignisse, die kontrollierbaren Verhaltensweisen und Produkte — kurz gesagt: die objektiven Daten — geben von

dem Leben eines Menschen nur ein unvollkommenes Bild; heranzuziehen ist die subjektive Einstellung, sind die Erlebnisse. So müssen wir wissen, wie der Schaffende gearbeitet hat, ob z. B. der Verzicht auf einzelne Lebensgebiete eine sich infolge der Abnahme der Vitalität vollziehende Restriktion ist oder bewußter Verzicht, um eine Expansion auf anderem Gebiet zu ermöglichen. Bei jeder Arbeit geben wir uns hin, setzen wir uns ein, existieren wir für das Produkt. Die Mutter ist für das Kind da. Leben ist somit ein »Für-etwas-Sein«, hat einen Gegenstand. Wir sprechen hier von einer Bestimmung. Wir bestimmen uns selbst oder glauben bestimmt zu werden. Als Kriterium vollmenschlicher Existenz gilt, daß man sich bestimmt, wofür man da sein will. Die Bestimmung sucht der Mensch zu verwirklichen in einer Betätigung, die an verschiedenem Material erfolgen kann; ebenso verschieden kann das »Etwas« sein, für das ein Mensch da sein will. Es ist möglich, daß der Mensch sich so sehr an seine Bestimmung hingibt, daß er sich selbst dadurch vernichtet. Als Beispiel eines Menschen, der ganz einer Bestimmung lebt, kann *Romain Rolland*, der Kämpfer für die »freie Seele«, gelten.

Das Leben, das eine Bestimmung kennt, ist nicht Aufstieg und Abstieg, sondern Entwicklung und Reifung, eine einer bestimmten Lösung zuführende Aufgabe. Das rein vitale Leben verendet, das von einer Bestimmung getragene Leben hingegen sucht sich zu vollenden. Als Beispiel eines auf Vollendung angelegten Lebens mag auf Wilhelm von Humboldt hingewiesen werden. Drei Momente stecken in einem solchen Leben: 1. Das Dasein wird nicht rein zuständig aus dem Augenblick und für den Augenblick gelebt, der Mensch befaßt sich mit dem Dasein als Ganzem unter einer bestimmten Perspektive; 2. das Leben wird unter dem Gesichtspunkt des Ergebnisses angesehen und wie ein zu gestaltendes, zu bearbeitendes Material, als Aufgabe behandelt; 3. die Entwicklung und das Ergebnis wird als Vollendung gedacht, ein »Soll« wird bei der Bearbeitung erlebt, ein bestimmtes Ergebnis selektiv erstrebt. Bei Humboldt erfolgt die Betätigung an sich selbst nach Art und im Rahmen der Produktion, es gibt aber auch Menschen, die ihre Bestimmung nicht dadurch zu erfüllen glauben, daß sie direkt aus sich selbst etwas zu machen streben, sondern mittelbar, indem sie bestimmte Aufgaben erfüllen. Sie gelangen zum personalen Aufbau durch Wirken für eine Sache.

Die eigentliche Aufgabenreife ist erst da erlangt, wo nicht von den Tätigkeits- und Lebensbedürfnissen des Subjekts aus, sondern den sachlichen Anforderungen gemäß gehandelt wird. Bei der Aufgabenerfüllung handelt es sich um ein Handeln vom Sachlichen aus, bei der Bedürfnisbefriedigung um ein Handeln im Sinne der Expansion und Restriktion des Subjekts, bei

der Pflichterfüllung besteht ein Ausschluß der Bedürfnisse, evtl. sogar die Notwendigkeit, ihnen zuwider zu handeln. Meist sind Aufgabe und Bedürfnis miteinander verbunden, wobei eines der Momente überwiegt. Die Inhalte, die ein Mensch seinem Leben zu geben sucht, sind verschiedenartig, sie lassen sich aber auf zwei Gruppen zurückführen, je nachdem ob jemand nach Selbstvollendung strebt oder nach Verwirklichung sachlicher Ziele. Man kann auch danach scheiden, ob der Mensch den Sinn des Lebens im Leben selbst oder jenseits des Lebens sieht. Im letzteren Falle ist das irdische Leben nur Durchgang und Vorbereitung. Die Haltung zu dieser Frage ist für das ganze Leben, für Lebenshaltung und Lebensführung von Wichtigkeit. Humboldt hat ein lebensimmanentes, Kierkegard ein lebensstranzzendentes Ziel. Das, wofür jemand da sein will, kann ihm selbst bewußt sein (Humboldt) oder er kann danach suchen (Tolstoi).

Die Eigenart eines Menschen begrenzt die Willkür der Bestimmungsgebung, immer aber bleibt ein mehr oder weniger weiter Spielraum. Dieser ist besonders eng etwa bei Oskar Wilde, sehr weit bei Mary Baker-Eddy. In dem Bestimmungsvorgang gibt es eine Entscheidung; wo es Entscheidung gibt, ist immer die Möglichkeit von Schuld gegeben. Zwischen Bestimmung und Schuld besteht also eine Beziehung. Der Mensch fühlt im allgemeinen, daß sein Leben zu einem Ergebnis zu führen bestimmt ist. Dieses Bestimmungserlebnis kann »passiv-entnehmend« sein, der Mensch fühlt sich berufen oder sucht nach dem Sinn des Lebens — oder aktiv-gesetzt: der Mensch beschließt, sich einer Sache zu widmen, er bestimmt sich zu Ergebnissen, die er für wünschenswert oder für seine Pflicht hält. Dabei kann die Aufgabe nur aus Pflicht geleistet werden (Jesuitenpater Paul Gin hac) oder aus persönlicher Notwendigkeit (Napoleon). Die Bestimmung kann als »richtig« oder als »falsch« qualifiziert werden, der in ihr vollzogene Einsatz als »echt« oder »unecht«; diese Qualitäten sind subjektiv im Erlebnis des Sichbestimmenden wie objektiv für den Beobachter feststellbar.

Im Leben des Menschen vollzieht sich nun das, was *Charlotte Bühler* als Dominanzwechsel bezeichnet: ein Wechsel von der Bedürfnis- zur Aufgabehandlung. So wandelt sich etwa die Berufsauffassung und die Einstellung zu Frauen bei Liszt von einer rein subjektiven zu einer objektiven, so spielt bei Albert Schweitzer die Ausbildung den eigenen Bedürfnissen entsprechend in der ersten Lebensphase eine bedeutende Rolle, während sich dann der Übergang zum Leben für andere vollzieht. Einen solchen Dominanzwechsel glaubt *Charlotte Bühler* in jedem Leben nachweisen zu können. Durch ihn wird eine Vergeistigung des Vitalen, Funktionalen herbeigeführt, wie dies etwa für Caruso sehr deut-

lich wird. Das Tun für und zu etwas ist in verschiedenem Maße an die Vitalität gebunden, bei mehr oder weniger ausgesprochener Einbuße im Körperlichen wird auch die Durchführung der Bestimmung in Frage gestellt oder aufgehoben; zur Durchführung der Bestimmung scheint also Kraft in irgendeinem Grade benötigt zu werden. Das zeigt sich auch in den Fällen, in denen — wie etwa bei Robert Mayer — das Leben in einer einzigen Konzeption gipfelt, die sich auf der Höhe der Vitalität einstellt; die schöpferische Kraft schwindet mit der Abnahme der Vitalität. Ähnliches scheint auch bei Liszt der Fall zu sein, wenngleich hier von einer einmaligen Konzeption nicht die Rede sein kann.

Schon in der Entwicklung des Kindes zeigt sich, daß diese sich von der unspezifischen über die versuchsweise zur spezifischen Leistung vollzieht. Dieser Prozeß der Spezifikation ist auch an jedem Lebenslauf nachweisbar. Das Werk ist »die systematische Herstellung aus und mit Material, wie sie der Mensch in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit der Lebens- und Art-erhaltung vornimmt. Das Schaffen kann zu einem mehr oder weniger bleibenden oder zu einem vorübergehenden Gebilde — letzteres kann man als Aktualwerk bezeichnen — führen. Wo die Werkherstellung den Charakter kontinuierlicher Tätigkeit annimmt, sprechen wir von einem Beruf. Die Tätigkeit erfährt im Rahmen der Gemeinschaft eine Bewertung, womit das Werk zur Leistung wird. Der Beruf nimmt Anteil an der Entwicklung des Individuums, an der Einstellung zum Werk läßt sich der Wandel der Einstellung zum Leben verfolgen. Hier vollzieht sich sehr deutlich die Werkspezifikation, der Wandel von unspezifischer zu spezifischer Tätigkeit, wie er sich etwa bei Gottfried Keller, oder auch bei Liszt nachweisen läßt. Bisweilen finden wir, daß für die Spezifikation persönliche Erlebnisse maßgebend sind.

Unter »Tat« verstehen wir das »planmäßig zustandegekommene Ergebnis im Hinblick auf den Einsatz, der dabei geleistet wird«. »Einsatz« ist das »Wagnis, in dem ein Stück oder das Ganze der eigenen Existenz gefährdet oder aufgegeben wird für etwas; für die Durchsetzung, Rettung, Existenz einer Sache oder anderer Menschen«. Der Einsatz hängt ab von der Sache, um die es geht, und vom Entwicklungsstand des Individuums. Ob das Werk gelingt, hängt mit ab von einem objektiven Situationsfaktor, von der »Chance«. Für den Vollzug des Einsatzes ist die Reflexion auf die Chance nicht entscheidend. Je nachdem, ob die objektiven Ergebnisse, zu denen funktionale Betätigung und Handeln führen, als positiv oder negativ empfunden werden, erscheint das Leben mehr oder weniger »gelingen«. Die meisten haben eine Idee davon, wohin sie wollen. Ob sie dahin gelangen, hängt von ihnen selbst und von der Chance ab, von einer Zuordnung von An-



sprüchen und Gegebenheiten also. In einem Lebenslauf gibt es kritische Ereignisse und kritische Zeitpunkte, wo es sich entscheidet, ob das Leben gelingt oder nicht — Ereignisse, die über den Ablauf des Lebens entscheiden. Für das Gelingen des Lebens unentbehrlich ist ein gewisses Maß an Leistung und Erfolg, an persönlichem Glück und positiven Chancen; Mißgeschick und falsche Entscheidung kann das kritische Ereignis verfehlen lassen. Die Entscheidung kann bewußt oder unbewußt fallen. Es gibt Leben, die auf ein einziges Ereignis zugespitzt sind.

Die Ansprüche können sich in weitgehender Unabhängigkeit von den Gegebenheiten geltend machen. Für das Gelingen des Lebens erforderlich ist jedoch eine Zuordnung von Ansprüchen und Gegebenheiten, die Innen-Außenharmonie. Das volle Gelingen des Lebens hängt aber außer von dem Gleichgewicht zwischen Bedürfnis- und Aufgabendenzenzen auch von dem richtigen Dominanzwechsel ab, der Verlaufsharmonie im Individuum. Wir haben zwischen subjektiver Befriedigung und der in der Aufgabe angestrebten Vollendung zu unterscheiden. Bei Fehlen des Bedürfnisses bzw. der entwickelten Aufgabesetzung wird das Leben scheitern (Isadora Duncan bzw. Sonja Kowalewska). Damit ein Leben seine Erfüllung findet, d. h. subjektiv wie objektiv vollkommen gelingt, müssen vier Postulate erfüllt sein: Befriedigung, Vollendung, persönliche und sachliche Bedürfnis- und Aufgabenerfüllung müssen vorhanden sein. Als Beispiel für ein »erfülltes« Leben mag das der Gabriele von Bülow gelten.

Ein außerordentlich wichtiges Problem, das die psychologische Betrachtung des menschlichen Lebenslaufes bietet, ist das Phasenproblem. Unter Phase verstehen wir »nicht periodisch sich wiederholende, sondern einsinnige Änderungen«, wie sie etwa die Entwicklung der Pflanze (Same, Keim, Blüte, Frucht, Welken) zeigt. Wir haben dabei verschiedene Arten von Phasen zu unterscheiden. Zunächst biologische. Zwischen Aufbau und überwiegendem Abbau steht eine Periode relativer Konstanz mit Übergangsperioden. Dann biographische Phasen: das Leben erstreckt sich auf verschiedene Lebensbereiche (Dimensionen), die aufgenommen und später wieder aufgegeben werden. Weiter Werkphasen: wir sehen eine Zu- und Abnahme und einen Artwechsel der Leistung. Und endlich Erlebnisphasen: sie sind zum Teil in biologischen Phasen begründet, zum Teil aber, wie die aus der Produktion hervorgehende Selbstbestimmung, von diesen unabhängig.

Mit den biologischen Phasen, der Expansion und Restriktion, in Zusammenhang stehen die auf sie gerichteten Bedürfnisse, ferner die Reaktionen auf die objektiven Vorgänge der Expansion und Restriktion. Beides muß nicht parallel gehen; die Restriktion kann Unlust auslösen (Casanova), aber es kann dabei auch

der Wunsch vorhanden sein, gar nicht anders sein zu wollen (Humboldt). Einer noch im Abstieg sehr kräftigen Vitalität kann sich der Wunsch nach dem Tode entgegenstemmen (Tolstoi). Der subjektive Verzicht wird freiwillig geleistet oder dem Individuum abgezwungen. Beim Aufstieg sehen wir entweder eine aktive Selbstbehauptung oder »einen gewissen indirekten Appell zu Vordringen und Wagnis«. Die Wendung von der Expansion zur Restriktion ist meist mit Erschütterungen verbunden, sei es daß die Bedürfnisse sich erschöpft und totgelaufen haben (Carnegie, Tolstoi), oder daß ein Versagen die Grenzen der Expansionsfähigkeit aufzeigt.

Die zweite Erlebnisreihe hängt mit der Bestimmung zusammen, hierher gehören die Erlebnisse der »Selbstbestimmung zum Ergebnis, der Aufgabecharakter der Bestimmung, die Spezifikation in der Betätigung am Material, der Einsatz für etwas und das Erlebnis des Gelingens oder Mißlingens«. Die Bestimmungserlebnisse tendieren nicht auf Zustände wie Sättigung und Gleichgewicht, sondern auf Produkte, auf Werk und Gelingen. In Selbstbestimmung, Aufgabesetzung und Materialbehandlung, dem Einsatz und dem Gelingen läßt sich stets der Fortschritt von annäherungsweise zu definitiven Verwirklichungen nachweisen.

Betrachtet man das menschliche Leben in seiner Gesamtheit, so lassen sich die folgenden fünf Erlebnisphasen feststellen: 1. In der Kindheit gibt es keine Selbstbestimmung, 2. im Jugendalter wird die Frage nach der Bestimmung gestellt, die Bestimmung probiert, das Mißlingen hat oft schon etwas Definitives, das entweder nur in sachlicher oder nur in persönlicher Richtung liegt. Die Materialbehandlung ist noch unspezifisch. 3. Das eigentlich Richtige, Definitive wird gesehen, es erfolgt die Bindung für das Leben. Der Abenteurer, der Vagant irrt hier vom Bestimmungswege ab, er findet seine Bestimmung nicht. 4. Der Dominanzwechsel tritt ein, die Wendung zur sachlichen Haltung. Wichtig wird jetzt das zu erzielende Ergebnis, die Leistung, der Erfolg. Die definitive Bestimmung wird in der dritten Phase vollzogen, das Ergebnis in der vierten sicher gestellt. Dann ist das Leben irgendwie fertig, es hat sich entschieden, ob es gelungen oder mißlungen ist. 5. Jetzt erfolgt die Vorbereitung auf das Ende, der Rückblick auf das Vergangene, ein Vorausblick auf das möglicherweise noch Kommende. Das eigentliche Leben liegt nun schon hinter dem Menschen. Nur selten (Hindenburg) tut sich jetzt noch etwas Neues auf.

Zwei Wendepunkte scheinen im Leben von besonderer Wichtigkeit: der biologische, an dem sich die Wendung von der Selbstbehauptung zum Verzicht vollzieht und der mit den Bestim-

mungserlebnissen zusammenhängende, wo der Mensch von der annäherungsweise zur definitiven Verwirklichung seiner Ziele übergeht. Dieser Übergang vollzieht sich in drei Stufen: von der unspezifischen und provisorischen Bestimmung, über die spezifische und definitive zur Richtung auf das Ergebnis.

Schwieriger ist das Problem der Werkphasen; es hat zur Voraussetzung eine Werkstatistik, die bei der Verschiedenartigkeit der Werke nicht leicht durchzuführen ist. Es zeigt sich, daß es hinsichtlich des quantitativen Schwerpunktes der Leistung vier Hauptfälle gibt. 1. Der Schwerpunkt liegt relativ früh, es erfolgt ein allmählicher Abfall (Sportleute, Schauspieler mit jungendlichem Fach). 2. Der Schwerpunkt liegt mehr in der Mitte (Geschäftsunternehmen, künstlerische Leistungen, Erfindungen, Forschungsreisen). 3. Es läßt sich ein allmähliches Ansteigen beobachten, der Höhepunkt liegt in der zweiten Lebenshälfte, dann erfolgt ein rascher Abfall. 4. Die Leistung verteilt sich relativ konstant über das ganze Leben. Der dritte und vierte Typus, der sich vorwiegend bei Wissenschaftlern und Politikern findet, ist von der Vitalität unabhängig, während der Verlauf beim ersten und zweiten Typus mit der biologischen Kurve zusammenfällt. Es zeigt sich, daß »das Schaffen eines Menschen durch Änderungen der quantitativen Verteilung, durch Tempo- und Einstellungswechsel, durch Art- und Berufswechsel charakteristische, nach objektiven Gesichtspunkten von einander unterscheidbare Phasen aufweist«. Die Werkphasen fallen im allgemeinen mit der zweiten, dritten und vierten Lebensphase zusammen, nur selten beginnt das Schaffen schon in der ersten (Liszt) oder erstreckt sich bis in die fünfte (Humboldt). Die verschiedenen Arten der Leistung haben zu verschiedenen Zeiten ihren Höhepunkt.

Als Lebenshöhepunkt kann man feststellen: 1. die biologische Phase stationären Wachstums, 2. die dimensionsreichste biographische Phase, 3. die Periode der Spezifikation, die mit den objektiven Kulminationspunkten im allgemeinen zusammenfällt; das Finden der Bestimmung scheint eine Art Lebenshöhepunkt zu bedeuten. Der subjektive Höhepunkt kann aber auch unabhängig sein vom biologischen, und er braucht nicht an eine bestimmte Phase gebunden zu sein, er kann auch im Provisorischen liegen. Er kann sowohl im rein Vitalen, wie in der objektiven Ausdehnung auf Lebensbereiche, wie im Erleben oder Leisten von Werken gesucht und gefunden werden. »Auf der Höhe sein« bedeutet etwas ganz Verschiedenes.

Bisher war nur von den allgemein geltenden Phänomenen die Rede, von den fünf sich in jedem abgeschlossenen Leben ergebenden Phasen. Es muß nun untersucht werden, ob sich hier nicht typologisch wichtige Modifikationen ergeben. Dabei stoßen

wir auf fünf Problemgruppen. 1. Bei Betrachtung der Daten, Ereignisse, Erlebnisse, Werke als den Elementen des Lebensaufbaus ist eine verschiedene Gewichtsverteilung bis zu Ausfällen einzelner Kategorien möglich; die Expansion kann minimal, die Restriktion groß, das Bestimmungsphänomen kann hinter den Expansions-Restriktionserlebnissen zurücktreten, es kann viel oder wenig Artwechsel der Werke vorkommen. 2. Die verschiedenartige Gewichtsverteilung wird eine verschiedene Anordnung der Daten und verschiedene Kurvenbilder ergeben. 3. Die Tatsache, daß die psychologische Kurve der biologischen zwar parallel läuft, ihr gegenüber aber doch retardiert ist, zwingt zur Annahme, daß ein Moment vorhanden ist, welches die Parallelität bedingt, und eines, das die Abweichung erklärt. Das Leben verläuft verschieden, je nachdem ob es mehr im Vitalen oder mehr im Geistigen wurzelt, ob die Ereignisse und Werke eine größere Rolle spielen oder der Lebensprozeß. 4. Außer den abgeschlossenen gibt es auch un-abgeschlossene, unvollkommene Leben. 5. Der Reifungs- und Entwicklungsprozeß kann schneller oder langsamer vor sich gehen und dadurch die Erscheinungen der Früh-, Normal- und Spätreife bedingen.

Die Normalstruktur des Lebens zeigt im Längsschnitt wie im Querschnitt ein typisches Bild. Wir finden eine bestimmte Lebensdauer, eine gewisse Vollständigkeit der Verhaltens-, Erlebnis- und Werkelemente und deren Verteilung über das Leben, und es bleibt zu fragen, wie sich Verhaltens-, Erlebnis- und Werkphasen zueinander verhalten. Es ist häufig nachzuweisen, daß sich die Entwicklung in einem Dreischritt vollzieht: der Erlebnis-schritt geht dem Ereignisschritt und dieser dem Werk voraus; was sich im Erlebnis vorbereitet, zeitigt seine Konsequenzen im Ereignis und manifestiert sich schließlich im Werk. Dabei kann eines der drei Phasenbilder die objektiv wesentlichste Grundlage für die Lebensbeschreibung abgeben, so bei Humboldt die erlebnispsychologische Betrachtung. Beginn und Ende der dritten Lebensphase liegen im allgemeinen ziemlich fest, die Abweichungen betreffen vor allem die vierte und fünfte Phase. Die Retardation erscheint um so größer, je mehr ein Leben seinen Schwerpunkt im Geistig-Werkhaften hat, bei dessen einseitigem Überwiegen sich der Höhepunkt des Lebens stark nach dem Ende zu verschiebt, während er in dem einseitig vital fundierten Leben in der zweiten Phase liegen kann. In der Norm liegen biologischer und erlebter Höhepunkt in der dritten Phase. Die frühe oder späte Kulmination des Lebens kann entweder in der Spezifikation, im Erleben oder im Ergebnis liegen. Als Ursache für die frühe oder späte Kulmination kommt neben der eigenen Reifung vor allem auch die Chance, d. s. die äußeren Umstände, in Betracht.

Lange Lebensdauer ändert im allgemeinen nichts an der Normalstruktur, wohl aber ändert sich die Struktur oft beim Kurzleben. Bei einem solchen kann es sich um ein tatsächlich früher absterbendes Leben handeln, das sich mit ungeheurer Intensität und Schnelligkeit »verzehrt« (Napoleon, Mozart), oder um ein Leben, das durch exogene Krankheit, durch Selbstmord oder Unglücksfall ein gewaltsames Ende findet (Weininger, Lassalle); auch hier kann das Leben abgeschlossen, früh verbraucht sein (Shelley, Byron) oder mitten aus der Fülle abgebrochen werden (Groenhoff). Letzteres ist wohl seltener der Fall, als allgemein angenommen wird. Es gibt also abgeschlossene kurze Vollleben und abgebrochene Lebensläufe. Das endogene Kurzleben — ein anlagemäßig in kurzer Zeit abgeschlossenes Volleben — hat alle Phasen in gedrängter Kürze, ein abgebrochener Lebenslauf hingegen bricht in der Mitte ab (Stresemann). Es ergeben sich zwei Typen von Kurzleben: solche, die sich aus eigenem Antrieb rasch abnutzen und verbrauchen, von Phase zu Phase eilen und solche, bei denen der rasche Phasenwechsel als Reaktion auf Einbußen oder Enttäuschungen, als Verzicht aufzufassen ist.

In der Beziehung zwischen Leben und Werk ergeben sich drei Möglichkeiten: 1. ein Vorwalten des Werkes über das Leben (Gottfried Keller, Kant). Das Leben ist hier einzig und allein Unterlage für das Werk; 2. ein Gleichgewicht zwischen Leben und Werk (Goethe); das Leben ist hier nicht auf die Funktion allein und nicht auf das Werk allein gerichtet, sondern beides wird stets aneinander geprüft; 3. Vorwalten des Lebens über das Werk (Karoline Schlegel), das Werk hat hier nur eine untergeordnete Bedeutung. Dieser Typus war früher häufiger als heute.

Als eine wesentliche Abweichung von der Normalstruktur sind die defekten Lebensstrukturen zu bezeichnen, d. h. solche, bei denen eine oder mehrere Entwicklungsstufen ausfallen, z. B. die Spezifikation und das Definitive im Persönlichen oder Sachlichen oder in beidem. Der Grund für diesen Ausfall kann in Defekten des Individuums, aber auch in der völlig negativen Chance liegen.

Vergleicht man die Gesamtentwicklung des Lebens mit der in Kindheit und Jugendzeit sich abspielenden Teilentwicklung, so ergibt sich hier eine auffallende Parallelität. Auch die letztere vollzieht sich in fünf Phasen. In der ersten Phase zeigt das Kind eine rein funktionale Betätigung, in der zweiten setzt es sich Ziele, beginnt es Ergebnisse herzustellen, verfügt dabei mit großer Willkür über Materialien. In Beziehung zu Menschen macht sich eine Wahl und Bevorzugung bestimmter Individuen geltend, wobei willkürliche Momente eine Rolle spielen, in der dritten Phase kommt das Kind zu materialadäquater, d. h. spezifischer Materialbehandlung, zur Werkreife. Die hierin zum Ausdruck kommende

Sachlichkeit berührt auch die menschlichen Beziehungen des Kindes. Das Kind zeigt jetzt eine Bereitwilligkeit, auf sachliche Aufträge, auf Belehrung und unpersönlichen Kontakt einzugehen, sowie die Fähigkeit, sich einer Gemeinschaft einzuordnen. Die vierte Phase ist charakterisiert durch eine Zerstörung der bereits erreichten Vollkommenheit und das Auftreten einer neuen Spannung. Das Kind wächst geistig über die manuelle Werkreife hinaus, geistige Momente treten in sein Leben ein, die Gruppeneinordnung wird überstark, zugleich aber, als Folge der nahenden Geschlechtsreife, erfolgt Loslösung aus den bisherigen Gemeinschaften, Isolierung. Das Individuum wird beunruhigt durch negativistische Regungen, Auflehnung, Trotz, Weltschmerz, Lebensüberdruß. In der fünften Phase stehen neue persönliche Beziehungen im Mittelpunkt, Bindungen an einzelne Individuen, das Streben zum Ganzen der menschlichen Gemeinschaft. Das Bedürfnis nach Bewährung und Leistung im Leben wird jetzt aktuell, das Individuum sucht theoretisch welt- und lebensanschaulich das kosmische Ganze zu überblicken. Mit dem Vorausblick auf das Ganze des Lebens geht zusammen ein Rückblick in die eigene Vergangenheit, die jetzt abgetan und erledigt wird.

Diesen fünf Phasen der kindlich-jugendlichen Entwicklung entspricht die Entwicklung des Lebens als Ganzem. Es scheint somit, daß Kindheit und Jugendzeit nicht nur eine Rekapitulation der Phylogenese darstellen, sondern zugleich einen Entwurf des Lebens, also der Ontogenese. Sie bedeuten als Ganzes gesehen eine Vorwegnahme und einen provisorischen Aufriß des Lebens, dem das Leben als die definitive Ausführung folgt. »Aktives Vordringen in die Welt, erst tentativ und provisorisch, dann definitiv und spezifisch bis zur Herstellung bestimmter Ergebnisse ist Methode und Ablauf des Lebens.«

## II.

Wir haben bisher eine Wiedergabe des Inhaltes des *Bühler*-schen Werkes angestrebt, wobei wir uns möglichst eng an das Buch selbst gehalten, und die dort gemachten Ausführungen zum Teil auch wörtlich übernommen haben. Es soll nunmehr versucht werden, zu den Darlegungen von *Charlotte Bühler* Stellung zu nehmen. Ich glaube mich dazu besonders auch deshalb berechtigt, weil es sich in dem Buche um Probleme handelt, mit denen ich selbst mich seit langem beschäftige. Es handelt sich hier ja um nichts anderes als um das Bemühen einer psychologischen Erfassung des menschlichen Lebensablaufes überhaupt.

Das Buch stützt sich auf Anamnesen in einem Wiener Altersheim, also an »einfachen Leuten«, und auf Lebensläufe aus der biographischen und autobiographischen Literatur, wobei die Anam-

nesen eigentlich nur ganz im Anfang, wo es sich um die »biologische« und die »biographische« Kurve handelt, herangezogen werden, während im übrigen Teil des Buches ausschließlich die Lebensläufe hervorragender Menschen benutzt werden. Untersuchungen, die sich lediglich auf die Erhebungen an einfachen Leuten stützen, werden angekündigt, und es bleibt abzuwarten, ob diese Untersuchungen mit der gleichen Klarheit und Deutlichkeit dieselben Gesetzmäßigkeiten des Lebensablaufes zeigen, wie sie in dem vorliegenden Werk von *Charlotte Bühler* geschildert werden. Jedenfalls liegt darin, daß man sich auf die Lebensläufe von Menschen stützt, die in irgendwelcher Beziehung hervorgetreten sind, immer die Gefahr, daß mehr eine Psychologie des genialen als des Durchschnittsmenschen — des Menschen also, mit dem wir es im täglichen Leben zu tun haben — gegeben wird. Es liegt nahe, etwa *Sprangers* Lebensformen zum Vergleich heranzuziehen. Auch seine Untersuchungen stützen sich auf historische Anschauung, nicht auf die Beobachtung im täglichen Leben, und es ist nicht immer möglich, seine Aufstellungen auf den Menschen des Alltags anzuwenden. Welchem Typus sollen wir den Arbeiter, den kleinen Angestellten, übrigens auch eine große Zahl von Menschen in gehobener Lage zurechnen? Die Zuordnung gelingt doch im allgemeinen nur bei hochdifferenzierten Individuen, und zwar besonders bei solchen, die auf irgendwelchen Gebieten schöpferisch hervorgetreten sind.

In diesem Zusammenhang möchte ich nur einige Fragen herausstellen, die sich mir besonders aufgedrängt haben. Es ist gar keine Frage, daß mit der Gegenüberstellung des biologischen und des geistigen Faktors im Leben etwas außerordentlich Wichtiges hervorgehoben worden ist. Allein es bleibt die Frage, ob das Phänomen der Bestimmung im Leben des Durchschnittsmenschen — oder vielleicht besser gesagt: des »einfachen Mannes« — die Rolle spielt, die *Charlotte Bühler* ihm zuschreiben möchte. Die Frage, welche Bestimmung das eigene Leben hat, bzw. welche Bestimmung man ihm geben soll, oder objektiv gesehen, das Vorwalten einer Bestimmung im Leben (das Wort »Bestimmung« hier nicht im religiösen Sinne gebraucht) wird sich in autobiographischen und biographischen Darstellungen leicht herausstellen lassen: wer überhaupt seine Biographie schreibt, der hat sich mit dieser Frage wohl in jedem Falle beschäftigt, und die Niederschrift der Erinnerungen ist häufig ja nichts anderes als der Versuch, endlich zu einer Klarheit darüber zu kommen. Wer biographisch behandelt wird, hat seine »Bestimmung« auch stets irgendwie erwiesen, sonst würde man sich nicht mit ihm beschäftigen. Läßt sich aber das Gleiche für die Millionen Unbekannter auch sagen? Empfindet die Mehrzahl von ihnen überhaupt ein »Für-etwas-

Dasein«, zeigt sich in dem Ablauf des Lebens ein solches »Für-etwas-Dasein«?

Die gleiche Frage möchte ich für das Problem des Lebenshöhepunktes aufstellen, und zwar zunächst für den erlebnis-mäßigen. Die Frage nach dem Lebenshöhepunkt hatte vor einer Reihe von Jahren schon Ernst Goldbeck in seinem Buche »Die Welt des Knaben« berührt; er meint, es ließe sich überhaupt kein »Leben aufzeigen, in dem gar keine Höhepunkte vorhanden« wären und daß ein »Leben ohne Höhepunkte unerträglich« sei. Aber bei Goldbeck handelt es sich um etwas anderes: »In einer Art Wellenbewegung, und sei sie noch so schwach, scheinen alle Erdentage zu verlaufen. Eintönigkeit wird auf das äußerste gefürchtet.« Bei *Charlotte Bühler* handelt es sich aber, soweit ich sehe, um den einen Kulminationspunkt, in dem das Leben gipfelt. Von Höhepunkten kann man wohl in jedem Leben sprechen, von dem einen Höhepunkt hingegen wohl kaum. Die Menschen sind im allgemeinen zufrieden, wenn die Eintönigkeit des Lebens durch irgendetwas unterbrochen wird, aber einen wirklichen Kulminationspunkt kennen sie nicht. Es ist eine andere Frage, wie weit man objektiv von einem Lebenshöhepunkt sprechen kann, d. h. dem Moment, dem Abschnitt höchster Leistungsfähigkeit. Einen solchen wird es naturgemäß in jedem Leben geben, wenn er auch eine ganz verschiedene Rolle spielt, je nachdem ob es sich um ein Leben handelt, das als schöpferisch im eigentlichen Sinne zu bezeichnen ist oder um ein Leben, in dem sich der Höhepunkt besterfalls in einer größeren Quantität hergestellter Werkstücke an der Arbeitsmaschine zeigt.

Verschiedentlich wird eine kurvenmäßige Darstellung des Lebensablaufes versucht. Diese muß sich immer auf eine Quantifizierung von qualitativ zum Teil recht Verschiedenem stützen, wobei nicht zu übersehen ist, daß diese Quantifizierung ihre Grenze hat. Das hebt auch *Charlotte Bühler* gelegentlich hervor, ich möchte es aber noch einmal ganz ausdrücklich unterstreichen. Schon der biologische Verlauf ist kein rein quantitativer Prozeß, und auch das, was hier als »Vitalität« bezeichnet wird, zeigt nicht nur gradmäßige Schwankungen in den einzelnen Lebensabschnitten, sondern ist in ihnen auch dem Rhythmus und der Art nach verschieden. Bei dem »biographischen Verlauf« kommt es nicht allein auf die Zunahme der Zahl der Dimensionen an, sondern auch auf deren ganz verschiedene Art und Bedeutung. Es ergibt sich auch in den verschiedenen Lebensphasen eine ganz andersartige Einstellung zu den verschiedenen »Dimensionen«. Das darf nicht unberücksichtigt bleiben. Des weiteren scheint mir, als ob der Beginn des Abstieges in den Darlegungen von *Charlotte Bühler* zu spät angesetzt ist. Eigene Untersuchung (vgl. meine



Schrift »Anfänge des Alters«, Leipzig 1932) haben mir gezeigt, daß Vorgänge, die wohl wenigstens zum Teil im Sinne einer Restriktion aufzufassen sind, sehr viel früher, schon im vierten Lebensjahrzehnt einsetzen. Ich habe auch versucht, die besonderen Erlebnisse, in denen sich der Mensch der sich in ihm vollziehenden Veränderungen bewußt wird, zu umreißen.

Daß bei der geistigen Leistung eine Retardation eintritt, ist wohl in erheblichem Umfange dadurch bedingt, daß diese heute im allgemeinen die Bewältigung einer Unsumme von bereits vorhandenem Material auf allen Gebieten erfordert. Man denke nur an die wissenschaftliche Arbeit, die doch stets an das bereits Vorhandene anknüpft und dessen Aufnahme voraussetzt. Es wäre zu untersuchen, ob in früheren Zeiten der Beginn der Leistung und die Hauptleistungen nicht erheblich früher lagen als heute. Mir persönlich scheint es, aus der Kenntnis einzelner Fälle allerdings nur, als ob dies der Fall ist. Im übrigen muß sich früher, als das durchschnittliche Lebensalter erheblich geringer war als heute — bis zum Jahre 1300 soll die mittlere Lebensdauer nur 31 Jahre gewesen sein, von da bis zur Mitte des fünfzehnten Jahrhunderts noch etwas geringer, dann bis 1600 noch ungünstiger, von da bis zum Tode Friedrichs des Großen etwas besser (nach Rubner, »Der Kampf des Menschen um das Leben«, Leipzig 1929 — auch der kurvenmäßige Verlauf des Lebens anders dargestellt haben.

Vitalität wird von *Charlotte Bühler* definiert als »die im Prinzip irgendwie meßbare Totalität der körperlichen Funktions- und Leistungsfähigkeit«. Es will mir scheinen, als ob damit das, was wir im allgemeinen unter Vitalität verstehen, nicht ganz umschrieben ist. Vitalität ist nicht nur Leistungsfähigkeit, sondern auch die Neigung zur Vollziehung von Leistungen. Es gibt Menschen mit einer relativ großen Leistungsfähigkeit, denen aber doch jede Beweglichkeit, jede Tendenz zur Tätigkeit und zur tatsächlichen Leistung fehlt, Menschen, die außerordentlich schwer in Gang zu setzen sind. Diese Menschen pflegen wir nicht als sehr vital zu bezeichnen. Außerdem scheint mir die Beschränkung des Begriffs »Vitalität« auf das Gebiet der körperlichen Funktionen und Leistungen eine Einengung desselben zu bedeuten; ich glaube, daß man auch von einer Vitalität im Geistigen reden kann, wie wir übrigens auch im Deutschen von einer großen Lebendigkeit des Geistes sprechen. Darauf geht *Charlotte Bühler* nur sehr kurz ein. Sicher wird durch körperliche Erkrankungen die körperliche Vitalität mehr oder weniger stark beeinträchtigt, wohingegen die geistige Vitalität erhalten bleibt, ja sogar gesteigert sein kann. Hierher gehören wohl auch die Fälle, in denen sich, bei schwerer chronischer Erkrankung — der Tuberkulose z. B. — ein förmlicher

Erlebnishunger einstellt, oder in denen sich eine Wendung zum Geistigen vollzieht.

Wenden wir uns noch einmal zu dem Problem der Bestimmung, unzweifelhaft einem Zentralproblem des menschlichen Lebens überhaupt. Fast könnte es nach den Ausführungen von *Charlotte Bühler* scheinen, als ob es eine ganz allgemeingültige Tatsache wäre, daß der Mensch im Leben seine Bestimmung findet. Das scheint mir nun aber, auch ganz abgesehen von dem oben bereits kurz berührten Problem des »einfachen Mannes« durchaus nicht der Fall zu sein. Die Sehnsucht nach einer Bestimmung, nach einer Sinnerfüllung, nach einem Leben für eine Aufgabe lebt wohl in vielen Menschen, aber es macht gerade die Tragik ihres Lebens aus, daß sie, dieser Sehnsucht zum Trotz, nicht dahin kommen, eine Bestimmung zu finden, und daß ihnen nichts bleibt, als sich mit dieser Tatsache, mit dem Leben überhaupt abzufinden. Es ist ein überaus wichtiges Problem einer Lebenspsychologie, zu verfolgen, wie die Menschen fertig werden, denen das Finden der Bestimmung nicht gelingt. Damit hängen naturgemäß andere Probleme zusammen: das der Spezifikation, des Überganges vom Provisorischen zum Definitiven. Das mag hier nur angedeutet sein, das Nähere müssen wir eingehenderen Darlegungen, die im Zusammenhang mit anderen Untersuchungen geplant sind, vorbehalten.

Außerordentlich wichtig erscheinen die Darlegungen über Bestimmungsinhalte und Bestimmungsspielraum. Dabei ist zu bemerken, daß das Streben nach Selbstverwirklichung, die Einstellung auf die Vollendung der eigenen Persönlichkeit, wohl immer nur das Ziel einiger weniger gewesen ist und daß es in der Gegenwart wohl an Bedeutung noch mehr zurückgetreten ist. Über das Recht einer solchen Grundhaltung kann man streiten, ebenso auch darüber, ob ein Mensch, der rein nach Selbstvollendung strebt, auch zur Selbstvollendung gelangen wird. Immerhin ergibt sich aber hier ein Typus, eine »Lebensform«, die neben anderen sehr wohl Beachtung verdient. Am ehesten ließe sie sich noch zu der ästhetischen Lebensform *Sprangers* in Beziehung setzen. Für die weitaus überwiegende Mehrzahl der Menschen kommt die Richtung auf »Sachliches« in Frage, wobei sich dann typische Einstellungen, je nach den verschiedenen Sachgebieten ergeben. Besonders wesentlich erscheint die Scheidung in eine immanente und transzendente Bestimmungsgebung, vor allem auch wegen der sich hieraus ergebenden weltanschaulichen Konsequenzen.

Jedem Menschen sind durch seine Konstitution Grenzen gesetzt, aber innerhalb der Grenzen bleibt ihm ein mehr oder weniger weiter Spielraum. Hier ergibt sich aber ein weiteres Phänomen, das eine besondere Würdigung verdient, das der Anpassung.

Freilich scheint für die Anpassung nicht allein der »Bestimmungsspielraum« maßgebend, sondern vor allem spielt hier auch die »Vitalität« mit. Wir beobachten Menschen, die über eine außerordentlich große Fähigkeit verfügen, sich in neue Verhältnisse zu schicken und sich in ihnen zu bewähren, sich immer wieder zu »wandeln«, und ihnen gegenüber andere, die, obwohl die ihnen vorhandenen Möglichkeiten keineswegs sehr eng begrenzt sind, diese Anpassung doch nicht zu Stande bringen. Die Anpassung an die wechselnden Verhältnisse des Lebens und des Schicksals ist aber für den Lebensablauf und die Lebensgestaltung, für das, was ich als *Lebenstüchtigkeit* bezeichnen möchte, von der größten Wichtigkeit. Ich werde darauf an anderer Stelle eingehend zurückkommen. Ich bemerke hier nur noch, daß sich die Anpassung vor allem da zu bewähren hat, wo der Mensch aus seiner Bahn geworfen, wo er vor ganz neue Aufgaben gestellt wird. Es handelt sich bei der Anpassung nicht etwa um eine Folge größerer Intelligenz, gesteigerter Fähigkeiten und Fertigkeiten — obwohl diese naturgemäß nicht ohne Bedeutung sind, vielmehr die Anpassung erleichtern — sondern um ein Phänomen besonderer Art.

Wo der Mensch nach Verwirklichung und Durchsetzung der »Bestimmung« strebt, spielt der Einsatz eine erhebliche Rolle. Der Mensch kann sein Leben, seine Gesundheit, sein Vermögen, seine Stellung, sein Ansehen, seine Ehre usw. für etwas einsetzen. Darin liegt letzten Endes die wahre Freiheit des Menschen: sich für etwas einsetzen zu können. Einsatz bedeutet meines Erachtens auch nicht daß der Mensch »kraft eigener Verfügung« die Verfügung über sich aufgibt«, sondern vielmehr, daß er um einer Sache willen auf anderes verzichtet, oder anderes in den Dienst einer Sache stellt. Einsatz gibt es nicht nur bei den zentralsten Problemen, sondern überall im Leben, bei allem, was der Mensch unternimmt, muß er etwas einsetzen, alles, was er tut, ist ein Wagnis. Das Phänomen des Einsatzes reicht also recht weit. Dabei spielt das von *Charlotte Bühler* nur ganz kurz gestreifte Problem der Echtheit und Unechtheit eine ganz besonders wichtige Rolle. Mit Echtheit und Unechtheit ist dabei nicht nur gemeint, ob ein Mensch sich bloß scheinbar oder tatsächlich einsetzt, sondern vor allem auch, aus welcher geistigen Haltung sich der Einsatz vollzieht. Es gibt auch einen tatsächlichen Einsatz, der unecht ist, weil der Mensch sich für etwas einsetzt, was er selbst nicht anerkennt. Mit dem Problem des Einsatzes steht weiterhin in engstem Zusammenhang das Problem der Verantwortung, das kaum berührt ist.

Ich möchte im Anschluß an das eben Gesagte noch kurz auf zwei Probleme hinweisen, die mir für ein Verständnis und für eine Deutung des Lebensgeschehens von Wichtigkeit zu sein scheinen:

das erste ist das Phänomen, das ich Beeindruckbarkeit bezeichnen möchte. Wenn man Gelegenheit hat, den Lebenslauf einer größeren Anzahl Menschen eingehender zu verfolgen, so findet man, daß es eine Reihe von Menschen gibt, die von allem, was an sie herantritt und was sie erleben, tiefgehend und nachhaltig beeindruckt werden, während auf der anderen Seite Menschen vorhanden sind, an denen alles Geschehen mehr oder weniger vorüberauscht, ohne sie tiefer zu affizieren. Diese Haltungen verleihen dem Leben ein besonderes Gepräge. Das zweite ist ein Phänomen, das ich als Ausgleichsphänomen bezeichnen möchte. In jedem Leben häufen sich Spannungen an, die aus den verschiedensten Quellen stammen, in jedem Leben finden sich Unbefriedigtheit, Versagungen, Enttäuschungen, Unlust, und es ist von sehr wesentlicher Bedeutung, wie der Mensch mit diesen »negativen« Erlebnissen fertig zu werden vermag, auf welchen Gebieten, in welchen Richtungen er einen Ausgleich erstrebt, in welchem Umfang er ein solcher gelingt. Diese Ausgleichsphänomene sind in dem Leben des »einfachen Mannes«, der seine Spannungen nicht in schöpferischen Leistungen entladen kann, von vielleicht noch größerer Bedeutung als im Leben der großen Persönlichkeit, spielen aber auch hier eine hervorragende Rolle, und es scheint mir von ihnen, zum Teil wenigstens, mitabzuhängen, ob das Leben »gelingt« oder nicht. Sie spielen des weiteren auch bei den Neurosen eine recht bedeutsame Rolle. Von ihnen soll in einer besonderen Untersuchung ausführlicher gesprochen werden.

Es muß weiteren, eingehenden Erörterungen vorbehalten bleiben, von welchen Faktoren der Lebensablauf überhaupt bestimmt wird, welches die großen das Leben bestimmenden Kräfte und Mächte sind. Es ist sicher kein Zufall, daß die verschiedenen Zeiten Menschen verschiedener Prägung hervorbringen, daß sich die Lebensabläufe von Menschen, die aus verschiedenen sozialen Schichten stammen, weitgehend voneinander unterscheiden. Wieviel Kräfte, die sonst einer Leistung zugute kommen könnten, verbraucht ein Mensch im Kampf gegen äußere Widerstände? In diesem Zusammenhang wird dann das Problem der Chance und auch das Problem des Schicksals eine erweiterte Behandlung erfahren müssen, und damit auch die Frage nach der Beziehung zwischen »innerem« und »äußerem« Geschehen.

Das Buch von *Charlotte Bühler* baut vollkommen auf eigenen Untersuchungen und auf Untersuchungen ihrer Schüler und Mitarbeiter auf. Das verleiht dem Buche einen besonderen Reiz, eine besondere Frische und Eindringlichkeit. Vielleicht darf aber doch darauf hingewiesen werden, daß auch in der vorhandenen psychologischen Literatur sich bereits manches findet, was im Zusammenhang der hier behandelten Probleme nicht ohne Bedeutung ist.

Ich möchte dabei in erster Linie auf die Forschungen der *Freud*-schen Psychoanalyse, der *Adlerschen* Individualpsychologie, der *Jungschen* analytischen Psychologie hinweisen. Für eine Erörterung des Problems des Zusammenhangs zwischen Kindheitsentwicklung und Lebensablauf finden sich Ansätze, die vielleicht höchst einseitig sind, denen aber eine Bedeutung doch nicht abgesprochen werden kann, in der Psychoanalyse. Sie hat auch ein eingehendes Studium des so ungeheuer wichtigen Problems der Konflikte in Angriff genommen, sie ist der Frage nachgegangen, welche Beziehungen zwischen dem biologischen Geschehen und dem Geistigen bestehen, die von ihr aufgezeigten Vorgänge der Verdrängung, des Widerstandes, der Symbolisierung sind für eine Deutung der Lebenserscheinungen von großer Bedeutung. Adler hat eine Gruppe anderer Phänomene, den Willen zur Macht, den Geltungsdrang, die Kompensationserscheinungen eingehend erforscht, *Künkel* den Gegensatz zwischen sachlicher und ichhafter Haltung herausgearbeitet, *Jung* hat uns eine außerordentlich aufschlußreiche Typologie, deren Bedeutung mir recht weit zu reichen scheint, gegeben, er hat außerdem auf die Verwurzelung des Menschen im kosmischen Geschehen hingewiesen. Man kann des weiteren auf die Darlegungen von *Kretschmer*, auf seine biologisch fundierte Konstitutions- und Temperamentenlehre hinweisen, die auch eine der Grundlagen seiner Untersuchungen über das Leben genialer Menschen abgibt. Hier wird nachdrücklichst gezeigt, wie weit ein pathologischer Einschlag die eine Basis genialen Schaffens abgibt, wie er in Beziehung steht zu dem, was man vielfach als das Dämonische bezeichnet, und wie er sich mit dem »Spießbürgerlichen« verbindet.

Ich möchte mich auf diese kurzen Hinweise beschränken — es ließen sich auch noch andere Richtungen heranziehen — ohne daß damit ausgesprochen sein soll, daß ein Nicht-Bezug-Nehmen auf diese Arbeiten in der vorliegenden Monographie von *Charlotte Bühler* einen Mangel bedeutet. Das scheint mir nicht der Fall zu sein. Das Werk sollte eigene Forschungsergebnisse bringen und bringt sie in überaus reichem Ausmaß, so daß es als grundlegend und richtunggebend für weitere lebenspsychologische Forschungen anzusehen ist. Niemand, der sich mit Fragen dieser Richtung beschäftigt, wird an ihm vorübergehen können. Daß derjenige, der auf diesem bisher noch neuem Gebiete weiter arbeiten will, auch Anregungen von anderer Seite her finden kann, wollten unsere kurzen Hinweise andeuten.

Das Buch erscheint mir auch von Wichtigkeit für den Biographen, der methodisch viel aus ihm lernen kann, und für den Praktiker, der es mit dem anderen Menschen zu tun hat. Es wird von der Verfasserin der Wunsch ausgesprochen, daß der Psycho-

loge von Fach sich den hier angeschnittenen Problemen wieder mehr zuwenden möge und daß es gelte, der Psychologie ein Gebiet zurückzuerobern, das sie sich hat entgleiten lassen. Man kann dieser Forderung nur zustimmen und doch zugleich die Hoffnung aussprechen, daß auch der Mediziner sich an der lebenspsychologischen Forschung recht eingehend und nachdrücklich beteiligen möchte. An ihn wenden sich die Menschen in ihren Nöten, Sorgen, Konflikten, und er gewinnt einen Einblick gerade in das Leben des »einfachen« Mannes, des alltäglichen Menschen, er gewinnt, wenn er menschliches Interesse und menschliches Verständnis besitzt, einen Einblick von ganz besonderer Tiefe und Zuverlässigkeit in das Lebensgeschehen. Es handelt sich hier bei der Psychologie des Lebensgeschehens um ein Gebiet, auf dem die Zusammenarbeit von Psychologen und Mediziner ganz besonders fruchtbar zu werden vermag.

---

(Aus der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Buch, Direktor: Prof. Dr. *Birnbaum*,  
und dem Institut Robert Koch, Abteilung für Chemotherapie, Direktor:  
Geheimrat Prof. Dr. *F. K. Kleine*.)

## Zur Mangantherapie bei Schizophrenie.

Von

**Arno Warstadt** und **W. A. Collier**.

Im Jahre 1927 lenkte *Reiter* die Aufmerksamkeit auf seine therapeutischen Versuche mit Metallsalzen bei Schizophrenie. *Reiter* stützte sich dabei auf die von *Walbum* inaugurierte Metallsalztherapie, mit der dieser Autor »durch Verwendung von passenden Metallsalzen in kleinen optimal wirkenden Dosen die zahlreichen und sehr verschiedenartigen Faktoren zu stimulieren« suchte, »welche alle miteinander das Abwehrsystem des Organismus bilden«. Damit zog *Walbum* einen Trennungsstrich gegenüber der reinen Reiztherapie, wie sie mit Vakzinen, Eiweiß oder anderen fiebererzeugenden Mitteln oder Methoden ausgeübt wird. Er ging von der Vermutung aus, daß durch die Zufuhr selbst winziger Mengen von Metallsalzen Änderungen der Konzentration eines oder mehrerer anorganischer Stoffe in den Zellen des Organismus stattfinden, die einen Reiz auslösen, eine vermehrte Zellenfunktion veranlassen und somit vielleicht auf dem Wege einer Katalyse auf die Bildung von Ambozeptoren, auf die Wirkung der bakteriziden Stoffe und auf das lipolytische Enzym des Blutplasmas beträchtlich stimulierend einzuwirken vermögen. Bei dieser Therapie, die in erster Linie gegen Toxikosen und durch pathogene Mikroben erregte Krankheiten geschaffen war, kam es darauf an, die optimal wirkende Dosis des angewandten Metallsalzes zu ertasten. Zu kleine Dosen sind wirkungslos, zu große Gaben sind oft sogar schädlich. Es muß also der optimale Mittelwert gefunden werden.

Wenn *Reiter* diese Therapie in die Psychiatrie zu übertragen versuchte, so ging er dabei von der Arbeitstheorie aus, daß die schizophrene Erkrankung, insbesondere wie sie von den heftig verlaufenden hebephrenen und katatonen Bildern her bekannt ist, ätiologisch und pathogenetisch mit einer Toxikose in Verbindung steht. Über Berechtigung oder Nichtberechtigung dieser Arbeitshypothese soll hier nicht gestritten werden: Sie ist zum mindesten ebenso berechtigt, wie alle anderen bisher bei der Schizophrenie vorgetragenen Theorien.

Die schwierigste Klippe der Metallsalzbehandlung gerade beim Schizophrenen ist jedenfalls die Notwendigkeit, gemäß der *Walbumschen* Forderung die optimale therapeutische Dosis zu finden. *Reiter* vermißt den Mangel eines Indikators im Gegensatz zu Infektionskrankheiten, wo Temperatur, Gewichtskurve exsudative Reaktionen usw. eine Richtschnur bilden. Zwar zog er später die Gewichtsveränderungen dazu mit heran, doch lieferten ihm gerade die Messungen von Temperatur und zunächst auch Puls, keine brauchbaren Resultate: Die Messungen, die dreimal täglich erfolgten, zeigten zu selten eine Erhöhung der Temperatur im Anschluß an die Injektion, erwiesen bei häufiger Kontrolle jedoch von den Injektionen abhängige Pulsbeschleunigungen, die abhängig waren von der Höhe der Dosierung. Schließlich fand *Reiter* jedoch heraus, daß sich bei einstündiger Messung der Temperatur nach der Injektion doch subfebrile Erhöhungen feststellen ließen, die die zuverlässigste Methode einer Einstellung der Metallsalzdosis darzustellen scheinen. Die ungenügende Beachtung dieser kurz dauernden Temperaturschwankungen durch Nachprüfer der Metallsalztherapie nahm *Reiter* verschiedentlich zum Anlaß seiner Kritik an deren Ergebnissen.

*Reiter* bewährte sich bei der Durchprüfung der verschiedenen Metallsalze, wie der Salze von Cäsium, Cadmium, Beryllium, Kupfer, Gold, Antimon, Selen, Arsen, Tellur, Quecksilber, Iridium und Zirkonium, als besonders wirksam das Mangan. Dieses führte er in einer fabrikmäßig hergestellten Form, dem Metallosal-Mangan »Leo« zu, von dem er eine 0,02-molekulare Lösung 25- bis 40mal in drei bis fünftägigen Zwischenräumen intravenös injizierte. Hinterher gab er dieses Mangan noch längere Zeit per os als Trinkkur.

Diese Behandlungsmethode *Reiters* ist von verschiedenen Seiten mit wechselndem Erfolge nachgeprüft worden. Positive Resultate erzielte *Schrijver*, während *Stenberg* und *Handelsmann* weniger eindeutige Urteile abgaben. Keinen Erfolg mit dieser Behandlungsmethode konnten *Helweg*, *Nyirö* und *Petrovich*, *Overhamm*, *Tindige* feststellen.

Wir glaubten nun, bei unseren Versuchen mit der von *Reiter* vorgeschlagenen Therapie eine gewisse Abänderung der Methode vornehmen zu dürfen. Wir gingen von der Erfahrung aus, daß unlösliche, anorganische Metallverbindungen oftmals den löslichen in ihrer Wirkung wesentlich überlegen zu sein pflegen, und zwar sowohl in der Stärke wie auch in der Nachhaltigkeit. Sollte also das Mangan selbst einen therapeutischen Effekt ausüben in der Lage sein, so mußte sich dieser bei der Einverleibung eines unlöslichen Mangansalzes vermutlich in verstärktem Maße finden. Zudem pflegen derartige Verbindungen zumeist erheblich weniger



toxisch zu sein, als lösliche. Aus diesen Gründen benutzen wir ein von Herrn Prof. Dr. F. *Krauß* (Braunschweig) für uns hergestelltes Mangankarbonat. Dieses ist in physiologischer Kochsalzlösung als feinstes Pulver suspendiert. Damit hat es den weiteren Vorteil, ein einheitliches anorganisches, chemisch genau definierbares, durch äußere Einflüsse (Hitze) nicht veränderliches Präparat vorzustellen, das eine stets gleiche Zusammensetzung garantiert und dabei verhältnismäßig leicht herzustellen ist.

Über die Vorversuche mit diesem Präparat am Tier, über seine Wirkung auf die Leukozytenbildung und die Temperaturbewegung ist bereits an anderer Stelle ausführlich berichtet worden. Es sei daraus lediglich wiederholt, daß oft schon nach intramuskulärer Injektion von nur 0,00025 g Mangan das Temperaturniveau für einige Stunden deutlich gehoben wurde; der Puls ging gleichmäßig mit. Bei 0,0005 g war diese Wirkung schon immer mit Sicherheit zu erzielen. Die Wirkung der Einzelgaben schwächte sich nur langsam ab. Das Optimum schien bei 0,002 g zu liegen: jedenfalls erzielten höhere Dosen keinen besseren Effekt. Die Temperaturen traten eigenartigerweise oft erst 24 Stunden nach der Einspritzung auf und hielten sich dann zwischen 5 und 60 Stunden auf über 37 Grad bei Axillarmessung. Unsere höchste Einzeldosis war 0,01 g. Zwischenfälle oder schädigende Einflüsse haben wir nie bemerken können. Die Fieberhöhe ging nur selten über 38 Grad hinaus. Schüttelfrost und rascher Fieberanstieg wurden nie beobachtet. Im Falle der Gewöhnung genügte es, eine Spritzpause von drei bis vier Wochen einzulegen; dann konnten mit geringeren Einzelgaben wieder gute Reaktionen erzielt werden. Im übrigen sei auf die nachfolgend kurz mitgeteilten Krankheitsgeschichten der 20 auf diese Art behandelten Schizophrenen verwiesen. Diese sind aus Gründen der leichteren Abschätzung des Behandlungsergebnisses in drei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe umfaßt die höchstens drei Monate lang Kranken, in der zweiten Gruppe befinden sich die von drei Monaten bis zu zwei Jahren Kranken, in der dritten Gruppe sind die noch länger Kranken aufgeführt.

#### 1. Gruppe:

1. A. Sch., 1906 geb. Katatonie. Keine Belastung. Ende Januar 1931 erkrankt mit Halluzinationen, Gefühl der Veränderung. Acht Tage später kataton: kataleptisch, mutistisch, negativistisch. Erhält Mangan:

2. 3. 31	0,00025.	Temperatur	8 Std. über 37°,	bis 37,5°.
5. 3. 31	0,00025.	"	2 " " " "	37,3°.
9. 3. 31	0,0005.	"	7 " " " "	37,9°.
12. 3. 31	0,001.	"	13 " " " "	38,1°.
16. 3. 31	0,001.	"	10 " " " "	37,6°.
20. 3. 31	0,0015.	"	22 " " " "	38,5°.
23. 3. 31	0,0015.	"	18 " " " "	38,3°.

27. 3. 31	0,0015.	Temperatur	9 Std. über	37°, bis	38,0°.
30. 3. 31	0,0015.	"	34 "	" "	37,6°.
4. 4. 31	0,0015.	"	8 "	" "	37,3°.
23. 4. 31	0,001.	"	61 "	" "	38,4°.
30. 4. 31	0,001.	"	7 "	" "	37,6°.
4. 5. 31	0,0015.	"	8 "	" "	37,8°.
8. 5. 31	0,002.	"	29 "	" "	39,6°.
12. 5. 31	0,002.	"	24 "	" "	38,7°.
15. 5. 31	0,002.	"	35 "	" "	38,9°.
20. 5. 31	0,002.	"	11 "	" "	37,3°.

Wegen äußerer Umstände wurde die Kur hier abgebrochen. Pat. hat also im ganzen 0,022 g Mangan mit einem Effekt von 306 Stunden einer über 37° liegenden Temperatur erhalten. Die Temperaturerhöhung trat 9 bis 30 Stunden nach der Injektion auf. Gemessen wurde am Tage stündlich, in der Nacht zweistündlich. Wirkung: Während der Injektionszeit ist Pat. etwas lebhafter und zugänglicher. Kurze Zeit nach Abbruch kataton wie vorher. Beobachtungszeit nach Abschluß der Behandlung 22 Monate.

2. W. M., 1911 geb. Katatonie. Keine Belastung. Mitte Februar 1931 mit katatonem Stupor erkrankt. Behandlung etwa wie bei dem 1. Pat., im ganzen 0,0325 g Mangan in 20 Injektionen vom März bis Juni 1931, 322 Fieberstunden, höchste Temperatur 38,4°. 2. Kur vom Sept. bis November 1931, nochmals 20 Injektionen von insgesamt 0,0365 g Mangan. Jetzt wurden nur 214 Fieberstunden erreicht, höchstens 38,6°. Erfolg: Leichte Auflockerung des Stupors, nach wie vor deutlich kataton, einem normalen Krankheitsverlauf entsprechend. Beobachtungszeit 16 Monate.

3. W. Ma., 1910 geb. Hebephrenie. Keine Belastung. Unbeteiligt, läppisch, Erregungszustände. September bis Dezember 1931 20 Injektionen von insgesamt 0,021 g Mangan. Reagiert nicht oft über 37°, hat aber ein im allgemein niedrig liegendes Temperaturniveau von 35,6 bis 36,4°. Die Reaktionen sind daher deutlich, auch wo sie 37° nur erreichen. Vom Februar bis Mai 1932 zweite Behandlung mit 34,5 mg Mangan, ebenfalls niedrigerer Reaktion, höchstens 37,8°; wiederum 20 Einzelgaben. Nicht die geringste Veränderung. Beobachtungszeit: 10 Monate.

4. H. D., 1911 geb. Schizophrenie. Halluzinationen, ängstliche Erregung. Keine Belastung. Erkrankt Anfang Dezember 1931. Von Mitte Dezember bis Mitte März 1932 erhält Pat. 0,031 g Mangan in 20 Injektionen. Höchste Temperatur 37,8°. 267 Fieberstunden. Danach im ganzen ruhiger, weniger ängstlich, mehr hebephren anmutend. So unverändert bis heute. Beobachtungszeit 12 Monate.

5. M. B., 1908 geb. Hebephrenie. Keine Belastung. Läppisch, albern, fahrig, halluziniert. Erkrankt Februar 1931. Vom Mai bis Juli 1931 0,027 g Mangan in 20 Injektionen. 297 Fieberstunden, höchstens 38,1°. Vom Februar bis April 1932 nochmals 20 Einzelgaben, insgesamt 0,024 g Mangan. Höchste Temperatur 37,9°. Zusammen 266 Fieberstunden. Während der Kuren erregter, unberechenbarer. Danach wie früher. Beobachtungszeit 11 Monate.

6. R. St., 1911 geb. Keine Belastung. März 1931 mit katatonem Stupor erkrankt. Acht Tage später setzt die Manganbehandlung ein. Nach der 12. Injektion — bis dahin erhielt Pat. 0,016 g Mangan mit 211 Fieberstunden, höchstens 39,3° — hellt sich der Stupor auf. Pat. erhält noch acht Injektionen und wird im Juni 1931 gebessert und ziemlich unauffällig bis

auf eine gewisse Sperrung entlassen. Bisher scheint er in einer anderen Anstalt nicht zur Aufnahme gekommen zu sein. Beobachtungszeit 21 Monate.

2. Gruppe:

1. W. B., 1899 geb. Schizophrenie. Halluziniert stark, erkrankt Januar 1930. Keine Belastung. Im Laufe des Anstaltsaufenthaltes bei unvermindert anhaltenden Halluzinationen teilnahmsloser, apathisch, nicht zu beschäftigen. Von September bis November 1931 erhält Pat. 20 Mangangaben, insgesamt 0,0345 g. Höchsttemperatur 37,9<sup>0</sup>, 187 Fieberstunden. Im allgemeinen schlechte Reaktionen, jedoch ist nach der Einspritzung auch bei mangelhafter Fieberreaktion eine deutliche Pulsbeschleunigung regelmäßig vorhanden. Pat. bleibt völlig unverändert. Beobachtungszeit 16 Monate.

2. R. B., 1897 geb. Schizophrenie. Keine Belastung. Schwere ängstliche agitierte Depression mit Halluzinationen und Zerfahrenheit. Erkrankt Mai 1930. Erhält vom Februar bis März 1931 0,023 g Mangan, die bei ihm die erstaunliche Zahl von 623 Stunden einer über 37<sup>0</sup> liegenden Axillartemperatur hervorriefen. So hatte dieser Pat., z. B. nach der Injektion von 0,0015 Mangan 55 Stunden lang erhöhte Temperatur. Die Höchsttemperatur betrug 38<sup>0</sup>. Die therapeutische Wirkung war aber völlig negativ. Beobachtungszeit 22 Monate.

3. F. P., 1910 geb. Schizophrenie. Keine Belastung. Zerfahren, dissoziiert, Halluzinationen. Erkrankt Dezember 1930 mit Beeinflussungsideen. Vom September bis Oktober 1931 bekommt Pat. 10 Mangangaben, insgesamt 0,008 g. Schon in der Mitte der Kur verschwinden die Halluzinationen. Mitte Oktober kann Pat., unauffällig bis auf eine gewisse Scheuheit, entlassen werden. Anscheinend hat es bisher kein Rezidiv gegeben. Beobachtungszeit 17 Monate.

4. E. Z., 1907 geb. Hebephrenie. Keine Belastung. Zerfahren, läpisch, gesperrt seit August 1930. Bekommt 0,023 g Mangan in 20 Gaben von Januar bis März 1931. 196 Fieberstunden, bis zu 37,7<sup>0</sup>. September bis November 1931 nochmals 20 Injektionen, zusammen 0,034 Mangan, 172 Fieberstunden bis 37,8<sup>0</sup>. Absolut keine Änderung im Zustand. Beobachtungszeit 16 Monate.

5. W. A., geb. 1898. Katatonie. Keine Belastung. Seit der Erkrankung im Januar 1930 nach kurzem halluzinatorischem Stadium unverändert kataton. Völlig gesperrt, häufig Nahrungsverweigerung, die wochenlang Sondenfütterung notwendig macht. September 1931 bis November 20 Manganinjektionen, wegen schlechter Reaktionen bis zu einer Einzeldosis von 0,01 g, im ganzen 0,066. 117 Fieberstunden, höchstens 37,6<sup>0</sup>. Während der Injektionen macht sich eine gewisse Auflockerung bemerkbar. Pat. ißt auch besser. Danach das alte Bild. Beobachtungszeit 16 Monate.

3. Gruppe:

1. G. St., 1906 geb. Schizophrenie. Keine Belastung. Zerfahren, gehemmt, Halluzinationen. Krank seit 1928. 20 Mangangaben, 0,034 g. 228 Fieberstunden bis zu 37,6<sup>0</sup>, von März bis Mai 1931. Dasselbe von September bis November 1931 mit 0,041 Mangan, 226 Fieberstunden bis 37,5<sup>0</sup>. Keine Änderung. Beobachtungszeit 16 Monate.

2. W. T., 1897 geb. Katatonie. Krank seit 1924. Negativistisch. Keine Belastung. August bis November 1931 30 Manganspritzen, 0,045 g, 121 Fieberstunden, höchstens 37,4<sup>0</sup>. Das Temperaturniveau liegt in diesem Falle wieder allgemein sehr niedrig. Keinerlei Änderung. Beobachtungszeit 16 Monate.

3. E. P., 1905 geb. Katatonie. Bruder des Vaters Sonderling. Krank seit 1924. Negativistisch. Mai bis Juli 1931 20 Injektionen, 0,015 g Mangan mit 93 Fieberstunden bis 37,4<sup>0</sup>. September bis November 1931 nochmals 20 Gaben, 0,036 g. 127 Fieberstunden bis 37,5<sup>0</sup>. Keine Zustandsänderung. Beobachtungszeit 16 Monate.

4. A. E., 1888 geb. Schizophrenie. Mutter »gemütskrank«. Zerfahren, Halluzinationen. Krank seit April 1929. Februar bis März 1932 sechs Injektionen von 0,0009 g Mangan. Fieber bis 38<sup>0</sup>, insgesamt 73 Stunden. Wegen fortdauernder heftiger Erregungszustände, die mit Vergiftungsvorstellungen zusammenhängen, muß die Kur abgebrochen werden. Auch später keine Besserung. Beobachtungszeit 13 Monate.

5. W. M., 1905 geb. Katatonie. Keine Belastung. Mutistisch, negativistisch, manchmal Nahrungsverweigerung. Krank seit 1928. Zwei Kuren etwa wie bei Pat. 3. Keine Wirkung. Beobachtungszeit 14 Monate.

6. A. L., 1907 geb. Schizophrenie. Seit 1927 stark halluzinierend, zerfahren. Starke Belastung. Im Blutbild 42% Eosinophile, ohne daß eine organische Erklärung dafür zu finden wäre. Zwei Kuren wie Pat. 3, zusammen 507 Fieberstunden bis zu 38,3<sup>0</sup>. Insgesamt 0,0315 g Mangan. Keine psychische Besserung außer einer vorübergehenden Auflockerung während der Injektionszeit. Auch die Eosinophilie blieb unverändert. Beobachtungszeit 17 Monate.

7. C. P., 1906 geb. Katatonie. Keine Belastung. Völlige Sperrung. Behandlung in zwei Kuren wie bei Pat. 3. Keine Besserung. Beobachtungszeit 16 Monate.

8. K. St., 1909 geb., Schizophrenie. Mittelschwere Belastung. Autistisch, halluzinierend. Krank seit 1927. Ebenfalls zwei Kuren ohne Erfolg. Beobachtungszeit 14 Monate.

9. K. B., 1895 geb. Schizophrenie. Keine Belastung. Vorwiegend Denkstörung mit Zwangszuständen. Krank seit 1926. Zwei erfolgreiche Kuren. Beobachtungszeit 18 Monate.

10. G. L., 1908 geb. Hebephrenie. Abwechselnd läppisch und negativistisch. Keine Belastung. Krank seit 1929. Zwei erfolglose Kuren wie oben. Beobachtungszeit 16 Monate.

Die Übersicht über diese Behandlungsreihen ist wenig ermutigend. Von den sechs Kranken der ersten Gruppe ist nur einer soweit remittiert, daß er entlassen werden konnte. Dabei ist auch diese Remission schwerlich auf das Konto der Behandlung zu setzen. Man bedenke, daß hier schon nach verhältnismäßig kurzer Behandlung ein Stupor aufhellt, der auch spontan schon nicht selten nachzulassen pflegt.

In der zweiten Gruppe sind die Behandlungsergebnisse nicht besser, wie allerdings bei der längeren Dauer der Erkrankung von vornherein zu erwarten ist. Hier finden wir ebenfalls eine Remission, die einen absolut spontanen Eindruck erweckt. Nach wenigen Gaben ein Nachlassen der Halluzinationen und schnelle Rückkehr der Psyche zur Norm.

In der dritten Gruppe findet sich dann überhaupt keine Besserung mehr.

In fast allen Fällen von Katatonie sahen wir jedoch eine vorübergehende Auflockerung des Zustandes während der Injektionszeit. Wir sind jedoch nicht geneigt, diese flüchtige Besserung auf die Wirkung des Mangans selbst zu beziehen. Vielmehr sehen wir als Ursache hierfür die starke Beschäftigung mit den Kranken an: Durch die häufigen Messungen, das oftmalige Aufstehenmüssen, das Stechen bei der Injektion, die sonstigen Kontrolluntersuchungen werden die Kranken ständig aus ihrem Autismus gerissen. Sicherlich sprechen auch die infolge des Fiebers auftretenden Veränderungen der subjektiven Gefühlssphäre hier ihr Teil mit.

Bemerkt sei noch, daß wir nie irgendwelche unangenehmen Zwischenfälle, Neben- oder Nachwirkungen sahen. Injiziert wurde immer mit langer Kanüle intraglutäal. Über die Wirkung des Mangankarbonats auf das Blutbild — es wird eine erstaunliche Leukozytose hervorgerufen — vergleiche man unsere Veröffentlichung an anderer Stelle.

Es wäre leichtfertig, wollten wir mit unseren Ergebnissen ein Urteil über die Manganbehandlung überhaupt fällen. *Reiter* hat mit Recht die Forderung aufgestellt, daß man die Behandlungswirkung nur an großen Krankenzahlen und im Vergleich mit einem gleichgearteten Kontrollmaterial beurteilen dürfe. Wir haben wenigstens darauf Wert gelegt, eine unanfechtbare Beobachtungszeit nach der Behandlung abzuwarten.

Es liegt uns mehr daran, darauf hinzuweisen, daß im Mangankarbonat anscheinend ein besonders geeignetes Mittel für Versuche mit dieser Therapie gefunden worden ist. Es ist leicht und billig herzustellen, verbürgt eine sichere chemische Konstanz, ist außerordentlich wenig toxisch. Dies letztere scheint uns auch der Grund dafür zu sein, daß der Puls beim Mangankarbonat im wesentlichen mit der Temperatur harmoniert, während er beim Metallosal-Mangan nach den *Reiterschen* Kurven oft sehr selbständig reagiert und zuweilen geradezu bedrohlich erscheinende Sprünge macht. Eine weitere Eigenschaft des Mangankarbonats erscheint uns aber noch beachtlich genug: Der von *Walbum* und *Reiter* geforderte Indikator ist hier mit der bei stündlicher Messung feststellbaren Temperaturreaktion unbedingt vorhanden. Es erscheint uns auch nicht angängig, diese Temperaturbeeinflussung als lediglich auf dem Prinzip der unspezifischen Reizwirkung beruhend zu erklären. Dagegen scheint uns zu sprechen, daß die Temperaturen erst lange nach der Injektion, dann aber mit einer erstaunlichen Nachhaltigkeit, oft über zwei bis drei Tage hin, auftreten. Es dürfte hier wohl an eine Kombination von unspezifischer Reizwirkung und spezifischer Metallwirkung im *Walbumschen* Sinne zu denken sein. Diese Kombination aber

dürfte für besonders glücklich zu halten sein, zumal die Depotwirkung des unlöslichen Metalles hinzukommt.

#### Literatur:

*Handelsmann*, refer. Zbl. Neur. 52, 752, 1929.

*Helweg*, refer. Zbl. Neur. 51, 203, 1929.

*Nyiro und Petrovich*, refer. Zbl. Neur. 52, 752, 1929.

*Overhamm*, Psychiatr.-neur. Wschr. 32, 403, 1930.

*Reiter*, Z. Neur. 108, 464, 1927.

*Ders.*, Z. Neur. 111, 750, 1927.

*Ders.*, Psychiatr.-neur. Wschr. 31, 371, 1929.

*Ders.*, Seuchenbekämpfg. 6, 252, 1929.

*Schrijver*, Neurotherapie 1928 (nach *Reiter*).

*Stenberg*, refer. Zbl. 51, 203, 1929.

*Tindige*, refer. Zbl. Neur. 54, 710, 1930.

*Walbum*, Z. Neur. 110, 493, 1927.

*Warstadt und Collier*, Ztschr. f. d. ges. experiment. Medizin 1933 (in Druck).

## Über unseren Ruf.

Nach einem Vortrag in der Versammlung der Irren- und Nervenärzte  
Niedersachsens und Westfalens

Von

Dr. Grimme, Hildesheim.

Es ist in den letzten Jahren der Psychiatrie in der Öffentlichkeit verschiedentlich arg mitgespielt. Zwar sind wir Psychiater es von jeher gewohnt, angegriffen zu werden. Aber es ist meines Erachtens doch ein Unterschied zwischen dem, was sich früher oft ereignete und den Vorfällen der letzten Jahre. Früher gingen die Angriffe von verantwortungslosen Leuten aus, von Psychopathen, Querulanten und Geisteskranken, und hatten alle möglichen Vorwürfe zum Inhalt. Von dieser Einstellung der urteilslosen Masse hat erst vor kurzem *Videnz* ein Beispiel gegeben. Ich selbst mußte vor kurzem vor dem Landgericht in G. einem Rechtsanwalt gegenüber treten, der behauptete, sein Klient sei durch den langen Aufenthalt in der Anstalt genügend bestraft. Denn Gefängnis und Irrenanstalt seien gleich. In den letzten Jahren aber waren es verantwortliche Persönlichkeiten, Behörden, selbst oberste Verwaltungsbehörden, die uns angriffen, und diese behaupteten nicht mehr und nicht weniger, als daß in den Irrenanstalten überhaupt keine Krankenpflege betrieben würde. Dieses Urteil wurde zum Teil nach einem eingehenden Studium von Anstalten gefällt.

Es liegt nun meines Erachtens im Interesse der Anstalten, solchen Angriffen und Behauptungen regelmäßig nachzugehen und sie auf ihre Grundlage hin zu untersuchen und besonders nachzusehen, ob in unseren Anstaltsbetrieben irgend etwas ist, was zu ihnen Veranlassung geben könnte.

Ich erwähne u. a. zunächst den Reichsgesetzentwurf von 1923. Er ist nur aus dem Geiste der Revolution von 1918 zu erklären, der alles, was vorher bestand, verrucht und unbrauchbar nannte, und glaubte, sein eigenes recht stümperhaftes Wissen an die Stelle der in lebenslanger, wissenschaftlicher Arbeit gewonnenen Erfahrungen der Führer unseres Faches setzen zu können. Der Entwurf war so unsinnig und widersprach derartig allen praktischen Erfordernissen, daß er fast allein hieran alsbald wieder zugrunde ging.

Ebenfalls ein Kind der Revolution, wenn auch ein Nachkömmling, war der Polizeierlaß des Oberpräsidenten Noske mit seiner Brüskierung der ärztlichen Tätigkeit und des ärztlichen Ansehens. Er entstand aus der Sorge um den Artikel 114 der Reichsverfassung, die so stark war, daß alle Hinweise auf die Bedürfnisse des Volkes unbeachtet blieben. Die ärztliche Tätigkeit wurde nicht mehr anerkannt und die Geisteskrankenpflege fast lahm gelegt. Ich weiß nicht, ob seit dem Bestehen der Reichsverfassung nicht schon vorher einmal die Rechtmäßigkeit der Aufnahmen in die Anstalten von irgend jemandem erörtert worden ist. Ich könnte mir aber denken, daß ein anderer Verwaltungsbeamter die Schwierigkeit einer Regelung im Sinne des Artikels 114 der Bedeutung dieses Artikels gleichgeachtet hätte.

Weiterhin die Angriffe des Sparkommissars, der nach Untersuchungen in den Anstalten zu dem Ergebnis kam, daß die Tätigkeit des Personals auch von einem ungelernten Personal geleistet werden könnte.

Sehr wahrscheinlich beruhte auf dem Gutachten des Sparkommissars auch die Stellungnahme des früheren Oberpräsidenten von Hannover in der Frage der Besoldung des Pflege- und Oberpflegepersonals. Diese Stellungnahme gipfelte in folgendem Satze:

»Im übrigen hat meines Erachtens die von einem Pfleger bei Schwerkranken im Krankenhaus im Notfalle vorzunehmende Handlung, wenn ein Arzt nicht zur Stelle ist, weitgehendere Folgen, als wenn ein Pfleger bei einem Irren einschreiten muß. Letzterer muß im Ernstfalle eventuell durch drastische Maßnahmen zur Ruhe gebracht werden. In der Krankenpflege dagegen kann schon z. B. eine Verwechslung der Medikamente oder ein Fehlgriff weitgehende Folgen haben.« —

Wenn man so etwas liest, weiß man im Augenblick wirklich nicht, was man antworten soll. Nur eine völlige Unkenntnis der tatsächlichen Dinge kann eine solche Anschauung entstehen lassen. Ich weise besonders darauf hin, daß von einer Krankenpflege nur in Rücksicht auf die allgemeinen Krankenhäuser gesprochen ist. Es fehlt in dieser Auslassung nur noch, daß ein Irrer nicht zu den Kranken gerechnet wird.

Die gleiche Anschauung tritt zutage in einer Entscheidung des Versicherungsamtes Weimar, die dahin ging, daß staatlich geprüfte Irrenpfleger nicht angestelltenversicherungspflichtig seien, sondern der Invalidenversicherung unterlägen, weil die Tätigkeit des Irrenpflegepersonals nicht vorwiegend pflegerischer Natur sei.

Von dem Oberpflegepersonal heißt es:

»Was den Oberpfleger betrifft, so ist er nach Ansicht der



Kammer wohl als Vorarbeiter zu betrachten, er hat also gegen das Pflègepersonal eine etwas gehobene Stellung, jedoch nicht derartig, daß sie die Angestelltenversicherungspflicht begründet.« — (Deutsche Krankenpflege, Nr. 20 — 1932.)

Zur Begründung dieser Anschauung wurde die Tätigkeit des Personals am Tage und in der Nacht in allen Einzelheiten geschildert, so daß von ärztlicher Seite dieser Schilderung kaum etwas hinzuzusetzen ist und ohne weiteres erkannt werden kann, daß ein eingehendes Studium der Verhältnisse vorangegangen sein muß. Trotzdem dieses Urteil —

Man fragt sich unwillkürlich: was haben die Herren gesehen; wie mag das, was sie gesehen haben, auf sie gewirkt haben? Man muß doch annehmen, daß es urteilsfähige Persönlichkeiten waren und daß sie wahrscheinlich im allgemeinen nicht der Meinung sind, derjenige sei kein richtiger Doktor, der keine Rezepte verschreibt.

Auf der anderen Seite steht ebenso fest, daß wir in den Anstalten Krankenpflege betreiben. Sie sieht zwar in vieler Beziehung anders aus als die Krankenpflege in den anderen Krankenhäusern, aber Krankenpflege ist es ganz bestimmt. Ich habe nicht die Absicht, die allgemeine Krankenpflege zu kritisieren, doch das darf man wohl sagen, daß sie in erster Linie in der Beherrschung und der Ausübung gewisser technischer Maßnahmen besteht. Hiermit haben wir es bei der Geisteskrankenpflege auch zu tun, wenn auch nicht in dem Maße wie andere Krankenhäuser. Wie sollte sonst wohl eine Heil- und Pflegeanstalt, die fern von einer größeren Stadt liegt und größere Operationen selbst vornehmen muß, ihre Aufgaben erfüllen können! Jetzt, wo die Fiebertherapie in die Anstalten eingezogen ist, müssen sie ganz besonders auf die körperliche Krankenpflege eingestellt sein. Aber was die Anstalten an Menge nicht haben, das gleicht die Art der allgemeinen Krankenpflege in ihnen wieder aus, namentlich dann, wenn eine ansteckende Krankheit eine Abteilung befällt. Ruhr, Typhus, Scharlach oder Diphtheritis in einer Irrenanstalt können gewaltige Anforderungen an pflegerisches Verständnis und pflegerisches Können stellen. Von den Schwierigkeiten, die hierbei entstehen können, ahnt man in den Infektionsabteilungen der allgemeinen Krankenhäuser meistens nichts. Also allgemeine Krankenpflege wird auch in den Anstalten betrieben, aber über sie hinaus auch noch die psychische Pflege. Man kann fast sagen, daß da, wo in den allgemeinen Krankenhäusern die Tätigkeit des Personals aufhört, sie in den Anstalten erst anfängt. Das ist nicht nur pflegerische Betreuung, sondern meistens eine sehr mühsame Erziehungsarbeit, die nur von dem Pfleger mit Erfolg betrieben werden kann, der sowohl die wesent-

lichsten Erscheinungen der psychischen Störungen kennt, wie auch weiß, was alles an Unwägbarem und Unnennbarem auf den Ablauf des psychischen Geschehens einwirken kann. Wird dies nicht beachtet, so können die Folgen schwerster Art sein. Von einer kleinen Unaufmerksamkeit oder Unachtsamkeit kann das Leben eines Kranken abhängen. Verwechseln von Arzneien kommt leider auch in den Anstalten vor. Es ist noch das primitivste von allem, was sich ereignen kann. Die Pflege bei Geisteskranken ist sehr viel mehr eine geistige Arbeit, als es die allgemeine Krankenpflege ist. Sie ist eine Wirkung von Person zu Person, während in der allgemeinen Krankenpflege die Persönlichkeit kaum eine Rolle spielt. Wer mit drastischen Maßnahmen arbeiten würde, würde nicht zum Ziel kommen. Ganz abgesehen davon, daß es ihm selbst schlecht bekommen würde. Denn wenn wegen Anwendung von drastischen Maßnahmen eine Beschwerde einlaufen sollte, so würde von allen Seiten auf ihre sofortige Abstellung gedungen werden.

Infolgedessen spielt das Pflegepersonal in den Anstalten eine sehr viel größere Rolle als z. B. die Schwestern in den allgemeinen Krankenhäusern. Wir Ärzte sind sehr viel mehr von ihm abhängig, und es ist sehr viel mehr Träger der Behandlung.

Das ist so sicher, daß man gar nicht verstehen kann, wie jemand, der eine Anstalt auf ihre Tätigkeit untersucht, es nicht sieht und fühlt. Man muß doch annehmen, daß die Untersuchung in mehr als in einem einmaligen Durchgehen durch die Abteilungen bestanden hat.

Auch aus dem Grunde ist diese Stellungnahme ganz unverständlich, weil es doch bei allen Verwaltungsbehörden bekannt geworden sein muß, wie die Stellung der Psychiatrie innerhalb des Staatsganzen im Laufe der Zeit gegen früher eine ganz andere geworden ist; wie ihr Wirken keineswegs sich nur allein auf die Anstalten erstreckt, sondern wie sie weit hinaus in das Volk vorgeschoben ist, und wie sehr hierin ein therapeutisches Handeln und eine Krankenpflege, allerdings psychiatrischer Art, gelegen ist.

Die Verwaltungsbehörden haben hier vollkommen die für sie notwendige Neutralität und Objektivität vermissen lassen. Auf diese sind aber die Anstalten angewiesen, wenn sie einen Abwehrkampf gegen die so leicht aus dem Volke kommenden Verdächtigungen und Verleumdungen zu führen haben. Es bleibt nur übrig, anzunehmen, daß sie in einem Vorurteil befangen gewesen sind, das sie das Wirkliche nicht hat erkennen lassen. Vielleicht hat hier eine Art Ressort-Geist mitgewirkt, der bekanntlich so leicht die Objektivität bindet. Oder der Blick war durch politische Bedenken eingeengt, die als affektive Regung überwertige Vorstellungen erzeugen können, die ebenfalls eine objektive Stellungnahme erschweren. Es kann auch auf den Unterschied in der

Denkungsart zwischen Juristen und Medizinern hingewiesen werden. Der eine denkt mehr nach formal-rechtlichen Gesichtspunkten, der andere mehr nach biologischen.

In diesem Zusammenhange darf auch darauf hingewiesen werden, daß in dem Notprogramm für die Gesundheitsfürsorge (Reichsgesundheitsblatt Nr. 48, Dezember 1931), das von den sozialhygienischen Reichsfachverbänden auf Veranlassung des Reichsministeriums des Innern ausgearbeitet wurde, die Fürsorge für Geisteskranke nicht erwähnt ist.

Die Behauptung von der Voreingenommenheit der Verwaltungsbehörden muß auch aufrechterhalten werden, obgleich zugegeben werden muß, daß gewisse Zweige unseres Krankendienstes diese psychiatrische Eigenart nicht gleich in Erscheinung treten lassen. Dahin gehört z. B. der Dienst bei den landwirtschaftlichen Arbeiten. Hier mag es dem nicht geübten Blick wohl zunächst so erscheinen, als handele es sich nur um die Erledigung der landwirtschaftlichen Arbeiten. Im übrigen hat gerade die vermehrte Arbeitstherapie bewiesen, welches Maß von pflegerischer Leistung bei ihr verlangt wird. Aber auch in der allgemeinen Krankenpflege gibt es manche Maßnahme, die keines großen Studiums bedarf.

Doch ist die Frage zu stellen, ob dieses Maß überall erreicht wird. Ich wage es nicht zu behaupten. Die Anstalten haben mit der systematischen Ausbildung des Personals reichlich spät angefangen. Es liegt dies in der historischen Entwicklung des Anstaltswesens begründet. Erst nach dem Kriege hat man durchweg mit dem Unterricht begonnen. Aber es fehlt noch an einem gemeinsamen Zuge, an einer Einheitlichkeit des Aufbaues und des Zieles, und im ganzen ist die Zeit noch zu kurz, um alle Glieder des Pflegepersonals mit dem Geiste zu erfüllen, der für den Dienst in der Geisteskrankenpflege nötig ist. Namentlich da auch gewerkschaftliche Strömungen einsetzten, die sich zum Teil doch sehr dem Bestreben, das Pflegepersonal geistig an seinen Beruf zu binden, entgegenstemmten. Vielfach war nicht die Krankenpflege das Wesentliche, sondern das Interesse ging in gewerkschaftlichen Bestrebungen auf. Es soll andererseits aber auch offen zugegeben werden, daß die Arbeits- und Lebensbedingungen des Personals früher wenig schöne waren und daß an vielen Orten von seiten der Anstaltsleitungen und weiterhin der Verwaltungen sehr, sehr viel in dieser Beziehung verabsäumt war. Es gereicht, auch das darf eingestanden werden, den Anstalten nicht zur Ehre, daß es hie und da erst des revolutionären Anstoßes bedurfte, um z. B. das Schlafen des Pflegepersonals auf den Abteilungen, das in vielen Anstalten für erforderlich gehalten wurde, zu beseitigen und die Dienstzeit so zu beschränken, daß eine ausreichende Erholungszeit übrig blieb. So

entspannen sich Reibungen zwischen Anstaltsleitung, Ärzteschaft und Personal, die dem Einleben des Personals in den Geist der Krankenpflege nicht förderlich waren. Charakteristischerweise waren gerade die bei der Vermehrung des Personals infolge der verkürzten Arbeitszeit neu Eingetretenen besonders vom gewerkschaftlichen Geiste erfüllt. Dazu kam noch der Konkurrenzkampf der Gewerkschaften untereinander, der ebenfalls eine Beruhigung verhinderte. Diese letzten Jahre stellen in dieser Beziehung in der Geschichte der Geisteskrankenpflege im ganzen keinen erfreulichen Abschnitt dar.

Ein besonderes Kennzeichen dieser gewerkschaftlichen Bestrebungen ist die von den Pflegerverbänden durchgesetzte Abordnung eines Pflegers zu den Prüfungen. Sie bedeutet eine Kontrolle der Prüfenden und war ursprünglich so gedacht, daß der abgeordnete Pfleger auch ein Mitbestimmungsrecht bei den Prüfungen haben sollte. Solange aber die Pfleger nicht mit ausbilden, haben sie kein Anrecht, an der Prüfung teilzunehmen. Jetzt stellt der von ihnen abgeordnete einen Keil dar, der zwischen Anstaltsleitung, Ärzteschaft und Pflegerschaft eingeschoben wird. Durch ihn wird die Bindung des Personals an die Anstalt gehindert. Wenn ihm eine Möglichkeit, zuzuhören, gegeben werden soll, so soll man die Prüfung öffentlich machen. Nur in amtlicher Eigenschaft hat der Pfleger in ihr nichts zu suchen. Mir ist kein zweiter Fall bekannt, daß jemand, der in einen Beruf eintreten will, aber zuvor eine Prüfung ablegen muß, sich jemanden zur Prüfung mitbringt, der aufpaßt, daß er nicht zu scharf geprüft wird. Sollte es einmal dahin kommen, daß die Prüfung staatlich anerkannt wird, dann wird sich der Vertreter der Regierung wohl schwerlich diesen Kontrollbeamten gefallen lassen.

Eine weitere Bestätigung meines Zweifels sehe ich darin, daß in dem Landtag der Provinz Hannover und der Provinz Brandenburg im vorigen Jahre der Antrag gestellt wurde, zur Hebung der Arbeitslosigkeit Arbeitslose in den Pflegedienst der Heil- und Pflegeanstalten einzustellen. Das war ein unerhörter Vorgang, dessen Bedeutung recht eigentlich klar wird, wenn man ihn in die Verhältnisse des allgemeinen Krankenhauses übersetzt: Es sind zur Hebung der Arbeitslosigkeit sofort so und so viel Arbeitslose beiderlei Geschlechts in den Krankendienst des städtischen, des Kreis-, des Land-Krankenhauses, der inneren und der chirurgischen Klinik einzustellen! — Darauf würde sofort jedermann erwidern: »Das geht doch nicht, denn die Arbeitslosen verstehen doch nichts von der Krankenpflege!« — Nur den Heil- und Pflegeanstalten wagt man so etwas zu bieten! Sie sind aber keine Betriebe wie Fabriken, Landwirtschaft, Straßenbau, in die man ohne weiteres ungelern'tes Personal einstellen kann, und unsere Kranken sind

keine Maschinen, an denen man ohne weiteres arbeiten kann. — Nun weiß ich wohl, daß das nur ein agitatorischer Antrag war, gestellt von der Hefe der Politiker, berechnet für den Stimmenfang. Aber ich habe nicht gehört, daß er von der Pflegerschaft zurückgewiesen wurde, weil er das Ansehen des Standes herabsetze. Wenn man es nun auch der Pflegerschaft nicht verdenken kann, daß sie sich über Vorteile freute, die aus ihrer Umwerbung durch politische Parteien für sie sich ergaben, so hätte doch die Rücksicht auf das Ansehen des Standes hierfür eine Grenze abgeben müssen. Auch den übrigen Parteien, ist, soweit bekannt, die Unmöglichkeit der Anträge nicht aufgefallen. Das gibt besonders zu denken! — Wenn die Anträge nicht so viel Geld erfordert hätten, wäre ihre Annahme sehr wahrscheinlich gewesen. Die Provinz Hannover hätte 203 Pfleger und Pflegerinnen einstellen müssen.

Und wie steht es mit uns Ärzten selbst? — Ich möchte auf einen Vorgang hinweisen, der anderen vielleicht nebensächlich und weithergeholt erscheinen mag. Ich selbst will ihm auch keine große Bedeutung und vor allen Dingen keine Beweiskraft zuerkennen. Aber ich möchte doch darauf hinweisen, daß er zu einer falschen Auffassung Veranlassung geben kann. Das ist die Ankündigung des neu erschienenen kleinen Scholz im Inseratenteil der Psych.-neurologischen Wochenschrift durch zwei Abbildungen, von denen die eine zeigt, wie drei starke Männer einen anderen tragen, und die zweite, wie einer einen anderen festhält. Man macht nun immer mit dem Propaganda, was man für das Wichtigste hält. Ich glaube aber nicht, daß in der Geisteskrankenpflege das Dargestellte das Wichtigste ist. Gewiß ist es recht gut, wenn der Pfleger weiß, wie man einen erregten Geisteskranken anfassen soll, aber wichtiger ist es doch, daß er lernt, wie man am besten solche erregten Auftritte vermeiden kann. Solche Abbildungen könnten bei einem Laien tatsächlich die Meinung aufkommen lassen, daß drastische Maßnahmen in der Geisteskrankenpflege das Wesentliche seien.

Dieser kleine Regiefehler kann zum Anlaß genommen werden, der Ausbildung des Pflegepersonals eine vermehrte Aufmerksamkeit zuzuwenden. Es ist in der letzten Zeit wiederholt hierüber geschrieben, sowohl von ärztlicher Seite (*Rein, Alter, Würfler*), wie von den Pflegerorganisationen aus (*Steiter, Kandzia*). Die Erörterungen erstrecken sich in der Hauptsache auf die Frage der staatlichen Anerkennung und darauf, ob die Ausbildung in Pflegerschulen oder nicht vor sich gehen soll. Letzthin hat *Würfler* (Psych.-neurolog. Wochenschrift Nr. 48, 1932) einer besonderen Abänderung der Ausbildung das Wort geredet, indem er die Bedeutung des rein Praktischen hervorhob, das mehr nach

der Seite des allgemein Lebenskundlichen zielt, gegenüber z. B. der Ausbildung in der allgemeinen Körperlehre. Man wird ihm aber nur zum Teil recht geben können. Es ist zu fürchten, daß seine Ausführungen von denen, die uns nicht wohlwollen oder von Beurteilern nach der Art des Obergewerkschaftsamtes in Weimar und des Sparkommissars falsch ausgelegt werden. *Würfler* geht von der Voraussetzung aus, daß die allgemeine Vorbildung des Pflegepersonals durchweg nur eine geringe ist und daß dies anscheinend auch so bleiben wird. Diese Voraussetzung trifft nicht immer zu und braucht namentlich für die Zukunft nicht zuzutreffen. Denn das Angebot ist zurzeit so groß, daß schon bei der Anmeldung ausgesucht werden kann. Ferner ist das, was gelehrt wird, doch etwas recht Elementares. Es ist auf den Menschenkreis recht gestutzt, aus dem sich unser Pflegepersonal zusammensetzt. Wollte man z. B. in der Anatomie weniger geben, so würden wir die geistige Höhe nur drücken. Wer sich mit der Krankenpflege beschäftigt, von dem muß man erwarten, daß seine Interessen auch dahin gehen, daß er wissen will, wie der Körper des Menschen innen aussieht. Hiervon wird aber sowohl bei uns wie in der allgemeinen Krankenpflege nicht mehr gegeben, als was auch in Kulturfilmen und in den illustrierten Sonntagsbeilagen der Tageszeitungen gezeigt wird. Wir müssen aber mehr verlangen und finden darin auch die Unterstützung des einsichtigen Personals. Es trägt dies zur Hebung des Interesses an dem Beruf selbst bei. Denn es zeigt den Beruf auch von anderen Seiten und in anderen Beleuchtungen. Dies hat nichts mit dem heutzutage grassierenden Berechtigungsstimmeln zu tun. Denn es handelt sich um die Ausbildung im Beruf. Sie darf bei uns nicht geringer sein als in der allgemeinen Krankenpflege. Allerdings liegt in der Tatsache, daß die Geisteskrankenpflege so vielfach eine Auswirkung der Persönlichkeit ist, auch eine Schwierigkeit. Denn auf die Frage der Persönlichkeit dürfte die Stellungnahme manches Anstaltsarztes zu der Frage der Ausbildung des Pflegepersonals zurückgehen, indem gesagt wird, daß es weniger auf das Wissen und auf das Bestehen einer Prüfung ankomme als auf die Fähigkeit, mit Geisteskranken umzugehen; daß dies sehr viel mehr eine Frage des Charakters und des Willens als des Wissens sei und daß bei dem Berufe des Irrenpflegers auch Einflüsse mitsprächen, die aus der sozialen Schichtung der Kranken und des Pflegepersonals und aus der gemeinsamen Abstammung von gleichen Land und gleichen Leuten herrührten. Das ist zum Teil durchaus richtig und trifft für manchen anderen Beruf auch zu. Aber sollte sich nicht beides vereinen lassen? Namentlich wenn von vornherein eine Auswahl getroffen wird. Schon jetzt sind in den Anstalten die Probezeiten im allgemeinen so lang, daß das Personal in bezug auf seine Fähig-

keit, mit den Kranken umzugehen, geprüft und ausgesucht werden kann. Den übrig bleibenden sollte aber eine Ausbildung gegeben werden, die der in der allgemeinen Krankenpflege nicht nachsteht.

Hierfür erscheint es zunächst erforderlich, daß die Ausbildung eine einheitliche ist, daß nicht mehr jede Provinz für sich die Ausbildung regelt, sondern, daß sie mindestens für ganz Preußen nach einheitlichen Gesichtspunkten erfolgt. Allerdings erkennen die preußischen Provinzen die Prüfungen gegenseitig an. Doch würde eine Einheitlichkeit der Ausbildung ihre Bedeutung wesentlich erhöhen. Ferner halte ich eine Vertiefung der Ausbildung für erforderlich. Wenn in der allgemeinen Krankenpflege eine Ausbildungszeit von 2 Jahren mit 200 Stunden vorgesehen ist, so dürften in der Geisteskrankenpflege 100 Stunden, wie sie vielfach nur gegeben werden, etwas wenig sein, zumal doch beides, allgemeine Krankenpflege und Geisteskrankenpflege, gelehrt werden muß. Dabei habe ich den Eindruck, daß unser Fachgebiet selbst bei uns zurzeit zu kurz kommt. Es stehen für die Besprechung der geistigen Störungen meistens nur die letzten Wochen zur Verfügung. Auch in Hinsicht darauf, daß die Vorbildung unseres Personals bis jetzt vielfach eine recht dürftige ist, genügt die jetzige Ausbildung nicht. Denn neben der Tätigkeit unter den Kranken soll ebenfalls der Unterricht erkennen lassen, wer geeignet ist und wer nicht. Wenn es auch sicher nicht allein auf das Wissen ankommt, so kann Gutmütigkeit doch allein auch nicht genügen.

Es ist ferner die staatliche Anerkennung zu erstreben. Sie wird aber nur in der von *Kandzia* vorgeschlagenen Formel geschehen können: »Krankenpflege im Hauptberuf Irrenpflege«. Auch *Rein* schwebt die staatliche Anerkennung als letztes Ziel der Ausbildung vor. Vielfach hat diesem Gedanken der staatlichen Anerkennung gegenüber die Tatsache, daß alsdann der Vertreter der Regierung mitzusprechen hat, hemmend gewirkt. Nach meiner Ansicht brauchen wir dies nicht zu fürchten. Denn einmal wird jetzt schon der Regierungsmedizinalrat vereinzelt, wie z. B. in der Provinz Hannover, zu den Prüfungen eingeladen; zum andern würde durch die Teilnahme des Regierungsmedizinalrates ohne weiteres auch das Interesse an und das Verständnis für die Geisteskrankenpflege bei der Regierung geweckt. Der Regierungsmedizinalrat ist den Anstalten ja schon durch seine Revisionen kein Fremder mehr. Sollte man sich aber trotzdem nicht zu der staatlichen Anerkennung entscheiden wollen, so würde sich zur Not auch etwas Entsprechendes durch die Provinzen allein machen lassen. Die staatliche Anerkennung ist aber auch in Hinblick auf die im Laufe der Zeit doch wohl kommenden psychiatrischen Stationen an allgemeinen Krankenhäusern wünschenswert.

Die Frage, ob Pflegerschule oder nicht, braucht zurzeit wohl kaum erörtert zu werden. Denn es dürfte an Geld für sie fehlen. Außerdem ist der Wechsel unter dem Personal nicht mehr so groß wie früher, vor allen Dingen nicht bei den Männern, während die Pflegerinnen sich leichter wieder trennen. Das vermindert den Bedarf. Wünschenswert wäre eine Schule deswegen, weil es dadurch vermieden werden würde, daß das neu eintretende, gleichsam »frisch aus dem Laden kommende« Personal unmittelbar in den Abteilungsbetrieb hineingestellt wird und alsbald schon mit einer Verantwortung belastet wird, die man ihm eigentlich nicht zutrauen dürfte. Ist der Wechsel ein größerer, so macht sich dies erfahrungsgemäß doch recht bemerkbar. Ich halte den Standpunkt mancher Anstalten, nur mit Personal arbeiten zu wollen, das in dem eigenen Betriebe ausgebildet ist, nicht unbedingt für richtig. Wenn als Grund hierfür vielfach angeführt wird, daß Personal aus anderen Anstalten kritische Unruhe in den Betrieb brächte, so kann dies nur dann Gültigkeit haben, wenn die betreffende Persönlichkeit an und für sich nicht brauchbar war. Für aus einer Pflegerschule kommendes Personal kann dies nicht zutreffen, wie die Erfahrungen mit schon bestehenden Schulen zeigen.

Hier ist namentlich auf die in Sachsen bestehenden Pflegerschulen hinzuweisen, das Schwesternhaus in Arnsdorf und das Pflegerhaus auf dem Sonnenstein. Es dürfte kaum, was Unterricht und Heranbildung eines Pflegerstandes und einer Schwesternschaft anbetrifft, ein besseres Vorbild geben. Diese Schulen bestehen seit 1888, können also auf eine recht lange Erfahrung hinweisen, worüber die im Band 81 dieser Zeitschrift erschienenen Aufsätze ausführlich Auskunft geben, (*Naumann, Joh.:* Die Schwesterneinrichtung des Freistaates Sachsen; *Naumann, Paul:* Die Pflegereinrichtung des Freistaates Sachsen; *Sagel:* Die ärztliche Ausbildung der Schwestern im staatlichen Schwesternhause Arnsdorf i. S. und das Nachwort von *Ilberg*).

Nach diesen in Sachsen gemachten Erfahrungen ist es wirklich nicht zu verstehen, daß ähnliche Einrichtungen nicht durchweg ausgeführt sind, besonders da dieses Beispiel noch in einer Zeit gegeben war, in der noch Geld zur Verfügung stand.

Ich glaube, daß wir etwas weiter wären in unserer Krankenpflege, wenn man sich diesem Beispiel angeschlossen hätte.

Auch über die Herkunft des weiblichen Personals darf im Rahmen dieses Aufsatzes etwas gesagt werden. Es ist auffallend, daß bisher der Beruf einer Pflegerin so vielfach, nicht durchweg, von solchen jungen Mädchen, die eine Mittelschule oder gar ein Lyzeum besucht hatten, gemieden wurde. Wenn sie in die Krankenpflege gehen, so werden sie Schwestern für die



allgemeine Krankenpflege oder Säuglingspflegerinnen. Neuerdings ist Gymnastik und Diätküche in Mode. Nur in die Irrenanstalten kommen sie selten, und zwar weniger aus Furcht vor den Kranken, als aus einem gewissen Standesdünkel heraus, zumal auch grobe Arbeit mitgeleistet werden muß. Über die Trennung des weiblichen Personals in Schwestern und Pflegerinnen habe ich keine Erfahrung. Doch scheint mir diese Trennung nicht in dem Geiste der Geisteskrankenpflege zu liegen.

Die Anstalten sind natürlich keineswegs schlecht mit dem bisherigen Personal gefahren, und diese Bemerkung ist auch nur gemacht, um darauf hinzuweisen, daß unser Krankendienst nicht in allen Bevölkerungskreisen als voll angesehen wird. Aber auch hier wirkt sich die Notzeit gut aus. Denn die Anstalten finden jetzt auch Gnade bei den »höheren Töchtern«. Selbst geprüfte Krankenschwestern, die nicht unterkommen können, melden sich. Unser Ruf scheint sich demnach zu heben.

Wenn also zusammenfassend gesagt werden muß, daß nur ein Vorurteil die anfangs erwähnten Urteile über die Anstalten bedingt hat, so soll andererseits doch nicht verkannt werden, daß an der Ausbildung des Personals noch sehr, sehr gearbeitet werden muß. Vielleicht vollendet die nationale Revolution den Fortschritt, den die Revolution von 1918 eingeleitet hat. Da die Gewerkschaften in der alten Form nicht mehr bestehen, wird es leichter gehen. Selbstverständlich soll aber mit dem alten erfahrenen Personal zusammengearbeitet werden. Es soll in Zukunft gemeinsam an einen Strang in einer Richtung gezogen werden.

Aber auch die allgemeine Krankenpflege hat allen Grund, ihren Aufbau dahin zu ändern, daß sie weit mehr als bisher das Psychische berücksichtigt. Es läßt sich nicht mehr rechtfertigen, daß in der Ausbildung für die allgemeine Krankenpflege der psychische Teil im allgemeinen so sehr zurücktritt. Alles lernen die jungen Mädchen, nur nichts vom Ablauf des psychischen Geschehens. Gewiß wird über Geisteskrankheiten gesprochen, aber vielfach von einem Lehrer, der selbst nur wenig davon versteht, und nur ganz selten wird einmal ein Geisteskranker gezeigt. Es liegt dies zum Teil daran, daß die Schulen hierzu keine Gelegenheit haben. Größtenteils aber wird auch gar nicht das Bedürfnis empfunden, sich mit dem Psychischen zu beschäftigen. Nun sollen natürlich keine psychischen Krankheiten und Krankheitsverläufe gelehrt werden, sondern es soll auf psychische Elementarsymptome aufmerksam gemacht werden, z. B. darauf, daß es Störungen der Stimmung gibt und Sinnes-täuschungen und Wahnvorstellungen, daß die Stimmungsstörungen bald mit Vielgeschäftigkeit, Großmannssucht, bald mit Reiz-

barkeit und Nörgelsucht, bald umgekehrt mit Hemmungen und abnormen körperlichen Empfindungen einhergehen. Weiterhin, wie Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen in das Gemeinschaftsleben eingreifen; ferner, wie schizophrene oder epileptische Erkrankungen von den leichtesten Anfängen an die Persönlichkeit verändern. Ein außerordentlich großes lebenskundliches Material bergen die Anstalten, das bei der Pflege des kranken Menschen verwandt werden kann. Man sage nicht, daß es mit der praktischen Anwendung nicht so schlimm sei. Selbstverständlich werden stärkere psychische Störungen, wenn sie vorkommen, alsbald entfernt. Aber nicht auf diese kommt es an, sondern es soll nur im allgemeinen der Blick für das Psychische überhaupt geschärft werden. Denn es regelt den Verkehr der Menschen untereinander, wird durch körperliche Erkrankungen angeregt und wirkt sich umgekehrt im Körperlichen aus. Jetzt aber ist es für die Lernenden in der allgemeinen Krankenpflege so, als wenn das Psychische überhaupt nicht bestände. Eine Änderung liegt vor allen Dingen im Interesse der allgemeinen Krankenpflege, aber auch im Interesse des Ansehens der Geisteskrankenpflege. Es könnte recht gut gestattet werden, einen Teil der Ausbildung in einer Irrenanstalt abzuleisten. Selbst die Pflege solcher Kranker wird in den Irrenanstalten besser erlernt und die Pflege unsauberer oder die Nahrung verweigernder Kranker ist ein besonderer Prüfstein für pflegerisches Geschick. Natürlich wird solch eine Verschmelzung der Ausbildung allerlei verwaltungstechnische Schwierigkeiten machen. Aber sie würden sich überwinden lassen.

Dadurch wird sich von selbst ergeben, daß die in der Geisteskrankenpflege zugebrachte Zeit bei einem Wechsel von ihr zu der allgemeinen Krankenpflege ebenso angerechnet wird, wie die in der Säuglingspflege zugebrachte Zeit. Bei den augenblicklichen Verhältnissen ist solch ein Wechsel zwar selten, doch liegt in der Nichtanerkennung eine Minderbewertung der Geisteskrankenpflege.

Endlich muß noch auf eine Befürchtung hingewiesen werden. Wenn man sich in der Bevölkerung umhört, so begegnet man vielfach der Meinung, daß die Tätigkeit der Heil- und Pflegeanstalten nur eine rein pflegerische sei und daß sie deshalb in den Bestrebungen nach einem Wiederaufbau Deutschlands nicht in dem gleichen Maße berücksichtigt zu werden brauche, wie alle die Maßnahmen, die der Erhaltung und der weiteren Ertüchtigung des Gesunden dienen. In dieser Meinung liegt eine Gefahr für die Geisteskrankenpflege, denn sie trifft nur zum Teil zu. Nur eine gewisse Zahl von den in die Anstalten aufgenommenen Geisteskranken wird einmal nur ein Objekt der

Pflege. Das sind, wenn ich die Idioten außer acht lasse, nur gewisse Schizophrene und Paralytiker und die organischen Erkrankungen des höheren Alters. Aber z. B. kann man sehr viele noch arbeitende Kranke nicht hinzurechnen, wenn sie auch für das Wirtschaftsleben außerhalb der Anstalten ausfallen. Bei der größeren Zahl von schizophrenen Erkrankungen, ferner von all den Stimmungsstörungen, den psychopathischen Zuständen und reaktiven Störungen muß man von Behandlung und kann nicht von Pflege sprechen. Hierauf muß man immer wieder aufmerksam machen, wenn die Geisteskrankenpflege nicht in das Hintertreffen kommen soll.

Möchte die geradezu erschreckende Stellungnahme der bisherigen staatlichen Organe für uns alle der mahnende Anlaß sein, in der Aufklärungsarbeit, die leider immer noch alle Volksschichten, aber auch wirklich alle, umfassen muß, nicht nachzulassen. Was die Anstalten erlebt haben, ist ein kleiner Ausschnitt aus dem Kapitel »Krise der Medizin«, soweit sie die Beziehungen zwischen den Ärzten und der Volksgemeinschaft betrifft. Es zeigt, wie wenig es den Ärzten gelungen ist, trotz aller Wissenschaft und trotz aller therapeutischen Bemühens und auch Könnens die Verbindung mit dem Volke zu gewinnen. Zwar handelt es sich in diesem Falle nur um eine Gruppe von Ärzten, doch umfaßt die Krise alle Ärzte.

Man darf, auch wenn es staatliche Organe waren, die so über die Anstalten urteilten, doch vom Volke sprechen, denn tatsächlich bestehen solche Anschauungen im Volke allgemein. Aber geht man den Dingen auf den Grund, so zeigt es sich, daß diese Stellung der Ärzteschaft innerhalb des Volkes nicht allein auf Rechnung der Ärzteschaft kommt, sondern daß auch Vorurteile der anderen Seite mitsprechen. Diese sind, soweit die Heil- und Pflegeanstalten in Frage kommen, so groß, daß man mit gutem Grunde sagen kann, daß derjenige weltfremd ist, der nicht erkennt, daß in den Heil- und Pflegeanstalten Krankenpflege getrieben wird.

## Die Problematik der Sparmaßnahmen in der Geisteskrankenfürsorge.

(Referat in der Deutschen Direktorenkonferenz vom 19. IV. 1933.)

Von

Direktor Dr. **Ast**, Eglfing-Haar.

Wenn das Ersuchen an mich gestellt wurde, über das Thema »Sparmaßnahmen« zu referieren, über das ja eine ganze Reihe von erschöpfenden Arbeiten vorliegen — ich erinnere nur an die preisgekrönten Arbeiten von *Bratz*, *Friedländer* und *Ostmann*, an *Encke* u. a. — so liegt der Grund darin, daß gerade wir in Bayern in der letzten Zeit von unseren Behörden mit Sparmaßnahmen und Sparverordnungsversuchen besonders beschäftigt wurden und dabei Erfahrungen machten, die trotz der Abgedroschenheit des Themas von einigem Interesse sein könnten. Diese Erfahrungen erstrecken sich nicht bloß auf alle kleineren und größeren Fragen unseres Irrenwesens, sondern wir haben gesehen, daß die Grundlagen unseres Irrenwesens selbst bezweifelt wurden und wir genötigt waren, uns aufs Neue auf sie zu besinnen und sie klar zu legen. Ich glaube, die Lehre aus den Verhandlungen am besten an der Hand einer historischen Darstellung derselben entwickeln zu können.

Bekanntlich ist das bayerische Irrenwesen eine Selbstverwaltungsaufgabe der bayerischen Kreise. Die Heil- und Pflegeanstalten sind Eigentum der bayerischen Kreise. Die sogenannten Kreisangehörigen genießen gegenüber fremden Kreisen und Außerbayern billigere Sätze. Die Verpflegsätze für die Kreisangehörigen bewegen sich in der Höhe von 3.40 M. bis herab zu 2.80 M. Die aus ihnen stammenden Einnahmen haben die Ausgaben völlig abzugleichen, einschließlich Bauunterhalt, Zinsen usw. Kreiszuschüsse gibt es in keiner Form. Die Landesfürsorgeverbände bezahlen  $\frac{4}{5}$  der Kosten, die Bezirksfürsorgeverbände  $\frac{1}{5}$ . Wie im übrigen Deutschland setzte der Druck von oben auf Herabsetzung der öffentlichen Fürsorgelasten schon in den Jahren 1926 und 1927 ein und konzentrierte sich zunächst auf die Trennung in »Heil«- und »Pflege«-Anstalten und auf die Forderung nach Errichtung von zwei bis drei billigeren Pflegeanstalten für Bayern. Auf ein Referat von *v. Hößlin*-Ansbach hin wurde diese Forderung sowohl von den Kreisen wie vom Ministerium zunächst wieder fallen gelassen und statt dessen ein Bündel von Sparvorschlägen angenommen, über die wiederum *Hr. v. Hößlin* referierte. Die Hauptrolle unter ihnen spielte

die Minderung der Zahl der Anstaltsverpflegten durch vermehrte Entlassung, durch Ausbau der offenen Fürsorge und die Entlassung der sog. Endzustände in karitative Anstalten. Naturgemäß sprang zahlenmäßig der Erfolg der letztgenannten am meisten in die Augen. Es wurden innerhalb relativ kurzer Frist etwa 1500 Kranke in solche Anstalten überführt. Die Finanznot der Kreise stieg weiter an. Ich wurde deshalb als Sachberater des bayerischen Kreistagsverbandes im Februar 1932 erneut gebeten, zu berichten, inwieweit Einsparungen im Betrieb und in der Organisation des bayerischen Anstaltswesens möglich seien. Ich machte den Versuch, das Referat auf einer gründlichen Durchleuchtung und vergleichenden Betrachtung der einzelnen Anstaltswirtschaften aufzubauen. Zu diesem Zwecke entwarf ich einen Fragebogen für die Anstalten, aus dem die Einnahmen sowie die Ausgaben aller Titel, berechnet auf den Verpflegstag, zu ersehen sein sollten. (Siehe Anlage 1.) Es stellte sich dabei wieder heraus, daß es nicht einmal im Umkreis eines so einheitlich organisierten Anstaltswesens, wie es das bayerische ist, möglich ist, die Anstalten miteinander zu vergleichen. Der Kreisverband beauftragte auf meinen Vorschlag hin die bayerischen Direktoren mit der Ausarbeitung von vergleichbaren Jahresberichten und Voranschlägen. Hr. v. Hößlin-Ansbach referierte hierüber in der bayerischen Direktorenkonferenz vom 2. 7. 32, nicht ohne auf die bekannten Einwände der öden Schematisierung, der Unterbindung des Eigenlebens und der Selbständigkeit der Anstalten zu stoßen. Seine Vorschläge wurden trotzdem mit überwiegender Mehrheit angenommen. Wir haben jetzt also für Bayern ein einheitliches Schema für diese Zwecke und haben damit ein Desiderium erfüllt, das anscheinend heute noch in den preußischen Provinzen besteht. Was infolge des Mangels eines vergleichbaren Schemas nicht möglich war, habe ich dadurch wett zu machen versucht, daß ich die erhaltenen Zahlen auf eine gleiche Grundlage teils rechnerisch, teils schätzungsweise reduzierte (s. Anlage 2 reduzierte Zahlen). Es ergab sich die nicht unwichtige Tatsache, daß die Verschiedenheiten zum größten Teil scheinbar waren, die reduzierten Zahlen sich stark einander näherten, ein Beweis dafür, daß in allen Anstalten von jeher gleichmäßig sparsam gewirtschaftet wurde; denn wäre dies nicht der Fall gewesen, so hätten sich große Ungleichheiten ergeben müssen. Die zunehmende Bedrängnis der Kreise und der Landesfürsorgeverbände veranlaßten nun das Ministerium zu einer Art von Gewaltstreich. Es wollte mit einem Schlag, d. h. innerhalb einer relativ kurz bemessenen Frist die Krankenbestände der Anstalten um etwa 20% herabdrücken und glaubte ein sicheres Mittel dazu in einer Änderung der Fürsorgegesetzgebung gefunden zu haben. In einer umfangreichen Denkschrift versuchte es statistisch nachzuweisen, daß das sprunghafte Anwachsen der Zahl der Anstaltsverpflegten auf das in Bayern im Jahre 1916 in Kraft getretene Unterstützungswohnsitzgesetz zurückzuführen sei, das die Gemeinden im Gegensatz zu früher an den Kosten für die Anstaltsunterbringung in weitestem Maß desinteressiert habe. Man brauche nur letzteres wieder herbeizuführen, um die Anstaltsunterbringung auf das wirklich vorhandene Bedürfnis zu beschränken. Wie zu erwarten war, scheiterte der Plan des Ministeriums an dem Widerspruch der Städte und der Bezirksfürsorgeverbände, welche sich außerstande erklärten, in ihrer Notlage noch weitere Lasten zu übernehmen. Das Ministerium modifizierte hierauf seinen Vorschlag dahin, daß, statt durch das Mittel der Gesetzgebung, durch Anordnung von oben die Krankenbestände

der Anstalten binnen einer absehbaren Frist um 20—30% gesenkt werden sollten. Zu beiden Denkschriften des Ministeriums wurden die bayerischen Direktoren zur gutachtlichen Stellungnahme aufgefordert und damit sahen wir uns vor das eigentliche Kernproblem unserer geschlossenen Fürsorge gestellt: Haben wir wirklich innerhalb unserer Anstalten einen so hohen Prozentsatz von nicht oder nur relativ Anstaltsbedürftigen, mit anderen Worten: leiden wir auch heute noch an einer zu weit gehenden Hospitalisierung, wie sie vor dem Krieg und vor dem Ausbau der offenen Fürsorge wohl bestand? Wir fanden uns in zwei umfangreichen Gutachten mit diesem Problem und den mit ihm zusammenhängenden Unterfragen etwa folgendermaßen ab: Gegenüber der Behauptung des Ministeriums, daß die Statuierung der L. F. Verbände als eigene unmittelbare Fürsorgeträger der ausschlaggebende Faktor der Anstaltspflegezunahme sei, wiesen wir nach, daß schon unter dem alten Armengesetz die Zunahme der Anstaltsverpflegten eingesetzt habe und daß auch bei Anstalten, an denen bisher die B. F. V. oder O. F. V. in starkem Maße oder ausschließlich herangezogen worden seien, eine Abminderung der Zunahme nicht festzustellen sei, daß neben der Lastenverschiebung zugunsten der höheren Fürsorgeverbände, deren Wirkung nicht bestritten werde, für die Zunahme der Geisteskranken eben die ganze soziale Strukturveränderung unseres Volkes verantwortlich zu machen sei, zunehmende Bevölkerungsdichte, Verstädterung usw. Die Zahl der entlassungsfähigen Kranken werde vom Ministerium außerordentlich überschätzt. Die Forzierung von Entlassungen in diesem Ausmaß brächte für die Öffentlichkeit die größten Gefahren mit sich. Besonders eindringlich warnten wir aus den bekannten Gründen vor der Erschwerung der Aufnahmen. In einem besonderen Teil des Gutachtens, der im wesentlichen von *Kolb* stammt, betonten wir, daß das Ziel, Minderung der Anstaltsverpflegten, nur auf dem Wege eines organischen Ausbaues der vorhandenen Einrichtungen, offenen Fürsorge, Familienpflege in der eigenen Familie, zu erreichen sei, und glaubten hierdurch wenigstens ein Gleichbleiben der Verpflegtenzahl, unter günstigen Bedingungen da und dort eine Abminderung bis zu 10% in Aussicht stellen zu können. Während wir mit unseren Ausführungen die Kreise überzeugten, bestand das Ministerium auf seinem Standpunkte. Wir versuchten nun, ihm mit dem Rechenstift beizukommen und einmal durchzurechnen, was eigentlich an Ersparungen durch einen Abbau der Krankenbestände, einen solchen einmal als durchführbar angenommen, herauskommen würde. Die Gesichtspunkte, von denen wir bei diesen Berechnungen ausgingen, waren folgende:

Für eine Entlassung aus der Anstalt mußten die sog. »leichteren und mehr pflegebedürftigen« Kranken in Betracht gezogen werden. Der Gehalt der Anstalten an solchen, je nach Aufnahme- und Entlassungsziffer, vorhergegangener Abgabe in karitative Anstalten usw. verschieden, wurde für Bayern im ganzen auf 15% der Bestände geschätzt. Es fragte sich nun, welcher Bruchteil der zu Entlassenden für die Entlassung in Familien- bzw. Heimpflege in der eigenen Familie, welcher nur für Überführung in die billigeren Pflegeanstalten anzunehmen sei. Hier zeigten sich begreiflicherweise erhebliche Meinungsverschiedenheiten. Die Mehrzahl der Anstalten kam auf Grund der nochmaligen Durchuntersuchung ihrer Bestände auf das Ergebnis, etwa  $\frac{1}{10}$  für Familien- und Heimpflege,  $\frac{9}{10}$  für billigere Anstalten. *Kolb*-Erlangen glaubte auf Grund der

Erfahrungen mit seiner Erlanger Heimpflege mit einem wesentlich günstigeren Verhältnis rechnen zu können, nämlich  $\frac{1}{3}$  in Heimpflege mit 1 M. Unterstützung,  $\frac{1}{3}$  in Familienpflege à 1.50 M.,  $\frac{1}{3}$  in Pflegeanstalten à 1.90 M. täglich. Es fragte sich ferner, ob und in welchem Ausmaß mit dem Krankenabbau ein Abbau des Personals vorgenommen werden könne. Die Anstalten nahmen je nach ihren Verhältnissen einen Personalabbau von 1:6—10—12 Kranken an. Wesentlich fiel ins Gewicht, ob beim Abbau mit keinem, oder geringerem oder höherem Anfall von Wartegeldern zu rechnen war. Endlich wurde berechnet, welcher finanzielle Effekt durch Auflassung der entleerten Anstalten und Auffüllung der übrigen mit den zurückgebliebenen Kranken zu erwarten war. Für Bayern hätte dies die Auflassung von zwei Anstalten mittlerer Größe bedeutet.

Zielpunkt der Berechnungen war, nachzuweisen, ob und inwieweit der Ausfall auf der Einnahmenseite der Anstaltshaushalte durch Verringerung der Verpflegtenzahl auf der Ausgabenseite durch Abminderung der Personal- und Sachkosten ausgeglichen würde. Hervorzuheben ist, daß letztere nicht nur abgeschätzt, sondern von den Rechnungsbeamten so annähernd wie möglich berechnet wurden (als einzelne Beispiele s. Anlagen 3—5). Die unabhängig von einander arbeitenden Anstalten gelangten natürlich rechnerisch nicht zu den gleichen Ergebnissen. Immerhin konnte als allgemein gültig folgendes festgestellt werden: Bei einem Abbau des Krankenbestandes um 15% ohne gleichzeitigen Personalabbau erhöhen sich die Kosten bei einem Verpflegungssatz von 3 M. um etwa 30 Pf. pro Kopf und Tag, bei Abbau mit Personalabbau je nachdem (s. oben) um 15—20 Pf. Bei Auflassung von zwei Anstalten und Wiederauffüllung der übrigen fällt zwar für die letzteren der Ausfall von Verpflegungsgeldern auf der Einnahmenseite weg. Die Zusammensetzung des Krankenstandes aus nur noch Schwerkranken hat aber vermehrten Bedarf an Pflegern und anderen Kräften zum Ersatz der verloren gegangenen arbeitenden Pfléglinge zur Folge, was mit einer Erhöhung des Verpflegungssatzes mindestens um 10 Pf. pro V. T. gerechnet werden muß. Das Endresultat, ob Einsparung oder nicht, mußte davon abhängen, ob und inwieweit diese Erhöhungen der Anstaltskosten durch die niedrigeren Kosten der Familienpflege und der Pflegeanstalten kompensiert würden, so daß, gegenüber einem gesenkten Verpflegungssatz von durchschnittlich 3 M. bei Haltung des derzeitigen Krankenstandes, doch noch Einsparungen zu erwarten wären.

Anlage 6 gibt die Kosten für einen Durchschnittsbestand von 10500 Fürsorgepfléglingen in ganz Bayern an und ist Vergleichsbasis für die in Anlage 7a—f enthaltenen Resultate, wie sie sich je nach Wahl der oben genannten Voraussetzungen ergaben.

Bei Krankenabbau und gleichzeitigem Personalabbau ohne Wartegelder (Anlage 7a) ergibt sich demnach zwar rechnerisch eine geringfügige Einsparung, die praktisch jedoch aus verschiedenen Gründen kaum vorhanden ist (angenommener Personalabbau ohne Wartegelder nicht rein durchzuführen, außerdem durch die Veränderung der Krankenbestände eingeschränkt, die »Pflég«-Anstalten zur Aufnahme der angenommenen Zahl von Kranken zunächst nicht imstande usw.).

Anlage 7b: Dieselbe Berechnung, jedoch unter Zugrundelegung der Erlanger Verhältniszahlen, erzielt eine höhere, jedoch auch nicht wesentliche Einsparung. Diese Zahlen treffen jedoch für die meisten Anstalten nicht zu.

Anlage 7c: Die Auflassung von Anstalten ergibt eine wesentliche Mehrbelastung, wenn nicht gleichzeitig der Großteil der freierwerbenden etatsmäßigen Beamten auf die übrigen Anstalten verteilt wird. Diese Verteilung muß jedoch mit denkbar großen Schwierigkeiten rechnen.

Anlage 7d: Selbst wenn dieser Umstellungsprozeß mit nur 400 000 M. zu bewältigen wäre, ergibt sich noch eine Mehrbelastung.

Anlage 7e: Auflassung von Anstalten unter Annahme der Erlanger Verhältniszahlen ergibt nur eine geringe Einsparung.

Anlage 8 gibt die Einsparungen der einzelnen bayerischen Kreise bei Senkung der Verpflegskosten III. Kl. vom derzeitigen Stande auf 3 M.,

Anlage 9 die Einsparungen vom Jahr 1930 bis zum derzeitigen Stand an.

In ähnlicher Weise wurde der Spezialfall »Überführung einer größeren Anzahl von Anstaltspfleglingen in eine sogenannte Pflegeanstalt« durchgerechnet. Dies war nötig, weil der Kreis Niederbayern infolge zu geringer Belegung Deggendorf als Heil- und Pflegeanstalt aufließ, und, um die leerstehende Anstalt mit ihrem Personal möglichst auszunützen, als reine ärztlich geleitete Pflegeanstalt mit demselben Verpflegungssatz, wie dem der karitativen Anstalten, 1,90 M., wieder eröffnete, ein Angebot, das die übrigen L. F. Verbände stark zu Überführungsanträgen anlockte, wie die Berechnungen (s. Anlagen 10, 11, 12) beweisen zu Unrecht. In Wirklichkeit wendet der L. F. V. unter solchen Umständen für jeden Kranken in der Pflegeanstalt etwa 20 Pf. pro Tag mehr auf, wenn, wie es nötig ist, die Rückwirkung auf den Haushalt der abgebenden Anstalt miteingerechnet wird.

Betrachtet man die Resultate im ganzen, so kann als einwandfrei nachgewiesen gelten, daß bei Abbau der Krankenbestände, je nachdem man günstigere oder ungünstigere Voraussetzungen annimmt, immer nur eine geringe Einsparung herauskommt, bzw. sogar eine Mehrbelastung sich ergeben kann. Wir versäumen nicht, diesen fragwürdigen und geringfügigen Einsparungen gegenüberzustellen, womit sie erkaufte werden müßten, mit einer Entlassung und Aufnahmeerschwerung von Geisteskranken, die für die Öffentlichkeit nahezu gemeingefährliche Zustände zu schaffen geeignet, in Zeiten wirtschaftlicher und politischer Hochspannung besonders bedenklich, eugenisch höchst unerwünscht wäre, mit einer Zerstörung des bisher bewährten Organismus Heil- und Pflegeanstalt, mit einer Verschlechterung des Milieus und der Heilatmosphäre der Anstalten, mit einem Verlust an Wirtschaftlichkeit und wirtschaftlicher Anpassungsfähigkeit derselben, mit einem rücksichtslosen mit schweren sozialpolitischen Bedenken belasteten Personalabbau, bei Auflassung von Anstalten mit Schädigung weiter Landbezirke in ihrer irrenärztlichen Versorgung und in in ihrer Wirtschaft.

Ohne unsere Berechnungen im einzelnen bestreiten zu können oder zu wollen, wandte das Ministerium ein, daß sie alle auf einem grundsätzlichen Fehler beruhen. Man müsse sich doch darüber klar sein, daß die Einnahmen der Anstalten nicht mehr wie früher aus fremden Kassen, sei es der Selbstzahler, sei es der Gemeinden, sondern aus der eigenen Kasse stammten. Das Streben nach der sog. Wirtschaftlichkeit der Anstalten, die nur bei Füllung und Ausnützung vorhanden sei, sei also ein Trugschluß. Die Einnahmen der Anstalten müßten vielmehr durch Beschränkung der Anstaltspflege vermindert und der Anstaltsapparat, der verminderten Gelddecke entsprechend, zur Schrumpfung gebracht werden. Der Einwand führte in der letzten Sitzung vom 3. III. 1933 noch einmal zu einer prinzipiellen Auseinandersetzung. Ich führte aus, daß die Anstalten natürlich



nicht werbenden Betrieben gleich zu achten seien. Das günstigste wäre, möglichste Verminderung der Zahl der Verpflegten, Verminderung der Verpflegungssätze. Dies ließe sich aber praktisch nicht verwirklichen. Die Verpflegungssätze seien Durchschnittssätze, insofern als der Durchschnitt bei den schweren Kranken über-, bei den leichteren unterschritten werde. Eine Entlassung der letzteren müsse somit automatisch zu einer Steigerung der Verpflegungssätze führen. Wie sich dies im Verein mit dem Umstand, daß die aus der Anstaltspflege gedrückten Kranken auch draußen noch Kosten verursachen, auswirken würde, hätten eben unsere Berechnungen erwiesen. Wie schon erwähnt, ging unser Gegenvorschlag auf möglichste Senkung der Verpflegungssätze der bayerischen Anstalten und der Erhaltung der jetzigen Organisationsform Heil- und Pflegeanstalt hinaus. Wir glaubten allgemein auf einen Durchschnittssatz von 3 M. heruntergehen zu können, wobei ein Verköstigungssatz von 60 Pf. angenommen wurde, und ein Personalabbau nicht in Berechnung gezogen war. Dieser Vorschlag ging den Kreisen nicht weit genug. Das Ministerium bezeichnete ihn schlechtweg als indiskutabel. Es hatte sich zwar in letzter Minute noch überzeugen lassen, daß ein von oben diktiertter Massenabbau von Kranken sich praktisch nicht durchführen lasse, verlegte nun aber seine Kontingentierungsabsicht von der Zahl der Anstaltsverpflegten auf die Geldmittel, welche für den Anstaltsaufwand tatsächlich noch zur Verfügung stehen würden. Wir Direktoren wurden demgemäß beauftragt, noch einmal nach äußersten Möglichkeiten von Ersparnissen zu suchen. Die daraufhin von uns gemachten Vorschläge bezogen sich insbesondere auf Inangriffnahme einer Herabsetzung der bisher geschonten Personalkosten durch Personalabbau, Lohnsenkung, Beschränkung der Beamteneigenschaft, Verlängerung der Arbeitszeit usw. Sie sind im Rahmen dieses Referates nicht weiter von Interesse.

Das Resultat der ganzen endlosen Verhandlungen war ein im Verhältnis zu der aufgewandten Mühe denkbar mäßiges. Der Kreistagsverband faßte es in seiner Niederschrift vom 10. 3. 33 folgendermaßen zusammen: Eine Entlassung von Pflegelingen in dem Umfange, wie sie den Kreisen wirksam helfen würde, sei bei der gegenwärtigen Rechts- und Sachlage nicht möglich. Ein Ausgleich der Kreisvoranschläge auf diesem Wege sei nicht erreichbar, der Steuerrückschlag, der für die Finanzlage der Kreise im wesentlichen verantwortlich sei, könne nicht allein durch Einsparung auf dem Gebiet der geschlossenen Geisteskrankenfürsorge kompensiert werden. Der Ausgleich müsse geschaffen werden durch eine Erhöhung des Staatsbeitrages auf  $\frac{1}{3}$  des Defizites, während er bisher nur  $\frac{1}{5}$  ausmache. Der Kontingentierungsplan des Ministeriums erwies sich schon deshalb als undurchführbar, weil für den ganzen Aufwand pro Kopf und Tag nach den vorhandenen Mitteln nur noch 1 M. bis 1.20 M. zur Verfügung gestanden wären.

Inzwischen hat sich der Umschwung vollzogen, dessen Wirkungen an unserem Irrenwesen nicht halt machen werden. Wenn auch viele Arbeit zunächst nutzlos vertan erscheint, so wird es doch gut sein, das bisherige Kampffeld zu überblicken, die eingenommenen Positionen zu überprüfen und festzustellen, welche neuen Anforderungen gegenüber gehalten werden können oder müssen. In diesem Sinne möchte ich die Lehren, die uns die bayerischen Verhandlungen geben, folgendermaßen zusammenfassen:

Alle organisatorischen Sparmaßnahmen, soweit durch sie eine Minderung der Anstaltsverpflegtenzahl, eine andere Verteilung der Kranken auf billigere Pflegeformen, seien es caritative Anstalten, ärztlich geleitete Pflegeanstalten, Familien- oder Heimpflege usw. bezweckt wird, haben ihre Grenzen und ihre Bedingtheiten. Das sogenannte sicherste und einfachste Sparmittel »Verminderung der Zahl der Anstaltsverpflegten«, das auch in dem bekannten sonst recht verständigen Gutachten von *Sabath* als Axiom erscheint, das keines Beweises bedürfe, ist kein solches. Es muß zu einem Fehlschluß führen, wenn man den Blick nur auf die niedrigeren Kosten der billigeren Pflegeformen richtet und den Unterschied zwischen diesen und den der Heil- und Pflegeanstalten als reine Ersparnis bucht. Die Kosten der Heil- und Pflegeanstalten und die der übrigen Pflegeformen stehen in einem wechselseitigen Verhältnis zueinander. Die Entblößung der Heil- und Pflegeanstalten von den »leichteren« oder nur »pflegebedürftigen« Kranken führt zu einer Erhöhung der Anstaltskosten, die durch die geringeren Kosten der übrigen Pflegeformen nicht, oder nicht genügend kompensiert wird. Auch die Auflassung von Anstalten, ihrerseits mit kostspieligen Organisationsänderungen belastet, vermag den Ausgleich im Sinne der Einsparung nicht herbeizuführen.

Andererseits wäre es ebenso unrichtig, nur die Wirtschaftlichkeit der Heil- und Pflegeanstalten im Auge zu behalten und sie mit einer Hochhaltung der Anstaltsverpflegtenzahl vorwiegend aus diesem Gesichtspunkt zu erstreben. Insofern ist der oben erwähnte Einwand des Minist. ernst zu nehmen. Das Ideal wäre: niedrige Verpflegssätze und niedrige Verpflegtenzahl. Die praktisch gegebene Aufgabe ist, die mittlere Linie zu finden, nämlich die, bis zu der wir die Entlassungen und den Ausbau billigerer Pflegeformen treiben können und müssen, und von der ab wir Gefahr laufen, Sparmaßnahmen in ihr Gegenteil zu verkehren.

Die eine Seite der Aufgabe ist also Ausscheidung aller Fälle, welche nicht oder nicht mehr der Behandlung in der Heil- und Pflegeanstalt bedürfen. Daß diese Ausscheidung sinn- und zweckvoll nicht allein durch äußere Mittel, sondern nur unter Mitwirkung des Psychiaters getroffen werden kann, ist selbstverständlich. *Bratz* hat seiner preisgekrönten Arbeit mit Recht das Motto vorangesetzt: Durch Wissenschaft zur Wirtschaft. Je gründlicher der Einzelfall klinisch und sozial-psychiatrisch erfaßt wird, desto mehr können wir unnütze Aufnahmen sparen, unnötige lange Verpflegsdauer abkürzen, desto leichter die für den Kranken beste und billigste Pflegeform finden. Daß diese Tätigkeit sich nur in einer Anstalt, die über eine gut ausgebaute Außenfürsorge verfügt, entfalten kann, braucht heute nicht mehr betont zu werden.

Aber wir wissen, wie schwer diese Aufgabe ist, und daß wir uns hier auf einem Gebiet der Grenzfälle bewegen mit allen

Schwierigkeiten, die solche mit sich zu bringen pflegen. Wir werden deshalb zugeben müssen, daß ganz ohne alle äußeren Hilfsmittel, welche die sogenannte Anstaltsbedürftigkeit einschränken, in Zeiten der Not nicht auszukommen sein wird. Von solchen Mitteln kann man sich von Gesetzesverordnungen, engeren Fassungen des Ausdruckes »Anstaltsbedürftigkeit« am allerwenigsten versprechen. Die zur Anstaltsbedürftigkeit führenden Umstände, die aus dem Kranken selbst, und die aus der Umwelt, seiner Familie, seinen sozialen Verhältnissen stammen, sind im gegebenen Fall so miteinander verflochten und bedingen sich so, daß eine Trennung nach ärztlichen und sozialen Indikationen unmöglich ist. Das praktische Anstaltsbedürfnis im Einzelfall wird sich allen gesetzlichen Formulierungen gegenüber durchsetzen. Ein besseres Mittel ist das finanzielle Interesse derer, die die Kranken in den Anstalten unterbringen, an ihrer Herausnahme. Es ist sicher kein gesunder Zustand, wie er zurzeit noch in Bayern besteht. Insofern haben wir bayerischen Direktoren einen Fehler gemacht, als wir den ersten Vorschlag des Ministeriums so scharf bekämpften. Wir hätten uns abwartender verhalten können. Das Ministerium hätte sich wohl in Bälde selbst davon überzeugt, daß es die Zahl der auf dem Wege der Gesetzesänderung aus den Anstalten zu drückenden Kranken gewaltig überschätzte. Wir haben den Fehler gut zu machen versucht, indem wir auf Vorschlag *Kolbs* eine Mehrbeteiligung der Gemeinden an den Anstaltskosten forderten. Etwas geteilter dürften die Meinungen darüber sein, ob man den Angehörigen oder Pflegefamilien als Anreiz Prämien in Aussicht stellen soll, eine Frage, die eine Erörterung für sich erfordert. Ein wirksames Hilfsmittel wäre weiter die gegenseitige Selbstkontrolle auf intensive Entlassungstätigkeit auf Grund einer vergleichenden Entlassungs- und Bestandsstatistik. Es wird ja immer wieder der Versuch gemacht, die Anstalten in bezug auf die von ihnen jährlich berichteten Zahlen zu vergleichen, bzw. zu qualifizieren, sicherlich ein untauglicher Versuch; denn die uns bis jetzt zur Verfügung stehende Statistik erfaßt im wesentlichen nur die durch die lokalen Umstände gegebene Art und Zusammensetzung der Krankenbestände einer Anstalt. Es ist klar, daß z. B. eine Anstalt, welche von vorneherein nur die chronisch gewordenen oder schwereren Fälle bekommt z. B. die, denen Kliniken vorgelagert sind, auch eine schlechtere Statistik aufweisen muß. Aus diesem Grund ist auch die statistische Bearbeitung der Bestandszahlen der einzelnen bayerischen Kreise auf die durchschnittliche Behandlungsdauer hin (Verpflegstage: Summe aller Verpflegten), wie sie *Reiß-Mainkofen* vorgenommen hat, zur gegenseitigen Kontrolle nicht geeignet. Wir dürfen eben bei dem schicksalsmäßigen Verlauf der uns unter die Hand kommenden Psychosen den Anteil unserer eigenen Leistung in den etwa her-

auskommenden Zahlen nicht überschätzen. Sehr gutes leistet, das hat *Utz-Gabessee* hervorgehoben, die Entlassungsstatistik nach der *v. Schuckmannschen* Formel; aber auch diese berechtigt nur zu Vergleichen zwischen verschiedenen Zeiträumen derselben Anstalt. Schließlich darf nicht vergessen werden, daß in der GröÙräumigkeit der Anstalten eine gewisse Gefahr, in der Knappheit an Plätzen ein wohltätiger Zwang liegt. Die Anstalten sollen im ganzen dem — empirisch festgestellten — Bedürfnis ihres Aufnahmegebietes eben genügen. Wo es sich herausgestellt hat, daß man zu reichlich gebaut hat, darf von einer Schließung des überflüssigen Raumes nicht zurückgeschreckt werden.

Aber selbst wenn wir so auf Minderung der Anstaltsbestände mit aller Intensität hinarbeiten, ist es, um beim *Bratzschen* Motto zu bleiben, ärztlich-richtig und sparsam zugleich, damit alle chronischen, leichteren, »nur« pflegebedürftigen Fälle erfassen und sie gewissermaßen als Ballast aus den Heilanstalten entfernen zu wollen?, das ist die entscheidende Frage. Die Mehrzahl von uns wird sie wohl mit nein beantworten. Ich wenigstens bin schon länger, besonders auch auf Grund meiner Erfahrungen der letzten Jahre, davon überzeugt, daß der Prozentsatz an »leichteren« Kranken, der sich heute noch in den Heil- und Pflegeanstalten befindet, im großen und ganzen in sie hinein gehört und, wie mein Vorgänger *Vocke* zu sagen pflegte, dort am billigsten und besten versorgt wird. Ich bedauere, daß Anfänger, wenn auch tüchtige und begabte, sich an diese schwierige Frage gewagt und so Behörden und Sparkommissären willkommenes Material geliefert haben. Es gehört eine reife Erfahrung dazu, die »leichten« Fälle, die Laien und Anfänger täuschen, auf ihren sozialen Unwert hin zu beurteilen und zu erkennen, daß sie meistens nur innerhalb der Anstalten Arbeit leisten, und zwar die beste und produktivste, die man von ihnen erwarten kann. Sie pflegen in Wirklichkeit die Schwerkranken mit, und helfen uns damit, die Irrenpflege billig zu gestalten. Der tiefere Grund, warum von einer bestimmten Grenze ab die sog. billigen Pflegeformen teurer werden, liegt darin, daß dann Kranke in sie hinausgegeben werden, die sich für sie nicht oder nur unter Aufwendung von allzu viel Mühe und Kosten eignen. Die »Differenzierung« der Fürsorge, wie der Ausdruck heute lautet, nach stufenweise verbilligten Pflegeformen ermangelt eben noch, soweit es sich um die Verteilung der in Betracht kommenden Krankengruppen handelt, der wissenschaftlichen Fundierung. Wir sind, wenn wir ehrlich sein wollen, hierfür mit unserer Diagnostik und Prognostik noch nicht weit genug und kommen über ein mehr oder weniger grobes, oft recht kostspieliges, Experimentieren nicht hinaus. Wenn ich diese Grenze unseres Könnens deutlich zu machen versuche, so möchte ich nicht dahin mißverstanden werden, als ob ich ein Gegner der

gestaffelten Fürsorge im Sinne von *Bratz* überhaupt sei. Es handelt sich hier lediglich um die Stellung der »Heil- und Pflegeanstalt« innerhalb dieses Systems. Diese selbst kann in sich gar nicht reich genug gegliedert sein, und soll jede Art von Abteilungen, von reinen Pflegeabteilungen bis zu den für den Heilzweck besonders ausgestalteten Aufnahmeabteilungen enthalten; auch neurologische und andere »sanatorium«artige Abteilungen sollen soweit möglich angegliedert werden. Nur darf der organische und lokale Zusammenhang insbesondere zwischen den erstgenannten nicht verloren gehen. Dieser allein, der eine Übergangsmöglichkeit und raschen Austausch der Kranken gewährleistet, entspricht dem heutigen Stand unseres Wissens. Insofern kann ich allerdings mit *Bratz* nicht ganz einig gehen. Wie es nach seiner letzten Arbeit scheint, glaubt er die Krankenverteilung innerhalb eines räumlich sehr weit ausgedehnten Staffelsystems von einer zentralen Stelle aus regeln zu können, was eben doch die m. E. unmögliche Trennung von »Heil-« und »Pflege«anstalten zur Folge haben müßte. Kurz wir dürfen uns bei aller Schätzung der Staffeln, der Außenfürsorge, Familienpflege usw., durch Überspannung und Überausdehnung nicht die kombinierte Heil- und Pflegeanstalt gewissermaßen unter den Füßen wegziehen lassen, sondern sie muß der Kern- und Mittelpunkt unserer gesamten Irrenfürsorge bleiben. Gewiß muß sie je nach lokalen und allgemeinen Bedürfnissen ausgebaut, eingeschränkt, umgemodelt werden, aber eben wegen der vielfältigen Zusammensetzung ihrer Bestände ist sie auch elastisch, bequem zu handhaben, während die Aufsplitterung in Spezialpflegeformen die Verteilung der Kranken, die im ganzen doch klinisch und praktisch zusammengehören, zu komplizieren und kostspielig zu gestalten geeignet ist. Wenn wir an der Heil- und Pflegeanstalt in ihrer jetzigen Gestalt festhalten, so übernehmen wir damit die Verpflichtung, sie den Erfordernissen der Not entsprechend billig zu machen. Es wird die große Frage sein, ob unsere bisherigen Bemühungen und Versuche in dieser Richtung in der Zukunft als ausreichend anerkannt werden. Unser Ziel wird dabei nach wie vor das gleiche bleiben müssen, den immer noch zu großen Anteil, den die Verwaltungskosten verschlingen, so weit wie möglich zu vermindern und uns auf die Sicherung der für den eigentlichen Heil- und Pflegezweck nötigen Mittel zu beschränken.

Anlage 1.

**Fragebogen für die bayerischen Heil- und Pflegeanstalten.**

I. Haushaltplan 1931.

Anstalt: .....

Angenommener Krankenstand:

I. Kl. .... II. Kl. .... III. Kl. ....

Der Berechnung des Haushaltplanes zugrundegelegte Verpflegsätze

	III. Kl.	II. Kl.	I. Kl.
1. Kreisangehörige .....	.....	.....	.....
2. Armenverbände .....	.....	.....	.....
3. Übrige Deutsche und Reichsversicherungsträger .....	.....	.....	.....
4. Ausländer .....	.....	.....	.....

Einnahmen auf den Krankenverpflegstag:

a) aus Verpflegsgeldern .....	in %: .....
b) aus sonstigen Quellen .....	„ %: .....
<hr/>	
Sa.: .....	in %: .....

Aus welchen Quellen? z. B. Wohnungsmieten der Beamten, Zuschüsse des Gutsbetriebes, Bäckerei, Schlächtereier x. x.

Ausgaben auf den Krankenverpflegstag:

A. Personal-Ausgaben:

Gehälter und Löhne:

1. Ärzte .....	in %: .....
2. Verwaltungspersonal .....	„ %: .....
3. Pflegepersonal .....	„ %: .....
4. Handwerker und Maschinenhauspersonal .....	„ %: .....
<hr/>	
in Summa: .....	in %: .....
Pensionen .....	in %: .....
Summa A: .....	in %: .....

1. Werden die Pensionen aus Anstaltsmitteln gezahlt und wie hoch sind dieselben?
2. Werden die Beiträge zum Versorgungsverband aus Anstaltsmitteln gezahlt und wie hoch sind dieselben?
3. Erhält die Anstalt Rückersätze des Versorgungsverbandes und wie hoch sind diese?

B. Sachkosten:

Verköstigung .....	in %: .....
Kleidung .....	„ %: .....

Sind mit dem Verpflegskostensatz III. Klasse auch die Kosten für die Bekleidung abgegolten oder ist die Bekleidung vom Zahler in natura zu stellen? Oder welche Sonderentschädigung (Aversum?) ist für Bekleidung zu entrichten?

Wäsche u. Wäschereinigung .....	in %: .....
Bauunterhalt .....	„ %: .....
Medizinaletat .....	„ %: .....
Brennmaterial .....	„ %: .....
Ausgaben des techn. Betriebes .....	„ %: .....
Ausgaben für Hausfahrnisse .....	„ %: .....
Ausgaben für Außenfürsorge .....	„ %: .....

Sa. B: .....	in %: .....
Sa. A: .....	„ %: .....
<hr/>	
Sa.: .....	in %: .....

**Einnahmen**  
der bayerischen Heil- und Pflegeanstalten auf den

	Egling-Haar		Gabersee		Deggendorf		Mainkofen		Regensburg		Bayreuth	
	M	dl	M	dl	M	dl	M	dl	M	dl	M	dl
<b>A. Einnahmen</b>												
a) aus Verpflegungsgeldern .....	3	872	3	830	4	210	4	210	3	670	3	789
b) aus sonstigen Quellen .....	0	279	0	260	0	560	0	790	0	404	1	050
<b>Sa. Einnahmen</b>	<b>4</b>	<b>151</b>	<b>4</b>	<b>090</b>	<b>4</b>	<b>770</b>	<b>5</b>	<b>000</b>	<b>4</b>	<b>074</b>	<b>4</b>	<b>839</b>
<b>B. Ausgaben.</b>												
<b>a) Personalausgaben.</b>												
1. Ärzte .....	0	162	0	176	0	227	0	250	0	197	0	151
2. Verwaltungsbeamte .....	0	120	0	138	0	200	0	150	0	102	0	110
3. Pflegepersonal .....	1	320	1	358	1	341	1	080	1	200	1	160
4. Handw., Maschin. usw. ....	0	400	0	350	0	418	0	480	0	290	0	380
<b>Sa.</b>	<b>2</b>	<b>002</b>	<b>2</b>	<b>022</b>	<b>2</b>	<b>186</b>	<b>1</b>	<b>960</b>	<b>1</b>	<b>789</b>	<b>1</b>	<b>801</b>
<b>Pensionen</b>	<b>0</b>	<b>208</b>	<b>0</b>	<b>208</b>	<b>0</b>	<b>259</b>	<b>0</b>	<b>180</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>0</b>	<b>354</b>
<b>Summa a)</b>	<b>2</b>	<b>210</b>	<b>2</b>	<b>230</b>	<b>2</b>	<b>445</b>	<b>2</b>	<b>140</b>	<b>1</b>	<b>789</b>	<b>2</b>	<b>155</b>
												<b>233</b>
												<b>2 388</b>
<b>b) Sachkosten.</b>												
Verköstigung .....	1	017	0	900	1	002	1	150	1	110	1	068
												<b>0 147</b>
Kleidung .....	0	132	0	145	0	109	0	110	0	160	0	083
Wäsche u. Wäschereinig. ....	0	069	0	090	0	061	0	080	0	042	0	088
Bauunterhalt .....	0	114	0	180	0	131	0	230	0	140	0	124
Medizinaletat .....	0	044	0	025	0	035	0	030	0	031	0	040
Brennmaterial .....	0	186	0	140	0	266	0	360	0	165	0	193
Sonst. Ausg. d. techn. Betr. ....	0	131	0	130	0	104	0	140	0	585	0	156
Hausfahrnisse .....	0	224	0	050	0	052	0	040	0	050	0	063
Prosektur u. Außenfürs. ....	0	024	0	020	—	—	—	—	0	002	0	020
<b>Sonstige Ausgaben</b> .....	<b>0</b>	<b>000</b>	<b>0</b>	<b>180</b>	<b>0</b>	<b>565</b>	<b>0</b>	<b>720</b>	<b>—</b>	<b>—</b>	<b>0</b>	<b>469</b>
<b>Sa. b)</b>	<b>1</b>	<b>941</b>	<b>1</b>	<b>860</b>	<b>2</b>	<b>325</b>	<b>2</b>	<b>860</b>	<b>2</b>	<b>285</b>	<b>2</b>	<b>451</b>
<b>Sa. a)</b>	<b>2</b>	<b>210</b>	<b>2</b>	<b>230</b>	<b>2</b>	<b>445</b>	<b>2</b>	<b>140</b>	<b>1</b>	<b>789</b>	<b>2</b>	<b>388</b>
<b>Sa. Ausgaben</b>	<b>4</b>	<b>151</b>	<b>4</b>	<b>090</b>	<b>4</b>	<b>770</b>	<b>5</b>	<b>000</b>	<b>4</b>	<b>074</b>	<b>4</b>	<b>839</b>
<b>Reduzierte Vergleichsziffern</b> .	<b>4</b>	<b>151</b>	<b>4</b>	<b>090</b>	<b>4</b>	<b>641</b>	<b>4</b>	<b>280</b>	<b>4</b>	<b>074</b>	<b>4</b>	<b>241</b>
<b>Der Berechnung zugrunde ge-</b> <b>legte Verpflegssätze</b> .....	<b>3</b>	<b>80</b>	<b>3</b>	<b>80</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>4</b>	<b>20</b>	<b>3</b>	<b>60</b>	<b>3</b>	<b>70</b>





**Heil- und Pflegeanstalt Egging-Haar:****Haushalt-Berechnung.**

- I. bei Senkung der Verpflegskosten III. Klasse auf 3 M. — Pf. und Belassung des derzeitigen Krankenstandes.  
 II. bei gleichen Verpflegkostensätzen wie in Berechnung I, aber Senkung des Krankenstandes um 15%.

**Berechnung I**

für den derzeitigen nicht verringerten Anstaltsbestand.

Die Anstalt Egging-Haar nimmt bei den gesenkten Verpflegkostensätzen (Vorschlag) ein:

für 57 Pflöglinge à 4.80 M. =	99 864.— M.	
3 „ 5.80 „ =	6 351.— „	
2185 „ 3.— „ =	2 392 575.— „	
53 „ 3.50 „ =	67 707.50 „	
2 „ 5.— „ =	3 650.— „	
<u>50 Kinder 2.— „ =</u>	<u>36 500.— „</u>	
Sa. 2350 Köpfe mit 857750 V.-Tage	2 606 647.50 M. = pro V.-Tag	3.04 M.
dazu kommen an sonst. Einnahmen (Ertrag d. Nebenbetriebe, Wohnungsmieten) .....	181 400.65 „ =	0.21 „
Summa Einnahmen ..	2 788 048.15 M. =	3.25 M.

Sie gibt aus

Gehälter u. Löhne	1 368 357.42 M.	
Pensionen .....	158 395.30 „	
Sa. Personalkosten	1 526 752.72 M. = pro V.-Tag	1.78 M.
Verköstigung .....	611 740.— M.	= 71.4
Krankenunterhaltung		
u. Beschäftigung ..	40 000.— „	4.6
Kleidung u. Wäsche	120 000.— „	13.9
Wäschereinigung ...	20 000.— „	2.3
Allg. Verw.-Kosten ..	60 000.— „	7.—
Medizinaletat .....	30 000.— „	3.5
Inventar .....	20 000.— „	3.4
Bauunterhalt .....	82 400.— „	9.6
Beheizung, Licht,		
Wasser .....	220 000.— „	25.7
Ökonomie: Gärten,		
Anlagen .....	11 500.— „	1.3
Prosektur u. Außen-		
fürsorge .....	18 900.— „	2.2
Sonstige kl. Ausgaben	6 162.— „	0.7
Reserve .....	11 593.43 „	1.4
Sa. Sachkosten ..	1 261 295.43 M.	1.47 M.
Sa. Ausgaben ....	2 788 048.15 M.	3.25 M.
<b>A b g l e i c h u n g :</b>		
Einnahmen .....	2 788 048.15 M.	
Ausgaben .....	2 788 048.15 „	
Differenz .....	— — — M.	

Berechnung II.

Bei Senkung des Fürsorgekrankenstandes um 15% = 300 Köpfe

57	Pfleglinge à 4.80 M. =	99 864.— M.	
3	„ 5.80 „ =	6 351.— „	
1885	„ 3.— „ =	2.064 075.— „	
53	„ 3.50 „ =	67 707.50 „	
2	„ 5.— „ =	3 650.— „	
42	„ 2.— „ =	30 660.— „	
2042 Köpfe mit 745 330 V.-Tage		2 272 307.50 M. = pro V.-Tag	3.048 M.
Dazu kommen an sonst. Einnahmen (Ertrag d. Nebenbetriebe, Wohnungsmieten x. x.) .....		180 312.65 „	—24.2 M.
Einnahmen: Sa. ..		2 452 620.15 M.	3.29.0 M.
Die Anstalt gibt aus			
Gehälter u. Löhne ..		1 278 297.42 M.	
Pensionen .....		158 395.30 „	
Personalkosten ..		1 436 692.72 M. = pro V.-Tag	1.92.8 M.
			Pf.
Verköstigung .....		532 389.— M.	71.4
Krankenunterhaltung			
u. Beschäftigung..		34 000.— „	4.7
Kleidung u. Wäsche		106 780.— „	14.3
Wäschereinigung ...		19 000.— „	2.5
Allg. Verw.-Kosten		60 000.— „	8.0
Medizinaletat .....		25 000.— „	3.4
Inventar .....		29 000.— „	3.9
Bauunterhalt .....		82 000.— „	11.0
Heizung, Licht,			
Wasser .....		210 000.— „	28.3
Ökonomie (Gärten u.			
Anlagen) .....		11 500.— „	1.5
Prosektur u. Außen-			
fürsorge.....		18 900.— „	2.5
Sonstige kl. Ausgaben		6 162.— „	0.8
Reserve .....		11 593.43 „	1.5
Sa. Sachkosten ..		1 146 824.43 M. =	1.55.1 M.
Sa. Ausgaben ....		2.583 517.15 M. =	3.46.6 M.
Ableichung:			
Ausgaben ....		2 583 517.15 M. = 3 M. 46.6 Pf.	
Einnahmen...		2 452 620.15 „ = 3 „ 29.0 „	
Differenz ....		130 897.— M. — M. 17.6 Pf.	

Wird nicht gleichzeitig Personal abgebaut, so erhöhen sich die Personalkosten um rd. 90000 M. Das sind 12 Pf. pro Verpflegstag. Die Differenz zwischen Berechnung I u. II beträgt dann 30 Pf. pro Verpflegstag.

Vergleich.

Berechnung I zeigt den normalen Haushalt mit dem derzeitigen Kranken- und Personalstand unter äußerster Senkung der Verpflegssätze (Armenverbände von 3 M. 50 Pf. auf 3 M.).

Berechnung II geht von der Annahme aus, daß man mit einer Krankenstandssenkung um 15% ,das sind 300 Köpfe, gleichzeitig einen Personalabbau vornehmen könne, und zwar auf sechs Kranke eine Pflegeperson und außerdem zwei Ärzte. Beim Verwaltungs- und Handwerkspersonal sind bereits einige Stellen anlässlich der Zusammenlegung der Anstalten Eglfing und Haar abgebaut worden und kann vorläufig ein weiterer Abbau nicht in Frage kommen. Ebenso ist beim Personal der Koch- und Waschküche ein Abbau nicht möglich, da dieses Personal in seiner jetzigen Zahl schon vorhanden war als die beiden Anstalten zusammen einen Krankenstand von 1700 Köpfen hatten. Mit der allmählichen Erhöhung des Krankenstandes wurde in diesen Betrieben das Personal nicht vermehrt. Es käme also jetzt in Frage:

25 Pfleger mit einem Durchschnittsgehälte von	2000 M.	=	50000 M.
26 Pflegerinnen mit dem Anfangsgehalt von	1300 „	=	33800 „
1 Vertragsarzt mit .....			3200 „
1 do. mit .....			3060 „
			<u>Sa. 90060 M.</u>

Es ist angenommen, daß das ganze Personal ohne Wartegeld abgebaut werden kann. Außer den Personalkosten kommen in Wegfall die sogenannten persönlichen Kosten für den Kranken (Verköstigung, Kleidung, Wäsche, Taschengelder), von den allgemeinen Kosten können nur kleinere Beträge beim Medizinaletat, Bauunterhalt, Licht, Wasser, Beheizung wegen Schließung einiger Abteilungen in Frage kommen.

Auf der Einnahmeseite sind die gleichen Verpflegungskostensätze wie bei Berechnung I angenommen, doch vermindern sich die Einnahmen entsprechend der Senkung des Krankenstandes.

Es ergibt sich demnach gegenüber der Berechnung I eine

Minderung der Einnahmen um ..... 335 428.— M.

Bei den Ausgaben eine solche von ..... 204 531.— „

Es besteht also zwischen Einnahmen und Ausgaben ein Fehl-

betrag von ..... 130 897.— M.

das sind pro Kopf und Tag 17.6 Pf., um welchen Betrag die Verpflegskosten sich gegenüber der Berechnung I wieder erhöhen müßten. Wird jedoch nicht gleichzeitig Personalabbau vorgenommen, erhöhen sich die Ausgaben um 9000 M., das sind 12 Pf. pro Verpflegstag, so daß sich die V.-S. um 30 Pf. erhöhen wird.

Nicht in Rechnung gestellt ist dabei noch der Umstand, daß die Anstalt bei Abgabe von 15% des Krankenstandes wahrscheinlich ihre besten Arbeitskräfte in Landwirtschaft, Küchen und Nähstuben verliert und ihr entsprechende Ausgaben durch Aushilfslöhne und Ankauf von Fertigfabrikaten entstehen, die wieder an anderer Stelle eingespart werden müßten.

Bei Belassung des gesamten Krankenstandes in der Anstalt und Einräumung eines Verpflegungssatzes von 3 M. — Pf. (Berechnung I) zahlt der Landesfürsorgeverband Oberbayern für seine rund 2000 Pfl eglinge in der Anstalt Eglfing-Haar .....

6000 M. — Pf. tägl.

Senkt man diesen Krankenstand um 15%, das sind 300 Köpfe, so verbleiben 1700 Köpfe, die aber

nach Berechnung II, wenn nicht gleichzeitig Personal abgebaut werden kann, täglich 3 M. 30 Pf. kosten, das sind ..... 5610 „ — „

Von den entlassenen 300 Kranken können aber nur etwa 10% in die Freiheit entlassen werden, während der Rest mit 270 in karitative Anstalten verlegt werden muß und dort dem L.-F.-V. täglich 1 M. 90 Pf. Kosten verursacht, das sind .. 513 „ — „

Sa. 6123 M. — Pf.

Der Landesfürsorgeverband zahlt auf diese Weise um 123 M. — Pf. täglich mehr, als wenn er seine sämtlichen Kranken in der Anstalt belassen und so einen Verpflegssatz von 3 M. ermöglicht hätte. Wahrscheinlich werden aber die in die Freiheit entlassenen 30 Kranken auch noch der Unterstützung bedürfen, so daß sich die Kosten noch weiter erhöhen.

Das gegebene Bild ändert sich wie die Berechnung II zeigt in dem Augenblick, in dem man auch das Pflegepersonal ohne Wartegeld abbauen kann. Dann brauchen die Verpflegskosten nicht 3 M. 30 Pf., sondern nur 3 M. 20 Pf. zu betragen und der Landesfürsorgeverband zahlt für seine 1700 Köpfe in und 300 Köpfe außerhalb der Anstalt täglich 5953 M., also um 47 M. weniger, als wenn er seine 2000 Kranken in der Anstalt zu einem Satze von 3 M. belassen hätte. Dieses Bild verbessert sich nochmals zugunsten des Landesfürsorgeverbandes um täglich 73 M., wenn man die Verteilung der aus der Anstalt entlassenen 300 Kranken nach dem Erlanger Schlüssel — 1/3 in die Familie, 1/3 in Familienpflege und 1/3 in karitative Anstalten — vornimmt.

Anlage 4.

**Heil- und Pflegeanstalt Gabersee.**

Haushalt-Berechnung

- I. Bei Senkung der Verpflegskosten III. Kl. auf 3 M. — Pfg. und Belassung des derzeitigen Krankenstandes.
- II. Bei gleichen Verpflegkostensätzen wie in Berechnung I, aber Senkung des Fürsorgekrankenstandes um 15%,

Berechnung I

• für den derzeitigen nicht verringerten Krankenstand.

Einnahmen.

Krankenstand .....	780		
Verpflegskosten ...	770 a 3.— M. =	843 150 M.	
	10 a 3.50 „ =	<u>12 775 „</u>	
			855 925,00 M.
Sonstige Einnahmen (Wohnungsmieten, Ertrag der Nebenbetriebe usw. ....)			<u>64 279,40 M.</u>
			920 204,40 M.

pro Verpflegstag 3,23 M.

Ausgaben.

Gehälter und Löhne	467 549,40 M.
Pensionen .....	<u>49 465,00 „</u>

	517 014,40 M.
Verwaltung, Bürobedarf, Telefon, Porto .....	3 600,00 „
Medizinalaufwand .....	6 000,00 „
Kultus .....	2 100,00 „
Bibliothek, Tagesliteratur .....	2 000,00 „
Unterhalt und Beschäftigung .....	14 000,00 „
Verköstigung 60 Pf. ....	170 820,00 „
Getränke .....	3 500,00 „
Wäsche und Betten .....	16 000,00 „
Reinigung .....	8 000,00 „
Inventar .....	12 000,00 „
Gärtnerei .....	2 000,00 „
Kraftfahrbetrieb .....	8 000,00 „
Bauunterhalt .....	37 000,00 „
Technischer Betrieb .....	65 450,00 „
Bekleidung .....	38 220,00 „
Sicherheit .....	400,00 „
Sozialversicherungen .....	5 100,00 „
Desinfektion .....	500,00 „
Prosektur .....	2 500,00 „
Außenfürsorge .....	6 000,00 „
	<u>920 204,40 M.</u>

Einnahmen 920 204,40 M.

Ausgaben . 920 204,40 „

Differenz . — — — M.

Ausgaben pro Verpflegstag .. 3,23 M.

Einnahmen pro Verpflegstag 3,23 „

Differenz..... —,— M.

#### Berechnung II.

Einnahmen.

Krankenstand .... 650 15% weniger

Verpflegskosten .. 640 a 3.— M. = 700 800,00 M.

10 a 3,50 „ = 12 775,00 „

713 575,00 M.

Sonstige Einnahmen

(Wohnungsmiete, Ertrag der Nebenbetriebe usw. ....) 64 279,40 „

777 854,40 M.

pro Verpflegstag 3,28 M.

Ausgaben.

Gehälter und Löhne bei Abbau nach Quote 12 : 1 .....
 503 286,40 M. |

Pensionen .....
 —,— „ |

Verwaltung, Bürobedarf, Telefon, Porto .....
 3 600,00 „ |

Medizinalaufwand (— 10%) .....
 5 400,00 „ |

Kultus .....
 2 100,00 „ |

Bibliothek, Tagesliteratur (— 10%) .....
 1 800,00 „ |

Unterhaltung und Beschäftigung (— 7%) .....	13 000,00 M.
Verköstigung 60 Pfg. (— 15%) .....	142 350,00 „
Getränke (— 10%) .....	3 150,00 „
Wäsche und Betten (— 12,5%) .....	14 000,00 „
Reinigung (— 5%) .....	7 600,00 „
Inventar .....	12 000,00 „
Gärtnerei .....	2 000,00 „
Kraftfahrbetrieb .....	8 000,00 „
Bauunterhalt .....	37 000,00 „
Technischer Betrieb (Beheizung) 2% .....	64 150,00 „
Bekleidung 13,6% .....	33 020,00 „
Sicherheit .....	400,00 „
Sozialversicherungen .....	5 100,00 „
Desinfektion .....	500,00 „
Prosektur .....	2 500,00 „
Außenfürsorge .....	6 000,00 „
	<hr/>
	866 956,40 M.

Einnahmen 777 854,40 M.

Ausgaben . 866 956,40 „

Differenz . 89 102,00 M.

Ausgaben pro Verpflegstag 3,65 M.

Einnahmen pro Verpflegstag 3,28 „

Differenz ..... 0,37 M.

Bei Belassung des gesamten Krankenstandes in der Anstalt zum

Satze von 3.— M. zahlt der Landesfürsorgeverband täglich für

730 Kranke ..... 2 190,00 M.

Bei Senkung des Krankenstandes um 15% (130 Köpfe) ver-

bleiben 600 Kranke für die täglich bezahlt werden bei 3,37 M. 2 022,00 „

Für die entlassenen 130 Kranken müssen bei Verbleiben von

120 Kranken in caritativen Anstalten zu 1,90 M. pro Tag

bezahlt werden ..... 228,00 „

---

2 250,00 M.

Der Landesfürsorgeverband zahlt also täglich 60,— M. mehr als wenn er die

sämtlichen Kranken zum Satze von 3.— M. in der Anstalt belassen hätte.

Das Bild ändert sich, wie bei Eglfing angegeben, wenn man mit dem Kranken-

stand gleichzeitig Personal abbaut.

Anlage 5.

**Heil- und Pflegeanstalt Ansbach.**

Haushalt-Berechnung

- I. bei Senkung der Verpflegskosten III. Klasse auf 3,20 M. und Belassung des derzeitigen Krankenstandes,
- II. bei gleichen Verpflegkostensätzen wie in Berechnung I, aber Senkung des Fürsorge-Krankenstandes um 15% Personal-Abbau 1 : 6 ohne Wartegeld.

## Berechnung I

für den derzeitigen nicht verringerten Anstaltsbestand.

Die Anstalt Ansbach nimmt bei den gesenkten Verpflegungskostensätzen ein		
für 3 Pflinglinge à 5,— M. ....	5 475 M.	
„ 1083 „ „ à 3,20 „ .....	1 264 944 „	
„ 14 „ „ à 3,70 „ .....	18 907 „	
<u>Sa. 1100 Köpfe mit 401 500 Verpfü. 1</u>	<u>289 326 M. =</u>	pr. V.-Tg. 3,21 M.
Dazu kommen an sonst. Einnahmen (Ertrag d. Nebenbetriebe, Wohnungsmieten usw.) .....	134 124 M.	„ 0,33 „
<u>Summe der Einnahmen .....</u>	<u>1 423 450 M.</u>	<u>3,54 M.</u>
Sie gibt aus Gehälter und Löhne .....	704 300 M.	
Pensionen .....	—	
<u>Summe der Personalkosten .....</u>	<u>704 300 M.</u>	„ 1,75 M.
Verköstigung .....	332 088 M.	p. Tg. 82,7 Pf.
Krankenunterh. und Beschäftigung .....	11 500 „	„ 2,9 „
Kleidung u. Wäsche ....	60 000 „	„ 14,9 „
Wäschereinigung .....	6 000 „	„ 1,5 „
Allg. Verw.-Kosten .....	19 400 „	„ 4,8 „
Medizinaletat .....	10 500 „	„ 2,6 „
Inventar .....	11 000 „	„ 2,7 „
Bauunterhalt .....	32 000 „	„ 8,0 „
Beheizung, Licht u. Wasser	149 690 M.	„ 37,3 M.
Ökonomie, Gärten und Anlagen .....	4 800 „	„ 1,2 „
Außenfürsorge .....	16 000 „	„ 4,0 „
Sonst. kleine Ausgaben..	4 000 „	„ 1,0 „
Verzinsung u. Tilgung ..	6 060 „	„ 1,5 „
Kultus und Unterricht ..	1 150 „	„ 0,3 „
Ablieferung an Kreisk. ..	50 000 „	„ 12,4 „
Reserve .....	4 962 „	„ 1,2 „
<u>Sa. Sachkosten .....</u>	<u>719 150 M.</u>	M. 1,79 M.
<u>Sa. Ausgaben .....</u>	<u>1 423 450 M.</u>	<u>3,54 M.</u>
Abgleichung		
Einnahmen .....	1 423 450 M.	
Ausgaben .....	1 423 450 M.	
Differenz .....	— — — M.	

## Berechnung II

bei Senkung des Bestandes an L.-F.-V.-Kranken um 15% = 162 Köpfe Personal-  
Abbau 1:6 ohne Wartegeld.

3 Pflinglinge à 5,— M. ....	5 475 M.	
921 „ „ à 3,20 „ .....	1 075 728 „	
14 „ „ à 3,70 „ .....	18 907 „	
<u>Sa. 938 Köpfe mit 342 370 V.-T. ...</u>	<u>1 100 110 M.</u>	pr. V.-Tg. 3,21 M.
Sonst. Einnahmen .....	121 628 „	„ 0,355 „
<u>Sa. der Einnahmen .....</u>	<u>1 221 738 M.</u>	<u>3,565 „</u>

Sie gibt aus

Gehälter und Löhne	.... 658 700 M.		
Pensionen	..... —		
<b>Summe der Personalausgaben</b>	<b>..... 658 700 M.</b>		<b>p. V.-Tg. 1,924 M.</b>
Verkostigung	..... 283 325 M.	<b>p. Tg. 82 7 Pf.</b>	
<b>Krankenunterhaltung u.</b>			
Beschäftigung	..... 9 200 „	„ 2,7 „	
Kleider u. Wäsche	..... 51 200 „	„ 14,9 „	
Wäschereinigung	..... 5 700 „	„ 1,7 „	
Allg. Verw.-Kosten	..... 19 400 „	„ 5,7 „	
Medizinaletat	..... 10 200 „	„ 3,0 „	
Inventar	..... 11 000 „	„ 3,2 „	
Bauunterhalt	..... 32 000 „	„ 9,3 „	
Beheizung Licht, Wasser	137 690 „	„ 40,2 „	
Ökonomie, Gärten, Anlag.	4 800 „	„ 1,4 „	
Außenfürsorge	..... 16 000 „	„ 4,7 „	
Sonst. kleinere Ausgaben	4 000 „	„ 1,2 „	
Verzinsung u. Tilgung	.. 6 060 „	„ 1,8 „	
Kultus u. Unterricht	... 1 150 „	„ 0,3 „	
Ablieferung an Kreisk.	.. 50 000 „	„ 14,6 „	
Reserve	..... 4 962 „	„ 1,4 „	
Sa. Sachkosten	..... 646 687 M.		„ 1,888 M.
Sa. Ausgaben	..... 1 305 387 M.		3,812 M.

**Abgleichung**

Einnahmen	..... 1 221 738 M.	
Abgaben	..... 1 305 387 „	
<b>Differenz</b>	<b>..... 83 649 M. =</b>	<b>24,7 Pf.</b>

Wird nicht gleichzeitig Personal abgebaut, so erhöhen sich die Personalausgaben um 45 600 M., d. s. 12,5 Pf. pro Verpflegstag, die Differenz zwischen Berechnung I u. II beträgt dann 37,2 Pf. pro Verpflegstag.

**Vergleich.**

Berechnung I zeigt den normalen Haushalt mit dem für 1933 vorgesehenen Kranken- und Personalstand und der Senkung der Verpflegssätze von 3,50 M. auf 3,20 M.

Berechnung II nimmt an, daß mit einer Senkung des Standes der L.-F.-V.-Kranken um 15%, d. h. um 162 Köpfe gleichzeitig ein Pflegepersonalabbau nach der Quote von 1 : 6, d. s.

27 Aushilfspfleger(innen) mit einem Durchschnittsgehalt von 1300 M. .... = 35 100 M.

Der Abbau von ferner

1 Assistenzarzt mit dem Anfangsgehalt von	..... 3 200 M.
1 Verwaltungsbeamter mit dem Anfangsgehalt von	.... 2 400 „
1 Anstaltswart mit dem Gehalt von	..... 1 600 „
1 Küchenmädchen mit dem Lohn von	..... 1 300 „
1 Schlosser mit dem Lohn von	..... 2 000 „

**zusammen 45 600 M.**

stattfinden kann.



Da die hiesige Anstalt über eine große Anzahl von Aushilfs- und Pflegepersonal verfügt, auch für das übrige abzubauen Personal Pensionen oder Wartegelder nicht anfallen würden, könnten die 45 600 M. rein eingespart werden. Andererseits ist auch mit Absicht, um die Rechnung möglichst günstig zu gestalten, für den Ausfall der durch die 162 Kranken für die Anstaltswirtschaft geleisteten Nutzarbeit kein Ersatz, der wenigstens rund 14 000 M. beanspruchen würde, in die Rechnung eingesetzt.

Außer bei den Personalkosten werden durch den Ausfall von 162 Pfinglingen beim Etat deren persönliche Kosten in Wegfall zu kommen haben, sowie ein gewisser Teil der Zweckkosten der Anstaltswirtschaft. Hierbei wurde mit besonderer Sorgfalt der Betrag, der bei den einzelnen Etatkapiteln in Frage kommt, zu ermitteln versucht.

Unter Zugrundelegung der gleichen Verpflegungskostensätze bei Berechnung I und II ergibt sich durch die Senkung des Krankenstandes bei Berechnung II eine Minderung der Einnahmen um ..... 201 712 M. Bei den Ausgaben eine solche

an Personalkosten .....	45 600 M.	
an Verköstigung .....	48 763 „	
an Krankenunterhaltung und Beschäftigung .....	2 300 „	
an Kleidung und Wäsche .....	8 800 „	
Wäschereinigung .....	300 „	
Medizinaletat .....	300 „	
Beheizung, Licht, Wasser .....	12 000 „	118 063 M.

Es besteht also zwischen Ausgaben und Einnahmen ein Fehlbetrag von 83 649 M., d. i. pro Tag und Kopf 24,7 Pf. „, um welchen Betrag die Verpflegungskosten sich gegenüber der Berechnung I wieder erhöhen müßten, um einen restlosen Abgleich des Etats zu ermöglichen.

Wenn aber bezahlte Kräfte für den Ausfall an Arbeitsleistung der Kranken eingestellt werden müssen, so benötigt die Anstalt, um ihren betrieblichen Leistungen gerecht werden zu können, tatsächlich

1 Schneider (tarifangestellt) .....	2 000 M.
1 Schuhmacher „ .....	2 000 „
1 Schreiner „ .....	2 000 „
1 Kohlenarbeiter „ .....	1 700 „
2 Küchenmädchen „ .....	2 600 „
2 Näherinnen „ .....	2 600 „
1 Gärtner „ .....	2 000 „
	<u>Sa. 14 900 M.</u>

Die Nettoeinsparung beim Personalaufwand in Berechnung II würde daher nur 30 700 M. betragen, wodurch sich die Differenz zwischen Einnahmen und Ausgaben auf 98 549 M. erhöht, d. h. pro Tag müßten die Verpflegungskosten für den einzelnen Kranken um 28,8 Pf. erhöht werden um den Etat ab gleichen zu können.

Bei Belassung des gesamten Krankenstandes in der Anstalt und Einräumung eines Verpflegssatzes von 3,20 M. (Berechnung I) zahlt der L.-F.-V. Mittelfranken für seine rund 960 Pfinglinge in der Anstalt Ansbach

3 072 M. tägl.

Senkt man den Krankenstand wie oben auf 816 Köpfe, so würden diese bei einem Tagessatz von 3,487 M. tägl. .... 2 845 M. tägl. kosten.

Die Entlassenen würden wie oben einen Kostenaufwand verursachen von tägl. .... 247 M.  
 Zusammen 3 092 M.

Der L.-F.-V. zahlt auf diese Weise täglich 20 M. mehr, als wenn er seine sämtlichen Kranken in der Anstalt bei einem Verpflegssatz von 3,2 M. belassen würde.

Anlage 6.

Krankenstand in den bayerischen Heil- und Pflegeanstalten ..... 12 353  
 hieraus 85% Fürsorgepfleglinge ..... 10 500 Durchschnittsbestand  
 à 3 M. .... 31 500 M. täglich, 11 497 500 jährlich.

Anlage 7a.

Annahme: Krankenstandssenkung um 15%, Abbau von jüngerem Personal, keine Wartegelder, keine Auflassung von Anstalten, Verpflegssatz zu 3.20 M.

10 500 Fürsorgepfleglinge  
 ab 15% = 1575  
 1. bleiben: 8925 Pfleglinge  
 à 3.20 M. = 28 560.— M. tägl. = 10 424 400.— M. jährl.  
 2. Von den entlassenen 1575 kommen 10% in Freiheit = 157 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern = 157.— M. tägl. = 57 305.— M. jährl.  
 3. 1418 müssen in karitativen Anstalten untergebracht werden zum Satze von 1.90 M. = 2 694.20 M. tägl. = 983 383.— M. jährl.  
 Sa.: 31 411.20 M. tägl. = 11 465 088.— M. jährl.  
 Summe Anlage 7a: 31 411.20 M. tägl. = 11 465 088.— M. jährl.  
 " " 6: 31 500.— M. tägl. = 11 497 500.— M. jährl.  
 Einsparung: 88.80 M. tägl. = 32 412.— M. jährl.

Anlage 7b.

Annahme: Krankenstandssenkung um 15%, Abbau des jüngeren Personals, keine Wartegelder, Erhöhung des Verpflegssatzes auf 3.20 M., keine Auflassung von Anstalten. Erlanger Verhältniszahlen.

10 500 Fürsorgepfleglinge  
 ab 15% = 1575  
 1. bleiben: 8925 Pfleglinge  
 à 3.20 M. = 28 560.— M. tägl. = 10 424 400.— M. jährl.

2. Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Heimpflege = 525 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern	=	525.— M. tägl.	=	191625.— M. jährl.
3a. Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Familien- pflege = 525 Personen à täglich 1.50 M.	=	787.50 M. tägl.	=	287437.50 M. jährl.
b) Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Pflegeanstal- ten à täglich 1.90 M.	=	997.50 M. tägl.	=	364087.50 M. jährl.
Summe Anlage 7b:		30870.— M. tägl.	=	11267550.— M. jährl.
„ „ 6:		31500.— M. tägl.	=	11497500.— M. jährl.
Einsparung:		630.— M. tägl.	=	229950.— M. jährl.

## Anlage 7c.

Annahme: Krankenstandssenkung um 15%, Auflassung von zwei Anstalten, Auffüllung der übrigen, Abbau mit Wartegeld, keine Beamtenversetzung an andere Anstalten, Verpflegungssatz zu 3.10 M.

10500 Fürsorgepfleglinge ab 15% = 1575				
1. bleiben: 8925 Pfleglinge à 3.10 M.	=	27667.50 M. tägl.	=	10098637.50 M. jährl.
2. Von den entlassenen 1575 kommen 10% in Freiheit = 157 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern	=	157.— M. tägl.	=	57305.— M. jährl.
3. 1418 müssen in karitativen Anstalten untergebracht werden zum Satze von 1.90 M.	=	2694.20 M. tägl.	=	983383.— M. jährl.
4. Die beiden aufgelassenen Anstalten haben eine Per- sonalausgabe von Gehäl- tern und Pensionen = 1207237.— M. jährlich, hiervon können 195000 M. für 150 Probepflegerinnen und 35000 M. Tariflöhne abgezogen werden, wäh- rend für die verbleibenden 977237 M. Wartegelder u. Pensionen mit 781789.60M. zu zahlen sind, das sind Wartegelder u. Pensionen	=	2141.90 M. tägl.	=	781789.60 M. jährl.
Summe Anlage 7c:		32660.60 M. tägl.	=	11921115.10 M. jährl.
„ „ 6:		31500.— M. tägl.	=	11497500.— M. jährl.
Mehrbelastung:		1160.60 M. tägl.	=	423615.10 M. jährl.

Anlage 7d.

**Annahme:** Krankenstandssenkung um 15%, Auflassung von zwei Anstalten, Abbau des jüngeren Personals, Ersatz durch unwiderrufliches Personal der aufgelassenen Anstalten, Verpflegssatz zu 3.10 M.

10 500 Fürsorgepfleglinge ab 15% = 1575		
1. bleiben: 8925 Pfleglinge à 3.10 M.	= 27667.50 M. tägl.	= 10098637.50 M. jährl.
2. Von den entlassenen 1575 kommen 10% in Freiheit = 157 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern	= 157.— M. tägl.	= 57305.— M. jährl.
3. 1418 müssen in karitativen Anstalten untergebracht werden zum Satze von 1.90 M.	= 2694.20 M. tägl.	= 983383.— M. jährl.
4. Unkosten der aufgelassenen Anstalten: Pensionierun- gen, Umzugsgebühren, dop- pelte Haushaltführungs- kosten usw. nach Erlanger Annahme	= 1095.90 M. tägl.	= 400000.— M. jährl.
Summe Anlage 7d:	31614.60 M. tägl.	= 11539325.50 M. jährl.
„ „ 6:	31500.— M. tägl.	= 11497500.— M. jährl.
Mehrbelastung:	114.60 M. tägl.	= 41825.50 M. jährl.

Anlage 7e.

**Annahme:** Krankenstandssenkung um 15%, Auflassung von Anstalten, Übernahme der freiwerdenden Beamten, Erlanger Verhältniszahlen bei den Entlassenen, Verpflegssatz zu 3.10 M.

10 500 Fürsorgepfleglinge ab 15% = 1575		
1. bleiben: 8925 Pfleglinge à 3.10 M.	= 27667.50 M. tägl.	= 10098637.50 M. jährl.
2. Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Heimpflege = 525 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern	= 525.— M. tägl.	= 191625.— M. jährl.
3a) Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Familien- pflege = 525 Personen à 1.50 M. täglich	= 787.50 M. tägl.	= 287437.50 M. jährl.

b) Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Pflegeanstalten = 525 Personen à 1.90 M. täglich	=	997.50 M. tägl.	=	364087.50 M. jährl.
4. Unkosten der aufgelassenen Anstalten: Pensionierungen, Umzugsgebühren, doppelte Haushaltsführungskosten usw.	=	1095.90 M. tägl.	=	400000.— M. jährl.
Summe Anlage 7e:		31073.40 M. tägl.	=	11341787.50 M. jährl.
„ „ 6:		31500.— M. tägl.	=	11497500.— M. jährl.
Einsparung:		426.60 M. tägl.	=	155712.50 M. jährl.

Anlage 7 f.

Annahme: Gesenkter Verpflegungssatz zu 3 M.; sonst wie 7e.

10500 Fürsorgepfleglinge ab 15% = 1575				
1. bleiben: 8925 Pfleglinge à 3 M.	=	26775.— M. tägl.	=	9772875.— M. jährl.
2. Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Heimpflege = 525 Personen, welche täglich 1 M. Unterstützung erfordern	=	525.— M. tägl.	=	191625.— M. jährl.
3a) Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Familienpflege = 525 Personen à 1.50 M. täglich	=	787.50 M. tägl.	=	287436.50 M. jährl.
b) Von den entlassenen 1575 kommen $\frac{1}{3}$ in Pflegeanstalten = 525 Personen à 1.90 M. täglich	=	997.50 M. tägl.	=	364087.50 M. jährl.
4. Unkosten der aufgelassenen Anstalten: Pensionierungen, Umzugsgebühren, doppelte Haushaltsführungskosten usw.	=	1095.90 M. tägl.	=	400000.— M. jährl.
Summe Anlage 7f:		30180.90 M. tägl.	=	11616025.— M. jährl.
„ „ 6:		31500.— M. tägl.	=	11497500.— M. jährl.
Einsparung:		1319.10 M. tägl.	=	481475.— M. jährl.

Anlage 8.

Übersicht

über die Einsparungen der bayerischen Kreise bei Senkung der Verpflegskosten III. Kl. vom derzeitigen Stande auf 3. M.

Kreis	derzeitiger Verpflegssatz		Krankenstand	davon Fürsorgepfleglinge 85 %	Senkungsbetrag Pf.	Tageseinsparung		Jahresbetrag		
	M.	Pf.				M.	Pf.	M.	Pf.	
Oberbayern ....	3	50	3090	2626	50	1313	80	479 245	.	
Niederbayern ..	3	80	741	630	80	504		183 960	.	
Oberpfalz .....	3	60	741	630	60	378		137 970	.	
Oberfranken ...	3	30	1172	996	30	298	80	109 062	.	
Mittelfranken ..	3	50	2071	1760	50	880	.	321 200	.	
Unterfranken ..	3	10	1374	1168	10	116	80	42 632	.	
Schwaben .....	3	06	1541	1320	06	79	20	28 908	.	
Pfalz .....	3	20	1623	1380	20	276	.	100 740	.	
Sa.								I 403 717		

Anlage 9.

Übersicht

über die Kostensenkung der bayerischen Heil- und Pflegeanstalten von 1930—1932.

Kreis	Verpflegessatz III. Kl. L.F.V.				Unterschied Pf.	Dazu kommen die Gehaltskürzungen Ablieferung an den Kreis Pf.	Summa Pf.	Krankenstand	Eingesparter Betrag				
	1930		1932						täglich	jährlich			
	M.	Pf.	M.	Pf.							M.	Pf.	
Oberbayern .	4	.	3	50	50	40	90	3090	2781	.	I 015 065	.	
Niederbayern	4	20	3	80	40	48	88	741	652	.	237 980	.	
Oberpfalz ...	3	60	3	60	—	39	39	741	289	.	105 485	.	
Oberfranken	3	80	3	30	50	31	81	1172	950	.	346 750	.	
Mittelfranken	4	.	3	50	50	20	70	2071	1450	.	529 250	.	
						20 Pf. bleiben der Anteil, müssen aber am Jahreschluß als Überschuß abgeliefert werden							
Unterfranken	3	60	3	10	50	38	88	1374	1210	.	441 650	.	
Schwaben...	3	50	2	90	} 76 1/2	—	76 1/2	1541	1178	.	429 970	.	
*Kleidergeld	.	33	.	16 1/2									
Pfalz .....	4	.	3	50	50	40	90	1623	1460	.	532 900	.	
Sa.											3 639 050	.	

**Heil- und Pflegeanstalt Egfling-Haar.**

Auswirkung der Überführung von 150 Kranken in die Pflegeanstalt Deggendorf auf den Anstaltshaushalt.

Der Haushalt, berechnet auf 2350 Kranke ist bei einem täglichen Verpflegungskostensatz von 3.70 M. in III. Klasse in Einnahmen und Ausgaben mit 3372 031.15 M. ohne jeden Zuschuß aus Kreismitteln abgeglichen. Inzwischen wurde der Verpflegssatz ab 1. Juli 1932 für Armenverbände auf 3.50 M. ermäßigt.

Der tägliche Verpflegungskostensatz in der billigeren Anstalt Deggendorf beträgt laut Mitteilung der Regierung von Niederbayern 1.90 M.

Die Abgabe von 150 Kranken bedeutet für den Anstaltshaushalt einen Einnahmeausfall an Verpflegungsgeldern von jährlich  $150 \cdot 365 \cdot 3.50 = 191625$  M. Demgegenüber spart die Anstalt ein:

1. An persönlichen Ausgaben pro Kopf und Tag

a) für die reine Verköstigung .....	0.750 M.
b) „ Kleider und Wasche .....	0.150 „
c) „ Reinigung .....	0.024 „
d) „ Heilmittel .....	0.037 „
e) „ kleinere Bedürfnisse .....	0.002 „
f) „ Belohnungen .....	0.057 „

zusammen 1.020 M.

Für 150 Kranke ergibt dies im Jahre eine Summe von 55845 M.

2. An Pflegepersonal:

Es trifft nicht zu, daß bei einer durchschnittlichen Pflegerquote von 1:6 bei Abgabe von 150 Kranken ohne weiteres 25 Pflegestellen abgebaut werden können, denn bei den für eine Überführung in die billigere Anstalt Deggendorf etwa in Betracht kommenden Kranken ist die Pflegerquote eine wesentlich höhere, nämlich 1:12 bis 1:14. Es soll indessen, um die Rechnung für den Haushalt möglichst günstig zu gestalten, eine Quote von 1:10 angenommen und demnach 15 Pflegepersonen als entbehrlich angesehen werden. Außerdem soll der Abbau, um nicht Pensionen oder Wartegelder in Ansatz bringen zu müssen, von unten her erfolgen und deshalb 15 Aushilfspflegepersonen treffen, die nach den derzeit gültigen Gehaltsfestsetzungen jährlich 1300 M. erhalten.

Die Einsparungen im Jahr würden also betragen 19500 M.

3. An Betriebskosten:

Bei einer Krankenbestandsminderung um 150 Köpfe könnten vier Abteilungen geschlossen werden. Die Betriebsausgaben für diese vier Abteilungen betragen schätzungsweise im Jahr rund 10000 M.

Rein rechnerisch möchte nun vielleicht angenommen werden, daß, wenn sich in einer Anstalt mit 2350 Kranken dieser Krankenstand um 150 Kranke, das sind rund  $6\frac{1}{2}\%$ , senkt, auch die Generalkosten des gesamten Betriebs um diesen Verhältnissatz abmindern lassen. Dies trifft aber keineswegs zu, die Dinge liegen vielmehr so, daß die Generalkosten einer Anstalt nicht unmittelbar parallel der Minderung oder Erhöhung des Krankenstandes gehen, sondern sich in der Hauptsache nach dem Gesamtumfang und der Art der Anlage und nach den betrieblichen Einrichtungen der Anstalt (Bauweise, Heizungs- und Beleuchtungsanlage, Regiebetriebe usw.) richten, wobei

ein bestimmter Normalkrankenstand zugrunde gelegt ist. Die Generalkosten bleiben infolgedessen im wesentlichen die gleichen, ob sich nun der Krankenstand nach unten oder oben ändert, wobei die Grenzen bei etwa 5% bis höchstens 10% des Normalkrankenstandes liegen. Eine Einschränkung des Betriebes und damit eine Betriebseinsparung außer der in Ansatz gebrachten Schließung einiger Abteilungen wird sich daher in Eglfing-Haar nicht ermöglichen lassen, wenn der Krankenstand statt 2350 nur mehr 2200 beträgt. Ganz außer Rechnung wurde übrigens gelassen, daß die Abteilungen, wenn sie auch leer stehen, oder vielmehr gerade deswegen, weil sie nicht benützt werden, gewisse Unterhaltungskosten erfordern, die noch von den Einsparungen abgezogen werden müßten.

Die Summe der Einsparungen aus 1., 2. und 3. würde demnach betragen 85345 M.

Die Abwanderung von 150 Kranken in eine billigere Anstalt würde sich aber für den Betrieb und damit für die Generalkosten der Anstalt noch insofern besonders ungünstig auswirken, als sich unter den für eine Pflegeanstalt geeigneten Kranken gerade alle diejenigen befinden, die in nicht zu unterschätzendem Maße nutzbringende Arbeit leisten und so in erheblichem Umfang zur Verbilligung der Anstaltswirtschaft beitragen. Ich erwähne hier nur die in den Nähstuben, den Werkstätten, den Koch- und Waschküche, im Gemüsegarten, im Gutshof usw. beschäftigten Kranken, für die aller-niedrigst geschätzt mindestens 6—8 bezahlte Hilfskräfte eingestellt werden müßten, wenn der Betrieb aufrecht erhalten werden soll. Für solche Hilfskräfte ist die Aufwendung eines jährlichen Betrages von 10000 M., wie ich ihn in die Rechnung einsetze, kaum ausreichend.

Es ergibt sich somit folgende Gegenüberstellung:

Ausfall	Einsparungen
a) an Einnahmen . . . . . 191625 M.	85345 M.
b) an Arbeitskräften . . . . . 10000 „	
zusammen 201625 M.	
Ungedeckter Rest 116280 „	

den der Kreis als Zuschuß geben oder um welchen die Verpflegskosten wieder erhöht werden müßten, um den Haushalt abzugleichen.

Da außerdem dem Landesfürsorgeverband Kosten in der Höhe von 104025 M. für die Verpflegung der 150 Kranken in der billigeren Anstalt pro Jahr erwachsen, betragen seine Gesamtaufwendungen

a) zum Abgleich des Anstaltshaushaltes . . . . .	116280 M.
b) für den Unterhalt von 150 Kranken in der billigeren Anstalt . . . . .	104025 „
zusammen	220305 M.

oder mit anderen Worten ausgedrückt:

die Wirtschaftlichkeit des Anstaltsbetriebes wird, wenn 150 Kranke in eine billigere Anstalt verlegt werden, eine negative. Der Kreis muß an die Anstalt, deren Etat bisher abgeglichen werden konnte, einen Zuschuß von

$$220305 - 191625 = 28680 \text{ M.}$$

leisten oder die Verpflegssätze erhöhen, d. h. der Kranke kommt ihm in der billigeren Anstalt pro Tag um 20 Pf. teurer zu stehen, als in der Heil- und Pflegeanstalt.



Anlage II.**Auswirkung der Überführung von 70 Kranken in eine billigere Anstalt (Deggendorf) auf den Anstaltshaushalt.**

(Berechnet von der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Gabersee am  
28. 11. 1932.)

Der Haushalt für 780 Kranke erfordert bei einem Verpflegungskostensatz von 3.50 M. in Einnahmen und Ausgaben einen Betrag von 1060729 M.

Der tägliche Verpflegungskostensatz in der billigeren Anstalt Deggendorf beträgt 1.90 M.

Bei Abgabe von 70 Kranken hat die Anstalt einen Einnahmeausfall von 89425.— M.

Demgegenüber spart die Anstalt ein:

## 1. An persönlichen Ausgaben pro Kopf und Tag

a) für die reine Verköstigung .....	0.75 M.
b) Kleider und Wäsche .....	0.20 „
c) Reinigung .....	0.02 „
d) Heilmittel .....	0.01 „
e) Unterhaltung und Belohnung .....	0.03 „
f) Getränke .....	0.02 „
g) Beheizung .....	0.03 „

Sa. 1.06 M.

Für 70 Kranke im Jahr 27083.— M.

2. Der Abbau von 7 Pflegepersonen bei einer Quote 1 : 10 ergibt eine Einsparung von 8736.— M.

Die unbedeutende Einsparung an Beheizung und Reinigung als Minderung der Betriebskosten ist unter Ziff. 1 berücksichtigt.

Dem Ausfall von verhältnismäßig guten Arbeitskräften müßte durch Einstellung von Aushilfspersonal Rechnung getragen werden, wofür eine Ausgabe von ca. 2000.— M. nicht zu hoch gegriffen ist.

Es ergibt sich folgende Gegenüberstellung:

Ausfall:	Einsparungen:
a) an Einnahmen .....	89 425.— M.
b) an Arbeitskräften ....	2 000.— „
	<u>35 819.— M.</u>
	<u>91 425.— M.</u>

Der ungedeckte Fehlbetrag von 55606.— M. wäre durch den Kreis zu decken.

Für die 70 Kranke in der billigeren Anstalt hat der Kreis  $\frac{4}{5}$  der Kosten mit 38836.— M. zu tragen.

Summe der Aufwendungen des Kreises .... 94 442.— M.

Einsparungen an Verpflegskosten .....

Reine Mehrausgabe des Kreises ... 5 017.— M.

Mehrzahlung des Kreises für 1 Verpflegstag für jeden Kranken in der billigeren Anstalt 19.63 Pf.

Anlage 12.

**Auswirkung der Überführung von 100 Kranken in eine billigere Anstalt auf den Anstaltshaushalt.**

(Berechnet von der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach am 27. 9. 1932.)

Der Haushalt, berechnet auf 1140 Kranke, ist bei einem täglichen Verpflegungskostensatz von 3.50 M., in Einnahmen und Ausgaben mit 1693000 M. ohne jeden Zuschuß aus Kreismitteln abgeglichen.

Der tägliche Verpflegungskostensatz in der billigeren Anstalt Deggendorf beträgt laut Mitteilung der Regierung von Niederbayern 1.90 M.

Die Abgabe von 100 Kranken bedeutet für den Anstaltshaushalt einen Einnahmeausfall an Verpflegungsgeldern von jährlich  $100 \cdot 365 \cdot 3.50 = 127750$ .— M.

Demgegenüber spar die Anstalt ein:

1. An persönlichen Ausgaben pro Kopf und Tag

a) für die reine Verköstigung	.....	0.80 M.
b) „ Kleider und Wäsche	.....	0.22 „
c) „ Reinigung	.....	0.02 „
d) „ Wasser	.....	0.01 „
e) „ Heilmittel	.....	0.025 „
f) „ Mobiliarabnutzung	.....	0.01 „
g) „ kleinere Bedürfnisse	.....	0.015 „
h) „ Belohnungen	.....	0.03 „
	zusammen	1.13 M.

Für 100 Kranke ergibt dies im Jahre eine Summe von 41245.— M.

2. An Pflegepersonal:

Die Annahme, daß infolge der allgemein bestehenden Pflegequote von 1 : 5 bei Abgabe von 100 Kranken ohne weiteres 20 Pflegestellen abgebaut werden können, ist irrig, denn bei den für eine Überführung in die billigere Anstalt Deggendorf etwa in Betracht kommenden Kranken ist die Pflegequote eine wesentlich höhere, nämlich 1 : 12 bis 1 : 14. Es soll indessen, um die Rechnung für den Haushalt möglichst günstig zu gestalten, eine Quote von 1 : 10 angenommen und demnach 10 Pflegepersonen als entbehrlich angesehen werden. Außerdem soll der Abbau, um nicht Pensionen oder Wartegelder in Ansatz bringen zu müssen, von unten her erfolgen und deshalb 10 Aushilfspflegepersonen treffen, die nach den derzeit gültigen Gehaltsfestsetzungen jährlich 1315 M. erhalten.

Die Einsparungen im Jahr würden also betragen 13150 M.

3. An Betriebskosten:

Bei einer Krankenbestandsminderung um 100 Köpfe könnten drei Abteilungen geschlossen werden. Die Betriebsausgaben für diese drei Abteilungen betragen nach Berechnungen der Betriebsleitung zusammen im Jahr rund 5500 M.

Rein rechnerisch möchte nun vielleicht angenommen werden, daß, wenn sich in einer Anstalt mit durchschnittlich über 1100 Kranken dieser Krankenstand um 100 Kranke, das sind rund 9% senkt, auch die Generalkosten des gesamten Betriebes um diesen Verhältnissatz abmindern lassen. Dies trifft aber keineswegs zu, die Dinge liegen vielmehr so, daß die Generalkosten einer Anstalt nicht unmittelbar parallel der Minderung oder Erhöhung des Krankenstandes gehen, sondern sich in der Hauptsache nach dem Gesamt-

umfang und der Art der Anlage und nach den betrieblichen Einrichtungen der Anstalt (Bauweise, Heizungs- und Beleuchtungsanlage, Regiebetriebe usw.) richten, wobei ein bestimmter Normalkrankenstand zugrunde gelegt ist. Die Generalkosten bleiben infolge dessen im wesentlichen die gleichen, ob sich nun der Krankenstand nach unten oder oben ändert, wobei die Grenzen bei etwa 10% des Normalkrankenstandes liegen. Eine Einschränkung des Betriebes und damit eine Betriebseinsparung außer der in Ansatz gebrachten Schließung einiger Abteilungen wird sich daher in Ansbach nicht ermöglichen lassen, wenn der Krankenstand statt normalerweise 1100 nur mehr 1000 beträgt. Ganz außer Rechnung wurde übrigens gelassen, daß die Abteilungen, wenn sie auch leer stehen, oder vielmehr gerade deswegen, weil sie nicht benutzt werden, gewisse Unterhaltungskosten erfordern, die noch von den Einsparungen abgezogen werden müßten.

Die Summe der Einsparungen aus 1., 2. und 3. würden demnach betragen 59895 M.

Die Abwanderung von 100 Kranken in eine billigere Anstalt würde sich aber für den Betrieb und damit für die Generalkosten der Anstalt noch insofern besonders ungünstig auswirken, als sich unter den für eine Pflegeanstalt geeigneten Kranken gerade alle diejenigen befinden, die in nicht zu unterschätzendem Maße nutzbringende Arbeit leisten und so in erheblichem Umfang zur Verbilligung der Anstaltswirtschaft beitragen. Ich erwähne hier nur die in den Nähstuben, den Werkstätten, der Koch- und Waschküche, im Gemüsegarten, im Gutshof usw. beschäftigten Kranken, für die allerniedrigst geschätzt mindestens 3 bis 4 bezahlte Hilfskräfte eingestellt werden müßten, wenn der Betrieb aufrecht erhalten werden soll. Für solche Hilfskräfte ist die Aufwendung eines jährlichen Betrages von 5000 M., wie ich ihn in die Rechnung einsetze, kaum ausreichend.

Es ergibt sich somit folgende Gegenüberstellung:

Ausfall	Einsparungen
a) an Einnahmen .....	127750 M.
b) an Arbeitskräften .....	5000 „
zusammen	<u>132750 M.</u>
Ungedeckter Rest	72855 „

den der Kreis als Zuschuß geben müßte, um den Haushalt abzugleichen.

Da außerdem dem Landesfürsorgeverband  $\frac{1}{5}$  der Kosten, welche in der Höhe von 69350 M. für die Verpflegung der 100 Kranken in der billigeren Anstalt pro Jahr erwachsen, also 63480 M. zu zahlen hat, betragen seine Gesamtaufwendungen

a) zum Abgleich des Anstaltshaushaltes ..	72855 M.
b) für den Landesfürsorgeverband .....	<u>63480 „</u>
zusammen	136335 M.

oder mit anderen Worten ausgedrückt:

die Wirtschaftlichkeit des Anstaltsbetriebes wird, wenn 100 Kranke in eine billigere Anstalt verlegt werden, eine negative. Der Kreis muß an die Anstalt, deren Etat bisher abgeglichen werden konnte, einen Zuschuß von

$$136335 - 127750 = 8605 \text{ M.}$$

leisten, d. h. der Kranke kommt ihm in der billigeren Anstalt pro Tag um 23.56 Pf. teurer zu stehen als in der Heil- und Pflegeanstalt.

## Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

### XII.

#### Ein schizophrener Familienmörder.

(Einige Randbemerkungen)

Von

**Sven Hedenberg**, Oberarzt, Lillhagens Krankenhaus Göteborg.

Im Februar 1932 wurden die Bewohner Gotenburgs eines Tages durch eine Nachricht in den Morgenblättern über einen grausigen Familienmord erschüttert, der zwei Opfer forderte, wobei jedoch noch zwei Mitglieder der Familie nahe daran waren, das Leben einzubüßen. Ein 40jähriger Familienvater, Gunnar O., fuhr ganz plötzlich mitten in der Nacht auf und warf sich über seine Frau, die er zu erwürgen versuchte, welcher es jedoch nach einem verzweifelten Kampf gelang, sich loszureißen und durchs Fenster zu entkommen. Darauf nahm der Mann sein Rasiermesser und schnitt den beiden jüngsten Kindern, einem Knaben und einem Mädchen, den Hals durch. Dem dritten Kind, einem Knaben von 11 Jahren, war es gelungen, zu einem im selben Haus wohnenden Verwandten zu laufen, nachdem ihm der Vater ein paar ungefährliche Verletzungen mit dem Rasiermesser beigebracht hatte.

Als die Polizei nach kurzer Zeit zur Stelle war, fand man den Mörder, nur mit dem Hemd bekleidet, in der Küche stehen und damit beschäftigt, sich das Blut abzuwaschen. Er hatte sich ruhig gezeigt und kein Wort geäußert. In der Stube nebenan fand man die beiden kleinen toten Kinder in ihrem Blute schwimmend und mit tiefen Schnitten in den Hälsen.

Die Frau erzählte später auf der Polizeiwache, daß der Mann im Oktober 1931 arbeitslos geworden und daß es ihr vorgekommen sei, als wenn ihn dies sehr niedergedrückt hätte. Die letzten 14 Tage war er außergewöhnlich deprimiert und unruhig gewesen. Er hatte ihr manchmal nicht einmal geantwortet, wenn sie ihn angeredet hatte. In den letzten Tagen sei er der Meinung gewesen, daß das Essen einen merkwürdigen Geruch gehabt und daß es auch in der Wohnung eigentümlich gerochen hätte. Den

Tag vor der Mordtat hatte er seinen Doktor aufgesucht, einen allgemein praktischen Arzt in der Stadt, und Tabletten bekommen, die er auch eingenommen hatte. Abends hatte er die Wohnung verlassen und war dreimal ausgegangen, und als er das letzte Mal zurückkam, hatte er wieder einen eigenartigen Geruch auf dem Hof wahrgenommen. Nachdem er zu Bett gegangen war, hatte die Frau gemerkt, daß er sehr unruhig war. Es kam ihr so vor, als wenn er starkes Herzklopfen gehabt hätte, mit den Augen hätte er hastig und ununterbrochen geblinzelt, die Füße und der eine Arm waren ständig in Bewegung. Seine Unruhe hätte noch mehr zugenommen, und gegen zwei Uhr in der Nacht hätte er sich über sie geworfen und ihren Hals umfaßt. Während des Ringens hätte er ihr mehrere Male seine Finger in den Mund gesteckt, um sie zu ersticken.

Auf der Polizeiwache gab O. selbst an, daß er sich am Abend sehr unruhig gefühlt hätte und daß ein Gedanke über ihn gekommen sei, daß er und seine ganze Familie verloren wären und daß er daher seine Frau, seine Kinder und sich selbst umbringen müsse, um dem Elend zu entrinnen. Als man ihn gebeten hatte, zu schildern, wie beim Umbringen der Kinder alles zugegangen antwortete er: »Muß ich das alles erzählen, kann mir das nicht erspart bleiben?«

Nachher bat O. auf der Polizei um eine Waffe, damit er sich selbst töten könne. Da auch sonst sein Auftreten so war, daß Behandlung in einer Irrenanstalt für notwendig erachtet wurde, überwies ihn der Stadtmedizinalrat an die Abteilung für Geistesranke des Gibraltar-Krankenhauses. Bei seiner Einlieferung dasselbst war er ruhig und fügsam. Bei einem Gespräch am folgenden Tage war er ziemlich redselig. Im Tagebuch vom 13. Februar steht: »Er sieht ernst und düster aus, aber zeigt keinen stärkeren Grad von Angst oder Unruhe. Er kann dann und wann beschreiben, wie es ihm ergangen ist, aber er sieht müde aus, und in langen Zwischenräumen sitzt er wie in düsteres Grübeln versunken. Ungefähr ein halbes Jahr lang hat er eine Art 'elektrischen Druck' im Körper, im Rücken und in der Seite empfunden. Er hat auch im letzten Jahr Stimmen gehört und Eingebungen gehabt. Aber deutliche Stimmen scheinen es nicht gewesen zu sein. Ein paar Abende vor der Schreckenstat war ihm so schwer zumute, daß er auf der Straße hin- und hergehen mußte. Dabei verspürte er Gerüche wie Dunst oder Gas, die ihn gleichsam ersticken wollten. In der letzten Zeit war es ihm immer klarer geworden, daß seiner Familie etwas zustoßen würde, aber es waren keine Stimmen, die ihm das gesagt hätten. Am Abend vor der Schreckenstat hätte er im Rundfunk folgende Worte gehört: 'Kalt bläst der Nordwind über die erstarrten Wangen'. Es war nicht

Jerrings bekannte Stimme, sagte er; er wurde ängstlich und fragte sich, ob es eine Stimme von einem andern Planeten sein könnte. Er hatte Gedanken darüber gehabt, daß die Elektrizität vom Mars kommt. — Er ist noch nicht richtig klar. Status *physicus*: Ziemlich mager und bleich. Mehrere äußerliche Schnittwunden an den Händen. Hautverletzungen am rechten Knie. Cor: Töne fehlerfrei. Pulmones: fehlerfrei. Pupillen: reagieren. Patellarrefl.: fehlerfrei. Babinski neg. Kein nennenswertes Zittern.«

Seine Vorgeschichte war in der Hauptsache folgende: O. wurde 1891 geboren. Der Vater neigte zur Trunksucht. Seine Begabung hielt man für normal, er führte ein geordnetes Leben und hat Alkohol nicht mißbraucht. Im Alter von 24 Jahren, ungefähr 1915, wurde er scheu und verschlossen und war zeitweilig deprimiert. Glaubte, von Kollegen »ausgeforscht« und in seiner Arbeit in der Fabrik schikaniert zu werden, wo er als Feiler angestellt war. Fürchtete, auf der Straße beobachtet zu werden und der Gegenstand von Aufsätzen in Zeitungen und Zeitschriften zu sein. Zeitweilig arbeitete er nicht, um sich zu Hause auszuruhen. Fühlte sich manchmal ängstlich und unruhig und war nicht frei von Selbstmordgedanken.

Im Dezember 1917 wurde er in die Gotenburger Irrenanstalt (Göteborgs Hospital) aufgenommen. Hier war er vollkommen klar und wußte gut Bescheid, Stimmung indifferent. Gab zuweilen überhaupt keine Antworten, schwatzte dagegen oft spontan und sehr lange, wiederholte oft, verlor manchmal den Faden seiner Rede. Hatte Verständnis für seine Krankheit und wünschte selbst die Behandlung in der Anstalt.

Bei fortgesetzter Untersuchung daselbst traten seine Hinweisungs-ideen noch mehr zutage. Er hatte im Sommer zusammen mit einigen Kollegen ein Zimmer gemietet, aber er meinte, daß diese ihn verhöhnt hätten. Er hatte einen Brief an einen Arzt geschrieben, den er besucht hatte, und nachher hatte er aus Zeitungen ersehen, daß dieser Brief angekommen war. Sein Leben in der Werkstatt beschrieb er folgendermaßen: »In der Werkstatt wurde es unruhiger für mich, das war mein Kollege, der neben mir arbeitete — er ist Smaländer — er quält mich mit — ich war es, der Angst hatte — ich bin immer zurückhaltend gewesen — er sagte zu mir — es war natürlich nur ich, der meinte — ich meinte — ja, das heißt — er kam zu mir und sagte — er beleidigte mich, wo er nur konnte — er sagte mehrmals — ja, das war nicht so schlimm — aber ich faßte es wie eine Beleidigung auf — er sagte nichts weiter als daß es (hierbei dreht und wendet er sich und wackelt hin und her, Tränen kommen ihm in die Augen), er sagte, daß — gehst du hierher, um die Not fern zu halten — und dann quälte er mich mit allen möglichen Ausdrücken — ich bekam Angst, weil er mich beleidigen wollte!

Während seines weiteren Aufenthalts in Göteborgs Hospital war er ungefähr derselbe. Las ein bißchen, aber weigerte sich zu arbeiten. Schien alsdann einzusehen, daß seine Verfolgungs-ideen gänzlich auf die Krankheit zurückzuführen waren. Verneinte, Stimmen zu hören. Wurde Ende März 1918 entlassen. Die Diagnose lautete *dementia primaria*.

Er fing wieder an zu arbeiten, sagt aber, sich niemals ganz gesund gefühlt zu haben, nachdem er Göteborgs Hospital verlassen hatte. 1925 wurde er eine kürzere Zeit im Wasa-Krankenhaus unter der Diagnose *Neurasthenie* behandelt. Die folgenden Jahre arbeitete er meistens.

Im Herbst 1931 trat eine Verschlimmerung ein, weil er am 31. Oktober auf seiner Arbeitsstelle entlassen wurde. Er bekam jedoch Unterstützung, zuerst von der Gewerkschaft und dann von der Armenpflege, so daß die Familie einigermaßen erträglich ihr Dasein fristen konnte. Es kamen nun wirtschaftliche Sorgen hinzu, und dadurch wurde er immer unruhiger und depressiver. Gleichzeitig fing er an zu klagen, er würde verfolgt und glaubte, daß ihm jemand schaden wollte. Er fühlte sich beobachtet. Glaubte, daß man von allem Kenntnis hätte, was er tat und sich vornahm. Er begann, über seine Zukunft zu grübeln. Besonders nach Weihnachten machte sich die Verschlimmerung bemerkbar. Er wurde still und verschlossen. Die wirtschaftliche Lage hatte sich jedoch nach Weihnachten etwas gebessert, weil seine Frau ein paar hundert Kronen aus einer Lebensversicherung erhalten hatte. Kurz vor der Unglückstat fand die Frau, daß er sehr merkwürdig war. Er antwortete kaum, wenn sie mit ihm sprechen wollte, und hing seinen eigenen Gedanken nach. Er gibt selbst an, daß er denselben Abend, wo das Unglück geschah, Gasgeruch auf der Straße verspürt hätte. Ferner sagt er, daß er die letzte Zeit nicht geschlafen hätte. Als er an dem Abend Rundfunk hörte, kam es ihm so vor, als wenn die Aussendung seinetwegen angeordnet worden wäre. Da war er so unruhig, daß er nicht wußte, was er machen sollte. Er hatte Einbildungen und Gedanken, die, wie er glaubte, von draußen kamen. Er hatte Phantasien über andere Planeten und Himmelskörper. Er bildete sich ein, daß alles untergehen würde, und verspürte Schauer und Kältegefühl im Körper, die von außen kommenden elektrischen Strömen glichen. Er sagt, daß der Gedanke, seine Familie umzubringen, mit ganz überwältigender Kraft über ihn kam. Gedanken und Einbildungen betreffend Katastrophen und Unglücksfälle wurden ihm gleichsam wie von außen her eingegeben. Um seine Familie vor solchem Unglück zu bewahren, wollte er in der Verzweiflung die Seinen ums Leben bringen.

Eine kurze Zusammenfassung dieser Krankheitsgeschichte ergibt also, daß der Zustand eines ungefähr 40jährigen Mannes, der mit ziemlich gelinden und wenig Aufsehen erregenden Symptomen seit 15 Jahren an schizophrener Geisteskrankheit leidet, sich während eines halben Jahres offenbar verschlechtert im Zusammenhang mit gedrückten wirtschaftlichen Verhältnissen, um schließlich unter Einwirkung einer schizophrenen Schreckstimmung mit Katastrophenerlebnissen und einem Teil anderer, mehr oder weniger halluzinatorischen Erscheinungen seinen furchtbaren Familienmord zu begehen. Das Krankheitsbild mit Hinweisungs-ideen, zerstreuter Aufmerksamkeit und indifferenter Stimmung, das er vor 15 Jahren in Göteborgs Hospital zeigte, bildet einen sicheren und eindeutigen Hintergrund für den psychotischen Zustand, der ihn im letzten halben Jahre beherrschte. Die deutliche Verflachung im Gebiet des Gefühlslebens, die man jetzt bei ihm findet, hat sich hier offenbar wie in allen andern ähnlichen Fällen so allmählich im Laufe der Jahre entwickelt. Und wahrscheinlich hat er in diesen vielen Jahren nichts anderes Pathologisches aufgewiesen als gerade diesen langsam verlaufenden Gefühlsschwund mit zeitweiligem Zusatz von Verfolgungs-ideen von mehr unbestimmter Art.

Und es liegt gewiß nichts Merkwürdiges in dem Umstand, daß er unter der Diagnose Neurasthenie ging, als er vor mehreren Jahren kurze Zeit im Krankenhaus behandelt wurde. Seiner Umgebung zeigte er sich ganz sicher nur als ein Mann mit einigen persönlichen »Eigenheiten«, aber im übrigen freundlich und strebsam.

Daß wir es hier dennoch mit einer schizophrenen Psychose zu tun haben, zeigt mit aller Deutlichkeit der größeren Gewißheit halber seine letzte Krankheitsperiode. Er geht auf der Straße und verspürt Gasgeruch oder einen Dunst, der ihn gleichsam zu ersticken drohte. Er hörte Rundfunk und dachte, daß die Aussendung mit Anspielung auf ihn veranstaltet wurde, er kannte die Stimme im Rundfunkapparat nicht wieder. Es schien ihm, als wenn diese Stimme von einem andern Planeten käme. Er verspürte Elektrizität, die ihm gleichsam wie von außen eingeschaltet wurde. Auch Gedanken kamen ihm von außen her. Kosmische Phantasien drängten sich ihm auf, er war in einer Katastrophensimmung befangen, vielleicht »Weltuntergangserlebnis«. Ihn schreckte die Angst, daß seiner Familie etwas passieren könnte, und als alle diese Erlebnisse auf ihn einstürzten, griff er zum Messer, um der Katastrophe zuvorzukommen, damit die Seinen vor noch größeren Leiden verschont bleiben sollten. Ganz gewiß sind einige dieser pathologischen Erlebnisse den typisch schizophrenen »Wahnerlebnissen« einzureihen, aber es ist äußerst schwer, dem Pat. beizukommen, und seine Erlebnisse in diesen gräßlichen Augenblicken lassen sich nur mit Schwierigkeit gewissenhaft analysieren.

Zweifellos leidet aber, wie gesagt, dieser Familienmörder an schizophrener Geisteskrankheit. Die Tat wurde während eines heftigen Aufloderns verschiedener schizophrenen Erlebnisse ausgeführt. Und nun hinterher erscheint er wie ein ruhiger und ziemlich apathischer Anstaltspatient, der meint, daß es wohl am besten so ist, wie es gekommen ist, und der bei allerhand kleinen Arbeiten in der Abteilung mithilft, manchmal mit seinen Kameraden eine Partie Karten spielt und gewiß auch Spaß versteht.

Wie wir sahen, verschlimmerte sich sein Zustand dadurch, daß er von seiner Arbeitsstelle entlassen wurde. Dieses hatte ihm viel Kummer gemacht, und überhaupt scheinen die Nahrungssorgen während des letzten halben Jahres vor der Tat einen großen Platz in seinem Gedankenleben eingenommen zu haben. Und für einen flüchtigen und oberflächlichen Beschauer kann sich seine Verschlimmerung vielleicht so ausnehmen, als wenn sie durch die Arbeitslosigkeit und das damit verbundene Elend verursacht wäre. Ganz sicher ist es aber so, daß es sich hier im Grunde genommen um ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Als eine mitwirkende Ursache, das Schlimme noch schlimmer zu machen, kann man wohl auf jeden Fall diese Niedergedrücktheit rechnen, die eine



schlechte wirtschaftliche Lage mit sich bringt. Das psychiatrisch und natürlich auch sozial Wichtige ist in diesem Fall aber, daß er sich während des letzten halben Jahres verfolgt fühlte und glaubte, daß man ihm schaden wolle. Er fühlte sich, was den Schizophrenen so eigen ist, beobachtet und meinte, daß man von allem wüßte, was er sich vornähme. (Neigt man dazu, großes Gewicht auf die äußeren, wirtschaftlich drückenden Umstände als mitwirkende Ursachenmomente zu legen, so möchte ich wieder daran erinnern, daß seine wirtschaftliche Lage durch ein Darlehen von ein paar hundert Kronen aus einer Lebensversicherung für die nächste Zeit gerettet war. Jedenfalls meint seine Frau, daß die wirtschaftliche Lage durch dieses Darlehen bedeutend erleichtert worden war in dem Monat, ehe er seine Tat ausführte.)

Bei dem gegen ihn später eingeleiteten Prozeß wurde er freigesprochen, nachdem die Königliche Medizinalverwaltung festgestellt hatte, daß er beim Begehen des Verbrechens an einer entwickelten Geisteskrankheit gelitten hatte.

Da es in diesem Zusammenhang ein gewisses Interesse haben dürfte zu sehen, welche Stellung die Schizophrenen einnehmen in der Statistik über Massenmörder, so möchte ich auf *Albrecht Wetzels* (Heidelberg) 1920 herausgekommene Untersuchung »Über Massenmörder« verweisen. Mit diesem Ausdruck meint *Wetzel* diejenigen Fälle, wo die Tat gegen mehr als eine Person gerichtet war. Um die Untersuchung mehr psychopathologisch einheitlich und damit wertvoller zu gestalten, wurden gewisse Gruppen ausgesondert, nämlich 1. Zufallsmassenmörder, das heißt solche, die andere Taten oder nur einen Mord geplant hatten und zufällig ohne ihren Willen mehrere Menschen töteten, 2. alle Mörder aus Gewinnsucht, also insbesondere die Raubmörder, 3. alle politischen Massenmörder, 4. die professionellen Giftmischer und Giftmischerinnen.«

Da *Wetzel* diese Kategorien ausschloß, hat er ein Material von 153 Massenmördern gesammelt. Es zeigte sich, daß 34 davon wegen der Unvollständigkeit der Krankengeschichten für weitere Untersuchung ausgeschlossen werden mußten. Von den übrigen 119 fand er, daß 37 gesund und 82 geisteskrank waren. Von diesen 82 Fällen waren 27 schizophren, was 33 v. H. der geisteskranken Massenmörder und 23 v. H. des gesamten untersuchten Materials beträgt. Nebenbei bemerkt, stand neben den Schizophrenen — 33 v. H. nach *Wetzel* — eine andere Gruppe mit 33 v. H., welche aus epileptischen Zuständen und Alkoholpsychosen im Verhältnis 20 und 7 zur Anzahl bestand. Was bei vielen Erstaunen erregen wird, ist wohl die Feststellung, daß die reinen Melancholien, die endogenen *manodepressiven* Verstimmungszustände nur einen verschwindend geringen Beitrag zur Schar der

Massenmörder liefern. Dies betont *Wetzel* im Gegensatz zu *Hoche* (1901) und *Kreuser* (1907), welche zu der Zeit unter den Massenmördern die Melancholiker reichlich vertreten fanden. *Wetzel* findet in seinem Material nur einen einzigen sicheren Fall von endogener Depression. Was die geistig gesunden Massenmörder betrifft, so sagt *Wetzel* mit Recht: »In ihren Tiefen bleibt die Frage, warum gerade diese geistig intakten Menschen durch Notlagen aller Art, die zwar schwer waren, aber doch nichts Eigenartiges bedeuteten, zu ihrer Tat getrieben wurden, unbeantwortet.«

1928 teilte *Erich Jacobi* in seinem Aufsatz »Zur Psychopathologie des Familienmordes« einen Fall mit, den er, nach dem, was man aus seiner Darstellung ersehen kann, mit Unrecht als eine endogene Verstimmung bezeichnet. Auf jeden Fall kann man auf diese Massenmörderin nicht mit Sicherheit die Diagnose Melancholie stellen. Es handelte sich um eine Frau, die bei ihrer ersten Entbindung eine schwere, ihrer Natur nach unbestimmte Puerperalpsychose durchgemacht hatte. Schon diese Tatsache ist geeignet, eine klare Diagnose von Melancholie zu erschüttern. Inzwischen erkrankte ihr jüngstes Kind und wurde vom Arzt abgegeben. Sie sieht, wie das Kind mehr und mehr leidet, und in ihrer Verzweiflung tötet sie dieses Kind zusammen mit den beiden andern. Wie wir sehen, haben wir hier ein starkes äußeres Moment, das sterbende Kind, was an und für sich reichen dürfte, um eine Mutter zur Verzweiflung zu bringen, und somit die Diagnose »endogener Verstimmungszustand« zweifelhaft erscheinen läßt. — Auch *Karl Birnbaum* scheint in seiner 1921 herausgekommenen »Kriminalpsychopathologie« zu meinen, daß die endogenen Verstimmungszustände oft die Ursache der Familienmassenmorde seien.

Was die Ursache dieser Verschiedenheit in der Erfahrung bei den verschiedenen Verfassern betrifft, so dürfte es wohl erstens so sein, daß das Erfassen, das Stellen der Diagnose dieser Krankheitszustände sich keineswegs schon so befestigt hat, daß eine endogene Verstimmung in der Stadt A. eine ebenso klare und deutliche endogene Verstimmung für einen Untersuchenden in der eine oder ein paar hundert Meilen weiter entfernt in der Welt belegenden Stadt B. ist. Und ferner verhält es sich keineswegs so, daß alles, was endogene Verstimmung im Jahre 1900 war, unter dieselbe Diagnose des Untersuchenden vom Jahre 1932 fällt. Aber auch, wenn man diese Verschiedenheiten in der Auffassung nicht in Betracht zieht, so muß man sicher auch mit Verschiedenheiten in der wirklichen Frequenz der Krankheiten in den verschiedenen Ländern rechnen. Sogar in den verschiedenen Teilen ein und desselben Landes hat man ja auffällige Unterschiede in den vorkommenden Ziffern ein und derselben Krankheit. Ohne irgend eine Statistik zu

bringen, wollte ich nur als Beispiel anführen, daß die reinen endogenen Verstimmungszustände hier in Westschweden so spärlich auftreten im Vergleich zu der dominierenden schizophrenen Gruppe, daß man sie fast zu den Seltenheiten zählen muß. Die exogenen Verstimmungszustände, Depressionen mit einer oder mehreren äußeren Ursachen, sind dagegen an der Tagesordnung.

Schließlich dürfte wohl die Ansicht die richtige sein, daß die Melancholie ein verschwindend geringes Material zur Schar der Massenmörder liefert und daß die schizophrene Gruppe in Übereinstimmung mit dem, was *Wetzel* ermittelt hat, hier mit einem erschreckend großen Anteil vertreten ist. Es scheint mir, als ob man vielleicht ganz allgemein sagen könnte, daß das Weiche und Sanfte bei der maniko-depressiven Konstitution sozusagen diesen Melancholikern Hindernisse in den Weg legte, einen Massenmord zu begehen. Es scheint, als wenn der düstere Melancholiker in fast allen Fällen nicht über den Wunsch hinauskäme, nie Kinder in die Welt gesetzt zu haben, und daß sie lieber sterben als zu allen Zeiten gequält werden sollten. Besonders wenn es das Leben anderer, der nächsten Angehörigen gilt, dürfte es nur zu den Ausnahmen gehören, daß der trotz seiner stürmischen Verzweiflung doch weiche Melancholiker sich schuldig macht, zum Messer zu greifen und dem einen Kind nach dem andern den Hals abzuschneiden. Dies dürfte, wie gesagt, sehr selten vorkommen. Dagegen ist ja das eigene Leben des Melancholikers vor ihm selbst nicht so sicher.

Dagegen stößt der Schizophrene mit seinem mehr oder weniger bizarren Gefühlsleben hier nicht auf denselben zu überwindenden Widerstand. Der Schizophrene handelt ganz sicher mehr oder weniger als ein Werkzeug, dessen leitende Hand oder Kraft eine Halluzination, eine Wahnvorstellung, eine Schreckstimmung usw. ist, welche die Persönlichkeit des Kranken so sehr beherrscht, daß alles, was Gefühl heißt, gelähmt wird. Wie schwer es jedoch ist, die Tiefe und Beschaffenheit des Gefühlslebens zu beurteilen, zeigt gewissermaßen gerade unser oben angeführter Fall. Dieser Mörder hatte sich sehr über seine Arbeitslosigkeit und das damit verknüpfte Elend geämt. Er hatte über das Schicksal seiner Familie gegrübelt. Und bei einer äußerlichen Betrachtung könnte er vielleicht wie ein Mann dastehen, welcher aus Verzweiflung über die Zukunft der Seinen ihnen lieber das Leben nahm. Aber das Wesentliche in diesem Fall, das psychopathologisch und sozial Wichtige war ja, wie wir gesehen haben, die wieder auf-lodernde schizophrene Psychose mit all ihren qualvollen Erlebnissen. Und bei der Untersuchung findet man dann bei ihm, was ja zu erwarten war, ein vegetierendes und oberflächliches Gefühlsleben.

## XIII.

## Jünger und Meister.

## Ein Fall von induziertem Irresein mit religiösen Wahnideen.

Von

Dr. Adolf Hoppe.<sup>1)</sup>

Den nachstehenden Fall J. hatte ich Gelegenheit, im Anfang November 1932 in Haus Schönow zu beobachten. Den Anlaß der Beobachtung bot das von der Reichsversicherungsanstalt für Angestellte an die Heilstätte gerichtete Ersuchen, sich über die Berufsfähigkeit des Patienten gutachtlich zu äußern. Die Frage war einfach und leicht zu beantworten, zumal J. bereits von der Versorgungsbehörde wegen einer Kriegsverletzung eine Rente von 50% bezog und er ferner vor kurzem, auf Grund eines sehr eingehenden und inhaltlich einwandfreien Gutachtens, wegen Geisteschwäche entmündigt worden war, somit von vornherein alle Wahrscheinlichkeit dafür sprach, daß Berufsunfähigkeit im Sinne des Angestellten-Versicherungsgesetzes vorlag, also J. nicht imstande war, in seinem oder einem sozial ähnlichen Beruf 50% oder mehr zu verdienen. Dahin lautend wurde denn auch das eingeforderte Gutachten abgegeben. Der Fall bot aber in religionspsychologischer (oder = psychopathologischer) und gerichtlich-psychiatrischer Hinsicht mancherlei so Bemerkenswertes, daß es sich zu lohnen schien, ihn zu veröffentlichen. Es ist mir eine angenehme Pflicht, dem Leiter von Haus Schönow, Herrn Dr. Colpe, für die Erlaubnis zur Veröffentlichung meinen verbindlichsten Dank zu sagen.

## I. Krankengeschichte.

1. Lebenslauf des Patienten, auf Grund der Akten und möglichst im Anschluß an einen hier von ihm verfaßten, ausführlichen Lebenslauf:

J., Techniker, geboren 1891 in A. Vater Gastwirt, starb schon 1897, soll gelegentlich etwas getrunken haben. Mutter noch am Leben. Vater der Mutter angeblich zeitweise religiös fanatisch. Eine Schwester der Mutter schwachsinnig, starb mit 35 Jahren in Anstalt. Häuslichkeit durchaus christlich-religiös eingestellt. Erziehung des J. und seiner drei Schwestern (eine Schwester klein gestorben) lag nach dem Tode des Vaters wesentlich in den Händen der sehr frommen Mutter. »Sie verstand es, uns so zu leiten, daß wir eine ungetrübte Jugend verlebten, und hatten wir auch untereinander das größte Vertrauen.« Schon früh sexuelle Regungen, beim Treppenrutschen, beim Turnen. Mäßige Onanie im Jünglingsalter, von J. mit Erfolg bekämpft. Volksschule bis zur ersten Klasse. Nach der Schule zuerst in der Landwirtschaft tätig, lernte dann die Schlosserei. War Mitglied eines Jünglings-

<sup>1)</sup> Aus der Heilstätte für Nervenranke Haus Schönow (Malente-Gremsmühlen). Leitender Arzt Dr. C. Colpe.

vereins, turnte. Kein Sexualverkehr. 1912 freiwilliger Eintritt beim Militär, wurde 1913 Gefreiter, 1914 nach Kriegsausbruch Unteroffizier. Oktober 1914 durch Granatsplitter am linken Knie schwer verwundet; war drei Jahre im Lazarett. Wunde verheilte nach Resektion des Kniegelenks mit 4 cm Verkürzung des Beines. Während der Lazarettzeit Neigung zu weltlichen Vergnügungen, besuchte Dielen und Kabarets, trank und rauchte. Verkehrte gelegentlich mit Prostituierten, infizierte sich schon beim drittenmal mit Gonorrhoe, gab daraufhin den Verkehr auf. Gleichzeitig Besuch der Maschinenbauschule; bestand Frühjahr 1918 die Abschlußprüfung. Fand bald Anstellung als Konstrukteur bei der Firma Z. in O. 1919 Verlobung mit Mädchen aus guter Familie. 1920 Heirat; fünf Kinder. »Die Verlobungszeit war kampfreich, weil ich sehr am starren Dogma der Kirche hing und meine Frau freier darüber dachte. Wir hatten aber das gleiche Ziel, die christlichen Glaubenslehren in vollkommenster Weise zu üben, auszuleben und auch auf unsere Umgebung, wie namentlich unsere Kinder, zu übertragen, soweit dies Menschen möglich ist.«

Mutter war nach dem Tode des Vaters immer mehr in mystisch-religiöse Gedankengänge hineingeraten, trat schließlich mit einer Schwester des J. zum Baptismus über; eine andere Schwester ging zur Philadelphia-Gemeinde, die jüngste Schwester zu den Adventisten; diese unternahm in jungen Jahren, nachdem sie sich eine Unterschlagung hatte zu schulden kommen lassen, einen Selbstmordversuch. J. versuchte zunächst in der Kirche seinen Glaubensgrundsätzen nachzuleben, obwohl er sah, daß die Zerrissenheit unter Führern und Gliedern der evang.-lutherischen Kirche so groß war, daß er selbst keine rechte Stütze des Glaubens hatte. Wollte den Worten der Heiligen Schrift gemäß leben. »So mied ich Alkohol und Tabak, Tanz und Modetorheiten, sowie den ganzen Wust der Literatur, die es nur darauf abgesehen hat, das wahrhaft Göttliche, Menschliche, Natürliche zu verdrängen, kompliziert und unnatürlich zu machen. . . Auch im Essen und Trinken richtete ich mich nicht mehr nach dem gewohnten »Von-Haus-aus«, sondern fing an, das Ideal der Pflanzenkost im Sinne der Bibel auszuleben und wandelte entsprechend meine Lebensweise, auch für meine Familie.« Deshalb allerlei Konflikte mit den Angehörigen. In dieser Zeit erste Berührungen mit Adventisten, insbesondere dem Musiklehrer L. »Er war ein vornehmer, feingebildeter Mann, der nur gute Musik tadellos spielte.« (Näheres über L. siehe Abschnitt III.)

Beziehungen zu L. ruhten bis 1923. Damals schloß er sich den Adventisten völlig an, nachdem seine jüngste Schwester und seine Frau ihm vorangegangen waren. Gleich nach dem Übertritt Schwierigkeiten im Geschäft, da J. sich weigerte, am »Sabbat« zu arbeiten. Kündigung, die später zurückgezogen wurde; J. feierte seinen Sabbat und arbeitete dafür am Sonntag. Mit dem Übertritt auch wieder nähere Beziehungen zu L. »Dabei sahen wir, daß Herr L. (J. spricht von L. immer nur als von 'Herrn L.')

eine alles überragende Stellung einnahm und mit seiner ganzen Person den Forderungen der Religion vom Kreuz gerecht war.« Gemeinsame Pläne, die Gedankengänge der Adventisten den Gebildeten näher zu bringen: »Bei der Gemeinde stießen wir auf unverständlichen Widerspruch und waren gezwungen, neben anderen Mitteln auch die Gelder zu verwerten, die wir sonst der Gemeinde zuführten, den Zehnten.« Daher Trennung von der Gemeinde. J. ging mehr und mehr in seiner religiösen Aufgabe auf, sah die tägliche Arbeit bei der

Firma nur noch als »notwendiges Übel« an. Erbauungsstunden im engsten Kreis unter Leitung des L., »nicht vorbereitet, sondern aus der Inspiration des Geistes Gottes. Dabei fiel uns oft die Tatsache auf, daß die gewählten Texte seherisch sicher in überwältigender Weise Dinge betrafen, die den einen oder anderen grade betrafen, ihn verstrickten oder zu schaffen machten... Wir wuchsen rapid am inwendigen Menschen! Außere Erfolge blieben aus; ihr Ziel, »unser Wirken müsse uns selbst ernähren und auch unsere Familien, und zwar in einem Maße, das dem Wert und Adel dessen, was wir boten, entsprach«, wurde nicht erreicht. J. unterstützte den L. reichlich mit Geldmitteln, anfangs im Einvernehmen mit der Frau. »Später machte sie Schwierigkeiten, nahm nicht immer an den Versammlungen teil und stellte sich zeitweilig ganz gegen uns.«

Mai 1929 hatte J. Mißhelligkeiten im Geschäft durch verfehlte Konstruktion einer Schiffsschraube. Nahm die ihm gemachten — nicht einmal sehr schlimmen — Vorwürfe zum Anlaß, seine Stellung aufzugeben und sich ganz dem L. zur Verfügung zu stellen. Als die Frau ihm Vorhaltungen machte, verließ er sie. »Ich ging von Hause fort und nahm an Geld und Wertsachen mit, was ich grade hatte und was mir geeignet schien für die praktische Arbeit des Druckens und für Büro bei Herrn L.« Auch L. trennte sich von seiner Frau, löste seinen Haushalt auf und lebte mit J. und der jüngsten Schwester des J. zusammen. Versuche, sich durch Verkauf von Schriften und Gedichten des L. zu ernähren, scheiterten gründlich. Frau J. ließ die Militärrente des J. beschlagnahmen, so daß er ganz ohne Einkommen war. November 1929 Erkrankung des J. (Ulcus cruris an dem versteiften Bein, später Pleuritis mit Erguß.) Bis Mai 1930 im Krankenhaus. Krankheit führte zur Versöhnung der Eheleute, die nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus wieder zusammenzogen. Da J. aber auch weiterhin, sogar vom Betrage der Wohlfahrtunterstützung, den L. »nach seinem Ermessen« unterstützte, alsbald neue Konflikte. Frau kam seelisch stark herunter, griff J. tätlich an, worauf dieser auf Rat des L. sich zur Wehr setzte und einmal die Frau auf die Nasenwurzel schlug. J. machte Miene, sogar die Möbel der Frau zu versetzen und zu verkaufen, worauf diese Antrag auf Entmündigung und Einsetzung einer vorläufigen Vormundschaft stellte. Einweisung in das Krankenhaus zu A., von da mit der Diagnose: »Schizophrenie, paranoische Form« in die Provinzialanstalt zu N. Dort fünf Monate bis Mai 1931; während dieser Zeit Entmündigung. Frau war inzwischen selbst nach N. gezogen, betrieb seine Entlassung. J. zog im Mai 1932 zu ihr, lebt seitdem untätig im Hause, weigert sich, Arbeit anzunehmen.

2. Angaben der Frau J., nach den Entmündigungsakten und gelegentlich eines Besuches in N.

Ehe anfangs glücklich. Normaler Verkehr mit der Ehefrau, nur etwas frühe Ejakulation. Erst in letzter Zeit Neigung zu allerlei Abnormitäten, digitalen Manipulationen, Cunnilingus. Vermutet dahinter Belehrungen durch »Herrn L.« Nie homosexuelle Neigungen bei ihrem Gatten beobachtet, auch bei L. nicht, obwohl dieser früher einmal eine auffällige Freundschaft mit einem älteren Herrn gehabt haben soll. Unter dem Einfluß des L. kam es zu gegenseitigen Bauchmassagen zwischen L., J., der Frau J. und der jüngsten Schwester des J., anfänglich zur Behebung von Verdauungsbeschwerden, später als »geistiges Exerzitium«. L. nenne sich den Elias, gebe sich als Gesandten des Herrn aus, der von seinen Jüngern erhalten werden müsse, um

seinen Offenbarungen leben zu können. J. habe ihn überreichlich unterstützt, ihm von seinem Monatseinkommen von 365 RM. 200 RM. abgegeben, ihm einmal, als er schon stellungalos war, auf einmal 650 RM. ausbezahlt. Selbst seine Wohlfahrtsrente habe er dem L. zugetragen. L. habe ihren Mann veranlaßt, seine Stellung aufzugeben, er sei auch schuld daran, wenn J. sich jetzt weigere, wieder Arbeit anzunehmen. Ihre Übersiedlung nach N. sei erfolgt, um J. der Machtsphäre des L. zu entziehen.

### 3. Auf Vorhalt äußert sich J. zu diesen Angaben:

Er halte L. für den »Elias der letzten Zeit«, den Wegbereiter des wiederkehrenden Christus. Auch sich selbst halte er für einen Auserwählten Gottes, ohne darin etwas Besonderes zu sehen; auch Luther z. B. sei ja ein solcher Auserwählter gewesen. In seinen religiösen Anschauungen sei er stark von L. beeinflusst, doch habe er früher wohl seinen eigenen Anteil daran zu niedrig angegeben. Er habe L. reichlich mit Geldmitteln versehen, da er es für unwürdig halte, daß ein solcher Mensch vom Unterricht leben sollte; wenn L. Unterricht erteilen müsse, könne er seine, ihm von Gott übertragene, Aufgabe nicht erfüllen. Anfangs sei seine Frau mit der Unterstützung des L. einverstanden gewesen; später sei es ihr zu viel geworden. Er meine aber, daß die ihm geliebten 165 RM. für den Unterhalt der Familie ausgereicht hätten. Als er später die Mittel nicht mehr gehabt habe, habe er die Möbel seiner Frau versetzen wollen, um L. unterstützen zu können. Er halte sich dazu für berechtigt, da für ihn die allgemeinen Gesetze in diesem Falle nicht gälten; man müsse den Willen Gottes auch gegen das Gesetz erfüllen.

Seine Ehe sei anfangs glücklich gewesen. Allerdings habe er in den ersten Nächten nach der Hochzeit seine Frau geschont, weil es ihm »tierhaft« vorgekommen sei, nun gleich sein Recht als Ehemann zu verlangen. Immer normaler Verkehr; nur in der letzten Zeit habe er öfter seiner Frau »den Schoß geküßt«. L. habe ihn auf diese Idee gebracht. Er habe gesagt, das Liebesleben könne er (J.) auch bei der Hure kennen lernen. Die Bauchmassagen habe zuerst seine Frau von L. gefordert; er selbst habe sie als ein geistiges Exerzitium angesehen.

Seine Frau habe den Rubentyp, L. den Gadtyp, er selbst den Manassestyp; die Bedeutung dieser Typen ergebe sich aus dem Jakob- und Mosesegen (Gen. 49, Deut. 33).

Er stehe auf dem Standpunkt, daß er seiner Berufung folgen müsse. Gott werde schon helfen und ihn seinen Lohn finden lassen. Gegenwärtig herrsche »Wüstenzustand«, hervorgerufen dadurch, daß seine Frau nicht an seiner Seite mit ihm gehe; Gott könne ihn daher nicht so segnen, wie er wohl wolle, ihn und seine Familie. Die Nöte der Zeit kämen von der Vermännlichung der Frau und von der Verweiblichung des Mannes; das sei kein Fortschritt, sondern Degeneration. Er habe sich in der letzten Zeit widerstandslos in alles gefügt, habe sogar nichts dagegen eingewandt, als seine Frau in seiner Abwesenheit die jüngsten vier Kinder habe taufen lassen. Zukunftspläne habe er keine; daß er wieder Arbeit finde, werde wohl schon dadurch erschwert werden, daß er sich die Feier des Sabbats vorbehalten müsse. Er habe nun einmal den »Gerichtsgedanken«; damit sei verbunden, daß er sich nicht in den Dienst derjenigen stellen könne, die nicht mit ihm eines Geistes seien. Seine Entmündigung halte er für ein Unrecht; er glaube auch, daß Gott ihn unter diesen Umständen von der Verpflichtung, seine Familie zu ernähren, entbunden habe; er brauche es sich nicht gefallen zu

lassen, daß er als das Haupt der Familie vom Weibe unterdrückt werde. Seine Frau verhalte sich ähnlich wie der König Nebukadnezar im Danielbuche, der ja auch sieben Jahre lang wahnsinnig gewesen sei; er hoffe aber, daß Gott noch die Finsternis von ihrem Geiste nehmen und sie die Wahrheit erkennen lassen werde.

Er sei überzeugt, daß er vor der Wiederkunft Christi nicht sterben werde, sondern er werde verwandelt werden, aus dem verweslichen Zustand in den unverweslichen übergehen.

4. Es folge hier noch ein Glaubensbekenntnis, das J. seinem Lebenslauf angefügt hat:

»Grundlage ist die Bibel als schriftliche Form, in der sich Gott der Menschheit offenbart. Alle Menschen, vom Juden bis zum Insulaner, sind fähig, Gott zu erkennen, wenngleich Unterschiede in ihrer Stellung zu Gott und untereinander sind. Ich meine so: die Juden sind das auserwählte Volk, aber verworfen und abgelöst durch die Japhetiten, deren zinsbare Knechte die Hamiten sind. Ihrem Charakter nach teile ich die gesamte Menschheit in 12 Stämme nach Art des fleischlichen Israel, unter Berücksichtigung der Lage der Stämme zueinander, z. B. Stämme, die das innere Heiligtum hüten, und Grenzstämme.

In der Entwicklung des Schöpfungs- und Erlösungsplans Gottes sind wir nun soweit vorgeschritten, daß die Versiegelung der Stämme vor sich geht. Die einzelnen Glieder erkennen ihre Stammeszugehörigkeit und sich untereinander. Es verbindet sie ein geistliches und geistiges Band, das um so fester hält, als eben der Geist über der Materie steht. Es ist dies der Anfang vom Ende. »Die Welt ist alt im Abend.« (L.) Die Zeitlichkeit hört auf, es beginnt die Ewigkeit.

Die Ablehnung des Kronengedankens durch die Menschheit ist eine abermalige Ablehnung des Kreuzes Jesu, dessen Erfolg die Krone (geistige) ist.

Kirchen und Gemeinschaften verewigen das Kreuz Jesu. Wer den Gedanken des Kreuzes wahrhaft liebt, wird auch die damit verbundene Schmach erkennen und sich freuen, wenn die Zeit verstrichen ist, daß dieser Gedanke der Menschheit verkündigt wird. Er wird frohlocken, wenn die Zeit hereinbricht, da der Fürst des Himmels sein Königtum errichten wird und dazu erscheinen wird. Dieses erwarte ich. Gedanken des Todes sind mir fremd. Ich sage nicht, ich bin das Leben, aber in mir sprudelt das Leben.

Im Völkergeschehen sehe ich sowohl in den einzelnen Kulturen, als im Gesamtgeschehen eine absteigende Linie, in der Reihenfolge Ethik, Ästhetik, Utilitarismus. Die Kultur unserer heutigen Zeit sehe ich im Stein, im Leblosen verwurzelt, trotz und grade wegen der Bilder vom Weltraumschiff und dergleichen.

In dieser Zeit der Verwischung der Unterschiede, Verkehrung der Geschlechter (Vermännlichung der Frau und Verweiblichung des Mannes), da die Masse herrscht —, werden die Darstellenden des geistigen Israel als vollkommene Persönlichkeiten erstehen, um den König aller Könige zu empfangen. Nicht als Begeugte, unter der Last des Kreuzes Leidende, sondern aufrecht, als Erlöste, im »vollkommenen Mannesalter« stehend, würdig, auf Thronen zu sitzen.«

5. Der körperliche Befund bei J. bot nichts Besonderes, mit Ausnahme des im Knie versteiften und verkürzten linken Beines. Große Narben



in der Gelenkgegend. Der Gang ist hinkend, aber rasch und erfolgt ohne Schmerzen. An der Innenseite des Unterschenkels ein kleines, stark sezernierendes, offenbar etwas vernachlässigtes Geschwür. Innere Organe gesund. Neurologisch ohne Befund.

Psychisch geordnet; ernst, aber nicht finster. Im Verkehr mit den Kranken liebenswürdig und hilfsbereit. Gegen die Ärzte offen und aufrichtig. Fügte sich ohne weiteres in die Hausordnung, auch in die Arbeitstherapie, betonte nur immer, daß er sich in einer Zwangslage befinde. Intelligent, gut unterrichtet, namentlich auf Gebieten, die seinem Interessenskreis nahelagen. Ausdrucksweise gewandt, Neigung zu gehobener und etwas geschraubter Diktion (»Gilead-«, »Kronen-«, »Eliasedanke«, »Babylon«, »Harmageddon«; hier offenbar Einfluß der Sektensprache und der L.-schen Redeweise). Schriftlicher Ausdruck desgleichen, doch in Orthographie und Grammatik nicht immer korrekt (in den gegebenen Proben von mir zumeist verbessert). Schrift steif und eigenartig verschnörkelt; wie sich herausstellte, suchen J. — und auch ein von ihm bekehrter Anhänger — ihre Schrift nach Möglichkeit der des L. anzugleichen.

Um Wiederholungen zu vermeiden, werden einzelne Nachträge zur Krankengeschichte noch in den folgenden Abschnitten gebracht werden.

## II.

Vor aller weiteren Erörterung des vorliegenden Falles wird es notwendig sein, eine grundsätzliche Frage zu entscheiden: Ist J. überhaupt geistesgestört, mit anderen Worten, was gibt uns das Recht, aus dem Verhalten des J. auf eine bestehende Psychose zu schließen? Nun wird man ja, da J. bisher von mindestens drei Psychiatern unabhängig von einander begutachtet worden ist und alle diese J. für krank erklärt haben, wohl annehmen dürfen, daß sie sich nicht alle drei geirrt haben. Aber man kennt auch das noch heute wie in der Vergangenheit gleich lebhaft Mißtrauen gegen die Irrenärzte, denen man nachsagt, daß jeder, der unter ihre Finger gerät, als geisteskrank angesprochen wird, und daß im Falle J. keine einheitliche Diagnose vorliegt, erhöht die Sicherheit ganz gewiß nicht. Hatte man in A. bei der Überweisung nach N. sein Leiden als paranoide Form der Schizophrenie bezeichnet, so leugnet man in N., sowohl in gelegentlichen Bemerkungen der Krankengeschichte, wie in dem Entmündigungsgutachten, durchaus, daß schizophrene Züge vorliegen. Kaum vier Wochen später aber hat sich der Gutachter doch zur Diagnose Schizophrenie bekehrt, während wir wieder hier an Haus Schönow an J. Schizophrenisches nicht entdecken konnten.

Es geht bei J. eben nicht anders als in allen Fällen, wo wir eine vom Durchschnitt abweichende Persönlichkeit beurteilen und uns nun klipp und klar für die Alternative »normal« oder »krankhaft« entscheiden müssen, während wir doch genau wissen, daß der Übergang fließend und durch eine große Menge von

Zwischenstufen vermittelt ist. Auch der einst so beliebte Satz: »Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten« hilft uns da nicht weiter, denn so wertvoll dieser Satz für die klinische Theorie der Psychosen und praktisch für die Befreiung der psychisch Kranken von ethischen und religiösen Vorurteilen war, so steht dennoch fest, daß wir in den meisten Fällen die Gehirnkrankheit nicht direkt diagnostizieren können, also doch gezwungen sind, aus dem Verhalten des Kranken, aus seinem Denken, Fühlen, Wollen und Handeln, auf die Psychose zu schließen. Die Schwierigkeiten steigen u. U. ins Ungemessene, wenn das uns an dem Patienten Auffällige auf religiösem Gebiet liegt. Glaubt sich ein Kranker verfolgt, vertritt er irgendwelche hochgesteigerte Ansprüche, so werden wir fast immer objektive Anhaltspunkte haben, an denen wir messen können, was an diesen Behauptungen wahr oder wahrscheinlich ist, und so zu einer Entscheidung kommen. Allerdings auch nur »fast immer«. Bis zu wie abenteuerlichen Vorstellungen versteigen sich nicht manche Leute über die Macht der Juden, der Freimaurer oder Jesuiten, ohne daß doch einer daran denkt, die Betreffenden für geisteskrank zu erklären, auch wenn sie allen Einwänden die starrste Unbelehrbarkeit entgegensetzen. Und liegen nur in den Ideen selbst keine Widersprüche — die wir ja allerdings in paraphrenischen Zuständen nur selten vermissen werden — so besteht doch immer die Möglichkeit, daß der angebliche Kranke Recht hat und alle anderen, uns eingeschlossen, sich irren.

Auf religiösem Gebiet aber fehlt uns jede Möglichkeit der Verifikation, sei es nach äußeren oder nach inneren Kriterien. Nicht nach äußeren, denn wenn auch jede Religionsgemeinschaft behauptet, im Besitze der Wahrheit zu sein, und diese Behauptung natürlich um so anspruchsvoller vertritt, je größer der Kreis ihrer Gläubigen ist, so ist damit noch nichts bewiesen, und die Wahrheit kann ebensogut bei der unbedeutendsten Sekte und in dem kleinsten Konventikel sein, wie bei der mächtigsten und best organisierten Kirche. Und ebenso versagen die inneren Maßstäbe. Denn alle Religionen, selbst die höchsten Kulturreligionen nicht ausgenommen, schleppen aus ihrer geschichtlichen Vergangenheit ein gutes Teil Absurdität mit, und mögen das auch oft Erzählungen oder Dogmen sein, die man aus begreiflichen Gründen in den Winkel stellt und von denen man nicht gern spricht, so wagt man doch auch nicht, sich von ihnen loszusagen, und liefert auf diese Art den Gegnern immer wieder eine willkommene Handhabe, sie hervorzuholen und mit ihrer Hilfe das ganze theologische System lächerlich zu machen. Das trifft eine Religion (oder Konfession) wie die andere, was man ja schon daran sieht, daß Kult und Lehre der einen immer der

anderen als Götzendienst und Aberglaube vorkommen. Mit Logik und Kritik ist da also wenig zu wollen, und psychologisch dürften die Sekten den großen Kirchen in der Regel überlegen sein. Die Masse der Gleichgültigen, die ihre Kirchensteuer bezahlen und im übrigen sich um alle Religion so wenig wie möglich kümmern, hat jedenfalls in den kleineren Gruppen keinen Platz, und wenn diese ihre lebendigere Religiosität von ihnen als »Zeugnis des Heiligen Geistes« und damit als Wahrheitsbeweis in Anspruch genommen wird, so wird man von einem überkonfessionellen Standpunkt aus nicht viel dagegen einwenden können. Mehr als subjektive Wahrheit, d. h. Überzeugung, ist eben in keinem Falle zu erzielen.

Diese skeptische Haltung zu allen »religiösen Wahrheiten« findet ihren Ausdruck in der Toleranz, in der als sittliches Postulat empfundenen Verpflichtung, jeden nach seiner Fassung selig werden zu lassen. Dabei wird allerdings offen oder stillschweigend vorausgesetzt, daß jede religiöse Gemeinschaft, um dieser Toleranz teilhaftig zu werden, sich den Forderungen des Staates und der Gesellschaft anpaßt. Wer heute Vielweiberei, Menschenopfer, ja auch nur Kriegsdienst- und Steuerverweigerung als religiöse Gebote predigen wollte, würde sehr bald merken, daß die vielgerühmte Toleranz ihre sehr fühlbaren Grenzen hat, und alle Berufung auf heilige Bücher, von den Veden bis zum Buche Mormon, würde ihn nicht davor schützen, je nachdem auf dem Scheiterhaufen, im Gefängnis oder im Irrenhause zu enden. In unserem kultivierten Mitteleuropa dürfte der letztgenannte Ausgang wohl der häufigste, ja vielleicht der einzig vorkommende sein. So wenig wir aber sagen dürfen, daß, wer sonst gemeinschaftswidrig handelt, geistesgestört sein muß, ist es gestattet, nun in dem Propheten ohne weiteres einen Geisteskranken zu sehen, auch wenn uns seine Lehre noch so sehr zum Kopfschütteln veranlaßt. Es ist, wie schon *Bleuler* bemerkt hat, gar nicht abzusehen, weshalb ein neuer Prophet nicht ebensogut Recht haben kann wie die alten, und wenn man den Spieß umdrehen und nun einwenden will, daß auch diese alten »Gottesmänner« niemals Recht gehabt haben, so wäre doch auch hier wieder nichts übereilter, als daraus zu folgern, daß diese Persönlichkeiten, denen wir doch allen religiösen Fortschritt zu danken haben, nun geistesgestört gewesen seien.

Es geht also mit dem religiösen Wahn, wie mit allen anderen Formen der Wahnbildung auch: man mag sich drehen und wenden, wie man will, es wird nie gelingen, aus unserer psychiatrischen Diagnostik den sozialen Faktor auszuschalten; darauf hat mit allem Nachdruck schon *Hellpach* in seiner

Habilitationsschrift<sup>2)</sup> hingewiesen. Was unsere Kreise nicht stört, gilt als normal und soll deshalb auch die Psychopathologie nichts angehen. Bestimmend ist da die öffentliche Meinung der großen Menge, die sich an den Durchschnitt hält, und sie erwartet von dem Psychiater, daß er sich ihr fügt. Tut er das nicht, so bekommt er sofort den Widerstand der Volksstimmung zu verspüren, die dann mit den genugsam bekannten Vorwürfen nicht spart. Daß er als Fachmann das begründetere Urteil haben muß, wird nicht anerkannt, über die Tatsache des gestörten Geisteszustandes vermeint eben jeder, genau wie über Religion und Politik, mit Hilfe des »gesunden Menschenverstandes« urteilen zu können. Ändert sich die öffentliche Meinung, so wird damit auch die vulgärpsychiatrische Bewertung des Nächsten eine andre; man erlebt das vor allem in Kriegs- und Revolutionszeiten, in denen mancher, der im Frieden als Taugenichts galt, zum Helden wird.

Ich stehe gar nicht an, diese notwendige Rücksicht auf die soziale Umwelt einen »Skandal der Psychopathologie« zu nennen, in dem Sinne, wie Kant von einem Skandal der Philosophie sprach. So hat im Falle J. die Tatsache, daß er für seinen Meister L. den größeren Teil seines Einkommens dahingab, daß er lieber seine Familie als ihn notleiden ließ, jeden der Gutachter veranlaßt, ihn für psychotisch zu erklären. Nehmen wir aber an, J. wäre kein Techniker mit mäßigem Gehalt, sondern ein reicher Fabrikbesitzer — was es ja gelegentlich noch geben soll —, der es sich leisten könnte, für seine religiöse Überzeugung 200 RM. und mehr im Monat aufzuwenden, so wäre niemandem der Verdacht der Geisteskrankheit gekommen, höchstens daß man seine Schwärmerei als eine Schrulle wie andre auch belächelt hätte. Nun ist aber doch das Bestehen einer Psychose von nichts weniger abhängig als von der Größe des Geldbeutels, und doch wird, bei dem Mangel an absoluten Maßstäben, gar nichts übrig bleiben, als auf das Mißverhältnis zwischen Leistungsfähigkeit und Leistungen hinzuweisen und daraus die Folgerungen zu ziehen.

Loeb<sup>3)</sup> hat 1918 versucht, sichere Anhaltspunkte für die Diagnose krankhaften religiösen Erlebens aufzustellen. Nachdem er zuerst betont hat, daß religiöse Ideen ihrem Inhalte nach kaum in gesunde und krankhafte geschieden werden können und auch eine scharfe Scheidung des religiös-gesunden und -krank-

<sup>2)</sup> Grundgedanken zur Wissenschaftslehre der Psychopathologie. Arch. f. d. ges. Psychol. VII. 1906.

<sup>3)</sup> Dienstverweigerung aus religiösen Gründen und ihre gerichtsärztliche Beurteilung. Psych. neurol. Wochenschrift. 1918/19.

haften Erlebens nicht möglich sei, glaubt er religiöses Leben als krankhaft ansprechen zu können

a) bei ungewöhnlicher Dauer und Intensität des Einzel-erlebnisses,

b) je unklarer religiöse Begriffe, je unlogischer die Gedankengänge, je sicherer trotzdem der Gläubige,

c) je erheblicher der Widerspruch zwischen Handlungen, die durch den Glauben beeinflußt sind, einerseits und den geltenden Rechts-, sozialen und ethischen Pflichten andererseits,

d) je stärker der Ichkomplex im Erleben betont ist.

Ich habe seinerzeit an diesen Aufstellungen eingehende Kritik geübt<sup>4)</sup> und will mich hier nicht ausschreiben. Versuchen wir aber einmal, diese Grundsätze gelten zu lassen und auf unseren Patienten anzuwenden.

a) J. hat zweifellos ein lebhaftes religiöses Empfinden als Erbgut mitgebracht. Beim Vater mag sich die Religiosität in den überkommenen Formen des protestantischen Christentums gehalten haben, nach dessen frühem Tode aber gerät J., ebenso wie seine Geschwister, mehr und mehr unter den Einfluß der Mutter, die sich allmählich ganz in einen mystischen Pietismus verliert. Auch J. versucht schon früh, in der Religion seine eigenen Wege zu gehen. Im Gegensatz zu seinen Angehörigen bleibt er zwar in der Landeskirche, konstruiert sich aber all- hand besondere religiöse Pflichten, meidet weltliche Vergnügen, Liebesverhältnisse, den Fleischgenuß u. a. m. Schließlich treibt ihn seine Veranlagung doch aus der Kirche hinaus, er schließt sich den Adventisten an und gerät dort unter den Einfluß des L., der von 1923 bis heute sein Orakel und Mentor bleibt. An Dauer und Intensität fehlt es also dem grundlegenden, am besten wohl als eine Art Erweckung zu bezeichnenden Erlebnis gewiß nicht; wäre aber über J. nicht mehr bekannt, so wüßte ich nicht, worin das Pathologische zu suchen sein sollte. Setzt man das Normale mit dem Durchschnittlichen gleich, so kommt man immer in Gefahr, sich philisterhaft gegen alles Neue und Ungewöhnliche abzusperren. Damit aber wird die Religion zu einem starren Gebilde, wird jeder Fortschritt auf diesem Gebiete unmöglich gemacht, und, mit einem von *Troeltsch* gebrauchten Bilde, die Schale für den Kern genommen.

b) Mangel an Logik und Kritik wird J. mehrfach in Hinsicht auf seine religiösen Anschauungen von den Gutachtern vorgeworfen. Sie finden bei ihm einen stieren Fanatismus, der Einwendungen mit einem überlegenen Lächeln abtut und durch

<sup>4)</sup> Militärischer Ungehorsam aus religiöser Überzeugung. *Zeitschr. f. d. gesamte Neurol. und Psychiatrie.* XLV. 1919. S. 407.

sie keineswegs in seinen Ideen, seien diese nun selbstbearbeitet oder von L. übernommen, erschüttert wird. Aber was hat denn überhaupt die Logik mit der Religiosität zu tun? Hier, wie auch anderswo, namentlich in der Politik, der Weltanschauung, erweist sich die psychologische Überwältigung als mächtiger denn alle Logik. Der Glaube ist nun einmal seiner Natur nach unkritisch; wäre er kritisch, so hörte er damit auf, Glaube zu sein und unterstellte sich einer ihm fremden Gesetzgebung; das kann er aber seiner Natur nach, da er behauptet, wahre Aussagen über das Verhältnis zwischen Gott, Welt und Menschen zu geben, gar nicht tun<sup>5)</sup>. Gewiß benutzt auch er die Logik; aber es ist eine Logik eigener Art, die ihrer Ergebnisse von vornherein gewiß ist, und um zu diesen zu gelangen, vor den ärgsten Verrenkungen und Fehlschlüssen nicht zurückschreckt. Und so ist es von jeher gewesen. Man lese doch einmal unbefangen, was Paulus im Römerbrief von der Bedeutung des Gesetzes im Heilsplan auseinandersetzt, und frage sich dann, was am Ende noch von dem Gottesbild des alttestamentlichen Frommen, von seiner Barmherzigkeit, Gnade und großen Güte übrig geblieben ist. Ja, auch wo eine Heilige Schrift existiert, in der angeblich alles den Glauben Anlangende enthalten ist, scheut man sich nicht vor den gewagtesten Auslegungen; Beispiele seien, auch hier aus der Bibel selbst, Pauli Deutung der zwei Felsen (1. Kor. 10, 4) und die Melchisedekkapitel des Hebräerbriefes.

Man wird vielleicht einwenden, daß J. der Bibel doch keineswegs gänzlich unkritisch gegenüberstehe. Er spricht davon, daß sie ein gefährliches Buch sei, daß das Alte Testament schon zu Pauli Zeiten veraltet gewesen sei, meint sogar, auf der neuen Erde werde es keine Bibel mehr geben, und lehnt, so fest er an die nahe Wiederkunft Christi glaubt, doch den Gedanken eines tausendjährigen Reichs ab. Aber diese Kritik ist in ihrer Art doch völlig unsystematisch und beruht rein auf Willkür. Was J. in seinen Kram paßt oder was sein Meister für maßgebend erklärt, hat trotzdem unbedingte Geltung. So meidet er schon in der Zeit, als er noch der Landeskirche angehört, den Fleischgenuß, weil Gott den ersten Menschen nur die Früchte des Feldes zur Nahrung angewiesen habe, betrachtet später das Gebot der Sabbatruhe auch für den Christen als bindend, deutet biblische Geschichten (Jakobs und Labans Trennung in Gilead)

<sup>5)</sup> Daran scheitern auch alle Versuche, die Religion der Ethik unterzuordnen. Kants Auffassung der Religion, daß sie uns unsere Pflichten als göttliche Gebote erkennen lasse, wird folgerichtig bei *Vaihinger* zum Illusionismus, zur »Religion des Als-Ob«.

in kühn allegorischer Weise aus und findet im Jakobssegen die ganze Psychologie der Menschheit enthalten. Daß bei diesem Verhalten von wirklicher Kritik, die doch nur auf dem Boden der modernen Bibelwissenschaft möglich ist, keine Rede sein kann, bedarf keiner längeren Ausführung; J.s Standpunkt entspricht vielmehr durchaus dem, was man mit Gemeindeorthodoxie bezeichnet. Krankhaft ist aber diese Stellungnahme darum noch lange nicht.

c) Der dritte der von *Loeb* vorgetragenen Gesichtspunkte geht von der sozialen Gemeinschaft und der Ethik aus. Was darüber im allgemeinen zu sagen war, ist bereits vorher erörtert worden. Und tatsächlich wird man, wenn man sich auf den Standpunkt der bürgerlichen Ethik stellt, J.s Verhalten höchst unverständlich und pflichtwidrig finden. Schon, als er 1923 der Adventistengemeinde beigetreten ist, weigert er sich, am Sabbat zu arbeiten, und gefährdet dadurch seine Stellung, bis sich schließlich ein für beide Teile gangbarer Ausweg eröffnet. Man wird annehmen dürfen, daß J. in diesem Entgegenkommen der Firma eine besondere Fügung Gottes erblickt hat («ein ganz natürlicher Vorgang, den ich für mich religiös deute»), und dadurch in seinem Verhalten bestärkt worden ist. Mehr und mehr überzeugt er sich von seiner religiösen Berufung, tut seinen Dienst nur noch unwillig und glaubt, als ihm eine Konstruktion durch grobes Versehen mißlingt und er deshalb getadelt wird, darin einen »Fingerzeig Gottes« zu verspüren, die Arbeit aufzustecken und nur noch seiner religiösen Aufgabe zu leben. Zeigt sich schon darin ein wenig entwickelter Familiensinn, so noch mehr in der überreichlichen Unterstützung, die er seinem Meister zukommen läßt; selbst, als er stellenlos und auf Wohlfahrtsgelder angewiesen ist, schleppt er diese zu L. und läßt seine Familie darben. Arbeit verweigert er, da er sich nicht in den Dienst derer stellen könne, die mit ihm nicht eines Geistes seien. Das alles ist ja gewiß ein sehr sonderbares, antisoziales Verhalten, und da es bei J. nicht durch Trägheit oder bösen Willen, sondern durch eine — sagen wir vorläufig einmal — überspannte Religiosität motiviert wird, so mag es da, wo, wie im BGB., Geisteskrankheit und Geistesschwäche vorwiegend durch ihre sozialen Folgen definiert werden, auch vollkommen berechtigt sein, bei J. einen dieser Zustände festzustellen<sup>6)</sup>. Auch ich hätte,

<sup>6)</sup> Denn da diese Ausdrücke, wie allgemein zugegeben wird, keine klinischen Begriffe bezeichnen, ist auch ihre Feststellung von der klinischen Diagnose unabhängig. Wir werden sie vielmehr überall dort als vorliegend annehmen können, wo bei einem geistig Abnormen seine Abnormität den in § 6 bezeichneten Einfluß auf seine Handlungsfähigkeit gewonnen hat. Wo

wenn ich Gutachter gewesen wäre, wahrscheinlich keinerlei Bedenken gehabt, im Entmündigungsverfahren auf Geistesschwäche zu plädieren. Die Verpflichtung, nach rein klinischen Stützen für unsere Diagnose zu suchen, werden wir aber trotzdem nicht los.

d) Es bleibt schließlich die Betonung des Ichkomplexes im Erleben, die egozentrische Stellung des Wahns. Hier finden sich bei J. gewiß eine Reihe von Äußerungen, die sich im Sinne des Größenwahns auffassen lassen. So bezieht er auf sich die Worte des Lukasevangeliums: »Er wird schon im Mutterleibe erfüllt mit dem Heiligen Geiste«, nennt sich einen Begnadeten, einen Ausgewählten, »einen von der Spitze Jesu«. Er meint, was ja gewiß überheblich genug klingt, seine und L.s Schriften bedeuteten für die Menschheit mehr als die Bibel. Arbeiten will er nicht, da er nicht zum Knechte, sondern zum Fürsten geboren sei. In seinem Glaubensbekenntnis heißt es: »Gedanken des Todes sind mir fremd. Ich sage nicht, ich bin das Leben, aber in mir sprudelt das Leben.« Alle diese Aussprüche jedoch stehen letzten Endes isoliert, sie überwuchern das Denken nicht, sie treten zurück neben der mit aller Zähigkeit festgehaltenen Behauptung, daß L. der eigentlich Erwählte, der Vorläufer des wiederkehrenden Christus sei. Ich möchte glauben, litte J. an einem religiösen Größenwahn, so würde er sich nicht mit der zweiten Rolle begnügen, sondern selbst dieser neue Christus zu sein beanspruchen. Der in N. vertretenen Auffassung, daß bei J. eine eigentliche Wahnbildung überhaupt nicht vorliege, dürfte also beizupflichten sein; ergänzend kann man noch darauf hinweisen, daß Verfolgungsideen, die doch sonst die Größenideen überall zu begleiten pflegen, bei J. nicht nachweisbar sind.

### III.

Wir müssen uns also nach anderen, von *Loeb* nicht erwähnten Kriterien umsehen. Hier halte ich es nun zunächst vor allem für wichtig, daß wir uns ein Bild von J.s Meister L. zu entwerfen suchen. Das wird nicht ganz leicht sein, da wir an objektivem Material nur einige Briefe und Aufsätze von ihm haben, alles andere aber durch die subjektive Brille geschaut und dementsprechend verfälscht ist. Sieht J. in L. den Ersten, den Erhabensten der Schar der Gläubigen, so ist er für die Frau der Zerstörer ihres Familienlebens, dem sie, nach der anfangs schwärmerischen Verehrung, nur Haß und wohl auch eine gehörige Portion Verachtung entgegenbringt.

dieser Einfluß (Unfähigkeit zur Besorgung seiner Angelegenheiten) nicht besteht, liegt auch keine Geisteskrankheit oder Geistesschwäche im Sinne des Gesetzes vor.



L., sechs Jahre älter als J., ist von Haus aus Musiker, Meisterschüler eines bekannten Komponisten und Dirigenten, und soll nach J. auch mit eigenen Kompositionen Beifall gefunden haben. Er ist, woran wir nicht zweifeln können, vielseitig begabt, besitzt ein umfangreiches Wissen und eine gar nicht zu leugnende Kraft des Ausdrucks, die sich bis zu poetischem Schwung steigert. (Beispiele s. u.) Seine religiöse Eigenart drängt ihn zu den Adventisten, und bald gewinnt er, unter den meist schlichten und einfachen Leuten, die diese Gemeinde bilden, eine hervorragende Stellung. Von ihm bekehrt, schließt sich auch J. der Sekte an, nachdem er wohl schon lange unter dem Eindruck seiner Persönlichkeit gestanden hatte, und beide versuchen zunächst, durch Schriften und Propaganda den Gebildeten die Gedanken der Adventisten nahezubringen. Aber auf die Dauer duldet es L. auch in der Gemeinde nicht mehr; aus nicht ganz aufgeklärten Gründen tritt er aus oder wird ausgeschlossen: vermutlich ist es so, daß der von ihm erhobene Anspruch, den Elias der Endzeit zu verkörpern, doch auch für die Adventisten untragbar wurde. So muß er sich denn nun begnügen, mit seinen engsten und überzeugtesten Anhängern, J. und dessen Schwester, einen kleinen Winkelkonventikel zu bilden. Darf man der Frau J. folgen, so betrachtet dieser Elias als Gesandter des Herrn es als sein Recht, sich von seinen Anhängern erhalten zu lassen, damit er ganz seinen Offenbarungen leben kann. Daß er zum mindesten kein Bedenken hat, das, was ihm angeboten wird, anzunehmen, haben wir gesehen. So läßt er sich — wieder nach den Angaben der Frau L. — noch im April 1929, als J. schon seine Stellung aufgegeben hat, von ihm 650 RM. auf einmal schenken und nimmt später sogar dessen ganze Wohlfahrtsunterstützung an. Trotzdem aber kommt er wirtschaftlich mehr und mehr herunter, muß seinen Haushalt auflösen, trennt sich von seiner Familie und versucht kümmerlich, sich und seine Jünger durch den Vertrieb seiner Schriften zu ernähren, allerdings wohl so, daß diese die eigentliche Arbeit für ihn tun. Er bleibt dabei ein unverbesserlicher Optimist, überzeugt von seiner hohen Aufgabe, und tröstet noch in der letzten Zeit seinen getreuen J. damit, daß er nun bald zu Gelde kommen und J. seine Leistungen an ihm voll vergelten werde.

Körperlich wird L. als klein und unbedeutend geschildert; gleichwohl habe er eine unheimliche Gewalt über die Menschen. Mit seiner Frau habe er nie geschlechtlich verkehrt, weil er durch Phimose am Koitus behindert war; dafür habe er jede Nacht eine Pollution. Auch mit der Schwester des J. soll kein Sexualverkehr vorgekommen sein.

Nun halte man dazu einige Sätze aus L.s eigenen Schriften;

man wird aus ihnen einerseits den grotesken Gegensatz dieser Phantasien zu seiner wirklichen Lage, andererseits aber auch die vorher gerühmten Vorzüge seiner Schreibart erkennen.

1. »Heute tritt es immer mehr hervor, in welchem Maße durch mein Wirken in dem Allmächtigen eine ungeheuer große Gemeinde sich zu meinen Füßen zusammenschart. Ihre Gliederzahl beläuft sich schon auf viele Hunderttausende, und im Umsehen wird sie Millionen übersteigen. Ich erwecke die große Gemeinde der Gottlosen, jene unabsehbare Masse »Babylons«, die vom Gericht Gottes siebenmal geschlagen, den Anblick eines ungeheuren Leichenfeldes gibt, wenn sich<sup>1)</sup> die Widerkunft Christi, des Rächers seines verschmähten Kreuzestodes, vollzogen haben wird.

Ich baue den schwarzen Tempel Satans. Jeder, der in dieser Kirche des Todes Glied wird, erhält ein Zeichen an seine Stirn und seine Hand, das Siegel der ewigen Unvollkommenheit und tiergleicher Minderwertigkeit. Der Name dessen, der über die Schwelle dieses unheimlichen Doms tritt, wird in das Gemeindebuch der Toten eingetragen. Die Choräle der Toten hallen durch das Innere des Domes und brechen sich schaurig an den morschen Pfeilern und Gewölben. Ja, morsch und zerfallen, voller Spinnweben und Ungeziefer der Nacht, sind Mauern, Gebälke, Dachgestühl des Tempels der Verworfenen. In den Nischen und Gewölben nisten Eulen und allerlei andre verhaßte Vögel. Ihr Unrat klebt an den Kleidern der vor den Götzenaltären Anbetenden. Eine Unzahl Geister der Teufel — alle aus dem Himmel ausgestoßen — schwebt umher und bevölkert alle Seelen, die mit dem Satan den ewigen Bund geschlossen haben.«

2. »So irre sich niemand! Mein Werk schreitet täglich in außerordentlicher Weise voran. Stehe ich auch allein auf dem Berge Gilead: Das große, geistige Harnageddon vollzieht sich zu meinen Füßen. Haufen über Haufen sammeln sich im Tal des Urteils als die große Gemeinde der Toten. Bald werden ihre Leichen auf dem Schlachtfeld von Megiddo den Geiern zum Aasfraß bereit liegen. Dann wird das Werk des Gerichtes Gottes einen vorläufigen Abschluß auf Erden erreicht haben.

Ich bin von Anfang an der Verkünder des Untergangs, der Sammler und Versiegler der Gemeinde der Gottlosen. Und ein solcher werde ich auch bis ans Ende bleiben.«

3. Aus einem Briefe an J.

»Der in Kürze kommende Richter wird alles ahnden... In unseren Tagen sollen die Feinde des Guten, Wahren und Schönen keine Macht haben, den Trägern dieser Göttlichkeiten wirkliches Leid zuzufügen. Diese sind die Rächer aller Propheten und Künstler, die in der Vergangenheit bis heute, um des göttlichen Funkens willen, in ihnen, von den Erdmenschlichen gepeinigt, verjagt, getötet wurden. Das Schwert des Ewigen schwingen sie, Dessen, Der mit Ihnen ein schnelles Gericht über die Widersacher in der Endzeit anhebt. Darum: Unser Leib wird in den Mauern Babylons, in denen wir noch bleiben müssen, bis der König kommt, nicht alt noch geschwächt von Sorge, Entbehrung und Kummer des Gemütes. Wir essen, nicht wie Dante mußte, Gnadenbrot, das wir uns als »Wegmüde vom Mitleid erbitten müßten«. Auch kennen wir keinen Herrendienst (Dienst am Herren), der Demut und Entsagung forderte. Nie werden wir Knechten der Sünde Dienste leisten! Sind

<sup>1)</sup> Im Texte: sie.

wir Mittätige an irgend einem Werke oder einer Arbeit, die diese Erde noch erfordert, so sind wir damit noch nicht ihre Knechte.«

4. Aus einem andern Briefe:

»Wer etwas erreichen will, muß zu klaren Zielen wandeln. Dieser Satz klingt einleuchtend, und entschieden birgt er für Träumer und Phantasten, die nicht wissen, was sie wollen, eine heilsame Arznei — wenn sie geheilt werden können (heute sind die meisten Schäden der Seele unheilbar). Aber die Tatsache, daß ein Spruch im flachen »Babylon« freudigen Widerhall findet, beweist, daß der Spruch eigentlich nur Erdenweisheit enthält. Dem mittelmäßigen Kopf geht er ohne weiteres ein. Ich würde mir ihn nie zum Leitspruch des Tages machen. Er ist mir zu eng, zu kleinlich. Er klingt gut in den Arbeitsräumen derer, die »exaktem« Wissen nachjagen — der Wissenschaftler — und derer, die mit Geräten, mit Werkzeug umgehen. Lassen wir ihnen die klaren Ziele. Wir schreiten zu Gipfelzielen, die in den Lichtschleier Gottes verhüllt sind. Sie gehen abends vergnügt nach Hause in der Meinung, ihr Tagesziel erreicht, ihrem klaren Wochen- und Monatsziel näher gekommen zu sein. In unseren Abendstunden leuchtet die Klarheit Gottes, aber darüber hält (er) seine Hand, die verbirgt, dahinter schimmert sein Gottesauge, das sieht, wo wir nicht sehen, denkt die Gottesstirn in großen Linien, wo unsere Gedanken dem Falter gleich von einem Blütenziel zum anderen irren.«

Ich glaube, es ist kaum möglich, diese »Offenbarungen« zu lesen, ohne auf die Vermutung zu kommen, daß der Verfasser psychisch nicht intakt sei. Hier haben wir wirklich die egozentrische Einstellung, den alles beherrschenden »Eliasedanken«, haben den vollkommenen Widerspruch zwischen seiner wirklichen, mehr als ärmlichen Lage und der Überzeugung von seinem hohen Berufe, der Rolle, die ihm im Weltprozeß und in der Heilsgeschichte zugewiesen ist. Auch der Defekt, wenigstens auf ethischem Gebiet, fehlt nicht, er zeigt sich in der Art, wie er die Opferwilligkeit seiner Anhänger für sich ausnutzt, selbst, wenn sie selber in Not sind. Für einen Schwindler, wie das Frau J. offenbar tut — hat sie ihn doch sogar bei der Staatsanwaltschaft angezeigt —, möchte ich trotzdem L. nicht halten. Wäre er das, so hätte er doch alles Interesse daran gehabt, daß J. möglichst viel verdiente, um ihn dann um so besser für sich ausbeuten zu können. Vielmehr spricht die Tatsache, daß er J. veranlaßt, seine Stellung aufzugeben, und ihm irgendwelche Luftschlösser vorgaukelt, dafür, daß der Größenwahn bei L. nicht nur sich in religiösen Ideen erschöpft, sondern auch auf sein Handeln bestimmenden Einfluß gewinnt. Die Überzeugung, daß Gott helfen werde, daß der Verkauf der Gedichte und Schriften L.s so viel abwerfen werde, daß sie alle davon leben könnten, und zwar in einem Maße, »das dem Wert und Adel dessen, was wir boten, entsprach«, scheint nicht nur bei J., sondern auch bei L. ganz ehrlich zu sein.

Und nun lese man, wie sich L.s Person in J.s Augen darstellt.

## 1. Aus einem Briefe an L.

»Ich sehe das Dämmern des ewigen Tages und spüre es im vulkanischen Brüllen des wogenden Völkermeeres. Die Flut der Eindrücke in den letzten Tagen erheben mein Herz und lassen mich in Freudigkeit allen kommenden Ereignissen entgegensehen. Ich möchte Dir noch sagen, daß ich bei bestimmten Fragen meinen Glauben sehr weit offenbarte: die Vernichtung der Erde durch Feuer Gottes, stofflich, wirklich. Verwandlung der lebenden Gerechten, wozu ich mich zähle. Stellung zum Totenkult, Mensch, sterbliche Seele. Auch Teile des Gileadgedankens, wie Trennung von Jakob und Laban. Aufgabe der Grenzstämme gegen Babylon. Elias einst und jetzt, einmal in Deiner Person, aber auch im Eliasgedanken. Dein Schreiben diebezüglich an die Gemeinde. Ferner: meine Erwählung gleichsam vom Mutterleibe an. Du und ich stimmten immer überein...«

## 2. Aus dem in N. verfaßten Lebenslauf:

»Große, erhabene Gedanken und Pläne hielten uns beständig wach und lebendig. Unsere Zusammenkünfte wurden häufiger und inniger, durchdrungen von heiligstem Verantwortungssinn vor Gott und Menschen. Hierzu kam jetzt noch meine jüngste Schwester, die bald eines Geistes mit uns war...«

## 3. Aus dem hiesigen Lebenslauf:

»In unseren Zusammenkünften wurden wir uns unserer großen Verantwortung und Berufung klar. Es erwuchsen ihnen Pläne, sowohl in Richtung der Gemeinde, als auch für die Gebildeten aller Stände, namentlich der Künstler und Gelehrten, zu arbeiten... Neben dieser Arbeit nach außen hin... hielt Herr L. wöchentlich mehrere Vorträge im engsten Kreise, die aus der Tiefe der gesamten Heiligen Schrift geschöpft, meisterhaft vor- und aufgebaut wurden.«

Hält man diese Stelle mit den früher schon gebrachten Zitaten zusammen, so erkennt man leicht, daß vor J.'s Seele kein Bild des wirklichen L., sondern eine Idealgestalt steht, die, bisher wenigstens, auch durch die räumliche Trennung noch nichts an Glanz verloren hat. Ich will gern glauben, daß auch J. zu dieser Welt religiöser Phantastik, in der sich die drei Getreuen bewegen, seine Beiträge aus eigenem Denken geliefert hat; in allem Wesentlichen ist er doch von L. abhängig, und man kann das gelegentlich (»Knechte und Fürsten«) bis ins Einzelne hinein verfolgen. Nun wird man ja von J. ganz gewiß nicht verlangen können, daß er psychiatrische Diagnosen stellt, die Tatsache aber, daß ihm das Pathologische an L. völlig verborgen bleibt, daß er diesem, weder geistig noch sittlich vollwertigen Menschen blindlings folgt und sich sogar von ihm sein Handeln, bis zum geschlechtlichen Verkehr hinab, vorschreiben läßt, zeigt doch, daß in J. irgendwelche verwandte Saiten anklingen müssen. So sehr ich also der in N. gestellten Diagnose »induziertes Irresein« beipflichte, so sehr wird ausdrücklich zu betonen sein, daß diese Induktion von Wahnideen doch nur auf psychopathologischem Boden möglich ist. Bei J. scheint dieser Boden gegeben zu sein in einer übermäßigen Bestimmbarkeit und

Lenksamkeit, die ihn leicht den Einflüssen seiner Umgebung erliegen läßt; es sei daran erinnert, wie er beispielsweise in der Lazarettatmosphäre seine bisherigen strengen Lebensgrundsätze aufgibt, raucht, trinkt und mit Prostituierten verkehrt. Nur so versteht man, wie es bei ihm jetzt zu einer so krankhaften Umbildung des Weltbildes, zu einer solchen Wirklichkeitsentfremdung kommen kann. Auch J. lebt in einer Wahnwelt, wenn auch nicht in einer von ihm selbst geschaffenen, und das gibt uns das Recht, ihn auch im klinischen Sinne als Kranken, nicht als Märtyrer seines Glaubens anzusehen. Und auch an ihm zeigt sich die deletäre Wirkung des Wahnes, die ihn zwingt, für ein Phantom, Stellung, Vermögen und Freiheit zu opfern, während die gesunde Frau, nachdem sie eine Zeitlang sogar anscheinend der aktivere Teil gewesen war, doch rechtzeitig die Lage durchschaut und sich von L., als einem Ausbeuter und Schwindler, abwendet.

Nur kurz streifen möchte ich eine Frage, die ich wohl kaum näher berührt hätte, wenn nicht in dem Entmündigungsgutachten sie in breiter Form erörtert worden wäre. Es ist die nach Anomalien in J.s Geschlechtsleben und der vielleicht dadurch gesetzten Bindung an L. Hier glaubte der Gutachter bei J. und noch mehr bei L. eine larvierte Homosexualität zu erkennen. L. soll nach den — allerdings mit Vorsicht aufzunehmenden — Angaben der Frau J. vordem eine auffällige Freundschaft mit einem alten Herrn gehabt haben; bei J. ist aufgefallen, daß er sich in N. besonders für junge, etwas weichliche und weibische Psychopathen interessiert habe. Auf Befragen hat J. stets geleugnet, je homosexuelle Gefühle verspürt zu haben; Zärtlichkeiten zwischen ihm und L. gibt er zu, sie werden von ihm aber damit erklärt, daß sie beide sich den in der Gemeinde üblichen Bruderkuß mit Ernst gegeben hätten, um diesen Brauch nicht zur bloßen Formsache herabzuwürdigen. Viel Wert ist m. E. darauf nicht zu legen, auch nicht auf den süßlichen Ton, die gegenseitige Verhimmelung in ihren Briefen. Das ist einmal der übliche Konventikelstil, zum andern, wie auch der Vorgutachter einmal bemerkt, Überkompensation der bestehenden Minderwertigkeitsgefühle. Auf der anderen Seite ist an die von J. stark betonte Männlichkeit, sein Pochen auf sein Recht als Hausherr zu erinnern. Richtig ist, daß sich sowohl bei J. wie auch bei L. Sexualität und Religion stark durchdringen; ich erwähne dazu aus der Vorgeschichte die höchst bedenklichen gegenseitigen Bauchmassagen als »geistiges Exerzitium«, das Zusammenleben des wohl geschlechtlich begehrliehen, aber durch Phimose verkehrsunfähigen L. mit der Schwester des J. Auch bei J. klingen einige Äußerungen sehr wunderlich: so die Angabe, es liege wohl an seiner Erziehung, daß er nie die volle Freude an der Nacktheit seiner Frau gehabt habe. Als dann später wegen der Freundschaft mit L. der Unfriede in die Familie einzieht, wendet er dieses Erlebnis auch gleich wieder religiös: Gott könne ihn nicht so segnen, wie er wohl wolle, weil er im »Wüstenzustand« lebe und seine Frau nicht mit ihm an seiner Seite gehe. Daß L., der ja in allem maßgebend ist, schließlich auch für die Art des ehelichen Verkehrs einige, sittlich keines-

wegs sehr hochstehende Ratschläge erteilt, ist ja nicht weiter erstaunlich. Diagnostisch möchte auf dies alles, wie gesagt, keinen großen Wert legen.

Für einen schizophreischen Prozeß bei J. spricht, um auch das noch einmal zu wiederholen, nach meiner Kenntnis des Falles nichts.

#### IV.

Haben wir so die Religiosität des J. als krankhaft erkannt, so bekommt sie dadurch den Charakter eines Einzelvorgangs und darf nicht als allgemein abbildlich aufgefaßt werden. Sie trägt — auch als induzierter Wahn — wie jeder Wahn den Stempel der Karrikatur an sich. Wie aber eine solche nur wirksam ist, wenn sie an dem Karrikierten die bezeichnenden Züge heraushebt und in ihr, wenn auch noch so sehr verzerrtes Licht stellt, so wird man doch zu fragen berechtigt sein, ob sich nicht in der Religiosität beider, des J. wie des L., Einzelheiten finden lassen, die nur aus dem religiösen Leben der Gegenwart verständlich werden. Denn die beiden sind, ob krank oder nicht, doch auch Kinder unserer Zeit; es kommt nur darauf an, unter der Maske des Wahnes das eigentliche Gesicht der Zeit zu erkennen.

Die positivistisch-ablehnende Haltung zu allem Übersinnlichen, die vor dem Kriege wenigstens in den Kreisen der Gebildeten weit überwog, hat in der Notzeit nach dem Kriege mehr und mehr einer Neigung zur Mystik Platz gemacht. Astrologen, Mantiker aller Art, Spiritisten, Theo- und Anthroposophen haben gute Tage, es gibt keine, noch so phantastische »Entdeckung«, die nicht sofort ihr Publikum fände und zu allerlei, womöglich noch kühneren Folgerungen, namentlich auch auf medizinischem Gebiete, Anlaß gäbe. Das Zeitalter der »naturwissenschaftlichen Weltanschauung« ist gründlich vorbei und wirkt höchstens noch insofern nach, als man die übersinnliche, jenseitige Welt, an die man wieder glaubt, doch auch gern durch das Experiment bestätigt gesehen hätte. Daß freilich im Volke der Materialismus darum noch lange nicht ausgerottet ist, zeigt die Kirchenaustritts- und Gottlosenbewegung; aber darin liegt nichts Auffälliges: wirkt doch jede Weltanschauung immer erst dann auf die breiten Schichten des Volkes, wenn sich die Gebildeten längst von ihr abgewandt haben.

Auch die protestantische Kirche bemüht sich, dem Zuge der Zeit Rechnung zu tragen. Kirchlicher Liberalismus, theologischer Neukantianismus, religionsgeschichtliche Schule haben ihre Arbeit getan und können gehen; die dialektische Theologie kehrt von der Bibelkritik zum Bibelglauben zurück. Trotzdem kann sie es nicht verhindern, daß viele Gläubige, die in den großen Kirchen nicht auf ihre Kosten kommen, sich Gemeinschaften

und Denominationen zuwenden, in denen sie hoffen, eine persönlichere Form der Religiosität betätigen zu können. Wir haben gesehen, wie dieser Hang alle Angehörigen des J. ergreift und sie schließlich bei den verschiedensten kleinen Gemeinden landen.

Wie schon gesagt, lehne ich es durchaus ab, mit irgend einer Religionsgemeinschaft über die »Wahrheit« ihres Bekenntnisses zu diskutieren, denn das heißt m. E. nur leeres Stroh dreschen. Haben die großen Kirchen, die katholische so gut wie die evangelischen, den Chiliasmus immer verworfen, so kann dieser sich mit gleichem Rechte auf die biblische Begründung berufen wie die Kirchenlehre, und wenn die Theologie die Offenbarung Johannis nie ganz für voll genommen hat, so muß es doch jedem Gläubigen überlassen bleiben, in welchem Buche er nun das »Wort Gottes« in erster Linie ausgeprägt findet. Daß also jemand, trotz der zahllosen Enttäuschungen zweier Jahrtausende, auch heute noch an die nahe bevorstehende Wiederkunft Christi glaubt, macht ihn darum noch nicht zum Psychopathen oder Geisteskranken, und umgekehrt ist über den religiösen Wert dieser Idee noch nichts ausgemacht, wenn sie, wie in unserem Falle, von zwei geistig nicht intakten Personen vertreten wird. Ich kann mir sehr wohl denken, daß die düstere Religiosität des L., der in dem kommenden Christus nur den »Rächer seines verschmähten Kreuzestodes« sieht, auf die Zuhörer einen tiefen Eindruck macht. Demgegenüber ist J.s Frömmigkeit von einem freundlicheren Typus: der Kreuzesgedanke, den die Kirchen verewigen wollen, soll dem Kronengedanken Platz machen<sup>6)</sup>.

Ob nun allerdings die Idee der Wiederkehr für sich selbst religiösen Wert hat, ist wohl nicht von vornherein auszumachen. Bisher haben alle Prediger des nahen Endes dahin gewirkt, daß sie wohl den sittlichen und religiösen Ernst weckten, aber auch dazu beitrugen, daß ihre Anhänger die irdischen Geschäfte vernachlässigten. Die Bedeutung eines religiösen Genies, wenn ein solches uns beschert werden sollte, wird jedenfalls nicht darin liegen, daß in ihm irgend ein Heiliger der Vorzeit wieder lebendig wird, sondern daß es für die Nöte der Gegenwart den weltüberwindenden Ausdruck findet. Aus diesem Grunde wird man auch wohl L.s »Eliasedanken« als wertlos bezeichnen dürfen. Ob man ihn aber ohne weiteres krankhaft nennen kann? In Mitteleuropa vielleicht ja, aber schon im Sektenleben Rußlands und Amerikas gab es zahlreiche wiedergeborene Propheten. Und wenn gar kürzlich die Theosophin Anny Besant den jungen Inder Krisch-

<sup>6)</sup> Das erinnert an das bekannte Gedicht von Theodor Storm: »Am Kreuz hing ein gequält Gebeine.«

namurti ihrer Gemeinde als wiedererstandenen Christus vorzustellen wagte, so wird man das zunächst aus der wesentlich hinduistisch eingestellten Denkweise der Theosophin verstehen müssen, nicht aber unbesehen als Zeichen von Geisteskrankheit ansprechen dürfen. Auf europäischem Boden freilich wird die Lehre von der Seelenwanderung für die meisten immer ein Unsinn bleiben, trotz Pythagoras und Platon. Aber noch immer haben Propheten mehr auf die Menge dadurch gewirkt, daß sie Heuschrecken und wilden Honig aßen, als daß ihre Lehre nun besonders sinnvoll und vernünftig war. In der Religion macht die Absurdität einen Gedanken noch lange nicht unwirksam.

Ich möchte von L. nicht Abschied nehmen, ohne auf das für unsere Tage so ungemein charakteristische Führerproblem hinzuweisen, wie es sich überaus einprägsam in dem Verhältnis zwischen L. und J. darstellt. Ob das, wie der Gutachter in N. meint, nur zu verstehen ist auf Grund einer larviert homosexuellen Veranlagung beider, lasse ich unerörtert. Aber gerade diese blinde Abhängigkeit vom Führer, die diesem auf allen, auch den gewagtesten Wegen mit unerschütterlichem Vertrauen folgt, hat man doch früher nicht, oder wenigstens nicht so, gekannt. Alles Geschrei nach Freiheit hat die Anlehnungsbedürftigkeit der großen Menge nicht überwinden können, und wenn wir auf politischem Gebiet sehen, wie Millionen, vom General bis zum Schuljungen, von einem Manne das Heil erwarten, so dürfen wir uns eigentlich nicht wundern, wenn wir in dem kleinen, um L. gescharten Konventikel dasselbe Bild sehen. Wir finden hier sogar die gleiche Verschwommenheit hinsichtlich der letzten Ziele; der Führer wird sie wohl kennen, und wenn er, wie L. in der angeführten Stelle, solche Klarheit als nur für Erdenmenschen erstrebbar bewußt abweist, so dient das nur dazu, ihn in den Augen seiner Jünger mit einem mystischen Schleier zu umhüllen und die Ehrfurcht vor ihm noch zu steigern. Die Kritik hat vor der Begeisterung zu schweigen; freilich auch diese erlischt zumeist schnell, sobald Opfer am eigenen Leibe gefordert werden; das Verhalten der Frau J. ist da ein Beispiel für viele. In der Literatur hat das schon Ibsen in seinem »Brand« vorgeahnt.

## V.

Zum Schluß noch einige gerichtlich-psychiatrische und sozialärztliche Bemerkungen.

J. bezieht infolge seiner Verwundung eine Militärrente von 50%. Er ist zudem im März dieses Jahres wegen Geisteschwäche entmündigt, also für nicht fähig erklärt worden, seine Angelegenheiten zu besorgen. Wenn nun aber die Schätzung der Versorgungsbehörde zu recht besteht, so genügte die Verminde-



rung der beruflichen Leistungsfähigkeit um 10%, um ihn im Sinne des AVG. als berufsunfähig erscheinen zu lassen. Man darf unter diesen Umständen fragen, ob es überhaupt nötig war, J. noch einmal auf seine Erwerbsfähigkeit beobachten zu lassen, ob nicht ein kurzes Zeugnis des Gutachters im Entmündigungsverfahren genügt hätte.

Man würde diese Frage wohl ohne weiteres mit Ja beantworten können, wenn nicht nach § 114 BGB. ein wegen Geisteschwäche Entmündigter einem Minderjährigen gleichzuachten wäre, der das siebente Lebensjahr vollendet hat, ein solcher aber nach §§ 112 und 113 BGB. mit Genehmigung seines gesetzlichen Vertreters (bzw. des Vormundschaftsgerichts) auf gewissen Gebieten sogar unbeschränkt geschäftsfähig sein kann. Ich weiß nicht, ob dieser Widerspruch, daß jemand einerseits seine Angelegenheiten, d. h. die Gesamtheit seiner Angelegenheiten, nicht besorgen können, andererseits aber wenigstens partiell geschäftsfähig sein soll, schon die Aufmerksamkeit der Gerichte und Gerichtsärzte erregt hat. Es ist wohl so, daß, wie jeder Vergleich, auch der eines Geistesschwachen mit einem Minderjährigen hinkt, ganz abgesehen davon, daß ja schon der Begriff »Minderjährige« Personen von 7 bis 21 Jahren, also von ganz verschiedener Handlungs- und Einsichtsfähigkeit (§ 828 BGB.) umfaßt. Man wird auch darauf hinweisen können, daß von diesen die, welche überhaupt für ein mehr oder minder selbständiges Handeln in Betracht kommen, also in der Hauptsache die der Mündigkeitsgrenze nahestehenden Minderjährigen von etwa 18 Jahren an aufwärts, in der Regel imstande sein werden, ihre Angelegenheiten zu besorgen, also bei ihnen gerade das Moment, welches den Geistesschwachen wie den Geisteskranken charakterisiert, entfällt. Und wenn bei Minderjährigen durch die Volljährigkeitserklärung (§§ 3—5 BGB.) manche Härten vermieden oder gemindert werden können, so fehlt es an der Möglichkeit eines Ausgleichs selbstverständlich bei Geistesschwachen. Darin liegt unverkennbar ein Faktor der Unsicherheit im Wirtschaftsleben. Denn praktisch ist es doch so, daß manche Entmündigte voll im wirtschaftlichen Leben stehen, oft, ohne daß ihre Umgebung überhaupt etwas von ihrer Entmündigung weiß, dann aber immer die Gefahr besteht, daß sie im gegebenen Augenblicke, insbesondere bei unangenehmen Verpflichtungen, die Entmündigung als Freibrief benutzen, um nicht zahlen zu müssen.

Daß in Fällen wie dem Vorliegenden die Entmündigung ein zweischneidiges Schwert ist, zeigt J.s Verhalten nach der Entlassung aus N. Er fügt sich zwar gottergeben in seine Lage, sieht aber, wie zu verstehen, seine Entmündigung als ein schweres Unrecht an und folgert daraus, daß er nun erst recht keine Ver-

anlassung hat, für seine Familie zu sorgen. Mag sein, daß kein anderes Mittel übrig blieb, um J. vor weiterer Vergeudung seines Vermögens zu bewahren. Wenn aber durch die Übersiedelung der Frau nach N. erreicht werden sollte, daß J. allmählich dem Einflusse des L. entzogen und auf den sozialen Weg zurückgeleitet werde, so wirkt dem u. a. doch auch die Entmündigung ungemein entgegen, zumal dem J. ja nach den Bestimmungen der ZPO. der Entmündigungsbeschluß zugestellt werden mußte und er es jetzt schriftlich hat, daß er seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag.

Wie aber stünde es mit einer etwaigen strafrechtlichen Verantwortung des J.? Nehmen wir einmal an, die Frau hätte nach der Mißhandlung Strafantrag gegen ihren Gatten gestellt. Hier würde ich die Ansicht vertreten, daß dem J. in allen Fällen, wo er auf Grund seiner religiösen Anschauungen, namentlich aber dort, wo er unter dem ersichtlichen Einfluß des L. handelt, der Schutz des § 51 zuzubilligen ist. Wo ein solcher Zusammenhang fehlt, wird es nicht immer leicht sein, den Ausschluß der freien Willensbestimmung zu beweisen. Daß für J. freilich manches, was andre nicht so auffassen würden, an seine religiösen Komplexe rührt, dürfte in jedem Falle zu berücksichtigen sein.

---

#### XIV.

### Falsches Geständnis.

Ein Gutachtenfall der württ. Heilanstalt Weinsberg  
(Ob.-Med.-Rat Dr. *Weinland*).

Von

Dr. med. **Hans Wildermuth.**

Falsche Geständnisse werden stets auf Interesse bei allen kriminalistisch Tätigen rechnen können. Der folgende Fall scheint einen nicht ganz bedeutungslosen Beitrag zu dieser Frage zu liefern. —

Zunächst sei, wenig abgeändert, mein schriftliches gerichtliches Gutachten mitgeteilt, das alle wesentlichen Punkte enthält:

Am 27. Januar 1932 abends 7 Uhr brannte die Scheune des Wagners Kellenhager in Schlechtbach ab. Nach Lage der Dinge konnte nur fahrlässige oder absichtliche Brandstiftung

in Frage kommen, indessen führten die angestellten Untersuchungen zu keinem Ergebnis, so daß das Verfahren eingestellt wurde.

Am 18. April 1932 abends  $\frac{1}{2}$  10 Uhr brach im Anwesen des Landwirts Johann Opper in Schl. Feuer aus, dem alle Gebäude zum Opfer fielen. Eine gewisse Ähnlichkeit mit der Brandlegung bei Kellenhager fiel auf.

Es wurde festgestellt, daß ein 29 Jahre alter Dienstknecht namens Kramer, Kurt kurz vor dem Brand mit anderen jungen Burschen zusammengestanden war und sich dann von diesen in Richtung auf das Oppersche Anwesen entfernt hatte. Später war er in einem Spezereiladen um Tabak zu kaufen. Auf Befragen des Landjägers gab dieser Kramer nun ohne weiteres zu, das Feuer bei Opper gelegt zu haben. Als Grund dafür gab er an, daß er sich über den Bauern Flimser in Kaisersbach, seinen vorletzten Dienstherrn, geärgert habe, weil ihm dieser seinen Lohn schuldig geblieben sei. Dies entsprach den Tatsachen, außerdem hatte Kramer noch Kosten für eine vergebliche Pfändung bei Flimser zu tragen. Warum er aber gerade das Haus von Opper, den er gar nicht kannte, anzündete, kann er nicht angeben. »Es sei ihm so gekommen.« »Wenn ichs dem Kaiserbachern hätte verlangen können, hätte ich denen ihres in die Luft gelassen.« Er gab eine, in alle Einzelheiten gehende Schilderung der Tat; machte aber bei der Vernehmung einen geistig schwachen Eindruck. Da bei dem Brandfall bei Kellenhager derselbe Brandstifter vermutet wurde, wurde Kramer auch darnach befragt, gab auch hier Brandstiftung zu und machte wieder eine ganz genaue Schilderung seines Vorgehens. Er gab an, auf Anstiftung eines gewissen Heberle, eines wegen Brandstiftung Vorbestraften gehandelt zu haben, gestand aber unter Heberles sehr plausiblen Bestreiten die Unwahrhaftigkeit dieser Angabe zu.

Über dem Angeschuldigten macht der Pflegevater, ein Tagelöhner, folgende Angaben:

Kramers Vater sei ein großer Lump gewesen. Seine Mutter, die den Angeschuldigten unehelich gebar, habe weder Lesen noch Schreiben können und die Uhr nicht gekannt; sie starb in einem Schwachsinnigenheim.

Der Angeklagte sei als Kind sehr zurück gewesen, habe auch in der Schule schlecht gelernt. Er hätte noch nie jemand etwas zu Leid getan, sei allerdings ein beschränkter Mensch.

Von seinen Dienstherrschaften bekommt Kramer im allgemeinen ein ordentliches Zeugnis, er wird ziemlich übereinstimmend und als fleißig und willig, wenn auch als unselbständig in der Arbeit geschildert. Einmal stahl er 10 Mk., die er aber auf Vorhalt alsbald zurückgab; von einem anderen wird er als

unzuverlässig und launisch bezeichnet. Alle stimmen darin überein, daß er beschränkt und nicht ganz normal sei. (Die Angaben des Flimser, der ihn um den Lohn betrog, sind schlecht, können aber wohl nicht verwendet werden.) Auch die Altersgenossen, die ledigen Knechte, nahmen Kramer nicht für voll.

Der Angeschuldigte wurde in Haft genommen, erneuerte am 20. IV. 1932 sein Geständnis. Als Grund der Tat gibt er an: »Vor lauter Aufregung, weil ich kein Geld bekommen habe vom Flimser.« — Am 19. V. erzählt er seinen Lebenslauf, soweit nachprüfbar, richtig, wiederholte auch an diesem Tag sein Geständnis; er gab wiederum ganz genaue Schilderungen der beiden Taten, dann widerrief er plötzlich, gestand dann abermals und blieb dabei noch bei seiner Vernehmung am 8. VII.

Am 18. VII. wurde er vom Gerichtsarzt Med.-Rat *Graner* untersucht. Auch hier blieb Kramer bei seinem Geständnis und dessen Begründung mit dem zurückgehaltenen Lohn. — Das Gutachten kommt zu dem Schluß, daß Kramer zwar ein beschränkter Mensch sei; dessen Geistesschwäche jedoch nicht soweit gehe wie § 51 StGB. verlangt, immerhin bei Beurteilung der Straftaten in Rechnung zu ziehen sei.

Der Verteidiger beantragte Außerverfolgungsetzung. Kramer sei unzurechnungsfähig, und außerdem könne er für den ersten Fall ein Alibi nachweisen: er habe im Augenblick des Brandes auf einer entfernten Landstraße mit einem Mädchen gesprochen. Es wird auch von einem Mädchen bestätigt, daß sie zur angegebenen Zeit und am angegebenen Ort von einem Mann, den sie in der Dunkelheit nicht erkannte, angesprochen worden sei. — Am 16. VII. bestritt Kramer abermals die Brandstiftungen und berief sich auf das Alibi für den ersten Fall.

Am 21. Juli wurde Kramer zur Beobachtung nach § 81 StPO. in die Heilanstalt Weinsberg eingeliefert.

Er verhielt sich in der ganzen Zeit seines Aufenthaltes geordnet und ruhig, er half bei der Hausarbeit, kam mit den Kranken stets gut aus.

Örtlich, zeitlich, über seine persönlichen Verhältnisse und Schicksale war er gut orientiert. Dagegen waren seine schulmäßigen Kenntnisse und Fähigkeiten überaus kümmerlich. Schon bei den einfachsten Rechenaufgaben versagt er: z. B.  $3 \times 5 = 8$ ;  $32 - 12 = 19$ . Die Wochentage kann er aufzählen, meint aber, die Woche habe acht, dann sieben Arbeitstage. Die Monate vorwärts kann er hersagen, rückwärts nur so: November, Oktober, Dezember... Die Monate hätten 30 oder 31 Tage. Welchen Datum man sechs Wochen vom 21. Juli (seinem Einlieferungstag) an gerechnet bekommt, kann er nicht sagen: »Da wird wohl der August halb 'rum sein.« Zinsen kann er nicht berechnen.

Unter den deutschen Staaten nennt er Schweden, ein andermal Schweden—Norwegen. Sein eigenes Heimatland gibt er richtig an. Wo der Neckar entspringt, weiß er nicht und läßt ihn in die Rems (ein Nebenflüßchen) fließen. Die Sonne gehe im Süden auf und im Westen unter.

Von Luther weiß er nichts (K. ist evangelisch). Bismarck sei Fürst gewesen und habe das Militär geführt. Der letzte Krieg habe von 1915/17 gedauert. Nachher sei das »Dings gekommen, wo das Geld kaputt gegangen sei«. Was Deutschland früher für ein Staat war, was jetzt, wer Reichsoberhaupt ist, kann er alles nicht sagen. 1 km = 1000 m wird richtig angegeben, aber zugleich gesagt, um 1 km zu gehen brauche man 3—4 Stunden.

Überaus dürftig sind seine Antworten bei Unterschiedsfragen: Baum/Strauch? »Baum kriegt einen Stamm.« See/Weiher? »Weiher ist ein Ufer.« Irrtum/Lüge? »Wenn sich einer irrt.« Ein Haus dürfe man nicht anzünden, weil man sonst gestraft werde. Die Strafen: Geld, Gefängnis oder Zuchthaus nennt er richtig.

Dagegen weiß er in seinem Beruf leidlich Bescheid. Seinen Lohn gibt er richtig an; als täglichen Milchertrag einer guten Kuh nennt er 12—13 l; als Schlachtgewicht einer fetten Sau 3 Ztr.; auch weiß er, daß man nicht zwei Jahre hintereinander dieselbe Frucht auf dem gleichen Acker sät.

Die ihm zur Last gelegten Straftaten leugnete er stets ab. Auf sein wiederholtes Geständnis hingewiesen, sagt er einmal, er sei »verschrocken« gewesen, als ihn die Landjäger fort hätten; ein andermal: man dürfe einen nicht so wüst anfahren, wie der Landjäger ihn »angesaut« habe. Das Geständnis beim Untersuchungsrichter habe er bloß deshalb gemacht, weil einer, der bei ihm gewesen sei, zu ihm gesagt hätte: »Paß auf, der Untersuchungsrichter ist kein guter!«

Wiederholt bestritt er, auf Flimser eine Wut gehabt zu haben, das hätten die andern bloß so gesagt. Auf Vorhalt, daß das ja begreiflich wäre; er habe erst eine Wut gehabt, habe sich aber von seinen Angehörigen beruhigen lassen. Er sei auch nicht ungern bei Flimser gewesen.

Die »anderen« (er meint die jungen Burschen) hätten Lügen gemacht. Das sei ein Komplott; die werden sich eins ins Fäustchen lachen: »den haben wir hereingelegt.« Auf Richtigstellung der entsprechenden Aussagen geht er nicht ein.

Kramer wird bei dieser Unterhaltung lebhaft, deutlich gereizt. Dem Oppper sein Sohn sei auch nicht zu Haus gewesen, ob der es nicht gemacht habe? Warum der Landjäger nicht herausgebracht habe, wer seinem Bauern Frucht gestohlen hätte?

Warum man ihn überhaupt wohl am andern Morgen verhaftet hätte? — Auch bringt er wieder den angeblichen Alibibeweis mit der Radfahrerin, die ihn begegnet sei, vor.

Körperlich ist nichts krankhaftes aufgefallen als starkes, waagerechtes Augenzittern, das angeblich von Klein auf bestand.

Kramer ist ein zweifellos schwachsinniger Mensch, dessen Kenntnisse und Interessen nicht über seinen allernächsten Kreis hinausgehen, zu wirklich selbständiger Arbeit ist er nach übereinstimmender Aussagen seiner Brotherren nicht fähig. Auch die jungen Burschen im Dorfe haben ihn nicht für voll genommen und geneckt.

Sein Benehmen während der Untersuchungshaft ist mehr wie auffallend: Erst gesteht er alles ein, macht wiederholt genaue Angaben über die Ausführung der Tat und leugnet dann auf einmal alles hartnäckig weg.

Die Motivierung, die er zur Tat gibt, den Zorn über den Bauern Flimser, der ihn um seinen Lohn prellte, streitet er ebenfalls ab. Sonderbar genug erscheint es auch deshalb, weil Flimser ihn nicht bezahlte, dem ihm ganz unbekanntem Oppser und Kellerhagen Haus, bzw. Scheune anzuzünden. Indessen kommt es gerade bei Schwachsinnigen zu solchen »Kurzschlußreaktionen«: Die hilflose Wut drängt überwältigend zu einer entladenden und entspannenden Tat. Es wäre denkbar, daß auch Kramers Tat so zustande gekommen wäre.

Andererseits darf auch nicht die Möglichkeit ganz übersehen werden, daß ein solch beschränkter Mensch unter dem Eindruck der Verhaftung unrichtige Geständnisse macht.

Daß der Schwachsinn des Kramer, der sich doch immerhin selbständig durchs Leben schlagen konnte, so groß wäre, daß er für eine Brandstiftung, d. h. für eine, auch dem Beschränktesten als schweres Verbrechen imponierende Tat nicht verantwortlich gemacht werden könnte, davon kann keine Rede sein. Hat Kramer die Tat begangen, so ist er auch für sie verantwortlich, wobei allerdings bei der Beurteilung seiner Beschränktheit Rechnung getragen werden sollte.

Das Gutachten kommt zu dem Schluß: Kramer ist für die Brandstiftungen verantwortlich, § 51 StGB. kommt nicht in Frage; billigerweise wäre aber seine Beschränktheit zu berücksichtigen.

Am 17. August wurde Kramer wieder in die Untersuchungshaft zurückgebracht.

Im weiteren Verlauf nun wurde von der Staatsanwaltschaft der Alibibeweis für den ersten Fall Kellenhager anerkannt und die Anklage für diese erste Brandstiftung fallen gelassen. Damit aber wurde die Anklage auch für den Fall Oppser auf sehr

schwache Füße gestellt, denn der Hauptbeweis, das umfassende, auf alle Einzelheiten sich erstreckende Geständnis lag auch für den ersten Fall, den der Angeschuldigte unmöglich begangen haben konnte, vor.

Die Hauptverhandlung vor dem Schwurgericht Heilbronn am 12. X. 1932 brachte nichts Neues zutage. Sie führte nach langer Verhandlung zum Freispruch auch für den Fall Oppen.

Tatsächlich hat also Kramer wiederholt umfassende Geständnisse abgelegt für Taten, die er gar nicht begangen hat. Als einziger Grund hierfür muß die Angst gelten, die dem schwachsinnigen Menschen unter dem Eindruck der Verhaftung jeder vernünftigen Überlegung beraubte. Ob die erste Vernehmung durch die Landjäger eine durchaus zweckdienliche war, muß dahingestellt bleiben, obwohl die Landjäger jedes rigorose Vorgehen natürlich in Abrede stellten. Jedenfalls muß dieser Fall als Hinweis darauf dienen, mit welcher Vorsicht Aussagen auch mäßig Schwachsinniger verwendet werden müssen.

Für dem Psychiater interessant ist auch, bei Kramer den Beginn einer paranoischen Reaktion gegen die anderen Bur-schen, von denen er sich fälschlicherweise hineingeritten glaubte, gewissermaßen in statu nascendi zu beobachten.

## Berichte über das Irrenwesen des Auslandes.

### Alkohol und Geisteskrankheit im Lichte amerikanischer Wissenschaft.

Von

Dr. Flaig, Berlin Zehlendorf-M.

Die angelsächsische Welt hat neuerdings mehrere große Werke zur Alkoholwissenschaft beige-steuert. Nachdem wir uns in Heft 5/8 v. J. mit den englischen Büchern »A review of the effects of alcohol on man« und Weeks, »The medical evidence«, befaßt haben, kommt uns jetzt ein 451 Seiten starker Band »Alcohol and man. The effects of alcohol on man in health and disease« (Alkohol und Mensch. Die Wirkungen des Alkohols auf den Menschen in Gesundheit und Krankheit)<sup>1)</sup> in die Hände, herausgegeben von *Haven Emerson* vom De-Lamar-Institut für öffentliche Gesundheit an der Columbia-Universität zusammen mit einem Stab von namhaften ärztlichen und statistischen Mitarbeitern.

*Adolf Meyer*, »Chefpsychiater« am Johns Hopkins Hospital in Baltimore, behandelt (S. 273—309) »den Alkohol als psychiatrische Frage«. Er findet Wurzel und Erklärung der alkoholischen Geistesstörungen nicht in der betreffenden Einzelpersonlichkeit, die eben zu vernünftigen Gebrauch des Alkohols nicht imstande sei, sondern in der Natur des letzteren selbst als eines Stoffes, der die »Persönlichkeitsfunktion« von einem gewissen Punkte ab entschieden krankhaft beeinflußt. Man dürfe nicht lediglich das klinische Einzelbild für sich allein ins Auge fassen, müsse dieses vielmehr nach Entstehung und Folgeentwicklung näher verfolgen. Was die Tatsachenunterlagen anlangt, so führt *Meyer* einige einschlägige amerikanische Statistiken an, legt ihnen aber aus dem eben angeführten Grunde kein entscheidendes Gewicht bei. — Bemerkenswert ist beiläufig, daß er beim Studium der Aufnahmen in das Staatskrankenhaus in Worcester,

1) The Macmillan Company, New York, 1932.



Massachusetts, um 1900 auffallende Unterschiede in der Verteilung der spezifischen alkoholischen Psychosen auf die verschiedenen Nationalitäten oder sozialen Schichten fand: höchste verhältnismäßige Beteiligung bei den Iren, verschwindende bei den Juden, in der Mitte zwischen beiden Personen deutscher, englischer und schottischer Herkunft. Ähnlich das Ergebnis einer Untersuchung am Manhattan-Staatskrankenhaus in New York von 1908. — In dem Abschnitt »Zusammenfassung von Pathologie und Therapie« führt *M.* aus, wie die erstere individuell verschieden sei, müsse auch die zweite es sein, wobei auch der Hypnose und Suggestion Raum und Recht gegeben wird. Jedenfalls aber sei völlige Enthaltbarkeit die entscheidende Lösung.

Bedeutsam erscheint die Betonung im Schlußabschnitt, daß auf dem vorliegenden Gebiete mehr als bei irgendeiner anderen Form von körperlicher oder geistiger Krankheit von Willen und Haltung der Menschheit abhängt, dergestalt, daß sie es in der Hand hat, das Übel auszuschalten, wenn sie will. Ferner die Hervorhebung, daß der Alkoholismus nicht nur eine persönliche, sondern eine Frage ganzer Gruppen, mit anderen Worten eine sehr bedeutsame sozialhygienische Frage ist. — Im übrigen wirft *M.* eine Menge Fragen und Anregungen auf, gibt aber nur wenig bestimmte Antworten oder Schlüsse.

In einem anderen Kapitel (S. 344—372) befaßt sich *H. M. Pollock*, der Direktor des statistischen Büros im Departement für geistige Hygiene des Staates New York, mit dem »Vorherrschen von Geisteskrankheit infolge von Alkoholismus«. Aus seinen Schlußsätzen erwähnen wir: »Der Alkohol ist eine unmittelbare und hauptsächlichliche Ursache mehrerer Arten von geistiger Erkrankung«. — Die Trunksucht ist in der größeren Mehrzahl der Fälle nicht auf konstitutionelle Minderwertigkeit oder abnorme Geistesverfassung zurückzuführen. Die Häufigkeit des Vorkommens von alkoholischen Geisteskrankheiten hängt von der Ausdehnung des allgemeinen Gebrauchs geistiger Getränke ab. Diese Erkrankungen setzen gewöhnlich in den Jahren ein, in denen Leistungsfähigkeit und Produktivität am größten sein sollten. — Die meisten dieser Kranken zeigen unter Krankenhausbehandlung rasche Besserung, etwa ein Viertel wird rückfällig und kommt wieder zur Aufnahme. Die niedrigen Erkrankungszahlen und andere soziale Gewinnposten in New York und Massachusetts im Jahre 1920 (erstes Verbotjahr) zeigen die Möglichkeit an, die meisten der aus dem übermäßigen Gebrauch von Alkohol entstehenden Übel auszumerzen.

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

64. Versammlung des Vereins der Irren- und Nerven-  
ärzte Niedersachsens und Westfalens in Münster i/W.

am 30. April 1932

in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität.

Anwesend: *Althoff-Münster, Barghoorn-Emden, Bartstra-Groningen (Holland), Baumann-Essen, Benthaus-Paderborn, Berger-Münster, ter Braak-Amsterdam, Brandes-Langenhagen, Braun-Kiel, Buchholz-Recklinghausen, Busse-Göttingen, Cordes-Münster, Creutz-Düsseldorf, Delbrück-Hannover, Demme-Hamburg, Edzard-Bremen, Eichler-Düsseldorf, Feyerabend-Düsseldorf, Fleck-Göttingen, Frensdorf-Osnabrück, Freyberg-Osnabrück, Friedländer-Brake (Lippe), Gausebeck-Münster, Gildemeister-Bremen, Glettenberg-Hannover, Goebel-Hagen, Grimme-Hildesheim, Hackländer-Essen, Hegemann-Warstein, Hermel-Hamel, Hermkes-Eickelborn, Herzfeld-Gütersloh, Hinsen-Münster, Hoch-Göttingen, Holthaus-Münster, Hühnerfeld-Telgte i. W., Hürten-Eickelborn, Jost-Warstein, Kahle-Göttingen, Kaldewey-Hildesheim, Kehrer-Münster, Kemper-Gütersloh, Kleffner-Münster, Klimke-Münster, Korbsch-Münster, Kracke-Osnabrück, Lackmann-Wolbeck, Loewenthal-Braunschweig, Mertens-Lengerich, Muchmann-Leeuwarden (Holland), Müller-Dorsten, Much-Essen, Oljenick-Amsterdam, Peter-Münster, Petermann-Münster, Petri-Münster, Pette-Hamburg, Philipps-Bethel, Poensgen-Bochum, Pohlmann-Aplerbeck, Rehm-Bremen, Remen-Münster, Rinkel-Düsseldorf, Rustige-Rotenburg, Sanders-Hagen, Segerath-Essen, Seifer-Langenhagen, Simon-Gütersloh, Sioli-Düsseldorf, Schackwitz-Hannover, Schade-Lüneburg, Schmirgk-Münster, Schmidt-Lengerich, Schütte-Langenhagen, Schulze-Göttingen, Schulze-Duisdorf, Schulze-Bunte-Soest, Schulze-Kahleyss-Bad Oeynhaven, Staggemann-Münster, v. Stockert-Halle (Saale), Többen-Münster, Vogt-Bad Pyrmont, Voß-Düsseldorf, Voß-Essen, Walter-Bremen, Weber-Dortmund, Weersma-Leeuwarden, Wegener-Haus Kannen, Welle-Haus Kannen, Wichmann-Münster, Willige-Ilten (Hannover), Winter-Lengerich, Wittenberg-Neinstedt (Harz), Wrech-Warstein, Wuite-Groningen (Holland), Zeckel-Groningen (Holland).*

Der bisherige Vorsitzende *Schütte-Langenhagen* begrüßte die Anwesenden und gedachte der im Laufe des letzten Jahres verstorbenen Mitglieder *Helwig-Hildesheim, Ketz-Wesermünde, Hampe-Braunschweig*. Das Andenken der Verstorbenen wurde durch Erheben von den Sitzen geehrt.

Zum Vorsitzenden des Vereins für das laufende Jahr wurde *Kehrer-Münster* gewählt. Der Vorsitzende begrüßte außer den Mitgliedern des Ver-

eins die zum ersten Male eingeladenen Gäste aus dem stammverwandten Holland, insbesondere die Vertreter aller Universitätskliniken aus dem Industriebezirk bzw. den benachbarten Teilen des Rheinlandes, aus Hamburg und Kiel.

Als Tagungsort für 1933 wurde satzungsgemäß Hannover in Aussicht genommen. Zu Geschäftsführern wurden *Schütte-Langenhagen* und *Willige-Ilten* gewählt.

Während der Mittagspause fand eine Besichtigung der neuen Klinik statt, nach den Vorträgen eine Rundfahrt durch die Stadt und ein gemeinsames Essen.

Vorträge: 1. *Ter Braak*-Amsterdam: Klinische und experimentell-anatomische Untersuchungen über *Apiol*-Vergiftung.

Ende 1930 und in der ersten Hälfte 1931 wurde in Holland eine besondere Form von Polyneuritis beobachtet, von welcher innerhalb weniger Monate zwölf Fälle in der Neurologischen Klinik des *Wilhelmina-Krankenhauses* in Amsterdam zur Beobachtung kamen.

Anfangs glaubten wir es mit einer ganz neuen Form von Polyneuritis zu tun zu haben, weil das klinische Bild, das in allen Fällen eine überraschende Ähnlichkeit zeigte, mit keiner der uns bekannten Formen von Polyneuritis in Einklang gebracht werden konnte. Das wichtigste Merkmal der Krankheit ist die Prädilektion für die Motilität und zwar für distale Muskelgruppen: innerhalb weniger Tage vollkommene Lähmung des Fußes, einige Tage bis eine Woche später Lähmung der kleinen Handmuskeln. Oberschenkel- und Vorderarmmuskeln sind, wenn je, weniger intensiv getroffen. Die Patellarreflexe sind immer lebhaft, dagegen fehlen die Achillesreflexe. Objektive Sensibilitätsstörungen werden immer vermißt. In den angegriffenen Muskeln entwickelt sich innerhalb kurzer Zeit eine komplette Entartungsreaktion. Erst nach mehr als einem halben Jahr war eine Spur von Besserung der Lähmung zu bemerken; jedoch waren nach einem Jahr einige der Fälle fast vollständig geheilt. Fast alle Patientinnen hatten durchschnittlich 17 Tage vor dem Anfang der ersten Erscheinungen ein Abortivum genommen, das sich als ungefähr identisch mit dem seit mehr als 30 Jahre bekannten Abortivum »*Apiol*« erwies. Vergiftungserscheinungen im Sinne einer Polyneuritis durch das Einnehmen dieses Mittels waren jedoch nicht bekannt. Während oder unmittelbar nach dem Gebrauch waren leichte gastro-intestinale Erscheinungen aufgetreten, aber im weiteren Verlauf der Inkubationszeit fühlten die Patientinnen sich vollkommen wohl.

Die weitgehende Übereinstimmung unserer Polyneuritis mit der zuerst von *Lorot*, später von *Loewenfeld*, *Huet*, *Wertheim*, *Salomonson* u. a. beschriebenen Polyneuritis durch *Kreosotphosphat*, andererseits mit der 1930 in den Vereinigten Staaten beobachteten »*Ginger Paralysis*«, welche nach den Untersuchungen von *Smith c. s.* durch *Triorthokresylphosphat* verursacht wurde, überzeugten uns, daß es sich hier ebenfalls um eine Vergiftung durch einen phosphorsauren Phenolester handeln mußte.

Die Untersuchung seitens des »*Rijks-Institut voor Pharmaco-Therapeutisch Onderzoek*« in Leiden ergab, daß in sämtlichen von den Patientinnen eingenommenen Mitteln *Triorthokresylphosphat* in ziemlich großer Menge vorhanden war.

Das auf diese Weise verunreinigte »*Apiol*« eignete sich hervorragend

zur Erzielung einer experimentellen Polyneuritis bei Hühnern, und zwar genügte immer eine einmalige Dosis dazu. Genau wie bei den Menschen gab es auch hier eine Inkubationszeit von etwa zwei Wochen, nach welcher sich die Lähmungserscheinungen innerhalb weniger Tagen entwickelten (Film).

*Ter Braak* und *Carrillo* fanden eine periaxiale Neuritis, die schwersten Veränderungen in den Markscheiden, wo sie sich aber nicht wie bei der *Waller'schen* Degeneration über die ganze Länge der einzelnen Nervenfasern, sondern immer nur auf einzelne Segmente ausdehnten, während der Myelinmantel im weiteren Verlauf derselben Faser wieder normal war.

Die Achsenzylinder zeigten lokale Verdünnungen sowie Anschwellungen; ihre Kontinuität jedoch war meistens erhalten.

An den Stellen, an denen die Myelinveränderungen am stärksten waren, fand sich eine beträchtliche Vermehrung der *Schwann'schen* Kerne. Im Rückenmark wurden Tigrolyse, seltener Atrophie der Vorderhornzellen, meistens aber bei nur einem kleinen Teil der Zellen gefunden.

Nach dieser Auffassung beruht die Polyneuritis auf einem Prozeß, welcher gewissermaßen das Umgekehrte der *Waller'schen* Degeneration darstellt. Dies ermöglicht die Erklärung einer der wichtigsten Eigentümlichkeiten dieser Polyneuritis: das typische Inkubationsstadium. Man braucht dazu folgende Hypothese über die Entstehung der Krankheit: Das Triorthokresylphosphat ist ein elektives Markscheidengift; die Markscheiden erkranken also unmittelbar nach der Vergiftung und sind nicht mehr imstande, die nach der *Edinger'schen* Aufbrauchtheorie normalerweise entstehenden Degenerationsprozesse durch entsprechende Regeneration zu kompensieren. Die Leitungsfunktion der Achsenzylinder jedoch bleibt erhalten, bis nach einer gewissen Zeit (die Inkubationszeit) die Degeneration soweit fortgeschritten ist, daß die Achsen ungenügend geschützt (bzw. ernährt) sind: in diesem Augenblick treten Veränderungen an den Achsenzylindern und damit die klinischen Funktionsstörungen auf.

Es scheint mir nicht ausgeschlossen, daß auch für andere Formen toxischer Polyneuritis ein derartiger Entstehungsmechanismus in Betracht kommt. Bei keiner aber zeigt sich das latente Stadium so deutlich wie bei der Triorthokresylphosphatneuritis, weil bei dieser eine einmalige Dosis ausnahmslos genügt, um die Krankheit zu erzeugen. Deshalb glaube ich das Triorthokresylphosphat für weitere Untersuchungen über die Pathogenese der Polyneuritis sehr empfehlen zu müssen.

## 2. *E. Braun-Kiel*: Der vitale Antrieb als Grundlage der Willensfunktion.

Der vitale Antrieb ist die elementare, triebkraftpendende, psychische Grundfunktion, die die Willensfunktion trägt und ermöglicht. Der Wille ist imstande, in die Antriebsfunktion hemmend oder fördernd einzugreifen. Die Antriebsfunktion ist in Stärke und Ablauf von konstitutionellen Momenten abhängig. Starker Antrieb fördert Stärke und Zähigkeit der Willenshandlung, beeinträchtigt aber ihre Zielsicherheit, allzu schwacher bedarf in erhöhtem Maße der Förderung durch die Willenskraft, die dabei zum großen Teil verbraucht und auf diese Weise der Willenshandlung und der Ausnutzung der psychischen Fähigkeiten über Gebühr entzogen wird. Im Normalen und Pathologischen stehen dem »Antriebsstarken« der »An-

triebschwache«, dem »Antriebslahmen« der »Antriebsflinke«, dem »Antriebslabilen« der »Antriebsstabile« gegenüber. Mängel der Antriebsfunktion entspringen angeborenen Momenten und erworbenen Schädigungen. Neben den Affektionen verschiedener Hirngebiete, — Stirnhirn, Striopallidum, Zwischenhirn — sind es rein körperliche Erkrankungen, die zu Störungen des Antriebs im Rahmen »vitaler Syndrome« (Antrieb-Stimmung-Reizempfänglichkeit-Schlaf-Wach-Funktion) führen. Diese treffen wie die Kachexie entweder die Gesamtheit aller Zellfunktionen oder wie innersekretorische Störungen, Nervosität, Morphinumvergiftung usw. die nervösen Kontrollorgane vom Endokrinium bis zur Hirnrinde. Daraus ergeben sich Hinweise auf die biologische Grundlegung der Antriebsfunktion, bei der die Gesamtheit aller Zellfunktionen die Antriebsquelle, die übereinander gestaffelten nervösen Kontrollorgane das Regulationssystem repräsentieren.

### 3. Zechel-Groningen: »Pathologische Auslösung des Schlafes«.

Bei einem Fall von postenzephalitischer Narkolepsie wurde entsprechend den Untersuchungen von *v. Stockert* beobachtet, daß der Patient in einen kurzdauernden schlafähnlichen Zustand verfiel, wenn er eine extreme Augenstellung innehielt. Blickte der Patient einige Sekunden aufwärts, so schlief er rückwärts umsinkend ein; bei der Fixierung nach rechts schloß er auch schlafend nach rechts hin. Jedesmal wurde gesehen, daß die Fallrichtung von der jeweiligen Stellung der Bulbi beherrscht wurde. Ebenso wie *Strauß* und später *v. Stockert* mitteilten, folgte auf die Hyperventilation prompt ein Schlafanfall, welcher ungefähr zwei Minuten dauerte. Um sicher zu sein, daß nicht suggestive Momente hier den Schlaf erzeugten, hat Vortr. die zweifelsohne objektive Methode der Untersuchung einiger psychophysischen Reflexe angewandt. Bei dieser Untersuchung fand er folgendes:

Das Electrocardiogramm wurde vor und während des künstlich provozierten Schlafanfalls aufgenommen. Die Ausmessung der P-, T- und R-Zacken zeigte in dem Teil, welcher während des Schlafes registriert wurde, eine Erniedrigung der P- und T-Zacken und eine Erhöhung der R-Zacken. Hieraus darf die Folgerung gezogen werden, daß gegenüber dem Wachen während des Schlafes der Tonus des Parasympathicus erhöht war. Auch wurde nachgeprüft, ob das psychogalvanische Reflex-Phänomen während des Schlafes bestand, wenn mehrere schwache Reize gegeben wurden. Es zeigte sich, daß es immer zustande kam.

Auch in einem weiteren Falle waren die Schlaferscheinungen nach Fixation zu beobachten, wenn auch weniger stark ausgeprägt. Die Erklärung der Erscheinungen muß wohl in allen Fällen auf die Erkrankung der Gegend des Schlafsteuerungszentrums zurückgeführt werden, wobei die lokalisatorische Verknüpfung der Augenmuskelkerne mit der Schlafregion von Bedeutung ist. In Zusammenhang hiermit scheint dem Vortr. folgende Beobachtung von Interesse zu sein.

Eine Patientin wurde in die Klinik eingeliefert mit sehr frequentem Erbrechen, Schwindelanfällen, Zwangsstellung des Kopfes und Hirnnervenstörungen. Sie zeigte bei den Fixationsversuchen deutliche Schlaferscheinungen. Nach dem Tode wurde bei ihr ein Tumor des vierten Ventrikels gefunden. Auch hier scheinen nach Vortr. analoge Störungen wie bei der Enzephalitis bei dem Zustandekommen des Schlafes eine Rolle gespielt zu haben.

Die Erklärung der Schlaferscheinungen bei dem Fixationsversuch ist in der Lokalisation des Prozesses gegeben, aber die Deutung des Schlafes nach Hyperventilation ist nicht ohne weiteres klar. Verschiedene Untersucher, welche die Begleiterscheinungen der Hyperventilation beobachtet haben, sahen eben so wie auch Vortr. bei Normalen während dieses Versuches sehr oft eine Schläfrigkeit, Neigung zum Gähnen und Augenschluß auftreten.

Interessant ist die Erscheinung, daß kurz nach Beendigung der Hyperventilation statt einer erhöhten Schlafneigung bei fast allen Normalen ein Zustand der Erhöhung des Bewußtseinsniveaus entsteht. Dieses wurde bewiesen mit Hilfe des *Bourdon-Wiersma*-Test, einer experimentellen psychologischen Methode, wodurch man einen Einblick gewinnt in die Schwankungen des Bewußtseinsgrades.

Die Auslösung der Schlafanfalle durch die Hyperventilation konnte durch folgende Hypothese erklärt werden:

Bekanntlich wird bei der Hyperventilation eine alkalotische Situation des Blutes geschaffen, welche bei Normalen die Schläfrigkeit begünstigt. Letztere macht aber nach Beendigung der Hyperventilation einem Zustand der Erhöhung des Bewußtseinsniveaus Platz. Bei einer erhöhten Reizbarkeit des Schlafsteuerungszentrums bewirkt also die Hyperventilation dieselbe Erscheinung, wie bei normalen Personen, nur in verstärktem Maße: es tritt ein Schlafzustand ein.

Diskussion: *v. Stockert*-Halle berichtet über drei in der Halleschen Nervenklirik beobachtete Fälle:

Bei einer 20jährigen Patientin mit typischen Anfällen von affektivem Tonusverlust und Schlafzuständen, konnte durch Augenschluß, Hyperventilation und Amylnitritinhalation prompt ein tiefer, auch zuweilen mehrere Stunden anhaltender Schlaf ausgelöst werden. Auch durch Blickbewegungen konnten Somnolenzzustände provoziert werden, die sich bei längerem Fixieren wie auch beim Lesen zu tiefen Schlafzuständen steigerten.

Ein ähnlicher Kranker erklärte dabei sehr charakteristisch, er sehe erst die Buchstaben doppelt, und dann müsse er, wenn auch der Roman noch so spannend sei, einschlafen. Hier zeigten sich bei Hyperventilation neben Einschlafen auch auf diese Weise provozierbare Anfälle von Tonusverlust, bei denen er plötzlich in sich zusammensackte und erst nachher einschlief.

Endlich möchte ich hier noch ein 20jähriges Hausmädchen erwähnen, das vier Monate nach einem Partus gleichzeitig mit dem Wiedereintritt der Menses an Anfällen von Bewußtlosigkeit mit Starre am ganzen Körper erkrankte. Diese Anfälle begannen mit einem kurzen Zwangslachen, dann kam es zu einem hochgradigen Konvergenzkrampf der Bulbi und daran anschließend entwickelte sich der etwa zwei Minuten dauernde, generalisierte tonische Krampf. Solche Anfälle traten an manchem Tag so gehäuft auf, daß etwa 15—20 Anfälle innerhalb von 24 Stunden, teils auch mitten im Schlaf beobachtet wurden. Die Anfälle erwiesen sich durch Luminal kaum beeinflussbar. Das auffallendste war aber, daß solche Anfälle, die einander jedesmal mit photographischer Treue glichen, jederzeit ebenso wie in den früher geschilderten Fällen durch Fixationsversuche, Hyperventilation und Amylnitritinhalation ausgelöst werden konnten. Bei Amylnitritinhalation trat ein so heftiger Konvergenzkrampf auf, daß die Patientin erst rief »ich werde blind«, dann entwickelte sich der charakterisierte Anfall. Auf eine energische Jod-Preglbehandlung verschwanden die bisher täglich auftretenden Anfälle inner-

halb von drei Wochen und konnten auch in keiner Weise mehr provoziert werden. Gleichzeitig schwand auch die Somnolenz und die besonders anfangs hochgradige Schlafsucht der Patientin. Selbst zur Zeit der Menses traten weder spontane Anfälle auf, noch konnten experimentell solche hervorgerufen werden. Ich glaube, daß man diesen Fall als akute Form von Enzephalitis auffassen muß.

#### 4. Frensdorf-Osanabrück: Fall von Narkolepsie.

Die Krankheit war von Vorgutachtern als Hysterie aufgefaßt worden und hat jetzt zur Invalidisierung geführt. Die 35jährige Patientin hat seit dem 18. Lebensjahre eigenartige Schlafzustände, die sich allmählich bis zu acht bis zehn Schlafanfällen steigerten. Sie schlief z. B. beim Geschirrwaschen ein, oder auf dem Rade fahrend auf wenig belebter Landstraße, während sie bei starker Anregung der Aufmerksamkeit die Schlafzustände vorübergehend zu überwinden imstande war. — Außerdem verspürte sie bei Schreck oder seelischer Anspannung ein Versagen der Körpermuskulatur, Steifwerden des Mundes, Einsacken der Beine (affektiver Tonusverlust).

#### 5. Olijenick-Amsterdam: Neurochirurgische Erfahrungen in der Chiasmagegend.

Ein Referat ist nicht eingegangen.

#### 6. Voß-Düsseldorf: Das Verhalten der spastischen Reflexe bei der multiplen Sklerose.

*Goldflam* kommt zu dem Ergebnis, daß bei der multiplen Sklerose der Rossolimo-Reflex so häufig vorkommt, daß man ihn fast als pathognomisch für das Vorliegen der multiplen Sklerose bezeichnen könne. *G.* spannt den Rahmen der multiplen Sklerose außerordentlich weit, fügt ihm Fälle ein, die mit *Voß* wohl manche erfahrene Fachkollegen nicht ohne weiteres der multiplen Sklerose zurechnen würden. *Voß* hat bei der Auswahl der 50 Fälle aus den letzten Jahren eine strenge Auswahl getroffen und außer dem »Babinski« und »Rossolimo« das Analogon des Rossolimo an der Hand berücksichtigt.

Die statistische Durcharbeitung seines Materials ergab folgende Zahlen, denen er die von *Goldflam* bei der multiplen Sklerose festgestellten Ergebnisse gegenüberstellt:

Spastische Reflexe bei multipler Sklerose (unter 50 Fällen 3 ohne spastische Reflexe)			
R—H 34 = 68%	R—F 30 = 60%	B 40 = 80%	
einseitig	einseitig	einseitig	
15	10	9	
R—H + R—F + B	R—H + R—F	R—H + B	
19	3	10	
R—F + B	R—H	R—F	B
6	2	2	5

Zahlen von *Goldflam*

R ohne B	87 Fälle =	48 %,
B „ R	7 „ =	ca. 3,8 %,
R > B	31 „ =	17 %,
B > R	5 „ =	2,7 %,
R und B ungefähr gleich	33 Fälle =	11,4 %,
schwacher B und R	3 Fälle =	ca. 1 %,
weder B noch R	10 Fälle =	5,5 %.

Der Unterschied dieser Ergebnisse ist in die Augen springend: Während bei meinen Fällen der Babinski weit überwiegt, hat G. den Rossolimo viel häufiger feststellen können. Auf die Gründe der Divergenz kann hier nicht eingegangen werden. In einer Beziehung zeigen G.s und meine Untersuchung aber eine deutliche Übereinstimmung: Eine multiple Sklerose ohne spastische Reflexe läßt sich nur selten diagnostizieren! G. fand Fehlen der spastischen Reflexe in 5,5%, ich in 6% der Fälle.

Hierdurch wird — wie die diagnostische Bedeutung des Rossolimo einerseits, des Babinski andererseits auch eingeschätzt werden möge — jedenfalls der Nachweis geliefert, daß eine exakte Prüfung spastischer Reflexe und zwar nicht nur der beiden genannten Reflexe, sondern auch ihrer zahlreichen Varianten von ausschlaggebender Bedeutung für die Erkennung der multiplen Sklerose ist.

Im Gegensatz zu der alten Symptomentrias »Nystagmus, Sprachstörung und Intentionzittern«, könnte man heute vielleicht eher eine Symptomentrias »Augenstörungen (im weitesten Sinne), Fehlen oder Abschwächung der Bauchdeckenreflexe und spastische Reflexe an den Händen und Füßen« als diagnostische Grundlage der multiplen Sklerose ansehen.

#### 7. Demme-Hamburg-Eppendorf: Aufsteigende Lähmung bei Tabes dorsalis.

Bericht über einen Kranken, der 15 Jahre nach einer syphilitischen Infektion wegen typischer Tabes dorsalis in ärztliche Behandlung kam. Zwei Jahre später stellten sich Parästhesien und Schwäche in den unteren Extremitäten ein. Im Liquor fand sich Eiweißvermehrung, mäßige Pleozytose, Kolloid-ausfall im Anfangsteil der Kurve (»Lueszacke«), WaR. im Blut und Liquor stark positiv. Rasches Fortschreiten der aufsteigenden Lähmung. Sechs Wochen nach Beginn der Erkrankung starb der Kranke unter dem Bilde der Atemlähmung. Die spezifische Behandlung war ohne jeden Einfluß geblieben.

Die Sektion zeigte außer einer grauen Degeneration der Hinterstränge makroskopisch keinen krankhaften Befund. Histologische Untersuchung: Markscheidenausfall im Bereich der Hinterstränge. Lues cerebri (endarteri-tische Veränderungen an den kleinen Gefäßen, perivaskuläre Infiltration, Glia-wucherung). Punkt- und fleckenförmige Infiltrate an den Meningen des Kleinhirns, des Pons, der Medulla oblongata und des Rückenmarks. Am stärksten sind diese meningitischen Infiltrate im Bereich der Rückenmarks-wurzeln. Lymphozytäre Infiltrate in den Spinalganglien. In den peripheren Nerven, am stärksten im N. Ischiadicus Quellung der Achsenzylinder und der Markscheiden. Beginnender fettiger Abbau und stellenweise Schwund der Markscheiden. Lymphozytäre Infiltrate im bindegewebigen Endo- und Peri-neurium. Im N. Ichiadicus fand sich ein Gefäß mit sehr starker Verdickung der Intima (Endarteriitis?) und adventitieller kleinzelliger Infiltration.

Die Entscheidung, ob es sich in diesem Fall um eine echte syphilitische Polyneuritis oder um eine »idiopathische« Polyneuritis bei einem Tabiker gehandelt hat, ist nicht möglich. Die anatomischen Bilder erinnern so weitgehend an die Bilder bei der »idiopathischen« Polyneuritis (entzündliche Form der Landry'schen Paralyse), daß Vortr. eher geneigt ist, auch in seinem Fall eine akzidentelle Polyneuritis bei einem Tabiker anzunehmen, zumal sich Spiro-chäten in den Nerven nicht haben finden lassen.



8. *Sicli-Düsseldorf*: »Über histologische Befunde bei symptomatischen Psychosen.«

Vortragender zeigt die histopathologischen Befunde bei fünf untersuchten Fällen von kardiogenen Psychosen. Ihre Formenlehre besteht in: 1. zungen- bis streifenförmigen langen, schmalen Erweichungen (Infarkten) mit auffällig geringen Erscheinungen in der Umgebung, 2. keil- und kugelförmigen Lichtungs- und Verödungsherden mit und ohne umgebende ischaemische Ganglienzellerkrankung, 3. fleckenweiser lokaler Veränderung an Ganglienzellen ischaemischer Art mit und ohne Inkrustationen der Golginetze, 4. lokalen Erbleichungen, 5. herdförmigen Gliareaktionen in Form von Gliaknötchen, Gliarosetten, Gliawällen um Gefäße. Diese Veränderungen, die gefäßgebunden sind, finden sich sehr verbreitet, unregelmäßig verteilt in vielen Teilen des Gehirns, ohne Prädilektion für bestimmte Teile oder Schichten. Gefäßwandveränderungen werden durchaus vermist. Der Umfang der Veränderungen kann die Tatsache einer symptomatischen Psychose im Einzelfall verständlich machen. Den histopathologischen Befunden kommt eine Spezifität nicht zu. Zur Frage der Pathogenese der histologischen Veränderungen hielt S. es noch für verfrüht, sich einem einzigen, bestimmten Entstehungsmechanismus zu ergeben, insbesondere nicht der heute vielfach bevorzugten Anschauung von vasokonstriktorischen funktionellen Gefäßbeeinflussungen im Sinne *Rickers*, sondern er will noch offen lassen, welche Rolle embolische und thrombotische Hergänge, Stasen, Spasmen und Atonien einzeln oder nebeneinander spielen können.

9. *Holzer-Aplerbeck*: Das anatomische Substrat der Chorea (mit Demonstrationen).

Vortragender bespricht vier Fälle mit choreatischen Erscheinungen, die in den letzten Jahren in der Anstalt Aplerbeck beobachtet wurden und anatomisch untersucht werden konnten. In den beiden ersten Fällen handelte es sich um typische *Huntingtonsche* Chorea. Es fand sich auf beiden Gehirnhälften eine Glianarbe aus mehr isolierten großen Faserastrozyten im Gebiete des Nucleus caudatus und des Nucleus lentiformis (Putamen + Globus pallidus). Zur Bildung kompakter Fasergeflechte war es nicht gekommen. In den basalwärts liegenden Schnitten war die Gliose frontalwärts deutlich lichter, füllte aber auch hier die fraglichen Areale bis in die äußersten Ecken aus. — Der dritte Fall betraf einen Trinker, der seit dem 60. Lebensjahre durch ein ausgesprochenes Zappeln aufgefallen war. Er starb in der Anstalt im 67. Lebensjahre. Da eine ausgesprochene Arteriosklerose bei ihm bestand, war der Fall als symptomatische Chorea bei Arteriosklerose gedeutet worden. Die Untersuchung ergab auch ausgesprochen arteriosklerotische Herde namentlich im Hirnstamm. Im Striopallidum fand sich aber genau der gleiche Befund wie in den obigen Fällen. Nur eine unbedeutende arteriosklerotische Narbe war am hinteren Ende des Putamen der einen Gehirnseite feststellbar. Vortragender hält es für zweifellos, daß hier ein Nebeneinander von *Huntington-scher* Chorea und Arteriosklerose vorlag. Die choreatischen Erscheinungen sind fraglich durch den auch hier das Striopallidum bis in die äußersten Ecken ausfüllenden, in Gliose übergelenden Prozeß verursacht. Die unbedeutende arteriosklerotische Narbe, wie sie auch sonst ohne jede Manifestationen vorkommt, spielt dabei keine Rolle. — Der vierte Fall betraf dagegen eine rein arteriosklerotisch bedingte Chorea. Es fand sich bei einem 60-jähr-

rigen Manne keine Spur der diffus das Striopallidum ausfüllenden Gliose, es fand sich aber eine große Erweichungszyste von Linsengröße im linken Putamen, etwas hinter der Mitte zwischen dem vorderen und hinteren Pole des Linsenkerns, der Breite nach etwa  $\frac{3}{8}$  des Putamens zerstörend, nach innen zu etwas auf den Globus pallidus übergreifend. Klinisch war der Fall dadurch gekennzeichnet, daß nur während eines schweren Erregungszustandes die choreatischen Erscheinungen aufgetreten waren, daß diese mit dem Abklingen des Erregungszustandes nachließen, eine Zeitlang nur einseitig (rechts) hervortraten und schließlich überhaupt verschwanden.

Vortragender schließt sich durchaus denjenigen Autoren an, die das Hauptsubstrat der choreatischen Bewegungsstörungen in das Striopallidum verlegen.

Diskussion: *Korbsch-Münster i. West.*

Es werden Präparate von einem rechtsseitigen Kleinhirngliom demonstriert, das sich durch die rechtsseitigen Kleinhirnstiele in das verlängerte Mark, in die Brücke und in den rechten roten Kern hinein erstreckte. Klinisch bestand an der rechten Hand ein choreiform-athetoider Tremor. Hinweis auf die Bindearm-Theorie *Bonhoeffers*, neuerdings durch *Nießl von Mayendorf* vertreten.

#### 10. *Kahle-Göttingen: Zur Frage der Idiopia thymica.*

Nach Besprechung der von *Klose* und *H. Vogt* 1910 angestellten grundlegenden Versuche über die Biologie und Klinik der Thymusdrüse wird über eine eigene Beobachtung, die einen dreijährigen, idiotischen Knaben betrifft, berichtet. Dieser hatte zwerghafte Gestalt und war das dritte von vier Kindern einer geisteskranken Mutter. Die Gehversuche gab der Knabe am Ende des zweiten Lebensjahres wieder auf, durch eine Infektion zu Beginn des dritten Lebensjahres soll er besonders heruntergekommen sein. Bei der Aufnahme mit drei Jahren fiel er trotzdem als auffällig gut genährt auf (pastös), während er geistig völlig stumpf war. Man nahm ein infantiles Myxoedem an. Der Knabe verfiel sehr plötzlich innerhalb weniger Tage und starb unter nicht charakteristischen Krankheitserscheinungen im Alter von drei Jahren zwei Monaten. Das Schädeldach und Skelett zeigte rhachitisähnliche Veränderungen; das Gehirn war verhältnismäßig groß, plump und hatte breite Windungen. Hirnmasse weich und gequollen. Kolloidstruma mäßigen Grades, Hypophyse in Form und Farbe ungewöhnlich. Fehlen der Thymusdrüse sowie eines ihr entsprechenden Fettkörpers. Hoden in der Leistenbeuge.

Histologisch fand sich ein eigenartiges Zellbild im Aufbau der Großhirnrinde: Blasige oder sonst auch polyedrisch und polygonal gebildete helle Nervenzellen, besonders in der ganglionären Schicht. Sie enthielten wenig Tigroidsubstanz, aber einen sehr großen hellen Kern mit schöner Chromatinfärbung. Die Verteilung der Zellen war durchweg unregelmäßig. Der Gefäßbindegewebsapparat war nicht besonders entwickelt. Die Glia zeigte nirgends reaktive Erscheinungen. In der Nebennierenrinde waren Adenomknoten vorhanden. Die Schilddrüse bot ein dem Colloidstruma ähnliches Bild. *Kahle* fand zwischen seinen Präparaten und den Zeichnungen und Mikrophotographien *Vogts* eine große Übereinstimmung, andererseits aber auch deutliche Unterschiede. Letztere — akute Zell- und reaktive gliöse Veränderung bei den Hunden — führt der Vortragende auch auf das Tetaniestadium und das Koma thymicum zurück.

Es handelt sich also um ein eigenartiges anormales Verhalten der Thymusdrüse und einiger anderer Drüsen zusammen mit einigen ganz auffälligen klinischen Erscheinungen, die denen von *Vogt* beim Hunde gefundenen und für den Menschen erwarteten Bildern sehr gleichen.

Der Vortragende hält es zum Schluß für berechtigt von Äquivalentbildern des langsam in Alkohol übergeführten Materials (nach dem Rezept von Hallervorden) zu sprechen.

Diskussion: *H. Vogt-Pyrmont*: Die neuerdings angezweifelten Ergebnisse der Experimentaluntersuchungen von *Klose* und *Vogt* beruhen höchstwahrscheinlich darauf, daß es den Nachuntersuchern nicht gelungen ist, die zweifellos sehr komplizierte Tieroperation einwandfrei zu wiederholen. Die zweite Schwierigkeit besteht darin, daß sehr leicht Reste der Thymus zurückbleiben können. *Klose* und *Vogt* haben seiner Zeit über 100 Hunde operiert und in 54 Fällen das einwandfreie gleichgerichtete Resultat des Thymusausfalles feststellen können. Es ist völlig abwegig, daran zu zweifeln, wenn man die Sache nicht unter den gleichen Voraussetzungen nachgeprüft hat. Die Thymus macht schwere Ausfallserscheinungen in den Funktionen des peripheren und zentralen Nervensystems.

11. *Grimme-Hildesheim*: Zum ministeriellen Erlaß betr. Aufnahmen in die Anstalten.

Der Vortragende macht darauf aufmerksam, daß die Landesdirektorien gegen den Erlaß Einspruch erhoben haben und daß die Ärzte deshalb nicht zurückstehen dürften. Gegenüber dem drakonischen Erlaß des Oberpräsidenten bedeute der ministerielle Erlaß eine gewisse Milderung, doch seien die Unklarheiten des ersten Erlasses durch den zweiten nicht behoben. Auch nach dem ministeriellen Erlaß seien Schwierigkeiten hinsichtlich des Kreises der Aufzunehmenden zu erwarten. Auch er schaffe eine Rechtsunsicherheit und schiebe die Versorgung der Geisteskranken auf das polizeiliche Gebiet. Er sei hervorgerufen durch die Sorge um den § 114 der Reichsverfassung und mitgewirkt habe eine Unkenntnis in der Geisteskrankenpflege, wie sie der Reichserlaß des Irrenschutzes so drastisch gezeigt habe. Wie scharf der Erlaß des Oberpräsidenten sei, gehe daraus hervor, daß selbst die Aufnahmen in die Universitätskliniken auf das Schärfste hätten überwacht werden sollen. In dem ministeriellen Erlaß seien die Kliniken nicht erwähnt, aber auch nicht die Privat-Heil- und Pflegeanstalten. Offenbar seien sie vergessen. Die beiden Erlasse durchbrechen die Entwicklung der Geisteskrankenpflege. Ihre einseitige Regelung nach den Begriffen der Gemeingefährlichkeit und der Freiheitsentziehung sei ein Unding. Wenn vor einigen Jahren es staatliche Instanzen für nötig befunden hätten, einen Gesetzentwurf vorzubringen, durch den die Geisteskranken vor den Irrenärzten geschützt werden sollten, so schiene es jetzt Aufgabe der Irrenärzte zu sein, die Geisteskranken vor dem Staat zu schützen.

Diskussion: *Schultze-Göttingen* wendet sich ebenfalls gegen den Erlaß und beantragt, eine Resolution zu fassen mit dem Inhalt, den deutschen Verein für Psychiatrie zu ersuchen, gegen den Runderlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt Stellung zu nehmen und Bestimmungen zu erlangen, die dem fürsorglichen Charakter der Pflege Geisteskranker gerecht werden. Die Resolution wird einstimmig angenommen.

**Kehrer-Münster** begründet seine Stellungnahme in der letzten Versammlung in Hannover und ist für die Bekämpfung des Erlasses.

12. **Rehm-Bremen**: Kampf der Zellen und Kolloide des Liquors und seine klinischen Beziehungen.

Der Liquor und die Liquorzelle sind Kolloide, bestehend aus Eiweiß, Lipoiden, Salzen und Wasser. Die Zellkolloide sind von der Umgebung durch eine Membran geschieden, welche durch Erniedrigung der Oberflächenspannung des Zellinnern entstanden ist. Die schaumartige Auflockerung des Zellinnern gewährt die größte Oberflächenentwicklung; jede Schaumkammer funktioniert wie eine osmotische Zelle. — Die Oberflächenveränderung in bezug auf die Form ist abhängig von der Spannung, welche die zwei sich durch eine Membran abgrenzenden Kolloide besitzen. Die Oberflächenspannung hat das Bestreben, sich auszugleichen, entweder nach der Art einer Erhöhung derselben, dann wird die trennende Membran zur kreisrunden Form gedrängt oder nach der Art der Erniedrigung der Oberflächenspannung, dann wird einer Vergrößerung der Oberfläche Gelegenheit geben. Es ist bekannt, daß die roten Blutkörperchen in einer hypotonischen Lösung aus der bikonkaven Form zu einer kugeligen quellen, Wabenform annehmen, das Hämoglobin abgeben und sich schließlich auflösen. Dieser Kampf der Kolloide um das Äquivalent der Kräfte ist im Liquor sehr schön zu verfolgen, was durch Lichtbilder verdeutlicht wird. In der Zählkammer wird die Oberflächenspannung der Kolloide herabgesetzt, sei es durch die Hypotonie der zugesetzten Farbflüssigkeit, sei es durch die Abkühlung. Die Zellen nehmen z. T. eine flügelartige Form an, indem der Zelleib gewissermaßen herausgepreßt wird. Ähnlich sind die Verhältnisse nach dem Tode im Liquor; wahrscheinlich durch die Abkühlung vakuolisieren sich die Zellen in ausgedehntem Maße. Dieser Prozeß beginnt sofort nach dem Tode; im übrigen ist der Liquor wohl das Organ, das den Tod am längsten übersteht, indem in den Zellen sich noch mitotische Teilungen abwickeln. Die Vakuolisierung und damit Vergrößerung der Oberfläche der Zellen bei Encephalomalacie tritt sehr wahrscheinlich schon vollkommen innerhalb des Gehirnes ein, indem der Erweichungsherd als oberflächenspannungsherabsetzend wirkt. — Bei Eintritt von roten Blutkörperchen in den Liquor kann dreierlei eintreten. Entweder verändern die Zellen gemäß ihrem Eintritt in eine gegenüber dem Blut hypotone Flüssigkeit sich durch Rundung ihrer Form und Austritt des Haemoglobins, so daß nur noch das Stroma übrig bleibt, oder die roten Blutkörperchen quellen hochgradig unter Vakuolenbildung und lösen sich dann allmählich in Pigment auf, oder, wie unter noch nicht näher bekannten Umständen, zerfallen die roten Blutkörperchen und werden partikelweise von den Leukozyten aufgenommen. Es finden sich nun Fälle von Psychosen, die ohne eine Pleozytose eine Vakuolisierung ihrer Liquorzellen zeigen. Es handelt sich dabei um »symptomatische« Psychosen und Fälle, welche Symptome der serösen Meningitis zeigen. Zweifellos ist dabei der Zellbefund pathologisch. Bei einem solchen serologisch genau geprüften Fall, der allergische, endokrine und vegetative Symptome neben einer schweren »psychopathischen« Erregbarkeit zeigt, fand sich z. Z. der Erregung Vermehrung des Serumglobulins und des Cholesterins, erstere auch nach Ausschütteln mit Benzol, was dem Gewohnten völlig widerspricht. Der Liquor ließ zwar nach diesen Richtungen keine schweren Veränderungen erkennen, immerhin beweisen die Se-

rumresultate, daß schwere kolloidale Verschiebungen bei solchen Fällen vorkommen und sich sicherlich auch im Liquor irgendwie bemerkbar machen und dadurch die Oberflächenspannungsverhältnisse verändern.

13. *Brandes-Langenhagen*: Die Müllersche Ballungsreaktion M. B. R. II.

Die Reaktion wird seit etwa einem Jahr in der Anstalt Langenhagen mit ausgeführt. Sie ist wegen ihrer technischen Einfachheit und objektiv sicheren Ablesbarkeit als Ergänzungsreaktion einerseits, andererseits auch zur schnellen Orientierung für den praktizierenden Arzt geeignet. Mit ihrer Spezifität und Ausfallsbreite steht sie an erster Stelle der Flockungsreaktionen. Es wird eine kurze Übersicht über die Veröffentlichungen der Untersuchungsergebnisse im Vergleich mit den eigenen gegeben. Bei behandelter Paralyse bleibt die M. B. R. länger positiv als die Wa. R., auch tritt sie früher als die Wa. R. beim Primäraffekt in die Erscheinung. Sie stellt also einen feineren Gradmesser für die Feststellung der Erkrankung dar.

Diskussion: *Fleck-Göttingen*: Bei dem Material der Göttinger Klinik war die Müller-Ballungsreaktion im Serum ungefähr in 20% der Fälle empfindlicher als die Wassermannsche Reaktion, im Liquor in 18% der Fälle. In ungefähr 2 $\frac{1}{2}$ % der Fälle ergab die Müller-Ballungsreaktion unspezifische Resultate. Aber die Vorteile der Müller-Ballungsreaktion sind so eindeutig, daß man sie neben der Wassermannschen Reaktion ausführen soll, weil man viel mehr Neurolesfälle durch die Müller-Ballungsreaktion erfassen kann als durch die Wassermannsche Reaktion.

Trotz der Einfachheit empfiehlt sich die Methode für den praktischen Arzt nicht, weil bei der Ausführung der Reaktion doch eine Reihe technischer Fragen berücksichtigt werden müssen, die ein praktischer Arzt, der nicht in der Lage ist, jeden Tag eine größere Zahl von Reaktionen auszuführen, nicht beherrschen kann.

14. *Hoch-Göttingen*: Die Pathologie des Plexus chorioideus bei der Schizophrenie.

*v. Monakow* war der erste, der die Ansicht aussprach und sehr energisch und folgerichtig verfocht, daß bei der Schizophrenie Veränderungen im Plexus chorioideus vorkommen, die zu einer Veränderung der Permeabilität zwischen Blut und Liquor führen. *v. Monakow* und sein Schüler *Kitabayashi* wähten in einigen Fällen von Schizophrenie starke Veränderungen zu sehen. Sie fanden eine Massentrophie der Drüsenzellen. Die Epithelzellen waren ferner vakuolisiert, die Zellkerne tiefgreifend verändert, verzogen, deformiert; eine ganze Reihe von Zellen war desquamiert, so daß das darunterliegende Bindegewebe freilag. Die interstitielle Bindegewebssubstanz befand sich in vielen Fällen in Wucherung; mitunter war sie atrophisch und enthielt Cysten. Zwischen den einzelnen Zotten waren eigenartige albuminoide Exsudatmassen nachweisbar. Sie wollen diese Veränderungen, die sie am Plexus gefunden haben und die selbstverständlich noch eine Menge hier nicht aufgezählter Details enthalten, bei anderen Psychosen oder bei an anderen Krankheiten Verstorbenen nicht gefunden haben. Ähnlich lehnen sie die Ansicht ab, daß die von ihnen festgestellten sehr ausgiebigen Plexusveränderungen Alterserscheinungen am Plexus seien. Es ist nämlich zu erwähnen, daß ähnliche Veränderungen physiologisch in höherem Alter oft im Plexus chorioideus nach-

gewiesen werden können, ohne daß die Betreffenden an irgendeiner Geisteskrankheit gelitten haben. Diese Feststellungen sind von einigen anderen Autoren (*De Allende-Navarro, Mott, Morowoka*) bestätigt, dagegen von *Zand* und *Josephi* nicht gefunden worden.

*Hoch* hat 17 Fälle von Schizophrenen untersucht, von denen acht in jugendlichem Alter an interkurrenten Erkrankungen rasch starben; die anderen waren ältere, schon lange Zeit in einer Anstalt internierte Schizophrene. Bei den jugendlichen Schizophrenen fanden sich geringfügige Epithelveränderungen, die wir oft bei Infektionskrankheiten nachweisen können, und die hier sicherlich auf die Erkrankungen zurückzuführen sind, woran die Betreffenden gestorben sind (zumeist Pneumonien, Abszesse mit davon ausgehender Sepsis usw.). Wenn man von diesen Epithelveränderungen absieht, konnten wir keine wesentlichen Veränderungen am Plexus nachweisen. Insbesondere war in unseren Fällen die von *v. Monakow* und seiner Schule gefundene Atrophie der Zotten, hauptsächlich auf Sklerosierung und Hyalinisation des Bindegewebes beruhend, nicht vorhanden. Auch die Exsudatbildung und die Degeneration des Plexus waren nicht zu finden. Der Plexus chorioideus der jugendlichen Schizophrenen wies zum großen Teil überhaupt kaum Veränderungen auf, so daß man ihn ohne weiteres als normalen Plexus hätte abbilden können.

Bei den älteren Schizophrenen fanden wir Veränderungen, die durchaus dem Alter der Betreffenden entsprachen. Der Plexus chorioideus macht nämlich eine Altersinvolution durch, die schon ziemlich früh beginnt, schon mit den 20er Jahren, und langsam kontinuierlich fortschreitet. Diese involutiven Veränderungen bestehen hauptsächlich in einer Hyalinisation und Sklerosierung des Bindegewebes. Die einzelnen Bindegewebsfibrillen verschmelzen und verbacken miteinander, quellen glasig auf, verlieren ihre ursprüngliche Färbbarkeit und bilden eine homogene, strukturlose Masse. Diese Bindegewebsveränderungen konnten wir bei unseren älteren Schizophrenen überall feststellen, ähnlich wie wir sie auch in einer ganzen Menge anderer Fälle feststellen konnten, die im selben Alter waren und nicht an Schizophrenie gelitten haben. Es ist also nicht angängig, diese Veränderungen auf die schizophrene Psychose zu beziehen.

Nur in einem einzigen Falle konnten wir bei einem jugendlichen Schizophrenen die Bindegewebsveränderungen nachweisen, wie sie *v. Monakow* beschreibt. Wir stehen also auf dem Standpunkt, daß für die Mehrzahl der Schizophrenen die Ansicht von *v. Monakow*, daß anatomisch nachweisbare Plexusveränderungen vorhanden sind, nicht zutrifft. Ob das für alle Fälle der Schizophrenen der Fall ist, können wir nicht entscheiden.

Diskussion: *Walter-Bremen-Ellen* weist darauf hin, daß die Befunde an den Plexus nur mit größter Vorsicht verwertet werden können, weil hier außerordentlich rasch postmortale Veränderungen auftreten. Einen ganz normalen Plexus fand er selbst eigentlich nur einmal bei einer akut verlaufenden Paralyse, die eine Stunde post mortem sezirt werden konnte. Er teilt den skeptischen Standpunkt des Vortragenden weitgehend.

#### 15. H. Vogt-Pyrmont: Bäderbehandlungen und Psycho--Therapie.

Wer Psycho-therapeutische Tätigkeit in der Großstadt und an Badeorten ausgeübt hat, kommt zu der Erkenntnis, daß im Laufe von Badekuren mit verminderten intra-psychischen Widerständen zu rechnen ist. Dabei

handelt es sich z. T. um direkte seelische Wirkungen des Milieus. Im Badeort arbeitet der Arzt unter ungewöhnlich günstigen Bedingungen. Der Patient kommt nicht in der Hetze der Großstadt ab und an zu ihm, Rat zu holen, sondern er lebt 4 oder 6 Wochen unter den Bedingungen des Kuraufenthaltes, während dessen er sich dem Patientsein, der Erholung und der Behandlung hingeben will. Ausgesprochene Erwartungen auf den Heilerfolg des Kurortes erhöhen die Bereitschaft zur Heilung. Mystische Vorstellungen von wirklichen oder vermeintlichen Gegebenheiten, dem sogenannten Brunnengeist, wirken fördernd mit. Massensuggestionenwirkungen kommen zur Entfaltung, in der Reihe der Wartenden beim Brunnenausschank, auf den gemeinschaftlichen Liegewiesen, auf den Kurpromenaden und in den Wartezimmern. Die Kurbehandlung ergibt die Möglichkeit der Aufstellung eines Kurplans, d. h. also, eine ganz bestimmte Tageseinteilung vorzuschreiben.

Neben den Milieufaktoren und den direkten seelischen Bedingungen des Kurortes ergeben sich aber noch viel tieferwirkende Zusammenhänge für die seelische Behandlung. Alle Behandlungswege mit Bädern, Trinkkuren und Moorbehandlung, Luft-Licht und klimatische Heilfaktoren sind Behandlungswege über das vegetative System und das vegetative Nervensystem. Alles, was wir an diesbezüglichen Wirkungen kennen, konzentriert sich auf die Umstellung des Mineralgehaltes des Körpers, Änderung des Elektrolytgehaltes der Körpersäfte, Änderung des Blutes, konstitutionale und kolloidale Veränderungen. Die chemisch-physikalische Persönlichkeit wird abgewandelt. Der Tonus des vegetativen Nervensystems schwankt zunächst und findet mit der Zeit eine andere Gleichgewichtslage. Zahlreiche Untersuchungen über Bäder-, Trink- und Klimakuren beweisen dieses. Der Endeffekt ist eine Neukonstruktion von Kraftlinien, also ein energetischer Vorgang und nicht, oder doch nicht in der Hauptsache, eine Aufnahme neuer Stoffe. Daß eine tiefgreifende Umänderung des vegetativen Menschen auch nachhaltige Wirkungen auf den psychischen Zustand ausübt, bedarf keiner Erörterung. Richtig geleitete Bäder-, Trink- und Klimakuren sind ein bevorzugtes psycho-physisches Heilverfahren.

#### 16. *Loewenthal*-Braunschweig: Über Röntgentherapie bei Nervenkrankheiten.

*Loewenthal* gibt einen Überblick über die Wirkungen der Strahlen auf das normale Nervensystem der Tiere und Menschen, ferner über die Wirkungen auf die endokrinen Drüsen, und auf akute und chronische Entzündungsprozesse. Ferner schildert er kurz die von ihm angewandte Technik. Über die Resultate teilt er folgendes mit:

Von 20 behandelten Hirntumoren sind 13 Fälle statistisch verwertbar, davon sind acht gebessert, zum Teil arbeitsfähig geworden. Alte Schädeltraumen hat Vortragender wegen Kopfschmerzen und epileptischer Anfälle schon seit 1918 bestrahlt, und im Jahre 1919 in der Berliner klinischen Wochenschrift über 21 Fälle berichtet.

Dazu kommen fünf weitere Fälle der letzten Jahre, von denen auch einige einen recht guten Erfolg zeigen.

Weniger gut sind die Erfolge bei peripheren Neuomen nach Schußverletzungen. Von Migräne und Menièrescher Krankheit berichtet *Loewenthal* über je eine Heilung. Bei fünf Epileptikern hat er nur in einem Falle einen durchschlagenden Erfolg gesehen. Von drei Rückenmarkstumoren sind zwei

annähernd geheilt, ebenso eine Pachymeningitis cervicalis. Ferner acht Fälle von Syringomyelie — davon vier erheblich gebessert. Drei Fälle von multipler Sklerose — einer gebessert. Eine Tabes — unbeeinflusst. Trigeminusneuralgie bei alten Leuten durchweg gut beeinflusst, ein halbes Jahr bis drei Jahre schmerzfrei. Bei Rezidiv zuweilen Versager.

Die schwache Bestrahlung bei kindlichem Schwachsinn nach *Wieser* hat Vortragender bisher nur in einem Falle versucht: Auffällige Beruhigung, Besserung von Schlaf und Appetit.

In 18 Fällen von Basedow bzw. Hyperthyreosis gute Erfolge in zehn Fällen, mäßige in fünf Fällen.

Neuerdings verwendet *Loewenthal* statt Röntgenstrahlen Radium.

Diskussion: *Oljenick*-Amsterdam.

17. *Fleck-Göttingen*: Über den Verlauf der chronischen Encephalitis epidemica.

Katamnesen von *Fleck* ergaben, daß der Nutzen der Behandlung der chronischen Fälle von Encephalitis epidemica vor der Behandlung mit hohen Atropindosen ein recht geringer war. Vor allen Dingen zeigte sich, daß ein großer Teil der bei den Kranken erreichten Besserungen doch nur durch die psychische Beeinflussung hervorgerufen worden war. Die Encephalitis epidemica erweist sich auch im chronischen Stadium noch als eine fortschreitende Erkrankung. Genauere Veröffentlichung (*Fleck-Rustige*: Über den Verlauf der chronischen Encephalitis epidemica) findet sich im Archiv für Psychiatrie, Bd. 97, 1. Heft (1932).

18. *Busse-Göttingen*: Die Behandlung der chronischen Encephalitis epidemica mit hohen Atropindosen.

Auf Grund der Erfahrungen, die in der Encephalitis-Abteilung der Göttinger Nervenkl. gemacht wurden, führt der Vortragende aus, daß wirklich nachhaltig und auch auf die Dauer von den Symptomen der chronischen Encephalitis epidemica nur die vegetativen Symptome und der Rigor besserungsfähig zu sein scheinen. Bei dem Tremor ist ein Dauererfolg dadurch in Frage gestellt, daß wohl der »aktuelle Tremor« gut zu bessern und in zahlreichen Fällen ganz zu beheben ist, dagegen aber »die Tremorbereitschaft« bestehen bleibt. Ein günstiger Einfluß des Atropins auf die Augenkrämpfe wird angenommen, wenn auch betont werden muß, daß in keinem Falle das Auftreten der Blickkrämpfe durch das Atropin verhindert werden konnte.

Bei einem langsamen Ansteigen der Dosis (ausgehend von einer Tagesdosis von  $\frac{1}{2}$  mg und ansteigend um täglich  $\frac{1}{2}$  mg) paßt sich das vegetative Nervensystem der Atropinzufuhr an. Regelmäßig eingenommene hohe Atropindosen werden, gerade auf die Dauer, im allgemeinen beschwerdefrei vertragen. Der Dauerbehandlung mit hohen Atropindosen liegt die Arbeitshypothese zugrunde, daß zwar insofern eine Gewöhnung eintritt, als sich das vegetative Nervensystem »den neuen Arbeitsbedingungen« anpaßt, daß andererseits aber der therapeutische Effekt des Atropins auch auf die Dauer der gleiche bleibt.

(Der Vortrag ist in erweiterter Form in dem »Archiv für Psychiatrie«, Band 57, Seite 113—126, veröffentlicht.)



19. *Delbrück-Hannover*: Zur Psychologie und Psychotherapie des Exhibitionismus.

Bei einer Reihe von Fällen von Exhibitionismus wurde beobachtet, daß neben einem enorm gesteigerten Triebleben ausgesprochene Minderwertigkeitsgefühle und erhebliche geistige Isolierung nachweisbar waren. — Durch den fehlenden Anschluß an die Umwelt kommt es dann trotz normaler Triebrichtung nicht zur Vereinigung mit dem Objekt des Geschlechtstriebes. Die exhibitionistische Handlung drückt dann gleichsam den Wunsch zum Sexualverkehr und die bestehenden Hemmungen aus: »Ich will Dich wohl besitzen, aber ich kann nicht! Bei derartig gelagerten Fällen kann die Bestrafung nur verschlimmernd wirken. Denn sie fördert die Isolierung und Minderwertigkeitsgefühle. — Durch die psychotherapeutische Behandlung allein ist hier — vielleicht — ein Erfolg zu erwarten. Stärkung des Selbstvertrauens. Anschluß an die Umgebung und Herabsetzung der sexuellen Übererregbarkeit sind dabei zu erstreben.

20. *Kaldewey-Hildesheim*: Individualanatomie und Großhirnrindenmessungen.

Die Großhirnrinde macht einmal wieder mehr von sich reden, nachdem vor allem *Vogt* schon vor längerer Zeit seine myeloarchitektonischen Untersuchungen in großen Zügen geschaffen und *v. Economo* durch sein gewaltiges Werk einen umfassenden Überblick über den Zellaufbau der Großhirnrinde geliefert hatte. Nun ist es mit der Architektonik eine eigene Sache. Die allgemeine, sowohl die normale wie pathologische Histologie hat es leichter, sie kann zu schnelleren Ergebnissen gelangen wie die Zytoarchitektonik, weil sie sich im allgemeinen nur mit kleineren Gewebstücken abzugeben braucht. Dagegen will die Architektonik uns einen Gesamtüberblick über den Aufbau der Großhirnrinde geben, und nicht nur bei einem Gehirn, sondern bei vielen Gehirnen, da man bald erkannt hat, daß die regionären Unterschiede bei den verschiedenen Individuen außerordentlich mannigfaltige sind.

Jedenfalls hat sich aus dem Studium der Großhirnrinde ein Gebiet herauskristallisiert, das man mit dem Namen »Individualanatomie der Großhirnrinde« bezeichnet hat.

Ob die Großhirnrinde, der Umfang der Großhirnrinde allein dafür verantwortlich zu machen ist, ob ein Individuum intelligenter oder weniger intelligent ist als ein anderes, kann nach den verschiedensten Richtungen hin bezweifelt werden. Es wäre falsch, auf gewisse Gehirne von Schwachsinnigen zu verweisen. Vor allem der Vergleich mit der Säugetierreihe ergibt aber das eine, daß der Mensch zunächst weiter nichts als eine größere Anzahl von Apparaten in seiner Großhirnrinde zur Verfügung hat, und daß andere Apparate, die beim Tier nur angedeutet vorhanden sind, beim Menschen in feinerer, präziserer Ausführung zu finden sind.

Der Mensch hat mehr Leistungsmöglichkeiten, hat besser gebaute Apparate zur Verfügung. Es ist ein Unterschied, ob ein Weber mit einem Handwebstuhl arbeitet oder ein moderner mechanischer Webstuhl von einem einfachen Arbeiter betrieben wird.

Diese Apparate wollen wir kennenlernen, und zwar zunächst rein morphologisch, unabhängig von der Funktion betrachten, wir wollen das Verhältnis eines Apparates zum andern, seine Größenverhältnisse, seinen Anteil an der Gesamtausbreitung der Großhirnrinde studieren, wir wollen diese Dinge vor

allen bei den Menschen kennen lernen, die uns das Leben als über dem Durchschnitt stehende, als Genies aufgezeigt hat und von denen wir mehr in Erfahrung haben bringen können durch die allein sichtbare Leistung. Die Ergebnisse der Messungen werden an einigen Bildern vorgeführt.

21. *H. Korbsch-Münster i. Westf.*: Ein Zystizerkus des Rückenmarks.

Der Zystizerkus ist im Rückenmark nur selten beschrieben worden, besonders selten, nur zweimal, unter dem Bilde einer Kompressionsmyelitis, als Tumor spinalis überhaupt noch nicht. Als solcher klinisch in Höhe von L I diagnostiziert, wurde ein Zystizerkus in der chirurgischen Klinik der Universität Münster i. Westf. von Professor Dr. H. Coenen operativ entfernt. Es handelte sich um eine eingetrocknete, harte, erbsengroße Parasitenblase, die eine schlaife Paralyse und Anästhesie der Beine, sowie eine Blasen- und Mastdarmlähmung hervorgerufen hatte. Oberhalb des anästhetischen Bezirkes fand sich am ganzen Rumpf ausgesprochene Hyperästhesie, auch in der Tiefe des Operationsfeldes. Der Zystizerkus lag in der im Sinne eines Aneurysma dissecans aufgespaltenen Wand eines arteriellisch schwer veränderten Gefäßes eingebettet. Die Lumbalpunktion hatte Xantochromie und starke Eiweißvermehrung ergeben. Das Myelogramm zeigte nichts besonderes. Im Blute fanden sich einmal  $2\frac{1}{2}\%$  eosinophile Leukozyten. Die Echinantigenprobe fiel negativ aus. Im Stuhl ließen sich keine Wurmeier nachweisen. Vor einigen Jahren hatte der Kranke einen Bandwurm gehabt, so daß eine Selbstinfektion wahrscheinlich ist.

22. *Holthaus-Münster i. Westf.*: Liquorbefunde bei Hirntumoren.

H. berichtet über Liquoruntersuchungen bei Tumor cerebri. Die Ergebnisse betreffen vier xantochrome Liquoren und 26 ohne jede, auch nicht mikroskopisch nachweisbare Blutbeimengung. Er gelangte zu der Feststellung, daß erhöhter Druck, normale oder leicht vermehrte Zellzahl, geringgradige Eiweißvermehrung bei niedrigen Eiweißquotienten, stark positive Saponinhämolyse-reaktion und leichte Rechtsverschiebung der Goldsolkurve die direkten Liquorveränderungen bei Hirntumoren sind; in seltenen Fällen kommt auch eine ausgesprochene Linksverschiebung der Goldsolkurve oder eine negative Goldsolreaktion vor.

23. *Wichmann-Münster i. Westf.*: Über Enzephalographie bei unklaren Hirnerkrankungen.

Aus einer Anzahl von rund 120 Enzephalographien wurden solche Fälle ausgewählt, bei denen nicht auf Grund eindeutiger Zeichen eines raumbeengenden Hirnprozesses, also in erster Linie eines Hirntumors, oder einer Erweiterung des Hirnkammersystems eine einigermaßen klare Indikation zur Vornahme der Enzephalographie vorlag, sondern vielmehr nur unsichere Anhaltspunkte für irgendeinen hirnpathologischen Vorgang eine solche nicht nur als lokalisatorisches, sondern überhaupt diagnostisches Hilfsmittel nahelegten. In einem Teile dieser Fälle fanden sich ein- oder beiderseitige Veränderungen hinsichtlich der Größe und Form in erster Linie der Seitenventrikel, die als objektive Unterlagen für die meist ziemlich unbestimmt gehaltenen Klagen gewertet wurden. In anderen, die unter dem Bilde von Trigemimusneuralgien verliefen, fanden sich ebenfalls erhebliche Abweichungen. Endlich konnte in einzelnen

Beobachtungen, die zunächst für eine genuine Epilepsie sprachen, im Verein mit dem ophthalmoskopischen Befunde und den von *Kehrer* betonten Tumorallgemeinsymptomen durch einseitige sichere Defektfüllungen die Diagnose auf Hirngeschwulst gestellt werden. Hinzuweisen ist jedoch darauf, daß eine unvollkommene Darstellung der Ventrikel nicht immer mit Sicherheit auf krankhafte Veränderungen schließen läßt; Lageveränderungen des Kranken, ungenügende Luftfüllung und verzögerte Erschließung der Ventrikel sind in dieser Beziehung Faktoren von wesentlicher Bedeutung. Auch von nicht-zerebralen Voraussetzungen ist der Rauminhalt der Ventrikel in erheblichem Maße abhängig, so z. B. vom Thoraxinnendruck und dem psychomotorischen Verhalten des Kranken während der Vornahme der Luftauffüllung.

24. *Schimrigk*-Münster i. Westf.: Über progressive Paralyse nach überstandener Malaria.

Von zehn Fällen progressiver Paralyse und zwei von Tabes, in denen früher eine Naturmalaria durchgemacht wurde, ist für fünf der Zeitpunkt der lueticischen Infektion bekannt. Er lag einmal 1 Jahr, zweimal 5 und einmal 10 Jahre vor der Malariaerkrankung. Einmal fallen Syphilis- und Malariainfektion zeitlich zusammen. Die Malariaerkrankung lag 4 bis 25 Jahre vor Ausbruch der Metalues. Eine einmalige Naturmalaria vor der lueticischen Infektion bzw. vor Ausbruch der Metalues hat mit größter Wahrscheinlichkeit keinen Einfluß auf den Beginn, die Form und der Verlauf der letzteren. Hinsichtlich des Verlaufes der Fieberkur ergaben sich keine Besonderheiten. Bei drei Paralysen setzte danach eine rapide Verschlechterung ein; da es sich in diesen Fällen bei der Naturmalaria um eine Malaria tropica gehandelt hatte, könnte hieraus ein ungünstiger Einfluß auf die Wirkung der Impfmalaria gefolgert werden.

25. *Klimke*-Münster i. Westf.: Über psychogenes Erbrechen.

Ausgehend von dem großen Gebiet der »psychogenen Reaktionen«, soweit sie körperliche Symptome betreffen, wird gezeigt, daß den Fällen von »psychogenem« Erbrechen bei fehlendem Organbefund eine reaktive Verstimmung leichten Grades und eine mehr oder weniger ausgeprägte psychopathische Konstitution, die ja nach *Kehrer* u. a. immer das pathogene Moment abgibt, zugrunde liegen. Appetitlosigkeit und Magenschmerzen einerseits werden als ein charakteristisches Begleitsymptom der Depression angesehen, die Fähigkeit des leichten Erbrechens andererseits nach *Kraepelin* und *Darwin* als eine stammesgeschichtlich begründete rudimentäre Zweckreaktion, die diesen Menschen als eine Hemmungsbildung eigen ist.

26. *Korbsch*-Münster i. Westf.: Über die diagnostische Bedeutung des Spontannystagmus.

Der Spontannystagmus ist eines der wichtigsten Symptome bei der Vestibularisuntersuchung, einmal deswegen, weil er vom Willen des Patienten so gut wie unabhängig ist, und zweitens darum, weil er in vielen Fällen eine organische Erkrankung beweist und viele sonst schwer deutbare oder gar anzuzweifelnde Beschwerden des Untersuchten objektiviert. Der Wert des Nachweises wird dadurch noch erhöht, daß häufig genug kein objektiver Befund den vielfach uncharakteristischen Symptomen und Klagen des Patienten gegenübersteht, so daß erst durch den Nachweis eines echten vestibulären Spontannystagmus die Diagnose entscheidend beeinflußt wird.

Voraussetzung für eine fruchtbare diagnostische Verwertung des Spontannystagmus ist erstens die Unterscheidung nicht vestibulär bedingter Formen vom echten vestibulären Nystagmus. Zweitens ist es wichtig, sich bei gewöhnlicher Betrachtung nicht sichtbare Nystagmusform durch geeignete Methodik sichtbar zu machen. Letzteres kann geschehen durch Ausschaltung der Fixation (Leuchtbrille, Bulbuskappe) oder Nachweis einer Nystagmustendenz durch charakteristisches Verhalten bei der experimentellen Labyrinthregung (Nachweis eines pseudo-paradoxen Nystagmus bei der kalorischen Schwachreizprüfung, Aktivierung eines Spontannystagmus bei experimenteller Labyrinthreizung, Verhalten bei Kalt-Heiß-Kontrastspülungen usw.). Die Abgrenzung vestibulärer Nystagmusarten von anderen Nystagmusformen muß durch peinlich genaue Untersuchung, wobei vor allem gewisse Beobachtungsfehler vermieden werden müssen, erfolgen. Extreme Seitenstellung der Bulbi ist zu vermeiden (Endstellungsnystagmus); desgleichen ist auf Ermüdungsnystagmus Rücksicht zu nehmen. Einstellungs-nystagmus sowie Augenrucken infolge ophthalmologischer Erkrankung ist zu berücksichtigen. Durch genaue Analyse der Nystagmusform (Frequenz, Amplitude, Verhalten bei verschiedenen Blickrichtungen, Intensitätsgefälle, Schlagfeld, Verhalten bei Ausschaltung der Fixation usw., usw.) können verschiedene zu beurteilende und verschieden lokalisierbare Typen herausgeschält werden. Mit zu den topisch am genauesten erfaßbaren Nystagmusformen gehören die vom *Deiterschen* Kern ausgelösten Nystagmusarten, wobei vom kaudalen Anteil dieses Kerns rotatorisches, von der Mittellage horizontales und von dem oralen Gebiet vertikales Augenrucken ausgelöst sein soll. In den meisten Fällen gelingt die Lokalisierung des Spontannystagmus (peripheres Labyrinth, Kerngebiet, zentraler Verlauf der Vestibularisbahn) nicht mit der wünschenswerten Genauigkeit, dennoch ist er auch dann ein wichtiges Symptom, wenn seine topische Einordnung nur ungefähr gelingt oder auch nur der Nachweis, daß eine organische Erkrankung vorliegt, durch ihn erbracht wurde.

27. *Remen-Münster i. Westf.*: Über den Kreatinstoffwechsel bei künstlichem Fieber, zugleich ein Beitrag zur Behandlung der *Myasthenia gravis pseudoparalytica* mit Glykokoll.

Das Auftreten von Kreatin im Harn ist eine Begleiterscheinung vieler Krankheiten, die mit einem vermehrten Zerfall des Körpereißweißes einhergehen. R. konnte auch beim künstlich erzeugten Fieber durch Pyrifereinjektionen am Tage des Fiebers eine erhebliche Kreatinurie beobachten, die mit Abfall der Temperaturen verschwand. Da andererseits die Feststellung gemacht wurde, daß Krankheiten, bei denen die Ermüdungserscheinungen als Hauptsymptom des Leidens anzusehen sind, wie z. B. bei der *Myasthenia gravis pseudoparalytica*, und andere Erkrankungen, die zum myasthenischen Kreise gezählt werden können, ebenfalls mit einer erheblichen Kreatinurie einhergehen, so ergab sich für uns die Arbeitshypothese, den Kreatinstoffwechsel bei den oben erwähnten Muskelerkrankungen zu untersuchen.

Bei einem Falle von *Myasthenia gravis pseudoparalytica* und bei zwei Apokamnoson mit myasthenischen Erscheinungen ergab sich bei monatelanger Prüfung der Kreatinurie und ihrer Beziehungen zum klinischen Befund, daß an Tagen stärkster Kreatinurie auch die ausgesprochensten Ermüdungserscheinungen, wie Gehbeschwerden, Doppeltsehen und Schluckbeschwerden sich vermehrten.

Vor kurzem veröffentlichte *Thomas* einen Beitrag zur Behandlung progressiver Muskelatrophien mit Glykokoll. Er konnte bei den primären Muskelatrophien im Gegensatz zu den sekundären (amyotrophische Lateralsklerose usw.) günstige therapeutische Erfolge erzielen. Zugrunde liegt diesem Vorschlage der Gedanke, daß bei Muskelatrophien eine erhöhte Kreatinurie besteht, die nach Darreichung von Glykokoll abnimmt. Noch näher lag es bei diesem Gedankengang nach *Kehrer*, daß solche Erkrankungen des Nerven-muskelsystems, welche höchstwahrscheinlich auf einer tiefgreifenden Stoffwechselstörung im Muskel beruhen, durch Glykokoll günstig beeinflusst würden. Er schlug daher vor, bei der Myasthenia gravis und bei mit myasthenischen Erscheinungen einhergehenden anderweitigen Krankheitsfällen ganz regelmäßig längere Zeit Glykokoll anzuwenden. Drei Patienten sind mit täglichen Glykokolldarreichungen behandelt worden und tatsächlich schwanden bei diesen Kranken viele der myasthenischen Erscheinungen und gleichzeitig verschwand die vorher vorhandene Kreatinurie.

28. *Hühnerfeld-Telgte* i. Westf.: Hämatorporphyrin in der Behandlung der Melancholie.

Ref. bespricht kurz die neueren Arbeiten, in denen versucht wird, die Melancholie kausal zu beeinflussen, und erwähnt besonders die Eigenblut-, die Decholin- und die Elektrolyt-Therapie. Auf Grund seiner eigenen Versuche kommt er zu dem Ergebnis, daß hier von einer kausalen Behandlung im strengen Sinne des Wortes nicht gesprochen werden darf. Dagegen ist Ref. der Ansicht, daß die von ihm empfohlene Applikation von Hämatorporphyrin bei den melancholischen Zuständen tatsächlich kausal angreift, und glaubt in der Beeinflussbarkeit des gestörten Elektrolyten-Gleichgewichtes durch Zuführung von Hämatorporphyrin einen Stützpunkt seiner Überlegungen gefunden zu haben. Es werden einige Fälle angeführt, bei welchen die Hämatorporphyrin-Therapie besonders günstige Erfolge gezeitigt hat. Im ganzen hat Ref. bis jetzt über 30 Kranke mit Hämatorporphyrin, das inzwischen von den Nordmark-Werken Hamburg unter dem Namen »Photodyn« in den Handel gebracht worden ist, behandelt. Völliges Versagen der Behandlung war nur in drei Fällen nachzuweisen. Ref. hebt aber hervor, daß auffallenderweise einige Fälle ganz schlagartig in kurzer Zeit sich bessern, die größere Mehrzahl etwas langsamer — etwa nach 10—14-tägiger Behandlungsdauer und in seltenen Fällen noch langsamer oder nur in einzelnen Symptomen gebessert werden. Der Grund dafür ist nach Ansicht des Ref. darin zu suchen, daß der Porphyrin-Stoffwechsel noch zu wenig geklärt ist. Chemisch-physiologische Untersuchungen, die vom Ref. bereits in Angriff genommen sind, müssen die Wege ebnen, um die Hämatorporphyrin-Therapie weiter zu vervollkommen.

Photodyn kann entweder in Tropfen oder als Injektion verordnet werden. Zweckmäßig werden schwerere Fälle von depressiven Verstimmungen und endogenen Depressionen mit Injektionen behandelt; auch kann dann die Applikation per os zur Unterstützung noch herangezogen werden. Bei leichteren Erkrankungen genügt meist die Verabreichung in Tropfenform.

Werden Injektionen verordnet, so beginnt man mit  $\frac{1}{2}$  ccm, darauf jeden zweiten Tag, am besten vormittags, 1 ccm, im ganzen 10 Injektionen. Dann acht Tage Pause. Jetzt beginnt man wieder mit 1 ccm, darauf jeden zweiten Tag 2 ccm, im ganzen 10 Injektionen. Die Injektionen werden intramuskulär

gegeben. Im Anschluß an die Injektionen können, falls erforderlich, noch Photodyn-Tropfen auf 2—4 Wochen verordnet werden, und zwar dreimal täglich 15 Tropfen  $\frac{1}{4}$  Stunde vor der Mahlzeit. Will man schon während der Injektionstherapie Tropfen verordnen, so empfiehlt es sich, dreimal täglich 5—10 Tropfen zu geben.

Werden nur Photodyn-Tropfen verordnet, so beginnt man mit dreimal täglich 10 Tropfen  $\frac{1}{4}$  Stunde vor der Mahlzeit, steigt täglich um dreimal 1 Tropfen, bis dreimal täglich 30 Tropfen. In derselben Weise geht man zurück, bis zu dreimal täglich 15 Tropfen. Auf dieser Menge bleibt man zwei bis drei Wochen stehen. Wenn notwendig, kann diese Behandlungsweise nach 14tägiger Pause noch einmal wiederholt werden.

29. *W. Berger-Münster i. Westf.*: Über den Begriff der vestibulären Übererregbarkeit.

Nach eingehender kritischer Besprechung der Anschauungen von *Brunner*, *Kobrak* und *Frenzel* bezüglich der vestibulären Übererregbarkeit meint *Berger*, man soll nur dann von einer solchen sprechen, wenn ein normalerweise unterschwelliger Reiz schon zu deutlichen vestibulären Reaktionen irgendwelcher Art führt. Als solche unterschwelligen Reize sind kalorische Prüfungen mit Wasser von annähernd Körpertemperatur zu verstehen, also etwa — bei normaler Körpertemperatur — von 33—35 oder gar 36°. Bei einer Patientin mit Kleinhirntumor erhielt *Berger* z. B. bei 5 Sekunden langer Spülung mit Wasser von fast 36° einen grobschlägigen, mittelraschen Nystagmus von 120 Sekunden Dauer bei einer Latenzzeit von etwa 12 Sekunden. Die Reaktion war von beiden Ohren aus gleich stark. Deutliche Rumpfabweichung und Vorbeizeigen. Bevor dieses Ergebnis erzielt wurde, wurde diese Pat. der kalorischen Prüfung mit Wasser von 27° unterzogen. Es wurde nicht etwa eine deutlich stärkere Reaktion erzielt als bei Spülung mit 36°. Lediglich die Amplituden des ausgelösten Nystagmus waren etwas größer. Im Sinne einer Übererregbarkeit konnte dieser Befund nicht gedeutet werden. Eine Übererregbarkeit konnte erst festgestellt werden, nachdem mit Rücksicht auf die Wahrscheinlichkeitsdiagnose »Hirntumor« nach einer Übererregbarkeit gefahndet wurde und normalerweise unterschwellige Reize angewandt wurden. Bemerkenswert erscheint noch, daß bei dieser hochgradigen Übererregbarkeit während des kalorisch ausgelösten Nystagmus keinerlei subjektives Schwindelgefühl empfunden wurde.

Rotatorischer Schwachreiz kommt für die Diagnose einer Übererregbarkeit nicht in Frage. In diesem Zusammenhange sei auf meine früheren Bemerkungen zur intrarotatorischen Nystagmuspalpation verwiesen (ausführliche Veröffentlichung in *Passow-Schäfers* Beiträge Bd. 29, S. 262).

Nach Eigenberichten.

*Schütte-Langenhagen.*

## Kleinere Mitteilungen.

Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bumke*, 9. Band; Schizophrenie. (Fortsetzung.)

Die Klinik nimmt den größten Umfang des Buches ein, sie ist von *Mayer-Groß* geschrieben. Zunächst wird der Erkrankungsbeginn und seine Symptome behandelt. a) Schleichender Beginn: Die Denkstörung kann nur in Konzentrationserschwerung bestehen, sich aber bis zur Zerfahrenheit und Gedankenleere steigern. Die Kranken sprechen gern von »Gedankenentzug«. Sie versagen im Beruf bei höheren Anforderungen, weniger im Verkehr und im Gespräch. Es kommt zu Impulsabschwächung. Die Aktivitätsabnahme nimmt der Kranke oft selbst wahr, parallel mit ihr tritt Beziehungs-wahn auf. Neben der Hypofunktion der Impulse kommt es hier auch zur Hyperfunktion. Die Sympathiegefühle, welche den Verkehr der Menschen untereinander regeln, verkümmern frühzeitig, Liebe und Mitgefühl erkalten, wahnhaftige Eigenbeziehung ist vorhanden. Aggressive Sympathieanomalien mit Brutalität, Mißtrauen und dessen wahnhafter Ausbau sind Zeichen der Abstumpfung. Anderen Symptomen geht oft ein primärer Beziehungs-wahn voraus, der unabhängig vom prämorbidem Charakter ist. Die Stellung des Schizophrenen (Sch'en) zu sich selbst und zur Umwelt ist verändert. Was die Prodrome anbetrifft, so besteht Verdacht, daß etwas Neues in die Erscheinung tritt, wenn psychopathische Symptome sich nicht aus Anlage oder Milieusituation verstehen lassen. Zwischen bestimmten psychopathischen und sch'en Krankheitsercheinungen besteht Verwandtschaft der psychologischen Struktur. Affektive Regungen werden einförmig, starr, ihr Ausdruck wird schematisch, aber auch pathetisch hohl und leer; die Affekte zeigen bei manischen und depressiven Prodromen Untiefe und Steifigkeit. Psychasthenische Klagen ohne entsprechendes gefühlsmäßiges Mitschwingen sind häufig, ebenso initiale hysterische Einzelsymptome z. B. in der Haft oder während eines Rentenverfahrens. Zwangsvorgänge nehmen als Prodrome eine gesonderte Stellung ein. b) Der akute Beginn: Wenn auch über die Bedeutung der Sinnesanomalien bei der Schizophrenie (Sch'ie) die Ansichten der Autoren auseinandergehen, und der Assoziations- oder der Denkstörung oder der Aktivitäts-Insuffizienz von manchen Seiten großer Wert zugeteilt wird, tritt bei manchen akuten Fällen das Symptom lebhafter Sinnestäuschungen besonders hervor: Geruchshalluzinationen, teilweise als Vergiftungsfurcht verarbeitet, akustische Halluzinationen, sinnvoll geformt oder völlig ungestaltet; optische Halluzinationen kommen vor, spielen aber bei der Sch'ie keine große Rolle, was jedoch bei Gefühlshalluzinationen der Fall sein kann. Die Krankenbeobachtungen ergeben bei diesen Sinnesanomalien keine eindeutige Abhängigkeit irgend eines Sinnesgebietes vom Bewußtseinszustand; akustische Phänomene können eng mit den

Denkstörungen zusammenhängen, die Versinnlichungstendenz kann auf allen Sinnesgebieten ziemlich gleichartig sein, jedoch besteht kein szenisches Zusammenhalluzinieren der Sinne. Die Bedeutung der Sinnesanomalien kann im akuten Beginn der Psychose nicht leicht überschätzt werden. Die Wahnbildung und die veränderte Stellung zur Welt, die den Sch'en später charakterisiert, knüpfen hier an. Die einen Forscher nehmen Bewußtseinsklarheit, die anderen Bewußtseinstrübung an. Was die psychomotorischen Störungen anbelangt, so treten Ausdruck und Handlungsweise bei den katatonen Erscheinungen einer beginnenden Sch'ie auf, welche sich einer rein neurologischen Interpretation wie einer Einordnung in die apraktischen und parapraktischen Störungen widersetzen und sich weder nur als Mechanismen noch als nur psychologisch interpretierbar erweisen. Im Beginn der Erkrankung ist der psychologische Zugangsweg noch relativ gangbar. Im Gegensatz zu früher wird der diagnostische Wert der katatonen Erscheinungen jetzt geringer bewertet. *Kleist* hob die Bedeutung derjenigen psychomotorischen Störungen hervor, die nicht aus der innerseelischen Situation entspringen, sondern Anomalien des psychomotorischen Apparates selbst sind und relative Unabhängigkeit vom psychischen Gesamtverhalten zeigen. Gerade bei der akut einsetzenden Psychose sind fünf Typen von Bedeutung: Parakinese, Reaktiv-Bewegungen, Expressiv-Bewegungen, Kurzschlußakte und Impulshandlungen. — Strikte Parallelität zwischen den Störungen der Motorik und des Denkens nimmt *Kleist* nicht an. Beziehungen zu Motorik und Gefühlszuständen, z. B. den sch'en Sympathieanomalien, besteht. Einesteils äußern sich die psychomotorischen Störungen in akuter Aktivitätssteigerung, andernteils in eigentümlichen qualitativen Abwandlungen der Eigenaktivität, des »Ich«. Hyperkinetische Erregungszustände und impulsive Handlungen als plötzlicher Ausbruch gesteigerter Aktivität treten auf. Bei negativistischem Verhalten wird zuweilen große Aktivität entfaltet. Die verschiedenen Automatismen, Befehlsautomatie, Echosymptome, Katalepsie, Stereotypie, Manieren, »gemachte Phänomene« enthalten die Ohnmacht der Eigenaktivität und haben außerpsychologische Genese. — Frühsymptome der Sch'ie sind vorübergehende Starrzustände. Im Stupor spielen Halluzinationen der Körperfühlsphäre, aber auch halluzinatorische Erlebnisse auf anderen Sinnesgebieten eine Rolle. Imperative Stimmen veranlassen das Gefühl des »Nichtdürfens«, z. B. des Mutismus. Auch Ratlosigkeit kann halluzinatorisch bedingt sein, oder aber die Akinese ist dem halluzinatorischen Gesamtzustand ohne Motivierung zugeordnet. Schwierig ist es oft zu entscheiden, ob die die Krankheit nicht selten einleitenden katatonen Anfälle psychogener oder organischer Natur sind, letzteres ist meist das wahrscheinlichste. Bei der akuten Sch'ie ist das initiale übermäßige Kraft- und Fähigkeitsbewußtsein ungemein verbreitert. Der Aktivitätsüberschuß entladet sich in Rede, Mimik und Handlung, auch in Größenideen. Aber es kann auch jedes Kraft- und Tätigkeitsbewußtsein in den hyperkinetischen Zuständen fehlen. Auch kann die katatone Erregung durch die nach *Kleist* zu den Kurzschlußakten gehörigen Iterationen und Hypermetamorphosen, gesondert oder gemeinsam, charakterisiert sein. Beim Vorliegen einer schweren Denkstörung kann die Sprach- und Handlungsmotorik den Charakter der Parakinesen *Kleists* aufweisen. Kombinieren sich vermehrte Impulse mit den Sympathieanomalien der beginnenden Sch'ie, so entstehen brutale Impulshandlungen oder negativistische Störrig-



keit, evtl. ein akuter Gefühlsausbruch. So kommt es zu ekstatischen, schwärmerischen, verzückten und ängstlich ratlosen Erregungszuständen: den Expressivhyperkinesen *Kleists*. Oder in Verbindung mit wahnhaften Bedeutungserlebnissen bzw. Sinnesanomalien zu *Kleists* Reaktiv-Hyperkinesen. Sowohl optisch-akustische, szenische Halluzinationen als auch Organempfindungen vorwiegend sexueller Art prägen die Bewegungszustände und können dann als überwiegende Reaktivbewegungen *Kleists* imponieren. — Verfasser geht dann auf die primären Wahnerlebnisse ein: Bei akuten Wahnkranken treten die primären, nicht rückführbaren, genetisch bedeutungsvollen Symptome viel deutlicher in die Erscheinung als bei schleichender Wahnentwicklung. Der akute Wahneinbruch läßt das Ursymbol der Wahnbildung: das primäre Bedeutungsbewußtsein viel deutlicher und faßbarer hervortreten. Das unableitbare krankhafte »Wissen um Beziehungen« ist im klinischen Gesamtbild meist eingebaut und oft untrennbar mit Sinnesanomalien, Denkstörung, Ichstörung und vor allem mit affektiven Anomalien verknüpft. Gefühlszustände, in welche die wahnhaften Erkenntnisakte eingebettet sind, begleiten im Beginn der Psychose fast regelmäßig das Symbolbewußtsein und scheinen die Führung in manchen Erlebnisformen zu haben. Den Charakter des Kampfes zu Selbstheitsbehauptung und unennbarer Angst (*Kronfeld*) trägt das Erleben der Kranken zuweilen. Andere Male besteht im Beginn der Psychose das Gefühl der Gehobenheit, Heiterkeit, Kampfeslust, Begeisterung, Weltversöhrung. Die stark gefühlsbetonten primären Wahnerlebnisse können angstvoll, aber auch sexual-lustvoll sein. Es gibt in der Sch'ie traurige und heitere Verstimmungszustände. Die beginnende Sch'ie kann paranoische Ratlosigkeit aufweisen. Nicht selten kommt es aber auch vor, daß wahnhaft, welterschütternde Katastrophen mit völliger Gleichgültigkeit erlebt werden. Aber aus dem Aktivitätsüberschuß kann sich auch ein Kraftbewußtsein geltend machen, das Gefühl höchster Verantwortung, das Gefühl der Fähigkeit zu ausnahmsweise vermehrter Denktiefe, zur Lösung der letzten Fragen usw., zu Gefühlen der Ewigkeit und der Unwirklichkeit. Als gesteigerte Einfühlbarkeit kann sich die Sympathieanomalie der Sch'en bis zu Mitgefühl mit den unbelebten Gegenständen steigern. Sinnestäuschungen im Bereich der Körperfühlsphäre können bei der Entstehung der Gefühlsformen eine Rolle spielen. Aber immer wieder stößt man auf durchaus rätselhafte, unvergleichbare und nicht beziehbare Vorkommnisse. — Es werden dann verschiedene uncharakteristische Formen des akuten Beginns beschrieben. Der Beginn einer Sch'ie kann symptomatologisch als infektiös-toxische Psychose imponieren, welche zusammen mit einer entsprechenden Körperkrankheit, z. B. mit Influenza, im Puerperium, auftritt; eventuell tritt erst nach einiger Zeit der sch'e Charakter des Leidens an den Tag. Im Beginn der Sch'ie kann dann Bewußtseins-trübung bestehen, welche auch für die psychogen-hysterischen Formen von Bedeutung ist. Letztere brechen nicht selten in der Untersuchungs- oder Strafhafte aus. Der Beginn kann reaktiv sein; man kann eine zeitlang an Simulation denken, bis die Prozeßkrankung deutlich wird. Auch Unfälle, Schicksalsschläge, kritische Konfliktsituationen färben das Krankheitsbild zu Anfang oft reaktiv und führen unter Umständen zu Bewußtseins-trübungen, die vorübergehend die Grundstörungen verdecken.

*Mayer-Groß* behandelt dann die typischen Syndrome der ausgebildeten Erkrankung, indem er die hebephrenen, katatonen und paranoiden

bzw. paraphrenen Bilder schildert, nicht ohne überall Krankengeschichten mitzuteilen. In den hebephrenen Bildern stehen im Vordergrund: Denkstörungen, Aktivitätsstörung und Gefühlsverödung. Was letztere anbelangt, so können dem Absterben der Sympathiegefühle überschwängliche Gefühlsausbrüche vorausgehen oder nachfolgen. Das Aktivitätsminus wird oft von einem Impulsüberschuß abgelöst. Die Störung kann auf jeder Stufe, auch in der mildesten, kaum erkennbaren Form zum Stillstand kommen und ohne fortzuschreiten Jahr über Jahr weiter bestehen. In der Praxis werden die Hebephrenen, die mit ihren uncharakteristischen Klagen arztzüchtig, aber psychotherapeutisch undankbar sind, oft als Neurasthener, Neurotiker, Hysteriker geführt. Manche Fälle zeigen einseitige Höchstanpassung. So verrichten Dienstmädchen und andere niedere Angestellte zwar mit völliger Gleichgültigkeit, aber unermüdlich, einformige unselbständige Arbeit. Auch unter Beamten, Registratoren, Bibliothekaren sind mitunter schleichend herabgesunkene Hebephrene anzutreffen; ihre erst viel versprechende Laufbahn ist plötzlich zum Stillstand gekommen. Die Betroffenen sind extrem ungesellig, spinnen sich in fernliegende, halb verstandene Weltanschauungen ein, ergeben sich dem Sektierertum, dem Spiritismus u. dgl. Der Krieg hat manche hebephrene Sonderlinge mit Anomalien des Denkens in das Beobachtungsfeld des Psychiaters gebracht. Am anderen Ende der Reihe stehen die Fälle mit schnellem Verlauf zum Blödsinn: Denkstörung, Aktivitätsnachlaß und Gefühlsverödung erzeugen hier gemeinsam oder unter Vorwiegen einer Komponente das Bild der Verblödung. Oft sind der intellektuelle Besitzstand und die Verstandesfähigkeiten nicht vernichtet. Es gibt nun alle Übergänge von den leichten stationären Persönlichkeitsveränderungen zu dem schweren, in wenigen Monaten vollendeten Herabsinken auf einen Zustand dämmrigen Vegetierens in völliger Passivität. Leichte Fälle können allmählich oder schrittweise remittierend oder plötzlich von viel stärkeren Störungen befallen werden. Plötzliche Verschlimmerungen gehen meist einher mit akuten Symptomen produktiver Art, besonders mit katatonen Trugwahrnehmungen und Wahnerlebnissen. Evtl. treten noch Zutaten aus der Affektivität: Ratlosigkeit, läppische Heiterkeit und wehleidig-lahme, hypochondrische Verstimmung hinzu. Von den Denkstörungen sind flüchtige, mangelhafte Trennung der Haupt- und Nebengedanken, Fehlen des geordneten Verhältnisses der Teilbeziehung zum Denkziel, Verlangsamung, Verarmung charakteristisch. Auf diese Weise kommt wohl die Zerfahrenheit zustande: leere Einformigkeit, Indolenz, Überflutung von flüchtigen Gedanken, Dösigkeit. Es findet sich Ratlosigkeit, Wurschtigkeit, läppische Witzelei und dabei Beschäftigung mit den letzten Fragen. Das hebephrene Absinken der Aktivität prägt das soziale Verhalten der Kranken. Immer wieder verblüfft ihre situationsgerechte und intellektuell wohlerhaltene Reaktionsfähigkeit unter besonderen Umständen (Feste, Besuche). Mit dem Absinken der Impulse, der spontanen Regungen erstickt auch die Produktion von gefühlmäßiger Anteilnahme. Es gibt Fälle, bei denen der Aktivitätsverlust nicht entspricht der hochgradigen Erkaltung insbesondere der Sympathiegefühle; dann kann sich die vorhandene Aktivität in Rohheitsdelikten auswirken. Ansätze zur Wahnbildung sind den Hebephrenen nicht fremd. Die vorgeschrittenen hebephrenen Zustandsbilder mit ihrer gespreizten Leere und der formelhaften Anwendung philosophischer

Diktion kommen dem paranoiden Endzustand schon sehr nahe. — Kata-tone Bilder: Der Hebephrenie sind nicht selten einzelne katatone Symptome beigemischt; insbesondere durchdringen dann Anomalien der Mimik und der Gestik in Form von Steifigkeit, Eckigkeit, mangelnder Grazie das ganze Ausdrucksgeschehen bis zum Gang. Die Mimik des ganzen Gesichtes ist herabgesetzt, einförmige grimassenhafte Unruhe der Stirnmuskulatur, Auffälligkeiten der Blickrichtung beim Gespräch, eigenartiges verlegenes Lächeln sind zu beobachten. Die Stimme kann grell oder laut werden, die Kranken geben eigenartig die Hand, Sekretionsanomalien der Haut bestehen, manirierte Sprechweisen und Gesten, Schnauzkrampf u. dgl. Die motorischen Anomalien sind oft eng verknüpft mit den sensorischen, z. B. den Sinnestäuschungen. Es ist nicht richtig, jene von diesen abzuleiten. Die »Disposition zur Automatismusbildung« ist gesteigert. Zu bedenken ist, daß katatone Bilder sich auch außerhalb der Sch'e z. B. bei toxischen und symptomatischen Psychosen finden und daß bei der Katatonie hebephrene und paranoide Einmischungen fast nie vermißt werden. Beinahe die Regel ist das Auftreten halluzinatorischer Vorstadien vor Beginn des Stupors und der verwandten akinetischen Zustände. Auch gehen längere halluzinatorisch-ängstliche oder hypochondrisch-schwermütige Zustände mit isolierten Ausdrucksanomalien oder katatonen Anfällen oft einem plötzlich einsetzenden Stupor voraus. Manche Sch'e finden sich immer an der Grenze des Stupors (ausdrucksarme Dösigkeit, Spontanitätsarmut und Gebundenheit). In bestimmten affektiven Situationen wird der Stupor durchbrochen. Zuweilen wird ein stuporöser Kranker nach einem Besuch oder nach einem Spaziergang oder nach Rückversetzung in die häusliche Umgebung für dauernd zugänglich und frei. — Der katatonen Bewegungsverarmung gehören die Stereotypien an. Manche Stereotypien sind nur ein Teil des Stupors: gehobener Kopf, Schnauzenbildung, Amimie, Mutismus; es gibt auch handlungsähnliche oder sprachliche Stereotypien. Viele Stereotypien hängen mit Sinnestäuschungen zusammen; auch mit Halluzinationen der Körperempfindungen. Stereotypien können Überbleibsel früherer Berufsbewegungen sein oder auch auf die Wirklichkeit zielende Handlungen. Mancher Sch'e macht die Stereotypie zu einer Art Verlegenheitshandlung; Mangel an Zufuhr neuer Erfahrungen kann durch die Abkehr von der Welt zur Verkümmern der Bewegungsmöglichkeiten führen. Negativismus braucht sich nicht auf Ausdruck und Handlung zu beschränken. Allerdings ist der Negativismus des Strebens und des Intellekts seltener. Das gehäufte Vorkommen negativistischer Reaktion war früher das Ergebnis einer Art von Dressur, aber deshalb noch lange nicht nur ein Kunstprodukt, denn andere Geistesranke zeigen ähnliches unter gleichen Bedingungen. Ungeklärt ist, warum Negativismus und Befehlsautomatie häufig zusammen vorkommen, ebenso ungeklärt ist das Verhältnis beider Erscheinungen zur Suggestibilität. Kranke mit Negativismus und mit Befehlsautomatie sind mitunter leicht benommen. Echopraxie und Echolalie sind seltener geworden, seitdem man imitatorische Gewohnheiten durch Ablenkung und Arbeit bekämpft. Für die katatonen Erregungen sind die Beimischungen aus dem akinetischen Bild kennzeichnend: Starre, Gebundenheit, Einförmigkeit, Beschränkung auf motorische Teilgebiete, Schematismus trotz des Antriebsübermaßes. Der plötzliche Erregungsausbruch aus dem Stupor oder aus indolentem Vegetieren charakterisiert die Impulsivität. Das klassische Bild des katatonen

Sch'en zeigt ständigen Wechsel von Stupor und Erregung, ist regelmäßig oder ganz unregelmäßig, mitunter in Abhängigkeit von der Menstruation, in anderen Fällen anscheinend psychoreaktiv beeinflusst; dazwischen bestehen farbloses, leeres, gleichgültiges Hindämmern oder halluzinatorische Gebundenheit mit Neigung zu Gereiztheit bei relativ geordnetem Verhalten. Die Erregungsformen sind mannigfaltig: brutale, rein vitale Entladungen, Herausformung der katatonen Automatismen aus den wahnhaften Situationen. Religiöses Verhalten, Versündigungsgedanken brauchen den Ausdruck katatonen Verhaltens nicht zu bestimmen. Von sprachlichen Besonderheiten kommen vor: Redesucht, Verbigeration, Mutismus, hohle Pathetik. Übermaß des Sprechetriebes in den Endzuständen hat *Kraepelin* Schizophrenie genannt. Bei frischer Sch'ie hat *Bürger* das im Zusammenhang mit dem vermehrten Sprechetrieb stehende Symptom der »Reihung« beschrieben. — Als allererstes auffälliges Symptom beginnender Sch'ie, häufiger vielleicht noch als Rest in guten Remissionen sind Sprechmanieren schon seit *Kahlbaum* bekannt. In allen Stadien sind verbreitet: Wechsel im Tonfall, Wechsel zwischen Dialekt und Schriftsprache, Vorliebe für bestimmte Wendungen. Enge Beziehungen zu den psychomotorischen Anomalien weisen das Gedankendrängen und die Sperrung (Gedankenentzug) auf. *Bürger* vermutet, daß die Sperrung von den Sch'en automatisiert wird und sie auf diese Weise imstande sind, »sie wissenschaftlich oder reflexartig aus der Situation anspringen zu lassen«. Nach *Bleuler* treten die Sperrungen vielfach beim Anrühren gefühlsbetonter Komplexe in Erscheinung. — Paranoide und paraphrene Bilder: Im Paranoid stehen Sinnestäuschungen und Wahnideen im Vordergrund, während hier andere Störungen des Denkens, der Aktivität und des Psychomotoriums zurücktreten. *Kraepelin* löste wegen der weit geringeren Ausbildung der Gemüts- und Willensstörungen die Paraphrenie aus dem Verband der *Dementia praecox* und faßte Fälle, die im weiteren Verlauf Verfall des Seelenlebens zeigten, als *Dementia paranoides gravis* zusammen, während er andere Fälle, bei denen die Wahnideen und Sinnestäuschungen bis zuletzt fort dauern, bei denen aber der Kern der Persönlichkeit weniger stark geschädigt erscheint, als *Dementia paranoides mitis* bezeichnete. Noch etwas weiter entfernt von der *Dementia praecox* sind die Kranken mit Paraphrenie, welche in vier Gruppen geteilt wurden: *Paraphrenia systematica*, in mehr als der Hälfte zwischen dem 30. und 40. Jahr beginnend, expansive Form der Paraphrenie, zu je ein Drittel zwischen dem 20. und 30., dem 30. und 40. und dem 40. und 50. Lebensjahr beginnend, konfabulierende Paraphrenie, zu drei Viertel zwischen dem 30. und 50. Jahr, und phantastische Paraphrenie, zur Hälfte zwischen dem 30. und 40. Jahr beginnend. *Mayer-Grosß* ist der Meinung, daß die Abtrennung der Paraphrenien von den Sch'ien nicht mehr zu halten ist. Es handele sich um die möglichen Varianten im Prinzip gleichartiger Vorgänge; die Bezeichnung paraphren läßt er als einen Typus ganz überwiegend wahnhafter Sch'ie gelten. Noch heute habe die Zusammenfassung der paranoiden Formen zu einer Gruppe wegen des Zurücktretens der Zerfallssymptome und wegen des reichen Inhalts der Wahnideen einen Sinn. — Wahnideen kommen mit und ohne Sinnestäuschungen zustande. Keineswegs müssen sich regelmäßig Wahnideen an die Trugwahrnehmungen anschließen. Häufig tritt die Wahnformung erst im weiteren Verlauf der Psychose ein. Sinnestzug und Wahnbildung sind allerdings meist verschwärt.

Unter Umständen können Aktivitätsverlust und Denkstörung eine Wahnformung verhindern. Bei allen Untergruppen der Sch'ie ist von Sinnestäuschungen die Rede, zu den Paranoiden werden nur die Fälle mit wahnhafter Verarbeitung der Sinnestäuschungen gerechnet. In vielen Fällen liegen weder Trugwahrnehmungen noch Pseudohalluzinationen vor; »gemachte« Gedanken, lebhaftere Vorstellungen, Tagträume und besonders lebhaftere nächtliche Träume können von Einfluß sein. — Bisher ist die Unterteilung der klinischen Bilder fast nur nach inhaltlichen Gesichtspunkten erfolgt: Größen-, Verfolgungs-, Eifersuchtswahn, Wahn der körperlichen Beeinflussung. Die fehlende Korrektur findet man begreiflich, so lange noch Körpersensationen, Gehörstäuschungen, Gedankenbeeinflussung fortbestehen. Alte sch'e Halluzinantanten unterlassen vielfach trotz Fortbestehens der Stimmen die wahnhaften Konsequenzen im Verhalten und Denken; in anderen Fällen »verrückt« eine kurze Phase pathologischer Erlebnisse den Standpunkt des Kranken zur Wirklichkeit für immer und versperrt, auch ohne daß noch neues Material zufließt, den Weg zu einer »gesunden« Wirklichkeitserfassung. In manchen Fällen steht das pathologische Weltbild wie ein fremder Körper neben dem ursprünglichen, ohne daß überhaupt ein Ausgleich angestrebt wird: der sekundären Wahnbildung muß eine ihrer Natur nach unbekannte funktionelle Störung zugrunde liegen. Nach *Mayer-Groß* sind Einteilungsversuche bisher an der Mannigfaltigkeit der Übergänge und Kombinationen gescheitert. *Magenau* unterschied: Deckwahn (Erklärungswahn *Wernicke's*), Eruptivwahn (Residualwahn *Neißer's*), Wahn aus prozeßhafter Verstimmung, paranoische Wahnentwicklung auf Grundlage der sch'en Persönlichkeitsänderung, Kombination einer manisch-depressiven mit einer sch'en Erkrankung. *Mayer-Groß* gibt eine Anzahl sehr interessanter Krankengeschichten paranoider Fälle wieder: In den meisten Fällen wird die eigentliche Wahnarbeit erst in den Dauerzuständen relativer Ruhe, welche der akuten Psychose nachfolgt, geleistet; hier treten Denkstörungen und akute Gefühlseinbrüche in den Hintergrund. Undurchsichtig ist bis heute, von welchen Faktoren die Wahl der Wahnfabel, das Maß ihrer Ausgestaltung und Durchführung oder ihre Geschlossenheit und Enge abhängt. Von seiten des Intellekts ist diesem Problem nicht beizukommen; konstitutive, situative und prozeßhafte Faktoren werden von Einfluß sein. Eine kontinuierliche Reihe führt vom starren Wahngebäude bis zur völlig aufgelockerten phantastischen Produktion, der jeder stabiler Kern zu fehlen scheint. Die katamnestiche Nachprüfung von 78 Fällen *Kraepelins* durch *W. Mayer* hat gezeigt, daß fast alle Fälle von Paraphrenia phantastica sichere Sch'ien geworden sind, daß die Fälle von Paraphrenia expansiva zum Teil ebenfalls sch'e bzw. sch.-paranoide Erkrankungen wurden, daß die Hälfte der Paraphrenia konfabulatoria sich als ins Gebiet der Sch'ie gehörig herausstellte. Von 45 Fällen der Paraphrenia systematica wurden 11 als sch. erkannt, zum Teil durch das erst spät erfolgende Auftreten katatoner Symptome. Eine ganze Reihe erwies sich als paranoide Psychopathien, organische oder manisch-depressive Erkrankungen; nur 17 Fälle blieben übrig, die nach langer Krankheitsdauer nicht stumpf wurden, sich nicht abkapselten, aber einsichtslos an ihren Wahnideen festhielten und halluzinierten. Von den 78 *Kraepelinschen* Fällen waren nur 28 nicht eindeutig sch. oder anderweit zuzuordnen. Von ihnen erkrankten fast alle nach dem 40. Lebensjahr, es handelte sich also vorwiegend um Spätsch'ie. Nach *Kolles* Arbeit könne der aufs stärkste eingeeengte Rest der Paranoia als nosologischer Be-

griff gestrichen werden. Ihr Gebiet sei aufgeteilt zwischen den paranoischen Entwicklungen auf Grund psychopathischer Anlagen (unter Umständen im Zusammenwirken mit besonderen Schicksalen, z. B. Querulantenwahn) und zwischen paranoischen Sch'ien.

Es würde zu weit führen, auf die atypischen Gestaltungen der Sch'ie. einzugehen. Verfasser beschreibt pathoplastisch verschleierte Bilder und behandelt hier die Gestaltung neuroseähnlicher Bilder, die Fälle in Kindheit und Jugendalter, die Ppropf-Sch'ie, den Einfluß von Klimakterium, Involution und Alkoholismus. Er geht dann auf die Mischpsychosen, die Mischungen mit dem zirkulären und die mit dem epileptischen Formenkreis ein, spricht sich über die Degenerationspsychosen aus, um zuletzt nochmals der Sch'ie mit Bewußtseinsstörung, der Dämmerzustände, der Amentia und der oneiroiden Erlebnisform zu gedenken.

Verlauf und Ausgang. Zeitlich und qualitativ verläuft die Sch'ie recht regellos; die Verlaufsrichtung ist ungünstig. Lange Remissionen kommen vor, aber nur ganz selten und wohl nur auf kurze Zeit kommt es zu völliger Restitution nach einem sch'en Schub; praktisch können die Reste der durchgemachten Krankheit bedeutungslos sein, aber nachzuweisen sind sie so gut wie immer. Eine Statistik ergab, daß nach 16 Jahren rund ein Drittel der Kranken als praktisch geheilt zu gelten hat. Alle Statistik leidet daran, daß die Zahl der ganz mild verlaufenden und vollends der unausgebildeten Formen der Sch'ie, welche nie in ärztliche Behandlung, geschweige denn in eine Anstalt kommen, nicht erfassbar ist; wahrscheinlich ist diese Zahl groß. Was die innerhalb von 2—3 Jahren nach Krankheitsbeginn endgültig zerfallenden Sch'en (15%) betrifft, so erkrankten nach *Mauz* alle im Alter von 16—20 Jahren, meist von 19—21 Jahren. Unter ihnen fand sich ein Pykniker, 81% waren leptosom und athletisch, der Rest dysplastisch (unter dem Gesamtmaterial fand *Mauz* 13% Pykniker, 66% leptosom und athletisch, 11% dysplastisch). Was die Fälle mit schubweisem Verlauf anbetrifft, so liegt der eine Häufigkeitsgipfel des Krankheitsbeginns um das 20., ein zweiter zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr; unter ihnen fand *Mauz* 21% Pykniker, 62% leptosom und athletisch, und 10% dysplastisch.

Starke Ausprägung bestimmter zylothymen Persönlichkeitsfaktoren, Vielheit und Biogsamkeit der Strebungen mindern die Verblödungsgefahr; diese wird erhöht bei prämorbid erschwerter und gestörter Zuwendung zur Außenwelt mit einem nach innen gerichteten, verschlossenen, innerlich reizbaren Temperament, einer vorwiegend asthenisch-sensitiven Lebenseinstellung, bei Einseitigkeit, Starrheit und Einförmigkeit der Strebungen. Atypischer Verlauf scheint bei Kranken der höheren Stände häufiger zu sein als bei der Durchschnittsbevölkerung. *Ostmann* fand das niedrigste Erkrankungsalter an Sch'ie bei den minder Begabten, dann folgen die überdurchschnittlich Begabten, am spätesten erkranken die Mittelmäßigen. Die überwiegende Erkrankungszeit ist nach einer kombinierten Statistik verschiedener Bearbeiter die Lebenszeit vom 15. bis 35. Jahr. Sehr oft macht der erste Schub an Sch'ie sehr wenig Erscheinungen, die als ernsthafte Erkrankung nicht bewertet werden. In der Heidelberger Klinik wurde als Durchschnittserkrankungsalter bei den Hebephrenen das Alter von 21,5, bei den Katatonen von 25,7, bei den Paranoiden das von 35 Jahren berechnet. Die Aussicht auf eine Remission ist im allgemeinen um so geringer, je früher die Erkrankung während oder nach der Pubertät einsetzt, je weniger stürmisch sie sich äußert — es sei denn, daß sich der

schleichende Anfang mit einer akuten stürmischen Psychose entladet. Das Alter ist zweifellos von Einfluß; Aussichten auf Remission sind bei einer reiferen Persönlichkeit größer als bei einer jugendlichen, die noch keine Gelegenheit hatte sich zu bewähren. Die ersten 3—4 Jahre nach dem Ausbruch der Krankheit sind für die Frage ausschlaggebend, ob ein schwerer Defekt einsetzt. Die Erkrankungen des mittleren Alters haben die besten und länger dauernden Remissionen aufzuweisen. Die klimakterischen und postklimakterischen Ersterkrankungen mit ihrer vorwiegend wahnhaften Gestaltung haben oft den besterhaltenen Persönlichkeitshintergrund. Wo die Wahngedanken zurücktreten, ist eine weitgehende praktische Wiederherstellung zu erwarten. Meist aber gewinnt die wahnhafte Haltung das Übergewicht und die Internierung bleibt dann oft dauernd notwendig. Im höheren Alter, aber auch schon früher, tritt nicht selten an Stelle des verschlossenen, autistischen, ablehnenden, mißtrauischen, erregt gespannten Verhaltens bei Schie eine heiteres, zugängliches, freundliches Wesen ein. Der »zweite Knick« bildet sich keineswegs immer im Alter aus, ja zuweilen läßt das Greisenalter die Krankheitsgestaltung völlig unbeeinflußt.

Symptome und Verlauf: Von 140 wiederholt aufgenommenen und seit dem Beginn der Krankheit mindestens 10 Jahre lang verfolgten Kranken der Heidelberger Klinik — darunter nur wenig schnell zerfallende Fälle und keine Einzelschübe mit sehr langen Remissionen, meistens sehr erscheinungsreiche Fälle — bilden die größte Gruppe =  $\frac{1}{3}$  die schubweise rezidivierenden Katatonen mit Neigung zu gut sozialen Remissionen, selbst nach einer größeren Anzahl von Schüben. Defekte wurden manchmal erst nach späteren Schüben, manchmal schon nach dem ersten oder zweiten Schub beobachtet. Die Frage, ob schwerer Defekt oder Remission eintritt, scheint unabhängig vom Erkrankungsalter zu sein. Zuweilen wurde ein hebephren-kataton Bild konstatiert, zuweilen ging ein längeres paranoisches Syndrom späteren katatonen Schüben oder Dauerzuständen voraus, seltener fanden sich bei Fällen mit katatonem Schub im Beginn paranoide Bilder. Bei den meisten bis ins Alter zu verfolgenden Fällen zeigte sich später eine paranoide Tendenz, einerlei, wie die Erkrankung vorher in die Erscheinung trat. In  $\frac{1}{6}$  der Fälle wurden rein paranoide und paraphrene Bilder gefunden, bei der Hälfte davon mit chronischem Verlauf ohne Remission. Bei dem remittierenden Paranoid kam es im Gegensatz zu den schubweisen Katatonien zu einer geringeren Anzahl von Schüben und die praktische Restitution war seltener. Reine Hebephrenien zeigten geringe Neigung zur Remission. Länger dauernde Akinesen sind prognostisch ungünstig. »Eintagsremission« wurde bei Fällen mit psychomotorischen Erscheinungen wiederholt gesehen. Häufig kommt es bei schubweisen Verläufen zu inhaltlicher Verflachung und Entleerung. Oft zeigen die Erkrankungsschübe formale Gleichförmigkeit. Beim Überblick über lange Verläufe ist das Festwurzeln von Verhaltensweisen und Inhalten zu konstatieren. Verfasser hat in einer früheren Arbeit lange Psychosenverläufe studiert und drei Spielarten des typischen Psychosenbeginns geschildert: die reine Form des Absinkens nach schleichendem Beginn bis zum triebhaften Vegetieren, die enthusiastische Umstellung bei späterem Einsetzen akuter Symptome und die reaktionslose Preisgabe an eine phantastische Umwelt.

Die Stellungnahme zur Erkrankung: Im Beginn der Psychose erkennen die Kranken die Gedanken-anomalie, die Abulie und viele andere Symptome ganz gut, andererseits verblüfft oft gerade beim frisch erkrankten Sch'en eine

restlose Identifikation mit den neuartigen und sonderbaren Symptomen; offenbar handelt es sich dann um fehlende Selbstwahrnehmung des Defekts. Verfasser unterschied sechs Formen der Stellungnahme je nach der Art der Nachwirkung der akuten psychotischen Erkrankung: einerseits Nachwirkungslosigkeit mit objektiver Stellungnahme, andererseits Verzweiflung, »neues Leben«, Bekehrung — die Erlebnisse der akuten Psychose und die Gedankengänge, die von dort als Wahn ihren Ausgangspunkt nehmen, bestimmen das fernere Leben —, Einschmelzung und die typisch sch'e Ausscheidung an periphere Teile des Bewußtseinsfeldes (Absperrung und Verdrängung bis zur angeblichen Amnesie *Max Müllers*). Meist noch nach Jahren verhält sich der remittierende Sch'e refraktär gegen eine Besprechung der Erlebnisse der akuten Psychose; auf Grund dieser Erfahrung vermeiden erfahrene Anstaltspsychiater gern jede Exploration der psychotischen Inhalte, wenn sie den Kranken durch Beschäftigungstherapie zu einigermaßen sozialem Verhalten gebracht haben.

Restsymptome und Remissionen: Wirkliche Stillstände können zu jeder Zeit eintreten. Bei gebesserten Sch'en findet man Reste der Denkstörung (Verschrobenheit, Ungenauigkeit des Denkens), Abneigung gegen das Konkrete, Vorliebe für philosophische, weltanschauliche Themen (in allen möglichen Sekten sind remittierte Sch'e anzutreffen), Neigung zu albernen Witzeleien, schlechte Ergebnisse bei Leistungsprüfungen von Intelligenz und Merkfähigkeit. Impulsverarmung ist in den Remissionen häufig. Die Kranken sind oft ermüdbar und bringen unbestimmte hypochondrische Klagen vor: sch'e Asthenie, dabei sozialer Abstieg, Teilnahmslosigkeit bei bestimmten erschütternden Vorkommnissen in der Familie, Verlust des Sinnes für Takt, unherrschte Affektausbrüche. Nicht selten bleiben in der Remission Sinnestäuschungen bestehen, wenn sie auch nicht wahnhaft verarbeitet werden. Eine gewisse Steifigkeit in Haltung und Bewegung ist zuweilen auffällig, dabei Verarmung an mimischer Ausdrucksmöglichkeit, zimperliche gezierte Gestik, übertriebene Förmlichkeit in Sprechweise und Umgang, aber auch unglaubliche Form- und Haltungslosigkeit. Ausfluß der Reste wahnhafter Einstellungen sind Scheu vor Menschen, fortdauerndes Mißtrauen, Verschlossenheit; dabei werden nicht nur Erlebnisse der akuten Psychose weiterverarbeitet, in vielen Fällen erhält der Wahn ständig neue Nahrung. Sehr oft dient die Remission der gedanklichen Ausgestaltung und Eingliederung des in der akuten Psychose Erlebten, das sorgsam und ängstlich bewahrt wird. Die verschiedensten psychopathischen Symptome finden sich als Restsymptome in den Remissionen Sch'er, meist in verwachsenen Form.

Außere Einwirkungen und Verlauf: Von endokrinen Umwälzungen können Schwangerschaft und Wochenbett einen sch'en Schub auslösen; bessernde Wirkung der Generationsvorgänge auf chronische Psychosen scheint nicht vorzukommen. Zweifelhaft ist auch, ob die Spätheilungen im Zusammenhang mit den Rückbildungserscheinungen stehen. Während schwerer Körperkrankheiten, z. B. Typhus, schweren Eiterungen, treten die augenfälligen Symptome der Sch'ie nicht selten vorübergehend zurück. Anscheinend alterniert zuweilen Verschlimmerung des psychotischen Zustandes mit chronischer Körperkrankheit: Polyarthrit, Gicht, Tuberkulose. Vorübergehende Besserungen wurden in einzelnen Fällen nach Strangulationsversuchen, Kopftraumen, Blutverlusten und Narkosen beobachtet. Lebensbedrohender Schreck führte einige Male vorübergehend weitgehende Änderungen des Krankheitsverlaufes herbei (Emo-



tionstherapie *Reils*). Zweifellos ist zuweilen Milieuwechsel von größtem Einfluß: Versetzungsbesserungen, Besserungen nach Frühentlassung, nach Dauer Schlafbehandlung. Von manchen Autoren werden die durch die Übertragung beeinflussbaren Symptome zu einem Teil als »psychogener Überbau« angesehen; Verfasser möchte Krankheitserscheinungen nicht deshalb als psychogen ansehen, weil sie situativ beeinflussbar sind. Herderkrankungen der Rinde und Beobachtungen bei Enzephalitis lethargica lehren, daß der Affektsphäre unter den situativen Faktoren eine wesentliche Bedeutung zukommt; kann doch das Hervortreten und Verschwinden zweifellos organischer Symptome weitgehend situationsbedingt sein. — Von großem Interesse sind die psychotherapeutischen Einflüsse der Beschäftigungstherapie. Offenbar ist die Bereitschaft zur Einschleifung von Gewohnheiten, zur Fixierung und Automatisierung bei der Sch'ie besonders stark. Wurde der Krankheitsverlauf durch den früheren Anstaltsbetrieb zweifellos ungünstig beeinflusst, da er für viele Sch'e ein ungünstiges Milieu war und bestimmte asoziale Verwaltungsweisen geradezu züchtete, insbesondere die Isolierung am Tag der pathologischen Neigung der Kranken zur seelischen Abschließung entgegenkam, so sind die Erfolge der *Simonschen* Methode außerordentlich beachtlich. Ganz ungeklärt ist die oben zitierte Erfahrung, daß die Nachexploration bei remittierten Sch'en nicht selten eine verschlimmernde Wirkung gehabt hat.

Endzustände: Noch ungeklärt ist die Gruppierung der Endzustände. Eines endgültigen Stillstandes des Prozesses kann man nie sicher sein, da jede Sch'ie auch nach langjähriger Gleichartigkeit des Zustandes noch Wandlungen erfahren kann. *Bleuler* hat eine Abstufung nach Graden der Demenz für unrichtig erklärt, da es sich bestimmt um Störungen handele, die von einem Moment auf den anderen wechseln können. Nicht eine Intelligenzstörung sei hier ausschlaggebend, sondern Affektivität, Spontaneität und Interesse. Auch *Kraepelin* hat den Hauptangriffspunkt des Leidens immer namentlich im Gebiet der gemüthlichen Erregungen und des Willens gefunden, in geringerem Grade in Urteil und Gedächtnis. *Carl Schneider* beschreibt einfache und stumpfe Verblödung der Sch'en, jene gekennzeichnet durch die Herabsetzung der höheren kombinatorischen Urteils- und Kritikleistung, diese, unfähig zu jeder Betätigung mit Ausnahme einfachster mechanischer Arbeit. *Fleck* kam bei einer Beschäftigung mit alten Sch'iefällen zur Überzeugung, daß von einem Schwachsinn im engeren Sinne gar nicht gesprochen werden könne. *Berze* kennt keinen einheitlichen Grunddefekt, die Persönlichkeit sei erstarrt, es bestehe ein Aktualisierungsdefekt, eine Einengung und Versimpelung; *B.* macht einen scharfen Trennungsstrich zwischen Prozeß- und Defektsymptomen. *Mayer-Groß* verkennt nicht, daß viele Sch'e bei intellektuellen Leistungsprüfungen versagen, aber die Art, wie sie versagen, und vor allem das, was sie unter Umständen noch leisten, zeigt die Besonderheit ihrer Defekte, welche den bekannten Bildern des intellektuellen Abbaues bei anderen organischen Hirnerkrankungen oder gar einer Form des angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn nicht gleichgestellt werden können. Es ist eben sehr schwer, im Einzelfall die intellektuellen Fähigkeiten der negativistischen und abgekapselten Endzustände zu prüfen. Mit dem Begriff Endzustand im Rahmen der Sch'ie bezeichnet *M.-G.* jene Zustandsbilder, bei welchen der Krankheitsprozeß für längere Zeit zur Ruhe gekommen ist, eine relative Stabilität eintrat und sich der Kranke nun mit den Symptomen einrichtet. Das Ergebnis solcher Einrichtungen ist vor allem der Autismus: die Abkehr von der Realität und

zugleich die Hinwendung zu einem rein affektiv bestimmten Binnenleben, in welchem die Komplexe unbekümmert herrschen. Dieser Autismus ist die Folge des Aktivitätsverlustes bei affektiver Erkaltung, oder aber bei erhöhter affektiver Ansprechbarkeit, die zur Reizabwehr führt, welche sich entweder in der Form des Sichabwendens, Sichverkriechens, Zusammenkauerns unter der Bettdecke äußert oder als eine Neigung zur Zornmütigkeit und zu Wutausbrüchen zeigt. »Aktverarmung«, Einengung, Erstarrung, Versimpelung, psychische Stereotypie, groteske Pedanterie sind charakteristisch für die Endzustände. Bei alten Sch'en beobachtet man Milderwerden der Ansprüche, Zusammensintern der Wahnideen, Gewinnung von Distanz und einen gewissen Humor. Eine wichtige Anpassungserscheinung der Endzustände ist »die Spaltung im Längsschnitt«. Die Symptome führen dann eine Art Sonderexistenz, werden wie ein Petrefakt mitgeschleppt, wenig beachtet, mitunter anscheinend völlig verdrängt, treten aber in Zeiten der Abgespanntheit, unter Alkoholwirkung oder situativ oder auf ein Stichwort hervor, oder sie bestehen ständig, werden aber nur in unbewachten Minuten »verledigt«. Immerhin sind die 8 Formen der Endzustände, wie sie *Kraepelin* zuletzt unterschieden hat, immer noch beachtlich: 1. einfacher Schwachsinn mit leichter Denkstörung und Aktivitätsverlust, stille Hebefrenie, 2. halluzinatorische Verblödungen, bei denen teils mehr die Trugwahrnehmungen, teils mehr die Ichstörungen im Vordergrund des Bildes stehen, 3. paranoide Endzustände, 4. faselige Verblödung, 5. stumpfe Verblödung, 6. läppische Verblödung, verbunden mit Impulsverarmung und unter Umständen gewissen Denkanomalien, 7. und 8. manirierte und negativistische Verblödung als Ausgangsformen der kataton-psychomotorischen Krankheitserscheinungen.

Der Tod: Nur in den seltenen Fällen der Hirnswellung führt die Sch'ie zum Tod. Schwere Erregungen können Herztod, in Verbindung mit Nahrungsmittelerweigerung Tod an Marasmus herbeiführen, viele Sch'e enden im Beginn der Psychose durch Selbstmord; *Braun* fand unter 716 Sch'en 134 mit Selbstmordneigung. Abgesehen von dem Komplikationen des akuten katatonen Schubs ist die Lebensdauer der chronischen Sch'en nicht wesentlich von der der gesunden Durchschnittsbevölkerung unterschieden. Gesamtdurchschnittsalter 54,4 Jahre. Die Hälfte der sch'en Anstaltskranken ging an Tuberkulose zugrunde, neuere Berechnung ist erwünscht (Ref.). Die Tuberkulosehäufigkeit hat *Kraepelin* auf 4—5 mal höher als die der geistesgesunden Bevölkerung geschätzt. Die Tuberkuloseanfälligkeit der Sch'en ist wohl im Zusammenhang mit der Verbreitung des leptosomen Körperhabitus ungleich größer als diejenige anderer psychischer Störungen. In welcher Weise sich die neuerdings weitergehende Beschäftigungstherapie auf die Lebensdauer auswirkt, ist noch nicht festgestellt. — Mitunter können kurz vor dem Tode die verschütteten affektiven Regungen der Persönlichkeit in einer unerwarteten Lebendigkeit zum Vorschein kommen.

(Schluß folgt.)

G. Ilberg.

*Paul Cohn*: Um Nietzsches Untergang. Beiträge zum Verständnis des Genies. Morris-Verlag, Hannover.

Zweifellos litt Nietzsche, als seine psychische Krankheit im Januar 1889 unverkennbar ausbrach, schon lange an starken konstitutionellen Stimmungsschwankungen, und zwar vor allem an einem quälenden Schwermutsgefühl, als dessen Symptom das Bestreben, sich in die Einsamkeit zurückzuziehen, auftrat. Nach den melancholischen Phasen verschwand das Einsamkeitsgefühl,

daß für stellte sich das »dyonysische« Gefühl des Übersäumens der Kräfte ein, ein Zustand gehobenen Selbstgefühls, ein Höhengefühl, ein Schaffensrausch, »ein Jauchzen des Denkens«, sozusagen als Lohn für lange Askese und Trübsal. Bei sinkendem Barometer kam es zu häufigen körperlichen Beschwerden und seelischen Konflikten, bei steigendem Barometer gingen die Kopfschmerzen und die Hemmungen wieder vorüber. *Cohn* weist darauf hin, daß sich bei empfindlichen Menschen, namentlich körperlich Schwachen und Nervenschwachen, Asthenikern, leicht erregbaren und leidenschaftlichen Personen die Gesamtwirkung von Licht, Temperatur, Luftdruck, Luftfeuchtigkeit und Lufterlektrizität geltend macht. Es handele sich hier um einen Einfluß des Wetters auf die Gesamtspannung, die einesteils lustbringend und kraftvermehrend, andererseits unlustbringend und kraftverneinend sei. Nietzsche habe zu den für das Wetter empfindlichsten Menschen gehört, seine quälenden Migräneanfälle und Magenbeschwerden seien bei sinkendem Barometer häufiger und schwerer gewesen, in hohem Grade sei er für Mangel an Licht, feuchte Luft, für Wolken und Winde und rasche Wetterumschläge ungünstig beeinflusbar gewesen, er sei das klassische Beispiel eines Meteoropathen. Verhängter Himmel und Scirocco setzten ihm sehr zu, die Lichtfülle von Nizza und das trockene Klima des Engadins taten ihm wohl, Luftfeuchtigkeit machte ihn unfrei, in Turin habe er endlich das ihm adäquate Klima gefunden.

Gerade als er auf dem Gipfel seines Könnens angelangt war, brach N. zusammen. Er sei einem lange vorbereiteten Überfall durch ein schleichendes Gift, das die Gehirnzellen zerstörte, erlegen. In der Tat ist es ja das wahrscheinlichste, daß N. an progressiver Paralyse erkrankt und gestorben ist, wie das ja Paul Möbius schon 1902 begründet hat. Ganz sicher kann aber die Diagnose nicht mehr gestellt werden, weil die modernen serologischen Methoden damals noch nicht zur Anwendung kamen und nicht einmal die Gehirnsektion gemacht worden ist, es sich auch in bezug auf Symptome und Dauer um einen atypischen Fall gehandelt zu haben scheint. Daß allerlei in der Arbeit *Cohns* besprochene seelische Momente prädisponierend ihre Rolle für die Schlußerkrankung gespielt haben, wird gewiß richtig sein: das javanische Beruhigungsmittel, offenbar ein Haschischpräparat, Chloralhydrat, Aufregungen über anonyme Schmähbriefe u. dgl. Viele Ursachen haben offenbar zusammengewirkt. — Bei der Bestimmung der Grenze, wo der gesunde N. aufhört und der kranke anfängt, handelt es sich nach dem Verfasser nicht um eine Linie, sondern um eine breite Zone; die Bezirke des Gesunden und des Kranken greifen ineinander über. Mit dem Anfall in Turin war die Krankheit ausgebrochen, unterirdisch geglomernt hat es schon vorher. Es ist natürlich sehr möglich, daß insbesondere der Haschischmißbrauch in den Jahren vor Ausbruch der Schlußkrankheit die schlummernde Gehirnkrankheit bei dem schon gegen Tee und Kaffee äußerst empfindlichen Mann provoziert hat. Der Haschischmißbrauch würde vielleicht manche Anomalien der letzten Jahre vor dem Untergang erklären, so die im Jahre 1888 betätigte, fast unfaßbare schriftstellerische Leistung: Fall Wagner, Götzendämmerung, Nietzsche contra Wagner, Antichrist, Ecce homo. Letzteres bezeichnet C. als das Vorspiel der Geisteskrankheit, aber er macht auch im Fall Wagner auf das bis dahin fremde Großsprecherische aufmerksam, das einen Verlust des feinen Geschmacks andeute. In der Schrift: Nietzsche contra Wagner findet er eine verdächtige Hemmungalosigkeit der Form, einen auffallenden Nachlaß des Feingefühls in ästhetischen Dingen.

In den Kapiteln: »Nietzsche und der Rausch« (Rausch = konzentrierte Denkarbeit) und »Zum Verständnis des Genies« bringt der Verfasser viele äußerst anregende Betrachtungen über das eigenartige Schaffen genialer Menschen. Immer wieder wendet er sich gegen die Anschauung, als ob Nietzsches Leben und Denken konsequent auf den Wahnsinn hingetrieben und seinen Zusammenbruch psychologisch motiviert hätte.

In einem Anhang findet man vier ergreifende Briefe von Nietzsches Schwester über die Zeit von 1889 bis zum Todestag: den 25. August 1900.

G. Ilberg.

*Heinrich Stolze* (Warstein): Über die Bedeutung und Bekämpfung der chronischen Typhus- und Paratyphusausscheider in den deutschen Heil- und Pflegeanstalten. Verlag G. Fischer. Jena 1932. 110 S.; 7,— RM.

*Stolze* berichtet im ersten Teil seiner Arbeit über das bisherige Auftreten von Typhus und Paratyphus sowie über das Vorkommen von chronischen Bazillenausscheidern in Heil- und Pflegeanstalten aller deutscher Bundesstaaten, Elsaß Lothingens und in der Anstalt Feldhof bei Graz. Der Umfang der Erkrankungen variiert in den einzelnen Anstalten zwischen wenigen Einzelfällen und Epidemien von mehreren Hundert Fällen. Oft ist nicht nur das männliche und weibliche Pflegepersonal, sondern auch die Ärzte- und übrige Beamtenschaft mit ihren Familienmitgliedern an Erkrankungen- und Todesfällen beteiligt. Frauen erkranken fast stets häufiger als Männer und stellen vor allem immer die größere Anzahl Bazillenträger. Zum Teil werden die Erkrankungen durch neue Pat. eingeschleppt, aber nicht selten sind die Ursache schon länger in der Anstalt befindliche und noch nicht festgestellte Bazillenträger, die in der Küche beschäftigt sind. Auch Personal, Küchenbedienstete, Viehwärter, Melker und Wirtschaftsarbeiter sind zuweilen Bazillenträger. In zwei Fällen, einmal in Andernach und in Großschweidnitz sind sogenannte Kartoffelsalatepidemien aufgetreten, die durch Dauerausscheider in der Küche hervorgerufen wurden. Die Bazillenträger unter den Pat. wurden häufig erst gefährlich, wenn bei ihnen durch Verschlechterung des psychischen Zustandes Unruhe und Unsauberkeit zunahmen. Mehrfach sind Bazillenträger Jahre hindurch immer wieder zum Ausgang von Epidemien geworden, bis sie erst durch restloses Durchuntersuchen aller Pat. eruiert und abgesondert werden konnten. In mehreren Anstalten erlosch die Erkrankung erst nach Ersatz des alten Tonnenabfuhrsystems durch Wasserspülung und Kanalisation.

Der zweite Teil behandelt die Maßnahmen zur Erkennung und Bekämpfung des Typhus und Paratyphus in den Heil- und Pflegeanstalten. Hervorzuheben ist, daß trotzdem der enge Verkehr auch bei den Mahlzeiten, die Zentralküche und das häufig recht unsaubere Verhalten der Anstaltsinsassen die Verbreitung von Typhus und anderen Infektionskrankheiten begünstigt, doch in weit über 50 deutschen Anstalten seit Jahrzehnten kaum einige Fälle von Typhus und Ruhr und keine einzige Epidemie beobachtet wurden. Dem Hinweis, daß die Heil- und Pflegeanstalten besonders viele Bazillenträger aufweisen, ist zu entgegnen, daß systematische Untersuchungen in dieser Richtung bisher nur hier durchgeführt wurden, also ein Vergleich mit der Außenwelt nicht möglich ist. Die Feststellung der Bazillenträger geschieht durch die Widalsche Reaktion im

Blut und die bakterielle Untersuchung von Stuhl und Urin. Diese drei Untersuchungen können im einzelnen oder auch insgesamt zuweilen negativ sein und später wieder positiv ausfallen. Die elektive Methode stellt zunächst nur die Widalsche Untersuchung an und bei deren positivem Ausfall Urin- und Stuhluntersuchung. Bei größeren Epidemien sind mehrfach ganze Anstalten von besonders dazu ausgebildeten Ärzten oder in Verbindung mit Hygienischen Instituten von deren Laboratoriumspersonal durchuntersucht worden. Im wesentlichen übereinstimmend mit den badischen und preußischen Bestimmungen wird schon bei dem Aufnahmeantrag die Angabe gefordert, ob der Pat. oder seine Umgebung mit Ty., Paraty. oder anderen ansteckenden Krankheiten in Berührung gekommen ist. Jeder Zugang und das neu antretende Personal sowie alle in Nahrungsmittelbetrieben der Anstalt Beschäftigten sollen der Blut-, Urin- und Stuhluntersuchung unterzogen werden, letzteres mindestens dreimal nacheinander und später in größeren Abständen zur Wiederholung. Die festgestellten Bazillenträger müssen isoliert werden, was freilich ihre psychiatrische Beeinflussung erschweren kann. Empfehlenswert sind besondere Isoliergebäude oder wenigstens Baracken dazu, wenn auch in einzelnen Anstalten die Isolierung einfach in Einzelzimmern der für den Geisteszustand der Patienten geeigneten Abteilung erfolgt. In zahlreichen Bundesstaaten geschieht die Isolierung aller Bazillenträger in einer einzigen Anstalt. Als Pflegepersonen für Bazillenträgerabteilungen kommen solche in Frage, die selbst Ausscheider sind, im übrigen muß gute Intelligenz, besondere Ausbildung und Verständnis für die Aufgabe und eine gewisse Beschränkung im Verkehr außerhalb der Abteilung (mit Küchenpersonal!) gefordert werden. Durch reichliche Kost, genügende Schutzkleidung und prophylaktische Impfung werden die Pflegepersonen vor Infektionen geschützt. Bei Sektionen wurden positive Bazillenbefunde in Darminhalt, Darmschleimhaut, Mesenterialdrüsen, Galle, Leber, Milz, Nieren, Pleuraexudat, Blut und Knochenmark erhoben, z. T. auch, wenn Untersuchungen bei Lebzeiten negativ ausgefallen waren. Die interne Behandlung der Bazillenträger ist bisher als erfolglos zu bezeichnen, auch Pyrifer- und Malariakuren beseitigen die Bazillen nicht. Nach Cholezystektomie hörte in nicht wenigen Fällen das weitere Ausscheiden von Bazillen auf, oft dauerte es aber unverändert an, was bei dem Sitz der Keime in den verschiedensten Organen erklärlich ist. Impfungen waren bisher erfolglos. Die Frage der Entlassung von Bazillenträgern nach Heilung der psychischen Erkrankung muß individuell behandelt werden. Mitteilung an die Heimatbehörde wird von verschiedenen Seiten empfohlen. Mehrfach ist eine günstige Wirkung des Ty. auf Dementia praecox, vereinzelt auch auf zirkuläre Erkrankungen, Epilepsie und Progr. Paralyse beobachtet worden.

*Klaubert-Zschadraß.*

*J. H. Schultz:* Das autogene Training. (Konzentrierte Selbstentspannung.) Versuch einer klinisch-praktischen Darstellung. Verlag Georg Thieme, Leipzig 1932. 305 S., 16 Abb. 16,80, geb. 18,60 RM.

Neben den »großen« psychotherapeutischen Schulen, die zum Teil sicher modegemäß überbewertet werden, steht seit einigen Jahren das Autogene Training von *J. H. Schultz*. Hauptforderung dieser Methode ist Versenkung, »konzentrierte Selbstentspannung«. *J. H. Schultz* weist mehr noch als *C. G. Jung* auf die Verwandtschaft der psychotherapeutischen Versenkung

mit den großen geistigen Übungen des Ostens, mit der Yoga-Praxis hin. In anschaulichen Darlegungen werden wir mit dieser therapeutisch außerordentlich fruchtbaren Methode des Autogenen Trainings bekannt gemacht, dessen Einzelstufen ausführlich erklärt werden. Dabei überrascht im erfreulichsten Gegensatz zu vielen Veröffentlichungen im Reiche der Psychotherapie eine überaus sorgfältige Bearbeitung der Literatur, die auch Grenzgebiete berücksichtigt. So vermittelt dieses Buch über die psychotherapeutische Lehre hinaus einen weiten Überblick über psycho-physische Grenzbezirke. Aus allem spricht eine eigenartige, neue Weltanschauung, die sich fruchtbar bemüht, Geist und Stoff zu überbrücken.

*Adolf Friedemann, Berlin-Buch.*

*Raoul Mourgue: Neurobiologie de l'Hallucination. Brüssel, M. Lambertin, 1932. 416 Seiten.*

*Mourgue* ist den deutschen Lesern schon durch seine mit *C. v. Monakow* verfaßte biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie bekannt. Von ihm liegt nun eine große Arbeit über die Halluzinationen vor, nachdem schon mehrere kleinere Arbeiten sich damit beschäftigt hatten. Ein Vorwort von *Henri Bergson* leitet das Werk ein, für das der Verfasser seit Jahrzehnten gearbeitet hat. Die Bibliographie von 1081 Nummern — einer kritischen Auswahl von 6000 Arbeiten — beginnt mit einem warmen Gedenken an *Arnold Pick*. Die Zusammenfassung ist ein Kapitel von 20 Seiten für sich. Schon die Einleitung bringt unter — man möchte sagen eleganter — Beherrschung der Literatur eine Auseinandersetzung mit den verschiedensten Theorien und Anschauungen und schließt mit dem Versprechen, auf die erwarteten kritischen Entgegnungen auch brieflicher Art gern brieflich zu antworten.

Der erste Teil des Werkes bringt eine historische Skizze über die Entwicklung des Begriffes der wahren Halluzinationen (nur mit diesen, nur mit ihrem Mechanismus, den Möglichkeiten ihrer Entstehung beschäftigt sich das Werk), dann die klinische Charakterisierung der wahren Halluzination. Die Depersonalisation erscheint eine notwendige, aber nicht ausreichende Bedingung. Es folgt die Verbindung mit *Pavlovs* bedingten Reflexen und *Bergsons* »attitudes motrices«, die später von *Betz* (Vorstellung und Einstellung) verwertet wurden. Im zweiten Teil sind Neurobiologie, wahre Halluzination und organovegetatives System u. a. besprochen sowie noch ein vorwiegend klinischer Beitrag zur Frage der Depersonalisation enthalten; das Werk ist reich an Kasuistik. Der dritte und letzte Teil bringt dann Auseinandersetzungen über den Instinkt, die Engramme usw. und führt schließlich auch ins Gebiet der Philosophie. Nachdem von psychologischer Seite über das Problem der Halluzinationen so viel veröffentlicht worden ist, erscheint diese zusammenfassende neurobiologisch orientierte Arbeit geeignet, das Schwergewicht der Forschung wieder in die vom Verfasser vertretene Richtung zu verlegen.

*Carrière-Arnsdorf.*

*Personalia.*

Nekrolog *Anton*: Am 3. Januar 1933 starb in Halle *Gabriel Anton* im Alter von 75 Jahren. Er war 1858 in Saatz in Nordböhmen geboren, wuchs in seiner böhmischen Heimat auf, besuchte in Prag das Gymnasium und vollendete auch hier seine Universitätsstudien.

Nach einer kurzen Tätigkeit in den Anstalten von Dobrzan und Prag als Assistent von *Arnold Pick* trat *A.* in die Wiener Psychiatrische Klinik, die damals unter der Leitung *Meynerts* stand, ein. Seine Wiener Zeit blieb für sein Leben richtunggebend und entscheidend. Er fand in *Meynert* einen mitreißenden Lehrer, der seine Persönlichkeit vom ersten Tage an gefangen hielt. *Meynert* bestimmte die Arbeitsrichtung *Antons* für die ganze Zukunft und nichts ist eindrucksvoller als die rührende Anhänglichkeit, die *Anton* seinem Lehrer sein ganzes Leben über dessen frühen Tod hinaus bewahrte, und der er immer wieder in Reden und Aufsätzen formschönen Ausdruck verlieh, wobei er ebenso den Forscher als auch den Menschen feierte. In Wien knüpften sich für *Anton* aber auch Bande inniger Freundschaft mit *Fritz Kraus*, der damals noch bei *Nothnagel* Assistent war, und *Anton von Eiselsberg*, dem berühmten Schüler *Billroths*. Wenn auch spätere Jahre die Jugendfreunde örtlich trennten, so blieb dieses kongeniale Trifolium geistig unzertrennlich und teilte nicht nur alle Sorgen, die das Wohl und Wehe ihrer Familie betrafen, sondern auch die Arbeitspläne und die Freude an deren Gelingen. Für *Anton* bedeuteten die aufrichtigen Beziehungen von Mensch zu Mensch alles und er, dessen Leitspruch war »Freundschaft ist aufgespeicherte Jugend«, durfte sich rühmen, in seinem Leben kaum einen Menschen, den er einmal als Freund gewonnen hatte, wieder verloren zu haben.

Bereits nach vier Jahren verließ *Anton* Wien, um 33jährig die psychiatrische Lehrkanzel von Innsbruck zu übernehmen. Hier mußte er sich unter den dürftigsten äußeren Bedingungen eine Klinik errichten, die er, so weit dies mit den spärlichen zur Verfügung gestellten Mitteln möglich, auszugestalten bemüht war. Der Ansturm der Hörer, die seinen hirnanatomischen Vorlesungen folgen wollten, war so groß, daß das zur Verfügung gestellte Auditorium nicht genug Plätze hatte. Daß aber auch unter bescheidenen Verhältnissen Bedeutendes geschaffen werden kann, wenn die entsprechende Persönlichkeit am Werk ist, bewies *Anton* mit seinem ersten großen Wurf, indem er in einer sieben Seiten umfassenden Arbeit — »Über die Beteiligung der basalen Großhirnganglien bei Bewegungsstörungen und insbesondere bei Chorea« — im Gegensatz zur bestehenden Lehrmeinung den Nachweis liefern konnte, daß »die allgemeine Chorea mit beiderseitig umschriebenen Veränderungen der grauen Substanz des Putamen in innigen Zusammenhang stehe«. Im Gegensatz dazu konnte an Hand eines zweiten Falles mit Sehhügelerweichung dargetan werden, daß durch Zerstörung dieser Region die Anregung der Bewegung vermindert worden sei. Erst die Zeit des Auftretens der Encephalitis lethargica sollte nach etwa 25 Jahren diese grundlegende Beobachtung vollauf bestätigen und ihre Bedeutung vor Augen führen.

1894 folgte *Anton* einem Ruf an die Universität Graz, wobei ihm sein Schüler *Zingerle* folgte, mit dem er 1902 das Buch »Bau, Leistung und Erkrankung des menschlichen Stirnhirns« veröffentlichte. In ihm folgte er in seiner Arbeitsweise am deutlichsten den Bahnen seines Lehrers

*Meynert*, indem er aus dem Bau und den anatomischen Beziehungen dieses Organs die klinischen Leistungen erschloß und die Ähnlichkeit der Stirnhirn- und Kleinhirnsymptome aus der innigen Verknüpfung dieser Systeme erklärte. In einer weiteren mit *Zingerle* durchgeführten Untersuchung tritt neben zahlreichen anatomischen Tatsachen, die inzwischen längst in den gesicherten Bestand der neurologischen Wissenschaft übergegangen sind, bereits sein Lieblingsthema, die Kompensation in ihrer Entwicklung zurückgebliebener Systeme durch Hypertrophie anderer Apparate in Erscheinung.

Eine andere wichtige Untersuchung fällt in die Zeit der Grazer Tätigkeit, und zwar der interessante Nachweis des Mangels der Selbstwahrnehmung der eigenen Blindheit und Taubheit bei beiderseitiger Verletzung der zentralsten Stationen des Seh- und Gehörsystems. Dieses Phänomen, das den Ausgangspunkt zu zahlreichen interessanten Untersuchungen bildet, fand unter dem Namen *Anton'sches Symptom* in das Schrifttum Eingang.

1905 folgte *Anton* nach *Wernicke's* frühem Tode einem Ruf auf den Lehrstuhl der Universität Halle. Hier fand er einen neuen Wirkungskreis unter besonders günstigen Bedingungen. Er fand hier Männer wie *Roux*, dem er schon seit der gemeinsamen Tätigkeit in Innsbruck freundschaftlich verbunden war, seinen späteren Mitarbeiter *Bramann* und *Benecke*, der ihm die Freundschaft bis zum Grabe bewahrte.

Seiner persönlichen Grundhaltung, die in dem Bedürfnis bestand, dauernd zu helfen, entsprach eine ausgesprochen therapeutische Einstellung in seinem Beruf als Arzt. Von dieser Tendenz geleitet, war er vor allem bemüht, ausgehend von seinen früheren Untersuchungen über Hydrozephalien und Entwicklungsstörungen des Gehirns auf chirurgischem Wege Hilfe zu schaffen. In diesem Bestreben fand er in den Leitern der chirurgischen Klinik *Bramann*, *Schmieden* und *Voelcker* begeisterte Arbeitsgenossen. Mit jedem dieser Forscher arbeitete er eine Operationsmethode zur interkraniellen Druckentlastung aus, wodurch er bei Epilepsie, Turmschädeln und Hirntumoren bisher ungeahnte Erfolge erzielte. Während er erst mit *Bramann* von der Scheitelgegend aus die Methode des sogenannten Balkenstichs erfand, erdachte er dann gemeinsam mit *Schmieden* das Vorgehen vom Hinterhaupt durch die Membrana atlanto-occipitalis, die gefenstert wurde, zu den flüssigkeitführenden Räumen und schaffte so ein dauerndes Ventil in Form eines V. Ventrikels unter der Nackenhaut, das jeder Zeit einfach entleert werden konnte. Diese Operationsmethode erfuhr dann durch *Voelcker* noch insofern eine Erweiterung, als auch das Kleinhirn zum Teil freigelegt wurde und man auf diese Weise eine noch stärkere Entlastung schuf.

Außer diesen druckentlastenden Operationen arbeitete *Anton* aber auch noch eine vierte Operation am Schädel gemeinsam mit dem Otologen *Denker* aus, die darin bestand, auf permaxillarem Weg die Hypophyse freizulegen und durch eine Kalkinfusion in die Hirnanhangdrüse diese, sofern eine tumoröse Entartung nachzuweisen war, zur weiteren Verkalkung anzuregen, wodurch das pathologische Wachstum zum Stillstand kam.

Das Interesse für die Entwicklungsstörungen führte ihn zu einer besonders intensiven Beschäftigung mit den psychiatrischen Fragestellungen des Kindesalters, wobei er psycho-pathologische Probleme ebenso wie die organischen Grundlagen dieser geistigen Entwicklungshemmungen verfolgte.



Eine Frucht solcher Untersuchungen war unter anderem seine Arbeit über »Dementia chorea-asthenica« mit juveniler knotiger Hyperplasie der Leber, einem Krankheitsbild, das jetzt unter dem Namen seines späteren monographischen Bearbeiters als Wilsonsche Krankheit allgemeine Anerkennung gefunden hat. In diesem Zusammenhang wären noch zahlreiche andere Arbeiten, in denen besonders auch innersekretorische Momente Berücksichtigung fanden, zu nennen. Leider hat *Anton* sich nicht entschließen können, seine reichen Erfahrungen über die Psychiatrie des Kindesalters, die er besonders in der von ihm in den Kriegsjahren ins Leben gerufenen Beratungsstelle für psychisch abwegige Kinder gesammelt hatte, in einem Lehrbuch zusammenfassend darzustellen. Er hatte überhaupt eine Abneigung gegen alle breiten, mehr kompilierenden Darstellungen und beschränkte sich am liebsten auf die Bearbeitung eigener Untersuchungen, wobei er unendlich viel Anregungen bloß gesprächsweise seinen Hörern und Freunden vermittelte. Alle Gedanken, die er in seinen Schriften oder Vorträgen oder auch nur gelegentlich aussprach, trugen ihr durchaus charakteristisches Gepräge; stets empfand der Empfänger, um seine eigenen Worte über diese Ausdrucksweise zu gebrauchen »den Quellgeschmack der eigenen Gedankenfindung«.

Auch nach seiner 1926 erfolgten Emeritierung beschäftigte sich *Anton* noch unermüdlich mit den Fragen seiner Forschung. So leitete er noch drei Jahre die oben erwähnte Kinderberatungsstelle, veröffentlichte unter anderem eine eingehende anatomische Untersuchung eines Falles mit einseitigem Kleinhirnmangel, wobei ihm wieder die kompensatorische Entwicklung anderer Systeme, die auch ein funktionelles Gleichgewicht herbeiführten, fesselte.

Auch menschlich behielt er weiter freundschaftlichen Kontakt mit seiner Klinik und den früheren Schülern, an denen er bis zum Schluß mit väterlicher Treue hing. Das Wohl und Weh jedes einzelnen lag ihm so am Herzen, daß er selbst die Gelegenheit suchte, seine fürsorgende Anhänglichkeit zu beweisen. Mit Freude und Stolz verfolgte er den Aufstieg jedes Einzelnen, waren es seine österreichischen Schüler *Hartmann*, *Probst* und *Zingerle*, oder waren es seine Mitarbeiter an der Haleschen Klinik, von denen ich nur *Karl Kleist*, *Berthold Pfeiffer*, *Willige*, *Paul Schilder* und *Pönitz* hervorheben möchte.

Besonders betrüblich war es aber, daß *Anton*, dem Gedankenaustausch und menschliche Beziehungen so unendlich viel bedeuten, bereits seit vielen Jahren an einer zunehmenden Schwerhörigkeit litt. Obwohl ihn dieses Leiden auf vieles, was ihm ein Bedürfnis gewesen wäre, zu verzichten zwang, war er doch niemals verbittert. Er sprach kaum darüber, wie über jedes persönliche Leid, wie etwa den für ihn unendlich schweren Verlust zweier erwachsener talentvoller Söhne. Erst wenige Monate vor seinem Tode äußerte er sich über dieses Leiden in einer in der Festschrift für *Ziehen* erschienenen Studie zur — Psychologie der Schwerhörigen —; aber auch da dachte er nur an die ungeheure Zahl der Leidensgenossen und gab Ratschläge, wie sie sich selbst ihr Los erleichtern könnten und wie die Umgebung ihnen zu helfen vermöchte.

Das letztmal griff *Anton* zur Feder, als er seinem Freund und Amtsnachfolger *Carl Mayer* in Innsbruck zu seinem 70. Geburtstag einen Festgruß darbrachte, in dem er noch einmal vor ihm im Geiste die arbeits-

frohen gemeinsamen Assistententage in Wien bei *Meynert* erstehen ließ. So fand ein Leben, das dem »Mittmenschentum« gewidmet war, in einem Freundschaftsbeweis sein Ausklingen. *v. Stockert* (Halle a. d. S.).

**Nekrolog *Werner*:** Am 23. November 1932 folgte der Direktor der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim a. d. Bergstraße Obermedizinalrat Dr. *Werner* seinem Vorgänger Prof. Dr. Adolf *Dannemann* nach kaum einem halben Jahre in die Ewigkeit nach.

Geboren am 29. Januar 1883 zu Schirmeck im Elsaß kam *Werner* in jungen Jahren, infolge Versetzung des Vaters, nach Friedberg in Oberhessen. Dort besuchte er das Gymnasium und wandte sich nach dem Abiturientenexamen dem Studium der Medizin zu. Er beendete es in Gießen und wurde dann dort und später in Frankfurt Assistent. Zunächst betätigte er sich auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten und auf dem der Chirurgie, um sich dann der Laufbahn des Anstaltsarztes zuzuwenden.

1909 bestand er das Physiksexamen; schon 1911 wurde er Oberarzt der hessischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim a. d. B., als deren Direktor ihn nun allzufrüh der Tod ereilte. Während des Feldzugs hatten sich bei ihm die ersten Anzeichen eines chronischen Magenleidens bemerkbar gemacht. Trotz eingreifender Operationen, die im Laufe der Jahre notwendig wurden, traten die peptischen Magengeschwüre immer wieder von neuem auf. Zuletzt hat sich eines derselben in der Speiseröhre entwickelt und durch Perforation den Tod herbeigeführt.

*Werner* hat u. a. in Erblichkeitsfragen gearbeitet. Er hat das Krankenmaterial der hessischen Heil- und Pflegeanstalten einer statistischen Durchsicht in bezug auf diese Fragen unterworfen und die Ergebnisse seiner Arbeit später der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie übergeben. Daneben beschäftigten ihn frühzeitig die Fragen der praktischen Psychiatrie, insbesondere die Fragen der Außenpsychiatrie, und da war es wiederum das Gebiet der Aufklärungsarbeit in Wort und Lichtbild, das ihm besonders lag. Jahrelang hat er, namentlich in den Wintermonaten, allenthalben in Stadt und Land Vorträge gehalten, unterstützt von dem bekannten, belehrenden Lichtbildmaterial des deutschen Hygienemuseums. Er hat sich der aufklärenden Arbeit im Sinne der Statuten des »Hilfsvereins für die Geisteskranken in Hessen« unermüdet gewidmet. Er sprach zum Thema der Geschlechtskrankheiten, des Alkoholismus, der psychischen Erkrankungen, zu den Erblichkeitsfragen. Er leitete ferner eine von der Landesversicherungsanstalt Hessen bei der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Heppenheim errichtete Beratungsstelle für Geschlechtskrankheiten, die namentlich nach dem Krieg häufig frequentiert wurde, und später eine ebensolche Fürsorgestelle für Tuberkulose.

Neben der oberärztlichen Tätigkeit entwickelte *W.* eine solche als Nervenarzt, als Konsiliarius wie als Therapeut. Die gutachtliche Seite psychiatrischer Betätigung kam daneben gleichfalls nicht zu kurz. Er war ein besonders gesuchter klar- und scharf-blickender Diagnostiker, ein warmherziger Freund und Förderer seiner Patienten, die ihn oft von weither aufsuchten, ein Arzt im besten Sinne des Worts! —

Uns Nachfolgenden, die wir nach wenigen Monaten erneut den Anstaltsleiter verloren haben, bleibt nur übrig, des treuen Freundes und Kollegen, des Vorsitzenden auch unseres hessischen Fachvereins, des klugen, be-

gabten, auf allen Gebieten auch des Allgemeinwissens beschlagenen und darum so anregenden und geselligen Menschen und Arztes *Werner* über den Tod hinaus dankbar zu gedenken und in seinem Sinne zum Wohl der Anstalt und ihrer Kranken weiterzuarbeiten. *Schmeel-Heppenheim a. d. B.*

Verstorben: Oberreichsanwalt Prof. Dr. jur. et Dr. med. h. c. *L. Ebermayer*-Leipzig (Ehrenmitglied des Deutschen Vereins für Psychiatrie), Obermedizinalrat Dr. *Arneemann*-Chemnitz, früher Oberarzt an sächsischen Heil- und Pflegeanstalten, *Joseph Babinski*-Paris, Dr. *Kekulé von Stradonitz*-Berlin, Sanitätsrat Direktor i. R. Dr. *Marthen*-Landsberg a. d. W., Professor Dr. *Juliano Moreira*-Rio de Janeiro, führender Psychiater Brasiliens, Dr. *Prinzhorn*-München, Sanitätsrat Dr. *Kurt Schmidt*-Dresden, Sanitätsrat Dr. *Wahrendorf*-Ilten (Lehrte), Medizinalrat Dr. *Zierl*-Regensburg.

Ernannt: 1. Oberarzt Dr. *Försterling*-Landsberg a. d. W. zum Direktor der Landesanstalt Görden,

Sekundärarzt Dr. *Glans*-St. Pirminsberg zum Oberarzt an der Züricher Psychiatrischen Klinik Burghölzli,

zu Oberärzten: Assistenzarzt Dr. *Schmiz*-Neuruppin, Assistenzarzt Dr. *Küppers*-Görden und Assistenzarzt Dr. *Strehl*-Görden.

Berufen: Medizinalrat Dr. *Carl Schneider*, dirigierender Arzt der von Bodelschwing'schen Anstalten in Bethel mit der Dienstbezeichnung Obermedizinalrat zum Anstaltsdirektor der Heil- und Pflegeanstalt Untergöltzsch i. S.

Universitätsprofessor Dr. *Stransky*-Wien wurde zum Ehrenmitglied der American Psychiatrie-Association gewählt.

Versetzt wurde: Obermedizinalrat Dr. *Schwarz*, Direktor der Oberfränkischen Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Kutzenberg in gleicher Eigenschaft an die Kreis-Heil- und Pflegeanstalt Bayreuth.

Angestellt wurde: Dr. *Pöpping*-Treuenbrietzen.

Es habilitierten sich: D. *H. Binder* f. Psychiatrie an d. Universität Basel, für Neurologie und Psychiatrie Dr. *Joseph Jacobi* an der Universität Gießen, Dr. *Eduard Krapf* und Dr. *Hans Ruffin* an der Universität Köln.

Der Vorstand der Heinrich Laehr-Stiftung setzt sich nach vollzogenen Wahlen zusammen aus Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. *Bonhoeffer*-Berlin, Geheimen Medizinalrat Prof. Dr. *Max Laehr*-Naumburg und Obermedizinalrat Dr. *Ast-Egling*-Haar.

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

64. Versammlung des Vereins der Irren- und Nervenärzte Niedersachsens und Westfalens in Münster i. W. am 30. April 1932 in der Psychiatrischen und Nervenklinik der Universität..... 305

### Kleinere Mitteilungen.

- Besprechung: Handbuch der Geisteskrankheiten von *Bunke*, 9. Band (Forts.) 326  
*Cohn*, Um Nietzsches Untergang ..... 337  
*Stolze*, Über die Bedeutung und Bekämpfung der chronischen Typhus- und Paratyphusausscheider in den deutschen Heil- und Pfllegeanstalten 339  
*Schulz*, Das autogene Training ..... 340  
*Mourgue*, Neurobiologie de l'Haflucination ..... 341

### Personalia.

- Nekrolog *Anton* ..... 342  
Nekrolog *Werner* ..... 345

---

Soeben erschien:

## *Die schöpferische Macht des Unbewussten*

Ihre Auswirkung in der Kunst und in der modernen Psychotherapie

Von **Otto Kankleit**, Hamburg

**Mit Beiträgen von:** Hans Blunck, Hermann Claudius, Walter Gättke, Manfred Hausmann, Fritz Reck-Maleczewen, Emil Sandt, Hermann Stehr, Emil Abderhalden, Graf Hermann Keyserling, Heinrich Sthamer, Fritz Dibbert, Alfred Kubin, Oskar E. Ulmer, Sulamith Wülfing, Fritz Höger, Erich Schmarje, Hans Leip.

**Mit 17 Abbildungen im Text und auf 8 Tafeln.**  
**Groß-Oktav. Geb. RM 4.50**

## Philosophie und Psychologie (Auswahl)

**Die geistige Situation der Zeit.** Von Karl Jaspers, o. Prof. an der Universität in Heidelberg. 5., neubearb. Aufl. 191 Seiten. 1933. (Samml. Göschen Bd. 1000.) Geb. 1.62

**Das Problem des geistigen Seins.** Von Nicolai Hartmann, o. Professor an der Universität Berlin. XIV, 482 Seiten. 1932. 10.—, geb. 12.—

**Hauptprobleme der Philosophie.** Von Georg Simmel. Sechste Auflage. 175 S. 1927. (Samml. Göschen Bd. 500.) Geb. 1.62

**Geschichte der philosophischen Ideen von der Renaissance bis zur Gegenwart.** Von Harald K. Schjelderup, o. Professor an der Universität Oslo. Ins Deutsche übersetzt von M. Leixner von Grünberg. Groß-Oktav. VIII, 232 Seiten. 1929. 6.30, geb. 7.20

- Das Bild des Menschen in Schopenhauers Philosophie.** An Hand der Texte dargestellt und erläutert von Konrad Pfeiffer. Oktav. 224 Seiten. 1931. 8.50, geb. 10.—
- Denkformen.** Von Dr. Hans Leisegang, Professor der Philosophie an der Universität Leipzig. Mit 1 Tafel und 8 Figuren im Text. Groß-Oktav. VII, 457 Seiten. 1928. 18.—, geb. 19.80
- Abriß der Psychologie.** Von Hermann Ebbinghaus. Mit 19 Figuren. Neunte Auflage, durchgesehen von Karl Bühler. Groß-Oktav. 206 Seiten. 1932. 4.20, geb. 5.—
- Psychologie.** Von Harald K. Schjelderup, o. ö. Professor und Leiter des Psychologischen Instituts an der Universität Oslo. Ins Deutsche übertragen von M. Leixner von Grünberg. Mit 20 Figuren im Text. Groß-Oktav. XII, 330 Seiten. 1928. 9.—, geb. 10.80
- Über drei Haupttypen der religiösen Erlebnisformen und ihre psychologische Grundlage.** Von Harald und Kristian Schjelderup. Mit 3 Abbildungen im Text. IV, 108 Seiten. 1932. 6.—, geb. 7.—
- Die Askese.** Eine religionspsychologische Untersuchung. Von Kristian Schjelderup. Oktav. 249 S. 1928. 10.35, geb. 11.50
- Die Lehre von der Gestalt.** Ihre Methode und ihr psychologischer Gegenstand. Von Martin Scheerer. Groß-Oktav. IV, 405 Seiten. 1931. 15.30, geb. 17.10
- Pathopsychologie im Grundriß.** Von Dr. med. Dr. phil. Kurt Schneider, a. o. Professor, Oberarzt der Psychiatrischen und Nervenlinik der Universität Köln. Groß-Oktav. 31 Seiten. 1931. (Sonderausgabe aus dem Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge.) 2.50
- Die Psychoanalyse.** Psychoanalytische Psychologie. Von Dr. W. M. Kranefeldt in Berlin. Mit einer Einführung von C. G. Jung. 141 Seiten. 1930. (Sammlung Göschen Bd. 1034.) Geb. 1.62
- Cäsarenporträts.** Von Dr. med. Ernst Müller, Oberarzt und Medizinalrat a. d. Thüringer Heilanstalten zu Stadroda. Gr.-Okt. I. Teil. Mit 45 Münzabbildungen im Text und 4 Tafeln. 39 Seiten. 1914. 2.50, geb. 4.—
- II. Teil. Mit 164 Münzabbildungen im Text und 11 Lichtdrucktafeln. 64 Seiten. 1924. 5.—, geb. 6.50
- III. Teil. Beiträge zur Physiognomik und Pathographie der römischen Kaiserhäuser nach ihren Münzen und anderen antiken Denkmälern. Mit 10 Münz- und 19 Lichtdrucktafeln. 143 Seiten 1927. 15.—, Zusammen. geb. 26.—
- Handwörterbuch der psychischen Hygiene und der psychiatrischen Fürsorge.** Herausgegeben von O. Bumke-München, G. Kolb-Erlangen, H. Roemer-Illenaу, E. Kahn-New-Haven. Groß-Oktav. VI, 400 Seiten. 1931. 23.—, geb. 25.—

Sonderprospekte auf Wunsch.

**Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10, Genthiner Str. 38**

Diesem Heft liegt je ein Prospekt der Verlage **Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10** und **Georg Thieme, Leipzig** bei.

ALLGEMEINE ZEITSCHRIFT  
FÜR  
**PSYCHIATRIE**  
UND  
PSYCHISCH-GERICHTLICHE MEDIZIN  
HERAUSGEGEBEN VON  
DEUTSCHLANDS IRRENÄRZTEN

UNTER DER MITREDAKTION VON

BERZE-Wien, BLEULER-Zürich, BONHOEFFER-Berlin, FISCHER-  
Berlin-Dahlem, KLEIST-Frankfurt a. M.

DURCH

**GEORG ILBERG**  
DRESDEN

OFFIZIELLES ORGAN DES  
DEUTSCHEN VEREINS FÜR PSYCHIATRIE  
MIT BEILAGE ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHISCHE HYGIENE

HUNDERTSTER BAND  
SECHSTES BIS ACHTES HEFT  
AUSGEGEBEN AM 28. SEPTEMBER 1933



BERLIN UND LEIPZIG 1933

**WALTER DE GRUYTER & CO.**

VORMALS G. J. GÖSCHEN'SCHE VERLAGSHANDLUNG — J. GUTTENTAG, VERLAGS-  
BUCHHANDLUNG — GEORG REIMER — KARL J. TRÜBNER — VEIT & COMP.

# Inhalt.

Die Annahme der Beiträge erfolgt zum ausschließlichen Abdruck  
im Sinne des § 42 Absatz 2 des Gesetzes betr. das Verlagsrecht.

## 6./8. Heft.

### Originalien.

- Über Psychosen in der Haft — mit einem Beispiel einer degenerativen Haft-  
psychose. Von Oberarzt Dr. *H. Schröder*-Frankenthal/Pfalz. . . . . 347
- Zur Frage der Mundhygiene bei Geisteskranken. Von Dr. *Blanke*-Düsseldorf 360
- Über psychische Störungen bei Stirnhirnerkrankungen. Von Dr. *Albert*  
*Knefel*-Hamburg. . . . . 370
- Errichtung von psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an allgemeinen Kran-  
kenhäusern. Von Professor *J. Lange*-Breslau. . . . . 390
- Zur Frage der Errichtung und Eingliederung psychiatrisch-neurologischer  
und neurologischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser. Von Pro-  
fessor Dr. *Georg-Stiefeler*-Linz/Donau. . . . . 406
- Über die Entstehung des Hauses für bildungsunfähige Kinder des kantonalen  
Asyles in Wil (St. Gallen), zugleich ein Beitrag zur Beschäftigungsthe-  
rapie. Von Direktor Dr. *H. Schiller*-Wil. Mit 1 Figur. . . . . 419
- Über psychische Lokalisation. Von Dr. *A. M. Meerloo*-Rotterdam. . . . . 426

---

Die „Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie“ mit der Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ kann durch alle Buchhandlungen oder direkt vom Verlag bezogen werden. Preis für den Band im Umfang von etwa 36 Bogen Rm. 30.—. Jährlich erscheinen 3 Bände, deren Hefte in zwangloser Folge zur Ausgabe gelangen. Die Beilage „Zeitschrift für psychische Hygiene“ erscheint 6 mal im Jahre. Der Literaturbericht wird jährlich mit besonderer Berechnung ausgegeben. Den Mitgliedern des Deutschen Vereins für Psychiatrie, deren Bestellungen der Verein entgegennimmt, wird jeder Band der Zeitschrift mit der Beilage für Rm. 25.— geliefert.

Manuskripte sind an den Herausgeber Geheimrat Professor Dr. med. G. Ilberg in Dresden-Blasewitz, Schubertstr. 41, Bücher, Jahresberichte, Sonderabzüge usw. aus der Fachliteratur, deren Besprechung in dem einmal im Jahre erscheinenden Literaturbericht gewünscht wird, an Oberreg.-Med.-Rat Dr. Helmut Müller in Leipzig O 39, Anstalt Dösen, einzusenden.

Die Herren Mitarbeiter erhalten für Originalbeiträge M. 24.— Honorar für den Druckbogen und 25 Sonderdrucke kostenlos; Vereins- und Versammlungsberichte, von denen dem Generalberichterstatter 25, und auf rechtzeitig eingehendes Verlangen den einzelnen Referenten je 12 Sonderdrucke ihres Vortrags kostenlos geliefert werden, werden nicht honoriert. Für eine weitere Zahl von Sonderdrucken werden die Selbstkosten berechnet.

Aus der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt der Pfalz in Frankenthal  
(Direktor Dr. Resch, Medizinalrat I. Kl.).

## Über Psychosen in der Haft, mit einem Beispiel einer degenerativen Haftpsychose.

Von

Oberarzt Dr. H. Schröder.

Die psychischen Störungen der Gefangenen haben schon immer die Psychiater und Strafanstaltsärzte interessiert, besonders aber in der Kriegs- und Nachkriegszeit, als gewisse Formen von Haftpsychosen sich in einer ziemlichen Häufung gezeigt haben. Daß die Haft im allgemeinen den Häftling psychisch nicht unberührt läßt, sondern im Gegenteil, ja nach der Art und der Wirkung ihn zu entsprechenden Reaktionen herausfordert, ist an und für sich selbstverständlich; den Haftreaktionen kommt deshalb auch der bedeutendste Anteil an den psychischen Äußerungen des Verbrechers im Strafwesen zu. Das Herausgerissensein aus der gewohnten Umgebung, die Trennung von den Angehörigen, die Entehrung durch die Strafe, bei Untersuchungsgefangenen die ängstliche Erwartung des Urteils, bei Strafgefangenen die Gewißheit der langen Strafdauer mit dem Zwange ein genußloses und meist auch nutzloses Leben zu fristen, sodann die durch mangelhafte Bewegung, schlechte Ernährung, ungewohnte Arbeit usw. verursachten Schädigungen des Körpers gehen nicht spurlos an den betreffenden Menschen vorüber, zumal es sich dabei meist um ein Menschenmaterial handelt, das einen hohen Anteil von psychopathischen Persönlichkeiten und zu geistigen Störungen Disponierten stellt. Es nimmt daher nicht Wunder, daß Geistesstörungen unter den Gefängnisinsassen nicht selten anzutreffen sind. Die Haftpsychopathologie, die nach *Birnbaum* den Hauptanteil an der Strafpsychopathologie umfaßt, sucht in das Wesen dieser eigenartigen Störungen einzudringen und die einzelnen Formen zu ordnen. Wenn man die verschiedenen Lehrbücher älteren und neueren Datums durchmustert, wird einem der Unterschied in der Stellung der einzelnen Autoren zu der Frage der Haftpsychosen auffallen; ich erinnere an *Kraepelin*, *Bleuler*, *Bumke*, *Birnbaum*, um nur die wichtigsten Vertreter zu nennen.

*Birnbaum*, der sich ja besonders mit haftpsychotischen Fragen befaßt hat, unterscheidet als Störungen in der Haft einmal die psy-



chisch-nervösen Haftfolgen und die Haftmanifestationen psychopathischer Sträflinge, wobei es sich bei den letzteren um Verstärkung der psychopathischen Charakteranlagen durch die Isolierung handelt, sodann die Haftpsychosen; mit letzteren haben wir uns allein hier zu befassen. Es ist schon seit den Arbeiten von *Delbrück* bekannt, daß in der Strafhaft eine recht große Zahl von Geisteskrankheiten zum Ausbruch gelangt; diese gehören aber sowohl aus wissenschaftlichen wie aus praktischen Gründen den beiden grundsätzlich auseinanderzuhaltenden großen Formationen an: nämlich den Krankheitsprozessen und den abnormen Veranlagungen. *Wilmanns* spricht nur von den letzteren als den Haftpsychosen, während *Birnbaum* beide dazu rechnet. Jedenfalls besteht aber hinsichtlich ihrer haftpsychotischen Wertung ein genereller Unterschied. Das Verhältnis beider Gruppen zu einander variiert je nach der Zusammensetzung der Sträflinge in der Weise, daß z. B. die echten Psychosen mehr in Arbeitshäusern zu finden sind, während die psychogen-degenerativen Störungen mehr in den Großstadt-Zuchthäusern mit dem stark degenerativ-psychopathischen Material und besonders in den Untersuchungsgefängnissen anzutreffen sind.

Die echten Psychosen haben haftpathologisch wenig Bedeutung; sie sind Äußerungen organischer Gehirnprozesse, wandeln die Persönlichkeit nach ganz bestimmten Gesetzen, brechen zum Teil erst in der Haft aus, werden zum Teil auch in ihr zuerst bemerkt, können aber nicht durch sie verursacht werden, weil sie in ganz ähnlichen Formen auch sonst aufzutreten pflegen. Von den echten Psychosen, die vor allem durch Paralyse, senile Demenz, arteriosklerotisches Irresein, Epilepsie und Schizophrenie vertreten sind, hat eine besondere Bedeutung höchstens die Schizophrenie; sie ist die Hauptvertreterin der echten Psychosen in der Haft und tritt nach *Birnbaum* nur hinter den psychogen-reaktiven Formen zurück; auch darin pflegt sie sich von den übrigen erwähnten Erkrankungen zu unterscheiden, als bei ihr das Krankheitsbild eine typische »Haftfärbung« erhalten kann, einmal in Form von Ganserähnlichen Zustandsbildern, von Pseudodemenz, sodann in Form von Wahnbildungen mit inhaltlicher Beziehung zu Hafterlebnissen. Andererseits ist aber auch von *Bumke* in seinem Lehrbuch erwähnt, daß abgesehen von *Dementia praecox*-Fällen auch epileptische Delirien im Beginn der Erkrankung in der Haft Bilder der degenerativen Haftpsychosen zeigen können, ja daß selbst eine Paralyse schon mit einem *Ganserschen* Dämmerzustand begonnen hat.

Die zweite, weit größere und haftpathologisch bedeutendere Gruppe stellen die eigentlichen Haftpsychosen, die reaktiv-degenerativen Haftzustände, dar; es sind dies krankhafte Reaktionen ab-

normer, geistig minderwertiger Rechtsbrecher, bei denen zwischen dem Ausbruch der geistigen Störung und dem Einfluß der Haft ursächliche Beziehungen bestehen. Diese Psychosen zeigen also in der Hauptsache völlig durchsichtige, seelisch verursachte, psychopathische Reaktionen. Kriminalbiologisch sind sie eben deshalb so interessant; gehen sie doch meist auf jene besonders anpassungs- und widerstandsunfähigen psychopathischen Veranlagungen zurück, die in so großer Anzahl in Verbrecherkreisen zu finden sind. Das prozentuale Verhältnis der in der Haft gesehenen echten Psychosen zu den degenerativen Haftpsychosen wird von den einzelnen Autoren verschieden angegeben, je nach der Art der Strafvollstreckung, der durchgreifenden Änderung des Strafvollzugs und nicht zuletzt auch nach der sozialen und weltanschaulichen Zeitströmung. Das eine steht jedenfalls fest, daß es während des Krieges und besonders in den ersten Jahren nach dem Krieg zu einer auffallenden Häufung gewisser Formen von psychogenen Haftpsychosen in den Gefängnissen gekommen ist, parallel mit dem Anschwellen der psychogenen Ausnahmezustände der verschiedensten Art, besonders der Kriegshysterie und der Renten-neurose.

Die einzelnen Spielarten dieser Haftpsychosen sind recht unterschiedlich und haben bezüglich ihrer Einordnung bei den einzelnen Autoren verschiedene Wandlungen erfahren. *Birnbaum* gliedert in psychogene Erregungs- und Verstimmungszustände, in psychogene Dämmerzustände mit verschiedenen Formen, in psychogene Wahnbildungen, halluzinatorische Zustände und in Steigerungen und Verstärkungen psychopathischer Eigenarten. Andere teilen ein in *Rüdins* Verfolgungswahn, Haftquerulantenwahn, präsenilen Beeinträchtigungswahn, *Kraepelins* halluzinatorischen Gefangenenwahnsinn, der sich mit *Birnbaums* wahnhaften Einbildungen der Degenerierten deckt, sodann in *Gansersche* Dämmerzustände und *Raeckeschen* Haftstupor. Über die Fragen, wie die verschiedene psychopathische Artung einen richtunggebenden Einfluß auf die Gestaltung der einzelnen Haftpsychosen ausübt, ist schon viel diskutiert worden; jedenfalls wird jetzt doch zugegeben, daß die Reichhaltigkeit und Unterschiedlichkeit der Erkrankungen durch die individuelle Anlage des Gefangenen und der jeweiligen körperlichen und psychischen Disposition mitbestimmt werden. Andererseits spielt aber die besondere Haftart für die Gestaltung der Psychose eine gewisse Rolle, ohne daß sie deshalb als alleiniger, Form und Inhalt bestimmender Faktor anzusehen wäre; so begünstigt vor allem die Strafhaft mit der Eintönigkeit des ganzen Betriebes, dem Mangel an Anregung, den chronischen Reibungen die Entwicklung von schleichenden Veränderungen der Persönlichkeit, die Hafthypochondrie und die paranoiden Wahnsysteme ver-

schiedener Färbung, wie Querulantenwahn, Unschuldswahn, Beugnadigungswahn usw. Andererseits führt die Untersuchungshaft durch die mannigfaltigen gemüthlichen Erschütterungen, das Gefühl der Erniedrigung, die plötzliche Verhaftung, das Verhör, die Unsicherheit über die Zukunft leicht zu akut auftretenden Erregungszuständen mit Neigung zur Zerstörung und Gewalttätigkeit, bei mehr oder weniger getrübttem Bewußtsein, zu *Ganserschen* Zuständen, Puerilismus, faxen-psychotischen Erscheinungen, seltener zu akuten Wahnbildungen. Die Prognose dieser Zustände ist gewöhnlich ein günstiger, da sie die Persönlichkeit in ihrem inneren Wesen nicht berühren. Gerade die *Ganserschen* Dämmerzustände und der *Raeckesche* Haftstupor bilden neben der wahnhaften Einbildung der Degenerierten den häufigsten Typ der akuten Haftpsychosen, die in den Kriegs- und Nachkriegsjahren die Detentionsanstalten in einem bisher nicht gewohntem Maße füllen. Wie ist diese Vermehrung zu erklären? Es ist ja nicht auszuschließen, daß viele derartigen Psychosen, die jetzt anders beurteilt würden, in der früheren Literatur infolge ihrer Auffälligkeiten für Simulation gehalten und dementsprechend bewertet wurden; andererseits haben die psychopathischen Veranlagungen nach *Wilmanns* weder innerhalb der Bevölkerung noch im Verbrechertum zugenommen; auch die zurzeit milde Handhabung des Strafvollzugs, das Fortfallen der schwereren disziplinären Maßnahmen würden eigentlich eher das Gegenteil erwarten lassen. *Wilmanns* sucht daher nach einer anderen Erklärung und wurde durch den Vergleich mit der Zunahme der Kriegshysteriker und der Rentenneurotiker auf den richtigen Weg gewiesen. Die Erfahrungen an der Kriegsneurose, die als ein Beispiel für eine moderne hysterische Massenpsychose, abhängig vom Zeitgeist, anzusehen ist, konnte er mit Recht auch auf die degenerative Haftpsychose anwenden; er hält diese psychischen Haftstörungen, also vor allem den *Ganserschen* Dämmerzustand, den *Raeckeschen* Haftstupor und die wahnhaften Einbildungen der Degenerierten, für Abwehrpsychosen gegen die Strafe, für Wunsch- oder Zweckpsychosen; es ist der Wille zur Krankheit, der Wille für geisteskrank gehalten zu werden, der den Gefangenen krank werden läßt, damit er aus der Krankheit Vorteile ziehen kann. Daher ist auch ein Verschwinden dieser Psychosen erst mit dem Erreichen des Zieles, um dessentwegen sie gezüchtet wurden, zu erwarten. Daher bleiben trotz Milieuwechsels derartige Psychosen in der Untersuchungshaft oft unbeeinflußt; der Untersuchungsgefangene bezweckt eben Unzurechnungsfähigkeit resp. Freispruch, während der Strafgefangene ein anderes Milieu, bessere Kost usw. zu erzwingen sucht. Diese Psychosen, die noch vor einem Jahrzehnt die Gefängnisse überschwemmten, haben in der letzten Zeit doch mehr oder weniger abgenommen, dank der

durch die Kriegserfahrungen gewonnenen andersartigen Bewertung der Psychopathen und der ärztlichen Stellung zur Frage der Zurechnungs-Verhandlungs- und Strafvollzugsfähigkeit. So hat man es jetzt gelernt den Begriff der die Verantwortlichkeit aufgehenden Geisteskrankheit enger zu fassen, hat auch mit der Verhandlungsfähigkeit bei *Ganserschen* Zuständen, in der Erwartung, daß sich die Gefangenen bei der Verhandlung geordnet benehmen, gute Erfahrungen gemacht, ebenso mit der Frage der Nichteinrechnung des Irrenanstaftsaufenthaltes in die Strafzeit.

Zum Schluß sei noch die Frage der Simulation von geistigen Störungen in der Haft gestreift, die ja gerade bei den reaktiv-haft-psychotischen Zuständen besonders nahe liegt. Die Auffassung dieser Psychosen als Zweckpsychosen bringt sie zweifellos in Beziehung zu absichtlichen Vortäuschungen. *Wilmanns* hält die überwiegende Mehrzahl dieser Zustände für bewußte Simulation und tritt damit in Gegensatz zu der landläufigen Auffassung der Psychiater, besonders zu *Birnbaum*, der die reine Simulation für viel seltener ansieht, zumal ein genügender praktischer Nachweis der Simulation auf erhebliche Schwierigkeiten stößt und eine wissenschaftliche einwandfreie Beobachtung so gut wie unmöglich ist. Es hängt die richtige Einstellung eng mit der Frage zusammen, ob Geisteskrankheit oder Simulation sich etwa ausschließen lassen. *Birnbaum* hat schon früher, 1909, in einem Vortrag darauf hingewiesen, daß die Fragestellung bei der Beobachtung eines Geisteszustandes in der Haft nicht lauten dürfe: »Geisteskrankheit oder Simulation«, sondern »Geisteskrankheit oder nicht«, da Simulation eben auch bei Geisteskranken vorkommen könne. Nur darf man natürlich wieder nicht soweit gehen, eine Simulation allein bei Geisteskranken und vor allem bei geistig minderwertigen Individuen, besonders bei Hysterikern, Imbezillen, Haltlosen, Epileptikern usw. gelten zu lassen, wie das z. B. *Möli* tut, der in der Simulation sogar eine Art Beweis für eine bestehende geistige Anomalie sieht. Es gibt sehr wohl geistig völlig gesunde Personen, die bewußt und willkürlich irgendeine äußere Haltung zum Zwecke der Vortäuschung von Geisteskrankheit anzunehmen und auch längere Zeit, wenn auch unter größter Willensenergie, beizubehalten verstehen; diese echten Simulanten sind aber sicher in der Minderheit und es ist ja auch verständlich, daß es Psychopathen mit ihrem labilen psychischen Gleichgewicht und ihrer Suggestibilität besser gelingt eine Geisteskrankheit zu imitieren. Begehrt für die Simulation sind vor allem solche in die Augen fallenden Erscheinungen, die nach Laienansichten als Inbegriff einer geistigen Störung gelten und die auch eine relativ gute Nachahmung versprechen, also besonders Erregungs-, Verwirrtheits- und stuporöse Zustände, Wahnbildungen, Erinnerungs-

fälschungen, Blödsinnsformen, Dämmerzustände. Die anfangs gewollte Absicht, sich für geisteskrank zu stellen, um daraus Vorteile zu ziehen, führt gerade bei den Psychopathen und da besonders bei den hysterisch veranlagten Persönlichkeiten recht oft auf dem Wege der Autosuggestion zu echten psychogenen Störungen; der Gefangene suggeriert sich die Symptome, geht vollkommen in dieser Situation auf, das Bewußtsein nur zu spielen geht allmählich verloren, die Simulation gewinnt die Herrschaft über ihn, er gleitet immer mehr in die Psychose hinein; die ursprüngliche Simulation hat zu einem hysterischen Ausnahmezustand geführt, dessen Ablauf dem Willen des betreffenden Rechtsbrechers nicht mehr gehorcht. *Birnbo.* nennt diesen Zustand eine psychogene Simulationspsychose. Für die forensische Beurteilung kommt es demnach weniger auf das Simulationsmoment, als besonders auf die Beurteilung des zugrundeliegenden geistigen Zustandes an. Zu erwähnen ist noch, daß auch das Geständnis einer Vortäuschung nicht für eine reine Simulation zu sprechen braucht, da dieses auch bei echten Psychosen in der Haft aus verschiedenen Gründen abgelegt wird.

Daß die Unterscheidung einer degenerativen Haftpsychose, besonders einer Simulationspsychose oder eines *Ganserschen* Dämmerzustandes, von einer Schizophrenie große Schwierigkeiten machen und oft erst katamnestisch geklärt werden kann, ist nicht verwunderlich. So habe ich zurzeit einen Patienten auf der Abteilung liegen, der in der Untersuchungshaft, wohin er wegen der Beteiligung an einem Diebstahl eingeliefert wurde, mit depressiven Erscheinungen erkrankte und dann zu Hause ein Zustandsbild von Erregungen, Wahnideen, Angstzuständen und Puerilismus bekam, das die Anstaltsaufnahme notwendig machte; hier löste nach einigen Wochen diesen Zustand ein typisch stuporös-negativistisches Bild ab, in dem Patient heute noch verharret.

Im Folgenden bringe ich als Beispiel für eine degenerative Haftpsychose, bei der auch Simulationserscheinungen aufgetreten sind, einen Fall, der Ende August 1931 zu einer sechswöchigen Beobachtung auf seinen Geisteszustand vom Gericht in die Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt Frankenthal eingewiesen wurde.

Es handelt sich um einen 1895 geborenen pensionierten Feldhüter aus N., J. D., der im Juli 1931 im Walde seine zweite Ehefrau durch Aufhängen zu Tode gebracht hatte und dafür wegen eines Verbrechens des Totschlags unter Berücksichtigung seiner geistigen Minderwertigkeit mit einer Zuchthausstrafe von nur acht Jahren und mit Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte von zehn Jahren bestraft wurde. Aus dem umfangreichen Gutachten, das ich damals erstattet habe, möchte ich nur das Wesentlichste herausgreifen und bringe deshalb lediglich die psychiatrische Würdigung des Falles.

D. hat, von zu Hause aus anscheinend, mit Ausnahme der Trunksucht

des Vaters, erblich nicht besonders belastet, von seiner Kindheit an schon seinen Eltern Schwierigkeiten in der Erziehung verursacht, ist in der Schule in der dritten Klasse herausgekommen, war leichtsinnig, verlogen; hat die schwere Erkrankung des linken Beines, von der es noch nicht einmal ganz sicher ist, ob sie auf einen landwirtschaftlichen Unfall zurückzuführen ist, wohl in willkommener Weise ausgenützt, um sich von der Erlernung eines tüchtigen und ihn ernährenden Handwerks zu drücken. Im Dienst als Feldhüter, den er während des Krieges angetreten hat, leichtsinnig, unzuverlässig, vergesslich und unehrlich, war er um eine Ausrede nie verlegen und hat es verstanden, stets durch eine raffiniert erfundene Geschichte seine Vernachlässigung zu beschönigen; er war nirgends beliebt, konnte einem nicht ehrlich in die Augen sehen. Von seiner Heimatgemeinde und der Umgebung, von Leuten, die täglich im Haus, in Wirtschaften oder aus anderen Gründen mit D. zusammen kamen, sogar von seinen eigenen Blutsverwandten, wird kaum ein gutes Haar an ihm gelassen. Er hat von jeher nichts getaugt, steht in einem äußerst schlechten Leumund, wird als stark verlogener, boshafter Mensch geschildert, als großer Gauner, Maulheld, Feigling, Theaterspieler, Künstler in Lügen und Verdrehungen; von seinen geistigen Fähigkeiten wird nicht viel gehalten, trotzdem wird er als schlaue und raffiniert hingestellt, wenn es gilt, seinen Vorteil zu wahren. Es wird ihm von keiner Seite etwas Gutes zugetraut; daher wird auch der von D. angegebene, einige Jahre zurückliegende Überfall beim Zusammentreffen mit Traubenfrevlern, dem D. seine Nervenzerrüttung und die Anfälle zuschreibt und auf dessen Folgen er seine frühzeitige Pensionierung schiebt, von allen Seiten nicht recht geglaubt, von vielen als reiner Schwindel hingestellt, zumal Zeugen keine Verletzung oder Bewußtseinstrübung an ihm wahrgenommen haben. Die Anfälle, denen D. eine besondere Wichtigkeit in seinem Leben beimißt, werden von allen Zeugen nicht als ernster Natur bezeichnet; schon aus der Art, wie sie von Laienmund genannt werden, als »Tour«, »Rappel«, ist ein Rückschluß auf ihr Wesen zu ziehen. Sie sind nach der ganzen Schilderung wohl als Wutanfälle zu betrachten mit theatralischem Hintergrund; in wie weit die von D. angegebenen Fälle, in denen er in einem Zustand von Bewußtseinsstörung sich unter den Zug habe legen oder aus dem fahrenden Zug habe springen wollen, der Wirklichkeit entsprechen, kann ich nicht entscheiden; aber nach der ganzen Schilderung gehören auch sie in die erstere Kategorie. Es wird auch von Zeugen und von den Angehörigen angegeben, daß D. Wutanfälle gehabt hat, wobei er aber stets gewußt habe, was er tue. Die ohne, meist aber unter Alkoholwirkung, besonders in Wirtschaften beobachteten Zustände, in denen D. den Hanswursten spielte, zum Narren gehalten wurde, exerzierte, tanzte, Vorträge hielt und sonstiges dummes Zeug produzierte, sind ebenfalls keine Anfälle im eigentlichen Sinne; die Angaben des D., daß er hernach nichts davon gewußt habe, sind nicht überzeugend, es müßte denn gerade ein schwerer Rausch vorausgegangen sein, und dazu bedurfte es sicherlich nur verhältnismäßig kleinerer Alkoholmengen, da D. nicht viel Alkohol vertragen konnte. Der Bezirksarzt von Dürkheim hielt den D. schon vor 20 Jahren anlässlich einer Begutachtung für geistig nicht normal und bei der Pensionierung vor einigen Jahren, für einen ausgesprochenen Neurastheniker. Seit der Pensionierung scheint es D. besonders toll getrieben zu haben; er ergab sich meist dem Nichtstun, während er die andern Familienmitglieder arbeiten ließ, ließ

sich bemitleiden, spielte den wilden Mann, war roh und brutal, ließ die Familie hungern, die Kinder sitzen, trank mehr Alkohol, verschleuderte das Geld, machte überall Schulden, so daß sogar eine Zwangsversteigerung seines früheren Anwesens anhängig wurde. Dabei schob er die größte Schuld auf die Krankheit (Epilepsie) seiner Frau, die zweifelsohne doch auch bei dem Niedergang mitbeteiligt war.

Beachtenswert ist, daß fast sämtliche Zeugen dem D. es zutrauen, seine Frau beseitigt zu haben.

Über die Umstände, die zum Tode der Frau geführt haben, liegen objektiv keine Beobachtungen vor; es wird lediglich festgestellt, daß die Eheleute wegen Rückstands der Miete aus ihrer Wohnung ausgesetzt wurden, ihre Kinder sitzen ließen und sich bereits eine neue Wohnung gemietet hatten. Zwei Tage vor dem Tode soll die Frau von Aufhängen gesprochen haben. Am Tage vor dem Tode der Frau soll D. bei Übergabe der Kinder geweint haben, während die Frau einen stumpfen Eindruck gemacht haben soll. Das psychische Verhalten des D. nach dem Tode der Frau bis zur Verhaftung war auffallend: Auf der Polizei in Deidesheim bekam er einen Erregungszustand mit Zerreißen der Kleider, machte bei einer Begegnung den Eindruck eines »Wahnsinnigen, Verwirrten«; fragte auf verschiedenen Ämtern nach seiner Frau, wollte nicht wissen, wo sie sei, gab die Zeitverhältnisse verkehrt an, machte einen abgehetzten, verstörten Eindruck, sprach auch vor sich hin; andererseits fiel er aber auch z. B. bei der Unterredung mit dem Kommissionär K. nicht weiter auf. Bei Gegenüberstellung der Leiche wird sein Gefühlsausbruch als markiert gedeutet, ebenso sein wechselndes Verhalten beim Essen im Gefängnis Dürkheim. Besonders auffallend ist, daß bei einem Verhör 14 Tage nach dem Tode der Frau, D. sich an Einzelheiten an dem fraglichen Tage wieder erinnern konnte; er erklärte sich allerdings für unschuldig, sagte, er habe die Frau erhängt aufgefunden.

Während der Untersuchungshaft im hiesigen Gefängnis wurden nun bei D. von Mitte August an des öfteren Anfälle von Zerstörungssucht mit Verwirrtheit und theatralischem Benehmen beobachtet, von denen nach der ganzen Aufmachung, dem Verlauf und der Koupierung der stellvertretende Landgerichtsarzt mehr den Eindruck des Gemachten oder Hysterischen hatte. Nachdem die Unruhe und Erregung aber weiter zugenommen hatte, fand der Verdacht einer wirklichen Psychose eine immer stärkere Nahrung, so daß schließlich zur Klärung der Frage die Beobachtung in der Kreis-Kranken- und Pflgeanstalt Frankenthal nach § 81 StrPO. angeordnet wurde.

In der hiesigen Anstalt wurden während der sechswöchigen Beobachtungszeit wesentlich neue Befunde im Vergleiche zu denen im Gefängnis erhobenen nicht gemacht; es wurde lediglich das Zustandsbild, das D. in der Untersuchungshaft geboten hat, weiterhin ergänzt. Während der ganzen Zeit ist sich das Verhalten des D. im Grunde genommen gleich geblieben, er ist nie aus der Rolle gefallen. Die Stimmungslage hat sich, mit Ausnahme der Erregungszustände, eigentlich nicht verändert; schon von vornherein machte D. einen stumpfen, ängstlichen, scheuen, schreckhaften Eindruck, zeigte sich öfter etwas traumhaft benommen; außerdem fiel immer wieder sein albernes, kindisches, einfältiges Gebaren auf, sowohl in seiner Sprechweise, als auch in seinen Bewegungen; so konnte er oft längere

Zeit im Saal herumrennen wie ein kleines Kind, machte Turnübungen, ließ sich hinfallen, stürzte über die Betten hinaus, ohne sich dabei wehe zu tun. Die Orientierung über Ort und Zeit war stets mehr weniger gestört, wechselte immer ohne besonderen Grund, wobei zugegeben werden muß, daß D. am Schlusse der Beobachtungszeit richtigere Auskunft geben konnte, als zuvor; aber auch da probierte er an der Antwort herum und suchte durch Fragestellungen die Zustimmung des Arztes zu erlangen. Auffallend war vor allem das Vorbeireden: D. stellte sich unfähig selbst auf die einfachsten Fragen oft die richtigen Antworten zu geben; z. B. konnte er die Aufgabe  $1 + 1$  einfach nicht lösen; er zeigte jedoch durch die Art seiner Antworten, daß er den Sinn der Fragen erfaßt hatte; oft setzte er dabei sogar mit dem richtigen Wort an und sprach hernach doch ein falsches. Anfangs verwechselte er auch die Speisen, die er aß. Vorgehaltene Gebrauchsgegenstände, wie Blei, Uhr, Schlüssel, nannte er völlig falsch, stellte sich dabei oft recht kindisch daran; er konnte auch solche Gegenstände nicht richtig gebrauchen, zerstörte z. B. beim Herausholen eines Streichholzes die Schachtel, zündete das Streichholz an dem verkehrten Ende an, steckte den Schlüssel in die verkehrte Tür, mit dem Bart nach oben, probierte mit aller Kraft am Schloß herum, stellte sich daran wie ein völlig unwissendes, blödes Kind. Gegen Ende der Beobachtungszeit nahm sich D. zeitweise etwas mehr zusammen, nachdem er durch die vielen Untersuchungen hindurchgegangen war, und konnte auch bessere Resultate erreichen. Auffallend war auch, daß er manche Erlebnisse, z. B. die Haftprüfung in der Anstalt, in ihrer Wichtigkeit nicht begreifen wollte, hernach aber doch wußte, um was es sich gehandelt hatte. Zum Lesen war D. nie zu bringen, erst nach Verpassung einer Brille, las er zwei Zeilen mittleren Druckes unter Anstrengung, um dann wieder aufzuhören. Die schwere Gedächtnisschwäche, die D. zeigte, war nicht echt, nicht organisch begründet und stand vor allem zu seinem sonstigen Wissen in direktem Widerspruch; auffallend war, daß er sich gerade an das nicht erinnern konnte, was ihn belastete, während er über seine Krankheitszustände genaue Auskunft geben konnte und so das Mitleid zu erregen suchte; er selbst hielt sich für den unschuldig Verfolgten, den Ausgestoßenen, der sich durch seinen gewissenhaften Dienst für die Gemeinde geopfert hat; die Angaben der Zeugen sind alle in dieser Hinsicht falsch, nur er selbst hat noch nie gelogen.

Die körperliche Untersuchung, die D. stets dadurch erschwert hat, daß er das Gegenteil von dem machte, was man von ihm verlangte, ergab immer wieder bei allen Untersuchungen eine weitgehende, bis völlige Abstumpfung des Gefühls am ganzen Körper, sogar an sonst sehr empfindlichen Stellen. D. machte auf alle, die mit ihm in Berührung kamen, mehr den Eindruck, als spiele er Theater.

Und nun zu den »Anfällen« selbst: Ausgelöst wurden dieselben entweder durch ein Kreuzverhör über die fragliche Tat oder, was häufiger vorkam, durch Belichtung der Augen; D. steigerte sich dann sofort in eine heftige Erregung hinein, schrie meist »Feuer, Feuer«; erlebte dabei allerlei Vorgänge in delirioser Weise, sah Brände, erlebte Vorgänge aus seiner Dienstzeit und verkannte dabei die umstehenden Personen im Sinne seiner Wahrnehmungen. Gewöhnlich zeigte er dabei noch Wutausbrüche mit ständig wechselnden Phasen, sprang am Fenster in die Höhe, über Betten



hinweg, ließ sich in plumper Weise hinfallen, aber sehr vorsichtig, ohne sich nur irgendwie zu verletzen, ahmte das Schwimmen nach, geriet zeitweise auch in Ekstase, betete, sah dann seine Frau, rief nach ihr usw., usw. Das Bewußtsein schien während der Zeit umdämmert zu sein, auf Nadelstiche reagierte D. nicht, die Pupillen waren maximal erweitert; auffallend war aber stets, selbst bei den heftigsten Erregungen, daß er auf Anrede, besonders wenn auf den Mordverdacht hingewiesen wurde, stets in diesem Sinne reagierte. Die Dauer eines solchen Erregungszustandes währte oft bis zu Stunden; hernach zeigte sich D. noch leicht verträumt, redete mehr wie sonst vorbei, neigte zu weiteren Erregungen. Einige Male war D. hernach auch noch unrein mit Urin.

Nach der Entlassung aus der Anstalt am 12. 10. zeigte D. in der Haft ein ähnliches Verhalten; er benahm sich recht kindisch, sprang im Hof herum, rupfte Blumen ab, um sie gleich wieder wegzuerwerfen. Er hatte auch beim Besuch des Arztes den gleichen Erregungszustand wie sonst. Beim letzten Besuch am 24. 10. schien D. anfangs etwas freier, um allerdings dann wieder in sein altes albernes Wesen zu verfallen, mit Sichdummstellen usw. Auffallend war diesmal nach längerem Verhör seine Äußerung, es könnte ja am Ende sein, daß er es gemacht habe, aber er könne sich in keiner Weise daran erinnern, es sei ihm jedenfalls nichts bewußt. Nach Aussagen von Gefangenen, die allerdings mit Vorsicht zu bewerten sind, soll er schon Zeitung gelesen und den Inhalt erzählt haben, ebenso soll er einmal gesagt haben, er würde mehr sagen, wenn er wüßte, daß er nicht schwer bestraft würde.

Um was für eine Krankheitsform handelt es sich nun in dem fraglichen Falle? Es sind vor allem solche Krankheiten differentialdiagnostisch zu erwägen, deren Äußerungen bei oberflächlicher Betrachtung mit denen des besprochenen Zustandsbildes Ähnlichkeiten aufweisen. Da ist zunächst die Epilepsie zu nennen: Die Anfälle sind aber sicher nicht epileptischer Natur, von epileptischen Dämmerzuständen kann auch keine Rede sein, ebensowenig von einer epileptischen Charakterveränderung. Eine schizophrene Erkrankung kommt ebenfalls nicht in Frage: das läppische Verhalten, ebenso die Erregungszustände machen mehr den Eindruck des Gemachten, sind aus der Situation heraus geboren; von einer schizophrenen Verblödung kann auch nicht gesprochen werden. Sodann müßten diejenigen Erkrankungen in Erwägung gezogen werden, bei denen es zu einer so hochgradigen Gedächtnisschwäche und Verblödung, wie sie D. vorgibt, zu kommen pflegt; es wäre das vor allem die Arteriosklerose, die Paralyse, traumatische Demenz: diese Erkrankungen scheiden aber ebenfalls auf Grund der Vorgeschichte und der körperlichen Untersuchung aus, außerdem hat die vorliegende Störung ausgesprochen den Charakter des Sichdummstellenwollens und des Sichnichterinnernwollens.

Dagegen gibt die ganze Vorgeschichte des D. bereits einen Fingerzeig für die in der Haft entstandenen psychischen Auffälligkeiten. Wir haben es hier mit einem ausgesprochenen, schweren

Psychopathen zu tun, der schon in seiner frühesten Jugend als geistig minderwertiger, verlogener und fauler Mensch bekannt war und später im Berufsalter durch sein asoziales Verhalten, seine Arbeitsunlust, seine Schwindeleien und Renomierversucht sich überall mißliebig gemacht hat; dazu sind noch echt hysterische Züge, vor allem in Form von Wutanfällen getreten. Auf dem Boden dieser psychischen Regelwidrigkeit hat sich nun in der Untersuchungshaft ein Zustandsbild entwickelt, das in der Literatur als degenerative Haftpsychose bezeichnet wird. Die Art der Erregungszustände mit teilweise traumhafter Benommenheit und illusionären Erlebnissen, das sogenannte *Gansersche Vorbeireden*, das ängstliche, scheue, daneben kindische, einfältige Benehmen sprechen entschieden für diese Diagnose; es ist auch bekannt, daß gerade diese Psychose bei gemüthlich abnormen Psychopathen sich gerne in der Untersuchungshaft entwickelt und daß sie auch bei Milieuwechsel nicht immer abzuklingen pflegt, solange nämlich das gerichtliche Verfahren noch nicht abgeschlossen ist, wie wir das ja auch während der sechswöchigen Beobachtungszeit in der Anstalt und darüber hinaus jetzt noch im Gefängnis gesehen haben. *Wilmanns* faßt deshalb in der neueren Literatur diese geistige Erkrankung auf als eine Wunsch- oder Zweckpsychose, entstanden aus dem Wunsche des Kranken für geisteskrank gehalten zu werden, um Vorteile daraus zu ziehen; sie ist nach ihm eine Abwehrpsychose gegen die Strafe mit dem Zweck beim Untersuchungsgefangenen Unzurechnungsfähigkeit und Freiheit zu erreichen. Es ist klar, daß sich bei dieser Auffassung der Verdacht einer reinen Simulation aufdrängt. Auch im Falle D. bin ich überzeugt, daß vieles, was der Mann zeigt und produziert, absichtlich gemacht, simuliert ist; aber die Grenzen im einzelnen Falle zwischen der reinen Simulation und dem bereits echt Psychotischen zu ziehen, ist durch die Beobachtung bisher nicht möglich gewesen. Daß der Mann bei der langen Beobachtungszeit nicht aus der Rolle gefallen ist, spricht jedenfalls nicht gegen eine Simulation; andererseits ist aber zu erwägen, daß auch eine echte Simulation meist nur auf dem Boden einer krankhaften Persönlichkeit, wie in unserem Falle, vorkommt. Außerdem ist doch zu bedenken, daß der Mann typisch hysterische Züge bietet, wie vor allem die Unempfindlichkeit der Haut gegen Nadelstiche, und es ist wohl denkbar und sehr wahrscheinlich, daß in unserm Falle die ursprüngliche Simulation zu hysterischen Ausnahmeständen geführt hat, die dem Willen des D. nicht mehr gehorchen.

Was die Haft- und Verhandlungsfähigkeit des D. anlangt, so glaube ich diese in unserm Falle zu bejahen; jedenfalls ist ein Versuch zu machen, den Mann zur Verhandlung zu bringen. Sollte allerdings der Mann Schwierigkeiten in der Haft machen, die sich

mit der Inhaftierung unter keinen Umständen vertragen, so wäre die Einweisung in die Anstalt als gemeingefährlich Geisteskranker wohl nicht zu umgehen.

Es bleibt zum Schlusse noch die wichtigste Frage zu erörtern, die Beurteilung des geistigen Zustandes des Angeschuldigten zurzeit der ihm zur Last gelegten Tat am 14. 6. 1931. Es sei vorausgeschickt, daß objektive Hinweise, daß D. seine Frau umgebracht hat, bis jetzt nach den Akten fehlen, ebenso ist über die geistige Verfassung des D. an dem fraglichen Tage nichts bekannt; es wird lediglich vom Vater des D. angegeben, daß D. mit seiner Frau am 14. 6. morgens von zu Hause fortgegangen und nachts allein heimgekommen sei, dabei habe er »verworrene Angaben« gemacht; das auffallende psychische Verhalten bis zur Verhaftung paßt zu seinem sonstigen Charakterbild und könnte als hysterische Reaktion nach Schreck beim Auffinden der Leiche gedeutet werden, wenn es nicht überhaupt von D. simuliert ist. Jedenfalls besteht nach den Zeugenaussagen kein Anlaß hier an einen Dämmerzustand zu denken.

Wenn das Gericht zu der Überzeugung kommen sollte, daß D. die Tat begangen hat, so ist ihm für diese Tat der Schutz des § 51 RStGB. nicht zuzubilligen; denn die bisher sowohl von den Zeugen in den letzten Jahren gesehenen hysterischen Ausnahmezustände als auch das in der Anstalt und in der Haft gezeigte Zustandsbild schließt die Verantwortlichkeit des D. nicht aus.

Soweit das Gutachten.

Die Erwartung, daß D. im weiteren Verlauf der Untersuchungshaft immer mehr seine Auffälligkeiten, besonders das kindische Benehmen und das Sichdummstellen verlieren würde, wohl aus dem ihm selbst vielleicht nicht ganz bewußten Gefühl heraus, daß er damit doch nicht zum Ziele komme, zumal ihn auch die Mitgefangenen stets zum besten hielten, hat sich erfüllt; ebenso hat sich D. auch während der beiden Verhandlungstage am 18. u. 19. 1. 1932 im allgemeinen korrekt benommen und keine Szenen gemacht. Lediglich hat er sich zum Ausfüllen der verschiedenen Erinnerungsglücken weiterhin nicht recht verstehen wollen; zum Schlusse hat er sich aber doch bequemt, ein Teilgeständnis abzulegen, worin er sich als Mithelfer bei der Tat bezeichnet hat.

Im Zuchthaus in Straubing, wohin D. am 12. 3. 32 verbracht wurde, macht er bisher keine besonderen Schwierigkeiten; nach den Strafanstaltsakten hat sich D. lediglich am Anfang bei der Untersuchung in wechselnder Weise schwerfällig, wie benommen, dann wieder recht redselig und lebhaft gezeigt. Einmal hat er auch wieder im Anschluß an eine Erregung einen »Anfall« gehabt; sonst soll er stets in recht guter Stimmung sein. D. wird als ein Hysteriker, ein pathologischer Lügner und Schwindler betrachtet,

der bei der Veranlagung und dem Mangel an Einsicht als unverbesserlich gilt.

#### Literatur:

- Birnbaum*: Simulation und vorübergehende Krankheitszustände auf degenerativem Boden. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1909.
- : *Kriminal-Psychopathologie und psychobiologische Verbrecherkunde* 1931.
- Bleuler*: *Lehrbuch der Psychiatrie* 1930.
- Boettiger*: Umfang und forensische Bedeutung der Hysterie. *Allg. Z. f. Psychiatrie u. psych. gerichtl. Med.* Bd. 94.
- Bratz*: Die Begutachtung psychogener Zustände. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1924.
- Bumke*: *Lehrbuch der Geisteskrankheiten* 1924.
- Dyrenjurth u. Steinbiß*: Der Fall Franken-Schulze. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1927.
- Handbuch der Geisteskrankheiten*: Bd. 4, 5 u. 6.
- Hauptmann*: Psychogen-Hysterisch-Simuliert. *Arch. f. Psych. u. N.Kr.* Bd. 74.
- Hellstern*: Vorgetäuschte Geistesstörung während der Haft. *Allgem. Z. f. Psychiatrie u. psych. ger. Med.* Bd. 83.
- Hildebrand*: Simulation oder Flucht in die Psychose. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1924.
- Knigge*: Über psychische Störungen bei Strafgefangenen. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1932.
- Kraepelin*: *Psychiatrie* 1915. Bd. 4.
- Kürbitz*: Psychische Störungen in der Haft. *Allgem. Z. f. Psychiatrie u. psych. ger. Med.* Bd. 82.
- Löwenstein*: Experimentelle Studien zur Symptomatologie der Simulation und ihrer Beziehungen zur Hysterie. *Arch. f. Psychiatrie u. N. Kr.* Bd. 72.
- Riese*: Wandlungen in den Erscheinungsformen der Hysterie. *Med. Welt* 1927.
- Schütz*: Die Haftfähigkeit bei Untersuchungs- u. Strafgefangenen. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1930.
- Stern*: Beiträge zur Klinik hysterischer Situationspsychosen; *Arch. f. Psychiatrie u. N.Kr.* Bd. 50.
- Sträubler*: Haftpsychose, Simulation, Hysterie. *Arztl. Sachverständigen-Zeitung* 1930.
- Tietze*: Über die forensische Bedeutung der Dämmerzustände; *Allgem. Z. f. Psychiatrie u. psych. ger. Med.* Bd. 94.
- Villinger*: *Kriminalbiologie; Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie und ihrer Grenzgebiete* 1930.
- Wilmanns*: Die sogenannte verminderte Zurechnungsfähigkeit als zentrales Problem der Entwürfe zu einem deutschen Strafgesetzbuch 1927.

Aus der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Düsseldorf-Grafenberg und der Psychiatrischen Klinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf (Direktor Prof. Dr. *Sioli*).

## Zur Frage der Mundhygiene bei Geisteskranken.

Von

Dr. **Blanke**, Zahnarzt.

Im Altertum war schon Zahn- und Mundpflege — zwar nicht in Germanien — doch bei den Bewohnern und Kulturen des Morgenlandes — bekannt, wurde geübt und fand selbst in den Gesetzen und Vorschriften der verschiedenen Religionen ihren Niederschlag. So enthält der Talmud, noch mehr der Koran, belehrende Abschnitte über Mundhygiene. Den Mohamedanern ist bei ihren Gebetswaschungen u. a. ein dreimaliges Reinigen des Mundes mit dem *Miḥwāk* vorgeschrieben. »Ein Gebet, bei dem man den *Miḥwāk* benutzt, ist Gott angenehmer als 70 Gebete ohne *Miḥwāk*! Der *Miḥwāk* ist die mohamedanische Zahnbürste und wird meistens hergestellt aus den wohlriechenden Wurzeln und Zweigen von *Salvadora persica*, deren Gewebe außerordentlich faserig ist.« (*F. W. Bachs*.)

Die Zweckmäßigkeit und der Wert hygienischer Maßnahmen zur Gesunderhaltung der Mundhöhle ist heute Allgemeingut der gesamten Medizin. Die umfangreiche Fachliteratur, Kurse und Lehrgänge in sozialer Zahnheilkunde zeigen dem Arzt und Zahnarzt, welche weittragende Probleme auf dem Gebiete der Mundhygiene noch der Lösung harren. *Herrenknecht*, ein erster Autor auf dem Gebiete der Zahn- und Mundhygiene sagt: »Über Ätiologie der Krankheiten des Zahnsystems — hauptsächlich der Parodontosen — sind unsere Kenntnisse leider noch ungenügend, und schon aus diesem Grunde besteht weder über die Prophylaxe, noch über die Therapie in allen Einzelheiten Einigkeit. Einig sind sich aber alle Autoren, gleichgültig, ob deutscher, amerikanischer oder anderer Nationalität, jetzt schon darin, daß die Art der Ernährung von größtem Einfluß auf die Entwicklung des ganzen Zahnsystems ist und im Verein mit einer regelmäßigen, zweckmäßigen Mund- und Zahnpflege auf dessen Gesunderhaltung.«

Die Mundhygiene soll als ihr Hauptziel die Gesunderhaltung des Zahnes bezwecken, ihn vor der endemischsten Erkrankung des Kulturmenschen überhaupt, der Karies bewahren. Nach *Millers*

und der meisten anderen Autoren Ansicht ist die Zahnkaries ein chemisch-parasitärer Prozeß. In großen Zügen dargestellt, entkalkt die im Munde gebildete Gärungsmilchsäure zuerst das Gewebe, sodann lösen die proteolytischen Bakterienfermente nach vorhergehender Erweichung den organischen Zahnknorpel auf. Auf diese Art entsteht die Zahnfäule, von der einfachen Fissurenkaries (Furchenkaries) mit oder ohne pulpitischer Reizerscheinung, bis zur vollständigen Vernichtung der Schmelz- und Dentinmassen mit Nekrose und Gangrän der Pulpa und all ihren Folgeerscheinungen akuter und chronischer infektiöser Wurzelhautentzündungen (Periodontitis), Granulomen und Cysten. Von letzteren (Granulomen und Cysten) ist in der zahnärztlichen und internistischen Literatur bei Erörterung der Frage der fokalen Infektion, bzw. der oralen Sepsis ausgiebig berichtet worden.

Eine weitere Erkrankung der vernachlässigten Mundhöhle ist die Alveolarpyorrhöe, Paradentalpyorrhöe, die in ihrer Ätiologie noch stark umstritten, sicher aber durch Zahnsteinansatz und schmierigen Belag weitgehend in ihrer Entstehung begünstigt wird. Die Alveolarpyorrhöe ist eine chronische, destruktive Entzündung des Zahnfleisches, mit Beteiligung des Alveolarfortsatzes, mit meist vorhandenen erweiterten Zahnfleischtaschen, aus denen sich auf Druck Eiter entleert. Diese im vorgeschrittenen Stadium nur schwer zu heilende Erkrankung endet mit dem Lockerwerden und allmählichen Ausfallen der Zähne.

Diese ganz kurz erwähnten Krankheiten entstehen in der überwiegenden Zahl der Fälle durch ein längeres Verweilen von Nahrungsresten in der Mundhöhle an sogenannten Retentionsstellen.

Die zahnärztliche Behandlung der Zahnkaries mit all ihren Folgeerscheinungen ist entweder eine chirurgische oder eine konservierende je nach dem Grade der Erkrankung. Notwendig ist »die Entfernung des Erkrankten und die Wiederherstellung der ursprünglichen oder einer für die Kaufunktion geeigneten Form des Zahnes« (*Kantorowicz*). Die allgemein hierbei in Betracht kommenden Gesichtspunkte können im Rahmen dieser Arbeit nicht weiter erörtert werden; später anlässlich Besprechung der Therapie von Zahn- und Mundkrankheiten bei den verschiedensten Geisteskrankheiten wird auf die bei diesen besonders zu beachtenden Maßnahmen noch näher eingegangen werden.

Zur Behandlung der Alveolarpyorrhöe übergehend soll der gleiche bedeutende Autor zu Wort kommen: »Die Therapie der Alveolarparadentitis (Alveolarpyorrhöe) tappte bei dem Mangel an klaren Vorstellungen über den pathologischen Charakter der Krankheit bis vor kurzer Zeit völlig im Dunkeln. Eine Anzahl von Mitteln wurde empfohlen, um ebenso schnell wieder verlassen zu werden. Einer Nachwirkung extrem bakteriologischer Anschauungen verdanken die Mittel ihre Anwendung, welche auf Beeinflussung der Bakterien ausgehen, die Antiseptica. Auf diese haben wir seit geraumer Zeit ganz verzichten gelernt, da sie niemals in der Lage sind, die Infektion auch nur auf kurze Zeit zu be-

einflussen. Damit entfallen aber die größte Reihe der Medikamente der Betrachtung. Der Wunsch, die Entzündung medikamentös zu beeinflussen, hat sich ebenfalls als hoffnungslos erwiesen. Man trifft auch heute noch hin und wieder Patienten, die monatelang mit Jodtinktur, Atzmitteln, Taschenspülungen mit  $H_2O_2$  behandelt wurden, um endlich in Verzweiflung den Zahnarzt zu wechseln. Andere Mittel, wie Massage, Hochfrequenzströme, Radiumbehandlung, wirken wohl nur suggestiv sowohl auf Zahnarzt wie Patient. Soweit Massage berechtigt ist, wird sie ungleich wirksamer als eine kurzdauernde zahnärztliche Maßnahme durch den Patienten selbst durch exakte Reinigung des Zahnfleisches mit Bürste und Schlemmkreide ausgeübt. Die moderne Therapie stützt sich auf folgende Methoden: Entfernung aller schädlichen Reize:

1. Zahnstein,
2. Überstehende Füllungen, Kronenringe, Beseitigung von Retentionsstellen,
3. gründliche Mundhygiene durch den Patienten selbst,
4. Abtragung der Zahnfleischtaschen,
5. Beseitigung der Knochentaschen.

Entfernung des Zahnsteins hat als wichtigste Maßnahme zu gelten, um hygienische Zustände herbeizuführen.«

Die Therapie der Alveolarpyorrhöe wurde deshalb etwas ausgedehnter angeführt, weil, wie weiter unten beschrieben, bei 235 untersuchten Geisteskranken 150mal u. a. die Diagnose Alveolarpyorrhöe gestellt wurde.

Bei dem kleinsten Beitrag über Mundhygiene darf bei den derzeitigen Ansichten der bekanntesten Autoren die Frage der »fokalen Infektion« nicht übergangen werden. Die kurzen folgenden Ausführungen sind angelehnt dem ausgedehnten Referat *Josef Christs* (Wiesbaden) für den 42. Kongreß der deutschen Gesellschaft für Innere Medizin in Wiesbaden, der sich in einer seiner Sitzungen mit dem Thema der Herdinfektion befaßte. Als Hauptredner behandelten *Päßler* (Dresden), *Rosenow* (Rochester) und *Bieling* (Frankfurt) dieses Thema.

*Päßler*, der über »Klinische Grundlagen und Probleme der Herdinfektion« sprach, hat schon 1909 für die Ursache mancher chronischer Erkrankung ungeklärter Genese kleine bakterielle Herde im Körper angenommen und Tonsillen, Zähne, Nebenhöhle, Genitalapparat als Infektionsquelle angesehen. Die Zähne resp. deren Granulome bezeichnete in Deutschland zuerst *Gürichs* 1904 als Herdursache. Die Bakterien der Mundhöhle gelangen auf dem Wege über eine zerfallende Zahnpulpa durch das Foramen apicale in die Blut- und Lymphbahn und es entsteht, falls die Bakterien in den beiden Säfteströmungen nicht vernichtet werden, eine sekundäre Infektion. *Päßler* macht häufig für Störungen im Kreislaufsystem Phosphaturie, ohne mikroskopisch nachweisbare cystische Begleiterscheinungen, Polyurie, Pollakisurie, Tenesmus und Verdauungsstörungen Herdinfektionen verantwortlich. Nach *Christ* sagt *Päßler*, »solche starken Beschwerden können selbst, wenn sie viele Jahre bestanden, schlagartig durch Beseitigung des Herdes verschwinden, der Schluß: post hoc, ergo propter hoc ist also berechtigt. Die Sanierung der Mundhöhle bildet auch die erfolgreichste, jeder medikamentösen und diätetischen Behand-

lung weit überlegene Therapie einer ganzen Reihe von Verdauungsstörungen. Man könnte von einer Gastroenteropathia parainfektiosa sprechen. Der Ausbau, vielleicht auch eine Korrektur von Einzelheiten des Vorgetragenen ist möglich, der Grundgedanke der dargestellten kausal-genetischen Beziehungen ist aber als gesichert zu betrachten.«

*Rosenow* faßt in seinem Vortrag über »Herdinfektion und elektive Lokalisationen« nach *Christ* zusammen: »Die Lehre von der Herdinfektion und der elektiven Lokalisation mag zwar revolutionär erscheinen, ihre Grundlagen sind aber fest begründet und ihre große praktische Bedeutung scheint sichergestellt. Es ist dringend zu wünschen, daß in Zukunft ihr beim Studium der Krankheiten die gebührende Beachtung geschenkt wird.« Unter elektiver Lokalisation versteht *Rosenow* die Organaffinität und Lokalisationsfähigkeit der Bakterienstämme, auf ein anderes Individuum verpflanzt, dieselben klinischen und pathologisch-anatomischen Veränderungen zu erzeugen, wie bei seinem Ausgangswirt. Als bekanntestes Beispiel für eine elektive Organaffinität und »Lokalisationsfreudigkeit« führt er den Streptokokkus *viridans* bei Endokarditis lenta an, den man fast ausschließlich auf den Herzklappen angesiedelt findet, trotzdem er noch lange im Blutkreislauf nachzuweisen ist. Die außerordentlich schwierigen und oft ganz komplizierten Arbeitsmethoden zu schildern, die *Rosenow* und seine Mitarbeiter zum Nachweis von Herdinfektionen angewandt hat, würde den Rahmen dieser Arbeit weit überschreiten. Das anschaulichste Mittel für die elektive Lokalisation von Streptokokken, die bei verschiedenen Krankheiten isoliert wurden, gibt folgende Tabelle von *Rosenow*.

Wenn keine 100% positive elektive Organschädigungen entstanden sind, so findet das seine Erklärung in der jeweils verschiedenen Immunitätslage der einzelnen Individuen. Nach *Christ*: »*Rosenow* erklärt ausdrücklich seine Übereinstimmung mit den schon auf dem Kongreß für Innere Medizin 1909 von *Päßler* formulierten Schlußsätzen über Herdinfektion. Als praktische Folgerung aus denselben ergibt sich die Notwendigkeit, die Herde zu entfernen, wenn auf unblutigem Wege nicht möglich, dann operativ, selbstverständlich aber mit sorgfältiger Berücksichtigung aller individuellen Verhältnisse. Man sollte einen Infektionsherd stets wie ein im Organismus sitzendes mit Bakterien gefülltes Reagenzglas mit durchlässigen Wänden auffassen, dann würde man die richtigen Konsequenzen ziehen.«

*Bieling* (Frankfurt), der über »Herdinfektion und Immunität« sprach, erkennt die Ergebnisse der *Rosenowschen* Beweisführung an, in dem er sagt: »Wer die umfangreichen tabellarischen Übersichten über *Rosenows* Versuchsergebnisse und diejenigen zahlreicher Nachprüfer durchgesehen hat, wird sich des Eindrucks nicht erwehren können, daß die aus dem lokalisierten Krankheitsherde beim Menschen oder dem zugehörigen Focus in der Mundhöhle gezüchteten Streptokokkenrohkulturen beim Versuchstiere weit über die Möglichkeiten des Zufalles hinaus die Tendenz haben, sich in denselben Organen beim Versuchstiere anzusiedeln, indem sie schon beim Menschen die Krankheit hervorgerufen hat.« Im Gegensatz zu *Rosenow* sieht *Bieling* in der elektiven Organaffinität keine besondere biologische Eigenschaft der Bakterien sondern ein Immunitätsphänomen des betreffenden Individuums.

»Betrachtet man zusammenfassend die Hauptseite der ganzen Verhandlungen, sozusagen deren Rückgrat, so wurde an sich von keiner Seite



Tabelle I.

Krankheiten der Patienten, bei denen Herdinfektion als Ursache angenommen wurde	Anzahl der Fälle und Stämme	Anzahl der infizierten Tiere	Organschädigungen der mit den betreffenden Bakterienstämmen infizierten Tiere (im Prozenten)													
			Appendix	Magen, Duodenum oder beide	Gallenblase	Gelenke	Muskeln	Nerven	Nieren	Haut	Endokard	Myokard	Augen	Lungen	Darm	Leber
Appendicitis .....	85	222	60	10	1	22,7	7,7	—	2,7	—	19	5,4	1	—	2,7	—
Ulcus ventriculi und duodeni .....	354	1539	2	65	6,6	8,8	1,9	0,6	4,5	0,6	5	1,4	0,6	0,6	2,7	0,6
Cholecystitis .....	56	177	—	32	45	9,6	5,6	—	6,8	1,7	6,8	5	—	4,5	12,4	—
Chronisch ulcerative Colitis .....	206	527	—	0,8	0,6	1,3	0,4	—	0,8	—	1,3	—	—	—	58	—
Gelenkrheumatismus .	24	71	8,5	41	2,8	66	26,8	—	39,4	5,6	46,5	43,7	9,9	4	12,7	—
Erythema nodosum .	9	53	—	3,8	—	18,9	32	—	7,6	60,4	9,4	—	1,9	1,9	1,9	—
Chronische Arthritis..	723	1477	0,6	7,9	2	52,8	11,9	0,4	8,3	0,4	5,5	0,7	0,4	2,3	0,5	0,2
Myositis .....	1392	891	0,5	13,7	2,2	29,3	72	8,7	9,2	3,4	10,3	14,5	1,0	6,2	0,7	0,1
Neuritis .....	24	124	3	5	1,6	12	32	65	9,7	—	4,9	9,7	—	13,7	3	—
Nephritis .....	17	64	—	4,7	1,6	9,4	11	—	59,4	—	3	4,7	—	—	—	—
Pyelonephritis .....	50	168	0,6	6,5	1,8	11,9	9,5	0,6	73	60	4,8	4	9,6	—	3	0,6
Hepes zoster .....	29	115	5	21	9,6	13	14,8	—	4,4	—	3,5	3,5	9,6	15,7	13	—
Endokarditis .....	29	109	—	6,4	1,8	17,4	2,8	—	11,9	0,9	76	9	—	11	7,4	—
Indocycklitis .....	87	272	0,4	2,2	0,8	5,2	3,3	1	2,6	0,8	2,9	—	41,6	2,6	0,4	—
Kontrollen .....	534	1329	2,3	14,2	4,5	18,4	13,5	2,9	8,7	2,8	10,6	6,4	0,8	8	5,2	1,2

Elektrische Lokalisation von Streptokokken, die bei verschiedenen Krankheiten isoliert wurden (E. C. Rosenow) (zit. nach Christ).

die Möglichkeit und das Vorkommen metastatischer, von einem kleinen Infektionsherde ausgehender Organerkrankungen bestritten. Bestritten wurde auch von niemand, daß der Ursprung dieser Infektionen in einem Zahnherde, in Pulpitis, Granulom, Parodontose liegen, und daß eine Anschwemmung hier vorhandener pathogener Bakterien durch die Blutbahn stattfinden kann.« So umreißt *Christ* ungefähr das Ergebnis der Verhandlungen des Internistenkongresses über Fokalinfektion.

*Jödicke*, Oberarzt in der Kückenmühler Anstalt zu Stettin, schreibt in seiner Arbeit, »Psychiatrie und Stomatologie« 1913, vermutlich doch rein empirisch, daß nach Einführung der allgemeinen Zahnbehandlung durch Einrichtung einer zahnärztlichen Abteilung eine ständige Abnahme endemischer Magen- und Darmkatarrhe festgestellt wurde, die er als eine unausbleibliche Folge dieser Maßnahmen ansieht.

Es bleibt zu erwähnen, daß *Cotton* (New Jersey) und *Graves* (Holly Moor, Birmingham), beides Leiter von Landesirrenanstalten fokale Infektionsherde für manche Erkrankung, wie Dementia praecox, manisch-depressives Irresein und Psychoneurosen mit verantwortlich machen. Beide haben daraus (nach Ref. *Christ*) die praktische Folgerung gezogen und untersuchen Tonsillen, Zähne, Sinus, Appendix, Gallenblase, Urogenitaltraktus, und im Falle eines Befundes behandeln sie mit großer Genauigkeit alle diese Organe, die für eine Herdinfektion in Frage kommen. Der Erfolg soll nicht ausgeblieben sein, die Zahl der Entlassenen hat sich verdoppelt und die durchschnittliche Behandlungsdauer soll in der Anstalt *Cottons* von 10 auf 3 Monate herabgesetzt sein.

*Heenry Upson* (Ohio) ist auf Grund von vielfachen Beobachtungen (nach *Misch*) zu der Überzeugung gekommen, daß von schmerzlosen nervösen Irritationen der Zähne z. B. Dementia praecox, Manie und Melancholie ausgehen, bzw. bei deren Beseitigung geheilt oder gebessert werden können. »Da *Upson* die betreffenden Kranken zur Sicherstellung der Richtigkeit seiner Diagnose und Angaben durch andere Irrenärzte nachuntersuchen ließ, kann man seine Befunde nicht übergehen.«

Der Abschnitt Herdinfektion soll abgeschlossen werden mit den Sätzen *Georg Steins* (Wien): »Zum Schlusse darf ich mich dazu bekennen, daß ich zu jenen gehöre, die auf der mittleren Linie stehen, jedoch zu einem radikalen Vorgehen neigen. Jahrelange klinische und experimentelle Beschäftigung mit diesem Gegenstand haben mich unter Berücksichtigung sorgfältiger Anamnesen und therapeutischer Erfahrungen in der Ansicht bestärkt, daß es zweifellos nicht ganz selten Fälle gibt, bei denen ein infektiöser Wurzelspitzenherd den Ausgangspunkt für eine Allgemeinkrankheit abgibt. Die Beweisführung auf diesem Gebiet ist aber aus den vielen erörterten Gründen so schwierig, daß sie derzeit als einwandfrei gelungen noch nicht betrachtet werden kann, ebensowenig wie jene, welche die Ungefährlichkeit dieser Herde zeigen möchte.«

Aus den angeführten unmittelbaren und den daraus folgenden, die Gesundheit noch schwerer beeinträchtigenden mittelbaren Schäden, die durch eine vernachlässigte Mundhöhle entstehen können, erwächst die unbedingte Forderung nach prophylaktischer Mundpflege. Der heutige Stand der Mundhygiene verlangt eine saubere, keine keimarme oder gar aseptische Mund-

höhle. Man strebt daher nicht die Vernichtung der Bakterien in der Mundhöhle an, sondern wir müssen dafür sorgen, daß sie keine schädliche Stoffe bilden können. »Deswegen müssen alle Speisereste regelmäßig aus der Mundhöhle entfernt werden. Die Speichelsekretion und die günstige Zusammensetzung des Speichels muß möglichst gefördert werden — hierbei ist der Kauakt (Schwarzbrot u. a.) wegen der damit verbundenen erhöhten Speichelsekretion und der mechanischen Reinigung ein günstiger Faktor — und die Mund- und Zahnpflegemittel dürfen auch bei langer Anwendung unter keinen Umständen auf die Mundschleimhaut oder sonstwie auf den Gesundheitszustand schädlich wirken.« (*Herrenknecht.*)

Die Reinigung des Mundes geschieht am zweckmäßigsten durch Spülen mit warmem Wasser und Bürsten der Zähne mit der Zahnbürste. Ist Erhöhung der mechanischen Wirkung beim Zahnbürsten erwünscht, so ist die chemisch reine Schlemmkreide das Mittel der Wahl. Die auf dem Markt mit viel Reklame angepriesenen Zahnpflegemittel sind ihrer leichten Handhabe und ihres erfrischenden Geschmacks wegen sehr beliebt, haben sonst trotz ihrer immer wieder betonten desinfizierenden Wirkung keinen besonderen Wert. Die antiseptische Wirkung ist nicht einmal erwünscht, da die Mundbakterien in ihrer Lebensfähigkeit gar nicht geschädigt werden sollen. Diese »Hausflora« ist nur unter ganz besonderen Umständen für den Wirt schädlich; im übrigen wirkt sie vielmehr nützlich durch Verhinderung oder Erschwerung der Ansiedlung fremder, auch pathogener Bakterien. *Herrenknecht* sagt in seiner neuesten Arbeit hierüber: »Die Zwecklosigkeit und unter Umständen Schädlichkeit antiseptischer Zusätze wird jetzt allgemein anerkannt.« Zusätze zum Mundspülwasser, deren Unschädlichkeit auf die harte Zahnschubstanz oder die Mundschleimhaut auch bei dauerndem Gebrauch erwiesen ist, können nach dem gleichen Autor aus psychologischen Gründen ruhig erlaubt werden. »Streng muß unterschieden werden, ob die Mund- und Zahnpflegemittel nur prophylaktisch wirken und daher dauernd oder gegen in der Mundhöhle bestehende Krankheitszustände nur vorübergehend benutzt werden sollen. Im letzteren Falle ist sehr häufig die Verwendung von Mitteln, selbst für Wochen oder auch Monate angezeigt, die für die prophylaktische Verwendung ganz zu verwerfen wären.« (*Herrenknecht.*)

Obwohl *Bonhoeffer* nach *Levanowitsch* gesagt hat, daß die Mund- und Zahnpflege bei Geisteskranken genau so wichtig und unentbehrlich ist wie das Waschen, Kämmen und Säubern des Patienten, ist es erstaunlich, wie wenig in der psychiatrischen Literatur über Mundhygiene zu finden ist (*Jödicke* und *Levanowitsch*) und wie wenig sich der Psychiater damit beschäftigt. Es

sollte nicht sein, daß der Psychiater der Mundhöhle nur neurologisches Interesse entgegenbringt, so naheliegend eine derartige Einstellung auch erscheint, sondern er muß auch dem Zustande der Mundhöhle und Zähne unter stomatologischen und allgemeinmedizinischen Gesichtspunkten seine Aufmerksamkeit schenken. Bei jedem neu aufgenommenen Patienten sollte die Mundhöhle unter diesen Gesichtspunkten mituntersucht und das Ergebnis im Krankenblatt eingehend niedergelegt werden. Bei eventuellen pathologischen Befunden ist der Kranke spezialistischer Behandlung zuzuführen, denn es liegt im Interesse des Kranken sowie des Kostenträgers, die Behandlung so frühzeitig wie möglich durchzuführen, da man im Anfang des krankhaften Prozesses mit kleiner konservativer Behandlung auskommt, während im vorgeschrittenen Stadium meist chirurgische und nachfolgend prothetische Behandlung erforderlich ist. In Amerika hat man dieser Erkenntnis längst Rechnung getragen, so daß eine geordnete Zahnpflege in allen Anstalten für Geisteskranke mit an erster therapeutischer Stelle steht. Hervorheben möchte ich an dieser Stelle aber, daß in der Anstalt Heppenheim schon um das Jahr 1890 von seinem damaligen Leiter Geh. Medizinalrat *Ludwig* eine ausreichende Zahnpflege und Behandlung eingeführt wurde. In einem Vortrag auf der 65. Wanderversammlung hessischer Irrenärzte im Jahre 1904 »Die zahnärztliche Behandlung der Geisteskranken und Neurastheniker« forderte der Zahnarzt (*Köhler*) der Anstalt Heppenheim die Einführung der Zahnbehandlung auch in den übrigen Anstalten mit den Sätzen:

I. »Eine geordnete Behandlung der Insassen von psychiatrischen Anstalten und Nervenheil-Anstalten durch Zahnärzte ist unbedingt erforderlich.

II. Die sämtlichen neu aufgenommenen Patienten müssen auf den Zustand ihrer Zähne und ihres Mundes vom Zahnarzt untersucht werden.«

In dieser Arbeit würden eine ganze Anzahl interessanter Fälle beschrieben, bei denen Neuralgie, maniakalische Zustände und Epilepsie, ausgelöst durch krankhafte Prozesse an Zähnen, nach Beseitigung dieser geheilt wurden. Hieran sieht man, daß die amerikanische Literatur, die in den letzten Jahren auf diese Wechselbeziehungen ganz besonders eindringlich hinweist, nichts absolut Neues bringt.

In der Anstalt Grafenberg, mit 1600 bis 2000 Aufnahmen pro Jahr, in der ich zahnärztlich — durchschnittlich einen halben Tag in der Woche — tätig bin, konnte bisher aus äußeren Gründen diese als notwendig geforderte, umfassende prophylaktische zahnärztliche Tätigkeit nicht allgemein durchgeführt werden, hier muß sich die Betreuung vielmehr auf die Behandlung akuter krankhafter Befunde beschränken. Wesentlich günstiger dürften die Verhält-

nisse heute wohl kaum in einer anderen deutschen Anstalt liegen. Daß eine derartige Form der Behandlung nicht als ausreichend zu betrachten ist, zeigt sich, wenn man eine größere Reihe von alten Anstaltsinsassen systematisch durchsieht, wie ich es jetzt bei 235 Fällen getan habe. Es handelt sich hierbei vorwiegend um solche Fälle, die auch in psychiatrischer Hinsicht mehr oder weniger dement — in den verschiedenen Formen der epileptischen, arteriosklerotischen, paralytischen, schizophrenen Demenz oder schwereren Formen des angeborenen Schwachsinn — erscheinen.

Bei der Bewertung des Gesamteindrucks wurde zwischen gut, ausreichend und mangelhaft unterschieden. Das Prädikat, das jedem Patienten gegeben wurde, ist das Resultat aus folgenden Untersuchungen der Mundhöhle: Bißstellung, Zahl der gesunden und kariösen Zähne, Zahl der Wurzeln und Zahnfragmente, Zahnsteinansatz, Beschaffung der Gingiva, Alveolarpyorrhöe, Abrasio, Hypoplasien.

Bei 235 Patienten mußten 116 Mundhöhlen mit mangelhaft = rund 49%, mit ausreichend = rund 39% und 27 mit gut = rund 12% bezeichnet werden.

Die Kranken mit progressiver Paralyse und Postenzephalitis mit je 60% mangelhaftem Ergebnis fallen aus dem Durchschnitt auffallend nach der ungünstigen Seite heraus und sind damit als die am meisten mundhygienisch Gefährdeten anzusehen. Man darf hierfür — allerdings bei der verhältnismäßig geringen Zahl der Untersuchten nur mit Zurückhaltung — aber doch wohl mit Berechtigung trophoneurotische Störungen als ursächlich annehmen. Diese Annahme gründet sich u. a. darauf, daß auch der Mundzustand der frisch erkrankten Paralytiker in dieser hohen Zahl als mangelhaft zu bezeichnen ist.

Mit welcher erstaunlicher Schnelligkeit bei Postenzephalitis der Zahn zerstört wird, kann bei drei Patienten nachgewiesen werden, deren Mundverhältnisse 1924 noch folgende waren:

Fall 1. Patient Ka., 39 Jahre, hatte 1924 14 Zähne im Ober- und 11 Zähne im Unterkiefer, 1932 im Ober- und Unterkiefer je 6, Verlust also 13 Zähne, trotz täglicher, unter anderen Umständen als ausreichend zu bezeichnender Zahnpflege. Erwähnen möchte ich hier, daß die Zahnpflege von einem Mitkranken täglich vorgenommen wird.

Fall 2. Patient Br., 33 Jahre, hatte 1924 im Ober- und Unterkiefer je 14 Zähne, 1932 keinen Zahn mehr.

Fall 3. Patient Js., 44 Jahre, hatte 1924 im ganzen 23 Zähne, 1932 im Oberkiefer 4 und im Unterkiefer 5 Zähne, Verlust also 14 Zähne.

Bei 43 Paralytikern wurden 30 Mundhöhlen mit mangelhaft

bezeichnet, außerdem hatten 24 Patienten insgesamt 141 Zahnfragmente, bei einem Durchschnittsalter von 45 Jahren.

Von der Gesamtzahl der 235 Patienten haben 128 Kranke 502 Zahnfragmente, durchschnittlich also vier. Diese könnten unter ungünstigen Umständen vier odontogene Infektionsherde darstellen, die zu entfernen im Interesse der allgemeinen Gesundheit unbedingt notwendig wäre.

78 Patienten haben gesunde Zähne, aber nur 27 eine gesunde Mundhöhle. Bei den übrigen Kranken findet man das klinische Bild einer sogenannten Alveolarpyorrhöe. Diese Alveolarpyorrhöen, hier möchte ich *Gottlieb* folgen, sind in 90% der Fälle Schmutzpyorrhöen; deshalb soll man eine Diagnosestellung Parodontalpyorrhöe vor Wiederherstellung hygienischer Verhältnisse vermeiden, denn nur solche Zahnfleischentzündungen sind Parodontalpyorrhöen, die trotz Wiederherstellung einer hygienisch einwandfreien Mundhöhle Eiterfluß aus den Zahnfleischtaschen zeigen. Dies ist deswegen von großer Bedeutung, weil die entzündeten Zahnfleischtaschen als ganz besonders hochvirulente odontogene Foki angesehen werden. Bei 150 Kranken der genannten Gruppen wurde Alveolar- bzw. Schmutzpyorrhöe diagnostiziert.

Die Verteilung der mangelhaften, ausreichend oder gut gepflegten Mundhöhlen war nicht an ein bestimmtes Alter gebunden. Hier möchte ich kurz einfügen, daß die besten Mundverhältnisse ein Patient von 67 Jahren (senile Demenz) mit gut gepflegtem Gebiß und 32 gesunden Zähnen hatte.

Bei den Schizophrenen gingen die Mundverhältnisse wesentlich weiter im einzelnen auseinander, als bei den anderen Krankheitsgruppen. Die nähere Auswertung des Materials ergab Parallelität zwischen Befund, Alter des Patienten, Dauer der Krankheit und des Anstaltsaufenthaltes. Die Kranken mit guten, ausreichenden Mundverhältnissen waren im Durchschnitt 32 Jahre alt und  $2\frac{1}{2}$  Jahre in Anstaltspflege; die mit mangelhaftem Ergebnis durchschnittlich 49 Jahre alt und 10 Jahre in Anstaltspflege. *J. H. Schultz* sagt von diesen Kranken: »Die allgemeine hygienische Vernachlässigung der Schizophrenen bringt es meistens mit sich, daß auch ihr Zahnsystem in einem sehr schlechten Zustand ist, und man wird selbstverständlich hier alles befürworten, was die allgemeine Hygiene der Mundhöhle verlangt.«

Von 235 Patienten trieben nach eigenen, meist glaubhaften Angaben und der Bestätigung des Pflegepersonals 71 regelmäßig Zahnpflege, davon mußten aber trotzdem 15 Mundhöhlen mit mangelhaft bezeichnet werden.

Was erkennt man aus diesen Feststellungen und wie kann das Ergebnis verbessert werden?

Zuerst glaube ich feststellen zu dürfen aus der Tatsache heraus, daß die 71 Mundpflege treibenden Patienten sich auf alle Arten von Geisteskrankheiten gleichmäßig verteilen, daß man nicht auf übermäßige Schwierigkeiten bei den Patienten stoßen würde, um allgemein Zahn- und Mundpflege regelmäßig durchzuführen. Ferner ist begründet anzunehmen, daß bei einer sehr großen Zahl von jetzt als mangelhaft zu bezeichnenden Fällen (verursacht durch Schmutzpyorrhöe) durch eine relativ kleine, d. h. drei Sitzungen nicht übersteigende Behandlung einwandfreie Mundverhältnisse herzustellen sind. Da wir die Wiederherstellung hygienischer Zustände von keinen Bedingungen abhängig machen, sondern aus den früher dargestellten Gründen in jedem Falle auch ohne akute Indikationsstellung durchführen sollen, erwächst hieraus für den Arzt in einer Anstalt für Geisteskranke die Pflicht, sein Interesse auch diesem Abschnitte der Körperpflege zuzuwenden. Der Arzt müßte jedes halbe Jahr den Mund des Kranken untersuchen und bei einem evtl. krankhaften Befund spezialistische Behandlung verordnen. In meiner langjährigen Tätigkeit in der Anstalt als Zahnarzt habe ich feststellen müssen, daß die zahnärztliche Sprechstunde fast nur von Patienten mit Schmerzen aufgesucht wurde, nur in seltenen Fällen, hierbei stellten die Frauen die größere Anzahl, aus prophylaktischen (vielleicht aber auch ästhetischen) Gründen. Wie schon oben erwähnt, muß auch jede neue Aufnahme regelmäßig auf Zahn- und Mundkrankheiten untersucht werden; denn Prophylaxe treiben ist und bleibt die vornehmste Aufgabe eines jeden Arztes, und besonders wertvoll sind vorbeugende Maßnahmen dieser Art gerade bei Geisteskranken.

Die Haupthilfe bei der Durchführung und Überwachung dieser mundhygienischen Maßnahmen muß das Pflegepersonal leisten, das bei geschicktem Vorgehen die größte Mehrzahl der Kranken zur Reinhaltung des Mundes anleiten kann. Voraussetzung ist, daß das Pflegepersonal über den Wert einer hygienisch einwandfreien Mundhöhle aufgeklärt, und bei Nichtbeachtung über die mittelbaren und unmittelbaren Schäden, die daraus erwachsen können, belehrt wird. Es genügt hierzu nicht nur eine Belehrung im Pflegervorbereitungskurs, sondern das Personal muß immer wiederholte Hinweise über diesen wichtigen Abschnitt allgemeiner Körperhygiene erhalten; ebenso ist das Personal über die Art der besten Mundpflege genau aufzuklären. Im »Irrrenpfleger 1925« schreibt Oberpfleger Daniel aus der psychiatrischen und Nervenklinik Leipzig: »Hier kann der Pfleger viel tun, indem er bei den Patienten geschickt vorgeht. Merkt der Pfleger auch nur geringe Anzeichen einer Entzündung der Mundhöhle, so ist es dem Arzt sofort zu melden.« Es ist notwendig, daß der Patient den Mund mit Bürste und Schlemmkreide, dem besten und gleichzeitig bil-

ligsten Zahnpflegemittel, mindestens einmal am Tage gründlich reinigt. Bei Verwendung von Zusätzen zum Mundwasser ist darauf zu achten, hierauf weist auch *Levanowitsch* schon hin, daß bei Paranoikern und Katatonen z. B. das Aufschäumen von  $H_2O_2$  oder ein bitteres Spülmittel zu unangenehmer psychotischer Verarbeitung führen kann. Diese Mundpflege muß vom Personal überwacht, wie auch durch Anleitung den Patienten richtige Zahnpflege gelehrt werden; besonders ist dies zu beachten beim Enzephalitiker, Paralytiker, Morphinisten und Imbezillen. Wie später noch eingehender beschrieben, sehen wir bei der Enzephalitis, Paralyse und dem Morphiummißbrauch eine schnell fortschreitende Oberflächenentkalkung des Schmelzes. Hier ist beste und man darf sagen bisher einzig wirksamste Prophylaxe intensivste Zahnpflege, um auch die kleinsten Speisereste (die durch Gärungsmilchsäure die Entkalkung beschleunigen) zu entfernen.

Die Imbezillen und Idioten sind mundhygienisch deswegen besonders zu überwachen, weil nach den Untersuchungen von *Mauß* rund 45% der Gebisse dieser Kranken Hypoplasien zeigen. Mit Hypoplasien bezeichnet man in der Zahnheilkunde Strukturveränderungen im Schmelz und Dentin, Eindellungen bis zu stärksten punkt- und furchenartigen Vertiefungen, welche die ganze Zahnoberfläche bedecken können und vom Schmelz kaum etwas übrig lassen. Die Grundursache für diese Formveränderungen an den Zähnen sieht man heute fast allgemein in Funktionsstörungen der Drüsen mit innerer Sekretion. Es ist natürlich leicht erklärlich, daß Zähne mit einer solch großen Zahl von Retentionsstellen besonders gefährdet sind; auch hier ist Prophylaxe alles.

Bei körperlich gehemmten Kranken haben wir Mitkranke mit bestem Erfolg angeleitet, die Zahnpflege auszuführen. Wenn jeder Patient das Zähneputzen einmal aus irgend einem Umstand unterläßt; noch nie ist dies bei einem Enzephalitiker vorgekommen, dessen gut durchgeführte Zahnpflege ein stark schwachsinniger Mitkranker täglich mit militärischer Pünktlichkeit vornimmt.

In seiner Arbeit »Erziehung zur Zahnpflege« empfiehlt *Tholuck* einen sanitären Wasserspeier, der einen temperierten Wasserstrahl kräftig nach oben führt, den man dann leicht mit dem Munde auffangen kann. Ein solcher Apparat ist besonders für Anstalten für Geisteskranke geeignet, weil er das Spülglas oder den Becher überflüssig macht.

Da in den meisten Anstalten für die Patienten regelmäßige Filmabende gegeben werden, sind die aufklärenden Filme über Zahn- und Mundpflege, die von den zahnärztlichen Organisationen verliehen werden, besonders geeignet, belehrend und werbend hierfür zu wirken.

Der berechnigte Einwand, daß sehr viele Geisteskranke auch



außerhalb der Anstalt keine Mundpflege treiben, sollte gerade mit Ansporn sein, die Patienten durch Arzt und Pflegepersonal auf den Wert der Mundhygiene während des Aufenthaltes in der Anstalt hinzuweisen, so daß die Anstalten für Geisteskranke bei der Entlassung des geheilten oder gebesserten Patienten in vielen Fällen die freudige Genugtuung hätten, auch auf diesem Gebiete sozialhygienischer Maßnahmen das ihrige beigetragen zu haben.

Maßnahmen allgemeiner bzw. aufklärerischer Art sind vom geschulten Pflegepersonal auszuführen; die Behandlung des Mundes und der Zähne ist ausschließlich Sache des Zahnarztes. »Es sei hier (gleich) hervorgehoben, daß die zahnärztliche Behandlung im Interesse der richtigen Diagnose und Indikationsstellung sowie der Therapie ein gewisses Quantum psychiatrischer Kenntnisse beim Zahnarzt voraussetzt. Die Zahn- und Mundbehandlung müssen hier erlernt werden. Die Geisteskranken müssen je nach Art ihrer Krankheit und den innerhalb dieser häufig wechselnden Seelen- und Körperzustand gerade behandelt oder gerade nicht behandelt werden« (*Levanowitsch*).

Die zahnärztliche Behandlung der neurologisch und psychisch Erkrankten soll hier nur bei Morphinisten und Enzephalitikern näher berücksichtigt werden. Die Schäden in der Mundhöhle und ihre Behandlung bei Paralytikern, Tabikern usw. sind so häufig in der Literatur beschrieben, daß ein Eingehen hierauf sich erübrigen dürfte. Über die zahnärztliche Behandlung der Enzephalitiker ist dagegen in der Literatur nur wenig (*Albanese, Hentze, Meyer, Blanke*), über die der Morphinisten, in der deutschen Literatur soweit sie mir zugänglich war, gar nichts zu finden.

Besonders erforderlich ist wie *Sioli* immer wieder betont, die zahnärztliche Behandlung der Morphinisten während des Anstaltsaufenthaltes. Die bei fast allen Morphinisten von einem, unten noch näher beschriebenen Zerfall geschädigten Zähne — ob auf allgemeiner Vernachlässigung der Körperpflege, chemischer Giftwirkung oder trophoneurotischer Grundlage beruhend, möge vorerst dahingestellt bleiben — sollten während der Entwöhnung, allerdings nicht zu frühzeitig, saniert werden; da sonst, bei der Abneigung der Patienten vor zahnärztlicher Behandlung und bei den hier nicht immer zu vermeidenden Schmerzen, ein Rückfall in das alte Leiden eintreten kann. Damit wäre die für den Arzt so mühevoll und vom Kranken meist unangenehm empfundene Entwöhnung vergebens gewesen. Hier ist die ärztliche mit der sozialen Indikation besonders nahe verwandt, wie ja auch *Sioli* in seiner Arbeit »Der Stand des Morphinismus« betont.

Die fast typisch zu nennenden krankhaften Prozesse an den Zähnen der Morphinisten beschrieb zuerst 1885 *Combes* »bei den Backenzähnen beginnt der Prozeß an der Kaufläche; an den Eck-

zähnen kommt es zu becherförmigen Aushöhlungen der Spitze und an den Schneidezähnen zu einer furchenartigen Vertiefung um den Zahnhals herum. Bisweilen schreitet der Zerstörungsprozeß so schnell fort, daß bereits ein Jahr nach dem ersten Auftreten desselben sämtliche Zähne ergriffen werden. Dieser Zahnzerfall soll nach *Combes* völlig schmerzlos vor sich gehen« (Ref. nach *Hentze*). *Hentze* will dagegen derartige Symptome nie gesehen haben. Unsere eigenen Ergebnisse der Untersuchungen des Zahnsystems der Morphinisten, deren Auswertung einer späteren Arbeit vorbehalten bleiben soll, scheinen die Ausführungen *Combes* zu bestätigen.

Bei den vielen Morphiumsüchtigen, die in der Anstalt Grafenberg behandelt worden sind, hat sich folgende Behandlungsmethode als durchführbar und praktisch erwiesen: Schon frühzeitig wird der Kranke zahnärztlich untersucht, und bei krankhaften Befunden vom Anstaltsarzt auf seine Schäden aufmerksam gemacht, nachdrücklichst darauf hingewiesen, diese während seines Anstaltsaufenthaltes beseitigen zu lassen, da sonst bei späterer Behandlung Rückfälle möglich seien. Nach körperlicher Erholung und psychischer Vorbereitung wird dann mit der Behandlung begonnen, die meist eine dankbare ist, da der Kranke häufig den Zahnzerfall genau verfolgend und ihn selbst auf den Morphiumabusus zurückführend, gerne einer Sanierung seines oft unheimlich zerstörten Zahnsystems zustimmt. Zahnfüllungen bei stark kariösen Zähnen der Morphinisten zu legen, ist nicht ratsam, und oft nicht möglich, da durch das Abbröckeln der Schmelzränder schon während der Behandlung ein exakter Randschluß zwischen Schmelz und Füllung — das erste Erfordernis für eine gute Füllung — nicht herzustellen ist. Hier ist in den meisten Fällen, besonders bei Kranken, für die ein öffentlicher Versicherungsträger kostenpflichtig ist, die Extraktion anzuraten; während sonst Füllung und sofortiges Überkronen den Zahn funktionstüchtig erhalten kann. Bei Zahnprothesen sind Klammern zu deren Befestigung, bei nicht überkronen Zähnen, unter allen Umständen zu verwerfen, da der Schmelz an diesen Klammerzähnen sehr schnell wieder kariös würde.

Bei den Enzephalitikern kommen Mund- und Zahnkrankheiten ganz regelmäßig vor, gleichgültig ob es sich um Fälle mit starken parkinsonistischen Symptomen handelt oder nicht. Die Mundveränderungen bestehen sowohl in Erkrankung der Gingiva und der anderen Mundschleimhäute, als auch in einer sehr schnell fortschreitenden Karies der Zähne. Wie wir oben schon an einzelnen Fällen nachweisen konnten, war innerhalb einiger (2 bis 3) Jahre aus einer mittelmäßig gesunden Mundhöhle mit 20 und mehr gesunden Zähnen eine stark eiternde Gingiva mit wenigen Zahn-

stummeln geworden. Wenn man sich auch beim Zustandekommen der Mundveränderungen der Meinung der Neurologen und Psychiater, welche die Veränderungen aus Störungen des Striatums und der vegetativen Zentren ableiten anschließt, so darf die überaus wichtige exogene Komponente nicht übersehen werden. Durch Hypersalivation und Verringerung der Kau- und Schluckbewegungen sind ideale Lebensbedingungen geschaffen für die bakterielle Seite in der Genese der Zahnkaries. Der mit großer Schnelligkeit alle vorhandenen Zähne befallenden Zahnkaries ist vorerst nur durch Prophylaxe auf mundhygienischem Wege beizukommen. Konservierende Behandlung ist in vielen Fällen wegen der Starre der Kaumuskulatur für den Kranken eine quälende Anstrengung und in den meisten Fällen ohne bleibenden Erfolg, da sehr bald am Rande zwischen Zahnfüllung und Schmelz eine Sekundärkaries entsteht. Zahnersatz haben wir für die hier behandelten Enzephalitiker noch nicht angefertigt, da die Starrheit der Muskulatur, der Tremor des Unterkiefers oder die fast immer bestehende Entzündung der Mundschleimhaut die Kontraindikation bildete. Therapie im zahnärztlichen Sinne auszuüben, ist kaum möglich. Hier ist peinlichste und gewissenhafteste Mundhygiene einziges Hilfsmittel um Zahn und Gingiva vor vollständiger Vernichtung zu schützen. Ist der Kranke durch verminderte Gebrauchsmöglichkeit seiner Hände nicht in der Lage, seine Mundreinigung selbst durchzuführen, so muß das Pflegepersonal oder ein dafür angelernter Mitkranker nach jeder Mahlzeit den Mund auf das peinlichste säubern, denn nur so ist es möglich, den Enzephalitiker vor den manchmal geradezu grauenhaften Zuständen in einer hygienisch vernachlässigten Mundhöhle zu bewahren.

Die vorstehenden Ausführungen sollen zeigen, daß nicht nur unter allgemein-hygienischen Gesichtspunkten, sondern auch unter den spezielleren der psychiatrischen Anstaltspraxis, der vorbeugenden und behandelnden Zahn- und Mundpflege, eine große Bedeutung zukommt. Wer diese Frage beachtet, kann leicht feststellen, daß zwischen dem, was ohne große Kosten erreichbar ist, und dem tatsächlich Erreichten noch eine deutliche Kluft besteht. Diese auszufüllen ist eine dankbare Gemeinschaftsarbeit zwischen Psychiater und Zahnarzt.

#### Literaturverzeichnis:

- Beaton, Th.:* Mundsepsis und Geisteskrankheit. Ref. in Misch, Fortschritte 5. 1929. L. A. Seite 184.  
*Bejach, C.:* Zahnärztliche Tätigkeit vom Standpunkt des Kommunalpolitikers. Ref. in d. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 895.  
*Blanke, J.:* Die Mundhöhle bei Encephalitis epidemica. D. Mtsschr. f. Zahnheilkunde 1925 Heft 6.  
*Bilykin:* Über Zusammenhang von Zahnerkrankung und Affektionen des

- Nervensystems. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. 59 Jg. 31 Seite 249.
- Bulleid, A.*: Dentale Sepsis und ihre Beziehungen zu Geisteskrankheiten. Ref. in Misch, Fortschritte 7. L. A. Seite 186.
- Bustin, H. u. M. Leist*: Röntgenstudium am Gebiß schwachsinniger Kinder. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1930 Seite 409.
- Christ, J.*: Herdinfektion. Beiheft zu Misch, Fortschritte 6. 1930.
- Daniel, J.*: Mund- und Zahnpflege bei Geisteskrankheiten. »Die Irrenpflege« Bd. 29 Jg. 1925.
- Determann, H.*: Impaktierte Weisheitszähne als verborgene Ursache ernster allgemeiner Störungen. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 42 Jg. 1926 Seite 419.
- Euler*: Über spontanen Zahnausfall bei einer Spätform von konnataler Lues. D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 489.
- Fiebig*: Zahnheilkunde im Talmud. Ref. in D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 581.
- Fischer, W.*: Der Zahnzustand bei Schwachsinnigen und Normalen. Ref. in Zentralbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 41. Jg. 1925 Seite 832.
- Friedberger*: Untersuchungen zur Hygiene des täglichen Lebens. M. m. M. LXXIII Nr. 25 Jg. 1926 Seite 1017.
- Gins, Alex.*: Das Problem der sogenannten »fokalen Infektion«. Misch, Fortschritte Bd. 2 1926 Seite 306.
- , Der jetzige Stand der Lehre von der fokalen Infektion. Misch, Fortschritte Bd. 6 1930 Seite 295.
- Gottlieb*: Schmutzpyorrhoe, Paradentalpyorrhoe und Alveolaratrophie. Misch, Fortschritte Bd. 1 1925 Seite 517.
- Graves, T. C.*: Chronische Sepsis und Geistesstörung. Ref. in Misch, Fortschritte Bd. 5 L. A. Seite 183.
- Grünwald*: Pflege des Mundes bei Kranken und Schwerkranken. Ref. in D. zahnärztl. Wschr. Jg. 1929 Seite 381.
- Herrenknecht*: Allgemeine und Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 1 Jg. 1925 Seite 796.
- , Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 2 Jg. 1926 Seite 668.
- , Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 3 Jg. 1927 Seite 678.
- Herrenknecht, Becks*: Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 4 Jg. 1928 Seite 736.
- , *Scheidt*: Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 5 Jg. 1929 Seite 715.
- , —, Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 6 Jg. 1930 Seite 664.
- , —, Mundhygiene. Misch, Fortschritte Bd. 7 Jg. 1931 Seite 716.
- Hentze*: Die Entzündungen der Mundschleimhaut. Misch, Fortschritte Bd. 2 Jg. 1926 Seite 621.
- Hunter, W.*: Chronische Sepsis als Ursache von Geistesgestörtheit. Ref. in Misch, Fortschritte Bd. 5 Jg. 1929 L. A. Seite 182.
- Jessen, E.*: Die internationale Hoffnung für Zahnhygiene. D. zahnärztl. Wschr. Jg. 1929 Seite 682 Ref.
- Jödike, P.*: Psychiatrie und Stomatologie. Psych. Neurol. Wschr. Bd. 15 Jg. 1913 Seite 367.
- Kantorowicz*: Lehrbuch, Klinische Zahnheilkunde 1924.
- Kauffmann*: Ein schriftlicher Rückblick auf die Geschichte und Grundsätze

- der Mundhygienebewegung. Ref. in Misch, Fortschritte Bd. 1 Jg. 1925. L. A. Seite 265.
- Köhler*: Die zahnärztliche Behandlung der Geisteskranken und Neurastheniker. Zahnärztl. Rundschau, Heft 36 Jg. 1904.
- Krauß, Herb.*: Gebißuntersuchungen bei Manisch-Depressiven und Psychopathen. D. zahnärztl. Wschr. 1928 Seite 1077.
- Kron, H.*: Nervenkrankheiten in ihren Beziehungen zu Zahn- und Mundleiden. 1922. Berl. Verl. Anstalt.
- Levanowitsch*: Die Mund- und Zahnpflege bei Geistes- und Nervenkranken. D. Zahnärztl. Wschr. 1929 S. 637.
- Majut*: Vernünftige und unvernünftige Zahnpflege. D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 1095 Ref.
- Mauß, Karl*: Zahnanomalien bei Idioten und Imbezillen. D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 876.
- Martin*: Einseitige akute Neuritis retrobulbaris bei Zahnerkrankung. Zentralbl. f. d. ges. Psych. u. Neurol. Bd. 26 Jg. 1921 Seite 410 Ref.
- Monheimer, Reißner*: Kursus der Zahnheilkunde in Amerika. Beiheft Misch, Fortschritte Bd. 3 Jg. 1927.
- Moral, H.*: Spezielle Pathologie der Mundhöhle. Misch, Fortschritte Bd. 2 Jg. 1926 Seite 128.
- Misch, Jul.*: Lehrbuch der Grenzgebiete der Medizin und Zahnheilkunde. Bd. 1 Seite 599.
- Meyer, Carl*: Zahnärztliche Untersuchungen bei Spätstadien bei Encephalitis epidemica. D. zahnärztl. Wschr. 1928 Seite 878.
- Priester*: Zahn- und Mundpflege auf neuzeitlicher Grundlage. Ref. in D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 949.
- Simson, Jutta*: Dentaler Fokus und Neuritis. Ref. in Misch, Fortschritte Bd. 6 Jg. 1930 L. A. Seite 342.
- Sioli, F.*: Der Stand des Morphinismus, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 86 Jg. 1927 u. Klin. Wschr. 1926 Nr. 38.
- , *Rinkel*: Das Blutbild während der Entziehung vom Morphinismus. Vortrag gehalten auf der Tagung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz in Köln am 3. 12. 1932.
- Schultz, J. H.*: Psychotherapie. Misch, Fortschritte Bd. 2 Jg. 1926, Seite 704, Bd. 3 Jg. 1927 Seite 704, Bd. 4 Jg. 1928 Seite 770, Bd. 5 Jg. 1929 Seite 741, Bd. 6 Jg. 1930 Seite 693, Bd. 7 Jg. 1931 Seite 747.
- Schütt*: Gebißuntersuchung bei Chorea. D. zahnärztl. Wschr. 1929 Seite 805 und 861.
- Stein, Gg.*: Die stomatogene Herdinfektion (Oralsepsis). Ref. in Misch, Fortschritte Bd. 8 Jg. 1932 L. A. Seite 146.
- Tholuck*: Erziehung zur Zahnpflege. Misch, Fortschritte der Zahnheilkunde Bd. 5 S. 1150.

Aus der Psychiatrischen u. Nervenlinik der Universität Rostock (Direktor:  
Professor Dr. M. Rosenfeld).

## Über psychische Störungen bei Stirnhirnerkrankungen.

Von

Dr. Albert Knepel.

Am Frontalhirn kann man strukturell und phylogenetisch drei verschiedene Anteile unterscheiden: das eigentliche Stirnhirn, das Orbital- und das Innenhirn. Letzteres umfaßt die Regio olfactoria, die Regio parolfactoria, den Gyrus cinguli und stellt zusammen mit dem Retrosplenium sowie dem Hippokampus das allokortikale Riechhirn der Autoren dar. Daß dem Frontalhirn eine besondere Wertigkeit bezüglich der höheren psychischen Vorgänge beizumessen ist, haben *Meynert* und *Flehsig* schon vor langer Zeit behauptet und damals die jetzt allgemein abgelehnte Stirnhirntheorie aufgestellt. Neuerdings ist das Orbitalhirn, dessen Bereich sich auf den Gyrus orbitalis internus, rektus und rostralis erstreckt, in Beziehungen mit höheren Ichleistungen, Gemeinschafts- und Selbstge-sinnungen gebracht worden (*K. Kleist*). Von dem restlichen lateral-marginalen Teile, dem eigentlichen Stirnhirn, gehen die charakteristischen Störungen auf dem Gebiete des Handelns, der Bewegungen, der Sprache, der Empfindung und der Denktätigkeit aus. Sind die Ergebnisse der Lokalisationslehre in mancher Hinsicht noch unsicher, ja widerspruchsvoll, so haben die Erfahrungen des Experiments und der Klinik, was die motorische Sphäre des Großhirns anbetrißt, doch zu einigermaßen gesicherten Erkenntnissen geführt. Das Gebiet der frontalen Motorik, dessen cytoarchitektonisches Charakteristikum der agranuläre Pyramidentyp darstellt, dehnt sich von den Fußabschnitten der drei Stirnhirnwindungen bis auf die Centralis anterior aus. In der Basis der ersten Frontalwindung sind die Zentren gelegen, von denen im Reizversuch Wendungsbewegungen des Rumpfes und Richtungsbewegungen der Extremitäten nach der Gegenseite ausgehen (*O. Vogt*). Außerdem soll hier, wie *Bartels* betont, der Ort für die seitliche Kopfwendung zu suchen sein. Experimentelle Beobachtungen von *Ferrier*, *Horsley*, *Mott*, *Bechterew* und *Foerster* scheinen dieses zu bestätigen. Hatte *Müller* schon vor längerer Zeit ein solches Zentrum in die untere Partie der zweiten Stirnhirnwindung verlegt, so wird neuerdings von *Kleist* die gleiche Windung, aber deren oberer Teil als frontales Adversivfeld für die seitlichen Kopfbewegungen angespro-

chen. Der Gyrus frontalis medius birgt in seinem basalen Abschnitt des weiteren das Windungsfeld für die kontralateralen Blickbewegungen (*Deviation conjugué*), wie *O. Vogt* und *O. Foerster* ermitteln konnten. Die unterste Frontalwindung endlich gibt im Bereiche der Pars ascendens dem sogenannten »*Brokaschen Zentrum*« Raum, dessen Läsion motorische Aphasie zur Folge hat. Von der restlichen hauptsächlich das Gebiet der Centralis anterior einnehmenden motorischen Zone konnte *O. Vogt* Spezialbewegungen, besonders der proximalen Extremitätenabschnitte auslösen. Die mittleren Drittel der drei Frontalwindungen, welche cytoarchitektonisch gut entwickelte Körnerschichten II und IV aufweisen, stellen nach *Kleist* eine frontosensorische Sphäre dar, deren Schädigung wahrscheinlich zu bestimmten Störungen der Spontaneität und des Ablaufs psychischer und physischer Vorgänge führt. Schließlic sei noch eines Gebietes Erwähnung getan, das etwa die mittleren Drittel von F II und F III, sowie deren polare Anteile umfaßt und durch gut ausgebildete Körnerschichten II und IV, sowie der breiten Schicht III gekennzeichnet ist. Schädigungen dieser Gegend, welche von *Kleist* als frontopsychische Zone angesehen wird, scheint zu Ausfällen auf dem Gebiete der Handlungsfolgen und der tätigen Gedankenbildung zu führen.

Überblickt man die kurz geschilderten topographischen Verhältnisse im Zusammenhang, so erweist sich das Frontalhirn qualitativ und somatotopisch gegliedert. Es erhellt, daß dieser Umstand seine größte Bedeutung im pathologischen Geschehen gewinnt. Vermag doch die evtl. Lokalisierbarkeit des Prozesses das therapeutische Handeln grundsätzlich zu beeinflussen. Die Semiotik frontaler Ausfallserscheinungen wird demgemäß teils neurologischen, teils psychischen Charakter tragen.

*Bruns* wies als erster darauf hin, daß bei Stirnhirntumoren häufig ataktische Bewegungsstörungen, vornehmlich Gangstörungen, auftreten. *Feuchtwanger*, dessen Untersuchungen sich auf eine große Anzahl Stirnhirnverletzter erstreckten, vermochte diese Tatsache zu stützen. *Gerstmann* unternahm den Versuch, die mitgeteilten Fälle bezüglich der Gleichgewichts- und Koordinationsstörung zu zergliedern und stellte vier Formen auf: eine ataktische, eine apraktische, eine atonische und eine retropulsive. Der astatisch-atonische Symptomenkomplex wurde von *Foerster* bestätigt. *Kleist*, dessen Ansichten sich auf Beobachtungen an Stirnhirnverletzten, Tumorkranken und Fällen von partieller Stirnhirnatrophie gründen, beschreibt eine Ungeschicklichkeit im Ablauf der bilateralen Rumpf- und Extremitätenbewegungen beim Stehen, Gehen und anderen Lokomotionen. Diese von ihm als innervatorische Stand-Gang-Apraxie bezeichnete Störung sei die Folge hirnschädigender Prozesse, welche den oberen Teil der Centralis anterior

und den angrenzenden Teil der ersten Stirnhirnwindung der rechten aber auch der linken Seite betreffen. Die genannte Apraxieform habe gewisse Ähnlichkeit mit der cerebellaren Asynergie, aber ohne die geringsten Zeichen einer Gleichgewichtsstörung. Geht die sog. frontale Ataxie über eine einfache Stand-Gang-Erschwerung hinaus, kombiniert sie sich mit Fallen nach verschiedenen Richtungen, so ist sie pseudofrontal bedingt und eine Mitschädigung anderer, respektive tieferer Hirnteile stehe dann außer Frage.

Läsionen, welche die Adversivfelder für die Wendungsbewegungen des Rumpfes und des Kopfes in den Fußabschnitten der beiden oberen Stirnhirnwindungen treffen, führen zu charakteristischen Erscheinungen. Drehungsschwäche des Kopfes und des Rumpfes nach der entgegengesetzten, dauernde Hinwendung bzw. Gangabweichung nach der herdglichen Seite wurden von *Kleist*, *Feuchtwanger* und *Barany* bei einigen Stirnhirnkranken festgestellt. Ähnliche Verhältnisse sah *Henning* bei einem Kranken an der Gehlsheimer Klinik. Starke Neigung des Oberkörpers und des Kopfes nach rechts, verbunden mit dauernd bestehender Tendenz, jedoch nach der dem Herde entgegengesetzten Seite abzuweichen und zu fallen waren die hervorstechendsten Merkmale. Letztere Anomalie, die übrigens eine der häufigeren der in der Literatur niedergelegten Beobachtungen darstellt, ist nach *Kleist* auf Nebenverletzungen des andersseitigen Stirnhirns bzw. tieferer Hirnteile zu beziehen.

Greift der zerstörende Prozeß auf das frontale Blickzentrum über, so sind Blickschwäche und Einstellungsnystagmus nach der Gegenseite die notwendige Folge.

*Rothmann*, *Blohmke*, *Reichmann* und *Kleist* beschreiben auf Grund ihrer Untersuchungen an Stirnhirnverletzten und Tumorkranken Veränderungen, welche das richtungsgleiche Abweichen beider Arme und Beine in ihren Grundgelenken betreffen. Die Schädigungen des kortikalen Adversivfeldes führte erwartungsgemäß zu Vorbeizeigen teils beider Arme bzw. häufiger des kontralateralen Armes zur herdglichen Seite wohl infolge Überwiegens des andersseitigen Zentrums. Somit bildet diese Erscheinung die pathophysiologische Bestätigung der Ergebnisse, welche *O. Vogt* in seinen Reizversuchen ermitteln konnte. *Goldstein*, *Vofß* u. a. machen darauf aufmerksam, daß das richtungsgleiche Abweichen einer oder beider Arme nach der entgegengesetzten Seite häufiger anzutreffen sei, eine Beobachtung, welche *Kleist* kausalgenetisch von einer Mitaffektion des anderen Stirnhirns oder tieferer Hirnteile, des Kleinhirns resp. des Vestibularissystems herleitet. Divergentes oder konvergentes Vorbeizeigen beider Arme gehört zu den Seltenheiten. *Ssasz*, *Podmaniczky*, *de Kleyn*, *Rademaker*, *Cohn*, *Goldstein* und *Kleist* berichten über gelegentliches Absinken und



Fehleinstellung eines Armes nach unten. Offenbar besitzt das frontale Adversivfeld nicht nur einen Einfluß auf die seitlichen Richtungsbewegungen, sondern auch auf die in vertikaler Hinsicht. Tonusveränderung der Muskulatur im Sinne einer Erhöhung oder Herabminderung wird von manchen als frontale Ausfallserscheinung gewertet. *Bostroem* lenkte vor einiger Zeit die Aufmerksamkeit auf frontal bedingte Zitterbewegungen, welche gelegentlich deutliche Ähnlichkeit mit denen der Paralysis agitans verrieten. *Schuster* und *Casper* beschreiben eigenartige Phänomene, die sich als Zwangsgreifen äußern und bei intakter Pyramidenbahn durch Enthemmung des motorischen Systems erzeugt werden. Die typischen Herde, welche die zum Greifen notwendige Formation von beiden Stirnhirnen absperren und damit den hemmenden Einflüssen jeglichen Zugang verwehren, sollen in der ersten Stirnhirnwindung und im Balken gelegen sein.

Neuerdings wird über das Wiederauftreten von primitiven Reflexmechanismen bei Stirnhirnschädigungen berichtet. Als hierhin gehörig erweist sich die von *Pötl* beschriebene paradoxe Beugereaktion, deren Fehlen nach *Engerth* und *Hoff* an die Integrität der vorderen heterolateralen Polregion gebunden ist. Weiterhin ist die von *Schwab* und *Foerster* in die Symptomathologie eingeführte *Magnus'sche* Stützreaktion hervorzuheben, die nicht nur bei Kleinhirnstörungen, sondern auch bei solchen frontalen Sitzes, und zwar in den basalen Teilen der zweiten und dritten Stirnhirnwindung zur Beobachtung gelangen soll. Werden die beiden Phasen — Stützreaktion des homolateralen, paradoxe Beugereaktion des kontralateralen Beines — zu einem Bilde vereinigt, so kann man darin eine Phase des primitiven Gehaktes erblicken, wie er sein Analogon im extrapyramidalen Gang der Quadrupeden findet. *Hoff* beschreibt bei einem Kranken mit Stirnhirntumor ein Symptom, das dem *Kernigschen* Zeichen bei meningealen Prozessen phänomenologisch gleicht. Dieser sog. Pseudokernig gibt sich im Gegensatz zu jenem in Schmerzen kund, die nicht längs des Nervus ischiadicus, sondern diffus krampfartig in den Beugern und Streckern der herdgleichseitigen Ober- und Unterschenkelmuskulatur empfunden werden. Der Pseudokernig, welcher scheinbar von allen Anteilen des Frontalhirns auslösbar ist, beruht ebenso wie die beiden oben angeführten Reaktionen auf dem Wiederauftreten von Mechanismen des primitiven Ganges, »der gleichsam als Schatten und Untergrund den menschlichen Gang begleitet«.

Diese genannten Erscheinungen sind nicht widerspruchslos hingenommen worden. *Kleist* hält die Erhöhung und Herabsetzung des Muskeltonus bei Stirnhirnverletzten und -Herden für nicht erwiesen. Rigor, Katalepsie und positive Stützreaktion können nach ihm nicht auf das Stirnhirn bezogen werden, sondern resultieren

aus Mitschädigung der Vorderhirnganglien bzw. des Zwischen-, Mittel- und Kleinhirns.

Andererseits wird von den Verfechtern gegenteiliger Ansicht in die Wagschale geworfen, daß Symptome von seiten der Stammganglien resp. des Kleinhirns Schädigung der frontothalamischen oder der fronto-ponto-cerebellaren Bahnen im Bereiche des Frontalhirns bedeutet und jene Ausfälle nicht immer auf subkortikale Zentren bezogen werden müssen. Es handelt sich hierbei, wie *Goldstein* meint, um Isolierungserscheinungen des abhängigen Apparates infolge Fortfalls frontaler Einflüsse. Doch ist nach seiner Auffassung die Annahme eines Wiederauftauchens primitiver Reflexmechanismen strikt abzulehnen.

Als Ausdruck der Reizerscheinungen im Bereiche des Frontalhirns können Anfälle vom epileptischen Typus vorkommen. *Jacksonanfälle* mit Übergreifen auf die andere Seite sprechen zunächst immer für Stirnhirnaffektion (*Schusser* i. Verein f. Psych. u. Neurol., Wien 1931). Kaukrämpfe in der Aura weisen dabei auf Beteiligung der dem *Brokaschen* Zentrum korrespondierenden Stelle der rechten Hemisphäre hin (*Hoff*). Interessant ist eine diesbezügliche Hypothese von *Pözl*. In den Fußabschnitten der zweiten und dritten Stirnhirnwindung liegen Zentren, denen die Übertragung des tiefen Antriebs auf diejenigen der Pyramidenbahnen obliegt. Versagen dieser Verteilertätigkeit läßt den Tonus in die tieferen motorischen und vegetativen Zentren abstürzen und führt damit zum epileptischen Anfall.

Stirnhirnranke bieten noch andere wesentliche Phänomene, welche schon mehr ins Psychische eingreifen. Es ist schon lange bekannt, daß Herde, die den frontalen Bereich der Aphasierregion (*Brokasche* Stelle) schädigen, motorische Aphasie hervorrufen, ein Resultat, das von *Liepmann* vor längerer Zeit anlässlich des Meinungsstreites um die Lehren *Pierre Maries* eindeutig unter Beweis gestellt worden ist. Diese kortikale motorische Aphasie ist meist mit agraphischen Störungen verknüpft. Die Lesefunktion erweist sich gewöhnlich viel weniger beeinträchtigt. *Lange* analysierte ausführlich einen Kranken mit Stirnhirnverletzung. Neben verschiedenen sonstigen Folgen bestand eine »klar umschriebene Werkzeugstörung, sehr erhebliche Schreibschwierigkeiten vom Charakter der Lautgraphie im Sinne *Monakows*«, welche offenbar als frontales Herdsymptom anzusprechen ist. *Stein* konnte bei vielen Stirnhirnkranken die Tatsache feststellen, daß sie sich schlecht von einem Vorgang auf einen anderen bzw. von einer Aufgabe auf eine andere umstellen können. Sollten die Kranken Kreise, Quadrate, Dreiecke u. dgl. nacheinander zeichnen, so waren in den Figuren andeutungsweise die Konturen der vorhergehenden zu erkennen. Der Autor folgert daher, daß bei Stirnhirnkranken der Zwang zur Fortsetzung

einer Bewegungsleistung als wesentliches Merkmal anzusehen ist. Der Bewegungsimpuls ist mit Vollendung der Leistung nicht erschöpft, sondern erfüllt sich entsprechend der Stärke der Nachwirkung im Ablauf der folgenden Bewegungen.

Was die Beziehungen zwischen Amusie und Aphasie anbetrifft, so soll hier nur erwähnt werden, daß von manchen Autoren Störungen der motorisch-musikalischen Leistungen mit Läsionen der Pars triangularis in Zusammenhang gebracht worden.

Eine diagnostisch wichtige Rolle in der Symptomatologie frontaler Ausfallserscheinungen spielen akinetische Zustände, welche die niederen Willensvorgänge, aber auch die höheren Determinationen in Mitleidenschaft ziehen können (*Poppelreuter* und *Schob*).

*Rosenfeld* hat das Stirnhirn in Beziehung zu Willensvorgängen gebracht, deren Äußerungen sich auf gewisse aktuelle Anteile des Sprechens und der Bewegungen erstrecken. Besonders wertete er die Akinese als ein häufig anzutreffendes Symptom, eine Ansicht, die in Erfahrungen von *Foerster*, *Schob*, *Feuchtwanger* und *Kleist* eine weitere Stütze findet. *Feuchtwanger* kam auf Grund seiner Beobachtungen an Hirnverletzten zu folgendem Ergebnis: Gleichgewichtsfunktionen bestimmter Art, sowie gefühls- und tätigkeitsmäßige funktionelle Leistungsanteile am bewußten psychischen Situationsganzen sind dem (organisch phylogenetisch homologisierbaren) Stirnhirn zugeordnet. Nach seiner Ansicht läßt sich der Antriebsmangel auflösen in einen solchen der Impulsgebung und der determinierenden Impulsbereitschaft. *Kleist*, der die Akinese am deutlichsten bei Frischverletzten ausgeprägt fand, unterschied drei Formen und versuchte, sie in bestimmte Abschnitte des Frontalhirns zu lokalisieren. Aspontaneität bezüglich der Gesamtbewegungen des Stehens, Gehens und der Notdurftverrichtungen bildet das Resultat von Verletzungen über dem mittleren Drittel der ersten und zweiten Stirnhirnwindung. *Pines* und *Sklartschik* beobachteten sehr häufig Störungen der Sphinkterenfunktion und messen ihnen eine gewisse diagnostische Bedeutung bei. Der unwillkürliche Harn- und Stuhlabgang sei keineswegs durch die psychische Alteration allein erklärt, denn diese gehen ihnen durchaus nicht parallel; außerdem sahen die genannten Autoren Störungen der Sphinkterenfunktion in Fällen, in denen keine nennenswerten Ausfälle von seiten der Psyche vorlagen.

Antriebsschwäche auf sprachlichem Gebiet, Spontanstummheit ist topisch-diagnostisch der Pars ascendens des linken Gyrus front. inf. zuzuordnen. Antriebsmangel zu mimischen Bewegungen der Aufmerksamkeit, des Denkens und zum Denken selbst ist an das mittlere Drittel der zweiten Stirnhirnwindung gebunden. Als vierte Form fügt *Kleist* auf Grund seiner Beobachtungen an psychisch Kranken Antriebsmangel zu Bewegungen des Mundes, der Zunge

und der Nahrungsaufnahme an, welchen *Henning* an einem Kranken mit Stirnhirntumor beschrieben hat. *Kleist* sah gelegentlich die Antriebsschwäche, verbunden mit apraxieartiger Erschwerung der Einzelbewegungen und sprach von Antriebsapraxie, die sich auf sprachlichem Gebiete in analoger Weise in aphonischen, monotonen und unvollkommenen Entäußerungen manifestierte. Auch der Ablauf aufeinanderfolgender Handlungen erwies sich in manchen Fällen gestört. Eine zusammengesetzte Handlung wird entweder überhaupt nicht bis zum Ende durchgeführt oder sie erschöpft sich die Teilakten resp. wird in vereinfachter, abgekürzter Form erledigt. Dieser sog. frontalen Apraxie der Handlungsfolge sollen ursächlich Schädigungen der »fronto-psychischen Zone« im mittleren Drittel von F II und F III zugrunde liegen.

In sprachlicher Hinsicht offenbart sich letztere in Telegrammstil bzw. Agrammatismus, ausgehend von Herden in der Pars ascendens der dritten Frontalwindung.

Außer den akinetischen scheinen auch hyperkenetische Zustände Beziehungen zum Symptomenkreis frontaler Ausfallerscheinungen aufzuweisen (*Feuchtwanger, Kleist*). *Bruns* hat vor längerer Zeit darauf hingewiesen, daß bei Stirnhirnkranken auffallende Interesselosigkeit zu beobachten sei und sprach vom Symptom der frontalen Interesselosigkeit. *Goldstein* betont, das Versagen der Fähigkeit, das wesentliche eines Erlebnisses zu erfassen, die Störung der »Figur-Hintergrundsbildung«, sei charakteristisch für Stirnhirnkranken. Die Beeinträchtigung dieser Funktion führe sekundär zu Unaufmerksamkeit, Merkschwäche, Symptomen, die zu den agnostischen und apraktischen Störungen gehören und schließlich zu Akinese. Das Stirnhirn formt das Material, das ihm von anderen Hirnabschnitten geboten wird. *Pfeiffer* stellte bei seinen Stirnhirnverletzten besonders starke Leistungseinbuße bezüglich der Denkvorgänge, der Kritikfähigkeit und der kombinatorischen Geistestätigkeit fest, Ergebnisse, die *Feuchtwanger* nicht zu bestätigen vermochte. *Kleist* weist auf Grund seiner Beobachtungen an Stirnhirnverletzten, ferner Kranken mit Stirnhirnerweichungen, -Tumoren und Atrophien auf »alogische Gedankenmängel« hin, die durch einfachen Ausfall an Gedanken, Verarmung und Einschränkung von Denkweisen charakterisiert sind. Diese Mängel der Gedankenbildung treten besonders bei kombinatorischen Aufgaben, bei Prüfung des Beziehungsdenkens, bei Unterschieds-, Ähnlichkeits- und Analogiefragen, also bei Anforderungen an die tätige Gedankenbildung zutage und verdanken ihre Entstehung Prozessen, die sich in den vorderen bis mittleren Abschnitten der zweiten und dritten Frontalwindung abspielen. Wahrscheinlich sind an die gleiche Örtlichkeit Rechenstörungen gebunden, die den alogischen Gedankenmängeln wesensverwandt sind.

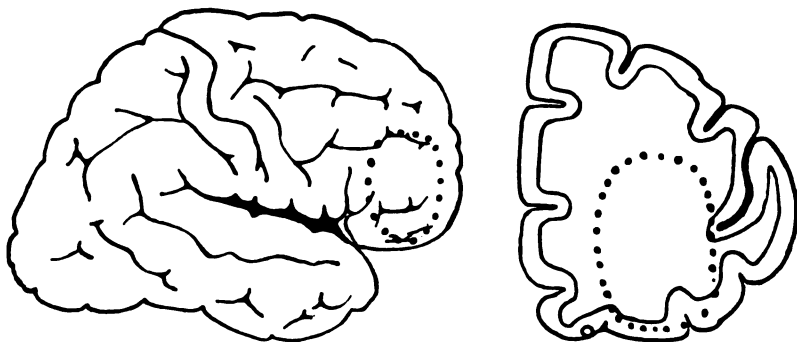
Die mangelnde Spontaneität, die Akinese auf dem Gebiete der Körperbewegungen, sowie die Störungen der Denktätigkeit erinnern manchmal an katatonische Zustandsbilder, wie dies namentlich schon frühere Beobachtungen von *Rosenfeld* ergeben haben. Vor kurzem noch berichtete er über einen Fall partieller Stirnhirnatrophie, in welchem ausgesprochen katatone Züge eine zeitlang das Krankheitsbild beherrschten, so daß zunächst die Diagnose einer Schizophrenie ernsthaft erwogen wurde. Der schleichend beginnende Prozeß äußerte sich anfangs in Inaktivlosigkeit, Antriebschwäche, Autismus, Aufmerksamkeitsstörungen und Vorbeireaktionen. Gelegentlich wichen die Zeiten der Teilnahmslosigkeit solchen leichter Erregung. Dann aber traten stuporöse Zustände mit völliger geistiger Stumpfheit mehr in den Vordergrund, zu denen sich weiterhin mehr striär bedingte Symptome hinzugesellten und damit die grob anatomische Natur des Leidens vertierten. Fälle ähnlicher Art sind von *Grünthal*, *Kahn*, *Gans*, *Scholz* und *Stertz* mitgeteilt worden.

Wirken sich die Störungen des Antriebs zu körperlichen Bewegungen im wesentlichen doppelseitig, d. h. an bilateral zusammenarbeitenden Muskelgruppen aus, so gibt es doch von dieser Regel manche Ausnahme. *Kleist* bemerkt, daß halbseitiger Antriebsmangel nur als linksseitige Antriebschwäche bei Zerstörungen des Stirnhirnbalkens — durch Erweichungen oder Tumoren — vorkommt. Offenbar ist dem linken Stirnhirn eine größere Bedeutung bezüglich der Antriebsleistungen beizumessen.

In der jüngsten Zeit gelangten an der Gehlsheimer Klinik drei Fälle von Stirnhirntumor zur Beobachtung, welche namentlich im Hinblick auf die eben genannten halbseitigen Phänomene besonders geeignet erscheinen, die bisherigen Kenntnisse über Stirnhirnsymptome zu erweitern und zu vertiefen.

Im ersten Falle (Karoline K.) handelte es sich um eine 56jährige Büdnernfrau aus gesunder Familie. Vor etwa 15 Jahren, zurzeit einer Glaukom-Operation in der Rostocker Augenklinik, »habe es mit den Nerven angefangen«. Sie klagte damals über leichte Erregbarkeit und Empfindlichkeit Geräuschen gegenüber. Die subjektiven Beschwerden gingen wieder zurück und die Besserung hielt bis Juli/August 1931 an. Nunmehr traten starke Kopfschmerzen, die als Stechen und Schneiden empfunden wurden, in der Stirn- und rechten Schläfengegend auf. Konnte die Kranke sich dann nicht ruhen, so machten sich Schwindelanfälle mit gelegentlichem Erbrechen bemerkbar. Über Schlaflosigkeit klagte die Patientin nur dann, wenn sie Kopfschmerzen hatte. Das Gedächtnis habe nicht besonders nachgelassen. Der körperliche Befund ergab außer einer mäßigen Atherosklerose und einer leichten diffusen Klopfempfindlichkeit des Kopfes nichts Abnormes. Der neurologische Status zeigte folgende Verhältnisse: Leichte Ptosis des linken Augenlides, Parese des linken Mundfazialis, Adiadochokinese in der linken Hand angedeutet. Der Tonus des linken

Armes war erhöht, die grobe Kraft gemindert. Die Reflexe der linken Körperseite waren gesteigert, die Bauchdeckenreflexe rechts stärker auslösbar. Das Gowersche Phänomen war beiderseits positiv, Pseudopatellarkloni konnten rechts in vermehrtem Maße nachgewiesen werden. Fußkloni links stärker ausgeprägt. Das Babinskische Zeichen ließ sich links deutlich auslösen, rechts nur andeutungsweise. Weitere pathologische Reflexe fehlten. Auch ließ sich keine Ataxie nachweisen. Sensibilität o. B. Der Gang war langsam und unsicher, die Sprache ebenfalls schleppend, monoton und spärlich. Am Augenhintergrund konnte keine Stauungspapille festgestellt werden. Die Venen erschienen jedoch reichlich gefüllt. Die Lumbalpunktion zeigte erhöhten Druck an, von 310 mm, der nach Ablassen von ca. 10 ccm auf 170 mm sank. Nonnesche Reaktion schwach positiv. Der Liquor war klar. Zellgehalt  $\frac{2}{3}$  Lymphocyten. Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ. Die Röntgenaufnahme des Schädels ließ keinen pathologischen Befund erkennen.



Psychisch zeigte die Kranke deutliche Apathie. Die örtliche und zeitliche Orientierung jedoch war vollkommen erhalten. Sie machte kurze, präzise Angaben, aber in etwas verlangsamter Weise. Das Nachdenken und Sprechen bereiteten ihr — wie auch alle anderen Bewegungen — sichtlich Schwierigkeiten. Am liebsten wollte sie in Ruhe gelassen werden. Es bestanden keine Wahnideen, noch waren Intelligenzdefekte nachweisbar. Gedächtnis und Merkfähigkeit reduziert. Im weiteren Verlauf erwiesen sich die Kopfschmerzen medikamentös schwer beeinflussbar. Schon in den nächsten Tagen wurde die Patientin vollkommen bettlägerig und vermochte ohne Unterstützung kaum noch zu gehen. Des nachts ließ sie unter sich. Im Bett lag sie apathisch da und zeigte keine Neigung zu spontanen sprachlichen Entäusserungen. Redete man sie an, so antwortete sie sehr verspätet mit wenigen, teilweise undeutlichen Worten. Ungefragt klagte sie nicht einmal über Kopfschmerzen. Die neurologischen Symptome entwickelten sich progredient weiter. Es bestand deutliche Akinésie. Dabei war die Schwäche des linken Armes und Beines stärker ausgesprochen. Die spastischen Erscheinungen der linken Extremitäten nahmen zu. Motorische Reizerscheinungen, Sensibilitätsstörungen und Gesichtsfeld-einschränkungen gelangten nicht zur Beobachtung. Ebenso entzogen sich Aphasie, Alexie und Apraxie im engeren Sinne dem Nachweis. Sub finem

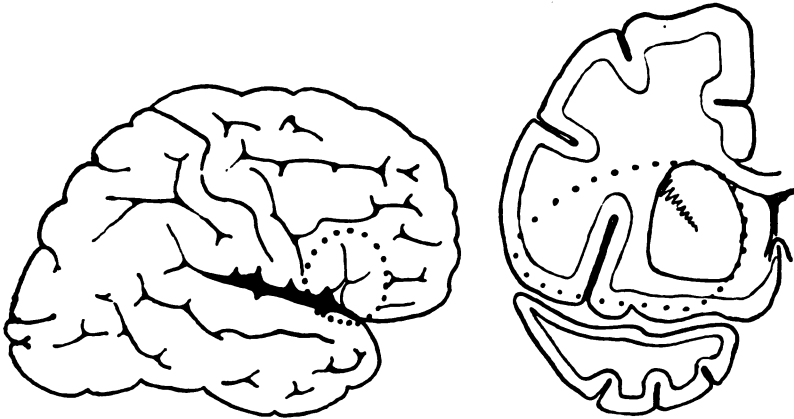
erfuhren die genannten Symptome weitere Steigerung. Benommenheit und stuporöse Zustände beherrschten das Zustandsbild. Schließlich erfolgte am 12. Tage nach der Einlieferung der Exitus. Die Sektion ergab einen überwalnußgroßen, cystisch degenerierten Tumor im rechten Stirnhirn, der starke Verdrängungserscheinungen nach der linken Hemisphäre bewirkt hatte. Histologisch wurde der Tumor als Meningeom erkannt.

Resümierend läßt sich folgendes sagen: Eine 56jährige, erblich unbelastete Frau erkrankte allmählich unter den Erscheinungen einer leichten Erregbarkeit. Ob es sich damals schon um Initialsymptome eines noch sehr kleinen frontalen Neoplasmas handelte, muß im Hinblick auf die gleichzeitig erfolgte Glaukomoperation und die sich daran anschließende Besserung unsicher erscheinen. Jedenfalls stellten die später auftretenden Kopfschmerzen und die weiteren neurologischen und psychischen Ausfälle untrügliche Zeichen einer grobanatomischen Läsion dar. Auffallend war vor allem die Akinese auf sprachlichem Gebiete und dem der Körperbewegungen. Die linke Körperhälfte erwies sich dabei besonders bevorzugt. Psychisch zeigte die Kranke allgemeine Teilnahmslosigkeit und mangelnde Reaktionsneigung. Neurologisch bestanden Hemiparese links und auf beiden Seiten Pyramidensymptome. Der Gang war schleppend und unsicher. Ausgesprochene Ataxie ließ sich nicht nachweisen. Das Krankheitsbild verschlechterte sich rasch. Apathie und Somnolenz nahmen sub finem stärkste Grade an. Bis zuletzt waren weder Stauungspapille noch Druckpuls oder Sensibilitätsstörungen nachweisbar. Auch der Liquorbefund verhielt sich außer einer anfänglichen Drucksteigerung uncharakteristisch.

Im zweiten Falle (Rüstow) handelte es sich um einen 41jährigen Maurer. Die ersten Krankheitszeichen begannen schleichend etwa ein Jahr vor der Einlieferung in die Klinik mit eigentümlichen psychischen Veränderungen. Der sonst unauffällige und arbeitsame Patient wurde grüblerisch mit Neigung zu depressiven Verstimmungen, ohne jedoch die geringsten Klagen anderen gegenüber zu äußern. So ging es eine ganze Zeit lang. Sechs Wochen vor der Aufnahme traten starke Kopfschmerzen in der Stirnregion auf, die sich im Laufe der Zeit weiter verstärkten. Ab und zu bestand Schwindelgefühl und Erbrechen mit Flimmern vor den Augen. Weiterhin habe die Sehkraft abgenommen. Auch klagte der Kranke über bitteren und salzigen Geschmack im Munde. In den letzten Wochen wurde er zunehmend initiativlos und mochte am liebsten den ganzen Tag über schlafen. Ferner mußte er häufig gähnen. Der körperliche Befund ergab keine von der Norm abweichende Verhältnisse. Neurologisch fanden sich auf der linken Körperseite die Zeichen einer leichten Parese mit Herabsetzung der Empfindung für Schmerz- und Berührungsreize. Die Patellarsehnenreflexe waren links gesteigert; das Oppenheimsche Zeichen auslösbar. Gelenksinn im linken Kniegelenk und in der großen Zehe deutlich gestört. Gang und Sprache zeigten keine krankhaften Veränderungen. Am Augenhintergrund ließ sich beiderseits eine deutliche Stauungspapille nachweisen,

welche auf der rechten Seite noch stärker ausgeprägt war. Die Lumbalpunktion wies einen anfänglich stark gesteigerten Druck von 240 mm auf. Nonnesche Reaktion schwach opal. Zellzahl  $\frac{2}{3}$  Lymphocyten. Wassermannsche Reaktion im Blut und Liquor negativ.

Psychisch bot der Kranke das Bild eines ausgesprochen apathischen Zustandes, verbunden mit Akinese. Er zeigte ein der Umwelt gegenüber gleichgültiges Verhalten. Trotz seines schwerkranken Eindrucks schien er nicht die genügende Krankheitseinsicht zu besitzen. Gelegentlich trat sogar leichte Euphorie hervor mit Neigung zu witzigen, deplazierten Redensarten. Im übrigen verhielt er sich völlig initiativlos. Die Gedächtnisfunktion ließ erheblichen Ausfall erkennen. Schon am nächsten Tage trat plötzlich Bewußtlosigkeit auf. Unter den Zeichen der Hirnschwellung kam der Kranke bald ad exitum. Obduktionsbefund: Zwischen rechtem Stirn- und Temporallappen hatte sich ein kleinapfelgroßer Tumor entwickelt, ausgehend von Markanteilen ganz in der Tiefe. Die Oberfläche des Gehirns wurde noch nicht erreicht. Histologisch wurde die Diagnose auf zell- und gefäßreiches Gliom gestellt.



Frontalschnitt.

Zusammenfassung: Ein 41-jähriger Mann fiel der Umgebung durch sein verändertes psychisches Verhalten auf. Grübelsucht und depressive Stimmungslage bildeten lange Zeit die einzigen Symptome der Erkrankung. Dann aber traten die allgemeinen Zeichen des gesteigerten Hirndrucks hinzu, verbunden mit Hemiparese links und sensiblen Ausfällen. Die frontale Ataxie *Bruns* wurde in diesem Falle gleichfalls nicht beobachtet. Auffällig war die erhebliche Apathie und Akinese. Mangelnde Initiative, starke Minderung des Gedächtnisses, ja zeitweilig ausgesprochene Schlafsucht bildeten die weiteren charakteristischen Erscheinungen. Der Tod erfolgte in einem plötzlich auftretenden Anfall von Hirnschwellung.



Der letzte Fall (Riebe) beansprucht hauptsächlich hinsichtlich seines Initialstadiums besonderes Interesse, in welchem die Diagnose hier zunächst auf die größten Schwierigkeiten stieß.

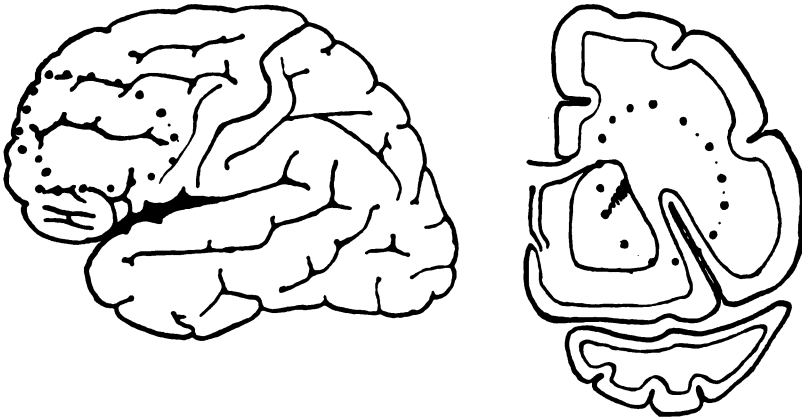
Ein 47-jähriger Bauarbeiter hatte fünf Wochen vor der ersten Aufnahme einen epileptiformen Anfall erlitten, ohne sich jedoch dabei zu verletzen. Auch erfolgte kein spontaner Urinabgang während des Anfalls. In den darauf folgenden Tagen fühlte sich der Kranke matt und elend. Er hatte das Gefühl, als ob er betrunken wäre. Der Gang war taumelnd und unsicher. An Stirnkopfschmerz habe er schon immer gelitten. Das taumelige Gefühl, die Unsicherheit des Ganges wollten auch noch eine Zeitlang nicht weichen.

Bei der ersten Aufnahme des gut aussehenden Patienten ließ sich nur ein geringfügiger neurologischer Befund erheben: Deutlicher Nystagmus nach links, Fallneigung nach der gleichen Seite, Gangabweichung, sowie Vorbeizeigen des rechten Armes nach rechts, verbunden mit Absinken nach unten. Außerdem bestand im rechten Arm eine gewisse Adiadochokinese, sowie leichte Tonusdifferenzen gegenüber links. Das Gordonsche Zeichen war auf der rechten Seite positiv. Die Lumbalpunktion zeitigte ein normales Ergebnis. Auch die übrigen Untersuchungen verliefen gänzlich normal.

Alle die angeführten neurologischen Erscheinungen schwanden schon in kurzer Zeit während des klinischen Aufenthaltes. Psychisch war der Mann stets unauffällig, freundlich und zufrieden.

Bei der zweiten Aufnahme, die etwa drei Monate später erfolgte, hatte sich das Bild erheblich gewandelt. Die Ehefrau gab an, daß der Patient damals nach der Entlassung allmählich still geworden sei und zeitweise unter starken Kopf- und Nackenschmerzen gelitten habe. Aber trotzdem sei er vollkommen arbeits- und leistungsfähig gewesen. Eine Woche vor der Aufnahme wurden die Stirnkopfschmerzen wieder stärker, Mattigkeit und Benommenheit traten hinzu. Zu den Mahlzeiten mußte der Kranke aufgerüttelt und zum Schlucken ermuntert werden. Schließlich mußte man ihn füttern, um ihn überhaupt zur Nahrungsaufnahme zu veranlassen. Im übrigen war er sehr apathisch. Auf Ansprache seitens der Ehefrau antwortete er manchmal einsilbig, dann »duselte er wieder so vor sich hin«. Der neuerliche Befund wies eine bedeutende Verschlechterung auf. Der in seinem Kräfte- und Ernährungszustand sehr reduzierte Kranke war absolut bettlägerig, vollkommen apathisch und leicht benommen, jedoch ansprechbar. Es ließ sich ein ausgesprochener Druckpuls nachweisen. An abnormen neurologischen Symptomen konnten Hemiparese der rechten Körperhälfte, verbunden mit Zitterbewegungen des rechten Armes bei längerer Anstrengung, Pyramidensymptome rechts, sowie geringe taktile Hypaesthesia festgestellt werden. Das Rombergsche Zeichen war positiv. Das Gehen erfolgte nur mit Unterstützung von beiden Seiten her, auch dann erfolgten nur wenige, taumelnde Schritte. Es bestand keine Aphasie, ebensowenig gelangten Agraphie noch Alexie zur Beobachtung. Im Vordergrund der psychischen Veränderungen standen erhebliche Apathie und starker Mangel an motorischem Antrieb oder sonstigen Entäußerungen. Zeitweise wurde der Kranke benommen. Die Orientierung war lückenhaft. Die vorgenommene Lumbalpunktion ließ eine erhebliche Drucksteigerung von über 400 mm erkennen, daneben leichte Eiweißvermehrung. Die übrigen Unter-

suchungen verliefen ohne Besonderheiten. Die Punktion hatte einen gewissen therapeutischen Effekt. Der Kranke nahm wieder mehr Anteil an seiner Umgebung und las sogar die Zeitung. Aber schon nach zwei Tagen trat eine rasche Wendung ein. Plötzlich überfiel den Kranken starke Benommenheit; in tiefstem Coma ging er zugrunde. Die Sektion ergab einen großen, inoperablen Tumor im linken Stirnhirn, der — diffus von der Umgebung abgegrenzt — bis zur Zentralwindung und weit in die Tiefe reichte. Dem makroskopischen Aussehen nach mußte die Geschwulst als Gliom angesprochen werden.



Frontalschnitt.

**Zusammenfassung:** Ein 47jähriger Mann erlitt einen epileptiformen Anfall. Die sich daran anschließenden subjektiven und geringfügigen objektiven Veränderungen machten jedoch bald einem normalen Verhalten Platz, so daß Art und Sitz des zerebralen Prozesses zunächst nicht geklärt werden konnten. Erst der weitere Verlauf, in welchem auch hier die psychische Störung anfänglich das Bild beherrschte, lenkte den Blick auf die richtige Diagnose. Apathie und starker Antriebsmangel auf dem Gesamtgebiet der Körperbewegungen und der Sprache, mangelnde Orientierung, sowie rechtsseitige Hemiparese und Pyramidensymptome, verbunden mit geringen ataktischen Störungen, gaben dem Krankheitsbild das wesentliche Gepräge. Ein plötzlich auftretender Zustand von Hirnswellung bereitete dem Leben ein rasches Ende. —

Die im vorigen geschilderten Fälle haben vieles gemeinsam. Der schleichende Beginn mit unbestimmten psychischen Veränderungen, wie sie besonders im zweiten Falle das Krankheitsbild einleiteten — ohne freilich im ersten und dritten an Bedeutung zurückzutreten — bilden die Bestätigung einer alten Erfahrungstatsache, daß namentlich Großhirntumoren, vor allem in frontalen Abschnitten, zunächst zu ganz uncharakteristischen psychi-

schen Störungen führen können. Im ausgebildeten Krankheitsstadium war der Ablauf aller psychischen und physischen Vorgänge mehr oder weniger stark gehemmt, die individuelle Reaktionsweise auf körperlichem und seelischem Gebiete verlangsamt. Mangelnde Spontaneität, Apathie und Akinese bildeten in allen drei Fällen das »Achsensymptom«, das dem psychischen Verhalten seinen besonderen Stempel aufdrückte. Die Antriebsschwäche zu sprachlichen Reaktionen manifestierte sich in Spontanstummheit bzw. in Einsilbigkeit, monotonen und unvollkommenen Entäußerungen. Dabei waren nicht die geringsten Zeichen einer aphasischen Störung zu bemerken. Auch der Antrieb zu mimischen und sonstigen körperlichen Bewegungen war in analoger Weise beeinflußt. Sich selbst überlassen zeigten die Kranken keine oder nur geringe Neigung zu spontanen motorischen Antrieben, trotzdem sie — wenigstens anfangs — nicht gelähmt waren und auf Geheiß sehr wohl noch Arme und Beine bewegen konnten. Für dieses Verhalten, das dem echten paretischen Stadium eine Zeitlang vorausging, hat *Bruns* seiner Zeit den Begriff der Seelenlähmung geprägt; in der Tat scheint er damit das Wesen der Störung am besten charakterisiert zu haben. Dabei muß allerdings im Auge behalten werden, daß die eben genannten Phänomene als Einzelsymptome betrachtet für Stirnhirnläsionen nichts unbedingt Charakteristisches an sich haben, da sie ja auch bei anderen Lokalisationen — wenn auch nicht gerade als Initialsymptom — vorkommen können.

*Bostroem* hat mit Recht darauf hingewiesen, daß die Zusammenfassung der Einzelerscheinungen zu Symptomgruppen etwa die Kombination der an die zerebellare erinnernde Ataxie und akinetische Zustände für die Diagnostik von großer Bedeutung wären.

Unternimmt man den Versuch, die klinischen Symptome mit den anatomischen Veränderungen des Großhirns in Beziehung zu setzen, so läßt sich folgendes sagen. Freilich muß vorweg bemerkt werden, daß der 1. und 2. Fall erst in klinische Beobachtung gelangten, als die Krankheitserscheinungen bereits stärkere Grade erreicht hatten. Dadurch erwachsen der kritischen Bewertung der Herdsymptome die größten Schwierigkeiten. Denn Druckwirkung von seiten des Tumors und die Allgemeinschädigung des Großhirns sind es vor allem, die das reine Bild trüben und dem Symptomenkomplex der umschriebenen Ausfälle zahlreiche »unspezifische« Komponenten hinzufügen.

Im 1. Falle nahm der Tumor die Markanteile der Polregion des rechten Stirnhirns ein, wobei die Orbitalgyri besondere Schädigung erfuhren. Ein Teil der frontalen Ausfallserscheinungen wurde schon oben erwähnt. Hier sei noch folgendes

nachgetragen. Würdigt man die Literatur, so wäre — retro-spektiv betrachtet — auf neurologischem Gebiete die von *Pötl* beschriebene paradoxe Beugereaktion zu erwarten gewesen. Sie wurde bei dieser Patientin nicht beobachtet. Ob sich des weiteren die Zeichen des Ausfalls von seiten der »frontopsychischen Zone« im Sinne von *Kleist*, also die Apraxie der Handlungsfolge und »alogische Gedankenmängel« vorfinden, ist immerhin bei der Schwere des Krankheitsbildes nicht sicher zu beurteilen aber wahrscheinlich. Bleiben die nicht unwichtigen linksseitigen Pyramidensymptome als Ausdruck der Fernwirkung auf das motorische System außer Betracht, so restiert als einziges diagnostisch wertvolles Symptom des geschädigten rechten Stirnhirns die Akinese der linken Körperhälfte, die seelische Hemiplegie, wie man sie nennen möchte. Allerdings kann man bei diesem Sitze des Tumors nicht sagen, daß sie ihre Genese einer unmittelbaren Affektion der von *Kleist* angegebenen Örtlichkeit verdankt. Vielleicht sind hier Fernwirkungen mit im Spiele, oder aber die Antriebschwäche hat als ein mehr allgemeineres Symptom einer Stirnhirnschädigung zu gelten.

Bezüglich der »seelischen Hemiplegie« sind schon von *Bostroem*, *Gürtler* und *Henning* Einzelbeiträge geliefert worden. *Bostroem* hat über einen Fall berichtet, in welchem sich ein Tumor im Marklager des linken Frontalhirns entwickelt hatte. Neben auffälliger Teilnahmslosigkeit und Merkschwäche bestanden frontale Asynergie und Akinese, die aber im rechten Arm besonders ausgeprägt und zeitweilig von Spasmus und Zittern begleitet war. *Gürtler* vermochte ähnliche Feststellungen zu machen. Bei einer 39jährigen Frau hatten ausgedehnte Herde große Teile beider Frontal- und Scheitellappen substituiert, wobei sich freilich das rechte Stirnhirn als stärker betroffen erwies. Es bestand starker Antriebsmangel auf dem Gebiete der Körperbewegungen wie in sprachlicher Hinsicht. Im weiteren Verlauf traten linksseitige Fazialisparese sowie Akinese der linken Extremitäten — besonders des linken Armes — hinzu. In einem anderen Falle saß der Tumor im Markbereich der zweiten linken Frontalwindung. Außer sonstigen Erscheinungen gelangte die Akinese hauptsächlich nur in der rechten Hand zur Beobachtung. Schließlich wurde auch die linke Körperseite davon betroffen.

Vor einiger Zeit sind von *Henning* weitere diesbezügliche Beiträge geliefert worden. Auch in diesen Fällen war die Akinese nicht gleichmäßig bilateral ausgebildet, sondern bevorzugte — wenigstens amfangs — diese oder jene Körperhälfte. Im ersten Falle handelte es sich um einen unscharf begrenzten Tumor des linken Stirnhirns. Nachlassen der intellektuellen und sonstigen geistigen Leistungsfähigkeit, Verschiebung der Stimmungslage

nach der depressiven Seite wiesen auf die Störungen der Psyche. Auf dem Gebiete der Körperbewegungen und der Sprache machte sich ein großer Mangel an Antrieben kenntlich, der im weiteren Verlauf in besonderem Maße in der rechten Hand und dem rechten Fuß hervortrat, um endlich einer echten Parese zu weichen. Bei dem zweiten Kranken nahm ein Tumor hauptsächlich die Markanteile im Bereiche der rechten zweiten und dritten Frontalwindung ein. Initial gab sich die Erkrankung in depressiver Stimmung, Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche zu erkennen. Neben Mangel an sprachlichen Antrieben trat die Akinese auf dem Gebiete der Körperbewegungen deutlich hervor unter besonderer Beteiligung des linken Armes, um auch hier zuletzt in eine Parese überzugehen.

Bei unserem zweiten Kranken hatte der Tumor seinen Ausgang vom Marke zwischen rechtem Stirn- und Schläfenlappen genommen, ohne letzteren jedoch irgendwie zu arrodieren. Die Geschwulst hatte sich etwa im mittleren bis hinteren Drittel vollkommen in die Frontalregion hinein entwickelt und reichte nach oben ungefähr bis zum unteren Rande der zweiten Stirnhirnwindung. Die Oberfläche des Großhirns wurde noch nicht erreicht. Zieht man auch in diesem Falle den Vergleich zwischen klinischen Ausfallserscheinungen und anatomischem Substrat, so müssen die Pyramidensymptome ebenso wie die von seiten der Sehbahn als Fernwirkungen auf das motorische bzw. optische System aufgefaßt werden. Die bei oben erwähneter Patientin so deutlich ausgesprochene Akinese der linken Körperhälfte war hier nicht sicher nachzuweisen. Offenbar hatte die Antriebschwäche bereits infolge der Schwere des Krankheitsbildes sehr bald das ganze Psychomotorium gleichmäßig ergriffen. Die bei diesem Sitze des Tumors zu vermutenden epileptischen Anfälle mit Kaukrämpfen in der Aura wurden nicht beobachtet. Ob dagegen das häufige Gähnen lokalisatorisch ein dem letzteren Phänomen gleichzuwertendes Symptom darstellt, wird allerdings behauptet.

Im letzten Falle nun hatte sich die Geschwulst unter starken Verdrängungserscheinungen in der Tiefe des Markes der zweiten und dritten linken Stirnhirnwindung entwickelt und reichte nach hinten etwa bis zur Centralis anterior, nach vorn bis zur Polregion, wo er in Höhe der zweiten Frontalwindung zu erheblichen Rindenzerstörungen geführt hatte. Bei diesem Kranken trat initial ein epileptiformer Anfall auf. An die oben erwähnte Hypothese von *Pötzl* sei hier erinnert. Die bei der ersten Aufnahme beobachteten Symptome wie Nystagmus, Fallneigung nach der herdgleichen, Vorbeizeigen des rechten Armes nach der entgegengesetzten Seite und gleichzeitiges Absinken nach unten,

sowie die leichte Adiadochokinese können wohl nur als zerebellar bedingt, und zwar eher als Schädigung der fronto-ponto-zerebellaren Bahn im Bereiche des Stirnhirns als Läsion des Kleinhirns selbst aufgefaßt werden. Nimmt man die Allgemeingültigkeit der von *Kleist* gemachten Erfahrungen bezüglich der Lokalisation akinetischer Zustände in die mittleren Drittel der Stirnhirnwindungen als zu Recht bestehend an, so kann man die sich allmählich entwickelnde Aspontaneität auf körperlichem und seelischem Gebiete von einer Schädigung jener Gegend herleiten.

Dabei soll nicht verhehlt werden, daß gegen ein solches Vorgehen die schärfsten Einwände erhoben worden sind. *Goldstein* betont, daß auch bei ganz beschränkter Lage des Herdes neben evtl. umschriebenen Ausfällen das Gesamtverhalten des Kranken verändert ist. Zuerst fallen diejenigen Leistungen aus, die — je nach ihrer funktionellen Wertigkeit — die größte Anforderung an die Hirnfunktion stellen. In der Tat werden damit die oft so uncharakteristischen psychischen Erscheinungen im Beginne der Stirnhirnerkrankungen am besten erklärt.

Die in den drei Fällen erhobenen Liquorbefunde geben noch zu folgender allgemeiner Bemerkung Veranlassung. Bei allen drei Kranken konnte eine Vermehrung des Liquoreiweißes bei normalem Zellgehalt festgestellt werden, eine Tatsache, die durchaus im Einklang mit den von *Neel* gemachten Erfahrungen steht, dagegen lehnt *Mandelbaum* das Vorhandensein eines konstanten Liquorbildes bei Tumoren ab. In ähnlichem Sinne äußert sich *Guttman*: Das Symptom der Eiweißvermehrung als solches, d. h. die sog. Dissociation cytoalbuminique ist nicht eindeutig. Das diagnostisch so außerordentlich wichtige Vorhandensein einer Stauungspapille bei Hirntumoren namentlich bei solchen im frontalen Abschnitt des Großhirns bedarf keines besonderen Beweises. *Guttman* hat den Versuch unternommen, das Fehlen oder das Vorhandensein einer Stauungspapille bei Stirnhirntumoren vor allem in Hinblick auf Sitz, Art und Ausgangsort zahlenmäßig zusammenzufassen und gelangt zu folgenden Ergebnissen: Das Vorhandensein oder Fehlen einer Stauungspapille ist für die topische Diagnostik nicht verwertbar. Gliome des Stirnhirns führen in etwa  $\frac{1}{5}$  der Fälle zu Stauungspapille; ausgenommen sehr langsam wachsende Geschwülste und solche, die sich vorwiegend an der Schädelbasis ausbreiten. Meningeome rufen dann keine Stauungspapille hervor, wenn sie am Boden der vorderen Schädelgrube lokalisiert sind, im Gegensatz zu denen des Keilbeinrückens und der Falx cerebri.

Diese Erfahrungen decken sich mit den Befunden, die bei unseren Fällen erhoben wurden. Während im ersten Falle, in

welchem das Meningeom die Polregion und besonders die Orbitalgegend befallen hatte, eine Stauungspapille sich nicht feststellen ließ, führten die verhältnismäßig rasch wachsenden Gliome beim zweiten und dritten Kranken zu positivem Ergebnis, vornehmlich auf der vom Tumor betroffenen Seite.

Die oben geschilderten Syndrome bestätigen aufs neue die alte Erfahrung, daß man nicht in jedem Falle stets die gleichen Symptome auch bei scheinbar gleichem Sitz des Tumors erwarten darf. Denn es spielen ja — abgesehen von der Lokalisation — auch die Art der Geschwulst, des Wachstums und gewisse konstitutionelle Momente der Gesamtpersönlichkeit eine große Rolle. Außerdem scheint dem Lebensalter der Kranken hinsichtlich dem Auftreten schwererer intellektueller Störungen eine gewisse Bedeutung zuzukommen. *Pines* und *Skliartschik* sahen bei ihren Tumorfällen des Stirnhirns schwerere Ausfälle auf intellektuellem Gebiete nur in höherem Alter, nicht aber bei jüngeren Individuen.

Was die Lokalisation des Tumors anbetrifft, so ist es für die Symptomatologie keineswegs gleichgültig, in welcher Hemisphäre er zur Entwicklung gelangt ist. Wird doch schon seit langem der linken Hemisphäre und damit auch dem linken Stirnhirn eine Überwertigkeit gegenüber der anderen Seite zugeschrieben. In bezug auf das Frontalhirn ist dies in ganz hervorragendem Maße für die motorischen Komponenten der Sprach- und Schreibfunktion (bei Rechtshändigen) und scheinbar auch für die motorischen musikalischen Leistungen erwiesen. An entsprechender Stelle im rechten Stirnhirn mögen wohl nur unter pathologischen Bedingungen gewisse Primitivleistungen, die von *Hoff* erwähnten Kaubewegungen, auslösbar zu sein. Ebenso für die übrigen motorischen Funktionen ist bei Rechts- bzw. Linkshändigen eine geringe Überwertigkeit des einen oder anderen Stirnhirns anzunehmen. Das Gleiche trifft auch für die Akinese zu. Zwar kann — wie oben gezeigt — Läsion des rechten Stirnhirns linksseitigen Antriebsmangel hervorgerufen. Aber zum gleichen Resultat führen Balkenherde im frontalen Bezirk. Darum hat wohl das linke Stirnhirn in höherem Maße als Antriebsquelle zu gelten. Ferner beobachtete *Kleist* alogische Gedankenmängel und Rechenstörungen bei doppelseitigen oder nur bei linksseitigen Affektionen des Frontalhirns. Zusammenfassend läßt sich also sagen, daß für den Ablauf komplizierterer motorischer und psychischer Leistungsanteile die Integrität des linken Stirnhirns (bei Rechtshändigen) bis zu einem gewissen Grade maßgebend ist.

In enger Beziehung mit jenem Problem steht die Frage nach der Funktion des Stirnhirns überhaupt. Man hat schon lange

gemeint, daß das Frontalhirn in ganz besonderer Weise mit psychischen Vorgängen etwas zu tun habe. Die sog. Stirnhirntheorie von *Meynert* und *Flechsigs* sieht in ihm ein Organ von besonderer Wertigkeit bezüglich der höheren intellektuellen Vorgänge, ein Denk- und Assoziationsorgan par excellence. Diese Theorie ist heute fast allgemein aufgegeben worden, obwohl manche Erfahrungen der Pathologie und Entwicklungsgeschichte dafür, freilich manche auch dagegen sprechen. Die Lokalisation psychischer Leistungen in umschriebene Windungsgruppen wird abgelehnt, da bei den so kompliziert zusammengesetzten intellektuellen und sonstigen seelischen Vorgängen nicht ein scharf abgegrenztes Gebiet, sondern mehr oder weniger die gesamte Hirnrinde in Tätigkeit sich befindet. In diesem Zusammenhange verdient die *Flechsigs*sche Anschauung erneute Beachtung. Danach sollen in frontalen Abschnitten des Großhirns besonders wichtige »Knotenpunkte« für aktuelle und emotional funktionelle Anteile des psychischen Geschehens enthalten sein. Die Bedeutung des Stirnhirns in der Gesamtfunktion sieht *Goldstein* in dem Hinlenken körperlicher und seelischer Vorgänge zu einem in der Gesamtsituation wichtigen Ziele. Man wird nach allem vielleicht sagen dürfen, das Stirnhirn ist zum Ablauf höherer intellektueller Leistungen notwendig. In ihm sind gewisse »Zentralstellen oder Knotenpunkte« gegeben, welche die frontalwärts zufließenden Impulse anderer Hirnteile in ihrem Ablauf regeln.

#### Literatur:

- Altmann*, Ztschr. f. d. ges. Neurol. 1923, 83, S. 613.  
*Anton* u. *Zingerle*, Bau, Leistung u. Erkrankung des menschl. Stirnhirns, Graz 1902.  
*Benders*, Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. 1915, Nr. 19, S. 1591.  
*Berger*, Arch. f. Psych. 1923, 69.  
*Bostroem*, D. Ztschr. f. Nervhkl. 70.  
*Bouman*, L., Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. 1921, Nr. 12, S. 1519.  
*Blohmke* u. *Reichmann*, Intern. Zbl. f. Ohrhkl. 1918, 16.  
*Bruns*, D. m. W. 1892.  
*Dimitz* u. *Schilder*, M. Kl. 1922, 9.  
*Feuchtwanger*, Die Funktionen des Stirnhirns. Monographie a. d. Gesamtgebiet d. Neurol. u. Psych. Berlin, Julius Springer, 1923.  
*Fischer*, O., Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1910, 3, S. 371.  
*Foerster*, E., Mschr. f. Psych. 1919, 46, S. 86.  
*Förster*, O., D. Arch. f. Kl. M. 1910, 98, H. 1—3.  
*Gans*, A., Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1922, 80, S. 10; Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1923, 33, S. 516; Nederlandsch tijdschr. v. geneesk. 1924, 2. Hälfte Nr. 17, S. 2093.  
*Gerstmann*, J., W. Kl. W. 1927, 36, S. 1133.  
—, Mschr. f. Psych. 40, H. 6.  
— u. *Schilder*, W. m. W. 1926, H. 3.  
Zeitschrift für Psychiatrie. C.



- Goldstein, K., M. Kl. 1923, S. 28/29.  
 Goldstein, Handbuch d. norm. u. pathol. Physiologie von Bethe, Bergmann usw. Bd. X, 1927.  
 —, D. Ztschr. f. Nervhkd. 77, 38.  
 Grünthal, M. m. W. 1927, Nr. 14, S. 614.  
 Gürtler, D. Ztschr. f. Nervhkd. 76.  
 Guttmann, E., D. Ztschr. f. Nervhkd. 122, H. 1 u. 2.  
 —, Klin. Wschr. Nr. 21, 1931.  
 Hartmann, Mschr. f. Psych. 1907, 21.  
 Henning, Mschr. f. Psych. 59.  
 Hoff, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 134, 522.  
 —, W. kl. W. Nr. 51, 1931.  
 Hoffmann u. Wohlwill, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1922.  
 Kahn, F., Zbl. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 40, S. 733.  
 Kleist, K., Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 131, 1—3, V. Mitteilung.  
 —, Mschr. f. Psych. u. Neurol. 79, H. 4—6, S. 338.  
 Lange, Mschr. f. Psych. u. Neurol. 79, 81.  
 Liepmann, Journal f. Psychol. u. Neurol. Bd. IX, S. 279.  
 Mingazzini, Mschr. f. Psych. 1900, 7.  
 Pick, Mschr. f. Psych. 1906, 19, S. 97.  
 v. Podmaniczki, D. Ztschr. f. Nervhkd. 1920, 67.  
 Pötzl, Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1924, 91, H. 1 u. 2, S. 147.  
 Pines u. Skliaritschik, Mschr. f. Psych. u. Neur. 84, H. 1—2, 1932.  
 Rosenfeld, Die Physiologie des Großhirns, Handbuch d. Psychiatrie; Arch. f. Psych. 57, H. 1; J. f. Psych. u. Neurol. 1909, 14; D. m. W. 1928, H. 3.  
 Richter, R., Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1917, 38, S. 128.  
 Scholz, W., Nißl's, Beitr. zur Frage nach der Beziehung zwischen klin. Verlauf u. anatom. Befund, 1923, 2, S. 101.  
 Schilder, W. m. W. 1926, H. 3.  
 Schuster, P. u. J. Casper, Z. Neur. 129, 739.  
 Spielmeyer, Handbuch d. Psychiatrie von Aschaffenburg, spez. Teil, 5. Abt. 1912, S. 141.  
 Stein, Z. f. Nervhkd. 117/119, 623.  
 Stertz, G., Ztschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 1926, 101, 729—747.  
 Travaglino, Psychiatr. en Neurol. Bladen 1914, S. 144, zit. nach Gans.  
 Vogt, O., Neurol. Zbl. 1911 u. 1912. Sitzungsbericht u. Diskussion.

# Errichtung von psychiatrisch-neurologischen Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern<sup>1)</sup>.

Von

Professor **J. Lange** (Breslau).

## I.

Beim zweiten Internationalen Krankenhauskongreß im Juni 1931 in Wien hat *W. Alter* ein Referat über die Stellung der Neurologie und Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus gehalten. Aus diesem Referat entnehme ich zunächst die tatsächlichen Feststellungen über die gegenwärtigen Verhältnisse in Deutschland. Nach *Alter* gab es in Deutschland 3081 allgemeine Krankenhäuser. Von ihnen besaß in der Gruppe unter 500 Betten nur eines eine besondere, aber nicht fachmännisch geleitete neurologische Abteilung. Von den Krankenhäusern mit 501 bis 1000 Betten verfügten vier über besondere Abteilungen für Nerven- und Geistesranke; zwei von diesen sechs Abteilungen unterstanden hauptamtlich, zwei nebenamtlich tätigen Fachärzten. Von den Krankenhäusern über 1000 Betten besaßen vier Abteilungen für Nervenranke, fünf Abteilungen für Nerven- und Geistesranke, drei rein psychiatrische Stationen. Von diesen 12 Abteilungen wurden fünf von hauptamtlich, drei von nebenamtlich angestellten Fachärzten geleitet. Das heißt also: von den überhaupt vorhandenen 19 Abteilungen waren fachmännisch nur 12 geleitet, hauptamtlich aber nur sieben.

### Allgemeine Krankenhäuser

Bettenzahl	Abteilungen für				Fachärzte		
	Nerven- ranke	Nerven- u. Geistes- ranke	Geistes- ranke	Ins- gesamt	haupt- amtlich	neben- amtlich	Ins- gesamt
unter 500	1	—	—	1	—	—	—
501—1000	4	2	—	6	2	2	4
über 1000	4	5	3	12	5	3	8
	9	7	3	19	7	5	12

<sup>1)</sup> Referat auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Würzburg am 21. April 1933.

Abgesehen von den Vereinigten Staaten, wo für Nerven- und Geistesranke etwas besser gesorgt ist, sind in allen übrigen Kulturländern die Verhältnisse nicht besser als in Deutschland, zum Teil sogar schlechter.

Daß hier ein Mißverhältnis vorliegt, darüber kann kein Zweifel sein. Es fragt sich nur, wie groß dieses Mißverhältnis ist. Wenn man zunächst Morbiditäts- und Mortalitätsstatistiken heranzieht, dann müssen die Heil- und Pflegeanstalten mit ihren Insassen aus naheliegenden Gründen ausscheiden. Sie werden ja auch sonst in der Statistik getrennt behandelt.

Nach der Statistik der Krankenbewegung in den allgemeinen Krankenhäusern für die Jahre 1923 bis 1926 sind von den Zugängen nerven- und geisteskrank gewesen:

1923.....	5,5%
1924.....	6,2%
1925.....	6,4%
1926.....	6,5%;

von den in allgemeinen Krankenhäusern gestorbenen Kranken aber waren nerven- oder geisteskrank:

1923.....	9,3%
1924.....	10,2%
1925.....	10,3%
1926.....	11,0%.

Sie sehen, die Proportionen der Nerven- und Geisteskranken steigen an.

Das Verhältnis der Gestorbenen ist auch 1930 offenbar kein anderes gewesen. Von den an »örtlichen Krankheiten« Gestorbenen machen in diesem Jahre die an Nerven- und Geisteskrankheiten gestorbenen Männer 22,4%, die Weiber 23,1% aus.

Die bisher genannten Zahlen ergeben aber kein ausreichendes Bild, weil unsere Statistik mit zu vielen Lücken oder doch wenigstens Unklarheiten belastet ist. Demgegenüber ist die englische Statistik viel eingehender, und wenn auch sie noch vieles zu wünschen übrig läßt, so zeigt sie doch die Richtung an, nach der wir unsere deutschen Zahlen zu korrigieren haben. Ich habe nach der englischen Statistik die Jahre 1921 und 1931 berechnet und finde 1921 13,9%, 1931 13,6% Todesfälle an Nerven- und Geisteskrankheiten unter allen Gestorbenen, also nicht unerheblich mehr als nach der deutschen Statistik. Dabei gestattet leider auch die englische Statistik nicht, etwa so wichtige Erkrankungen wie Hirn- und Rückenmarkstumoren gesondert zu erfassen, weil sie hinter den gesamten Neubildungen verschwinden.

Die Statistik lügt; am Zustandekommen ihrer Unterlagen haben, soweit Nerven- und Geisteskrankheiten in Frage kommen, noch dazu Sachverständige im engeren Sinne so gut wie gar nicht

mitgewirkt, wie aus meinen Mitteilungen ohne weiteres hervorgeht. So wird man ernstlich fragen müssen, wie es denn in den allgemeinen Krankenhäusern tatsächlich aussieht. *F. H. Lewy* und *Bonhoeffer* haben vor einigen Jahren eine Rundfrage an zahlreiche große Krankenanstalten hinausgeschickt. Von den eingelaufenen Antworten sind in 39 Fällen die Angaben über den prozentualen Anteil der Nervenkranken an den Gesamtzugängen der Krankenanstalten verwertbar. Der Anteil der Nervenkrankheiten betrug:

bis zu .....	2%	5%	10%	15%	20%	25%	Insgesamt:
Fälle .....	6	12	15	4	1	1	39

und zwar gab es 25% Nervenranke im Wenzel-Hancke-Krankenhaus in Breslau, 15 bis 20% im Küchwald-Krankenhaus in Chemnitz. (Diese Zahl ist nach den Mitteilungen *Runges* zu gering. S. Diskussion.) In beiden Fällen liegen offenbar besondere Verhältnisse vor. Die Mehrzahl der Häuser verzeichnet bis zu 10%. Aber etwa in ein Sechstel der Fälle sollen nur bis zu 2% Nervenranke aufgenommen werden. Das kann schwerlich zutreffen.

Mit meinem Mitarbeiter *Guttmann* habe ich daher eine Reihe von Krankenhäusern verschiedener Größe in verschiedenen Teilen Deutschlands aufgesucht, um an Ort und Stelle die Aufnahmelisten durchzusehen und die besonderen lokalen Verhältnisse nach Möglichkeit berücksichtigen zu können. Bei den größeren Krankenhäusern handelt es sich um solche, deren leitende Ärzte neurologisch ausgezeichnete Internisten sind, ohne daß doch etwa diese Eigenschaft die Art der Krankenzugänge entscheidend bestimmen könnte.

Nähere Einblicke haben wir auf diese Weise gewonnen in das Krankenstift Zwickau (Professor *Eskuchen*), das Theresienkrankenhaus Mannheim (Dr. *Dorschewski*), in das Allgemeine Krankenhaus Gleiwitz und in das Elisabeth-Krankenhaus Schweidnitz.

	Innere Abteilungen Gesamtaufnahmen		Davon Nerven- und Geistesranke in %	
	1930	1931	1930	1931
Krankenstift Zwickau .....	4359	3480	19,4	18,5
Krankenhaus Gleiwitz .....	2120	1523	17,9	18,4
Theresien-Krankenhaus Mann- heim .....	1097	1297	20,7	20,0
Elisabeth-Krankenhaus Schweidnitz .....	563	576	17,9	21,9

Sie sehen, die Zahlen, die aus ganz verschiedenen Teilen Deutschlands und aus ganz verschieden großen Krankenhäusern

stammen, sind nicht nur von der gleichen Größenordnung, vielmehr schwanken sie nur in sehr bescheidenem Maße zwischen 17,9 und 21,9, also um 20% herum. Eigentliche Psychosen sind unter den erfaßten Fällen in der kleinen Minderzahl; der große Rest verteilt sich wohl annähernd gleichmäßig auf die organische Neurologie und die Neurosen.

Dieser Anteil der Nerven- und Geisteskranken an den Insassen interner Abteilungen mag Ihnen recht hoch erscheinen. In der Tat habe ich, soweit dies die Diagnosentafeln zuließen, auch Leiden herangezogen, welche die Internisten mit gutem Recht für sich allein in Anspruch nehmen werden, wie etwa ausgesprochene Herzneurosen. Auf der anderen Seite sind bestimmt viele Fälle aus der Zusammenordnung fortgeblieben, weil sie unter irgend einer Organbezeichnung laufen, tatsächlich aber nicht dahin gehören, sondern leichte Psychosen oder Allgemeinneurosen darstellen.

Man kann aber sogleich Gegenproben machen, um festzustellen, ob unsere Zahlen einigermaßen den Tatsachen entsprechen mögen. Zu diesem Zweck habe ich die Verhältnisse in Städten studiert, die wir psychiatrisch-neurologisch für einigermaßen abgesättigt halten dürfen, wie etwa München und Breslau. In München gibt es rund 6300 Krankenbetten, von denen man etwa 2500 für interne Kranke rechnen darf. Für psychiatrische und neurologische Kranke aber stehen an Betten zur Verfügung:

in der Psychiatrischen und Nervenlinik .....	287
in der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Schwabing .....	138
in der neurologischen und psychiatrischen Station im Hirnverletztenheim (also nicht die Betten für die Hirnverletzten selbst gerechnet) etwa	40
in der psychiatrischen Abteilung am Untersuchungsgefängnis .....	20

insgesamt also 485, das sind etwa 19,4% der internen Betten und etwa  $\frac{1}{13}$  der Gesamtbettenzahl. Dabei ist diese Zahl sicherlich zu klein, wie man aus den mir näher bekannten Verhältnissen in Breslau entnehmen kann.

In Breslau gibt es etwa 5000 Krankenbetten, soweit sie größeren Anstalten angehören, von denen etwa 2000 für interne Zwecke bestimmt sind. Für psychiatrische und neurologische Zwecke stehen an Betten zur Verfügung:

in der städtischen Heilanstalt .....	220
in der neurologischen Abteilung des Wenzel-Hancke-Krankenhauses etwa	120
in der Psychiatrischen und Nervenlinik .....	130
im St. Georgskrankenhaus .....	50
in der psychiatrischen Abteilung am Untersuchungsgefängnis .....	40
in der neurologischen Abteilung des Krankenhauses Bethanien .....	25
im Caritasheim .....	15

das sind 600 Betten = mehr als  $\frac{1}{4}$  der internistischen Betten.

Damit ist aber nicht zugleich der gesamte Umfang der psychiatrischen und neurologischen Bettenzahl bezeichnet; auch bei jenen Kranken, die unter der dauernden Obhut anderer Spezialdisziplinen bleiben, wird häufig genug psychiatrischer und neurologischer Rat nötig.

In die Breslauer Kliniken außer der Nervenkl<sup>in</sup>ik wurden vom 1. 11. 1932 bis 31. 1. 1933 etwa 2500 Kranke aufgenommen. Von diesen Kliniken wurden nach unseren fortlaufenden Aufschreibungen in die Poliklinik der Psychiatrischen und Nervenkl<sup>in</sup>ik zur Untersuchung geschickt oder aber von Ärzten der Kl<sup>in</sup>ik in anderen Kliniken untersucht weit mehr als 400 Kranke. Dazu haben große Krankenhäuser, die über keine ausgebildeten Neurologen verfügen, ständig neurologische Fachberater, so etwa in Breslau das Augusta-Hospital den Kollegen *Altenburger*, der ständig etwa 15 Kranke betreut, und das große Allerheiligen-Hospital den Kollegen *L. Guttman*, unter dessen neurologischer Obhut etwa 30 Kranke stehen. Dazu kommt die neurologische Untersuchungsstelle des Versorgungsamtes, die mit dem Garnisonlazarett eine Reihe von Betten, durchschnittlich etwa vier, in Anspruch nimmt, die mit einem Fachneurologen besetzte Unfallsbegutachtungs-Abteilung am Wenzel-Hancke-Krankenhaus, von der aus in normalen Zeiten etwa fünf Betten zur neurologischen Beobachtung belegt werden, neurologische Betten im Krankenhaus der Landesversicherungsanstalt und endlich sicherlich manches Krankenbett, das von Neurologen in Privatkliniken belegt wird. Ohne die Universitäts-Kliniken und andere bisher nicht genannte Krankenhäuser kommen wir damit schon auf die Zahl von 650 Betten, mit ihnen sicherlich auf etwa 700. Man kann danach annehmen, daß in Breslau von den etwa 5000 Krankenbetten in normalen Zeitläuften etwa  $\frac{1}{7}$  tatsächlich neurologisch-psychiatrisch belegt und betreut sind. Sie sehen, diese Zahl entspricht fast genau dem Anteil an psychiatrischen und neurologischen Leiden in England Gestorbener.

In München ist es, soweit meine eigenen Erfahrungen reichen, nicht anders. Zugleich lehrt die Entwicklung der letzten Jahre manches, was für unsere Fragestellung bedeutsam ist. Bei Errichtung der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Schwabing mit *Kraepelins* Rücktritt vom Lehramt bestand an psychiatrisch-neurologischen Einrichtungen in München, abgesehen von der Abteilung am Gefängnis, lediglich die Kl<sup>in</sup>ik, die 160 Betten faßte und im ganzen regelmäßig voll belegt war. Ich glaube mich zu erinnern, daß man in der letzten Zeit eine gewisse Überlegung pflegte, um das Bedürfnis für die neu zu errichtende Abteilung nachzuweisen. Schließlich wurden für die Schwabinger Aufnahme-Abteilung im Jahre 1922 24 Betten zugestanden. Ich hatte das

Glück, daß *Bumke* nicht sogleich in München aufzog. Aber obgleich dann in kurzer Zeit die Bettenzahl der Klinik von 160 auf 250 und dann weiter erhöht wurde und obgleich schließlich noch *Isserlin* gegen mancherlei Widerstände — man glaubte besorgt um das Krankenmaterial sein zu müssen — eine große Reihe von psychiatrisch-neurologischen Betten einstellte, trat doch keinerlei Krankenmangel ein, wie sich aus der folgenden Tafel ergibt:

München.  
Zugänge.

	Klinik	Poliklinik	Schwabing	Insgesamt
1923	1448	626	193	2267
1924	1941	1063	240	3244
1925	2524	1550	301	4375
1926	2499	1754	404	4657
1927	2694	1758	544	4996
1928	2800	1931	1018	5749
1929	2888	2291	1097	6276
1930	2683	2751	1167	6601
1931	2633	2854	1055	6542

Bettenzahl: 1923: 180  
1932: 485.

Von 1923 ab hat sich also die psychiatrisch-neurologische Bettenzahl in München etwa verdreifacht, ebenso aber mindestens die Krankenzahl. Denn auch von der Schwabinger Abteilung her kam es zu einer ausgedehnten Versorgung des meist mit etwa 1500 Kranken belegten Krankenhauses mit Hunderten von Beratungen und einer poliklinischen Versorgung von Fürsorgeerziehungsanstalten.

Es muß weiter berücksichtigt werden, daß erst mit *Bumkes* Kommen die Klinik eine eigentliche neurologische Facette bekam, daß aber zu gleicher Zeit auch der psychiatrischen Abteilung am Krankenhaus Schwabing zunehmend neurologisches Material zuströmte und die Abteilung damit in neue Aufgaben hineinwuchs, für die sie ursprünglich nicht gedacht war. Das neurologische Bedürfnis des Krankenhauses erzwang das neurologische Interesse.

Von *Isserlin* höre ich, daß seine neue Abteilung ständig belegt ist und nicht ausreichen würde, wenn wir in normalen Zeiten wären. Bei diesem Anwachsen der Neurologie und Psychiatrie in München haben die Heil- und Pflegeanstalten wohl nichts eingebüßt, ebensowenig aber die Münchener Privatanstalten, wie Herr Obermedizinalrat *Ast*, *Eglfing*, und Herr Kollege *Steger*, Kuranstalt *Obersending*, die hier anwesend sind, bestätigen werden.

So überraschend das erscheinen mag, so kann ich doch darauf hinweisen, daß trotz des Raumgewinnes der Psychiater und Neurologen auch die Internisten offenbar nichts Entscheidendes verloren haben können. Ich darf hier an *F. Hiller* an der Müllerschen Klinik, an *F. W. Bremer* an der v. Rombergschen Klinik erinnern, die beide in dieser psychiatrisch-neurologischen Inflation an ihren Kliniken die Neurologie entscheidend gefördert haben.

Aus all dem geht eindeutig hervor, daß nicht nur aus der Statistik und damit, wie so mancher zu urteilen geneigt sein wird, falsch das neurologische Arbeitsreich sich errechnen läßt; vielmehr zeigt die Praxis, daß der Bedarf mindestens so groß ist, wie man auf dem Papier ausrechnen kann. Ja, er ist noch größer, denn manche Internisten, aber auch manche Pädiater haben neurologische Interessen und halten auf ein reichhaltiges neurologisches Material.

## II.

Nun mag es richtig sein, daß das Material an Nerven- und Geisteskranken in den allgemeinen Krankenhäusern tatsächlich ein sehr großes ist. Wenn hier eigentliche Neurologen und eigentliche Psychiater in der Regel nicht vorhanden sind, ist nicht vielleicht trotzdem in geeigneter Weise für diese Kranken gesorgt? Sehr viele Internisten nennen sich ja auch Fachärzte für Neurologie. Was können denn die eigentlichen Neurologen bzw. die Psychiater mehr als diese Internisten? Auch sie vermögen, wie man etwa ausführen dürfte, chronisch-progressive Leiden nicht auszuheilen. Auch sie sind machtlos gegen die multiple Sklerose und anderes mehr. Die Methoden, die sie bei vielen anderen Krankheiten anwenden, so insbesondere bei den metaluetischen, sind internistischer Natur, ja die ganze Neurologie ist doch eigentlich nur ein Zweig der inneren Medizin. Braucht man, um neurologisch und psychiatrisch Kranke zu betreuen, tatsächlich eigene Fachärzte, auch wenn man aus allen möglichen Gründen Sonderabteilungen errichten will? Lohnt sich vor allem der wirtschaftliche Aufwand, der mit der Schaffung neuer Abteilungen notwendig verbunden ist? Mit Bestimmtheit arbeiten Krankenabteilungen in allgemeinen Krankenhäusern ja teurer als Heil- und Pflgeanstalten.

Hier, auf dem Gebiete der Nervenkrankheiten den Beweis anzutreten, daß der Neurologe mehr kann, ist nicht schwer, wenn man etwa den wissenschaftlichen Durchschnitt jener Arbeiten vergleicht, die von Fachneurologen und von durchschnittlichen Internisten oder anderen Ärzten stammen, und bei den großen Fortschritten der Wissenschaft feststellt, woher sie kommen. Sie führen alle auf Fachwissenschaftler zurück. So mancher große Internist ist schließlich fast nur noch Neurologe gewesen oder doch ganz vorwiegend — der Umfang des Gebietes macht nun einmal den ganzen



Mann nötig. — Wissenschaftlich ist immer nur ein Teilgebiet zu beherrschen. Der innigen Verwandtschaft von Psychiatrie und Neurologie wegen sind die großen aus der Psychiatrie hervorgegangenen Neurologen doch immer auch noch Psychiater gewesen. Es ist nach all dem selbstverständlich, daß wir wissenschaftlich allenthalben ein Übergewicht der wirklichen Fachleute feststellen.

Den Verwaltungsbeamten und den Stadtpolitikern kann man mit wissenschaftlichen Ergebnissen nicht kommen. Ihnen zu beweisen, glatt zahlenmäßig darzutun, daß alles im Argen ist, so lange nicht wirkliche Sachverständige zur Verfügung stehen, das ist schon wesentlich schwieriger. Der gelegentlich unternommene Versuch, etwa Aufenthaltsdauer, Heilungs- oder Besserungsgrade der verschiedenen Abteilungen zu vergleichen, ist einfach nicht angängig und muß auch bei lauterster Absicht in die Irre führen, wie ich nicht weiter auszuführen brauche.

Ich habe daher, um Anhaltspunkte zu gewinnen, die Schicksale einer geschlossenen Gruppe von Tabikern verfolgt, die in die Psychiatrische und Nervenlinik aufgenommen worden sind. Es wurde also die bekannteste Nervenkrankheit ausgewählt, um festzustellen, wie es außerhalb der Fachabteilungen um die Bekanntheit und die Behandlung dieses Leidens steht. Nun, selbst im allgemeinen Krankenhaus ist die Tabes nicht immer diagnostiziert worden. Von Ärzten draußen aber ist unter 37 Fällen zehnmal selbst die Diagnose Tabes nicht gemacht worden und nur achtmal insgesamt hat man die Punktion für nötig gehalten. Dabei handelt es sich in zahlreichen Fällen um eine vieljährige Krankheitsdauer. Sie werden mir zugeben, daß das Ergebnis nicht gerade erfreulich aussieht.

Des weiteren hat mein Mitarbeiter *Kroemer* aus den beiden Jahrgängen 1928 und 1929 einer großen Berufsgenossenschaft alle Hirngeschädigten bis zur Gegenwart verfolgt und die etwa 100 verwertbaren Beobachtungen zusammengestellt. Hier erfolgte in 43 Fällen anderweitige und fachärztliche, meist klinische Beobachtung so unmittelbar aufeinander, daß die Ergebnisse der Begutachtungen ohne weiteres vergleichbar sind. In acht Fällen stimmt die Beurteilung überein, in sieben Fällen nahm der Facharzt eine mitunter weit schwerere Schädigung an als der Nichtsachverständige, in 28 Fällen war es umgekehrt, und zwar finden sich folgende Differenzen:

100%.....zu	10%
100%.....„	20%
Zweimal 100% ..	25%
100%.....„	30%
100%.....„	33 <sup>1</sup> / <sub>3</sub> %
100%.....„	50%
50%.....„	20%

Die fragliche Berufsgenossenschaft übersieht freilich die Verhältnisse. Sie kennt die Ärzte und die Krankenanstalten, die in Frage kommen, recht genau. Ihre wohlwollende Einstellung hat die Wahl ihres ungewöhnlich tüchtigen, ernstesten, gerechten und gütigen Vertrauensarztes bestimmt; sie geht selten fehl in ihren endgültigen Entscheidungen; daher wird der Schaden für die Versicherungsträger wie für die Versicherungsnehmer hier in den meisten Fällen vermieden werden. Wir sind dabei, die Verhältnisse bei einer anderen Berufsgenossenschaft zu prüfen, die aus einer Reihe von äußeren Gründen weit weniger glücklich daran ist. Soweit unsere Stichproben reichen, werden die Ergebnisse schlimm aussehen.

Von *Tabes* und *Commotio* habe ich gehandelt, weil wir es hier mit ebenso verbreiteten wie bekannten Dingen zu tun haben. Ich hätte aber auch die multiple Sklerose oder die *Encephalitis epidemica* herausgreifen können; überall würden wir auf die gleichen Tatsachen gestoßen sein. Ein ganz besonders trauriges Kapitel sind natürlich Rückenmarks- und Hirntumoren in vielfacher Hinsicht. Fast immer sind es späte Stadien, in denen diese Neubildungen in sachverständige Beobachtung gelangen, und damit wird die Prognose schlecht, auch in der Hand des besten Operateurs. Dann aber vor allem, so lange wir so schwach sind wie heute, werden auch die geeigneten Chirurgen und Neurochirurgen in hinreichender Zahl fehlen. Sachverständnis ist nichts, was sich zaubern läßt; selbstverständlich wird der Gang zur Spezialabteilung erst dann, wenn sie überall erreichbar ist, und damit erst wächst auch jenes Sachverständnis des praktischen Arztes, das nötig ist, um Schaden zu verhüten. Überall, wohin wir nur blicken, drängt sich somit das Bedürfnis nach Spezialabteilungen auf, auch in unserem eigensten Bereich. Wir werden ausreichende Zahlen guter Schüler erst dann bekommen, wenn ihre Kenntnisse ihnen Möglichkeiten eröffnen.

Von der Behandlung Geisteskranker in kleineren allgemeinen Krankenhäusern ohne Spezialabteilung brauche ich nicht viel Worte zu machen. Fast überall gibt es noch einzelne Zellen, in die man die Kranken sperrt, möglichst weit weg von den anderen Kranken. Kollege *Krisch* schickte mir noch vor einigen Wochen die Anfrage des chirurgischen Chefarztes eines großen, großstädtischen Krankenhauses nach Hängematten, in denen er die seinem Krankenhaus »leider« recht zahlreich zuströmenden Erregten einzuwickeln beabsichtigte. Ich weiß von manchen anderen Greueln, und wie jeder von Ihnen bestaune ich immer erneut die mit Suggilationen übersäten Erregten, die aus anderen Krankenhäusern in die Klinik eingebracht werden. In manchen allgemeinen Krankenhäusern ist es sicherlich um die Betreuung Geisteskranker besser bestellt, auch

wenn keine Sonderabteilungen bestehen. In der Regel sind dann psychiatrisch interessierte Krankenhausleiter am Werke.

Wenn durchschnittlich die Geisteskranken in allgemeinen Krankenhäusern noch so mangelhaft versorgt werden, so ist dafür nicht, wie kritische Kollegen dies glauben, der mangelhafte klinische Unterricht verantwortlich zu machen. Geisteskranke werden dem Praktiker und dem Internisten, weil sie zu selten in seine Hand kommen, fremd wie uns etwa seltene Augenleiden. Gelerntes wird bald vergessen, wenn die Erfahrung nicht zur Wiederholung zwingt. Dazu kommt die Fassungslosigkeit des Pflegepersonals, das nicht besonders geschult ist, und der Mangel an geeigneten Einrichtungen. Unter unseren gegenwärtigen Verhältnissen stellt man also am besten die Schuldfrage gar nicht.

### III.

Gehört die psychiatrische und neurologische Abteilung wirklich in den Rahmen des Krankenhauses hinein? Heute hängt an den beiden Disziplinen immer noch ein Teil des Tabus alter Zeiten. Selbst die psychiatrisch-neurologischen Kliniken liegen manchen Orts ja noch weitab von den anderen.

Die einfachste Überlegung und die Erfahrung zeigen eindringlich, daß die psychiatrisch-neurologischen Kliniken und die entsprechenden Abteilungen ein notwendiges Glied des großen Verbandes sind, den das allgemeine Krankenhaus bedeutet. Ich berichtete schon, wie oft Neurologen und Psychiater von den anderen Spezialkliniken gebraucht werden. Ebenso oft aber muß der Psychiater die anderen Sachverständigen heranziehen. In meiner Klinik etwa wird jeder Zugang vom Augenarzt untersucht. Vom 1. 11. 1932 bis 31. 1. 1933 wurde bei etwa 300 Aufnahmen 400 mal ein anderer Spezialarzt zugezogen, abgesehen von den regelmäßigen augenärztlichen Kontrollen. Ich darf annehmen, daß dies an anderen Orten nicht anders ist, und ich glaube, daß ebenso oft wie in der Psychiatrischen Klinik auch in der Heil- und Pflegeanstalt das Bedürfnis nach anderweitigen spezialistischen Untersuchungen sich regt. Dabei handelt es sich nicht um Bequemlichkeit, nicht um das Abschieben von Verantwortung, sondern immer um den Kranken, so sehr daneben auf beiden Seiten das Bedürfnis bestehen mag, zu lernen und gemeinsam voranzukommen. Nur wer schon auf seinem eigenen Gebiete tatsächlich nichts oder wenig kann, traut sich auch anderes ohne Bedenken zu.

Das Bedürfnis nach Zusammenarbeit ist auf nahezu allen Gebieten der Neurologie und Psychiatrie vorhanden. In weiten Bereichen der Neurologie gibt es fließende Übergänge zur inneren Medizin. Ich denke an den Biermer und an die Pellagra, an die Meningitiden, an die Enzephalitiden und Myelitiden. Aber auch

bei der Neuritis hat bald mehr der Internist, bald mehr der Neurologe das Wort, um den Stab oft genug dem Orthopäden weiterzureichen, nachdem beide lange Zeit hindurch nebeneinander auf dem Wege gewesen sind. Man wird eine Tabes nicht eingreifend behandeln, ohne mit dem Augenarzt beraten zu haben, wird bei mancherlei medikamentösen Behandlungen immer erneut den Dermatologen brauchen, der in jüngster Zeit so viel hinzugelernt hat, seinerseits aber des Pharmakologen nicht entraten kann. Wir haben auch den Hygieniker in den letzten Jahren wiederholt im Hause gehabt. Kein geeigneter Chirurg wird heute mehr einen Hirntumor oder Rückenmarkstumor angreifen, ohne den Neurologen hinzuzuziehen, wenn er nur erst gelernt hat, wie viel er dabei gewinnt. Kein Pädiater wird ohne Neurologen und Orthopäden die Nachbehandlung der Kinderlähmung durchführen.

Die internen Probleme der Psychosen brauche ich nur zu nennen; daß sie den Internisten noch nicht in gehörigem Maße beschäftigen, ist ein bedauerliches Nebenergebnis der oft so bedeutenden räumlichen Trennung auch dort, wo Spezialabteilungen schon bestehen. Manche Zweige der eigentlichen, selbst der reinen Psychiatrie, wie *Kurt Schneider* einmal gesagt hat, können nur von Psychiater und Internisten gemeinsam behandelt werden. Der Psychiater wird Organneurosen erst vom Internisten untersuchen lassen, und der Internist wird immer wieder den Psychiater in Anspruch nehmen, auch wenn er sich darüber klar ist, daß das Psychiatrische nur ein Nebenproblem des von ihm betreuten Kranken ist. Er sollte aber auch sonst oft genug den Psychiater heranziehen, wo er bisher gar nicht daran denkt. Umfangreiche Gebiete der Medizin sind psychiatrisch noch wie weiße Stellen auf der Landkarte, und doch von höchstem Interesse. Ich denke an die Tuberkulose in allen ihren Formen, an die Lungentuberkulose mit ihren seelischen Abnormisierungen und mit der Eigenart der befallenen Kranken, an die Gelenktuberkulose mit ihren ganz andersartigen seelischen Problemen, aber auch an den Lupus, der, ebenso wie alle anderen Formen der Tuberkulose, Persönlichkeitsaufgaben stellt, noch dazu bei Menschen, die ohnedies vielfach deform sind.

Aber ich könnte ebenso an An- und Hyperazidität und an die Darmbewegungsstörungen, wie an den Diabetes, oder auf dermatologischem Gebiete an die Psoriasis und die Entstellungen erinnern. Der Blinde und der Taube, der Schwachsichtige und der Schwerhörige, sie brauchen nicht bloß den Augen- und den Ohrenarzt, sondern vielfach auch psychiatrischen und neurologischen Rat, wenn anders sie richtig betreut werden sollen. Alle diese gemeinsamen Aufgaben werden aber ernstlich erst in Angriff genommen werden, wenn einmal Psychiater und Neurologen festen Fuß im Krankenhause gefaßt haben.

*Bratz* hat, wohl in Übereinstimmung mit manchem Anstaltsarzt, der Befürchtung Ausdruck gegeben, die Errichtung von psychiatrisch-neurologischen Aufnahmeabteilungen möchte die Anstalten an interessantem Material verarmen lassen. Ich kann diese Befürchtung nicht teilen; ich glaube im Gegenteil, daß es gerade umgekehrt kommen wird. Je enger die Beziehungen zum allgemeinen Krankenhaus sein werden, um so mehr wird sich das Feld weiten, in dem der Psychiater tätig sein wird. Er wird ein ungewohntes und neues Material auch in den Anstalten sehen, und das Anstaltsmaterial selbst wird ihm plötzlich neue und unerwartete Fragestellungen aufgeben. Voraussetzung ist freilich, daß die Krankenhausabteilungen nicht Heil- und Pflegeanstalten im Krankenhaus werden, d. h. daß sie den Charakter der Durchgangsstation bewahren, soweit Geistesranke in Frage kommen. Nach meinen Erfahrungen besteht in dieser Hinsicht keine Gefahr. Schon die Wohlfahrtsämter sorgen dafür, und die Krankenkassen schließen sich ihnen oft genug an. Es wird wohl auch manchen verantwortungsbewußten Abteilungsleiter geben. Auf der anderen Seite wird durch die Aufnahmeabteilungen manchem Kranken erspart werden, Bekanntschaft mit der Heil- und Pflegeanstalt zu machen, in der er heute oft genug eine Last ist.

Auch die Befürchtungen der Privatanstaltsleiter, es könnte ihnen an Zugängen fehlen, wenn zahlreiche Aufnahmeabteilungen gegründet werden, erscheinen mir unberechtigt. Je mehr Seelenstörungen und Nervenranke aus den inneren Abteilungen in Spezialeinrichtungen hinüber wechseln, um so größer wird auch der Anteil jener werden, die dann in Privatanstalten Aufnahme finden.

Endlich ist ganz unberechtigt der Einwand, durch die Spezialabteilungen könnte ein Bedürfnis psychopathischer Menschen nach Krankenhausbehandlung künstlich gezüchtet werden. Alle die Kranken, welche die Spezialabteilungen an sich ziehen werden, befinden sich ja schon im Krankenhaus, nur an anderen Stellen. Neben den schweren internen Leiden werden sie weniger zu ihrem Recht kommen, aber auch eher in Gefahr geraten, lange und unnötig im Krankenhaus zu sein, als in fachmännisch geleiteten Spezialabteilungen. Wer sich an solche Einwände verliert, rechnet zu wenig mit dem Verantwortungsbewußtsein seiner gleich sachverständigen Kollegen.

Alles in allem halte ich es für unzweifelhaft, daß bei richtiger Organisation die Heil- und Pflegeanstalten durch die Errichtung von Aufnahmeabteilungen nicht verlieren, sondern gewinnen werden.

## IV.

Die psychiatrisch-neurologische Abteilung gehört also in das allgemeine Krankenhaus hinein, da ihre Aufgaben sich mit denen der anderen Disziplinen unlösbar verstricken. Bei der Neurologie handelt es sich ohnedies um keine sachliche Änderung, sondern nur um eine Verschiebung im Raum. Die neurologisch Kranken befinden sich ja schon bisher und von je im allgemeinen Krankenhaus.

Bei den psychiatrisch Kranken ist dies zum Teil anders; sie werden, soweit sie als geisteskrank erkannt werden, bisher häufig von den allgemeinen Krankenhäusern abgelehnt, und für sie muß neuer Raum und noch dazu geeigneter Raum geschaffen werden. Es fragt sich nur, wo und wieviel.

Damit taucht zugleich die Frage auf, ob anzustreben sei, psychiatrische Abteilungen und neurologische Abteilungen zu schaffen, oder aber psychiatrisch-neurologische Stationen, die Nerven- und Geistesranke zugleich aufnehmen sollen. Man mag über die endgültige ideale Lösung verschiedener Meinung sein, heute müssen zwei Gesichtspunkte die Entscheidung bestimmen.

1. Der Psychiater muß auch neurologisch geschult, der Neurologe muß auch psychiatrisch geschult sein, wenn anders er sachverständig sein und auf seinem eigensten Gebiete das möglichst Gute leisten will.

2. Der Zeitpunkt. Über alle Trennungspunkte hinweg müssen die reinen Neurologen und die reinen Psychiater und die Neuropsychiater sich die Hand reichen, wo es gilt, Neuland zu erwerben. Es handelt sich um die gemeinsame Zukunft. Weder der Psychiater noch der Neurologe haben den ihnen zustehenden Platz im allgemeinen Krankenhaus; ganz einfach deshalb gibt es auch nur ungenügend Fachärzte oder doch nicht genug am richtigen Ort. Besser kann es nur werden, wenn es wirklich geeignete Ausbildungsstätten und wirklich geeignete Lehrer in genügender Zahl gibt, und wenn diese im lebendigen Zusammenhang der großen allgemeinen Klinik des Allround-Krankenhauses arbeiten. Ich darf aus meiner eigenen Erfahrung am Krankenhause München-Schwabing berichten, daß nichts für die ärztliche Durchbildung so förderlich war als die ständige lebendigste Berührung mit den Vertretern der anderen Sonderfächer im eigenen wie im fremden Krankenraum, im Sektionssaal wie am Mittagstisch.

Also zunächst neurologisch-psychiatrische Abteilungen. Es wird dann auf die besonderen örtlichen Verhältnisse wie auf die leitenden Persönlichkeiten ankommen, ob die Entwicklung im einzelnen Falle mehr nach der psychiatrischen, mehr nach der neurologischen, mehr nach der neurochirurgischen Richtung geht, oder aber, was mir auch sonst gerade in der Zeit der Zersplitterung ideal

erscheint, der lebendige Zusammenhang des Menschen, wenn er vom Nervensystem her betrachtet wird, den abgerundeten und umfassenden Neuropsychiater schafft.

Damit erst scheint mir die Raumfrage reif zu werden. *Wetzel* und andere fordern 40 Betten auf 100000 Einwohner, und Abteilungen, die nicht kleiner als 40 Betten und nicht größer als 120 bis 150 Betten sind. Die letztere Begrenzung erscheint mir richtig oder eher noch zu hoch zu liegen; die anderen beiden liegen zu tief. Wir haben für Breslau mehr als 100 Betten für 100000 Einwohner ausgerechnet; in München ist es wohl nicht viel anders. Diese Zahlen sind aber deshalb zu hoch, weil beide Großstädte ein ziemlich weites Hinterland versorgen. Dennoch, meine ich, sollten mindestens 50 Betten auf 100000 Einwohner vorgesehen werden, und zugleich dürfte 60 die geringste Bettenzahl sein, wenn die Abteilung wirklich alle Bedürfnisse erfüllen soll. Bei 60 Betten würde eine kleinere geschlossene Wachabteilung für jedes Geschlecht auch unruhige Kranke aufzunehmen haben, daneben aber müßte eine gemischte neurologisch-psychiatrische Abteilung mit kleinen Krankenräumen als Wachabteilung vorhanden sein. Die Wache kommt ganz ohne Zweifel auch den schwer Nervenkranken nur zugute. An diese Abteilung würden sich offene Krankenräume ohne Schwierigkeit angliedern lassen.

Selbstverständlich muß die Abteilung dem Krankenhaus nach Möglichkeit wirklich eingegliedert werden. Es ist eine Geschmacksfrage nicht bloß, sondern auch eine Frage der Technik der Lärmsicherung, ob man, wie *Heldt* in Detroit dies getan hat, die neurologisch-psychiatrische Abteilung mitten in den Betrieb einer inneren Abteilung hineinziehen soll. So lange die Technik noch nicht alle Lärmsicherungsbedürfnisse erfüllt, wird man Rücksicht nehmen und die Abteilungen an einer geeigneten Stelle des Gesamthauses unterbringen müssen. Bei richtigem Planen kann dies so geschehen, daß die ruhige Wachabteilung frei von jeder Belästigung gehalten wird. Im übrigen glaube ich, daß jede vernünftig gebaute Krankenabteilung ohne ganz besonderen Aufwand den psychiatrisch-neurologischen Zwecken angepaßt werden kann.

Wir brauchen also 50 Betten auf 100000 Einwohner, d. h. jede Großstadt müßte über eine oder mehrere solche Abteilungen verfügen, und im übrigen müßten als Aufnahmebereiche zusammengeschlossene Gruppen von einzelnen Wohnkomplexen kleineren Umfangs jeweils für etwa 20000 Einwohner sich eine entsprechende Einrichtung schaffen. Kleinere Städte, welche die Aufgabe durchführen, könnten in geeigneter Weise durch Berechnung der Gebühren die anderen kleinen Wohnkomplexe an ihrem Aufwand beteiligen, ohne daß für diese dadurch der leiseste Schaden erwächst.

Als Aufnahmeabteilungen für nicht großstädtische Aufnahmebezirke werden in vielen Fällen auch die Heil- und Pflegeanstalten selbst in Frage kommen. Voraussetzung ist nur, daß an den betreffenden Anstalten mindestens ein Arzt auch eine ausgezeichnete neurologische Schulung hat und daß nähere räumliche Beziehungen zu gut versorgten allgemeinen Krankenhäusern bestehen. Es ist unzweifelhaft, daß diese Bedingungen schon jetzt manchen Orts erfüllt sind und daß auch dadurch die Heil- und Pflegeanstalten gewinnen werden. An manchen Orten werden endlich auch die Einrichtungen der Privatanstalten in die Aufgaben der psychiatrisch-neurologischen Aufnahmeabteilungen hineinwachsen können.

#### V.

Die Aufgaben der psychiatrisch-neurologischen Abteilungen sind mit der klinischen Betreuung der psychiatrischen und neurologischen Kranken nicht erschöpft. Vielmehr gehört zu jeder solchen Abteilung zunächst einmal eine Einrichtung, welche die Aufgaben der nachgehenden Fürsorge zu erfüllen hat. Diese sind heute dringender als je, und zwar sowohl für psychiatrische wie für neurologische Kranke. Diese Stelle wird weiter im Einvernehmen mit den Anstalten einen Teil der offenen Anstaltsfürsorge zu übernehmen haben. Sie wird dafür in ganz besonderem Maße geeignet sein. Überhaupt werden die Beziehungen der Aufnahmeabteilungen zu den Heil- und Pflegeanstalten sehr enge sein müssen, wenn ganze Arbeit geleistet werden soll. Denn daß heute durchschnittlich noch keine idealen Verhältnisse in dieser Beziehung bestehen, daran wird niemand der Anwesenden zweifeln. Es herrscht eine außerordentliche Überbelastung der wenigen vorhandenen Stadtasyle unter Einschluß der Kliniken, und es herrscht eine Überbelastung der Außenfürsorge der Anstalten, die wohl nur an wenigen Stellen das zu leisten vermag, was sie wirklich leisten möchte.

Von dieser Stelle wird aber zugleich der große Kreis von Aufgaben der sozialen Psychiatrie bewältigt werden müssen, die heute zwar an vielen Stellen in Angriff genommen, aber doch noch nicht wirklich durchgeführt sind. Psychiatrische Psychopathenfürsorge, Hilfsschulfürsorge, Betreuung der Sinnesgebrechlichen mit ihren psychiatrischen Bedürfnissen und anderes mehr ist hier zu erwähnen.

#### VI.

Endlich halte ich es für nötig, daß die neu zu errichtenden Abteilungen sich von vornherein Werkstätten schaffen. Es handelt sich nicht um die Geisteskranken, an die ich hier denke — denn für diese wird die Heil- und Pflegeanstalt in der Regel die beste



Form der Arbeitstherapie durchführen —. Vielmehr habe ich die Neurotiker und die neurologisch Kranken im Auge. Für Neurotiker ist auch dann regelmäßige Beschäftigung von großer Bedeutung, wenn sie nebenher psychotherapeutisch behandelt werden. Viele Nervenranke aber werden im Krankenhaus während der oft so langen Behandlungszeit neurotisch, wenn sie nicht ihre Kräfte verwenden können. Bei anderen ist Umschulung dringend nötig, die oft genug schon im Krankenhaus begonnen und sogar zu Ende geführt werden kann.

Das sind alles Fragestellungen, die ich hier nur eben berühren kann. Es hat keinen Sinn, die ferne Zukunft vorwegzunehmen, wo noch die allerdringendste Forderung unerfüllt ist: Die Ausbreitung der von allen katathymen Bedenken befreiten Überzeugung, daß im Rahmen des allgemeinen Krankenhauses Raum und Einrichtungen geschaffen werden müssen, in denen Fachleute den Forderungen von Nerven- und Geisteskranken genügen, und die mindestens ebenso wichtige Aufgabe, Bereitstellung der geeigneten Leiter solcher Abteilungen, damit die Aufzucht eines geeigneten Nachwuchses möglich wird. Diesem aber wird jene wohl noch ferne, schönere Zukunft gehören.

---

(Aus der psychiatrisch-neurologischen Abteilung des Allgemeinen Krankenhauses in Linz a. d. D. Vorstand: Prof. Dr. G. Stiefler.)

## Zur Frage der Errichtung und Eingliederung psychiatrisch-neurologischer und neurologischer Abteilungen an allgemeine Krankenhäuser.<sup>1)</sup>

Von

G. Stiefler.

Seit *Griesinger*, der in den sechziger Jahren zuerst für die enge Zusammengehörigkeit der Neuropathologie und Psychiatrie eingetreten ist und diese Idee durch die Errichtung einer psychiatrischen und Nervenlinik in die Tat umgesetzt hat, sind im Laufe der Jahrzehnte, insbesondere aber in den letzteren Jahren immer mehr und mehr von berufenster psychiatrischer und neurologischer Seite die Klagen laut geworden, daß die Vertretung der Psychiatrie wie der Neurologie im allgemeinen Krankenhause eine vollkommen unzulängliche ist, ungeachtet der Tatsache, daß die Zahl der Geistes- und Nervenkranken, die im allgemeinen Krankenhaus gepflegt werden, durchaus nicht gering ist, in Deutschland nach *Alter* ungefähr 5%, nach *Lange* sogar etwa 10% betragen dürfte. *Alter* erörterte auf dem 2. Internationalen Krankenhauskongreß die Stellung der Neurologie und Psychiatrie im allgemeinen Krankenhaus und berücksichtigte hierbei sehr ausführlich das vorhandene Schrifttum, das uns lehrt, daß überall in der Welt weder die Neurologie noch die Psychiatrie eine ihrer wissenschaftlichen und praktischen Bedeutung angemessene Stellung einnimmt und jedenfalls im Vergleich zu anderen selbständigen Fachdisziplinen sehr stiefmütterlich bedacht ist. Was *Bonhoeffer* einst über die Aufgaben der psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik sagte, gilt in analoger Weise für die psychiatrisch-neurologische Krankenhausabteilung: »sie soll für den Studierenden nicht nur der Ort sein, wo er einen Einblick in das aus dem sozialen Körper zur Ausscheidung gelangte Anstaltsmaterial bekommt, sondern sie soll ihm auch das Auge schärfen für die mannigfache Durchdringung der dem allgemeinen Arzt und dem Nervenarzt zufließenden

<sup>1)</sup> Gekürzt vorgetragen auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie in Würzburg am 21. April 1933.

Klientel mit psychopathischen Faktoren. Ohne einen Überblick über die Pathologie des gesamten Zentralnervensystems kann das nicht vermittelt werden«.

Es bleibt das unbestritten große Verdienst des deutschen Vereins für Psychiatrie, daß er auf seiner Kissinger Tagung am 24. April 1928 nach einem Referat *Eichelbergs* über die berufliche Ausbildung der Psychiater fast einstimmig den Leitsatz annahm: »es muß erstrebt werden, daß in den großen öffentlichen Krankenhäusern, die in größerer Zahl neurologisch-psychiatrische Krankheitsfälle aufnehmen, selbständige unter fachmännische Leitung gestellte Abteilungen errichtet werden«. Wie ernst es der Leitung des deutschen Vereins für Psychiatrie mit der Inangriffnahme und weiteren Obsorge des einmal gefaßten Entschlusses war, zeigt das Programm seiner diesjährigen Tagung, das ein Hauptreferat über die Errichtung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen an allgemeinen Krankenhäusern enthält, das zwei führenden Vertretern ihres Faches, Prof. Dr. *Lange*, Vorstand der psychiatrisch-neurologischen Klinik in Breslau, und Prof. Dr. *Hoffmann*, Direktor im Hauptgesundheitsamte der Stadt Berlin, überantwortet und, wie nachträglich zu bemerken gestattet sei, in ganz ausgezeichnete Weise erstattet wurde. Den Anlaß, mich zu diesem Gegenstande zum Worte zu melden, gaben vor allem eigene Erfahrungen, die ich seinerzeit als Assistent der Innsbrucker psychiatrisch-neurologischen Klinik, später in vieljähriger konsiliarer Tätigkeit in beiden Fächern im allgemeinen Krankenhaus und an anderen Spitälern in Linz und seit sechs bzw. fünf Jahren als Vorstand einer kleinen neurologischen Abteilung im Spital der barmherzigen Brüder und der psychiatrisch-neurologischen Abteilung im allgemeinen Krankenhaus in Linz mir erwerben konnte.

In Österreich bestehen drei psychiatrisch-neurologische Universitätskliniken mit Ambulatorien in Wien, Graz und Innsbruck, die sämtlich in ein allgemeines Krankenhaus eingegliedert sind und hiermit Abteilungen desselben darstellen. Psychiatrie und Neurologie werden in eigenen Vorlesungen vorgetragen und sind beide gemeinsamer gleichwertiger Prüfungsgegenstand. In Wien bestehen außerdem im allgemeinen Krankenhaus seit 1920 eine neurologisch-psychiatrische Abteilung als Filiale der Klinik in den Räumen der psychiatrischen Abteilung des ehemaligen Garnisonspitals Nr. 1, sowie zwei Anstalten für Nervenranke: das »Maria Theresienschlössel« und der »Rosenhügel«, die aber nur rein-neurologische Fälle aufnehmen und zufolge der geltenden Vorschriften die Aufnahme von Kranken, bei denen der leiseste Verdacht einer Geistesstörung oder einer Selbstmordgefahr vorliegt, ablehnen. Es befindet sich weiterhin im Versorgungshaus der Stadt Wien in Lainz eine Abteilung für Nervenranke, wo die Aufnahme — wie

mir Prof. *Pappenheim*, der Vorstand der Abteilung, auf meine Anfrage mitteilte — im allgemeinen dem Begriffe der Versorgungsbedürftigkeit und den diesbezüglich aufgestellten Normen (nach bis dreimonatlicher Spitalsbehandlung zurückbleibende Behandlungs- und Pflegebedürftigkeit) entsprechen muß; eine direkte Aufnahme auf die Abteilung ist nicht möglich. Vom Bunde angestellte neurologische Konsiliarärzte, die keine eigenen Abteilungen, aber doch die Möglichkeit haben, eine kleine Anzahl von Fällen im Spital auf sogenannten Fachabteilungen, wo auch andere Konsiliarärzte Fälle liegen haben, unterzubringen und selbständig zu behandeln, sind im Franz Josefs-, Elisabeth- und Wiedner Krankenhaus tätig; diese Konsiliarstellen wurden im Laufe der letzten vier bis fünf Jahre nacheinander eingerichtet. In Österreich bestehen sonst noch eine neurologische Abteilung mit psychiatrisch-neurologischem Ambulatorium im Krankenhaus der barmherzigen Brüder in Graz; in Klagenfurt bestand im Krankenhaus eine psychiatrische Beobachtungsabteilung, die 1914 aufgelassen wurde. Die daselbst vor zwei Jahren geplante Errichtung einer eigenen neurologischen Abteilung fand bisher keine Verwirklichung. In Salzburg werden die Nervenkranken im Landesspital und im Krankenhaus der barmherzigen Brüder fallweise durch neurologische Konsiliarärzte versorgt. In Linz, einer Stadt mit heute 120000 Einwohnern, besteht außer den bereits früher erwähnten Abteilungen seit zwei Jahren eine eigene Nervenabteilung im öffentlichen großen Krankenhaus der barmherzigen Schwestern; das neurologische Material besitzt hier also drei eigene Heimstätten im Krankenhaus: eine mit der Psychiatrie gemeinsame im allgemeinen Krankenhaus, sowie je eine eigene Nervenabteilung in den Spitalern der barmherzigen Brüder und Schwestern, und kann hiermit als genügend versorgt bezeichnet werden.

Die nur-konsiliare Psychiatrie und Neurologie im Krankenhaus arbeitet mehrminder in Momentaufnahmen; es wird oft Allzuvielen von ihr gefordert, sie steht manchmal vor Unmöglichkeiten und entbehrt vor allem der für die Diagnose und Therapie nötigen fortlaufenden Beobachtung. Ist die Konsiliartätigkeit schon aus diesen Gründen unbefriedigend, so gilt gleiches auch von der Stellung des Konsiliararztes: er darf wohl beraten, gehört aber dem Krankenhaus als engerer Kollege nicht an und hat letzten Endes nicht den nötigen Einfluß auf die Versorgung seiner Fälle, was auch bei den besten persönlichen Beziehungen leicht zu Unzukömmlichkeiten führt. »Viele Pflichten, wenig Rechte.« Die ambulante bzw. poliklinische Tätigkeit in der Neurologie und Psychiatrie leistet in prophylaktischer, diagnostischer und therapeutischer Hinsicht zweifellos sehr wertvolle Arbeit, aber doch nur in dem ihr eigenen beschränkten Ausmaß; sie dient in erster Linie dem Auf-

bringen und Sammeln des Materials, insbesondere dem Erfassen der Frühformen und kann auch in vielen Fällen der einzuleitenden Behandlung genügen, erreicht jedoch ihren vollen Zweck erst dann, wenn sie in engster Verbindung steht mit einer neurologisch-psychiatrischen Krankenhausabteilung, die eine entsprechend lange Beobachtung bzw. eine unter Umständen nur im Spital durchzuführende Behandlung ermöglicht oder gegebenenfalls den Kranken nach beendeter Untersuchung bzw. Behandlung wieder dem Ambulatorium zur weiteren Behandlung bzw. Nachbehandlung zurücküberstellt. Die Errichtung einer selbständigen psychiatrisch-neurologischen Abteilung unter fachmännischer Leitung und ihre Eingliederung an das allgemeine Krankenhaus ist heute eine ärztliche und soziale Forderung, von der im Interesse der Geistes- und Nervenkranken nicht mehr Abstand genommen werden kann.

Wie in vielen anderen Krankenanstalten waren auch im allgemeinen Krankenhaus in Linz die zur nötigen Aufnahme von Geisteskranken vorgesehenen Mittel durchaus unzulänglich und unzweckmäßig; sie bestanden aus zwei Isolierzellen im Verbands- und Raume der internen Abteilung, in der die Kranken bis zu ihrer Überstellung in die Irrenanstalt vorübergehende Aufnahme fanden. Die Unterbringung war also die denkbar ungünstigste, eine mittelalterliche; es fehlten jegliche Einrichtungen für eine zweckmäßige, geschweige denn fachgemäße Behandlung. Die Aufnahme in die zuständige Landesirrenanstalt begegnet noch dazu nach wie vor in nicht wenigen Fällen gewissen Schwierigkeiten; es müssen vorher die Staatsangehörigkeit, die provinziale Zuständigkeit sowie die Personalien festgestellt sein, da sonst die Aufnahme in die Anstalt nur über eigene Bewilligung seitens der Landesregierung erreicht werden kann, was zur Folge hatte, daß manche Kranke Tage, ja selbst Wochen hindurch in einem der beiden Isolierzimmer verbleiben mußten. Die Aufnahme von Geisteskranken in die Irrenanstalt unterliegt weiterhin bei uns der Einschränkung, daß der Kranke auf Grund eines von zwei Ärzten ausgestellten Zeugnisses, von denen einer ein behördlich verpflichteter Arzt (Amtsarzt, Gerichtsarzt, Gemeindefürsorger) sein muß, als geisteskrank und »gemeingefährlich« bezeichnet sein muß, was wieder zur Folge hat, daß abgesehen von Kranken außerhalb des Stadtgebietes Linz, die direkt vom Landarzt ins allgemeine Krankenhaus zur weiteren Überstellung in die Landesirrenanstalt eingewiesen wurden, auch von der Anstalt abgelehnte Kranke (»weil ihre Papiere nicht in Ordnung waren«) dem Krankenhaus überstellt werden. Die beiden Isolierzellen arbeiteten sozusagen mit Hochdruck, waren so gut wie immer »besetzt«; ein Teil der Geisteskranken lag unter den internen Kranken und machte sich häufig recht störend geltend. Der Vorstand der inneren Abteilung war der ärztliche Leiter der soge-

nannten »Beobachtung«, ein fallweise gerufener Gerichtsarzt, seit 1919 ein Gerichtspsychiater, begutachtete die Kranken hinsichtlich ihrer Abgabe in die Irrenanstalt bzw. hinsichtlich der Veranlassung sonstiger Maßnahmen; von irgendeiner Behandlung konnte keine Rede sein. Mit der vom ehemaligen Direktor des Krankenhauses und Vorstand der inneren Abteilung weiland Prim. Dr. *Richard v. Chiari* veranlaßten Errichtung einer psychiatrischen Abteilung fand dieser unhaltbare Zustand erst 1928 sein Ende; *Chiari*, obwohl er als Chvostekschüler selber ein gut ausgebildeter und erfahrener Neurologe war, setzte sich weiterhin dafür ein, daß mit der psychiatrischen zugleich auch eine neurologische Abteilung verbunden wurde, wodurch meine jahrelangen Bemühungen um Schaffung einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung im Rahmen des Krankenhauses endlich von Erfolg gekrönt waren. Die Abteilung, die hinsichtlich der Versorgung der Kranken (Aufnahme, Behandlung, Entlassung) vollkommen selbständig ist, untersteht in gewisser administrativer Hinsicht ebenso wie die Abteilungen für Lungen-, Haut- und Geschlechtskranke, für Physiotherapie und Röntgen der Abteilung für innere Kranke, in gleicher Weise wie die Augen-, Ohren-, gynäkologische- und urologische Abteilung der Chirurgie; sie ist räumlich in den Kreis der übrigen Abteilungen eingegliedert, stellt in baulicher Hinsicht derzeit noch ein Provisorium dar und ist mit Ausnahme von zwei Zimmern eine offene psychiatrische Abteilung. Die ursprüngliche Zahl von 45 Betten wurde wegen ständiger Überfüllung mittels Notbehelf auf 60 Betten erhöht. Für die Erweiterung und den Umbau der Abteilung, der eine Sonderung der Räumlichkeiten in eine offene und geschlossene Abteilung vorsieht, sind die Pläne dank der kräftigen Förderung durch den gegenwärtigen Direktor des Krankenhauses und Vorstandes der inneren Abteilung Prim. Dr. *J. Kretz* bereits in Ausarbeitung.

Die psychiatrisch-neurologische Abteilung im Krankenhaus hat im ganzen und großen die praktischen Aufgaben einer psychiatrisch-neurologischen Universitätsklinik zu erfüllen. Sie dient zunächst der sofortigen, zweckmäßigen und fachgemäßen Unterbringung von Geisteskranken des Stadtgebietes und seiner Umgebung, die akut und unter mehrminder stürmischen Erscheinungen erkranken, also einer sofortigen psychiatrischen Behandlung bedürfen, um eine Gefahr für sie selbst und ihre Umgebung zu verhindern; sie nimmt weiterhin Geisteskranke oder auf eine Geistesstörung verdächtige Kranke auf zur Feststellung der Art der Erkrankung und Begutachtung der Frage, ob die weitere Abgabe des Kranken in die zuständige Landesirrenanstalt nötig ist oder ob es sich um eine mehr akute oder an sich leichtere Form einer Geistesstörung handelt, deren Ablauf

unter entsprechender Behandlung in der Abteilung abgewartet werden kann. Es werden auf diese Weise manche sonst der Landesirrenanstalt direkt zuge dachte Fälle auf ihre Anstaltstauglichkeit geprüft, sozusagen »geseibt« und nach Tunlichkeit vermieden, daß Fälle der Anstalt zufließen, die nicht in dieselbe gehören, ja gar nicht so selten ärztlicherseits als Geisteskranke verkannt wurden; wir verfügen über eine größere Zahl von derartigen Fällen, die uns von der Landesirrenanstalt entweder schon vor oder bald nach der Aufnahme zur weiteren Behandlung überwiesen wurden (Parkinsonismus, apoplektische Insulte mit aphasischen Störungen, Hirntumoren, neuropathische Konstitutionen, psychogene Neurosen usw.). Es kann nicht die Aufgabe einer psychiatrischen Krankenhausabteilung sein, mehr minder akute Geistesstörungen, die Wochen und Monate zur Abheilung bedürfen, z. B. Phasen des manisch-depressiven Irreseins, schizophrene Schübe, zu behandeln; diese sind vielmehr nach Feststellung der Diagnose ebenso wie die ausgesprochen chronischen Geistesstörungen der Landesirrenanstalt zu übermitteln, wo sie wegen der Möglichkeit der Mitarbeit im Handwerk, Haus, Garten und Feld im Wege der modernen Arbeitstherapie zufolge der bestehenden Arbeitseinrichtungen ein viel freieres Dasein führen und jedenfalls viel zweck- und sachgemäßer untergebracht sind. Was die Aufnahmebedingungen an der psychiatrisch-neurologischen Abteilung anlangt, so unterliegen sie im allgemeinen keiner Einschränkung; ein Teil der psychisch-Kranken kommt freiwillig (besonders häufig depressive Verstimmungen), der weitaus größere Teil der Kranken wird von deren Umgebung meist mit kurzem ärztlichen Bericht eingebracht, viele Fälle kommen unmittelbar, sozusagen von der Straße her, für gewöhnlich mit polizeiärztlichem Befund. Da die öffentlichen Krankenhäuser in Österreich auch der Aufsicht des Bundes unterstehen und Ärzte des Gesundheitsamtes der Landesregierung die Aufgabe haben, das Krankenmaterial in verschiedener Hinsicht (Art und Dauer der Erkrankung, Zuständigkeit, spätere Fürsorge usw.) fallweise anzusehen, so ist die Möglichkeit einer amtsärztlichen Begutachtung von Fällen, die etwa gegen die Anhaltung an der Abteilung Einspruch erheben, ohne weiteres gegeben; ein anderer Weg ist die Überstellung derartiger Fälle an die Landesirrenanstalt, wo das gerichtärztliche Gutachten die Frage der Notwendigkeit der Anhaltung entscheidet. Der Psychiater befindet sich da mehrminder in der gleichen Lage wie der Arzt der Infektionsabteilung, der einen Fall von schwerer Infektionskrankheit gegen den Willen des Kranken und dessen Umgebung aufnehmen und zurückhalten muß, im Interesse des Kranken selbst und zum Schutze der gesunden Bevölkerung. Wir machten übrigens die Erfahrung, daß Kranke und insbesondere deren Angehörige, die

gegen die Anhaltung an der psychiatrischen Abteilung Stellung nahmen — es waren ganz vereinzelte Fälle — alsbald nachgiebig und einsichtig wurden, wenn wir ihnen als Folge ihrer Weigerung die bevorstehende Einweisung des Kranken in die Landesirrenanstalt in Aussicht stellten.

*Hürter*, Direktor des allgemeinen Krankenhauses in Mainz und Internist, hat zur Begründung der Errichtung der seinem Krankenhaus angegliederten psychiatrischen Abteilung die gewiß sehr beherzigenswerten Worte gebraucht: die Abteilung gleicht ein schweres soziales Unrecht aus, denn der akut Geisteskranke hat dasselbe Recht, im Krankenhaus verpflegt zu werden, wie der innere, chirurgische und Hautkranke (*Alter*). Aufnahme und Anhaltung in einer Irrenanstalt bedeutet für den Kranken bei den trotz aller psychiatrischen Aufklärung heute ebensogut wie früher bestehenden Vorurteilen noch weiter Kreise häufig eine schwere soziale Schädigung und bringt oft geradezu tragische Auswirkungen mit sich, die den aus der Anstalt geheilt Entlassenen bei der Rückkehr in die Gesellschaft erwarten. Nur wenige seiner Mitmenschen anerkennen, daß er krank in einer Heil- und Pflegeanstalt d. h. in einer einem Krankenhaus gleichen Anstalt war; es heißt vielmehr: er war am Steinhof, in Oehling, in Niedernhart oder in Hall, wie bei uns gerade die betreffenden Orte, wo Irrenanstalten bestehen, heißen. Wie ein Fluch verfolgt ihn sein ehemaliger Anstaltsaufenthalt. Diese Befürchtungen kommen bei dem Aufenthalt in einer psychiatrischen Krankenhausabteilung, insbesondere wenn dieselbe mit einer neurologischen Abteilung vereinigt ist und unter der Bezeichnung »Nervenabteilung« im Laienkreise geht, vollkommen in Wegfall; wesentlich ungünstiger wirkt in dieser Richtung die nur-psychiatrische Abteilung mit dem ominösen Namen der »Beobachtungsstation«. Kranke und deren Angehörige werden sich viel leichter und eher zur Aufnahme in eine Nervenabteilung entschließen. Was aber eine möglichst frühzeitige, sachgemäße Behandlung bei so mancher Geistesstörung — ich nenne nur die progressive Paralyse — bedeutet, bedarf in unserem Kreise keiner näheren Erörterung. Es soll auch nicht außer acht gelassen werden, daß das Krankenmaterial einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung für die leichten Formen der Geistesstörungen, insbesondere für Thymopathien, psychopathische Reaktionen usw. eine zweifellos günstigere Umgebung darstellt, als das andauernde Beisammensein mit den verschiedenen, doch zum Teil unruhigen und auffälligen chronischen Geisteskranken. Wir haben übrigens wiederholt im Einvernehmen mit der Direktion der Landesheil- und Pflegeanstalt in Niedernhart (Reg.-Rat Dr. Boehm) Fälle der Anstalt, die bereits in Rekonvaleszenz waren, übernommen, weitergepflegt und nach der Genesung entlassen, wo-



durch ihnen der Wiedereintritt ins gesellschaftliche und berufliche Leben erleichtert wurde. Ein verständnisvolles Zusammenarbeiten der Krankenhausabteilung mit der örtlich zuständigen Irrenanstalt ist sicherlich sehr im Interesse der Kranken gelegen. Das an der Abteilung verbleibende, recht mannigfaltige psychiatrische Material bildet insbesondere das weite Gebiet der psychopathischen Konstitutionen und Reaktionen, unter denen in der heutigen Zeit der so schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse depressive Verstimmungen mit Selbstmordversuchen eine große Rolle spielen, weiterhin leichtere Formen des manisch-depressiven Irreseins, der Schizophrenie, epileptische Dämmerzustände und Verstimmungen, akute Alkoholpsychosen, verschiedene exogene Reaktionstypen und gewiß nicht zuletzt die progressive Paralyse, deren möglichst frühzeitige Erkennung das Um und Auf des Behandlungserfolges bildet.

Der Arbeitsbereich der inneren Medizin ist schon seit geraumer Zeit so umfangreich geworden, daß der Internist wohl kaum mehr imstande sein kann, den Forderungen, die die Neurologie in wissenschaftlicher und praktischer Hinsicht an ihn stellt, vollauf gerecht zu werden; es sei hier nur erinnert an die Beziehungen der klinischen Neurologie zur Anatomie, Physiologie, pathologischen Anatomie, insbesondere Histologie des Nervensystems, an die oft recht umständliche und zeitraubende klinische Beobachtung und verschiedene wichtige Untersuchungsmethoden und an die mannigfaltigen therapeutischen Maßnahmen, die gegenüber dem ehemaligen aus Brom-, Valeriana-, Jod-, Quecksilber- und der Elektrotherapie bestehenden Behandlungsschatz, denn doch viel schwieriger und verantwortlicher (Fieberbehandlung!) geworden sind. Es ist daher die Forderung nach Selbständigkeit der Neurologie im Unterricht wie auch hinsichtlich der Errichtung eigener Nervenabteilungen an großen Krankenhäusern, wie sie schon seinerzeit *Erb*, *Schultze* u. a. und seit 20 Jahren unablässig der Führer der deutschen Neurologie *Foerster* erstrebt, verständlich und berechtigt. Auf die Frage des gesonderten Unterrichtes in der Neurologie soll hier nicht näher eingegangen, nur kurz erwähnt werden, daß in Deutschösterreich, wie bereits erwähnt, die von *Foerster* gestellten Bedingungen insofern erfüllt sind, als Psychiatrie und Neurologie in eigenen Vorlesungen gelehrt werden und beide Fächer einen gleichwertigen Prüfungsgegenstand bilden. *Foerster* erkennt selbst an, daß derzeit, nicht zuletzt in Anbetracht der schwierigen wirtschaftlichen Verhältnisse, für die Errichtung besonderer neurologischer und psychiatrischer Abteilungen an allen Krankenhäusern kein Bedürfnis vorliegt. Für die enge Vereinigung der Psychiatrie und Neurologie spricht, daß beide Fächer in den psycho- und neuropathischen

Konstitutionen und Reaktionen ein ungemein breites Grenzgebiet haben, so daß eine strenge Trennung in Geistes- und Nervenranke nicht immer möglich ist, daß weiterhin psycho- wie neuropathische Symptome sich bei ein- und demselben Kranken finden (Taboparalyse, Neuritis-Korsakow, Tumor cerebri, Atherosklerosis cerebri, Encephalitis usw.) und daß schließlich beiden Fächern sehr viele Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemeinsam sind (Lues!). Es bedarf wohl keiner näheren Begründung, daß der Psychiater neurologisch, der Neurologe psychiatrisch ausgebildet sein muß; wo aber wäre dies leichter und besser zu erzielen als durch die Schulung an einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung, die beide eng verschlungenen Arbeitsbereiche vereinigt? *Bonhoeffer* betonte schon seinerzeit in der Aussprache mit *Erb* hinsichtlich der Frage der Selbständigkeit der Neurologie, daß er gleichfalls für die Errichtung eigener neurologischer Abteilungen in den größeren Krankenhäusern sei, hielt es aber gegenüber *Erb* gleichzeitig für »verforderlich und sehr wünschenswert, daß die Leiter dieser Abteilungen eine ausreichende klinisch-psychiatrische Schulung haben, so daß sie auch der Beurteilung und Behandlung psychischer Fälle gewachsen sind«. Das neurologische Material kann gegenüber dem psychiatrischen hinsichtlich der Aufnahme der Kranken einer gewissen Auswahl unterliegen, die unter Umständen durch die wissenschaftliche Einstellung oder Vorliebe des Vorstandes für ein bestimmtes neurologisches Gebiet beeinflusst ist; es darf aber hierbei nicht vergessen werden, daß die neurologische Abteilung, ob sie nun allein oder gemeinsam mit einer psychiatrischen besteht und wenn sie keinen speziellen Charakter trägt (z. B. neurochirurgische Station), nicht wegen eines bestimmten Arbeitsgebietes des Vorstandes besteht, sondern wegen der nervenkranken Bevölkerung, die Aufnahme also im Sinne des »saluti aegroti« erfolgen muß. Im allgemeinen überwiegen die »organischen« Nervenfälle; es soll aber nicht außer acht gelassen werden, daß in der neurologischen wie auch allgemeinen Praxis das »funktionell-nervöse« Gebiet bei weitem vorherrscht, daß weiterhin gerade bei den neuropathischen Konstitutionen, psychisch-nervösen Erschöpfungszuständen, insbesondere auch bei den psychogenen Neurosen durch die Aufnahme und Behandlung an der Nervenabteilung oft und oft Erfolge erzielt werden können, die der früheren ambulanten bzw. häuslichen Behandlung versagt blieben. Es sei weiterhin hervorgehoben, daß eine möglichst frühzeitige fachgemäße Beobachtung und Behandlung der nervösen Folgezustände nach Unfällen von weittragender Bedeutung sein kann, insbesondere nach entschädigungspflichtigen Unfällen, wobei auch hier die psychiatrische Schulung besonders wertvolle Dienste leistet, ja eine *conditio sine qua non* bildet. Die Eingliederung

rung der psychiatrisch-neurologischen Abteilung ins allgemeine Krankenhaus ermöglicht einerseits die möglichst vollkommene Untersuchung der eigenen Fälle durch die einzelnen Fachdisziplinen (Abteilungen und Institute), andererseits stellt sie sich selbst in den Dienst derselben; gerade hier zeigt sich, wie häufig, ja fast täglich trotz guter eigener Ausbildung in der medizinischen Klinik die Hilfe des Internisten in Anspruch genommen wird und welch wertvolle Dienste sie leistet (Stoffwechseluntersuchungen, endokrine Pathologie, biologische Reaktionen, Veränderungen des Blutes, z. B. Feststellung einer Perniciosa, genaue Untersuchungen des Herz-Gefäßapparates usw.). In neuro-chirurgischer Hinsicht ist die zeitlich und räumlich gemeinsame Arbeit des Chirurgen und Neurologen die Grundlage des Erfolges; die nur-konsiliare Tätigkeit genügt nicht, um die unbedingt notwendige Dauerkontrolle des Falles hinsichtlich Diagnose und Verlauf zu gewährleisten, die, wie *Economio* noch betonte, für das Los des Kranken wichtig ist. Es gilt dies auch für das große, in seinem sozialen Auswirkungen ungemein wichtige Gebiet der Unfallchirurgie; ein fachgemäßer neurologischer Befund bei der Aufnahme des Frischverletzten entscheidet einerseits oft das chirurgische Handeln und ermöglicht andererseits die richtige spätere Begutachtung des Falles.

*Pappenheim* setzte sich in letzter Zeit mit großer Wärme für die offene psychiatrische Krankenhausabteilung ein und verwies hierbei insbesondere auf die Erfahrungen von *Toulouse-Paris* über das offene psychiatrische Krankenhaus. Man wird jedenfalls bestrebt sein, die baulichen Verhältnisse der psychiatrisch-neurologischen Abteilung im Krankenhaus so zu richten, daß sie sich möglichst wenig von den übrigen Abteilungen unterscheidet; andererseits wird sich — auch nach den eigenen Erfahrungen an meiner Abteilung, die, wie bereits erwähnt, eine offene ist — die Abschließung eines Teiles der Abteilung für Geisteskranke, die unruhig oder sonst irgendwie auffällig sind, für frisch aufgenommene Fälle, deren Diagnose noch nicht sicher steht, nicht umgehen lassen, zumal psychisch Leichtkranke sowie insbesondere neurologische Fälle durch derartige Geisteskranke ungünstig beeinflusst werden. Auch die Durchführung einer Entziehungskur (Alkohol, Morphium, Kokain) ist in einer gesperrten Abteilung leichter und verlässlicher. Wie weit man mit dem Sperren und anderen Vorsichtsmaßnahmen geht, hängt nicht nur von der Art des Krankenmaterials, sondern auch von den gegebenen baulichen Verhältnissen ab; die geschlossene Abteilung soll jedenfalls nur einen kleinen Teil der Gesamtabteilung umfassen. Das gemeinsame Vorhandensein psychischer und Nervenkranker an der Abteilung ermöglicht eine den verschiedenen Krankheiten entsprechende Unterbringung der einzelnen Fälle, die Verlegung der

Kranken von der psychiatrischen Abteilung auf die neurologische und umgekehrt. In baulicher Hinsicht sind mehrere kleinere Räume weniger großen Sälen vorzuziehen.

Was die Größe der psychiatrisch-neurologischen Abteilungen anlangt, so fordern *Cimbal, Frankel, Heldt, Wetzel, Alter* übereinstimmend als das nötige Mindestmaß 40 Betten auf 10000 Einwohner; *Brouwer, Cimbal, Foerster, Heldt* und *Wetzel* verlangen im Interesse einer vollwertigen Leistung neurologischer, neuropsychiatrischer und psychiatrischer Abteilungen, daß die Beobachtung und Behandlung aller Zugänge vom Vorstand der Abteilung selbst geleitet wird und bemessen daraus das maximale Ausmaß solcher Abteilungen, das 125—150 Betten nicht überschreiten soll (*Alter*). Nach *Lange* sollen die psychiatrisch-neurologischen Abteilungen, für deren Errichtung nur große Krankenhäuser in Betracht kommen, nicht kleiner als 60, nicht größer als 120 bis höchstens 150 Betten sein, wobei 50 Betten auf 10000 Einwohner als erforderlich erscheinen.

Unsere eigene Abteilung enthielt zuerst 45 Betten, zählt heute einschließlich Notbelag 60 Betten bei einer Einwohnerzahl von 120000 für Linz; der Aufnahmebezirk fürs Krankenhaus ist aber wesentlich größer, da er auch die weitere Umgebung umfaßt und nicht wenige Kranke aus verschiedenen Gegenden des eigenen oder auch eines der benachbarten Bundesländer kommen, zumal der heute rege Autobusverkehr den Zugang der Kranken erleichtert. Die Aufnahmeziffer an unserer Abteilung betrug im ersten Jahre der Errichtung 606, und zwar 275 psychiatrische, 331 neurologische Fälle; bereits im zweiten Jahre wurden bei äußerster Ausnützung des verfügbaren Raumes 869 Kranke aufgenommen, 447 psychiatrische und 422 neurologische Fälle. In den folgenden Jahren hielt sich die Aufnahmezahl mit geringen Schwankungen auf dieser Höhe; es überwogen um ein Geringes die neurologischen Fälle, unter denen die funktionell-nervösen in den Jahren 1928—1930 etwa  $\frac{1}{4}$  (23.9—26.5%), in den letzten zwei Jahren ungefähr  $\frac{1}{3}$  (30.7—33.5%) betrugten. Diese Zahlen sprechen wohl eindeutig für die Notwendigkeit des Bestehens einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung in unserem Krankenhaus, die heute hinsichtlich der Zahl der versorgten Kranken bereits an erster Stelle nach den chirurgischen und medizinischen Hauptabteilungen zu stehen kommt und einen Belag von ungefähr 80 Betten erfordern würde.

Die psychiatrisch-neurologische Abteilung erfüllt eine ethisch-soziale Aufgabe auch insofern, als sie für die Armen und Minderbemittelten, wenn sie geistes- und nervenkrank sind, mehrminder die gleichen Möglichkeiten der Unterbringung und Behandlung schafft wie für die Bemittelten, denen Privatanstalten (Sanatorien)

zur Verfügung stehen. Die psychiatrisch-neurologische Abteilung ist aber auch berufen, an den so mannigfaltigen Aufgaben der psychiatrischen Außenfürsorge im Einvernehmen mit den zuständigen Behörden mitzuarbeiten (Jugendamt, Trinkerfürsorge, Gericht, Polizei usw.); es obliegt ihr weiterhin die Heranbildung von Pflegerinnen und Fürsorgerinnen durch Abhaltung von Kursen und Vorträgen. Die Errichtung einer neurologisch-psychiatrischen Abteilung im allgemeinen Krankenhaus einer mittelgroßen oder auch größeren Stadt, das über Fachabteilungen verfügt, genügt im allgemeinen dem vorhandenen Bedürfnisse; dies schließt jedoch nicht aus, daß in anderen Spitälern, die in derselben Stadt bestehen, und zwar auch dann, wenn sie von geringerem Umfange sind, eigene, rein-neurologische Abteilungen geschaffen werden können, deren Leitung, wie bereits früher erörtert, psychiatrisch geschulten Neurologen überantwortet ist. Die Absonderung des neurologischen Materials in einem Krankenhaus ist insofern leichter durchzuführen, als besondere bauliche Veränderungen nicht nötig sind. Ich berühre diese Frage deshalb, weil es bei uns in Deutschösterreich Ordensspitäler gibt, z. B. die Krankenanstalten der barmherzigen Brüder, die die Aufnahme von Geisteskranken grundsätzlich ablehnen. Es bestehen, wie bereits erwähnt wurde, solche rein-neurologischen Abteilungen in den Spitälern der barmherzigen Brüder in Graz, Linz sowie auch im Krankenhaus der barmherzigen Schwestern in Linz. Ihre Errichtung wurde dadurch wesentlich erleichtert, daß die Vorstände der verschiedenen Abteilungen ehrenamtlich ihren Dienst versehen, andererseits aber die Möglichkeit haben, Klassenpatienten im Krankenhaus unterzubringen und hinsichtlich Pension vom Lande den Gemeindeärzten gleichgestellt sind. Die gemeinsame oder getrennte Sonderstellung der Neurologie und Psychiatrie im Rahmen des allgemeinen Krankenhauses ermöglicht nicht nur die Heranbildung eines psychiatrisch-neurologischen Nachwuchses, sondern auch die Schaffung leitender, selbständiger Stellen im eigenen Arbeitsbereiche, das bei der heutigen Entwicklung beider Fächer, insbesondere hinsichtlich der Dauerbeobachtung, der verwickelten Untersuchungsmethoden und therapeutischen Maßnahmen (Fieberbehandlung) für eine vollkommene neurologische und psychiatrische Tätigkeit eine Notwendigkeit darstellt.

Zum Schluß noch einige Worte über die wissenschaftliche Bedeutung psychiatrisch-neurologischer Abteilungen; sie können selbstverständlich die Universitätskliniken nicht annähernd ersetzen: es fehlt vor allem an der nötigen Zahl der Ärzte, den verschiedenen wissenschaftlichen Behelfen. Und doch läßt sich bei entsprechender Ausnützung des Gegebenen manches leisten, wobei es sich durchaus nicht um eine große, reich ausgestattete

Abteilung handeln muß. Ich erinnere nur, um im eigenen Lande zu bleiben, an die verhältnismäßig kleine neurologische Abteilung des Krankenhauses der barmherzigen Brüder in Graz und an ihren Vorstand Prof. *Zingerle*, dem wir bekanntlich sehr wertvolle Arbeiten — ich nenne nur das Automatoſe-Syndrom — verdanken. Es hängt eben, wenn Sie mir einen Vergleich gestatten, nicht so sehr von der Art und Güte des Fuhrwerkes ab, sondern von dem Kutscher, der dasselbe leitet. Wie viel wertvolles pathologisch-anatomisches Material geht doch verloren, wo die fachmännische klinische Beobachtung und Erziehung fehlt! Es ist Aufgabe und Pflicht des Vorstandes einer psychiatrisch-neurologischen Abteilung, dieses Material in sachgemäße Verwahrung zu nehmen und dasselbe, wenn er selbst nicht die Möglichkeit der histologischen Verarbeitung an seiner Abteilung besitzt, einer psychiatrisch-neurologischen Klinik oder einem neurologischen Institute zu diesem Zwecke zu übergeben. Ich begrüße und unterstreiche die uns von *Lange* vorgelegten Leitsätze; sie dienen dem Wohle des Geistes- und Nervenkranken, der Förderung unserer Fachwissenschaft, der Heranbildung und Versorgung unseres Nachwuchses und damit der Gesundheit unseres deutschen Volkes.

---

(Vortrag gehalten in der Frühjahrsversammlung 1933 der schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie im Bernoullianum in Basel.)

## Über die Entstehung des Hauses für bildungsunfähige Kinder des kantonalen Asyls in Wil (St. Gallen)

zugleich ein Beitrag zur Beschäftigungstherapie.

Von

Dr. H. Schiller, Direktor des Asyls.

Mit 1 Figur

Das kantonale Asyl in Wil wurde im Sommer 1892 eröffnet; nach der damals geltenden Organisation war es eine Pflgeanstalt für altersschwache, chronisch körperlich und Geisteskranke, die in den andern kantonalen Anstalten keine Aufnahme fanden; deshalb war auch seine erste Bezeichnung Asyl für Unheilbare, die dann aber aus Humanitätsgründen in kantonales Asyl abgeändert wurde. So übernahm es auch bei der Eröffnung am 26. Juni 1892 aus der Heilanstalt St. Pirminsberg 120 chronisch Kranke. Sie können sich leicht vorstellen, was das für eine Gesellschaft war. Die aufzunehmenden chronisch körperlich und Geisteskranken betrafen alle erwachsene Personen; an Kinder dachte man damals gar nicht. Bald aber trat an das Asyl die Aufgabe heran, auch bildungsunfähige, idiotische Kinder aufzunehmen, weil sich im Kanton keine Anstalt fand, die Kranken dieses Alters und dieser Art Aufnahme gewährte. Dazu wäre nun eigentlich eine offizielle Änderung des Organisationsstatutes nötig gewesen. Die Asylkommission war aber so weitherzig und human, besonders durch die Bemühungen ihres hervorragenden Mitgliedes, des Arztes Dr. *Laurenz Sonderegger*, des großen st. gallischen Philanthropen und Hygienikers, diese Änderung ohne Inbetriebsetzung der Gesetzgebungsmaschine vorzunehmen und dem Direktor zu gestatten, auch solche Fälle aufzunehmen. Das erste Kind, eine einjährige Kretine mit körperlicher Mißbildung wurde schon im zweiten Betriebsjahr aufgenommen und in den folgenden Jahren noch mehrere. Aber für diese Fälle stand keine besondere Abteilung zur Verfügung und die Kinder wurden, wenn es ihre Körperlänge erlaubte, einfach in Kinderzeinen zwischen den Betten der Erwachsenen untergebracht.

Als ihre Zahl größer wurde und auf 6, 10 und 19 stieg, machte ich für sie einen kleinen Aufenthaltssaal auf der sog. Pensionärabteilung im Haus für die männlichen körperlich Kranken und

Altersschwachen frei, für welche Kinderbettstellen angeschafft werden mußten.

Unter diesen Kindern gab es nun solche, die durch die Art ihrer Krankheit große Störung in dem ruhigen Haus verursachten und ich mußte sie notgedrungen anderswo unterbringen; das waren Fälle von agitiertem Idiotie, von Mongolismus, und ich wußte mir nicht anders zu helfen, als sie in die geschlossenen Häuser der erwachsenen Geisteskranken zu verlegen. Die Übelstände, die durch die Unterbringung dieser bildungsunfähigen, idiotischen Kinder im Hause für die chronisch körperlich Kranken und Altersschwachen entstanden, hatten sich im Laufe der Jahre so verschlimmert, daß der Bau eines besonderen Hauses für diese Kinder zu einem dringenden Bedürfnis geworden war. Die Landesväter sahen zwar dieses Bedürfnis vollständig ein, sie waren aber infolge der durch den großen Krieg entstandenen schlimmen Finanzlage des Kantons außerstande, die dazu nötigen Mittel zu gewähren. Deshalb wandte ich mich an eine Anzahl gemeinnütziger Männer, die einen öffentlichen Aufruf für eine allgemeine Sammlung zugunsten eines zu erstellenden Kinderhauses für das kantonale Asyl an das St. Galler Volk erließen. Und unsere Hoffnung, daß das St. Galler Volk für seine eigenen pflegebedürftigen Kinder auch ein Scherflein beisteuern würde, nachdem es in den vorhergehenden Jahren große Summen für notleidende Auslandskinder gespendet, ging in Erfüllung. Der gemeinnützige, werktätige Sinn des St. Galler Volkes bewährte sich und die Gaben flossen so reichlich, daß das Haus mit einem kleinen, vom großen Rate beschlossenen Beitrag im August 1926 zur Aufnahme von 30 Kindern bezugbereit stand.

Das Haus ist ein einstöckiger Bau mit drei nach Süden gerichteten Räumen: zwei Schlafräumen und einem Aufenthaltssaal und vor der ganzen Südfront eine geräumige Veranda mit Geländer und einem Sonnendach, von der aus man auf einer sanft ansteigenden Rampe in den Garten gelangt; siehe nebenstehende Zeichnung des Grundrisses.

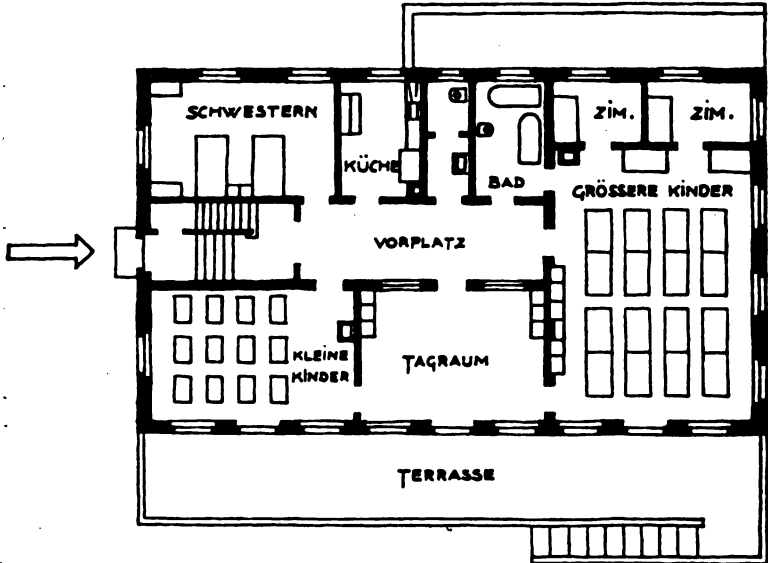
Ich hatte versucht, diesen Garten bloß mit einer Lehecke gegen die Umgebung abzuschließen; die Erfahrung hat aber gezeigt, daß diese Art der Umfriedigung für diese Kinder nicht genügte, und so mußte ich diese Lehecke noch durch einen Staketenzaun verstärken lassen, um das beständige Davonlaufen und Durchbrechen der Kinder durch den jungen Lebhag zu verhindern.

Nach Norden gelegen sind zwei mit dem großen Schlafräumen unmittelbar nach Art eines Wachsaales in Verbindung stehende Einzelzimmer, die natürlich bald mit zwei Betten belegt werden mußten, und ein Bad mit Kinderwanne und einer größeren Wanne und einem Kinderabtritt, daneben ein Spülraum mit Abort und Ausguß und die Abwaschküche und nach Westen das Schlafzimmer für



zwei Wärterinnen. Die Pflege der Kinder ist zwei Schwestern vom hl. Kreuz zu Ingenbohl anvertraut. Im Dachgeschoß sind fünf Einzelzimmer nach Süden eingebaut und nach Norden ein Abort und zwei Windenräume.

Diese fünf Einzelzimmer sind eine prächtige Einrichtung; denn sie geben Gelegenheit, Hilfskräfte für den Dienst des Hauses unterzubringen. Es ist ja selbstverständlich, daß die zwei Schwestern für die 30 Kinder, die mit ihrer Unreinlichkeit und ihrem oft



turbulenten Wesen Tag und Nacht viel Arbeit erfordern, nicht genügen, und da habe ich schon seit der Eröffnung des Hauses begonnen, ihnen ruhige Frauen der Abteilungen für Geistesranke zur Hilfe zu geben, besonders junge Mädchen, die wegen ihres Erotismus, wegen illegalen Schwangerschaften, wegen Vagantität und Einbrüchen in die Rechtsordnung sich draußen nicht halten konnten.

Mit dieser Form der Arbeitstherapie habe ich sehr gute Erfahrungen gemacht; denn bei der Kinderpflege haben diese Patientinnen die beste Gelegenheit, ihre mütterlichen Instinkte und Triebe zu betätigen und zu veredeln und es ist oft rührend zu sehen, welche Anhänglichkeit sich zwischen diesen kleinen und großen Patienten entwickelt; dadurch sind schon einige von diesen abwegigen Mädchen wieder auf den rechten Weg gebracht und fähig geworden, draußen sich ihr Brot in anständiger Weise zu verdienen. Ja drei davon machen immer regelmäßige Besuche, um ihre lieben Kleinen

wiederzusehen, sie haben sogar schon um die Erlaubnis gefragt, ihre freien Tage und auch ihre Ferien im Kinderhaus zubringen zu dürfen, während denen sie den Kindern wahre, fröhliche Festtage bereiten.

Die Erfahrung hat nun gezeigt, daß es wie bei den erwachsenen Geisteskranken nicht möglich ist, alle diese Kinder auf einer Abteilung zu halten, da sie in bezug auf Ruhe und Ordnung ebenso viele Formen und Abweichungen bieten wie die Erwachsenen, und so war ich bald gezwungen, einige Fälle, die durch ihre Unruhe, ihre Zerstörungssucht, ihre Gewalttätigkeit und ihr beständiges Durchbrennen auch über den 1 $\frac{1}{2}$  m hohen Staketenzaun auf eine unruhige Abteilung der erwachsenen Geisteskranken zu versetzen und da standen mir nur die entsprechenden Abteilungen des Asyls für die Erwachsenen zur Verfügung.

Gegenwärtig befinden sich im kantonalen Asyl 36 Kinder, wovon 26 im Kinderhaus. Nach den Formen, die sie bieten, können wir sie einteilen in: 12 erethische Idioten, die mit ihrer Agilität, ihrer beständigen Beweglichkeit, da sie nur kurze Zeit ruhig sitzen bleiben können, und ihrem turbulenten Wesen sehr störend werden können. 15 ruhige Idioten, wovon 5 mit Mikrozephalie, 1 mit Hydrozephalie und 2 mit Chorea, die keinen Lärm machen und ein ruhiges vegetatives Leben, unbekümmert um ihre Umgebung, führen. 3 Kretinen, die in einem so torpiden und apathischen Zustande aufgenommen wurden, daß sie auf Eindrücke der Außenwelt gar nicht reagierten. 1 Epileptiker, der durch seine Hypervigilität und sein vorlautes Wesen eines der schwierigsten Elemente ist. 2 mit Status postencephaliticus, die ja bekanntlich zu den schwierigsten Fällen gehören. 2 Fälle von Little, die wieder ganz ruhiger Art sind. 1 Psychopath mit abnormer Sexualität, der anderswo schon viel Unheil angestiftet hat und der besonderer Aufsicht und Vorsichtsmaßregeln wegen seiner Abnormität bedarf. Diese Patienten stehen im Alter von 9—23 Jahren. Es sind darunter zwei im militärpflichtigen Alter befindliche Knaben, die noch mit der Milchflasche ernährt werden müssen. Als diese Kinder vor sieben Jahren aus ihrer früheren Abteilung im Haus für die Altersschwachen und Körperlichkranken in das Kinderhaus hinüberziehen konnten, hatten sie alle in den Kinderbetten Platz, seither haben aber einige an Körperlänge, leider nicht auch an Weisheit und Verstand so zugenommen, daß sie den Kinderbetten entwachsen sind. Nun haben Sie gehört, daß sich im Dachgeschoß des Kinderhauses fünf Zimmer befinden; diese geben uns Gelegenheit, auch einige von den ruhigen und geordneten Idioten dorthin in Normalbetten zu verlegen und sie tagsüber auf der Abteilung im Erdgeschoß zu halten und zu beschäftigen und damit komme ich auf die Frage der Behandlung dieser Kinder zu sprechen.

Am meisten Erfolg konnte ich auch bei diesen Fällen mit der Arbeitstherapie erzielen, die in irgendeiner Form angewandt wurde, wo sie nur einigermaßen Aussicht bot. Bei dieser Arbeitstherapie sind die erethischen Formen die aktiven Elemente und die torpiden Fälle die passiven, d. h. die beweglichen Kinder, die über den Gebrauch ihrer Glieder verfügen, werden dazu angeleitet, den apathisch im Bett liegenden oder unbehilflich in ihren Stühlen sitzenden und auch auf der Abteilung allerlei Dienste zu leisten und auch bei den häuslichen Arbeiten mitzuhelfen.

Da ist z. B. ein 17jähriger agiler taubstummer Idiot, der immer in Bewegung ist und immer etwas treiben will und der vor sechs Jahren, also im Alter von 11 Jahren aufgenommen wurde. Es gelang, diesen Knaben dazu zu bringen, daß er am Morgen zwei kleine Idioten ankleidet, in Ordnung bringt, zum Tische trägt; dann fegt er die Treppe vor dem Haus und hilft das Essen in der Küche holen. Es ist erfreulich zu sehen, wie lieb und zartfühlend er mit seinen unbeholfenen Genossen umgeht und dabei ein vor Freude und Arbeitseifer strahlendes Gesicht macht. Zur Belohnung darf er am Nachmittag in das benachbarte Männerhaus gehen, wo er in der Werkstätte etwas bastelt. Da er auf dem Gebiete der Handfertigkeit und in seinem Arbeitswillen so gute Erfolge zeigte, hoffte ich, daß er sich doch noch als bildungsfähig erweise und schickte ihn zur Untersuchung und Beobachtung in die Taubstummenanstalt in St. Gallen; aber dort zeigte er sich als ganz unzugänglich, ja er riß aus, lief davon, mußte wieder zurückgebracht werden und wurde seither bei uns in oben geschildeter Weise beschäftigungsfähig.

Eine im Alter von sechs Jahren aufgenommene Kretine bot die typischen Erscheinungen des Kretinismus mit Myxödem, struppigem Haar, fehlendem Zahnwechsel und völliger geistiger Apathie; ich behandelte sie mit Schilddrüsenpräparaten eigener Herstellung, indem ich aus den Schilddrüsen unserer Schlachttiere mit etwas Mehl und Zucker je 60 Kügelchen machen und dem Kinde jeden Tag zwei geben ließ. Der Erfolg war ein sehr guter. Das Kind wurde lebhafter, das Myxödem verschwand, der Zahnwechsel trat ein, das Wachstum wurde angeregt, sodaß die nun 17jährige punkto Körpergröße und körperlicher Entwicklung jetzt auf der Stufe ihres Alters steht; sie hat auch kräftige Zähne bekommen und ist ihrem Kinderbettlein entwachsen und bekam deshalb eine Bettstelle für Erwachsene in einem der Dachzimmer; nur ihre geistige Entwicklung hat mit der körperlichen nicht Schritt gehalten; immerhin hat sich ihr Persönlichkeitsgefühl so entwickelt, daß sie den Anspruch erhebt, nicht mit Fineli sondern mit Fräulein Fine begrüßt zu werden.

Daneben haben wir noch eine 11½jährige Kretine, deren

körperliche und geistige Entwicklung nicht einmal auf der Stufe eines einjährigen Kindes steht und die auch mit unsern Schilddrüsenpillen behandelt wird, deren Erfolg sich auch schon etwas bemerkbar macht.

Während diese Kretinen bei der Behandlung und Pflege keine Schwierigkeiten machen, sind unsere jungen Enzephalitiker die schwierigsten unter unsern Kindern. Ich brauche Ihnen deren unangenehmen und störenden Eigenschaften nicht genauer zu schildern. Sie sind diejenigen Objekte, an denen wir unsere Geduld am besten üben und entwickeln können; denn bei diesen Kranken kann man nur mit einer unerschöpflichen Geduld und Selbstbeherrschung bestehen und nur so das noch Mögliche erreichen. Ich habe einigen von diesen Kindern trotz ihrer fehlenden oder doch sehr geringen Bildungsfähigkeit Unterricht erteilen lassen und zwar wieder im Sinne der Arbeitstherapie durch Lehrer, die als Kranke ins Asyl aufgenommen werden mußten. Nachdem diese Lehrer in einen Zustand gekommen waren, in welchem sie fähig schienen, Unterricht zu erteilen, übergab ich ihnen zuerst die zwei postenzephalitischen Knaben für je  $\frac{1}{2}$  Stunde im Tag und da zeigte es sich, welche ungeheure Geduld dabei nötig ist, und die Lehrer machten unter dem Eindruck der ihnen gegebenen Erklärungen über den Krankheitszustand dieser Knaben bald die Erfahrung, daß sie mit Geduld mehr erreichten als mit Schlägen und Strafen und trugen reichen Gewinn für die Wiederaufnahme ihrer Lehrtätigkeit bei ihren normalen Schülern davon.

Durch den, wenn auch geringen Erfolg mit Postenzephalitikern ermutigt, ließ ich auch der Kretine im Alter von 16 Jahren Unterricht erteilen; da stellte es sich heraus, daß sie in den Schulfächern ganz bildungsunfähig war, aber es gelang doch dem Lehrer mit vieler Geduld, ihre mangelhafte Sprache durch fortgesetzte Übungen etwas zu verbessern.

Sie kennen das Sprichwort: *Exempla trahunt*. Dieses bewährte auch bei uns seine alte Wahrheit. In dem dem Kinderhause benachbarten Männerhause, begann ein an *Dementia praecox simplex* leidender Dr. jur., angeregt durch die Tätigkeit der Lehrer, zwei dort befindlichen Knaben, dem 12jährigen an Psychopathie mit abnormer Sexualität leidenden und dem 15jährigen Little-Fall einigen Unterricht zu erteilen und diese zwei Knaben zeigten dabei solchen Eifer, daß auch noch zwei schwachsinnige Erwachsene baten, daran teilnehmen zu dürfen, sodaß in diesem Hause eine Gruppe von vier Schülern bestand. Der präcoxische Dr. jur., der wegen verschiedener Vergehen sich in strenger Internierung befand, verstand es nun, zu den ihm wegen dieser Hilfeleistung in der Arbeitstherapie zugestandenen Vergünstigungen und Freiheiten sich eigenmächtig noch andere zu verschaffen und trieb seine mora-

liche Verkommenheit leider so weit, daß sogar seine schwachsinnigen Schüler die Achtung vor ihm und er ganz folgerichtig die Autorität über sie verlor, so daß er wieder in strenger Internierung gehalten werden mußte und ich wieder um eine Hoffnung ärmer geworden war.

Verschiedene dieser Kinder, besonders erethisch idiotische, kamen aus ungünstigen Verhältnissen in einem ganz verwahrlosten Zustand in das Kinderhaus, und da war es erfreulich zu sehen, wie in den geordneten Verhältnissen und einer ihrem Zustande angemessenen Behandlungsweise ihr Zustand sich besserte und sie doch etwas geordneter wurden und durch große Geduld ihre hemmungslosen Triebe und Neigungen etwas in Schranken gehalten werden können. Ich kann noch beifügen, daß wir besonders in Beziehung auf den Sexualtrieb auch bei den ältern ins Pubertätsalter gekommenen Idioten bis jetzt keine störenden Äußerungen erlebt haben. Ich schreibe dies zum Teil auch der fleischlosen Diät zu, in welcher die Kinder gehalten werden.

Wenn ich das Ganze zusammenfasse, so kann ich sagen, daß unser Kinderhaus eine große Lücke in der Unterbringung und Behandlung der Geisteskranken des Kantons ausfüllt, daß die dafür gebrachten Opfer sich reichlich lohnen und daß es zu einem unentbehrlichen Hilfsmittel im Betriebe der Anstalt geworden ist.

---

(Aus der Psychiatrischen Anstalt »Maasoord« der Stadt Rotterdam.)

## Über psychische Lokalisation.

Von

Dr. A. M. Meerloo.

*Du Bois Reymond*<sup>1)</sup> sagt in seinem berühmten Vortrag: »Über die Grenzen des Naturerkennens«: Die astronomische Kenntnis von dem Gehirn, die höchste, die wir erwarten dürfen, enthüllt uns noch nichts außer einigem über die Bewegung der Materie. Keine auszudenkende Einteilung oder Bewegung stofflicher Teilchen wäre imstande eine Brücke zum Reich des Bewußtseins zu schlagen.«

So lautet die Skepsis der analytischen Naturwissenschaft, die das Gehirn astronomisch studiert wie ein kompliziertes Instrument, in dem es immerfort mehr Rädchen aufzuzeichnen und Leitungen zu entwirren gibt, deren wirres Netz von Bahnen immer mehr gelockert wird, aber aus dessen »Kette und Einschlag« der Gebrauch, und namentlich die Absicht des Gebrauchers dieses verwickelten Systems sich nicht entziffern läßt.

Der obenerwähnte Ausspruch ist vollkommen richtig, denn die rein astronomische Kenntnis vom Gehirn, wird uns nie zu dem Wie und Wo des Bewußtseins hinüberleiten.

*Kant* definiert das Bewußtsein als ein zu der Vielheit der Empfindungen und Eindrücke hinzukommendes Etwas, das diese Vielheit gleichzeitig binde und als eine Einheit zusammenhalte.

Die astronomische Kenntnis vom Gehirn verhält sich umgekehrt proportional zu unserer Einsicht über das Wie und Wo des Bewußtseins. Wie kann man also zu der Kenntnis einer bindenden Einheit kommen?

Wie ist das Lokalisationsproblem überhaupt in die Welt gekommen?

*von Monakow*<sup>2)</sup> und seine Schule haben immer betont, daß der Begriff: »Lokalisation psychischer Funktionen« falsch sei. Wie kann man nur einen Begriff, der räumlichen Vorstellungen ent-

<sup>1)</sup> In *E. Ebstein*: Deutsche Ärzte-Reden.

<sup>2)</sup> Vgl. die Lehre von der Diaschizis. Monakows Festschrift. v. *Monakow* und *Mourgue*. Biologische Einführung in das Studium der Neurologie und Psychopathologie, Stuttgart 1930.

nommen ist (lokalisieren heißt: räumlich einteilen, etwas seinen Platz anweisen), für etwas verwenden, das gar nicht ein Statisch-Räumliches ist, dem vielmehr etwas Dynamisch-Potentielles inne-wohnt, das überhaupt so schwer zu definieren ist? Den, der das Psychische zu lokalisieren versucht, könnte man mit einem Menschen vergleichen, der durch Momentaufnahmen einer wogenden Menschenmenge eine immerfort gültige und sich gleichbleibende Ortsbestimmung einzelner Menschen festlegen will.

Lokalisieren heißt etwas Materielles in ein nachweisbares Koordinat bringen, i. c. etwas Materielles räumlich anweisen, z. B. im Gehirn, in einer Hirnzelle. Bei den Bewußtseinserscheinungen geht man jedoch von einer vollständig anderen Gruppe von Erscheinungen aus, von etwas Immateriellem, etwas Potentiellem, von etwas, das nicht räumlich zu umfassen ist. Derjenige, der den Ausdruck: »Lokalisation psychischer Funktionen« anwendet, ruft bei sich selbst unbewußt Assoziationen vom Begriff »Raum« wach, die seine Schlußfolgerungen notwendig beeinflussen müssen. Unbewußt wird hier das Psychische in eine gewisse abgegrenzte Form gepreßt. Von bestimmten Hirnteilen aus kann man bestimmte Funktionen stören, das beweist jedoch noch nicht, daß die Funktion an der Stelle lokalisiert ist. Man kann nun behaupten, daß ein bestimmter Hirnteil nötig ist, damit eine bestimmte Empfindung entsteht, daß also diese spezielle Funktion zurzeit der Beobachtung über diese bestimmte Stelle in irgendeiner Weise geschaltet gewesen sein muß<sup>3)</sup>.

Nachdem *Broca* entdeckt hatte, daß bei Lädierung der linken Schläfenwindungen des Gehirns die Sprache nicht mehr funktioniert, hat sich die Lokalisationslehre der sensiblen und motorischen Funktionen der Hirnrinde erst recht entfaltet. Man lernte das Gehirn sehen wie ein riesiges geographisches Zentrum, in dem allerhand Sinneseindrücke ihre Endstation finden und von dem aus die unterschiedlichen Impulse nach dem Körper zurückgesandt werden.

*Wernicke*. Die Systematik dieser Lehre hat ihren Höhepunkt in der Lehre von *Wernicke* gefunden, in der, eingedenk der Assoziationspsychologie, dem Gehirn die Rolle einer Sammelstelle psychischer Funktionen zugehört wird. Die Sinne werden gereizt, durch die Sinnesnervenfasern gelangen diese Reize in bestimmte Hirnwaben und da wird der Sinnesreiz, die Empfindung zur Wahrnehmung. Die Wahrnehmung hinterläßt in diesem winzigen Raum eine Spur, die als eine chemische Veränderung gedacht wird, dieses ist die Erinnerung. Diese »Käferchen« (Zentren) sind untereinander durch Assoziationsfasern verbunden. Die Introspektion voll-

<sup>3)</sup> *Schilder*: Medizinische Psychologie. S. 52. Berlin 1924.

zieht sich nicht entlang der Sinnesfasern, sondern unmittelbar entlang diesen Assoziationsfasern. Unser Geistesleben besteht aus der Totalität dieser zurückgebliebenen Spuren, und ist die Summe der Reflexe. Ein Reflex ist der einfachste nervöse Vorgang, der sich folgendermaßen zusammensetzt: aus einer Reizzufuhr (sensorischen Bahn) einem intrazerebralen Verlauf (Assoziationsbahn) mit Spurbildung (Erinnerung) und Reizabfuhr (motorischen Bahn). Die funktionellen Störungen werden analog eingeteilt in sensorische, intrapsychische (transkortikale oder assoziative) und motorische Störungen. Die Reaktion auf obenstehendes funktionelles Hirnschema, das für die Gehirnuntersuchungen an sich von außerordentlicher Wichtigkeit war, ist bald eingetreten. Die Theorie mutete allzu einfältig an, da das Psychische, das man von vornherein als höchst verwickelt veranschlagt hatte, nicht mit diesem Schema erschöpfend erfaßt werden konnte. Die Untersuchungen waren fast ausschließlich auf das Auffinden nervöser Leitungsbahnen im Cerebrum beschränkt, aber auf Grund dieser Theorie war die Frage nach der Lokalisation des Psychischen oder nach dem Wert des Cerebrums als funktionierendes Instrument nicht zu lösen. Man überläßt diese Frage lieber der Metaphysika und diese verschiebt das Problem entweder nach einer psychophysischen Parallelhypothese oder nach einer monistischen Hypothese, die a priori des Psychische berücksichtigt, und die das Anatomisch-Funktionelle nur als eine Folgerung psychischer Tätigkeit betrachtet wissen will.

Uns fesselt trotzdem der Hirnapparat als funktionierendes Endorgan von Sinneseindrücken, zumal gerade in der Frage, wie wir uns denn eine Zusammenarbeit mit dem Psychischen oder einen Übergang zum Psychischen vorzustellen haben.

Es gibt z. B. den Versuch, sich diesen Übergang von Sinnesreiz zu bewußtem Impuls auf physischem Wege als Reizantwort vorzustellen. Ich möchte diesen Vorgang hier etwas ausführlicher darlegen, weil er m. E. ganz besonders die Schwierigkeiten des Problems hervorhebt<sup>4)</sup>: »Jedes physische Moment findet als letzte denkbare Reaktion ein Unstoffliches, es ist das, was der Physiker elektromagnetische Energien und Bewegungen im Äther nennen würde.

Ein Lichtreiz, der den Sehnerv trifft, wird auf stofflichem Wege durch die Sehbahnen nach einem Teil der Rinde des Okzipitalhirns hinübergeleitet. Die Länge dieser Bahn ist beschränkt, folglich gibt es einen Endpunkt, wo es nicht mehr weiter geht.

<sup>4)</sup> *Kiewiet de Jonge*: Das Atommodell von *Rutherford-Bohr* und die Frage nach der Art und dem Zusammenhang geistiger und stofflicher Prozesse. Psychiatrische Neur. Bladen. Jahrgang 28. S. 60.



Dieser Punkt wird von einem Atomkomplex gebildet, von dessen unendlicher Verwickeltheit wir uns nur annähernd ein Bild machen können. Der Reiz, der den Weg der Sehnerven durchlaufen hat, landet letzten Endes in diesem Komplex. Er ist somit an dem stofflichen Ende seiner Bahn angelangt und kann nicht weiter. Welcher Art diese Reizenergie auch sei — elektrisch oder chemisch — sie muß notwendigerweise, da sie nicht mehr auf nachfolgende Stoffteilchen übertragen werden kann, von den Energien der Atome aufgenommen werden. Dadurch werden sich Veränderungen im Mikrokosmos der Atome ergeben und, da jedes Elektron in unmittelbarer Beziehung zum Äther steht, bedingt jede Veränderung in Bahn und Schnelligkeit der Elektronen auch eine bestimmte Veränderung im Ätherzustand und so wird, am Ende der stofflichen Bahn, der Sinnesreiz über die Atomelektronen in unseren Weltäther einfließen müssen. — Nach dieser Vorstellung sollten die Sinnesreize in den empfindlichen Rindengebieten den Stoff verlassen und in den Äther übergehen (Energieübertragung?), während in den motorischen Teilen Willensimpulse, als Ätherzustandsveränderungen, der Materie zugetragen werden. Inwieweit Wechselwirkungen zwischen stofflichen und geistigen Prozessen nur in ganz bestimmten Rindengebieten des Hirns anzutreffen wären, möchte ich hier außer Betracht lassen. Der Schluß dieses Gedankengangs führt uns zu der Folgerung, daß der Geist nicht im Gehirn, sondern wohl umgekehrt dieses im Geist gelagert ist, da der Äther alles durchdringt und Ätherbewegungen an keinen Raum gebunden sind. Wenn unser Geistesleben sich im Äther abspielt und vom Äther getragen wird, so ist es — physisch gedacht — unendlich ausgedehnt. Es überschreitet in diesem Fall das stoffliche Gehirn nach allen Seiten ins Unbegrenzte. So wie der Äther Tag und Nacht Träger zahlloser in elektromagnetischen Formen, in Marconigrammen und drahtlosen Telefongesprächen gekleideter Gedanken ist, so ist er es auch in diesem Falle von allem geistigen Leben, in welcher Auffassung vielleicht auch die Lösung der Frage der Telepathie zu finden wäre.«

Wie sehr auch dieser Erklärungsversuch auf dem Weg der Physika verlockend ist, so läßt es sich doch nicht weglegen, daß das wirkliche Problem verschleiert wird. Das Problem der wunderbaren Einschaltung zwischen dem äußeren Reiz und der impulsiven Antwort des Lebens darauf, liegt schon in der spezifischen Wirkung des ganzen nervösen Apparates — es sei als niedrigerer oder als höherer Reflex — denn das Psychische fängt schon bei der lebenden Sinneszelle an.

*Goltz* u. A. reagierten auf die oben erwähnten Probleme mit einer allgemein vitalistischen Hypothese. Es stellte sich bei den Experimenten von *Goltz* heraus, daß wenn auch bestimmte Lei-

tungsbahnen fehlten, vieles sich bei gestörten Hirnfunktionen auf die Dauer doch wieder regelte. *Goltz* erklärte dieses anfänglich durch die Annahme, daß andere Hirnzentren die gestörten Funktionen übernehmen könnten (also eine vitalistische Autoregulation). Auch äußerte er die Ansicht, daß viele Ausfallerscheinungen, sich im Anfang schlimmer durch das zeitweise Außer-Betrieb-Sein von Zentren, die mit operierten oder lädierten Teilen in Verbindung standen, anzeigten, sich später jedoch wieder einrenkten; also eine Inhibition vorübergehenden Charakters, die heilbar sei.

Diese Kritik, zusammen mit wachsender Erfahrung (zahllose Gehirnverletzungen während des letzten Weltkrieges) veranlaßte ein System von Ideen, dem in Holland u. a. *Winkler* vorstand und dessen Ausgangspunkt *von Monakow* und seine Schule bildeten.

*von Monakow*<sup>5)</sup>. Im Gegensatz zu der älteren Lokalisationslehre, die eine geometrisch-analytische Einstellung als Kern hatte, verlangt die neuere Auffassung vielmehr eine strukturelle Totalität — ein zusammenarbeitendes funktionelles Ganzes — die sich zwar für unsere tastenden Sinne zu Eigenschaften und Dingen differenziert hat, und die nebeneinander lokalisierbar sind, aber gleichzeitig wesentlich ein einziges unteilbares Ganzes bilden. *von Monakows* Erkenntnisse gründen sich hauptsächlich auf die Sprachstörungen bei Hirnkranken und ebenfalls auf die vergleichende anatomische Untersuchung des Gehirns. Zwei fiktive Hauptgedanken beherrschen unentwegt *von Monakows* Theorie: erstens: die Horme, zweitens: das Evolutionsprinzip.

Die Horme. Die Horme ist der Mutterboden der Instinkte. (Horme ist die alte Bezeichnung der Stoa für das nach selbstbefriedigendem Gleichgewicht trachtende Prinzip.) Sie ist die Eigenschaft des lebenden Protoplasmas, die Wiege des psychischen Lebens. Die Horme ist dem Wesen nach ein metaphysischer Begriff für die Urform der noch nicht plastischen, unterschiedlichen, primitiven Instinkte, die *von Monakow* in fünf Teile zerlegt: der formative Instinkt, der Selbsterhaltungsinstinkt, der soziale Instinkt, der religiöse Instinkt, der geschlechtliche Instinkt.

Die Horme äußert sich als vorwärtstreibendes, propulsives Bestreben des Lebens in allen seinen Formen: Zelle, Organ, Individuum usw. In dem primitiven Protoplasma ist die Horme schon tätig, sie reagiert anziehend oder abstoßend (klitisch oder ekklitisch) auf äußere Reize. Jede Anziehung richtet sich auf vitale

<sup>5)</sup> v. *Monakow* und *Mourgue* l. c. — *Monakows* Festschrift l. c. — *Winkler*: Die Lokalisation der Psyche. Psych. Neur. Bladen 1928. — *Winkler*: Das Lokalisationsproblem in der heutigen Psychologie. Nederlandsch Tydschrift v. Geneeskunde 1929. Nr. 15. — *van Valkenburg*: Eine biologische Grundlage für Neurologie und Psychiatrie. Nederlandsch Tydschrift v. Geneeskunde 1928. Nr. 45.

Interessen des Individuums und seiner Art in zoologischem Sinne. Diese Anziehung der Horme ist zweckbedingt, finalistisch und zielt auf die Zukunft des Individuums (vergleiche ähnliche Begriffe: »élan vital« bei *Bergson*, »Entelechie« bei *Driesch*, »Autostasie« usw.). Diese unbewußte Autoregulation durch die Horme ist »Suneidesis« benannt worden.

Die Evolution. Die Zeit ist ein ewiger Transformator. Die Dauer verändert alle Dinge. Ursprünglich sind alle Funktionen in der Horme. Diese Horme hat eine allgemeine »mnemische« Funktion. Die biologische Geschichte baut das Gedächtnis im Individuum auf. Die adaptierten Reize hinterlassen etwas Wesentliches, die Engramme: die Erinnerung. Das Individuum mit diesen Gehirneindrucksuren ist ein verändertes Individuum geworden. Die Evolution bedeutet eine Addition von etwas Neuem. Die Evolution geht mit Arbeitverteilung einher, mit einer Differentiierung der Funktionen, wobei die höheren Funktionen nach dem Nervensystem verlegt werden, obwohl in jeder lebenden Zelle etwas von der omnipotenten Urfunktion zurückbleibt.

In dieser Weise betrachtet, kann von einer Lokalisation der Psyche (als Summe hormeischer Funktionen) im vollen Umfang des Begriffs nicht die Rede sein. Jede Zelle enthält etwas von dem allgemein psychischen Prinzip, von der Horme. Wenn man in der Evolution von den letztentstandenen Funktionen und deren Lokalisation (u. a. das Bewußtsein, das Selbstbewußtsein) spricht, so versteht man unter diesen Bezeichnungen etwas anderes als die Lokalisation des Psychischen, man will vielmehr diejenige Lebensfunktion lokalisieren, die entstand als sich das Prosencephalon aus seinem praeformierten Urzustand entwickelte.

Chronogene Lokalisation. In dieser Lehre wird die kinetisch schöpferische Evolution als Lokalisation der psychischen Funktionen angenommen (vgl. *Bergson*: l'évolution créatrice). Jede Funktion hat ihre phylogenetische Geschichte, die bei der primitiven Funktion der Horme anfängt und sich zu der späteren differenzierten psychischen Funktion entfaltet. Die Spannung der Horme veranlaßte sie auf einen äußeren Reiz zu reagieren. Dieses ging mit einem primitiven unbewußten Gefühl zusammen, mit der Protopathie. Durch die Evolution gelangt diese Protopathie auf eine höhere bewußte Stufe und wird zur Emotion. Das unbewußte Unterscheidungsmanöver der Horme, das entweder zur Anziehung oder zur Abstoßung führte, die unbewußte Protodiacrisis wird durch die Evolution zu bewußtem Urteil gesteigert. Die unbewußte Autoregulation wächst durch die Evolution hindurch zu der bewußten »conscience morale«.

In gleicher Weise durchschreiten alle Funktionen die Evolution und werden durch sie von hormeischer Protofunktion zur

späteren bewußten Funktion gestaltet. Während der Evolution findet eine Differenzierung, eine Funktionsverteilung statt, bei der wir die höheren (d. h. bewußten) psychischen Funktionen zusammen mit dem Entstehen des verwickelten Zentralnervensapparates in Erscheinung treten sehen.

Jede Funktion hat dementsprechend ihre in der Zeit lokalisierte Geschichte. Ursprünglich gab es eine primitive und instinktive Reaktion: diese erste Reaktion schafft Engramme. Die Totalsumme aller Engramme bestimmt die Reaktion des Individuums zu einer gegebenen Zeit seiner Entwicklung. Die hormeischen Funktionen differenzieren sich, aber die auf dem jeweiligen Niveau erhaltenen Reize und eingegriffelten Gehirneindruckspuren bleiben zusammengekoppelt. Bei jeder Reaktion des Individuums wirkt die Summe dieser Koppelungen mit. Unser Zentralnervensystem ist nicht die Lokalisation bestimmter nebeneinander analysierbarer Einzelfunktionen, sondern vielmehr eines dynamischen Etwas, nämlich dessen, was während der Evolution stattgefunden hat. Das spätere Zentralnervensystem ist der plastische Ausdruck einer »mélodie kinétique«, die durch die Evolution auf dem Weg: Rückenmark, Mesencephalon, Zerebellum, Thalamus-striatum, Thalamus-cortex, vervollkommenet worden ist. Das sich äußernde Individuum spielt eine »Symphonie von Funktionen«, das ganze Nervensystem wird zu dem Zweck herangezogen, ja der gesamte Organismus wird mobilgemacht.

Diaschizis. Jeder Krankheitsherd im Zentralnervensystem, jede Lädierung, kann die symphonische Zusammenarbeit allmählich oder plötzlich vernichten. Diaschizis bezeichnet das Auseinanderfallen, das Auseinanderspleißen chronogener Prozesse. Auch die Sprache ist als symphonie kinétique chronogen lokalisiert. Jeder Krankheitsherd kann diesen chronogenen Zusammenhang auseinanderspalten; die Reste des Sprachvermögens sind die bei diesem Vorgang übriggebliebenen Trümmer. Aus den noch ungestörten Brocken kann jedoch eine neue Symphonie aufgebaut werden. So gesehen könnten wir uns vorstellen, daß wir bei einer akuten herdförmigen Störung im Zentralnervensystem zunächst eine grobe Funktionsstörung vorliegen haben, die sich nun aber allmählich einrenken läßt; die auseinandergefallenen Funktionen einigen sich zu einer neuen Zusammenarbeit, obwohl der herdförmige Gewebedefekt sich im Cerebrum behauptet. Bei jeder Störung phylogenetisch junger kortikaler Funktionen sehen wir phylogenetisch ältere subkortikale Funktionen in Bereitschaft treten. Es sind namentlich die bewußten gnostischen Funktionen, die zuerst verschwinden, es ist jedoch keinesfalls die Funktion an sich, die verschwindet, sondern jedesmal der phylogenetisch jüngste Teil.

Die Begriffe: Horme, Evolution, Diaschizis und Zeit haben die Lokalisationslehre mit neuen Elementen, mit einem dynamischen, vitalistischen Prinzip, bereichert, was eine erhöhte Aufmerksamkeit für die sich entfaltende Struktur der Funktionen mit sich brachte.

von *Monakow* betrachtet das Zentralnervensystem als das verfeinerte Instrument der Horme, neben dem auch noch andere Organe, die unmittelbar im Dienste des affektiven Lebens stehen, wie z. B. der Plexus chorioideus, das Sympathikussystem usw. eingeschaltet sind.

Die Lösung des Lokalisationsproblems hängt aufs engste mit der Kenntnis über das Werden und die Struktur der Funktionen zusammen, bei der instinktiven Urfunktion angefangen bis zu dem kulturellen Überbau. Parallel mit dieser Funktionsverteilung sehen wir die Organdifferenzierung auftreten.

**Bedingte Reflexe.** In der Lehre der bedingten Reflexe hat *Pawlow* uns experimentell gelehrt, wie gleichzeitige Geschehnisse assoziative Bahnen bilden können. Das Tier (der Mensch) wird mit einer Reihe unbedingter Reflexe geboren, das heißt, auf einen Reiz wird auf einem angeborenen festgebahnten Weg, dem Reflexbogen, mit einer konstanten Reizantwort geantwortet. Dieser Reiz geht entlang einer präformierten Bahn: dem rezeptorischen Neuron, dem zentralen Schaltneuron und dem effektorischen Neuron. Das Schaltneuron ist immer innerhalb des Zentralnervensystems gelegen. Die rezeptorischen (sensiblen) Reize gelangen auf dem Weg der Endbahnen in einen Vorhof, in dem sich verschiedene Anastomosen mit den effektorischen (motorischen) Bahnen befinden. Dieser Schaltvorhof mit seinem Labyrinth von Assoziationsbahnen kann sowohl im Rückenmark als auch höher im Zentralnervensystem, sogar bis im Corpus striatum und in der Hirnrinde gelagert sein. *Pawlow* hat nun nachgewiesen, daß auf bereits vorhandenen unbedingten Reflexen bedingte Reflexe superponiert werden können. In diesem Schaltvorhof, in dem die rezeptorischen und effektorischen Bahnen enden, können durch Übung stabile Schemata neuer Reflexe geformt werden. Gleichzeitige Reize können derart miteinander nervös geschaltet werden, daß die Reflexbahnen von dem einen Reiz ausgehend auch von dem anderen Reiz in Tätigkeit versetzt werden kann. Namentlich in der Hirnrinde »gießt« die Zeit ihre Abdrücke, das hirnlose Tier ist nicht oder nicht mehr imstande bedingte Reflexe zu bilden.

Die Zeit als bauendes Prinzip. Sowohl nach *von Monakow* wie nach *Pawlow* erfahren wir, daß die Zeit, die Dauer, die Geschichte bei dem Zentralnervensystem sich aufbauend auswirkt. Wir müssen lernen den ganzen Bau und dessen Funktion als eine geschichtliche »Figur« zu betrachten, sowohl Vergangenheit wie

Gegenwart sind in ihr enthalten und unwiderlegbar nachzuweisen. In jedem Individuum hat sich der ewige Strom: Vergangenheit—Gegenwart, Gegenwart—Zukunft, als eine verwickelte Zusammenstellung von Formelementen und Funktionen abgestempelt. In jedem Individuum läßt sich dessen biologische Vergangenheit ablesen: er muß in seinen Reaktionen der Vergangenheit gehorchen. In jedem »jetzt« liegt das Vergangene beschlossen. Das Wachstum unseres Ichs ist eine fiktive Reiseerzählung von der Wanderung entlang unserer ureigenen Geschichte.

Bei der Kompliziertheit nervöser Formelemente und nervöser Funktionen dürfte es eine sinnreiche Aufgabe sein, diese Wanderung der Zeitlinie, der Geschichte, die Wanderung vom Ursprünglichen zum Differentiierten zu verfolgen.

Merkwürdig ist es übrigens, daß gerade eine der häufigsten Alterserscheinungen sich darin äußert, daß die fiktive Wanderung unseres Ichs auf dem Weg seiner eigenen Geschichte sich nicht mehr ganz folgerichtig und lückenlos vollzieht.

Bei dem sogenannten *Korsakowsyndrom* (Amnesie, Desorientierung und Konfabulation) ist Gedächtnisschwund die ausgeprägteste Erscheinung. *Van der Horst*<sup>6)</sup> spricht hier von einer Atrophie des Zeitsinnes. Seine Erklärung lautet ungefähr:

Das Ich temporalisiert die eigenen Erlebnisse, gibt ihnen die genaue Rangordnung in der Geschichte des eigenen Erlebens; jedes Geschehnis erhält dementsprechend sein temporales Vorzeichen. Man spricht nun von einem gestörten Zeitsinn, wenn das unmittelbare Zeitbewußtsein und das Bewußtsein der Zeit, als ordnendes Prinzip an sich, gestört sind. Die Erlebnisse in der Zeitlinie werden dann nicht mehr richtig eingeordnet, die Temporalisierung vollzieht sich fehlerhaft. Durch den Verlust des richtigen temporalen Vorzeichens wird die Ordnung der Geschehnisse und Erfahrungen lückenhaft, statt Ordnung entsteht Chaos. Wir nehmen diese Erscheinung als Verwirrtheit, Verworrenheit, Gedächtnisschwund und Erinnerungsstörung wahr. Das Konfabulieren ist das passive Phantasieren, das Äußern loser Fragmente aus der ungeordneten Zeitlinie, aus der das übriggebliebene Ich dann noch gewisse Bruchstücke hervorzerren kann.

Diesen Gedächtnisschwund beim senilen Absterben dürfen wir also als ein Symptom der Unordnung in der strukturellen Ordnung, die wir überall, sowohl im Somatischen wie im Psychischen kennenlernen, kennzeichnen.

Die hierarchische Ordnung der Erfahrungen ist dann zurückgefallen zu einem anarchistischen Ganzen, das zwar noch immer

<sup>6)</sup> *van der Horst*: Über die Psychologie des Korsakowsyndroms. Psych. Neur. Bladen 1928. S. 47.

erfahren kann, aber nur in isolierten Erlebnissen, los von jeder Ordnung.

**Allgemeine psychische Lokalisation.** Die Fragestellung hat sich somit geändert. Die Frage nach einer räumlichen Lokalisation des Psychischen wird nunmehr unsinnig. Man hat sich auf das Studium des somatisch-psychischen Äquivalents geworfen. Die Frage lautet jetzt: wo sehen wir, sowohl in der somatischen wie in der psychischen Welt, vergleichbare Prozesse einsetzen, die uns eine gewisse Korrelation verdeutlichen? Das Psychische wird hier als eine biologische Funktion gesehen.

Die Aufmerksamkeit wird hierbei auf die vergleichende Psychologie gerichtet, bei der man bei niedrigeren Geweben und Tieren zahlreiche intelligente und ordnende Prozesse beobachten kann, während die ursprünglichen lokalisatorischen Fragen abgewandelt worden sind in eine Untersuchung des verfeinertsten Instruments, das mit den differenziertesten Eigenschaften korreliert.

Das folgende Zitat zeugt von dieser allgemeinen psychologischen Funktion: — Erinnerung, Aufmerksamkeit und Assoziation sind allgemein organische Funktionen, die uns nur deshalb im geistigen Leben zuerst und am lebhaftesten aufgefallen sind, weil sie gerade da als unmittelbar gegeben erfahren werden. Erst in der Entwicklung der Gewebe lassen sie sich durch viele Beobachtungen nachprüfen, nachweisen, bewahrheiten. Im tierischen Organismus beschränken diese Funktionen sich mehr und mehr auf bestimmte Teile des Protoplasmas, ohne daß deshalb das übrige Protoplasma ganz von der Beteiligung an diesen Funktionen ausgeschlossen zu sein braucht<sup>7)</sup>.

*Murk Jansen*<sup>8)</sup>, der orthopädische Chirurg, weist wiederholt auf die Tatsache hin, daß das unbewußte Lernen und Wissen in allen Körperzellen vorhanden ist. Namentlich bei den Prozessen der Knochenformung konnte er dieses nachweisen, hier zwar noch als ein unbewußtes Etwas, was jedoch in der Phylogenese zu einer höheren Vervollkommnung durchgeführt wird, zu einem bewußten Sein, während zu gleicher Zeit in der Phylogenese die Ganglienzelle entsteht. Den übrigen Körperzellen jedoch ist dieses oben erwähnte Vermögen nie ganz abgegangen.

Ich möchte diese Exkursion nach dem Lokalisationsproblem mit dem folgenden Zitat aus *Schilder*<sup>9)</sup> abschließen, der nament-

<sup>7)</sup> Vgl. *C. Ariens Kappers*: Über die Möglichkeit einer intracellulären Lokalisation oder Spezialisierung einiger psychischer Prozesse. *Psych. Neur. Bladen* 1927. S. 237.

<sup>8)</sup> *Murk Jansen*: On bone formation.

<sup>9)</sup> *Schilder*: Die neue Richtung der Psychopathologie. *Monatsch. f. Psych. und Neur.* Bd. 50.

lich daraufhin weist, daß hinter unseren anatomischen Tatsachen, sogar hinter unseren psychopathologischen Betrachtungen, das Psychische, das Potentiell-Ord nende, als Prinzip steht.

»In jedem Aphasie- und Agnosiefall sehen wir einen zentralen Faktor, ein aktives Sein wirksam, das sich, trotz des Gehirndefekts doch noch an die Außenwelt richtet. Jede Sprachstörung zeigt uns einen erhaltenen zentralen psychischen Faktor, der von der Hirnläsion nur behindert und gehemmt ist. Solches verursacht auch die Psychose; nur die Auswirkung, die Äußerung des Ichs, verändert sich hier und sie wird auf eine andere Stufe gebracht.«

Bei jeder Störung wird eine Struktur zertrümmert, doch nicht die ordnende Möglichkeit. Der Beobachter nimmt die Zertrümmerung oder Abbröckelung wahr, und daneben eine teilweise, ungeordnete Heilung. Bei einer Hirnläsion verliert der Mensch seine Instrumente, aber nicht seine biologische Ordnung. Die Lehre der psychischen Lokalisation trachtet somit ausschließlich nach der Kenntnis von diesen höchstverfeinerten Instrumenten.

---



(Aus dem Institut für gerichtliche Medizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität in Greifswald. Direktor: Professor Dr. Hey.)

## Epilepsie und Bestimmung des Blutalkoholgehaltes.

Von

Dr. med. **Gottfried Jungmichel**, Assistenzarzt am Institut.

Mit 1 Figur.

Während unserer umfangreichen Versuche mit der *Widmark*-schen Mikromethode<sup>1)</sup> über die Physiologie der Alkoholverbrennung im menschlichen Körper unter besonderer Berücksichtigung der gerichtlich-medizinischen Gesichtspunkte<sup>2)</sup> wurde im Auftrage der hiesigen Staatsanwaltschaft folgender Fall von uns untersucht:

Am 27. 12. 30 wurde gegen den 46 Jahre alten jetzigen Arbeiter Y. Anzeige wegen gefährlicher Körperverletzung erstattet. Der Y. hatte nach einer Festlichkeit einen anderen Mann durch eine äußerliche Stichschnittverletzung der Brust verletzt, als dieser die Familie des Y. vor weiteren Angriffen und die Wohnungseinrichtung vor weiteren Beschädigungen schützen wollte. Y. konnte in seinen Vernehmungen keinerlei Angaben über die Tatvorgänge machen, äußerte sich jedoch dahin, daß er die ihm zur Last gelegte Handlung »dann wohl« getan habe und »dafür auch büßen« müsse. Auf Grund der Zeugenvernehmungen wurde festgestellt, daß Y. in dieser fraglichen Nacht von 21 Uhr bis morgens um  $\frac{1}{24}$  Uhr etwa 8 Glas Bier ( $\frac{3}{10}$ ) und 2—4 »kleine Cognak« getrunken hatte. Er hatte in dieser Zeit auch noch mäßig geraucht, aber außerdem auch noch etwas getanzt. Er selbst konnte sich angeblich nur noch auf die Zeit bis 2 Uhr besinnen. Y. soll dann um  $\frac{1}{24}$  Uhr in einem sehr betrunkenen Zustand nach Hause gegangen und dort auf eine Bemerkung seiner Tochter hin sowohl gegen diese wie auch gegen seinen Sohn und seine Frau tätlich vorgegangen sein, nachdem er Geschirr, Lampen, Stühle usw. in der Wohnung zerschlagen hatte. Nachher hatte er sich unausgezogen auf das Bett gelegt und war sofort eingeschlafen. Um 10 Uhr war er aufgewacht, hatte die Toilette aufgesucht, sich dann ausgezogen, wobei er wenig, aber klar gesprochen hatte, und dann bis 16 Uhr weiter geschlafen. Von der Staatsanwaltschaft wurde das Verfahren gegen Y. wegen gefährlicher Körperverletzung eröffnet. Wegen der erheblichen Bedenken über die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit des Y. wurde die Untersuchung des Mannes auf seinen Geisteszustand veranlaßt. Es erfolgte eine eingehende Beobachtung mit mehrfachen Untersuchungen des Y. im Institut. Außerdem wurde die Ehefrau zu mehrfachen Unterredungen über ihren Mann bestellt. Sie gab u. a. an, daß ihr Mann äußerst reizbar wäre und häufig — fast alle Tage — »plötzlich so zusammensinke, so als ob er hinfallen wollte, im nächsten Augenblick reiße er sich wieder zusammen und sehe erschreckt um sich.

Bei einer längeren Unterredung mit Y. selbst am 4. 2. 1931 um 18 Uhr wurde beobachtet, wie Y. plötzlich in sich zusammensinkt, etwas nach vornüber fällt, im gleichen Moment sich aber wieder hochreißt, verwirrt die Augen weit öffnet, etwas stumpf lächelt und die an ihn gestellte Frage sofort richtig beantwortet. Auch sonst fehlten dem Y., der im allgemeinen schnell, flott und auch verhältnismäßig stilistisch rein erzählt, mitunter selbst ihm sonst geläufige Worte. Auf Grund dieser gesamten Untersuchungen und Besprechungen sowie in Anbetracht des auch durch Zeugenaussagen und andere, objektive Angaben zum Teil erforschten Lebenslaufes des Y. kam das Gutachten zu folgendem Ergebnis: »Bei Y. handelt es sich um eine epileptische Persönlichkeit. Es ist anzunehmen, daß Y. infolge des vorausgegangenen Alkoholgenusses und bei der epileptischen Grundlage seiner Persönlichkeit sich bei den Ereignissen am Morgen des 27. 12. 30 in einem Zustand der Unzurechnungsfähigkeit befunden hat. Die Voraussetzungen des § 51 StrGB. treffen daher auf Y. zu.« Auf Grund dieses Gutachtens wurde das Verfahren gegen Y. aus § 51 RStrGB. eingestellt.

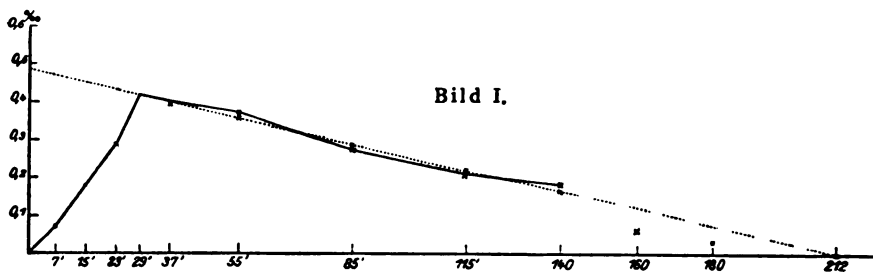
Die ungünstige Wirkung des Alkohols bei Epileptikern und »epileptischen Persönlichkeiten« ist allgemein bekannt. Auch im vorliegenden Falle konnte sie angenommen werden. Als nun im Verlaufe der zahlreichen Untersuchungen des Blutes auf Alkoholgehalt bei mehreren gesunden Versuchspersonen schon nach verhältnismäßig geringen Alkoholgaben bei allerdings nüchternem Magen Schwindelerscheinungen, Kopfschmerzen u. ä. beobachtet wurde, sollte nun auch nachgeprüft werden, wie sich epileptische Persönlichkeiten nach Alkoholgenuß verhielten und wie der Verlauf des Konzentrationsabfalles im Blut, von *Widmark*  $\beta$  genannt bei derartigen Persönlichkeiten sich abzeichnete und ob der Wert für  $\beta$  auffallend gering wäre. Es sollte insbesondere untersucht werden, ob etwa durch nervöse Einflüsse einmal eine besonders schnelle Resorption erfolgt und ob zum anderen dadurch eine geringe Alkoholmenge eine hohe Konzentration im Blut herbeiführt. Falls dieses zuträfe, wäre auch auf physiologischem Wege die bekannte psychopathologische Erfahrung geklärt, warum epileptische Persönlichkeiten schon nach kleinen Alkoholmengen oft so starke Berauschungssymptome zeigen.

Deshalb wurde Y. nochmals am 11. 4. 1932 in das Institut gebeten. Er machte über den weiteren Lebenslauf fast die gleichen Angaben, wie schon in den früheren Untersuchungen. Die Ehefrau fügte jedoch noch hinzu, daß »nach dieser Geschichte ihr Mann so gut wie gar keinen Alkohol mehr trinke, sich aber sein Befinden in allem eher verschlechtert als gebessert hätte«. Der Alkoholversuch wurde mit seiner Zustimmung am 12. 4. 32 vorgenommen. Y. blieb am 11. 4. 32 alkoholfrei (unter stationärer Beobachtung). Der Beginn war wie bei allen anderen Versuchen auf 8 Uhr festgesetzt. Y. war 162 cm groß bei einem Nacktgewicht von 59 kg

und athletischer Konstitution. Es sollten 0,5 g reiner Alkohol pro Kilogramm Körpergewicht auf nüchternen Magen = 29,5 g (in 100 ccm Aq. dest. gelöst und mit 50 ccm Wasser nachgespült) gereicht werden.

Verlauf des Versuches (stark gekürztes Protokoll):

Wie bei allen Versuchen erfolgten genaue Protokollierung und mehrfache Puls- und Blutdruckmessungen. Y. trinkt zunächst etwa die Hälfte und äußert sofort drückende Beschwerden im Kehlkopf. Nach Trinken des dritten Viertels — im ganzen waren fünf Minuten vergangen — »Flimmern vor den Augen, Übelkeitsgefühl, das sich nach zehn Minuten wieder verliert, um einem Gefühl starker Mattigkeit Platz zu machen«.



8,48<sup>b</sup>: »so richtig... wie mir... sein muß... ist mir noch nicht«. Schwere Sprache, stockend; nach seiner früheren Tätigkeit als Schlosser gefragt: »ja... Blut... Metalle... Stahl«, um dann etwas nach Worten suchend zu erzählen, daß er sich für diese Untersuchungsmethodik sehr interessiere, da er infolge seiner früheren Beschäftigung als Schlosser oft Blut und Stahl in ihren Eigenschaften zueinander in gedankliche Beziehung gebracht habe. Aufgefordert, auch noch das letzte Viertel aus dem Glase zu trinken, lehnt er dies ab: »lieber nicht mehr trinken, sonst übergebe ich mich«.

8,52<sup>b</sup>: VI. Blutentnahme.

Dabei werden zwei Absencen beobachtet, die beide etwa 6—10 Sekunden dauern; die eine tritt auf, während Y. bei der Blutentnahme spricht, die andere kurz hinterher im Liegen. Danach wieder völlig klar.

Blutdruck 125/70 mm Hg, Puls 72 mal in der Minute o. B.

Die Mattigkeit hält bis 11,15 Uhr an; Y. schläft mehrmals in der Zwischenzeit kurze Zeit. Ein geringes Hungergefühl läßt bald wieder nach. Um 13 Uhr Mittagessen, nach dem außer geringen Kopfschmerzen Wohlbefinden besteht. Während des ganzen Versuches waren die Schwankungen des Pulses und des Blutdruckes unbedeutend.

18<sup>b</sup>: völlig o. B. Puls 72 o. B. Blutdruck 118/72 mm Hg. Auch die weitere Beobachtung des Y. bis 13. 4. 32 mittags einschließlich ergibt keine wesentlichen Besonderheiten mehr. Y. wird dann mit entsprechenden Verhaltensvorschlägen betreffs Lebensweise entlassen.

Die zu den verschiedenen Zeiten ermittelten Konzentrationswerte im Blut ergeben sich aus der folgenden Tabelle:

Tabelle 1.

Tageszeit	Minuten nach Alkoholtrunk	Nr. der Blutentnahme	‰ Gehalt
8 <sup>05</sup>	nüchtern	I.	0,01
8 <sup>15</sup>		1. Alkoholtrunk ( $\frac{1}{3}$ )	
8 <sup>18</sup>		2. Alkoholtrunk ( $\frac{1}{4}$ )	
8 <sup>22</sup>	7'	II.	0,07
8 <sup>30</sup>	15'	III.	0,18
8 <sup>38</sup>	23'	IV.	0,29
8 <sup>44</sup>	29'	V.	0,42
8 <sup>52</sup>	37'	VI.	0,40
9 <sup>10</sup>	55'	VII.	0,37
9 <sup>40</sup>	85'	VIII.	0,27
10 <sup>10</sup>	115'	IX.	0,21
10 <sup>35</sup>	140'	X.	0,18
10 <sup>55</sup>	160'	XI.	0,06
11 <sup>15</sup>	180'	XII.	0,03
11 <sup>50</sup>	215'	XIII.	—
12 <sup>15</sup>	240'	XIV.	—
12 <sup>45</sup>	270'	XV.	—

Urin: zweimalige Untersuchung:

Spezifisches Gewicht 1020,

Reaktion: a) amphoter, b) schwach sauer.

Eiweiß, Zucker, Aceton, Acetessigsäure, Urobilin, Urobilinogen, Sediment o. B.

Die höchste Konzentration war bei 29' erreicht. Deshalb erfolgte die Berechnung des  $c_0$  und  $\beta$  von 37' ab an. Es wurden nur die Konzentrationen bis 10,35 Uhr (140') = X. Blutentnahme = 0,18‰ zur Berechnung verwendet, da die weiteren unter 0,1‰ lagen und keinen so großen Anspruch auf Genauigkeit haben.

Durch nachträgliches Abmessen und Abwägen des getrunkenen Alkoholprobetrunkes, der insgesamt eine Menge von 29,5 g enthielt, konnte festgestellt werden, daß Y. bei dem Versuch 20,5 g Alkohol getrunken hatte. Der Verlauf der Alkoholkonzentrationskurve im Blut mit gestrichelt eingezeichneter Linie für  $\beta$  ist auf dem Bild 1 ersichtlich. Die für die Person Y. wichtigen Werte, die errechnet werden konnten, sind folgende:

$$\text{Gewicht am 12. 4. 1932} = 59 \text{ g}$$

$$\text{Getrunken 20,5 g, entsprechen} = 0,347 \text{ g/pro kg}$$

$$c_0 = 0,4814$$

$$= 0,48$$

$$\text{Reduktionsfaktor für Körpergewicht} = r = 0,7217$$

$$= 0,72$$

$$\text{Konzentrationsabfall pro Minute} = \beta = 0,002262$$

$$= 0,00226$$

$$\text{Konzentrationsabfall pro Stunde} = \beta_{60} = 0,1357$$

$$= 0,136 = 0,14$$

$$\text{Alkoholverbrennung pro Stunde} = b_{60} = 5,8 \text{ g}$$

$$\text{Alkoholverbrennung pro Stunde pro kg Körpergewicht} = \frac{b_{60}}{p} = 98,3 \text{ mg.}$$

Die Nachprüfung ergab die gute Übereinstimmung von 20,57 g; theoretisch-rechnerisch wäre der Alkohol nach 3 Stunden 32 Minuten verbrannt gewesen; vgl. auch Schnittpunkt von  $\beta$  mit der Abscisse bei 212'.

Die vorliegenden Ergebnisse dieses Versuches sind nun bei gleichzeitiger Betrachtung des Versuchsprotokolles für die Beurteilung der Alkoholwirkung bei epileptischen Persönlichkeiten so aufschlußreich, daß die Notwendigkeit weiterer ähnlicher Versuche nicht gegeben schien. Denn unter Berücksichtigung dieser Ergebnisse ist es nicht möglich, allein aus dem Konzentrationsgehalt des Blutes auf eine krankhafte Persönlichkeit zu schließen. Mit den ausführlich mitgeteilten Versuchen III und VIII in 2.) war zunächst festgestellt, daß ein Unterschied im Verbrennungsvermögen für kleinere Alkoholgaben gegenüber den größeren, wie sie in den übrigen 58 Versuchen gegeben waren, nicht bestand. Auch *Widmark* hat schon darauf hingewiesen. Ferner war schon an den genannten Versuchen die Möglichkeit nachgewiesen worden, auch hierbei alle wichtigen Werte ( $c_0$ ,  $r$ ,  $\beta$ ,  $b_{60}$ ,  $\frac{b_{60}}{p}$ ) zu berechnen. Die Vorbedingungen waren also auch für diesen Versuch mit Y. erfüllt, der nur 0,347 g Alkohol pro kg Körpergewicht trinken konnte. Die Resorptionsfähigkeit war bei Y. keine überaus schnelle, sondern lag an der oberen Grenze der auf Grund vieler Versuche<sup>1)</sup> bei Männern gefundenen Werte. Der Alkoholabbau ( $\beta$ ) verläuft ebenso wie in allen anderen Versuchen gesetzmäßig kontinuierlich. Die Konzentrationswerte erreichen keine überdurchschnittliche Höhe. Die Alkoholverbrennung pro Stunde von  $b_{60} = 5,8$  g lag wohl unter dem Durchschnitt für Männer von  $b_{60} = 6,7$  g, sie lag jedoch noch im Bereich des mittleren Fehlers mit  $6,7 \pm 1,27$  g, während die Umsetzung pro kg Körpergewicht pro Stunde sogar mit 98,3 mg den durchschnittlichen Wert von 92,3 ( $\pm 17$ ) mg übertraf. Der Wert für  $\beta$  pro Sekunde mit 0,00226 lag sogar noch über dem Durchschnittswert von  $\beta = 0,00203$  ( $\pm 0,00034$ ), also auch noch im Streubereich des mittleren Fehlers. Für den Wert für  $r = 0,72$  gilt dasselbe ( $r = 0,75 \pm 0,05$ ). Auch zeigt der Wert für  $r$  an, daß er gemäß der athletischen Körperkonstitution um den Mittelwert von 0,75 für diese Konstitution liegt. Obwohl also in der Physiologie der Alkoholverbrennung des Y. keine Unterschiede gegenüber den sonst gefundenen Werten für die hiesige Bevölkerung liegen, konnten trotzdem so schwere Symptome nach Alkoholgenuß beobachtet werden. Und zwar war es auf Grund des Alkoholversuches —

<sup>1)</sup> Wegen der näheren Einzelheiten dieser Versuche und ihrer Ergebnisse muß auf die ausführliche Darstellung siehe Schrifttum 2 verwiesen werden.

wie es ja auch schon zahlreiche frühere Untersuchungen von *Kraepelin* und seiner Schule, *Aschaffenburg* u. v. a. gezeigt haben — noch besser möglich, die Diagnose »epileptische Persönlichkeit« zu stellen, als sie nur durch die eingehende psychologisch-psychiatrische Beobachtung gestellt werden konnte. Wäre nicht schon von uns eine kurze Abscenze beobachtet worden, so wäre man bei der Begutachtung nur auf die Zeugenaussagen, das Verhalten und den Gesamteindruck des Y. angewiesen gewesen. Wenn es auch gelang, durch den Alkoholversuch die vor fünfzehn Monaten bereits gestellte Diagnose »Epilepsie« zu bestätigen, so war es doch nicht gelungen, die Diagnose auf Grund der Blutuntersuchung zu stellen. So muß also angenommen werden, daß trotz verhältnismäßig geringer Alkoholmengen und niedriger Konzentrationen im Blut doch schwere Veränderungen der epileptischen Persönlichkeiten durch andere Schädigungen bewirkt werden. Wohl ist es auch im vorliegenden Falle auf der größten Höhe der Blutkonzentration zu Symptomen der Epilepsie, zu den Abscenzen, gekommen. Aber diese Konzentrationen im Blut waren doch im Verhältnis zu anderen so gering, daß durch sie nicht die eigentliche Entstehung der Abscenzen geklärt werden konnte. Es liegen offenbar die Zusammenhänge so, daß es nur geringer Alkoholmengen unabhängig von der Höhe der Blutkonzentration bedarf, um »epileptische Rauschzustände« zu verursachen. Es muß eine ganz besondere Reizbarkeit der betreffenden Gehirnbezirke für Alkohol angenommen werden, so daß die Höhe der Alkoholkonzentration im Blut ohne wesentlichen Belang ist. Wenn auch diese Feststellung für den Nachweis eines »pathologischen Rauschzustandes« durch die Blutuntersuchung zu keinem befriedigenden Ergebnis geführt hat, so hat sie doch eine große praktische Bedeutung. In forensischen Fällen kann daher vorgeschlagen werden, derartige Persönlichkeiten mit ihrer Zustimmung einem Alkoholversuch mit gleichzeitiger sorgfältiger psychiatrischer Beobachtung zu unterziehen, um dann aus der Diskrepanz der niedrigen Blutwerte und den schweren psychischen Symptomen die Diagnose zu stützen.

#### Zusammenfassung.

1. Bei einer epileptischen Persönlichkeit, die nach vorausgegangenem psychiatrischer Untersuchung aus § 51 RStrGB. exkulpiert war, wurde zur Klärung des Zusammenhanges: Epilepsie-Alkohol ein Alkoholversuch angestellt. Der Versuch erfolgte unter besonderen neuartigen Gesichtspunkten. Zur Bestimmung des Alkoholgehaltes im Blut wurde die *Widmarksche* Mikromethodik angewandt.

2. Es ist nicht möglich, allein aus dem Konzentrationsgehalt des Blutes an Alkohol auf eine krankhafte Persönlichkeit zu schließen.
3. Die Physiologie der Alkoholverbrennung braucht bei epileptischen Persönlichkeiten nicht verändert zu sein. Ausschlaggebend bleibt stets die Wirkung des Alkohols auf das Zentralnervensystem.
4. Aus einer etwaigen Diskrepanz der niedrigen Blutwerte nach Alkoholgaben und den schweren psychischen Symptomen bei Laboratoriumsversuchen mit epileptischen Persönlichkeiten kann die Diagnose gestützt werden.

#### Schrifttum.

1. *Widmark*: Die theoretischen Grundlagen und die praktische Verwendbarkeit der gerichtlich-medizinischen Alkoholbestimmung. Urban & Schwarzenberg, 139 S. 1932. Literatur.
  2. *G. Jungmichel*: Alkoholbestimmung im Blut. Methodik und forensische Bedeutung. Erscheint demnächst als Monographie in Carl Heymanns Verlag. Berlin W 8. Ausführliche Literaturangaben.
-

# Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

---

## XV.

### „Der Fall S . . .“

Ein Beitrag zur Frage der Wichtigkeit psychiatrischer  
Begutachtung.

Von

**E. Rittershaus**, Hamburg-Friedrichsberg.

Viele Juristen, aber auch nicht wenige Psychiater stehen auf dem Standpunkte, der psychiatrische Sachverständige habe die Pflicht, sich als Gehilfe des Richters unbedingt auf die ihm von dem Gerichte vorgelegte Fragestellung zu beschränken, und er habe auf keinen Fall das Recht, darüber hinaus von sich aus zu anderen Punkten des betreffenden Falles Stellung zu nehmen. So sehr eine derartige Auffassung im allgemeinen eine gewisse theoretische Berechtigung zu haben scheint, so wenig ist es aber manchmal im einzelnen Falle möglich, sich streng an solche Grundsätze zu halten, wenn nicht aus Vernunft Unsinn und aus Wohltat Plage werden soll, wie nachfolgendes Beispiel zeigt.

Hätte man dort peinlich nach derartigen Grundsätzen gehandelt, so hätte man nur zu dem Ergebnis kommen können, daß die Voraussetzungen des § 51 StGB. nicht gegeben seien, — und ein schwerer Justizirrtum hätte ungehindert weiter seinen verhängnisvollen Lauf genommen.

Aber nicht nur Gründe der Menschlichkeit können den Sachverständigen zwingen, einmal ungefragt seine Meinung über Dinge zu sagen, die seiner Überzeugung nach aus sachlichen Gründen notwendig einmal gesagt werden müssen, sondern auch aus theoretischen Erwägungen heraus ist jener oben dargelegte, weitverbreitete, übervorsichtige Standpunkt nicht haltbar.

Es ist dem Gerichte oft gar nicht möglich, bei seiner Fragestellung in jedem einzelnen Falle alle Folgerungen zu übersehen, die sich u. U. aus dem Resultat einer psychiatrischen Beobachtung ergeben können; ganz unvorhergesehene Gesichtspunkte, auch solche vorwiegend juristischer Art, können sich plötzlich aufdrängen, Gesichtspunkte, die vielleicht geeignet sind, die ganze Rechtslage von Grund auf umzugestalten, und es wäre höchst unangebracht, hier aus übergroßer Ängstlichkeit oder pedantischer Kor-



rektheit sich zu scheuen, seine Ansicht auszusprechen und es dann einem glücklichen, aber nicht gerade wahrscheinlichen Zufall zu überlassen, ob vielleicht irgend ein Richter oder der Verteidiger so viel psychiatrische Schulung besitzen, daß sie imstande sind, noch rechtzeitig die dem Sachverständigen sich aufdrängenden Erwägungen anzustellen.

In dem hier zu schildernden Falle — es handelt sich um Amtsunterschlagung eines alten, bewährten Beamten —, einem Falle, bei dem das Urteil bereits rechtskräftig und durch alle nur möglichen Instanzen, auch durch das Reichsgericht, bestätigt worden war, bei dem auch sämtliche Versuche einer Wiederaufnahme des Verfahrens — und zwar ebenfalls in allen Instanzen — gescheitert waren, wurde endlich in dem sich anschließenden Disziplinarverfahren, nachdem ebenfalls schon die erste Instanz eine Verurteilung ausgesprochen hatte, bei der Berufungsverhandlung ein psychiatrisches Gutachten eingefordert.

Wie oben bereits erwähnt, konnte dieses zunächst nur dahin lauten, daß, — wenn die den verschiedenen Urteilen zugrunde liegenden Tatsachen richtig seien, — dann die Voraussetzungen des § 51 StGB. nicht angenommen werden könnten.

Ich hielt es aber für meine Pflicht, auch ungefragt darauf hinzuweisen, daß diejenigen Erwägungen, auf die sämtliche vorherigen Urteile sich fast ausschließlich gestützt hatten, auf Grund der psychiatrischen Beobachtung nicht aufrecht erhalten werden könnten. Es waren fast rein juristische Dinge, um die es sich hier handelte, die aber nur vom psychiatrischen Standpunkte aus in dieser Beleuchtung gesehen werden konnten.

Natürlich kann aus naheliegenden Gründen hier nicht das ganze Gutachten wörtlich wiedergegeben werden. Es wäre dann allerdings eine weitere Illustration dessen, was ich früher einmal an anderer Stelle über die Technik des psychiatrischen Gutachtens ausgeführt hatte<sup>1)</sup>. In der alten Form erstattet, wäre dieses Gutachten bei den vielen Einzelheiten und den zahlreichen Zeugenvernehmungen der recht umfangreichen Akten ein vollkommen unübersichtlicher Wälzer geworden, den wohl kein Jurist mit gleichmäßig anhaltender Aufmerksamkeit und mit dem nötigen Verständnis hätte durcharbeiten können; ob es weiterhin überzeugend gewirkt hätte, und ob die oben dargelegten Schlußfolgerungen dann gezogen worden wären, ist eine weitere Frage, die nicht so ohne weiteres zu beantworten ist.

Doch möge der Fall zunächst für sich selbst sprechen.

Johann S. . . — geboren 16. X. 1870 — Polizeioberwachmeister. Vater war jähzornig, hat etwas getrunken, starb mit 69 Jahren, der Schilderung

<sup>1)</sup> »Zur Frage der psychiatrischen Gutachtentechnik«. Monatsschrift f. Psych. u. Neurol. Bd. 53, S. 165, 1923.

nach anscheinend an Encephalomalacie. Mutter ebenfalls sehr aufgeregter und jähzornig. Patient als Kind oft kränklich, Bettnässen bis zur Schulzeit. Nachtwandeln, auch noch während der Militärzeit manchmal, — hat es aber stets zu verheimlichen gewußt, um nicht geneckt zu werden. — In der Schule mäßig gelernt, jedoch kein deutlicher Schwachsinn. Schlachterlehre, Wanderschaft, Militärzeit, kapitulierte, 1897 Schutzmannschaft Hamburg, Heirat, drei gesunde Kinder; Wassermann usw. in Blut und Liquor alles negativ. Einmal Blinddarmoperation, sonst nie ernstlich krank, war nur einmal einige Tage — 1900 — wegen »Lumbago und Neurasthenie« im Krankenhaus. Vorzügliche Führung, mehrmals Belobigungen wegen seines Dienstefiers, mehrmals Verletzungen bei der Festnahme von Verbrechern; fiel einmal einem durchgehendem Gespann in die Zügel, ließ sich eine ganze Strecke weit mitschleifen und brachte es unter eigener Lebensgefahr zum Stehen. Jedenfalls ein kleiner, fixer Kerl.

Während der Inflationszeit kam es zweimal zu kleinen Unregelmäßigkeiten; das zweite Mal wurde er dabei mit einer Verwarnung bestraft. Er hatte beidemal als Revierwachtmeister auf Wunsch seiner Untergebenen Belohnungen, die von privater Seite für die Schutzleute der betreffenden Wache gestiftet worden waren, an diese verteilt, weil bei Einhaltung des Dienstweges das Geld bis zur Verteilung völlig wertlos geworden wäre. Er hatte dann jedesmal alles auf sich genommen, um seinen Untergebenen Unannehmlichkeiten zu ersparen.

In der Nacht zum 1. Mai 1923 hatte er wieder Dienst; um Mitternacht sollte er abgelöst werden. Es war kurz vor der Ablösung nach einem anstrengendem 24 stündigen Dienst. Kaufmann Müller<sup>1)</sup> kam schwer betrunken mit einem Droschen-Chauffeur in die Wachstube und beschwerte sich über dessen Forderung. S... schlichtete den Streit und stellte fest, daß der Chauffeur den richtigen Multiplikator angewandt und seine 12000 M. zu Recht gefordert habe. Der betrunkene Müller warf einen 20000 M.-Schein auf den Tisch und stiftete die übrigen 8000 M. für die Ruhrhilfe. Dann warf er in seiner Betrunkenheit noch weitere Geldscheine dazu, nach Aussage des Zeugen, Oberwachtmeister Schlange etwa noch zwei Scheine zu je 20000 M., einen zu 10000 M., zwei zu 5000 M. und noch einige weitere kleine Scheine, alles für die Ruhrhilfe.

Während man noch verhandelte, kam eine zweite Gruppe Betrunkener, ebenfalls mit einem Chauffeur sich herumstreitend und laut skandalierend in die Wachstube. S... hatte das Geld erst auf einen Tisch hinter sich, und als dann die zweite Gruppe kam, auf das daneben stehende Pult und schließlich in dasselbe hineingelegt. Die zweite Gruppe war so erregt, daß sie hering, sich in der Wachstube herumzuprügeln, und S... warf schließlich die ganze Gesellschaft zur Tür hinaus.

Während dieser Vorfälle war der Nachfolger von S... im Dienste, der Revier-Oberwachtmeister Klipp hereingekommen, hatte sich an das fragliche Pult begeben und seinen Namen in das dort aufliegende Dienstbuch eingetragen. Dann war er in den Nebenraum getreten, hatte abgelegt und sich dann an den, neben dem Pult stehenden Telegraphenapparat gesetzt. S... ging dann an das Pult, schrieb die Berichte über die beiden fraglichen Vorfälle, nahm das Geld heraus, zählte

<sup>1)</sup> Alle Namen sind selbstverständlich geändert.

es nach, unterließ allerdings, es von Klipp noch einmal nachzählen zu lassen, steckte es in einen Briefumschlag und schrieb die gezählte Summe, nämlich 27170 M. darauf. Das Ganze übergab er Klipp mit der Bitte, es abzuliefern. Sein eigener Dienst war ja zu Ende, er war furchtbar müde, ging nach Hause und schlief sofort ein.

Die Geschichte sprach sich auf der Wache rasch herum, Wachtmeister Schlange wußte genau, daß es etwa 70—80000 M. gewesen waren, und schließlich mußte Anzeige erstattet werden, da es doch schon höheren Vorgesetzten zu Ohren gekommen war.

S... selbst war sehr erstaunt und stellte sofort einen Antrag auf Disziplinar-Untersuchung gegen sich.

Später, als ihm immer wieder seine Kollegen den Sachverhalt vorhielten, wurde er unsicher und gab zu, daß er sich erinnere, außer jenem ersten noch ein oder zwei weitere 20000 M.-Scheine und vielleicht auch noch sonst Papiergeld erhalten zu haben; er könne sich aber den Vorfall und das Verschwinden des Geldes nicht erklären.

Auf weiteres Drängen seiner Kameraden, die Sache doch aus der Welt zu schaffen, versuchte er mehrmals einen Betrag von 33000 M. seinerseits zur Ruhrhilfe zu stiften, was ihm später als eine Art von Schuldbekennnis ausgelegt wurde. Er beteuert aber auch heute immer wieder, er habe den Betrag nur stiften wollen als Buße für sein Versehen, denn ein Versehen müsse doch vorliegen, insbesondere sei es ja auch seine Schuld, daß er das Geld nicht sofort mit seinem Kameraden durchgezählt habe; er bleibt aber nach wie vor dabei, daß er sich nichts davon rechtswidrig angeeignet habe. Das Gericht schenkte aber seinen Aussagen keinen Glauben, und sämtliche Urteile sprachen sich zu seinen Ungunsten aus.

Er wurde wegen Unterschlagung im Amte zu sieben Monaten Gefängnis verurteilt.

S... beteuerte stets seine Unschuld und ließ nichts unversucht; die Sache ging bis zum Reichsgericht. Drei verschiedene Anträge auf Wiederaufnahme des Verfahrens wurden in sämtlichen Instanzen abgelehnt. Zuletzt im Frühling 1926. S... behauptete fortgesetzt, sein Kamerad Klipp müsse, als er seinen Namen in das Dienstbuch schrieb, das Pult geöffnet und das Geld herausgenommen haben. Klipp sagte unter Eid aus, er habe in diesem Augenblick das Pult nicht geöffnet. S... erstattete daraufhin Anzeige gegen Klipp wegen Meineides und später, als diese in allen Instanzen zurückgewiesen worden war, stellte er Antrag auf Erhebung der öffentlichen Klage, dem ebenfalls nicht stattgegeben wurde. Auch die übrigen Zeugen hatten nicht bemerkt, daß Klipp damals das Pult geöffnet habe. Das Urteil wurde rechtskräftig, nachdem der Kampf über drei Jahre gedauert hatte.

Nun mußte das Disziplinarverfahren einsetzen und auch hier wurde er für schuldig befunden und zur Strafe der Dienstentlassung verurteilt.

Nun endlich stellte sein Rechtsbeistand den Antrag auf psychiatrische Untersuchung wegen der außerordentlichen Vergeßlichkeit des Angeklagten. Der Gerichtsarzt kam zu dem Ergebnis, daß S... an Arterienverkalkung und Nervenschwäche leide und stellte Antrag aus § 81 StPO.

S... war, wie gesagt, früher nie ernstlich krank. Seine Frau gab allerdings an, er sei in den letzten Jahren vor dem Vorfall sehr nervös gewesen, habe viel an Kopfschmerzen und Vergeßlichkeit gelitten, öfters im

Schlaf gesprochen und sei manchmal leicht schwindlig geworden. Namentlich für die Vergeßlichkeit brachte sie sehr kennzeichnende Beispiele. Er selbst gab dies übrigens zu und konnte auf Befragen einige weitere Vorfälle dieser Art schildern. Das gleiche sagten übereinstimmend auch seine Kameraden und sein Vorgesetzter aus, und sie schilderten ebenfalls sehr charakteristische Einzelheiten.

Pat. selbst war, als er zur Beobachtung kam, ein kleines, hinfälliges, früh-gealtertes Männchen, mit 56 Jahren vollkommen ergraut, schwer deprimiert und brach sofort in Tränen aus. Diesem Jammerbilde hätte man die Kämpfe mit gefährlichen Verbrechern und seine sonstigen tapferen Handlungen sicherlich nicht zugetraut.

Eine deutliche Verdickung und Verhärtung der peripheren Arterien war damals zwar noch nicht nachzuweisen, auch war der Blutdruck nicht wesentlich erhöht und die Herzdämpfung nicht verbreitert. Herztöne leise, nicht ganz rein. Schwerere neurologische Erscheinungen fehlten ebenfalls, ebenso hysterische. Blut und Liquor vollkommen negativ. Dagegen deutliche, allgemein-nervöse Erscheinungen, starke Beschleunigung der Herz-tätigkeit, Lidflattern mit leichtem, durchaus nicht psychogenem Schwanken bei Fußaugenschluß, Zittern der gespreizten Finger, sehr lebhafte Reflexe, starke Dermographie. *Abderhalden*: Abbau von Gehirnrinde.

Außerlich vollkommen geordnet; deprimiert, unterwürfig, affektlabil. Bei der psychologischen Untersuchung keine hysterischen Symptome, keine Aggravation. Merkfähigkeit ziemlich schlecht, aphasische Störungen nicht nachzuweisen. Diagnose: Arteriosklerose der feineren zentralen Gefäße, jetzt Depressionszustand.

Über die Frage der strafrechtlichen Verantwortlichkeit wurde folgendes ausgeführt: Wenn es sich damals um ein Dienstvergehen gehandelt hätte, das S... in der Erregung begangen, also vielleicht eine Subordinationswidrigkeit oder eine vorschriftswidrige Behandlung eines widerspenstigen Arrestanten, oder vielleicht etwa um ein Vergehen, bei dem seine Vergeßlichkeit eine Rolle gespielt hätte, so müßte man sehr wohl ernstlich die Frage erwägen, ob ihm dabei nicht die Voraussetzungen des § 51 StGB. schützend zur Seite ständen.

Anders liegt die Sache hier bei einem Eigentumsdelikt, das in der Art, wie es von dem Gerichte angenommen wird, eine kühle Überlegung voraussetzt und als Motiv Habsucht oder Genußgier, vielleicht auch das Bestreben zur Deckung geheimer Schulden oder ähnliches gehabt haben müßte. Es ist dies eine Handlungsweise, die derartig mit dem ganzen Vorleben des S... in Widerspruch steht, daß man dabei zwar von vornherein an eine geistige Erkrankung denken, daß man aber dann auch schon einen recht hohen Grad einer solchen Erkrankung annehmen müßte, also etwa eine direkt senile Geldgier, krankhafte Habsucht oder schwachsinnigen Geiz.

Davon kann aber hier keine Rede sein. Soweit ist die Erkrankung des S... noch nicht vorgeschritten und war den ganzen

Umständen nach, selbst wenn man eine inzwischen etwa eingetretene Besserung in den Bereich der Möglichkeit ziehen wollte, damals wohl mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit noch nicht in diesem Grade vorhanden. Die spärlichen Hinweise auf seine an Geiz grenzende Sparsamkeit genügen nicht zu dieser Annahme. Andere Möglichkeiten, die den Schutz des § 51 StGB. nach sich ziehen würden, wie etwa ein arteriosklerotisch-spätepiléptischer Dämmerzustand o. ä. kommen der ganzen Sachlage nach hier überhaupt nicht in Betracht. Man muß also sagen, daß, wenn man die Entscheidungen der Gerichte als auf richtigen Tatsachen beruhend voraussetzt, daß dann S. . . sich zur Zeit der Tat nicht in einem derartigen Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, wie sie der § 51 StGB. verlangt. Höchstens eine gewisse geminderte Zurechnungsfähigkeit könnte man ihm zusprechen.

Ich halte es jedoch für meine Pflicht, auch ungefragt dem seither Gesagten noch folgendes hinzuzufügen:

Die obige gutachtliche Schlußfolgerung mußte zunächst von der Voraussetzung ausgehen, daß S. . . die Tat auch tatsächlich so begangen hat, wie die Gerichte es angenommen haben.

Auf Grund des psychiatrischen Befundes ist es aber erforderlich, auch noch auf andere Möglichkeiten hinzuweisen.

Die gerichtlichen Urteile gründen sich einmal auf die Erwägung, daß, wenn Klipp damals, als er an das Pult herantrat, um sich in das Dienstbuch einzuschreiben, hierbei auch das Pult geöffnet und das Geld herausgenommen hätte, wie S. . . es behauptet, — daß dies dann von irgend jemand hätte bemerkt werden müssen; auf die gegenteilige Erwägung, daß ja auch niemand bemerkt hat, daß S. . . selbst das Geld zu sich steckte, sei hier nicht näher eingegangen. Die Urteile gründen sich vor allem aber auch darauf, daß S. . . selbst später bei Herausnahme des Geldes und beim Nachzählen desselben unbedingt hätte bemerken müssen, daß die Summe nicht mehr mit dem Betrage übereinstimmte, den er kurz vorher erhalten hatte. Er hätte seinem Erstaunen irgendwie Ausdruck geben, im Pult oder sonst irgendwie nachsehen müssen, er hätte seine Kameraden fragen müssen, ob sie nichts von dem Verbleib des Geldes bemerkt hätten usw.

Jedenfalls war nichts von alledem geschehen, sondern S. . . hatte ganz einfach etwa 27 000 M. in einen Briefumschlag gesteckt und diese Summe darauf geschrieben, ohne ein Wort über die Höhe des Betrages zu verlieren. Dieser Umstand hat ausschlaggebend bei den Entscheidungen der Gerichte mitgewirkt. (Vgl. Urteil vom 7. 4. 24 und Urteil vom 5. 6. 24, insbesondere auch Urteil des Oberlandesgerichts vom 29. 8. 25.)

Diese Erwägung ist aber aus psychiatrischen Gründen nicht haltbar.

S. . . war damals jedenfalls ein schwer nervöser Mensch, die Alterserkrankung war sicherlich schon in Erscheinung getreten, wie aus seinem ganzen Verhalten, aus seiner angeblich vorher schon bestehenden Vergeßlichkeit und manchem anderen wohl ziemlich deutlich geschlossen werden kann; er war außerdem in jener Nacht sehr abgespannt und stand am Ende eines langen und anstrengenden Dienstes; nun kamen noch die beiden, ihn stark erregenden Vorfälle, der Skandal und die Prügelei in der Wachstube, so daß ihm wohl zu glauben ist, daß er vollkommen erschöpft und total durcheinander war. Gegebenenfalls könnte ja auch noch das Zeugnis seiner Kameraden hierüber nachgeholt werden.

In diesem Zustand ist es jedenfalls durchaus möglich, daß sich seine schon damals bestehende krankhafte Vergeßlichkeit momentan so steigerte, daß er tatsächlich bei der Herausnahme des Geldes gar nicht bemerkt hat, daß diese Summe mit dem vorher erhaltenem Betrage nicht mehr übereinstimmte, — daß er sie darauf ohne viel Nachdenken in einen Briefumschlag steckte und dann im Gefühl seines guten Gewissens nach Hause ging und den Schlaf des Gerechten schlief. —

Und noch eine Erwägung drängt sich hier auf, an die, wie es scheint, seither noch von keiner Seite gedacht worden war.

Wenn es möglich ist, daß er in dieser Weise infolge seiner nervösen Aufgeregtheit und Gedächtnisschwäche gar nicht bemerkte, daß die Summe nicht mehr mit der vorherigen übereinstimmte, so ist es eben so gut möglich, daß er aus dem gleichen Grunde, in seiner nervösen Aufregung beim Herausnehmen des Geldes aus dem Pulte nur einen Teil der Summe zu fassen bekam und den Rest in dem Pulte liegen ließ. Auch das wäre vollkommen aus seinem Zustande zu erklären. Es könnte ja dann einfach irgend eine andere Person später, als S. . . schon die Wache verlassen hatte, das Geld in dem Pult gefunden und sich angeeignet haben. Es hätten dann alle Zeugen richtig gesehen, daß Klipp das Pult bei seiner Ankunft nicht geöffnet hat, und dieser konnte mit vollem Rechte das gleiche beschwören.

Aus rein psychiatrischen Erwägungen heraus muß jedenfalls gesagt werden, daß eine derartige Lösung der ganzen dunklen Frage durchaus im Bereiche der Möglichkeit liegt; ich hielt es deshalb für meine Pflicht, auch ungefragt darauf hinzuweisen. Welche juristischen Folgerungen gegebenenfalls aus solchen Überlegungen gezogen werden könnten, das zu beurteilen ist selbstverständlich nicht Sache des psychiatrischen Gutachters.

Sollte aber ein Gericht eine derartige Möglichkeit in den Bereich seiner Erwägungen ziehen, so müßte gesagt werden, daß

S... dann für die hierbei erwiesene Unachtsamkeit im Dienste der Schutz des § 51 StGB. zur Seite stehen würde, entsprechend allem, was oben des näheren dargelegt wurde.

Hinzugefügt sei der Vollständigkeit halber noch, daß auch das spätere Verhalten des S... dann vom psychiatrischen Gesichtspunkte aus vollkommen erklärlich scheint: sein anfängliches Erstaunen und die Beantragung des Disziplinarverfahrens, seine später auftauchende Unsicherheit, als alle seine Kameraden auf ihn einredeten, sein Geständnis, daß er von Müller doch wohl mehr als 27 000 M. erhalten habe, d. h. sein langsam aufdämmerndes Gedächtnis und seine dunkle Erinnerung, sowie schließlich sein späterer, ungeschickter Versuch, durch Stiftung einer größeren Summe für die Ruhrhilfe die Sache aus der Welt zu schaffen, allerdings unter beständigen Beteuerungen seiner Unschuld, — alles das, was von den Gerichten ebenfalls als Beweis für seine Schuld aufgefaßt worden war, fügt sich zwanglos in das Bild ein, das wir oben von S... gezeichnet haben.

Ich fasse also mein Gutachten dahin zusammen:

S... ist ein erblich etwas belasteter, nicht sehr intelligenter und von Jugend auf psychopathisch etwas minderwertiger Mensch, der durch langjährigen, anstrengenden Dienst in zunehmendem Maße nervös geworden ist, und der jetzt an einer beginnenden Alterserkrankung leidet. Diese hat einerseits die vorhandene Nervosität noch weiter gesteigert und wurde andererseits durch die psychischen Einwirkungen und seelischen Erregungen seiner Verurteilungen so verschlimmert, daß jetzt ein deutlicher Depressionszustand besteht.

Trotzdem ist S... verhandlungsfähig, zum wenigsten sollte der Versuch einer Verhandlung gemacht werden.

Wenn S... die Tat, wegen der er verurteilt wurde, so begangen hat, wie sie die verschiedenen Urteilsbegründungen angenommen haben, so ist er bei Begehung dieser Tat wohl als gemindert zurechnungsfähig anzusehen. Er befand sich dabei jedoch nicht in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit, durch den nach § 51 StGB. die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Ich halte es für meine Pflicht, ungefragt noch hinzuzufügen:

Die übereinstimmende Erwägung der verschiedenen Urteilsbegründungen, daß S... bei dem Nachzählen des Geldes das Verschwinden einer größeren Summe hätte bemerken müssen, ist psychiatrisch nicht haltbar.

Es ist durchaus möglich, daß er bei seinem damaligen Zustande das Fehlen eines größeren Betrages nicht bemerkt hat.

Es ist weiterhin auch durchaus möglich, daß dieser Betrag in jenem Augenblick überhaupt noch nicht gefehlt hat, sondern,

daß S... ihn in seiner nervösen Erregung und Vergeßlichkeit in dem Pult hat liegen lassen, und daß dieses Geld erst später abhanden gekommen ist.

Bei einer derartigen strafbaren Unachtsamkeit im Dienste aber würde sich S... höchstwahrscheinlich in einem Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden haben, durch den nach § 51 StGB. die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

Auch sein späteres Verhalten, aus dem allgemein auf sein Schuldbewußtsein geschlossen wurde, erklärt sich zwanglos aus der hier vorliegenden Erkrankung. —

Das Disziplinar-Gericht hat sich formal meinen Ausführungen nicht angeschlossen, wenigstens hat es formal-juristisch, nicht diejenigen Folgerungen gezogen, die eine Wiederaufnahme des Verfahrens hätten herbeiführen können. Wohl aber sachlich. Es verurteilte S... zu einem Verweise und zu einer Geldstrafe, die er allmählich in Raten abbezahlte, empfahl seine Pensionierung und unterstützte sein Gesuch um Begnadigung bezüglich der gerichtlichen Strafe von sieben Monaten Gefängnis. Er wurde auch begnadigt und hat die Freiheitsstrafe nicht zu verbüßen brauchen.

S... beteuerte nach wie vor seine Unschuld, fing aber nicht an zu querulieren, sondern resignierte und baute seinen Kohl in seinem Schrebergarten.

Bei einer kürzlich stattgefundenen Nachuntersuchung war die zum Teil wohl psychische, oder, man kann fast sagen physiologisch bedingte Depression nicht mehr vorhanden, um so deutlicher trat aber die sonstige Charakterveränderung zutage. Nichts war mehr übrig von dem schneidigen Polizeibeamten, es war ein überbescheidenes, harmloses, fast kindlich zutrauliches und etwas unbeholfenes, altes Männchen, so wie es auch früher geschildert wurde. Sonst in ganz gutem Ernährungszustand und von frischer Gesichtsfarbe, aber von bedeutend älterem Aussehen als seinem tatsächlichem Alter entsprach.

Er gab an, daß er noch häufig Schwindelanfälle habe, namentlich beim Bücken, aber auch von allein; die Vergeßlichkeit sei verschieden, manchmal leidlich, an manchen Tagen aber sei er ganz kopflos.

Die peripheren Arterien waren auch jetzt noch nicht deutlich verhärtet, der zweite Aortenton klappend, die übrigen Töne unrein; Blutdruck 140/170.

Bei der psychologischen Untersuchung war die Merkfähigkeit noch wesentlich schlechter als früher, und es zeigten sich diesmal auch deutliche aphasische Störungen leichter Art, vielleicht hätte man manchmal direkt auch an gewisse agnostische Störungen denken können.



Alles in allem jedenfalls ein Befund, der die frühere Diagnose im wesentlichen bestätigt, wobei man höchstens darüber streiten könnte, ob es sich mehr um senile oder um arteriosklerotische Veränderungen gehandelt hat.

Jedenfalls, wenn ich mich peinlich und pedantisch an die mir damals gestellte Aufgabe gehalten und nicht den Mut gehabt hätte, auch ungefragt über rein juristische und sogar schon rechtskräftig entschiedene Dinge mich zu äußern, dann wäre ein schwerer und unsagbar harter Justizirrtum die Folge gewesen. Heute, wo ja der starre Bau unseres rein formalen, römischen Rechtsgebäudes bedenklich zu wanken beginnt, wird man für mein damaliges, wie ich zugebe, etwas inkorrektcs Verhalten vielleicht Verständnis haben.

---

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Vereinigung der Ungarischen Psychiater und den XII. Ungarischen psychiatrischen Landeskongreß am 3. bzw. 4. bis 6. Mai 1933 in Budapest.

Die das zehnjährige Jubiläum ihres Bestehens feiernde Versammlung wählte einstimmig zu Ehrenmitgliedern: Staatssekretär Dr. *Kornel Scholtz*, in Anerkennung seiner hervorragenden Dienste um das Irrenwesen und Sanitätsrat Dr. *Johannes Bresler*, Schriftleiter der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift, eingedenk der warmen Unterstützung, die er dem ungarischen Irrenwesen angeeignet ließ. Unterstaatssekretär i. R. Dr. *Gustav Oldh* überreichte die Ehrenurkunden mit einer herzlichen Ansprache, worauf die neuerwählten Ehrenmitglieder für die ihnen zuteil gewordene Auszeichnung dankten.

Vereinspräsident Dr. *Zsakó* begrüßt in seiner Eröffnungsrede die Anwesenden und heißt die aus dem Reich erschienenen Kollegen in deutscher Sprache willkommen. Als Vereinssekretär erstattet Dr. *Szecsödy* Bericht, gibt seiner Freude über das Erscheinen der ausländischen Kollegen Ausdruck und weist auf die Notwendigkeit hin, zwecks Aufhebung der starken Abweichungen, die die Irrengesetzgebung in den einzelnen Ländern aufweist, ehestens einen internationalen psychiatrischen Kongreß einzuberufen.

Vorträge: Dr. *Gustav Oldh*: Über die Abschaffung der Gesetzgebungsanomalien des Irrenwesens.

Vortragender hält das ganze Irrenwesen als solches abschaffbar, da unseren, das Irrenwesen betreffenden Gesetzen irrig der Gedanke zugrunde liegt, daß niemand mit »gesundem Verstand« in eine Irrenanstalt gebracht werde. (Die französische Gesetzentwurf stützt sich gegenwärtig bereits zur Gänze auf die Hygiene.) Dieser Umstand ist es, der in den breiten Schichten das Gefühl des Grauens gegenüber den Irrenanstalten auslöst, jene »brandmarkt«, die notgedrungen dahin gebracht wurden und Prophylaxie sowie Hospitalisierung unmöglich macht. Unsere bestehenden Gesetze sollten sich mehr vom Geiste der Hospitalisierung, der Prophylaxie und der Mentalhygiene durchdringen lassen. Unrichtig ist ferner, daß die Rechtspflege zwischen Geisteskranken und Gesunden eine scharfe Grenze zieht, welche in der Tat nicht besteht. Dies bildet den Grund einander widersprechender Gutachten, zumal der Psychiater die Frage, ob geisteskrank oder nicht, strikte zu beantworten hat. Die Gerichtspraxis sollte sich unserer Wissenschaft anpassen und von ihrer Starrheit lassen. In einzelnen Fällen schlägt *Oldh* die Einschränkung des Selbstverfügungsrechtes oder, bei alternden,

vermögenden Personen statt der Kuratel — nach dem Beispiel katholisch-hierarchischer Organisationen — die Bestellung eines Koadjutors vor.

Aussprache: Dr. *Karl Szladits*, Dekan der juristischen Fakultät, hält zwar die Abschaffung der rechtlichen Beziehungen des Irrenwesens nicht für möglich, doch meint auch er, daß *Oldhs* Vorschläge fortschrittlich und auch vom Rechtsstandpunkt keineswegs als absurd zu betrachten sind.

*Nießl v. Mayendorf* (Leipzig) besprach einen bisher unbekanntem Fall amaurotischer Idiotie. Das Leiden begann zu Ende des ersten Lebensjahres und nahm im Alter von  $4\frac{1}{2}$  Jahren letalen Ausgang. Der anatomisch-pathologische Befund vermochte nicht die sonst überall anzutreffenden und für die hereditäre Idiotie bezeichnenden flaschenartigen Zellenanschwellungen nachzuweisen.

Aussprache: Prof. *Schaffer* bezeichnete den Fall als einen zwischen der infantilen und der juvenilen Form liegenden Grenzfall.

*Zddor* (Greifswald) untersuchte mittels Kippversuchen die Gleichgewichtsreaktionen bei verschiedenen Krankheiten und Lebensaltern, wobei er die große Rolle des Hirnstammes hinsichtlich der Gleichgewichtsreaktionen betonte.

*Forster* (Greifswald) erläuterte die Beziehungen zwischen striärem System und Schizophrenie. An Hand der *Zddorschen* Kippreaktion beweist er, daß das Zentrum des katatonen Syndroms im Kortex sitzt und psychischer Art ist, wogegen das Zentrum durch ähnlichen Parkinsonismus hervorgerufene, muskeltonische Störungen in den Veränderungen des striären Systems zu suchen ist. *Forster* mißt den *Zddorschen* Versuchen vom Standpunkt der Differentialdiagnose große Bedeutung bei.

Aussprache: *Miskolczy* (Szeged), *Nießl v. Mayendorf*.

*Karl Schaffer* (Budapest): Beiträge zur Lehre der Aphasia amnestica. Infolge Schußverletzung wurde genau die Stelle des Zusammenstreffens des linksseitigen temporalen und frontalen Hirnlappens verletzt. Außer Fehlern im Rechnen war die Schwerfälligkeit des Wortfindens auffallend, wobei sich die Störung auf die Wiedergabe motorischer Wortbilder erstreckte. *Goldsteins* Auffassung widersprechend verwirft *Schaffer* die Aphasia amnestica als Folgeerscheinung der Geistesschwäche und schließt sich der diesbezüglichen abweisenden Meinung *Hauptmanns* an.

Über den gegenwärtigen Stand des Schizophrenieproblems referierten *Julius Nyirö* (Budapest), *Béla Hechst* (Budapest) und *Desider Miskolczy* (Szeged). *Nyirö* beleuchtete die Frage vom klinischen Standpunkt und betrachtet die Schizophrenie für eine durch organische Vererbung entstandene Krankheitseinheit, deren genaue Absonderung derzeit noch nicht möglich ist, so daß gegenwärtig noch etliche Krankheiten sich unter dieser diagnostischen Bezeichnung verbergen. Als erstes empfiehlt er die Trennung der exogenen Form von der endogenen. Das Bestehen der psychoreaktiven Schizophrenie verneint *Nyirö*; er hält die Schizophrenie für ein organisches Leiden. — *Hechst* gelangte im Verlauf seiner histologischen Untersuchungen zur Feststellung, daß die Schizophrenie eine ausschließlich und studierende. 659 S. mit 177 Abbild. Moskau 1931. Staatsverlag für zielehungen zu den anderen Sonderfächern erscheint durch seine sozialen sind, auch das Endogene keinesfalls als etwas Unabänderlich-Prädestiniertes menschliche Erkrankung sei und demzufolge eine weitere Klärung des Leidens durch Tierversuche nicht erhofft werden könne. Die Kriterien

*Schaffers*, welche die endogenen Nervenleiden histologisch aufweisen, waren bei Schizophrenie in ihrer Gänze wohl nicht, im allgemeinen jedoch anzutreffen. — *Miskolczy* besprach die anatomische Lokalisation der Symptome, insbesondere die in der Großhirnrinde gefundenen pathologischen Veränderungen. Die endokrinen Störungen, sowie die den extrapyramidalen Erkrankungen ähnelnden Bewegungsanomalien, hält er für kortikalen Ursprungs. — Die für die Schizophrenie charakteristischen psychischen Veränderungen werden durch die Erkrankungen der neozephalen Hirnpartien hervorgerufen.

*Angyal* und *Somogyi* (Budapest) sprechen über die schizophrenen Formen der progr. Paralyse. An Hand von vier Fällen veranschaulichen sie die Möglichkeit des gleichzeitigen Auftretens beider Leiden. Sie meinen, daß das Zusammentreffen dieser beiden Krankheiten einerseits zufällig sein kann, anderseits vermag der paralytische Prozeß das schizophrene Syndrom oder die endogene Schizophrenie auszulösen.

*Széky* und *Kulcsár* (Debrecen) befassen sich mit der diagnostischen Bewertung der Präzipitationsreaktionen, unter denen sie der Müller-Ballungs-Reaktion als der empfindlichsten den Vorzug geben. Die M.-B.-R. zeigt nämlich in 14% der Fälle negativer Wassermannreaktion positive Veränderung.

*Zoltán Papp* (Debrecen) spricht über Sinnestäuschungen bei Paralytikern und mißt den Fiebertherapien eine bedeutende Rolle beim Hervorrufen der Halluzinationen bei.

*Eugen Thurzó* (Debrecen-Boston) befaßt sich in seinem Vortrag mit dem anorganischen Phosphorgehalt des Serums und Liquors, sowie der klinischen Bedeutung dieser beiden Koeffizienten. Im Falle von Tetanie vermehrt sich der der Diffundierung unfähige Ph., während bei Urämie der diffusibile Ph. im Serum zunimmt. Ausgesprochene Hyperphosphatorhachie ist bei Meningitis, in geringem Maße bei Neuroles zu beobachten.

*Béla Job* (Szeged): Kolloidlabilitäts-Untersuchungen bei Geisteskranken. Bei Geisteskrankheiten, die mit Störungen der Leberfunktion einhergehen, verhielten sich die Kolloidlabilitätsreaktionen (Gerloczysche Plasmakolloidlabilitätsreaktion) stark positiv, so insbesondere bei Delirium tremens und progr. Paralyse.

*Benedek* und *Neuber* (Debrecen) berichteten über ihre mit lebenden Spirochäten vorgenommenen Heilversuche bei Neuro- und Frühles. *Benedek* verwendete bei seinen Versuchen Hillgermannschen Impfstoff und schreibt die erzielten Heilergebnisse der spezifischen Immunwirkung zu. Seine diesbezüglichen Untersuchungen ergaben, daß Vollremissionen nach Spirochaeta-Vaccinatherapie öfter eintraten als bei Kranken, die Malaria- oder Rekurrenskur absolvierten, wogegen die weniger günstigen Remissionen seltener waren. Auf Grund der ungarischen statistischen Daten hält er die soziale Belastung der Allgemeinheit durch defektgeheilte Paralytiker (*Pönitz*) nicht für besorgniserregend. — *Neuber* verweist hinsichtlich der Frühlesbehandlung auf den Umstand, daß sich die gegenüber der Spirochaeta-Vaccinatherapie refraktär verhaltenden sekundären und tertiären Erscheinungen auf die nachfolgend angewandte Salvarsan-Wismuth-Kur rasch zurückbildeten.

*Johann Schnell* (Budapest) referierte über die Psychopathologie der Kindheit. Er erläuterte die typischen Symptome infantiler Psychose, sowie die Heiltätigkeit verschiedener psychiatrischer Bestrebungen. Die Ursache der pathologischen Erscheinungen erblickt er in der Neurose, demgemäß hat der Arzt, statt sich auf die Behandlung einzelner Symptome zu beschränken, die Krankheitseinheit als solche zu erfassen und die therapeutische Beeinflussung von jedem sich bietenden Standpunkt aus zu versuchen. Redner mahnt zur Schaffung jugendpsychiatrischer Institutionen.

*Zoltán Róth* verweist auf die zwischen endogener und exogener Schizophrenie bestehenden Unterschiede.

Frau *Hrabovszky Margarete Révész* (Budapest) bespricht die Bedeutung genetischer Psychologie und beleuchtet die Wechselbeziehungen zwischen körperlicher und seelischer Entwicklung des im Wachstum befindlichen Kindes.

*Márta Dancz* (Szeged) spricht über die Lokalisation der Bewusstseinsstörungen. Die Läsion der Wand des III. Hirnventrikels, der infundibulären Region sowie der Hypophyse verursacht in ihren Fällen keine Schlafsucht. Im Thalamus sieht sie ein vegetatives Bewusstseinszentrum.

*Namenyi* (Budapest) behandelt die Probleme der mentalen Hygiene und der Eugenik.

*Ladislav Balassa* (Budapest) weist auf die Umformung von Ablauf und Symptomen der Nerven- und Geisteskrankheiten hin. Die galoppierende Form der Paralyse scheint ihm immer mehr zu verschwinden. Auch die im vergangenen Jahrhundert häufige, mit Großanfällen einhergehende Hysterie ist kaum mehr anzutreffen. Die manische Form der Psychosis-maniaco-depressiva zählt in Ungarn zur Seltenheit; den Grund hierfür erblickt er in den schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen.

*Michael Bogdán* (Gyöngyös) nahm Dehydrationsversuche bei Epileptikern mit Diureticis und salzhaltigen Abführmitteln vor und berichtet über schöne Ergebnisse.

*Ladislav Meduna* (Budapest) machte die trepanierten Epileptikern entnommenen Hirnpartikel zum Gegenstand histologischer Untersuchungen, die ihm die Gefäßkrampftheorie nicht in ihrer Gänze für annehmbar erscheinen lassen.

*Alexander Stief* (Szeged). Die mit Leduc-Strom unternommenen Tierversuche riefen im Nervensystem schwere histologische Veränderungen hervor. In den Ventrikeln und in der subarachnoidealen Region fanden sich ausgedehnte mikroskopische Blutungen, in der Wand der Hirnventrikel sowie in den Nachbargeweben schwere Veränderungen.

*Stefan Zsákó* und *Johann Jó* (Budapest) befaßten sich mit dem Wesen der Sinnestäuschungen und wiesen auf die Unrichtigkeit der atomistisch-psychologischen Deutung der Sinnestäuschungen hin, deren Klärung nur unter Berücksichtigung der Gesamtpersönlichkeit möglich sei.

*Jólan Ferenczy* (Debrecen) spricht über die Handarbeiten Schizophrener und vergleicht diese mit den Schöpfungen volkstümlicher Kunst. Die Handarbeiten der Kranken tragen die charakteristischen Merkmale ihrer Krankheitsform.

*Andreas Piroth* (Debrecen) berichtet über die Ergebnisse histologischer Untersuchungen bei neurologischen Komplikationen der In-

fluenza. Die Veränderung der Neurofibrillen bedeutet Verfall der markhaltigen Fasern. In einzelnen Fällen fand er kapillare und präkapillare umschriebene Blutungen in beiden Hemisphären, im Corpus callosum und in den zentralen Ganglien. In erster Linie dominierten die Veränderungen der mesodermalen Elemente.

*Julia György* befaßte sich in ihrem Vortrag Kriminalität in psychiatrischer Beleuchtung hauptsächlich mit den Nachteilen von Erziehungsanomalien der Kindheit.

*Béla Hechst* nahm im Verlauf von Tierversuchen Bulbocapnivergiftungen vor und untersuchte die hirnanatomischen Veränderungen der vergifteten Tiere. Bulbocapninkatalepsie kann bei Tieren, die über kein Neopallium verfügen, nicht provoziert werden; dessen ungeachtet zieht er aus seinen Versuchen den Schluß, daß die Bulbocapninkatalepsie nicht kortikalen Ursprungs ist, sondern wahrscheinlich durch die Läsion des Thalamus hervorgerufen wird.

*Rudolf Fabinyi* und Waisenstuhlpräsident *Koloman Csorna* (Budapest) referierten über das Problem des sofort einsetzenden Rechtsschutzes in geschlossene Anstalt gebrachter Personen. Referenten schlagen nach deutschem Muster die Einführung der Institution der »vorläufigen Vormundschaft und Pflegschaft« vor. Zwecks Möglichkeit rascherer Maßnahmen gegenüber den Gerichten fordern sie für die Vormundschaftsbehörden größeren Wirkungskreis. Zwecks Kontrolle der daheimgebliebenen Vermögenobjekte empfiehlt *Fabinyi* die Einteilung von Fürsorgeschwestern sowie die sofortige Anmeldung der eingelieferten Kranken beim Waisenamte.

*Alexander Orbán* (Budapest) fordert auf Grund praktischer Lebenserfahrung eine dahingehende Reform des Irrenwesens, wonach dem Facharzt das Recht zugebilligt werde, das zur Anstaltsaufnahme notwendige Attest auszustellen; die Primärärzte wiederum sollen befugt werden, auf Grund ihrer eigenen Atteste Kranke auf ihre Abteilungen aufzunehmen.

*Franz Kulcsár* (Debrecen) demonstrierte die Bedeutung der Benedekschen Schädelperkussion. Diese Methode gestattete unter den mit Bestimmtheit diagnostizierten Fällen die Veränderungen des Knochenschädels in jedem Falle nachzuweisen bzw. zu lokalisieren, während es in vier Fällen gelang, die Stelle des im Hirn sitzenden Tumors genau festzustellen. Selbst die tiefer liegende Tumoren rufen beim Abklopfen Tonveränderungen hervor, was in einzelnen Fällen die Möglichkeit in sich birgt, dringende lebensrettende Eingriffe vornehmen zu können.

*Georg Markovits* (Debrecen) berichtet über Untersuchungen der Leberfunktion bei Geisteskranken. *M.* injizierte seinen Kranken Tetraiodphenolphthalein, unter Beobachtung der Ausscheidung. Die Untersuchungen ergaben, daß die Leberfunktion insbesondere bei Katatonie und Melancholie stark beeinträchtigt war.

*Stefan Berndth* (Budapest) sprach über die strafrechtliche Verantwortlichkeit der verschiedenen Kategorien der Krüppel. Er erwähnte die Gebrechen der Sinnesorgane und des Verstandes, die moralischen und körperlichen Krüppel und untersuchte ihre vom Standpunkt der Zurechnungsfähigkeit abweichenden und seitens der Rechtspflege in Betracht zu ziehenden Defekte.

*Julius Keresztes* (Budapest) sprach über die Prophylaxe der Nerven- und Geisteskrankheiten, erläuterte die verschiedenen Möglich-

keiten der Prophylaxe, schilderte die Tätigkeit der Budapester Seelenfürsorge und empfahl die Einführung der offenen Pflege.

*Vitéz Ludwig Hegedüs* (Budapest). An Hand der statistischen Daten von 335 Kranken bespricht er die frühzeitige Luestherapie und die spät sich entwickelnde Neurolues. *H.* gelangte zu der Ansicht, daß die frischen Fälle energischer Salvarsan-Wismuthkur zu unterziehen sind, zumal Erkrankungen des Nervensystems salvarsanbehandelter Fälle seltener sind oder zumindest später auftreten als bei unbehandelten Fällen.

*Aurel Bakody* (Budapest) regt die Abänderung des Gesetzes über die bezirksgerichtliche Revision der Anstalten an und wünscht, daß den Anstalten gegenüber dem Gerichtsbeschluß der Rekursweg geöffnet werde. —

Nach Verlauf der Vorträge, an die sich mehrfach lebhaft Diskussionen anschlossen, wurde auf Grund der eingebrachten Vorschläge folgendes beschlossen:

Der Kongreß erachtet die Errichtung einer eigens für kriminelle Kranke bestimmten Anstalt für notwendig. Der G. A. XIV. v. J. 1876 sowie die diesem entspringende Verordnung Nr. 1300/1932 des Volkswohlfahrts- u. Arbeitsministeriums sind nicht mehr zeitgemäß und daher abzuändern. —

Im kommenden Jahr soll im Einvernehmen mit dem Verein der Internisten und der Spitalsvereinigung ein gemeinsamer Diskussionstag über die Errichtung neuro-psychiatrischer Spitalsabteilungen abgehalten werden.

Nachrichtlich  
*Szecsödy*-Budapest.

---

### Berichtigung.

Der Vortrag über die diagnostische Bedeutung des Spontan-Nystagmus (Seite 322/323 des 100. Bandes der Allg. Z. f. Psych.) in der Jahresversammlung des Vereins der Irren- und Nervenärzte in Münster i. W. am 30. April 1932, irrtümlich unter dem Namen des Kollegen *Korbsch* mitgeteilt, wurde von Dr. *Kobrak*, Assistenzarzt an der Universitäts-Hals-, Nasen- und Ohrenklinik in Münster i. W. gehalten. Es wird gebeten das zu berichtigen.

---

## Kleinere Mitteilungen.

Prof. Dr. *W. A. Giljarowsky*. Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Ärzte und Studierende. 659 S. mit 177 Abbild. Moskau 1931. Staatsverlag für Medizin (in russischer Sprache).

Ein ernstes Werk, das die besten Errungenschaften des russischen und ausländischen wissenschaftlichen Denkens zum Ausdruck bringt. Sämtliche Abschnitte des Buches bilden ein konsequent entwickeltes Ganzes. Die einzelnen Kapitel sind sorgfältig durchgearbeitet und geben dem Leser in systematisch-objektiver, dabei aber immer kritischer Form eine Fülle neuer Daten. Dem Verfasser liegt es nicht daran, um jeden Preis Neues und Originelles zu bieten oder seine, von ihm in langjähriger klinisch-literarischer Tätigkeit ausgearbeiteten, Anschauungen und Theorien im Rahmen dieses Lehrbuchs in den Vordergrund treten zu lassen oder überhaupt zu entwickeln. Die abgeklärte wissenschaftliche — im weiten Sinne des Wortes biologische — Weltanschauung des Verfassers, seine hohe Erudition, seine ausgedehnte klinische Erfahrung, die Aktivität seiner sozialen Einstellung — all das macht dieses Buch besonders wertvoll für den angehenden Arzt und Wissenschaftler, der hier all diejenigen Stütz- und Ausgangspunkte findet, mit deren Hilfe er sich in den Schwierigkeiten unserer komplizierten Disziplin ruhig und kritisch zurechtfinden wird.

Trotz strenger Wissenschaftlichkeit und theoretischer Bedeutsamkeit bleiben die Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis stets gewahrt. Die theoretischen Sätze sind hier überall mit der Klinik und dem realen Leben, nicht zuletzt auch mit praktischen Tagesfragen verbunden. Den Problemen der sozialen Psychiatrie wird eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt, insofern sie in einem Kapitel des allgemeinen Teiles («Soziale Probleme der Psychopathologie») abgehandelt werden; abgesehen davon wird aber auch in der speziellen Psychopathologie jedes Kapitel unter den Gesichtspunkten der sozialen Psychiatrie und Prophylaxe zusammengefaßt und synthetisiert. Auch die Stellungnahme des Verfassers bei der Abgrenzung des psychiatrischen Sondergebietes und seiner Beziehungen zu den anderen Sonderfächern erscheint durch seine sozialen Tendenzen determiniert. Es wird hier die Überzeugung vertreten, daß die Psychiatrie ihre abgeschlossene Stellung aufgeben und mit den Ärzten anderer Fächer, insbesondere mit den Internisten, zusammenarbeiten müsse. Handelt es sich ja bei den Psychosen nicht um lediglich zerebrale, sondern um im gewissen Sinne allgemein-somatische Erkrankungen. An der gemeinsamen »Front« der Prophylaxe müssen alle Spezialfächer ihre Kräfte vereinigen und dem allseitigen Studium der ganzen Persönlichkeit dienstbar machen.



Am originellsten ist der allgemeine Teil des Lehrbuches. Die Eigentümlichkeiten des russischen psychiatrischen Gedankens der Letztzeit fanden hier ihren umfassenden Ausdruck. In der Frage nach dem Wesen der Psychose finden wir beim Verfasser eine sachliche Bewertung der verschiedenen Rolle der exogenen und endogenen Faktoren mit genügender Würdigung der ganzen Kompliziertheit ihrer Wechselbeziehungen. Die in letzter Zeit in der russischen Psychiatrie so häufige Überschätzung des Exogenen wird von dem Verfasser nicht mitgemacht. Er erblickt in der Endogenie den wesentlichen Hintergrund, auf dem das Wechselspiel aller von außen kommenden Einwirkungen zustandekommt. Verfasser analogisiert das Endogene — mit den unbedingten, das Exogene — mit den bedingten Reflexen und äußert die Ansicht, daß ähnlich, wie die unbedingten Reflexe durch lange Übung aus den bedingten gebildet werden und bis zu einem gewissen Grade einer Einwirkung von außen zugänglich sind, auch das Endogene keinesfalls als etwas Unabänderlich-Prädestiniertes oder Endgültig-Erstarrtes zu betrachten ist. Nach den Anschauungen des Verfassers darf man die Psychose nicht als eine mechanische Reaktion auf endogene und exogene Momente, deren Wirkung nach dem Prinzip des Kräfteparallelogramms erfolgt, betrachten, denn sie wird durch die lebendige und aktive Persönlichkeit determiniert, die imstande ist diese oder jene Noxen zu überwinden bis zu einem gewissen Grade, ohne dabei Reaktionen pathologischer Art zu geben. Diese Anschauungen entsprechen der psychohygienischen Richtung der modernen russischen Psychiatrie, die in erster Linie die Arbeit unter den Gesunden zwecks Vorbeugung der Erkrankungen im Auge hat. So wird z. B. in der Antialkoholfrage in erster Linie prophylaktische und psychohygienische Arbeit empfohlen, d. h. Antialkohol-Propaganda unter Heranziehung breiter Bevölkerungsschichten, ganzer Kollektiven, besonders der Schuljugend und der Studentenschaft. Das Verbotssystem, das sich zur Bekämpfung des Alkoholismus in russischen Verhältnissen als unrationell erwies, mußte fallengelassen werden. Das Eindringen der psychohygienischen Arbeit in das alltägliche Leben der Bevölkerung bildet dagegen eines der sichersten Mittel im Kampf gegen den Alkohol. Auch in psychiatrisch-organisatorischen Fragen wieder spiegelt das zu besprechende Lehrbuch all die für die russische Psychiatrie besonders typischen Momente: breiteste Entwicklung der ambulanten Bedienung der Bevölkerung in erster Linie in der Form eines Netzes von Polikliniken (Dispensaires), — das Prinzip der Stufenmäßigkeit der Anstalten (Anstalten mit verschieden strengem Regime) — weitgehendste Entwicklung des Sanatoriumswesens und der Anstalten für Kinder. Typisch für das russische System ist weiter die Bevorzugung der akuten und initialen Formen bei der Anordnung von Anstaltsbehandlung (wobei die Arbeiterschaft in erster Linie bedient werden muß). Auch die mendelistischen Hauptideen in ihrer Anwendung auf die Psychiatrie durch *Rudin, Kahn, Hoffmann, Luxenburger* u. a. fanden hier eine genügend vollständige Darstellung, wobei auch die Bedeutung des de Friesschen Mutationsprinzips gebührend berücksichtigt wurde.

Viel Aufmerksamkeit widmet der Verfasser der Einteilung der Psychosen. Insofern er in Fragen der Pathogenese den pathologisch anatomischen Daten einen bedeutenden Spielraum einräumt, kommt dies auch seiner Klassifikation zu gute. Die ganze Mannigfaltigkeit der

Psychosen wird auf drei Typen zurückgeführt: 1. Prozesse, 2. Entwicklungsanomalien, 3. psychische Reaktionen und reaktive Zustände.

Der erste Typus umfaßt: 1. endogene Entwicklungshemmung (Mikrozephalie), 2. endogene Hirnschädigungen: a) mit Primäraffektion der nervösen Elemente (Schizophrenie, amaurotische Idiotie...), b) mit Primär- oder vorzugsweise Primäraffektion des Mesoderms (eine Gruppe von Störungen, wie z. B. Arteriosklerose, senile und präsenilen Psychosen) und 3. exogene Hirnschädigungen: Infektionen (syphilitische u. a.), Intoxikationen, mechanische Hirnläsionen.

Zweiter Typus: Entwicklungsanomalien. Totale Anomalien (erste Gruppe): manisch-depressives Irresein, endogene Nervosität, Psychasthenie und partielle Anomalien; (zweite Gruppe): Psychopathien.

Diese Klassifikation hat zweifellos ihre strittigen und verwundbaren Stellen (hauptsächlich bei den ersten zwei Typen, z. B. beim ersten Typus die Zuordnung der Mikrozephalie und der mechanischen Hirnläsionen zu den Prozessen, beim zweiten Typus — bei den Entwicklungsanomalien — läßt sich die Zuordnung des man.-depr. Irreseins zu den totalen und der Psychopathien zu den partiellen Anomalien schwer begründen). Dessenungeachtet ist der Versuch des Verfassers, sich auf diesem außerordentlich komplizierten Gebiet auf eine solide Basis zu stellen, als äußerst wertvoll zu betrachten, denn er wird vielleicht zu fruchtbaren Resultaten führen können.

Bei der Schilderung der einzelnen Erkrankungen sucht der Verfasser nicht bloß Aufzählungen von Symptomen, sondern Krankheitsbilder als Ganzheiten zu bieten. Viel Aufmerksamkeit ist der Beschreibung des Zustandes der Kranken, ihres Verhaltens, der Veränderung der sozialen Kontakte usw. gewidmet. Bei der Beschreibung der Prozeßpsychosen werden die klinischen Daten auch von pathologisch-anatomischen Gesichtspunkten aus beleuchtet, was didaktisch wertvoll ist. Ein besonderer Abschnitt befaßt sich mit der Psychopathologie des Kindesalters, dieser Abschnitt enthält viele neue Daten. Im Kapitel über die Psychotherapie finden wir die interessante Beschreibung einer (auch in der deutschen Literatur bekannten) Methode der kollektiven Psychotherapie am Neurotikermaterial. Reichhaltig ist das Material über die Arbeitstherapie in ihrer spezifischen Entwicklung in russischen Verhältnissen, wo das Endziel nicht in der Ablenkung des Kranken, sondern in seiner Heranziehung an den sozialistischen Aufbau erblickt wird, wobei die entsprechenden Arbeitsprozesse nur ein Vehikel dazu bilden und als ein Teil des allgemeinen Aufbauprozesses ausgestattet werden.

Das Buch schöpft aus der reichen persönlichen Erfahrung des Verfassers. Es ist leicht und interessant geschrieben und enthält zahlreiche großenteils farbige Abbildungen. Bei den russischen Psychiatern hat es einen guten Erfolg: die erste Auflage wurde schon nach einigen Monaten vergriffen.

*A. Winokurowa.*

*Kurt Schneider, Probleme der klinischen Psychiatrie. G. Thieme, Leipzig 1932. 46 S. 2,60 RM.*

*Schneider* bespricht die Probleme der gegenwärtigen klinischen Psychiatrie, wie sie in den letzten 10—12 Jahren aufgetreten sind und die sich

um die Frage der Stellung des Symptoms zum Krankheitsprozeß drehen, ob noch eine ätiologische Betrachtungsweise berechtigt ist oder ob das psychotische Bild durch eine unspezifische Auslösung endogen bereitigender Reaktionsweisen entstanden ist. Die Besprechung geschieht nach den Gesichtspunkten: Die endogenen Psychosen unter sich; die endogenen Psychosen und die toxischen Psychosen; die endogenen Psychosen und die primär zerebralen Psychosen. *Schn.* schließt sich der Meinung an, daß es nur ausnahmsweise vorkomme, daß bestimmte Schädigungen bestimmte psychotische Bilder, daß häufiger gemeinsame Arten von Schädigungen gemeinsame Arten von Störungen verursachen, und daß oft anlagenmäßig bereitliegende Äußerungsformen ausgelöst werden. Bei entsprechender Anlage kann jede Schädigung Äußerungsformen auslösen, die auch bei autochthonen Psychosen vorkommen. Dahin gehören die schizophhrenen Symptomenkomplexe, aber nicht die zylothymen. Als die hauptsächlichsten typenmäßigen Abgrenzungen innerhalb des psychotischen Bildes sieht Verfasser an: die Zylothymien, die besonnenen episodischen Psychosen, die Delirien, die schizophhrenen Prozesse, die Paraphrenien, die Demenzen.

Grimme-Hildesheim.

H. Rorschach †: Psychodiagnostik. Verlag von Huber-Bern, 2. Aufl., herausgegeben v. *Morgenthaler*. 1 Textband und 1 Band Tafeln, 1932. Preis 15 Mark.

R. ließ verschiedenartige Versuchspersonen unbestimmt geformte Figuren, Zufallsformen, deuten. Sein Testapparat waren die auf bekannte Art hergestellten Klexbilder, welche im zweiten Band des Buches in ausgezeichneter Wiedergabe gebrauchsfertig vorliegen. Die Deutungen der Zufallsbilder fallen unter den Begriff der Wahrnehmung und der Auffassung. In der Wahrnehmung stecken die Vorgänge der Empfindung, der Erinnerung und der Assoziation. Als Auffassung ist die Identifikation eines Komplexes von Sinnesempfindungen mit ihren Zusammenhängen bezeichnet. »Stellt die Wahrnehmung die assoziative Angleichung vorhandener Erinnerungsbilder an rezente Empfindungskomplexe dar, so ist die Deutung der Zufallsformen eine Wahrnehmung, eine intrapsychische Angleichungsarbeit zwischen Empfindungskomplex und Erinnerungsbild«. R. berichtet über die Prüfung von 405 männlichen und weiblichen Personen, darunter 105 Schizophrenen. Der mit den 10 Tafeln angestellte Versuch dauerte im Mittel 20—30 Minuten; selbstverständlich waren die Reaktionszeiten für Epileptiker, Organische und Depressive länger, für Manische kürzer. Bei den Schizophrenen war die Reaktionszeit im allgemeinen bedeutend kürzer als bei allen anderen Versuchspersonen, die Gesunden mit einbegriffen; Schizophrene versagten aber dann oft plötzlich und meist bei solchen Bildern, die sonst nicht für schwierig gelten.

Die meisten Deutungen bei Gesunden wie bei Kranken wurden durch die Form der Klexe allein determiniert (Formantworten). Bei Bewegungs-(kinästhetischen)antworten wirkten außer der Form Erinnerungsbilder früher gesehener, vorgestellter oder selbst vorgeführter Bewegungen ein; die Versuchsperson stellt sich das gesehene Objekt in Bewegungsbegriffen vor. Bei Farbantworten handelt es sich bei den Deutungen teils um Form und Farbe oder um Farbe allein. Offenbar bestehen innige Beziehungen zwischen Farbenwahrnehmung und der Dynamik der

Affektivität. Bei Gesunden und bei verschiedenen Krankheiten weist die Häufigkeit dieser drei Arten der Wahrnehmung und ihr gegenteiliges Verhältnis untereinander charakteristische, typische Unterschiede auf. Die Modi der Erfassung der Bilder zeigen ebenfalls verschiedene Typen: Ganzantworten, Detailantworten, Kleindetailantworten; das Bild wird als Ganzes oder in Teilen und in bestimmten Teilen erfaßt und gedeutet. Auch der sachliche Inhalt der Deutungen wurde geprüft. Sehr häufig waren Tierdeutungen, dann kamen menschliche Figuren usw.

Der Formdeutungsversuch ermöglichte eine sehr differenzierte Intelligenzprüfung. Auf verschiedenen Altersstufen war das Ergebnis sehr verschieden. Interessant ist der Einfluß der Verstimmung auf die Intelligenzkomponenten: die depressive Verstimmung und die Melancholie verbessern das Formsehen, machen die Suggestion straffer, die Zahl der Ganzantworten jedoch kleiner, den Erfassungstypus ärmlicher, vermindern die Variabilität, erhöhen das Tierprozent, vermindern die Zahl der Originalantworten, ebenso erheblich die Zahl der Bewegungsantworten und lassen die Farbantworten fast ganz verschwinden. Dagegen verschlechtert die manische Verstimmung das Formsehen, lockert die Sukzession, erhöht die Zahl der Ganzantworten, macht den Erfassungstypus reicher, erhöht die Variabilität, vermindert das Tierprozent, erhöht die Zahl der Originalantworten sowie die Zahl der Bewegungsantworten und weist verhältnismäßig viele Farbantworten auf. Bei der Manie ist die Zahl der Ganzantworten kleiner als bei der manischen Verstimmung, der Erfassungstypus ist etwas ärmer, die Variabilität geringer, die Zahl der Originalantworten etwas geringer, die Zahl der Bewegungsantworten und der Farben etwas größer als bei der manischen Verstimmung.

Das Verhältnis der Bewegungsantworten zu den Farbantworten nennt R. den Erlebnistypus. Wiegen die Bewegungsvorstellungen vor, was z. B. bei Phantasiebegabten der Fall ist, so nennt er den Erlebnistypus introversiv, wiegen die Farbantworten vor, was z. B. beim Praktiker zutrifft, so nennt er ihn extratensiv. Beim eingegengten Erlebnistypus treten Bewegungs- und Farbmomente bis zum ausschließlichen Reagieren in Formantworten zurück (bei Pedanten, Depressiven, Melancholischen, Kranken mit Dementia simplex). Handelt es sich um zahlreiche Bewegungsantworten und ebenfalls zahlreiche Farbantworten, ein Befund, wie er bei Vielbegabten, Zwangsneurotikern, Manischen und Katatonischen erhoben wird, so nennt er den Erlebnistypus ambiäqual. Je mehr die Farben, um so labiler, je mehr die Bewegungsantworten überwiegen, um so stabiler ist die Affektivität der Versuchspersonen. Verschiedene Kapitel beschäftigen sich nun mit den Beziehungen des Erlebnistypus, z. B. zu den Vorstellungen, den Talenten, den Halluzinationen, der Krankheit. — Endlich wird ausführlich die praktisch-diagnostische Verwendung des Formdeutungsversuchs erläutert. — Eine große Zahl von Beispielen wird aufgeführt: die Ergebnisse bei Normalen, bei Über- und Unternormalen, Imbezillen, Phantasiebegabten, Hochbegabten, Neurotikern und psychisch Kranken verschiedenster Art.

R. bringt den untersuchten Einzelfall unter Berücksichtigung der verschiedensten Ergebnisse fast mathematisch auf eine bestimmte Formel. Es handelt sich um ein ungemein geistvolles Analysieren und Verrechnen der erhobenen Befunde zu einem Gesamtbild, bei Normalen um eine differen-

zierte Persönlichkeitsdiagnose und bei Kranken oft um Differentialdiagnosen verschiedener Art. Ebenfalls stellt der Formdeutungsversuch eine von Wissen, Gedächtnis, Übung und Bildungsgang fast unabhängige Intelligenzprüfung dar, gestattet auch Schlüsse über manche affektive Verhältnisse und hat endlich den Vorteil fast unbegrenzter Anwendbarkeit und der Vergleichbarkeit der Befunde der allerheterogensten Versuchspersonen miteinander. Auch *Rehm*, der seine Studien über Klexbilderklärung durch Geistesranke 1928 auf der Versammlung der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens mitgeteilt hat, erklärte die Rorschachsche Methode für eine sehr wertvolle und notwendige Ergänzung unseres Inventars zur psychologischen Untersuchung der Kranken, da bisher ein angemessenes Verfahren zur Untersuchung der Einfühlung und der Phantasietätigkeit fehlte. Die Schizophrenen fand *Rehm* form- und farbensteril.

Im Anhang wird an einem konkreten Beispiel ausführlich auf Einzelauswertungen des Formdeutungsversuches eingegangen (Abdruck aus dem 82. Band der Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., nach *Rorschachs* Tod herausgegeben von *Oberholzer*).  
G. Ilberg.

Prof. *Pieraccini*: Il Padiglione Neurologico dell' Ospedale Neuropsichiatrico Provinciale di Arezzo, Genova 1927. (Die neurologische Abteilung an der Neuro-psychiatrischen Provinzialheilanstalt in Arezzo.) Reparti Neurologici negli Ospedali Psichiatrici, Ferrara 1930, idem: Reggio-Emilia 1931. (Die neurologischen Abteilungen bei den psychiatrischen Kliniken.)

Der Autor schildert in den drei Schriften die Erfahrungen, die er seit der Eröffnung (1926) der Neurologischen Abteilung bei der Psychiatrischen Klinik von Arezzo machte. In dieser Abteilung werden Nervenranke, die an keinen ausgesprochen psychischen Störungen leiden, behandelt. Die Gründung einer solchen Abteilung, die sich vor allem in den Städten, die keine neurologische Universitätsklinik besitzen, empfiehlt, hat nicht nur bedeutende therapeutische Vorteile, sondern auch nach Ansicht des Autors ökonomisch-sozialen Wert. Die Kosten derartiger Einrichtungen sind nicht allzu hoch anzuschlagen. Die Kranken werden nach einer behördlichen oder privaten Verbindlichkeitserklärung aufgenommen; die Verpflegungssätze betragen 21 resp. 25 Lire pro die. Bettlägerige Kranke werden nicht — es sei denn für eine schnell vorübergehende Kur — aufgenommen. Eine Krankenstatistik belehrt über die Diagnose der untergebrachten Patienten: Es finden sich hier neben schweren organischen Leiden wie Enzephalitis, Epilepsie usw. auch einmal die Diagnose chronischer Alkoholismus und viermal Hysterie. In den letzten Jahren hat sich der Krankenbestand bedeutend vermehrt, er stieg von 77 Patienten im ersten Jahr auf 209 im Jahre 1930. Insgesamt wurden bis 1930 532 Kranke behandelt. Ein großer Teil der Patienten wird von Behörden und Versicherungen zur Beobachtung, von praktischen Ärzten zur Diagnosestellung eingewiesen. Auch in der Männerabteilung besitzt die Klinik in Arezzo nur weibliches Personal, da sich dies nach Angabe des Autors zur Pflege besser als männliches eigne und auch viel billiger sei. Der Autor meint zum Schluß, daß ein ersprießliches Arbeiten derartiger psycho-neurologischer Abteilungen vor allem in Verbindung mit einer offenen Fürsorge — wie am Institut des Dr. *Toulouse* in Paris — zu erzielen sei.

E.-A. Schmorl.

### Die Vierjahrhundertfeier

#### der Hessen-Nassauischen Landesheilanstalten Haina und Merxhausen.

Am 27. August dieses Jahres feierten Haina und Merxhausen ihr 400jähriges Bestehen in ebenso würdiger wie volkstümlicher Weise. Handelte es sich doch um die beiden ältesten Irrenanstalten Deutschlands, die von Philipp dem Großmütigen von Hessen im Jahre 1530 bzw. 1553 aus aufgehobenen Klöstern in Landeshospitäler, und zwar Krankenanstalten für Geistesranke und Sieche, Merxhausen für Frauen, Haina für Männer, verwandelt worden sind — eine für jene Zeit und auf lange hinaus einzig dastehende Großtat eines deutschen Fürsten.

Am Vormittage des Festtages fand in Anwesenheit des Landeshauptmannes der Provinz Hessen-Nassau sowie zahlreicher Vertreter der Behörden, des Landesausschusses und weiter Kreise der Bevölkerung zunächst die Feier in Merxhausen durch Ansprachen des Anstaltsdirektors, des Landeshauptmanns und des Gauleiters über die Geschichte der Anstalt und ihre Weiterentwicklung bis zur Jetztzeit statt. Nach Abschluß des Festaktes verfügten sich die Festgäste in schöner Autofahrt durch das prächtige Hessenland nach Haina, wo unterdessen am Vormittag ein Fest- und Dankgottesdienst mit einer Gedächtnisrede des Anstaltspfarrers im Freien auf dem Landgraf-Philipp-Platz vor der überlebensgroßen Denkmalsbüste Philipp des Großmütigen stattgefunden hatte. Um 1 Uhr trafen die Vertreter der Behörden auf dem Landgraf-Philipp-Platz ein. Sie wurden zunächst von dem Anstaltsdirektor, Landesobermedizinalrat Dr. *Wickel*, in einer kurzen Ansprache begrüßt, wobei er mitteilen mußte, daß der Oberpräsident der Provinz, Prinz Philipp von Hessen, ein Nachkomme Philipps des Großmütigen, infolge eines dringenden Rufs zur Niederwaldfeier auf die beabsichtigte Teilnahme an der Feier für seinen Ahnen verzichten mußte. Der Landeshauptmann Herr von Pappenheim wies in einer kernigen und bedeutsamen Rede auf die geschichtliche Bedeutung des Hessenlandes und auf die Aufgabe Hainas als Heilanstalt in der Jetztzeit hin und ermahnte seine Landsleute in volkstümlichen Worten zum Festhalten an der Treue zur Heimat und zum großen deutschen Vaterland. Der Vorsitzende des Landesausschusses, Oberbürgermeister Dr. *Lahmeyer-Kassel*, und Staatsrat *Weinrich* schlossen sich ihm in Ansprachen an und überbrachten gute Wünsche für das Gedeihen der Anstalt. Nun erfolgte der vorgesehene Festzug mit Darstellungen aus der Geschichte des Klosters von dessen Bau an zu Anfang des 13. Jahrhunderts, über die Reformation Luthers und die Stiftung des Landehospitals durch Philipp den Großmütigen bis in die Neuzeit; verstärkt wurde der Zug durch starke Gruppen der nationalen Organisationen. Nach dem Vorbeizug dieser imposanten Veranstaltung hielt der Anstaltsdirektor in der alten Klosterkirche einen Festvortrag in Form einer Übersicht über die verschiedenen Perioden der Geschichte der Anstalt und ihre Fortentwicklung zu einer modernen Heilanstalt. Der jetzige Anstaltsdirektor Dr. *Wickel*, hervorgegangen aus guter klinischer Schule (Marburg, Tübingen), lange Jahre praktisch bewährt als Oberarzt der Anstalten Dziekanka und Obrawalde, kann für sich das Verdienst in Anspruch nehmen, die gesamte Anstalt, die außer den Abteilungen in den alten Klosterräumen noch 10 große neuere Pavillonbauten umfaßt, in den 14 Jahren seiner Amtsführung refor-

miert und in baulicher Hinsicht, in innerer Einrichtung und Ausstattung, durch Ausgestaltung ausgedehnter Parkanlagen wie auch durch vorbildliche Ausbildung des Pflegepersonals modernisiert zu haben. Es folgte ein Rundgang durch die baulich interessanten Klosteranlagen, insbesondere den Kreuzgang und die herrliche Klosterkirche sowie einige Krankenabteilungen. Wer sich für die Geschichte des Klosters und seine reiche Architektur näher interessiert, findet solche dargestellt in verschiedenen Schriften des Anstaltsdirektors, der sich auch durch diese historische Erforschung verdient gemacht hat.

Mit dem Vortrag und der Führung durch den Anstaltsdirektor war die eigentliche Anstaltsfeier beendet. Es begann nun die allgemeine Volksfeier, zu der schon der historische Festzug gehört hatte. Sie fand statt auf einem Vorhügel über der Anstalt, wo durch Anstaltskräfte vor Jahren schon ein prachtvoller Festplatz geschaffen worden ist. Hier begann bald ein lebhaftes volkstümliches Treiben mit Bewirtung, Tanz und Volksspielen, woran die hessische Bevölkerung von nah und fern, z. T. in bemerkenswerten alten Trachten, teilnahm. Die Vertreter der Behörden bewegten sich, bzw. ließen sich nieder mitten unter ihren Landsleuten. Es war in Wirklichkeit nicht nur eine Anstaltsfeier sondern ein wahres deutsches Volksfest, das so recht die Verbundenheit aller Schichten der Bevölkerung kundtat.

*Max Fischer.*

---

### *Personalia.*

Verstorben: Professor Dr. *Edmund Forster*, Direktor der psychiatrischen und Nervenklinik in Greifswald.

Versetzt: Direktor Dr. *Riemann-Treuenbrietzen* nach Teupitz (Kreis Teltow), Obermedizinalrat Dr. *Stemmler-Hochweitzschen* nach Waldheim und Obermedizinalrat Dr. *Nothaass-Waldheim* nach Hochweitzschen.

Verliehen wurden dem Leiter der genealogisch-demographischen Abteilung der deutschen Forschungsanstalt für Psychiatrie in München Hon.-Prof. Dr. *Rudin* Amtsbezeichnung und akademische Rechte eines ordentlichen Professors.

Dozent Dr. *Heinr. Herschmann-Wien* erhielt den Professortitel.

Ernannt zum Ehrenmitglied des Vereins Ungarischer Psychiater: Sanitätsrat Dr. *I. Bresler-Kreuzburg*,  
zum etatsmäßigen Oberarzt: Assistenzarzt Dr. *Plank-Günzburg*,  
zu Regierungsmedizinalräten die Hilfsärzte Dr. *Fernholz-Zschadrass*, Dr. *Roth-Arnsdorf* und Dr. *Scheele-Arnsdorf*.

Es habilitierte sich Dr. *Ernst Störing* für Psychiatrie und Neurologie an der Universität München.

Sein goldenes Dienstjubiläum feierte Nervenarzt und Medizinhistoriker Dr. *P. Tesdorj-München*.

Anstaltsoberarzt Dr. *Möckel-Wiesloch* wurde zum Direktor der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch befördert.

Epilepsie und Bestimmung des Blutalkoholgehaltes. Von Assistenzarzt Dr. med. *Gottfried Jungmichel-Greifswald*. Mit 1 Figur. .... 437

## Aus unserer psychiatrischen Gutachtertätigkeit.

„Der Fall S. ....“ Ein Beitrag zur Frage der Wichtigkeit psychiatrischer Begutachtung. Von Professor Dr. *E. Rittershaus-Hamburg-Friedrichsberg* 444

## Verhandlungen psychiatrischer Vereine.

Bericht über die Vereinigung der ungarischen Psychiater und den XII. psychiatrischen Landeskongreß am 3. bzw. 4. bis 6. Mai 1933 in Budapest. 454

## Kleinere Mitteilungen.

Besprechung: <i>Giljarowky</i> , Psychiatrie. ....	467
<i>Schneider</i> , Probleme der klinischen Psychiatrie. ....	469
<i>Rorschach</i> , Psychodiagnostik. ....	470
<i>Pieraccini</i> , Il Padiglione Neurologico. ....	472
Die Vierjahrhundertfeier der Hessen-Nassauischen Landesheilanstalten Haina und Merzhausen. ....	473
Personalien. ....	474

---

Soeben erschien:

## *Die schöpferische Macht des Unbewussten*

Ihre Auswirkung in der Kunst und in der modernen Psychotherapie

Von **Otto Kankleit**, Hamburg

Mit Beiträgen von: Hans Blunck, Hermann Claudius, Walter Gättke, Manfred Hausmann, Fritz Reck-Maleczewen, Emil Sandt, Hermann Stehr, Emil Abderhalden, Graf Hermann Keyserling, Heinrich Sthamer, Fritz Dibbert, Alfred Kubin, Oskar E. Ulmer, Sulamith Wulfing, Fritz Höger, Erich Schmarje, Hans Leip  
**Mit 17 Abbildungen im Text und auf 8 Tafeln.**  
**Groß-Oktav. Geb. RM 4.50**

*Dieses Buch ist ein gläubiges Bekenntnis an die schöpferische Macht des Unbewussten und somit ein Protest gegen den abstrakten Intellektualismus, Individualismus und Materialismus einer Zivilisation, welche durch die Ablösung von den schöpferischen Urkräften zur Entartung führen mußte, zugleich auch eine Ablehnung der psychotherapeutischen Methoden, die auf dem Boden dieser Zivilisation entstanden sind.*

*Den Erfahrungen, die der Verfasser aus seiner psychotherapeutischen Praxis vorlegt, sind 20 Beiträge von Dichtern, Künstlern und Gelehrten beigelegt, welche die schöpferische Macht des Unbewussten bestätigen.*

---

**Walter de Gruyter & Co., Berlin W 10, Genthiner Str. 38**



## **Sterilisierung**

zum Zwecke der Aufbesserung des Menschengeschlechts. Von E. S. Gosney, und Paul Poponoe. Deutsch von Dr. Konrad Burchardi. Oktav. 78 Seiten. 1930. RM. 5.35

Die Verfasser geben eine systematische Darstellung des Tatsachenmaterials ihrer Operationen, die auf eine dauernde oder zeitweilige Ausschaltung der Fortpflanzungsfähigkeit zum Zwecke der rassistischen Verbesserung vorgenommen wurden. Sehr beachtlich sind dabei die psychologischen Erfahrungen sowie die Wirkung der Operationen auf das Geschlechtsleben der Sterilisierten.

## **Sterilisation und Strafrecht**

Von Prof. Dr. Ed. Kohlrusch. 1932. (Sä. der Zf. f. gei. Strafrechtswiss.) RM. 1.—

## **Die eugenischen Aufgaben der psychischen Hygiene**

Von Dr. Hans Roemer. 1932. RM. 6.—  
(Bericht über die zweite Deutsche Tagung für psychische Hygiene in Bonn)

## **Erbbiologisches Denken in Justiz und Verwaltung**

Von Ludwig Flügge, Rechtsanwalt in Berlin. Oktav. 58 Seiten. 1933. RM. 2.50

Inhalt: Einleitung. — I. Die Bedeutung der Erbmasse und der Umwelt. — II. Die kritische Zeitlage. — III. Praktischer Teil: Erbbiologische Gesichtspunkte bei Verteilung von Ämtern und Arbeitsposten. — Jubiläum und Verjagung öffentlicher Ehren und Beeinflussung der Volkssitte. — IV. Rassenhygiene. — V. Das Durchdringen in der gesamten öffentlichen Verwaltung. — VI. Überwindung von Hemmungen.

## **Der Mensch und seine Entwicklung**

Von Prof. Dr. Georg Kraitschek und Dr. S. Cappeller. Mit 243 Abb. im Text und 24 teils farbigen Tafeln. Quart. XI, 422 Seiten. 1929.

In Leinen geb. RM 32.—, in halbd. RM 36.—  
(Natur und Mensch Band III.)

Inhalt: Das Problem der Rassenbildung und die Abstammung des Menschen. — Die Entwicklung des Menschen und seine Kultur. — Die heutigen Menschenrassen. — Der menschliche Körper.

## **Hitlers Kampf und Platons Staat**

Eine Studie über den ideologischen Aufbau der nationalsozialistischen Freiheitsbewegung. Von Joach. Bannes. RM. —.60

Die Schrift beabsichtigt nicht, Dinge in das Gebiet der Diskussion abzu drängen, die keineswegs theoretischer Natur sind. Vielmehr möchte sie dazu beitragen, die Zuversicht nicht nur des hoffenden und begeisterten, sondern auch des denkenden Menschen zu der augenblicklichen Gestaltung der öffentlichen Angelegenheiten zu stärken.

## **Arteigene germanische Religion u. Christentum**

Von Walter Baetke. Oktav. 40 Seiten RM. —.95  
(Weg der Kirche, Heft 4.)

Inhalt: Rassegedanke und christlicher Glaube. — Germanische Religionswissenschaft. — Der Freundgott-Glaube. — Verehrung des heiligen. — Das Mysterium tremendum — Der Gott in der eigenen Brust. — Schicksalsglaube. — Der Odinmythos. — Erlösungsglaube. — Christwerdung.











UNIVERSITY OF MICHIGAN



3 9015 06220 6746

BOUND

NOV 3 1936

UNIV. OF MICH.  
LIBRARY

