



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

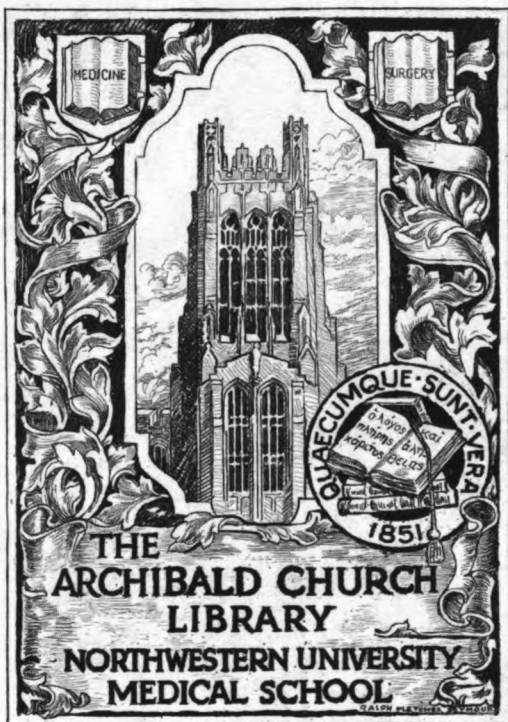
Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. 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.



MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON

O. FOERSTER-BRESLAU UND K. WILMANN-HEIDELBERG

HEFT 21

**DIE
INFLUENZA-PSYCHOSEN
UND DIE ANLAGE ZU
INFEKTIONS-PSYCHOSEN**

VON

PROFESSOR DR. K. KLEIST

FRANKFURT A. M.



BERLIN

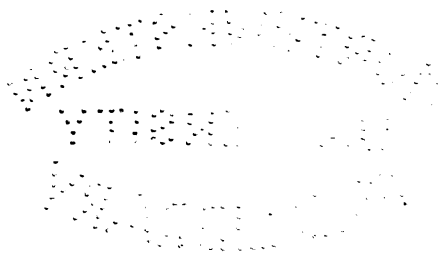
VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1920

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.
Copyright 1920 by Julius Springer in Berlin.**

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Allgemeines, Häufigkeit, Ausbreitung	1
Zustandsbilder	4
Dämmerzustände	4
Delirien	8
Halluzinose	12
Verwirrheitszustände (Amentia)	15
Hyperkinetische Erregungen	17
Stuporzustände	24
Depressionszustände	26
Rückblick auf die Zustandsbilder	32
Nervöse Begleiterscheinungen und Liquorbefunde	34
Psychische Störung und Schwere der Influenza	35
Beginn, Dauer und Ausgang	36
Gehirnbefunde	39
Alter und Geschlecht	40
Veranlagung	41
Einfluß der Influenza auf andere Psychosen und Neurosen	49
Ergebnisse	52
Literatur	55



20 10

Allgemeines, Häufigkeit, Ausbreitung.

Für den Psychiater und Neurologen stellt die Influenzaepidemie von 1918/19 ein großes Experiment der Natur über den Einfluß von Infektionskrankheiten auf das Nervensystem dar. Da ich eine beträchtliche Zahl von Influenzapsychosen beobachten konnte, habe ich versucht, aus denselben und den mir bekannt gewordenen Erfahrungen anderer Beobachter ein Gesamtbild der Grippepsychosen zu gewinnen, und mich bemüht, mit ihrer Hilfe die Lösung der berührten allgemeinen psychiatrischen Fragen zu fördern, wobei ich an frühere Untersuchungen auf diesem Gebiete, über die Choreapsychosen¹⁾ und die postoperativen Psychosen²⁾, anknüpfen konnte. Bonhöffers Lehre von den exogenen Prädilektionstypen und meine Unterscheidung heteronomer und homonomer Symptomenkomplexe war an dem Beispiel der Influenzapsychosen zu prüfen. Ein Vergleich der heutigen Befunde mit den Erfahrungen der vorletzten Influenzaepidemie von 1890/91 muß zeigen, ob man heute die Zustandsbilder psychischer Störung schärfer als damals voneinander zu sondern vermag und imstande ist, besser als vor 29 Jahren das Wesen einer Influenzapsychose aus Symptomengestaltung und Eigentümlichkeiten des Verlaufs zu erkennen und von anderen Erkrankungen, besonders den endogenen Krankheitsarten, zu trennen. Damit hängt eng zusammen die Frage, ob und in welcher Richtung die Influenza andersartige Erkrankungen auszulösen imstande ist. Gemessen an der allgemeinen Verbreitung der Seuche wurde nur eine geringe Zahl der Grippekranken psychotisch. Die Disposition zu symptomatischer Erkrankung, über die unser Wissen bisher äußerst dürftig ist, wird darin erneut zum Problem, und — indem ich ein Ergebnis dieser Untersuchungen vorwegnehme — möchte ich den Nachweis einer spezifischen Disposition für Infektionspsychosen als einen Gewinn derselben betrachten.

Während der Influenzaepidemie 1918/19 habe ich in Rostock-Gehlsheim 14 Grippepsychosen gesehen. Mit ihrer Beschreibung verbinde ich die Schilderung von 5 Influenzapsychosen, die ich im Winter 1914/15 und von Herbst 1915 bis Frühsommer 1916 auf dem nordfranzösischen Kriegsschauplatz beobachtet habe. Denn dort traten schon damals influenzaartige Erkrankungen auf, die besonders im Winter 1915/16 in größerer Zahl in unser Kriegslazarett gelangten und meiner Abteilung im ganzen 24 Fälle mit nervösen und psychischen Störungen zuführten.

¹⁾ Kleist, Über die psychischen Störungen bei der Chorea minor. Allg. Zeitschr. f. Psych. 64.

²⁾ Kleist, Postoperative Psychosen. Berlin 1916.

Außer den Psychosen bei Influenza sah ich im Felde und 1918/19 an der Klinik zusammen 18 Influenzaneuritiden (schwere und leichte Polyneuritis, Plexusneuritis und Neuritiden einzelner Nerven). Sie sind von Klare veröffentlicht.

Bei 5 Influenzakranken des Kriegslazarets traten neben leichteren Neuritiden Erscheinungen von Meningitis in wechselnder Schwere in den Vordergrund. In einer Feldbeobachtung des Winters 1915/16 lag eine Myelitis nach influenzaartiger Erkältungskrankheit vor, die unter dem Bilde einer spastischen Paraparese der Beine, Sensibilitätsstörung bis zur Leistenbeuge, Blasenlähmung auftrat und in drei Wochen abheilte.

Enzephalitis sah ich im Felde einmal mit zerebellaren Erscheinungen, zweimal mit Oculomotoriusstörungen, aber ohne Schlagsucht.

Die Economosche Encephalitis lethargica beobachteten wir im Frühjahr 1919 sechsmal. Die Enzephalitiden des Winters und Frühjahrs 1919/20 verliefen teils mit Krampfanfällen, teils mit myoclonischen bzw. choreatischen Erscheinungen, teils unter cerebellaren Symptombildern. Veröffentlichung derselben steht bevor. Einen an der Klinik beobachteten Fall von embolischer Hirnerweichung bei Influenza mit aphasischen Störungen hat Fr. Huisken beschrieben.

In den Jahren 1890/91 kam Kirn, der 73 Influenzapsychosen teils selbst beobachtete, teils aus anderen Veröffentlichungen zusammentrug, zur Überzeugung, „daß keine andere Infektionskrankheit in bezug auf die Häufigkeit des Auftretens dem Nervensystem angehöriger Symptome der Influenza an die Seite zu stellen sei“. Aus der Epidemie des vergangenen Jahres sind etwa 100 Psychosen bekannt geworden. Es wäre aber falsch, hieraus auf eine noch größere Beteiligung des Nervensystems bei der letzten Epidemie zu schließen. Denn das Interesse an psychiatrischer Beobachtung ist im Laufe der vergangenen 30 Jahre erfreulich gewachsen und hat sicher manchen Krankheitsfall zur Kenntnis gebracht, der früher unbeachtet und unveröffentlicht geblieben wäre. Aber es scheint mir auch, daß Kirn den Einfluß der Influenza auf das Nervensystem überschätzt hat. Wenn man berücksichtigt, daß sowohl 1890/91, wie 1918/19 beinahe die ganze Bevölkerung Deutschlands Grippe durchgemacht hat, so ist die Zahl der durch die Pandemie verursachten Schädigungen des Nervensystems nicht übermäßig groß, jedenfalls erreicht sie nicht die Zahl der beim Typhus beobachteten psychischen Störungen, die von Bergmann auf 38% angegeben wird. Auch bei der infektiösen Chorea sind nervös-psychische Störungen häufiger: von 154 im Zeitraum von 15 Jahren in der Nervenlinik Halle aufgenommenen Choreatischen, boten 133 (d. h. 86,4%) nervöse bzw. psychische Störungen, wenn man auch die leichteren, mehr affektiven Veränderungen in Betracht zieht.

Außerdem scheint sich die letzte Epidemie hinsichtlich der Beteiligung des zentralen Nervensystems örtlich verschieden verhalten zu haben.

Aus den Veröffentlichungen und aus den mir auf meine Anfrage hin zur Verfügung gestellten Berichten der meisten deutschen Kliniken¹⁾ ergibt sich folgendes Bild:

¹⁾ Für die freundlichen Mitteilungen sei auch hier herzlich gedankt!

Wien (Hitzenberger)	45 Fälle
Kiel (Siemerling-Runge)	24 „
Freiburg	17 „
Nürnberg (v. Rad)	15 „
Rostock	14 „
Königsberg (Meyer)	13 „
Schweiz	
Ladame	10 Fälle
Notkin	4 Fälle, die vom Verf. aber nur als ausgelöste, andersartige Psychosen betrachtet werden (s. u.).
Demole (Bern)	7 Fälle
Tübingen (Pässler)	8 Fälle. P. führt 19 Psychosen an, die er mit Ausnahme der ersten drei als manisch-depressive Erkrankungen oder als Dem. praec. auffaßt. Diese Deutung scheint mir gegenüber den Fällen 5, 7, 12, 13, 15 nicht genügend begründet; ich komme darauf zurück.
Chemnitz (Weber)	7 Fälle
München	6 Fälle; die geringe Zahl hängt damit zusammen, daß aus äußeren Gründen infektionsverdächtige Kranke nur mit Vorsicht aufgenommen werden konnten. (Mitteilung von Herrn Geheimrat Kraepelin.)
Berlin	6 Fälle
Frankfurt (Riese)	5 Fälle
Halle	4 Fälle
Hamburg	mehrere Fälle
Greifswald	3 Fälle, außerdem mehrere leichte Depressionszustände, deren Zusammenhang mit Grippe nicht ganz von der Hand zu weisen war.
Göttingen	2 Fälle (erschwerte Aufnahmebedingungen!)
Breslau (Thiel)	2 Fälle
Erlangen	0 Fall in Klinik und Anstalt, dagegen mehrere leichte Fälle in der medizinischen Klinik ¹⁾ .
Bonn	nur einige Depressionszustände und einzelne manische Zustandsbilder, deren Zugehörigkeit zum manisch-depressiven Irresein aber nicht ausgeschlossen werden konnte.
Heidelberg	ganz vereinzelte Fälle.
Würzburg	1 Fall.

Die Influenza hat demnach die größte Zahl von Psychosen in den südlichen und nördlichen Rand- und Nachbargebieten von Deutschland gezeitigt: Wien, Nürnberg, Schweiz und Freiburg, Küstengebiete an der Ost- und Nordsee. Außer den tatsächlichen Verschiedenheiten dürften aber auch die Unterschiede der psychiatrischen Lehrmeinungen ihre Rolle spielen, ebenso das Maß von Interesse, das man an den einzelnen Orten den Infektionspsychosen entgegenbringt. So fällt auf, daß aus Frankfurt 5 Influenzapsychosen beschrieben werden, während im benachbarten Würzburg diese Diagnose nur einmal, in Heidelberg nur ganz vereinzelt gestellt wurde. Ebenso steht Greifswald mit seinen wenigen Influenzapsychosen im Gegensatz zu anderen Seestädten (Kiel, Rostock, Königsberg).

¹⁾ Dabei ist zu beachten, daß die akuten Psychosen von kürzerer Dauer vielfach nicht nach Erlangen kommen, sondern in der psychiatrischen Abteilung in Nürnberg bleiben.

Der erste weniger schwere Anstieg der Epidemie im Sommer 1918 führte uns nur zwei leichte psychische Störungen in die Klinik (Fälle 18, 19). Die meisten Influenzapsychosen traten hier wie an anderen Orten während des zweiten schwereren Anstieges der Epidemie im Oktober und November 1918 auf, (10 Fälle), während zwei Kranke erst von Februar 1918 bis Anfang April 1919 aufgenommen wurden (Fälle 7, 11).

Die Mehrung der Influenzapsychosen beim zweiten schwereren Anstieg der Epidemie läßt eine Beziehung zur Schwere und Ausbreitung der Epidemie erkennen, während im einzelnen Fall kein Zusammenhang zwischen der Schwere der körperlichen Erkrankung und dem Auftreten von psychisch-nervösen Störungen nachgewiesen werden konnte.

Zustandsbilder.

Dämmerzustände.

Fall 1. Karoline Sch., Arbeiterfrau. 32 Jahre.

Nicht belastet, früher gesund. Seit 14 Tagen an Grippe krank, starke Kopfschmerzen. Am 13. XI. 1918, während Pat. allein zu Hause war, plötzliche Todesangst, rief nach ihren Nachbarn, hörte an der Wand klopfen und rufen: „Dat dot bliewen möd, dat wed ich.“ Ferner: „Möd min Hand mit Metz absnieden und min Mul verbrennen.“ Pat. weiß noch, daß sie darauf ein Messer aus der Schublade nahm. Für das Folgende hat sie keine Erinnerung. Sie hat sich mit einem Rasiermesser oder Beil die linke Hand in der Gegend des Handgelenks tief durchschnitten und den Stumpf in glühende Kohlen gesteckt, auch glühende Kohlen in den Mund genommen. Sofortige Verbringung in die chirurgische Klinik. Schwere Verbrennung der Zunge. Die linke Hand mußte amputiert werden. Pat. ist 4 Tage lang örtlich und zeitlich desorientiert, schwerbesinnlich und zeitweise ängstlich. Von da an klar, für die Dauer des Dämmerzustandes Erinnerungsverlust seit dem oben angegebenen Zeitpunkt. Temperatur bis 19. XI. um 39°, fraglich, ob von Influenza oder der Verletzung herrührend. In den folgenden Wochen bis Mitte Dezember treten noch ab und zu Anfälle von Herzensangst auf. Von da ab psychisch frei.

Fall 2. Grete K., Kaufmannsfrau. 34 Jahre.

20. XI. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Keine Belastung. Früher heiter, sehr gewissenhaft, aber leicht erregbar. In den letzten Jahren viel besorgt um ihren Zustand, fürchtete, wie der Vater herzleidend zu werden. Machte sich viele Gedanken um ihren zum Heeresdienst eingezogenen Mann und um das Geschäft.

Von Mitte Oktober bis 7. November 1918 Grippe. Dann 3—4 Tage leidliches Befinden, war aber sehr matt. Erschrak heftig über den plötzlichen Tod ihrer Aufwärterin, seitdem sehr ängstlich und weinerlich. Selbstvorwürfe. Gleichzeitig trat wieder leichtes Fieber auf (bis 37,8). Wegen Herzschwäche und Herzerweiterung in internistischer Behandlung. Das Fieber verschwand nach 2 Tagen. Nach weiteren 3 Tagen stand Pat. wieder auf. Die Stimmung blieb aber ängstlich und gedrückt. Selbstvorwürfe: sie habe ihre Tochter allein gelassen, habe ihrem Manne nicht gefolgt. In den letzten Tagen versuchte sie ein Fläschchen Strophantustinktur, dann ein Fläschchen Fowlersche Lösung auszutrinken. War sehr vergeblich, saß verträumt herum, machte im Hause alles verkehrt. Der Schlaf war unruhig, sie saß nachts im Bett, klagte über Kopfschmerzen.

Befund: Ausdruckslose Miene, sehr bewegungs- und wortarm, schwerbesinnlich, schläfrig. Örtlich orientiert. Zeitlich: weiß den Wochentag nicht, zweifelt, ob 1917 oder 1919. Merkfähigkeit stark herabgesetzt. Alle Antworten erfolgen leise, zögernd und langsam. Klagt über Stiche in der linken Schulter und Seite. Stimmung zeitweise ängstlich und ratlos, besonders Äußerungen körperlicher Ratlosigkeit: am Kopfe sei alles so anders, der linke Arm und die linke Hand seien ganz lahm gewesen. Händedruck sehr schwach, kaum fühlbar.

Bei Fragen nach der Stimmung ratlose Antworten: „ich muß wohl eine Enttäuschung gehabt haben“.

Körperlich: Leichter Exophthalmus, Schilddrüse etwas vergrößert, fieberfrei.

22. XI. Dasselbe Verhalten. Zeitlich desorientiert: glaubt, es sei heute Weihnachten. Schlechte Erinnerung an die letzte Zeit, sei erst eine Nacht hier. Erinnert sich nicht genau, wann sie die Grippe hatte. Glaubt vom Arzt hergebracht zu sein, während nur ihr Mann und ihre Schwestern dabei waren. Schläft wenig, liegt aber still. Deutliche Ratlosigkeit und leichte Ängstlichkeit. Verkennt ihre Lage; verlangt aufzustehen und sich zu beschäftigen: man liege doch am Tage nicht im Bett. Antworten noch immer sehr verlangsamt und schwerbesinnlich.

24. XI. Derselbe Zustand, starke Hemmung und Schwerbesinnlichkeit. Bildlich dargestellte Begebenheiten werden nur in Einzelheiten, nicht im Zusammenhang erkannt. Sucht auch bei Einzelbildern zuweilen nach dem Wort. Benennt alles erst nach langem Besinnen. Findet die ihr vorgezeigten Bilder komisch. Bei dem Bild Blindkuh:¹⁾ „Da ist ein Mann, der hat die Augen verbunden. Das ist doch traurig.“ Bei dem Bilde „Zerbrochene Fensterscheibe“ ratlos: „Was macht der Mann — die freuen sich — freuen sich doch nicht — ist das aber ein komisches Bild.“ Starke Ermüdbarkeit, legt schließlich das Bild weg und legt sich zum Schlafen nieder. Mißtrauisch; fragt, was das alles zu bedeuten habe. Bemüht sich vergeblich, die Erinnerung an die letzte Zeit zu klären. Bei einer Blutentnahme sehr ängstlich, redet von Selbstvorwürfen und Selbstmord: „Wenn ich bloß wüßte, was ich für Unrecht getan hätte. Muß ich mir denn das Leben nehmen — einen Kuß hat mir einmal der Schulze gegeben — aber ich war doch meinem Mann getreu —.“ Sinnestäuschungen bisher nicht beobachtet. Dauernd Klagen über Kopfschmerzen. Versucht sich mit einem Tucho den Hals zuzuschnüren.

30. XI. Stimmung heiterer. Noch immer leicht benommen. Merkfähigkeit schlecht, desgleichen Auffassung, vermag nur 2—4 Zahlen sofort nachzusprechen. Auch mehrere nacheinander ausgeführte Berührungen werden nur bis 4 gezählt; dabei starke Verlangsamung aller Leistungen. Hat sich den Namen von Prof. K. und des Abteilungsarztes noch nicht gemerkt. Starke Vergesslichkeit auch bezüglich der Tageserlebnisse (Essen, Bad u. ä.). Örtliche Orientierung mangelhaft, weiß, daß sie in Gehlsheim sei, bezeichnet die Wärterin aber nur als „unser Fräulein“.

1. XII. Wieder ängstlich und weinerlich. „Ich habe alles Böse getan. Ich habe alles ins Verderben gestürzt.“ (Wodurch?) „Ich kann mich nicht besinnen.“ (Warum nachts so unruhig?) „Ich träume, und was ich träume, führe ich aus —“ (Was denn?) „Gutes und Schlechtes, und dadurch ist es so spät!“ Mehrfach derartige zusammenhanglose Äußerungen. „Helfen Sie doch meinem Mann.“ Immer leicht benommen und stark gehemmt. Dauernd fieberfrei.

5. XII. Regsamer und besserer Stimmung. Wünscht aufzustehen und bei der Krankenpflege zu helfen. Zeitliche Orientierung besser, gibt das Datum als den 4. XII. an; vermag aber nicht auszurechnen, wie lange es noch bis Weihnachten ist. Nachts noch immer gelegentliche ängstliche und ratlose Unruhe. „Ich bin ja so weit weg — mir ist das alles so im Kopf komisch — so dumpf.“ Gibt von den Nahrungsmitteln, die ihr Mann ihr mitbringt, viel an die Pflegerinnen ab; das sei viel zu viel für sie, sie sei unwürdig. Stundenweise auf, danach noch immer sehr müde. Weint manchmal.

11. XII. Findet beim Lesen von Büchern und Zeitschriften alles komisch, fragt, was das zu bedeuten habe, regt sich darüber auf, fürchtet, es könnte etwas falsch ausgelegt werden.

14. XII. Lumbalpunktion: Liquor klar. Nonne negativ. Lymphocyten: $\frac{1}{3}$ Eiweiß: 1,0 Bakterien: —. Zeitliche Orientierung wieder schlechter, weiß Tag und Datum nicht. Stimmung im ganzen besser.

22. XII. Zustand wechselnd. Gestern abend wieder ängstlich, ratlos, rang die Hände. „Nachts war das so komisch, was war das doch, die Krankenpflegerinnen waren alle hier — ich weiß nicht, was das alles ist.“ Beantwortet Fragen häufig nicht. Ängstliche Eigenbeziehungen: wenn Pflegerinnen an der Tür vorbeigehen, bezieht sie das auf sich; glaubt auch Mann und Kind draußen vorbeigehen zu hören. Befindet sich in einem traumhaft-benommenen Zustand. Verkennt zeitweise die Personen, man habe ihr von allen falsche Namen gesagt. Die Wärterin S. heiße eigentlich Weber und sei früher bei ihr in Stellung gewesen. Zum ersten Male sind Halluzinationen nachzuweisen; Pat. unterbricht sich im

¹⁾ Aus den Anlagen zur Binet-Simonschen Prüfung.

Gespräch, horcht, antwortet: „Ich habe doch nicht gelogen“, hört eine Stimme ihr das vorwerfen. Sie ist jedoch imstande, geordnete Briefe zu schreiben.

29. XII. Stimmung und Bewußtseinszustand wechselnd. Zeitliche Orientierung noch immer mangelhaft. Auffassung und Merkfähigkeit gebessert. Auch das Erkennen bildlich dargestellter Begebenheiten besser, findet aber alles noch komisch. Erinnerungsverlust für die erste Zeit ihres Hierseins. Kennt jetzt den Namen von Professor, Arzt, Oberin usw. Ausgeprägte Ratlosigkeit: „Ein Buchstabe kommt anders heraus, als ich gemeint hatte — es ist alles anders als man denkt und sagt — es summt alles um einen herum — es ist so ganz anders — ich höre immer Geräusche, als wenn man gar nicht still sitze — wenn ich mich hinlege, so ist das so ganz anders, so, als wenn man sich bewegt.“ Alle ihre Äußerungen würden anders aufgefaßt. Es sei alles verkehrt und traurig. Achtet auf zufällige Geräusche, mißdeutet sie in ängstlich-ratloser Weise. Klagen über schwindelartige Empfindungen.

12. I. 1919 gegen ärztlichen Rat vom Mann nach Hause genommen.

Nach Bericht des Mannes vom 6. XII. 1919 zu Hause nach wenigen Tagen geheilt und gesund geblieben.

Fall 3. Landsturmann Emil Sch. 28 Jahre.

1. V. 1916 Aufnahme ins Krieglazarett D.

Nach dem Bericht der Kompanie war Sch. vom 15.—19. IV. 1916 wegen Grippe mit hohem Fieber, Kopf- und Geniokschmerzen im Revier; danach beim Dienst körperlich matt, ängstlich, lief während einer Beschießung vom Schanzen davon, wurde von Kameraden zurückgebracht. Saß gestern teilnahmslos vor der Haustür, gab wirre Antworten. Zeitlich nicht genau orientiert, verschwommene Erinnerung für die letzte Vergangenheit, antwortet schwerbesinnlich und unzureichend, kann Unterschied zwischen Korb und Kiste nicht angeben, lacht dabei blöde. Nachher bei der Sensibilitätsprüfung plötzlich verstörtes, schreckhaftes Gesicht, bekommt Tränen in die Augen, springt auf, wehrt ab. Merkfähigkeit herabgesetzt, vermag nur 3 Ziffern nachzusprechen. Aufmerksamkeit bei Unterstreichungsprobe sehr schlecht. Klagen über Kopfschmerzen, schlechten Schlaf. Angaben über seine frühere Vergangenheit rascher und offenbar zutreffend. Will, seitdem ihm 1913 in der Grube Steine auf den Kopf gefallen seien, an zeitweiligen Kopfschmerzen und Aufregungszuständen leiden. Habe in der Aufregung einmal seine Frau geschlagen, ein andermal den Mann geprügelt, den seine verwitwete Mutter heiraten wollte.

4. V. Lebhafter, örtlich und zeitlich orientiert. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit noch stark herabgesetzt, kann kein Sprichwort erklären. Beginnt zu weinen, als er die Musik im Lazarethhof spielen hört. Plötzliche Einfälle: verlangt unvermittelt nach dem Arzt, will sich mit einemmal die Ohren ausspülen lassen, lacht dann selbst darüber. Erinnert sich dunkel, daß er bald nach der Entlassung aus dem Revier beim Schanzen war, die Engländer hätten plötzlich angegriffen, er sei erschrocken.

9. V. Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit gebessert. Ratloses Wesen. Schmerzen im rechten Bein, Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen an den Beinen. Ab und zu leichte Temperatursteigerungen. Bei einer körperlichen Untersuchung gereizt: solches Drücken müsse jedem weh tun, da werde er den Herrn Stabsarzt mal auf die Beine drücken, ob das nicht weh tue. Anfälle von Herzklopfen, Pulssteigerung bis 125, Blässe, Schweißausbruch und Mattigkeit ohne weiteren körperlichen Befund. Will derartige Zustände auch vor dem Krieg schon gehabt haben, besonders nach Aufregungen.

15. V. Wesentlich gebessert. Lebhaftes Wesen, Merkfähigkeit immer noch, wenn auch weniger als anfangs herabgesetzt.

23. V. Psychisch ganz frei, vereinzelt noch Anfälle von Pulsbeschleunigung und Kopfschmerzen.

27. V. Zurückbefördert. — Bis 8. X. 1916 in Heimatlazaretten. Anfangs noch leichte Merkstörung und mangelhafte Antworten bei Urteilsfragen. Puls dauernd beschleunigt und leicht erregbar. Mißvergünstigt und gereizt. Einmal ein hysterischer Erregungszustand, schimpfte, warf den Nachttisch um, weil er keinen Urlaub bekam. D. u. entlassen.

Gemeinsam sind den Symptombildern dieser drei Kranken die Grunderscheinungen des Dämmerzustandes: Verlangsamung und Erschwerung der Auffassung und der Weckbarkeit der Vorstellungen, wodurch der Eindruck

der Bewußtseinstrübung, der Umdämmerung entsteht, ferner Desorientierung über Ort und Zeit, Herabsetzung der Merkfähigkeit, Erinnerungsverlust für die Vorgänge vor der Erkrankung und die Krankheit selbst in mehr oder weniger großem Umfange. Diese Ausfallserscheinungen schwanken, besonders bei Fall 2, zeitlich ziemlich stark.

Die Stimmung, die bei den Dämmerzuständen im allgemeinen keine einheitlichen Veränderungen aufweist, ist bei den Influenzadämmerzuständen durchweg ängstlich-gedrückt. Die Angst überkommt die Kranke häufig anfallsweise. Den schwersten Angstanfall erlitt Frau Sch. (Fall 1), die in plötzlicher Todesangst maßlos gewalttätige Selbstbeschädigungen beging, indem sie sich mit einem Beil die linke Hand abschlug, den Stumpf in glühende Kohlen steckte und sich die Zunge mit glühenden Kohlen verbrannte. Diese Handlungen erfolgten unter Mitwirkung befehlender Stimmen. Solche brutalen Selbstverletzungen sind bei Influenzapsychosen wiederholt gesehen worden. Notkin berichtet aus der letzten Influenzaepidemie von einer Kranken (Fall 2), die sich beständig zu erwürgen und zu erhängen suchte und sich mit kolossaler Wut in die Zunge biß. Eine Kranke Hitzenbergers schnitt sich die Kehle durch. 1891 beschrieb Mispelbaum einen Kranken, der sich einen Finger abhackte und sich die Genitalien abzureißen suchte (Fall 4).

Die Brutalität der Affektentladungen zeigt sich zuweilen auch bei Angriffen auf die Umgebung, so bei einem Kranken von Schmitz, der seine Mutter mit einem Beil erschlug. Die Selbstmordneigung ist bei diesen ängstlichen Dämmerzuständen groß: Frau K. (Fall 2), versuchte sich vor der Aufnahme wiederholt zu vergiften und machte in der Klinik mehrfach Anstalten, sich den Hals zuzuschneiden. Nicht immer handelt es sich um einfache Angstfälle autochthoner Entstehung. Die Stimmung des Soldaten Sch. (Fall 3) war mehr schreckhaft-ängstlich; er lief — aus dem Revier entlassen — während einer Beschießung beim Schanzen davon, war bei der körperlichen Untersuchung schreckhaft und gereizt, bekam einen Zornanfall. Bei Frau K. (Fall 2) verband sich die Ängstlichkeit mit trauriger Verstimmung im Sinne der einfachen Melancholie und entsprechenden Selbstvorwürfen und Unwertsgedanken. Zugleich bestand wie auch im Falle 3 starke Ratlosigkeit: im Kopf sei alles anders, die Untersuchung kommt ihr komisch vor, „ich weiß nicht, was das alles ist.“

Ein gelegentlich bemerktes Symptom sind Gehörstäuschungen. Ich erwähnte schon die im Angstanfall auftretenden zur Selbstverletzung auffordernden Stimmen des Falles 1, die von der Kranken übrigens bezeichnenderweise nur in indirekter Rede wiedergegeben werden konnten, ein Beweis dafür, wie sehr die Stimmen nur als der sinnlich verstärkte Ausdruck ihres angsterfüllten Bewußtseinszustandes aufzufassen sind. Frau K. (Fall 2) hörte gegen Ende der Beobachtung vereinzelte Geräusche und beschuldigende Stimmen.

Im zweiten Falle wurden Eigenbeziehungen und Mißdeutungen beobachtet,

Handeln und Sprechen der Kranken ist im wesentlichen durch die Affektlage bestimmt. Angst kann zu ängstlicher Erregung führen, Selbstmordversuche und Selbstverletzungen ergeben sich aus der Angst, der Trauer, den Unwertsgedanken. Eine selbständige psychomotorische Erregung ist den Dämmer-

zuständen fremd. Dagegen streifte das schwerbesinnliche Wesen der Frau K. (Fall 2) an eine selbständige stuporöse Bewegungshemmung.

Dämmerzustände sind weder aus der letzten noch der vorletzten Influenza-epidemie als solche beschrieben worden. Ich bin überzeugt, daß sie auch anderwärts vorkamen, aber nicht von ähnlichen Krankheitsbildern, insbesondere den Delirien und Verwirrheitszuständen, abgesondert wurden. So möchte ich von den Fällen Webers die beiden ersten als Dämmerzustände (mit ängstlicher Erregung) in Anspruch nehmen. Ebenso die Fälle 3 und 7 von Meyer. Einen Dämmerzustand hatte offenbar auch der im Jahre 1890 beobachtete Kranke Ewalds, der vom Schulweg auf den Bahnhof ging, nach Leipzig fuhr und mehrere Tage lang völlig desorientiert war, „eine Beute seiner Delirien“, wie sich Kirn ausdrückt. Dasselbe gilt für die kurzdauernde dämmerige Erregung des Beckerschen Kranken, der aus dem Fenster sprang, seine Wunde mit Urin wusch und alle Leute als Hexen verkannte (1890).

Unseren Fall 1 mit den impulsiven Selbstbeschädigungen im plötzlich einsetzenden Angstanfall würde Bonhöffer vermutlich als epileptiforme Erregung bezeichnen. Es geht aber aus Bonhöffers Schilderungen hervor, daß seine epileptiformen Erregungen Dämmerzustände sind, nur ausgezeichnet durch unvermittelten Beginn der Störungen mit starker Angst und Erregung; eine stuporöse Hemmung folgt zuweilen auf den Erregungszustand. Will man diese Krankheitsbilder von den anderen Dämmerzuständen unterscheiden, so kann man von „dämmerigen Erregungszuständen“ sprechen, wie ich es bei der Schilderung der Schreckpsychosen¹⁾ getan habe. Mit der Epilepsie haben sie nur gemein, daß ähnliche Erregungszustände auch bei Epileptikern vorkommen. Bonhöffer selbst hat übrigens vor kurzem zum Ausdruck gebracht, daß die Bezeichnung „epileptiforme Angsterregung“ von ihm vielleicht nicht ganz glücklich gewählt war. —

Delirien.

Fall 4. Frau Dr. C. 30 Jahre.

November 1918 an Influenza erkrankt. Auf der Höhe des Fiebers während rasender Kopfschmerzen treten optische Halluzinationen und Illusionen auf. Pat. sieht Teufel, erkennt ihren Mann als Totengerippe. Sieht die Teufel an sie herankommen. Sie wollen ihr das Gehirn herausnehmen. Dabei leichte Bewußtseinstörung. Dauer nur 3 Tage, blieb in häuslicher Pflege.

Fall 5. Auguste R., Tagelöhnersfrau. 54 Jahre.

20. II. 1919 aufgenommen.

Vorgeschichte: Eine Schwester Hysterika (wegen Anfällen hier behandelt). Pat. war früher niemals krank. In der Schule sei sie „schwerlehrig“ gewesen. — Anfang Februar Klagen über Schmerzen in der linken oberen Bauchseite, fühlte sich matt. Fieber soll nicht bestanden haben. Genaueres ist über die körperliche Erkrankung nicht zu erfahren. Nachdem Pat. wegen ihrer Beschwerden ins Krankenhaus zu G. aufgenommen worden war, wurde sie nach einigen Tagen ängstlich, glaubte sich von schlechten Menschen und dem Teufel verfolgt. Fürchtete, in ein mit Nägeln ausgeschlagenes Faß gesteckt und gerollt zu werden. Am 18. II. wurde sie „tobsüchtig“.

Befund bei der Aufnahme: Temperatur 38,2. Örtlich annähernd orientiert, weiß, daß sie in Gehlsheim ist, hat aber keinen klaren Begriff von G. Zeitlich desorientiert, gibt

¹⁾ Kleist, Schreckpsychosen. Allg. Zeitschr. f. Psych. 74. 1918.

über die letzte Vergangenheit an, sie sei krank gewesen, hätte Schmerzen in der rechten Schulter gehabt. Erzählt dann von Angstvorstellungen: „Es war so ein Kettenhund an der Türe — es war mir, als wenn ich den Kettenhund sehen täte, ganz gewiß weiß ich es nicht — ich weiß nicht, ob es der Teufel war oder der Kettenhund — ich hatte keine Ruhe im Krankenhaus.“ Erinnert sich am folgenden Tage, daß sie gestern hergekommen sei. Stimmung sehr ängstlich, fürchtet sich auch hier vor dem Teufel: „Mir ist immer, als wenn der Teufel hier ist — gestern abend brüllte eine Katze, ich weiß nicht, ob er es war.“ Selbstvorwürfe: sie habe ihrem Kinde nichts zu essen gegeben, und da sei es gestorben. Gott habe ihr gesagt, sie könne nicht in den Himmel, weil sie ihren Mann nicht gut versorgt habe. Der Satan sage ihr, sie komme in die Hölle und solle totgeschlagen werden. Ist gehemmt und schwerbesinnlich. Wiederholt oft, was sie eben gesagt hat mit anderen Worten. Äußert: „Ich will erst zum Krüppel werden und dann nachher wieder gesund.“ Hörte Stimmen; der liebe Gott sagt, ihr Mann sei gestern gestorben, „aber das ist nicht wahr, er lebt noch“. Körperlich außer Temperatursteigerung kein Befund.

23. II. Ruhiger; verschlafenes, etwas benommenes Aussehen. Langsame Antworten. Zeitlich noch desorientiert. Nachts zeitweise ängstlich und bettflüchtig, vermag ihr Geburtsjahr nicht mit Bestimmtheit anzugeben. Viele Selbstvorwürfe, z. T. unsinniger Art: sie habe ihren Sohn nicht auf den rechten Weg geführt, sie habe ihm die rechte Hand geben sollen und habe ihm nur die linke gegeben. Gedankenablauf sehr verlangsamt. Merkfähigkeit herabgesetzt. Weint viel. Temperatur 38—37,8.

27. II. Stimmung gebessert. Ängstliche Verkennungen, sieht in einer Kranken eine „Zigeunerfrau mit braunem Kopf“. Örtlich jetzt gut orientiert, zeitlich noch nicht. Keine deutliche Erinnerung an die letzte Vergangenheit. Hält an der Wirklichkeit ihrer Sinnestäuschungen noch fest. Temperatur geringer, 37,5—37,8.

30. II. Nicht mehr ängstlich. Örtlich und zeitlich orientiert. Keine Sinnestäuschungen mehr. Es treten Durchfälle auf. Die Temperatur steigt wieder an.

20. IV. Tod an Herzschwäche infolge von Ruhr.

Sektion: Hochgradige Abmagerung, starker follikulärer Dünndarm- und Dickdarmkatarrh.

Fall 6. Armierungssoldat Otto N. 34 Jahre.

6. III. 1916 Aufnahme ins Kriegslazarett D.

Früher gesund. In der Schule schlecht gelernt, konnte nicht lesen und schreiben. Erzählt unter Tränen: es habe gespukt. 3—4 Männer hätten ihn gepackt, festgehalten und gewürgt; einer schimpfe immer, daß er N. seine Schuhe getragen habe, „das war ein Toter“. Dann war er in einem Schiff, das fuhr immer, es ging unter Wasser. Dann war er in der Revierstube, weiß nicht wie lange, die Kameraden wollten ihn dort verhauen.

Bei der Aufnahme Temperatur 37,5. In den folgenden Tagen keine Temperatursteigerung mehr. Atmungsgeräusch rau, Rachen gerötet. Ziehen im rechten Bein.

Bei der Aufnahme ängstlich erregt, weint, zittert, ist schwerbesinnlich. Örtlich orientiert zeitlich nicht (gibt Januar 1915 an).

8. III. Stimmung freier. Bei Fragen wieder ängstlich. Verschwommene Erinnerung an die letzten Tage, über die er traumhafte, ängstliche Erinnerungsfälschungen, wie bei der Aufnahme, vorbringt.

Bis 15. III. Besserung, aber noch zeitweise, besonders morgens, gehemmt und weinerlich. Mit Lazarettzug in die Heimat. In Reservelazaretten noch bis Ende Mai zeitweilig verstimmt. a. v. Heimat entlassen.

Fall 7. Charlotte K., Architektenfrau. 35 Jahre.

17. I. 1919 aufgenommen.

Vorgeschichte: Eine Schwester war in den Wechseljahren schwermütig. Pat. ist von Natur aus etwas ängstlich, fürchtete sich z. B. auf der Straße leicht vor den Straßenbahnen. Sonst lebhaft, heiter, tätig und gewissenhaft, sehr besorgt um ihren Mann, der magenleidend ist. Schwächlich.

Am 16. XII. 1918 erkrankte sie an Grippe mit Lungenentzündung. Fieber mittags 39°. Nach Abfall des Fiebers große Mattigkeit, Lähmungsgefühl in den Beinen. Seit 20. XII. schlaflos, sah nachts Gestalten, hörte Stimmen, war ängstlich. Seit 24. XII. Selbstvorwürfe;

z. B. sagte sie: „Nun habe ich den kalten Saft getrunken, nun wird die Grippe wieder schlimmer und nun bin ich schuld.“ War mißtrauisch gegen die Angehörigen und gegen die Zugeherin. Man wolle sie vergiften, schlug den Angehörigen das Essen aus der Hand, verweigerte mehrere Tage die Nahrung. Sie sagte: „Ich bin tot, schon 3 Tage bin ich tot. Ihr seid Verbrecher, ihr könnt mich ja nicht beerdigen lassen.“ Unorientiert, erkannte selbst den Mann nicht. Am 26. XII. Selbstmordversuch, indem sie sich mit einem Brotmesser die Pulsader am linken Handgelenk aufzuschneiden versuchte. Am 30. XII. in die psychiatrische Abteilung des Krankenhauses Altona gebracht. Dort körperlich sehr erschöpft, andauernd ängstlich, besonders nachts, halluzinierte viel optisch und akustisch, hörte sagen, sie sei eine Verbrecherin, weil sie einen Selbstmordversuch gemacht habe, sie komme deshalb vor Gericht und ins Zuchthaus. Sieht den Zuchthauswärter dastehen. Erkannte die Angehörigen, blieb aber zeitlich und örtlich unorientiert.

17. I. 1919 Aufnahme in Gehlsheim.

Körperlich: Schlanke, blasse Frau in sehr schlechtem Ernährungszustand. Allgemeine Schwäche, taumelt beim Gehen und Stehen. Exophthalmus. Über den Lungenspitzen rauhes Atmungsgeräusch und feinblasige Rasselgeräusche. Starke Schweißbildung, besonders nachts. Kein Fieber.

18. I. Örtlich und zeitlich mangelhaft orientiert: sei hier in Altona. Heute sei der 12. Januar. Schlechte Erinnerung für die jüngste Vergangenheit: sei heute gekommen. Weiß aber von der Grippe, von den Stimmen, die sie gehört hat; sie habe das Gefühl, als wenn alles über ihr zusammenstürze, sei ängstlich. Z. Z. keine Stimmen, habe nur ein Klopfen im Kopf und ein Gefühl, als ob jemand auf Steinplatten gehe. Große Schwäche und allerlei körperliche Klagen.

19. I. In der vergangenen Nacht und auch am Tage ängstlicher. Es habe die ganze Nacht geklingelt. Ihr Mann habe zu ihr gewollt und sei nicht hineingelassen worden. Der Mann werde vergiftet. Wolle zu ihm, um ihm zu helfen. Glaubt immer noch, in Altona zu sein: „Ich möchte zu meinem Mann, es ist ja nur eine Straße weit.“ Bringt die letzten Erinnerungen durcheinander: ihr Mann habe gesagt, er wolle mit ihr verreisen. Erinnerungsverlust für die Fahrt hierher: „Wir wollen erst nach Rostock, 10,40 geht der Zug.“ Hält daran fest, daß man sie zu Hause habe vergiften wollen.

21. I. Merkfähigkeit nicht gestört. Macht heute zum erstenmal eine richtige Ortsangabe. Hört nachts noch immer Stimmen, sieht Gestalten. Tagsüber leicht gehemmt, starrer Blick. Wenn sie die Augen zumache, sei alles verschwommen.

23. I. Heute wieder desorientiert, sei in Altona. Ängstlicher, schreibt einen langen und im übrigen geordneten Brief an ihren Mann, zeigt sich darin sehr besorgt um dessen Ergehen, äußert starke Sehnsucht nach Hause, gibt verständige Anweisungen über die häuslichen Arbeiten, klagt, daß sie grübelnd hier herumsitzen müsse, fleht den Mann an, sie abzuholen. Die Schrift wird gegen Ende des Briefes fahriger und matter. Ortsangabe auf dem Brief: Altona.

26. I. Sehr wechselnd in Orientierung und Stimmung. Hört ihren Mann sie nachts beim Namen rufen. Klagen über Kopfschmerzen. Bekommt leicht Tränen in die Augen. Es wird ihr ins Ohr gelispelt. Wenn sie die Augen aufmache, gehe jemand vorbei. Während eines vorübergehenden Angstzustandes jammert sie, sie solle 20 Jahre Zuchthaus bekommen, in der Zelle von Wärtern totgetreten werden. Sie habe das gehört.

29. I. Allmähliche Besserung. Steht stundenweise auf. Immer noch vorübergehend ängstlich und halluzinierend, verteidigt sich gegen halluzinierte Vorwürfe (wegen ihres Selbstmordversuches). „Ich bin ganz verwirrt von all den Leuten, die mit mir reden. Es klopft furchtbar in meinem Gehirn. Es ist so unruhig. Ich führe solche Gedanken nicht.“ Ist jetzt örtlich orientiert. Lumbalpunktion ergibt einen in jeder Hinsicht normalen Befund.

3. II. Angst und Sinnestäuschungen lassen weiter nach. Klagen über Herzklopfen. Die Furcht, ins Gefängnis zu kommen, tritt noch manchmal auf. Im übrigen geordnet. Vom Mann abgeholt.

In einem Brief des Mannes vom 25. III. berichtet er, daß die Angstzustände etwas an Kraft verloren hätten, daß sich dafür aber Schwermut zeige. Klagen über Verschwommenheit und Sausen im Kopf. Pat. ist im Haushalt eifrig tätig.

In einem Brief vom 30. V. schreibt der Mann, daß die Pat. seit einigen Wochen geistig vollständig wiederhergestellt sei. Doch geht aus dem Brief hervor, daß Pat. anscheinend

gewisse Wahnvorstellungen aus der Krankheitszeit noch nicht korrigiert hat. Sie behauptet, daß während ihres Aufenthalts in Gohlheim ein Brief aus Altona gekommen sei, in dem gänzlich unwahre Sachen über ihre Wohnung und ihren Haushalt, sowie auch Verleumdungen gestanden hätten. Hier ist nichts von einem solchen Brief bekannt.

Von den Dämmerzuständen unterscheiden sich die Delirien durch ein Mehr an Symptomen in den Sinnestäuschungen und der eigenartigen deliranten Bewegungsunruhe, denen ein Weniger an Krankheitszeichen gegenübersteht, insofern als Auffassungs- und Denkerschwerung, Desorientierung über Zeit und Ort nicht so hochgradig zu sein brauchen. Es liegt auf der Hand, daß scharfe Grenzen zwischen Dämmerzuständen und Delirien nicht gezogen werden können. Auch nach der Seite der Halluzinose, der Verwirrtheit und der hyperkinetischen Erregung liegen keine festen Grenzen. Das findet in den Veröffentlichungen seinen Ausdruck darin, daß nicht selten Fälle als Delirien bezeichnet werden, die bei schärferer Fassung dieses Begriffs nicht dorthin gehören. So sind mehrere der von Ladame mitgeteilten Beobachtungen m. E. keine Delirien, sondern Verwirrtheits- oder hyperkinetische Erregungszustände (Fälle 1, 7, 9, 10). Auch unter den Fällen Webers findet sich keiner, der dem Vorbilde eines Delirs, wie wir es im *Delirium tremens* sehen, entspricht. Weber hat es leider auch unterlassen anzugeben, welche seiner Kranken er als delirante Zustände und welche er als Amentiaformen auffaßt. Er sagt nur allgemein, es überwogen unter seinen Beobachtungen die Delirien und die Störungen vom Charakter der Amentia. Gerade der einzige Fall aber, den er ausdrücklich als Delir anspricht, sein Fall 7, der „vollkommen verwirrt“ und in „tobsüchtiger Erregung“ aufgegriffen wurde, dürfte mehr ein Verwirrtheits- als ein deliranter Zustand gewesen sein. Der Fall wird von Weber auch offenbar weniger seines Zustandsbildes wegen, als weil die Psychose der Fieberkurve parallel ging, als Fieberdelir angesehen. M. E. sollte man — wie es auch von Bonhöffer geschieht — das Zustandsbild und die zeitlichen Beziehungen der Psychose zu der körperlichen Erkrankung und dem Fieber streng auseinanderhalten. Webers Fall 7 ist wohl eine Fieberpsychose, aber wahrscheinlich kein Fieberdelir gewesen. So würde ich auch unter Meyers Fällen die hyperkinetische Erregung des Falles 1 und den Dämmerzustand des 7. Kranken nicht als Delir bezeichnen. Derselbe Einwand gilt wohl auch gegenüber der Veröffentlichung Hitzenbergers, der in seinem großen Material von 45 Fällen außer der „postfebrilen Amentia“, überhaupt nur „Fieberdelirien“ gesehen hat (15 Fälle). Leider bringt er nur wenige und sehr kurze Auszüge. Die „Amentia“ seines Falles 3 war symptomatisch betrachtet eher ein Delir (mangelhafte Orientierung, Schwerbesinnlichkeit, Illusionen, anfangs Unruhe, wirre Reden).

Von meinen vier Beobachtungen stellt die erste (Fall 4) ein *abortives Delir* dar: es überwiegen die optischen Sinnestäuschungen und die illusionären Verkennungen durchaus, während dem nur eine leichte, psychiatrisch nicht genauer beobachtete „Bewußtseinstörung“ parallel geht. Es handelt sich um ein ausgesprochenes Fieberdelir, das auf der Höhe der Erkrankung während rasender Kopfschmerzen auftritt und nach wenigen Tagen abklingt. Auch in den Fällen 5 und 6 lag die an Halluzinationen reichere kurze Eingangsphase der psychischen Störung vor der Verbringung in die Klinik bzw. das Lazarett. Bei der Aufnahme waren beide Kranke nur mehr mangelhaft in Zeit und Ort desorientiert

und schwerbesinnlich. Bei Frau R. (Fall 5) bestanden nach Gehörstäuschungen, während N. (Fall 6) nur traumhafte, verschwommene Erinnerungen über halluzinatorische und konfabulatorische Erlebnisse vorzubringen wußte. Einen ausgeprägteren und länger dauernden deliranten Zustand bot dagegen Frau K. (Fall 7), deren erste Phase allerdings auch in einem anderen Krankenhaus und nicht mit ausreichender Genauigkeit beobachtet worden ist. Indessen halluzinierte die Kranke auch bei uns anfangs noch stark, doch weniger optisch als akustisch. Der Zustand, den sie bei uns bot, entsprach sonst mehr einem Korssakowschen (amnestischen) Zustandsbild, wie es nach Bonhöffers Erfahrungen häufig im Abklingen deliranter Zustände beobachtet wird. Das charakteristische Schwanken der Orientierung, der Denkleistungen und der Sinnestäuschungen, die nächtliche Zunahme der Halluzinationen war sehr deutlich.

Eine ausgeprägte delirante Beschäftigungsunruhe eignete keiner meiner Beobachtungen. Dagegen ist der lebhaft ängstliche Charakter auch der Delirien, die darin mit den Dämmerzuständen übereinstimmen, hervorzuheben. In Fall 7 waren auch diese Erscheinungen am stärksten ausgeprägt. Zur Angst gesellte sich von vornherein traurige Verstimmung mit vielen Selbstvorwürfen, Selbstmordversuchen und Nahrungsverweigerung. Auch Mißtrauen mit Vergiftungswahn bestand anfangs. Die depressive Verstimmung überdauerte die halluzinatorischen und amnestischen Symptome um ein Beträchtliches. Einzelne Beeinträchtigungsvorstellungen wurden nicht korrigiert (Residualwahn). Auch Frau R. (Fall 5) äußerte Selbstvorwürfe. —

Halluzinose.

Fall 8. Minna M., Arbeiterfrau. 27 Jahre.

7. XI. 1918 Aufnahme.

Vorgeschichte: Keine Belastung. Früher gesund, hat gut gelernt. Seit 1916 verheiratet. Keine Fehlgeburten. Erste Entbindung vor 3 Wochen. Geburt war schwer, dauerte mehrere Tage. Kurz vor der Entbindung Grippe. Lag wegen der Grippe zu Bett, als die Geburt erfolgte. Gleich nach der Geburt aufgeregt. Steigende Erregung nach einem Todesfall im Hause. Rief ängstlich: „Steckt mich in den Sarg, schlägt mich tot — ich will nicht mehr dableiben — ihr seid alle schlecht.“ Ging ins Wasser, wurde von Nachbarn herausgeholt. Ängstliche Erregung trat anfallsweise auf, wahrscheinlich zugleich mit Sinnestäuschungen, klagte, „es tanzt immer vor den Augen“. Äußerte manchmal, sie sei schlecht. Orientierung blieb erhalten. In der Zeit zwischen ihren Erregungen verhielt sich die Kranke geordnet.

Befund: Unregelmäßige Nahrungsaufnahme. Antwortet nicht oder erst auf vieles Drängen. Äußert einformig den Wunsch nach Entlassung. (Haben Sie Angst?) „Ich möchte nach Hause.“ (Warum hat man Sie hergebracht?) „Ich möchte nach Hause.“ (Warum hat man Sie hergebracht?) „Weil ich hierher sollte.“ (Warum?) „Das weiß ich nicht.“ (Waren Sie denn krank?) „Ich wollte nicht nach dem Krankenhaus.“ (Sind Sie nicht krank gewesen?) „Das weiß ich nicht.“

9. XI. Etwas zugänglicher. Weint mehrfach, äußert Selbstvorwürfe: „ich habe Schuld an allem.“ Macht unbestimmte Angaben über Gehör- und Gesichtstäuschungen: „Hier im Saal war es wie lebende Bilder.“ Es sei da eine Maschine, eine solche sei auch zu Hause gewesen, mit einem Sarg gekommen (mit Bezug auf den Todesfall im Hause). „Eine Maschine, womit man kaputt geschnitten wird“, zeigt auf ein Bett, an dem eben ein Brett angebracht wird. „Ob man da wohl hineinkommt in die Kiste?“ Ängstlich und ratlos mit halber Krankheitseinsicht. „Ich habe dummes Zeug gemacht, verschiedenes umgestoßen. Ich möchte doch noch so gerne ein bißchen leben hier auf der Erde.“ Nahrungsaufnahme besser.

Körperlich: Innere Organe o. B. Blutig gefärbter Wochenfluß. Kein Fieber. P.-S.-Reflexe und A.-S.-Reflexe nicht auslösbar. Pupillen mittelweit, gleich groß, sehr wenig auf Lichteinfall reagierend. Wassermann im Blut und Liquor negativ. Liquor klar. Nonne negativ. Lymphocyten: 4/3. Eiweiß: 1,75 Strich.

10. XI. Wieder unruhiger und ängstlicher, vorwurfsvoll, gereizt. Halluziniert stark. Schlägt gegen die halluzinierten Vorwürfe oft einen spöttischen Ton an. „Alle sagen, ich wäre schuld — das ist doch alles Quatsch — dieses Anliegen (welches Anliegen?) mit dem raus und rein — das ist doch Quatsch — und die Hurerei, das ist doch unerhört — ich will lieber nach Dreibergen und dort sitzen“ (Gefängnis). Hier werde ihr alles vorgeworfen, Hurerei und was sie alles gemacht haben solle.

11. XI. Hört andauernd beschimpfende und bedrohende Stimmen, verteidigt sich vorwurfsvoll und gereizt. Dazwischen Selbstvorwürfe, habe keinen rechten Glauben gehabt. Hört, sie solle verbrannt und gemahlen werden, zerstückelt. „Ich will aber nicht da drüben gemahlen werden“ (zeigt auf die gegenüberliegende Bettreihe). „Nur möchte ich nicht lange gequält werden, nur den Kopf abgehauen, damit ich gleich tot bin.“ Kommt bei der Unterhaltung in einen leichten Rededrang, indem sie einförmig dasselbe wiederholt. „Ich möchte nur einen leichten Tod. Ich wollte noch büßen, aber das geht hier wohl nicht.“ Örtlich genau orientiert. Tagesdatum nicht genau gewußt, 18. statt 11. Monat und Jahr gewußt. Sei ein paar Tage hier.

Körperlich: Dauerndes Fehlen sämtlicher Sehnen- und Periostreflexe. Linke Pupille fast, rechts gänzlich lichtstarr (wiederholte Untersuchungen), keine Medikamentwirkung.

12. XI. Projiziert ihre Stimmen jetzt auf Personen ihrer Umgebung. Habe keine Angst mehr, sei gefaßt: „Ich stimme zu, hingerichtet zu werden, aber nicht gemahlen.“ Man mache beide Türen auf und rufe ihr zu: „Raus“, und wenn sie dann hinauswolle, mache man die Türen zu. Drängt oft impulsiv aus dem Bett und zur Türe, schlägt zu. Man rufe immer den Namen ihres Mannes. Bald ängstlich, Selbstvorwürfe, habe gesündigt, habe keinen Glauben mehr, bald vorwurfsvoll und zornmütig. Im Urin Zucker. Links Mundfazialis etwas schwächer als rechts.

19. XI. Unverändert. Massenhafte Phoneme. Hört Namen rufen: draußen sei der Mann, sie habe ihn totgehext, „das ist doch lächerlich, ich bin doch keine Hexe“. Lächelt dazu spöttisch. Schlägt jetzt überhaupt oft spöttischen und überlegenen Ton den Phonemen und Vorwürfen gegenüber an. Wendet sich manchmal zur Seite, horcht, sagt: „Das kann ich nicht verstehen.“

20. XI. Der gleiche Zustand, nur etwas ruhiger. Ist jetzt bei Untersuchungen weniger abweisend; benennt im Bilderbuch eine größere Anzahl von Bildern richtig, andere ungenau bzw. verkennend. Glas: Kugel; Zuckerhut: Turm; Truthahn: Fasan; Bergmann: ein Junge mit Hammer; Sichel: ein Handgeschirr; Pinsel: Federhalter; Kirschen: „das sind Dinger“; Taucher: „Soldat hat eine Kanone.“ Bildlich dargestellte Begebenheiten leidlich, aber doch nicht in allen Zusammenhängen erkannt. Zerbrochene Fensterscheibe: bezeichnet den Unrichtigen als Täter. Bild Blindkuh: erkennt, daß der Junge mit verbundenen Augen suchen soll, mißdeutet aber das weitere: „Er soll Haue haben, da ziehen nun die anderen, daß er keine Schläge kriegt.“ Entwickelt Eigenbeziehungen bei der Untersuchung: „Sie wollen mich nur prüfen, weil ich im Kasten das Buch habe vom Hexen.“

29. XI. Etwas erregter, impulsiv aufgeregt, sträubt sich heftig. Bei Untersuchung ängstlich zurückweichend. Gegen wiederholte Lumbalpunktion heftigster Widerstand. Fürchtet, geköpft und gehenkt zu werden, man wolle ihr die Augen ausstechen, sie in dem Haus da drüben zermahlen. Schlägt plötzlich eine Scheibe ein. Verhält sich oft abweisend, sagt zum Abteilungsarzt nur: „Kopf ab.“ Auch nachts unruhig, schrie, klopfte an die Scheiben, protestierte gegen halluzinierte Vorwürfe, sagt dann aber wieder: „Ich habe alles Böse getan.“ Im Urin kein Zucker mehr. P.-S.-Reflexe und A.-S.-Reflexe am 26. XI. vorübergehend schwach auslösbar, sonst nicht zu erhalten. Pupillen jetzt völlig lichtstarr

6. XII. In den letzten Tagen viel stiller geworden, antwortet kaum, wiederholt einförmig: „Ich will fort, ich will fort, lassen Sie mich raus.“ Gesichtsausdruck ziemlich leer; Andeutung von Ängstlichkeit und Ratlosigkeit noch zu erkennen. Bei Untersuchungen widerstrebend, wird dabei heftig. Verbigeriert eine Weile: „kann upstahn, kann ich aufstehn, kann upstahn, kann ich aufstehn.“ Verfällt dann weiter in Schweigsamkeit. Bei einer klinischen Vorstellung ängstlich, stummes, verzweifeltes Wegdrängen.

14. XII. Finstere, abwehrende Miene. Aus sonstiger Ruhe heraus plötzliches Aufspringen, Nach-der-Türe-stürzen. Links P.-S.-Reflexe schwach auslösbar, sonst sämtliche Sehnenreflexe fehlend. Pupillen lichtstarr. Versteckt sich häufig unter der Bettdecke. Sträubt sich, kämpft wütend mit den Pflegerinnen. „Es soll meine Leiche zerschnitten werden — ich habe hier auf den Knien gelegen — alles habe ich gemacht und doch — — —“ Äußerungen von Ratlosigkeit: „Was ist das nur?“

22. XII. Seit einigen Tagen wieder hochgradige Ängstlichkeit, ratlose Unruhe mit vielen Sinnestäuschungen.

30. XII Ruhiger. Soweit bei dem Widerstreben feststellbar, Hypotonie der Beine vorhanden. Reflexe und Pupillen wie früher. Halluziniert: „Schießen Sie ihn bitte tot, meinen Vater“ (warum?) „er soll hier nicht leben.“

4. I. 1919. Unsauber mit Kot und Urin. Negativistisch, antwortet meist nicht. Versteckt sich unter der Decke. Dazwischen impulsives Aufspringen. Soweit feststellbar keine groben Erinnerungsstörungen. Hat stark an Gewicht abgenommen. Probeworte mangelhaft nachgesprochen: Sentimentalität-Sentinalite Elektrizität-Elexirität. Ausgesprochene Hypotonie der Beine. Pupillen und Sehnenreflexe wie früher. An den Schläfen und am Hinterkopf starker Haarausfall.

12. bis 15. I. Erregter und ängstlicher.

31. I. Zustand wechselnd, überwiegend abweisend, bewegungsarm. Dazwischen Erregungszustände, meist impulsiver Art.

7. II. Stürzt sich aus dem Bett. Bruch der linken Ulna. Links Mundfazialis deutlich schwächer als rechts. Vom 2. bis 16. II. einige Male Durchfall. Starke Abmagerung.

21. III. Keine wesentliche Veränderung. Rechte Pupille auffallend größer als linke.

22. III. Nachts unruhig, saß viel im Bett. Morgens schweratmig.

23. III. Tod.

Halluzinosen sind, wie überhaupt bei den Infektionspsychosen, selten. Als Halluzinose beschrieben sind nur der Fall 2 von Riese und ein Kranker von Meyer (Fall 2). Auch die von Pässler als „Depression mit Wahnideen und Halluzinationen“ diagnostizierte Kranke (Fall 7), die zugleich an Polyneuritis litt — wie auch mein Fall — wird m. E. richtiger als ängstliche Halluzinose gedeutet; für eine endogene Depression liegt kein Anhalt vor. Rieses Kranke machte in ihren Äußerungen anfangs einen „etwas verwirrten, inkohärenten Eindruck“. Die Beziehungen zu den Verwirrtheitszuständen sind in meinem Falle noch deutlicher. Die Krankheit beginnt mit Anfällen von Angst und Sinnestäuschungen (Gehörs-, weniger Gesichtstäuschungen). Es entwickelt sich dann eine andauernde ängstlich-ratlose Unruhe, der aber starkes Mißtrauen, zornmütige Reizbarkeit, Feindseligkeit und Widerstreben beigesellt sind. Die Halluzinationen — mehr und mehr vorwiegend Gehörstäuschungen — bestehen ununterbrochen und nehmen samt den rasch aufschießenden Erklärungswahnideen einen teilweise phantastischen Charakter an. Halluzinationen und Wahnvorstellungen haben den Inhalt der Verfolgung. Verfolgende Eigenbeziehungen werden geäußert. Sie soll verbrannt, gemahlen und zerstückelt werden, sie wird geköpft und geblendet. Manchmal steht Patientin ihren Sinnestäuschungen gefaßt und höhnisch gegenüber: „ich stimme zu, gerichtet zu werden, aber nicht gemahlen“, sie bittet, ihr nur rasch den Kopf abzuschlagen. Dazwischen wieder Selbstvorwürfe oder wütende Gegenwehr gegen vermeintliche Vergewaltigung. Im weiteren Verlauf läßt die Erregung nach und wechselt zeitweise mit einem gehemmtten Verhalten. Einmal verbigeriert sie eine Weile: „kann upstahn“. Während der ganzen Zeit ist — soweit die Untersuchung möglich war — die Orientierung über Ort und Zeit erhalten. Bildlich dargestellte Begebenheiten werden in ihrem Zusammenhang im ganzen richtig gedeutet,

nur eine Neigung zu Eigenbeziehungen trat dabei hervor. Der formale Gedankengang war in freieren Stunden geordnet. Soweit ist das Zustandsbild von den Delirien und Dämmerzuständen leicht abzugrenzen, berührt sich dagegen mehrfach mit den Verwirrheitszuständen und den durch psychomotorische Störungen gekennzeichneten Formen. Auch hinsichtlich seiner langen Dauer entfernt es sich von den Delirien und Dämmerzuständen und stimmt mit der Mehrzahl der Verwirrheitszustände und der ihnen verwandten Formen überein. Jedoch kann die Influenzahalluzinose auch in kürzerer Frist ablaufen: Rieses Fall war nur 16 Tage, Meyers Fall 2 nur zirka einen Monat krank. Auf die eigenartigen körperlichen Begleiterscheinungen (Polyneuritis, Pupillenstarre) und das Zusammenwirken von Influenza und Puerperium wird später einzugehen sein.

Verwirrtheit (Amentia).

Fall 9. Berta F., Tischlermeistersfrau. 35 Jahre.

2. XI. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Ein Bruder und zwei Schwestern waren schwermütig, eine Schwester hat sich erhängt.

Pat. hat gut gelernt, war früher in keiner Weise geistig auffällig. Seit Anfang des Krieges — der Mann stand im Felde — war Pat. zeitweise gedrückt und ängstlich.

Vom 12. bis 18. X. Influenza. Schrieb am 14. X. einen sehr besorgten und ängstlichen Brief an ihren Mann, so daß derselbe glaubte, seine Frau sei geistig verändert. Pat. schlief seitdem wenig, hatte seit der Grippe starke Kopfschmerzen. Allmähliche Verschlimmerung, sie redete zeitweise unsinnig, zitierte Bibelsprüche, redete vom Kaiser, derselbe werde in Gnaden wieder aufgenommen. In der letzten Nacht sagte sie zu ihrem Mann: Er solle sie befruchten, weil er ihre Schwägerin auch befruchten solle. Redete und jammerte viel, es sitze ihr etwas im Hals. Keine Selbstvorwürfe. Keine Selbstmordgedanken. Personenverkennungen; bezeichnet einen Arbeiter als den Kaiser, hielt eine Frau für ihre Schwester. Örtliche Orientierung jedoch erhalten. Bedrohte die Umgebung.

Befund: Bei der Aufnahme etwas ängstlich, jammern, wird aber bald heiter, erregt, geschwätzig. Örtlich desorientiert, glaubt in Güstrow zu sein. Zeitlich unorientiert: es sei Dezember. Verkennt die Personen. Abspringender und z. T. einförmiger Rededrang: „Sie sind auch krank Herr Doktor, — die alte Schneider wäscht ganz — nein — darüber brauchen Sie sich keine Sorgen zu machen — und nein, mein Schwager war auch Schneider — Hohenzollern bleiben Hohenzollern — Sie können mir etwas für Rheumatismus geben — die Großeltern sind mit Hohenzollern zusammen — das war der große Operationsaal — davon sind unseren Hohenzollern — — — oben im Operationsaal — keine Hoffnung — — — kein Glaube, keine Liebe.“

Körperlich: Temperatur 36,7, trockene Lippen, sonst kein Befund.

4. XI. Dauernd sehr unruhig, Stimmung wechselnd, überwiegend heiter. Lebhaft und z. T. einförmige Ausdrucksbewegungen, fährt oft mit der Hand zum Gesicht. Inkohärenter Rededrang. Gehörstäuschungen: „die blasen einem die Ohren voll“. Gesichtstäuschungen, sieht Tote, Menschen, „die Köpfe abgehauen und Hände und Füße, und gehen mit abgerissenen Köpfen und ohne Kopf und Zunge“. Örtlich desorientiert. Mangelhafte Rückerinnerung, sei erst seit gestern hier. Leichte Temperatursteigerung: 37,5—38,2. Phantastische Erinnerungstäuschungen. Nachts habe man ihr Arme, Ohren und Zunge abgeschnitten. Äußert, offenbar mit Bezug auf Halluzinationen: „Tierseelen gibt es doch nicht. Die Tiere haben doch keine Seele, die liegen alle hier.“ Widerstrebt beim Essen. Bei einer klinischen Vorstellung einförmig-inkohärenter Rede- und Bewegungsdrang, z. T. von Sinnestäuschungen unterbrochen. Stimmung labil, überwiegend heiter, ekstatisch.

6. V. Sondenfütterung. Etwas ruhiger. Stimmung mehr gereizt und abweisend. Erkennt den Arzt als solchen. Traumhafte Desorientierung: „Ich bin wohl unter der Erde gewesen. Ich war wohl Asche.“ Inkohärenter Rededrang: „Ich bin wohl hier in Dr. Kohls

Zimmer — und mein Mann sagte: laß doch das Schwälbchen los, und es flog durch die Lüfte und die Däfte und die Sümpfe — und was wir hier erlitten haben — Typhus das ist kein Kniefuß.“ Zeitlich und über die letzte Vergangenheit unklar. Temperatur 37,4—37,6.

7. XI. Unverändert, verkennt den Arzt als einen Dr. Kohl. Gehörstäuschungen, hört sich beim Namen rufen. Phantastisch-expansive Desorientierung: „Wir sind in Güstrow oder in Hohenzollernhäusern oder in Kaiserhäusern — ja, mein Mann war ja so geknebelt — er mußte mich ja herbringen. Die ganz oben wollen sein und können doch nicht — und Sie können Doktor sein und bleiben, solange Sie wollen — und die uns so viel Schlechtes angetan haben — da hat Gott zu entscheiden — ich bin so gesund wie ein Fisch im Wasser — hier liegen, das kann ich nicht aushalten — ich habe nur noch Fleisch und Knochen.“

8. XI. Ißt ohne Widerstreben. Kein Rede- und Bewegungsdrang mehr, verfällt nur bei Anrede noch in inkohärentes Gerede. Desorientierung andauernd, desgleichen Sinnes-täuschungen, hat die Kronprinzessin hier gesehen. Spricht einmal einige Sätze geordnet, endet aber in einem inkohärenten Gefasel. Gestern und heute Temperatur unter 37.

9. XI. Klar und geordnet, äußert Sorge um ihre Kinder und ihren Haushalt. Örtlich und zeitlich orientiert. Rückerinnerung leidlich, sei 4—5 Tage hier. Für die ersten Tage keine deutliche Erinnerung, „da war ich so krank“. Erinnert sich, die Gestalten ihrer Bekannten gesehen und ihren Namen rufen gehört zu haben. Drängt sehr auf Entlassung. Vom 9. bis 15. XI. Temperatur zwischen 37,8 und 37,7.

18. XI. Dauernd ruhig, klar, erinnert sich zum größten Teil an die Krankheitszeit, es sei ihr damals gewesen, als: wenn die Personen ihrer Umgebung nur Lichtbilder seien. Keine volle Krankheitseinsicht für die Gesichtstäuschungen (Gestalten der Verwandten), diese seien wirklich dagewesen. Körperlich erholt sie sich rasch.

19. XI. Seit 5. XI. kein Fieber. Geheilt entlassen.

Nach Bericht vom 12. I. 1910 war Pat. zuhause anfangs noch leicht aufgeregt, was sich allmählich verlor. Seitdem gesund.

Bei einer weiteren Fassung des Amentiebegriffes, wie er noch vielfach üblich ist, würde man wohl auch den Fall 8 mit der Halluzinose diesem Symptombild einordnen. M. E. liegt es im Interesse einer genaueren Kenntnis der Geistesstörungen, nicht nur die halluzinoseartigen Bilder von der Amentia abzusondern, sondern die Amentia auch nach der Seite der psychomotorischen Erregungszustände einzuengen. Die Amentia — oder um sich einer kennzeichnenderen und zugleich unverbindlichen Benennung zu bedienen — die Verwirrtheitszustände würden dann nur diejenigen Krankheitsbilder umfassen, die von dem Symptom der Inkohärenz des Gedankenablaufs beherrscht werden. Regelmäßige Symptome sind starke affektive Störungen, Labilität der Affektlage und wechselnde heitere, zornige, ängstliche u. a. Stimmungsregungen. Halluzinationen und psychomotorische Erregungs- und Hemmungserscheinungen können zeitweise auftreten, beherrschen das Bild aber nicht. Dasselbe gilt für die vom Dämmerzustand bekannten Erscheinungen der Desorientierung, der Merkschwäche, der Amnesie.

Frau F. (Fall 9) fällt aus dem Rahmen der Influenzapsychosen insofern heraus, als die Affektlage trotz ängstlichem Beginn und lebhaftem Wechsel doch überwiegend heiter, ekstatisch, gehoben ist. Das fand sich auch bei einem ähnlichen Kranken von Thiel (Fall 7). Der inkohärente Rededrang übertrifft die gleichartige Bewegungsunruhe. Spezifisch-motorische Zeichen fehlen sonst. Bemerkenswert ist, daß Patientin beim Nachlaß der Störungen auf Anrede geordnet spricht, dann aber in ein inkohärentes Gerede verfällt. Lebhaft optische und akustische Halluzinationen und Illusionen, traumhafte Desorientierung in Ort und Zeit, Verkennungen im Sinne des expansiven Affektes (Hohenzollernhäuser!), Erinnerungsausfall nur für die ersten Tage der Psychose.

Als Amentia, halluzinatorische Verwirrtheit, halluzinatorisches Irresein ist eine beträchtliche Zahl von Fällen bei der vorletzten und letzten Influenza-epidemie beschrieben worden. Legt man den hier umrissenen engeren Begriff zugrunde, so scheiden mehrere Beobachtungen als Delirien, Dämmerzustände und hyperkinetische Erregungen aus. Bei anderen Fällen kann wegen ungenauer Beschreibung keine sichere Entscheidung getroffen werden. Aber auch bei schärferer Umgrenzung des Amentiabildes gehört eine große Zahl der während der letzten und vorletzten Epidemie veröffentlichten Influenzapsychosen diesem Symptomenkomplex an. Von den neueren Beobachtungen dürften Verwirrheitszustände im engeren Sinne gewesen sein: die Fälle 2, 3, 4 von Notkin, Webers Fälle 5, 6, 7, die Kranken 3 und 5 von Riese, je ein Fall von Bödler und Meyer (Fall 8) und die beiden Kranken von Thiel (2 und 7).

Hitzenbergers Amentiafälle sind wohl nicht alle Verwirrtheiten im engeren Sinne gewesen; eine der wenigen von H. auszugsweise wiedergegebenen Krankengeschichten beschreibt m. E. mehr ein Delir als eine Amentia. Hitzenberger scheint, wie erwähnt, die postfebrilen Psychosen weniger nach ihrer Symptomatologie als nach dem Zeitpunkt ihres Beginnes als Amentia zu bezeichnen. Wahrscheinlich enthalten auch die Beobachtungen Ladames Verwirrheitszustände, doch sind seine Schilderungen für eine genauere Erkennung zu allgemein gehalten.

Hyperkinetische Erregungen (hyperkinetisch-akinetische Formen).

Fall 10. Erna M., Dienstmädchen. 19 Jahre. Hyperkinetische Erregung.

2. IV. 1919 aufgenommen.

Vorgeschichte: Keine Belastung. Früher gesund; gute Schülerin. Körperliche Erkrankung vor der Aufnahme nicht bemerkt. Fiel am 30. III. dadurch auf, daß sie einen langen verwirrten Brief nach Hause schrieb. Am 1. IV. fing sie an zu beten, wurde sehr laut, schrie und sang, redete viel von Liebe und von ihrem Bräutigam. Sträubte sich gegen alles, gab keine Antwort. Sprach unzusammenhängend, wurde äußerst unruhig, tanzte und sprang umher. Nachts schlaflos und erregt.

Befund: Die Kranke befindet sich in hochgradiger Erregung, schreit, tanzt, springt auf der Matratze hoch und schlägt um sich, umklammert mit den Händen die Eisenstange an ihrem Bett, wirft den Unterkörper und die Beine rhythmisch in die Höhe, klopft einfürmig mit den ausgestreckten Beinen auf die Unterlage. Stürzt sich aus dem Bett, tritt nach den Personen der Umgebung, hascht nach allen zufällig erblickten Dingen. Sehr häufige Iteration von Bewegungen (Rumpfbeugen, Ausspreizen der Finger, Beugen und Strecken einzelner Finger, Ausspreizen der Arme). Die Bewegungsformen sind teils gravitatische Ausdrucksbewegungen, hebt die Hände in der Haltung des segnenden Predigers, teils sinnlose (pseudospontane) Bewegungen, Spreizen der Arme, Fingerbewegungen. Dazwischen vorübergehend ruhig, verharrt bald in dieser, bald in jener, oft abnormen Haltung eine Weile. Gegen die Untersuchung sehr abwehrend. Rededrang zusammenhanglos und einfürmig, ebenso in Antworten und Bilderbeschreiben: z. B. (Kennen Sie mich?) „Nein, ich sehe das an den Fingern — an den Fingern — an dem blanken, blanken Ring.“ (3 × 8.) Schreit laut „24“ dann „12“. Beschreibung des Bildes Fensterpromenade: „Ach, da ist der Vater zurückgekehrt aus dem Krieg — von diesen Beiden fort — von Paul und mich — eine ganze Familie vor dem Kreuze — ach — der Kleine ist gestorben“ (mit Bezug auf das gefallene Kind). Weiterhin nicht zu fixieren. Im Rededrang starke Ablenkbarkeit auf Sinneseindrücke, vielfach einfürmiges, schrilles Schreien, gibt zuweilen mit lächelnder Miene einfürmig winselnde Töne von sich, alles ohne entsprechenden Gesichtsausdruck. Nur vorübergehend fixierbar, gibt dann auch einmal eine geordnete Antwort. Schreit plötzlich auf: „Feuer kommt.“ Nicht weiter zu fixieren. Stimmung ungemein wechselnd, bald heiter, bald ängstlich, dann abweisend, ekstatisch, zorn-

mütig. Zeitweise stumm, spontan und auf Fragen. Sinnestäuschungen sind aus einzelnen Äußerungen, wie „Feuer kommt“, zu erschließen. Untersuchung auf Orientierung, Merkfähigkeit, Gedächtnis nicht durchführbar.

Körperlich: Temperatur bei der Aufnahme 37,4, am folgenden Morgen 39,1. Im Urin reichlich Eiweiß, keine Zylinder; sonst kein krankhafter Befund. Lumbalpunktion: Liquor in jeder Hinsicht regelrecht.

4. IV. Die Erregung hat noch zugenommen, Einförmigkeit derselben tritt noch mehr hervor. Ausdrucksbewegungen und Bewegungen von Zweckcharakter treten immer mehr zurück zugunsten einfacher Gliederbewegungen und parakinetischer Bewegungsformen: hebt die Arme einförmig, macht wippende Bewegungen mit dem Oberkörper, schlägt rhythmisch mit dem linken Arm auf das Bett, schlägt die Handflächen gegeneinander, beugt den Oberkörper nach links und rechts, dabei den Unterarm steif in einem Winkel von 90° haltend. Sprachlich werden vorwiegend Schreie, Klagelaute und sinnlose Laute — ha ha ha — entäußert. Affekt, soweit ersichtlich, vorwiegend ängstlich und abwehrend. Unsauber mit Kot und Urin. Nahrungsverweigerung, Sondenfütterung. Völlig unfixierbar. Temp. 37,4—37,6.

5. IV. Seit Mittag bewegungsarm, abweisend. Mehrmals Durchfälle, zweimal Erbrechen Abends klarer, ißt selbst. Auch in der Nacht ruhig. Temp. 37,8—37,3.

6. IV. Weitere Aufhellung, fixierbar. Zeitlich nicht orientiert, erkennt den Arzt wieder, örtlich ungefähr orientiert, „Nerveninstitut“. Unklare Erinnerung an alles Voraufgegangene, weiß, daß sie ängstlich gejammert hat, sie sei immer ängstlich gewesen. Perseveration in Bewegungen: zeigt die Zunge auf Aufforderung, beläßt sie lange herausgestreckt, auch nachdem sie auf zweite Aufforderung hin die Hand gegeben hat. Alle Reaktionen sehr verlangsamt. Auch beim Zeigen von Körperteilen Perseveration: zeigen Sie linkes Ohr-läppchen: +, Nase: +, Kehlkopf: +, Nabel: zeigt Nase, l. Kniekehle: —, zeigt die rechte, Daumen +, Schlüsselbein: —, dann die rechte Kniekehle.

Bild Fensterpromenade: nur Einzelheiten, kein Zusammenhang erkannt, auch bei Einzelheiten agnostische Fehler, bezeichnet das hingefallene Kind als Clown. Einige Begriffsunterschiede und Sprichwörter richtig erklärt, bei anderen Versagen (der Krug geht so lange usw.; viele Hunde sind des Hasen Tod). Merkfähigkeit stark herabgesetzt, desgleichen Auffassung, vermag nur 3 Zahlen zu wiederholen. Weckbarkeit der Vorstellungen stark herabgesetzt, kann keine Gegenstände bestimmter Gattung aufzählen.

Körperlich: allgemeine Überempfindlichkeit, Puls schwach, 120. P.-S.-Reflex und A.-S.-Reflex rechts etwas stärker als links. Rechts Babinski. Leichter Fußklonus beiderseits. Durchfälle dauern an. Kein Dehnungsschmerz an den Beinen. Leib stark gespannt, vermag willkürlich nicht recht zu erschaffen. Keine Nackensteifigkeit. Milzschwellung nicht nachweisbar. Zunge etwas belegt. Temp. 37,1—37,5.

7. IV. Im Urin starker Eiweißgehalt, Ausschwemmung von granulierten und hyalinen Zylindern, einzelne rote Blutkörperchen. Starker körperlicher Verfall. Temp. 38,1. Nachmittags doppelseitige Pneumonie nachweisbar. Psychisch ruhig, erschöpft. Starke Denkerschwerung mit Perseveration. Örtlich und zeitlich desorientiert. Uhr wird richtig abgelesen. Einzelne Gegenstände werden erkannt. 4 Fünfpfennigstücke und 1 Einpfennigstück zusammenzählen = 22 Pfennig, 1 Fünfmarkschein und 2 Einmarkscheine = 13 Pfennig. Gibt spontan beim Abschied die Hand, sagt: auf Wiedersehen. Fragt wiederholt: „Es wird doch alles wieder gut?“ Deutliches Krankheitsgefühl.

8. IV. Tod trotz dauernder Verabreichung von Herzmitteln, Kochsalzinfusionen, Aderlaß.

Sektionsbefund: Konfluierende Bronchopneumonie des linken Unterlappens mit serofibrinöser Pleuritis links. Frische fibrinöse Pleuritis rechts. Empyem des linken Oberlappens. Stauung im rechten Unterlappen. Parenchymatöse Trübung der Nieren. Toxische Blutungen auf der Höhe der Schleimhautfalten des Darmes.

Fall 11. Gertrud B., Ackerbürgerstochter. 19 Jahre. Hyperkinetisch-akinetische Form.

23. X. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Eine Schwester (Fall 14) erkrankte gleichzeitig an einer Influenzapsychose. Pat. lernte spät sprechen, war aber eine gute Schülerin. Wollte Krankenpflegerin werden, was ihr aber zu anstrengend war. War als Stütze tätig, beschäftigte sich zuletzt im

Haushalt. Im Alter von 11 Jahren öfter abends Fieber mit Sinnestäuschungen und ängstlichem Gefühl, sah Wolken an der Decke. Seit vorigem Winter Blinddarmbeschwerden. Seit 6—7 Wochen lag sie wegen „Blasen- und Nierenleiden“ zu Bett, hatte Schmerzen in der Blasengegend, klagte, die Nieren gingen umher. War dann wieder gesund bis auf die Blasenbeschwerden. (Hamdrang, öfter Hitze-, dann wieder Frostgefühl.) Vor etwa 14 Tagen Grippe, angesteckt von der Schwester. Temperatur bis 39,8 4—5 Tage lang. Nachher weißer Ausfluß, der noch besteht. Nach Ablauf der Grippe ließ Pat. sich am 18. X. in die chirurgische Klinik aufnehmen, um sich wegen der Blinddarmbeschwerden untersuchen zu lassen. Sollte deshalb operiert werden. Bekam gestern einen „Anfall“, hielt die Arme krampfhaft steif in die Höhe, sprach aufgeregt, sie müsse alle Menschen belehren, wie es sei, wenn man geisteskrank werde. Glaubte die Krankheit ihrer Schwester, die nach Influenza an einer Geistesstörung erkrankt war, ebenfalls durchmachen zu müssen. Sprach vom jüngsten Gericht, sah Gräber. Glaubte, ihre liebsten Verwandten und Bekannten ständen zu ihrer Rechten. Wiederholter „Krampfanfall“ nach kurzer Zeit, lag mit ausgestreckten Armen wie eine Gekreuzigte eine Viertelstunde lang. War zeitweise ängstlich mit Selbstvorwürfen: sie sei schlecht, sei der Teufel müsse sterben, man solle für sie beten. Schrieb das alles auf Zettel. Sprach von der Vererbung bis ins 3. und 4. Glied.

Befund: Rechte Unterbauchgegend etwas druckempfindlich. Allgemeine Überempfindlichkeit gegen Nadelberührungen. Kein Fieber. Urin trübe, enthält zahlreiche Nierenepithelien. Starke Gesichterötung.

Örtlich und zeitlich orientiert. Spricht lebhaft, gerät in Erregung bei Schilderung ihrer und ihrer Schwester Krankheit. Versteckt zeitweise das Gesicht in die Hände. Verliert im Gespräch häufig den Faden, klagt, daß sie keinen Gedanken fassen könne.

24. X. In der Nacht erregt, ängstlich, rief laut: „Herr, vergib ihnen, denn sie wissen nicht, was sie tun.“ Sprang aus dem Bett. Faßte eine ganz ruhige Mitpatientin an den Haaren und hielt ihr den Mund zu. Lebhaft Sinnestäuschungen und quälende Gedanken, besonders religiöse, die schon abends eingesetzt hatten. Schrieb mit Bezug darauf: „Durch das Weib ist die böse Lust aufgekommen. Der Satan trat zu ihr und flößte ihr die Fleischeslust ein — durch das Weib ist die Sünde gekommen — ich bin furchtbar schlecht — der Arzt muß mir auf Wunsch die Hüfte ritzen — an der Schächer hing denn ich wir laßt uns über der Erde stehen.“ (Starke Inkohärenz mit Störung der Satzkonstruktion!) Während der Erregung desorientiert. Seit heute Menses.

26. X. Steigende Erregung, auch tags unruhig, dauernd desorientiert. Pfeift und weint durcheinander. (Wie lange sind Sie hier?) „15 Jahre.“ (Warum weinen Sie?) „Weil alle tot sind. Das ist mein lieber Sohn, an dem ich Wohlgefallen habe.“ Temp. 38,2—37,6.

27. X. Dauernd erregt. Wechsel bald heiterer, bald ängstliche Stimmung, singt geistliche Lieder, verbigeriert dazwischen: „meine arme Mutter“ oder „es ist vollbracht“, „ich bin schlecht, ich habe viele Sünden getan“, z. T. mit unsinniger Betonung der letzten Silbe. Singt stereotyp „meine Geister, deine Geister, seine Geister“ usw. Grimassierende Gesichtsbewegungen. Zeitweise gehemmt, bleibt in gezwungener Haltung liegen. Einzelne Pseudospontanbewegungen. Schwer zu fixieren, soweit Antworten gegeben werden, örtlich orientiert; jedoch Personenverkennungen: hält den Arzt für einen Pastor. Antworten inkohärent, danebenredend. (Seit wann sind Sie krank?) „Seit ich gesund war.“ Bei einer Blutentnahme sehr erregt, einformig segnende Bewegungen, verbigeriert Bibelsprüche mit unsinniger Betonung.

30. X. Stimmung mehr heiter, witzelt. Bei Orientierungsfragen danebenredend: „Im Himmel.“ Halluziniert, zeigt auf die Decke: „Dort sind die Geister“, deutet nach der Tür: „Dort sehen die Geister durch, die Augen der Seelen.“ Auf die Wand deutend: „Weiß wie Schnee, grün wie Klee — Feuer wie Glut — Kirsche — die Hummel saugt aus dem Klee — den Saft und wird dann totgemacht — und die Biene frißt sie auf.“ Im Urin zahlreiche weiße und vereinzelte rote Blutkörperchen, spurweise Eiweiß, einzelne Zylinder. Erregung stundenweise wechselnd. Schlechte Rückerinnerung an die letzte Zeit, weiß nicht, wie lange sie hier ist. Personenverkennungen, jedoch örtlich orientiert. Weiß auch, daß ihre Schwester hier ist. Stimmung und Gedankengang nicht einander entsprechend. Bringt Selbstvorwürfe mit lächelnder Miene vor. Dauernd leichtes Fieber um 38°.

1. XI. Bewegungs- und spracharm, nur leichte grimassierende Bewegungen. Bisweilen negativistisch, zieht die Decke über den Kopf. Örtlich orientiert, zeitlich nicht, ganz ratlose

Angaben: bald Mai, bald Winter, rät die einzelnen Monate durch. Gegen Mittag vorübergehend erregt, bettflüchtig, stumme Bewegungsunruhe, kniet mit gefalteten Händen vor dem Bett. Selbstvorwürfe, sie sei faul in der Schule gewesen. Dann wieder bewegungsarm, doch keine Katalepsie. Antworten sehr verlangsamt, Aufmerksamkeit schwer zu wecken. Regungslose Mimik, tonlose Stimme. Bestätigt, daß sie traurig sei. Der Kopf tue ihr weh, könne nicht weiter sprechen. Antworten inkohärent und danebenredend: (Wie lange sind Sie hier?) „Das ist alles doppelt, Tag und Nacht.“ (Warum sind Sie hier?) „Daß ich sterben soll.“ Auf das Bild einer weiblichen Figur deutend: „Das bin ich.“

3. XI. Dauernd bewegungsarm; vereinzelte Äußerungen, in denen phantastische Angstvorstellungen vorgebracht werden: sie solle verbrannt und zerstückelt werden, „so sagen alle“ (Phoneme!). Andere Kranke haben gesagt, ihr Vater sei vorbeigeritten. Ratlos: „ich weiß gar nicht, was ich beten soll, damit ich sie wieder zusammenkriege.“ Selbstvorwürfe: „mein Gewissen quält mich so.“ Ständig Selbstmordgedanken. Eiweiß im Urin nur noch in Spuren, keine korpuskulären Bestandteile mehr. Rechte untere Bauchgegend dauernd etwas druckempfindlich.

5. XI. Erneuter Anstieg der Erregung, bei fortdauernder ängstlich-trauriger Stimmung. Verbigeriert: „ich will sterben, ich will sterben.“ Fürchtet sich vor den „Geistern“, habe einem der Geister ein Auge ausgerissen. Örtlich im groben orientiert. Verkennt aber andere Kranke, die seien ihr alle von früher bekannt. Zeitlich unorientiert, nur das Jahr wird gewußt. Mangelhafte Erinnerung an die jüngste Vergangenheit, weiß nicht, wie lange sie hier ist. Bestätigt Vergeßlichkeit. Berichtet von traumhaften Sinnestäuschungen: sah eine Gestalt, die ein blaues Kleid anhatte, sah Teufelsköpfe.

6. XI. Wieder gehemmt. Liegt mit geschlossenen Augen, den rechten Arm ausgestreckt, bewegt die Hand stereotyp hin und her.

9. XI. Wieder erregt, bettflüchtig. Massenhafte Personenverkennungen; hält den Arzt für ihren Schatz, eine andere Kranke für ihre Schwester, den zu Besuch anwesenden Vater einer Mitkranken für ihren Vater. Stimmung wechselnd, überwiegend ängstlich, dazwischen verliert.

10. XI. Selbstmordversuch, indem sie den Kopf zwischen eine Stange und das verstellbare Kopfende der Drahtmatratze klemmt. Bald danach wieder heiter, dann religiös ergriffen, singt kirchliche Lieder. Temp. niedriger, zwischen 37,5—37,8.

14. XI. Bisher in dauerndem regellosen Wechsel von Erregung und Hemmung. Jetzt ruhiger. Äußerungen von Ratlosigkeit: „es geht mir alles durcheinander, drunter und drüber.“ Keine Personenverkennungen mehr; zweifelt nur, dieser und jener sähe einem ihrer Verwandten oder Bekannten ähnlich. Hört noch Stimmen. In bildlich dargestellten Begebenheiten werden Einzelheiten richtig, Zusammenhang nicht oder falsch gedeutet, z. T. mit Bezug auf sich selbst. Leicht stuporös, abgehobener Kopf, ausdrucksloses Gesicht, beläßt den Arm in gegebener Haltung, hebt ihn danach noch 2—3 mal iterierend in die Höhe, iteriert auch das Händeschütteln bei der Begrüßung einige Male. Stimmung dauernd ängstlich und gedrückt mit Selbstvorwürfen.

18. XI. Erregungszustände werden immer seltener. Heute ganz stuporös, zusammengekniffene Augen, antwortet nicht, verhält sich negativistisch, lächelt aber dabei. Mehrfach Selbstmordversuche, indem sie im Bade unterzutauchen, sich eine Schlinge um den Hals zu legen sucht. Läßt unter sich.

22. XI. Der Stupor vertieft sich: Augen geschlossen, Kopf und Arme verharren in gegebenen Haltungen, zieht öfter die Decke über den Kopf. Gibt nur zögernd die Hand zum Abschied. Keine sprachliche Reaktionen. Negativistische Unsauberkeit, läßt auf dem Nachstuhl keinen Urin, verunreinigt dann das Bett. Urin enthält noch geringe Menge von Eiweiß und einzelne weiße und rote Blutkörperchen. Auch wiederholt unrein mit Kot. Fieberfrei. Lumbalpunktion: Liquor klar, Nonne negativ, Lymphocytose: $\frac{2}{3}$, Eiweiß: leicht erhöht, 2 Strich. Bakterien: keine.

15. XII. Wird allmählich wieder lebhafter. Spricht heute träumerisch vor sich hin von ihrer Kindheit. Zeitlich ungenau orientiert (gibt den 4. Dezember an, es sei noch 3 Wochen bis Weihnachten). Will beim Bettmachen helfen. Ist aber noch unsauber. Verlangt aufzustehen. Gibt die Hand, lächelt, gibt einsilbige Antworten.

24. XII. Versuchsweise aufgestanden, steht stumm auf einem Fleck.

5. I. 1919. Vereinzelt impulsive Unruhe. Zerreißt eine Bettdecke, auf Vorhalt blödes Grinsen.

16. I. In den letzten Tagen sauber. Steht nachmittags auf. Versucht eine Karte nach Hause zu schreiben, kommt aber nicht über die ersten Sätze hinaus.

18. I. Plötzlich Temperatur 39,4. Kopfschmerzen.

19. I. Keine Fieber mehr.

27. I. Wird allmählich lebhafter, dazwischen verbigeriert sie in kindlichem Tonfall auf Frage nach der Orientierung: „Hier ist ein Himmelshaus — Haus — Haus — Haus.“ Versuchsweise zur Küche geschickt: schält verkehrt, ißt faule Kartoffeln.

26. II. Weitere langsame Besserung, sucht sich zu beschäftigen. Unklare Erinnerung an die Zeit ihrer Erkrankung, weiß z. B. nichts von ihrem Aufenthalt auf der unruhigen Abteilung (bis Ende November); dagegen werden Eindrücke aus den ersten Tagen ihres Aufenthaltes, z. B. die Blutentnahme, erinnert, auch daß sie damals viel von Gott geredet hat und in demselben Saal lag, in dem sie jetzt sich befindet. Hat sich körperlich sehr gut erholt.

21. III. Seit Wochen geordnetes Verhalten. Die Hemmung hat sich allmählich ganz verloren. Erinnerungsverlust besteht für den größten Teil ihres Aufenthaltes in der Klinik, abgesehen von den ersten Tagen. Klare Erinnerung beginnt ziemlich scharf mit dem 14. III. Erst seitdem kann sie alles behalten. Gute Merkfähigkeit. Gedankengang geordnet. Schreibt einen sehr verständigen Brief nach Hause.

Geheilt entlassen. Nach Bericht vom 9. X. 1919 gesund geblieben.

Fall 12. Minna Kr., Stellmachersfrau. 38 Jahre. Hyperkinetisch-akinetische Form.

14. XI. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Seit 7. Lebensjahr hochgradig schwerhörig nach Scharlach. 1904 Heirat. 5 gesunde Kinder. 2 Kinder klein gestorben, 2 Fehlgeburten. Letzte Entbindung vor 10 Wochen. Stillte das Kind. Vor 3 Wochen Erkrankung an Grippe. Temperatur bis 39,5. Lag 14 Tage krank. Nach Ablauf der Grippe wurde sie geistig gestört, redete zusammenhanglos und einförmig: „mein Kindchen — mein Kindchen da kommt er — die Russen — da geht's puff, puff.“ Halluzinierte ihre Geschwister, war ängstlich, fürchtete totgeschossen zu werden, ihre Geschwister sollten unter das Bett kriechen, sonst würden sie auch umgebracht, besonders nachts sehr unruhig, stellte sich im Bett hoch, tastete an der Wand herum.

Befund: Schwächliche Frau in dürftigem Ernährungszustand. Starke Varizen an den Unterschenkeln. Kein Fieber. Innere Organe ohne Besonderheiten. Lebhafter Rede- und Bewegungsdrang. Wirbelt die Arme umeinander, schlägt mit den Füßen Takt, bohrt sich in den Ohren, macht sinnlose Pseudospontanbewegungen, indem sie den rechten Arm erhebt und nach vorne streckt, dies rhythmisch wiederholend. Streckt die Arme aus und schüttelt sie krampfartig, dazwischen feierliche, wie segnende Armbewegungen. Alles mit entsprechenden Ausdrucksbewegungen begleitend; daneben pfeift sie, spricht einförmig und zusammenhanglos, z. B. „1 Minute, 2 Minuten — ich will nicht Vollmacht — ist das nicht wahr — wohin, wenn ich nun nach Hause komme — ach Gott, ach Gott — wenn ich nun nach Hause komme — 1 Minute — 1 Minute — und einer Frau — noch 1 Minute — 2 Minuten — wir Menschen sind doch alle auf der Welt“ usw. „Ich habe mir schon so viel den Kopf zerbrochen — und ich bin die Kaiserin und Königin und Herzkönigin — und 3 Minuten — 4 Minuten — und bin ich weggefallen von Deutschland — wenn ich nach Deutschland komme — etwas warmes Wasser.“ Zählt einförmig Namen von Verwandten auf. Affekt wechselnd, abweisend, feierlich, religiös ergriffen, dazwischen ängstlich, mitunter auch heiter. Gegen Untersuchung abweisend, „fassen Sie mich nicht an — ich bin kein Weib — eine giftige, giftige Schlange.“ Aufforderungen befolgt sie nicht. Fragen werden nicht beantwortet. Beim Uhrablesen tastet sie einförmig an der Uhr herum, verfällt dann in Singen: „12 Minuten — Schulz —“. Dazwischen mutistisch bei fortdauernder motorischer Erregung oder auch Rededrang bei Bewegungslosigkeit. Genauere Untersuchung auf Orientierung usw. nicht möglich.

16. XI. Unverändert. Hochgradiges Iterieren und Haften in Bewegungen und Sprachäußerungen: nach dem Zeigen der Zunge faßt sie sich mehrmals an den Mund, dann an die Wange, dann auf die Stirn. Örtlich und zeitlich ganz desorientiert: (Wo hier?) „Jerusalem“. Haftet bei weiteren Fragen daran.

Bezeichnen von Gegenständen: Uhr — nicht zu fixieren. Schlüssel: + Geldbeutel: „Das ist Glas.“ 10 Pfennigstück: Geld. Redet dann weiter von Glas. 1 Markschein: „Geld, ich habe auch Geld — ich habe auch kein Geld mehr —“ Ring: + „und mein Hut — und mein Hut —

mein Herz, wo ist mein Herz.“ Alles in einem einförmig singenden Tonfall. „Wo ist denn die Leiche gewesen, die Leich' ist schon lange gewesen — bleiben sie man hier — bleiben sie man hier — davon schenk' ich was — noch einen hübschen Ring von mir, (faßt dabei an das Ohr) mein schönes goldenes Haar (faßt sich an die Haare).“

Taschentuch: Portemonnaie (Haften). (Das ist doch kein Portemonnaie?) „Doch ist das ein Portemonnaie.“

Einzelne Äußerungen deuten auf Stimmen: „Mamachen ruft es immer — das ist doch nicht mein Mariachen.“ Deutliche Echopraxie, ahmt das Händeklatschen sofort nach; ahmt das Emporheben der einen Hand erst mit der rechten, dann mit der linken Hand nach, sagt dazu: „bleiben Sie hoch.“

19. XI. Starke Unruhe, teils einförmig wie oben beschrieben, teils zusammenhanglose, impulsive Handlungen, stößt den Nachttisch um, sucht Kranke aus dem Bett zu reißen, schlägt.

21. XI. Etwas ruhiger, sagt unter anderem: „ich bin ängstlich — ich habe alles verloren.“ Sie liege hier auf einem Sterbebett. Einfache Bilder und Gegenstände, soweit fixierbar, erkannt; bei zusammengesetzten bald unaufmerksam, dreht sie herum, schweigt oder faßt nur unvollkommen auf.

24. XI. Beruhigung hält an. Zur Zeit fast stuporöses Verhalten, mutazistisch. Grimassierende Gesichtsbewegungen. (Wie geht es?) „Wie im Traum.“

3. XII. Nach vorübergehender Erregung wieder ruhig, stuporös, höchstens leichtes Grimassieren im Gesicht. Verzieht das Gesicht zum Weinen. (Warum weinen Sie)? „Weiß nicht — er hat so viel Geschichten gemacht und da war wohl Seife drüber — ich weiß auch nicht — er wurde wohl zu Tode gemartert.“ Verfällt bei dringendem Fragen in ein inkohärentes, verbigeratorisches Gerede.

14. XII. Lumbalpunktion: Liquor in jeder Hinsicht, auch bakteriologisch negativ.

27. XII. Unverändert, bewegungsarm, dazwischen vereinzelt heiteres Vorsichhinderen oder Singen. Unrein mit Urin und Kot.

Seit 21. I. 1919 erregter, impulsives Aufspringen, Widerstreben, Grimassieren, sammelt Speichel im Munde. Mischung von psychomotorischer Hemmung und Erregung.

21. II. Wiederholt Durchfälle. Rascher körperlicher Verfall.

25. II. Tod.

Sektionsbefund: Hochgradige Atrophie sämtlicher Organe, Dickdarmkatarrh, Stauungsinduration der Leber und Milz.

Die hyperkinetischen Erregungen werden sonst nicht von der Amentia unterschieden oder höchstens (Bonhöffer) als katatonische Formen der Amentia hingestellt. M. E. ist der Unterschied zwischen der hyperkinetischen Erregung und der Verwirrtheit nicht kleiner als der zwischen einem Dämmerzustand und einem Delir oder zwischen einem Delir und einer Halluzinose. Allenthalben gibt es Übergänge. So stellt von den Fällen 10, 11, 12 Fall 11 einen Übergangsfall zur Verwirrtheit dar. So gut wir aber trotzdem die anderen Zustandsbilder auseinanderhalten, muß man auch die hyperkinetische Erregung als gesonderte Form anerkennen. Damit wird zugleich noch deutlicher als es sonst geschieht, zum Ausdruck gebracht, daß psychomotorische Erregungszustände nicht immer Katatonien sind. Auf das Vorkommen und die Häufigkeit symptomatischer Psychosen psychomotorischen Charakters habe ich schon vor 14 Jahren bei der Beschreibung der Choreapsychosen hingewiesen.

An die hyperkinetische Erregung schließt sich häufig eine stuporöse Krankheitsphase an (Fälle 11 und 12) — hyperkinetisch-akinetische Verlaufsform —, doch gibt es auch symptomatische Psychosen mit psychomotorischem Gepräge, die sich auf eine hyperkinetische Erregung beschränken, z. B. Fall 10 meiner Arbeit über die postoperativen Psychosen. Wahrscheinlich hätte sich auch die Influenzapsychose des Falles 10 in dem hyperkinetischen Erregungszustand

erschöpft; wenigstens war nach fünf Tagen die Erregung abgelaufen, ohne daß in den folgenden Tagen ein eigentlicher Stupor Platz gegriffen hätte; nur war die Kranke schwerbesinnlich, zeigte erheblich herabgesetzte Denkleistungen und perseverierte stark. Da sie drei Tage später starb, ist ein bestimmtes Urteil über den Verlauf nicht möglich. Wenn sich an den Erregungszustand ein stuporöses Stadium anschließt, pflegt der Übergang von Erregung in Stupor nicht unvermittelt zu sein, sondern durch einen Mischzustand hindurchzugehen, währenddessen der Stupor von allmählich seltener werdenden Erregungen durchbrochen wird, so auch bei Fall 12. In diesem Falle erfolgte der Tod noch während der Phase gemischter hyperkinetisch-akinetischer Erscheinungen.

Die kennzeichnenden und vorherrschenden Symptome des hyperkinetischen Erregungszustandes sind, wie die Fälle 10—12 beweisen, die Zeichen psychomotorischer Erregung im Sinne Wernickes und meiner Arbeiten über die psychomotorischen Bewegungsstörungen, d. h. Pseudospontanbewegungen, die zum Teil an Reaktiv-, Ausdrucks- oder Zweckbewegungen erinnern (besonders Fall 12), einfache Gliederbewegungen, Parakinesen, kurzschlüssige Reaktionen im Sinne einer Ablenkbarkeit durch Sinneseindrücke (Fall 10), Echolalie und Echopraxie (Fall 12), Inkohärenz der Bewegungs- und Sprachäußerungen, Bewegungsiterationen und Verbigeration, (besonders in Fall 12). Sprache und sonstige Motilität sind oft in verschiedenem Grade und zuweilen in gegensätzlicher Weise gestört: stummer Bewegungsdrang, bewegungsarmer Rededrang. Die psychomotorischen Störungen traten im Beginn der Psychose des Falles 11 anfallsweise auf, ähnlich hysterischen Anfällen, und entsprechend den früher von mir beschriebenen hyperkinetischen Anfällen.

Die Denkvorgänge sind bei der symptomatischen hyperkinetischen Erregung besonders stark gestört: bald mehr im Sinne der Inkohärenz, bald mehr in dem der Einförmigkeit und des Haftens (erstes bei Fall 11, letzteres bei Fall 10 und 12). Die Merkfähigkeit war bei allen drei Fällen herabgesetzt, besonders in der sehr schweren, tödlich verlaufenden Erkrankung des Falles 10. Es blieben Erinnerungsverluste zurück. Die Kranken sind örtlich und zeitlich in wechselndem Grade desorientiert. Gehörstäuschungen und optische Halluzinationen und Illusionen kamen bei allen drei Kranken vor. Sehr erheblich sind die affektiven Störungen: ähnlich den Verwirrtheitszuständen ist der Affekt wechselnd und labil, doch überwogen auch bei diesen Kranken ängstlich-traurige Regungen von zeitweise großer Stärke, die im Fall 11 zu wiederholten Selbstmordversuchen führten. Anfangs kamen bei allen drei Kranken, besonders in Fall 11 und 12, auch heitere, gehobene, religiös ergriffene Stimmungsregungen mit vorübergehenden, entsprechenden Größenvorstellungen vor: G. B. soll die Menschen belehren, Frau K. ist die Himmelskönigin, die Herzkönigin. Ähnlich verhielt sich auch eine gleich zu besprechende Kranke Meyers (Fall 5).

Während der vorletzten Influenzaepidemie sind die hyperkinetischen Erregungen von den Verwirrtheitszuständen und vielfach auch von den Delirien nicht getrennt worden. Die auf die motorischen Symptome nicht eingestellten Beschreibungen machen meistens eine nachträgliche sichere Entscheidung unmöglich. Ziemlich klar liegen je ein Fall von Kirn und Mispelbaum (Fall 1). Bei beiden Kranken folgte ein Stupor auf die erregte Phase. Auch die neueren Beobachtungen schenken zum Teil den motorischen Symptomen nicht die ge-

bührende Beachtung. So dürften die von Ladame beschriebenen Fälle 1 und 9 psychomotorische Erregungszustände durchgemacht haben, an die sich ein Stupor anschloß; sie wurden nach Ladames Worten später „kataton“. Dasselbe gilt für die Fälle 8 und 12 von Pässler, die der Verfasser als Manien beschreibt und für die „Katatonien“ 13 und 15 derselben Arbeit. Auch Webers Fall 4 — vielleicht auch dessen Fall 3 — scheint eine hyperkinetische Erregung gehabt zu haben: starker Bewegungs- und Rededrang, krampfartige Anfälle, schneidet Gesichter, grimassiert, wird durch alle Eindrücke abgelenkt. Eine hierher gehörende Amentia „mit katatonischen Symptomen“ beschreibt Riese (Fall 4), zwei derartige Fälle v. Rad. Von den Beobachtungen Meyers würde ich die Kränken 1 („Delir“) und 5 („epileptiforme Erregung“) als hyperkinetische Erregungen auffassen.

Stuporzustände.

Fall 13. Inf. Johann M. 39 Jahre.

22. I. 1916 Aufnahme ins Kriegslazarett D.

Früher gesund. Seit 10 Tagen Husten und Brustschmerzen nach Erkältung im Dienst. War in Revierbehandlung wegen rechtseitiger Pleuritis. Starke Kopfschmerzen. Fiel durch sein stilles Wesen auf.

Befund: rechts hinten unten Schallverkürzung. Hochgradige Bewegungsarmut, Katalepsie. Spricht spontan nicht, auf Fragen spärliche Antworten, ist aber orientiert.

24. I. Lebhafter. Keine Katalepsie mehr.

21. II. Noch immer etwas still. Klagen über Kopfschmerzen und Mattigkeit. Sonst keine psychischen Störungen mehr.

In ein Reserve-Lazarett zurückbefördert. Nach dortigem Krankenblatt psychisch frei; nach 1 Monat g. v. entlassen.

Fall 14. Anna B., Erzieherin. 35 Jahre.

18. X. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Die Schwester der Kranken (Fall 11) wurde 5 Tage nach derselben ebenfalls wegen Influenzapsychose in die Klinik aufgenommen. War immer herzensgut, hatte einmal 2000 M. von ihren Ersparnissen geopfert, um ihren Vater von seinen Schulden zu befreien. Ernst veranlagt. In den letzten Jahren etwas nervös, durch die Erziehung eines nervenschwachen Jungen sehr angegriffen. Immer starke Menstruationsbeschwerden. In letzter Zeit infolge schlechter Ernährung körperlich stark abgenommen. Litt an Fluor albus. In den ersten Tagen des Oktober an Grippe mit leichter Lungenentzündung erkrankt, Fieber bis 39,8. Kam vor 14 Tagen krank nach Hause. 3 Tage nach Ablauf der Grippe plötzlich geistig gestört, wurde nachts unruhig, hörte Stimmen, hörte nachts draußen klopfen, sah eine Frau. Versuchte in den See zu gehen, verweigerte die Nahrung. Hypochondrische Sensationen, sie habe Wasser im Leib.

Befund: Körperlich: Blaß. Exophthalmus beiderseits. Puls schwach, beschleunigt, 120. Kein Fieber.

Stuporöses Verhalten, liegt mit weit geöffneten Augen. Antwortet nicht, schaut ratlos umher, verweigert die Nahrungsaufnahme. Widerstrebend bei der Untersuchung, läßt den zur Untersuchung geöffneten Mund lange offen. Verharrt in passiv gegebenen Haltungen. Bestätigt durch Nicken, daß sie Angst habe, aber unbewegter Gesichtsausdruck. Verhält sich sauber.

20. X. Sondenfütterung wegen andauernder Nahrungsverweigerung. Vereinzelt wird der Stupor durchbrochen, Pat. steht auf, steht umher, macht ratlose Äußerungen, „jetzt laufen sie alle weg“ (mit Bezug auf die Pflegerinnen), sagt plötzlich: „Schwester, Schwester, das ist nicht wahr, die ganze Geschichte, weil ich dann die ganze Geschichte aufkläre.“ Mit Bezug auf das Essen: „Ich habe gar nichts gegessen. Sie wissen ja Bescheid.“ Besonders nachts häufig außer Bett. Wird abends gesprächiger, der Arzt habe ihr Gift eingegeben, die Zunge sei ihr herausgenommen und wieder eingesetzt worden. Unklare Beziehungsideen gegen die Pflegerin.

22. X. Derselbe Zustand, bestätigt Angst, „weil ich alle umgebracht habe“, bei näherer Frage „ich kann jetzt nicht denken.“

Im Urin Eiweiß. Temp. 37,2—38,2.

Auf Orientierung, Merkfähigkeit u. a. wegen ihres Mutismus und mangelnder Fixierbarkeit nicht zu prüfen.

25. X. Immer ratlose Miene und ausgesprochener Negativismus. Versucht Aufforderungen zu folgen, vermag sich aber nicht zu bewegen, stöhnt dabei. Zuweilen kurzes Zittern des ganzen Körpers. Im Urin kein Eiweiß und keine Zylinder. Gibt jetzt öfter einzelne kurze Antworten, aus denen hervorgeht, daß sie stark halluziniert: sei bis zur Dachrinne hochgehoben worden und dann plötzlich herabgestürzt; nun werde sie festgehalten (Sensationen). Es werde alles durcheinander geredet. Man rufe sie Bohnstädt, aber sie wisse nicht, ob sie Bohnstädt sei, sie habe in diesen Tagen keinen klaren Gedanken gehabt. Örtlich und zeitlich unorientiert. Verschwommene Erinnerung an die letzte Zeit. Bezeichnet aber die Krankenschwester als solche, auch ihre in dem gleichen Saal befindliche Schwester richtig; wendet sich oft ganz ratlos und ängstlich an diese: „Truding, komm doch her, ich kann ja nicht mehr — was ist das eigentlich — Truding, was redest du für Unsinn — welche Kinder meint sie denn eigentlich — was ist denn eigentlich — ich finde mich nicht mehr aus dem Wirrwarr. Immer wieder etwas anderes — was will die mit der Haube.“ Der Doktor sei nicht der Doktor, sie kenne die Gesichter nicht. Wird etwas beweglicher, sitzt häufig im Bett, zeigt ausgeprägt ratlose Miene, beginnt selbst zu essen. Temp. 38—37,8.

28. X. Zunehmende Lebhaftigkeit, doch noch stark gehemmt, gibt aber bei einer klinischen Vorstellung Auskunft: sie finde sich nicht zurecht. Klagen über „das Geflüster“, man rufe ihren Namen. Es schienen viele Malchower hier zu sein. Erinnerung sich an die Grippe, die folgende Zeit ist unklar. Noch zeitlich und örtlich desorientiert. Optische Sinnestäuschungen, sieht Teile von bekannten Gesichtern. Ihre Schwester habe den Kopf ihrer Schwester, sei aber doch nicht ihre Schwester. Alles sehe anders aus. Subfebrile Temperatur um 37,5.

31. X. Mehr ängstlich. Verteidigt sich gegen halluzinierte Vorwürfe. Will sterben, man solle ihr den Leib aufschneiden und sich überzeugen, daß es nicht wahr sei. Eine Kugel sei von hinten durch sie durchgegangen. Lauter Nadeln seien um sie und kämen näher (Sensationen).

3. XI. Im wesentlichen unverändert. Gehemmt, ratlos, bewegungs- und spracharm: „Was hier alles vorgeht — sie haben sich alle gegen mich verschworen — zuerst haben sie mir die Nase abgeschnitten — das liegt so weit zurück — die letzten Sachen haben sie da und die schon lange tot sind, die haben sie hier alle zwischen gelegt — ich bin die rechte Anna Bohnstädt — aber was sie mit mir aufgestellt haben — einmal haben sie mich so aufgestellt und einmal so — das können Sie sich gar nicht vorstellen — wenn sie mich nur einmal richtig auseinanderschneiden wollten.“ Ein andermal: „Ich sehe ganz etwas anderes, als diese sehen.“ Erzählt, sie habe eine Mitkranke für eine gewisse Miete Westdorf gehalten, eine andere für eine Verwandte von ihr. Noch immer örtlich und zeitlich desorientiert. Verfolgt mit ratloser Miene die ihr unerklärlichen Vorgänge der Umgebung. (Wo sind Sie hier?) „In dem großen Saal und der lange Tisch ist da und das hohe Fenster. Das muß doch Malchow sein. Das hier ist doch kein Bett?“

9. XI. Noch immer stark halluzinierend. „1000 Namen legen sie mir bei. Was soll das alles bedeuten?“ Stimmung etwas weinerlich, aber ohne lebhafteren Affekt. Sieht ein Notizbuch zweifelnd an: „Das ist doch keine Karte?“ „Wenn ich alles bedenke, was ich hier schon erlebt habe, dann muß ich schon tausend Jahre hier sein, aber das ist doch nicht möglich.“ Allmählich etwas lebhafter. Kein Fieber mehr.

20. XII. Verlangt aufzustehen. Bezeichnet Bilder im Bilderbuch richtig. Zusammenhängende bildlich dargestellte Begebenheiten werden nur in Einzelheiten erkannt, der Zusammenhang fehlt.

10. XII. Weitere Besserung. Sinnestäuschungen geschwunden. Ratlosigkeit besteht noch, Pat. kennt aber jetzt die Namen des Arztes und Professors. Spricht noch mühsam und halblaut. (Wo sind Sie hier?) „Das weiß ich eben nicht, alles verliert sich.“ Bezeichnet ihre Stimmung als traurig und ängstlich. Stundenweise auf, steht aber an der Tür. Fragt nach ihrer Schwester.

Lumbalpunktion: Liquor klar. Nonne —. Lymphozythen $\frac{2}{3}$. Eiweiß 1 Strich. Bakterien keine.

20. XII. Abends plötzlich 39,5. Rückenstiche, links hinten unten leichte Dämpfung und Rasselgeräusche.

22. XII. Noch zahlreiche Rasselgeräusche links hinten unten.

28. XII. Fieber abgefallen. Dämpfung und Rasselgeräusche geschwunden. Kein Einfluß der Bronchopneumonie auf das psychische Befinden. Noch immer sehr still, findet sich noch nicht zurecht.

12. I. 1919. Schreibt eine formal geordnete Karte nach Hause mit der Bitte, sie abzuholen. Äußert dann starke Selbstvorwürfe: alle hätten hier unter ihr zu leiden, man solle ihr alles schicken, was sie noch habe, damit sie noch alles wieder gutmachen könne.

26. I. Zeitweise bedeutend klarer, sagt selbst, es gehe ihr besser, dann wieder unsinnige Selbstvorwürfe, sie müsse mit dem Schlauch gefüttert werden, weil sie so lange hier sei.

14. 2. Sehr allmähliche Besserung. Nicht mehr so ratlos und zweifelsüchtig. Bezeichnet Prof. K. nach langem Zögern als Professor, kennt aber den Namen nicht. Auch sonst kennt sie noch keinen Namen aus der Umgebung. Bestätigt, daß sie in Gehlsheim sei, fügt aber hinzu: „das wird immer so gesagt.“

Bei einer Assoziationsprüfung sehr verlangsamte Reaktionen, bis zu 12 Sekunden. Angaben über letzte Erlebnisse: sei wohl schon im November hergekommen, vor Weihnachten bestimmt. Auch ihr Aufenthalt im Elternhaus vor der Aufnahme wird nur verschwommen erinnert. Weitere Erinnerung an ihre Erkrankung in Schwerin, erinnert sich, daß sie dann aufgeregt wurde. Weiteres wird nicht erinnert bis auf die letzten Tage. Merkfähigkeit gut. Zeitlich orientiert.

28. II. Seit etwa 8 Tagen bedeutende und rasche Besserung. Beschäftigt sich, liest, spricht ohne Hemmung. Erinnert sich nur der ersten Zeit ihres Hierseins, dann Erinnerungsverlust bis auf die letzten Tage. Völlig orientiert.

Geheilt entlassen.

Aus einer Anfrage vom 15. VI. 1919 geht hervor, daß Pat. inzwischen gesund geblieben ist. Sie war damals im Begriff, wieder eine Stelle als Erzieherin anzunehmen.

Stuporzustände bei Infektionspsychosen sind allgemein anerkannt. Bei Influenza scheinen sie, nach der Literatur zu urteilen, sehr selten zu sein. Aus der letzten Epidemie ist kein reiner Stuporfall veröffentlicht worden, im Jahre 1890 beschrieb Krause einen mit starker Depression einhergehenden Stupor. Einen leichten und sehr reinen Fall von Influenzastupor stellt der im Felde beobachtete Fall 13 dar, an dem außer psychomotorischer Akinese mit Katalepsie und einer diese Erscheinungen überdauernden Denkhemmung nichts Psychotisches nachgewiesen werden konnte. Schwerer und mit mannigfachen anderen Symptomen verbunden verlief der Stupor des Falles 14. Beginn mit kurzer ängstlich-halluzinatorischer Erregung, sodann während eines über fünf Monate währenden zeitweise kataleptischen Stupors andauernde Angst mit Ratlosigkeit, schwermütiger Verstimmung, Selbstvorwürfen; sehr zahlreiche Gehörs- und Gesichtstäuschungen, anfangs auch lebhaftere Sensationen (Wasser im Leib, Zunge herausgenommen). Die Denkhemmung und die Unfähigkeit zur Bewältigung von Denkleistungen (Bilder erklären) ist sehr stark und überwiegt im weiteren Verlauf mehr und mehr die psychomotorische Akinese; noch 14 Tage vor ihrer Entlassung ist die Reaktionszeit im Assoziationsversuch bis auf 12 Sekunden verlängert. Örtlich-zeitliche Desorientierung, Merkschwäche, umfangreicher Erinnerungsverlust. Das Bild ist demnach mit den Symptomen eines Delirs bzw. Dämmerzustandes verquickt und erinnert insofern an das des Falles 2 (Dämmerzustand mit starker Denkhemmung).

Depressionszustände.

Fall 15. San.-Unterroffizier Ludwig Sch. 32 Jahre. Leichte Depression.

Mutter nervös, Pat. früher gesund, ernstes Wesen. Erkrankte am 27. XII. 1914 mit Fieber, Nasenkatarrh, Kopfschmerzen. Seitdem psychisch verändert und körperlich matt.

Schwindel, Kopfschmerzen, Schmerzen in den Beinen, Klagen über Vergeßlichkeit, niedergeschlagene Stimmung, Schlaflosigkeit.

Bis 23. II. Besserung, aber immer noch müde und leicht deprimiert. In ein Heimatlazarett zurück. Nach brieflicher Auskunft sind die Beschwerden im Laufe einiger Monate verschwunden.

Fall 16. Emil S., Kaufmann. 36 Jahre. Leichte Depression mit neurosthenischen Erscheinungen.

7. I. 1919. Großmutter leidet an Altersschwachsinn. Pat. früher immer gesund, heitere, tätige Natur. Im September 1918 Influenza. Seitdem sehr matt, Kopfschmerzen, Schwäche und Schmerzen in den Beinen und im Kreuz. Herzklopfen bei Treppensteigen. Stimmung sehr gedrückt, besorgt um seine Gesundheit. Allmähliche Besserung bis März 1919, leidet aber noch hier und da an Kopfschmerzen.

Fall 17. Marie A., Bäckerswitwe. 31 Jahre. Ängstliche Depression.

28. X. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Mutter aufgeregt. Pat. selbst seit Jugend leicht erregbar, später öfter Kopfschmerzen. Seit der ersten Schwangerschaft erregbarer, in der Stimmung schwankend, häufig Ohnmachten und Kopfschmerzen. Bei schlechter Stimmung fühlte sie sich körperlich gleich elend, legte sich bei geringen Anlässen hin. Am 24. VI. 1917 fiel der Mann. Danach sehr aufgeregt und bedrückt. Ende August Grippe, lag 4 Tage zu Bett. Als sie wieder aufstand, Kopfschmerzen, Schwindelgefühl, Schwäche und Schwere im Leib; kurz darauf ein Anfall von heftigem Herzklopfen und Angst. Die Anfälle wiederholten sich 3—4 mal und dauerten jedesmal $1\frac{3}{4}$ Stunden. Seit dem ersten Anfall dauernd etwas ängstlich und in Sorge vor Wiederholung der Anfälle. Ein äußerer Anlaß für die Anfälle lag nicht vor. Fühlte sich seitdem sehr schwach, nervös. Der Zustand war wechselnd, sie mußte bald einen Tag liegen, bald konnte sie auf sein. Häufig Schwindelgefühl, besonders im Stehen sei das ein Gefühl, als ob die Füße hochgingen. Klagen über Schwäche in den Armen und Füßen und im Magen, angehaltener Stuhl. Bei dem Anfall von Herzklopfen und Herzangst gingen die Augenlider auf und nieder, sie sehe dann Funken, Sterne, Kugeln und Körner. Besonders bei der Periode solche Anfälle. Druckgefühl im Kopf und im Magen.

Befund: sehr blaß, sonst kein körperlicher Krankheitsbefund. Kein Fieber. Insbesondere am Herzen nichts Krankhaftes. Keine körperlich hysterischen Zeichen. Klagen, als ob der Leib geschwollen und zu schwer sei, könne nicht mehr richtig durchatmen, ihr Leib müsse fort, müsse abgeschnitten werden. Klagen über Vergeßlichkeit, Weinerlichkeit, sei ängstlich, empfindlich. Spricht mit leiser Stimme, Bewegungen matt und kraftlos. Stimmung nicht dauernd gedrückt. Kein Interessesverlust. Keine Selbstvorwürfe. Kein Lebenüberdruß. Keine Denkhemmung und Entschlußunfähigkeit, durch Zureden beeinflussbar, läßt sich leicht aufheitern, verfällt aber ebenso leicht wieder in Gedrücktheit und Ängstlichkeit.

18. XII. Allmähliche Besserung des Zustandes. Angstanfälle, die in den ersten Tagen auftraten, verloren sich bald. Geheilt entlassen und gesund geblieben (Brief vom 14. I. 1920.)

Fall 18. Emmy H. Verkäuferin. 22 Jahre. Ängstliche Depression.

27. VIII. 1918 aufgenommen.

Vorgeschichte: Vater nervös, sei ein Jahr lang schwer nervenkrank gewesen. Pat. selbst seit Jugend leicht zornig und ungeduldig. Vor einigen Wochen Grippe. In der dritten Nacht nach Beginn der Erkrankung starkes Herzklopfen, Angstanfall mit Sterbegefühlen, Wühlen im ganzen Leib, alles erschien ihr wie aus weiter Ferne. Ging noch mit Fieber 4 Tage ins Geschäft. Lebt in dauernder Angst, einen Herzfehler zu haben. Wiederholt Angstanfälle, besonders nachts; sie schaudere, wenn sie daran denke. Müsse viel weinen über ihre Krankheit. Klagen über innerliche Leere und Gleichgültigkeit, könne sich an nichts mehr freuen, sie könne nicht mehr leben und möchte doch so gern. Auch Selbstvorwürfe wegen früherer Leichtlebigkeit, könne von solchen Gedanken nicht los.

Befund: Am Abend des Aufnahmetages Temperatur 38, auch in der Folgezeit noch wiederholt leichte abendliche Temperatursteigerungen 37,6—37,8—37,9.

Psychischer Befund vgl. Vorgeschichte. Klagt bei längerem Gehen über Schmerzen im ganzen rechten Bein, fühle eine Lahmheit im ganzen Fuß. Keine objektiven Veränderungen. Reflexe o. B. Nervenstämme nicht druckempfindlich.

8. IX. Schlaf gebessert. Stimmung sehr wechselnd, weint leicht, fürchtet, nie wieder gesund zu werden. Abends mehrfach leichtere Angstzustände. Fühlt sich leer und teilnahmslos. Bei den Untersuchungen etwas abweisend, verschämt, störrisch.

14. IX. Bei einer Blutentnahme plötzliches Gelächter, kann keinen Grund angeben. In der Folge noch wiederholt plötzlicher unmotivierter Stimmungsumschlag.

20. IX. Bei der Visite abweisend, verkriecht sich unter der Bettdecke, antwortet nicht, weint plötzlich laut.

24. IX. Wird im Büro beschäftigt. Macht ihre Arbeit ordentlich, das Benehmen wird freier, die Stimmung gleichmäßiger.

27. IX. Ohne Beschwerden entlassen. — Pat. klagte in der Folgezeit noch mehrfach über Verstimmung und nächtliche Angstgefühle.

Fall 19. Inf. Henry Br. 26 Jahre. Hypochondrische Depression.

22. V. 1916 Aufnahme ins Kriegslazarett

Vorgeschichte: Früher gesund; nicht belastet. In den letzten Wochen erkältet, hatte Brustschmerzen und Husten. Fiel bei der Truppe vor einigen Tagen durch gedrückte Stimmung auf, blieb bei Granateinschlägen steif stehen. Behauptete, seine Gesundheit sei ruiniert, er sei mit Schanker behaftet. Seine Kameraden riefen ihm das nach. Man solle ihn mit Handgranaten totwerfen. Er sei durch und durch syphilitisch, er taue nichts mehr. Setzte sich absichtlich dem Feuer aus.

Befund: Gedrückte Stimmung, zeitweise ängstlich. Ist überzeugt, Syphilis zu haben. Schließt das daraus, daß nach angestrenzter Arbeit sein Glied einen so unangenehmen Geruch habe. Eigenbeziehungen, die Kameraden hänselten ihn und riefen ihm nach: „das alte Schwein hat Schanker und Syphilis.“ Ging deshalb zum Arzt, um sich untersuchen zu lassen. Sei von den Kameraden gemieden worden, weil er einen so unangenehmen Geruch habe. Werde von den Kameraden für einen Spion gehalten, man habe ihn immer so ausgefragt, wie das Essen sei usw. Datiert den Beginn der psychischen Veränderung auf 3 Wochen zurück.

Körperlich: Innere Organe o. B. Am Penis nichts Besonderes. P.-S.-Reflexe nur mit Kunstgriff schwach auslösbar. A.-S.-Reflexe fehlen. Urin frei. N. femoralis rechts mehr wie links druckempfindlich, ebenso beide Hüftnerven. Bauchdeckenreflexe rechts schwächer als links. Lumbalpunktion: Im Liquor Eiweiß etwas vermehrt. Nonne: schwach +. Wassermann im Blut und Liquor: —.

Vom 24. bis 28. V. leichte Temperatursteigerung. Vidal Typhus: 1 : 80. Stuhl auf Typhus und Paratyphus: —.

30. V. Stimmung freier. Klagen über Ziehen in den Beinen. Sehnenreflexe an den Beinen fehlen jetzt vollständig.

6. VI. P.-S.-Reflexe mit Kunstgriff hie und da schwach auslösbar, links = 0. A.-S.-Reflexe beiderseits schwach zu erhalten. Druckempfindlichkeit der Nervenstämmen an den Beinen noch vorhanden. Stimmung gleichmäßig, nicht mehr ängstlich und gedrückt. Keine Beziehungsideen mehr; hat aber noch keine Krankheitseinsicht für die früher geäußerten Eigenbeziehungen. Hält sich nach wie vor für syphilitisch. Verlangt wieder zum Dienst. Neigung zu Selbstvorwürfen: habe wohl manchmal leichtsinnige Redensarten geführt.

9. VI. Den ganzen Tag traurig, weinerlich, verlangt in Arrest und erschossen zu werden. „Weil ich etwas verbrochen habe und drüben angezeigt bin.“ Behauptet nach wie vor, er stinke. Werde deshalb von den Kameraden verfolgt.

16. VI. Zunehmend depressiv, will heute seine Strafe annehmen, drängt fort. Sei geschlechtskrank. Betet unter Schluchzen mehrmals das Vaterunser. Sehr ängstlich, jammert, „ich habe Syphilis, ich habe Hundwürmer. Ich will in ein Lazarett, wo Syphiliskranke sind. Ich habe einen Meineid begangen. Ich will erschossen werden.“ Klagt über Schmerzen am Glied. Sehnenreflexe an den Beinen heute lebhaft auslösbar. Hüftnerven noch beiderseits druckempfindlich. Wieder geringe Temperatursteigerung, abends 37,4, morgens 37,6.

15. VI. Ruhiger. Lächelt über sein gestriges Benehmen. Hält aber seine hypochondrischen Vorstellungen fest. P.-S.-Reflexe heute sehr schwach mit Kunstgriff zu erhalten.

30. VI. Zurück in ein Reservelazarett. Nachforschungen über weiteren Verlauf erfolglos.

Depressive Verstimmung ist, wie wir sahen, eine fast regelmäßige Erscheinung der Influenzapsychosen. Die depressiven Zeichen überdauern zuweilen die

übrigen Symptome längere Zeit (Fall 1 u. 7), vgl. auch die Fälle 1 und 2 von Notkin. So kommen depressive Verstimmungen denn auch als selbständige Krankheitsbilder bei Influenza vor. Ich habe hier nur diejenigen Fälle zusammengestellt, die weder entsprechend erblich belastet waren, noch persönlich eine depressive, manische oder zirkuläre Veranlagung aufwiesen, so daß zunächst kein Grund vorliegt, diese Erkrankungen nicht auch als Influenzapsychosen aufzufassen. Während in der vorletzten Influenzaepidemie zahlreiche Depressionszustände („Melancholien“) beschrieben wurden, fehlen sie zwar auch in diesmaligen Berichten nicht, aber man ist vielfach geneigt, dieselben als ausgelöste endogene Depressionen zu betrachten.

Lada me sah manche Influenzakeranke, die monatelang stark deprimiert, willenlos, erschöpft waren; jede Arbeit, besonders jede geistige Anstrengung erschien ihnen zu schwer. Von v. Rad werden zwei hypochondrische Depressionen nach Influenza erwähnt, die — wie v. Rad ausdrücklich bemerkt — nicht als manisch-depressive Erkrankungen aufzufassen waren. v. Rad bestätigt auch die ängstlich-depressive Färbung' der sonstigen Influenzapsychosen. Dörbeck berichtet in einer allgemein gehaltenen Darstellung der psychischen Begleiterscheinungen der Grippe, daß die meisten seiner Influenzapsychosen Depressionszustände mit hypochondrischer Färbung waren; daneben kamen Delirien und Verwirrheitszustände vor. Dr. Gerlach-Rostock sah — nach persönlicher Mitteilung — unter 250 Influenzakeranken 8 mal leichte melancholische Depressionen, zum Teil mit Selbstvorwürfen und Lebensüberdruß, die in häuslicher Pflege abheilten. Auch von Gröger wird ein Depressionszustand bei Grippe kurz erwähnt. Riese faßt einen Depressionszustand nach Grippe als eine ausgelöste endogene Melancholie auf, weil sich die Erkrankung in nichts von anderen Melancholien unterschieden habe. Ebenso beurteilt Hitzenberger drei 8 Tage nach Influenza entstandene „Melancholien“ bei nicht belasteten, erstmalig erkrankten Personen. Pässler führt zwei leichte und kurz dauernde melancholische Depressionen nach Influenza aus seinem Bekanntenkreise an; warum er den Fall 5 aus der Tübinger Klinik nicht auch als depressive Influenzapsychose, sondern als ausgelöste endogene Depression betrachtet, ist nicht ersichtlich, da der Kranke weder persönlich noch familiär zu Depressionen veranlagt war. Das Krankheitsbild mit Angst und hypochondrischen Wahnvorstellungen erinnert sehr an meinen Fall 22. Nach freundlicher Mitteilung von Professor Schröder sind in der Greifswalder Klinik neben vereinzelt anderen Influenzapsychosen mehrere Kranke mit leichten Depressionszuständen behandelt worden, „welche ihr Leiden auf die Grippe zurückführten, ohne daß es möglich war, einen Zusammenhang ganz von der Hand zu weisen“.

Bei der vorletzten Influenzaepidemie hat man im Gegensatz zu der heute herrschenden Meinung mehrfach Depressionen, die bei periodisch Depressiven und Zirkulären durch Influenza ausgelöst wurden, schlechthin als Influenzamelancholien aufgefaßt. Dahin gehören m. E. Kraepelins Fall 4, die Beobachtungen 1—3 von Lehr, Mispelbaums Fälle 6—9, Schmitz' Fälle 4 und 6. Auch dabei bleibt es bemerkenswert, daß die Influenza so sehr geneigt ist, gerade endogene Depressionen auszulösen. Ich habe eine Anzahl ähnlicher Beobachtungen gemacht und komme darauf zurück. Von den „Melancholien“ der Influenzaepidemie des Jahres 1890/91 müssen noch diejenigen Fälle ab-

gezogen werden, die einen ungünstigen Ausgang nahmen (Kirn). Es waren wohl Erkrankungen an Dementia praecox. Die älteren Psychiater faßten auch das Zustandsbild der Melancholie wesentlich weiter, als es heutzutage geschieht und besonders hier vertreten wird. So rechnete Kirn das stuporöse zweite Stadium tobsüchtiger Erregungszustände zu den Melancholien und bezeichnet die Fälle 2, 3 und 4 von Mispelbaum, die m. E. ängstliche Delirien und Verwirrheitszustände gewesen sind, als „schwere Melancholien“. Trotz dieser Abzüge bleiben aber von den Veröffentlichungen des Jahres 1890/91 11 gut beobachtete und einwandfreie Influenzadepressionen übrig. Es handelt sich darunter nicht nur um einfache Melancholien (Fälle Solbrig 1 und 5, Kraepelin 3), sondern auch um ängstliche Depressionen (Lehr 4, Mispelbaum 7, Schmitz 7, 8) und um hypochondrische Depressionen (Lehr 5, Solbrig 2, Kraepelin 2). Das von Kirn als besonders häufig bezeichnete hypochondrische Gepräge der Influenzadepressionen tritt nach Ausscheidung der anders zu deutenden Fälle nicht mehr hervor.

Meine Beobachtungen bei der letzten Influenzaepidemie bestätigen die in dieser Weise richtiggestellten Erfahrungen, die vor 29 Jahren gemacht wurden. Die zwei ersten Fälle, die dem melancholischen Bilde am nächsten kommen (Fälle 15 und 16), sind zugleich leichte Depressionen, bei denen (besonders in Fall 16!) körperliche Mattigkeit, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit, Schmerzen im Kreuz und in den Beinen, also neurasthenische Beschwerden, fast ebenso sehr hervortraten als die seelische Depression. Selbstvorwürfe und Lebensüberdruß fehlten. Man könnte daher auch an Bonhoeffers „hyperästhetisch-emotionelle Schwächezustände“ denken. Doch fällt weniger eine Überempfindlichkeit und Stimmungs labilität als die einseitig deprimierte Stimmung an den Kranken auf. Von den Fällen Meyers „mit vorwiegend nervösen Störungen“ gehören etwa die ersten acht Kranken hierhin. Doch sind die Beobachtungen so kurz mitgeteilt, daß man nicht leicht entscheiden kann, wie weit in diesem oder jenem Falle neben der infektiös-toxischen Hirnschädigung eine psychopathische Anlage wirksam war. Meyer hebt das übrigens selbst hervor.

Auch die beiden ängstlichen Depressionen (Fälle 17 und 18) standen noch an der Grenze zwischen Neurose und Psychose. Bezeichnend ist das plötzliche und anfallsweise Auftreten der Angst bei diesen Kranken, das an die gleichen Beobachtungen bei den schweren Psychosen, den angstvollen Dämmerzuständen, Delirien und Verwirrheitszuständen erinnert. Dieselbe Erscheinung beschreibt Meyer von einem ängstlich-deprimierten Kranken (Fall 9), den er als „hyperästhetisch-emotionellen Schwächezustand“ einordnet. Zwischen den angstvollen Dämmerzuständen und den Depressionszuständen steht m. E. Meyers Fall 4, der bald deprimiert und reizbar, bald apathisch erschien, Selbstmordgedanken und Selbstvorwürfe äußerte, dabei aber vergeblich war, stark herabgesetzte Denkleistungen aufwies und unklar und unzusammenhängend redete.

Möglicherweise handelt es sich bei allen diesen Fällen um leichtere Formen derselben Erkrankung, die uns in den schwereren Zuständen des angstvollen Dämmerzustandes oder Delirs entgegentritt. Ebenso könnte die einfache und melancholische Depression als abgeschwächte Form des schweren depressiv-

angstvollen Stupors des Falles 14 aufgefaßt werden. Ob ein Krankheitszustand ein mehr homonomes, dem normalen Seelenleben verwandtes Bild bietet oder im Vergleich zum normalen Seelenleben heteronom, fremdartig erscheint, hängt eben häufig — wie Specht zuerst gezeigt hat — davon ab, ob die Krankheitsursache in geringerer oder größerer Stärke auf das Gehirn einwirkt. Wir konnten das kürzlich im Vergleich einer dämmerigen und zweier paranoischer Tabespsychosen (Brodniewicz¹) und an einer symptomatischen Psychose bei Hirntumor, die paranoisch begann und mit Zunahme des Hirndrucks in einen Stupor übergang (Weidner²), bestätigen. Unter den Influenzapsychosen ist in dieser Hinsicht der Verlauf bei Fall 1 und 7 bemerkenswert, deren Dämmerzustand bzw. Delir in ein längeres, einfach depressives Nachstadium auslief.

Die schwerste Depression stellt die Erkrankung des Soldaten B. (Fall 19) dar, bei der neben einem melancholischen Symptomenkomplex schwere hypochondrische Sensationen, entsprechende Wahnvorstellungen, Angst und verfolgende Eigenbeziehungen auftraten.

Persönliche und familiäre Disposition zu psychischer, bzw. nervöser Erkrankung fand sich bei den hier berücksichtigten Depressionszuständen nicht häufiger als bei anderen symptomatischen Psychosen; insbesondere waren diese Fälle weder durch vorpsychotische depressive Erscheinungen noch durch depressive Heredität ausgezeichnet. Dagegen gehörten alle Depressionen den Störungen mit längerem Krankheitsverlauf (über 30 Tage) an. Da aber — vgl. unten — die Halluzinose und die hyperkinetisch-akinetischen Formen diese Eigenschaft teilen, darf man sie m. E. nicht als Beweis für eine endogene Entstehung gerade der Depressionszustände anführen. Die in letzter Zeit mehrfach erörterte Frage, ob auch Depressionen, in Sonderheit einfach melancholische Zustände bei symptomatischen Psychosen vorkommen — Arbeiten von Bonhoeffer³), Specht⁴), mir⁵) und Ewald⁶) — darf man auf Grund der Erfahrungen bei den Influenzapsychosen wohl bejahen, jedoch mit dem Zusatz, daß nur ein Teil der Depressionen dem Bilde der einfachen Melancholie verwandt ist und daß gerade diese Erkrankungen dann so leicht sind, daß sie sich auch dem neurasthenischen Symptomenkomplex nähern. Was an schwereren Depressionen beobachtet wird, ist nicht eine graduelle Verstärkung jener Bilder zur klassischen Melancholie mit tiefer Trauer, Denkhemmung, Selbstmordneigung usw., sondern wir sehen entweder eine hypochondrisch-paranoide Depression vor uns wie im Falle 19, oder die Symptome des Dämmerzustandes finden sich beigesellt wie im Falle 2. Wenn danach auch entgegen Bonhoeffer daran festgehalten werden muß, daß es symptomatische Depressionen gibt, so wird es doch meist möglich sein, dieselben von der endogenen Melancholie zu

¹) Brodniewicz, Über psychische Störungen bei Tabes. Allg. Zeitschr. f. Psych. **75**. 1919.

²) Weidner, Hirntumor und paranoisches Symptomenbild. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **56**, 1920.

³) Bonhoeffer, Die exogenen Reaktionstypen. Arch. f. Psych. **58**.

⁴) Specht, Zur Frage der exogenen Schädigungstypen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **19**. 1913.

⁵) Kleist, Postoperative Psychosen. Berlin 1916.

⁶) Ewald, Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. **44**, Heft 3 u. 4. 1918.

unterscheiden. Das stimmt mit der an anderen symptomatischen Psychosen gewonnenen Auffassung Ewalds überein.

Ein Rückblick auf Art und Häufigkeit der verschiedenen bei Influenzapsychosen beobachteten Zustandsbilder zeigt folgende Verteilung:

	Epidemie 1918/19	Kriegsbeob. 1914/16	Zusammen
Dämmerzustände	2	1	3
Delirien	3	1	4
Halluzinose	1	—	1
Verwirrtheit	1	—	1
Hyperkinetische Erregung	3	—	3
Stupor	1	1	2
Depressionszustände	3	2	5
	14	5	19

Von den 19 Fällen waren 14 heteronome, 5 homonom-affektive Bilder. Die heteronomen Symptomenkomplexe lassen sich wieder in zwei Gruppen sondern. Dämmerzustand, Delir und amnestischer Zustand sind miteinander durch gemeinsames Überwiegen von Gedächtnisstörungen und Desorientierung verbunden. Diese „amnestische Gruppe“ von Zustandsbildern steht dem normalen Seelenleben am fernsten, stellt die schwersten Hirnstörungen dar und nähert sich am meisten den Herderkrankungen des Gehirns. Die Verwirrtheit, die Halluzinose, die hyperkinetische Erregung und der Stupor nähern sich dagegen den homonomen Bildern. So ist der Stupor der Melancholie verwandt, die Verwirrtheit und die hyperkinetische Erregung können der Manie ähnlich werden, die Halluzinose hat Beziehungen zur Angstmelancholie. Bei allen diesen Formen finden sich mehr oder weniger deutliche Störungen in der Weckbarkeit der Vorstellungen und im Gedankenablauf (Inkohärenz, Paralogien, Erregung, Hemmung, Einförmigkeit). Die Verwandtschaft dieser Bilder untereinander hat ja auch dazu geführt, daß man die unterscheidenden Merkmale übersah und schlechthin von Amentia oder halluzinatorischer Verwirrtheit sprach. Wir tragen der Verwandtschaft dieser Formen Rechnung, indem wir sie als „Amentia-gruppe“ zusammenfassen. Von den Influenzapsychosen gehören dann 7 Fälle der amnestischen Gruppe und 7 der Amentia-gruppe an.

Wenn auch die heteronomen Bilder mit 14:5 bedeutend überwiegen und beinahe $\frac{3}{4}$ aller Fälle darstellen, sodaß auch die Influenzapsychosen insoweit Bonhoeffer's Lehre von den „exogenen“ Prädilektionstypen bestätigen, so ist ihre Zahl doch lange nicht so groß, wie Bonhoeffer sie z. B. in seiner letzten Zusammenstellung über 95 symptomatische Psychosen angibt. Ich finde in dieser Tabelle überhaupt nur einen vielleicht als homonom aufzufassenden Fall von „abnormer Reizbarkeit“ bei Diabetes, wenn nicht der eine oder der andere „Angstzustand“ noch ins Bereich der homonomen Depressionen fällt. Demgegenüber fand Ewald an dem Material der Rostocker Klinik unter 13 symptomatischen Psychosen 10 heteronome und 3 homonome Formen: eine ängstliche Depression bei Nephritis, einen affektilabilen Zustand bei Tuberkulose, eine Depression bei Pseudoleukämie. Das kommt der Verteilung bei den Influenza-

psychosen schon wesentlich näher. Noch größer ist die Zahl der affektiven Verstimmungen bei den Choreapsychosen, wo sie bei meinem Material zu den schweren Psychosen im Verhältnis von 65: 41 standen. Wenn man die leichteren psychischen Veränderungen, die der Psychiater leider selten zu sehen bekommt, stets mit berücksichtigt, so würde sich wohl bei allen symptomatischen Psychosen das Verhältnis mehr zugunsten der homonomen Bilder verschieben.

Die 5 homonomen Influenzapsychosen sind ausschließlich Depressionen. Manische Zustände fehlen ganz, und auch unter den heteronomen Zuständen fand sich nur eine Verwirrtheit, bei der nach anfänglicher ängstlicher Verstimmung und neben lebhaftem Affektwechsel eine heitere gehobene Stimmung überwog (Fall 9). Eine weitere, ursprünglich als Influenzapsychose aufgefaßte heiter-expansive Verwirrtheit stellte sich später als Dementia praecox (inkohärente Verblödung) heraus. An anderen Kliniken waren heitere und expansive Färbungen der Influenzapsychosen ebenfalls selten: je ein Kranker von Thiel (Fall 7), von Meyer (Fall 5) und von Pässler (Fall 12). Letzterer Kranker hatte m. E. eine postgrippöse, vorwiegend heiter gestimmte Verwirrtheit oder hyperkinetische Erregung mit nachfolgendem Stupor. Die von Pässler gestellte Diagnose „verwirrte Manie“ scheint mir nicht genügend begründet. Dagegen werden drei andere „Manien“ nach Influenza von Pässler auf Grund der persönlichen und der Familienvorgeschichte mit Recht als nur ausgelöste Psychosen betrachtet. Eine heiter verstimmte Kranke von Notkin dürfte keine echte Influenzapsychose, sondern eine durch Grippe ausgelöste endogene verworrene Manie bei einer hypomanisch Veranlagten gewesen sein (Fall 4). Bei der Epidemie der Jahre 1890/91 wurde öfter — 7 Fälle nach Kirn — von manischen Zuständen berichtet. Die Durchsicht der vier mir zugänglichen Veröffentlichungen zeigt aber, daß diese Fälle sämtlich keine reinen manischen Influenzapsychosen sind (Kraepelins Fall 9-manisch gefärbte Verwirrtheit, Kraepelin Fall 4 wahrscheinlich eine ausgelöste endogene Psychose bei einem zwangskranken Psychopathen, Mispelbaums Fall 8 eine sichere zirkuläre Erkrankung, dessen Fall 9 ein Schwachsinn mit Erregungszuständen). Demnach dürfte von den manischen Influenzapsychosen nicht viel übrigbleiben. Dasselbe gilt für paranoische Zustände. Die ältere Literatur enthält keine derartigen Beobachtungen und auch unter meinen Fällen boten die mit Wahnvorstellungen und Eigenbeziehungen einhergehenden Erkrankungen (Fälle 8 und 20) keine rein paranoischen Bilder, sondern ließen andere Symptome mehr hervortreten; es handelte sich je um eine Halluzinose und eine hyperchondrische Depression mit verfolgenden Eigenbeziehungen. Notkin beschreibt dagegen einen Kranken (Fall 1), der bei einem Influenzaanfall mißtrauisch und gereizt wurde und Beinträchtigungsideen äußerte: er werde vergiftet, die Nahrung werde ihm untergeschlagen. Die paranoische Verstimmung endete mit einer leichten Depression. Da der Kranke früher nervös war und eine (reaktive?) Depression durchgemacht hatte, möchte ich mit Notkin annehmen, daß es sich nur um eine ausgelöste endogene Erkrankung gehandelt hat (periodische Depression mit paranoischen Zügen). Bei Notkins Fall 7 wurden nach Ablauf des deliranten Zustandes einzelne residuäre Wahnvorstellungen festgestellt. Als Residualwahn sind m. E. auch die „unlogischen Verfolgungs- und Größenideen“ zu betrachten, die De mole bei einer „confusion mentale“ beobachtete.

Neben der allen gemeinsamen Vorliebe der symptomatischen Psychosen für bestimmte und zwar für die heteronomen Symptomenkomplexe haben manche Infektionen doch eine besondere Affinität zu gewissen Zustandsbildern und gewissen Symptomen: die Influenza bevorzugt depressive Zustände und eine depressive Färbung aller Krankheitsbilder. Auch bei den Psychosen des Gelenkrheumatismus sind Angstafekte besonders häufig (K n a u e r¹), während z. B. beim Typhus, auch bei der Tuberkulose, depressive oder manische Gestaltung der Psychosen überwiegt. Bei der Chorea treten bekanntlich reizbare Verstimmungen sehr oft auf. Auf diese Verschiedenheiten ist in letzter Zeit von K n a u e r und Ewald hingewiesen worden.

Nervöse Begleiterscheinungen und Liquorbefunde.

Die Influenza führt bekanntlich nicht selten zu Neuritis und Polyneuritis (vgl. S. 2). Bei den Influenzapsychosen fanden sich neuritische bzw. polyneuritische Begleiterscheinungen in acht Fällen. Fünfmal waren es leichtere neuritische Störungen: Stiche, Ziehen, Schmerzen, Lähmungsgefühle in den Beinen, seltener in den Armen, Druckempfindlichkeit der Nervenstämme (Fälle 2, 3, 6, 7, 15). Bei zwei Kranken bestand eine schwere Polyneuritis mit aufgehobenen, bzw. herabgesetzten Sehnenreflexen, Dehnungsschmerz, Druckempfindlichkeit der Nerven, Hypotonie (Fälle 8 und 19). Die neuritischen und polyneuritischen Begleiterscheinungen sind ein wertvolles Hilfsmittel, um im Zweifelsfall Influenzapsychosen als solche zu erkennen. Polyneuritis bestand auch in Pässlers Fall 7 (ängstliche Halluzinose). Besonderes Interesse verdient unser Fall 8 (Halluzinose), bei dem neben völliger Areflexie der Sehnen Pupillenstarre vorlag, so daß der Verdacht auf Paralyse äußerst dringend war. Symptomenbild und negativer Liquorbefund sprachen dagegen; schließlich wies auch die histologische Untersuchung des Gehirns keine paralytischen Veränderungen nach. Es muß dahingestellt bleiben, ob die Pupillenstarre auf ophthalmoskopisch nicht sichtbaren Veränderungen am Optikus oder auf Krankheitsvorgängen in der Gegend des Okulomotoriuskerns beruhte. Vorübergehende Pupillenstörungen sah auch Meyer zweimal bei Influenzapsychosen (Fälle 2 und 5). Franke beobachtete sie bei einer Enzephalomyelitis nach Grippe.

Leichte artikulatorische Sprachstörung fand sich zeitweise in unserem Fall 8 und bei zwei Fällen Meyers (2 und 5). Sowohl unter unseren wie unter den Fällen Meyers waren das dieselben Kranken, die auch Pupillenstörungen zeigten.

Zerebrale Herdsymptome kamen sonst nur bei der schweren, mit Bronchopneumonie und Nephritis komplizierten Psychose des Falles 10 vor (Perseveration, Patellarsehnenreflexe rechts stärker als links, Fußklonus beiderseits und Babinski rechts). Es war dies auch derjenige Fall, an dem Andeutungen von Meningitis klinisch nachweisbar waren: Schmerzüberempfindlichkeit, Bauchdeckenspannung. Hochgradige Kopfschmerzen wurden sehr oft im Beginn der Erkrankung angegeben. Bei Fall 4 traten die Halluzinationen während heftiger Anfälle von Kopfschmerzen auf. Eine bemerkenswerte Beobachtung verdanke ich der Freundlichkeit von Professor Reichardt-Würzburg: eine „kurze, akute, katatonische Psychose, schließlich in Bewußtlosigkeit von organischem Charakter übergehend, die auf eine Lumbalpunktion hin sehr rasch verschwand,

¹) K n a u e r, Die im Gefolge des akuten Gelenkrheumatismus auftretenden psychischen Störungen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 21. 1914.

nach einigen Tagen aber wieder erschien, auf eine neue Lumbalpunktion wieder verschwand ... Der Liquor war völlig normal „auch unter normalem Druck“.

Schlafsucht wie bei der Economoschen Enzephalitis kam nie vor. Bei einem mit Schlafsucht einhergehenden Fall Meyers (Fall 11) hat es sich möglicherweise nicht um eine Influenzapsychose, sondern um die Economosche Krankheit gehandelt.

Der Liquor wurde in 7 Fällen untersucht. Sechsmal war der Befund in jeder Hinsicht regelrecht. Es handelte sich je einmal um einen Dämmerzustand und ein Delir (Fälle 2 und 7), die Halluzinose (Fall 8), die hyperkinetischen Erregungen (Fälle 10 und 12), einen Stupor (Fall 14); einmal fand sich mäßige Eiweißvermehrung und positive Nonnesche Reaktion; es war das die hypochondrische Depression des Falles 19, bei dem zugleich eine Polyneuritis bestand. Walter¹⁾ hat an den zahlreichen Polyneuritiden, die wir in der Lazarettabteilung der Klinik während des Krieges beobachten konnten, nachgewiesen, daß Eiweißvermehrung und positiver Nonne ein sehr häufiger Befund bei der infektiösen Polyneuritis sind. Unsere fast immer negativen Liquorbefunde bei Influenzapsychose stimmen mit den Angaben von Gross und Pappenheim überein, die in vier Fällen von meningitischen bzw. neuritischen Störungen bei Influenza ebenfalls keine Veränderungen am Liquor fanden. Auch unter unseren sechs liquornegativen Kranken waren drei (Fälle 2, 7, 8) mit neuritischen bzw. polyneuritischen Erscheinungen, so daß die Influenzaneuritis und -polyneuritis weniger leicht zu meningitischer Reizung zu führen scheint als andere infektiöse Polyneuritiden. Bemerkenswert ist besonders, daß die Polyneuritis mit Aufhebung sämtlicher Sehnenreflexe des Falles 8, der auch Pupillenstarre zeigte keine krankhaften Veränderungen am Liquor aufwies.

Psychische Störung und Schwere der Influenza.

Die Zahl der psychischen Störungen ging der Ausbreitung und Schwere der Epidemie parallel. Der erste minder gefährliche Anstieg der Epidemie im Sommer 1918 führte uns nur leichte psychische Störungen zu (Fälle 17 und 18); die meisten Erkrankungen traten erst bei dem weit schwereren zweiten Anstieg der Epidemie im Oktober und November 1918 auf; zwei Fälle folgten während des Abfalls der Epidemie von Februar bis Anfang April 1919. Im einzelnen Falle ließen sich jedoch keine festen Beziehungen zwischen psychischen Störungen und Schwere der körperlichen Erkrankung aufweisen. In der Mehrzahl waren es mittelschwere körperliche Erkrankungen (14 Fälle), die zu psychischen Störungen geführt hatten. Nur fünfmal lag eine schwere Influenza mit Pneumonie bzw. Nephritis vor (Fälle 7, 10, 11, 12, 14), während zweimal zu leichten körperlichen Störungen eine Psychose hinzugetreten war (Fälle 6, 21). v. Rad sah Delirien hauptsächlich bei Influenzapneumonien.

Beachtenswert ist, daß zweimal die Influenza mit Entbindung zusammentraf. Die an Halluzinose erkrankende Patientin 8 war grippekrank, als sie gebar; sie wurde psychotisch unmittelbar nach der Entbindung. Im Falle 12 war die Entbindung allerdings sieben Wochen dem Beginne der Influenza vorausgegangen; nachdem die Influenza in zwei Wochen abgelaufen war, brach die Psychose aus.

¹⁾ F. K. Walter, Zur Frage der Lokalisation der Polyneuritis. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 44, Heft 1/2. 1918.

Ladame erwähnt ebenfalls zwei Fälle, bei denen die Grippepsychose bald nach Entbindungen auftrat.

Beginn, Dauer und Ausgang.

In den Jahren 1890/91 wurden nach der Zusammenstellung Kirns bedeutend mehr postfebrile als febrile Psychosen beobachtet (51:22). Da das Fieber bei der Influenza meist nicht kritisch, sondern lytisch abfällt, andererseits oft nur kurze Zeit dauert, während die körperlichen Krankheitserscheinungen, wie Nasen-, Rachen-, Bronchialkatarrhe, Nephritis noch länger anhalten, erscheint es mir zweckmäßiger, den Beginn der psychischen Störungen nicht nach der Dauer des Fiebers, sondern nach der gesamten körperlichen Krankheitserscheinungen zu bestimmen. Auch diese Berechnung macht im einzelnen Falle große Schwierigkeiten, besonders wenn sie lediglich auf die Angaben der Kranken angewiesen ist.

Es lassen sich dann während der Influenza ausgebrochene, (8) und nach der Influenza entstandene Psychosen (11) unterscheiden. Bei genauerer Betrachtung ergeben sich für jede Gruppe noch zwei Unterabteilungen: Beginn auf der Höhe der Influenza (4), gegen Ende der Influenza (4), unmittelbar nach Ablauf (7), und einige Zeit (3—10 Tage) nach Ablauf der körperlichen Erkrankung (4). Der Zahlenunterschied zwischen den „grippösen“ und den „postgrippösen“ Psychosen ist also nicht so groß wie der von Kirn angegebene Unterschied zwischen febrilen und postfebrilen Psychosen. Letzteres würde sich an meinem Material sogar in dem Verhältnis von nur 5 febrilen zu 14 postfebrilen Störungen darstellen.

Da in den Veröffentlichungen aus der vorjährigen Epidemie Dauer des Fiebers und Dauer der körperlichen Krankheitserscheinungen nicht immer getrennt sind, kann ich die Beobachtungen Anderer mit den meinen nicht genau vergleichen. Immerhin überwiegen auch bei den meisten anderen Beobachtungen die postfebrilen, bzw. postgrippösen Erkrankungen.

Riese: 3 postgrippöse, 1 grippöser Fall,

Weber: 5 postfebrile, 2 febrile Fälle,

Hitzenberger: 28 postfebrile, 17 febrile Fälle,
ähnlich v. Rad (keine genauen Zahlenangaben).

Dagegen Notkin: 2 postfebrile, 2 febrile Fälle,

Meyer: 5 intervalläre, 5 febrile Fälle (wenn ich die von Meyer selbst als unklar bezeichneten Fälle außer Betracht lasse).

Die Beziehungen zwischen Krankheitsbeginn und Symptomenbild ergeben sich aus folgender Tabelle:

	Grippöse Erkrankungen		Postgrippöse Erkrankungen	
Dämmerzustand	I	1	II, III	2
Delir	IV, V, VI	3	VII	1
Halluzinose	VIII	1	—	—
Verwirrtheit	—	—	IX	1
Hyperkinetische Erregung	X	1	XI ¹⁾ , XII	2
Stupor	XIII	1	XIV	1
Depression	XVIII	1	XV—XVII, XIX	4
Zusammen		8		11

¹⁾ Fall 11 ist zu den postgrippösen Erkrankungen zu rechnen, weil das im Anfange vorhandene Fieber wahrscheinlich mit einer schon vor der Influenza bestehenden Cystitis

Delirien und Halluzinose beginnen also häufiger bzw. ausschließlich während der Dauer der körperlichen Erkrankung. Dämmerzustände, Verwirrtheit, hyperkinetisch-akinetische Formen und Depressionen entstanden vorzugsweise nach Ablauf der körperlichen Krankheitserscheinungen. Stuporzustände sind gleichmäßig auf die grippöse und nachgrippöse Zeit verteilt.

Daß Delirien sich häufiger während der Zeit des Fiebers und der schweren körperlichen Krankheitserscheinungen fanden, entspricht geläufigen Erfahrungen, die auch auf die vorletzte Influenzaepidemie zutreffen (Kirn). Amentiaabilder, d. h. Verwirrtheiten, hyperkinetische Erregungen und Halluzinosen gelten als bevorzugte Erkrankungen der postinfektiösen Zeit, was auch von Kirn bezüglich der Influenza angegeben wurde. Nach meinen Erfahrungen trifft das nur auf die Verwirrtheit und die hyperkinetisch-akinetischen Formen zu. Daß Depressionen fast ausschließlich in der postinfektiösen Zeit auftraten, bestätigt ebenfalls die Erfahrungen von 1890/91. Kirn fand „Melancholien“ nur als postfebrile Erkrankungen. Allerdings war gerade bei den Depressionen, deren Symptome sich nicht so deutlich von den durch die Grippe bedingten körperlichen Schwächezuständen abheben, der Beginn der psychischen Veränderung nicht immer genau zu bestimmen. Mancher der Depressionszustände mag auch schon während der körperlichen Erkrankung begonnen haben. Ich möchte daher für die Depressionszustände aus dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns keine weitgehenden Schlüsse ziehen.

Die Dauer der Psychosen schwankte in weiten Grenzen, zwischen 3 Tagen und 6 Monaten, wobei die langdauernden überwogen (11:8). Eine Dauer bis zu 30 Tagen ist als kurze gerechnet. Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Gesamtdauer mit Einschluß des Nachstadiums. Bei mehreren schweren Psychosen blieb nach Ablauf der schweren Krankheitserscheinungen längere Zeit ein depressives oder ängstliches Nachstadium (Fälle 1 und 7) oder ein affektlabiler nervöser Schwächezustand zurück, entsprechend den hyperästhetisch-emotionellen Schwächezuständen Bonhoeffers (Fall 3 und 9). Da diese Zustände sich ganz allmählich verloren, ist ihre Dauer nur annähernd zu bestimmen.

Die Beziehungen zwischen Krankheitsdauer und Zustandsbild sind in folgender Tabelle dargestellt:

Symptomenbild	Dauer in Tagen	Kurze Dauer	Lange Dauer
Dämmerzustand	5 (30), 65, 23 (150)	2 (1)	1 (2)
Delirien	3, 14, 15, 42 (90)	3	1
Halluzinose	150 †	—	1
Verwirrtheit	14	1	—
Hyperkinetische Erregung .	10 †, 135, 135 †	1 (?)	2
Stupor	30, 165	1	1
Depression	60 (180), 180, 120, 60, mehr als 30	—	5
		8	11

Demnach hatten Dämmerzustände, Delirien und Verwirrtheiten meist (bzw. ausschließlich) eine kurze Dauer, hyperkinetische Erregungen mit anschließendem Stupor dauerten lange, ebenso die Halluzinose und sämtliche Depressionen; zusammenhing. Auch lag zwischen der eigentlichen Influenza und dem Ausbruch der Psychose eine mehrtägige Zwischenzeit

von den beiden einfachen Stuporzuständen nahm der eine einen kurzen, der andere einen langhingezogenen Verlauf.

Zwischen dem Zeitpunkt des Krankheitsbeginns und der Dauer der Psychose herrschten folgende Beziehungen:

Grippöse Psychosen		Kurze Dauer	6	Lange Dauer	2
Dämmerzustand	I	1	—	—	—
Delirien	IV, V, VI	3	—	—	—
Halluzinose	—	—	VIII	1	—
Verwirrtheit	—	—	—	—	—
Hyperkinetische Erregung	X	1	—	—	—
Stupor	XIII	1	—	—	—
Depression	—	—	—	—	1
Postgrippöse Psychosen		Kurze Dauer	2	Lange Dauer	9
Dämmerzustand	III	1	II	1	—
Delirien	—	—	VII	1	—
Halluzinose	—	—	—	—	—
Verwirrtheit	IX	1	—	—	—
Hyperkinetische Erregung	—	—	XI, XII	2	—
Stupor	—	—	XIV	1	—
Depression	—	—	XV—XVII, XIX	4	—

Unter den grippösen Psychosen überwogen also die kurzen Verläufe ebenso erheblich wie unter den postgrippösen die langen. Beides stimmt im Groben mit Angaben Kirns aus den Jahren 1890/91 überein. Kirns „febrile“ Psychosen nahmen sämtlich einen kurzen Verlauf, die „postfebrilen“ dauerten 6—8 Wochen. Daß es auch kurze postfebrile bzw. postgrippöse Psychosen gibt, bestätigen die Fälle Webers, die zum Teil nach Fieberabfall bzw. nach der Influenza entstanden und sämtlich einen sehr raschen Verlauf nahmen. Dasselbe lehren zwei Fälle Notkins und die Beobachtungen Rieses: wir finden unter letzteren zwei postgrippöse Psychosen mit kurzen und eine mit langem Verlauf, sowie eine kurze grippöse Psychose.

Der Ausgang der Psychosen war in 14 Fällen Heilung. Höchst wahrscheinlich ist auch die hypochondrische Depression des Falles 19 in Heilung ausgegangen; der Kranke wurde gebessert aus der Etappe zurückbefördert. 4 Kranke starben, jedoch keiner an der Gehirnstörung allein. Fall 10 erlag ihrer Bronchopneumonie und Nephritis; die Psychose hat kaum zu dem ungünstigen Ausgang beigetragen, da der psychische Zustand sich einige Tage vor dem Tode wesentlich gebessert hatte. Ähnlich sind die tödlichen Ausgänge in mehreren Fällen Hitzenbergers und bei der ersten Kranken Meyers zu beurteilen. Unsere Fälle 12 und 5 starben an Ruhr, die letztere Kranke erst, nachdem sie von der Influenzapsychose genesen war. Auch bei Fall 8 hat eine leichtere, von der Kranken überstandene Ruhr an der zunehmenden Entkräftung und dem schließlichen tödlichen Ausgang mitgewirkt. Die Influenzapsychosen dürfen demnach als heilbare, gutartige Erkrankungen bezeichnet werden. Die Beobachtungen von Weber, Ladame, Notkin, Riese stimmen damit überein, soweit die Fälle bis zum Ende verfolgt worden sind. Wenn früher — vgl. Kirn — vereinzelt Ausgänge in geistige Schwächezustände und chronische Verläufe beobachtet worden sind, hat es sich zweifellos um andersartige Erkrankungen,

besonders um Dementia praecox gehandelt. Auch ich sah drei Kranke, die zunächst den Eindruck eines Dämmerzustandes, einer Verwirrtheit bzw. Halluzinose bei Influenza machten, sich aber weiterhin als eine Schizophrenie bzw. Katatonie entpuppten.

Gehirnbefunde.

Makroskopische Veränderungen fanden sich an den Gehirnen der vier verstorbenen Kranken nicht.

Gleichartige mikroskopische Befunde zeigten die Fälle 8 und 12, die nach fünfmonatiger Dauer einer Halluzinose bzw. einer hyperkinetisch-akinetischen Psychose gestorben waren. Der Wert der Befunde wird allerdings dadurch getrübt, daß Fall 12 an Ruhr gestorben ist und auch Fall 8 eine Ruhr durchgemacht hatte, die an der zunehmenden Entkräftung wesentlich beteiligt war.

In beiden Fällen fehlten entzündliche Veränderungen an der Pia und den Gefäßen. An den Gefäßen des Markes, viel weniger der Rinde, lagen zahlreiche lipoide Abbauprodukte, teils in den Adventitialzellen, zum größeren Teil in Abräumzellen innerhalb der Adventitialscheide bzw. in den Maschen der Pia. Die Nervenzellen der Hirnrinde zeigten durchweg schwere Veränderungen, am stärksten die kleineren Zellen der Körnerschichten und der 6. Schicht. Tigroidschollen waren nirgends mehr abgrenzbar, das Protoplasma bestand aus einer feinkörnigen Masse, war von Vakuolen durchsetzt oder zerklüftet, besonders in der Umgebung des Kerns. Andere Zellen waren im ganzen dunkel gefärbt. Viele Zellen trugen Einbuchtungen, in die sich vergrößerte Gliatrabantzellen drängten, besonders in der 6. Schicht. Die Kerne färbten sich vielfach dunkel. Die Kernkörperchen waren oft verzerrt, die Zellfortsätze weithin sichtbar und geschlängelt. Zellschatten fanden sich häufig. Bei Fall 8 waren diese Veränderungen ausgedehnter und schwerer als bei Fall 12. Das stimmt mit dem klinischen Befunde insofern überein, als Fall 8 schwerere Krankheits-symptome (Areflexie, Pupillenstarre, zeitweilige Sprachstörung) zeigte, während Fall 12 in psychischer Hinsicht auf dem Wege der Besserung war. Paralytische Veränderungen fehlten bei Fall 8 durchaus.

Bei Frau R. (Fall 5), die mehrere Wochen nach Ablauf ihrer Psychose an Ruhr gestorben war, fanden sich wesentlich geringere Veränderungen: Ansammlung lipoider Stoffe an den Markgefäßen und leichtere Zellveränderungen.

Soweit diese Befunde nicht etwa mit der Ruhr und der hochgradigen Entkräftung zusammenhängen, dürften sie toxisch-infektiöse Gehirnschädigungen darstellen. Jedenfalls sind es keine entzündlichen Veränderungen.

Ganz anders war der Befund bei Fall 10, der Kranken, die an Bronchopneumonie und Nephritis gelitten hatte und nach einer schweren hyperkinetischen Erregung mit leichten meningitischen und Herdsymptomen zugrunde gegangen war. Hier lagen deutliche, wenn auch keineswegs massige Endzündungserscheinungen vor. In den Piamaschen und den Adventitialscheiden, besonders der Markgefäße, fanden sich Lymphozyten, die allerdings nirgends dichte Infiltrate bildeten. Lipoide Stoffe wesentlich geringer als in den Fällen 8 und 12, Gliazellen vielfach den Gefäßen entlang aufgereiht, Nervenzellveränderungen viel weniger ausgesprochen wie in den Fällen 8 und 12. Hier liegt offenbar eine diffuse infektiöse Meningoenzephalitis vor.

Auf Grund der histopathologischen Befunde lassen sich demnach zwei wesensverschiedene Arten von Influenzapsychosen unterscheiden. Die große Mehrzahl stellt toxisch-infektiöse Enzephalopathien dar. Ihnen fehlen klinische Erscheinungen von Meningitis und sichere Herdsymptome. Sehr viel seltener sind die psychischen Störungen Ausdruck einer diffusen infektiösen Meningo-enzephalitis, wobei dann meningitische Krankheitszeichen und Herdsymptome beigesellt sein dürften. Bemerkenswert ist jedoch, daß auch in dem Falle 10 der Liquor regelrechte chemische Beschaffenheit und normalen Zellgehalt hatte. Die toxisch-infektiöse Enzephalopathie bei Grippe kann einen kurzen oder langen Verlauf nehmen, hinterläßt aber keine dauernden Ausfallserscheinungen, wie es beim Typhus gelegentlich vorkommt. Ob die diffuse Meningo-enzephalitis der Influenza immer — wie in unserem Falle 10 — rasch abläuft, muß noch dahingestellt bleiben.

Eine wichtige klinische Lehre ist jedenfalls diesen Befunden zu entnehmen: ein langer, bis zu einem halben Jahr dauernder Krankheitsverlauf beweist nicht, daß die Psychose von der Infektionskrankheit unabhängig, nur ausgelöst sei. Wenn es sich um endogene, ausgelöste, der manisch-depressiven Gruppe oder der Dementia praecox angehörende Erkrankungen handelte, so könnten nicht die charakteristischen histologischen Befunde der Fälle 8 und 12 vorliegen. Die langdauernden Influenzapsychosen hängen ebenso eng mit der Infektionskrankheit zusammen, wie die oft ebenso lang dauernden Polyneuritiden, z. B. die postdiphtherischen Lähmungen. Sie müssen durch eine besonders feste Verankerung von Toxinen im nervösen Gewebe erklärt werden; oder die betreffenden Kranken sind noch Keimträger und die zurückgebliebenen, in anderer Hinsicht abgeschwächten Keime produzieren immer neue, das nervöse Gewebe elektiv schädigende Toxine. Die Unterschiede zwischen Enzephalopathie und Meningo-enzephalitis bei Grippe erinnern an die Verschiedenheiten von Paralyse und Lues cerebri.

Alter und Geschlecht.

Alter	Symptomenbilder	Zahl
11.—20. Jahr . . .	2 hyperk. Erregungen	2
21.—30. Jahr . . .	1 Dämmerzust., 1 Delir., 1 Halluz., 2 Depressionen	5
31.—40. Jahr . . .	2 Dämmerzust., 2 Delir., 1 Verwirrtheit, 1 hyperkin. Erregung, 2 Stupor, 3 Depressionen	11
41.—50. Jahr . . .	—	—
51.—60. Jahr . . .	1 Delir.	1

Wie die Influenza überhaupt das mittlere und jüngere Lebensalter bevorzugt, so stand auch die Mehrzahl unserer psychisch Erkrankten zwischen dem 21. und 40. Jahr. Das vierte Jahrzehnt übertraf dabei das dritte Jahrzehnt um mehr als die doppelte Zahl von Erkrankungen. Während zwischen dem 11. und 20. Jahr sich immerhin 2 Fälle fanden, blieben Psychosen nach dem 40. Jahr ganz vereinzelt. Die von Weber, Notkin, Hitzenberger, v. Rad und Meyer mitgeteilten Fälle fügen sich dem ein. Daß auch im ersten Jahrzehnt Influenzapsychosen vorkommen können, zeigt der im Jahre 1890 von Ewald beobachtete Fall eines 7jährigen Knaben (Dämmerzustand).

Die während der Epidemie 1918/19 von mir beobachteten Fälle waren bis auf Fall 16 sämtlich Frauen. Bei den im Felde erkrankten Männern fehlten Halluzinosen, Verwirrheitszustände, hyperkinetische Erregungen. Bekanntlich sind die Verwirrtheiten und hyperkinetischen Erregungen überhaupt bei Männern seltener. Auch bei den Kranken Notkins, v. Rads und Demoles überwogen die Frauen, während Weber und Meyer mehr Männer erkranken sahen. Bei Riese und Hitzenberger waren es ungefähr ebensoviele Männer als Frauen. Eine Gesetzmäßigkeit besteht hier also auch nicht.

Veranlagung.

Persönliche Disposition in Form von abnormen Wesenszügen fand sich sechsmal in ausgesprochener Weise. Berücksichtigt man auch leichtere, noch in die Breite des Normalen fallende persönliche Besonderheiten, so steigt die Zahl auf 8. Erbliche Belastung lag fünfmal vor, und zwar dreimal bei auch persönlich Disponierten. Insgesamt ist also etwas weniger als die Hälfte der Kranken als sicher veranlagt zu betrachten (8 : 19). Von Meyers sicheren Influenzapsychosen war nur ein Drittel veranlagt.

Die Beziehungen der Veranlagung zum Symptomenbild, zum Krankheitsbeginn und zur Krankheitsdauer sind aus den folgenden Zusammenstellungen ersichtlich.

Veranlagung und Symptomenbild

	Persönliche Disposition	Erbliche Belastung	Veranlag. überhaupt
Dämmerzustand	III	—	1 : 3
Delir	V, VI	V	2 : 4
Halluzinose	—	—	0 : 1
Verwirrtheit	—	IX	1 : 1
Hyperkinetische Erregung .	XI	XI	1 : 3
Stupor	—	XIV	1 : 2
Depression	XVII, XVIII	XVIII	2 : 5

Erhebliche Unterschiede in der Veranlagung der einzelnen Symptomenbilder sind demnach nicht vorhanden.

Veranlagung und Erkrankungszeitpunkt:

	Persönliche Disposition	Erbliche Belastung	Veranlag. überhaupt
Grippöse Psychosen .	V, VI, XVIII	V	3 : 8
Postgrippöse Psychosen	III, XI, XVII	VII, IX, XI, XIV	6 : 11

Die Veranlagung der postgrippös Erkrankten ist also weit größer als die der während der eigentlichen Influenza psychotisch Gewordenen. Das steht in Übereinstimmung mit dem Ergebnis Kirns, bei dem sich die Veranlagten zur Gesamtzahl der febrilen bzw. postfebrilen Psychosen verhielten wie 5 : 22, bzw. wie 24 : 51. Unter den zahlreichen Kranken Hitzenbergers war erbliche Belastung und persönliche Prädisposition wesentlich seltener; 2 : 8 bei den febrilen, 3 : 30 bei den postfebrilen Erkrankungen. Berechne ich in meinem Material die entsprechenden Werte nicht nur für die großen

Gruppen der grippösen und postgrippösen Psychosen, sondern auch für die oben erwähnten Untergruppen: Beginn auf der Höhe der Erkrankung, Beginn gegen Ende der Erkrankung, Beginn unmittelbar nach Ablauf der Erkrankung und Beginn einige Zeit nach Ablauf der Influenza, so wird noch deutlicher, daß die Bedeutung der Veranlagung stetig steigt mit der Entfernung des Beginns der Psychose von der Höhe der körperlichen Erkrankung.

Veranlagung und Krankheitsdauer.

	Persönliche Disposition	Erbliche Belastung	Veranlag. überhaupt
Kurze Dauer	III, V, VI	V, IX	4 : 8
Lange Dauer	X, XIV, XVII, XVIII	XI, XIV, XVII	5 : 11

Ein wesentlicher Unterschied in der Veranlagung der kurzen und der langdauernden Psychosen besteht also nicht.

Die Arten der persönlichen Disposition waren:

zweimal depressive Veranlagungen — einmal ernstes, einmal leicht ängstliches Wesen —, die aber beide vielleicht noch innerhalb der Grenzen des Normalen lagen: Fälle 7 und 14;

einmal erhöhte Erregbarkeit, noch an der Grenze des Krankhaften: Fall 2, zweimal affektlabile Konstitution: Fälle 17 und 18,

einmal zornig-reizbare Psychopathie: Fall 3,

zweimal Imbezillität leichten Grades: Fälle 5, 6,

einmal früher überstandene psychische Störungen bei Infektionskrankheiten: Fall 11, als Kind Fieberdelirien.

Die erblichen Belastungen waren:

zweimal Melancholien bei Geschwistern (Fälle 7 und 9),

einmal Hysterie bei einer Schwester (Fall 5),

einmal Nervosität beim Vater (Fall 18),

zweimal Infektionspsychose bei der Schwester (Fälle 11 und 15, zwei Schwestern);

Es handelte sich also um Imbezillität (2), depressive Veranlagung und Belastungen (3), andere psychopathische Konstitutionen (5); bei 2 Kranken fand sich familiäre bzw. persönliche Anlage zu Infektionspsychosen. Beachtenswert ist, daß Defektpsychosen (Epilepsie, Dementia praecox, paranoide Defektpsychosen, senile Demenz u. a.) unter den Belastungen fehlten. Hinsichtlich der Disposition besteht also höchstens eine Verwandtschaft der Influenzapsychosen zu den endogenen Depressionen, nicht aber zu den Defektpsychosen.

Die depressive Veranlagung fand sich bei einem Delir (Fall 7, leicht ängstliches Wesen), einer Verwirrtheit (Fall 9, 3 Geschwister melancholisch), einem Stupor (Fall 14, sehr ernstes Wesen). Die Veranlagungen bei den reinen Depressionszuständen war dagegen nicht depressiver Art, sondern affektlabile Konstitution bei den Fällen 17 und 18.

Die Veranlagung bzw. Belastung durch psychopathische Konstitutionen (mit Ausnahme der depressiven Veranlagung) betraf zwei Dämmerzustände (Fall 2 und 3), ein Delir (Fall 5) und zwei Depressionen (Fälle 17 und 18).

Die Veranlagung durch Imbezillität betraf zwei Delirien. (Fälle 5 und 6.)

Die bemerkenswerteste Tatsache ist indessen, daß es eine persönliche und familiäre Veranlagung zu Infektionspsychosen gibt. Die Schwestern B. (Fälle 11 und 14) erkrankten beide an Influenzapsychosen, eine derselben (Fall 11) hatte schon als Kind an Fieberdelirien gelitten. Beide Kranken machten Psychosen der Amentigruppen durch: hyperkinetisch-akinetische Psychose bzw. Stupor. Solche Beobachtungen stehen nicht vereinzelt da, haben aber bisher nicht die ihnen m. E. gebührende Beachtung gefunden. Bonhöffer¹⁾ bemerkt bei einer Kritik des Krankheitsbegriffes der „periodischen Amentia“, daß es Individuen gebe, die auf akut infektiöse Schädigungen wiederholt mit amentiaartigen Störungen reagierten, ebenso wie gewisse Kinder leichter Fieberdelirien bekämen als andere. Bödler führt eine Beobachtung Griesingers an, einen Mann, der im Anschluß an eine unbedeutende körperliche Erkrankung ein „akutes Delirium“ durchmachte und früher bei einer Blatternerkrankung und ein andermal bei Pneumonie an Aufregungszuständen gelitten hatte. Ewald²⁾ berichtet in seiner Bearbeitung der in den letzten Jahren an der Rostocker Klinik beobachteten symptomatischen Psychosen von einem Soldaten, der seit seiner Kindheit zu wiederholten Malen bei fieberhaften Erkältungen an kurzen ängstlichen Delirien erkrankt war, und bespricht eine unter einem hyperkinetisch-akinetischen Bilde verlaufende Typhuspsychose (Fall 2), deren Trägerin vor 12 Jahren eine symptomatisch ganz ähnliche septische Puerperalpsychose durchgemacht hatte. Er schließt daraus, daß bei solchen symptomatischen Psychosen neben der Infektion die Veranlagung von wesentlicher Bedeutung sein müsse. Besonders die protahiert verlaufenden Amentiafälle seien vielleicht völlig von den anderen symptomatischen Psychosen (besonders den Delirien und Dämmerzuständen) zu trennen und als eine eigene Erkrankung, in der der Faktor der Veranlagung eine überwiegende Rolle spiele, aufzufassen.

Auf dem Gebiete der Puerperal- und Laktationspsychosen sind ähnliche Beobachtungen von Jolly³⁾ gemacht worden: eine Kranke mit puerperalem Fieberdelir hatte früher ein Erysipeldelir durchgemacht, eine andere Kranke machte zuerst eine Amentia in der Laktation durch (Infektion?) und erkrankte später an einem Delir bei Kopfrosee. Bei einer dritten Kranken wiederholte sich eine Amentia in zwei Wochenbetten, doch ist bei diesem Falle nicht gesagt, ob es sich um symptomatische Psychosen bei fieberhaftem Wochenbett gehandelt hat.

Die letzte Influenzaepidemie hat nun noch mehrere, den meinen ähnliche Beobachtungen zutage gefördert: der Bruder von Rieses drittem Kranken hatte ebenfalls an einer Amentia bei Influenza gelitten, und die fünfte Kranke Rieses hatte 16 Jahre vor ihrer Influenzapsychose eine Puerperalpsychose überstanden. Allerdings ist nicht gesagt, ob es sich um eine infektiöse Puerperalpsychose ge-

¹⁾ Bonhöffer, Die Psychosen im Gefolge von akuten Infektionen. Aschaffenburgs Handbuch 1912, S. 73.

²⁾ Ewald, Zur Frage der klinischen Zusammengehörigkeit der symptomatischen Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 44, Heft 3/4, S. 154. 1918.

³⁾ P. L. Jolly, Beiträge zur Statistik und Klinik der Puerperalpsychosen. Arch. f. Psych. 48, 1911. S. 822.

handelt hat. Während Riese bei seinem 5. Fall auch eine in Schüben verlaufende Katatonie in Betracht zieht, denkt er bezüglich des Falles 3 „an eine familiäre Disposition, . . . die sich in ganz bestimmter Richtung bewegt und nur ganz bestimmte Reaktionstypen zu erzeugen imstande ist“. Ein Kranker Meyers (Fall 12) war vor vier Jahren im Anschluß an eine Appendizitis an einer drei Wochen dauernden akuten Psychose mit Inkohärenz, motorisch-sprachlicher Erregung und Desorientierung erkrankt; nach gesunder Zwischenzeit verfiel Patient 1918 bei Grippe erneut in eine offenbar gleichartige psychische Störung: schwere psychomotorische Erregung, Unfixierbarkeit, Inkohärenz, örtlich-zeitliche Desorientierung; Stimmung wechselnd, zornmütig, abweisend, expansiv. Tötlicher Ausgang durch Grippepneumonie nach drei Wochen. Meyer erwägt *Dementia praecox* — für die m. E. außer den psychomotorischen Symptomen nichts spricht — und *Amentia katatonischer Art* bei besonderer Disposition zu symptomatischen Psychosen. Die Zustandsbilder der beiden Psychosen entsprechen den von mir geschilderten hyperkinetischen Erregungen.

Hitzenberger erwähnt kurz zwei postgrippöse *Amentia*-fälle, die schon einmal im Anschluß an Erysipel bzw. Typhus eine *Amentia* durchgemacht hatten.

Um zu entscheiden, ob die sonst gelegentlich und jetzt bei der Influenza-epidemie gemachten Beobachtungen nur Zufälligkeiten darstellen oder der Ausdruck einer Gesetzmäßigkeit sind, habe ich die gesamten während der letzten 3 $\frac{1}{2}$ Jahre in Rostock-Gehlsheim beobachteten symptomatischen Psychosen herangezogen und konnte feststellen, daß mit Einschluß der Influenzapsychosen in 6 unter 46 Fällen eine individuelle Disposition zu symptomatischen Psychosen vorlag, die sich in wiederholten symptomatischen Psychosen derselben Individuen äußerte. In 3 Fällen fand sich eine familiäre Veranlagung zu Infektionspsychosen, indem mehrere Geschwister an gleichen oder ähnlichen Psychosen erkrankten. Ich führe die Beobachtungen kurz an.

Wiederholte symptomatische Psychosen.

a) Frau Frieda Joh., geb. 1881.

1. Psychose 1902 mit 28 Jahren. Stupor mit Angst und Halluzinationen bei fieberhaftem Gelenkrheumatismus (gonorrhöische Arthritis?), 6 Wochen nach Entbindung.

2. Psychose 1919, mit 38 Jahren. Kurze hyperkinetische Erregung mit anschließendem Stupor bei puerperaler Infektion (ulzeröse Vaginitis). Tod nach 14 Tagen an Erysipel.

Pat. war vor und nach der 1. Psychose etwas erregbar, ärgerte sich leicht über Kleinigkeiten, litt viel an Kopfschmerzen; in der Aufregung zitterte sie und brachte manchmal kein Wort heraus. Sie war eifersüchtig und übertrieben fromm. Wiederholt war sie mehrere Tage verstimmt, weinte, arbeitete nicht. Hysterische Konstitution mit kurzen Verstimmungen, zweifelhaft ob reaktiver oder autochthoner Art.

b) Frau Marie Wa., geb. 1862.

1. Psychose 1887 mit 25 Jahren. Hyperkinetische Erregung mit folgendem Stupor bei puerperaler Infektion (2. Entbindung). Während der Psychose in einer Nacht 10 epileptische Anfälle (Urämie, Nephritis?). Dauer 2 Jahre. Heilung.

2. Psychose 1897 mit 35 Jahren. Hyperkinetische Erregung mit folgendem Stupor nach Eklampsie im 7. Monat der 5. Schwangerschaft. Dauer 6 Wochen.

3. Psychose 1900 mit 38 Jahren. Hyperkinetische Erregung, dann Stupor im 6. Wochenbett (wahrscheinlich Nephritis, hatte Ödeme). Dauer 2 Monate.

4. Psychose 1918 mit 56 Jahren. Hyperkinetische Erregungen im Wechsel mit Stupor nach fieberhafter Erkältung mit Nephritis; † nach 5 Monaten an Ruhr.
Pat. litt in jeder Schwangerschaft an Hyperemesis und Ödemen.

c) Frau Marie Be., geb. 1878. (Ewalds Fall 2.)

1. Psychose 1905 mit 27 Jahren. Hyperkinetische Erregung mit nachfolgendem Stupor bei puerperaler Infektion, Dauer ca. 1 Jahr. Heilung.

2. Psychose 1917 mit 39 Jahren. Hyperkinetische Erregung mit folgendem Stupor bei Typhus. Dauer 1 Jahr. Heilung.

d) Frau M. R.¹⁾, 45 Jahre. Vater vom 59. bis 69. Jahr wegen depressiver Defektpsychose (Dem. senilis?) in Gehlsheim; hier gestorben.

1. Psychose 1904. Verwirrtheit bei puerperaler Infektion. Dauer $\frac{1}{2}$ Jahr, Heilung.

2. Psychose Frühjahr 1919. Verwirrtheit nach Influenza. Dauer 2 Wochen. Heilung.

e) Fräulein Gertrud Bo., geb. 1899. (Fall 11 dieser Arbeit.)

1. psychische Störungen 1910 mit 11 Jahren. Wiederholte Fieberdelirien.

2. Psychose 1918/19 mit 19 Jahren. Hyperkinetische Erregung mit folgendem Stupor bei Influenza. Dauer $4\frac{1}{2}$ Monate. Heilung. Schwester machte ebenfalls eine Influenzapsychose durch.

f) Gefreiter K. W., geb. 1892. (Vgl. Ewald, S. 154.)

Seit Kindheit wiederholte kurze ängstliche Delirien bei fieberhaften Erkrankungen.

Ich kann noch 2 Fälle anfügen, die in der Klinik sichere symptomatische Psychosen durchmachten und vor Jahren je eine kurze Psychose überstanden hatten, deren Zusammenhang mit Infektionskrankheiten allerdings nicht ganz feststeht. Nach Verlauf und Zustandsbild ist es aber wenig wahrscheinlich, daß damals endogene Erkrankungen vorgelegen haben.

g) Fräulein Marie Kl., geb. 28. X. 1886.

1. Psychose 1914 mit 28 Jahren. War vorher erkältet, hatte heftige Rücken- und Magenschmerzen. 10 Tage in einem Krankenhause wegen psychischer Störung, über die nichts Genaueres zu erfahren war, behandelt.

2. Psychose 1917, mit 31 Jahren. Verworrene hyperkinetische Erregung mit folgendem Stupor bei schwerer Nephritis. Dauer 8 Monate. Heilung.

h) Fräulein Else Kä., geb. 16. V. 1894.

1. Psychose mit 20 Jahren 1916. Anlaß unbekannt. Nach Schilderung der Eltern Verwirrheitszustand mit Unruhe, Beten, Äußerung vieler zusammenhangloser religiöser Vorstellungen. Dauer 3 Tage.

2. Psychose mit 25 Jahren 1919. Nach vorausgegangener fieberhafter Erkältung (Influenza?). Stupor mit einleitender kurzer verworrener Erregung, die ärztlich nicht beobachtet wurde. Dauer 4 Wochen. Heilung.

Wesentlich seltener als die individuelle Disposition zu Infektionspsychosen scheint eine familiäre Veranlagung zu solchen zu sein.

Riese, der zuerst auf dieselbe hinwies, berichtet von zwei Brüdern, deren jeder eine Influenzaverwirrtheit durchmachte. Aus meinem Material gehören hierher die Schwestern B. (Fälle 11 und 14), von denen die eine (Fall 11) auch individuell zu Infektionspsychosen disponiert war; ferner eine schon von Ewald erwähnte Familie (Fall 13 jener Arbeit), in der die eine Schwester mit 30 Jahren (1912) eine Verwirrtheit im Anschluß an Pyelonephritis post partum überstand

¹⁾ Ich verdanke die Kenntnis dieses Falles der Freundlichkeit des Herrn Kollegen Walter, in dessen Bekanntenkreise sich derselbe ereignete.

und eine andere Schwester (Januar 1918) mit 34 Jahren an einer Amentia bei Influenzapneumonie¹⁾ litt. Die Mutter dieser Schwestern war schwer psychopathisch und hatte Anfälle (ob epileptische oder hysterische, konnte nicht mehr sichergestellt werden). Eine Base der Schwestern ist ebenfalls hochgradig psychopathisch und war wegen Zwangsvorstellungen mehrfach in Rostock in Behandlung. Weitere Angaben liegen m. W. in der Literatur nicht vor. Es ist bisher auch nicht beobachtet worden, daß die Disposition zu Infektionspsychosen von einer Generation auf die folgende übertragen wurde. Die Mutter der beiden Ewaldschen Schwestern war zwar auch abnorm veranlagt, zeigte aber lediglich eine schwere psychopathische Konstitution. Es handelt sich daher genau genommen nur um „Geschwisterveranlagung“, nicht um eine „familiäre“ Disposition in strengem Sinne.

Die eigenen und fremden Beobachtungen zeigen nun weiter, daß die individuelle Disposition zu Infektionspsychosen fast immer auch einseitig in der Richtung ist, daß bei wiederholten Erkrankungen immer dasselbe Zustandsbild auftritt. Der eine Kranke (Fall f) leidet stets an Delirien, der andere (Fall d) nur an Verwirrtheiten, ein dritter (Fall a) immer an Stuporzuständen, zwei Kranke (Fälle b und c) machen jedesmal hyperkinetisch-akinetische Psychosen durch. Eine Ausnahme scheint die Kranke Jollys darzustellen, die erst eine Amentia in der Laktation, später ein Delir bei Kopfroße überstand. Doch sind die Fälle zu kurz angeführt, um jeden Zweifel an der Art des Zustandsbildes zu beseitigen, zumal die Begriffsbestimmung von Delir und Amentia nicht überall die gleiche ist. Auch im Falle 11 dieser Arbeit traten bei demselben Individuum verschiedenartige Störungen auf: Pat., die 1918 eine hyperkinetisch-akinetische Influenzapsychose überstand, hatte als Kind mehrfach an Fieberdelirien gelitten. Diese Ausnahme dürfte die Regel aber nicht umstoßen; denn das kindliche Gehirn ist der Reaktionsformen der hyperkinetischen Erregung in den meisten Fällen noch nicht fähig²⁾, es bevorzugt dagegen weit mehr als das reife Gehirn die Reaktionsform des Delirs. Soweit dies ja noch kleine Material ein Urteil gestattet, darf man sagen, daß die individuelle Bereitschaft zu symptomatischen Psychosen fast immer auch eine Bereitschaft zu ganz bestimmten einzelnen Reaktionsformen und Zustandsbildern darstellt, falls das Alter der Kranken die Vorbedingung der betr. Reaktionsform schon enthält. Ist dies noch nicht der Fall, so reagiert auch das im Sinne der Verwirrtheit oder der hyperkinetischen Erregung veranlagte Gehirn mit der dem Kindheitsalter eigentümlichen Störungsform der Delirien.

Die familiäre Disposition zeigt an den wenigen bisher bekannten Fällen keine so strenge Gleichförmigkeit. Die von Riese mitgeteilten beiden Brüder hatten zwar jeder eine Influenzaverwirrtheit durchgemacht und auch die von Ewald schon erwähnten Schwestern hatten beide an Verwirrheitszuständen gelitten. Von den Schwestern B. (Fälle 11 und 14 dieser Arbeit) erkrankte dagegen die eine an einem Stupor, die andere an einer hyperkinetisch-akinetischen Psychose. Doch stehen sich diese beiden Bilder ja sehr nahe, da beide durch vordringliche

¹⁾ Bei Ewald heißt es irrtümlich „nach Partus“.

²⁾ Vgl. hierzu meine Arbeit über die Choreapsychosen; ferner Knauer, Psychosen bei Gelenkrheumatismus, l. c.

psychomotorische Symptome ausgezeichnet sind; auch werden beide oft nacheinander im Laufe derselben Erkrankung angetroffen, indem auf das hyperkinetische ein akinetisches Stadium folgt (so auch bei Fall 11). Andererseits werden die Stuporzustände häufig durch ganz kurze Erregungen eingeleitet (auch bei Fall 14).

Natürlich liegt der Einwand nahe, daß die individuelle und familiäre Bereitschaft zu Infektionspsychosen keine eigenartige Erscheinung sei, sondern in der manisch-melancholischen Anlage aufgehe. Das trifft aber m. E. schon deshalb nicht zu, weil ein Teil dieser Psychosen Zustandsbilder zeigt, die den manisch-melancholischen Erkrankungen fremd sind: die wiederholten Delirien bei Fall f, die Delirien der Kindheit des Falles 11. Auch diejenigen Symptomenkomplexe, die in groben Zügen übereinstimmend sowohl bei manisch-melancholischen Erkrankungen wie bei „periodischen Infektionspsychosen“ vorkommen — Verwirrtheit, hyperkinetische Erregung, Stupor — zeigen gewisse feinere Unterschiede. Allerdings wird man bei einem einzelnen Falle, von dem nur das Zustandsbild bekannt ist, gelegentlich im Zweifel bleiben, ob z. B. das gegenwärtige Verwirrtheitsbild eine verworrene Manie oder eine symptomatische Verwirrtheit darstellt. Überblickt man aber eine größere Zahl von Infektionspsychosen und von endogenen verworrenen Manien, endogenen heilbaren Stuporen, endogenen heilbaren hyperkinetischen Erregungen¹⁾, so zeigt sich doch, daß den dem manisch-melancholischen Formenkreise angehörenden Psychosen mehr Erscheinungen von Ideenflucht oder Denkhemmung, Heiterkeit oder Depression beigesellt sind, während die symptomatischen Psychosen in stärkerem Grade Inkohärenz, Schwererweckbarkeit der Vorstellungen, Desorientierung, Merk- und Auffassungsstörung, Sinnestäuschungen aufweisen. Damit hängt auch der Eindruck der Bewußtseinstrübung zusammen, den die meisten symptomatischen Psychosen hervorrufen (Ewald), ein Eindruck, der übrigens jedesmal in seine Elemente aufgelöst werden muß. Gegen eine Gleichheit zwischen der Bereitschaft zu symptomatischen Reaktionen und der manisch-melancholischen Veranlagung spricht weiter, daß die Bereitschaften zu Infektionspsychosen untereinander verschieden sind (Dispositionen für Delirien, für Verwirrtheit, für hyperkinetische Erregung, für Stupor). Ferner fehlen unter den wiederholt an symptomatischen Psychosen Erkrankten deutliche hypomanische oder depressive Konstitutionen, und keiner dieser Kranken hatte außerhalb seiner Infektionspsychosen schwere endogene Schwankungen depressiver, manischer oder zyklischer Art durchgemacht. Nur die Kranke des Falles a zeigte leichte mehrtägige depressive Verstimmungen zwischen ihren Infektionspsychosen; angesichts des hysterischen Naturells der Patientin war es aber zweifelhaft, ob es sich um reaktive oder autochthone Verstimmungen gehandelt hatte. Schließlich sind auch in der Familie dieser Kranken keine sicheren manischen und melancholischen Psychosen vorgekommen. Soweit erbliche Belastung — abgesehen von der spezifischen Disposition zu Infektionspsychosen — vorlag, handelte es sich um psychopathische Konstitution oder präseniledepressive Defektpsychose.

Damit bestreite ich natürlich nicht, daß manisch-depressiv veranlagte Persön-

¹⁾ Vgl. Kleist, Die klinische Stellung der Motilitätspsychosen. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. (Ref.) 3, 914. 1911, und Schröder, Ungewöhnliche periodische Psychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 44, Heft 5. 1918.

lichkeiten außer rein endogenen Schwankungen gelegentlich auch Krankheitsanfälle erleiden können, die durch Infektionen ausgelöst sind. Bei den periodisch Manischen und den zirkulär Veranlagten scheint mir das bedeutend häufiger zu sein als bei periodisch Depressiven. In 8 Fällen meiner Beobachtung waren wiederholte verworrene Manien oder hyperkinetische Erregungen teils rein endogen, teils ausgelöst durch Infektionskrankheiten oder fieberhaftes Wochenbett aufgetreten.

Die Grundlage der individuellen und familiären Bereitschaft zu symptomatischen Psychosen dürfte eine labile, leicht störbare Beschaffenheit bestimmter Funktionenkomplexe bzw. bestimmter Substrate als Träger dieser Funktionen sein. Beim gegenwärtigen Stand unseres Wissens muß es dahingestellt bleiben, ob eine solche Labilität nur eine Gehirneigenschaft ist oder ob auch andere Körperorgane, die enge Beziehungen zum Gehirn unterhalten — etwa endokrine Drüsen — diese Labilität verursachen, so wie die Hyperthyreose einen bestimmten nervösen Funktionenkomplex übererregbar macht (Tachykardie, Tremor, Exophthalmus). Wesentlich an der den wiederholten und familiären symptomatischen Psychosen zugrundeliegenden Labilität ist es, daß sie sich nur gegenüber den aus Infektionen hervorgehenden Schädigungen zeigt. Es handelt sich nicht um eine Labilität schlechthin; denn die betreffenden Persönlichkeiten erkranken nicht ebenso leicht an endogenen oder psychogenen Psychosen. Ich¹⁾ habe früher die „autochthone Labilität“ als das Grundwesen der zur erweiterten manisch-depressiven Krankheitsgruppe gehörenden Psychosen hingestellt, eine Labilität, die in anderer Weise spezifisch ist und sich nur gegenüber gewissen uns noch unbekanntem, vielleicht innersekretorischen Schädigungen zeigt. Die „reaktive Labilität“ wurde demgegenüber als die Grundeigenschaft derjenigen Individuen bezeichnet, die die Neigung besitzen, auf seelische Einwirkungen hin „psychogen“ zu erkranken. Nun müssen wir eine dritte, ebenfalls spezifische Empfindlichkeit für infektiöse und verwandte Schädigungen als Kennzeichen der Disposition zu symptomatischen Psychosen den beiden anderen Labilitäten an die Seite stellen („symptomatische Labilität“).

Zukünftige Untersuchungen werden festzustellen haben, ob es innerhalb der „symptomatisch-labilen Konstitutionen“ noch Verschiedenheiten gibt, indem manche Individuen sich nur gegen infektiöse Hirnschädigungen, andere nur gegenüber Vergiftungen dieser oder jener Herkunft empfindlich erweisen.

Da sich degenerative Veranlagungen verschiedener Art häufig in demselben Menschen vereint finden, so wird es nicht auffallen, wenn die „symptomatische Labilität“ gelegentlich mit „reaktiver Labilität“ und Hysterie zusammen auftritt, wie im Falle a (Frau Joh.). Vielleicht sind auch die eben besprochenen, vorläufig als manisch-depressiv aufgefaßten Konstitutionen, bei denen ein Teil der Krankheitsanfälle autochthon, ein anderer Teil im Anschluß an Infektionen auftrat, richtiger als Verbindungen von autochthoner und symptomatischer Labilität zu deuten. Auch wenn in einer Familie die einen Glieder an manisch-depressiven, die anderen an symptomatischen Erkrankungen gelitten haben, ist an eine Kombination von autochthoner und symptomatischer Labilität zu

¹⁾ Kleist, Die Streitfrage der akuten Paranoia. (Ein Beitrag zur Kritik des manisch-depressiven Irreseins.) Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 5, 3. 1911.

denken, wie bei den Influenzapsychosen Fall 7 (Patientin ängstlich veranlagt, Schwester Melancholie) und Fall 9 (drei Geschwister Melancholien).

Eine spezifische Disposition zu symptomatischen Psychosen wird zwar mit Sicherheit nur aus dem wiederholten Auftreten solcher Psychosen bei denselben Menschen oder in derselben Familie erkannt werden können, aber sie mag auch bei manchen der einmaligen und in einer Familie isoliert auftretenden symptomatischen Psychosen im Spiel sein. Der betreffende Mensch erkrankt vielleicht bloß deshalb nur einmal an einer symptomatischen Psychose, weil er nur einmal eine schwere Infektionskrankheit durchmacht. Von anderen Personen, die noch in jüngerem Alter stehen, wissen wir nicht, ob sie im späteren Leben von einer weiteren Infektionspsychose verschont bleiben.

Einfluß der Influenza auf andere Psychosen und Neurosen.

Am häufigsten werden endogene Depressionen durch Influenza ausgelöst, auch Verschlimmerung bestehender endogener Depressionen wird beobachtet. Es entspricht das der Vorliebe der Influenza für depressive Störungen überhaupt, dem Vorkommen verhältnismäßig häufiger symptomatischer Influenzadepressionen und der fast regelmäßigen ängstlich-melancholischen Färbung aller Grippepsychosen. Bei der Epidemie 1890/91 hat man zahlreiche, nur durch Influenza ausgelöste Depressionen Zirkulärer und konstitutionell Depressiver zu Unrecht als echte Influenzapsychosen betrachtet (s. S. 20). Nicht weniger als 9mal konnte ich im Winter 1918/19 den auslösenden bzw. verschlimmernden Einfluß der Influenza auf endogene Depressionen beobachten.

Eine 30jährige Pat., die seit 9 Jahren an periodischen halbjährigen leichten Melancholien litt, erkrankte im Anschluß an Influenza an einem neuen Anfall ihres Leidens. Bei 2 weiteren periodischen Depressionen handelte es sich um hypochondrische Depressionen. Eine 4. Kranke hatte vor 15 und vor 3 Jahren je eine hypochondrisch-ängstliche Depression mit Zwangsvorstellungen durchgemacht und erkrankte nun unter den gleichen Erscheinungen nach einem Grippezidiv. Die 5. und 6. Pat. hatten wiederholt Zwangsdepressionen durchgemacht, die erneut nach Grippe auftraten. Endlich eine 43jährige Frau, die depressiv belastet schon im Jahre 1910 wegen eines depressiven Stupors in der Klinik behandelt worden war und nach Grippe im Oktober 1918 wieder depressiv und weiterhin stuporös wurde. Sie kam — durch Nahrungsverweigerung hochgradig entkräftet — zur Aufnahme und starb hier nach wenigen Tagen. Verschlimmerung einer schon seit 15 Jahren bestehenden leichteren klimakterischen Melancholie sah ich bei einer depressiv belasteten, jetzt 64jährigen Frau. Eine 9. Pat. stand im Klimakterium, als sie an einer Grippe im Herbst 1918 erkrankte; es entwickelte sich darauf eine hypochondrische Depression von sehr langwierigem, noch nicht abgeschlossenem Verlauf. Hier hat die Influenza wohl nur unterstützend beim Ausbruch einer im wesentlichen endogenen klimakterischen Verstimmung mitgewirkt.

Auch bei drei periodisch Depressiven Meyers und bei einer Kranken Meyers, deren Angstmelancholie erst mehrere Wochen nach Influenza zum Ausbruch kam, hatte die Grippe zweifellos nur auslösend gewirkt; ebenso bei mehreren Fällen Pässlers, während ich einige andere Fälle dieser Arbeit als echte symptomatische Psychosen in Anspruch nehmen möchte. Über die „Melancholien“ Rieses und Hitzenbergers ist ohne nähere Angaben kein Urteil möglich.

Auslösung von Manien ist offenbar viel seltener. Ich habe das nie beobachtet. Ein Fall von Notkin ist vielleicht so zu deuten. Von den vier „Manien“ Pässlers kann m. E. der Fall 8 und noch sicherer der Fall 12 als hyperkinetisch-

akinetische Influenzapsychose aufgefaßt werden. In Pässlers Fällen 9, 10 und 11 lagen keine reinen Manien, sondern zirkuläre Psychosen vor; wobei in Fall 10 unmittelbar auf die Grippe nicht die manische, sondern die melancholische Phase folgte. Eine zirkuläre Psychose, deren einer Anfall durch Influenza ausgelöst wurde, beschreibt auch Hitzenberger. Auch während der vorletzten Influenzaepidemie sind einzelne durch Grippe ausgelöste Manien mitgeteilt worden (Specht, Snell).

Psychopathische Veranlagungen und psychogene Erkrankungen erfahren unter der Einwirkung der Influenza zuweilen eine Verstärkung. Ein Neurastheniker meiner Beobachtung litt mehrere Wochen nach einer Grippe an vermehrten neurasthenischen Beschwerden. Eine Hysterika, die schon früher Schreikrämpfe gehabt hatte, bekam nach Influenza einen verbreiteten Tic, der erst in einigen Wochen schwand. Ebenso verschlimmerte sich eine klimakterielle Hysterie mit vielen hypochondrischen Beschwerden und eine hypochondrisch-depressive traumatische Neurose. Ladame sah bei leicht psychopathischen Grippekranken Widerspenstigkeit, Gleichgültigkeit, Ängstlichkeit und hysterische Symptome hervortreten. Hysterische Erscheinungen bei 5 Psychopathen beschreibt Meyer (darunter einen Ganser-Zustand). Von der Verschlimmerung eines alkoholistischen Eifersuchtswahns nach Grippe berichtet Ladame.

Die Beziehungen der endogenen Verblödungen zur Influenza sind nach meinen Erfahrungen viel dürftiger als die der endogenen gutartigen Psychosen. Eine schon erwähnte 23jährige Dementia-praecox-Kranke erkrankte im Anschluß an Grippe und wurde zuerst für eine Influenzapsychose gehalten. Sie ist jetzt — nach mehr als einem Jahr — ruhiger, aber hochgradig inkohärent, paralogisch, halluziniert viel, ist zeitweise stuporös, negativistisch, impulsiv, grimassiert. Die anfängliche Fehldiagnose beruhte darauf, daß die Kranke zuerst eine traumhafte Desorientierung in Ort und Zeit ähnlich der symptomatischer Delirien und Dämmerzustände darbot. Gegen Influenzapsychose hätten schon im Beginn die für Influenzapsychosen sehr ungewöhnliche manische Färbung und die gleich anfangs besonders hochgradigen Paralogien sprechen können. Auch bei einer 40jährigen Frau, die mit Angst, Phonemen und unklaren Eigenbeziehungen erkrankte, aber bald in einen katatonischen Stupor verfiel, war anfangs an Influenzapsychose (Halluzinose) gedacht worden, da die Krankheit mit Grippe begonnen haben sollte und Patientin die ersten Tage in der Klinik fieberte. Es stellte sich aber heraus, daß die ersten Krankheitszeichen schon vor der Grippe aufgetreten waren. Die Kranke war auch stets orientiert, hatte keine Auffassungs-, Merk- und Denkstörungen wie die eigentlichen Influenzapsychosen. Das Hervortreten von Stupor und Negativismus sicherte vollends die Diagnose der Katatonie; Patientin befindet sich nach $\frac{3}{4}$ Jahren noch in der Klinik. Von den 36 in die Zeit vom 1. Oktober 1918 bis 31. März 1919 aufgenommenen Dementia-praecox-Kranken wurde sonst nur zweimal in der Vorgeschichte von Influenza berichtet. Ein Soldat sollte im Felde im Anschluß an Grippe erkrankt sein; doch ließ sich der Zusammenhang nicht klarstellen, da die militärischen Krankenblätter nicht zu erhalten waren. Eine Katatonische mit periodischem Krankheitsverlauf, die schon 10 mal in der Klinik gewesen war, war nach Grippe zu Hause unruhiger geworden und mußte deshalb wieder aufgenommen werden. Ob die

Grippe wirklich die Ursache der erneuten Verschlimmerung war, wie in einem Falle Rieses, steht dahin. Auch in Wien (Hitzenberger) wurde nur sehr selten *Dementia praecox* durch Influenza ausgelöst (2 Fälle gegenüber 45 symptomatischen Psychosen). De mole führt zutreffend aus, daß die Grippeepidemie keine Zunahme der Erkrankungen an *Dementia praecox* bewirkt habe. Diese Feststellungen stehen jedoch im Gegensatz zu den Befunden anderer Beobachter. Ladame sah 3 mal Katatonie nach Grippe ausbrechen; 4 weitere Kranke, die kurz vor oder nach einer Entbindung an Grippe erkrankten und danach psychotisch wurden, schienen sich auch im Sinne einer *Dementia praecox* weiterzuentwickeln, doch war noch keine sichere Entscheidung möglich. Meyer berichtet von nicht weniger als 15 durch Influenza ausgelösten Erkrankungen an *Dementia praecox*, während er nur 4 manisch-depressive Erkrankungen nach Grippe beobachtete — gegenüber 13 eigentlichen Influenzapsychosen. Der zeitliche Zusammenhang mit Influenza ist aber nicht in allen Fällen gesichert.

Fall 31 hatte schon 2 Jahre vor der neuerlichen Erkrankung eine Depression (nach Ermordung ihres Mannes) durchgemacht. Bei 4 Kranken (35, 37, 38, 43), die sämtlich nach kürzerer Zeit genasen, halte ich die Diagnose *Dementia praecox* nicht für zweifelsfrei. Die Kranke 35 war vorübergehend verwirrt, desorientiert, erregt, halluzinierte, dann verhielt sie sich bewegungsarm und abweisend. Es könnte sich wohl um eine verworrene Erregung mit folgendem leichten Stupor nach Art meiner Fälle 11 und 12 gehandelt haben. Fall 37 erkrankte nach Grippe an einem kurzdauernden verworrenen und vielleicht hyperkinetischen Erregungszustande. Religiös-expansive Ideen, die Pat. schon einige Tage vor Ausbruch der Erregung geäußert hatte, behielt er nach Ablauf derselben bei. Meyer ist selbst im Zweifel, ob dies „Festhalten an den Grundsätzen der apostolischen Gemeinde“ als krankhaft zu bewerten sei. Die akute, vorübergehende Erregung könnte wohl auch eine symptomatische Psychose vom Charakter meines Falles 9 gewesen sein. Fall 38 ist vielleicht eher als eine durch Grippe ausgelöste Zykllothymie aufzufassen. Bei Fall 45 endlich hält Meyer selbst es für möglich, daß eine symptomatische Psychose (verworrene Erregung) mit Residualwahn vorgelegen habe. Auch nach Abzug dieser 5 Fälle bleibt die Zahl der durch die Influenza ausgelösten Schizophrenien (10 Fälle) gegenüber meinem Material von nur 2 Kranken auffällig hoch.

Auch aus der Breslauer Klinik beschreibt Thiel 5 zweifelfreie Katatonien, die kurz nach Influenza auftraten, denen er nur 2 echte symptomatische Psychosen gegenüberstellen kann. Nicht genügend begründet erscheint es mir, wenn Notkin von seinen beiden Verwirrheitszuständen (Fälle 2 und 3) annimmt, es seien ausgelöste Schizophrenien („macht immerhin den Eindruck einer latenten Schizophrenie“, „sieht latent schizophren aus“). Pässler bringt aus der Tübinger Klinik 5 sichere, ungeheilt gebliebene Fälle von *Dementia praecox*, die im Gefolge von Grippe aufgetreten waren; doch ist bei zweien derselben (Fälle 16 und 20) der zeitliche Zusammenhang zwischen Influenza und Ausbruch der Psychose nicht recht klar. Zwei weitere „Katatonien“ Pässlers (Fälle 13 und 15), die völlig genasen, scheinen mir echte symptomatische Psychosen, und zwar hyperkinetische Erregungen mit folgendem Stupor gewesen zu sein; zugleich bestanden Desorientierung, Halluzinationen, späterer Erinnerungsverlust für die Psychose. Hier dürften die psychomotorischen Symptome prognostisch überschätzt worden sein. Einer Mitteilung von Prof. Wilmanns entnehme ich, daß in Heidelberg die meisten der zur Zeit der Influenzaepidemie beobachteten Psychosen nicht das Gepräge der Influenzapsychosen trugen, sondern als akute Katatonien diagnostiziert wurden. Die Häufigkeit der Influenza in der Vor-

geschichte verschiedener Psychosen, besonders bei *Dementia praecox*, wird auch in der Auskunft der Münchener Klinik hervorgehoben.

Wenn wirklich die Influenza eine besondere Neigung hätte, *Dementia praecox* auszulösen, so müßte das überall beobachtet worden sein. Ich möchte daher annehmen, daß in vielen Fällen — z. B. bei der Mehrzahl der Kranken Meyers und Thiels — nur zufällig der Ausbruch einer *Dementia praecox* mit der Erkrankung an der damals so verbreiteten Grippe zusammentraf.

Bei der Influenzaepidemie 1890/91 sind die ungeheilt gebliebenen Influenzapsychosen offenbar endogene Verblödungen gewesen, die zufällig während einer Grippe ausbrachen oder durch sie ausgelöst waren. Dahin gehört auch ein Teil der „Pseudoinfluenzapsychosen“ Kirns.

Auslösung von Epilepsie kommt nur in Betracht bei dem Fall 1 von Riese; die Kranke hatte vor 25 Jahren als junges Mädchen an epileptischen Anfällen gelitten und erkrankte bei Grippe an wiederholten Dämmerzuständen mit epileptiformer Erregung; beim zweiten Dämmerzustande traten auch epileptische Anfälle auf.

Anton sah beginnende Paralyse sich nach Influenza rascher entwickeln (briefliche Mitteilung).

In einem Falle Meyers (Fall 10) wurde der Ausbruch einer senilen Demenz durch Influenza beschleunigt.

Fieberhafte Erkrankungen wirken bekanntlich zuweilen auch günstig auf eine bestehende Geisteskrankheit. Eine *Dementia praecox* Meyers besserte sich nach Influenza. Auch das ist bei der Epidemie der Jahre 1890/91 schon beobachtet worden. Specht sah zwei aufgeregte Katatoniker sich während einer Grippe beruhigen. Roller und Metz berichten von Heilung einer „Paranoia“ durch Influenza. Eine schon über ein Jahr dauernde symptomatische Psychose meiner Beobachtung (hyperkinetische Erregung mit nachfolgendem Stupor) bei fieberhafter Nephritis, besserte sich unmittelbar nach einer Grippe auffällig rasch und konnte in kurzem geheilt entlassen werden. Die Kranke, über die in einer eigenen Veröffentlichung berichtet werden soll, ist bisher über ein Jahr lang gesund geblieben.

Ergebnisse.

1. Die Influenza führte auch bei der Epidemie 1918/19 verhältnismäßig häufig zu psychischen Störungen. Angesichts der pandemischen Verbreitung der Seuche ist aber die bisher bekannt gewordene Zahl von etwa 100 Fällen nicht übermäßig groß und bleibt hinter der Häufigkeit der Typhuspsychosen und der Beteiligung der Psyche bei der infektiösen Chorea zurück. Es scheinen geographische Verschiedenheiten vorgelegen zu haben in der Art, daß Influenzapsychosen in den südlichen Rand- und Nachbargebieten Deutschlands (Deutschösterreich, Schweiz, südliches Baden) und in den Küstengebieten an der Ost- und Nordsee zahlreicher beobachtet wurden. Im einzelnen Falle standen Auftreten und Grad der psychischen Störung nicht im Verhältnis zur Schwere der körperlichen Erkrankung. Die Influenzapsychosen bevorzugten — wie die Influenza überhaupt — das mittlere Lebensalter, besonders das Alter zwischen dem 31. und 40. Lebensjahr.

2. Die Influenzapsychosen sind überwiegend toxische Enzephalopathien, bei denen schwere und ausgedehnte Nervenzellveränderungen vorliegen; ver-

einzelnt liegt ihnen eine leichte diffuse Meningoenzephalitis zugrunde, worauf im klinischen Bilde leichte meningitische Zeichen und Herdsymptome hinweisen. Leichte oder schwere neuritische Erscheinungen sind mehr als einem Drittel der Influenzapsychosen beigesellt. Die den Influenzapsychosen zugrunde liegenden Hirnschädigungen sind vorübergehende ausgleichbare Störungen und haben in keinem Falle als solche den Tod herbeigeführt, der vielmehr auf die Wirkung von Pneumonie, Nephritis oder, wie bei drei eigenen Fällen, auf Ruhr zu beziehen war. Ausgang in chronische Psychosen oder Defektzustände ist nicht erwiesen. Frühere Beobachtungen dieser Art (Kirn) dürften Fehldiagnosen gewesen sein.

3. Die Influenzapsychosen traten, wie bei der letzten Influenzaepidemie und entsprechend der psychischen Beteiligung bei anderen Infektionskrankheiten, als grippöse und etwas häufiger als postgrippöse Störungen auf (Verhältnis 8 : 11). Die Dauer schwankte in weiten Grenzen zwischen 3 Tagen und 6 Monaten, wobei die langdauernden — d. h. die über 30 Tage sich erstreckenden — überwogen (11 : 8). Die grippösen Psychosen nehmen gewöhnlich einen kurzen, die postgrippösen meist einen längeren Verlauf. Bei den postgrippösen Psychosen spielt die persönliche oder erbliche Veranlagung eine größere Rolle als bei grippösen Erkrankungen. Es ergab sich im einzelnen, daß die Bedeutung der Veranlagung stetig stieg mit der Entfernung des Beginns der Psychose von der Höhe der körperlichen Erkrankung. Im Symptombilde der grippösen und der postgrippösen Psychosen bestanden keine durchgreifenden Unterschiede; doch waren Delirien und Halluzinose häufiger unter den grippösen Erkrankungen, Dämmerzustände, Verwirrtheit, hyperkinetisch-akinetische Formen und Depressionen häufiger bei den postgrippösen Fällen.

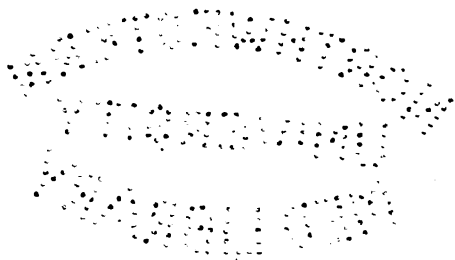
4. Unter den Symptombildern der Influenzapsychosen überwiegen die heteronomen Bilder — Dämmerzustände und Delirien — bedeutend gegenüber den homonomen (14 : 5). Das bestätigt einerseits Bonhöffers Lehre von den Prädilektionstypen der symptomatischen Hirnschädigung, zeigt aber andererseits, daß auch homonome Bilder stärker, als nach Bonhöffer zu erwarten wäre, unter den Grippepsychosen vorkommen, was bei Berücksichtigung der leichteren symptomatischen Störungen auch für die anderen Infektionspsychosen zutreffen dürfte. Bei Abwesenheit manischer und paranoischer Verstimmungen sind es gerade die von Bonhöffer sonst vermischten depressiven Zustände verschiedener Prägung, die bei Grippepsychosen beobachtet wurden. Die schon bei der vorletzten Epidemie vermerkte Vorliebe der Influenza für depressive Krankheitsbilder zeigt sich ferner daran, daß auch die heteronomen Zustände überwiegend ängstlich, melancholisch, hypochondrisch gefärbt waren und zuweilen depressive Nachstadien hinterließen; ferner in der Neigung der Influenza, endogene Depressionen bei entsprechender Veranlagung auszulösen. Die Influenza beweist von neuem, daß jede Infektion doch auch ihre spezifischen Besonderheiten auf psychischem Gebiet hat.

5. Bei der Beschreibung der verschiedenen Zustandsbilder wurde versucht — trotz Anerkennung der Übergänge — die einzelnen Syndrome möglichst genau zu umschreiben. Die Einordnung der verschiedenen Fälle wurde daraus wesentlich anders als in den Veröffentlichungen des Jahres 1890/91 und mußte auch von mancher noch heute geübten Zuteilung abweichen. Es betraf das

besonders die Abgrenzung des deliranten Zustandes, die Aufstellung der hyperkinetischen Erregung gegenüber den enger gefaßten Verwirrtheitszuständen und die Auffassung der epileptiformen Erregung als eines nur besonders gearteten Dämmerzustandes.

6. Influenzapsychosen und andere Infektionspsychosen entstehen zu einem Teil unter Beihilfe verschiedenartiger Konstitutionsanomalien, wie Imbezillität, psychopathische Veranlagung u. ä. Es gibt außerdem aber eine spezifische Veranlagung zu Infektionspsychosen, die vorzugsweise individuell, zuweilen aber auch familiär (bei Geschwistern) auftritt. Eigene und fremde Beobachtungen aus dem Bereich der Influenzapsychosen, sowie aus verschiedenen anderen Infektionen, konnten zum Belege beigebracht werden. Infolge einer solchen Veranlagung treten scheinbare periodische Psychosen auf, die in Wirklichkeit wiederholte symptomatische Psychosen auf dem Boden einer spezifischen Disposition zu infektiösen Gehirnschädigungen sind. Es gibt anscheinend getrennte Dispositionen zu Delirien, Verwirrtheitszuständen, hyperkinetischen Erregungen und Stuporzuständen. Außer der schon bekannten konstitutionellen „autochthonen Labilität“ der manisch-depressiven Krankheitsgruppe und der „reaktiven Labilität“ der Hysteriker und der zu psychogenen Psychosen Disponierten, muß man daher noch die dritte Art der „symptomatisch-labilen“ Konstitution anerkennen.

7. Die Influenza hat die besondere Neigung, bei entsprechender persönlicher oder familiärer Veranlagung endogene Depressionen auszulösen. Ihr auslösender Einfluß auf andere Erkrankungen, besonders auf Dementia praecox, tritt dagegen zurück.



Literatur über Influenzapsychosen.

Epidemie 1918/19.

1. Bödler, Psychische Störungen im Verlauf von Influenza. Inaug.-Diss. Kiel 1918.
2. Demole, De la symptomatologie des psychoses post-grippales. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919, Nr. 39.
3. Dörbeck, Die Influenzapandemie 1918. Dtsch. med. Wochenschr. 45. Jahrg., Nr. 27.
4. Franke, Pupillenstörung nach Grippe. Münch. med. Wochenschr. 1919, Nr. 18.
5. Groß u. Pappenheim, Zur Frage der durch die Grippe verursachten Nervenschädigung mit Berücksichtigung des Liquorbefundes. Wien. klin. Wochenschr. 1919, Nr. 15. Ref. Neurol. Centralbl. 1919, S. 538.
6. Gröger, Med. Klin. 1919, Nr. 30, S. 741.
7. Hitzenberger, Psychosen nach Grippe. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 46, Heft 5. 1919.
8. Huiskens, Zerebrale Herderkrankungen bei Typhus und Influenza usw. Monatsschr. f. Psych. u. Neur. 47, Heft 6. 1920.
9. Klare, Neuritis und Polyneuritis bei Grippe. Inaug.-Diss. Rostock 1920.
10. Kleist, Psychische und nervöse Störungen bei Influenza. Neurol. Centralbl. 1919, Nr. 2.
11. Ladame, La grippe et ses complications mentales. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1919, Nr. 20.
12. Meyer, Psychosen und Neurosen nach Grippe. (Manuskript.)
13. Notkin, Die Grippe als auslösendes Moment von Psychosen. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1918, Nr. 50.
14. Päßler, Erkrankungen des Nervensystems bei Grippe, mit besonderer Berücksichtigung der Psychosen. Inaug.-Diss. Tübingen 1919.
15. Riese, Psychische Störungen nach spanischer Grippe. Neurol. Centralbl. 1918, Nr. 21.
16. v. Rad, Über psychische Störungen nach Influenza. Vortr. Münch. med. Wochenschr. 1919, S. 887.
17. Siemerling, Vortr. Berl. klin. Wochenschr. 1919, Nr. 22.
18. Thiel, Psychosen nach Grippe. Inaug.-Diss. Breslau 1919.
19. Weber, Psychische Störungen bei der Grippeepidemie. Dtsch. med. Wochenschr. 1918, Nr. 52.

Epidemie von 1890/91.

1. Ewald (Berlin), Dtsch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 4.
2. Kirn, Die nervösen und psychischen Störungen der Influenza. Sammlung klin. Vorträge, herausg. von R. v. Volkmann. Innere Medizin 5. Leipzig 1890—93. Dort ausführl. Literaturangaben.
3. Krause, Zwei Fälle von Nachkrankheiten nach überstandener Influenza. Neurol. Centralbl. 1890, Nr. 7.
4. Kraepelin, Über Psychosen nach Influenza. Dtsch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 11.
5. Lehr, Nervöse Erschöpfungszustände nach Influenza. Dtsch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 41.
6. Metz, Heilung einer Paranoia nach Influenza. Neurol. Centralbl. 1890, S. 201.
7. Mispelbaum, Über Psychosen nach Influenza. Allg. Zeitschr. f. Psych. 47, Heft 1.
8. Schmitz, Über die Geistesstörungen nach Influenza. Allg. Zeitschr. f. Psych. 47, Heft 3/4.
9. Snell, Die Influenzaepidemie der Hildesheimer Anstalt. Allg. Zeitschr. f. Psych. 47, Heft 3/4.
10. Solbrig, Neurosen und Psychosen nach Influenza. Neurol. Centralbl. 1890, Nr. 11.
11. Specht, Influenza in der Erlanger Anstalt. Münch. med. Wochenschr. 1890, Nr. 8.
12. Becker, Fall von Geisteskrankheit nach Influenza. Neurol. Centralbl. 1890, Nr. 6.



Druck der Spamerschen Buchdruckerei in Leipzig.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON
O. FOEBSTER-BRESLAU UND K. WILMANN-HEIDELBERG

HEFT 22

DIE BETEILIGUNG
DER HUMORALEN LEBENSVOR-
GÄNGE DES MENSCHLICHEN
ORGANISMUS AM EPILEPTISCHEN
ANFALL

VON

DR. MAX DE CRINIS

ASSISTENT DER UNIVERSITÄTSNERVENKLINIK IN GRAZ

MIT 28 KURVEN IM TEXT



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1920

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.**

Copyright 1920 by Julius Springer in Berlin.

**MEINEM VEREHRTEN LEHRER
PROF. DR. FRITZ HARTMANN**

Vorwort.

Auf der Versammlung deutscher Nervenärzte in Hamburg hat Hartmann (93 b) gelegentlich der zur Diskussion gestellten Frage der klinischen Stellung der Epilepsie auf die grundlegende humoralpathologische Bedeutung der Erkenntnisse von der Anaphylaxie und dem parenteralen Eiweißzerfalle (H. Pfeiffer 94) für die pathogenetische Auffassung und damit auch für klinische Stellung des epileptischen Anfalles hingewiesen.

Schon vorher (93 a) hatte er unter dem Hinweisse auf gewisse typische Erscheinungen der experimentellen Anaphylaxie für die durch endogene Giftwirkungen bedingten Erscheinungen am Nervensysteme im allgemeinen die Vermutung ausgesprochen, daß solche anaphylaktischen Vorgängen ihre Entstehung danken. Ob Anschauungen, hinsichtlich der intimen Beziehungen von Giftwirkung und Nervensystem, wie sie die Narkoseversuche von Meyer - Overton hinsichtlich der Lösungsaffinität der im Nervensysteme reichlich vorhandenen Lipoide zu Tage gefördert haben, mutatis mutandis auch für die Vorgänge zwischen Gift und Gewebe bei den endogenen Giftwirkungen zu Recht bestehen, hält er künftigen Untersuchungen für vorbehalten.

Die Forschungen über das Verhalten des antitryptischen Serumtiters von Rosenthal (18), Simonelli (19), Juschtschenko (20) bei Epilepsie, von Russnjak (190) beim anaphylaktischen Schock, die Arbeiten H. Pfeiffers über die parenteralen Eiweißzerfallstoxikosen sowie die augenscheinliche Übereinstimmung des klinisch-symptomatologischen Bildes der paroxystischen Zustände waren zunächst die ersten Stützen des Problems.

Die von der Grazer Nervenlinik von diesen Gesichtspunkten aus vorgenommenen Untersuchungen des Blutbildes (Hartmann, di Gaspero (93 c), di Gaspero (112), zeigten mannigfache Übereinstimmungen mit den für die Serumkrankheit, den anaphylaktischen Schock, die Vergiftung mit Witte-Pepton, die Verbrüfungserkrankung, die Eklampsie gefundenen (also den „Eiweißzerfallstoxikosen“ H. Pfeiffers) und bestätigen hinsichtlich der Eosinophilen für den epileptischen Anfall die schönen Befunde von Schlecht (114) bei Anaphylaxie. Gleichzeitig konnte der Befund von Pfeiffers Harntoxizität beim anaphylaktischen Schock bei der Peptonvergiftung, bei den photodynamischen Lichtwirkungen, der Uraemie, der Hämolysinvergiftung usw. durch seine Untersuchungen mit O. Albrecht (16 c) (Nervenlinik Graz) auch für den epileptischen Anfall festgestellt werden; Franz (13) konnte über Pfeiffers Anregung analoge Befunde bei Eklampsie erheben.

Pfeiffer und de Crinis (16 f) bestätigen inzwischen die Befunde vom Verhalten des antitryptischen Serumtiters bei Epilepsie und stellten das genauere Verhalten desselben zum Anfall fest. Pfeiffer und Jarisch (16 a) und de Crinis (55) bestätigten analoge Verhältnisse für den anaphylaktischen Schock, Franz (13) erhoben gleiche Befunde bei der Eklampsie.

Damit waren nicht nur der Anschauung Hartmanns über den epileptischen Anfall, sondern auch Weichhardts (11) schon früher geäußelter Vermutung von der Eklampsie als einer anaphylaktischen Erscheinung die zunächst erreichbare Bestätigung zuteil.

Von dem weiteren Ausbau dieser Erkenntnisse ist die endliche Klärung der pathogenetischen Vorgänge beim epileptischen Anfall ebenso zu erwarten, wie voraussichtlich auch eine Aufklärung der vermutlich gesetzmäßigen intimen Beziehungen zwischen endogener Giftwirkung und Nervensystem überhaupt.

Angesichts der erlangten Bedeutung dieser Erkenntnisse erschien es an der Zeit, die Ergebnisse neuer Untersuchungen über das Verhalten des Serum-eiweißgehaltes, der Blutgerinnungsfähigkeit und des Lipoidstoffwechsels im allgemeinen, insonderheit bei Epilepsie, welche mich in den letzten Jahren beschäftigten, einerseits mit dem humoralpathologischen Vorstellungen früherer medizinischer Epochen zu vergleichen und andererseits mit den bisherigen neuzeitlichen Forschungsergebnissen in greifbare Beziehung zu setzen.

Die bisherige neuzeitliche Entwicklung in der Erforschung der Zusammensetzung der Körpersäfte im gesunden und kranken Zustande hat sich fast ausschließlich mit diesen Erscheinungen an sich beschäftigt ohne ihren Wirkungen auf Struktur und Stoffwechsel der Organe nachzugehen.

Dies zeigt die Entwicklung der Lehre von der Infektion und Immunität, der Aufbau der Serologie und der Fermentforschung. Wir treten nunmehr in eine Phase, in welcher man sich bemüht, die Beziehungen der Vorgänge in den Körpersäften und deren krankhafter Veränderungen zum morphologischen und chemischen Aufbau der zellulären Funktion der einzelnen Organe und damit des gesamten Körpers herzustellen. Mit diesen Bemühungen nähern wir uns der neuzeitlichen Ausgestaltung der grundlegenden Gedanken Rokitanskys und erheben uns von der rein serologischen Betrachtung zur humoralpathologischen.

G R A Z , April 1920.

Übersicht.

I. Einleitung.

	Seite
1. Geschichte der Humoralpathologie, von Hippokrates bis Rokitansky . . .	1
Verdrängung der Humoralpathologie durch die Zellularpathologie Virchows .	
2. Die Wendung zur modernen Humoralpathologie durch die Fortschritte der Stoffwechselchemie und der Anaphylaxieforschung	4
A. Anaphylaxie und ihre Beziehungen zur Pathologie im allgemeinen	6
B. Die Lehre von den Blutfermenten und ihre Beziehungen zur Pathologie	8
C. Die Lehre von der Blutgerinnung und ihre Beziehungen zur Pathologie .	9

II. Die Wandlungen der Ansichten über die Bedeutung der humoralen Erscheinung bei Epilepsie.

1. Die ersten stoffwechselchemischen Erkenntnisse bei Epilepsie	10
2. Der Gesamtstoffwechsel bei Epilepsie und die begleitenden humoralen Veränderungen	13
3. Beziehungen des anaphylaktischen Schocks zu den verschiedenen Nervenkrankheiten und speziell zur Epilepsie	16
4. Die Lehre von den Eiweißzerfallstoxikosen und ihre Beziehung zum epileptischen Anfall	16
5. Die Lehre von den Schutzfermenten und ihre Beziehung zum epileptischen Anfall	16
6. Die korpuskulären Veränderungen bei Epilepsie, speziell die Schwankungen in der Zahl der weißen Blutkörperchen	16

III. Eigene Untersuchungen.

1. Krankengeschichten	18
2. Eigene Untersuchungsergebnisse	20
A. Schwankungen des Serumeiweißgehaltes	20
1. Methodik	20
2. Normaler Serumeiweißgehalt	23
3. Serumeiweißgehalt bei Epilepsie	25
4. Ergebnisse beim epileptischen Anfall	25
5. Allgemeine Beziehungen des Serumeiweißgehaltes zum Blutdruck und solche beim epileptischen Anfall	31
6. Zusammenfassung	35
B. Verhalten der Blutgerinnung bei Epilepsie	36
1. Allgemeines über Blutgerinnung	36
2. Blutgerinnung am gesunden und kranken Organismus	36
3. Methode	39
4. Ergebnisse bei Epilepsie	40
5. Beziehungen der Blutgerinnung zum Stoffwechsel	43
C. Über den Lipoidgehalt, speziell den Cholesteringehalt im Serum bei Epilepsie und seine Bedeutung	44
1. Allgemeines über Lipoide	44
2. Cholesterin, chemische Konstitution und Allgemeines	46

	Seite
3. Methode der Cholesterinbestimmung	47
4. Ergebnisse der Cholesterinuntersuchungen und ihre Beziehungen zur Pathologie	49
5. Eigene Untersuchungsergebnisse	50
6. Ursachen der Cholesterinschwankungen bei Epilepsie (allgemein).	53
7. Einfluß des Cholesterins auf die Fermenttätigkeit	55
8. Lipoide als Antifermente	57
9. Beziehungen der Lipoide zum anaphylaktischen Schock	57
10. Lipoide und Antitrypsin	58
11. Cholesterin ein Ferment hemmendes Lipoid	63
12. Zusammenfassung der Ergebnisse des Studiums des Cholesterinstoffwechsels bei Epilepsie	65
IV. Zusammenfassung der gesamten humoralen Veränderungen bei Epilepsie	66
V. Schlußbetrachtungen.	
A. Welche dieser Veränderungen in den Körpersäften sind eine wesentliche Bedingung des Anfalls?	70
B. Welche dieser Veränderungen sind akzidenteller Natur?	72
C. Welche dieser Veränderungen sind eine Begleiterscheinung der im Anfalle bean- spruchten Funktion?	73
VI. Kurvenmäßige Darstellung der Ergebnisse aus den Stoffwechselversuchen und den humoralen Befunden.	75
VII. Literatur.	
	77

I. Einleitung.

1. Geschichte der Humoralpathologie.

Die Fortschritte der modernen Humoralpathologie und die Bedeutung der humoralen Veränderungen bei den verschiedenen Erkrankungen für den Krankheitsprozeß als solchen und die Entstehung der verschiedenen Krankheitszustände hat ganz neue Perspektiven für die Pathologie auf allen Gebieten der Medizin eröffnet. Doch auch dafür gilt der alte Spruch „nil novi sub sole“ — und die Geschichte der Medizin lehrt uns, daß schon von den ältesten Ärzten den Körpersäften eine maßgebende Bedeutung für die Entstehung der Krankheiten beigemessen wurde, und daß das ärztliche Denken während des Altertums und Mittelalters und in der Neuzeit noch bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts von derartigen Vorstellungen beherrscht wurde.

Wenn ich im folgenden ohne Anspruch auf eine lückenlose historische Darstellung die mir wesentlich erscheinenden Gedankengänge und Ergebnisse humoralpathologischer Natur in Kürze zusammenfasse, so geschieht dies, um in der Gegenüberstellung der alten mit den neugewonnenen Standpunkten einen beiläufigen Überblick über die Entwicklung und die Zusammenhänge dieser ärztlichen Vorstellungen zu geben.

Die Humoralpathologie, die Lehre von den krankhaft veränderten Körpersäften — Humores — ist wohl so alt, als die Medizin selbst.

Schon die ältesten griechischen Ärzte hatten die Vorstellung, daß die Krankheiten ganz allgemein durch eine veränderte Mischung der flüssigen Körperbestandteile hervorgerufen werden. Als Ursache der veränderten Mischung dachten sie sich ungenügende Verarbeitung der Nahrung oder mangelhafte Tätigkeit des Darmes und zu geringe körperliche Bewegung, ohne welche ja die Verdauung nicht vollkommen vor sich gehen könne.

Wir können also schon in den Uranfängen der Medizin beobachten, wie der Verdauung — der Stoffwechselchemie — schon die größte Bedeutung beigelegt wurde.

Herodikos aus Megara — ein Zeitgenosse Platos — ging in seinen Anschauungen über die Bedeutung der Körpersäfte für das Entstehen von Krankheiten schon weiter und unterschied saure von bitteren Körperflüssigkeiten, von denen die überschüssigen Säfte zum Gehirn aufsteigen können, um hier durch die Siebbeinzellen in die Nase als Schleim ausgeschieden zu werden. Dieser Schleim kann nach seiner Meinung nun wieder Anlaß zu neuen Krankheiten werden.

Von maßgebendem Einfluß für die Vorstellungen des ganzen Altertums jedoch waren die Lehren des größten Arztes des Altertums Hippokrates.

Hippokrates übertrug seine naturphilosophische Vorstellung — die Welt bestehe aus den vier Elementen: Feuer, Wasser, Luft und Erde — auch auf seine medizinischen Lehren und bezeichnete diese vier Grundstoffe als die Elemente des menschlichen Körpers, deren abnorme Mischungen die Krankheiten hervorrufen sollen. Diese abnormen Mischungen spiegeln sich nach seiner Meinung hauptsächlich in den Veränderungen der Körperflüssigkeiten, von denen er genau so wie bei den Grundstoffen vier unterschied: das Blut, den Schleim, die gelbe und die schwarze Galle.

Durch falsche Mischung (Krisis) dieser vier Elemente miteinander kommen die verschiedenen Krankheiten zustande.

Hippokrates hat damit eine neue Lehre in der Humoralpathologie eingeführt, die im 19. Jahrhundert durch Rokitansky wieder eine Bedeutung erlangte, die Krassenlehre.

Galen, nach Hippokrates der bedeutendste Arzt und Forscher des Altertums, übernahm diese Lehren Hippokrates', erweiterte sie jedoch dahin, daß er das Blut als jenen Körpersaft bezeichnete, in welchem sich die Mischung der vier Körperflüssigkeiten vollziehe.

Dadurch war das Blut in der Humoralpathologie als der wichtigste Körpersaft erkannt worden, dessen veränderte Mischung (Krisis) die Krankheiten hervorrufen soll.

Die Therapie Galens war daher hauptsächlich auf Beseitigung dieser Schädlichkeiten in der Blutmischung bedacht, durch den von Galen so eingebürgerten Aderlaß.

Die Lehren Galens und die Grundvorstellungen Hippokrates' hielten sich durch dreizehn Jahrhunderte und wurden erst durch Vesal und Paracelsus im 16. Jahrhundert angefochten. Hielt auch Paracelsus und seine Schule an der Humoralpathologie fest, so verwarf er die Vorstellungen der Alten über die vier Grundstoffe vollständig und führt dafür drei neue Grundelemente ein: Sulfur, Mercurius und Sal, die jedoch nur symbolisch gemeint waren.

Die richtige Mischung dieser Grundstoffe käme durch den Archaeus zustande, genau so wie die pathologische Krisis durch seine pathologische Einwirkung entstehe.

Wir sehen, daß Paracelsus trotz seiner Absicht, die Lehren Galens umzuwerfen, sich seinem Einflusse in den humoralpathologischen Vorstellungen nicht vollständig entziehen konnte.

Erst durch Sylvius, etwa hundert Jahre später als Paracelsus, kam durch die ersten Anfänge der Chemie ein neuer Zug in die Vorstellungen über die Bedeutung der Körpersäfte auf die Krankheiten.

Sylvius führte alle Lebensvorgänge, gleichgültig ob physiologisch oder pathologisch, auf chemische Vorgänge zurück und inaugurierte damit eine neue Richtung in der Humoralpathologie — die Chemiatrie.

Er war der erste, der zur Annahme gelangte, daß die Verdauungssäfte, unter denen er neben dem Speichel, dem sauren Magensaft und der alkalischen Galle noch einen sauren Pankreassaft und einen Milzsaft unterschied, durch Fermentation in Wirksamkeit treten.

Es kommen also nach seinen Vorstellungen die Krankheiten durch eine abnorme Zusammensetzung der festen und flüssigen Körperbestandteile zustande, die ihrerseits wieder von der abnormen Beimischung der fermentativ wirkenden Sekrete abhängt.

Eine besondere Bedeutung mißt er der „sauren“ Lymphe bei, welche von den Lymphdrüsen produziert wird und vom Gehirn durch die Nerven bis zu deren Ende strömt.

Sylvius nennt diese Lymphe Lebensgeister — Spiritus animales. Alle Krankheiten des Nervensystems seien auf die Behinderung der Strömung dieser Lebensgeister zurückzuführen, da durch diese Behinderung der Strömung die Nervenbahnen verlegt werden.

Von dieser Lehre Sylvius' waren bald alle Ärzte der verschiedenen Länder erfüllt, und wenn sie auch von späteren Forschern wie Willis, Bohn u. a. angefochten wurde, so hielt sie sich in groben Umrissen doch bis an das Ende des 18. Jahrhunderts.

Von den Körpersäften erlangte allmählich das Blut fast die alleinige Bedeutung, die Verunreinigung und die Mischungsstörungen wurden immer mehr in das Blut verlegt, so daß aus der Humoralpathologie mehr und mehr eine Hämatopathologie entstand.

Gefördert wurde die bedeutende Rolle des Blutes unter den Körpersäften durch die Forschungen Haweys über den Blutkreislauf, der erst von diesem Forscher erfaßt wurde.

Mit dem Interesse an der Zirkulation und ihren mechanischen Bedingungen wuchs auch das Interesse für die morphologische Zusammensetzung des Blutes.

Gegen das Ende des 17. Jahrhunderts fand ja Leeuwenhoek die roten Blutkörperchen und hundert Jahre später Hewson die weißen.

Hewson beschrieb auch als erster genau die Blutgerinnung und erkannte die Bedeutung des Blutfaserstoffes (Fibrin) für die Gerinnung.

Durch diese grundlegenden Forschungsergebnisse gewann neben den Blutmischungsverhältnissen im Blut auch dessen Gerinnung das größte Interesse.

Hunter machte die meisten physiologischen und pathologischen Vorgänge im Organismus von der Koagulation abhängig, von der er sagte: „Die Koagulation ist der erste Schritt, den das Blut macht, um sich dem Organismus nützlich zu machen.“

Den Höhepunkt erreichte die Humoralpathologie in der Mitte des 19. Jahrhunderts durch ihre angesehenen Vertreter Andral und Rokitansky.

Andral, angeregt durch den Aufschwung der Chemie, wandte chemische Untersuchungsmethoden auf das Blut an, suchte durch Analyse des Blutes die Zusammensetzung desselben zu ermitteln und die verschiedenen Erkrankungen mit diesen Veränderungen der Zusammensetzung in Beziehung zu bringen.

Wichtig für seine Krankheitslehren war vor allem der Fibringehalt des Blutes, von dem er die Gerinnungszeit abhängig machte; ferner der Albumingehalt des Serums und endlich fremde Beimischungen des Blutes, wie die „Enzephaloidmassen“, unter denen er wahrscheinlich die Überschwemmung mit weißen Blutkörperchen, z. B. bei Leukämie, verstand.

Die Lehren Andrals gipfelten in dem Satze, daß bei vielen Krankheiten die Veränderungen im Blute denen im festen Gewebe vorangehen und daher das Primäre dieser Krankheiten darstellen.

Gleichzeitig und unabhängig von ihm hat Rokitansky — der Begründer der berühmten Wiener Schule — die Humoralpathologie zu größtem Ansehen gebracht.

Wenn er auch in seiner Spekulation zu weit ging und dadurch seine Widersacher herausforderte, so sind seine Lehren doch ein Denkstein in der Geschichte der Medizin geblieben.

Er übernahm zunächst die Anschauungen Hewsons und Hunters, daß die gerinnbaren Stoffe des Blutes, das Fibrin, innerhalb und außerhalb des Gefäßsystems alle physiologischen und pathologischen Neubildungsprozesse verursachen.

Rokitansky hielt also das Fibrin für eine plastische Substanz, unterschied aber davon noch die aus den Ernährungsflüssigkeiten stammenden, zur Gewebsbildung geeigneten Stoffe, die er Blasteme nannte.

Diese Blasteme können in ihrem rohen Zustand bestehen bleiben, oder aber sie können wachsen, endlich durch Zerfall oder Resorption verschwinden.

Die Entwicklungsmöglichkeit dieser Blasteme ist abhängig von der Beschaffenheit des Blutes und zwar von dem richtigen Mischungsverhältnis.

Rokitansky kam so auf die schon im Altertum und Mittelalter verbreiteten Lehren zurück, die die Ursachen der physiologischen und pathologischen Vorgänge auf die Mischungsverhältnisse des Blutes beziehen.

Er begründete damit die neue Krasenlehre.

So lehrte er eine Blutfaserstoffkrase — Hyperinose —, bei der also der Fibringehalt des Blutes abnorm erhöht sei und rechnete die meisten entzündlichen Erkrankungen hierher.

Er unterschied eine einfache Faserstoffkrase: das Exsudat geht in die Gewebe über, z. B. bei den adhäsiven Verwachsungen, von einer kruppösen Krase, bei der das Exsudat in Zerfall übergeht. Er kennt eine tuberkulöse Faserstoffkrase, in der es zu Knötchenbildung kommt; eine pyämische Krase, durch die der Faserstoff rasch destruiert und verflüssigt wird. Das Blut kann aber auch abnorm arm an Fibrin und reich an Albumen sein. Dadurch kommt es zu Krankheiten wie Plethora, Gicht, Rachitis, akuter Tuberkulose, Krebs, Typhus, Tetanus, Säuerdyskrasie, chronischen Geisteskrankheiten usw.

In eine dritte Krasengruppe reiht er Hydrämie und Anämie, in der das Blutwasser vermehrt und dadurch andere Bestandteile vermindert sind.

Die vierte Gruppe von Krasen umfaßt die Zersetzung, faulige septische Krase, Sepsis des Blutes, bei welchen das Fibrin vermehrt und vermindert sein kann.

Da Rokitansky über die chemischen Grundlagen der speziellen Krasen sich doch nur unbestimmt ausdrücken konnte — sagte er doch: „Das Wesen der speziellen Krasen bei so heterogenen Zuständen aufzufinden, ist die Aufgabe künftiger Zeiten und nicht wohl der Anatomie, sondern der Chemie“ — wurde gerade diese Krankenlehre am heftigsten bekämpft.

Insbesondere Virchow brachte die Krasenlehre und mit ihr auch die ganze Humoralpathologie durch seine großartigen Untersuchungen an der kranken Zelle (Zellulopathologie) zum Fall, indem er durch seine Forschungen die Anschauung mit größtem Erfolg verbreiten

konnte, daß die kranke Zelle das Primäre, die krankhaften Blutmischungen das Sekundäre (sekundäre Krasen) in der Entstehung der Krankheiten darstellt.

Es ist begreiflich, daß unter dem Eindrucke von Virchows Forschungen die Zellulärpathologie die Humoralpathologie in der Folgezeit gänzlich verdrängte, so daß dieselbe in Vergessenheit zu geraten schien. Erst durch den Aufschwung der Bakteriologie und der dadurch bedingten Lehre von den Infektionskrankheiten und den rasch sich mehrenden Kenntnissen auf dem Gebiete der Immunforschung, kam die Humoralpathologie allmählich wieder zu Ehren.

2.

Vor allem waren es die immunisatorischen Vorgänge am Organismus, welche die Bedeutung der Körpersäfte für die Reaktion und Abwehrvorkehrung, damit den Verlauf der infektiösen Erkrankungen erkennen ließen und so entstand ein ganz neuer Zweig in der Medizin: die Immunitätslehre. Aber auch durch den Fortschritt der physiologischen Chemie erfuhr die Humoralpathologie insofern eine große Förderung, als die Körpersäfte genau analysiert, die Veränderung der Körpersäfte unter normalen und pathologischen Verhältnissen studiert wurden und endlich auch der Gesamtstoffwechsel und seine Beziehung zu den Körpersäften erfaßt werden konnte.

Dazu war es natürlich notwendig geworden, die Chemie der Zellen und Gewebe einem genauen Studium zu unterziehen, durch welches Studium die Tätigkeit der Fermente, der Träger aller Lebensvorgänge der Zelle, nicht nur für die Zelle, sondern auch für den Gesamtstoffwechsel, in das richtige Licht gesetzt werden konnte. Für alle Vorgänge immunisatorischer Art und des Stoffwechsels stellen natürlich die Körpersäfte und zwar das Blut das Vehikel dar, mittels welchem der Organismus nach allen Seiten hin entsprechend beteiligt wird.

Aber auch in den vom Organismus ausgeschiedenen Körpersäften wie dem Harn spiegeln sich natürlich die Vorgänge speziell der Stoffwechsel wieder.

So sehen wir, daß mit dem Fortschritt auf dem Gebiete der Stoffwechselchemie auch die Humoralpathologie einen neuen Auftrieb erhjelt.

Dazu kommt noch, daß die experimentelle Medizin immer dringender die Lösung von Problemen fordert, für die die Zellulärpathologie nicht mehr ausreichte. Lernte man doch Krankheiten kennen, bei denen keine pathologischen Veränderungen an den Zellen primär beobachtet werden konnten, sondern anzunehmen ist, daß erst durch Giftstoffe der Körpersäfte und zwar des Blutes, die Zelle und ihre Funktion geschädigt werde.

So entwickelte sich der Begriff der Toxikosen, das ist jener Erkrankungen, bei denen der Organismus durch die in die Blutbahn verschleppten Gifte (Toxine), die sich durch pathologische Vorgänge im Organismus selbst erst bilden können oder von außen zugeführt werden, geschädigt wird.

Von allen diesen Vergiftungszuständen, die durch Vorgänge am Organismus selbst zustande kommen, erfordert die Anaphylaxie das größte Interesse.

Unter Anaphylaxie versteht man bekanntlich die Überempfindlichkeit des tierischen Organismus gegenüber der Zufuhr parenteralen artfremden Eiweißes (d. h. mit der Zufuhr) bei Umgebung des Verdauungstraktes.

In der Medizin ist diese Erscheinung schon seit 80 Jahren bekannt und wurde von Morgenroth und Magendie¹⁾ zuerst beschrieben.

Sie konnten nämlich beobachten, daß Kaninchen nach einer zweiten Injektion von derselben an und für sich ungiftigen Eiweißart zugrunde gehen.

Lewis²⁾ und Flexner³⁾ bestätigten diese Befunde durch Versuche mit Hundeserum und einige Jahre später veröffentlichte Richet in Gemeinschaft mit Hericourt⁴⁾ die Ergebnisse ihrer Untersuchungen von der Wirkung des Aalserums auf Hunde. Sie fanden nämlich, daß Hunde nach Behandlung mit dem Aalserum wider Erwarten keine Immunität erwarben, sondern für eine zweite Behandlung noch empfindlicher wurden. Sie bleiben also durch keine Immungänge geschützt — sie waren ohne Schutz — anaphylaktisch.

Aber schon vor Flexner hatte v. Behring⁵⁾ gemeinsam mit Kitashina und Knorr⁶⁾ die Beobachtung machen können, daß Pferde, welche gegen Diphtherietoxin immunisiert worden waren, trotz des hohen Antitoxingehaltes des Serums, auf eine neuerliche Injektion des Giftes außerordentlich stark reagierten. Bestätigt wurde diese „Überempfindlichkeit“, wie Behring sie nannte, durch Salomonsen und Madsen⁷⁾.

Allgemeines Interesse gewann die Anaphylaxie erst durch die Arbeit von Pirquet und Schick⁸⁾ über die sogenannte „Serumkrankheit“, jener Krankheit, die durch eine abermalige Einverleibung desselben Serums beim Menschen in Erscheinung trat.

Durch die Erforschung der Serumkrankheit am Menschen ward das Problem der Anaphylaxie aus der experimentellen Medizin auf die Pathologie des menschlichen Organismus übertragen und es ergab sich eine neue Perspektive für die Bedeutung humoralpathologischer Vorgänge in der allgemeinen Pathologie. Von diesem neuen Gesichtswinkel betrachtet, konnte z. B. die Tuberkulose-Überempfindlichkeit als anaphylaktische Reaktion ausgelegt werden. Bekanntlich kommt es bei einer bestehenden tuberkulösen Erkrankung an irgendeinem Organ des menschlichen Organismus zu einer typischen lokalen Reaktion, wenn Tuberkulin das Tuberkelbazilleneiweiß durch Injektion subkutan, intrakutan, intramuskulär oder nur oberflächlich durch Einreibung auf die Hand (Moro), ja sogar nur durch Einträufeln in den Konjunktivalsack (Wolf-Eisner, Calmette) in Berührung mit dem Organismus gebracht wird. Es liegt auf der Hand, anzunehmen, daß es (im Organismus) durch Resorption von Tuberkelbazillen, welche im Organismus selbst vegetierten, zu anaphylaktischen Lokal- und Allgemeinerscheinungen in dem schon auf Tuberkelbazilleneiweiß sensibilisierten Organismus kommen kann, wodurch zweifellos der klinische Verlauf der Krankheit beeinflußt wird.

Genau so wie bei der Tuberkulose werden auch bei der Echinokokkenkrankheit nach Chaffard, Boidin und Laroche⁹⁾ die schweren Vergiftungserscheinungen, die in manchen Fällen nach der Spaltung oder Punktion der Echinokokkenzysten der Leber dann beobachtet werden können, wenn der Zysteninhalt in die freie Bauchhöhle kommt, als anaphylaktische Erscheinung aufgefaßt.

So wird auch das Heufieber nach Wolff-Eisner¹⁰⁾ als anaphylaktische Reaktion bei der Überempfindlichkeit des Organismus gegen die Pollen des Grases aufgefaßt.

Die Vermutung Weichardts¹¹⁾, daß die Eklampsie ein anaphylaktischer Prozeß ist, der in der Schwangerschaft durch die Resorption von Plazentaeiweiß

in die Blutbahn zustande kommt, wurde durch die Versuche Rosenans und Andersons¹²⁾ am Meerschweinchen bestätigt und erhielt durch die Feststellung der Harntoxizität bei der Eklampsie durch Franz¹³⁾ noch eine Stütze.

Endlich sei noch erwähnt, daß Friedberger¹⁴⁾ das Fieber im allgemeinen als anaphylaktische Reaktion ansieht.

Die weiteren Beobachtungen über anaphylaktische Erscheinungen am Menschen führten zur Annahme, daß es auch eine konstitutionelle Überempfindlichkeit gibt, die zumeist angeboren ist [Moro¹⁵⁾].

Hierher gehören die Idiosynkrasien gegen Nahrungsmittel, wie sie bei manchen Kindern gegen Kuhmilch, bei Erwachsenen bei Erdbeeren, Hummer, Krebse, Fische u. a. beobachtet werden, ferner die Idiosynkrasie gegen Serum und endlich die Idiosynkrasie gegen Arzneimittel.

Ein wesentlicher Fortschritt in unserer Erkenntnis des Wesens der Anaphylaxie ward durch die Forschungen H. Pfeiffers¹⁶⁾ über die humoralen Veränderungen bei der Anaphylaxie gemacht. Gelang es ihm ja beim anaphylaktischen Schock im Harn eine Giftigkeit, im Blut eine Hemmung der tryptischen Verdauung und gleichzeitig und unabhängig mit Abderhalden²²⁾ ein spezifisch wirksames proteolytisches Ferment nachzuweisen.

Pfeiffer begründet darauf seine Lehren von der Eiweißzerfallstoxikose, indem er feststellte, daß überall dort, wo durch irgendeine Noxe lebendes Körper-eiweiß zugrunde geht, dieses einem autolytischen Zerfall anheimfällt. Dabei entstehen Spaltprodukte von toxiologischem Charakter des Peptons und erzeugen dementsprechende Körpererscheinungen (durchgeführt am Sonderfall der Verbrühung 1904, der Anaphylaxie, Hämolysevergiftung, photodynamische Wirkung, Verätzung mit Ätzigiften 1909).

Im Sonderfall der Anaphylaxie vertritt Pfeiffer die Vorstellung, daß das immunisatorisch erzeugte und gegen Antigen der Vorbehandlung gerichtete Ferment unter Absorption von Komplement zum Abbau des Antigens der Vorbehandlung, wahrscheinlich auch der Eiweißkörper des Versuchstieres führt. Diese giftigen Spaltprodukte werden durch die Blutbahn weiterbefördert, verursachen dadurch die Vergiftung des Organismus und werden zum Teil durch den Harn ausgeschieden.

Der Harn erreicht dadurch eine gewisse Toxizität, die durch das Tierexperiment verfolgt werden kann.

In Blut und Harn, den zwei wichtigsten Humores, äußern sich die pathologischen Veränderungen durch den anaphylaktischen Schock und in der Erforschung dieser Körpersäfte bei den einzelnen Erkrankungen des menschlichen Organismus lag das nächste Ziel der Humoralpathologie. Und zwar ließen nicht nur die anaphylaktischen Erscheinungen am menschlichen Organismus dadurch eine Lösung erhoffen, sondern im allgemeinen auch jene Krankheiten, wo aus irgendeinem Anlaß in pathologischer Weise Eiweiß zum Zerfall kommt.

Zuerst war es der Harn, der daraufhin genauer untersucht wurde. Die Toxizität des Harnes wurde nach Vorschlag Pfeiffers so ermittelt, daß gleich schweren Meerschweinchen 2 ccm Harn der neutralisierten, über Chloroform aufbewahrten Harnproben intraperitoneal eingespritzt wurden.

Die Toxizität wurde an dem beim Tiere nach der Einspritzung auftretenden Temperaturabfall (Pfeifferscher Temperatursturz) gemessen.

Auf diesem Wege konnte Pfeiffer^{16b)} nachweisen, daß der Harn von Tieren, welche einen parenteralen Eiweißzerfall mitmachten, bestimmte charakteristische Wirkungen äußert, wenn er Meerschweinchen intraperitoneal injiziert wird.

Zu den Zuständen parenteral gesteigerten Eiweißzerfalls gehören der anaphylaktische Schock, die Hämolysingiftung, die photodynamische Einwirkung, die Verbrühung und die Peptonvergiftung.

Von Pfeiffer und seinen Mitarbeitern wurde nun der Harn bei Erkrankungen, für die Pfeiffer als Ursache einen pathologischen parenteralen Eiweißzerfall vermutete, auf die Toxizität untersucht.

Im Verein mit Albrecht^{16c)} konnte er bei Epilepsie eine Steigerung der Toxizität besonders nach dem Anfall, bei Dementia praecox eine Erhöhung, ebenso bei Chorea minor, multipler Sklerose und infektiösem Fieber im allgemeinen feststellen. Franz fand, daß der Harn während der Geburt, im Wochenbett, besonders aber bei der Eklampsie toxisch ist.

Daraus schließt nun Pfeiffer, daß bei der Epilepsie, Dementia praecox, Chorea minor, multipler Sklerose, infektiösem Fieber, Eklampsie, Erkrankungen im Wochenbett, aber auch bei der normalen Geburt durch Eiweißzerfall Produkte mit toxikologischem Charakter entstehen, die im Harn zur Ausscheidung gelangen.

Außer der Toxizität des Harnes konnte Pfeiffer auch eine Veränderung des Serums an jenen Tieren beobachten, die einen pathologischen Eiweißzerfall mitmachten. Diese Veränderung am Serum besteht vor allem darin, daß das Serum ein erhöhtes Hemmungsvermögen gegenüber der tryptischen Verdauung besitzt.

Pfeiffer hat diese Erhöhung des Hemmungsvermögens der tryptischen Verdauung — die antiproteolytische Serumwirkung — anlehnend an die Vorstellungen Rosenthals und Ruznyaks auf die Anwesenheit von Eiweißspaltprodukten im Serum zurückgeführt. Hat sich die letztere Auffassung auch nicht halten und damit die Beweiskette für die Lehre der Eiweißzerfallstoxikose nicht schließen lassen können, so haben die Nachuntersuchungen gelehrt, daß diese Erscheinung der erhöhten antiproteolytischen Serumwirkung immer mit einem pathologischen parenteralen Eiweißabbau parallel geht.

Pfeiffer und Jarisch^{16d)} fanden nun eine Erhöhung der antiproteolytischen Serumwirkung beim anaphylaktisch geschädigten Tier und bei der Hämolysingiftung.

War damit am Tierexperiment die Eiweißzerfallstoxikose studiert, so erübrigte es sich noch bei verschiedenen Erkrankungen des Menschen dieses Verhalten des Serums zu verfolgen. Schon ältere Untersuchungen von Jasch¹⁷⁾, I. Rosenthal¹⁸⁾, Simonelli¹⁹⁾ und Juschtschenko²⁰⁾ hatten bei einzelnen Psychoseosen eine hemmende Serumwirkung konstatieren können und dieses hemmende Vermögen des Serums auf die Anwesenheit des Antitrypsins (Antiferment) zurückgeführt.

Pfeiffer und de Crinis^{16e)} haben in einer ausgedehnten Untersuchungsreihe die Erhöhung der antiproteolytischen Serumwirkung bei Epilepsie, Dementia praecox, Amentia, Alkoholismus chron., Fieberdelirium, Puerperium,

Laktation, progressiver Paralyse, Chorea minor und malignen Tumoren ermittelt.

R. Franz²¹⁾ hat das Verhalten der Serumwirkung in der Schwangerschaft während der Geburt und im Puerperium verfolgt.

Durch die Anaphylaxieforschung wurde auch das Studium der Blutfermente in eine neue Bahn gedrängt.

Abderhalden und Pinkussohn²²⁾, gleichzeitig und unabhängig von ihnen Pfeiffer und Mita^{16b)}, fanden im Blutserum von mit art- oder blut-fremden Eiweißkörpern vorbehandelten Tieren Fermente, welche nach Pfeiffer

1. das Antigen der Vorbehandlung abbauen,
2. spezifisch sind, das heißt nur gegen diese Eiweißart gerichtet sind,
3. bei Antianaphylaxie vollständig verschwinden und dann erst einige Zeit später (einige Tage) wieder auftreten.

Mit dieser Feststellung erhielt die Lehre Pfeiffers von der Eiweißzerfalls-toxikose eine neue Stütze, indem Pfeiffer das Element erfassen konnte, das den parenteralen Eiweißzerfall unmittelbar verursacht.

Die Abderhalden-Schule hat nun die Anwesenheit von Fermenten im menschlichen Blut durch zahlreiche Arbeiten studiert.

Zuerst gelang es Abderhalden im Serum von Schwangeren Fermente gegen Plazenta nachzuweisen.

Abderhalden nimmt an, daß der menschliche Organismus in der Schwangerschaft gegen die Plazenta, ein Organ, das mit Beendigung der Schwangerschaft seinen Zweck verliert und daher für den Organismus sozusagen einen Fremdkörper darstellt, Fermente mobilisiert, welche gleichsam als Schutz des Organismus gegen das neue Organ fungieren und nennt sie daher Schutz- oder Abwehrfermente.

Diese Abwehrfermente treten aber auch überall dort auf, wo im Verlaufe pathologischer Vorgänge Zellen zerfallen oder zu mindestens abnorme Bestandteile aus ihren Zellen austreten lassen, wie wir das bei einer Dysfunktion einer Drüse mit innerer Sekretion annehmen können.

Diese Fermente sind spezifisch, also nur auf eine bestimmte Eiweißart abgestimmt. E. Fischer vergleicht sie mit einem Schlüssel, der nur in ein bestimmtes Schloß paßt. Gehen also im Organismus z. B. Leberzellen zugrunde, so ist das Ferment nur gegen Lebereiweiß gerichtet.

Ist eine Drüse im Zustande der Dysfunktion, z. B. Schilddrüse, so ist das Ferment gegen das Sekret der Schilddrüse gerichtet. Da das Sekret aber noch den Charakter der Mutterzelle trägt, ist das Ferment auch gegen die Mutterzelle eingestellt, in dem Falle also auf Schilddrüse und das Serum eines solchen Individuums wird außerhalb des Organismus Schilddrüsen-eiweiß abbauen.

Fauser²³⁾ hat als erster die Serumfermente bei Gehirnkrankheiten und Neurenosen studiert und konnte bei der Dementia praecox Abwehrfermente gegen Hodeneiweiß beim Mann, Ovarium-eiweiß beim Weibe nachweisen und bewies damit die Dysfunktion der Geschlechtsdrüsen. Bei Paralyse und Epilepsie fand er Gehirnabbau, was mit unseren histologischen Befunden dieser Erkrankungen, aus denen der Untergang von Ganglienzellen hervorgeht, übereinstimmt.

Binswanger²⁴⁾, Wegener²⁵⁾, Kafka²⁶⁾, Fischer²⁷⁾ u. a. haben die Befunde bestätigt und sie noch erweitern können, indem Wegener²⁵⁾ und de

Crinis²⁸) bei Melancholie und dem melancholischen Symptomenkomplex unabhängig von der Krankheit, bei welcher er vorkommt, Leberabbau nachgewiesen haben.

Aber auch in der inneren Medizin gewann die Fermentforschung an Bedeutung.

Jessen²⁹) fand Abbau von tuberkulösem Gewebe bei Tuberkulotikern, Lampe³⁰) Schilddrüsenabbau bei Schilddrüsendysfunktion (Basedow, Myxodem, Basedowoid, endemische Struma), Abbau von Nierengewebe bei Nierenerkrankungen usw.

Es geht über den Rahmen dieser Arbeit, alle jene Ergebnisse über das Studium der Blutfermente der inneren Medizin aufzuzählen. Erwähnt sei nur noch der Nachweis eines spezifischen Fermentes gegen Karzinom- und Sarkom-eiweiß bei Karzinom und Sarkomträgern durch Abderhalden³¹), Altman³²), Oeller und Stephan³³), Epstein³⁴), de Crinis und Mahner³⁵) u. a.

Wie wir oben gesehen haben, hat in der Humoralpathologie die Gerinnung schon seit jeher eine große Rolle für die Bewertung des Einflusses der Körpersäfte auf das Entstehen der Krankheiten gespielt.

Hewson, der als erster die Blutgerinnung und die Bedeutung des Blutfaserstoffes für die Gerinnung erkannte, lenkte damit das Augenmerk der Forscher auf die Gerinnungsvorgänge des Blutes hin.

Hunter bezog die meisten physiologischen und pathologischen Vorgänge am Organismus auf die Koagulationsfähigkeit des Blutes und in der Krasenlehre Rokitsanskys nahm der Blutfaserstoff die wichtigste Rolle für das Entstehen der Krankheiten ein. Aber erst durch den Ausbau der Methoden der Blutgerinnung haben wir verwertbare Resultate und dadurch Beziehungen zu den einzelnen Krankheiten feststellen können. Während die Blutgerinnung durch die normalen Vorgänge des Organismus nur wenig beeinflusst wird, verändert sie sich rasch durch experimentelle Einverleibung von z. B. Pepton, wodurch sie eine Verzögerung erfährt.

Aber auch durch Störungen endokriner Art wie z. B. Dysfunktion einzelner Drüsen mit innerer Sekretion verändert sich die Koagulationsfähigkeit wie bei Basedow und Kretinismus durch Schilddrüsenerkrankungen, so bei Lebererkrankungen u. a. pathologischen Vorgängen, worüber später noch ausführlicher berichtet werden soll.

Mit dieser sehr knappen Übersicht ist natürlich nicht die Darstellung aller humoralpathologischen Probleme erschöpft; es gehören hierher noch die große Reihe der Studien über die korpuskulären Elemente des Blutes, die Forschungen über das Verhalten der roten und weißen Blutkörperchen bei den verschiedenen pathologischen Zuständen. Endlich gehört in das Gebiet der Körpersäfte noch der Liquor cerebrospinalis, dessen Untersuchung gerade in letzter Zeit eine große Bedeutung erlangt hat. Spiegeln sich doch wichtige Stoffwechselvorgänge des Zentralnervensystems im Liquor und ermöglichen seine pathologische Zusammensetzung, daher auch einen Rückschluß auf Vorgänge im Zentralnervensystem, so daß die damit befaßten Untersuchungsmethoden und die diagnostische Ver-

wertung der Untersuchungsergebnisse bereits eine Wissenschaft für sich geworden sind.

Es ist erklärlich, daß auch die Neuropathologie sich die humoralpathologischen Methoden zu eigen gemacht hat, um dadurch in der Erkenntnis über das Zustandekommen der Nerven- und Gehirnkrankheiten vorwärts zu kommen.

II. Die Wandlungen der Ansichten über die Bedeutung der humoralen Erscheinung bei Epilepsie.

Zu den Erkrankungen, über deren Wesen und Ursache uns die bisherigen Erkenntnisse noch keineswegs befriedigen, gehört die Epilepsie.

Waren die Erklärungen über das Wesen der Epilepsie, insbesondere des Anfalles bis in das neunzehnte Jahrhundert noch vielfach mystisch, so erfuhren sie gegen Ende dieses Jahrhunderts unter dem Eindrucke der anatomischen und physiologischen Schule eine weitgehende Wandlung insofern, als sie immer mehr körperliche Veränderungen als Ursache ansprachen.

Eine bestimmte Vorstellung über die Krankheit haben erst Schröder von der Kolk, Reynolds, Echeverría, Kussmaul, Brown-Szquard und Schiff³⁶⁾ vertreten, indem sie als den Ausgangspunkt der allgemeinen Konvulsionen die Brücke und das verlängerte Mark bezeichneten.

Nothnagel³⁷⁾ hat diese Lehre ausgebaut und die Konvulsionen auf Erregung des von ihm in der Brücke gefundenen Krampfzentrums, die Bewußtlosigkeit auf die Erregung des vasomotorischen Zentrums zurückgeführt.

Diese Lehre vom bulbären Ursprung des epileptischen Anfalles erlitt einen tödlichen Stoß durch die Ergebnisse der Untersuchungen Hitzigs, Ferriers, Munks, Lucianis³⁶⁾ u. a.; die auf die Bedeutung der motorischen Region für alle motorischen Entäußerungen, seien sie Reiz- oder Lähmungserscheinungen, hinwiesen.

So trat an Stelle der bulbären Theorie die Lehre von der kortikalen Entstehung epileptischer Anfälle, die besonders von Unverricht vertreten wird.

Im allgemeinen wird heute an der Anschauung festgehalten, daß bei der genuinen Epilepsie die Erregungen, welche zu den epileptischen Anfällen führen, in der Hirnrinde zu lokalisieren sind.

Damit schien wohl der motorische Ablauf von der Erregung bis zum Anfall geklärt, aber über das Wesen der Erregung noch nichts gesagt.

In der Erforschung der letzten Bedingungen dieser Erregung der motorischen Zentren sollte der Stoffwechselchemie eine besondere Rolle zufallen.

Es ist das Verdienst Krainskys³⁷⁾, die ersten exakten und umfangreichen Untersuchungen über den Gesamtstoffwechsel bei den verschiedenen Epilepsieformen angestellt und die Bedeutung des Stoffwechsels und seiner Produkte für die Krampfanfälle hervorgehoben zu haben.

Krainsky kam auf Grund seiner Untersuchungen zur Annahme, daß die genuine Epilepsie nicht als eine rein nervöse Krankheit aufzufassen sei, sondern durch einen pathologisch ablaufenden Stoffwechsel, in dem sich giftige Produkte bilden, verursacht werde. Er stützt sich auf seine Untersuchungen über den

Harnsäurestoffwechsel, aus denen sich ergab, daß Harnsäure vor dem Anfall vermindert ausgeschieden wird, also vom Organismus retiniert wird, nach dem Anfall jedoch in vermehrter Weise zur Ausscheidung gelangt.

Krainsky machte nun nicht die Vermehrung der Harnsäure für die toxische Wirkung verantwortlich, sondern beschuldigte irgendwelche Vorstufe derselben als die wirksame Substanz. Befestigt wurde er in dieser Ansicht durch seine Untersuchungen über die Toxizität des Blutes vom Epileptiker, welches während des Anfalles genommen worden war.

Kaninchen mit 2 ccm eines defibrinierten Blutes, aus dem Anfall eines Epileptikers stammend, behandelt, bekamen 2—3 Minuten später einen heftigen epileptischen Anfall, der 2 Minuten dauerte und zu einer Parese der hinteren Extremitäten führte.

Krainsky glaubte durch seine weiteren Untersuchungen auch den giftigen Körper, der die Ursache des epileptischen Anfalles darstellt, identifiziert zu haben, indem er karbaminsaures Ammoniak dafür verantwortet.

Vor dem Anfall kommt es nach seinen Untersuchungen auf Kosten desjenigen Teiles des Harnstoffes, der unter normalen Bedingungen zur synthetischen Bildung der Harnsäure verwendet werden würde, zur Anhäufung von karbaminsaurem Ammoniak im Blute, der dann den Anfall hervorruft.

Als beweisend führt Krainsky die Wirkung von karbaminsaurem Ammoniak im Tierversuch an, in welchem durch Injektion dieses Körpers epileptische Anfälle hervorgerufen werden.

Durch diese Aufsehen erregenden Mitteilungen Krainskys war nun die gesamte Aufmerksamkeit der Epilepsieforschung dem Stoffwechsel zugekehrt, der nun von verschiedenen Autoren einer genauen Analyse unterworfen wurde. Wenn sich auch die Behauptungen Krainskys durch grundlegende Arbeiten von Allers³⁸⁾, Kauffmann³⁹⁾, Rohde⁴⁰⁾, Haig⁴¹⁾, Rachford⁴²⁾ u. a. als unhaltbar erwiesen, so bleibt es doch sein Verdienst, als erster auf die Veränderungen des Stoffwechsels als Ursache der Epilepsie hingewiesen und eine Autointoxikation für die Pathogenese der genuinen Epilepsie angenommen zu haben.

Das Blut der Epileptiker zeigt auch sonst auffallende und tiefgreifende Veränderungen.

Vorster⁴³⁾ beobachtete eine Zunahme des Hämoglobingehaltes und eine Erhöhung des spezifischen Gewichtes nach dem Anfall, was allerdings von Nachuntersuchungen in Abrede gestellt wird [Feré⁴⁴⁾].

Vor dem Anfall fand Dides⁴⁵⁾ eine Erniedrigung des spezifischen Gewichtes des Blutes. Die Dichtigkeit des Serums ist nach De Buck⁴⁶⁾ im allgemeinen herabgesetzt, nach dem Anfall jedoch erhöht.

Die Alkaleszenz des Blutes nimmt nach Lui⁴⁷⁾, Lambrani⁴⁸⁾, Charon und Briche⁴⁹⁾, Pugh⁵⁰⁾, Mason⁵¹⁾ mit den Anfällen ab, jedenfalls durch die Anreicherung des Blutes mit der durch die Muskelkrämpfe entstehenden Milchsäure, die Araki⁵²⁾ im Harn, Rohde⁴⁰⁾ im Blut nachweisen konnte.

Es kommt also durch den Anfall zu einer Säureüberladung des Blutes.

Die Viskosität des Blutes erhöht sich nach Brown⁵³⁾ vor dem Anfall und sinkt nach demselben ab.

Das Hemmungsvermögen des Blutes gegen die tryptische Verdauung (antiproteolytischer Seruntiter) erfährt vor dem Anfall eine Steigerung, nach dem Anfall eine Erniedrigung. [Rosenthal⁶⁴), Pfeiffer und de Crinis⁶⁵].

Pighini⁶⁶) und Juschtschenko⁶⁷) fanden im Blutserum von Epileptikern eine Abnahme der Nuklease; übereinstimmend konnten sie auch eine Herabsetzung der Katalasewirkung des Serums beobachten.

Die Giftigkeit des Blutes während des Anfalles hat schon, wie wir oben erwähnt haben, Krainsky³⁷) festgestellt. Agostini und Cololian⁵⁸) führen auch die Giftigkeit des Blutplasmas der Epileptiker nach dem Anfall an.

Ceni⁵⁹) studierte die Giftigkeit des Epileptikerblutes an biologischen Versuchen und beobachtete, daß Epileptikerblut in Hühnereiern Mißbildung hervorruft; seine Ergebnisse konnten aber von einigen Nachuntersuchungen [Catola⁶⁰), Hebold und Bratz⁶¹), Sala und Rossi⁶²) u. a.] nicht bestätigt werden. Der Reststickstoff des Blutes ist nach Krainsky³⁷), bestätigt von Teeten⁶³), Rohde⁴⁰), Allers³⁸), nach dem Anfall erhöht.

Mass fand auch den Restkohlenstoff — das ist der Kohlenstoff, der nach Ausfällen einer Lösung mit Phosphorwolframsäure noch in derselben nachweisbar ist — nach den Anfällen erhöht.

Cholesterin ist nach Flint⁶⁴) und Pighini⁶⁵) im allgemeinen bei Epilepsie erhöht, ebenso Lezithin, dessen Vermehrung Bornstein⁶⁶) auf den vermehrten Abbau von Nervengewebe durch den Anfall bezieht.

Was nun die anderen Körpersäfte betrifft, so sind Veränderungen am Harn gefunden worden.

Zunächst ist die Harnmenge nach Féré⁶⁷), Alessi und Pieri⁶⁸), Ra-bow⁶⁹) u. a. nach dem Anfall erhöht, vor dem Anfall nach Rohde⁴⁰) vermindert.

Auf das toxische Verhalten des Harnes wird später ausführlich eingegangen werden.

Was die Reaktion des Harnes betrifft, so ist die Azidität nach dem Anfall bedeutend erhöht [Blanda⁷⁰), Rohde⁴⁰), Allers³⁸) Garrod⁷¹) u. a.]. Diese Erhöhung der Azidität ist zurückzuführen auf die Zunahme der Phosphorsäureausscheidung nach dem Anfall [Guidi und Guerri⁷²), Masoin⁵¹), Rohde⁴⁰)].

Besonders die organisch gebundene Phosphorsäure ist erhöht, was Löwe⁷³), der diesen Befund erheben konnte, auf den Zerfall von Körpergeweben, vielleicht auch von Leukozythen zurückführt. Nach Masoin⁵¹) ist auch die Ausscheidung der gepaarten Schwefelsäuren knapp vor dem Anfall erhöht und verliert sich später. Nach dem Anfall ist auch der Milchsäuregehalt des Harnes erhöht (Muskeltätigkeit), Hippursäure nach Pacoli⁷⁴) herabgesetzt.

Mit der Säurevermehrung im Harn geht natürlich auch eine Vermehrung der Ammoniakausscheidung vor sich. Rohde⁴⁰) fand in und nach dem Anfall eine deutliche Vermehrung des Ammoniaks. Während und nach dem Anfall kommt es für kurze Zeit zu einer Eiweißausscheidung durch die Nieren [Huppert⁷⁵), Voisin⁷⁶), Rohde⁴⁰), Allers³⁸)]; manchmal finden sich im Harn auch hyaline oder granuliert Zylinder.

Während Voisin und Péron⁷⁷) diese Veränderungen auf eine Nierenstauung zurückführen, macht Rohde⁴⁰) die im Blute kreisenden Giftstoffe

für diese Nierenschädigung verantwortlich; während Allers die Schädigung der Nieren auf die Säurequellung durch die im Blute vermehrte Milchsäure zurückführt.

• Die Harnsäure scheint nach Alessi⁶⁸), Agostini⁶⁸), de Buck⁴⁶) u. a. vor dem Anfall im Harn vermindert ausgeschieden zu werden, während nach dem Anfall, nach den Befunden Allers³⁸) und Tintemann⁷⁸) eine Vermehrung der Harnsäure im Harn sicher steht.

Im Anfall fand Rachford⁴²) erhebliche Mengen von Paraxanthin. Kreatin und Kreatinin sind nach dem epileptischen Anfall im Harn vermehrt nach Rossi⁷⁹), Skuletsky⁸⁰).

Nach Anfällen, besonders auch im Status epilepticus fand Tomasini⁸¹) und Masoin⁶¹) Azeton im Harn.

Baugh⁸²) berichtet über ein Sinken der Indoxylausscheidung vor den Anfällen; nach Rossi⁷⁹) hingegen weist der Harn an Anfallstagen eine Vermehrung des Indikans auf.

Kempner⁸³) beobachtete nach Anfällen, manchmal aber auch schon vor den Anfällen eine Steigerung des Aminostickstoffes. Endlich ist noch als wichtig zu erwähnen, daß Löwe⁷³) nach dem Anfall eine Vermehrung der nicht dialysierbaren Harnbestandteile beobachten konnte.

Von den übrigen Körpersäften ist zu berichten, daß der Schweiß von Epileptikern nach Cabitto⁸⁴) giftig ist, ebenso der Magensaft vor dem Anfall [Agostini⁶⁸].

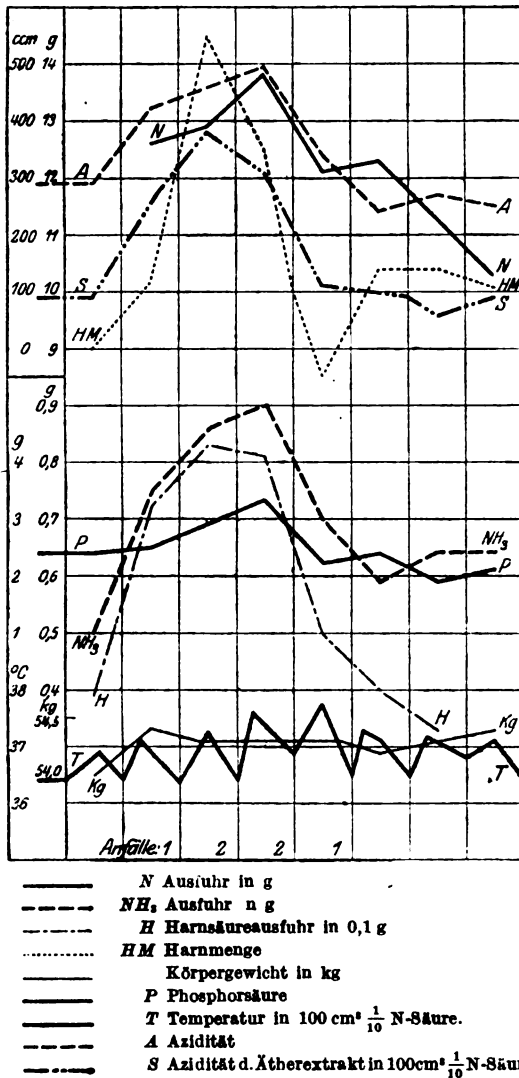
Der Befund Donaths⁸⁵), der im Liquor cerebrospinalis Cholin feststellte, wurde von Nachuntersuchern [Kutscher und Rieländer⁸⁶), Kaufmann und Handelsmann⁸⁷)] nicht bestätigt, doch ist die Giftigkeit des Liquors durch Donath⁸⁵), Dide und Saquépée⁸⁷), Pellegrini⁸⁸), Subsol⁹⁰) übereinstimmend sichergestellt. •

Was nun die Stoffwechselbilanz betrifft, so haben die Untersuchungen und Berechnungen Rohdes⁴⁰), Tintemanns⁷⁸) und Allers³⁸) ergeben, daß vor dem Anfall die Stickstoffausfuhr häufig herabgesetzt ist, mit dem Anfall und kurz nachher ansteigt, um dann wieder zu sinken.

Es findet also eine Retention von Stickstoff im Körper statt, ohne daß es zu einem Ansatz von Körpereiwweiß kommt. Rohde nimmt an, daß diese Retention auf Kosten des von ihm als „zirkulierendes Eiweiß“ bezeichneten Körpers kommt.

Wenn wir nochmals die wichtigsten Erscheinungen im Stoffwechsel der Epileptiker herausgreifen, so sind im Sinne Allers³⁸) zwei Erscheinungen im Verhalten des Stoffwechsels voneinander zu trennen und besonders zu betrachten.

1. Erscheinungen, welche der Pathologie der Epilepsie nicht speziell eigentümlich sind, sondern lediglich auf die Muskeltätigkeit und Behinderung der Atmung im Anfall (Sauerstoffverarmung) zurückzuführen und daher als unmittelbare Folgeerscheinung desselben aufzufassen sind. So finden wir den Stoffwechsel im postparoxysmalen Stadium verändert: Zunahme



Kurve 1.

der Harnmenge, der Harnazidität, Vermehrung des Ammoniaks, der Harnsäure, Steigerung der Gesamtstickstoffausfuhr, Erhöhung des Kreatinins, des Aminostickstoffes, der Phosphorsäure und des organisch gebundenen Phosphors, der Harnkolloide, Auftreten von Milchsäure und anderen ätherlöslichen Säuren, ferner Auftreten von Azeton, Eiweiß und Zylindern im Harn, der auch eine Diazoreaktion gibt; im Blut ist der Reststickstoff vermehrt, Milchsäure nachweisbar und der Antitrypsin-gehalt erhöht.

Alles Erscheinungen einer Sauerstoffverarmung und dadurch Kohlensäureüberladung infolge der erhöhten Muskel-tätigkeit während des Anfalles bei gleichzeitiger Behinderung der Atmung durch den Krampf.

Von diesen Erscheinungen im Stoffwechsel des Epileptikers sind jene Vorgänge zu trennen, welche im präparoxysmalen Stadium den Stoffwechsel des Epileptikers charakterisieren.

2. Wesentliche Erscheinungen auf dem Gebiete des Stoffwechsels im präparoxysmalen Stadium: Abnahme der Harn-

menge, Retention des Stickstoffes in Form von zirkulierendem Eiweiß, Zunahme von ätherlöslichen Säuren des Harnes und des Stickstoffgehaltes des sauren Ätherextraktes, mitunter auch der Harnsäure, Ansteigen des antitryptischen Vermögens im Blute und ein Versiegen der Salzsäuresekretion des Magens.

Das Wesentlichste nach Allers ist wohl die Stickstoffretention, die nicht zum Aufbau von Körpereiweiß führt, sondern als zirkulierendes Eiweiß nachzuweisen ist.

Rohde⁴⁰⁾ hat die wichtigsten Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchung bei Epilepsie nach eigenen Versuchen durch ein Diagramm (Kurve 1) veranschaulicht, in welchem der Einzelverlauf der Veränderungen im Stoffwechsel durch 8 Tage

hindurch, während welcher Zeit 6 Anfälle an 4 aufeinanderfolgenden Tagen stattfanden, kurvenmäßig dargestellt ist.

Aus dieser Kurve geht hervor, daß die Stickstoffausscheidung vor den Anfällen deutlich herabgesetzt ist, mit den Anfällen bedeutend zunimmt, um dann wieder abzusinken. Fast parallel dazu verläuft die Kurve der Harnsäure, deren Bedeutung für den Anfall von einzelnen Autoren (Rachford) besonders hervorgehoben wird. Mit dem Anfall steigt auch die Azidität des Harnes und erreicht im Anfall den Höhepunkt, um dann abzunehmen.

Entsprechend dieser Azidität verläuft parallel zu ihr die Ammoniakausfuhr. Für die Erhöhung der Azidität ist jedenfalls entscheidend die Vermehrung der Phosphorsäure, der Harnsäure und der ätherlöslichen Säuren (Milchsäure). Fassen wir nochmals das uns am meisten interessierende Verhalten des Stickstoffes heraus, so finden wir vor dem Anfall eine Retention der stickstoffhaltigen Substanzen.

Allers ist auch der Ansicht, daß diese Retention stickstoffhaltiger Verbindungen auf das Zustandekommen des epileptischen Anfalles wahrscheinlich von unmittelbarem Einfluß ist.

Es versteht sich wohl, daß in den letzten Jahren unter dem Einfluß dieser Ergebnisse der Stoffwechselchemie bei Epilepsie die toxaemische Theorie zur Erklärung des epileptischen Anfalles stark in den Vordergrund getreten ist. Gefördert wurde diese Ansicht durch die eigenartigen Befunde des Epileptikerharnes, dessen Toxizität besonders im Anfall bereits von Bourchard⁹¹⁾ und Voisin⁹²⁾ beobachtet werden konnte. Pfeiffer und Albrecht^{19c)} haben nun an einem größeren Material die Frage der Harntoxizität studiert und erweisen können, daß diese Harntoxizität, die mittels der H. Pfeifferschen Temperaturreaktion gemessen wurde, von dem Gehalte des Harnes an gewöhnlichen Salzen unabhängig ist.

Als Ergebnis ihrer Untersuchungen konnten die Untersucher folgendes hervorheben:

1. Die an der Temperaturreaktion gemessene Toxizität der Harnes von Epileptikern ist in anfallsfreien Zeiten, die nicht zu nahe vor oder nach den Anfällen liegen, wesentlich höher, als dem normalen Menschen entspricht.
2. Sie ist nicht nur an der Giftigkeit einzelner Fraktionen, sondern auch unter Berücksichtigung der gesamten Tagesmengen nachweisbar.
3. Vor einem Anfall sinkt die Toxizität der Harnes, so zwar, daß hier selbst gänzlich ungiftige Proben aufgefunden werden können.
4. Nach dem Anfall, und zwar meist im Verlauf von einigen Stunden, schnellen die Giftigkeitswerte für den einzelnen Kubikzentimeter sowohl, wie auch für die Gesamtmenge weit über das Normale in die Höhe, um sich meist durch Tage auf dieser zu erhalten.

Mit diesen Ergebnissen stimmen die Befunde Loe wes⁷⁸⁾ überein, der im Harnes von Epileptikern giftige Körper, die er Pesotoxine nannte, nachweisen konnte.

Während im normalen Harn keine giftigen Körper, die Krampfanfälle auszulösen imstande sind, gefunden werden können, fand Loe we nach epileptischen Anfällen adialysable Stoffe, die er in Anlehnung an die Arbeiten von Meyer als aus dem Blute stammend annimmt und die bei Tieren Krampfanfälle auslösen.

Fassen wir nun das bisher Gesagte zusammen, so ergibt sich daraus, daß bei Epilepsie der Stoffwechsel eine Umsteuerung erfahren hat, so daß er patho-

logisch abläuft. Dadurch kommt es zur Bildung von toxischen Produkten, die auch im Harn nachgewiesen werden können und den epileptischen Anfall zu begünstigen scheinen.

Erweitert wurde das Gesichtsfeld durch die weiteren Untersuchungen, die sich diesem interessanten Problem zuwendeten. Hartmann⁹³) wies als erster auf greifbare Beziehungen endogener Vergiftungen des Nervensystems und des epileptischen Anfalles zu anaphylaktischen Zuständen hin und erhielt in dieser Ansicht bald durch die grundlegenden Arbeiten Pfeiffers⁹⁴) eine feste Stütze. Wie schon oben erwähnt, konnten Pfeiffer und O. Albrecht bei Epilepsie und verschiedenen Formen von anderen Gehirnkrankheiten eine Erhöhung der Harngiftigkeit feststellen, wie dies schon früher H. Pfeiffer¹⁶) sowohl beim anaphylaktischen Schock, als auch immer dann beobachten konnte, wenn entweder parenteral Eiweiß zugrunde geht, oder aber ein Versuchstier von vornherein toxische Eiweißspaltprodukte (Witte Pepton) einverleibt bekommt.

Darauf sich stützend stellte er den Satz auf, daß die Harngiftigkeit der Ausdruck des parenteralen Eiweißzerfalles ist. Pfeiffer sprach schon damals die Vermutung aus, daß unter anderem auch bei Epilepsie eine Toxikose eines pathologischen parenteralen Eiweißzerfalles vorliege.

In einer gemeinsamen Arbeit Pfeiffers mit dem Verfasser¹⁶) gingen wir noch weiter und konnten als Ergebnis unserer Untersuchungen feststellen, daß die bei manchen Gehirnkrankheiten (darunter auch bei Epilepsie) gesetzmäßige Anreicherung von Eiweißspaltprodukten im Serum von Patienten, vermöge der ihnen innewohnenden Giftwirkung, Anlaß zum Auftreten der Krankheitserscheinungen geben.

Diese Anschauung erfuhr eine erhebliche Erweiterung durch das Studium der Abwehrfermente bei Epilepsie.

Durch die Ergebnisse Fausers²³¹), Meyers⁹⁵), Hippels⁹⁶) u. a. wurden bei Epilepsie spezifische Abwehrfermente nachgewiesen, die gegen verschiedene Organe eingestellt sind,

Ist es dadurch möglich geworden, die Dysfunktion verschiedener Drüsen mit innerer Sekretion zu erweisen, so war dadurch auch ein neuer Anhaltspunkt für den pathologisch ablaufenden Stoffwechsel gegeben, da ja einerseits durch die Fermenttätigkeit der bei Epilepsie nachgewiesenen Fermente Produkte anzunehmen sind, die das normale Stoffwechselbild komplizieren, andererseits aber durch den Nachweis der Dysfunktion verschiedener Drüsen, die auf den Stoffwechselablauf einen Einfluß haben, eine Veränderung desselben entsprechend den pathologischen Einwirkungen dieser Drüsen zu erwarten ist.

Von den Körpersäften wurde auch der Liquor cerebrospinalis bei Epilepsie vielfach untersucht, ohne daß für diese Krankheit ein spezieller und charakteristischer Befund erhoben werden konnte.

Fuchs und Rosenthal⁹⁷) fanden eine Gefrierpunktniedrigung von $\Delta = -0,52^\circ$ als Mittelwert.

Im Status epilepticus konnten Hartmann und di Gaspero^{93a}) eine geringe Vermehrung des Eiweißgehaltes (0,04 — 0,06% Nissl-Esbach) und manchmal eine Vermehrung der weißen Blutzellen im Liquor feststellen.

Von den korpuskulären Bestandteilen des Blutes waren endlich die weißen Blutzellen Gegenstand vielfacher Untersuchungen. Waren auch die Unter-

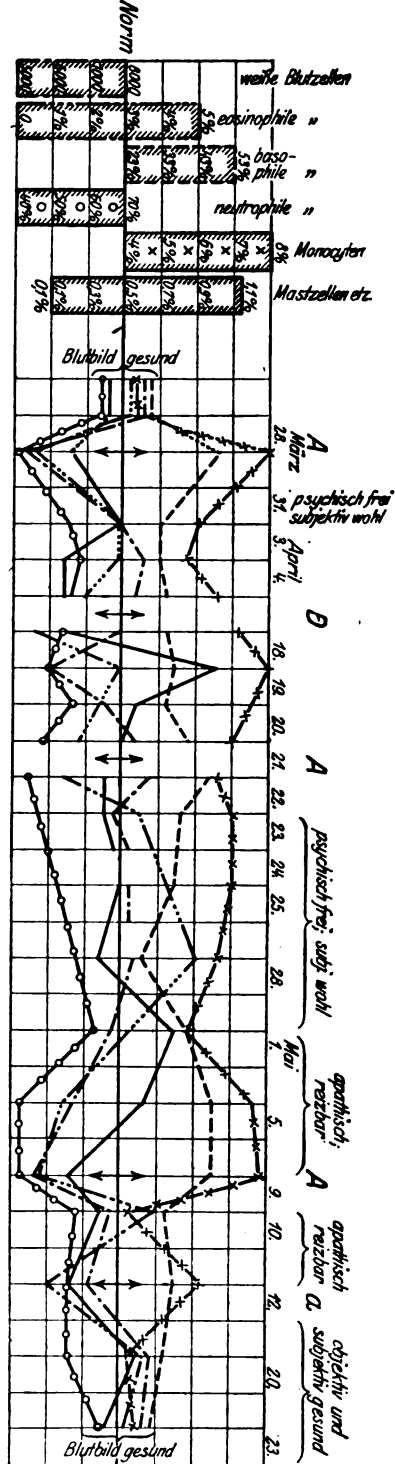
suchungsergebnisse zunächst keine übereinstimmenden, so wurde doch durch den Parallelismus des Verhaltens der Blutzellen bei Epilepsie und anderen Krankheiten ein neuer Gesichtspunkt geschaffen.

Von den Autoren, welche sich mit dieser Frage beschäftigten, seien erwähnt: Naegele⁹⁸), Lundwall⁹⁹), Jödicke¹⁰⁰), Buck⁴⁶), Sauer¹⁰¹), Schultz¹⁰²), Schilling¹⁰³), Hoesslin¹⁰⁴), Krumbmiller¹⁰⁵), Rohde⁴⁰), Bruce-Perbles¹⁰⁶), Neusser¹⁰⁷), Gorieri¹⁰⁸), Morselli¹⁰⁹), Campioni¹¹⁰), Zimmermann¹¹¹) u. a. Hartmann⁹³) hatte auf Grund der Untersuchungen Schlechts¹¹ die eingehende Analyse des Blutbildes beim epileptischen Symptomenkomplex als aussichtsreich erfaßt und zusammen mit di Gaspero¹¹²) die vorläufigen Ergebnisse dieser Untersuchungen veröffentlicht. Dieselben hatten im wesentlichen Übereinstimmung mit dem anaphylaktischen Schock ergeben. Schlecht¹¹³ fand bekanntlich, daß bei anaphylaktisch geschädigten Tieren typische Blutbilder zustande kommen: initiale Gesamtleukopenie mit Neutrophilenabfall und Hypoeosinophilie (relativer Lymphozytenanstieg), nach überwundenem Schock Gesamthyperleukozytose mit Hypereosinophilie, der dann ein allmählicher Ausgleich der Blutbilderanomalien folgt. Aus der beifolgenden Kurve (Hartmann — di Gaspero⁹³) sind die Befunde ganz eindeutig zu erkennen.

Di Gaspero¹¹²) hat die auf ein großes Untersuchungsmaterial gestützten Befunde dann ausführlich dargestellt. Wenn wir diese Ergebnisse und Befunde Hartmann — di Gasperos überblicken, so läßt sich das Blutbild bei Epilepsie etwa folgendermaßen charakterisieren:

Der genuine epileptische Symptomenkomplex zeigt im allgemeinen große Schwankungen der weißen Blutzellen.

Fast regelmäßig ist die Gesamtzahl der weißen Blutzellen vor dem Anfall ermittelt, es besteht also eine Leukopenie. Nach dem Anfall kommt es sehr häufig zu einer Ver-



Kurve 2.

Vermehrung aller Elemente bis zur ausgesprochenen Gesamtleukozytose, welche Veränderung verschieden lang bestehen kann, um dann erst zur Norm zurückzukehren. Fast regelmäßig sind die Lymphozyten (kleine und große) und die Monozyten — d. s. die großen, mononukleären Leukozyten — und Übergangsformen (Ehrlich) vermehrt, und zwar so, daß die Lymphozytenvermehrung mit dem epileptischen Anfall zusammenfällt. Am labilsten sind die polymorphkernigen neutrophilen Leukozyten, durch deren Wertschwankungen die Blutformel bestimmt wird.

Die eosinophilen Elemente sind vor den paroxysmalen Entladungen, insbesondere vor Krampfständen und während der Anfälle regelmäßig vermindert. Nach den Anfällen steigt ihre Zahl wieder an und überschreitet meistens die normalen Werte. Die basophilen Leukozyten zeigen unbedeutende Schwankungen, die nichts Charakteristisches darstellen.

Di Gaspero¹¹²⁾ mißt dem Verhalten der weißen Blutzellen so große Bedeutung bei, daß er aus den Schwankungen der weißen Blutelemente auf den Verlauf der Krankheit Schlüsse zieht. So hält er das rasche Absinken der Gesamtzahl der Leukozyten, insbesondere der Neutrophilen, mit gleichzeitiger entsprechender Vermehrung der Lymphozyten (bis zur absoluten Lymphozytose) als einen Vorboten des Anfalles, während bei annähernd normalen Leukozytenverhältnissen ein andauerndes subjektives Wohlbefinden und Freisein von psychopathologischen Störungen zu erwarten ist.

Biedl und Kraus¹¹⁵⁾ sahen ebenfalls beim anaphylaktischen Schock des Meerschweinchens Leukopenien.

Pirquet und Schick¹¹⁶⁾, ebenso Bienenfeld¹¹⁷⁾ haben auch bei der Serumkrankheit des Menschen konstatieren können, daß nach einem Leukozytenanstieg in der Inkubationszeit am 7. bis 9. Tage eine Leukopenie eintritt, die am 10. bis 19. Tage ihr Minimum erreicht und dann allmählich verschwindet. Erinnern wir uns an das oben Gesagte, daß der anaphylaktische Schock nach Pfeiffer¹⁶⁾ eine Eiweißzerfallstoxikose darstellt, so werden wir uns nicht wundern, wenn wir nach Pfeiffer auch bei anderen Zerfallstoxikosen wie der Verbrühung, Hämolysevergiftung, Peptonvergiftung und Retentionsurämien eine auffallende Übereinstimmung hinsichtlich der Wertschwankungen einzelner Zellformen in bestimmten serologischen Phasen finden.

III. Eigene Untersuchungen.

1. Krankengeschichten.

Fall 1. R., Angelo, 17 Jahre. Hilfsarbeiter aus Görz.

Anamnese: Leidet seit dem 11. Jahre an epileptischen Anfällen, die in letzter Zeit vor der Aufnahme sich häuften. Ein 5 Tage vor der Aufnahme aufgetretener Dämmerzustand, in dem es zu schweren Erregungszuständen kam, machte die Einbringung des Kranken auf die geschlossene Abteilung notwendig.

Bei der Aufnahme Dämmerzustand mit Triebhandlungen, der auch während der Behandlung in der Anstalt periodisch nach den Anfällen auftritt.

Somatisch: Angedeuteter Infantilismus, Narbe am Hinterhaupt, Zungenbisse. Lichtreflexe erhalten, Sehnenreflexe lebhaft. Während des Anfalles bewußtlos, Schaum vor dem Munde, fehlende Lichtreaktion.

Fall 2. St., Valentin, Infanterist aus Krain. 27 Jahre alt.

Wurde in einem Dämmerzustand am Bahnhof aufgegriffen, in welchem er schwere Erregungszustände zeigte.

Anamnestisch ist aus dem Pat. nicht viel herauszubringen. Die Anfälle sollen seit 8 Jahren vorhanden sein. Der Dämmerzustand ist nach 8 Tagen abgeklungen. Pat. ist stark dement; weitgehende Merkfähigkeits- und Urteilsstörungen.

Somatisch: Narben von Verletzungen im Anfall herrührend am Arm und Gesicht, Zungenbisse, lebhaft Reflexe.

Anfälle: Bewußtlosigkeit, starke Zyanose, lichtstarre Pupillen. Nach den Anfällen häufig Dämmerzustände.

Fall 3. W., Martin, poln. Flüchtling aus Wieliczka, Galizien. 34 Jahre alt.

Anamnestisch: Eltern leben, Vater lungenkrank, Mutter taub; 2 Monate vor der Aufnahme Fleckfieber. Seit 15 Jahren Anfälle, die seit dem Fleckfieber häufiger wurden und seitdem auch von Dämmerzuständen begleitet werden.

Bei der Aufnahme: Starke Merkfähigkeits- und Gedächtnisstörungen, Schädigung der Urteils- und Kombinationsbildung.

Somatisch: Narben am Kopf, Pupillen reagieren etwas träge, Sehnenreflexe herabgesetzt.

Anfälle in einem Zeitraum von ca. 14 Tagen auftretend, im Anfall bewußtlos, lichtstarre Pupillen.

Fall 4. Ph., Johann, Hutmacher aus Agram. 20 Jahre alt.

Anamnese: Eltern gesund, ebenso die Geschwister.

Kinderkrankheiten: Masern. Seit einem Jahr Anfälle (angeblich nach einem Sturz aufs Hinterhaupt), deshalb superarbitriert.

Befund: Psychicus: Merkfähigkeit etwas herabgesetzt. Assoziationen geprüft, durch Reizworte (Sommer), zeigen Eigenbeziehungen.

Somatisch: Angedeuteter Turmschädel, Klopfempfindlichkeit am Hinterhaupt. Pupillenreaktion auf Licht und Akkomodation prompt. Sehnenreflexe lebhaft, rechts Patellarklonus. Romberg positiv. Herabsetzung der Sensibilität D_1 — D_5 (Muskens).

Anfall: Tonisch-klonische Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Zyanose, Stuhl- und Harnabgang im Anfall abhängig.

Fall 5. H., Johanna, Magd aus Pernegg, Steiermark. 18 Jahre alt.

Anamnese: Eltern leben, gesund, ebenso 4 Geschwister.

Mit 8 Jahren fiel Pat. in einen 3 m tiefen Graben, anscheinend ohne sich zu verletzen oder das Bewußtsein zu verlieren, erlitt nur einen heftigen Schreck. Seither Anfälle.

Befund: Psychicus: Gedächtnisstörungen.

Somatisch: Sattelnase angedeutet, rechte Pupille etwas entrundet, Lichtreaktion prompt, Nystagmus horizontalis nach beiden Seiten. Zungenbisse, Sehnenreflexe gesteigert. Patellarklonus. Sensibilitätsstörungen leichten Grades (Hypästhesie) D_1 — D_5 (Muskens)

Anfälle: Zwei- bis dreiwöchentlich 1—2 Anfälle. Im Anfall klonische Krämpfe, Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund, Pupillen lichtstarr. Nach dem Anfall Babinski.

Fall 6. P., Maria, Köchin aus Tillmitsch bei Leibnitz. 29 Jahre alt.

Anamnese: Vater lebt, angeblich gesund, Mutter starb an einem Lungenleiden, ein Bruder nervenkrank, die übrigen 3 Geschwister gesund. Seit dem 5. Lebensjahre Anfälle epileptischer Natur, war deshalb vom Schulbesuche dispensiert.

Seit Eintreten der Meneses (17 J.) treten die Anfälle gehäuft auf, beinahe täglich.

Während der Gravidität Besserung (hatte während der Schwangerschaft nur 2 Anfälle) die noch 2 Monate nach der Geburt anhält. Nach 2 Monaten treten die Anfälle wieder vermehrt auf.

Befund: Psychisch: Zur Zeit der Aufnahme frei.

Somatisch: Narben am Arm und in der Magengegend von einer Verbrennung herrührend. Zungenbisse. Pupillen reagieren prompt. P.-S.-Reflex lebhaft, A.-S.-Reflex fehlt beiderseits. Hyperästhetische Zonen D_4 — D_{10} .

Anfälle: Bewußtlosigkeit, Schaum vor dem Mund, lichtstarre Pupillen. Nach den Anfällen Babinski und Krämpfe in der Wadenmuskulatur.

Fall 7. F., Aloisia, Wagnärmeisterstochter aus Feldkirchen bei Graz. 19 Jahre alt.

Anamnese: Eltern gesund, 10 Geschwister, alle angeblich gesund. Vor einem Jahr erster Anfall, der sich monatlich wiederholte, seit 2 Monaten alle 4 Tage je 3 Anfälle.

Befund: Psychisch: Zur Zeit der Aufnahme leicht geschädigte Gedächtnisstörung, bei der Assoziationsprüfung durch Reizworte nach Sommer zeigen sich Eigenbeziehungen.

Somatisch: Narben auf der Stirn. Zungenbisse. Teilweiser Verlust der vorderen Zähne (durch Ausbeißen während des Anfalles). Bauchdeckenreflex fehlend, Sehnenreflexe auslösbar; kein Babinski. Hyperästhetische Zonen D_{12} — L_1 (Muskens).

Anfälle: Alle 4 Tage, tonisch-klonische Krämpfe, Bewußtseinsverlust, lichtstarre Pupillen. Nach dem Anfall Babinski.

2. Eigene Untersuchungsergebnisse.

A. Das Schwanken des Serumeiweißgehaltes bei Epilepsie.

Sowohl die morphologische Zusammensetzung des Blutes als auch die chemische ist unter physiologischen und pathologischen Bedingungen, wie bekannt, mannigfachen Schwankungen unterworfen.

Was nun die Veränderung in der chemischen Zusammensetzung des Blutes bzw. des Serums betrifft, so sei vorweggenommen, daß im Blutserum eigentlich nur der Gehalt an Kolloiden (Eiweißkörper) Schwankungen zeigt, da ja die Untersuchungen über die osmotischen Druckverhältnisse (Kryoskopie) gelehrt haben, daß der osmotische Druck im allgemeinen nur geringe Schwankungen aufweist. Da der osmotische Druck durch die gelösten Substanzen mit Ausnahme der Kolloide (Eiweißkörper) zum Ausdrucke kommt, können wir zurückschließen, daß die Zusammensetzung des Serums an gelösten Substanzen mit Ausnahme der Kolloide eine ziemlich gleichmäßige und nur geringen Schwankungen unterworfen ist.

Die im Blutserum kolloidal gelösten Körper (Eiweißkörper) hingegen zeigen sowohl unter physiologischen als insbesondere unter pathologischen Verhältnissen mehr oder minder weitgehende Schwankungen. Diese Änderung des Serumeiweißgehaltes am gesunden und kranken Individuum wurde durch eine Reihe von Arbeiten festgestellt, so insbesondere von Reiss, Böhme, Schwenker, Strauss, Schare, Benzner, Sandelowsky, Oliva, Widal, Benard, Vaucher, de Crinis u. a., die alle den Eiweißgehalt mit der einfachsten und zugleich auch verlässlichsten Methode, nämlich der Methode der Eiweißbestimmung aus dem Brechungswert bestimmten.

Da ich in den nachfolgenden Untersuchungen die Methode anwandte, sei dieselbe kurz skizziert.

1. Methode.

Wenn Lichtstrahlen, die sich in einem durchsichtigen Medium verbreiten, auf die ebene Grenzfläche eines zweiten durchsichtigen Mediums auftreffen, erhalten sie in der Regel eine zweifache Richtungsänderung: der eine Teil wird reflektiert, der andere Teil dringt in das neue Medium ein, erfährt aber an der Trennungsfläche eine solche Richtungsänderung, daß jeder Strahl daselbst abgelenkt oder gebrochen wird.

Der Sinus des Einfallswinkels steht zum Sinus des Brechungswinkels in einem konstanten Verhältnis, das als Brechkoeffizient bezeichnet wird.

Der Brechkoeffizient ändert sich mit der Temperatur und der Dichte seines Körpers. Daher stellen H. Lorentz und L. Lorentz eine Formel auf, die die Lichtbrechung von diesen

äußeren Umständen unabhängig macht und nur jenen Einfluß bestehen läßt, welcher durch die Natur des betreffenden Stoffes bedingt ist. Sie lautet:

$$R = \frac{(n^2 - 1) \cdot l}{(n^2 + 1) d},$$

daher nennt man den Wert R die spezifische Refraktion. Daraus leitet sich der Begriff der Molekularrefraktion ab, als Produkt der spezifischen Refraktion mit dem Molekulargewicht M (Molekulargewicht):

$$MR = \frac{(n^2 - 1) \cdot M}{(n^2 + 1) d}.$$

Die weiteren Forschungen auf diesem Gebiete ergaben, daß die Molekularrefraktion in der Regel gleich ist der Summe der einzelnen Atomrefraktionen.

Auch die spezifische Refraktion von Lösungsmengen setzt sich additiv aus den spezifischen Refraktionen der einzelnen gelösten Bestandteile zusammen. Man kann aus der spezifischen Refraktion der einzelnen Bestandteile eines Gemisches (entsprechend deren Prozentgehalt) durch einfache Addition die spezifische Refraktion des Gemisches berechnen. Es ergeben sich wohl dabei geringe Abweichungen, die jedoch praktisch keine Rolle spielen. Umgekehrt kann man aus der spezifischen Refraktion des Gemisches auf die Menge des einen Bestandteiles schließen, wenn man die spezifische Refraktion und die Menge des andern kennt. Ja, man kann sogar die Refraktion eines Gemisches rechnerisch verwerthen, wenn nicht ein einzelner Bestandteil, sondern eine Summe von Bestandteilen praktisch als konstant angesehen werden darf.

Die gebräuchlichsten Refraktometer sind die von Abbe und Pulfrich, welche den Grenzwinkel der totalen Reflexion messen.

Für medizinische Zwecke hat sich das Pulfrichsche Eintauchrefraktometer am geeignetsten erwiesen. Es besteht in der Hauptsache aus einem brechenden Prisma, einer Skala und einem Fernrohr, mit welchem die Skala abgelesen wird. Das Prisma wird in die zu untersuchende Flüssigkeit eingetaucht und der Brechungswert an der Skala abgelesen.

Diese Bestimmung hat jedoch den Nachteil, daß dazu größere Flüssigkeitsmengen (mindestens 2—3 cm) nötig sind, deshalb wurde von der Firma Zeiss dem Apparate ein Hilfsprisma beigegeben. Einige Tropfen der zu untersuchenden Flüssigkeit werden auf die horizontal gehaltene Hypotenusenfläche des Hilfsprismas gebracht und dieses an das Prisma angelegt und befestigt. Zwischen Prisma und Fernrohr ist ein Amiciprisma eingeschaltet, durch das die Dispersion des Lichts reguliert und ausgeschaltet werden kann.

Da sich mit der Änderung der Temperatur auch das Brechungsvermögen ändert, ist es notwendig, die zu untersuchende Flüssigkeit (Serum) auf eine konstante Temperatur zu bringen (Zimmertemperatur), 17,5°. Zu diesem Zwecke wird die zu untersuchende Flüssigkeit in ein kleines Becherglas gebracht und dieses wieder in einen Trog, der mit Wasser von der Temperatur 17,5° angefüllt ist. Benützt man das Hilfsprisma, so wird um das letzterer eine wasserdichte Hülse befestigt und dann das Refraktometer in das Wasser getaucht.

Es ist daher dem Refraktometer ein Aufhängegestell beigegeben, das am Rande des Troges befestigt wird und mit einem Spiegel versehen ist. Der Spiegel wird auf das Refraktometer eingestellt und die Brechung durch das Okular beobachtet. Es zeigt sich ein Schatten mit einer scharfen Grenzlinie, durch den die Brechung zum Ausdrucke kommt, auf einer Skala abgelesen werden kann. Die Ablesung erfolgt außer an den Teilstrichen der Skala noch durch Handhabung einer Mikrometerschraube mit Trommelteilung, welche die Skala gegen die Trennungslinie um einen ganzen Teilstrich zu verschieben vermag.

Da die 10 Teilstriche der Trommelteilung der Verschiebung um einen ganzen Teilstrich der Skala entsprechen, können Zehntelteilstriche an der Trommel unmittelbar abgelesen und einige Hundertstel unter besonders günstigen Umständen noch geschätzt werden.

Man kann nun bemerken, daß die Grenzlinie des Schattens zu Beginn der Ablesung nicht gleich bleibt, sondern sich, allerdings nur gering, ändert, wenn die Temperatur der zu untersuchenden Flüssigkeit noch nicht konstant ist und die des umspülenden Wassers (17,5° noch nicht angenommen hat. Nach ca. 5—7 Minuten bleibt die Grenzlinie konstant, und erst jetzt liest man genau ab. Aus den Skalenteilen berechnet man sich nach der Tabelle von Zeiss, welche auf 17,5° geeicht ist, den entsprechenden Brechungsindex n_D . (Eine solche Tabelle liegt jedem Refraktometer bei.)

E. Reiss¹¹⁹⁾ empfiehlt zur Blutentnahme eine U-förmig gebogene Kapillare, die ca. 0,7 bis 1 cm Blut faßt. Die Ausführung bei der Blutentnahme ist folgende: Es wird ein kleiner Einstich mit einer Lanzette an der Fingerbeere oder am Ohr läppchen gemacht und man läßt das Blut durch die Kapillarität in die U-förmige Kapillare sich einsaugen; hierauf verschließt man die Kapillare und zentrifugiert sie und entnimmt dann das Serum zur Bestimmung. Diese Methode hat den Vorteil, daß man mit sehr geringen Blutmengen (1 cm) auskommt.

Hat man den Skalenteil, auf den sich der Schatten im Refraktometer eingestellt hat, abgelesen, so kann man daraus den Brechungsindex ermitteln. Aus diesen Brechungswerten kann man auch den Eiweißgehalt im Serum berechnen, wenn man von folgenden Überlegungen ausgeht: Der Salzgehalt des Serums ist nur geringen Schwankungen ausgesetzt, wie das aus den Bestimmungen der Gefrierpunkterniedrigungen hervorgeht. So beträgt die Gefrierpunkterniedrigung des Serums ziemlich genau 0,56°. In extremen Fällen (Urämie) kommt es bis zu dem Wert 0,71°, wobei jedoch zu berücksichtigen ist, daß diese Erhöhung in erster Linie durch die Eiweißschlacke und nicht durch die Änderung des Salzgehalts bedingt ist. Weiter ist zu berücksichtigen, daß der Eiweißgehalt des Serums (7—9%) das 9—10fache des Salzgehaltes des Serums beträgt. Außerdem wissen wir, daß der Brechungskoeffizient für Eiweiß mindestens ebenso groß ist wie derjenige für Chlornatrium und größer als derjenige für die übrigen wesentlichen Bestandteile des Blutserums. Der refraktometrische Wert einer 1 proz. Eiweißlösung ist nämlich um 0,00172 größer als der Brechungswert für destilliertes Wasser. Wir müssen daher, um den Brechungskoeffizienten einer 1 proz. Eiweißlösung zu erhalten, zu dem Brechungswerte des destillierten Wassers 0,00172 addieren. Der Brechungsanteil von einer 1 proz. Chlornatriumlösung, also jene Zahl, um welche der Brechungswert der Chlornatriumlösung von dem Brechungswerte des destillierten Wassers unterschieden ist, ist 0,00175, von Traubenzucker 0,00142, von Harnstoff 0,00145, woraus zu ersehen ist, daß der Brechungswert von Eiweiß von den Salzen im Serum auch in den entsprechenden Lösungen nicht übertroffen wird. Da der Salzgehalt des Serums jedoch nur ungefähr 0,86% beträgt, der des Eiweißes 7—9%, können wir somit den Salzgehalt des Serums praktisch vernachlässigen.

Gegen den Einwand, daß die Verhältnisse am Serum eine refraktometrische Auswertung deshalb nicht zulassen, weil der refraktometrische Wert nur eine additive Funktion darstellt, solange es sich um echte Mischungen handelt, ist zu bemerken, daß die Versuche von E. Reiss¹¹⁸⁾, Herlitza¹¹⁹⁾, Robertson¹²⁰⁾ u. a. ergeben haben, daß bei Veränderungen des Kochsalzgehaltes der Eiweißlösung eine echte Mischung und keine Reaktionen vor sich gehen. Die einen wesentlichen spezifischen Einfluß auf den Brechungskoeffizienten ausüben würden.

Unter Berücksichtigung aller dieser Faktoren wurde nun von E. Reiss folgende Tabelle zur Berechnung des Eiweißprozentgehaltes aus dem Brechungsexponenten ausgearbeitet.

Tabelle

zur direkten Umrechnung der Skalenteile des Eintauchrefraktometers bei 17,5° C in Eiweißprozentgehalte.

Brechungsindices zu nebenstehenden Skalen- teilen	Blutserum		
	Skalenteil	Eiweiß in %	Differenz von Eiweiß für 1 Skalenteil
		<i>n_D</i> für destilliertes Wasser	1,33330
		<i>n_D</i> für die Nichteiweißkörper	0,00277
		<i>n_D</i> für 1 % Eiweiß	0,00172
1,33869	30	1,74	0,220
1,34086	35	2,84	0,220
1,34275	40	3,94	0,218
1,34463	45	5,03	0,218
1,34650	50	6,12	0,216
1,34836	55	7,20	0,216
1,35021	60	8,28	0,214
1,35205	65	9,35	0,212
1,35388	70	10,41	

2. Normaler Serumeiweißgehalt.

Der Eiweißgehalt des menschlichen Blutserums schwankt auch unter normalen Verhältnissen zwischen den Werten von 7,6% und 9,1%, beim Säugling bis zum 5. Lebensjahre zwischen 5,6% und 6,6%. Unter normalen Verhältnissen treten bei ein und demselben Individuum auch Änderungen im Eiweißgehalt ein, doch sind dieselben, sofern sie durch die Nahrung bedingt sind, gering. Auch die Flüssigkeitszufuhr und Salzzufuhr per os spielen nur eine untergeordnete Rolle. Bei Muskularbeit tritt eine Erhöhung des Brechungskoeffizienten ein, die wohl durch die Wasserabgabe an den arbeitenden Muskel, Blutdrucksteigerung und Transpiration zu erklären ist und den Eiweißgehalt des Blutserums oft um $\frac{1}{2}$ bis zu 1% zu ändern imstande ist. Ich habe daher meine Bestimmungen zum größten Teil im nüchternen Zustande und bei ausgeschalteter Muskularbeit ausgeführt.

Die bisherigen Untersuchungen über der Serumeiweißgehalt ergeben, daß der Eiweißgehalt des gesunden Menschen ca. 7—9% beträgt [Reiss¹¹⁸], de Crinis¹²¹] und verhältnismäßig nur geringen Schwankungen unterworfen ist.

Vor allem ruft die körperliche Arbeit eine Änderung des Serumeiweißgehaltes vorher, insofern, als bei Muskularbeit der Eiweißgehalt im Serum ansteigt, um dann nach Aussetzen der Muskeltätigkeit sogleich wieder abzusinken. Böhme¹²²) und Schwenker¹²³), welche dieses beobachteten, führten diese Eiweißvermehrung des Serums (Bluteindickung) auf den gesteigerten Blutdruck zurück.

Nur geringen Einfluß auf den Serumeiweißgehalt nimmt bemerkenswerterweise die Zufuhr von Wasser per os, die unwesentliche Erniedrigung des Eiweißgehaltes zur Folge hat. Salze (vor allem Kochsalz) per os dem Organismus beigebracht ändern wohl die Eiweißkonzentration dadurch, daß sie zur Wasseranreicherung im Blut (Hydrämie) führen, doch ist diese Wirkung des Kochsalzes nur eine vorübergehende, die durch die Nierentätigkeit bald ausgeglichen wird.

Zu erwähnen sei noch das Verhalten des Eiweißgehaltes im Serum nach Aderlaß. Hier kommt es nach dem Aderlaß zur Abnahme des Eiweißgehaltes, die so zu erklären ist, daß der Flüssigkeitsstrom aus den Geweben, welcher nach einem Aderlaß sich in die Blutbahn ergießt, den entstandenen Wasserverlust überkompensiert [Reiss¹¹⁸].

Die Veränderungen des Serumeiweißgehaltes während des Schlafes, in welchem es zu einem Absinken des Eiweißgehaltes kommt, auf welche Verfasser zuerst hinwies, sind wohl auf die Ruhigstellung des Körpers und Blutdruckveränderungen zurückzuführen und werde ich auf dieses eigenartige Verhalten des Eiweißgehaltes und seine Abhängigkeit besonders vom Blutdrucke später noch eingehend zu sprechen kommen.

Will man daher den Serumeiweißgehalt eines gesunden Individuums zum Vergleiche mit anderen heranziehen, so müssen alle die bisher erwähnten Veränderungen des physiologischen Zustandes, wie Bewegung, Resorption usw. berücksichtigt werden.

Außer diesen temporären Schwankungen des Serumeiweißgehaltes bei physiologischen Veränderungen konnte der Verfasser durch eine Reihe von Untersuchungen auch eine Veränderung des Serumeiweißgehaltes in der Schwangerschaft feststellen. Hier läßt sich beobachten, daß der Eiweißgehalt des Serums

durch die Gravidität herabsinkt und sich nicht nur an der unteren Grenze der physiologischen Werte bewegt, sondern auch häufig diese untere Grenze überschreitet.

Schwankt der Gehalt des Serumeiweißes schon am gesunden Organismus unter dem Einflusse physiologischer Vorgänge, so ist zu erwarten, daß beim Vorherrschen pathologischer Verhältnisse der Eiweißgehalt ebenfalls weitgehende Änderungen aufweist.

Es ist das Verdienst von Reiss, den Verlauf des Eiweißwertes im Serum am kranken Organismus, vor allem bei Stoffwechselstörungen unter gleichzeitigem Vergleich mit der Gewichtskurve studiert zu haben. Die Gesetzmäßigkeit des Verlaufes der Serumeiweißkurve in Abhängigkeit von der Gewichtskurve hat uns zum ersten Male die gegenseitigen Beziehungen von Eiweißgehalt des Serums und Körpergewicht ersichtlich gemacht.

Aber nicht nur Änderungen im Körperhaushalt, sondern auch Störungen in der Zirkulation geben sich in Schwankungen des Serumeiweißgehaltes kund.

Reiss¹¹⁸⁾, Strauss¹²⁴⁾, Widal, Benard und Vaucher¹²⁵⁾ studierten vor allem die Störungen bei Herzinsuffizienz und fanden, daß der Serumeiweißgehalt bei völliger Kompensation sich innerhalb normaler Werte bewegt, während er bei Dekompensation sofort abnimmt und dadurch eine Hydrämie bzw. Wasserretention anzeigt.

Auch bei Insuffizienz der Niere sinkt der Eiweißgehalt im Serum ab und zeigt eine Hydrämie an.

Von mir¹²¹⁾ wurden ferner eine Reihe von psychopathologischer Zustände untersucht, wobei es sich herausstellte, daß bei Krankheitszuständen mit motorischer Unruhe, unabhängig von der zugrunde liegenden Gehirnkrankheit, der Eiweißgehalt des Serums hohe Werte zeigt, die sich wohl aus der mit motorischer Hyperfunktion einhergehenden vermehrten bzw. gesteigerten körperlichen Arbeit ergeben.

Geht im psychopathologischen Symptomenkomplex, gleichgültig welche organische Erkrankung des Gehirns vorliegt, die motorische Unruhe zurück, so sinkt damit der Eiweißgehalt im Serum ab.

Aber auch eine Gruppe von psychopathologischen Zuständen (der melancholische Symptomenkomplex), welche durch eine motorische Hypofunktion charakterisiert ist, zeigt regelmäßig eine Vermehrung des Serumeiweißgehaltes. Verfasser konnte zeigen, daß nicht nur bei der genuinen Melancholie, sondern auch beim melancholischen Symptomenkomplex auf Basis verschiedener organischer Erkrankungen des Gehirns der Serumeiweißwert an und meistens über die oberste Grenze der normalen Werte gedrängt wird. Mit dem Abklingen des melancholischen Symptomenkomplexes, kehrt auch der normale Eiweißwert zurück.

Eine Sonderstellung nahmen jene Fälle mit melancholischem Symptomenkomplex, bei denen gleichzeitig eine Kachexie vorlag, dadurch ein, daß sie im Gegensatz zu den früheren Befunden der Eiweißerhöhung im Serum eine Eiweißerniedrigung zeigten. Befunde, welche mit den Ergebnissen der Untersuchungen von Reiss¹¹⁸⁾, Tuffier und Manté¹²⁶⁾ bei chronischen Kachexien (Karzinom, Lungentuberkulose, perniziöse Anämie) übereinstimmen.

3. Serumeiweißgehalt bei Epilepsie.

War durch diese Untersuchungen die Reihe der psychopathologischen Symptomenkomplexe hinsichtlich ihres Serumeiweißgehaltes untersucht, so übrigte noch das von mir bereits damals angekündete Studium des Serumeiweißgehaltes beim epileptischen Symptomenkomplex.

War doch anzunehmen, daß die pathologischen Vorgänge im Stoffwechsel und Blutdruck bei Epilepsie sich auch im Verhalten des Serumeiweißgehaltes widerspiegeln würden.

Die Untersuchungen am epileptischen Symptomenkomplex wurden so an gestellt, daß die Blutentnahme, soweit es möglich war, unter möglichst gleichen Bedingungen vorgenommen wurden, da nur dann ein Vergleich der gefundenen Werte zueinander einen Einblick in die pathologische Veränderung des Eiweißgehaltes gewährte.

Zu diesem Zwecke wurden die Blutuntersuchungen am Morgen in nüchternem Zustand der Patienten ausgeführt.

Da aber beim epileptischen Symptomenkomplex auch die Verhältnisse im und nach dem Anfall von größtem Interesse sein mußten, wurden die Blutentnahmen nicht nur am Morgen, sondern entsprechend den Anfällen auch während des Tages ausgeführt.

Die Schwankungen des Eiweißgehaltes im Serum sind bei Epilepsie so groß, daß die Fehler, welche durch Verdauung, Bewegung u. a. hervorgerufen werden, füglich unberücksichtigt bleiben können.

4. Ergebnisse beim epileptischen Anfall.

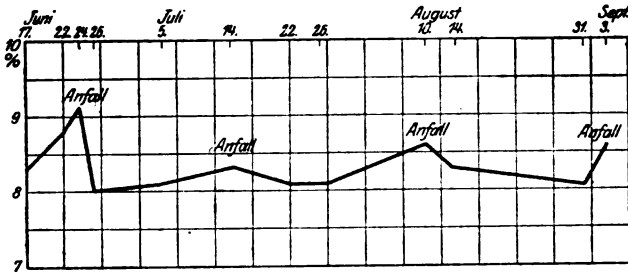
Zu der nachfolgenden Zusammenstellung habe ich die Eiweißwerte nach Zeit und Anfall geordnet. Es soll jeder einzelne Fall für sich zusammengefaßt und kurvenmäßig dargestellt werden.

Fall 1. (R.)

Tabelle I.

Datum der Blutentnahme	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
17. VI.	8,32	
22. VI.	8,78	
24. VI.	9,08	
26. VI.	8,04	25. VI. Anfall
5. VII.	8,12	
14. VII.	8,32	
22. VII.	8,12	20. VII. leichten Anfall
26. VII.	8,09	
10. VIII.	8,57	
14. VIII.	8,32	11. VIII. Anfall
31. VIII.	8,04	
3. IX.	8,56	
		4. IX. Anfall

Aus Tabelle I ist ersichtlich, daß der Eiweißwert des Serums, fortlaufend untersucht, Schwankungen unterworfen ist, die sich zwischen 8,04% und 9,08% bewegen.



Kurve 3. (Fall 1).

allgemeinen vor dem Anfall die Eiweißwerte ansteigen, nach dem Anfall jäh absinken und noch für einige Zeit tief bleiben.

Vor den Anfällen kommt es regelmäßig zu einem Anstieg des Eiweißwertes, nachher immer zu einem Abfall, der bis 1% betragen kann.

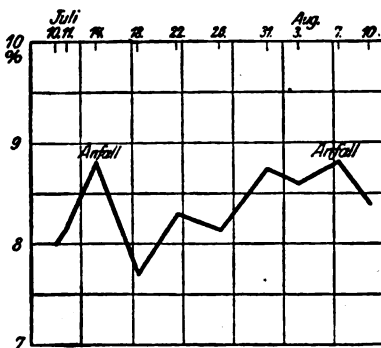
Aus der kurvenmäßigen Darstellung kann man im Vergleich mit der Tabelle feststellen, daß im

Fall 2. (St.)

Tabelle II.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
10. VII.		leichter Anfall
11. VII.	8,07	
14. VII.	8,76	14. VII. 2 Stunden nach der Blutentnahme Anfall
18. VII.	7,76	
22. VII.	8,31	
26. VII.	8,15	
31. VII.	8,75	
3. VIII.	8,60	
7. VIII.	8,80	7. VIII. 4 Stunden nach der Blutentnahme Anfall.
10. VIII.	8,40	

Die Tabelle II zeigt uns im wesentlichen das gleiche wie Tabelle I. Zu diesem Falle ergab sich die Gelegenheit, den Eiweißwert kurz (2 Std.) vor dem Anfall zu ermitteln, so daß der Verlauf der Kurve, die im Fall I unmittelbar vor dem Anfall nicht verfolgt werden kann, hier genauer ersichtlich ist.



Kurve 4. (Fall 2.)

Wir entnehmen der Kurvendarstellung, daß der Eiweißwert vor dem Anfall seinen Höhepunkt erreicht und mit dem Anfall absinkt.

In der Zwischenzeit steigt er allmählich mit geringen Rückschwankungen an, um seinen Höhepunkt wieder vor dem Anfall zu erreichen.

Fall 3. (W.)

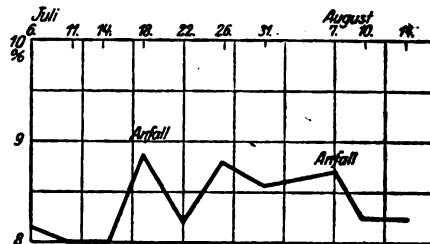
Tabelle III.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
6. VII.	8,15	
11. VII.	7,99	
14. VII.	7,99	
18. VII.	8,88	Anfall $\frac{1}{4}$ Stunde vor der Blutentnahme
22. VII.	8,20	
26. VII.	8,82	
31. VII.	8,60	
3. VIII.	8,70	Anfallsserie von 5 Anfällen
5. VIII.		
7. VIII.	8,38	
10. VIII.	8,30	
14. VIII.	8,28	

Auch Fall 3 läßt dieselben Verhältnisse am Eiweißgehalt des Serums erkennen.

Bemerkenswert ist in diesem Falle, daß es hier zu einem Anstieg und Abfall des Eiweißgehaltes kommt, ohne daß ein Anfall sich einstellt, wie dies aus der Kurve am 26. VII. ersichtlich ist.

Acht Tage später finden wir einen Anfall bei ansteigender Kurve, jedoch etwas niedriger als die Werte der Kurve, die früher erhoben wurden.

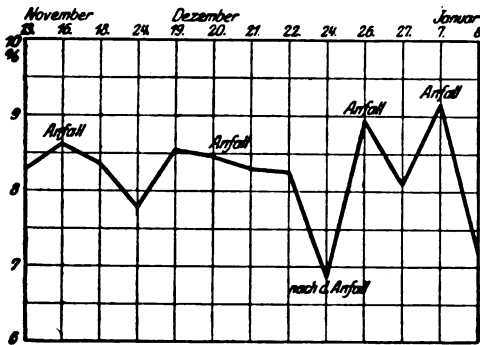


Kurve 5. (Fall 3.)

Fall 4. (Ph.)

Tabelle IV.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
12. XI.		2 Anfälle
13. XI.	8,28	
16. XI.	8,60	
17. XI.		leichter Anfall
18. XI.	8,40	
24. XI.	7,83	
19. XII.	8,57	
20. XII.		7 Anfälle am Morgen
20. XII.	8,49	6 Stunden nach den Anfällen untersucht
21. XII.	8,32	
22. XII.	8,48	
24. XII.		morgens 2 Anfälle
24. XII.	6,87	3 Stunden nach den Anfällen untersucht



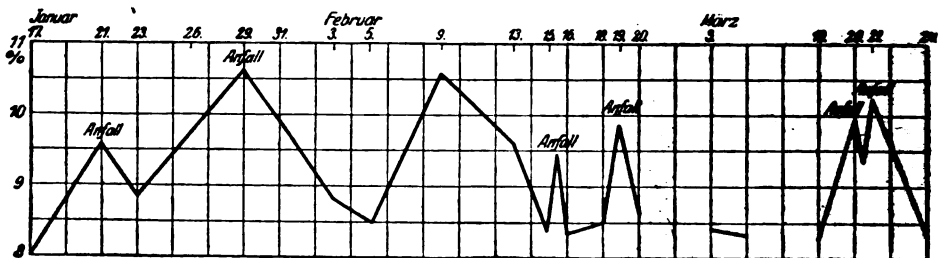
Kurve 6. (Fall 4.)

Aus der Zusammenstellung des Falles 4 ergeben sich dieselben Verhältnisse im Serumweißgehalt wie in den früheren Fällen. In diesem Falle wurden die Serumuntersuchungen nach den Anfällen besonders berücksichtigt und es zeigte sich, daß der Eiweißgehalt nach den Anfällen, und zwar schon nach kurzer Zeit, stark absinkt.

Fall 5. (H.)

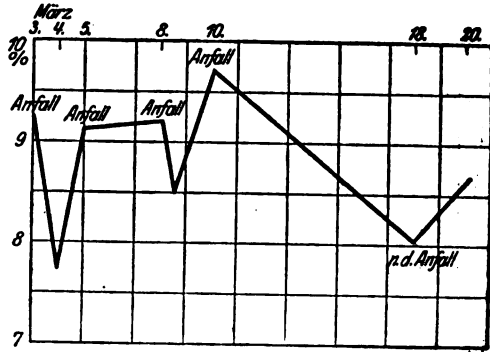
Tabelle V.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
17. I.		Anfall
21. I.	9,56	
22. I.	8,91	
23. I.	8,82	
26. I.	9,77	
29. I.	10,62	Anfall
31. I.	9,88	
3. II.	8,82	
5. II.	8,49	
9. II.	10,62	
13. II.	9,14	
15. II.	8,39	
15. II.	9,46	1 Stunde später Anfall, gleich nach dem Anfälle Blutentnahme
16. II.	8,34	
18. II.	8,49	
19. II.	9,35	
20. II.		4 kurze Anfälle
20. II.	8,60	1 Stunde nach dem Anfälle
3. III.	8,39	
18. III.	8,28	
20. III.	9,88	Blutentnahme im Anfälle
20. III.	9,35	1 Stunde nach dem Anfälle
21. III.	10,20	2 Anfälle
24. III.	8,28	



Kurve 7. (Fall 5.)

Fall 5, der in Intervallen von 2—3 Wochen Anfälle bekam und regelmäßig untersucht wurde und zwar so, daß auch das Blut häufig vor dem Anfall und einmal sogar im Anfall untersucht werden konnte, zeigt nicht nur die großen Schwankungen des Eiweißgehaltes von 8,28%—10,62% (fast $2\frac{1}{2}\%$), sondern auch im allgemeinen abnorm hohen Eiweißgehalt. Auch hier finden wir, wie im Fall 3, einen Anstieg der Eiweißkurve bis auf 10,62% — einen selten hohen Eiweißgehalt — ohne daß ein Anfall oder ein Äquivalent beobachtet werden konnte.



Kurve 8. (Fall 6.)

Fall 6. (P.)

Tabelle VI.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
3. III.	9,24	Anfall 8 Stunden nach Blutentnahme
4. III.	7,78	
5. III.	9,14	Blutentnahme $\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Anfall
8. III.	9,24	
8. III.	8,49	Blutentnahme im Anfall
10. III.	9,67	Blutentnahme im Anfall
18. III.	8,06	Blutentnahme 2 Stunden nach dem Anfall

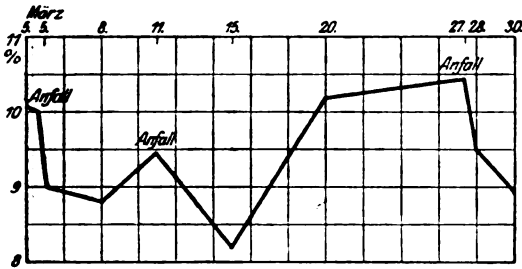
Im Fall 6 gelang es uns, die Blutentnahme einigemal im Anfall selbst auszuführen.

Die Eiweißwerte im Anfall sind etwas verschieden voneinander, zeigen jedoch, daß die Eiweißkurve im Anfall bereits im Absinken begriffen ist. Der hohe Wert des Eiweißgehaltes am 10. III. im Anfall läßt vermuten, daß der Eiweißgehalt vor dem Anfall, der leider nicht bestimmt werden konnte, abnorm hoch war.

Fall 7. (F.)

Tabelle VII.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
5. III.	10,10	8 Uhr morgens
5. III.	9,99	11 Uhr a. m.
5. III.	9,03	Blutentnahme 1 Stunde nach dem Anfall
8. III.	8,83	
11. III.	9,46	Anfall
15. III.	8,20	
20. III.	10,20	
27. III.	10,41	Anfall
28. III.	9,56	
30. III.	8,92	



Kurve 9. (Fall 7.)

Fall 7 ist deshalb interessant, weil die hohen Eiweißwerte des Serums am 5. III. morgens einen Anfall erwarten ließen und deshalb mittags nachgeprüft wurden. Tatsächlich stellte sich kurze Zeit danach (1½ St.) ein Anfall ein. Eine Stunde später war der Eiweißgehalt bereits auf 9,03 abgesunken.

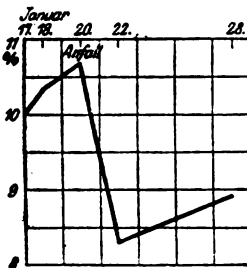
Handelte es sich bisher nur um Fälle von genuiner Epilepsie, so sei zum Schlusse ein Fall von Jackson-Epilepsie, der zur Untersuchung kam, angeführt.

Fall 8. (H.)

Tabelle VIII.

Datum der Untersuchung	Eiweißgehalt in %	Decursus morbi
17. I.	9,98	
18. I.	10,35	
20. I.	10,62	Kopfschmerz, Schlaflosigkeit,
22. I.		Anfall
22. I.	8,28	4 Stunden nach dem Anfall
28. I.	8,91	

Fall 8 lehrt, daß im Verhalten des Serum-Eiweißgehaltes bei Jackson-Epilepsie dieselben Verhältnisse vorherrschen wie bei genuiner. Also Anstieg bis zu abnorm hohem Eiweißgehalt und Absinken um mehr als 2% nach dem Anfälle. Auffallend ist auch hier, daß der Eiweißgehalt sich nicht nur an der obersten Grenze der normalen Werte bewegt (7—9%), sondern dieselben um ein Beträchtliches überschreitet.



Kurve 10. (Fall 8.)

Vorläufige Zusammenfassung.

Fassen wir nun die Ergebnisse der bisherigen Befunde der 8 Fälle (7 genuine, 1 Jackson) von Epilepsie zusammen, so ist folgendes festzustellen.

Bei Epilepsie kommt es zu weitgehenden Schwankungen des Serumeiweißgehaltes, wie solche Schwankungen unter normalen Verhältnissen nicht gefunden werden. Da bei den Patienten körperliche Arbeit und Bewegung vermieden wurde und auch die Fehler der Verdauung möglichst ausgeschaltet waren (Entnahme am Morgen in nüchternem Zustand), so können wir diese Veränderungen im Serumeiweißgehalt auf pathologische Vorgänge bei Epilepsie beziehen.

Der Eiweißgehalt des Serums steigt vor dem Anfälle oft sehr rasch an, um unmittelbar vor dem Anfälle sein Maximum zu erreichen.

Nach dem Anfall sinkt der Eiweißgehalt rapid ab.

Bei Epilepsie läßt sich im Serum häufig ein Anstieg des Eiweißgehaltes bis zu abnorm hohen Werten beobachten, ohne daß jedoch ein Anfall beobachtet werden konnte.

Nicht jeder Anstieg des Serumeiweißgehaltes führt beim genuinen Epileptiker zum Anfall. Es konnte in einzelnen Fällen ein Anstieg der Eiweißkurve festgestellt werden, ohne daß ein Anfall beobachtet wurde.

5. Beziehung des Serumeiweißgehaltes zum Blutdruck.

Durch diese Untersuchungsreihe waren somit die Schwankungen des Serumeiweißgehaltes bei Epilepsie verfolgt und ihre Beziehungen zum Anfall festgelegt worden.

Es erübrigt sich nun die Frage, wieso es zu diesen Veränderungen des Serumeiweißgehaltes kommt.

Wie schon oben auseinandergesetzt wurde, zeigt der Eiweißgehalt auch unter normalen Verhältnissen Schwankungen, so bei körperlicher Arbeit und in geringem Maße auch bei Ernährungsänderungen. Nun waren alle diese Möglichkeiten bei den zur Untersuchung kommenden Patienten ziemlich ausgeschaltet, dadurch, daß das Blut unter den gleichen äußeren Bedingungen entnommen wurde. Die oft rasch einsetzenden Schwankungen des Serumeiweißgehaltes bei Epilepsie müßten daher in anderen Vorgängen im Organismus ihre Begründung haben.

Wie auch oben schon angedeutet wurde, kommt es durch Erkrankung einzelner Organe zu Änderungen des Serumeiweißgehaltes wie vor allem durch Herzkrankungen (Dekompensationsstörung) und Nierenschädigungen.

Abgesehen davon, daß diese Erkrankungen zu einer anhaltenden und konstanten Veränderung des Serumeiweißgehaltes (Herabsetzung) führen, die mit der Erkrankung auftreten und erst mit derselben verschwinden, waren auch unsere Patienten vor den Untersuchungen auf die Gesundheit von Herz und Niere geprüft worden. Daher waren diese beiden Organe für die verhältnismäßig rasch auftretenden Schwankungen des Serumeiweißgehaltes nicht verantwortlich zu machen.

Mehr Aussicht bot der Vergleich der Schwankungen des Serumeiweißgehaltes bei Epilepsie mit den Schwankungen während des Schlafes. Wie schon oben erwähnt worden ist, fällt während des Schlafes der Serumeiweißgehalt stark ab, was aus den Versuchen, die der Verfasser in einer anderen Arbeit¹⁾ anstellte, nicht auf die körperliche Ruhestellung allein zurückzuführen ist.

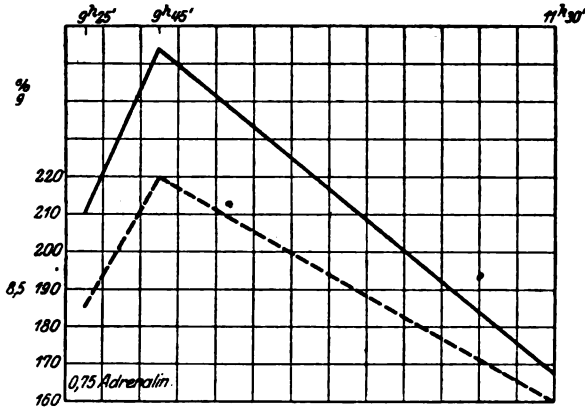
Es kommt im Schlaf vor allem das Absinken des Blutdruckes in Betracht.

Auf diesen Parallelismus zwischen Blutdruck und Serumeiweißgehalt im Schlaf hat Verfasser schon in der oben erwähnten Arbeit hingewiesen.

Dem Verfasser war es ferner gelungen, bei psychopathologischen Veränderungen konstant eine Erhöhung des Serumeiweißgehaltes zu finden, obwohl diese Gruppe durch motorische Hypofunktion charakterisiert ist, nämlich beim melancholischen Symptomenkomplex, unabhängig von der zugrundeliegenden Gehirnkrankheit.

Diese Erhöhung des Serumeiweißgehaltes beim melancholischen Symptomenkomplex steht in Übereinstimmung mit der von Smyth und Vorster schon vor Jahren gefundenen Erhöhung des spezifischen Gewichtes des Serums bei Melancholikern.

Vergleichen wir nun die Verhältnisse des Blutdruckes bei Melancholie, so finden wir, wie dies schon Cramer^{2*)} feststellte, eine Blutdrucksteigerung.



Kurve 11.

des Serums untersuchte. Dann wurde der Blutdruck durch Adrenalin (Tonogen) erhöht und der Eiweißgehalt des Serums bestimmt. Die Untersuchungen wurden an mir selbst und an einer Patientin, die aus therapeutischen Gründen Adrenalin bekam, ausgeführt.

Nachstehend die Ergebnisse und die kurvenmäßige Darstellung.

Tabelle I. (C.) (Kurve 11.)

Datum	Eiweißgehalt	Blutdruck	
26. III.			
9 ^h 25	8,70	185	0,75 ccm Adrenalin
9 ^h 45	9,14	220	
11 ^h 30	8,28	160	

Tabelle II. (T.) (Kurve 12.)

Datum	Eiweißgehalt	Blutdruck	
18. III.			
8 ^h	8,71	175	0,5 ccm Adrenalin
8 ^h 30	8,92	210	
11 ^h	8,60	150	

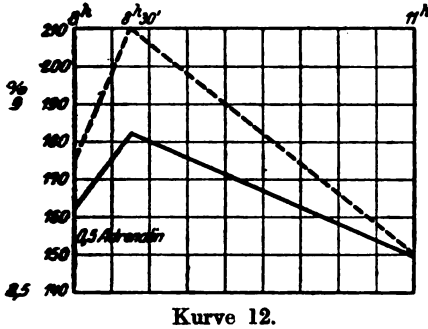
Tabelle III. (T.) (Kurve 13.)

Datum	Eiweißgehalt	Blutdruck	
5. III.			
10 ^h 45 a. m.	9,05	175	0,75 ccm Adrenalin
10 ^h 50		245	
11 ^h	9,35	255	
11 ^h 30	9,03	165	

Aus der Zusammenstellung ist zu ersehen, daß der Eiweißgehalt mit dem Blutdruck schon nach einer halben Stunde ansteigt und in den Fällen, welche auch Stunden später, nachdem die Blutdruck-

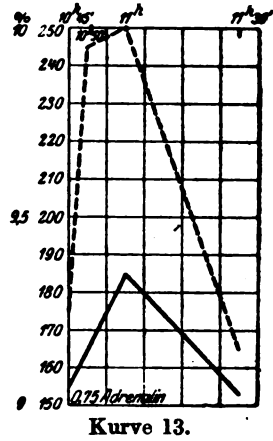
steigerung verschwunden war, untersucht wurden, mit dem Blutdruck meist absinkt.

Das Parallelgehen von Blutdruck und Blutkonzentration ist von anderer Seite durch zahlreiche Experimente erwiesen worden, ohne daß jedoch der Serumeiweißgehalt berücksichtigt worden wäre (vgl. Grawitz klin. Path. d. Blutes 1902). Man fand übereinstimmend Vermehrung der Zahl der roten Blutkörperchen



und des Hämoglobingehaltes, Vermehrung des spezifischen Gewichtes und der Trockensubstanz des Blutes bei Blutdrucksteigerung, Verminderung aller früher aufgezählten Größen bei Drucksenkung.

W. Erb¹²⁷⁾ jun.



hat in jüngerer Zeit die Änderung der Blutkonzentration durch Blutdrucksteigerung (Adrenalin) experimentell genauer studiert und kam zu folgenden Resultaten: „Bei Schwankungen des Blutdruckes ist eine Änderung der Blutkonzentration — eine Zunahme bei Steigerung, eine Abnahme bei Senkung des Druckes — im arteriellen und venösen System nachweisbar.

Bei der Drucksteigerung durch Suprarenin nimmt die Trockensubstanz des Blutes rapid zu, sinkt aber bei der darauffolgenden spontanen Druckerniedrigung nur sehr langsam ab.“

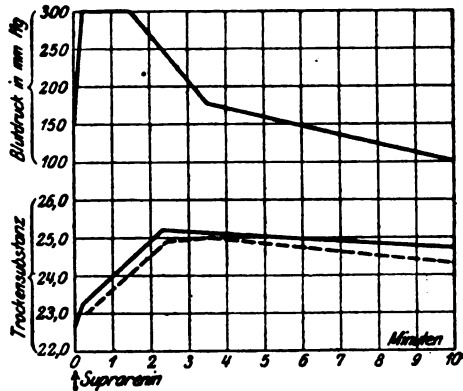
Im nachfolgenden gebe ich die Kurven Erbs wieder, die sich aus dem Studium der Blutdrucksteigerung durch Adrenalin und des Trockensubstanzgehaltes des Blutes ergibt.

Wir sehen, daß die Kurve Erbs mit unseren gut übereinstimmt. Obwohl wir nur den Serumeiweißgehalt berücksichtigen, der nur einen Teil des Trockenrückstandes ausmacht. Allerdings ist der Anteil des Serumeiweißes am Trockenrückstand wohl am größten, wenn wir bedenken, daß der Serumeiweißgehalt 7—9% beträgt, der Trockenrückstand des Gesamtblutes aber im ganzen zirka 20% ausmacht. Kurve 14.

Damit scheint die Abhängigkeit des Serumeiweißgehaltes vom Blutdruck

erwiesen und wir können den Serumeiweißgehalt des Blutes als eine Funktion (wenn auch nicht alleinige) des Blutdruckes bezeichnen.

War nun in der Epilepsie das Schwanken des Serumeiweißgehaltes aufgefallen, so erübrigte sich in Übereinstimmung mit dem oben Dar-

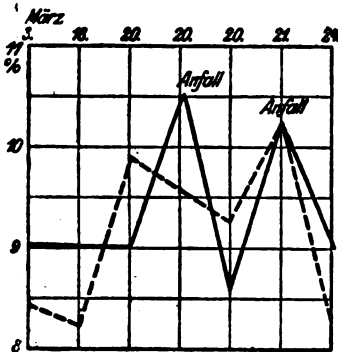


gelegten, diese Schwankungen mit der Blutdruckkurve bei Epilepsie zu vergleichen.

Was den Blutdruck bei Epilepsie betrifft, so liegt eine umfassende Arbeit Besta¹²⁶⁾ vor, in der der Blutdruck von Epileptikern fortlaufend untersucht wurde.

Besta fand zunächst, daß Epileptiker durchschnittlich einen höheren Blutdruck aufweisen als Gesunde.

Da eine Beziehung zwischen Blutdruck und Serumeiweißgehalt von uns schon festgestellt wurde, erscheint es nicht verwunderlich, daß der Serumeiweißgehalt bei Epileptikern übereinstimmend mit den von Besta gefundenen Blutdruckwerten meistens die normalen Werte überschreitet.



Kurve 15.

Das Wichtigste an den Ergebnissen Besta's ist das gefundene Verhalten der Blutdruckkurve, die bei Epileptikern durch längere und kürzere Zeiträume hindurch Schwankungen aufweist, welche sehr hohe Zahlen erreichen können (bis zu 50–60 mm Hg), so daß die komplizierte Blutdruckkurve, in der die physiologischen Schwankungen kaum zur Geltung kommen, sich sehr unregelmäßig zeigt. Der Blutdruck kann zum Beispiel entweder in der Nacht während des Schlafes höher sein, als bei Tag während des Wachens, kann 2–3 Tage beträchtliche Höhen erreichen, um dann wieder abzufallen.

Diese Schwankungen sind nach Besta von den Anfällen und jeder krankhaften Erscheinung unabhängig, welcher Anschauung ich, wie unten weiter ausgeführt werden soll, nicht beistimmen kann.

In der unten zusammengestellten Tabelle wurde der Blutdruck von Epileptikern und der gleichzeitig erhobene Serumeiweißgehalt einander gegenübergestellt und über den Anfall hinaus verglichen.

Es muß hier gleich festgestellt werden, daß es Schwierigkeiten bereitet, den Serumeiweißgehalt bei einer Patientin im Tage öfter als einmal zu bestimmen, weshalb auch die Blutdruckuntersuchung nur einmal im Tage ausgeführt wurde.

Der Blutdruck wurde allerdings immer unter den gleichen Bedingungen im liegenden Zustand des Patienten am Morgen bestimmt. Wenn uns durch das einmalige Messen im Tag auch Schwankungen des Blutdruckes entgangen sind, so genügte uns der Blutdruckwert zum Vergleich für die Verhältnisse an anderen Tagen und vor dem Anfall vollständig.

Tabelle I. (H.)

Datum	Blutdruck	Eiweiß %	Anmerkung
3. III.	100	8,39	
18. III.	100	8,28	
20. III.	130	9,88	1/2 Stunde nachher Anfall
20. III.	90	9,35	
21. III.	125	10,20	Anfall
24. III.	100	8,28	

Kurve 15.

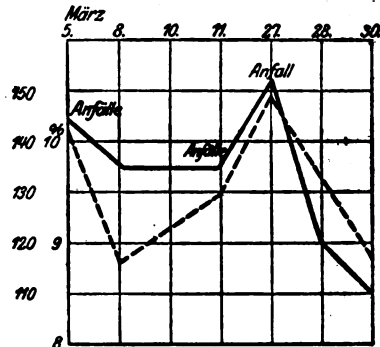
Tabelle II (F.).

Datum	Blutdruck	Eiweiß %	Anmerkung
5. III.	145	10,10	Anfälle
8. III.	135	8,83	
11. III.	135	9,46	Anfall
27. III.	152	10,41	Anfall
28. III.	120	9,56	

Kurve 16.

In den Tabellen I und II läßt sich verfolgen, wie mit dem Blutdruck auch der Eiweißgehalt ansteigt und mit diesem auch wieder absinkt.

Dieser Anstieg des Blutdruckes und des Serumeiweißgehaltes vor dem Anfall und der Abfall beider Kurven nach dem Anfall ist nicht nur für den epileptischen Anfall charakterisiert, sondern weist auf die Abhängigkeit des Serumeiweißgehaltes vom Blutdrucke hin.



Kurve 16.

6. Zusammenfassung.

(Zu A. Schwankungen des Serumeiweißgehaltes.)

Wenn wir nun zum Schlusse nochmals die Ergebnisse des Studiums des Serumeiweißgehaltes bei Epilepsie überblicken, so ist zusammenfassend dem Untersuchungsmaterial folgendes zu entnehmen:

I. Bei Epilepsie schwankt der Serumeiweißgehalt nicht nur in den normalen Grenzen bedeutend, sondern überschreitet meistens die obere Grenze des normalen Wertes. Diese Schwankungen des Serumeiweißgehaltes sind nicht durch physiologische Vorgänge erklärbar, sondern haben ihre Begründung im pathologischen Verhalten des Organismus.

II. Der Serumeiweißgehalt steigt bei Epilepsie vor dem Anfalle an und sinkt nach demselben wieder ab. Ist für den Anfall der Anstieg des Serumeiweißgehaltes charakteristisch, so ist doch nicht jeder Anstieg des Serumeiweißgehaltes von einem Anfalle begleitet.

III. Diese Schwankungen des Serumeiweißgehaltes sind hervorgerufen durch die Schwankungen des Blutdruckes bei Epilepsie.

IV. Die Höhe des Serumeiweißgehaltes und seine Schwankungen sind durch den Blutdruck und seine Schwankungen bedingt. Die Abhängigkeit des Serumeiweißgehaltes vom Blutdruck geht nicht nur aus dem Vergleich des Serumeiweißgehaltes mit dem Blutdruck am gesunden und kranken Organismus hervor (Schlaf, Melancholie), sondern ergibt sich auch aus der experimentellen (pharmakologischen) Beeinflussbarkeit des Serumeiweißgehaltes durch Blutdrucksteigerung.

V. Bei Epilepsie verläuft daher die Eiweißkurve des Serums und der Blutdruck parallel und jeder Anstieg des Blutdruckes ist von einem Anstieg des Serumeiweißgehaltes gefolgt.

B. Über das Verhalten der Blutgerinnung bei Epilepsie.

1. Allgemeines über Blutgerinnung.

Die Gerinnung ist ein fermentativer Vorgang, der sich nur in Anwesenheit bestimmter Körper vollzieht. Das die Gerinnung auslösende Ferment (Fibrin-ferment) ist nicht fertig gebildet im Plasma anwesend, sondern befindet sich in einer Vorstufe, welche als Trombogen bezeichnet wird.

Dieses Trombogen — ein Proferment — muß erst aktiviert werden, um seine Wirkung ausüben zu können. Die Aktivierung des Trombogens erfolgt durch die Trombokinase (Zytozym), die aus Leukozyten, Blutblättchen, Gewebs- und Endothelzellen entsteht.

Die Aktivierung des Trombogens durch Trombokinase geht nur bei Anwesenheit von Kalksalzen vor sich, so daß wir den Gerinnungsvorgang durch das folgende Schema ersichtlich machen können.



Während das Trombogen ein Ferment ist, ist die das Trombogen aktivierende Trombokinase ein Körper, der nach der Untersuchung von Zack¹²⁹⁾ Beziehungen zu den Lipoiden hat. J. Bordet und Delange¹³⁰⁾ gehen auf Grund ihrer Untersuchungsergebnisse noch weiter und bezeichnen die Trombokinase oder Zytzyme als Lipoide.

Wir sehen also bei der Gerinnung wie letzten Endes bei allen vitalen Vorgängen Beziehungen zum Lipoidgehalte bzw. zum Lipidstoffwechsel des Organismus.

Um die Blutgerinnung im allgemeinen und im besonderen zu beurteilen, ist es notwendig, die Blutgerinnungszeit zu bestimmen, das ist die Zeit, welche verstreicht, bis das aus dem Organismus entnommene Blut durch den oben geschilderten Vorgang zur Gerinnung kommt. Diese Gerinnungszeit ist nicht nur am gesunden, sondern auch am kranken Organismus Schwankungen unterworfen.

2. Blutgerinnung am gesunden und kranken Organismus.

Die ersten Untersuchungen über die Schwankungen der Blutgerinnungszeit unter physiologischen Verhältnissen stammen von C. H. Vierordt¹³¹⁾, der feststellen konnte, daß sich die Blutgerinnung beim gesunden Individuum wenn auch unwesentlich während des Tages ändert.

Bürker¹³²⁾ konnte diese Befunde mit der von ihm ausgebauten Methode bestätigen und sie insofern vervollständigen, als er nachweisen konnte, daß im Laufe eines Tages ziemlich regelmäßig verlaufende Schwankungen der Gerinnungszeit stattfinden, und zwar ist die Gerinnungszeit am Morgen am höchsten, nimmt dann allmählich ab bis 2 Uhr mittags (Hauptmahlzeit), um dann allmählich wieder anzusteigen. Von großem Einflusse auf die Gerinnung ist ferner die Temperatur. Mit steigender Körpertemperatur verringert sich die Blutgerinnungs-

zeit. Bürker konnte aber feststellen, daß die Schwankung in der Blutgerinnungszeit auch abgesehen von der Temperatur bestehen bleibt und bezeichnet diese Schwankung, die von der Temperatur unabhängig ist, als die physiologische.

Beim Vergleiche der Blutgerinnungszeit mit verschiedenen Individuen kam Bürker¹²³⁾ zum Schluß, daß die Blutgerinnungszeiten bei verschiedenen gesunden Individuen an verschiedenen Tagen, bei annähernd gleicher Temperatur und bei annähernd gleicher Tageszeit untersucht, nahezu gleich sind.

Die Blutgerinnungszeit wird nicht nur durch physiologische Vorgänge beeinflusst, sondern kann auch durch pharmakologische Einwirkungen verändert werden, was zunächst für therapeutische Zwecke von größter Wichtigkeit ist.

Es sei hier nur kurz darauf verwiesen, daß schon seit alters her Gelatine als blutgerinnungsförderndes Agens verwendet wurde. In neuerer Zeit gelang es Scherz und Wischo¹²⁴⁾, den blutgerinnungsfördernden Einfluß von Kalziumsalzen festzustellen und therapeutisch anzuwenden.

Die Blutgerinnung kann aber auch experimentell gehemmt werden.

Allgemein bekannt ist der gerinnungshemmende Einfluß von Peptoninjektionen (intravenös) auf Blut und Lymphe, eine Erscheinung, auf die wir später noch zurückkommen werden. Die Blutgerinnung wird aber auch durch pathologische Vorgänge beeinflusst. Bevor ich darauf eingehe, möchte ich nur kurz noch das Verhalten der Blutgerinnung in der Schwangerschaft erwähnen.

Ebeler¹²⁵⁾ fand, daß in der Schwangerschaft die Blutgerinnung in den ersten 6 Monaten normal bleibe. Vom 7. Monat an verkürzt sich die Gerinnungszeit bis zur Geburt und während der Geburt. Im Wochenbett tritt wieder eine Verzögerung der Blutgerinnung ein, die bis zum Ende der zweiten Woche anhält, um von da an wieder zur Norm zurückzukehren.

Bei pathologischen Vorgängen am menschlichen Organismus kommt es zu weitgehenden Veränderungen der Blutgerinnungsfähigkeit.

Vor allem sei hier das pathologische Verhalten der Blutgerinnung bei Erkrankung von Drüsen mit innerer Sekretion erwähnt.

Bauer¹²⁶⁾ fand bei Erkrankungen der Schilddrüse, wie Kretinismus und Basedow die Blutgerinnung verzögert, ohne daß ein Unterschied zwischen Hyper- und Hypothyreoidismus durch die Blutgerinnung feststellbar wäre.

Daß eine Abhängigkeit zwischen Blutgerinnung und Thyreotoxikosen besteht, ergab sich auch daraus, daß in Fällen, bei denen eine Verzögerung der Blutgerinnung konstatiert worden war, durch Strumektomie das pathologische Verhalten der Blutgerinnung sich besserte und sich der Norm wieder näherte.

Ebenso kann eine Beschleunigung der Gerinnung bei Erkrankung der Schilddrüse durch Verabreichung von Schilddrüsen tabletten erzielt werden.

Derselbe Autor stellte auch eine Verzögerung der Gerinnung beim Status hypoplasticus fest.

Aber auch bei Störungen anderer Organe mit innerer Sekretion kommt es zu Veränderungen der Gerinnungsfähigkeit des Blutes. So bezieht Kanders¹²⁷⁾ die Veränderung der Gerinnung bei Lebererkrankung auf den Ausfall dieses Organes und verweist auch auf den Tierversuch, aus dem sich ebenfalls ergibt, daß mit Störung der Leberfunktion die Blutgerinnung herabgesetzt wird. Dieser

Befund wird uns nicht überraschen, da es ja als sicherstehend gilt, daß in der Leber der Aufbau des Fibrinogens sich vollzieht.

Die Beschleunigung der Blutgerinnung bei katatonen Zuständen der *Dementia praecox*, welche A. Hauptmann¹³⁷⁾ fand, ist nach den derzeitigen Auffassungen über die *Dementia praecox*, die als eine Erkrankung mit Dysfunktion der Keimdrüsen bezeichnet werden kann, ebenfalls mit der Störung der inneren Sekretion in Beziehung zu bringen.

Kurz erwähnt sei ferner die Veränderung der Gerinnungsfähigkeit bei akuten und chronischen Infektionskrankheiten.

Addis¹³⁸⁾ beobachtete eine Beschleunigung der Blutgerinnung bei Typhus und eine Verlangsamung bei Pneumokokkeninfektion, allerdings nur dann, wenn die Mikroorganismen im Blut zirkulieren.

Magnus-Alsleben¹³⁹⁾ fand die Blutgerinnung bei Lungenschwindsucht, und zwar besonders bei Hämoptose der Phtisiker verzögert.

Zum Schlusse sei noch die Veränderung der Blutgerinnung bei Ekklampsie erwähnt, bei der die Blutgerinnung beschleunigt ist [Engelmann und Ebeler¹⁴⁰⁾].

Bei Epilepsie wurden zuerst von Besta¹⁴¹⁾ Untersuchungen über die Gerinnbarkeit des Blutes angestellt, die zu dem Resultate führten, daß das Koagulierungsvermögen bei Epilepsie in der Mehrzahl der Fälle ein niedriges ist und durch die Anfälle nicht beeinflußt werde. Die Veränderung der Gerinnungsfähigkeit führt der Autor auf Veränderungen im Stoffwechsel des Epileptikers zurück.

Perugia¹⁴²⁾ konnte diese Befunde mit einer anderen Methode bestätigen.

Aus diesen beiden Arbeiten geht somit hervor, daß bei Epilepsie das Gerinnungsvermögen im allgemeinen herabgesetzt ist.

A. Hauptmann¹³⁷⁾ fand ebenfalls eine Verzögerung der Blutgerinnung bei Epilepsie. Schneider¹⁹¹⁾ hingegen fand keine besondere Abweichung der Blutgerinnungszeiten. Fortlaufende Untersuchungen über die Gerinnungsfähigkeit des Blutes vor und nach dem Anfalle liegen meines Wissens nicht vor; und gerade solche Untersuchungen, welche einen Vergleich gestatten, sind für die Beurteilung der Gerinnungszeit des Blutes bei Epilepsie wichtig.

Die von mir bei Epilepsie erhobenen serologischen Befunde, aus denen sich, wie später noch ausführlicher gezeigt werden wird, Beziehungen von serologischen Befunden mit stoffwechselchemischen Vorgängen bei Epilepsie ergaben, veranlaßten mich, die bisherigen Ergebnisse über Blutgerinnung bei Epilepsie nachzuprüfen.

Diese Nachprüfung ergab sich aus der Notwendigkeit, die serologischen Veränderungen, die ja auch zu der Veränderung im Koagulationsvermögen führen, vor und nach dem Anfall genau zu studieren, da Besta in den Schlußfolgerungen seiner Arbeit aus dem Umstande, daß das Blutgerinnungsvermögen vor und nach dem Anfalle unverändert gefunden wurde, den Schluß zog, daß deren Blutkomponenten durch die Anfälle nicht verändert werden und daher auch die Krämpfe in keine Beziehung zu den Blutveränderungen gesetzt werden können.

Ist ein solcher Schluß im allgemeinen nicht zulässig, so muß außerdem noch bemerkt werden, daß die Stoffwechselversuche bei Epilepsie von Allers, Rohde, Krainsky u. a. die Veränderung der chemischen Befunde im Serum vor und

nach dem Anfall sicherstellten, auf Grund welcher Befunde eine Abhängigkeit der chemischen Blutbefunde zum Anfall deutlich hervorgeht.

Im übrigen widersprechen die Befunde Bestas denen Turners¹⁴³⁾, der eine Verkürzung der Koagulationszeit beobachtet haben will.

Soll nun die Frage über das Verhalten der Blutgerinnung annähernd genau gelöst werden, so ist es vor allem nötig, eine Methode anzuwenden, die über eine solche Genauigkeit verfügt, daß der wissenschaftliche Wert der Resultate ein Vergleichen zuläßt. Sind doch jedenfalls die widersprechenden Ergebnisse, die bisher vorliegen (Besta, Turner) auf die Unzulänglichkeit der von ihnen angewandten Methoden zurückzuführen.

3. Methode.

Eine solche Methode zur Bestimmung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes scheint die Methode von Bürker¹⁴⁴⁾ zu sein, die außer ihrer Einfachheit bei genauer Befolgung aller Vorschriften so geringe Fehler liefert, daß dieselben vernachlässigt werden können.

Im nachfolgenden sei sie kurz geschildert.

In ein rundes Messinggefäß, das durch eine ringsum befestigte Filzplatte vor nicht gewünchter Wärmeabgabe und -zufuhr geschützt ist, taucht ein Kupferkonus, der an einer Hartgummischeibe befestigt ist. Diese Hartgummischeibe verschließt das Messinggefäß nach oben. Der Kupferkonus ist vorspringend an der Hartgummischeibe angebracht, so daß er bei einer Füllung des Messinggefäßes mit Wasser in dieses eingetaucht ist, ohne daß jedoch das Wasser bis zur Hartgummischeibe, die das Gefäß abschließt, reicht. Der Kupferkonus hat auf seiner Fläche nach außen einen quadratischen Ausschnitt, in welchen ein Objektträger mit Hohlschliff hineinpaßt. Auf diesen Objektträger kommt nun das zu untersuchende Blut. Durch diese Konstruktion ist erreicht, daß der Objektträger durch den guten Wärmeleiter, das Kupfer, die Temperatur der Flüssigkeit annimmt, welche unterhalb im Messingtrog den Kupferkonus umgibt.

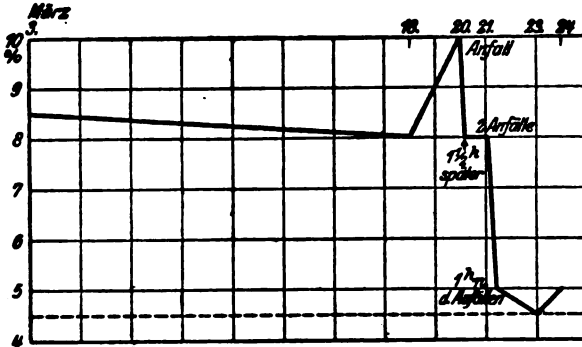
Auf diese Weise kann die Temperatur während des Versuchs durch Regulierung der Wassertemperatur willkürlich beeinflußt werden. Ein die Hartgummischeibe senkrecht durchbohrendes Thermometer gibt die Temperatur der Flüssigkeit im Messinggefäß an.

Bevor ein Versuch ausgeführt wird, muß nun das Wasser im Messinggefäß genau auf die Temperatur gebracht werden, bei welcher die Blutgerinnung ermittelt werden soll, gewöhnlich 25° C. Die Temperatur kann durch einen kleinen, regulierbaren Gasbrenner konstant erhalten werden.

Ist dieses vorbereitet, dann wird der quadratische Objektträger (mit dem Hohlschliff) sorgfältig mit Wasser, Äther-Alkohol gereinigt und auf den Ausschnitt des Kupferkonus gelegt. Auf den Hohlschliff kommt ein Tropfen destilliertes CO₂-freies Wasser, der für alle Versuche gleichgroß sein soll; man erreicht dies dadurch, daß man immer die gleiche Pipette nimmt. Das destillierte CO₂-freie Wasser habe ich luftdicht verschlossen aus der Spitalsapothek bezogen und mir dadurch die Apparatur Bürkers zwecks Freihaltung des Wassers von CO₂ erspart. Dann wird dieser Tropfen auf dem Objektträger mit einer kleinen Hartgummischeibe bedeckt und etwas gewartet, bis der Tropfen Wasser möglichst die Temperatur des im Messinggefäß befindlichen Wassers angenommen hat.

Jetzt kann der Versuch beginnen, zu welchem Zwecke mittels eines Schnepfers einen Fingerkuppe, die vorher mit Ätheralkohol aa gereinigt wurde, eingeritzt wird, und der dadurch austretende Blutropfen in den im Hohlschliff des Objektträgers befindlichen, vorgewärmten Wassertropfen einfallen gelassen wird. Sofort wird hierauf eine Stoppuhr in Gang gebracht.

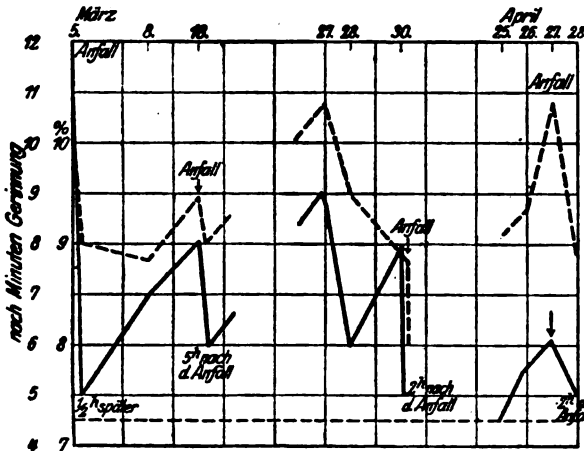
Um nun die Temperatur im Versuch auf gleicher Höhe zu erhalten, ist es notwendig, das Wasser im Messingtrog gleichmäßig zu durchmischen, was durch Drehen der Hartgummipatte, welche mit dem Kupferkonus dem Gefäße aufgesetzt ist und an der dem Wasser zugekehrten Seite Schaufeln besitzt, geschieht. Und zwar wird jede halbe Minute eine Drehung der Scheibe um 90° ausgeführt.



Kurve 17.

des Blut- und Wassertropfengemisches ein Halbkreis parallel mit dem Rande an der linken Seite gezogen. Nach einer weiteren halben Minute wird die Hartgummischeibe abermals um 90° gedreht und sofort nachher mit dem inzwischen wieder gut mit Ätheralkohol gereinigten Glasfaden in der Richtung eines Durchmessers, nach einer weiteren halben Minute und weiteren Drehung um 90° ein Halbkreis parallel zum rechten Rande gezogen. Dann kommt nach einer halben Minute wieder Drehung um 90°, gleich darauf wird ein Durchmesser gezogen, hierauf kommt nach Drehung um 90° ein Halbkreis links und so fort, bis

das erste Fibrinfädchen beobachtet werden kann; darauf wird die Stoppuhr arretiert und die Gerinnungszeit an derselben abgelesen.



Kurve 18.

Da die Gerinnung sehr abhängig ist von der Temperatur, so ist natürlich auf die Temperatur das größte Augenmerk zu lenken. Ich arbeitete immer mit der Temperatur von 25°, und die Zahlen in der Tabelle gelten nur für diese Temperatur.

Will man die Gerinnungszeit bei 25° C mit der Zeit bei anderen Temperaturen vergleichen, so muß man die Kurve, die Bürker für die Gerinnungszeiten bei verschiedenen Temperaturen ausgearbeitet hat, benutzen.

In der folgenden Untersuchungsreihe ist daher die Gerinnungszeit nur relativ einzuschätzen.

Was nun die Gerinnungszeit am Gesunden betrifft, so schwankt sie bei verschiedenen Individuen zwischen 4—5 Minuten bei 25° nach Bürker gemessen. Diese Befunde konnte ich im allgemeinen bestätigen.

4. Ergebnisse der Untersuchungen der Blutgerinnung bei Epilepsie.

Im nachfolgenden sind die Ergebnisse der Untersuchungen über Blutgerinnung bei Epilepsie nach der Bürkerschen Methode zusammengestellt. Die Untersuchungen sind so angestellt worden, daß sie immer zur gleichen Tageszeit (morgens 8—9 Uhr) vorgenommen wurden, um dadurch die Schwankungen, welche wir oben als physiologische bezeichnet haben, auszuschalten. Erfolgte an einem dieser Tage ein Anfall, so wurde auch nach diesen Anfällen untersucht.

Fall 5.¹⁾ (H. J.)

Datum der Untersuchung	Gerinnungszeit in Minuten bei 25° C	Decursus morbi
3. III.	8 $\frac{1}{2}$	
18. III.	8	
20. III.	10	4 Stunden nachher Anfall
20. III.	8	$\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Anfalle untersucht
21. III.	8	3 Stunden später 2 Anfälle
21. III.	5	1 Stunde nach den Anfällen
23. III.	4 $\frac{1}{2}$	
24. III.	5	

Kurve 17.

Überblicken wir die Zusammenstellung und die graphische Darstellung durch eine Kurve des Falles 1, so geht hervor, daß bei der Patientin vor dem Anfall immer eine Verzögerung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes bis zu pathologischen Werten zu beobachten ist.

Fall 7. (F.)

Datum der Untersuchung	Gerinnungszeit in Minuten	Decursus morbi	Eiweißgehalt in %
5. III.	12		10,10
5. III.		5 Stunden später Anfall	
5. III.	5	$\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Anfalle	9,03
8. III.	7		8,83
10. III.	8		9,46
11. III.		Anfall	
11. III.	6	5 Stunden nach dem Anfalle	9,00
27. III.	9		10,41
28. III.	6		9,56
30. III.	8		8,92
30. III.		2 Stunden später Anfall	
30. III.	5	$\frac{1}{2}$ Stunde nach dem Anfalle	8,00
25. IV.	4 $\frac{1}{2}$		9,14
26. IV.	5 $\frac{1}{2}$		9,35
27. IV.	6		9,90
28. IV.		Anfall	10,41
28. IV.	5	2 Stunden nach dem Anfalle	8,90

Kurve 18.

Der Fall 2 zeigt uns in der Zusammenstellung der Blutgerinnungszeiten vor und nach dem Anfalle dasselbe wie Fall 1. Vor dem Anfalle pathologische Werte, nach dem Anfalle geht die Verzögerung der Blutgerinnungszeit meist bis zu normalen Werten zurück. Vor dem Anfalle finden wir hier am 5. III. einen wohl abnorm hohen Wert der Blutgerinnungszeit: 12 Minuten.

Am 27. III. sehen wir einen Anstieg bis zu dem gewiß hohen Wert 9 Minuten, ohne daß ein Anfall folgte, oder auch nur ein klinisches Äquivalent beobachtet werden konnte.

¹⁾ Die Numerierung bezieht sich auf die Krankengeschichten auf Seite 18.

Vergleichen wir den Eiweißwert am selben Tage, so ist derselbe ebenfalls abnorm hoch, so daß aus diesem ein Anfall erwartet werden könnte. Gerinnungszeit sowohl als auch der Serumeiweißgehalt sind an diesem Tage wie vor einem Anfälle pathologisch verändert.

Es scheint hier also nur eine epileptische Stoffwechselstörung sich im serologischen Verhalten Luft zu machen (serologisches Äquivalent?).

Fall 6. (P. M.)

Datum der Untersuchung	Gerinnungszeit in Minuten	Decursus morbi
3. III.	11	8 Stunden später Anfall
4. III.	3	
5. III.	9	9 Stunden später Anfall
6. III.	4 $\frac{1}{2}$	10 Stunden nach dem Anfälle
8. III.	5	Im Anfall untersucht
8. III.	4	1 Stunde nach dem Anfälle

Kurve 19.

Auch Fall 3 lehrt dasselbe wie Fall 1 und 2, nämlich die *Verzögerung der Blutgerinnung vor dem Anfälle und die Abnahme der Verzögerung nach dem Anfälle.*

Einmal, am 8. III., gelang es mir im Anfälle eine Blutgerinnungsbestimmung zu machen und es zeigte sich, daß im Anfälle bereits normale Werte zurückkehren.

Fassen wir das Ergebnis dieser 3 Untersuchungsreihen zusammen, so läßt sich folgendes feststellen:

1. Die Blutgerinnung zeigt bei Epilepsie ein pathologisches Verhalten insofern, als im allgemeinen die Blutgerinnung häufig beträchtlich verzögert wird.
2. Vor Anfällen läßt sich regelmäßig eine Verzögerung der Blutgerinnung beobachten, die nach dem Anfälle sofort abnimmt und bis zur Norm zurückkehren kann. Der Unterschied in der Blutgerinnungszeit vor und nach dem Anfälle ist immer in die Augen springend, auch wenn nach dem Anfälle noch verhältnismäßig hohe Werte bestehen bleiben.
3. Bei der fortlaufenden Untersuchung der Gerinnungsfähigkeit des Blutes bei einem Fall von Epilepsie konnte einmal eine pathologische Verzögerung der Blutgerinnung konstatiert werden, ohne daß ein Anfall oder ein klinisches Äquivalent eines Anfalles zur Beobachtung gelangt.

Der Vergleich mit dem Serumeiweißgehalt in diesem Falle lehrt, daß auch der Eiweißgehalt so verändert ist, daß ein Anfall zu erwarten gewesen wäre. Es scheint in diesem Falle der pathologische Stoffwechselvorgang diese für den epileptischen Anfall sonst so charakteristischen Anzeichen hervorgerufen zu haben, ohne daß alle übrigen, uns noch unbekanntem Bedingungen für den Eintritt eines Anfalles oder eines klinischen Äquivalentes gegeben gewesen wären; eine Erscheinung, welche man vielleicht als serologisches Äquivalent des epileptischen Anfalles bezeichnen könnte.

5. Beziehung der Blutgerinnung zum Stoffwechsel.

Ergibt sich nun aus den vorliegenden Untersuchungen, daß die Blutgerinnung bei Epilepsie sich pathologisch verhält, so erübrigt es sich noch, für dieses pathologische Verhalten der Blutgerinnung eine Erklärung zu finden.

Da zur Blutgerinnung Komponenten im Serum notwendig sind, die zum Stoffwechsel in unmittelbarer Beziehung stehen, vom Organismus durch den Stoffwechsel produziert werden, kann auch aus der Störung der Blutgerinnung geschlossen werden, daß im Stoffwechsel des Epileptikers Störungen auftreten.

Der Stoffwechsel bei Epilepsie ist von verschiedenen Autoren studiert worden und es hat sich aus den Arbeiten aller dieser Autoren ergeben, daß der Stoffwechsel sowohl in seinen organischen, als auch in seinen anorganischen (mineralischen) Anteilen weitgehende Störungen aufweist.

Betrachten wir uns zunächst den Eiweißstoffwechsel bei Epilepsie, so finden wir nach Kauffmann¹⁴⁵), daß die Stickstoffbilanz — als der Ausdruck des Eiweißstoffwechsels bei Epilepsie — folgendes Bild liefert:

In der anfallsfreien Zeit, also im interparoxysmalen Intervall fällt auf, daß Kranke nicht in das Stickstoffgleichgewicht zu bringen sind, auch wenn die Stickstoffzufuhr durch Diät abnorm erhöht wird. Vor dem Anfälle wird regelmäßig eine Retention von Stickstoff beobachtet, ohne daß jedoch ein Aufbau von Körpereiweiß nachgewiesen werden könnte.

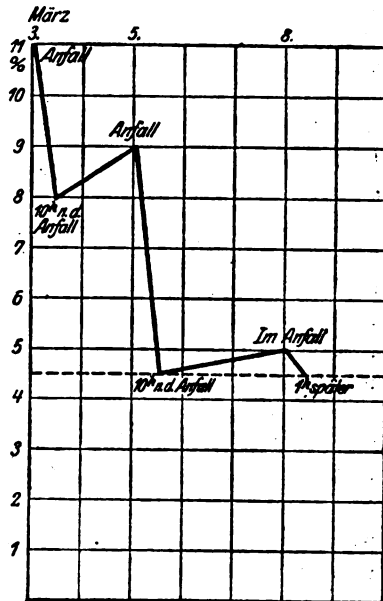
Entsprechend diesen Befunden Kauffmanns kann man im Harn vor dem Anfälle eine Verminderung des Harnstoffes [Masoin¹⁴⁶), Rivano¹⁴⁷), Roncoroni¹⁴⁸), Teeter¹⁴⁹), Vires¹⁵⁰)] und der Harnsäure [Krainsky¹⁵¹), Agostini¹⁵²), Alessi¹⁵³), Stadelmann¹⁵⁴)] feststellen.

Nach dem Anfälle ist der Harnstoff nach den früher genannten Autoren vermehrt, ebenso die Harnsäure, welche letzterer Befund auch von Haig¹⁵⁵), Klein¹⁵⁶), Tonnine¹⁵⁷), Masoin⁵¹) bestätigt wurde.

Da nun bei Epilepsie vor dem Anfälle Stickstoff retiniert, Eiweiß aber nicht aufgebaut wird, andererseits vor dem Anfälle die Endprodukte des Eiweißstoffwechsels Harnstoff und Harnsäure, vermindert ausgeschieden werden, kann angenommen werden, daß die Produkte des Eiweißstoffwechsels, welche zwischen dem hochmolekularen, vom Körper aufzubauenden Eiweiß und den Endprodukten liegen, welche den Organismus verlassen, die sogenannten Eiweißspaltprodukte retiniert werden. Diese Retention hört nach dem Anfälle sofort auf.

Es ist also anzunehmen, daß vor dem Anfälle Eiweißspaltprodukte in vermehrtem Maße im Blute der Epileptiker kreisen.

Aus der Pathologie ist nun bekannt, daß die Blutgerinnung experimentell durch intravenöse Einverleibung eines Gemisches von Eiweißspaltprodukten,



Kurve 19.

wie es das Pepton darstellt, nicht nur verzögert, sondern praktisch aufgehoben werden kann (Peptonvergiftung).

Haben wir nun früher feststellen können, daß bei Epilepsie vor dem Anfall die N-Retention auf der Anreicherung des Organismus mit Eiweißspaltprodukten beruht, so haben wir die Eigenschaft der Veränderung der Blutgerinnung beim Epileptiker vor dem Anfall schon dadurch allein erklärt.

Bestärkt werden wir in dieser Ansicht noch durch den Vergleich der Blutgerinnung beim anaphylaktischen Schock.

Biedl und Kraus¹¹⁵) konnten als erste beim anaphylaktischen Schock die Aufhebung der Blutgerinnung feststellen. Nun wissen wir aus den Untersuchungen H. Pfeiffers¹¹⁶), daß im anaphylaktischen Schock das Serum eine Anreicherung von Eiweißbausteinen aufweist, so daß die pathologische Blutgerinnung ohne weiteres auf diese Veränderung des Blutes bezogen werden kann.

Fassen wir also das oben Besprochene zusammen, so ergibt sich, daß die Verzögerung der Blutgerinnung vor dem epileptischen Anfall auf die Veränderung des Blutes durch Anreicherung mit Eiweißspaltprodukten zurückzuführen ist.

Nach dem Anfall geht die N-Retention zurück, woraus geschlossen werden kann, daß die Eiweißspaltprodukte aus der Blutbahn verschwinden und durch den Harn ausgeschieden werden. Der Harn erlangt ja dadurch die von Pfeiffer und Albrecht, Loewe u. a. beobachtete Toxizität. Es ist daher nichts anderes zu erwarten, als daß die Blutgerinnung durch Beseitigung der gerinnungshemmenden Eiweißspaltprodukte zur Norm zurückkehrt bzw. beschleunigt wird.

Wie weit bei der Gerinnungsfähigkeit des Blutes vor und nach dem epileptischen Anfall auch das Kalzium mitspielt, ist noch nicht spruchreif, da die Untersuchungen über den Mineralstoffwechsel bei Epilepsie eine Störung der Kalziumbilanz ergab, indem nach dem Anfall Kalzium vermehrt ausgeschieden wird [Fére¹⁵⁹), Lépine und Jacquin¹⁶⁰), Rivano¹⁴⁷), Voisin und Oliviero¹⁶⁰) u. a.].

Über den Kalziumgehalt des Blutes vor und nach dem Anfall ist jedoch noch nichts bekannt.

C. Über den Lipidgehalt, speziell den Cholesteringehalt im Serum bei Epilepsie und seine Bedeutung.

1. Allgemeines über Lipide.

Seit die biologischen Aufgaben der Lipide erforscht werden und die Bedeutung der Lipide für alle vitalen Vorgänge im Brennpunkte wissenschaftlicher Erkenntnis steht, war man bemüht, den Lipidstoffwechsel nicht nur unter physiologischen, sondern auch unter pathologischen Verhältnissen zu studieren.

Die Lipide stellen Körper dar, welche im Zellplasma und in der Zellmembran vorhanden sind, und die übrigen Substanzen der Zelle physikalisch-chemisch wie mit einer Membran abgrenzen; diese ist halbdurchlässig zu denken und durch sie wird die Nahrungsaufnahme der Zelle ermöglicht. Ihre Zerstörung hat den Tod der Zelle zur Folge und umgekehrt.

Aber nicht nur der Transport der Nahrung für die Zelle wird durch die Lipide vermittelt, sondern auch der Auf- und Abbau aller lebenswichtigen organischen

Elemente wird durch die Lipoide beeinflusst, insofern als durch sie alle fermentativen Vorgänge gehemmt oder gefördert werden.

Was die Natur der Lipoide betrifft, so seien dieselben zunächst chemisch umgrenzt durch die Definition Ivar Bangs¹⁶²).

Lipoide sind solche Verbindungen, welche in den organischen Solventien wie Äther, Alkohol, Chloroform und Benzol löslich sind.

Alles, was man durch solche Lösungsmittel aus Zellen, Organen oder Flüssigkeiten extrahieren kann, sind Lipoidstoffe, es sei denn, daß die Löslichkeit anderer Substanzen in diesen Solventien indirekt durch die Gegenwart gewisser chemischer Körper ermöglicht wird.

Es ist ganz klar, daß diese Definition nicht fordert, daß jeder Lipoidstoff in sämtlichen Lösungsmitteln löslich sein muß, und in der Tat kommen auch solche Lipoidkörper vor, welche in Benzol, nicht aber in Äther oder Alkohol löslich sind.

Werden die Lipoide auf Grund ihrer Löslichkeit durch die obige Definition umgrenzt, so ist natürlich über den chemischen Aufbau dieser Körper nichts gesagt, ja, es ist sogar zu erwarten, daß man unter Körpern mit den gleichen Löslichkeitsverhältnissen sehr verschiedene Verbindungen finden kann.

Es ist daher wohl klar, daß die Lipoide in ihrem chemischen Aufbau oft von Grund auf verschieden sind und ihrer Konstitution nach ganz verschiedenen Gruppen angehören. Über viele, vielleicht die meisten Lipoide fehlen uns noch die Kenntnisse über ihren chemischen Aufbau, da die Trennung der einzelnen Lipoidkörper voneinander durch die gleichen Löslichkeitsverhältnisse unmöglich ist und auch durch die Unbeständigkeit vieler Lipoidkörper die Analyse erschwert wird.

Die bisher bekannten Lipoide wurden durch Thudichum in 3 Gruppen geteilt, welche gegeneinander scharf charakterisiert sind:

- I. Die phosphor- und stickstoffhaltigen Verbindungen — Phosphatide.
- II. Phosphorfreie — stickstoffhaltige Substanzen — Cerebroside.
- III. Phosphorfreie und stickstofffreie Verbindungen wie Cholesterine, Neutralfett, Fettsäuren u. a.

Von den Lipoiden aus der ersten Gruppe ist das Lezithin durch seine biologische Stellung das wichtigste.

Es soll, wie später noch angeführt werden wird, in einem gewissen Antagonismus zum Cholesterin stehen, indem es auf fermentative Vorgänge einen fördernden Einfluß nimmt, während Cholesterin eine Hemmung ausübt.

Leider ist auch die chemische Konstitution des Lezithins noch nicht ganz sicher — man nimmt an, daß es ein glyzerin-phosphorsaures Cholin ist —, da es ein äußerst zersetzlicher Körper ist. Ivar Bang bezweifelt überhaupt, daß die Reindarstellung des Lezithins gelungen ist. So sind auch quantitative Untersuchungen über den Lezithingehalt von Organen, Blut u. a. bisher problematisch geblieben. Wir wissen daher über den Lezithinstoffwechsel im Organismus, sowie über die Störungen desselben nichts Sicheres.

Besser studiert ist die dritte Gruppe der Lipoide, welche die Fettsäuren, das Neutralfett und das Cholesterin umfaßt.

Die Fettsäuren kommen teils als Seifen, teils als Verbindungen mit Alkoholen (Glyzerin, Cholesterin) vor.

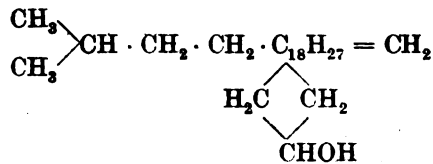
2. Cholesterin, chemische Konstitution und Allgemeines.

Von größter Wichtigkeit und besonderem Interesse von den Lipoidkörpern der dritten Gruppe ist das Cholesterin, das im Organismus überall anzutreffen ist und durch die Verbindung mit Fettsäuren als Cholesterinfettsäureester für den Fettstoffwechsel Bedeutung hat.

In den letzten Jahren konnte aber auch, wie später noch ausführlich berichtet werden wird, der Einfluß des Cholesterins auf fermentative Vorgänge festgestellt werden, so daß die biologische Bedeutung des Cholesterins für alle Lebensvorgänge der Zelle ins Auge fällt.

Das Cholesterin ist eine stickstoff- und phosphorfremde organische Verbindung mit einem hydrierten Kohlenstoffring als Kern.

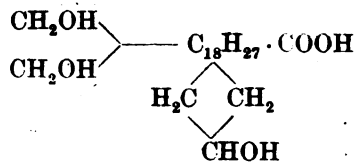
Während seine Bruttoformel mit $C^{27}H^{46}OH$ angenommen wird, hat Win-
daus für die Formel folgende Konstitution:



als wahrscheinlich bezeichnet.

Diese Formel weist also eine Doppelbindung — eine sekundäre Alkoholgruppe — auf, durch welche die Bildung des Säureesters zustande kommt. Die 17 Kohlenstoffatome des Zentrums bilden wahrscheinlich ein kompliziertes System von Ringen für sich, von denen angenommen wird, daß die Ringe und deren Verbindung Ähnlichkeit mit den im Pflanzenreich so häufig vorkommenden Terpenen haben.

Eine Beziehung mit einer uns bisher bekannten Verbindung im Tierkörper und dem Cholesterin besteht scheinbar nicht, mit Ausnahme der Cholsäure, die in ihrer Gruppierung Ähnlichkeit aufweist. Man nimmt für die Cholsäure die Konstitutionsformel:



an.

Goodman¹⁶⁸⁾ fand auch, daß an und nach Cholsäurefütterung der Cholesteringehalt der Galle ansteigt.

Das Cholesterin kristallisiert in Nadeln, die in Alkohol, Äther, Benzol und Chloroform löslich sind, unlöslich jedoch im Wasser. Es ist optisch aktiv und hat einen Schmelzpunkt von 147° C.

Cholesterinester ist in allen Zellen vorhanden und zwar besonders im Zentralnervensystem, in der Galle und im Blut. Während im Blut die roten Blutkörperchen freies Cholesterin enthalten, findet man im Serum Cholesterinfettsäureester. Außerdem findet man Cholesterin in Gallensteinen, in allen

Exsudaten, Blutergüssen und Eiterherden, in atheromatösen Aorten und allen Infarkten.

Adami und Aschoff¹⁶⁴⁾ sowie Panzer¹⁶⁵⁾ konnten in verfetteten Organen eine doppeltbrechende Substanz nachweisen, die sie als Cholesterinester erkannten.

Windaus¹⁶⁶⁾ fand auch in pathologischen Nieren einen doppeltbrechenden Körper und die weitere chemische Untersuchung ergab, daß es sich um Cholesterin, gebunden an Palmitinsäure, handelte.

Kawamura¹⁶⁷⁾ hat auf dieser Basis weitergeforscht und mittels Färbemethoden und Polarisationsmikroskop Cholesterinester in verfetteten Organen nachgewiesen und auf diese Befunde sich stützend, den neuen Begriff der Cholesterinverfettung in die Pathologie eingeführt.

Ob der menschliche Organismus imstande ist, sich aus cholesterinfreier Nahrung Cholesterin aufzubauen, ist noch sehr fraglich.

Per os verabreichtes Cholesterin scheint beim Menschen vom Darm aus nicht resorbiert werden zu können, zum Unterschied von den Herbivoren wie z. B. den Kaninchen, bei denen eine Resorption vom Darmtrakt sichergestellt ist.

Da bei Epilepsie und epileptischen Anfällen das Zentralnervensystem in schwerste Mitleidenschaft gezogen ist, das Zentralnervensystem aber eine Hauptdepotstelle für Lipide, insbesondere aber für Cholesterin darstellt, verdient der Cholesterinstoffwechsel bei Epilepsie das größte Interesse.

Wie oben schon angedeutet wurde, nimmt das Cholesterin durch sein biologisches Verhalten auch einen Einfluß auf die Fermente und da bei Epilepsie im Blute Fermente spezifischen Charakters nachgewiesen wurden, ergab sich die Frage, ob mit dem Auftreten von Fermenten im Blute der Epileptiker nicht auch Veränderungen im Cholesteringehalt einhergehen. Deshalb unternahm ich es, den Cholesteringehalt des Blutes bei Epilepsie zu studieren, um dadurch die bisherigen serologischen Befunde zu ergänzen.

Die Zahl der bisher über den Cholesteringehalt bei Epilepsie vorliegenden Arbeiten ist sehr dürftig und leiden vor allem an dem Mangel einer exakten und gleichzeitig leicht ausführbaren Methode.

Flint¹⁶⁸⁾ fand im allgemeinen den Cholesteringehalt des Blutes bei Epilepsie vermehrt, was Pighini¹⁶⁹⁾ durch quantitative Bestimmungen an Seren von Epileptikern, in vielen Fällen von Epilepsie bestätigen konnte, ohne daß jedoch eine Beziehung zu den epileptischen Anfällen gefunden werden konnte. Es ist also die wichtige Frage offen geblieben:

Ist der Cholesteringehalt des Epileptikers immer konstant oder zeigt er Schwankungen und sind diese Schwankungen in eine Beziehung zu den Anfällen zu bringen?

8. Methode der Cholesterinbestimmung.

Um diese Frage zu lösen, galt es, sich einer Methode zu bedienen, welche eine genaue quantitative Bestimmung des Cholesterins ermöglicht und, da die Bestimmung fortlaufend, an einem Tage mehrmals auszuführen ist, wenig Blutmengen erfordert.

Von den exakten Cholesterinbestimmungsmethoden haben heute zwei sich einen Vorrang errungen: die Digitoninmethode von Windaus¹⁶⁶⁾ und die kolorimetrische von Autenrieth und Funk¹⁷⁰⁾.

Das Prinzip der Digitoninmethode nach Windaus beruht darauf, daß freies Cholesterin eine schwerlösliche Verbindung mit alkalischem Digitonin eingeht und das Digitonincholesterin bildet, während es mit Cholesterinester keine Reaktion gibt. Diese Methode dient daher auch zur Trennung des freien Cholesterins von Cholesterinestern.

Da jedoch diese Methode verhältnismäßig größere Blutmengen, 50 ccm erfordert, zeitraubend ist und außerdem nur in der Hand des chemisch geschulten und erfahrenen Untersuchers verlässliche Resultate liefert, eignet sie sich für fortlaufende Untersuchungen im klinischen Betriebe nicht besonders.

Viel einfacher und für das klinische Laboratorium geeigneter ist die von Autenrieth und Funk¹⁷⁰⁾ angegebene kolorimetrische Methode. Sie beruht auf der Liebermann-Burchardschen Farbenreaktion des Cholesterins und kolorimetrischen quantitativen Auswertung mittels einer Vergleichsfarbenlösung. Da ich mich bei der Untersuchung dieser Methode bediente, sei sie im nachfolgenden kurz geschildert:

Man entnimmt 5—10 ccm Blut durch Punktion der Vene, läßt das Blut gerinnen, zentrifugiert es dann, pipettiert 2 ccm mittels einer genau ausgewogenen Pipette ab und gibt sie in ein Erlenmeyerkölbchen von 30—50 ccm Inhalt. Hierauf setzt man 20 ccm einer 25%igen Natronlauge hinzu und erwärmt diese Lösung 2 Stunden auf dem Wasserbad.

Durch das Erhitzen erreicht man ein vollständiges Verseifen des im Serum meist an Fettsäure gebundenen Cholesterins. Dieses nun freie Cholesterin muß mit Äther oder Chloroform aus dem Serum ausgeschüttelt werden. Man schüttelt mit Äther (Äthermethode) aus, indem man das Serum-Natronlaugegemisch in einen kleinen Schütteltrichter (Inhalt 100 bis 150 ccm) bringt, 50 ccm Äther hinzufügt und 5 Minuten ausgiebig schüttelt. Das Cholesterin geht dadurch in den Äther über. Nach dem Schütteln läßt man die Flüssigkeit etwas stehen, wodurch sich der Äther vom Serum scheidet. Die beiden Flüssigkeiten trennt man nun durch den Schütteltrichter, den Äther läßt man in einen Kolben ab und das Serum wird abermals mit der gleichen Menge Äther ausgeschüttelt. Diese Prozedur wird fünfmal wiederholt und der Äther der 5 Fraktionen vereinigt. Hierauf destilliert man den Äther, der das ganze Cholesterin des Serums aufgenommen hat, ab, löst den Rückstand in Chloroform und füllt mit Chloroform im Meßkolben auf 100 ccm auf. Diese 100 ccm Chloroform enthalten also das gesamte Cholesterin der 2 ccm Serum. Jetzt nimmt man 5 ccm dieser Chloroform-Cholesterinlösung, gibt sie in ein 10-cm-Kölbchen, fügt zuerst 2 ccm Essigsäureanhydrid und dann 0,1 ccm konzentrierte Schwefelsäure hinzu, schüttelt, gibt das Kölbchen in ein Becherglas mit Wasser von einer Temperatur von 37° und stellt es dann auf 10—15 Minuten in einen dunklen Raum (Arbeitsschrank), um es vor Lichteinwirkung zu schützen. Nach diesen 10—15 Minuten hat sich die Farbreaktion vollzogen, jetzt kann die Flüssigkeit in das kleine Glas des Kolorimeters eingefüllt werden und durch Vergleich mit der testierten Farblösung das Cholesterin quantitativ bestimmt werden.

Einfacher, aber nicht ganz so genau, ist die Methode, mit Chloroform auszuschütteln (Chloroformmethode). Ich mußte mich dieser wegen Äthermangels bedienen. Das Serum, welches mit Natronlauge auf dem Wasserbad 2 Stunden erhitzt worden war, wird mit 20 ccm Chloroform im Schütteltrichter ausgeschüttelt, das Chloroform durch den Schütteltrichter vom Serum getrennt und in einen Kolben eingefüllt.

Diese Prozedur wird mit je 20 ccm Chloroform vier- bis fünfmal wiederholt und das Chloroform, das jetzt das gesamte Cholesterin des Serum-Natronlaugegemisches enthält, in einem Kolben gesammelt. Jetzt setzt man diesem Chloroform 1—2 g Natrium sulfurie sicc zu, worauf sich das trübe Chloroform (Wasseremulsion) sofort klärt, und filtriert die Lösung in einen 100-cm-Kolben. Der Filter wird mit reinem Chloroform nachgewaschen und der Kolben

auf 100 ccm aufgeführt. Davon nimmt man 5 ccm und stellt die Reaktion mit Essigsäureanhydrit und konzentrierter Schwefelsäure wie früher an.

Wacker und Hueck¹⁷¹⁾ haben diese kolorimetrische Methode nach Autenrieth und Funk genau geprüft, mit der Digitoninmethode nach Windaus verglichen und konnten dabei die Genauigkeit der kolorimetrischen Methode feststellen.

4. Ergebnisse der Cholesterinuntersuchungen und ihre Beziehungen zur Pathologie im allgemeinen.

Ich habe mit dieser Methode ein großes Material untersucht (ca. 100 Fälle), habe an einem Serum wiederholt zwei Versuche angestellt und finden können, daß die Methode nicht nur verhältnismäßig einfach sondern auch in ihren Resultaten genau ist.

Die Untersuchungen habe ich meistens mit Serum ausgeführt, da mir ja vor allem der Cholesteringehalt des Serums (Cholesterinfettsäureester) zum Vergleich geeignet erschien, während ich den Cholesteringehalt der Blutkörperchen (freies Cholesterin) unberücksichtigt ließ.

Der gesunde Organismus zeigt, unter denselben Verhältnissen untersucht, einen ziemlich konstanten Cholesteringehalt im Serum und schwankt nach Autenrieth und Funk zwischen 0,14—0,16%, Werte, die ich im allgemeinen als etwas zu hoch fand.

Nach meinen Untersuchungen schwankte der Cholesteringehalt des Serums zwischen 0,13—0,15%. Vielleicht ist diese Differenz auf den durch die Kriegsverhältnisse geänderten Ernährungszustand zurückzuführen; die Untersuchungen Autenrieths stammen aus dem Jahre 1913.

Wichtig ist, daß das Blut womöglich vom nüchternen Patienten (morgens) entnommen wird, da die Verdauung (Lipämie) zu hohe Werte ergeben kann.

Bei den fortlaufenden Untersuchungen bei Epilepsie habe ich mich immer daran gehalten und nur dann, wenn es galt, den Cholesteringehalt nach dem Anfall zu untersuchen, um ihn mit dem Werte vor dem Anfall zu vergleichen, mußte ich davon abgehen. Die Cholesterinwerte nach dem Anfall sind in diesen Fällen daher noch niedriger einzuschätzen.

Während der Cholesteringehalt des Serums unter physiologischen Verhältnissen nur innerhalb sehr enger Grenzen schwankt, kommt es bei geänderten physiologischen Verhältnissen (Schwangerschaft) sowie bei Erkrankungen des Organismus zu recht bedeutenden Schwankungen.

In der *Schwangerschaft* nimmt der Cholesteringehalt des Blutserums nach M. Hufmann¹⁷²⁾ allmählich zu, um im letzten Monat sein Maximum zu erreichen. Post partum sinkt er innerhalb 8—10 Tagen bis zur Norm ab.

Bei pathologischen Vorgängen im Organismus ist der Cholesteringehalt im Blutserum (Cholesterinspiegel des Blutes) in verschiedener Weise verändert.

Während im *Fiebrzustand* unabhängig von der zugrundeliegenden Krankheit der Cholesterinspiegel des Blutes meist ein Absinken zeigt [Stepp¹⁷³⁾], kommt es bei *Nierenerkrankungen* meist zu einer Vermehrung. Stepp, der sich eingehender mit dem Cholesteringehalt des Blutserums bei Nephritiden beschäftigte, kommt zu folgenden Ergebnissen:

Bei akuter Nephritis ist der Cholesteringehalt des Blutserums meist erhöht, bei chronisch diffuser Glomerulonephritis in der Hälfte der Fälle.

Ganz außergewöhnlich hohe Werte sind bei Nephrose zu finden. Bei Erkrankungen der Leber und der Gallenwege wie Ikterus, Cholämie, ist der Cholesteringehalt des Serums ebenfalls häufig erhöht, was sich ja aus dem Übertreten von Galle, die ja sehr reich an Cholesterin ist, in die Blutbahn erklären läßt [Port¹⁷⁴), Stepp¹⁷³)].

Die Untersuchungen Weltmanns¹⁷⁵) bei *Diabetes mellitus* ergaben eine regelmäßige Erhöhung des Cholesterinspiegels, welche Befunde von Stepp, Bacmeister und Havers¹⁷⁶) bestätigt wurden. Bacmeister und Havers fanden bei *Arteriosklerose* im beginnenden Stadium eine Erhöhung des Cholesteringehaltes während Stepp bei stark entwickelter Arteriosklerose keine Erhöhung mehr feststellen konnte.

Minie Hufmann¹⁷²) fand den Cholesterinspiegel im Blut von *Eklamp-tischen* mitunter sehr erhöht was in Anbetracht der Nierenschädigung bei Eklampsie nach dem früher Erwähnten nicht verwunderlich ist.

Endlich sei noch der Cholesteringehalt des Blutes bei *Tumoren* erwähnt, bei denen Weltmann¹⁷³) eine Erniedrigung des Cholesteringehaltes beobachten konnte.

5. Eigene Untersuchungsergebnisse.

Wie schon früher erwähnt, war bei Epilepsie im allgemeinen eine Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blute gefunden worden, ohne daß jedoch auf eine Beziehung zu den Anfällen Rücksicht genommen war.

Ich untersuchte nun fortlaufend den Cholesteringehalt des Blutserums und bemühte mich besonders die Verhältnisse vor und nach dem Anfall zu berücksichtigen.

In nachfolgender Tabelle sind die Werte des Cholesteringehaltes einer Epileptikerin übersichtlich zusammengestellt.

Tabelle I. (H. J.) (Fall 5.)

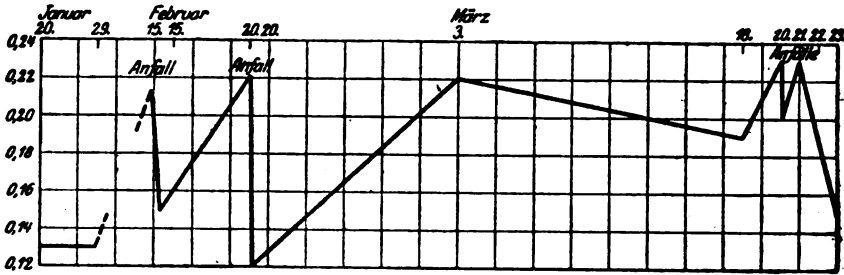
Datum	Cholesteringehalt des Serums in %	Decursus morbi
26. I.	0,13	
29. I.	0,13	
15. II.	0,21	8 ^h a. m. Blutentnahme, 11 ^h a. m. Anfall
15. II.	0,15	1 Stunde nach dem Anfall
20. II.	0,22	8 ^h a. m. Blutentnahme, 10 ^h a. m. 4 kurze Anfälle
20. II.	0,12	2 Stunden nach den Anfällen
3. III.	0,23	
18. III.	0,19	
20. III.	0,23	Blutentnahme im Anfall
20. III.	0,20	Blutentnahme 6 Stunden später
21. III.	0,23	8 ^h a. m. Blutentnahme, 3 ^h p. m. Anfall
22. III.	0,19	
23. III.	0,15	

Kurve 20.

Die Zusammenstellung dieser Tabelle und Kurve 1 ergibt, daß der Cholesteringehalt des Serums vor dem Anfall und im Anfall pathologisch hohe Werte ausweist, um nach dem Anfall wieder abzusinken.

Am 20. III. konnte der Cholesteringehalt im Anfall selbst bestimmt werden. Die Blutuntersuchung 6 Stunden später ergab einen allerdings nur wenig niedrigeren Cholesteringehalt.

Am nächsten Tage sank der Cholesteringehalt nicht nur nicht weiter ab, sondern stieg wieder zu den Werten des vorhergehenden Tages an. Pünktlich stellte sich wieder



Kurve 20.

7 Stunden später ein Anfall ein. In den nächsten anfallsfreien Tagen erst sank der Cholesteringehalt allmählich zu normalen Werten ab.

Die zweite Tabelle betraf ebenfalls eine genuine Epileptikerin, die in Zeiträumen von 3—4 Tagen Anfälle bekam. Nachstehend Tabelle und Kurve.

Tabelle II. (P. M.) (Fall 6.)

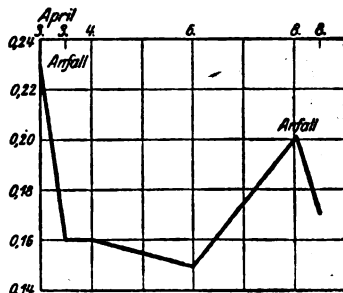
Datum	Cholesteringehalt des Serums in %	Decursus morbi
3. IV.	0,23	8 ^h a. m. Blutentnahme, 6 ^h p. m. Anfall
3. IV.	0,16	1 Stunde nach dem Anfall
4. IV.	0,16	
6. IV.	0,15	Untersuchung nach dem Anfall
8. IV.	0,20	8 ^h a. m. Blutentnahme, 11 ^h a. m. Anfall
8. IV.	0,17	3 Stunden nach dem Anfall

Kurve 21.

Durch die Zusammenstellung des Cholesteringehaltes im Serum bei Fall 2 ergeben sich dieselben Verhältnisse wie bei Fall 1: Anstieg bzw. Erhöhung des Cholesteringehaltes vor dem Anfall, Abfall und niedrige (normale) Werte nach dem Anfall.

Am 6. IV. konnte der Cholesteringehalt nur nach dem Anfall erhoben werden und er zeigte da einen normalen Wert. Im Vergleich zu den studierten Verhältnissen kann angenommen werden, daß er vor dem Anfall höher war.

Ein dritter Fall von genuiner Epilepsie ergab nachfolgende Cholesteringehalte:



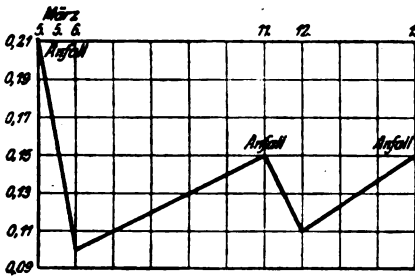
Kurve 21.

4*

Tabelle III. (Ph.) (Fall 4.)

Datum	Cholesteringehalt des Serums in %	Decursus morbi
5. III.	0,21	8 ^h a. m. Blutentnahme, 11 ^h a. m. Anfall
5. III.	0,15	1 Stunde nach dem Anfalle
6. III.	0,10	
11. III.	0,15	Blutentnahme 5 Stunden nach dem Anfalle
12. III.	0,11	
15. III.	0,15	Blutentnahme nach einer Anfallsreihe

Kurve 22.



Kurve 22.

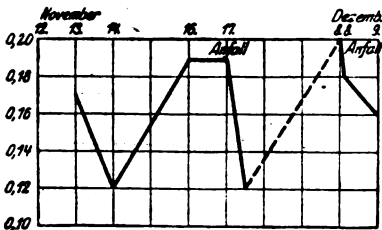
Auch der Fall 3 zeigt im großen und ganzen die ähnlichen Verhältnisse wie Fall 1 und 2. Wir finden am 5. III. einen pathologisch hohen Cholesteringehalt, der nach dem Anfalle gleich zur Norm absinkt und am nächsten Tage einen subnormalen Wert zeigt. Am 11. III. und 15. III. konnte die Blutentnahme nur nach dem Anfalle gemacht werden. Der Cholesteringehalt zeigt nach dem Anfalle an diesen Tagen dasselbe Bild wie früher, nämlich normale Werte.

Auch der Fall 3 zeigt im großen und ganzen die ähnlichen Verhältnisse wie Fall 1 und 2. Wir finden am 5. III. einen pathologisch hohen Cholesteringehalt, der nach dem Anfalle gleich zur Norm absinkt und am nächsten Tage einen subnormalen Wert zeigt. Am 11. III. und 15. III. konnte die Blutentnahme nur nach dem Anfalle gemacht werden. Der Cholesteringehalt zeigt nach dem Anfalle an diesen Tagen dasselbe Bild wie früher, nämlich normale Werte.

Tabelle IV. (F. A.) (Fall 7.)

Datum	Cholesteringehalt des Serums in %	Decursus morbi
12. XI.	nicht bestimmt	Anfall
13. XI.	0,17	
14. XI.	0,12	
16. XI.	0,19	
17. XI.		Anfall
17. XI.	0,10	5 Stunden nach dem Anfalle
8. XII.	0,20	8 ^h a. m. Blutentnahme, 11 ^h a. m. Anfall
8. XII.	0,18	1 Stunde nach dem Anfalle
9. XII.	0,16	
11. I.	0,15	

Kurve 23.



Kurve 23.

Fall 4 konnte nur einmal unmittelbar vor dem Anfalle untersucht werden und da konnte dasselbe Verhalten des Cholesteringehaltes festgestellt werden wie in den früher untersuchten Fällen. Auffallend ist hier nur das allmähliche Absinken des Cholesteringehaltes nach dem Anfalle am 8. XII., während 3 Wochen früher, am 17. XI., sowie in früheren Fällen der Cholesteringehalt rapid absinkt.

Fall 4 konnte nur einmal unmittelbar vor dem Anfalle untersucht werden und da konnte dasselbe Verhalten des Cholesteringehaltes festgestellt werden wie in den früher untersuchten Fällen. Auffallend ist hier nur das allmähliche Absinken des Cholesteringehaltes nach dem Anfalle am 8. XII., während 3 Wochen früher, am 17. XI., sowie in früheren Fällen der Cholesteringehalt rapid absinkt.

Vorläufige Zusammenfassung:

Überblicken wir das untersuchte Material, so läßt sich der Untersuchung des Cholesteringehaltes des Serums bei Epilepsie folgendes entnehmen:

1. *Der Cholesteringehalt des Serums von Epileptikern ist im allgemeinen kein konstanter, sondern schwankt zwischen beträchtlichen Werten und zwar wird die Grenze der normalen Werte häufig bedeutend nach oben überschritten.*
2. *Bei fortlaufender Untersuchung zeigt es sich, daß diese Schwankungen des Cholesteringehaltes einen regelmäßigen Typus aufweisen. Der Cholesteringehalt steigt nämlich vor dem Anfalle konstant an, scheint im Anfalle sein Maximum zu erreichen, um dann wieder abzusinken und zur Norm zurückzukehren.*
3. *Kommt es zu Anfällen hintereinander, so fällt der Cholesteringehalt nach dem ersten Anfalle nur wenig ab und bewegt sich in einem Plateau fort bis zum letzten Anfalle, dann erst fällt er zur Norm ab.*
4. *In einem Falle konnte eine vorübergehende Erhöhung des Cholesteringehaltes beobachtet werden, Fall 1 (3. III.), ohne daß es zu einem Anfall gekommen wäre. Dieses Ansteigen des Cholesterins, das sonst meistens mit dem Anfalle parallel zu gehen pflegt, stellt ein Analogon zu den Veränderungen des Eiweißgehaltes und der Gerinnungsfähigkeit des Blutes dar, bei denen der Anstieg bzw. die Gerinnungsverzögerung des Blutes einen Anfall erwarten ließen, derselbe jedoch ausblieb.*

Haben wir für ein ähnliches Verhalten des Serumeiweißgehaltes und der Gerinnungsfähigkeit den Ausdruck serologisches Äquivalent gebraucht, so steht nichts im Wege, für dieses Verhalten des Cholesterins, das sonst regelmäßig eine Teilerscheinung im humoralpathologischen Verhalten des Blutes vor und während des Anfalles ist, den Ausdruck „serologisches Äquivalent“ zu gebrauchen.

6. Ursachen der Cholesterinschwankungen bei Epilepsie.

In Beantwortung der Fragestellung Seite 47 kann nun gesagt werden:

Durch diese Ergebnisse ist bei Epilepsie ein Schwanken des Cholesteringehaltes erwiesen. Dieses Ansteigen des Cholesteringehaltes im Serum im Anfalle und das Absinken nach dem Anfalle kann wohl mit Recht als eine Störung des Cholesteringleichgewichtes bei Epilepsie bezeichnet werden.

Da nun das Zentralnervensystem besonders reich an Lipoiden insbesondere an Cholesterin ist, ergibt sich die Frage:

Ist dieses Schwanken des Cholesteringehaltes im Blutserum auf pathologische Vorgänge in den Nervenzellen zurückzuführen und kann die Anreicherung des Serums mit Cholesterin auf die Verarmung an Cholesterin zurückgeführt werden?

Aus den physikalisch-chemischen Eigenschaften der Lipide in ihren Zellstrukturen geht hervor, daß nur jene Körper in die Zelle wandern können, die lipidlöslich sind oder eine lipidlösliche Verbindung eingehen können. Auf diese Art und Weise werden lipidlösliche Körper in die Zelle eindringen können und

wenn sie giftige Wirkung besitzen (Alkohol, Äther, Chloroform), das Leben und die Funktionen der Zelle beeinträchtigen (Narkose). Auf dieser Erfahrung beruht die Narkosetheorie von Overton und H. H. Meyer, die in folgenden Sätzen kurz zusammengefaßt werden kann:

1. Alle indifferenten Stoffe, welche für Lipide löslich sind, müssen auf lebendiges Protoplasma, sofern sie sich darin verbreiten können, narkotisch wirken.
2. Die narkotische Wirkung muß an den lipoidreichsten Zellen am ersten und stärksten hervortreten, in erster Linie also an den Nervenzellen.
3. Die Wirkungsstärke eines Narkotikums muß von seiner mechanischen Affinität zum Wasser abhängen, oder von dem Teilungskoeffizienten, der seine Verteilung in einem Gemisch von Wasser und Lipiden bestimmt. Die narkotische Wirkung ist also von der relativen und absoluten Löslichkeit des Stoffes in Lipiden abhängig.

Wird die Zelle von einem lipidlöslichen Körper umgeben, so wird dieser nicht nur in die Zelle einwandern können, sondern wird auch das Lipidgleichgewicht in der Zellmembran und in der Zelle stören. Es werden zunächst Lipide aus der Zellmembran in das lipidlösliche Medium so lange übergehen, bis ein Gleichgewichtszustand zwischen der Konzentration der Lipide in der Zellmembran und in dem dieselbe umspülenden Medium gegeben ist. Dann werden aber aus dem Protoplasma der Zelle so lange Lipide in die Membran übergehen, bis ein Gleichgewichtszustand Zellinneres—Zellmembran zustande kommt. Damit ist der Weg angedeutet, auf welchem die Lipide die Zelle verlassen.

So versteht sich, daß M. Hufmann^{17*}) in der Narkose den Cholesteringehalt des Blutserums erhöht finden konnte.

Es ist somit anzunehmen, daß in der Narkose Cholesterin durch das Verhalten der lipidlöslichen Körper (Äther, Chloroform) an den Zellen (Nervenzellen) auswandert.

Betrachten wir nun die Verhältnisse bei Epilepsie, so können wir uns die Erhöhung des Cholesterinspiegels im Blute auch damit erklären, daß dieses Cholesterin aus den Nervenzellen durch Austritt von Zelllipiden stammt.

Man kann sich vorstellen, daß durch die uns bekannten veränderten Stoffwechselforgänge vor dem epileptischen Anfälle intermediäre Stoffwechselprodukte toxischer Art den Lipidbestand der Nervenzellen so schädigen, daß derselbe nicht mehr den natürlichen Wall für die Zelle darstellt, sondern Lipide der Zelle jetzt auswandern müßten. Durch die dadurch auftretende Störung des Lipidgleichgewichtes der Nervenzelle wird diese in ihren Funktionen geschädigt und unterliegt vielleicht auch dem Untergange. Damit wäre auch eine Brücke zu den pathologisch anatomischen Veränderungen des Epileptikergehirnes geschlagen, die nach Binswanger wohl von dauernden molekularen Schädigungen der Nervenzellen ihren Ausgang nehmen.

In ähnlicher Weise faßt Hartmann die dauernde Zellschädigung bei chronischem Alkoholismus als eine Folge der schließlichen Lipidverarmung und damit als einen den irreversiblen Eiweißbestand der Zelle bedrohenden und unter Umständen zerstörenden Vorgang auf, welche einen Abbau der Funktion begründet.

Binswanger¹⁷⁸⁾ sagt von der epileptischen Hirnveränderung: Sie kann durch anatomische Prozesse greifbarer Art hervorgerufen werden, sie kann ferner durch feinere dauernde, molekuläre, anatomisch bislang noch nicht erkennbare Störungen innerhalb der Nervenzelle bedingt sein und kann endlich in vorübergehenden, ausgleichbaren, durch pathologische Stoffwechselforgänge innerhalb der Nervensubstanz hervorgerufenen Störungen ihren Grund haben.

So könnten wir also die Erhöhung des Cholesterin(lipoid)gehaltes des Serums bei Epilepsie auf pathologische Lipoidstoffwechselforgänge innerhalb der Nervensubstanz zurückführen.

7. Einfluß des Cholesterins auf die Fermenttätigkeit.

Den Lipiden kommt aber außer ihren vitalen Funktionen im Stoffwechsel der Zelle auch noch eine wichtige Bedeutung im Stoffwechsel des Gesamtorganismus zu, insofern, als die Lipide sich an allen fermentativen Vorgängen des Organismus beteiligen.

Wir kennen Lipide als Aktivatoren, das sind Körper, welche Zymogene in Enzyme überführen oder die Wirkung eines Enzymes verstärken. Wir kennen Lipide, die Kinasen oder Ko-Enzyme darstellen, das sind wieder Körper, die mit Enzymen in Verbindung treten, daß nur diese Verbindung aktiv ist, während sowohl das Enzym als die Kinase für sich unwirksam ist. Wir kennen Lipide, die eine Fermentbildung hervorrufen, Lipide, welche fermentative Prozesse zu hemmen vermögen und endlich kennen wir Lipidstoffe, welche als eigentliche Enzyme bezeichnet werden können.

Da nun unser Stoffwechsel im allgemeinen und das Leben jeder Zelle im besonderen letzten Endes auf fermentativen Vorgängen beruhen, ist es zu erwarten, daß wir auch überall im Organismus Lipide finden werden, welche sich an den fermentativen Vorgängen beteiligen.

Wir haben schon oben feststellen können, daß die Lipide die Fermenttätigkeit beeinflussen können, indem sie die Fermenttätigkeit fördern oder hemmen. Der Organismus besitzt also die Fähigkeit, mit Hilfe der Lipide die Fermenttätigkeit zu regulieren.

Wird das fermentative Getriebe des Organismus dadurch gestört, daß neue pathologische Fermente auftauchen, welche den Stoffwechsel so umzusteuern imstande sind, daß giftige Stoffwechselprodukte entstehen, so ist anzunehmen, daß der Organismus in seinem Reparationsbestreben eine giftige Produkte erzeugende Fermenttätigkeit durch Ausschüttung fermenthemmender Lipide niederzuhalten versuchen wird.

Bei Epilepsie ist der Stoffwechsel im allgemeinen und im besonderen vor dem Anfälle krankhaft verändert und sind giftige Stoffwechselprodukte erwiesen.

Wie schon in dem Kapitel über Blutgerinnung ausgeführt wurde, kann man vor dem Anfälle eine Retention von Stickstoff beobachten, ohne daß jedoch ein Aufbau von Körpereweiß nachzuweisen ist. Es ist also anzunehmen, daß diese Stickstoffretention auf das „zirkulierende Eiweiß“ zurückzuführen ist.

Vor dem Anfälle ist auch eine Zunahme der ätherlöslichen Säuren des Harnes, des Stickstoffgehaltes, des sauren Ätherextraktes und der Harnsäure beobachtet worden.

Alle diese Veränderungen wiesen darauf hin, daß der Stoffwechsel eine tiefgreifende Veränderung erfahren hat, insofern als der Abbau und Aufbau besonders der Eiweißkörper sich pathologisch abwickelt.

Die Endprodukte des pathologisch ablaufenden Stoffwechsels sind nun für den Organismus nicht belanglos, sondern vielfach toxisch. Diese toxisch wirkenden Körper werden vor dem Anfall retiniert (zirkulierendes Eiweiß?) und nach dem Anfall im Harn ausgeschieden.

Pfeiffer und Albrecht^{16c}) haben diese Toxizität nach dem Anfall durch den Tierversuch nachgewiesen.

Die Produktion giftiger Stoffwechselprodukte vor dem Anfall setzt das Bestehen einer pathologischen Fermentbildung voraus.

Außer dieser geänderten Fermenttätigkeit im Stoffwechsel treten bei Epilepsie Fermente auf, die durch die Dysfunktion verschiedener Drüsen mobilisiert werden. Seit Abderhaldens grundlegenden Arbeiten über den Nachweis solcher Fermente nennen wir sie Abwehrfermente.

Abwehrfermente im Sinne Abderhaldens wurden bisher im Epileptikerblut eingestellt gegen Hirnrinde, Schilddrüse, Hoden und Thymus gefunden.

Was die Abwehrfermente betrifft, welche einen Hirnabbau verursachen, so läßt sich darüber nach Binswanger¹⁷⁹), dessen Befunde vom Verfasser bestätigt werden konnten, folgendes sagen:

Bei Epilepsie kann im Anfall und nach einigen Untersuchungen auch knapp nach demselben immer ein Hirnabbau festgestellt werden.

Im intervallären Stadium unterscheidet man zwei Gruppen, solche Epileptiker, die keinen Hirnabbau aufweisen und Epileptiker, bei denen auch im intervallären Stadium ein Hirnabbau nachgewiesen werden kann.

Während nach Binswanger die Prognose der ersten Gruppe von Epileptikern nicht ungünstig ist, insofern als eine fortschreitende Demenz nicht beobachtet werden kann, kann man die Prognose der zweiten Gruppe als ungünstig bezeichnen, da die Erkrankung auch zu einem Abbau der intellektuellen Leistungsfähigkeit führt.

Bei Epilepsie läßt sich aber außer dem Hirnabbau auch ein Abbau von Schilddrüsen-, Hoden- und Thymuseiweiß [Meyer¹⁸⁰), Hippel¹⁸¹)] in den meisten Fällen durch den Abderhaldenversuch erweisen, so daß es den Anschein hat, als würde ein System von Drüsen durch die epileptische Konstitution aus dem Gleichgewicht gedrängt werden.

Wie weit diese polyglanduläre Art der Drüsenfunktionsstörung durch die epileptische Erkrankung hervorgerufen worden ist oder in derselben die Bedingungen zum Entstehen der epileptischen Konstitution liegen, ist heute wohl noch nicht spruchreif.

Das Auftreten von Abwehrfermenten kann im Organismus Reaktionserscheinungen zur Folge haben, die sich gegen diese Fermente bzw. gegen ihre Tätigkeit richten werden.

Es käme dann zur Bildung von Antifermenten.

Solche Antifermente sind durch die Untersuchungen Joblings, Petersons und Eggsteins als Lipoidkörper erkannt worden.

8. Lipolide als „Antifermente“

Bekanntlich hat das Serum in frischem Zustand die Fähigkeit, die tryptische Verdauung zu hemmen. Wird Kaseinlösung mit der entsprechenden Trypsinlösung im Brutschranke bebrütet, so wird nach einiger Zeit das Kasein verdaut sein, so daß es durch Reagentien (Essigsäure) nicht mehr ausgefällt werden kann. Diese tryptische Verdauung wird aber durch Zusatz von Serum insofern gestört, als das Kasein unter denselben Bedingungen nicht mehr verdaut wird, sondern trotz Bebrütung im Brutschrank durch Zusatz von Reagentien (Essigsäure) als unverändertes Kasein ausgefällt.

Jobling¹⁸²⁾ beobachtete, daß dieses antitryptische Vermögen (Antiferment) des Serums schwindet, wenn das Serum vor dem Versuche mit Chloroform ausgeschüttelt wird. Es geht also das Antiferment in das Chloroform über.

War durch die Chloroformlöslichkeit der Lipoidcharakter des Antifermentes wahrscheinlich, so ließ man diese Idee zunächst noch fallen, da es nicht gelang, das Antitrypsin aus dem Chloroform zu gewinnen und schloß sich der Ansicht Rosenthals an, der das Antitrypsin als echtes Ferment bezeichnete.

Erst als es Jobling und Petersen¹⁸³⁾ gelang, durch Verseifung des Chloroformextraktes die antitryptische Wirkung des Chloroformextraktes wieder herzustellen, wurden die Hemmungskörper der Trypsinverdauung als ungesättigte Fettsäuren und deren Lipoidverbindung (Lipoidfettsäureester) erkannt.

Wird ein Serum mit Äther oder Chloroform extrahiert, so verliert es nicht nur sein antitryptisches Verhalten, sondern erlangt außerdem noch eine höchst toxische Eigenschaft und zeigt bei parenteraler Einverleibung an dem Tier das Bild eines typischen anaphylaktischen Schocks.

9. Beziehungen der Lipolide zum anaphylaktischen Schock.

Jobling und Petersen¹⁸⁵⁾, die dieses Verhalten von extrahierten Seren beobachteten, erklären dies damit, daß durch die Entfernung der ungesättigten Fettsäuren und deren Lipoidverbindungen der fermentative Abbau des parenteral eingebrachten Serums begünstigt wird und durch die rasche Zerlegung der Eiweißkörper die giftigen Spaltprodukte die Erscheinungen des anaphylaktischen Schocks hervorrufen. Dabei kommt es nicht nur zum Abbau der Eiweißkörper des eingeführten Serums, sondern es wird auch Serumeiweiß des Tieres zerlegt. Insbesondere scheint hier das Serumglobulin der labilste Eiweißkörper zu sein, der nach Einverleibung einer antifermentfreien Eiweißlösung (Serum) durch Bindung der eigenen Antifermente vor dem proteolytischen Abbau nicht mehr geschützt werden kann.

Jobling, Petersen und Eggstein¹⁸²⁾ fanden damit auch übereinstimmend beim akuten anaphylaktischen Schock eine Verminderung des Antifermentes und der Albumosen, wohl aber eine Erhöhung der Serumprotease und Lipase und was endlich am wichtigsten ist, eine Zunahme von nicht ausfällbarem Stickstoff (Reststickstoff) und Aminosäuren im Serum des erkrankten Tieres.

Damit haben die genannten Autoren, die schon von H. Pfeiffer¹⁶⁾ vertretenen Anschauungen über den anaphylaktischen Schock als Eiweißzerfallstoxikose bestätigen können. Biedl und Krauss, nach ihnen Pfeiffer und Mita^{16b)} konnten zeigen, daß der anaphylaktische Schock und die Erschei-

nungen der Peptonvergiftung nicht nur große Ähnlichkeit aufweisen, sondern im serologischen und pathologisch-anatomischen Bild nahe verwandt sind.

Abderhalden und Pinkussohn l. c., gleichzeitig und unabhängig davon Pfeiffer und Mita haben den Nachweis erbracht, daß bei der Anaphylaxie das Antigen der Vorbehandlung (der artfremde Eiweißkörper) in vitro von dem Serum der sensibilisierten Tiere abgebaut wird, daß dieser Abbau ein spezifischer ist [H. Pfeiffer und S. Mita^{16b}] und daß im Zustande völliger Antianaphylaxie das proteolytische Vermögen fehlt.

Haben wir somit gesehen, daß im anaphylaktischen Schock eine Proteose und Lipaseerhöhung bei gleichzeitiger Antifermentverminderung beobachtet werden kann, so muß ich kurz auf die neuere Anschauung über den Mechanismus des anaphylaktischen Schocks eingehen.

Wir haben ja schon früher gesehen, daß Eiweißlösung, deren antitryptisches Verhalten durch Äther oder Chloroformextraktion beseitigt worden ist, ohne vorhergehende Sensibilisierung die Erscheinungen des anaphylaktischen Schocks hervorrufen kann, da durch das Fehlen des Antifermentes der proteolytische Abbau der eingebrachten Eiweißlösung und des eigenen Serumeiweißes durch die vorhandenen Fermente nicht mehr verhindert werden kann und in dem beschleunigten Abbau toxische Spaltprodukte liefert. Beim anaphylaktischen Schock spielt sich die Reaktion nach Jobling, Petersen und Eggstein^{18a}) folgendermaßen ab:

„Die Körperzellen erhalten als Folge der Sensitivierung die Eigenschaft, auf eine spezifische Injektion sofort mit der Ausscheidung einer (nach den genannten Autoren allerdings nicht spezifischen) Protease und Lipase zu reagieren. Zu gleicher Zeit finden im Serum als Folge der gewöhnlichen Immunitätsreaktionen kolloide Veränderungen statt, wodurch die Dispersität der Serumlipide eine gröbere wird und zur Verminderung ihrer Antifermente führt. Diese zwei Faktoren begünstigen proteolytische Vorgänge an jenen Eiweißkörpern, welche sich am leichtesten spalten lassen, das sind die des Serums (besonders die Globuline) und die schon vorhandenen höheren Spaltprodukte, die Albumosen.

So erfolgt sofort eine Zerlegung dieser Eiweißkörper über die Peptone bis zu den Aminosäuren.

Die anaphylaktische Reaktion wird daher nicht nur von zellulären Erscheinungen, sondern auch von weitgehenden Serumveränderungen begleitet.“

Aus dem oben Erwähnten entnehmen wir die Bedeutung der Antifermente und damit jener Lipoidkörper, die als Antifermente ihre Wirkung entfalten.

Haben wir bei der Epilepsie eine Störung im Stoffwechsel und zwar im Eiweißauf- und -abbau konstatieren können und gesehen, daß Fermente gegen verschiedene Organe im Epileptikerblut mobilisiert werden, so gewinnt das Studium des Antifermentes bei Epilepsie größtes Interesse.

10. Lipide und Antitrypsin.

Ich habe im Verein mit H. Pfeiffer²⁵⁰) bereits vor 6 Jahren das Verhalten des Antifermentes bei Epilepsie studiert, wenn auch von anderen Voraussetzungen ausgehend. Als Ergebnis der damaligen Untersuchungen konnten wir beide feststellen:

1. Im epileptischen Dämmerzustand ist die antiproteolytische Serumwirkung (Antiferment) wesentlich erhöht; sie erleidet mit der Rückkehr zur

Norm einen Abfall, bei Verschlimmerung des Krankheitsbildes eine Steigerung.

2. Das hemmende Vermögen der Epileptikerseren ist sehr beträchtlichen, dem Normalserum fremden Schwankungen über die normalen Grenzen hinaus unterworfen, ohne daß ein Anstieg regelmäßig von Anfällen gefolgt zu sein braucht.
3. Kurz vor und kurz nach dem Anfall werden — soweit unsere Erfahrungen reichen — immer wesentlich erhöhte Werte angetroffen, die im anfallsfreien Intervall absinken.

Durch diese Untersuchungen war das Verhalten des antitryptischen Seruntiters bei Epilepsie in groben Umrissen studiert; die Ergebnisse der Untersuchung wurden damals jedoch in einem anderen Sinne gedeutet (wir sahen als Ursache der antitryptischen Hemmung das Kreisen von Eiweißspaltprodukten an). Es zeigt sich nach dem jetzigen Stande unseres Wissens, daß wir mit dem Schwanken des antitryptischen Seruntiters ein Schwanken jener Lipoidkörper nachgewiesen haben, welche das „Antiferment“ im Serum darstellen.

Haben wir nun bei Epilepsie das Verhalten eines Lipoides, des Cholesterins, genauer studiert, so gewinnt das Studium des Lipoidgehaltes im Serum des Epileptikers ein noch größeres Interesse, wenn es uns gelingt, die Schwankungen des Antitrypsingehaltes im Serum mit den Schwankungen des Cholesterins im Serum — des derzeit einzig quantitativ bestimmbar Lipoidkörpers — zu vergleichen.

Obwohl der antitryptische Seruntiter bei Epilepsie von Rosenthal¹⁸⁶⁾ und von Pfeiffer und de Crinis¹⁸⁷⁾ bereits studiert war, unternahm ich es trotzdem, das Blutserum von Epileptikern nochmals daraufhin zu untersuchen, um mich durch häufige Untersuchungen an einem Patienten über den Verlauf der Antitrypsinkurve zu informieren und dieselbe mit dem Verlaufe der Cholesterinkurve zu vergleichen. Aus äußeren Gründen ist mir nur einmal die Möglichkeit gegeben gewesen, an einem Patienten den Verlauf beider Kurven gleichzeitig zu untersuchen. Bei den übrigen Fällen habe ich entweder nur die Cholesterinkurve oder die Antitrypsinkurve allein untersuchen können. Es wird sich in diesen Fällen daher nur die Durchschnittskurve beider Werte vergleichen lassen.

In der Methode der Bestimmung des antitryptischen Seruntiters habe ich mich der Fould-Grossschen und Rosenthalschen¹⁸⁷⁾ Methode eng angeschlossen, die sich wie in meiner früheren Arbeit mit Pfeiffer auch hier auf das Beste bewährt hat. Im Prinzip beruht sie darauf, daß durch den steigenden Zusatz von Trypsinlösung zu der immer gleich bleibenden Kaseinlösung jene Menge einer Trypsinlösung bestimmt wird, welche die Kaseinlösung gerade schon verdauen kann.

Bei Anwesenheit von Normalseren, besonders aber pathologischen Seren, wird diese Verdauung gehemmt. Um eine Verdauung zu erreichen, muß eine größere Menge Trypsin zugesetzt werden. In der Größe dieses Zusatzes von Trypsin haben wir einen Maßstab für die Beurteilung des Hemmungsvermögens. Im nachfolgenden sei kurz die Methode geschildert:

Für die Methode ist zunächst notwendig: eine Kasein- und eine Trypsinlösung von bestimmtem Gehalt herzustellen.

1. **Bereitung der Kaseinlösung:** 1 g Kasein nach Hammarsten der Firma Merck — andere Präparate haben sich mir nicht so gut bewährt, da sie sich weniger klar lösen! — wird genau abgewogen und in eine Mischung von 85 ccm 0,86 proz. Kochsalzlösung + 15 ccm $\frac{1}{10}$ n-Natronlauge eingetragen und unter beständigem, leichten Umschwenken und vorsichtigem Erwärmen auf dem Wasserbade bis auf ca. 30–40° C gelöst. Ist das Kasein feingepulvert, so erfolgt die Lösung in 5 Minuten. Nunmehr wird sofort vorsichtig $\frac{1}{10}$ n-Salzsäure bis zum Eintritt des Neutralpunktes gegen Lackmus zugesetzt und die Flüssigkeit auf genau 500 ccm mit 0,86 proz., sicher nicht sauer reagierender Kochsalzlösung aufgefüllt, der Kolben bis zum Gebrauch kaltgestellt.

2. **Bereitung der Trypsinlösung:** Um Gewichtsschwankungen und dadurch Schwankungen im „System“ zu vermeiden, wird das Trypsinum siccum Merck immer über Chlorcalcium aufbewahrt und dem Exsikkator nur zum Abwägen entnommen. 0,1 g davon werden genau abgewogen und unter Zusatz von 0,1 ccm normaler Sodalösung in ca. 20 ccm 0,86 proz. Kochsalzlösung gelöst, was in kurzer Zeit geschehen ist. Mit derselben Flüssigkeit wird sodann die Lösung bis auf das genaue Volumen von 100 ccm aufgefüllt. Es muß empirisch die verdauende Kraft des Trypsins ausgewertet, ein bestimmter Teil der Lösung (etwa 5–10 ccm) entnommen und durch Kochsalzlösung ersetzt werden, bis ein brauchbares „System“ von 0,3 ccm erreicht ist. Die gebrauchsfertige Lösung kommt gleichfalls in den Eisschrank.

Vor dem Gebrauche sollen die Lösungen einige Stunden ablagern, da sich innerhalb dieser Zeit noch geringe Verschiebungen in ihrer Wirksamkeit einstellen. Die Lösungen sind nicht haltbar und können, in der Kälte aufbewahrt, höchstens 48 Stunden nach ihrer Darstellung verwendet werden. Ich habe sie zu jeder Versuchsserie frisch bereitet. Durch die genaue Einhaltung der eben beschriebenen Kautelen konnten wir, wie aus den Tabellen sich ergibt, fast immer mit einem System von 0,3 arbeiten, was insbesondere bei wiederholten Untersuchungen ein und desselben Patienten Vorteile bietet.

3. **Die Serumgewinnung** hat unbedingt am Morgen vor Verabreichung des Frühstücks zu erfolgen, da tagsüber durch die praktisch unkontrollierbare Nahrungszufuhr während der Verdauung Schwankungen im Titer sich einstellen, die nicht beweiskräftig sind. Da eine ganze Reihe von krankhaften Zuständen, so insbesondere Fieber, maligne Tumoren, Schwangerschaft mit Titererhöhung einhergehen, ist es zur Bewertung der Resultate notwendig, über das körperliche Verhalten der Patienten genau bei jeder Blutentnahme orientiert zu sein. Die Patienten wurden immer am Vortage zur Blutentnahme bestimmt. Um 7 Uhr morgens vor dem Frühstück wurde aus einer Kubitalvene durch Punktion mit einer weiten Nadel einer Pravazspritze das Blut entnommen. Dazu ist es notwendig: 1. die verdauende Kraft der zu jedem einzelnen Versuche verwendeten Lösung; 2. die hemmende Wirkung von menschlichem Normalserum zu bestimmen (gleichfalls in nüchternem Zustande gewonnen!), und 3. damit die hemmende Wirkung der Patientenserum zu vergleichen. Das geschieht in der nachfolgenden Weise:

Bänken I enthält in 12 Röhren das System.

Kaseinlösung	2,0 + 0,86 proz. NaCl	1,1 + 0,86 proz. NaCl	0,5 + Trypsinlösung	0,1
„	2,0 +	„ 1,0 +	„ 0,5 +	„ 0,2
„	2,0 +	„ 0,9 +	„ 0,5 +	„ 0,3
„	2,0 +	„ 0,8 +	„ 0,5 +	„ 0,4
„	2,0 +	„ 0,7 +	„ 0,5 +	„ 0,5
„	2,0 +	„ 0,6 +	„ 0,5 +	„ 0,6
„	2,0 +	„ 0,5 +	„ 0,5 +	„ 0,7
„	2,0 +	„ 0,4 +	„ 0,5 +	„ 0,8
„	2,0 +	„ 0,3 +	„ 0,5 +	„ 0,9
„	2,0 +	„ 0,2 +	„ 0,5 +	„ 1,0
„	2,0 +	„ 0,1 +	„ 0,5 +	„ 1,1
„	2,0 +	„ 0,0 +	„ 0,5 +	„ 1,2

Bänken II prüft das normale Serum: die Mengen der Kaseinlösung, der Kochsalzlösung, der zweiten Kolonne und der Trypsinlösung der vierten Kolonne sind unverändert. Die dritte Kolonne enthält in jedem Röhren 0,5 ccm des genau auf das Zwanzigfache verdünnten Normalserums (1,0 Serum + 19,0 Kochsalzlösung).

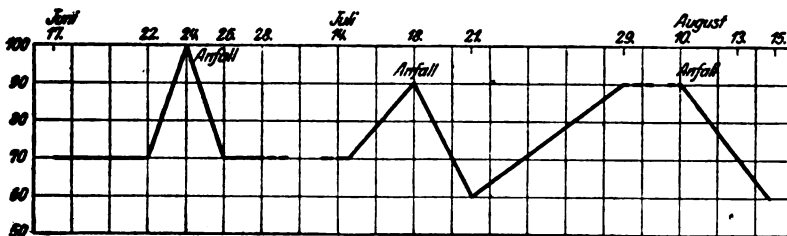
Bänken III prüft das Patientenserum. Die Mengenverhältnisse sind genau wie bei Bänken II. Es wird in der dritten Kolonne in jedes Röhren 0,5 ccm des genau auf das Zwanzigfache verdünnten Patientenserums an Stelle des Normalserums eingefüllt.

Was die Reihenfolge des Zusatzes anlangt, so kommt in die Röhren zuerst die Kochsalzlösung, dann die Kaseinlösung, dann die Serumverdünnung (oder die 0,5-ccm-Kochsalzlösung in Bänkchen I), zum Schlusse die Trypsinlösung. Sofort nach diesem Zusatz kommt das Bänkchen unter Markierung der Zeit des Zusatzes in den Thermostaten auf 37°. Genauestens nach 30 Minuten werden die Röhren in der Reihenfolge, wie das Trypsin zugesetzt wurde, durch einige (2—5) Tropfen essigsauren Alkohols (5 ccm konz. Essigsäure + 50 ccm Wasser + 45 ccm Alkohol) aus einem Tropfläschchen oder einer Kapillarpipette angesäuert, die Säure durch Umkehren der Röhren gleichmäßig mit ihrem Inhalt gemischt. $\frac{1}{2}$ Minute nach dem Zusatz der Essigsäure werden die Röhren gegen einen dunklen Hintergrund daraufhin untersucht, welche von ihnen getrübt und welche vollständig klar sind, wobei auch Spuren von Trübungen noch als positive Reaktion genommen werden müssen. Die genaue Einhaltung auch dieser Zeit ist unbedingt notwendig, da später uncharakteristische Nachtrübungen auftreten, welche die ursprünglich scharfen Grenzen der Reaktion verwischen und so eine Beurteilung erschweren, ja unmöglich machen können. Das letzte Röhren, welches innerhalb der angegebenen Zeit vollkommen klar bleibt, wird bei jedem einzelnen Bänkchen markiert. Ist nun die Grenze der kompletten Verdauung (= dem ersten innerhalb 30 Sekunden völlig klarbleibenden Röhren) für Bänkchen I = 0,3 ccm der Trypsinlösung, für das normale Serum in Bänkchen II = 0,7, in Bänkchen III für das Patientenserum = 1,2 ccm der Trypsinlösung, so entspricht die hemmende Kraft des Normalserums = $(0,7 - 0,3) \cdot 40 = 0,4$ ccm der Trypsinlösung, jener des Patientenserums $(1,2 - 0,3) = 0,9$ ccm. Diese Ziffern mit 100 multipliziert, geben den sog. „antitryptischen Titer“, der für das Normalserum = 40, für das Patientenserum = 90 Einheiten in unserem Falle betragen würde.

Tabelle I. (Ro.) (Fall I.)

Datum	System	Hemmung	Antitryptische Einheiten	Decursus morbi
17. VI.	0,3	1,0	70	
22. VI.	0,3	1,0	70	
24. VI.	0,3	1,3	100	
25. VI.	—	—	—	Anfall
26. VI.	0,3	1,0	70	
28. VI.	0,3	0,9	70	
14. VII.	0,3	1,0	70	
18. VII.	0,3	1,2	90	
19. VII.	—	—	—	Anfall
21. VII.	0,3	0,9	60	
29. VII.	0,3	1,2	90	
10. VIII.	0,3	1,2	90	
11. VIII.	—	—	—	Anfall
13. VIII.	0,3	1,0	70	
15. VIII.	0,3	0,9	60	

Kurve 24.



Kurve 24.

Während nun unter Beachtung aller Kautelen der normale Wert zwischen 40—60 Einheiten schwankt und in überwiegenden Fällen 50 Einheiten beträgt, müssen wir Werte, welche 60 überschreiten, als pathologisch erhöht ansehen.

Werte mit 60 Einheiten kann man als bereits schwach positiv bezeichnen.

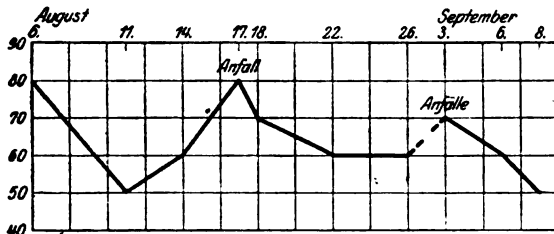
In der vorstehenden Tabelle habe ich den antitryptischen Serumtitler des vor-
genannten Falles zusammengestellt.

Tabelle II. (W.) (Fall 3.)

Datum	System	Hemmung	Antitryptische Einheiten	Decursus morbi
6. VIII.	0,3	1,1	80	
11. VIII.	0,3	0,8	50	
14. VIII.	0,3	0,9	60	
17. VIII.	0,3	1,1	80	
18. VIII.	—	—	—	Anfall
18. VIII.	0,3	1,0	70	2 ^a nach dem Anfall
22. VIII.	0,3	0,9	60	
26. VIII.	0,3	0,9	60	
3. IX.	0,3	1,0	70	
5. IX.	—	—	—	Anfälle
6. IX.	0,3	0,9	60	
8. IX.	0,3	0,8	50	

Kurve 25.

Wie aus diesen beiden Tabellen und den dazugehörigen Kurven ersichtlich ist, schwankt der antitryptische Serumtitler in diesem Falle von Epilepsie und zwar steigt er vor dem Anfälle an, erreicht knapp vor dem Anfälle oder in demselben seinen Höhepunkt, um dann wieder abzusinken.



Kurve 25.

Nicht jeder Anstieg des antitryptischen Serumtitlers ist von einem Anfälle gefolgt. Wir sehen in einzelnen Fällen einen hohen

Antitryptsinwert, ohne daß bei dem Kranken ein Anfall beobachtet werden konnte.

In der folgenden Tabelle sind gleichzeitig auch die Cholesterinwerte bei einer Untersuchungsreihe an einem Epileptiker zwecks Vergleiches und Übersicht eingetragen.

Gleichzeitige Antitryptsin- und Cholesterinkurve.

Tabelle III. (St.) (Fall 2.)

Datum	System	Hemmung	Antitryptische Einheiten	Cholesterin in %	Decursus morbi
12. XI.	0,3	1,3	100	—	
13. XI.	—	—	—	—	Anfall
13. XI.	0,3	1,1	80	0,17	2 Stunden nach dem Anfall
14. XI.	0,3	0,9	60	0,12	
16. XI.	0,3	1,2	90	0,19	
17. XI.	—	—	—	—	Anfall
17. XI.	0,3	0,9	60	0,10	5 Stunden nach dem Anfall
8. XII.	0,3	1,1	80	0,20	8 ^a a. m. Blutentnahme
					11h a. m. Anfall
8. XII.	0,3	1,1	80	0,18	1 Stunde nach dem Anfälle
9. XII.	0,3	1,0	70	0,16	
11. I.	0,3	0,9	60	0,15	

Kurve 26.

Aus der Tabelle III und der dazu gehörigen Kurve sehen wir die Befunde über das Verhalten des antitryptischen Seruntiters bei Epilepsie in Tabelle I und II bestätigt.

Die gleichzeitige Untersuchung auf Cholesterin zeigt, daß das Schwanken des Cholesterins mit dem vom Serumantitrypsin parallel geht.

Mit dem Anstieg des Cholesterinwertes geht auch ein Anstieg des Antitrypsinwertes einher.

11. Cholesterin ein Ferment hemmendes Lipoid.

Wie schon oben erwähnt wurde, hat Jobling nachgewiesen, daß das antitryptische Verhalten des Serums verschwindet, wenn das Serum durch Ausschüttelung von Äther oder Chloroform seiner Lipoide beraubt wird.

Da wir nun den Parallelismus von Schwankungen des Cholesteringehaltes des Serums mit Schwankungen des Antitrypsingehaltes bei Epilepsie beobachteten, erübrigte es sich noch für uns, den Versuch Joblings über die Entfernung des Antitrypsins mit der Lipidentfernung nachzuprüfen.

Ich stellte daher den Versuch mit Epileptikerseren an, indem ich den antitryptischen Seruntiter vor dem Anfall untersuchte, dann das Serum mit Äther ausschüttelte und hierauf

nochmals das antitryptische Verhalten des ausgeschüttelten Serums prüfte.

Nachfolgende Zusammenstellung zeigt uns das Ergebnis der Versuche.

Versuch I. (Pö.) (Fall 6.)

Datum	System	Hemmung	Antitrypt. Einheiten	Anmerkung
25. VI.	0,3	1,1	80	26. VI. Anfall
Dasselbe Serum nach Ätherextraktion				
25. VI.	0,3	0,3	0	

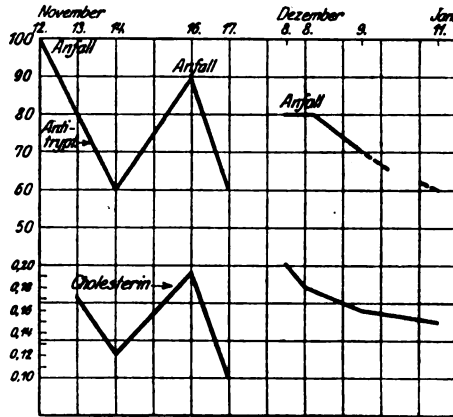
Versuch II. (Fu.) (Fall 7.)

Datum	System	Hemmung	Antitrypt. Einheiten	Anmerkung
25. VI.	0,3	1,0	70	3 Tage später Anfall
Dasselbe Serum nach Ätherextraktion				
25. VI.	0,3	0,3	0	

Diese beiden Befunde bestätigen die Ergebnisse der Untersuchungen Joblings und beweisen, daß mit der Entfernung der Lipoide durch Äther das antitryptische Verhalten des Epilepsie-Serums vollkommen verschwindet.

Während die frischen Seren 70 und 80 antitryptische Einheiten aufwiesen, zeigten dieselben Seren nach Ätherextraktion überhaupt keine Hemmung mehr.

Damit ist wohl schon die Abhängigkeit des antitryptischen Verhaltens vom Lipoidgehalt bewiesen.



Kurve 26.

Da wir im Serum verschiedene Lipide annehmen können und wir ferner wissen, daß Lipide sich antagonistisch verhalten, indem z. B. die Fermenttätigkeit von einem Lipoid gefördert (aktiviert), von einem anderen gehemmt werden kann, fragt es sich, welches Lipoid im Serum die antitryptische Hemmung verursacht.

Es gehört schon zu den allgemein anerkannten Tatsachen, daß von den studierten Lipoiden Cholesterin und Lezithin in einen antagonistischen Gegensatz zueinander stehen, indem Cholesterin den Ferment hemmenden, Lezithin, den Ferment fördernden Lipoidkörper darstellt.

Auf die Trypsinverdauung, die ja auch eine Fermenttätigkeit voraussetzt, übertragen, wäre das Cholesterin ein antitryptischer Körper, während vom Lezithin eine Förderung zu erwarten wäre.

Die Versuche, die ich zur Klärung dieser Frage anstellte, habe ich folgendermaßen angeordnet:

Ich habe wie bei der Anordnung des Versuches zum Studium des antitryptischen Seruntiters zu der gleichen Menge Kasein steigende Mengen 1 proz. Trypsinlösung zugesetzt und zu jedem Röhrchen einen Tropfen Cholesterinlösung (in Methylalkohol) zugeführt (0,1 g Cholesterin auf 2 ccm Methylalkohol).

Versuch I.

Kaseinlösung	2,0 + 1 Tropfen Cholesterin in CH ₃ OH	+ 1,1 0 86 proz. NaCl	+ 0,1 Trypsin				
"	2,0 + 1	"	"	+ 1,0	"	+ 0,2	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 1,9	"	+ 0,3	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,8	"	+ 0,4	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,7	"	+ 0,5	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,6	"	+ 0,6	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,5	"	+ 0,7	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,4	"	+ 0,8	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,3	"	+ 0,9	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,2	"	+ 1,0	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,1	"	+ 1,1	"
"	2,0 + 1	"	"	+ 0,0	"	+ 1,2	"

Diese 12 Röhrchen auf $\frac{1}{2}$ Stunde in den Brutschrank gebracht, zeigten erst eine Verdauung von 10 Röhrchen, bei einem Zusatz von 1,0 Trypsin.

Da das System (Kontrolle) bei 0,3 ccm Trypsin bereits verdaut war, waren also durch den Zusatz von dem Tropfen der Cholesterinlösung 70 antitryptische Einheiten in dem Gemisch.

Der Kontrollversuch wurde mit Methylalkohol allein angestellt:

Kaseinlösung	+ 1 Tropfen CH ₃ OH	+ 1,1 0 86 proz. NaCl	+ 0,1 Trypsin				
"	+ 1	"	1,0	"	+ 0,2	"	} Hemmung
"	+ 1	"	+ 0,9	"	+ 0,3	"	
"	+ 1	"	+ 0,8	"	+ 0,4	"	
"	+ 1	"	+ 0,7	"	+ 0,5	"	} Verdauung
"	+ 1	"	+ 0,6	"	+ 0,6	"	
"	+ 1	"	+ 0,5	"	+ 0,7	"	
"	+ 1	"	+ 0,4	"	+ 0,8	"	
"	+ 1	"	+ 0,3	"	+ 0,9	"	
"	+ 1	"	+ 0,2	"	+ 1,0	"	
"	+ 1	"	+ 0,1	"	+ 1,1	"	
"	+ 1	"	+ 0,0	"	+ 1,2	"	

ergab, daß die Verdauung schon im 3. Röhrchen bei einem Zusatz von 0,3 Trypsin eingetreten war, also genau so wie bei dem System.

Durch den Methylalkohol war also keine Hemmung der Trypsinverdauung eingetreten, wohl aber durch die Lösung von Cholesterin in Methylalkohol. Somit stellt in diesen Versuchen das Cholesterin den Hemmungskörper dar.

Nun galt es noch, die Wirkung des Antagonisten von Cholesterin, das Lezithin auf seine Wirkung auf die Trypsinverdauung zu prüfen.

Der Versuch wurde wie bei der Cholesterinprobe angestellt, nur daß statt des Cholesterins, Lezithin (Merck) und zwar 0,5 auf 10 ccm NaCl 0,86%, davon in jedem Röhrchen 0,2 ccm genommen wurde.

Versuch II.

Kasein	2,0 + 0,2 ccm	Lezithin	+ 1,1	0 86 proz. NaCl	+ 0,1	Trypsinlösung	} Hemmung
„	2,0 + 0,2	„	+ 1,0	„	„	+ 0,2	
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,9	„	„	+ 0,3	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,8	„	„	+ 0,4	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,7	„	„	+ 0,5	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,6	„	„	+ 0,6	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,5	„	„	+ 0,7	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,4	„	„	+ 0,8	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,3	„	„	+ 0,9	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,2	„	„	+ 1,0	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,1	„	„	+ 1,1	„
„	2,0 + 0,2	„	+ 0,0	„	„	+ 1,2	„

} Verdauung

Diese 12 Röhrchen zeigten nach halbstündigem Verweilen im Brutschrank eine Verdauung vom 3. Röhrchen an, also beim Zusatz von 0,3 Trypsin, genau wie bei dem System.

Durch den Lezithingehalt war also keine Förderung der Trypsinverdauung eingetreten.

Aus diesen Versuchen ersehen wir, daß Cholesterin die tryptische Verdauung zu hemmen imstande ist, während das Lezithin keinen wesentlichen Einfluß auf die tryptische Verdauung nimmt.

12. Zusammenfassung der Ergebnisse des Studiums des Cholesterinstoffwechsel bei Epilepsie.

Wenn wir somit die Untersuchungen über den Cholesteringehalt des Serums von Epileptikern zum Abschluß bringen, so können wir folgende wichtige Tatsachen aus dem Untersuchungsmaterial herausgreifen:

1. Bei Epilepsie tritt ein Schwanken des Cholesteringehaltes insofern zutage, als die Kurve des Cholesteringehaltes eine bedeutende Abweichung von der Norm zeigt und die Grenzen der normalen Werte häufig um ein Beträchtliches überschritten werden.
2. Bei Vergleich der Cholesterinkurve mit den pathologisch-klinischen Vorgängen beim epileptischen Anfall läßt sich beobachten, daß der Cholesteringehalt regelmäßig vor dem Anfälle allmählich ansteigt, mit demselben sein Maximum erreicht und nach dem Anfall absinkt, um zu normalen Werten zurückzukehren.
3. Mit diesem Verlauf der Cholesterinkurve parallel geht die Kurve des anti-tryptischen Serumtiters, insofern als vor dem Anfälle die Hemmungsfähig-

- keit des Serums für die tryptische Verdauung allmählich zunimmt, im Anfälle den Höhepunkt erreicht, um nachher wieder abzusinken.
4. Dieses antitryptische Verhalten des Serums bei Epilepsie vor und nach dem Anfälle ist begründet durch das Auftreten von Antifermenten (Hemmungskörpern).
 5. Antifermente des Serums können durch Ausschütteln mit lipoidlöslichen Agenzien wie Äther, Chloroform entfernt werden, was zuerst von Jobling festgestellt wurde und ich konnte dasselbe Verhalten auch für die Antifermente im Epileptikerblute nachweisen.
 6. War schon aus dem Löslichkeitsverhalten von Antifermenten eine Verwandtschaft mit den Lipoidkörpern sichergestellt, so gelang es Jobling, Petersen und Eggstein die alleinige Abhängigkeit des antitryptischen Verhaltens des Serums vom Gehalt desselben an Verbindungen von ungesättigten Fettsäuren mit Lipoidkörpern zu beweisen.
 7. Die von mir im epileptischen Anfälle nachgewiesenen Antifermente können sowohl in Beziehung zum antitryptischen Verhalten des Serums als auch in Hinsicht ihrer Löslichkeitsverhältnisse als Lipoidkörper bezeichnet werden.
 8. Unter den zahlreichen im Blut anwesenden Lipoidkörpern ist das Cholesterin ein fermenthemmendes Lipoid, wie dies aus den vorliegenden Untersuchungen hervorgeht.
 9. Da nun Cholesterin die Trypsinverdauung hemmt und die Cholesterinkurve bei Epilepsie parallel mit der Antitrypsinkurve verläuft, können wir aus diesem Zusammenhange den Beweis erbringen, daß das antitryptische Verhalten des Serums bei Epilepsie mindestens zu einem Teile auf den Cholesteringehalt des Serums vor und im epileptischen Anfälle zurückzuführen ist.

IV. Zusammenfassung der gesamten humoralen Veränderungen bei Epilepsie.

Überblicken wir nun die Ergebnisse der Untersuchungen über die Stoffwechselforgänge bei Epilepsie, so können wir beobachten, daß die pathologischen Stoffwechselforgänge sich in den Körpersäften widerspiegeln. Es sei daher an dieser Stelle unternommen, die humoralen Veränderungen bei Epilepsie an den einzelnen Körpersäften übersichtlich zusammenzustellen, wobei das früher Ausgeführte mit dem in der vorliegenden Arbeit Gefundenen (fett gedruckt) vereint werden soll.

A. Die pathologischen Veränderungen des Harnes bei Epilepsie.

1. Schwankungen in der Größe der Harnmenge und zwar ist die ausgeschiedene Harnmenge vor dem Anfälle oft sehr klein, erfährt aber nach dem Anfälle eine bald stärker, bald schwächer ausgesprochene Zunahme (Féré⁴⁴), Rohde⁴⁰), Rabow⁶⁹) u. a.)
2. Das spezifische Gewicht des Harnes zeigt keine regelmäßige Veränderung, die etwas Charakteristisches für die Epilepsie und den Anfall enthielte. (Zitiert nach Allers³⁸)).

3. Die Azidität des Harnes ist nach dem Anfalle vermehrt [Benedicenti¹⁸⁹⁾], im anfallsfreien Stadium sind die Schwankungen der Aziditätswerte gering. Die Ursache dieser Aziditätsänderungen liegt in der vermehrten Ausscheidung von Phosphorsäure und Milchsäure.
4. Die Werte der anorganischen Bestandteile des Harnes erfahren durch den Anfall bei Epilepsie beträchtliche Schwankungen, soweit sich dies aus den Untersuchungen des Mineralstoffwechsels, die technisch allerdings zu den schwierigsten gehören und nur unvollständig vorliegen, ergibt. [Kaufmann³⁹⁾, Allers³⁸⁾].
 - a) Vermehrung der Erdphosphate im Harn nach dem Anfalle, und zwar hauptsächlich des Kalziums; ebenso wird Magnesium nach dem Anfalle in erhöhtem Maße ausgeschieden (Féré, Bornstein⁶⁶⁾ u. a.).
 - b) Erhöhung der Phosphorsäureausscheidung nach dem Anfalle; diese Erhöhung ist nicht nur auf Rechnung der anorganisch, sondern auch der organisch gebundenen Phosphorsäure zu setzen (Alessi¹⁵³⁾, Mendel⁴⁰⁾, Rivano¹⁴⁷⁾, Rohde⁴⁰⁾ u. a.).
 - c) Vermehrung des Schwefels als Schwefelsäure im Harn und nach den Anfällen. [Kaufmann³⁹⁾].
Die Schwefelsäure ist sowohl anorganisch als organisch gebunden (gepaarte Schwefelsäure) erhöht. [De Buck⁴⁶⁾, Guidi und Guerri⁷²⁾, Kaufmann³⁹⁾].
4. Von größter Bedeutung ist die Stickstoffausscheidung im Harn im Anfalle und im Intervallärstadium, weil wir daraus ja auf den Eiweißstoffwechsel schließen können.
 - a) Ein typisches Ansteigen der Gesamtstickstoffausscheidung mit den Anfällen. Die Kurve der Stickstoffausscheidung geht nach den Anfällen rasch zurück und sinkt dann oft abnorm tief ab, so daß im Intervallär- und präparoxysmalen Stadium eine Stickstoffretention anzunehmen ist („zirkulierendes Eiweiß“). [Rohde⁴⁰⁾, Allers³⁸⁾].
 - b) Die Harnstoffausscheidung ist nach neuesten Untersuchungen [Rohde⁴⁰⁾] nicht typisch und wesentlich gestört.
 - c) Die Ammoniakausscheidung steigt in und nach dem Anfalle an und geht mit der Aziditätsschwankung des Harnes parallel. [Allers³⁸⁾].
 - d) Die Harnsäureausscheidung ist großen Schwankungen unterworfen, während sie in und nach dem Anfalle meistens erhöht ist [Rohde⁴⁰⁾, Allers³⁸⁾, Tintemann⁷⁸⁾], scheinen auch schon im präparoxysmalen Stadium die Harnsäurewerte anzusteigen. Sicher ist der Purinstoffwechsel als solcher als gestört zu bezeichnen. Darauf ist auch das Auftreten von Paraxanthin in erhöhten Mengen nach dem Anfalle zurückzuführen [Rachford⁴²⁾].
 - e) In einem analogen Verhältnis wie die Harnsäure steht auch das Kreatinin zum Anfalle, das in und nach den Anfällen in erhöhten Mengen im Harn erscheint [Kaufmann³⁹⁾, Allers³⁸⁾].
 - f) Schließlich treten im Harn von Epileptikern nach dem Anfalle adialysable, stickstoffhaltige Körper auf, die peptidartige Substanzen darzustellen scheinen und die Erhöhung des Aminostickstoffes des Harnes nach dem Anfalle begründen [Löwe⁷⁹⁾].

- g) Die im Anfalle sehr häufig beobachtete Albuminurie und Zylindrurie [Allers³⁸].
5. Während die Zuckerausscheidung im Anfalle in letzterer Zeit bestritten wird (Lugiato), ist das Auftreten von Azeton und Azetessigsäure nach schweren Anfällen, besonders nach einem Status epilepticus, beschrieben worden (Hoppe).
 6. Toxizität des Harnes im und nach dem Anfalle, Bourchard und Voisin, gemessen an Tierversuchen durch den Temperatursturz [Pfeiffer und Albrecht¹⁶⁰].

B. Die pathologischen Veränderungen des Blutes bei Epilepsie.

I. Chemisch-biologische Veränderungen.

1. Das spezifische Gewicht des Blutes ist nur oberflächlich studiert und soll nach Dide⁴⁵) vor den Anfällen herabgesetzt sein.
2. Die alkalische Reaktion des Blutes erleidet bei Epilepsie einige Schwankungen, die nach Schulz nicht wesentlich, nach Lui⁴⁷), Lambranzi⁴⁸), Charon und Briche⁴⁹), Pugh⁵⁰) nach den Anfällen beträchtlich vermindert sein soll.
3. Die Viskosität des Blutes erfährt vor den Anfällen eine Zunahme, nach den Anfällen eine Abnahme [Brown⁵²].
4. Der Reststickstoff ist nach Krainsky³⁷), Rohde⁴⁰), Allers³⁸) nach den Anfällen vermehrt.
5. Der Restkohlenstoff zeigt ebenfalls nach den Anfällen eine Erhöhung (Mancini zitiert nach Allers).
6. Der Eiweißgehalt des Serums ist bei Epilepsie typisch verändert, indem er als Ausdruck des Blutdruckes mit diesem vor dem Anfalle meist jäh ansteigt und nach demselben absinkt (neue eigene Befunde).
7. Der Cholesteringehalt zeigt charakteristische Schwankungen. Vor dem Anfalle Erhöhung, nach dem Anfalle rasches Absinken häufig auf subnormale Werte (neue eigene Befunde).
8. Der Antitrypsingehalt steigt vor dem Anfalle an, erreicht mit diesem seinen Höhepunkt, um dann wieder abzusinken [Rosenthal¹⁸⁶), Pfeiffer und de Crinis¹⁶⁰].]
9. Der Cholesteringehalt verhält sich wie der Antitrypsingehalt (eigene Befunde).
10. Die Gerinnung des Blutes ist vor dem Anfalle verzögert. Diese Verzögerung hört unmittelbar nach dem Anfalle auf und macht einem normalen Gerinnungsverhalten oder sogar einer Beschleunigung nach dem Anfalle Platz (neue eigene Befunde).
11. Auftreten von Fermenten im Serum eines Epileptikers, die spezifisch sind und gegen einzelne Organe — Schilddrüse, Hoden und Hirnrinde — eingestellt sind [Fauser²³), Meyer⁹⁵), Hippe¹⁹⁶) und eigene Befunde].
Außer diesen Abwehrfermenten im Sinne Abderhaldens konnten Pighini⁵⁶) und Juschtschenko⁵⁷) Nukleasen feststellen, Fermente, die Nukleinsäuren abbauen.

II. Korpuskuläre Veränderungen des Blutes [Hartmann-di Gasero⁸⁸, Zimmermann¹¹¹, Di Gaspero¹¹²].

1. Abfall der Gesamtzahl der weißen Blutkörperchen vor dem Anfälle. Vermehrung aller weißen Blutelemente nach dem Anfälle.
2. Die Lymphozyten für sich allein genommen schwanken, und zwar so, daß eine Vermehrung der Lymphozyten, Lymphozytose, mit dem Anfälle zusammenfällt.
3. Die eosinophilen Elemente sind vor und während der Anfälle vermindert, nehmen aber nach den Anfällen wieder zu und überschreiten dabei normale Werte.
4. Die basophilen Elemente zeigen nur bedeutende Schwankungen ohne besondere Charakteristik.

C. Der Liquor cerebrospinalis.

Der Liquor zeigt bei Epilepsie im Chemismus nichts Charakteristisches, ist jedoch aus bisher unbekanntem Gründen im Tierversuch giftig [Donath⁸⁵, Dide und Saquepée⁸⁶, Pellegrini⁹⁰ u. a.].

D. Veränderungen des Magensaftes.

Der Magensaft hat postparoxysmal einen erhöhten Säuregehalt und vor dem Anfälle eine Säureverminderung (Fehlen von freier Salzsäure). [Zitiert nach Allers⁸⁸.]

E. Die Veränderungen der übrigen Körpersäfte wie Speichel und Schweiß sind noch nicht eindeutig erhoben worden.

Ich habe die wichtigsten Ergebnisse aus den Stoffwechselversuchen und humoralen Befunden in den Kurven 27 und 28 des Anhangs dargestellt.

In der Kurve 27 habe ich das Diagramm von Rohde in noch die Untersuchungsergebnisse über den Eiweißgehalt, Gerinnungsfähigkeit und Cholesteringehalt des Blutes als Idealwerte meiner Untersuchungsergebnisse eingetragen.

In der Kurve 28 habe ich die von Hartmann und di Gaspero im Handbuche Lewandowsky V (Epilepsie) versuchte Darstellung der humoralen Veränderungen vom Gesichtspunkte der Eiweißzerfallstoxikose komplettiert, indem ich zu dem bisher bekannten Verhalten der weißen Blutelemente Harntoxizität des antitryptischen Serumtitres noch meine Ergebnisse von Eiweißgehalt, Blutgerinnung und Cholesteringehalt des Blutes kurvenmäßig eingezeichnet habe.

V. Schlußbetrachtungen.

Wir sehen somit bei Epilepsie tiefgehende Veränderungen im Chemismus der Körpersäfte und es drängt sich die Frage auf, in welcher Beziehung diese Veränderungen zum epileptischen Anfall stehen.

Diese Beziehungen der humoralen Veränderungen zum epileptischen Anfall kann eine verschiedenartige sein, und es ergeben sich als nächste Fragen:

A. Welche dieser Veränderungen in den Körpersäften sind eine wesentliche Bedingung des Anfalles?

B. Welche dieser Veränderungen sind akzidenteller Natur und
 C. Welche dieser Veränderungen sind eine Begleiterscheinung
 der im Anfalle beanspruchten Funktionen?

A.

Bei der Sichtung der vorliegenden humoralen Veränderungen des Epileptikers werden wir zunächst alle jene Veränderungen in den Körpersäften Beachtung schenken müssen, von denen wir wissen, daß sie geeignet sein könnten, im Organismus eine giftigen Substanzen ähnliche Wirkung zu erzeugen. Wir haben darauf hingewiesen, daß sich schon das Serum an und für sich im Tierexperiment als giftig erweist. Wenn auch der Befund Agostinis und Cololians sowie auch Cabittos, daß das Blutplasma nach dem Anfalle bei Kaninchen Krämpfe erzeuge, nicht einwandfrei bestätigt werden konnte, so steht doch fest, daß die pathologischen Veränderungen am Serum des Epileptikers ein so verändertes biologisches Verhalten zur Folge haben, daß daraus geschlossen werden kann, daß toxische Produkte im Serum vorhanden sind.

Nur so wäre es zu erklären, daß nach Ceni Epileptikerblut in Hühnereiern Mißbildungen hervorruft und das Serum eines Epileptikers nach de Buck nach Einverleibung durch Injektion bei einem anderen Epileptiker anfallerregend wirkt.

Auch bei vorsichtiger Beurteilung solcher biologischen Versuche, die von Nachuntersuchern zum Teil bezweifelt werden, sind wir durch die Harntoxizität, die nach dem Anfalle übereinstimmend bestätigt werden konnte, meiner Meinung nach berechtigt vorauszusetzen, daß bei Epilepsie nach dem Anfalle, in den Körpersäften toxisch wirkende Produkte enthalten sind die aus dem Blute durch die Nieren ausgeschieden werden können (Pfeiffer).

Über die chemische Konstitution dieser toxisch wirkenden Körper ist allerdings nichts Sicheres bekannt.

Löwe nimmt an, daß diese Körper identisch sind mit jenen adialysablen, stickstoffhaltigen Körpern im Harn, die nach Anfällen vermehrt ausgeschieden werden, im Tierexperiment anfallerzeugend wirken und sie sind von ihm als „Pesotoxine“ bezeichnet worden.

Wenn wir aber im Blute vor und während des Anfalles ein toxisches Agens annehmen, daß nach dem Anfalle zum Teil im Blute, sicher aber im Harn nachgewiesen wurde, so liegt es nahe, auch anzunehmen, daß diese toxischen Körper mit dem Anfall insofern in Beziehung stehen, als sie eine Bedingung für den Anfall darstellen können.

Die Tatsache des Erscheinens von toxischen Körpern im Harn nach dem Anfalle berechtigt vorderhand wohl zur Voraussetzung von der Anwesenheit ebensolcher vor und während des Anfalles im Blute. Die Tatsache (Pfeiffer und Albrecht), daß in Fällen chronisch epileptischer Veränderung die Toxizität des Harnes im Intervallarstadium vorhanden bleibt und vor den Anfällen sinkt, legt die ungezwungene Deutung nahe, daß die toxischen Produkte im Serum vor dem Anfalle aus irgendeinem Grunde retiniert werden und sie es sind, welche eine wesentliche Bedingung zur Auslösung so die Schädigung des Zentralnervensystems steigern des epileptischen Anfalles darstellen.

Ist solcherart ein giftig wirkender Körper in der Blutbahn für die Anfälle verantwortlich zu machen, so erhebt sich nun die Frage, wie man sich das Entstehen desselben im Organismus des Epileptikers vorzustellen hätte.

Hartmann hat wohl als erster auf greifbare Beziehungen endogener Vergiftungen des Nervensystems zu anaphylaktischen Zuständen hingewiesen und hat auf Grund der damals bekannten humoralpathologischen Veränderungen im anaphylaktischen Schock auf die Analogie mit dem epileptischen Anfalle hingewiesen. Die bekannten Toxizitätsschwankungen im Harn, die Veränderungen im Blutbild und der antitryptische Serumentiter sowie die jetzt gefundenen Analogien in der Gerinnungsfähigkeit des Blutes und im Verhalten des Lipidstoffwechsels vervollkommen die Stützen für eine solche Anschauung.

Wie Pfeiffer nun für die Anaphylaxie zur Annahme kommt, daß der anaphylaktische Schock einem jäh auftretenden Vergiftungszustand durch Überschwemmung mit giftigen Eiweißspaltprodukten gleichzusetzen ist, so sprechen die toxischen humoralen Erscheinungen am Organismus nach dem epileptischen Anfalle auch hier für eine analoge Annahme. (Harntoxizität, Toxizität des Serums in biologischer Hinsicht, Gerinnungsverzögerung.)

Im anaphylaktischen Zustande sind bei dem mit einer Eiweißart sensibilisiertem Tiere Fermente nachweisbar, die diese Eiweißart auch in vitro abzubauen imstande sind. In Analogie dürfen wir die bei Epilepsie vor, während und nach dem Anfalle auftretenden Fermente, die gegen einzelne Körperorgane eingestellt sind, als Erscheinungen einer pathologisch vor sich gehenden Innersekretion und eines ebensolchen Stoffwechsels auffassen.

Für einen pathologisch ablaufenden Stoffwechsel sprechen aber auch die Ergebnisse des Gesamtstoffwechsels, besonders im Intervallärstadium.

Der Gesamtstoffwechsel zeigt nämlich eine Stickstoffretention im Intervallärstadium, ohne daß es zu einem Eiweißansatz und damit zu einer Änderung des Gewichtes käme.

Allers spricht daher von einer Vermehrung des „zirkulierenden Eiweißes“. Ob dieses noch hochmolekular ist oder nicht, ist wohl noch nicht zu entscheiden. Immerhin ist es auffällig, daß vor dem Anfalle mit der Retention des zirkulierenden Eiweißes auch die Gerinnung des Blutes verzögert ist — wie bei der Peptonvergiftung und dem anaphylaktischen Schock.

Bemerkenswert ist nun der Zusammenhang mit den humoralen Veränderungen, die bisher bekannt sind:

Im intervallären und präparoxysmalen Stadium Stickstoffretention in der Form des hypothetischen „zirkulierenden Eiweißes“. Nach dem Anfalle erscheint im Harn ein toxischer Körper (Pfeiffer), der nach Löwe durch das adialysable stickstoffhaltige Pesotoxin repräsentiert wird.

Es ist daher die Ansicht vertretbar, daß die N-Retention vor dem Anfall eine wesentliche Bedingung des Anfalles darstelle.

Auch die Deutung der von mir erhobenen Cholesterinbefunde wird von dieser Seite betrachtet möglich.

Nach Jobling, Peterson und Eggstein haben wir uns den anaphylaktischen Schock so vorzustellen, daß durch die Behandlung des sensibilisierten Tieres eine Veränderung der Dispersität der kolloidalen Lipide durch Immunvorgänge eintritt. Durch diese Veränderung der Dispersität der Lipide ändert sich auch deren Wirksamkeit. Da nun gewisse Lipide Hemmungskörper für die Fermenttätigkeit darstellen, wird durch ihre Ausschaltung die Ferment-

tätigkeit nicht mehr so reguliert und niedergehalten, als es der Stoffwechsel des Organismus erfordert, sondern es werden durch die Fermente jene Körper — Eiweißkörper — abgebaut, gegen welche die Fermente gerichtet waren. Bei diesem Abbau bilden sich giftige Spaltprodukte, die das Bild des anaphylaktischen Schockes verursachen.

Das Cholesterin ist nun, wie ich gefunden habe, ein Lipoidkörper, der die Fermenttätigkeit zu hemmen vermag.

Es darf daher die Vermutung ausgesprochen werden, daß im Sonderfalle der Epilepsie der Organismus in seinem Bestreben, die Fermenttätigkeit (die ja vor dem Anfälle durch Stoffwechselforgänge eine Veränderung erfährt), niederzuhalten zur Ausschüttung seines Cholesterindepots in die Blutbahn gezwungen ist. Es wäre daher dieses Bestreben des Organismus als ein Selbstschutz zu bezeichnen, der manchmal ausreichen wird, um den epileptischen Anfall zu verhindern (Serologisches Äquivalent).

Außer den chemisch noch nicht genauer erfaßbaren, nur durch ihre biologische Wirksamkeit erkannten toxischen Produkten einer Stoffwechselstörung beim epileptischen Anfälle kommt eine wachsende Bedeutung auch den Schwankungen der Harnsäure, nach Rachford insbesondere des Paraxanthius (eines Methyl purins) zu.

Sie wird als anfallerregend bezeichnet und konnte nach dem Anfälle auch in erhöhten Mengen im Harn nachgewiesen werden.

Auch diese Produkte entstammen dem Eiweißstoffwechsel (der Nukleoproteide) und ist ihre pathologische Vermehrung ein Teilbestand der allgemeinen epileptischen Stoffwechselstörung. Es kommt ihnen deshalb eine besondere Bedeutung zu weil sie bisher nur bei Epilepsie und Migräne beobachtet wurden.

Zählen wir die oben angeführten humoralen Veränderungen zu den wesentlichen Bedingungen für den Anfall, so lassen sich andere humorale Veränderungen auf diese zurückführen.

Vor allem sind die Gerinnungserscheinungen bei Epilepsie vor dem Anfall auf die Anreicherung des Blutes mit hochmolekularen Eiweißspaltprodukten („zirkulierendes Eiweiß“), wie wir das schon oben ausführten, zu beziehen.

Auch die Steigerung des Antitrypsingehaltes des Blutes ist eine Erscheinung welche von der Cholesterinerhöhung vor dem Anfälle abhängig ist, wie ich dies auch experimentell verfolgen konnte.

Nicht zuletzt ist auch die Abnahme der Gesamtzahl der weißen Blutzellen ein Symptom für die Überschwemmung des Organismus mit giftigen Eiweißspaltprodukten, genau so wie beim anaphylaktischen Schock und der Peptonvergiftung.

B.

Für gewisse andere Erscheinungen im humoralpathologischen Verhalten können wir vorläufig annehmen, daß sie akzidenteller Art sind, oder mit dem Anfälle in zunächst noch nicht greifbaren, jedenfalls aber nicht in unmittelbar ursächlichen Beziehungen steht.

Hierher gehört vor allem die Erhöhung des Serumeiweißgehaltes vor dem Anfall und der Abfall desselben nach dem Anfall. Wie ich zeigen konnte, ist der Serumeiweißgehalt vom Blutdrucke abhängig und er steht in einem direkt proportionalen Verhältnis zu ihm.

Die typischen Schwankungen des Serumeiweißgehaltes sind daher nichts anderes als der Ausdruck der Blutdruckschwankungen bei Epilepsie.

Daß die Blutdruckveränderungen ihrerseits aber wieder von anderen, bisher noch nicht erfaßten Störungen im Organismus hervorgerufen werden, ist wohl sicherstehend.

Ob diese die Blutdruckschwankungen hervorrufenden Störungen im Organismus für die Pathogenese der Anfälle von wesentlicher Bedeutung sind, ist vorläufig noch nicht ermittelt worden. Nach den vor dem Anfälle gefundenen Blutdruckerhöhungen wäre wohl zu erwarten, daß durch die Blutdrucksteigerung auch der Filtrationsdruck der Nieren und damit auch die Harnausscheidung vermehrt werden sollte. Wenn daher vor dem Anfälle die Harnmenge von einzelnen Autoren klein gefunden wurde, so liegt darin ein bemerkenswerter Widerspruch, der auf eine Nierenschädigung bei Epilepsie vor und im Anfall zurückgeführt werden kann; hat ja auch Allers eine solche für das Zustandekommen der paroxysmalen Albuminurie und der Zylindrurie angenommen (Säurequellung).

C.

Die humoralen Veränderungen, welche endlich als Begleiterscheinung der im Anfälle beanspruchten Funktion aufzufassen sind, sind durch die Stoffwechselfersuche besser geklärt.

So können wir gewisse Erscheinungen auf die motorische Inanspruchnahme des Organismus zurückführen, und zwar vor allem auf die Muskeltätigkeit, und die Sauerstoffverarmung durch die Atmungsbehinderung. Die erhöhte Muskel-tätigkeit hat einen erhöhten Stickstoffstoffwechsel zur Folge, da durch die erhöhte Muskelarbeit im Anfälle Muskeleiweiß zugrunde geht. Daher Steigerung der Gesamtstickstoffausfuhr, Vermehrung der Kreatininausscheidung im Harn; auf die gesteigerte Muskeltätigkeit im Anfälle ist auch die Erhöhung der Phosphorsäure-, Schwefelsäure- und Milchsäurewerte zurückzuführen, wodurch die H-Ionenkonzentration (Azidität) im Blute und im Harn eine Steigerung erfährt. Dagegen sucht sich der Organismus zu schützen, indem er den Stickstoff der Harnstoffbildung entzieht und ihn in Form von Ammoniak an Säuregruppen als Salz bindet. Die Ammoniak- und die Ammoniakstickstoffwerte, welche den Ausdruck der unvollständig verbrannten Eiweißkörper sind, sind auch der Grund der Erhöhung des Reststickstoffes nach dem Anfall.

Haben wir für die Deutung bisher besprochener Veränderungen im Chemicismus der Körperflüssigkeiten Anhaltspunkte im Stoffwechsel des Epileptikers gefunden, so stehen andere humorale Veränderungen noch zur Diskussion.

So sei auf die Veränderung des Magensaftes hingewiesen, der vor dem Anfälle eine Säureverminderung aufweist, die dann nach dem Anfälle einer Erhöhung der Säurewerte Platz macht. Können wir die Säurevermehrung nach dem Anfall auf die Aziditätszunahme im Blut zurückführen, so fehlt uns die Erklärung für die Säureabnahme vor dem Anfälle. Daß diese Säureabnahme vor dem Anfälle dyspeptische Verdauungsstörungen zur Folge haben kann, die ihrerseits wieder intestinale Intoxikationen hervorrufen können, sei nur andeutungsweise erwähnt.

Die Ansicht Allers, die präparoxysmalen Veränderungen des epileptischen Anfalles von den postparoxysmalen grundsätzlich zu trennen, erfährt daher durch meine Befunde eine weitere Stütze.

Es bleibt ein großes Verdienst Allers, die bis dahin ziemlich regellos festgestellten Einzeltatsachen des pathologischen Stoffwechsels in klare Beziehungen zu den klinischen Erscheinungen gebracht zu haben. Er darf wohl als der erste bezeichnet werden, welcher durch die Annahme der Retention des Stickstoffes in Form des „zirkulierenden Eiweißes“ im präparoxysmalen Stadium den Kernpunkt der Beziehungen zwischen Stoffwechselstörungen und Anfall erfaßt zu haben.

Wir ersehen aus den Ergebnissen der Stoffwechselchemie und dem Studium der humoralen Veränderungen bei Epilepsie, daß die fermentativen Vorgänge des Stoffwechsels eine wesentliche Abänderung erfahren haben müssen.

Es darf nach allem mit größter Wahrscheinlichkeit als feststehend bezeichnet werden, daß toxische Zwischenprodukte des Eiweißstoffwechsels das Ergebnis dieses pathologischen Vorganges sind.

Mit gleicher Sicherheit darf diesen toxischen Produkten die krampferregende Wirkung beigemessen werden.

Die fermentativen Stoffwechselforgänge sind von dem hemmenden oder fördernden Einflusse der Lipide abhängig. Diese können demnach als deren Regulatoren bezeichnet werden.

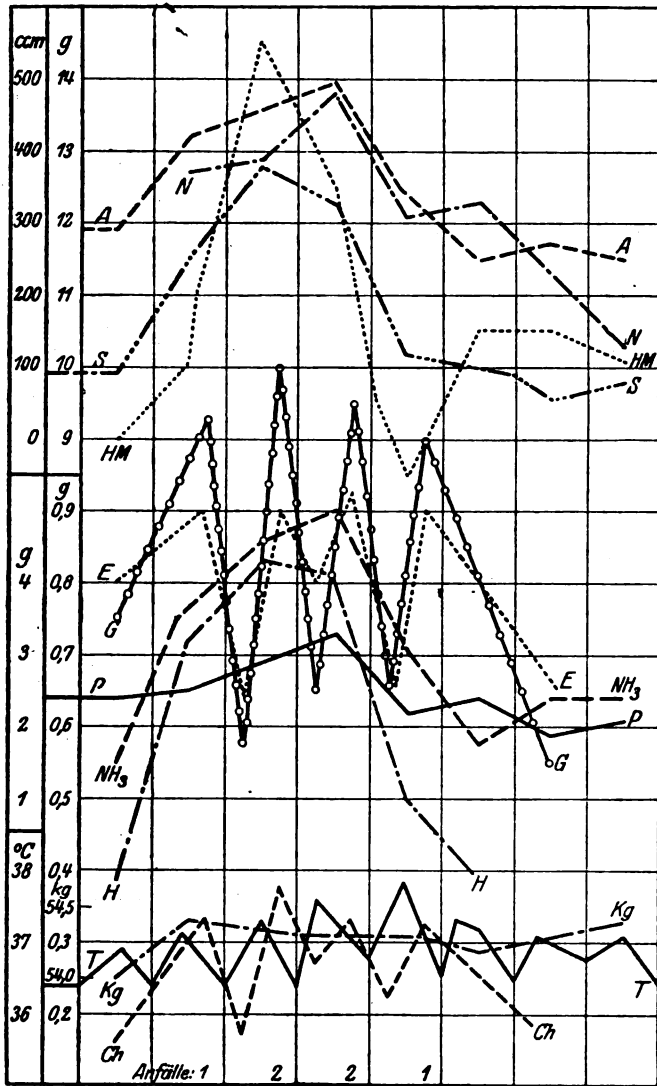
Infolge der von mir beim epileptischen Anfall gefundenen Veränderungen des Lipidstoffwechsels, zunächst des Cholesterins, wird ein neuer Ausgangspunkt für die Einleitung des pathologischen Stoffwechselablaufes beim epileptischen Anfall aufgedeckt.

Hat die von Hartmann angenommene Analogie des anaphylaktischen Schocks mit dem epileptischen Anfall durch die seitherigen Ergebnisse der Stoffwechseluntersuchungen und humoralen Veränderungen noch weitere Stützen erhalten, so glaube ich mich auf Grund meiner Ergebnisse in Hinsicht der die Fermentwirkung hemmende Leistung des Cholesterins zur Annahme berechtigt, daß auch im anaphylaktischen Schock der pathologische Ablauf der Fermentwirkung (Stoffwechsel) durch eine Beeinträchtigung der Leistungen von Lipoiden, speziell des Cholesterins, eingeleitet wird.

Die von mir auf Grundlage dieser Tatsachen im Lipidstoffwechsel begonnenen Versuche der Behandlung des epileptischen Anfalles haben bisher außerordentlich günstige Erfolge aufzuweisen und bestätigen praktisch die Ergebnisse meiner Untersuchungen¹⁾.

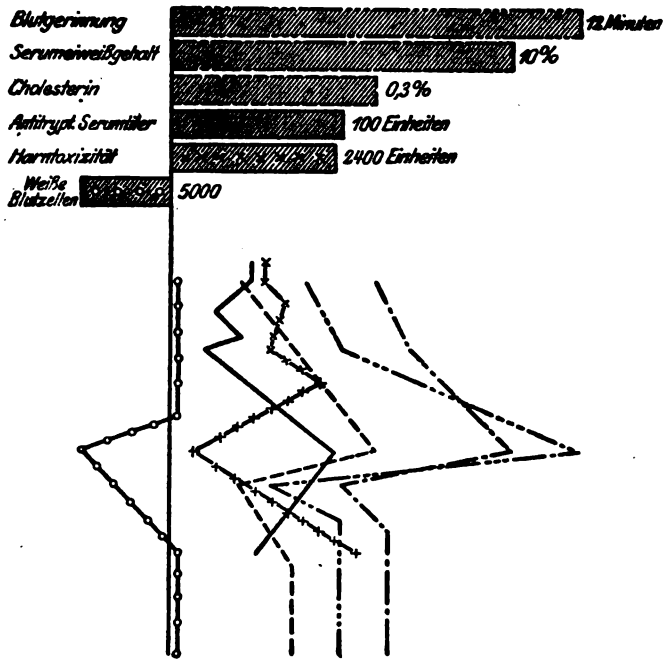
¹⁾ Wird anderwärts veröffentlicht. H. Pfeiffer hat auf diese meine Versuche schon in einem Vortrage (Wien. klin. Wochenschr. 1919, Nr. 52) hingewiesen.

VI. Kurvenmäßige Darstellung der Ergebnisse aus den Stoffwechselversuchen und den humoralen Befunden.



- N Ausfuhr in g
- NH₃ Ausfuhr in g
- H Harnsäureausfuhr in 0,1 g
- HM Harnmenge in 100 cm³
- Körpergewicht in kg.
- P Phosphorsäure
- T Temperatur
- A Azidität in 100 cm³ $\frac{1}{10}$ N-Säure
- S Azidität d. Ätherextrakts in 100 cm³ $\frac{1}{10}$ N-Säure
- Ch Cholesterin in 0,1%
- E Eiweißgehalt in %
- G Gerinnung in Minuten

Kurve 27. Stoffwechseldiagramm nach Rohde, durch die eigenen Befunde vervollständigt.



Kurve 28. Kurvenmäßige Darstellung der humoralen Veränderungen vor, im und nach dem Anfälle.

VII. Literatur.

Einleitung A.

1. Zitiert nach H. Pfeiffer, Das Problem der Eiweißanaphylaxie. Fischer, Jena 1910.
2. Lewis, Journ. of experim. med. 1907.
3. Flexner, Journ. of experim. med. 1908.
4. Hericourt und Richet, Compt. rend. de la soc. de biol. 1898.
5. Behring und Kitachima, Berl. klin. Wochenschr. 1901.
6. Knorr, Habilitationsschrift Marburg 1895.
7. Salomonson und Madsen, Ann. de l'inst. Pasteur 1897.
8. v. Pirquet und Schick, Die Serumkrankheit. Leipzig-Wien 1905.
9. Chaffard, Boidur und Laroche, Anaphylaxie hydralique experimental C. R. 67. 1909.
10. Wolff-Eisner, Das Heufieber. München, Lehmann 1906.
11. Weichard und Pilz, Experimentelle Studien über Eklampeie. Münch. med. Wochenschrift 1906.
12. Rosenan und Anderson, Journ. of the Amer. med. assoc. 62. 1906.
13. R. Franz, Wien. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 51; Arch. f. Gynäkol. 96, Nr. 1.
14. Friedberger, Fortschritte der deutschen Klinik, II. Bd. Urban und Schwarzenberg 1911.
15. Zit. nach Friedberger, l. c.
16. a) H. Pfeiffer, Wien. klin. Wochenschr. 1911, Nr. 16; diese Zeitschr. 1911, Heft 5/6, Heft 1.
 - b) Pfeiffer und Mita, Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 4. 1909; 6, Heft 1 u. 5. 1910.
 - c) Pfeiffer und Albrecht, Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 9, Heft 3. 1912.
 - d) Pfeiffer und Jarisch, Zeitschr. f. Immunitätsforsch. 16. 1912.
 - e) Pfeiffer, Neue Gesichtspunkte zum Nachweis von Eiweißzerfallstoxikosen. Mitt. d. Ver. d. Ärzte in Steierm. 1912, Nr. 8.
 - f) Pfeiffer und de Crinis, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 18, Heft 4. 1913.
17. Jasch, Münch. med. Wochenschr. 1913.
18. I. Rosenthal, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910.
19. Simonelli, Riv. di Pathologica nervosa e mentale 1910.
20. Juschtschenko, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 8, Heft 2. 1911.
21. R. Franz, Arch. f. Gynäkol. 1914.
22. Abderhalden und Pinkussohn sowie andere Mitarbeiter zahlreicher Arbeiten in der Zeitschr. f. physikal. Chemie 1909—1911.
23. Fauser, Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 11.
24. Binswanger, Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 42.
25. Wegener, Münch. med. Wochenschr. 1913, S. 1197; 1914, S. 15.
26. Kafka, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 18. 1913; Med. klin. Wochenschr. 1914, Nr. 4.
27. Johannes Fischer, Dtsch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 44.
28. de Crinis, Fermentforschung 1, Heft 4.
29. Jessen, Med. Klin. 9. 1913.
30. Lampé, Münch. med. Wochenschr. 61. 1914.
31. Abderhalden, Fermentforschung 1.
32. Allmann, Dtsch. med. Wochenschr. 40. 1914.
33. Oeller und Stephan, Münch. med. Wochenschr. 41. 1914.
34. Epstein, Wien. klin. Wochenschr. 26, Nr. 17.
35. de Crinis und Mahnert, Fermentforschung 2, Heft 2.
36. Anton Alle, zit. nach Binswanger, Epilepsie.
37. a) Nothnagel, Dtsch. Archiv f. klin. Med. 1886.

37. Krainsky, Allg. Zeitschr. f. Psych. 1898.
38. Allers, Journ. f. Psychol. u. Neurol. **16**. 1910; Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Sammelreferat **4**. 1912.
39. Kaufmann, Stoffwechsel bei Psychosen II. Epilepsie. Jena 1908.
40. Rohde, Dtsch. Archiv f. klin. Med. **75**. 1908.
41. Haig, Berlin 1910.
42. Rachford, Med. News 1894.
43. Vorster, zit. nach Kraepelin, Psychiatrie 1913.
44. Feré, zit. nach Kraepelin, Psychiatrie 1913.
45. Dides, zit. nach Kraepelin, Psychiatrie 1913.
46. De Buck, Bull. de la soc. de med. experim. de Belgique 1907.
47. Lui, Riv. sperim. de freniatria **24**, 1. 1898.
48. Lambrazani, Riv. di Patologica nervosa e mentale 1894.
49. Charon et Briche, Arch. de Neurol. 1897.
50. Pugh, Journ. of mental Sc. **49**, 71. 1903.
51. Masoin, Ann. méd. physiolog. **63**, 416; Arch. de phyrmaecodynamie. Paris 1904.
52. Araki, Zeitschr. f. physiol. Chemie **15**. 1891.
53. Brown, Journ. of mental Sc. **56**. 1910.
54. Rosenthal, Zeitschr. f. Neurol. u. Psych. **3**. 1910.
55. Pfeiffer und de Crinis, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **18**, S. 435.
56. Pighini, Biochem. Zeitschr. **33**. 1911.
57. Juschtschenko, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **8**. 1911.
58. Agostini und Cololian, zit. nach Kraepelin, Psychiatrie 1913.
59. Ceni, Riv. sperim. de Freniatria 1910.
60. Catola, zit. nach Kraepelin.
61. Hebold und Bratz, zitiert nach Kraepelin.
62. Sala und Rossi, Neurol. Centralbl. 1903.
63. Teeter, Amer. journ. of insanity **51**, 330.
64. Flint, New York med. Journ. 1897.
65. Pighini, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **4**. 1911.
66. Hornstein, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **6**. 1911.
67. Feré, Compt. rend. de la soc. de biol. 1890.
68. Alessi und Pieri, Il manicomio **18**. 1902.
69. Rabow, Arch. f. Psych. **7**. 1877.
70. Blanda, Il Pisani **29**. 1908.
71. Journ. of Physiol. **23**.
72. Guide e Gueri, Ann. de Istituto psych. della R. Univ. die Roma **3**. 1904.
73. Loewe, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. **4**. 1911.
74. Pacoli, zit. nach Kraepelin.
75. Huppert, Arch. f. Psych. **7**. 1877.
76. Voisin, L'épilepsie. Paris 1897.
77. Voisin et Peron, Arch. de Neurol. **23**. 1892.
78. Tintemann, Handschr. f. Psych. u. Neurol. **24**. 1908.
79. Rossi, Ann. di freniatria **5**. 1895.
80. Skuletzky, zit. nach Kraepelin.
81. Tomassini, Il Manicomio **24**. 1908.
82. Baugh, Journ. of mental Sc. **56**. 1910.
83. Kempner, Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1905.
84. Cabitto, Riv. sperim. di Freniatria **23**. 1897.
85. Donath, Med. News **86**. 1905.
86. Kutscher und Rielander, zit. nach Kraepelin.
87. Kaufmann und Handelsmann, zit. nach Kraepelin.
88. Dide und Saquepec, Tribune med. **30**, 1899.
89. Pelegri, zit. nach Kraepelin.
90. Subsol, zit. nach Kraepelin.
91. Bourchard, Compt. rend. Arch. Soc. **182**.
92. Voision, Epilepsie. Paris 1897.
93. a) Hartmann u. Schrottenbach, Handbuch d. Neurologie, **3**, 1108.

93. b) Hartmann, Verhandlungen deutscher Nervenärzte, 82, Hamburg 1912.
 93. c) Hartmann und di Gaspero Lewandowsky, Handbuch der Neurologie, V.
 94. Pfeiffer, Wien. klin. Wochenschr. 1909.
 95. Mayer, Münch. med. Wochenschr. 1914.
 96. Hippel, Fermentforschung 1. 1915.
 97. Fuchs und Rosenthal, Wien. med. Presse 1904.
 98. Naegeli, Blutkrankheiten und Blutdiagnostik. Lehrbuch. Leipzig 1912.
 99. Lundwall, Hygiea 1907, Nr. 11.
 100. Jödicke, Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 20.
 101. Sauer, Dtsch. Zeitschr. f. Nervenheilk. 49. 1913.
 102. Schultz, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 64. 1907.
 103. v. Schilling-Torgan, Dtsch. med. Wochenschr. 1911.
 104. v. Hoesslin, Münch. med. Wochenschr. 1907—1913.
 105. Krumbmiller, Wien. klin. Wochenschr. 1902.
 106. Bruce und Perbles, Journ. of mental So. 1904.
 107. Neusser, Wien. med. Presse 1892.
 108. Gorrieri, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1913.
 109. Morselli, Epilepsie 1909.
 110. Campioni, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 1910.
 111. Zimmermann, Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 28. 1915.
 112. di Gaspero, Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 59. 1918.
 113. Schlecht, Münch. med. Wochenschr. 1913, Nr. 13.
 114. Schlecht, Arch. f. experim. Pathol. u. Therapie 1912; Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1910.
 115. Biedl und Kraus, Wien. klin. Wochenschr. 1909, Nr. 11; 1910, Nr. 11.
 116. Pirquet und Schick, Die Serumkrankheit. Wien 1907.
 117. Bienenfeld, Jahrb. f. Kinderklin. 65. 1909.

[Schwankungen des Serumeiweißgehaltes.

118. Reiss, Ergebnisse der intern. Med. u. Kinderheilk. 10. 53. 1903.
 119. Herlitzka, Biolog. 1. Nr. 2, 1907; Arch. ital. der biol. 1907.
 120. Robertson, Journ. of Biolog. Chem. 8. 1910.
 121. de Crinis, Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 42, Heft 2, S. 69.
 122. Böhme, Dtsch. Arch. f. klin. Med. 1911, S. 103.
 123. Schwenker, Inaug.-Diss. Kiel 1911.
 124. Strauss, Zeitschr. f. klin. Med. 60, 501. 1906.
 125. Widal, Benard und Vaucher, Rec. a. men. mol. med. et chirurg. Juli 1911.
 125. a) Tuffier e Mante, Indice de refract. du serum sanguin. dans les affections chirurgicales Tribune med. 1905.
 126. Cramer, Münch. med. Wochenschr. 1892.
 127. Erb, Arch. f. klin. Med. 88, 36.
 128. Besta, Epilepsie I. 1910, S. 416.

Gerinnung.

129. Zack, Arch. f. experim. Pathol. u. Therapie 71. 1912.
 130. Bordet und Delange, zit. nach dem Arch. f. experim. Pathol. u. Therapie 71, Heft 4.
 131. Vierordt, Arch. f. Heilk. Jg. 19, S. 193. 1878.
 132. Bürker, Arch. f. d. ges. Physiol. 102, 36.
 133. Schmerz und Wischo, Mitt. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. 30, Heft 2. 1917.
 134. Ebeler, Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gynäkol. 36, Heft 2.
 135. Bauer, XXV. Deutscher Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden 1913; J. Bauer Marianne Bauer, Jocke, Münch. med. Wochenschr. 1914, S. 320.
 136. Kanders, Münch. med. Wochenschr. 1907, S. 397.
 137. Hauptmann, Vortrag auf der 34. Wanderversammlung der süddeutschen Neurologen und Irrenärzte, Baden-Baden 1913.
 138. Addis, Edinburgh Med. Journ. Juli 1910.
 139. Magnus und Alsleben, Zeitschr. f. klin. Med. 80, Heft 2.
 140. Engelmann und Ebeler, Monatsschr. f. Geburtshilfe 36, Heft 2.
 141. Besta, Riforma med. 1906, Nr. 43 (Epilepsie I, 1910).

142. Perugia, *Il Morgagni*. Okt. 1908.
143. Turner, *Journ. of mental Sc.* 53. 1907.
144. Bürker, *Archiv. f. d. ges. Physiol.* 102, 118.
145. Kaufmann, *Der Stoffwechsel bei Psychosen. II. Epilepsie*. Jena 1908.
146. Masoin, *Arch. f. d. Pharmakodynamie*. Paris 1908.
147. Rivano, *Ann. di freniatria* 2, 105. 1889.
148. Roncoroni, *Arch. di Psiciatria* 24. 1903.
149. Teeter, *Amer. Journ. of insanity* 51, 330.
150. Vires, *Montpellier méd.* 20, 225. 1905.
151. Krainsky, Charkow 1896, zit. nach Allers *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 4, 833. 1912.
152. Agostini, *Riv. sperim. di Freniatria* 18, 483. 1892.
153. Alessi, *Riforma med.* 1896.
154. Stadelmann, *Allg. med. Zentralztg.* 1906, S. 829.
155. Haig (2. Aufl.). Berlin 1910.
156. Klein, *Neurol. Centralbl.* 27, 277. 1908.
157. Tomini, *L'epilepsie*. Torino 1890.
158. Pfeiffer, *Mitt. d. Ver. d. Ärzte in Steiermark* 1912, Nr. 2.
159. Feré, *Les epilepsies et de epileptique*. Paris 1890.
160. Lepine et Jaquin, *Rev. de Med.* 1879.
161. Voisin et Oliviero, *Compt. rend. de la soc. de biol.* 1892.

Über den Lipoidgehalt im Serum bei Epilepsie.

162. Ivar Bang, *Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk.* 3, 447. 1909.
163. Goodman, *Hofmeisters Beitr.* 9, 91. 1907.
164. Adami und Anhoff, *Prov. Royal. Sec.* 78, 395. 1906.
165. Panzer, *Zeitschr. f. physikal. Chemie* 48, 519. 1906; 54, 239. 1907.
166. Windaus, *Zeitschr. f. physikal. Chemie* 65, 110. 1910.
167. Kawamura, *Die Cholesterinverfettung*. Fischer, Jena 1911.
168. Flint, *Stercorine and cholesterinaemia*. New York med. Journ. 1897.
169. Pighini, *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. Orig.* 4, 629. 1911.
170. Authenrieth und Funk, *Münch. med. Wochenschr.* 1913, S. 1243.
171. Wacker und Hueck, *Arch. f. experim. Pathol. u. Therapie* 41, 373.
172. Hufmann, *Minni Zentralbl. f. Gynäkol.* 1915, Heft 2—3.
173. Stepp, *Münch. med. Wochenschr.* 1918, Nr. 29, S. 781.
174. *Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1918, S. 128.
175. Weltmann, *Münch. med. Wochenschr.* 1913, S. 1284.
176. Havers Baemeister, *Dtsch. med. Wochenschr.* 1914, S. 386.
177. O. Weltmann, *Münch. med. Wochenschr.* 1913, S. 1384.
178. Binswanger, *Die Epilepsie*. Hölder, Wien und Leipzig 1913.
179. Binswanger, *Münch. med. Wochenschr.* 60, 2321. 1913.
180. Mayer, *Münch. med. Wochenschr.* 61, 703. 1914.
181. v. Hippel, *Fermentforschung* 1, 233. 1915.
182. Jobling, Petersen und Eggstein, *Zeitschr. f. Immunitätsforsch.* 24. 1916.
183. Jobling, zit. nach Jobling und Petersen, *Zeitschr. f. Immunitätsforsch.* 23, 71. 1915.
184. Jobling und Petersen, *Zeitschr. f. Immunitätsforschung* 23, 71. 1915.
185. Jobling und Petersen, *Zeitschr. f. Immunitätsforsch.* 24, 292. 1915.
186. Rosenthal, *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 3, 588. 1910.
187. Rosenthal, *Folio serologica* 6, 285. 1910.
188. Thudichum, *Die chemische Konstitution des Gehirnes des Menschen und der Tiere*. Tübingen 1901.
189. Benedicenti, zit. nach Allers 38.
190. Ruszniak, *Deutsche med. Wochenschr.* 1912, Nr. 4.
191. Schneider, *Monatsschr. f. Psychiatrie* 45, 1919.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON
O. FOERSTER-BRESLAU UND K. WILMANN-HEIDELBERG

HEFT 23

**BEITRÄGE ZUR ÄTIOLOGIE
UND KLINIK DER SCHWEREN
FORMEN ANGEBORENER
UND FRÜH ERWORBENER
SCHWACHSINNSZUSTÄNDE**

MIT EINEM ANHANG
**ÜBER LÄNGEN- UND MASSENWACHSTUM IDIOTISCHER
KINDER**

VON

DR. A. DOLLINGER

OBERARZT AM KAISERIN AUGUSTE VICTORIA HAUS, REICHSANSTALT ZUR BEKÄMPFUNG DER
SÄUGLINGS- UND KLEINKINDERSTERBLICHKEIT, CHARLOTTENBURG
(DIREKTOR: PROF. DR. LANGSTEIN)

MIT 22 KURVEN



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1921

Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.
Copyright 1921 by Julius Springer in Berlin.

Vorwort.

Die Arbeit ist ein Versuch, ihr Hauptzweck Anregung zu geben das große und in verschiedenster Beziehung so wichtige Gebiet der schweren Grade früh-kindlichen Schwachsinnns von neuem zu bearbeiten und aufzuräumen mit den vielen und alten Vorurteilen, die heute noch auf diesem Gebiete wie eine „ewige Krankheit“ sich von Buch zu Buch forterben.

In der Einleitung unterziehe ich die üblichen in der Literatur genannten ätiologischen Momente einer kurzen Kritik, wobei selbstverständlich die ungeheuere Fülle des einschlägigen Schrifttums nur zum geringen Teil und nur in seinen markantesten Vertretern herangezogen werden konnte. Im nächsten Abschnitt versuche ich die Aufstellung eines neuen Einteilungsprinzips. Der dritte und letzte soll an Hand meines Materials den Beweis erbringen, daß das vorgeschlagene System praktisch verwertbar ist, daß sich die meisten von mir beobachteten Formen ihm zwanglos einreihen lassen. Der Anhang endlich ist unter Zugrundelegung der im Hauptteil besprochenen Fälle Wachstumsstudien gewidmet, wobei ich zu anderen Resultaten komme wie die Mehrzahl älterer Bearbeiter dieses Themas. — Es scheint mir nicht unwichtig hier schon zu betonen, daß sich meine gesamten Ausführungen nur auf schwere und schwerste Formen kindlichen Schwachsinnns beziehen.

Ich weiß — und ich erhoffe es auch —, daß die Kritik, besonders von neurologischer Seite, sich mit meinen Anschauungen beschäftigen wird; Hauptsache aber bleibt, daß daraus diesem Zweige unserer Wissenschaft Vorteile erwachsen werden, nicht zuletzt in therapeutischer Hinsicht. Und dies habe ich gewollt.

Charlottenburg, 2. März 1921.

A. Dollinger.

THE

ANNALS

OF THE

ROYAL SOCIETY OF LONDON

FOR THE YEAR 1866

AND

FOR THE MONTHS JANUARY, FEBRUARY, MARCH, AND APRIL, 1867

BY

THE SECRETARY OF THE SOCIETY,

JOHN STURGEON.

LONDON:

PRINTED BY

WILLIAM CLAY AND COMPANY, BUNGAY, SUFFOLK.

1867.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
I. Einleitung	1
Material	2
Ursachen	3
Erbliche Belastung	4
Blutsverwandtschaft der Eltern	5
Alter der Eltern; Kinderzahl	5
Erst- und uneheliche Geburt	6
Polymorbidität und -Letalität in der Familie	6
Toxische Belastung (Alkohol)	7
Infektiöse Belastung (Tuberkulose, Lues)	8
Ernährungsstörungen (im weitesten Sinne)	8
Rachitis	8
Enterale Störungen	9
„Fötale“ Ernährungsstörungen	10
Akute und chronische Intoxikationen	10
Erkrankungen und psychische Schädigungen der schwangeren Mutter	11
Kinderkrämpfe (Epilepsie, Spasmophilie)	11
Häufigkeit der Frühgeborenen unter den kindlichen Idioten	12
II. Einteilung	15
Historische Prinzipie	15
Eigenes	16
III. Die einzelnen Krankheitsbilder	18
A. Durch intrauterine Wachstumsstörungen mit Ausschluß der durch Traumen oder Infektionen bedingten	18
a) Grobe, makroskopisch wahrnehmbare Mißbildungen des Gehirns mit oder ohne Beteiligung seiner Umhüllungen	18
α) Defektbildungen ohne bestimmte Schädeldeformitäten	19
β) „Idiopathische“ Hydrozephalie	21
γ) Echte oder primäre Mikrozephalie	22
δ) Echte oder primäre Pygozephalie	22
b) Störungen im feineren Aufbau des Zentralnervensystems	26
α) Tuberöse Sklerose	26
β) Infantile Form der familiären amaurotischen Idiotie	26
γ) Idiotie als Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen des Nervensystems („Begleitidiotien“)	32
δ) Mongoloide Idiotie	36
c) Schwachsinn bei angeborener oder früh erworbener mangelhafter Ausbildung oder Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion:	
α) Thyreogener	40
B. Durch infektiöse, toxische, embolische, thrombotische oder sklerotisierende Prozesse des Gehirns mit oder ohne Beteiligung der Meningen	41
I. Enzephalitis, Meningitis, Meningozephalitis usw. non luetica	41
II. Encephalitis usw. luetica	46
III. Die unter einem der postepileptischen Demenz ähnlichem Bilde verlaufende Gehirnkrankung („Epileptoide Idiotie“)	48

	Seite
C. Durch traumatische Schädigungen des Gehirns	52
I. Pränatale	53
II. Natale:	
a) Am normalen Ende der Schwangerschaft	53
b) Bei Frühgeborenen	64
III. Postnatale	70
IV. Schlußbemerkungen (Prophylaxe, Therapie, Rassenhygiene, soziale Fürsorge, Statistisches)	72
Anhang	74
Über Längen- und Massenwachstum bei Kindern mit schweren Formen angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn.	
I. Literatur	74
II. Methodisches	75
III. Die einzelnen Krankheitsbilder	76
IV. Ergebnisse	91
Literaturverzeichnis	93

I.

Das „autistisch-undisziplinierte Denken“ (Bleuler) feiert in der Medizin besondere Orgien in der Frage der Ätiologie der angeborenen und früh erworbenen geistigen Schwächezustände. Dies ist wohl mit ein Grund, daß immer noch von dem „Wirrsal“, dem „Chaos“ der Formen kindlicher Idiotie gesprochen wird, aus dem erst einige wenige scharf umschriebene klinische Bilder herauszulösen gelungen ist. Die „üblichen, unkontrollierten und deswegen ganz bedeutungslosen Statistiken über die Häufigkeit der Geisteskrankheiten zeigen nur zu deutlich“, wie — um wieder Bleulers Worte zu gebrauchen — „nicht Wahrheit, sondern Erfüllung von Wünschen, zufällige Ideenverbindungen, vage Analogien, vor allem aber affektive Bedürfnisse“ die Stelle „strengen realistisch-logischen Denkens“ ersetzen. — Wird ein geistig defektes Kind dem Psychiater vorgeführt, so erweckt häufig die Familiengeschichte des kleinen Patienten in erster Linie sein Interesse. Wie oft tritt heißes Bemühen, irgendwelche belastenden Momente in der Aszendenz zu ergründen, vor eine genaue Erforschung der Lebensschicksale des Kranken selbst und erscheint manchmal wichtiger als das Fahnden auf etwaige, meist nicht zu missende körperliche Symptome. Daß eine solche Art des Vorgehens schwerwiegende praktische Folgen zu zeitigen imstande ist — z. B. bezüglich des Rates zur Zeugung weiterer Nachkommenschaft —, weiß jeder Arzt aus eigenster Erfahrung.

Von pädiatrischer Seite ist dem Studium des kindlichen Schwachsinn bis jetzt leider nicht das genügende Interesse entgegengebracht worden, obwohl gerade der Kinderarzt in dieser Frage weit kompetenter sein dürfte als der Psychiater. Die Angaben zu diesem Thema in den gebräuchlichen Lehr- und Handbüchern der Kinderheilkunde beschränken sich deshalb auch meist nur auf eine unveränderte Wiedergabe dessen, was zur Zeit psychiatrische Meinung ist.

So schreibt z. B. Ibrahim in der letzten Auflage des Feer: „Unter den Ursachen des angeborenen Schwachsinn stehen der Alkoholismus der Eltern, die Syphilis und Schädigungen, die das Kind in seiner Embryonalentwicklung treffen, Schwangerschaftsmisere u. dgl. an erster Stelle.“ — Wie überwertig so das Mysterium „erbliche Belastung“ für den Neurologen werden kann, soll folgendes aus der viel zitierten Arbeit Koenigs über die zerebrale Kinderlähmung, auf deren engen Zusammenhang mit dem Schwachsinn später ausführlich eingegangen werden soll, beleuchten: Er fand nämlich unter 70 Patienten 18mal schwere Geburt als ursächlich in Frage kommend, doch konnte diese schließlich (warum ?) nur bei 8 als ätiologisches Moment gelten und auch von diesen glaubt er noch 6 weitere ausscheiden zu können (1 mal Vater Potator, 1 mal Mutter nervenleidend, 2 mal Alteration während der Gravidität, 1 mal Eltern blutsverwandt, 1 mal psychisches Trauma der schwangeren Mutter). Bleiben also schließlich und endlich ganze 2 von ursprünglich 18.

Auf eine Definition der Idiotie kann hier wohl verzichtet werden. Eine Trennung der angeborenen, pränatalen und natalen, von den früh

erworbenen Defektzuständen vorzunehmen, ist wenig glücklich, denn einerseits zeigen im klinischen Bilde die in den ersten Lebensjahren akquirierten mit den angeborenen eine weit größere Ähnlichkeit als mit den im späteren Leben auftretenden, andererseits aber ergeben sich auch rein praktisch mancherlei Schwierigkeiten.

Was Ibrahim bezüglich der zerebralen Diplegien des Kindesalters ausführt, gilt in gleichem Maße auch für die psychischen Störungen: „Wir dürfen nicht vergessen, daß die Geburtsschädigungen ihre Folgen überhaupt erst extrauterin erkennen lassen, so daß sich die dadurch bedingten Krankheitserscheinungen in der Regel erst allmählich einstellen, daß aber auch in utero sich abspielende Vorgänge bei der Geburt noch nicht ihren Abschluß gefunden zu haben brauchen, da sie vielleicht erst nach Monaten unseren diagnostischen Hilfsmitteln erkennbar werden“¹⁾. Zu diesem Punkte möchte ich nur auf die zerebralen Prozesse kongenital-luetischer Natur hinweisen, bei denen häufig nur der Infekt angeboren ist, während die spezifische Erkrankung im Bereiche des Schädels erst einen postnatalen Erwerb darstellen kann. — Besonders erschwerend ins Gewicht fällt bei der Nachfrage nach den ersten Zeichen einer anormalen geistigen Entwicklung die Unzuverlässigkeit der elterlichen Angaben, wozu meist noch eine Diskontinuität in der ärztlichen Beobachtung kommt. — Eine Festsetzung der oberen Grenze des Begriffes „früherwornen“ ist selbstverständlich stets eine rein willkürliche; ich nehme hier als solche das 3.—4. Lebensjahr an, die Zeit, in der die erste Etappe in der Sprachentwicklung erreicht ist.

Das Material, auf das sich meine Untersuchungen aufbauen, besteht aus 70 Kindern²⁾ und stammt aus den ersten 11 Jahren des Bestehens des Kaiserin Auguste Victoria Hauses. Es ist anamnestisch, klinisch und katamnestic auf's genaueste verfolgt, so daß dadurch die an sich kleine Zahl bedeutend an Wert gewinnt. Dazu kommt, daß durch eine Entbindungs- und Frühgeborenenabteilung, sowie die dem Hause angegliederte Fürsorgestelle und die Poliklinik sich vielfach eine von Geburt an fortlaufende Beobachtung ermöglichen ließ, andererseits daß durch die angeschlossene Station für Klassenpatienten, die ein besonders großes Kontingent an geistig schwer geschädigten Kindern stellte, alle sozialen Schichten einer Großstadtbevölkerung vertreten waren, Vorteile, die kaum eine zweite Anstalt aufzuweisen vermag.

Was die Auswahl anlangt, so sind nur die Formen schweren und schwersten geistigen Verfalls in Betracht gezogen worden: Idioten und sicher Imbezille, also die fast oder völlig Bildungsunfähigen. Ausgeschaltet wurden jene schwierigen Grenzfälle, bei denen es sich zur Zeit noch nicht mit Bestimmtheit sagen läßt, ob es sich nur um eine Verzögerung der Intelligenzentwicklung handelt. Der Grund zu dieser Festlegung liegt abgesehen von der großen Schwierigkeit in der Beurteilung der leichteren Defekte in erster Linie in dem Umstand, daß meiner Ansicht nach in ätiologischer Hinsicht bei den schweren die Verhältnisse wesentlich anders, jedenfalls einfacher liegen als bei den übrigen, insofern nämlich, als bei jenen weit weniger allgemeine, „nicht spezifische dystrophische Entwicklungsstörungen“ eine Rolle spielen als bei diesen. Von den nach zu kurzer Beobachtungsdauer oder in frühestem Alter gestorbenen Kindern wurden nur die mit herangezogen, bei denen die quoad Intelligenz ungünstig gestellte Prognose eine wohl absolut sichere (z. B. Mongolismus, fam. amaurotische Idiotie) oder anatomisch erhärtete war. Daß alle in Betracht kommenden Fälle ohne Ausnahme und ohne Auswahl verwandt wurden, braucht wohl nicht besonders betont werden.

Auf die Häufigkeit dieser schweren Defektzustände überhaupt in den Belegziffern unseres Hauses, sowie auf einen Vergleich mit den Statistiken anderer Anstalten einzugehen, möchte ich unterlassen, dazu ist das jeweilige Material zu ungleich und die Gesichtspunkte.

¹⁾ Es ist mithin nicht konsequent, wenn die fam. amaurotische Idiotie unter „erworbene Defektpsychosen“ eingereiht wird, wie es von verschiedenen Seiten noch immer geschieht.

²⁾ Die Numerierung der Fälle geht bis 66; 4 weitere Patienten, die erst während der Bearbeitung zur Beobachtung kamen, sind mit A—D bezeichnet.

nach denen diese aufgestellt sind, zu verschieden, als daß daraus halbwegs gut vergleichbare Resultate zu erwarten wären. Auch wird die Benutzung dieser Angaben, wie auch der Literatur ungemein dadurch erschwert, daß in den meisten Arbeiten die einzelnen Grade des kindlichen Schwachsinn nicht gesondert aufgeführt werden.

Der Ursachen, die zu angeborenen oder früh erworbenen Defekten führen sollen, sind gar viele angegeben, einer Kritik jedoch halten meines Erachtens nur wenige stand. Hoche, dessen sonstigen Ausführungen, vor allem bezüglich der Erblichkeit man nur voll und ganz zustimmen kann, geht aber wohl doch zu weit mit einer Behauptung wie dieser: „Wenn wir ehrlich sind, müssen wir sagen: Wir kennen auf dem Gebiete der Geisteskrankheiten Voraussetzungen, Bedingungen, mitwirkende Umstände, auslösende Momente, aber fast gar keine reinen Ursachen der geistigen Erkrankungen.“ — Ich muß verzichten auf all die vermeintlichen Faktoren hier einzugehen und beschränke mich im folgenden nur auf die Besprechung einiger weniger. Nicht nachdrücklich genug aber muß betont werden, daß es unstatthaft und irreführend sei, aus dem zufälligen Zusammentreffen verschiedener Tatsachen oder aus solchen, die allein im Milieu oder dem Landstrich begründet sind, aus denen sich die Insassen einer Anstalt rekrutieren, weitgehende Schlußfolgerungen zu ziehen. Häufig auch, ich erinnere z. B. nur an die Krampferscheinungen in der Vorgeschichte Imbeziller, werden Anlaß und Folge, ursächliche und auslösende Momente verwechselt oder eine ätiologische Bedeutung Symptomen beigelegt, die einzig und allein nur als Begleiterscheinungen des Grundleidens aufzufassen sind. Endlich sei davor gewarnt den Angaben der Eltern, die aus einem begreiflichen Kausalitätsbedürfnis leicht dazu neigen Nebensächliches aufzubauschen oder aus Schamgefühl (z. B. bei Lues) oder Schuldbewußtsein (z. B. infolge Trauma des Kindes durch Fallenlassen usw.) Wichtiges verschweigen, allzu großes Vertrauen zu schenken. Auch an die Möglichkeit einer Suggestion der Angehörigen durch den Arzt infolge besonders eingehenden Befragens nach einer bestimmten Richtung hin muß hier gedacht werden.

In diesem Zusammenhang ist zu erwähnen, daß die oft zitierte Arbeit Pipers, eines Erziehungsinspektors, mit ihren eigentümlich anmutenden klinischen Angaben vom ärztlichen Standpunkte aus als wertlos erscheint. Dagegen möchte ich auf die neuere Arbeit Schotts (a) besonders aufmerksam machen, in der neben reicher Literatur über 1100 kindliche Fälle verarbeitet sind. Ich halte sie deshalb für wichtig, weil sie reinsten Niederschlag dessen darstellt, was heute herrschende Lehre ist. Der Gegensatz in der Meinung Schotts und der von mir ist so groß und beachtenswert genug, daß ich die ungekürzte Besprechung dieser Ausführungen durch Henneberg (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. 20) bringen will, wobei ich vor allem auf die aus der Arbeit gezogenen Schlüsse in prophylaktischer und therapeutischer Hinsicht verweise. Meine Erfahrungen dagegen deuten nach anderer Richtung. Wer Recht behalten soll, muß die Zukunft lehren; vielleicht auch liegt die Wahrheit, wie so oft, in der Mitte. Henneberg referiert:

„Gehirnerkrankungen bilden die Hauptursache des jug. Schwachsinn. Schon jetzt kann dieser in $\frac{1}{4}$ der Fälle auf organ. Gehirnveränderungen zurückgeführt werden. Auf Erblichkeit und Trunksucht als alleinige Ursachen ist $\frac{1}{4}$ der Fälle zu setzen. In $\frac{1}{4}$ der Fälle ließ sich eine Ursache nicht ermitteln. Die Bekämpfung des jug. Schwachs. ist mit dem Problem der Rassenhygiene und der soz. Fürsorge aufs engste verknüpft. In den Fällen mit erbl. Belastung liegt in mehr als $\frac{1}{4}$ der Fälle Schwachs. bei den Vorfahren vor. In anderen Fällen disponiert die e. B. wie auch die Trunksucht das Gehirn der Nachkommen zu Erkrankungen. Blutsverwandschaft und unehel. Geburt kommen als solche nicht nennenswert in Betracht. Das Wesentliche liegt in den Begleitumständen wie e. B., Trunksucht, Nikotin, Infektion, Kopfverletzungen sind nur dann von Belang, wenn eine wirkliche erhebliche Schädigung des Gehirns bedingt wurde. Das gleiche gilt von den Geburtsschädigungen. Die Gichter, welche in ca. $\frac{8}{10}$ als alleinige Ursache aufgeführt sind, müssen den Hirnleiden zugerechnet werden. Die Bekämpfung der Infektionskrankheiten und der Rachitis wird wesentlich den jug. Schwachs. einschränken. Die seelischen Schädigungen der Mutter sind Gegenstand der soz. Fürsorge. Der Kampf gegen den Schwachs. muß von den verschiedensten Seiten aufgenommen werden.“

Der erste Platz in der Genese des kindlichen Schwachsinnns wird übereinstimmend der erblichen Belastung, besonders der neuro-psychopathischen eingeräumt. Sollte es selbst möglich sein all jenes festzulegen, das überhaupt Aussicht hat vererbt zu werden, so verlöre eine solche Aufstellung schon allein dadurch völlig an Wert, daß es wohl keine Familie geben dürfte, in der, eingerechnet ihrer Seitenlinien, nicht das eine oder andere Mitglied als Träger eines in dieser Beziehung minderwertigen Erbfaktors in Betracht käme. Für die leichteren Fälle angeborenen Schwachsinnns, jene, die schon mehr in das Gebiet der funktionellen Psychosen oder der neuro-psychopathischen Konstitution hinüberspielen, mag ein derartiger Einfluß eher zugegeben werden, für die schweren Formen jedoch kommt er meines Erachtens nur für wenige, ganz bestimmte Bilder in Betracht. Die familiäre amaurotische Idiotie und die tuberöse Sklerose gehören vor allem hierher, vielleicht auch noch der Schwachsinn bei primärer Pyrgo- und Mikrozephalie, sowie der Mongolismus. Für ausgeschlossen aber halte ich es, daß die üblichen Sündenböcke, wie z. B. „Nervosität“, „Hysterie“ usw. hier mit im Spiele sind. Wer erinnerte sich hier nicht der Mahnung Schloßmanns bezüglich der Konstitutionslehre: „Weniger Diathesen, mehr Diagnosen!“?

Eine weitere Ausnahme machen höchstens jene Fälle, bei denen eine gleichsinnige, womöglich kollaterale Belastung vorliegt; verwunderlich ist dies ja keineswegs. Alle anderen diesbezüglichen Angaben aber müssen als anamnestiche Lückenbüßer oder Bequemlichkeitsdiagnosen abgelehnt werden. Mein Material wenigstens berechtigt mich voll und ganz zu dieser Behauptung, da durchwegs offenkündigere und näherliegende Ursachen auffindbar waren.

Von den zahlreichen Autoren auf diesem Gebiete führe ich nur Heubner und Weygandt (a) an, von denen ersterer in 20,7% eine hereditäre nervöse Belastung fand, letzterer aber, mit Einschluß aller übrigen Formen, sogar auf 70% kam (berechnet auf Imbezille aller Grade). Fast ebenso hohe Zahlen wie Heubner erhielt Ziehen (a). Er muß aber zugeben, „daß gerade auffällig viele Idioten überhaupt nicht neuropathisch belastet sind, daß mit anderen Worten für die schweren Fälle andere ätiologische Momente, so namentlich toxische Belastung (? Verf.) und organische Hirnerkrankungen des frühen Kindesalters eine relativ erhebliche Rolle spielen. Umgekehrt ist der Prozentsatz schwerer erblicher Belastung bei den leichteren Formen, z. B. der Debilität mit vorzugsweise ethischem Defekt unverhältnismäßig hoch“. Ebenso glaubt auch Schloß, daß Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Aszendenz „höchst selten als einzige und alleinige Ursache angeborener geistiger Defektzustände“ anzusprechen sind. „In den wenigen Fällen, in welchen eine solche Belastung als alleinige Ursache angenommen werden dürfte, fand sich beim Vater oder bei der Mutter gleichfalls ein angeborener oder in früher Jugend erworbener Intelligenzdefekt vor.“ Endlich ist noch Schott (a) zu nennen, der von 184 Fällen, bei denen erbliche Belastung als alleiniger Faktor angeführt war, in 62% derselben Schwachsinn, in 19,6% Geisteskrankheit bei den Erzeugern nachweisen konnte („wobei der weibliche Erbträger unverkennbar vorherrschte“).

Bei den Kindern meiner Beobachtungsreihe wurde trotz sorgfältig darauf gerichteter Anamnese nur 7 mal (10%) in der Aszendenz psychische bzw. nervöse Erkrankungen festgestellt. Mit Sicherheit wären diese Fälle von anderer Seite als vollgültiger Beweis des Wirkens einer hereditären Noxe angesehen worden. Bei Kind 44 litten zwei entfernte Mitglieder der väterlichen Linie anscheinend an Paranoia; bei 43 soll eine Schwester des Vaters in späteren Jahren „mannstoll“ geworden sein. Beide Kinder boten das Bild der von mir als „epileptoiden Idiotie“ (siehe da: über später) bezichneten Krankheitsform. Bei der immerhin recht entfernten Belastung, noch mehr aber in Analogie mit weiteren von anderen und mir beobachteten ähnlichen Fällen halte ich diese Ätiologie hier für wenig wahrscheinlich. — Klar lagen die Verhältnisse bei den übrigen fünf. Die Mutter des Kindes 54 war einige Jahre „schwermütig“ gewesen. Dieses selbst war nach langdauernder

Geburt wegen Beckenenge endlich durch Kaiserschnitt geboren worden. Die Sektion des mit 20 Monaten verstorbenen Patienten ergab eine alte schwere Pachymeningitis haemorrhagica und ausgedehnte Blutungen in die Ventrikel mit weitgehender Zerstörung der Gehirnschicht. Eine angebliche Hysterika war die Mutter von Fall 10, einem fam. amaur. Idioten. Die Mutter des Vaters von Kind 16 war Epileptikerin, dieses selbst ein mongoloider Idiot und Frühgeburt vom Ende des 7. Monats mit 1660 g Geburtsgewicht. Kind 56, ein mit ca. 1750 g 3 Wochen zu früh geborener Zwilling, Idiot mit Mikrozephalus und schwerem Little, hatte eine Tante väterlicherseits, die zweimal wegen schweren Nervenleidens in eine Anstalt hatte gebracht werden müssen. Die Eltern sind beide sehr nervös, die Mutter „hysterisch“. Bei Kind 3 endlich handelte es sich um einen angeborenen Hydrozephalus, das außerdem eine doppelte Hüftgelenkalaxation, sowie mit 2. Monaten noch eine auffallend starke allgemeine Behaarung zeigte. Der Fall ist mithin wohl als eine echte Mißbildung aufzufassen. In seiner Aszendenz fand sich eine Cousine der Mutter, die seit langem gelähmt heute noch an Krämpfen leidet.

Auf alle hier sich aufdrängenden Fragen näher einzugehen ist mir unmöglich, das Wenige möge genügen. Strohmeyer ist nach meiner Auffassung unbedingt zuzustimmen, wenn er sagt: „Es wird sich unter allen Umständen empfehlen, sich nicht mit der vagen Feststellung psychopathischer Konstitution zu begnügen, sondern nach anderen ätiologischen Faktoren zu suchen, die sicher größeren Anteil an dem Zustandekommen des angeborenen Schwachsinnigen haben, als die Erblichkeit.“

Abzulehnen ist ferner nach neueren Forschungen — ich nenne von Pädiatern nur Feer — ein Einfluß der elterlichen Blutsverwandtschaft, wenn auch nicht geleugnet werden kann, daß diese Angabe in der Anamnese Imbezillärer häufiger wiederkehrt als in der geistig normaler Individuen. Die Statistik Mayets z. B. ergab unter 16 416 Schwachsinnigen aller Grade und Altersstufen 1,44% als von blutsverwandten Eltern stammend, während die Häufigkeit der Verwandtenehen überhaupt nur 0,647% betrug. Wieweit in dieser und ähnlichen Aufstellungen ein besonders genaues Nachforschen nach derartigen Verdachtsmomenten, die Miteinbeziehung von Psychosen und Nervenkrankungen und endlich eine gleichsinnige, hier also kollaterale Belastung mit in Rechnung zu stellen sind, entzieht sich meiner Kenntnis, ich möchte sie aber nicht vernachlässigt wissen. Ich glaube deshalb trotz der hinreichend großen Zahl Mayets und der gleichlautenden Statistiken anderer Autoren und unter Berücksichtigung aller genannten Momente diesen Angaben wenig Überzeugungskraft zuerkennen zu können.

In meinem Krankenbestand fand sich 4 mal (5,7%) eine Blutsverwandtschaft der Eltern erwähnt und zwar handelte es sich bei Fall 11 und 19 um eine Ehe zwischen Geschwisterkindern, bei Fall 12 zwischen Onkel und Nichte, während bei 1 nur „Verwandtenehe“ ohne genauere Angabe verzeichnet war. Nr. 9 litt an fam. amaur. Idiotie, deren Ätiologie uns noch ebenso unbekannt ist wie die Rolle der hier immerhin auffallend häufigen Abstammung von blutsverwandten Eltern. Kind 11 bot das typische Bild der Myatonie congenita Oppenheims, 12 das eines Zusammentreffens dieses Leidens mit Werdnig-Hoffmann. Über diese bisher noch nicht beschriebene Kombination mit Idiotie soll unten ausführlicher gesprochen werden. Was die Rolle der elterlichen Blutsverwandtschaft hierbei anlangt, so scheint darüber nichts bekannt zu sein, jedenfalls hält man bis jetzt die Myatonie nicht für eine hereditär-familiäre Erkrankung. Fall 1 endlich war mit 1750 g $1\frac{1}{2}$ —2 Monate zu früh geboren, hatte Lückenschädel, Hydrozephalus, Spina bifida occulta, relative Ptose und keulenförmige Verdickungen sämtlicher Zehen. Es fällt mithin zweifelsohne in die Kategorie der echten Mißbildungen.

Von verschiedenen Seiten wird ferner in einem das Mittelmaß übersteigenden Alter der Eltern, sowie in einer großen Anzahl vorausgegangener

Schwangerschaften ein belastendes Moment gesehen. Beim Mongolismus sind beides bekannte Tatsachen, doch davon später.

Das Durchschnittsalter der Eltern meiner Patienten — von 2 Paaren konnten keine Angaben erhalten werden — betrug bei der Zeugung des betreffenden Kindes 35,4 bzw. 29 Jahre, Zahlen, die sicherlich keine abnorm hohen sind. Dabei waren unter 20 Jahren nur 2 Frauen, über 40 Jahre 5 Frauen, die älteste 45. Von den Männern hatten 11 das 45. überschritten, der älteste zählte 53. — Ebensowenig konnten Anhaltspunkte für eine Erschöpfung der Erzeuger infolge zahlreicher vorhergegangener Geburten gefunden werden, wenn ich die mongoloide Idiotie ausnehme. Die 70 Kinder verteilten sich nämlich auf 26 Erst-, 20 Zweit-, 11 Dritt-, 6 Viert-, 1 Sechst-, 1 Siebt-, 2 Acht-, 2 Neunt- und 1 Fünfzehntgeburt, einschließlich der Aborte. (Eine Sechst-, eine Siebt-, zwei Neunt- und eine Fünfzehntgeburt waren Mongolen.)

Bleibt weiterhin die Erst- und die uneheliche Geburt. Es kann nicht geleugnet werden, daß unter den Schwachsinnigen eine überraschend große Zahl von erstgeborenen Kindern sich findet; bei mir waren es, ausschließlich der Aborte, 26, das sind 37%. Neben dem selbstverständlich höheren Anteil der Erstgeborenen überhaupt und der größeren Häufigkeit der Frühgeborenen unter diesen ist sicherlich die *ceteris paribus* schwerere Erstgeburt, wie Langdon Down schon vor langem nachgewiesen hat, nicht ohne Einfluß. — In der unehelichen Geburt jedoch ein die Gehirnentwicklung schädigendes Moment zu sehen, ist mir schlechterdings unmöglich, da ich „Begleitumstände, welche sowohl in der Persönlichkeit der Erzeuger als auch in der Umgebung von Mutter und Kind liegen“ (Schott[a]) für ebenso bedeutungslos für die Ausbildung der Intelligenz halte wie „Fruchtabtreibungsversuche, traumatische Schädigung der Frucht durch Schnüren des schwangeren Leibes, um diesen Zustand zu verheimlichen (ebenso Strohmeyer), schwere Erwerbsarbeit, ungenügende Ernährung und sonstige Not, Niederkunft ohne ärztlichen Beistand und ohne hinreichende Hilfe, Ersatz der Brustnahrung des Säuglings durch schlechtestes Surrogate, Verwahrlosung, Säuglingskrankheiten aller Art“ (Heller), und endlich Kummer, Sorgen und ähnliche psychische Traumen. Ein Nonsens aber und ein Beispiel, wie kritiklos solche Ausführungen weitergegeben werden, ist es, wenn Schott fortfährt: „Es ist ja auch ohne weiteres wahrscheinlich, wie Heimann sagt, daß die Verwahrlosung, in welcher die unehelichen Kinder aufwachsen, wie auch die Lebensverhältnisse vieler unehelichen Mütter in der Schwangerschaft, hierfür einen günstigen Boden abgibt. Infolge ungünstiger Verhältnisse des Elternhauses (Armut, getrennte Ehe, uneheliche Geburt) kann nach Arno Fuchs Unterernährung des Gehirns eintreten.“ (Letzteres ebenfalls ein beliebtes und oft wiederkehrendes Schlagwort.) Außerdem heißt es doch den Begriff bis zur Unkenntlichkeit verwässern oder vielmehr ihn völlig falsch gebrauchen, wenn man den Geisteszustand eines Menschen, der durch „Verwahrlosung“ entstehen kann, als Schwachsinn bezeichnet. — Warum die Unehelichen in den Statistiken mancherorts so überwiegen, hängt meines Erachtens einzig und allein damit zusammen, daß diese insgesamt aus Heil- und Pflege-Anstalten stammen, in welchen — aus naheliegenden Gründen — der Prozentsatz illegitimer Kinder ein weit höherer ist, als es der Wirklichkeit entspricht.

Ebensowenig können Krankheiten der Geschwister, Phthise und Skrofulose, Geistes- und Nervenstörungen, sowie Polyletalität bei denselben [Koenig] ohne weiteres als Beweis einer tatsächlich bestehenden Belastung

oder als solche selbst herangezogen werden, da Tuberkulose und Imbezillität, wie gleich ausgeführt werden soll, nichts miteinander zu tun haben und psychische und nervöse Erkrankungen von Kindern derselben Familie ganz verschiedenen Quellen exogener Natur entstammen können.

Ich verweise hier nur auf Ylppö, der unter Beibringung einer sehr lehrreichen Beobachtung¹⁾ familiäre Idiotie oder Little keineswegs immer als Zeichen einer angeborenen Minderwertigkeit auf degenerativer Basis anspricht, sondern sie mit den bei Frühgeburten häufig auftretenden Gehirn- und Rückenmarksblutungen in Zusammenhang bringt. — Nach Kraepelin erkranken verhältnismäßig häufig Zwillinge gleichartig, was neben einer krankhaften Veranlagung besonders auf eine Keimschädigung zurückzuführen sei. Eingehend mit dieser Frage beschäftigt hat sich WeickseI. Wenn auch dieser Autor der erblichen Belastung eine recht hohe Bedeutung beimißt, so gibt er doch zu, daß „Mehrgewürten noch aus einem anderen Grunde eine erhöhte Disposition zu Schwachsinn eigen ist gegenüber Einzelgeburten“, da jene fast stets einen schwereren Verlauf zeigen. „Alle Gefahren einer Geburt, Zusammendrücken des Schädels infolge der Enge im mütterlichen Becken, Kopfverletzungen bei Zangengeburt, und vor allem die lange Dauer der Geburt, durch die die Blutzirkulation des kindlichen Kopfes und damit des Gehirns längere Zeit gestört wird, drohen Zwillingen in viel höherem Maße.“ Fügt man dazu noch den hier besonders häufig beobachteten Partus praematurus bzw. eine in Untergewichtigkeit sich zeigende Unreife trotz neunmonatiger Dauer der Schwangerschaft, so sind damit alle in Betracht kommenden Punkte genannt und das gehäufte Auftreten psychischer Anomalien bei Mehrlingen völlig ausreichend erklärt. Für diese Annahme spricht weiter auch, daß tatsächlich nur selten beide Früchte geistig geschädigt sind, was doch sonst, besonders bei eineiigen zu erwarten stünde.

Ganz ähnlich wie bei der neuropathischen Belastung liegen die Verhältnisse bei der toxischen, durch Alkohol in erster Linie bedingten. Auch hier wieder dieselben Schwierigkeiten schon in der Abgrenzung des Begriffes. Die Beantwortung der Fragen: Was ist Alkoholismus, bei welchem Quantum beginnt er, ist, was den Untersucher wie den Befragten anlangt, immer so stark subjektiv gefärbt, daß auch hier eine Grenzfeststellung sich nie exakt ermöglichen läßt.

Außerdem sind die Alkoholfeinde uns bis heute den Gegenbeweis schuldig geblieben, daß unter den Nachkommen von Abstinente Defektzustände seltener seien als unter den von Potatoren; man müßte höchstens Demmes Angaben ernst nehmen, der in Trinkerfamilien nur 17,5% „geistig normale“ Kinder gefunden haben will gegen 81,9% in nüchternen. Diese Zahlen reden keine sehr überzeugende Sprache, im Gegenteil sie lassen den Maßstab, den dieser Autor bei seinen Untersuchungen angelegt haben muß, sehr sonderbar erscheinen, denn ein Prozentsatz von 18,1 geistig nicht normaler Kinder in den abstinenten Familien mutet zum mindesten recht überraschend an und wirft kein besonders gutes Licht auf die rassehygienische Hochwertigkeit derselben. — Würden die von den einzelnen Autoren gebrachten Daten nur halbwegs der Wirklichkeit entsprechen, so müßte eine ganz gewaltig größere Anzahl von Schwachsinnigen die Welt bevölkern als dies tatsächlich der Fall ist.

Auch die Anamnesen der von mir untersuchten Kinder ergaben keinerlei Anhaltspunkte für ein besonderes Hervortreten der alkoholischen Noxe; sie ist vielmehr, soweit man den Angaben Glauben schenken darf, für Berliner Verhältnisse überraschend niedrig. — Wie weit die Statistiken hier voneinander abweichen, möge nur die folgende kleine Auswahl beleuchten: Bullard zählte 6,8% unter 176 Imbezillen und Idioten, Piper 7%, Heubner 15% unter 87 und endlich Weygandt (a), der sogar „mehr als die Hälfte aller Fälle kindlichen Schwachsinn“ auf Alkoholismus der Eltern zurückgeführt. Kind hingegen kommt nur auf 3,68%, Schott (a) auf 2,9%, während Schlesinger in keinem seiner Fälle diese Voraussetzung als einzige zur Debilitas führende feststellen konnte.

¹⁾ 36jähr. gesunde Frau; 12 Schwangerschaften, die insgesamt im 6.—7. Monat infolge Gestationsikterus endeten. Die Früchte wogen 12—1700 g. 6 Kinder starben, eines ist körperlich und geistig leidlich gut entwickelt, die übrigen sind teils Idioten, teils Imbezille mit mehr weniger ausgesprochenen spastischen Erscheinungen.

Wenn ich von weiteren Arten toxischer Belastung, wie z. B. der chronischen Bleivergiftung oder dem Morphinismus ob ihrer großen Seltenheit absehe, so bleibt als dritte und letzte noch die infektiöse, praktisch die syphilitische und tuberkulöse übrig. Über die Lues im speziellen Teil; was die Tuberkulose als keimschädigende und so in der Deszendenz zu Idiotie führende Erkrankung anlangt, so wird sie von mancher Seite recht hoch eingeschätzt, meiner Ansicht nach ebenfalls völlig zu Unrecht.

In meinen Aufzeichnungen findet sich trotz jedesmaligen ausdrücklichen Befragens Tuberkulose nur 2 mal und zwar bei der Mutter eines f. a. Idioten (9), sowie bei Kind 50, dessen Vater „vor 5 Jahren eine leichte Lungenaffektion“ hatte. Nach Schott (b) kommt „unter den Ursachen des angeborenen bzw. in früher Kindheit erworbenen Schwachsinn der tuberkulösen Belastung anscheinend eine geringe Bedeutung zu“, welche für seine Erhebungen 2,6% ausmachte. Weygandt (a) und Schlöb halten ebenfalls diese Ätiologie für „selten“, während Kogan in nicht weniger als 11 Fällen unter 57, also in 19% die Gehirnerkrankung auf Tuberkulose in der Aszendenz zurückführt. Freilich ist für ihn „Lungenleiden“ bei der Großmutter genetisch eine hinreichende Erklärung für den bei einem Enkel beobachteten Schwachsinn. Als Kuriosum endlich zitiere ich noch Kerlin, der sogar 56% errechnet.

Nach der erblichen Belastung verschiedenster Art und Herkunft kommen an zweiter Stelle die Ernährungsstörungen im weitesten Sinne, allem voran die Rachitis. Die Angaben über die große ätiologische Bedeutung dieser Erkrankung kehrt in allen Lehrbüchern und Abhandlungen, die Neurologen und Psychiater von Fach zu Verfassern haben, mit einer Zähigkeit wieder, die den Kinderarzt wundernehmen muß. So findet man nach Strohmayer „ihre Spuren bei enorm vielen schwachsinnigen Kindern (bis zu 75%)“. Bei der ungemeinen Häufigkeit dieses Leidens, besonders in den Großstädten, steht aber ein zufälliges Zusammentreffen der Rachitis mit Schwachsinn nach den Gesetzen der Wahrscheinlichkeit schon von vornherein in hohem Maße zu erwarten, ganz abgesehen davon, daß ebenso wie oben bei den hereditären Belastungen und dem Alkoholismus die Feststellung des „schon“ oder „noch nicht“ unmöglich ist.

Den Einwand Ziehens (a), der das Argument der Pädiater „wir sehen so viele rachitische Kinder, die nicht schwachsinnig sind“ als ganz unzutreffend bezeichnet und mit dem Auftreten von spezifischen Gehirnaffektionen bei Syphilitikern in Parallele setzt, kann ich nicht für berechtigt halten, denn ohne Lues keine Paralyse, wohl aber Imbezillität ohne englische Krankheit.

Daß die Rachitis auf die geistige Entwicklung von Einfluß sein kann, soll nicht bestritten werden, jedoch ist sie es nur im Sinne einer Verzögerung, einer Bremsung, nie aber einer dauernden Hemmung¹⁾. Verschiedene Umstände wirken hier zusammen, welche diese falschen Anschauungen haben aufkommen lassen. So beobachten wir häufig schon beim Neugeborenen als Zeichen von Traumen des Gehirns infolge der Geburt, vor allem von Blutungen, Saugungeschick, das zum Verzicht auf natürliche Ernährung zwingen und so direkt Rachitis begünstigend wirken kann. Dasselbe gilt von den meist rasch vorübergehenden Schlucklähmungen. Das Wenigbekanntsein dieser ungemein häufigen sub partu erworbenen Hämorrhagien überhaupt, besonders aber bei Frühgeborenen, die zu Littlescher Krankheit, Schwachsinn oder beiden gemeinsam führen können, sowie die besonders große Neigung gerade der

¹⁾ Vergleiche auch: Karger, Zur Kenntnis der zerebralen Rachitis.

Unreifen zu frühzeitig auftretenden und stärksten Graden von Rachitis haben wohl weiterhin zur Annahme einer ätiologischen Rolle derselben beigetragen. — Ich muß es unterlassen ausführlicher auf die Beziehungen zwischen Intelligenzentwicklung und englischer Krankheit einzugehen, für den Pädiater wenigstens wäre dies überflüssig. Man ersieht aber, wie leicht mangelnde Kenntnis der Pathologie des Säuglings- und Kindesalters sowie kritiklos zusammengestellte Statistiken zu falschen Schlüssen führen können, ja müssen.

Wenn tatsächlich ein gewisser Prozentsatz schwerer Rachitiker gegen ihre gesunden Altersgenossen psychisch oft nicht unbedeutend zurückbleibt, so hat diese Rückständigkeit mit Schwachsinn nichts gemein, es handelt sich vielmehr nur um eine zeitliche Verlangsamung mit absolut günstiger Prognose. Der Grund hierfür ist naheliegend. Diese Kinder entfalten sich geistig langsamer, weil sie als kranke „mit sich selbst zu tun haben“, weil sie nicht stehen und laufen und so ihren Gesichtskreis erweitern können. Sie holen das Versäumte — richtiges Milieu vorausgesetzt — schnellstens und restlos nach, wenn erst das Grundleiden behoben ist.

„Daß die Störung der Gehirnentwicklung und die Störung der Schädelentwicklung bei der Rachitis koordinierte Erscheinungen sind, daß also die rachitische Stoffwechselstörung auch die Gehirnentwicklung beeinflußt“, scheint mir nicht so wahrscheinlich zu sein wie Ziehen, da wir doch schwerste Schädelverunstaltungen bei Rachitikern ohne Idiotie und bei Idioten ohne Rachitis ebenso häufig sehen, wie die schönsten Kopfformen bei Idiotie plus Rachitis. Auch daß Rachitis und Imbezillität „in enger Beziehung zueinander stehen“, die „sich zuweilen aus derselben Ursache, gleicher toxischer Infektion entwickeln“ [Bourneville und Lemaire] sind Behauptungen, die durch keinerlei klinische oder pathologische Erfahrungen gestützt sind¹⁾. Von meinen Patienten, die zwar zum guten Teil aus besser situierten Familien stammten, boten nicht wenige mehr minder starke Symptome englischer Krankheit. Da sich bei keinem auch nur der Verdacht eines Konnexes mit dem psychischen Defekt nachweisen ließ, verzichte ich auf eine genaue Auszählung. — Bezüglich der einschlägigen Literatur, die sich fast durchweg in den üblichen Bahnen bewegt, verweise ich auf Schott (a). Aus dem anderen Lager erwähne ich nur Scholz, nach ihm „macht Rachitis allein kein Kind imbezill oder idiotisch und verzögert höchstens, wie es jede andere chronische Krankheit auch tut, vorübergehend den Fortschritt der Entwicklung“.

In zweiter Linie werden Magen- und Darmstörungen genannt, von denen z. B. Heyn glaubt, daß in ihnen ebenso häufig wie in den Gehirnhautentzündungen die Ursache geistiger Minderwertigkeit zu suchen sei. Auch Ziehen scheint ähnliche Ansichten zu vertreten.

Ohne mich auf dieses meines Erachtens für den Kinderarzt undiskutierbare Thema einzulassen, erinnere ich nur an das eben über die Rachitis Gesagte, sowie an die histologischen Studien Thiernichs, der zu folgendem Resultat kommt: „Das Ergebnis, zu dem meine mikroskopischen Untersuchungen im Zusammenhang mit den klinischen Beobachtungen geführt haben, läßt sich dahin zusammenfassen, daß bei kranken Säuglingen mit Hilfe der Marchimethode in mannigfachen Systemen mit Bevorzugung bestimmter Prädisloktionsstellen ein pathologischer Markscheidenzerfall nachweisbar ist, daß aber eine Beziehung mit einer Störung, die man klinisch von seiten des Zentralnervensystems bei den Patienten hervortreten sieht, nicht besteht“.

In diesem Zusammenhang ist die Frage kurz zu beleuchten, ob überhaupt chronische Krankheiten des frühkindlichen Alters imstande sind den normalen Fortgang der Hirnentwicklung zu bremsen oder sonstwie zu stören. Zum Teil

¹⁾ Auch das Kapitel „rachitischer Hydrozephalus“ ist sehr revisionsbedürftig; ein großer Teil dieser Fälle ist wohl dem „Megazephalus“ (siehe später) zuzurechnen.

ist dies sicherlich der Fall, doch lange nicht immer. Die Klinik der chronischen Ernährungsstörungen (im engeren Sinne) wenigstens zeigt, daß genug Säuglinge vom Ende des ersten Lebensjahres mit einem Körpergewicht von 6, ja 5 und 4 Kilo eine recht gute, manchmal sogar auffallend hohe Intelligenz besitzen, nicht selten freilich ist eine gewisse Rückständigkeit doch zu bemerken. Die Verfolgung des späteren Schicksals dieser Individuen aber lehrt, daß sie, einmal auf dem aufsteigenden Ast angelangt, das Versäumte in beschleunigtem Tempo nachholen.

Wichtig in dieser Beziehung ist die Feststellung einer relativen Unabhängigkeit des Gehirnwachstums von der des übrigen Körpers bei Frühgeborenen durch Ylppö. Trotz gewaltigen allgemeinen Zurückbleibens gegenüber gleichaltrigen Ausgetragenen (von der Konzeption an gerechnet) konnte er bei vielen derselben ein Massenzwachstum des Zentralorganes konstatieren, welches völlig dem der Altersgenossen entsprach. Dieses Mißverhältnis zwischen der Ausbildung des Gehirns und der des übrigen Körpers äußert sich klinisch in einem abnorm großen Schädel, den dieser Autor treffend als Megazephalus bezeichnet, da die Autopsie den Befund eines Hydrozephalus, an den man sonst denken müßte, nicht bestätigt. Ylppö kommt zu folgendem Ergebnis: „Das Gehirn der Frühgeburten scheint somit in seinem Wachstum eine von äußeren Umständen und extrauterinen Schädigungen vollständig unabhängige Selbständigkeit zu bewahren. Es wächst auch bei den kleinsten Frühgeburten so, wie es unter normalen Verhältnissen im Mutterleibe gewachsen wäre und entwickelt sich später im extrauterinen Leben nach vorgeschriebenen Naturgesetzen hemmungslos weiter“. — Diese an Frühgeborenen gewonnene Erkenntnis auf alle mit schweren Störungen des Wachstums verbundenen chronischen Erkrankungen ganz allgemein anzuwenden, scheint mir nicht unberechtigt zu sein.

Ich kann dieses Kapitel nicht verlassen, ohne noch kurz der „fötalen Ernährungsstörungen“ zu gedenken, die ebenfalls von verhängnisvollem Einfluß auf die spätere Ausbildung der Intelligenz sein sollen. Ziehen faßt unter dieser Bezeichnung „alle Ernährungsstörungen zusammen, welche insbesondere die Entwicklung des Fötus beeinträchtigen und daher die Hirnentwicklung im Sinne einer Imbezillität stören können“. Und: „die allergrößte Bedeutung möchte ich“ — schreibt Strohmayer — „den schädlichen Einflüssen nutritiver Art beimessen, die den kindlichen Organismus während seiner intrauterinen Entwicklung treffen.“ „Am deutlichsten zeigt sich die verhängnisvolle Wirkung der mütterlichen Produktionserschöpfung in den Familien des Proletariats.“ — Soweit unter den „fötalen Ernährungsstörungen“ toxische und infektiöse Schädigungen (bei Erbsyphilis z. B.) verstanden werden und soweit es die Mongolen als „exhaustion productes“ betrifft, ist gegen eine solche Anschauung wenig einzuwenden! Sonst aber kann ich aus folgenden Gründen dem allen nicht beipflichten: Fürs erste wissen wir, daß der Fötus rücksichtslos, selbst bei notleidender Mutter die ihm nötigen Stoffe aus ihrem Körper holt und fürs zweite ist es nicht zum mindesten erwiesen, daß das Proletariat ein größeres Kontingent Schwachsinniger stellt als die besser situierten Kreise. Ich möchte sogar das Gegenteil annehmen. Drittens verwechselt Strohmayer ebenfalls die Rückständigkeit in der körperlichen Entwicklung und der damit gekoppelten geistigen mit einem tatsächlich bestehenden Defekt. Was die von mir beobachteten Kinder schließlich noch anlangt, so kann von elterlicher Produktionserschöpfung nicht gut gesprochen werden, weil $\frac{4}{5}$ derselben Erst-, Zweit- oder Drittgeborene waren.

Akute und chronische Intoxikationen, vor allem wieder die durch Alkohol bedingten, sollen ebenfalls imstande sein Defektpsychosen zu er-

zeugen; doch spielt diese Genese in dem uns hier beschäftigenden Alter wohl kaum eine Rolle, selbst wenn die Zahl derartiger, wirklich einwandfreier Beobachtungen eine größere wäre.

Einen breiten Raum nehmen weiterhin die Erörterungen über den Einfluß von Erkrankungen, besonders aber psychischer Schädigungen der schwangeren Mutter auf die wachsende Frucht ein. Diesbezügliche unkontrollierbare und fast nur aus Laienkreisen stammende Angaben, aus einem begreiflichen Kausalitätsbedürfnis heraus geboren, „haben nur noch in der Geschichte der Medizin Interesse“ [Vogt (a)]. Auch kann ich mich nicht entsinnen, davon gehört zu haben, daß die Zahl der kindlichen Imbezillen in und nach dem Kriege gestiegen sei, zu einer Zeit, in der fast keine werdende Mutter von psychischen Traumen verschont geblieben war¹⁾. — Auch ist noch zu erwähnen, daß bei anderweitigen schweren akuten Erkrankungen ein bereits bestehender psychischer Defekt sich erst klinisch manifestiert, bzw. der jetzt aufmerksamer beobachtenden Umgebung auffällt. Vor einem leichtgläubigen Eingehen auf derartige Angaben muß deshalb gewarnt werden.

Hat sich schon im vorhergehenden deutlich gezeigt, wie wenig oft die Ansichten der Neurologen mit der Erfahrung des Kinderarztes übereinstimmen, wie wenig die Ergebnisse der Pädiatrie über dieses Spezialfach hinaus gedrungen sind, so empfindet man dies besonders lebhaft in der Frage der Kinderkrämpfe und ihrer Beziehungen zu den Erkrankungen des Gehirns und seiner Umhüllungen.

Die unglückliche Nomenklatur, die fast jeder Autor nach eigenem Gutdünken handelt, trägt schon von vornherein zu der herrschenden Unklarheit bei. So schreibt z. B. Ziehen: „Während der einzelne epileptische²⁾ Anfall meist ohne nachweisbare Veranlassung, lediglich auf Grund der pathologischen Erregbarkeit der motorischen Zentren, der sog. spasmophilen Diathese, also im Sinn periodischer Entladungen auftritt, sind die einzelnen eklamptischen³⁾ Anfälle stets von bestimmten Reizen abhängig. Diese Reize können reflektorisch den eklamptischen Anfall auslösen, so z. B. Wurmreiz, Dentition, Obstipation, oder in der Blutbahn unmittelbar auf die motorischen Zentren wirken, wie z. B. Fiebertemperatur, diese oder jene Infektion usw.“ Liest man diese Ausführungen eines sonst für die Neurologie und Psychiatrie des Kindesalters so hoch verdienten Mannes oder findet man in dem bekannten Handbuche von Bruns, Cramer, Ziehen³⁾ Spasmophilie = Säuglingskrämpfe, so sind das nur Beispiele, die sich beliebig vermehren ließen. So ist es auch zu verstehen, warum aus der ungeheueren Masse von Arbeiten über diese Spezialfrage nur wenig Positives erwachsen konnte.

Da für gewöhnlich das klinische Bild des Krampfanfalles keinerlei Hinweise auf seine Genese gibt, da dieselben Ursachen die verschiedensten Formen hervorbringen und gleichen Formen verschiedene Ursachen zugrunde liegen können, so ist es unfruchtbar neue Begriffe zu prägen. — Damit komme ich zu einem wichtigen Punkt. Krämpfe sind — mit verschwindenden Ausnahmen

¹⁾ Während der Drucklegung dieser Arbeit erschienen jedoch zwei Mitteilungen, die ich hier anführen muß. Neoggerath nämlich berichtet aus Freiburg eine Zunahme nervöser Säuglinge zwar nicht bestätigen zu können, dagegen den Eindruck gewonnen zu haben, daß die Zahl imbeziller sich mehrte. Kellner sah in Hamburg eine auffallende Häufung der mongoloiden Idiotie.

²⁾ Im Original nicht gesperrt.

³⁾ Vgl. hierzu die Kritik von Klotz in Monatsschr. f. Kinderh. 12, Ref., der zu denselben Schlüssen über die pädiatrischen Ausführungen mancher Neurologen kommt.

— bei Defektpsychosen nur Begleitsymptome, ohne diesen über- noch untergeordnet zu sein. Da beide mithin einer gemeinsamen Quelle entstammen, sind Statistiken über die Häufigkeit voraufgegangener Säuglingskrämpfe nicht geeignet einen Einblick in die Ätiologie der Schwachsinnzustände zu gestatten. Die Möglichkeit einer Schädigung des Gehirns jedoch infolge Gefäßruptur im Verlauf allgemeiner Konvulsionen muß zugegeben werden.

Eine besondere Besprechung erfordern die beiden typischen Krampfkrankheiten des Kindesalters, die Epilepsie und die Spasmophilie. Meine aus eigener Beobachtung sowie eingehenden Literaturstudien geschöpfte Erfahrung bringt mich zu der Überzeugung, daß eine Erkennung der echten, genuinen Epilepsie in ihren Anfängen in früher Jugendzeit unmöglich ist. Entscheidend ist einzig und allein der Verlauf, und zwar der progressive, der mithin erst nachträglich frühere Krampferscheinungen als zur Epilepsie gehörig erklären kann. Da ich auf dieses wichtige Kapitel im speziellen Teil noch ausführlich eingehen werde, verweise ich darauf. — Was die Spasmophilie anlangt, so sollen katamnestiche Untersuchungen derartiger Kinder tatsächlich ein Zurückbleiben in geistiger Beziehung ergeben haben; ich selbst konnte an einem kleinen Material nichts Derartiges beobachten.

Birk z. B. behauptet, daß $\frac{1}{6}$ aller Spasmophiliker im späteren Leben Störungen der Intelligenz aufwiesen. In seiner Arbeit mit Thiemisch jedoch, sowie in der Potteschniggs und der von Blühdorn finde ich unter zusammen 141 Kindern nicht einen Idioten oder selbst nur Imbezillen. Es scheint also doch der Einfluß einer früheren Spasmophilie keineswegs so schwerwiegender Natur zu sein, als diese Autoren annehmen. Unter meinen Kranken ist nur zweimal Laryngospasmus vermerkt (Fall 33 und 50). — Da aber eine tatsächlich durchgemachte Spasmophilie als solche unerkannt bleiben kann, so wäre es verfehlt daraufhin Schlüsse aus der Häufigkeit derselben in der Vorgeschichte Schwachsinniger aufzubauen, ganz abgesehen davon, daß die echte Spasmophilie vielleicht gerade mit Vorliebe bei Kindern mit von vornherein geschädigtem Gehirn auftritt, wie Ylppö dies bezüglich der Frühgeborenen wahrscheinlich gemacht hat¹⁾.

Nachdem ich mich nun mit den meines Erachtens zu Unrecht als ursächlich angesehenen Faktoren auseinandergesetzt habe, möchte ich etwas ausführlicher auf einen mir sehr wichtig erscheinenden Punkt eingehen, nämlich die ganz ungemein große Häufigkeit der Frühgeborenen unter den Schwachsinnigen. Unbekannt ist diese Tatsache ja keineswegs, doch scheint sie mir nicht in ihrer ganzen Bedeutung gewürdigt zu werden. Praktisch wichtig ist diese Frage deshalb, weil von seiten der Geburtshelfer (siehe später) eine Schädigung des kindlichen Gehirns durch spontane oder künstliche Frühgeburt entschieden in Abrede gestellt wird. Im Gegensatz dazu hat Ylppö erst kürzlich berichtet, daß von seinen rund 300 hierfür in Betracht kommenden Unreifen nicht weniger als 7,4% in späteren Jahren sich als Idioten oder schwer Imbezille herausgestellt haben. Umgekehrt nun finde ich unter den 70 hochgradig Schwachsinnigen meines Materials nicht weniger als 28 ehemalige Frühgeborene, das sind genau 40%. Rechne ich hierzu noch 4 weitere Kinder, die zwar ausgetragen, aber mit weniger als 2500 g geboren wurden (Hypo-

¹⁾ Ähnlicher Auffassung ist auch Blühdorn, der für das (körperliche und) geistige Zurückbleiben dieser Kinder nicht die Spasmophilie an sich, sondern vielmehr eine neuropathische Veranlagung verantwortlich macht. Ich möchte mich dieser Ansicht voll und ganz anschließen.

plastiker), so komme ich auf 46%. Meines Wissens wurde bis jetzt noch nie darauf hingewiesen, daß diese, auch sonst in manchem Frühgeborenen gleichzustellende Individuen ebenfalls, wie mir scheint, in psychischer Beziehung als höchst gefährdet anzusehen sind.

Man wird mir vielleicht entgegenhalten, daß gerade das K.A.V.-Haus ein abnorm großes Frühgeburtenmaterial aufweise und dadurch ein falsches Bild der tatsächlichen Verhältnisse entstände. Dem ist aber zu erwidern, daß nur 5 dieser Patienten ob ihrer Unreife in die Anstalt gebracht wurden, während die übrigen 23 teils wegen „Nervenleiden“, teils sonstiger Erkrankungen halber zur Aufnahme kamen und erst nachträglich sich als vorzeitig Geborene entpuppten.

Hier drängt sich nun sofort die wichtige Überlegung auf: Werden diese Kinder imbezill, weil sie zu früh (bzw. untergewichtig) geboren wurden, oder werden sie zu früh (bzw. untergewichtig) geboren, weil sie anlage-mäßige, „intrauterine“ Idioten sind? Diese Frage ist selbstverständlich dahin zu beantworten, daß beide Annahmen zu Recht bestehen; sinnfölig zeigt dies die aus meinen Beobachtungen aufgestellte Tabelle I. Die erste Gruppe betrifft die Erkrankungsformen, die als Anlagestörungen im weitesten Sinne, die zweite jene, die sicherlich als postnataler Erwerb aufzufassen sind. (Hier miteinbezogen wurde jedoch noch ein Fall, der zwar intrauterin, aber durch äußere Einwirkung, Trauma der schwangeren Mutter, entstanden war, ferner auch die kongenitalen Luetiker.) Die dritte endlich umfaßt den Rest, Kinder, bei welchen die Ursache der späteren Idiotie in dem Trauma der Geburt selbst zu erblicken ist.

Tabelle I.

	Gesamt- zahl	Ausgetragene mit mehr als 2500 g Geburtsgewicht	Früh- geborene	Ausgetragene mit weniger als 2500 g Geburtsgewicht
1. Anlagestörungen u. Ent- wicklungshemmungen .	34	14	16	4
2. Prä- und postnatale Erkrankungen und Traumen einschließlich der Lues	17	16	1	—
3. Geburtsstörungen . . .	19	—	—	—
a) bei Ausgetragenen .	—	8	—	—
b) bei Frühgeborenen .	—	—	11	—
	70	38	28	4

Aus dieser Tabelle geht eindeutig einerseits die längst bekannte Häufigkeit einer vorzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft bei Mißbildungen hervor, wie andererseits die überaus schwerwiegende Rolle, die der Geburtsvorgang in der Ätiologie der frühkindlichen Idiotie spielt. Füge ich noch hinzu, daß bei Ylppö jedes 13,5. ¹⁾ seiner entsprechend lange verfolgten Unreifen später hochgradig imbezill wurde, so kann man daraus die ungemein hohe Bedeutung der Frühgeburt in sozialhygienischer Beziehung ermessen, worauf erst

¹⁾ In diesen Zahlen Ylppös sind jedoch auch die „intrauterinen“ Idioten mit einbegriffen. Nach Abzug dieser bessert sich das Verhältnis etwas.

kürzlich Langstein in einem Vortrage in der ärztlichen Gesellschaft für Sexualwissenschaft aufmerksam gemacht hat. — Auf der anderen Seite aber werden diese Geburtstörungen oft in ätiologische Beziehung zu verschiedenen Formen des Schwachsinnus gebracht, an denen sie sicher völlig schuldlos sind. Besonders trifft dies für den Mongolismus zu, von dem z. B. Ziehen es annimmt. Wie unhaltbar eine derartige Auffassung gerade bei einer Erkrankung ist, deren ihr „eigentümlichen Symptome schon vom ersten Tage der Geburt an nachzuweisen und meist auf den ersten Blick zu erkennen“ sind [Reuß], braucht wohl nicht weiter erörtert werden.

Um noch einmal auf die ausgetragenen aber untergewichtigen Früchte, die echten Hypoplastiker, zurückzukommen, so konnte ich in der Literatur nur eine Arbeit, die von Opitz, finden, welche sich mit dem späteren Schicksal derartiger Kinder befaßt und worin er zu dem Resultate kommt, daß ihre geistige Entwicklung in normalen Bahnen verläuft. Bis erst weiteres Tatsachenmaterial vorliegt, bin ich geneigt in dieser, den physiologischen Spielraum sicher weit überschreitenden Untermassigkeit etwas Pathologisches zu erblicken¹⁾, wofür schon ihre relativ große Seltenheit spricht.

Zangemeister z. B. beobachtete unter 1978 zwischen dem 261. und 290. Tage Geborenen nur 67 mit einem Geburtsgewicht zwischen 2000 und 2500 g, also nur 3,4^o/. Durch das gehäufte Vorkommen (4 mal unter 70) gerade bei Schwachsinnigen aber steigt dieser Befund in seiner pathognostischen Bedeutung und es kann kaum mehr von einem Zufall gesprochen werden, wenn diese vier Fälle in die Kategorie der „intrauterinen“ Idioten fielen (eine Mißbildung von 2, der einzige echte Mikrozephal, 2 f. a. Idioten von 5 und 1 Mongolen von 21).

Wenn ich rückblickend das Bisherige zusammenfassen darf, so komme ich nach kritischer Sichtung der Literatur und an der Hand von 70 eigenen Fällen frühkindlicher Idiotie zu dem Schlusse, daß die Mehrzahl der als ursächlich angeschuldigten Faktoren als zu Unrecht bestehend ausscheiden muß. Sie sind alle auf traditionellen Gedankengängen aufgebaute Annahmen, die weder durch die pathologische Anatomie, noch durch die Klinik gestützt werden. — Hingewiesen wurde ferner auf die überraschende Häufigkeit der vorzeitig (oder am normalen Ende der Schwangerschaft, aber untergewichtig) geborenen Kinder meines Materials. — Als bedauerlich endlich wurde es empfunden, daß die Pädiatrie den angeborenen und früh erworbenen Defektpsychosen bis heute so wenig Interesse entgegengebracht, sondern dieses ganze Gebiet fast ausschließlich dem Psychiater überlassen hat, der doch nur selten einen Säugling und wohl nie einen Neugeborenen zu Gesicht bekommt²⁾. Daraus erklären sich auch die mangelhaften, ja oft falschen Angaben in den Lehrbüchern, selbst über den physiologischen Ablauf der körperlichen und geistigen Entwicklung in den ersten Jahren der Kindheit³⁾.

¹⁾ Mit Untersuchungen über die spätere Entwicklung der im Kaiserin Auguste Victoria Hause geborenen echten Hypoplastiker habe ich bereits begonnen.

²⁾ Diese meine Behauptung stützt sich neben anderen auf einen Mann wie Cramer, der als Autor des 1. Teils des Handb. d. Nervenkr. des Kindesalters in Kapitel „Spasmodie und Tetanie“ von sich selbst schreibt, daß sich seine eigenen Erfahrungen nur auf Kinder nahe der Pubertät erstrecken.

³⁾ Vgl. dazu die Daten Ziehens in seinem Lehrbuch der Geisteskrankheiten des Kindesalters über den Eintritt der ersten psychischen Regungen und der statischen Funktionen, die insgesamt um 1–2, zum Teil um mehr Monate verspätet angegeben werden.

II.

Seit die kindlichen Schwachsinnszustände das ärztliche Interesse erweckt haben, hat es nicht an Bemühungen gefehlt sie in ein Schema einzuordnen, das nach jeweils verschiedenen Gesichtspunkten aufgestellt, das Verständnis für diese Krankheitsformen erleichtern sollte. Diese Versuche schlugen fehl und es gelang bis heute nicht, eine Einteilung zustande zu bringen, die gleichzeitig nach der ätiologischen, klinischen und pathologisch-anatomischen Seite hin befriedigen könnte. Eine restlose Lösung dieser Aufgabe wird sich wohl, wie so vielfach in ähnlichen Fragen der Medizin, nicht ermöglichen lassen, denn „weder die Morphologie, noch die Psychologie reichen zum Einteilungsprinzip aus. Die Histologie kommt gewöhnlich erst post mortem in Betracht“ [Weygandt (b)], wobei noch hinzukommt, daß unsere bisherigen Kenntnisse über den feineren Aufbau des Gehirnes besonders neugeborener Kinder, sowie vor allem über die Reaktionsweise des unreifen Zentralnervengewebes bedauerlich geringe sind. (Ich stütze mich hierbei besonders auf die Ausführungen von Spatz.)

Die Zahl der bisher vorliegenden Vorschläge ist eine ungemein große, so daß ich mich auf Nennung nur einiger weniger Autoren beschränken muß. Ireland legte seinen Untersuchungen drei Maßstäbe zugrunde: einen psychologischen, pädagogischen und pathologisch-anatomischen. Die ersten beiden sind, wenigstens bei den uns beschäftigenden kleinen Patienten ganz unbrauchbar, gegen den dritten das oben Gesagte. Schnitzer verbesserte Irelands System einigermaßen ohne jedoch die Hauptschwierigkeiten beheben zu können. Andere, ich erwähne nur Weygandt (b), Schlöß und besonders Higier, gingen von ätiologischen Gesichtspunkten aus. Ich muß diesen Weg für den besten, weil ungewungensten halten. Eine Einteilung nach dem Symptomenbild oder dem Befunde auf dem Sektionstisch ist praktisch unmöglich, da einerseits die Klinik der frühkindlichen Idiotie infolge des Eintrittes des Defektes vor Ausbildung der Psyche recht eintönig ist, andererseits dieselben anatomischen Prozesse die verschiedensten Symptomenkomplexe bieten, bzw. verschiedene klinische Bilder durch dieselben Läsionen hervorgebracht werden können. Eine gute Anamnese hingegen, die sich weniger auf die Menge des vom Vater konsumierten Alkohols oder auf die Auffindung irgendeiner hysterischen Tante beschränkt, sondern mehr auf die Schicksale des Individuums selbst eingeht, verbunden mit strenger Kritik der von den Angehörigen gebrachten Angaben, wird unter eingehender Würdigung der kaum je fehlenden somatischen Erscheinungen, wenn auch nicht in 100%, so doch in der großen Mehrzahl der Fälle den richtigen Hinweis auf die tatsächliche Genese des Leidens ergeben. Im dritten Teile dieser Arbeit habe ich versucht so vorzugehen. Wie weit mir dies gelungen ist, hat die Kritik zu entscheiden, auf jeden Fall ist wenigstens der Anfang gemacht mit Ausschaltung so wenig exakt faßbarer Begriffe, wie z. B. „hereditärer Belastung“ und ohne Anwendung mystischer Vermutungen an die Bearbeitung dieses noch recht brach liegenden Feldes zu gehen.

Mag es auch an sich gezwungen erscheinen aus dem so fließende Übergänge zeigenden Gesamtgebiete der Defektpsychosen nur einen Teil, die schweren Formen, herauszugreifen, so halte ich dies doch für berechtigt, weil damit ein Fundament gegeben ist, von dem aus eine Gruppierung der weitaus häufigeren und unendlich schwerer zu verstehenden leichteren Zustände vielleicht späterhin sich ebenfalls ermöglichen lassen wird.

Vergleichshalber bringe ich die (alle Formen und Grade kindlichen Schwachsinns umfassende) Einteilung Higiers, an die sich meine eng anschließt. Er kommt zu folgender Aufstellung:

I. Endogen bedingte Idiotie.

- A. Angeborene Anomalien des Zentralnervensystems.
- B. Angeborener mangelhafter Bau oder Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion.
- C. Angeborene kardiovaskuläre Entwicklungshemmungen.

II. Exogen:

- A. Angeborene, scheinbar endogen entstandene Anomalien des Nerven-, Drüsen- und Gefäßsystems.
- B. Geburtsanomalien mit nachfolgenden Meningealblutungen und Hirnläsionen bei
 - a) protrahierter Geburt,
 - b) asphyktischer Geburt,
 - c) Zangengeburt.
- C. Extrauterine, früh erworbene körperliche Erkrankungen infolge
 - a) allgemeiner Unterernährung,
 - b) Infektion,
 - c) Intoxikation und Autointoxikation,
 - d) mechanischer Verletzungen.

Aus Gründen, die eingangs erwähnt wurden, möchte ich auf die intra- oder extrauterine Entstehung nicht den entscheidenden Wert legen und komme zu folgender, ebenfalls auf die Ätiologie sich aufbauende Gruppierung:

Die angeborenen oder früh erworbenen schweren Formen von Defekt- psychosen können hervorgerufen werden:

- A. Durch intrauterine Wachstumsstörungen mit Ausschluß der durch Traumen oder Infektionen bedingten (= Aplasien und Dysplasien).
 - I. Angeborene Anomalien des Zentralnervensystems.
 - a) Grobe, makroskopisch wahrnehmbare Mißbildungen des Gehirns mit oder ohne Beteiligung seiner Umhüllungen¹⁾:
 - a) Defektbildungen ohne bestimmte Schädeldeformitäten 1
 - β) Idiopathische Hydrozephalie 2
 - γ) Echte oder primäre Mikrozephalie 3
 - δ) Echte oder primäre Pygozephalie 4
 - b) Störungen im feineren Aufbau des Zentralnervensystems (zum Teil als „endogene“ Störungen bezeichnet):
 - a) Tuberöse Sklerose 5
 - β) Infantile Form der familiären amaurotischen Idiotie 6
 - γ) Idiotie als Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen des Nervensystems („Begleitidiotien“) 7
 - δ) Mongoloide Idiotie 8
 - II. Schwachsinn bei angeborener oder früh erworbener mangelhafter Ausbildung oder Funktion der Drüsen mit innerer Sekretion:
 - a) Thyreogener 9
- B. Durch infektiöse, toxische, embolische, thrombotische oder sklerotisierende Prozesse des Gehirns mit oder ohne Beteiligung der Meningen.
 - I. Enzephalitis, Meningitis, Meningoenzephalitis usw. non luetica:
 - a) Intrauterine,
 - β) Extrauterine
 mit ihren möglichen Folgeerscheinungen, den (sekundären) Hydro- usw. -zephalien 10
 - II. Encephalitis usw. luetica 11

¹⁾ Selbstverständlich machen die hier angeführten Untergruppen keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit. Vor allem fehlen die häufig sich durch keinerlei Anomalien des Schädels kundgebenden reinen Entwicklungsstörungen und -hemmungen des Gehirns (z. B. Agryrie).

III. Die unter einem der postepileptischen Demenz ähnlichem Bilde verlaufende Gehirnerkrankung („Epileptoide Idiotie“)	12
C. Durch traumatische Schädigungen des Gehirns.	
I. Pränatale (durch Traumen der schwangeren Mutter)	13
II. Natale:	
a) am normalen Ende der Schwangerschaft (einschließlich der Asphyxie)	14
b) Bei Frühgeborenen (mit Einschluß der ausgetragenen Untergewichtigen):	
a) mit sofortigen klinischen Erscheinungen des Traumas.	15
β) als Spätfolge desselben („zerebrale Hysterodysplasie“)	16
III. Postnatale	17

Einige erläuternde Bemerkungen sind noch anzuschließen. Die Unterteilung der unter A I a genannten Formen erfolgte nur, um die Besprechung zu erleichtern und übersichtlicher zu gestalten. — Über den Begriff der idiopathischen, echten oder primären Hydro-, Mikro- und Pyrgozephalie wird in den einschlägigen Abschnitten gesprochen werden. — Die tuberöse Sklerose und die f. a. Idiotie, deren Ätiologie noch in tiefstem Dunkel gehüllt ist, habe ich nach Weygandts Vorgang als Ausdruck einer Anlagestörung aufgefaßt und sie entsprechend eingereiht. — Ein noch sehr der Aufklärung bedürftiges Kapitel sind die Geistesstörungen im Gefolge von Nervenkrankheiten verschiedenster Art; ich nenne sie „Begleitidioten“. Ich selbst konnte bei 2 Fällen von Myatonia cong. Oppenheim ein solches Verhalten beobachten und bin überzeugt, daß zwischen beiden Leiden ein enger Zusammenhang besteht. Welcher Natur derselbe ist, weiß ich nicht; auch konnte ich in der Literatur keine Auskunft über diese Frage erhalten. — Den Mongolismus als eine angeborene Mißbildung anzusehen ist man bis auf weiteres wohl berechtigt, wenn auch keinerlei einwandfreie Belege hierfür bis heute vorliegen. — Die Gehirnerkrankungen auf luetischer Basis sind nur aus praktischen Gründen von den übrigen infektiösen abgetrennt worden. — Mit „epileptoider Idiotie“ möchte ich jene Erkrankungsform bezeichnen, welche eine gewisse Ähnlichkeit mit dem nach genuiner Epilepsie auftretenden Schwachsinn zeigt. Sie bietet aber doch manche wichtige Züge, die mich veranlassen sie einstweilen als Krankheitsbild sui generis aufzufassen. — Die „schwere Geburt“ beschränkt sich nicht nur auf die im Sinne des Geburtshelfers, denn auch ein für die Mutter leichter Verlauf kann für das Objekt ein schweres Trauma bedeuten. — Den Frühgeborenen habe ich jene Kinder gleichgestellt, die zwar am normalen Ende der Gravidität, aber in noch unreifem Zustande (gemessen am Geburtsgewicht) ausgestoßen werden. Als obere Grenze nehme ich 2500 g an. — Endlich sei noch bemerkt, daß die unter 12 und 16 genannten Leiden, die „epileptoide Idiotie“ und die „zerebrale Hysterodysplasie“ vielleicht sogar besser unter A. I. b, den Störungen im feineren Aufbau des Zentralnervensystems aufgeführt werden könnten.

Selbstverständlich werden in der Praxis noch eine Reihe von Fällen übrig bleiben, die sich nur schwer in eine der angeführten Gruppen einreihen lassen; noch öfter aber werden mehrere Möglichkeiten einer Unterbringung miteinander konkurrieren. Um die Zahl dieser Fälle zu verringern ist es nötig die Semiotik der einzelnen Formen möglichst auszubauen, womit im folgenden Abschnitt der Anfang gemacht werden soll. Eingehendes Studium aller pathologischen Erscheinungen von seiten des Nervensystems, besonders in den ersten Lebenstagen, und die lückenlose Verfolgung des weiteren Schicksals derartiger Kinder müssen zusammenwirken, damit wir lernen rückblickend selbst unscheinbare Symptome in ihrer diagnostischen und prognostischen Wertigkeit zu deuten. Eine wichtige Aufgabe hierbei fällt dem Geburtshelfer

zu, da nur wenigen Kinderärzten Gelegenheit geboten ist an größeren Reihen von Neugeborenen klinische Beobachtungen zu machen.

Wenn ich im vorhergehenden so manche Angaben der Literatur abgelehnt, manche Behauptung aufgestellt habe und endlich ein anderes Einteilungssystem auf ätiologischer Basis vorschlage, so bin ich mir wohl bewußt, daß mein kleines Material und der fast völlige Mangel anatomischer, vor allem histologischer Befunde mich dazu noch nicht berechtigt. Trotzdem wagte ich es, gestützt auf die genaue und langdauernde Beobachtung dieser Fälle und in der Absicht meine Anschauungen über dieses Thema zur Diskussion zu stellen, nachdem ich im folgenden Teil der Arbeit genauer auf die einzelnen Gruppen unter Beibringung von Krankengeschichten eingegangen sein werde.

III.

In diesem Teil der Arbeit will ich versuchen an der Hand von 70 Krankenfällen und unter weitgehender Heranziehung der Literatur den Beweis für das zu erbringen, was ich in den beiden ersten ausgeführt habe, vor allem aber die Berechtigung meiner Einteilung nachzuweisen. Auf die Klinik, wie auf die pathologische Anatomie kann nicht weiter eingegangen werden, als absolut erforderlich ist.

Ich betone nochmals, daß ich mir völlig darüber im klaren bin, daß vielleicht mancher Fall von anderer Seite hinsichtlich seiner Genese und seiner Stellung im System anders aufgefaßt werden kann. Hauptzweck dieser Ausführungen soll also sein einerseits im Streite der Meinungen endlich zu gesichertem Wissen zu gelangen, andererseits das Augenmerk auf jene frühesten Erscheinungen von seiten des Nervensystems hinzulenken, um so zeitig als möglich das dem Kinde drohende Geschick zu erkennen, nicht zum wenigsten aus therapeutischen Gründen. — Ich gehe damit zu den einzelnen Krankheitsbildern über und zwar in der Reihenfolge meines Schemas.

A. Ia. Grobe, makroskopisch wahrnehmbare Mißbildungen des Gehirns mit oder ohne Beteiligung seiner Umhüllungen.

Nach Alzheimer hat man den Gehirnmißbildungen „früher entschieden zu viel Platz eingeräumt. Idiotische Gehirne, welche weitgehende Ähnlichkeit mit fötalen Rinden zeigen, sind im Vergleich zu der großen Masse der Idioten offenbar selten“, was sich zum Teil wohl aus der geringen Lebensfähigkeit der mit Defektbildungen im Bereiche des Gehirns und Schädels behafteten Individuen erklärt. Ja ich gehe noch weiter und möchte sogar behaupten, daß ein nicht kleiner Teil der in der pathologisch-anatomischen Literatur unter dieser Flagge segelnden Befunde tatsächlich nicht hierher gehört, sondern daß diese nur die Folge bzw. die Endzustände alter, pränatal oder natal erworbener Traumen darstellen. Weiter unten werde ich nochmals darauf zurückkommen. — Für das Vorliegen einer Mißbildung spricht vor allem der Nachweis weiterer A- oder Dysplasien, deren Nachweis deshalb besonderen diagnostischen Wert besitzt.

1. Defektbildungen ohne bestimmte Schädelveränderungen.

Schon gelegentlich der Aufstellung des Einteilungsschemas habe ich erwähnt, daß eine Unterteilung der hierher gehörigen Formen nur aus didaktischen Gründen erfolgte. Weshalb es aber in einem Falle zu diesem, im anderen zu jenem schon äußerlich in der Schädelform sich dokumentierenden Mißwachstum des Gehirns kommt, darüber wissen wir, wenn wir ehrlich sein wollen, nichts. Ein näheres Eingehen auf dieses Thema erscheint mir deshalb an diesem Orte unnötig. — Es folgen zwei hierher gehörige Beobachtungen.

Fall 1. Erika W. 401/13 u. 417/16. Geb. 6. 7. 13. Anstaltsaufenthalt (= A. A.): 2. 8. — 4. 10. 13 u. 13. 8. — 22. 9. 15.

1. Aufnahme: Anamnese: Zeugungsalter der Eltern (= Z. A. d. E.) 33—21, gesund, Verwandtenehe. 1. Kind, ca. 1 $\frac{1}{2}$ Monate zu früh spontan mit ca. 1750 g geboren. Seit einigen Tagen unruhig. — Status: Großer Kopf, 32,5 cm. Große Fontanelle von 2 cm über Nasenwurzel bis Occiput reichend, vorgewölbt. Schädelknochen sehr weich, wohl Lückenschädel. Spastische Krämpfe in Armen und Beinen während Untersuchung, ca. 2 Sek. lang. Sehr starke und dichte allgemeine Lanugobehaarung. — Verlauf: 4. 8. Lumbalpunktion (= L. P.): einige Tropfen dunklen, dicken, zum Teil geronnenen Blutes. Ventrikelpunktion (= V. P.) rechts: 3 cm dunklen Blutes. 5. 8. L. P.: ohne Erfolg. Krampfartige Spasmen der oberen, Beugekontraktur der unteren Extremität. Halswirbelspalt von ca. 1 cm Breite. Sehr starke Behaarung hier. V. P. links: wenig klare seröse Flüssigk. 11. 8. Kopf wächst zusehends, 33,5 cm. 30. 9. Kopfumfang 36,3 cm. Pirquet (= P.): neg. Wassermannsche Reaktion (= Wa. R.): neg. (2 mal).

2. Aufnahme: Anamn.: Geistig wenig entwickelt, kann nicht sprechen. Allmählich ist Kind immer steifer, besonders in den Beinen geworden, letztere werden meist überkreuzt gehalten. Sehr schreckhaft und nervös. — Stat.: Schwerer Hypotrophiker und Rachitiker. Kopf birnförmig, mäßig hydrozephalisch, 47 cm. Hinterkopf asymmetrisch, flach. Im Schädel 4 Lücken, 2 symmetrisch liegend, durch einen Knochenbalken getrennt, etwa an der Stelle der großen Fontanelle; 2 weitere auf der rechten Seite des Hinterkopfes, von ca. 2 Markstückgröße. Deutliche Pulsation. — Fixiert nicht. Pupillen reagieren langsam. — Herz: undeutliches systolisches Geräusch. — Extremit.: leicht spastisch, besonders die Beine. Zehen keulenförmig, übereinanderliegend. P.: neg. Geistig: völliger Idiot. — Wird unverändert entlassen. — Im Juni 18 †.

Fall 2. Marianne J. 919/16¹⁾. Geb. 14. 8. 16. A. A.: 19. 1. 17—17. 1. 18. (†).

Anamn.: Z. A. d. E. 30—29, gesund. 3. Partus, davon 1 Abort, ausgetragen, normale Geb., ca. 2000 g. Schwester von Fall 34. Mit 6 Wochen zum erstmalig krampfartige Zustände. 2. Anfall mit 13 Wochen, ein 3. im 5. Monat. Anfälle alle gleich verlaufend, kurz vor dem Anfall ungewöhnliche Gewichtszunahme. Auch fiel auf, daß Kind vor jedem Anfall sehr viel schlief und nicht so vergnügt war wie sonst. Setzte Anfall ein, nahm es die Brust nicht, ließ keinen Urin, schrie unentwegt. Fontanelle sehr stark gespannt, die Venen am Kopf traten sehr stark hervor, teigige Schwellungen auf Kopf und in Gesicht. Nach ca. 24 Stunden Erbrechen, damit Höhepunkt erreicht, Schwellungen auf Schädel und in Gesicht zeigten ihre größte Ausdehnung. Am folgenden Tag Schädelanschwellung meist schon wieder verschwunden, während es länger dauerte, bis die gestauten Venen, die Fontanelle und das Gesicht wieder zu normalem Aussehen zurückkehrten. Arme und Beine während Anfall steif, bes. links, nach dem 2. Anfall dauerte es ca. 14 Tage, bis das Kind seinen linken Arm wieder zum Mund führen konnte. Kopf immer auffallend klein, von Anfang an stark hervortretende Venen. Angaben des Hausarztes: Auffallend, daß bei Bewegung der Beine Anziehen des rechten Oberschenkels anscheinend schwer war, sowie die eigentümliche Schädelbildung. Große Fontanelle von ersten Wochen an außerordentlich gespannt. Schädelknochen, besonders am Hinterkopf, wiesen weiche Stellen auf. Am Scheitel, besonders rechts, sowie im Gesicht zeitweise Ödeme. Bei Aufnahme des Kindes Blut des Vaters und der Mutter nach Wassermann negativ. Spätere

¹⁾ Siehe Eitel, Fall II.

nochmalige Untersuchung der Mutter ebenso. — Stat.: Hypotrophiker. Kopf sehr klein, 37,2 cm, Fontanelle gespannt. Beiderseits Mikrophthalmus, Strabismus conv. — Verl.: 22. 1. L.P.: mäßiger Druck. Am Nachmittag erleicht Kind plötzlich, verdreht die Augen, wird steif. Nochmals L.P.: gleicher Befund wie morgens. 23. 1. Fontanelle sehr gespannt, Venen des Schädels auffallend sichtbar. Ohne nachweisbare Ursache Atmung plötzlich stoßweise, manchmal Cheyne-Stokes-artig. Herztätigkeit beschleunigt, 140; Fontanelle stark gespannt. Nach Hirnpunktion und Ablassen von ungefähr 15 ccm wenig getrübtter Flüssigkeit Besserung. Fontanelle entspannt. Nach Anfall Nystagmus. 25. 1. Fontanelle wieder gespannt. Prof. Lewandowsky wird als Konsiliarius zugezogen. Eine bestimmte Diagnose wird nicht gestellt. Untersuchung der Augen (Dr. Mühsam) ergibt vollkommen normalen Hintergrund. 10. 2. Gestern unruhig, wimmert andauernd, schrie zeitweise auf. Steigerung der Unruhe. Gegen Morgen erschwerte Atmung, Kind apathisch, fixierte nicht mehr, deutlicher Opisthotonus. Um 7 Uhr setzte Atmung zeitweise aus, erfolgte auch sonst nur 10–12 mal pro Minute. Puls ca. 80, unregelmäßig. Fontanelle stark gespannt. Um 8 L.P.: Zunächst entleerten sich spritzend 1–2 ccm Liquor, dann nur langsam noch wenige Tropfen. Spannung der Font. unverändert. Deswegen V.P. Aus linkem Ventrikel 10 ccm leichtgetrübtter Flüssigkeit entleert. Gleich nach P. Atmung regelmäßig, frequenter, ca. 30 pro Minute; 2–3 Minuten später sah Kind ganz anders aus, fixierte sogar gut. 18. 3. Ohne nachweisbare Ursache plötzlich beschleunigte, stoßweise Atmung. Nasenflügelatmen. Lungen frei. Fontanelle stark gespannt. V.P.: ca. 35 ccm klare Flüssigkeit. Font. entspannt, Atmung unmittelbar nach Eingriff normal. 8. 5. In letzten Tagen Font. ziemlich gespannt; überragt beträchtlich Schädelniveau. Schnarchende Atmung. V.P.: ca. 30 ccm leicht getrübtte Flüssigkeit. In der Nacht zum 9. Verschlechterung des Befindens. Tonische Krämpfe der Extremitäten, Zyanose, Cheyne-Stokesches Atmen, Puls 180. 9. 5. V.P.: links 5 ccm klare, leicht mit Blut vermischte Flüssigkeit, rechts ca. 25 ccm. Nach Punktion keine Besserung. 10. 5. Starke Spasmen der unteren Extrem. Schielen. Font. stark gespannt; die Atmung stoßweise, zeitweise Cheyne-Stokes. Reflexe gesteigert. 13. 1. Kind sehr unruhig. Urinverhaltung seit 15 Stunden. Font. gespannt. Mittags Aussetzen der Atmung. Herztätigkeit 160. Töne leise. Font. prall gespannt. V.P.: Spritzend klare Flüssigkeit, 30 ccm. Atmung nach Punkt. regelmäßiger. 16. 1. Fortwährendes Schreien, leichte Bewußtlosigkeit. Klonische Krämpfe der Arme, zeitweise leichte Spasmen. Geringe Nackensteifigkeit. Pup. reagieren. V.P.: Punktat zeigt geringe Trübung, etwas blutig, steht unter mäßigem Druck. L.P.: Punktat getrübt. Mäßiger Druck. P.: neg. WaR.: neg. (2mal). 17. 1. Exitus unter den Erscheinungen einer Bronchopneumonie. Auszug aus dem Sektionsprotokoll: Schädeldach hart. Um die große Font. sind die Nähte noch etwas nachgiebig, gr. Font. 1 : 1½ cm. Beim Eröffnen fließen ca. 100–200 ccm kaffeebraune Flüssigkeit ab, die zum größten Teil aus dem rechten Seitenventrikel stammt. Die Dura läßt sich leicht abziehen. Die Pia ist bes. über linkem Frontal- und Temporallappen eitrig getrübt, rechte deutlich injiziert. Über okzipitalen Teil der Hemisphäre ein 6 : 6 cm großer flacher Bluterguß. Das ganze Gehirn fühlt sich sehr weich an. Windungen etwas abgeplattet. Dicke des Gehirnmantels ca. 0,5 cm. Seitenventrikel enthalten ca. 200 ccm kaffeebraune, fast klare Flüssigkeit. An den Wänden eigentümliche flockige, schmutziggroße Gerinnsel in reichlicher Menge. Auf Höhepunkt der Konvexität bei. erseits eine ca. kirschgroße, ovale Ausstülpung, die teilweise mit Gehirnrinde überzogen, teilweise nur von Pia bedeckt ist¹⁾. Rückenmarkshäute am For. magn. mit Knochen verwachsen. Rückenmarkshäute zeigen leichte diffuse Injektion. Beide Nieren bilden eine typische Hufeisenniere, die quer über der Wirbelsäule liegt. Anatom. Diagnose: Leptomeningitis, Hydrocephalus internus bilateralis, Kommunikation zwischen beiden Seitenventrikeln und der Pia, Hufeisenniere, Pyelitis suppurativa, Bronchopneumonia bilateralis, Mikrozephalus, Hypertrophie der Ösophagusmuskulatur.

Zu Fall 1 und 2: Außer der Blutsverwandtschaft der Eltern des Kindes 1 konnte ätiologisch nichts gefunden werden. Kind 2 bietet insofern noch Interesse, als auch der Bruder desselben, Nr. 34, ebenfalls Idiot und Hydrozephalus, längere Zeit in unserer Beobachtung stand. Im Gegensatz zu Eitel, der beide als Fälle von Hydrocephalus int. chron. familiaris auffaßt, glaube ich aber annehmen zu können, daß es sich bei dem

¹⁾ Bei Eitel Abbildung des Gehirnbefundes.

Bruder um eine Enzephalitis nach pulmonaler Infektion gehandelt hat, das familiäre Auftreten also nur auf Zufall beruht. Ein drittes Kind derselben Eltern, jetzt über ein Jahr alt, ist völlig normal.

2. Idiopathische Hydrozephalie.

Unter dem Begriff Hydrozephalie werden Zustände zusammengefaßt, die außer der nicht einmal immer notwendigen Schädelvergrößerung in ätiologischer und pathologischer Beziehung wenig Gemeinsames aufweisen. Zappert ist deshalb Recht zu geben, wenn er rät „diese zusammenfassende Bezeichnung (nämlich akuter und chronischer Hydrozephalus), welche nur dazu beiträgt, symptomatische und nicht ätiologische Diagnosen zu stellen, aufzugeben, um den Hydrozephalus in seine Teilerscheinungen aufzulösen.“ Diesem Wunsche kommt die Scheidung in primäre und sekundäre Hydrozephalien entgegen. Unter letzterer Form werden jene verstanden, die im Gefolge uns bekannter Gehirn- oder Meningealerkrankungen auftreten. Die übrigen, deren Entstehen uns noch verborgen ist, werden nach altem Brauche idiopathische (oder primäre) benannt. Zu ihnen gehört wohl der größte Teil aller angeborenen. Welcher Natur die zugrunde liegenden Gehirnprozesse sind, darüber sind die Akten noch lange nicht geschlossen. Je weiter aber unsere Kenntnisse fortschreiten, desto mehr werden sich die primären verringern. — Daß bei selbst großen Wasseransammlungen in und um das Gehirn die Intelligenz gar nicht oder nur wenig leiden kann, braucht wohl nicht ausdrücklich betont werden.

Fall 3. Margot B. 559/18. Geb. 26. 6. 14. A. A.: 31. 8.—3. 9. 18.

Anamn.: Z.A. d. E.: 30—24; gesund, WaR. bei beiden neg. Cousine der Mutter mit 3 Jahren „Sonnenstisch“, daran anschließend sofort Lähmung, später Krämpfe, heute noch in Anstaltsbehandlung. Lähmung fast verschwunden, noch ab und zu Krämpfe (Hysterie ?). 1. und einziges Kind, wegen „starken Köpfchens“ schwere Zangengeburt; ausgetragen, ca. 2750 g. Angeborene doppelseitige Hüftgelenkluxation. — Gute körperliche Entwicklung, Font. frühzeitig zu. Mit 4 Mon. fiel Teilnahmslosigkeit auf, fixierte nicht, griff nicht. Bis 9 Mon. keine normalen Arm- und Beinbewegungen, Besserung erst mit ca. 3 $\frac{1}{2}$ Jahr. Kennt Stimmen, sieht gern ins Licht. Kopfhalten mit 1 Jahr, Sitzen sehr spät, beginnt eben erst zu kriechen. Kein Interesse für Spielzeug; noch nicht sauber. — Stat.: Hypotrophiker. An Rücken, weniger an Extremitäten, fellartiges, weiches, helles Haarpolster. Kopf macht gewaltigen Eindruck. Strabism. conv. Gehör und Gesicht: o. B. Patellar-Reflexe (= PR) gesteigert, fast Klonus. Kein Babinski und Oppenheim. Aktive und passive Bewegungen frei, aber etwas spastisch. Keinerlei geistige Regungen, fixiert nicht, beantwortet jedes Geräusch durch Geschrei. Doppelseitige Hüftgelenkluxation. — Laut Nachricht der Eltern im Mai 19 in Erziehungsanstalt †. Konnte nicht laufen und sprechen. Bildungsunfähig.

Fall 4. Hermann F. 666/14. Geb. 13. 1. 14. A. A.: 24. 9.—4. 11. 14.

Anamn.: Z.A. d. E. 25—22. 1. Partus, Zwillinge (der andere starb bei Geburt), Fußlage, 6 Wochen zu früh, ca. 2000 g, sehr großer Kopf. — Kennt nicht die Mutter, völlig apathisch. Seit 6 Wochen tägl. 2—4 mal kurze Zuckungen in Gesicht, Händen und Füßen, verdreht dabei die Augen. — Stat.: Etwas unterentwickelt. Kopf sehr groß, 46 cm, kann nicht gehoben werden. Font. 2 × 1,5 cm, normal gespannt, Nähte nicht klaffend. Leichte Glotzaugen, Pup. reagieren. Fixiert nicht. Sehr dicke Zunge. — Verl.: 3. 10. Völlig apathisch, trinkt gut, leichte allgem. Spasmen. L.P.: stark blutiger Liquor. 16. 10. L.P.: Ohne Erfolg. Kopf stets nach rechts gewandt. 22. 10. V.P.: Unter hohem Druck 60 ccm klare Flüssigkeit. 26. 10. Kopfumfang: 49 cm, Font. 2 × 2,5 cm. 4 mal rechtsseitige, kurzdauernde (ca. 15 Sek.) tonische Krämpfe. 3. 11. L.P.: 50 cm Druck, 20 ccm klarer Liquor. Manchmal Krampfstände, aber nicht täglich. — Völlig apathisch und

reaktionslos. Keinerlei Zeichen psychischer Regungen. P.: neg. WaR.: neg. (1 mal Blut, 1 mal Liquor). — Starb am 9. 12. 14 bei Eltern.

Zu Fall 3 und 4: Bei Kind 3 liegen die Verhältnisse ähnlich wie bei 1 und 2; weniger klar aber bei 4, einem frühgeborenen Zwilling. Ich möchte diesen Fall als einen auf unbekannter Ursache intrauterin entstandenen Hydrozephalus auffassen, bei dem es sub partu zu einer Blutung in das Schädelinnere kam, wofür vor allem der mit Blut vermischte Liquor spricht.

3. Primäre oder echte Mikrozephalie.

Die Scheidung der Mikrozephalie in primäre und sekundäre stammt von Giacomini. Bei der ersten Form ist das Kleinbleiben des Gehirns bedingt durch eine Anlagestörung oder Entwicklungshemmung, also eine echte Mißbildung, während bei der zweiten intrauterin oder frühzeitig extrauterin das Gehirn befallende, meist mehr lokalisierte entzündliche Prozesse als Ursache anzunehmen sind. Die erste Art ist die überaus seltenere. Differentialdiagnostisch, ob primär oder sekundär bedingt, vermag manchmal die Anamnese wertvolle Anhaltspunkte zu liefern, während die Klinik hierfür kaum in Betracht kommt. Ob die Annahme Ibrahims — so bestechend sie mir auch erscheint — zu Recht besteht, daß krampfartige, besonders spastische Erscheinungen das Vorliegen einer echten Mikrozephalie unwahrscheinlich machen und daß athetotische „wohl ein ausschließliches Attribut der Pseudomikrozephalie sein dürften“, muß erst weitere Forschung, vor allem die pathologisch-anatomische lehren.

Ätiologisch tasten wir noch völlig im Dunkeln; doch ist bei der echten Mikrozephalie familiäres und familiär-hereditäres Auftreten überaus häufig [Vogt (b)]. — Bezüglich der Pathogenese ist die alte Virchowsche Lehre von einer vorzeitigen Synostose der Schädelnähte wohl verlassen und man nimmt nach neueren Arbeiten an, daß die Nähte erst dann verknöchern, wenn infolge Stillstands der Gehirnentwicklung der physiologische Reiz ausbleibt. Andererseits ist auch die Wachstumsenergie des Zentralorganes zu groß, als daß sie so leicht sich hemmen ließe (Glüh. Siehe auch „Megazephalus“).

Der psychische Ausfall steht bis zu einem gewissen Grade im umgekehrten Verhältnis zur Schädelgröße, was Ziehen veranlaßt, manche unklaren Fälle von Debilität mit Schädelverkleinerung als *Formes frustes* des mikrozephalen Schwachsinnens anzusprechen. Doch heißt es mit dieser Diagnose vorsichtig sein, da bei einer Reihe von mit Imbezillität vergesellschaftet vorkommenden Gehirnaffektionen, z. B. der zerebralen Kinderlähmung, ebenfalls ein geringeres Kopfwachstum häufig beobachtet wird. Hierbei, wie auch beim sekundären Mikrozephalus ließe sich denken, daß die Verknöcherung unter dem entzündlichen oder Druckreiz eines Fremdkörpers, einer Blutung z. B., zustande käme.

Eigene Fälle stehen nicht zur Verfügung.

4. Primäre oder echte Pygozephalie.

Als Pygozephalie, Turmschädel, bezeichnet man eine durch ihre Höhe von der Norm abweichende Kopfform, die außerdem mit einer Verkürzung des Längendurchmessers, sowie mit einem steilen Abfall der Stirne und des Hinterhauptes einhergeht. Der Kopfumfang ist meist eher etwas verkleinert. Weitere, feinere Unterscheidungen interessieren hier nicht, ebensowenig die

zahlreichen Synonyma dieses Leidens. — Ein Intelligenzdefekt kann völlig fehlen, wird aber bei den schweren Graden wohl kaum je vermißt. Was aber die Pyrgozephalie heraushebt aus der Reihe der anderen Schädeldeformitäten, ist die ungemein häufig beobachtete und weitgehende Sehnervenschädigung, die nach Bertolotti für dieses Leiden geradezu charakteristisch ist. Die Optikusatrophie hinkt dem Manifestwerden der Kopfmißbildung nach; diese selbst wird nach Velhagen „in den meisten Fällen mit zur Welt gebracht“; nach Küttner jedoch, dem ich mich anschließen möchte, ist diese Anomalie zwar in ihrer Anlage fast stets angeboren, aber sehr selten bei der Geburt schon ausgebildet vorhanden.

Damit komme ich zur Ätiologie. Nach Weygandt (b) tritt anscheinend in einer frühen Fötalperiode eine Meningitis ventricularis auf [ebenso Meltzer] und es erfolgt unter dem Druck des sich vergrößernden Gehirns eine prämatüre Synostose der rachitisch¹⁾ affizierten Schädelknochen. Auch Bertolotti sieht die Ursache des Turmschädels in der Rachitis und zwar zeitige sie eine Hyperämie der Hirnhäute, Osteoitis und verfrühte Synostose. Würde diese Annahme zu Recht bestehen — ganz abgesehen von der problematischen Existenz einer intrauterinen Rachitis —, dann wäre ein Hydrocephalus internus oder externus mit Steigerung des Liquordruckes wohl die notwendige Folge. So aber fehlen beide, weder ist bei noch offener Fontanelle diese gespannt oder sonst ein erhöhter Hirndruck nachzuweisen (Kolischer), noch zeigt die Sektion den Befund eines Hydrozephalus, was Meltzer zu einer sehr komplizierten Hypothese veranlaßt. Endlich aber würde, wie im vorigen Kapitel schon erwähnt, ein Überdruck keineswegs Synostose, sondern vielmehr Diastase der Nähte herbeiführen müssen. — Rieping endlich kommt, vor allem ob des häufigen familiären und familiär-hereditären Auftretens der Pyrgozephalie zu der Ansicht, daß diese eine angeborene und vererbare, durch Keimesvariation bedingte Mißbildung darstellt. Ihm schließt sich auch Herzog an.

Einen Ausweg aus diesen sich widerstreitenden Meinungen bietet hier, ebenso wie oben, beim Hydro- und Mikrozephalus die Trennung in eine primäre und sekundäre Form. Mit der primären deckt sich dann die von Rieping als Mißbildung aufgefaßte, wofür auch nicht selten vorhandene weitere somatische Anomalien sprechen. Eigentümlicherweise sind oft Finger und Zehen davon betroffen, besonders in Form von Syndaktylien (Küttner, Bahrtdt). Die Entstehung des primären Turmschädels reicht weit in die Fötalperiode zurück, ohne daß derselbe deshalb bei der Geburt schon deutlich ausgeprägt sein müßte, während die sekundären auf extrauterine traumatische oder infektiöse Prozesse im Schädelinnern zurückzuführen wären. Optikusatrophie und der seltenere Exophthalmus (dieser fehlt bei Hydrozephalus wohl immer) können ebenso wie ein Intelligenzdefekt bei beiden Arten vorhanden sein oder fehlen. (Ein eigener Fall sicher sekundär bedingter Turmschädelbildung, Nr. 59, wird später gebracht werden.) — Auf die Frage der Genese der Sehnervenschädigung einzugehen würde hier zu weit führen; in der Zusammenfassung werde ich noch kurz darauf zu sprechen kommen. Einen dritten Fall, der trotz starker geistiger Rückständigkeit heute doch prognostisch nicht ganz ungünstig erscheint, füge ich vergleichshalber bei.

¹⁾ Im Original nicht gesperrt.

Fall 5. Hildegard B. 579/16. Geb. 9. 5. 16. A. A.: 2.—5. 10. 16.

Anamn.: Z.A. d. E.: 25—19. 1. Kind von 2; ausgetragen. Steißlage, durch Veit-Smellie entbunden, leicht asphyktisch; Gew.: 3000 g, 51 cm lang. Seit ca. 3 Monaten tägl. 2—3 mal krampfartige Zuckungen mit Augenverdrehen. Hernach müde und schlaff. Immer sehr ruhig, bewegt sich kaum, wird zusehends dicker; fixiert nicht, kennt die Mutter nicht. Vor den Anfällen lebhafter, hat schon gelacht. — Stat.: Untergewichtiges aber sehr fettes, pastöses Kind. Typischer Turmschädel, Font. $1,5 \times 1,5$ cm, normal gespannt. Pup. reagieren, fixiert nicht. Valgusstellung der Beine. — Keinerlei geistige Regungen, apathisch. — Verl.: 4. 10. Augenuntersuchung (Dr. Moll): Beiderseits ganz blasse Sehnerven, Zentrum frei. Keine Herde. Sehvermögen aller Wahrscheinlichkeit nach gar nicht vorhanden. (Degenerat. Prozeß ohne spez. Ursache.) 5. 10. L.P.: Unter ganz geringem Druck wenige Tropfen klarer Flüssigkeit.

Nachuntersuchung am 2. 7. 19: Fettes, kräftiges Kind von gutem Turgor und Tonus. Kann nicht stehen und laufen; ist nicht sauber. Typ. Turmschädel, Umfang normal, vertikal verlängert, horizontal, bes. im Stirnanteil abgeplattet. Soll hören, fixiert nicht, blinzelt aber, wenn es von Dunkel in Hell kommt, erkennt niemand. Pup. reagieren; doppelseitige absolute Atrophie. Pat. R. r. lebhaft, l. 0, Babinski l +, r erst nach längerem Streichen und nur sehr undeutlich. — Tiefstehender Idiot. Manchmal noch Anfälle 1—2 p. die: zittert am ganzen Körper, zuckt mit den Händen hoch, verdreht die Augen. Dauer 5—10 Min. — Nachuntersuchung am 29. 6. 20: Völlig unverändert. Liegt dauernd regungslos im Bett, wimmert nur, wenn es Hunger hat. Sehr fett. Fixiert nicht. Scheint etwas zu hören. Babinski links deutlich +, rechts undeutlich und wechselnd. Oppenheim angedeutet. Bauchdecken und Achillessehnenrefl.: 0. — Das am 23. 11. 19 geborene Geschwister ist heute ein prachtvoll körperlich und geistig entwickeltes Kind.

Fall 6. Günther F. 724/15. Geb. 27. 4. 15. A. A.: 15.—23. 11. 15.

Anamn.: Z.A. d. E. 27—20. 1. und einziges Kind, ausgetragen, normal geb., Gew. 3375 g. Liegt dauernd ruhig, schreit höchstens vor der Flasche, „reagiert sonst auf gar nichts“. Seit Mitte des 6. Monats tägl. 5—10 mal kleine Zuckungen in Armen und Beinen dabei Augenverdrehen. Dauer ca. $\frac{1}{2}$ Min. Stat.: kräftiger, wohlgenährter Junge. Schädel eiförmig, plattes Hinterhaupt, Font. fingerkuppengroß, alle Schädelnähte springen etwas vor. Pup. reagieren aber langsam und unvollständig, fixiert nicht. Ob Gehör vorhanden, nicht zu entscheiden. Keinerlei Reflexe auslösbar. Verl.: Augenuntersuchung (Dr. Moll): graue Atrophie beider Optici, bes. l. Hauptsächlich sind die temporalen Hälften befallen. Retina normal. P.: neg. WaR.: in Blut und Liquor neg. (je 1 mal). 23. 11. Kind liegt dauernd ruhig, keine Krämpfe beobachtet. — Nachuntersuchung am 10. 9. 19. Mit $2\frac{1}{2}$ Jahr erst laufen gelernt. Spricht nicht, schreit kaum je, stößt hingegen Laute des Wohlbehagens aus. Absoluter Idiot, unterscheidet aber doch die Angehörigen an der Stimme. Hört sehr gut. Besitzt sicher Lichtempfindung, bewegt sich, mit breitspurigem Gang sich an den Gegenständen haltend, in dem ihm fremden Zimmer recht gut, kann aber nicht frei gehen. — Ganz selten noch Krämpfe in Gesicht-, Hals- und Armmuskulatur. Ausgeprägter Turmschädel. Pup. sehr groß, reagieren prompt, aber wenig ausgiebig. Penis ungemein groß. Nachricht vom Juli 20: Dauernd ungemein aufgeregt; ab und zu noch Krampfanfälle.

Fall 1100/18. Margarete P. Geb. 6. 10. 18. A. A.: 29. 1.—23. 4. 19.

Anamn.: Z.A. d. E. 49—38. 2. Kind, anderes gesund. 5 Wochen zu früh mit ca. 2500 g geb. — Stat.: Turmschädel, Hinterhaupt platt, sehr hohe Stirne. Exophthalmus. Hintergrund (Dr. Halben): o. B. Macht idiotischen Eindruck. — Nachuntersuchung am 8. 12. 19: fixiert, kennt die Pflegerin. Macht den Eindruck eines ca. 3 bis 4 monat. Kindes in körperlicher und geistiger Beziehung. Kopf und Augen unverändert, Font. 4 cm lang, 2 cm breit.

Zu Fall 5, 6 und 1100/18: Kind 1100/18 habe ich nur angeführt, um den großen klinischen Unterschied zwischen ihm und den beiden anderen, die weitgehende Ähnlichkeit untereinander aufweisen, zu zeigen. Vor allem besteht diese in einer doppelseitigen Optikusatrophie bei offener, nicht einmal gespannter Fontanelle und Fehlen sonstiger Drucksymptome, der auffallenden motorischen und psychischen Ruhe, dem verspäteten Eintreten der statischen Funktionen, dem Fehlen der Sprachentwicklung und endlich den im ersten

Lebenshalbjahr plötzlich und unmotiviert auftretenden Krampferscheinungen. Kind 5 bot noch insofern eine Eigentümlichkeit, als der fehlende Patellarreflex und ein nur links positiver Babinski eine gewisse Lokalisation des zugrunde liegenden Prozesses erlauben. Besonders merkwürdig aber — und ich konnte darüber in der mir zugänglichen Literatur nichts finden — war das bestehende Mißverhältnis zwischen dem Körpergewicht und der Ausbildung des Fettpolsters bei diesen Kindern.

Ich hätte dieses Verhalten nicht erwähnt, wenn nicht Bertolotti ein neues Moment in die Pathogenese des Turmschädels gebracht hätte, dessen Weiterverfolgung ich auf Grund meiner beiden Beobachtungen für ungemein wichtig erachte. Bertolotti nämlich berichtet von einer Schädigung der Glandula pituitaria bei Pyrgozephalie und behauptet, daß die Sella turcica bei dieser Krankheit „schwere Deformitäten“ aufweise¹⁾. Ob diese Befunde anderwärts bestätigt wurden, weiß ich nicht²⁾; bei den von mir untersuchten Kindern ist leider eine Röntgenaufnahme des Schädels verabsäumt worden³⁾. — Vergewenwärtigen wir uns nochmals das selbst für einen Idioten ungewöhnlich phlegmatische Temperament und die hochgradige, durch die Bewegungslosigkeit nicht voll erklärte Fettsucht, so finden wir Anklänge an die Degeneratio adiposo-genitalis, die bekanntlich hypophysär bedingt ist. Gestützt wird eine derartige Annahme weiterhin durch die Abbildung eines 13 $\frac{1}{2}$ -jährigen, „mäßig schwachsinnigen“ Mädchens mit Turmschädel „von ganz exzessiver Form“ bei Weygandt (e), das eine überaus starke Adipositas zeigt. Die bei Kind 6 festgestellte bitemporale Abblassung des Sehnerveneintrittes spricht freilich gegen eine vom Hirnanhang ausgehende Druckschädigung des Chiasmus. Doch ist gerade bei der Dystrophia adiposo-genitalis der Hintergrundbefund nicht immer ein lehrbuchmäßiger. Der Verdacht auf eine hypophysäre Ursache wird noch weiter dadurch bestärkt, daß nach Schüller dieses Leiden zuweilen mit hochgradiger Schlagsucht und häufigen epileptischen Anfällen einhergeht. So fänden also auch die im Alter von 2 bzw. 6 Monaten aufgetretenen Krampferscheinungen ihre Erklärung. Kind 1100/18, das keine Optikusschädigung, wenigstens noch bei der Nachuntersuchung im Alter von 14 Monaten zeigte, war dauernd höchst unruhig und sowohl zur Zeit seines Anstaltsaufenthaltes als auch in letzterem Alter ganz gewaltig in Länge und Gewicht zurückgeblieben. — Nicht in einen hypophysären Symptomenkomplex paßt der ganz auffallend große Penis des Knaben 6, der geradezu als genitale Hypertrophie imponierend an eine Störung von seiten der Zirbeldrüse denken läßt. — Eine definitive Stellung zur Frage der hypophysären Genese des Turmschädels heute schon einnehmen zu wollen, ist selbstverständlich noch unmöglich; ich führe deshalb diese Befunde nur mit aller Reserve an.

¹⁾ Da mir das Original nicht zugänglich war, vermag ich nicht anzugeben, worin diese bestanden.

²⁾ In einer eben erschienenen Dissertation beschreibt Jüttermann den Röntgenbefund bei einem Fall von Turmschädel. „Der ganze Schädel weist die für Turmschädel typischen Impressiones auf. Die Orbitae sind verkürzt und die Gegend der Sella turcica vertieft“ (im Original nicht gesperrt).

³⁾ Nachträglich, im Juni 1920, habe ich bei Patient Nr. 5 den Schädel geröntgt; bei der Schwierigkeit schöne Bilder kindlicher Köpfe zu erzielen war ich denn schon von vornherein auf ein Mißlingen gefaßt. Die sonst gut gelungene Platte ließ denn auch in der Tat keinerlei genaue Strukturen der Basis, besonders der Gegend der Sella turcica erkennen.

5. Tuberöse Sklerose.

Keine eigenen Erfahrungen.

6. Die infantile Form der familiären amaurotischen Idiotie (Tay-Sachs).

Die Tay-Sachssche Krankheit gilt trotz ihres klinischen Beginnes meist erst in der zweiten Hälfte des ersten Lebensjahres allgemein als eine in der Anlage bedingte Störung des feineren Gefüges des Zentralnervensystems. Nur Savini-Castaneo und Savini sind meines Wissens die einzigen, die an eine endokrine Bedingtheit dieses rätselhaften Leidens denken.

Das Bild der familiären amaurotischen Idiotie ist ein so wohlbekanntes, daß ein Eingehen darauf sich erübrigt. In einer vor kurzem erschienenen Arbeit wies ich auf weitere 3 Symptome bzw. Symptomenkomplexe hin, die ich bei 3 Fällen beobachten konnte und zwar „kehrten diese in einer solchen Stereotypie wieder, daß wir trotz der zwar geringen Zahl unserer Fälle nicht anstehen, heute schon diese Erscheinungen als Charakteristika der Sachsschen Idiotie, wenigstens in ihren letzten Stadien, anzusprechen, worin wir auch durch die zwar spärlichen, aber gleichlautenden Ausführungen anderer Autoren bestärkt werden.

Diese Phänomene sind:

1. (Klonisch-)tonische Streckkrämpfe der Extremitäten, die sich in den oberen derart äußern, daß die Arme in einer sagittalen Ebene zu beiden Seiten des Kopfes nach oben oder — in besonders typischer Weise — nach vorne oben oder rein vorne, also am liegenden Kinde mehr oder minder senkrecht nach aufwärts gestreckt werden;

2. Hyperästhesie im Bereich der Beine, die distalwärts sich so verstärkt, daß sensible Reize am Fuß außer zu allgemeinen tonischen oder klonischen Krämpfen zu Fußklonus führen und

3. Vasomotorische Störungen, die sich in Angioparalysen-Erythemen-, Angiospasmen-Zuständen lang andauernder Kühle der Hände und Füße mit konsekutivem Ödem- und endlich in einer Anomalie der Schweißsekretion, in widerlichem Geruch der Ausdünstungen bestehend, kundgeben“.

Als 4., scheinbar der Tay-Sachsschen Krankheit spezifisches neues Symptom füge ich hier noch eine Übererregbarkeit der peripheren Nerven hinzu, die bei allen meinen Patienten in auffallender Stärke nachgewiesen werden konnte.

In pathologisch-anatomischer Beziehung zeigte der eine von uns seziierte¹⁾ und von Prof. Bielschowsky mikroskopisch untersuchte Fall Bemerkenswertes. Makroskopisch fiel neben der Härte der Rinde vor allem das ungeheuer hohe Gewicht des Gehirns auf — 1690 g gegen 1000—1100 der Norm in diesem Alter —, das genau ein Fünftel des Gesamtkörpergewichtes des Kindes (8,12 kg) vier Wochen vor seinem Tode, also noch vor dem terminalen Verfall, ausmachte. Eine abnorm harte Konsistenz des Gehirns sahen auch Poynton sowie Savini-Castaneo und Savini. Das Gehirn des von letzteren

¹⁾ Während der Drucklegung ist auch noch ein zweites Kind gestorben, von uns seziiert und ebenfalls von Prof. B. histologisch untersucht worden. Siehe darüber später.

beschriebenen $2\frac{2}{12}$ Jahre alten Kindes wog 1530 g. Dieser auffällige Befund ist, wie ich schon in meiner früheren Arbeit vermutete, wohl auf die lange Dauer der Krankheit gerade dieser 3 Kinder zurückzuführen, die nur durch aufopferndste Pflege solange am Leben erhalten werden konnten. Die exzessive Neuroglia-wucherung, worin die Härte der untersuchten Rinde begründet war, stellt meiner Ansicht nach nur einen Endprozeß dar, der bei anderen zur Sektion gelangten Patienten eben wegen ihres vorzeitigen Todes nicht hatte erreicht werden können.

Außer den drei bereits veröffentlichten klassischen Fällen (s. dort die ganz ausführlichen Krankengeschichten) füge ich hier noch einen vierten (10) bei, der in manchem einen von der Norm abweichenden Verlauf bot. Eine weitere Beobachtung konnten wir noch kurz vor Abschluß dieser Arbeit machen (Fall A).

Fall 7. Marianne L. 839/14. Geb. 2. 1. 13. A. A.: 18. 11. 14—15. 1. 15. Mosaisch.

Anamn.: Z. A. d. E.: 40—27. Keine Blutsverwandtschaft; keine familiären Krankheiten. 1. Kind, 11 Jahre, völlig gesund. 2. = Pat. ausgetragen, ca. 6 Pfund schwer, doppelte Nabelschnurumschlingung um den Hals. Bis 4. Mon. angeblich völlig normal; dann von Arzt bemerkt: Kind lacht und fixiert nicht mehr, greift nicht; keine spontanen Bewegungen. Stat.: Muskul. gering, ohne Tonus. Kann nicht sitzen und stehen, Kopf haltlos. Fixiert nicht. Kopf asymmetrisch. Font. 2×3 cm, Nähte klaffen etwas. Pup. reagieren. Strab. conv. Pat. R. lebhaft, Achill R. überaus stark, fast Fußklonus. Fazialisph. angedeutet, Peronäusph. sehr lebhaft. Bei Prüfung des Babinski (nicht auslösbar) Fußklonus. Bei Stechen und Kneifen der Haut zuckt Kind stark zusammen und schreit. Besonders empfindlich an Unterschenkeln und Füßen. Bei Geräuschen schrickt Kind zusammen. Während Untersuchung eigenartige Krampfanfälle: streckt beide Arme senkrecht nach oben (im Liegen). Nystagmus horiz. Zuckungen in beiden Großzehen. P. und WaR. negativ. Verlauf: 26. 11.: immer schreckhafter. L.P.: Im Bogen wasserklarer Liquor, Ablassen von 40—50 ccm. Augenspiegeluntersuchung (Dr. Moll): Beiderseits fast totale Optikusatrophie mit porzellanweißer temporaler Abblassung. An der rechten Papille ein kleiner, orangeroter Herd. In der linken Makula eine papillengroße weiße Scheibe mit einem kirschroten Fleck im Zentrum, völlig ähnlich einer frischen Embolie der Art. centr. retinae. 30. 11. Kind riecht widerlich. L.P.: normaler Druck, klarer Liquor. 8. 12. L.P.: 20 cm Druck. 18. 12. L.P.: 22 cm Druck. 22. 12. Zeitweises plötzliches Aufschreien. 8. 1. L.P.: 28 cm Druck, klarer Liquor. 13. 1. L.P.: 25 cm Druck. 15. 1. Ungeheilt in Anstalt entlassen, dort am 28. 4. 15. †.

Fall 8. Johanna W. 716/17. Geb. 3. 7. 16. A. A.: 7. 10. 17—1. 2. 19. (†). Mosaisch.

Anamn.: Z. A. d. E. 41—32, beide gesund, nicht blutsverwandt, keine familiären, insbes. keine Nervenkrankh. 1. u. einz. Kind, ausgetragen, normal mit ca. $4\frac{1}{2}$ Pfd. geb. Seit Ernährungsstörung im 10. Monat körperlich und geistig keine Fortschritte mehr, im Gegenteil, richtet sich nicht mehr hoch, lallt nicht mehr. Stat.: Im Gewicht zurückgeblieben; Muskulatur von gutem Tonus. Vollkommene Teilnahmslosigkeit wechselt mit unmotivierten Freuden ausbrüchen ab. — Mienenspiel erloschen, reagiert in keiner Weise, fixiert nicht, greift nicht. Font. geschlossen. Pup. weit mit träger Reaktion. Extrem.: Geringe Spasmen. Reflexe gesteigert. WaR.: neg. Verl.: Augenuntersuchung (Dr. Mühsam): Augen reizlos, äußerlich normal. Pupillen (unter Homatropin) maximal erweitert, in ständiger Bewegung. Wenn in extreme Stellung geraten, werden sie mit einer merkwürdigen ruckartigen Bewegung in eine mittlere Lage zurückgebracht. Brechende Medien klar. Papillen scharf begrenzt, milchweiß. Die Gegend der Makula wird durch eine fast runde, mattweiße Scheibe eingenommen, in deren Zentrum ein kleiner — durch Kontrastwirkung — kirschroter Fleck erscheint. 2. 11. Kind sehr schreckhaft. 15. 11. L.P.: 60 cm Druck. 22. 12. Klonisch-tonische Krämpfe der Arme, Beine und im Gesicht. Hände dauernd in tonischer Krampfstellung. 27. 12. Krämpfe von

ca. 2 Min. Dauer. 30. 12. Krämpfe von derselben Art und Dauer. Augenhintergrund (Dr. Mühsam): unverändert. 7. II. Kind apathischer. Hände in dauernder Krampfstellung. 20. 3. Tiefer Sopor. — Hände in Krampfstellung, auf Druck unempfindlich; Füße stark hyperästhetisch. Kind schreit zuweilen auf. 15. 4. Kopf wird groß. Nähte aufgelockert; leichte Dauerspasmus in den Armen und Beinen. 1. 5. Verfall. Krallenstellung beider Hände; Steifigkeit der Beine. L.P.: Druck 80 cm. 60 ccm klarer Liquor. 25. 5. Erscheinungen von Gehirndruck. Nähte, besonders des Hinterhauptes stark aufgelockert. Pupillen weit. Deutlicher Hydrozephalus (Umfang am 3. 5. 54 cm). Zuckungen in Händen. Starker Nystag. horiz. L.P.: sehr hoher Druck, ca. 80 ccm wasserklarer Liquor. 17. 9. Seit 2 $\frac{1}{2}$ Wochen Untertemperaturen zwischen 36,6 und 35,2°. Stat. am 20. 9.: Kopf wächst beständig, namentlich nach hinten. Font. marktstückgroß. Blick starr, Pupillen reagieren nicht. Nystag. horiz. und vert. Bei Berührung der Beine sofort allgemeine klonische Zuckungen im ganzen Körper. P.R. gesteigert; Babinski links +, rechts —. Fazialisph. beiderseits stark +. 15. 11. Augenspiegelbefund: Pup. scharf begrenzt, ganz weiß; die Gegend der Makula ist von derselben Farbe wie der übrige Hintergrund, der Flecken in der Mitte derselben ist matt rosa. 20. 11. Bei Berührung klonische Zuckungen. 30. 12. In den letzten Wochen sich häufende krampfartige Zustände, jetzt 20–30 p. die, spontan sowohl wie besonders durch jegliche Reize ausgelöst. Verlauf derselben: In Armen leichte Zuckungen, dann tonischer Krampf, in dem sie zitternd senkrecht nach oben gestreckt werden. Dauer ungefähr $\frac{1}{2}$ bis 2 Minuten. Hierauf Nystag. horiz. Fixiert nicht. Auf Schallreize abnorme Schreckhaftigkeit, so daß dadurch meist Krampfanfälle ausgelöst werden. Kind riecht widerlich. Schädel langgestreckt, stark asymmetrisch, linke Hälfte 2–3 cm länger. Lambda nach zu fühlen, linker Schenkel klappt ca. $\frac{1}{2}$ cm. Font. 2 $\frac{1}{2}$ cm breit, 3 $\frac{1}{2}$ lang, unter Schädelniveau, gut gespannt. Pup. max. erweitert, völlig lichtstarr. 7. 1. Körpertemp. in letzten Wochen zwischen 36,4 u. 35,5°. 28. 1. Untertemp. Mittags 34,9. Krämpfe noch häufiger. Pat.-R. nicht auslösbar. Bei Bestreichen der Fußsohle gerät das Bein, besonders der Fuß in heftigste klonische Zuckungen, Babinski dabei positiv. Fußklonus gemein heftig und langdauernd. Oppenheim negativ; Bauchdeckenreflex vorhanden. Kein Kernig. Fazialisph. im Augenanteil deutlich +. Achill.-R. nicht auslösbar. 1. 2. Exitus unter den Erscheinungen einer Bronchopneumonie. Sekt. (Dr. Ylppö) (Nur die des Schädels gestattet): Schädel unförmig groß, asymmetrisch. Schädeldach allein wiegt 230 g. Knochen hart, nicht verdickt. Das Gehirn auffallend groß, 1690 (!) g. Pia überall grau, trübe, in den Sulci verdickt, bis 3 mm stark. Die Gehirnsubstanz merkwürdig hart, geradezu holzig. Auf Schnitt zeigt sich die harte Beschaffenheit lediglich auf Rinde beschränkt. Diese ca. 3 mm dick, makroskopisch auffallend blaß geht nach innen zu allmählich in eine weiche, glasig-schleimige Marksubstanz über. Kleinhirn ebenfalls auffallend holzig; Marksubstanz nicht erweicht. Seitenventrikel nur gering dilatiert. (Das ganze Gehirn wird an das neuro-biolog. Institut (Prof. Bielschowsky) zwecks histol. Untersuchung gesandt.) Bericht des Prof. Bielschowsky (im Auszug): „Es findet sich neben der schon makroskopisch diagnostizierten Aplasie des Markkörpers beider Großhirnhemisphären (Aplasia corticalis congenita) und der exzessiven Kleinhirnsklerose die über das ganze Zentralorgan ausgedehnte schwere Ganglienzellenerkrankung, wie sie charakteristisch für amaurotische Idiotie ist. Auch hinsichtlich dieses Zellprozesses zeigt der Fall gewisse Eigentümlichkeiten, welche noch nicht bekannt sind. Sehr bemerkenswert ist eine enorme Ersatzwucherung der gliösen Rindenelemente, welche zu einer ganz ungewöhnlichen Verdichtung der Rindensubstanz geführt hat. In dieser sklerosierten Rinde machen sich an vielen Stellen die Zeichen eines spongösen Schwundes bemerkbar.“¹⁾

Fall 9. Werner H. 77/19. Geb. 1. 2. 18. A. A.: 23. 4. 19—5. 6. 20 (†). Mosaisch.

Anamn.: Z. A. d. E.: 27–28. Mutter immer schon sehr nervös, zur Zeit offene Tbc. — Vater des Vaters und Mutter der Mutter Geschwister. Keine familiären, insbes. neuro- oder psychopathischen Leiden. 1. Kind 2 $\frac{1}{4}$ J., gesund. 2. = Pat. Geb.: ausgetragen, normal, Gew. ca. 2000 g. Seit Ende des 1. Lebensjahres Kind

¹⁾ Eben von Prof. B. ausführlich veröffentlicht in Journ. f. Psych. u. Neurol. 26, 123, 1921.

auffallend ruhig, weint nie, greift nicht, kann nicht sitzen, nachdem es mit 9 Monaten schon Kopf gehoben und sich aufzusetzen versucht hatte. Stat.: Etwas zurückgebliebenes Kind. Muskulatur an Oberschenkeln von normalem Tonus, sonst sehr schlaff. Sitzt und steht nicht. Beim Aufrichten fällt Kopf schlaff zurück. Psychische Funktionen insgesamt stark zurückgeblieben. Fixiert manchmal etwas, aber nur für wenige Sekunden. Pup. reagieren langsam und wenig ausgiebig, $l > r$. Pat.-R. normal; sonst keine Refl. auslösbar. Beim Händeklatschen schrickt Kind sehr zusammen. Geschmacksprüfung: Chinin und Zucker ohne Zeichen des Wohl- oder Unbehagens angenommen. — Kryptorchismus. Verl.: 24. 4. L.P.: Druck 44 cm, ca. 25 ccm wasserklarer Liquor. Heute gelacht und für kurze Zeit fixiert. 30. 4. L.P.: 2 ccm Liquor. WaR. in Blut und Liquor negativ. 3. 5. Augenspiegeluntersuchung (Dr. Mühsam): Rechte Pupille kleiner als linke, beide lichtstarr. Auffallend seltener Lidschlag. Keine Reaktion auf Gesichts- oder Lichteindrücke. Der Augenspiegel zeigt beiderseits symmetrisch in der Netzhautmitte einen ovalen weißen Fleck mit rotem Mittelpunkt. Papillen scharf begrenzt, leicht abgebläht. 28. 5. L.P.: Druck 27 cm. Liquor klar. 5. 6. Am linken Unterarm intensives Erythem. 6. 6. Vom gestrigen Erythem nichts mehr zu sehen. 7. 6. Heute am rechten Arm ein dem von vorgestern am linken völlig analoges Erythem. 9. 6. Erythem spurlos verschwunden. 17. 6. L.P.: 30—35 cm Druck, ca. 10—15 ccm wasserklarer Liquor. 27. 6. Seit Anfang Juni Temperatursteigerung. Mittelgroßer steriler Erguß in rechter Brustseite. P.: intensiv positiv. Unterschenkel mit Füßen und Hände eiskalt. Manchmal, völlig spontan, streckt Kind die Arme in tonischem Krampfe senkrecht nach aufwärts. Stark gerötete Wangen. Erythem an beiden Oberschenkeln. Bei schmerzhaften Berührungen streckt es die Arme krampfhaft senkrecht in die Höhe, dabei kurzdauernde klonische Zuckungen. Gesichtsempfindung scheint vorhanden zu sein. Linke Pup. 5, die rechte $3\frac{1}{2}$ mm im Durchmesser. Bei Belichtung kontrahieren sich beide, jedoch sehr langsam und nur höchstens um 1 mm. Bei Reizen kurzdauernder vertik. Nystagmus. Herz-tätigkeit fast an 200. Pat.-R. nicht auslösbar, ebenso Achill.-R. Bei Bestreichen der Fuß-sole Fußklonus; Babinski negativ. Fußklonus links nur angedeutet, rechts überaus stark. Kein Oppenheim. Bei passiven Bewegungen in den Fußgelenken großer Widerstand. Bei leiser Berührung des Fußrückens mit Nadel treten klonische Krämpfe im ganzen Bein auf. Derselbe geringe Reiz führt von anderen Körperstellen aus nicht zu ähnlichen Anfällen. Vom Unterschenkel ist es durch stärkeres Stechen ebenfalls möglich Spasmen hervorzurufen. Erhöhte Empfindlichkeit gegen akustische Reize und zwar nur gegen den ersten Schallreiz. 4. 7. Hände und Füße eiskalt. Schwach süß-säuerlicher Hautgeruch. 15. 7. Hände und Füße warm, erstere ödematös. Die Pup. ziemlich eng. Babinski rechts und links negativ, bei Bestreichen der Fußsole leichter Fußklonus. Pat.-R. nicht auslösbar. Bei Beklopfen der Achillessehne beiders. feinschlägiger Fußklonus. Starker Dermographism. Fazialisphän. ++++. 17. 7. Beim Klatschen in die Hände typische Anfälle von Streckkrämpfen der Arme, jedoch nur auf den jeweils ersten Schallreiz und nur von kurzer Dauer, ca. 5 Sek. 9. 9. Bei starken akustischen Reizen oder bei Stechen in Fußrücken oder -Sohle die bekannten Streckkrämpfe in den Armen. Vom Unterschenkel diese kaum, vom übrigen Körper gar nicht auslösbar. Dabei kein Fußklonus, dieser auch sonst nicht auslösbar. Eiskalte Hände und Füße. Pat.-R. r. ++++, l. +. Kein Babinski, stärkstes Fazialisphän. Sehr fader Geruch des Kindes. 11. 10. Augen auch im Schlaf nicht ganz geschlossen. Grobschlägiger Nystag. horiz. und zwar bei rechter Kopflage nach links und umgekehrt. Stärkste Hyperakusis, dabei die typische Armstreckung senkrecht nach oben. Linke Schädelseite erheblich größer. Font. fingerkuppengroß, stark gespannt. Fazialisphän. sehr stark. 25. 3. Stat.: Liegt dauernd teilnahmslos auf rechter Körperseite. Nie Zeichen irgend einer geistigen Funktion. Kopfumfang 49 cm. Linke Hälfte ca. $1\frac{1}{2}$ cm länger als rechte. Font. 5×4 cm, normal gespannt. Pup. weit, reagieren nicht. Konjunktival- und Kornealreflexe vorhanden. Keine Tränensekretion beim Weinen. Herzgrenzen normal, Töne leise. Hände und Füße blaurot verfärbt, eiskalt. — Reagiert auf akustische Reize mit Streckkrämpfen in den Extremitäten, wobei die Arme schräg aufwärts gehalten werden. Starker Dermographismus. Schreit nach Knifen, an diesen Stellen bilden sich Quaddeln. Pat.-R. u. Achillessehnenr. gesteigert. Fazialisphän. ++++ Peronäusph. 0. Bauchdeckenr. +, Babinski gering +. Magnussche Reflexe vorhanden. — Die Streckkrämpfe enden oft so, daß Kind in arc de cercle-Haltung auf Schultern

und Fersen kurz verharrt, dann zusammensinkt. Diese Streckkrämpfe verlaufen unter großer allgemeiner Unruhe, beschleunigter Atmung, frequenter Herzstätigkeit u. horiz. u. vertik. Nystagmus. 9. 4. Elektr. Untersuchung: K.S.Z. 2,8; K.Ö.Z. > 5; A.S.Z. > 5; A.Ö.Z. > 5 M.-Amp. Vom 20.—28. 4. Untertemperaturen bis 35° um 35,8° als Mittel. 2. 5. Heute, mit 2 $\frac{1}{4}$ Jahren, 75,5 cm lang, 7200 g schwer. Ohne weitere besondere Erscheinungen von seiten des Nervensystems Exitus am 5. 6. 20 unter den Erscheinungen einer Bronchopneumonie. — Sektion (Prof. Bielschowsky) (im Auszug): Thymus: 2 cm breit, 4 cm lang, 6 g schwer. Thyreoidea klein, 3 g schwer. Alte Pleuritis. Zahlreiche bronchopneumonische Herde rechts. Milz groß: 8×5×3 cm, 42 g schwer. Leber: groß, sehr hart, 424 g. Nebennieren auffallend groß, zu einer Membran verdünnt. Makroskopisch hat es den Anschein, als ob die Marksubstanz geschrumpft wäre; ca. 2 g. Nieren verfettet. Hoden weich, von annähernd normaler Größe. — Schädeldecken dünn und weich, sämtliche Nähte klaffen. Bei Eröffnung der Schädelhöhle fließen ca. 150 ccm klarer Liquor ab. Pia in der Nähe der Mantelkante, bes. im Bereich des Stirnlappens getrübt und diffus verdickt. Im Stirnlappenbereich klaffen die Furchen nach Entfernung der Pia. Die normal angelegten Windungszüge sind verschmälert. Für den tastenden Finger ist die Substanz überall außergewöhnlich hart. Gehirngewicht 1115 g (Gew. d. Kindes am Todestag 6750). Nach Herausnahme sieht man, daß bes. die beiden Stirnlappen erheblich an Volumen eingebüßt haben. Im Gebiet des Parietal- und Okzipitallappens keine größeren Schrumpfungen. Auch das Kleinhirn, das seiner Größe und Form nach normal erscheint, fühlt sich ganz ungewöhnlich hart an. — Optici dünn, auf dem Querschnitt im Zentrum eine rötlich-graue Partie. — Hypophyse von annähernd normaler Größe. — Im Rückenmark grau-rote Verfärbung der Seitenstränge. — Histologischer Befund nach Mitteilung von Prof. Bielschowsky: „Das Wichtigste ist, daß die Diagnose amaurotischer Idiotie durch die mikroskopische Betrachtung verifiziert worden ist. Im ganzen Zentralnervensystem und in den Ganglienzellen des Sympathikus fand sich der Schaffersche Zellprozeß in ausgeprägter Form. Ungewöhnlich an dem erhobenen Befund ist die Tatsache, daß auch ein sehr starker quantitativer Ganglienausfall in allen Gebieten der Großhirnrinde stattgefunden hat und daß auch eine sehr beträchtliche Gliaproliferation, welche mit der Bildung massenhafter großer und plasmareicher Gliazellen einhergeht, besteht. Das Mark der Hemisphäre ist außergewöhnlich arm an myelinhaltigen Nervenfasern. Wenn auch dieser Fall hinter dem Fall W. (Nr. 8) etwas zurücksteht, so ist doch auch hier der Markmangel ein recht hochgradiger, so daß bei Anwendung der Weigertischen Markscheidenfärbung die Markkegel der Windungen und das Zentralmark fast farblos erscheinen. Das Kleinhirn verhält sich ähnlich wie im Fall W. In der Rinde des Wurms und der Hemisphären sind die nervösen Parenchymbestandteile fast gänzlich ausgefallen. Von den Purkinjeschen Zellen finden sich nur äußerst dürftige Reste. Die kortikopetale Faserung (Moos- und Kletterfasern) fehlt. Von den spezifischen Elementen der Körnerschicht sind auch nur geringe Reste vorhanden. Die Gliaproliferation in der Rinde ist eine so enorme, daß man von einer vollkommenen Verfilzung der einzelnen Schichten sprechen kann. Was die endokrinen Organe angeht, so ist ein handgreiflicher Befund eigentlich nur an der Thyreoidea nachweisbar, welche das Bild der Kolloidstruma bietet. Als Kuriosität, welche aber für die Ätiologie bedeutungslos ist, wäre zu erwähnen, daß in dem Gewebe der Thymusdrüse kleine Inseln von Parathyroids substanz eingelagert sind. In dem Thymusgewebe ist auch eine tuberkulöse veränderte Lymphdrüse eingelagert gewesen. Milz, Nebenniere und Hypophyse sind ohne wesentliche Veränderungen. An der Hypophyse ist allerdings auffallend, daß der nervöse hintere Anteil nur äußerst dürftig entwickelt ist. An den Nieren bestehen Zeichen einer Schwellung und fettigen Metamorphose der Epithelien in den gewundenen Harnkanälchen.“

Fall 10. Hans Z. 1070/13. Geb. 8. 9. 13. A. A.: 28. 2. 14—7. 9. 16. (†).
Mosaisch.

Anamn.: Z. A. d. E.: 34—38. Nicht blutsverwandt. Mutter angeblich hysterisch. Keine hereditäre Belastung nachweisbar. 2 Aborte, 1. Kind 14 J., gesund, 2. = Pat. 8-Monatskind, in SteiBlage geb. mit 2400 g. Wird als gesundes (!) Pflegekind gebracht. — Stat.: Für eine Frühgeburt kräftiges Kind. Muskulatur schlaff, bes. in d. unt. Extrem., Kopf kann nicht gehalten werden. Beine manchmal in leicht tonischem Krampfzustand. Pup. sehr eng, reagieren sehr träge, Strabism. diverg. Fixiert mangelhaft. — Kryptorchis-

mus. Verl.: 9. 3. Augenhintergrund (Prof. Helborn): L. Pap. u. Peripherie völlig normal; r. Pap. normal, Retina mit Einschluß der Makula ohne Pigmentherde u. Hämorrhagien, dagegen ziehen durch die Makula mehrere scheinbar sklerotisierte Gefäße (Transsudat?). 28. 3. Starke Spasmen in Beinen. Pat.-R. sehr lebhaft. 30. 3. Augenhintergrund (Prof. Helborn): Pup. reagieren beiderseits sehr träge. Rechts beginnende Makularetrophie, sonst wie am 9. d. M. 5. 6. Klon.-ton. Krämpfe in Armen und mimischer Muskulatur. Spasmen in Beinen. 8. 8. Pup. reagieren kaum. 28. 10. Pup. reagieren jetzt prompt. Kind erkennt seine Pflegerin, lacht sie an. 9. 11. Augenhintergrund (Dr. Moll): Befund im wesentlichen wie am 9. 3. Pap. beiderseits normal, rechts zentrale Retinitis. 23. 3. 15. Bei Berührung des Leibes lautes Lachen des Kindes. Asymmetrischer Gehirnschädel. Pat.-, Achill.-, Bauchdecken-Reflexe sehr lebhaft. Kein Chvostek, Babinski und Oppenheim. Kann Kopf nicht halten. Häufig ton. Krämpfe in Armen, dabei senkrecht nach aufwärts Strecken derselben. Berührung der Lendengegend ruft starke Abwehrbewegungen hervor, dabei lacht Kind laut. Auf Schmerzreize prompte Reaktion; ob Geschmacksempfindung vorhanden, nicht zu entscheiden. Häufig flüchtige Erytheme ohne ersichtliche Ursache. Geistig, außer Anlachen bekannter Personen, keinerlei Regungen. 29. 9. In letzter Zeit wieder sehr gehäufte Krampfanfälle; Arme werden in Abduktionsstellung mit geballten und im Handgelenk gebeugten Fäusten steif gehalten. Starker Nystagm. 10. 1. 16. Einzige Äußerung des Kindes ist Lachen und zwar bei allen nicht schmerzhaften Reizen. 8. 6. Seit 3 Wochen gehäufte Krämpfe. 14. 7. Krämpfe jetzt fast andauernd. Trinkt nicht mehr, essen aber noch möglich. 7. 9. Plötzlicher Exitus, nachdem in letzten Wochen Krämpfe immer zahlreicher geworden sind. P.: dauernd neg. WaR.: 5 mal neg. (2 mal aus Blut, 3 mal aus Liquor). — Keine Sektion.

Nachtrag: Kurz vor Abschluß dieser Arbeit hatte ich Gelegenheit noch einen weiteren Fall von Tay-Sachs'scher Krankheit kürzere Zeit zu beobachten:

Fall A. Werner N. 46/20. Geb. 9. 12. 18. A. A.: 12.—13. 4. 20. Mosaisch.

Anamn.: Z. A. d. E.: 36—38. Nicht blutsverwandt. Vater vor 20 Jahren Lungenspitzenkatarrh, Geschwister des Vaters an Tbc. gestorben. Mutter vor 6 Jahren Blasenmole. 1. Kind 2 $\frac{3}{4}$ J., ganz gesund. 2. = Pat. Schwangerschaft und Geburt normal. Ausgetragen, ca. 3600 g schwer. — Mit 6 Mon. „Stimmritzenkrampf“. Hatte sich bis dahin ganz normal entwickelt. Allmählich vermochte es nicht mehr zu sitzen, bewegte sich nicht mehr, Kopf kann nicht mehr gehalten und gehoben werden, fixiert und greift nicht mehr. Jetzt kann Kind gar nicht mehr laufen, während es schon mit 10 Monaten die Beine aufstellte. Gibt keine Laute mehr von sich, lacht nur, wenn man sich intensiv mit ihm beschäftigt. Wenn es schlecht liegt, verdreht es die Augen und streckt die Arme krampfartig nach oben. Im allgemeinen ist Kind sehr ruhig, hat Appetit, weint, wenn hungrig, ist noch leidlich sauber. Reagiert auf Anruf, rollt dabei die Augen. Sehr empfindlich gegen Geräusche. — Stat.: Langes, etwas untergewichtiges Kind. Geringe, schlaffe Muskulatur. Font. zu. Fixiert nicht; Pup. l > r. Beiderseitiger Kryptorchismus. Vollkommen teilnahmslos. Sehnenreflexe sehr lebhaft, Bauchdeckenreflexe fehlt. Babinski und Oppenheim ++, Dauer-Babinski angedeutet. Starke mechan. Übererregbarkeit der Muskulatur, bei Klopfen auf den Musc. pect. Zuckungen im ganzen Arm. — Bei Drehung des Kopfes nach der Seite kurzdauernde Streckkrämpfe des Armes auf der „Kieferseite“ („Halsreflex“ nach Magnus). — Verl.: 13. 4. Augenspiegelbefund (Dr. Mühsam): „Augen reizlos, bewegen sich unetwas hin und her ohne zu fixieren, rechtes Auge dabei zuweilen in leichter Konvergenzstellung. Linke Pup. etwas weiter als rechte, beide reagieren prompt auf Lichteinfall und bei zufälliger Konvergenz. Brechende Medien klar. Die Mitte des Hintergrundes ist eingenommen von einer roten, 1 $\frac{1}{2}$, papillengroßen graublauen Schelbe, in deren Mittelpunkt sich ein grellroter Fleck befindet. Diese Veränderung ist beiderseits symmetrisch angeordnet. Beide Pap. sind abgeblaßt bei scharfer Begrenzung. Gefäßanordnung und Füllung regelmäßig.“ Röntgenaufnahme des Schädels (Sella turcica) o. B. P.: —; WaR.: —. — Ungeheilt entlassen. Im Sommer 1920 gest.

Zu Fall 7, 8, 9, 10 und A: Bei Kind 10 wurde leider in den späteren Stadien der Krankheit keine Augenspiegeluntersuchung mehr vorgenommen. Es kann darum also nicht als sicher angenommen werden, daß das Gesehene die Anfänge einer spezifischen Makularveränderung waren, so wahrscheinlich mich dies auch dünkt. Ungewöhnlich und meines Wissens noch nicht beschrieben war bei diesem Falle ferner die deutliche Remission, die im

Oktober 1914 beobachtet wurde. Hingegen ist das „explosive“, das Zwangsalachen, das bei jedem beliebigen Reiz auftrat, aber bei den 4 anderen Kindern vermißt wurde, seit Falkenheim bekannt. Das von mir aufgestellte Symptomentrias war bei 7, 8, 9 und 10 in einwandfreier Weise vorhanden, bei Kind A, bei dem die Krankheit noch nicht so weit fortgeschritten war, zeigte sich wenigstens das von mir beschriebene Hochstrecken der Arme im Krampfanfall. Eine weitere noch nicht bekannte Besonderheit der familiären amaurotischen Idiotie scheint ferner die in positivem Fazialis- bzw. Peronäusphänomen sich äußernde Übererregbarkeit der peripheren Nerven zu sein, die bei allen 5 Patienten nachgewiesen werden konnte. Endlich zeigten die beiden letzten (die 3 früheren wurden nicht daraufhin untersucht) den von Magnus beschriebenen „Halsreflex“.

Über die Ätiologie der infantilen Form der familiären amaurotischen Idiotie sind vielerlei Hypothesen aufgestellt worden; das einzig Sichere aber ist die Tatsache, daß wohl ausnahmslos nur Kinder jüdischer Abstammung von ihr befallen werden. Die wenigen gegenteiligen Mitteilungen halte ich deshalb nicht für stichhaltig, weil in keinem dieser Fälle, soweit ich die Literatur kenne, ausdrücklich die jüdische Rasse (nicht Religion) als sicher ausgeschlossen bezeichnet wird (Mischehen!)¹⁾. — Klosenberg will die familiäre amaurotische Idiotie nur bei Angehörigen von in schlechtesten sozialen Verhältnissen lebenden Familien gefunden haben; meine 5 Patienten aber stammten insgesamt aus recht, vielleicht sogar sehr wohlhabenden Kreisen. — Der familiäre Zug war nicht so konstant als der Rassezug, wobei aber nicht verhehlt werden darf, daß diese 5 Elternpaare zusammen bis jetzt nur 9 Kinder hervorgebracht haben. — Von neuro- und psychopathischer Belastung konnte außer der „Hysterie“ einer der Mütter nichts eruiert werden. Blutsverwandt — Geschwisterkinder — waren die Eltern von Fall 9. — Endlich möchte ich noch in Erinnerung des im I. Teil über die Häufung der Hypoplastiker unter den Idioten Gesagten darauf aufmerksam machen, daß die Geburtsgewichte der vier ausgetragenen Kinder 7, 8, 9 nur ca. 3000, ca. 2250 und ca. 2000 g betragen und nur A allein mehr, 3660 g, wog. — Worin letzten Endes die Ursache der familiären amaurotischen Idiotie zu suchen ist, liegt immer noch in tiefstem Dunkel. „In Ermangelung etwas Besseren“ — schrieb ich damals — „ist also einstweilen noch die Edingersche Aufbrauchtheorie als einzige Möglichkeit einer Erklärung anzusehen“.

7. Idiotie als Begleiterscheinung verschiedener Erkrankungen des Nervensystems („Begleitidiotien“).

Bei der Durchsicht der Kasuistik der sogenannten familiär-hereditären Nerven- und Muskelerkrankungen, wie der anderer Affektionen des Zentralorganes, die das früheste Kindesalter betreffen, fällt die große Anzahl jener Individuen auf, die auch psychisch eine weitgehende Schädigung erlitten haben. Zum Teil erklärt sich dieser Defekt wohl aus der häufig bestehenden Unfähigkeit der Fortbewegung, wodurch es dem Kinde unmöglich gemacht wird seinem Lern- und Entdeckungstrieb nachzugehen. Die Prognose ist hier bei

¹⁾ Eine neue Arbeit von v. Starck veranlaßt mich doch meine obige Annahme zu mildern. Es handelte sich bei v. Starck um eine baltische Adelsfamilie ohne jeglichen jüdischen Einschlag, in der von 5 Kindern die 3 Mädchen an typ. f. a. I. erkrankten und starben. — Es lag aber Verwandtenehe und durch längere Zeit dauernde Inzucht beider elterlichen Familien vor.

richtiger Erziehung eine absolut gute, wie ich schon bei Gelegenheit der durch Rachitis bedingten „Idiotie“ ausgeführt habe. Bei einer anderen Gruppe, zu der vor allem die zerebralen Diplegien gehören, sind, wie später ausführlich behandelt werden soll, Intelligenzdefekt und Motilitätsstörung als aus einer Quelle stammend anzuspochen. Eine dritte Kategorie von Kindern aber ist psychisch irreparabel schwer geschädigt, ohne daß ähnliche pathologische Prozesse anzunehmen sind, wie sie z. B. der vorigen zugrunde liegen. Ich nenne diese Form von Schwachsinn deshalb „Begleitidiotie“.

Unter meinem Material waren 2 Kinder, die hierher gehören und von denen das eine an klassischer Myatonia cong. Oppenheim, das andere an einer Kombination dieser mit früh-infantiler spinaler progressiver Muskelatrophie (Werdnig-Hoffmann) litt. In der Literatur fand ich die Intelligenzentwicklung bei der Oppenheimschen Krankheit, wenn überhaupt erwähnt, als „normal“ (Cassirer), „ungestört“ [Ziehen (b)], „meist normal“ (Duthoit) oder „kaum verzögert“ (Tobler) angegeben. Nur der 12monatige Säugling Bienfaits zeigte eine deutliche Rückständigkeit. Auch drei weitere in unserem Hause behandelte Kinder [233/15, von Ylppö in anderem Zusammenhang veröffentlicht, 902/11 und 85/14] waren geistig normal. — Diesen seltenen Befund einer geistigen Schädigung kann ich mir nur so erklären, daß manche Myatonie bei Idioten als solche übersehen oder die Schlaffheit der Muskulatur und die Bewegungsunfähigkeit als durch Rachitis bedingt gehalten werden. Vielleicht erscheint so, zum Teil wenigstens, die üblich angenommene Rolle der Rachitis in der Genese des Schwachsinnes erklärlicher.

Über die Ätiologie der Oppenheimschen Krankheit ist nichts bekannt; nach Jendrassik ist dies ein Hinweis auf einen hereditären Ursprung des Leidens. Eine weitere Eigentümlichkeit beruht auch darin, daß die Mütter von Myatonikern nur selten lebensfähige Kinder bekommen und Aborte, Früh- und Totgeburten in auffälliger Anzahl beobachtet werden. Ich konnte dies auch bei meinen fünf Fällen — Tabelle II — bestätigt finden, was mir ebenfalls für einen hereditär-familiären Einschlag zu sprechen scheint.

Tabelle II.

	Zahl der Schwangerschaften	davon: Aborte	Frühgeburten	totgeboren	gestorben	leben
Fall 11	6	1	./.	./.	2	3
„ 12	1	./.	1	./.	1	./.
Nr. 902/11	4	?	?	?	3	1
„ 85/14	1	./.	./.	./.	1	./.
„ 233/15	5	1	./.	./.	4	./.
	17	2	1		11	4

Blutsverwandschaft der Eltern finde ich nirgends als ätiologischen Faktor angegeben. Bei den beiden imbezillen Kindern aber — und nur bei ihnen — lag diese vor und zwar waren die Eltern von Fall 11 Geschwisterkinder, die von 12 Onkel und Nichte. Inwieweit dieser Umstand hier ursächlich für den Schwachsinn in Frage kommt, läßt sich selbstverständlich nicht sagen. — Ob die jüdische Rasse zur Myatonie ein größeres Kontingent stellt, ist

unbekannt, bei mir gehörten ihr zwei von fünf an. — Dem Alter der Eltern, ähnlich wie beim Mongolismus, scheint keine Bedeutung zuzukommen. (Die Zahlen sind: 27/26, 46/32, 38/33, 29/24 und 36/42; Durchschnitt $35\frac{1}{5}/31\frac{1}{5}$ Jahre bei der Zeugung des betreffenden Kindes.)

Bei der unklaren Ätiologie und der relativen Seltenheit dieser Erkrankung glaube ich die drei eigentlich nicht zum Thema gehörigen Kinder in der Zusammenfassung teilweise mit heranziehen zu müssen. Eine Wiedergabe der Krankengeschichten derselben aber kann unterbleiben.

Fall 11. Toni J. 12/1911. Geb. 25. 9. 09. A. A.: 6.—19. 4. 11.

Anamn.: Z.A. d. E.: 28—26. Beide Geschwisterkinder. Kind in Samoa konzipiert, in Europa geboren. 2. Kind von 5 ausgetragenen und einer Fehlgeburt; eines gestorben, die anderen leben und sind gesund. Ausgetragen, Zangengeb., ca. 4750 g. Entwickelte sich sehr mangelhaft. Bis zum 15. Monat obstipiert. Hat immer gut gehört, jedoch erst mit 9 Monaten zu fixieren begonnen; immer auffallend ruhig, weint fast nie. — Stat.: Fettpolster gut entwickelt, Muskulatur einschließlich der mimischen völlig schlaff. Liegt beständig auf dem Rücken, Arme und Beine fallen nach Emporheben schlaff herab. Macht kaum je spontane Bewegungen mit Armen und Beinen, steckt aber doch die Finger in den Mund. Absoluter Idiot; weint selten und dann nur mit leiser Stimme, lacht nie, fixiert nicht, hört aber. — Font. 4×3 cm, über Schädelniveau, pulsierend. Pup. reagieren. Keine Zähne. Leib aufgetrieben, weich, Rektusdiastase. Keine Zeichen von Rachitis oder Lues. Keine Muskel- oder Sehnenreflexe auslösbar. Auf Schmerzreize reagiert es mit kurzdauerndem Weinen, macht aber keine Abwehrbewegungen. Elektr. Erregbarkeit am Nerv deutlich herabgesetzt (K.S.Z. erst bei 3 MA). — Im September 1911 in Anstalt †.

Fall 12. Ludwig R. 57 u. 819/15. Geb. 8. 4. 15. A. A.: 22. 4.—14. 7. 15 und 14. 12. 15—6. 5. 16.

1. Aufnahme: Anamn.: Z.A. d. E. 46—32, sind Onkel und Nichte. 1. und einziges Kind. Schwangerschaft normal, ohne bekannten Grund spont. Frühgeburt im 8. Monat, ca. 2500 g. Aufgenommen wegen rechtsseitiger Parotitis, der sich eine linksseitige anschloß. — Stat.: Elende, abgemagerte Frühgeb. Überaus schlaff, wimmert mit leiser Stimme. Beine auswärts rotiert, ohne Tonus, in den Gelenken überbeugbar. Bei Entlassung mit 3 Monat. noch ganz schlaff. — 2. Aufnahme: Trotz Amme in Zwischenzeit schlecht entwickelt (4140 g), sehr apathisch, große Muskelschwäche, kann Kopf nicht heben. — Stat.: Muskulatur und Fettpolster sehr schlaff. Macht schwer idiotischen Eindruck, fixiert nicht; ob Kind überhaupt sieht und hört, ist nicht festzustellen. Pup. reagieren langsam. Strabismus conv. Auffallend lange Finger und Zehen. Erstere können stark überextendiert werden. Macht ungeschickte ausfahrende Bewegungen. P.: neg., WaR: neg. — Verl.: 8. 3. Liegt dauernd apathisch auf dem Rücken. Seitenlage unmöglich; die einzige Bewegung, die es macht, besteht in Kratzen mit den an die Oberschenkel angelegten Fingern sowie in Beugen und Strecken der Beine im Hüftgelenk, was mit eigentümlichem Schleudern geschieht. Dies wiederholt es fortwährend, solange man es frei liegen läßt. — Oberlider hängen schlaff halb herab. Pup. reagieren, fixiert nicht. Jede Defäkation dauert ungemein lange, wobei die geformten Fäzes lange halbtelleert im After stecken bleiben. Elektr. Erregbarkeit herabgesetzt: K.S.Z. am Peronäus 4 MA. am Fazialis 7 MA, K.Ö.Z. bei 10 MA noch nicht auszulösen. Schmerzempfindungsleitung deutlich verlangsamt. Bei sensiblen Reizen keine Abwehrbewegungen, beruhigt sich sehr schnell. — 6. 5. Ganz schlaff, Kopf kann nicht gehalten werden. In den Beinen immer noch die oben beschriebenen schleudernden Bewegungen. Arme liegen meist zu beiden Seiten des Leibes, nur die Finger machen ständig kratzende Bewegungen. Beim Hochheben des Kindes werden die Beine nur einen kurzen Moment angezogen, fallen aber sofort wieder kraftlos herab und werden noch ein paarmal schleudernd hin- und herbewegt. — Font. 3×3 cm, normal gespannt. Pup. reagieren langsam und unvollständig; fixiert nicht. Von einer Bauchmuskulatur ist kaum etwas zu fühlen. Leib aufgetrieben, Darm zeichnet sich deutlich durch die Decken ab. Schmerzempfindung deutlich vorhanden, Leitung sehr stark verlangsamt. Auskunft vom Juli 19: Kann nicht einmal sitzen, spricht nicht. Geistes-

zustand wie der eines einjährigen Kindes. Greift manchmal nach Gegenständen. Meist ruhig, manchmal etwas lebhafter. Hört, wacht sogar sehr leicht auf. Nie Krämpfe. Beine auffallend dünn. Muß gefüttert werden und nimmt nur Milch und Breie. — Bericht vom Juni 20: Wohl und munter, geistig unverändert.

Zu Fall 11 und 12: Diagnostische Schwierigkeit bot nur Kind 12. Für Myatonie typisch sind: die angeborene Muskelschlaffheit, die Verteilung der Bewegungsstörungen, die in erster Linie die unteren Extremitäten befallen, die Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit und das Erhaltensein der Sensibilität. Die sichtbare Muskelatrophie dagegen, besonders die der Bauchdecken, worauf wohl die Schwierigkeit der Defäkation beruhte, da der Sphinkter normal funktionierte, sowie auch die allgemeine Prostration gehören zum Bilde der frühinfantilen spinalen progressiven Muskelatrophie (Werdnig-Hoffmann). Loetsch hat eine ganz analoge Beobachtung (Nr. 5) veröffentlicht, wie überhaupt derartige Mischfälle nicht allzu selten vorzukommen scheinen¹⁾. Da nach Reuß bei der Myatonie „nach den histologischen Befunden es sich entweder um eine Form spinaler Muskelatrophie (Rothmann), eine der Werdnig-Hoffmannschen familiären Muskelatrophie verwandten Erkrankung, oder um eine fötale Poliomyelitis (Marburg)“ handelt, sind weitere derartige Mitteilungen von hoher theoretischer Bedeutung, denn damit würde die bisher gelegnete Annahme, daß die Oppenheimsche Erkrankung doch zu den familiär-hereditären gehört, sehr an Wahrscheinlichkeit gewinnen.

Noch ein paar klinische, die Myatonie überhaupt betreffende Bemerkungen. Cassirer gibt an, daß in der großen Mehrzahl der Fälle die Gesichts-, Gaumen- und Schlundmuskulatur intakt bleibt. Bei allen 5 Kindern ist aber übereinstimmend in den Krankengeschichten vermerkt, daß Weinen nur überaus selten beobachtet wurde, wenn aber, dann glich es mehr einem kraftlosen Wimmern. Lautes Schreien wurde nie gehört. Versuchte man durch äußere Reize Weinen hervorzubringen, so gelang dies nur verhältnismäßig schwer und hörte sofort wieder auf, so daß man den Eindruck gewann, als ob die Innervation der entsprechenden Muskelgruppen schwer fiel. Dasselbe gilt auch vom Lachen. Nur bei Kind 233/15 ist dies erwähnt, bei allen anderen aber ausdrücklich als fehlend angegeben. Es scheint somit also doch, daß auch die mimische Muskulatur an dem allgemeinen Prozeß teilnimmt, wofür auch die relative Ptose bei Kind 12 spricht. Obwohl die Oberlider völlig geöffnet werden konnten, hingen sie meist schlaff halb über den Bulbus herab. Die eigentümlich schleudernden Bewegungen in den unteren Extremitäten bei diesem Patienten sind wohl auf ein stärkeres Ergriffensein der Beuger als der Strecker zu beziehen. Nicht beschrieben weder bei Myatonie, noch beim Werdnig-Hoffmann ist eine Verlängerung der Schmerzleitungsdauer, wie sie ebenfalls dieser Kranke zeigte.

Endlich fiel mir noch folgendes auf: Kind 11 war eine Zangen-, 12 eine Frühgeburt; 902/11 wurde normal, aber nach langer Dauer, 85/14 und 233/15 schwer asphyktisch geboren. Sollte diese Häufung von Dystokien Zufall sein? Ich wage es nicht zu entscheiden, denn nach Oppenheim selbst, nach Tobler und Cassirer sollen Schwierigkeiten der Geburt keine Rolle spielen. Bevor aber, wie auch Oppenheim haben darauf hingewiesen, daß eine sub partu erworbene Hämatomyelie ein der Myatonie ähnliches Krankheitsbild zu erzeugen vermag, doch soll dann eine Progressivität der Erscheinungen ausgeschlossen sein. Halten wir diese Angaben Beevors, sowie die später ausführlich zu schildernde Häufigkeit der Blutungen in die Schädel- und Rückenmarkshöhle bei schweren und Frühgeburten zusammen, so

¹⁾ Krabbe veröffentlicht jüngst sogar 6 ähnliche Fälle.

scheint es fast, als ob sich hier ein Ring schlösse. Damit aber würde eine derartige Genese die oben vermutete Annahme einer hereditären Natur der Myatonie ausschließen, man wäre höchstens gezwungen eine „hereditäre Minderwertigkeit“ des Zentralorganes anzunehmen oder dieses Leiden ähnlich wie den Little nicht als eine Krankheit *sui generis*, sondern als ein Symptomenkomplex aufzufassen. Es gibt also hier noch der Fragen genug, die der Lösung harren.

Ob auch bei anderen Formen zerebraler oder spinaler Erkrankungen diese „Begleitidiotien“ in gehäufterem Maße vorkommen, erlaubt mir die kleine Zahl meiner Gesamtfälle nicht zu behaupten; auf Grund der einschlägigen Kasuistik aber glaube ich dies doch annehmen zu dürfen.

8. Die mongoloide Idiotie.

Die Berechtigung der Einreihung des Mongolismus unter die Anlagestörungen bzw. Entwicklungshemmungen braucht nicht erst begründet zu werden. Anders aber verhält es sich mit der Frage einer Beteiligung von Drüsen mit innerer Sekretion, was in Analogie mit dem thyreogenen Schwachsinn recht nahe liegt und wofür auch die nicht seltene Kombination mit Myxödem gedeutet werden kann. Der pathologisch-anatomische Gehirnbefund und die überaus häufig beobachteten kongenitalen Herzfehler aber lassen die Annahme einer, zum mindesten nur endokrinen Störung weniger wahrscheinlich werden. — Wie dem auch sei, ich glaube berechtigt zu sein die mongoloide Idiotie einstweilen hier abhandeln zu können.

Da meine 21 Fälle keinerlei klinische Besonderheiten boten, begnüge ich mich die wichtigsten Daten in Tabellenform zu bringen und erst in der Zusammenfassung auf Einzelheiten einzugehen.

Zusammenfassung zu den Fällen 13–30 und B, C u. D: 8 der Kinder waren Knaben, 13 Mädchen. Nach Kassowitz, der über 75 eigene Fälle verfügt spielt das Geschlecht keine Rolle (39 ♂, 36 ♀); bei Oberwarth dagegen überwogen letztere bedeutend (12 : 23), ein Verhältnis, das annähernd dem meines Materials entspricht. — Familiäres Auftreten wurde vermißt. — Gestorben sind 13, 8 leben noch, das älteste zählt zur Zeit 9½ Jahre. — Bei 12 unter 19 Kindern (mit entsprechenden Angaben) lag Epikanthus, 8mal unter 19 Strabismus vor. — Von weiteren „Spezialitäten“ der Mongolen wird Nabelbruch 13mal als vorhanden, 4mal als fehlend ausdrücklich erwähnt. — Auffallende und länger dauernde Untertemperaturen wurden nicht beobachtet. — Von 8 Kindern über 6 Monaten (bei denen die Krankengeschichten darüber Aufschluß geben) besaßen nur 4 Zähne. — Ein klinisch einwandfreies Herz fand sich nur 3mal, ein ausgesprochenes Vitium 8mal, während die bleibenden 10 teils leise oder dumpfe Töne, teils Anfälle von Zyanose zeigten¹⁾. Sievert betont hierzu, daß beim

¹⁾ Klinischer und Sektions-Herzbefund der 4 obduzierten Kinder: Fall 25: 6 Mon. alt. Klinisch o. B. Sektion: Im Ventrikel 10–15 ccm klare gelbliche Flüssigkeit. Das Herz hat eigentümlich kugelige Form; rechte Kammer deutlich vorgewölbt, macht massigen Eindruck. Duct. Botalli 2–3 mm weit offen; Herz im ganzen vergrößert, das ganze obere Drittel des Septum ventr. fehlt. Klappen und Ostien o. B. — Fall 22: 2¼ Jahre alt. Klin.: Töne auffallend schwach, dumpf. Sekt.: klein, blaß, Musk. schlaff; Klappen und Ostien o. B. — Fall 16: 6½ Mon. alt. Klin.: schwache Herztätigkeit. Sekt.: Musk. schlaff, Klappen und Ostien o. B. — Fall 30: 6 Mon. alt. Klin.: lautes systolisches Geräusch, Grenzen und Aktion o. B. Sekt.: nicht nennenswert vergrößert, rechte Kammer dagegen deutlich vorgewölbt. Wand stark verdickt. Wände der Pulmonalis von der Stärke der Aorta. Duct. Botalli ca. 3–4 mm weit, offen. Klappen und Ostien o. B.

Mongolismus absolute Symptomenlosigkeit bei anatomisch defektem Herzen ungemein häufig vorkomme. Ein recht konstanter Befund dabei sei ein offener Ductus Botalli.

Bezüglich des Längen- und Massenwachstums der Mongolen muß ich auf den Anhang zu dieser Arbeit verweisen. Auch die sonstigen Symptome des Mongolismus von seiten des Knochensystems und der Muskulatur, des Respirationsapparates und vor allem der Psyche waren die üblichen; kurz: „Rückständigkeit in der Entwicklung vor oder nach der Geburt, vorzeitiger Abschluß derselben, minderwertiges Gesamtergebnis kennzeichnet den Mongolen in somatischer Beziehung und mit der geistigen steht es nicht anders“ (Siegert).

Auf „eine klinisch und praktisch wichtige Erscheinung“ hat erst kürzlich wieder Ylppö hingewiesen, daß nämlich die typischen Merkmale sich in späteren Lebensjahren oft gänzlich verwischen können (s. dort Bild 19 mit 21, die von meinem Fall 17 stammen), was schon früher durch Alt u. Kraepelin beschrieben wurde. Da mithin der mongoloide Habitus verschwinden kann und nur die Idiotie bleibt, so ist stets bei genetisch unklaren Fällen von Schwachsinn an diese Möglichkeit zu denken. Photographien aus frühkindlichem Alter lassen nicht selten derartige Individuen noch nachträglich als ursprüngliche Mongolen erkennen.

Ungemein viel Scharfsinn wurde auf die Klärung der noch rätselhaften Ursachen dieses Leidens verwandt, ohne daß bis heute diese Bemühungen ein befriedigendes Resultat gezeitigt hätten. Immerhin läßt sich für einen gewissen Teil der Fälle sagen, daß „die Ätiologie zwei Faktoren beherrschen: das Alter der Mütter und die übergroße Beteiligung letztgeborener Kinder“ (Siegert), wozu noch späte Nachkömmlinge einer Ehe zu rechnen wären. Wir müßten darnach in den Mongolen sehen: „exhaustions productes [Shuttleworth] alter oder durch zahlreiche rasch aufeinander folgende Wochenbetten geschädigter, oder aber junger, durch konsumierende Zustände — Tuberkulose, Lues, Neuropathie — herabgekommener Mütter, letzteres eher in gut situierten Ehen, ersteres in der Regel beim Proletariat“ (Siegert). Tatsächlich treffen diese Angaben auffallend häufig zu, so daß größere Reihen ein Durchschnittsalter der Eltern ergeben — ich möchte nicht mit Siegert mich nur auf eine Erschöpfung der weiblichen Aszendenz beschränken, denn gerade unter den Vätern trifft man häufig die typischen „alten Knacker“ —, das das übliche Maß überschreitet. Die Mittelzahlen für das Zeugungsalter der Eltern von 20 der von mir untersuchten Mongolen betragen 39,6 Jahre für die Väter, 33,2 für die Mütter, während Siegert bei 23 Frauen 37 Jahre und van der Scheer bei über 100 Einzelbeobachtungen 64% über 35, 38% sogar über 43 Jahre alte (aber bei der Geburt des Kindes) fand.

Es standen von 138 Müttern Shuttleworths		20 des Verfassers
im Alter von 20—30	16 = 11%	8 = 40%
„ „ „ 31—40	72 = 51%	7 = 35%
über 40	52 = 38%	5 = 25%

Meine Zahlen bewegen sich also wesentlich tiefer wie die der genannten Autoren, stehen aber doch nicht unmerklich höher als die der Eltern von 48 der übrigen Kinder, für die ich 33,6 bzw. 27,7 Jahre errechne. Worin die Unterschiede zwischen dem Material dieser beiden Autoren und dem meinen begründet sind, vermag ich nicht anzugeben, vielleicht spielen örtliche Verhältnisse dabei eine Rolle. — 15 meiner Patienten waren erst-, zweit- oder drittgeborene, nur je eines ein viertes, sechstes, siebtes und fünfzehntes, 2 neunte. Einer unter ihnen

Tabelle

Fall Nr.	Journal Nr.	♂ oder ♀	Geburtsdatum	Anstaltsaufenthalt	Zeugungsalter der Eltern	Wieviertes Kind	Unter wieviel Schwangerschaften	Ob Frühgeburt, wenn ja in welchem Monat	Geburtsgewicht	† im Alter von Jahren	Epikantus
13	41/09	♂	7. 3. 09	26. 6. bis 1. 7. 09	49/41	2 ^a	?	im 8.	?	$\frac{4}{12}$?
14	222/13	♀	4. 10. 11	21. 6. bis 26. 7. 13	28/25	2.	3	6 Wochen zu früh	?	·/·	0
15	347/13	♀	26. 4. 13	24. 7. bis 26. 10. 13	31/24	3.	5	nein	ca. 3000	$1\frac{9}{12}$	0
16	1127/13	♀	13. 3. 14	13. 3. bis 27. 9. 14	31/38	3.	?	4 Wochen zu früh	1660	$6\frac{5}{12}$	+
17	112/14	♀	5. 5. 14	7. 5. bis 10. 9. 14	49/36	1.	1	6 Wochen zu früh	2050	·/·	+
18	126/14	♀	13. 1. 14	11. 5. bis 31. 12. 14	49/43	9.	?	nein	? aber sehr klein	†, ?	+
19	131/15	♂	31. 7. 13	12. 5. bis 12. 6. 15	37/26	1.	1	nein	ca. 3000	·/·	+
20	587/15	♀	16. 10. 13	5. 10. bis 1. 11. 15	46/33	3.	4	4 Wochen zu früh	ca. 2100	$2\frac{6}{12}$	+
21	210/16 u. 1041/16	♀	20. 5. 16	10. bis 24. 6. 16 und 2. bis 24. 3. 17	39/24	1.	2	3 Wochen zu früh	ca. 2500	·/·	+
22	458/16	♂	25. 7. 14	26. 8. bis 14. 10. 16	?	15.	?	nein	?	$2\frac{3}{12}$	0
23	608/16	♀	4. 9. 16	9. bis 10. 10. 16	53/45	2.	2	4 Wochen zu früh	ca. 2250	$\frac{1}{12}$?
24	138/17	♂	9. 12. 15	12. 5. bis 5. 8. 17	36/31	6.	7	nein	ca. 3000	·/·	+
25	140/17	♀	7. 12. 16	14. 5. bis 30. 6. 17	35/31	2.	?	4 Wochen zu früh	2450	$\frac{6}{12}$	+
26	260/17	♀	13. 1. 15	15. 6. bis 26. 7. 17	39/25	2.	?	nein	ca. 3500	$3\frac{9}{12}$	+
27	72/18	♂	23. 4. 17	22. 4. bis 25. 7. 18	46/42	9.	?	3 Wochen zu früh	ca. 1500	·/·	+
28	148/18	♂	20. 1. 18	15. 5. bis 21. 6. 18	32/28	1.	?	4 Wochen zu früh	ca. 2000	$\frac{5}{12}$	+
29	1017/19	♀	31. 12. 19	31. 12. 19 bis 13. 1. 20	28/29	2.	?	3 Wochen zu früh	2420	$\frac{5}{12}$	0
30	1278/19	♀	8. 9. 19	27. 2. bis 19. 3. 20	34/28	2.	?	nein	ca. 3500	$\frac{6}{12}$	0
B	157/20	♀	31. 3. 20	14. 5. bis 3. 6. 20	38/38	3.	3	nein	3530	·/·	0
C ²⁾	217/20	♂	12. 2. 20	25. 5. bis 19. 6. 20	39/41	7.	7	nein	ca. 3500	$\frac{4}{12}$	0
D	278/20	♂	11. 10. 19	8. 6. bis 20. 6. 20	52/35	4.	?	14 Tage zu früh	2500	·/·	+

¹⁾ Die Daten über Fixieren, Zähne, Nabelbruch usw. beziehen sich selbstverständlich nur auf die Zeit des klinischen Aufenthaltes. — ·/· bei P. und WaR bedeutet „nicht angestellt“, bei Sitzen, Zähne usw. „in diesem Alter noch nicht zu erwarten“.

III. 1)

Strabismus	Nystagmus	Fixieren	Kopfhoben	Sitzen	Stehen	Klinischer Herzbefund	Seziert	Zähne	Nabelbruch	Pirquet	WaR
?	?	?	?	./.	./.	systolisches Geräusch	0	./.	?	./.	./.
0	0	ja	ja	ja	nein	Töne leise, Aktion beschleunigt	./.	6	nein	./.	./.
0	0	ja	ja	0	0	Aktion frequent	./.	0	+	neg.	neg.
0	0.	?	ja	nein	nein	schwache Töne	ja	0	+	./.	neg.
0	0	ja	ja	nein	nein	verbreiterte Grenzen, klappende Töne	./.	0	?	neg.	neg.
0	0	ja	ja	nein	nein	sehr leise Töne	./.	0	+	neg.	neg.
+	0	ja	ja	ja	nein	systolisches Geräusch	./.	?	+	neg.	neg.
+	0	ja	?	?	?	starkes systolisches Ge- räusch, Zyanoseanfalle	./.	?	nein	neg.	neg.
+	0	ja	?	nein	nein	o. B.	./.	0	?	./.	neg.
0	0	ja	ja	?	nein	Töne schwach, dumpf	ja	2	+	neg.	./.
?	?	nein	nein	./.	./.	systolisches Geräusch	nein	./.	?	./.	./.
0	+	ja	ja	nein	nein	o. B.	./.	2	+	./.	./.
0	+	nein	nein	nein	nein	?	ja	0	+	./.	./.
+	0	ja	ja	ja	nein	lautes systolisches Geräusch	./.	14	+	./.	./.
0	0	ja	nein	nein	nein	leise Töne	./.	./.	+	neg.	neg.
0	0	nein	nein	nein	nein	dumpfe Töne	nein	./.	+	neg.	./.
+	0	ja	./.	./.	./.	o. B., als Neugeborener Anfälle von Zyanose	./.	./.	+	./.	neg.
+	0	ja	0	./.	./.	lautes systolisches Geräusch	ja	./.	+	./.	neg.
./.	./.	nein	0	nein	./.	o. B.	./.	./.	nein	—	./.
+	./.	nein	0	nein	./.	perkutorisch klein, Töne dumpf	./.	./.	nein	—	./.
+	./.	ja	ja	nein	./.	sehr dumpfe, leise Töne	./.	nein	+	./.	./.

2) Während der Drucklegung erst in Beobachtung gekommen.

war als zweiter nach fünfzehnjähriger Pause geboren. — „Allgemein erschöpfende Faktoren“ im Sinne Siegerts konnte ich nur zweimal nachweisen: der Vater des Kindes 19 war Luetiker, die Großmutter väterlicherseits von 16 Epileptikerin. Ein Umstand besonders hindert mich in der „Erschöpfung“ einen wichtigen Faktor zu sehen, nämlich das allbekannte seltene familiäre Vorkommen des Mongolismus. Ja, andere Schwachsinnformen neben diesen sind noch seltener, was vor allem v. d. Scheer konstatieren konnte. Würde in einer Erschöpfung des Keimplasmas tatsächlich der Grund dieses Leidens liegen, dann müßte doch umgekehrt ein häufigeres Auftreten psychischer Defekte in ein und derselben Familie beobachtet werden. Dies gilt auch von der „erblichen Belastung“.

Auf eine neue ätiologische Möglichkeit hat kürzlich Stöltzner aufmerksam gemacht. Er konnte nämlich bei drei unter 10 Müttern mongoloider Idioten hypothyreotische Erscheinungen während der Gravidität nachweisen und vermutet dahinter einen Zusammenhang mit der kindlichen Erkrankung. Ich habe daraufhin Fragebogen hinausgesandt, bzw. persönlich nachgefragt, leider aber nur 16 mal Auskunft erhalten können. In seltener Übereinstimmung wurde mir von sämtlichen Frauen über ein gerade gegenteiliges Verhalten berichtet¹⁾.

Daß Partus praematurus oder Schädigungen unter der Geburt nicht als ursächlich in Frage kommen können, wie Ziehen u. a. annehmen, habe ich schon im I. Teile auseinander gesetzt. Tatsache ist aber, daß ein ungemein hoher Prozentsatz der Mongolen vorzeitig ausgestoßen werden; bei mir waren es nicht weniger als 12 unter 21; 1 weiterer war zwar ausgetragen, wog aber unter 2500 g. Wenn endlich noch nach Weygandt (c) „verschiedene Momente darauf hinweisen, daß wohl eine Schädigung in der letzten Zeit der Embryonalentwicklung angenommen werden müsse“, so wäre doch zu erwarten, daß gerade Frühgeburten vor diesem Leiden gefeit seien. In Wirklichkeit aber sind sie es gerade, bei denen die typischen Merkmale schon bei der Geburt am deutlichsten ausgeprägt sind. Noch gänzlich unerwiesen ist die neue Hypothese von v. d. Scheer, wonach in einem bestimmten Stadium des intrauterinen Lebens (wahrscheinlich in der 6.—7. Woche) durch eine zu enge Amnionblase die normale Streckung der Frucht zeitweilig gehemmt und so das Krankheitsbild des Mongolismus erzeugt werde.

Eine Therapie des Mongolismus gibt es bis heute nicht. Daß jedoch Schilddrüsenpräparate insofern von Vorteil sein können, als sie die nicht selten beigemischten myxödematösen Züge: Adipositas, Obstipation, psychische Torpidität usw. zum Verschwinden bringen, ist bekannt. Ihre Wirksamkeit ist aber auch damit erschöpft. — Die Lebensaussichten der Mongolen sind geringe; nach Weygandt (d) werden nur 9,4% über 25 Jahre alt, nach Scharling (zit. bei Kraepelin) erreichen diese Kranken ein Durchschnittsalter von nur 15¹/₂ Jahren, wobei freilich das mögliche Verschwinden des eigentümlichen Gesichtsausdruckes als nicht bedeutungslose Fehlerquelle in Betracht zu ziehen ist.

9. Der thyreogene Schwachsinn.

Da die wenigen in unserem Hause beobachteten Fälle von Myxoedema congenitale bzw. infantile auf Schilddrüsenzufuhr in körperlicher und geistiger

¹⁾ Vgl. meine eben in der Zeitschr. f. Kinderh. Bd. 27 erschienene ausführliche Mitteilung über die „Stöltzner Ätiologie“ des Mongolismus.

Beziehung prompt und weitgehendst reagierten, sich also als bildungsfähig erwiesen, gehört eine Besprechung derselben nicht zu meinem Thema.

B. Idiotie infolge infektiöser, toxischer, embolischer, thrombotischer oder sklerosierender Prozesse des Gehirns mit oder ohne Beteiligung der Meningen.

Die hohe Bedeutung der hierher gehörigen Erkrankungen, vor allem der Enzephalitis für die kindliche Idiotie ist bekannt, schwierig ist es aber nachträglich den Beweis zu erbringen, daß eine unter Fieber und zerebralen Erscheinungen einhergegangene Affektion tatsächlich eine solche des Zentralorganes gewesen war. Eine weitere Erschwerung liegt darin, daß der pathologische Anatom meist nur die Residuen längst aus dem akuten Stadium getretener Prozesse zu Gesicht bekommt und so von Porenzephalie, Hirnsklerose, Hydrozephalie, Pachymeningitis usw. spricht, alles Bezeichnungen, denen kein jeweils bestimmter klinischer Symptomenkomplex entspricht. Darum teile ich auch nicht die Hoffnung Schotts (c), der glaubt, daß die makro- und mikroskopische Untersuchung zahlreicher Krankheitsvorgänge in Zukunft die sichere Umgrenzung klinisch eindeutiger Krankheitsbilder zu erbringen vermöge. Ich bin vielmehr der Ansicht Ziehens, der z. B. in der zerebralen Kinderlähmung — und mutatis mutandis gilt dies ebenso für die uns hier beschäftigende Frage — nur ein „terminales Zustandsbild“ erblickt, welchem die verschiedensten krankhaften Vorgänge zugrunde liegen können. (Er fand so in diesem speziellen Falle nicht weniger als 24 mögliche Formen von Erkrankungen des Gehirnes und 10 seiner Häute.) Vielleicht stellen die multiple Sklerose und die Herdsklerose Heubners ebenfalls nichts anderes als End- bzw. Heilungsstadien enzephalo-myelitischer Prozesse infektiöser oder traumatischer Genese dar. Näher auf diese Fragen einzugehen verbietet ebenso der Zweck dieser Studien wie der völlige Mangel eigener histologischer Erfahrungen.

10. Idiotie nach Enzephalitis, Meningitis usw. non luetica, intra- oder extrauteriner Entstehung.

Die angeborenen, also intrauterin abgelaufenen Erkrankungen des Großhirns und seiner Häute spielen — wenn überhaupt die Annahme einer solchen Möglichkeit gestattet ist, was Seitz z. B. leugnet — praktisch kaum eine Rolle. Mit Sicherheit dürften sie wohl kaum je in vivo diagnostizierbar sein und werden vielleicht ganz verschwinden, wenn erst die Semiotik der durch den Geburtsvorgang geschaffenen Schädigungen, sowie die der zerebralen Affektionen der ersten Lebensstage besser durchgearbeitet sein wird. Besonders diese werden leicht übersehen, da Enzephalitiden im Kindesalter, je früher sie auftreten desto häufiger „ohne lebhaft klinische Symptome ablaufen und erst durch die restierenden Defekte deutlich werden“ [Weygandt (a)] und Meningitiden trotz schwerster Eiterbildung fast oder ganz ohne zerebrale, ja selbst allgemeine Krankheitszeichen einhergehen können, wie Verfasser bei Säuglingen nachweisen konnte.

Im extrauterinen Leben vermögen alle Infektionskrankheiten, nicht nur die dem Kindesalter eigenen, Ursache für spätere psychische Ausfälle zu werden, wobei auf die Frage, ob sie durch lokale Bakterien- oder durch Toxinwirkung, ob durch thrombotische oder embolische Vorgänge oder durch Blutungen hervorgerufen werden, nicht eingegangen werden soll. Ich verweise hierzu auf die beiden des öfteren zitierten Arbeiten von Schott sowie auf die Vogts (im Handbuch der Neurologie von Lewandowsky). Endlich erinnere ich noch an jene meningo-kortikalen Erscheinungen, die beim Kinde im Verlaufe der verschiedensten Infekte häufig beobachtet werden und die erst neuerdings v. Gröer als Meningoenzephalitis bezeichnet hat.

Oben habe ich gelegentlich des Ausdruckes „terminales Zustandsbild“ die zerebrale Kinderlähmung in Zusammenhang mit Idiotie gebracht, was noch kurz zu begründen ist. Über die Relationen, die zwischen diesen beiden Krankheiten bestehen, scheint man sich noch recht wenig klar zu sein. So glaubt z. B. Borchardt: „daß bei der häufigen Kombination von Intelligenzstörung und zerebraler Kinderlähmung auch zwischen diesen beiden ein innerer Zusammenhang besteht. Welcher Art der Zusammenhang aber ist, wissen wir bisher noch nicht“ und er schließt: „daß die Hauptfrage nach dem ursächlichen Zusammenhang der so oft nebeneinander beobachteten zerebralen Kinderlähmung und Intelligenzstörung ihrer Lösung (auch durch des Verf. Untersuchungen) nicht näher gebracht ist.“ Meine Ansicht, die ich leider durch keine pathologischen Beweise bekräftigen kann. — Ylppö hat dies für die Frühgeborenen mehr als wahrscheinlich gemacht — geht dahin, daß die Little'sche Krankheit ebenso wie der kindliche Schwachsinn, von der Debilität bis zur Idiotie, im Gefolge von Infektionskrankheiten, gleich den (im nächsten Abschnitt zu behandelnden) Formen traumatischer Genese ein und derselben Quelle entspringen, daß ohne Rücksicht auf die jeweilige Art des Prozesses einzig und allein Sitz und Ausdehnung desselben entscheiden, ob sogenannte zerebrale Kinderlähmung, ob Imbezillität oder beide gemeinsam resultieren. Um dies aber zu verstehen, ist es notwendig zu wissen, daß ein ganz wesentlicher Unterschied in der Reaktion des fertigen und des unfertigen Gehirnes auf äußere Einwirkungen besteht (vergleiche hierzu wieder die Arbeit von Spatz). Beim kindlichen, stark wachsenden Gehirn greift jede lokale Störung weit über den ursprünglichen Herd hinaus, um so stärker *ceteris paribus*, je jünger dasselbe ist, vor allem können die pathologischen Bilder ganz wesentlich andere sein, als wir sie vom reifen Organ her zu sehen gewohnt sind. Warum es aber doch nur so selten zu Defektpsychosen kommt, entzieht sich hier wie bei allen postinfektiösen Erkrankungen anderer Organsysteme unserer Kenntnis. Wie aber die Annahme z. B. einer hereditären Minderwertigkeit der Niere bei postskarlatinöser Nephritis keine Wahrscheinlichkeit für sich besäße, ebensowenig halte ich dies beim Zentralnervensystem für berechtigt. Hingegen ist die Tatsache, daß ein bereits früher geschädigtes Gehirn als *locus minoris resistentiae* mit Vorliebe befallen wird, erwiesen¹⁾.

¹⁾ C. und O. Vogt führen neuerdings die Little'sche Starre auf eine angeborene Erkrankung des Corpus striatum zurück. Für den Nicht-Gehirnpathologen ist es wohl schwer möglich dazu Stellung zu nehmen, doch möchte ich bemerken, daß das, was diese Forscher unter Little'scher Krankheit verstehen, sich nicht völlig mit dem deckt, was der Pädiater

Was die Häufigkeit dieser Ätiologie anlangt, so schätzt sie z. B. Neurath auf etwa 4%. Lucas und Southard, die das spätere Schicksal von Kindern mit enzephalitischen und enzephalitisartigen Zuständen verfolgten, fanden als gestorben 28,5, als völlig normal 21,5 und als ausgeprägt geistig minderwertig 28%. Nach einer neuerdings erschienenen Arbeit von Schott „spielen die akuten Infektionskrankheiten als alleinige Ursache des kindlichen Schwachsinn mit 1,90% eine bescheidene Rolle; im Verein mit anderen ursächlichen Beziehungen entfallen auf sie immerhin 6,36%“.

Daß Hydrocephalus externus und internus und die verschiedensten Schädeldeformitäten Folge infektiöser Erkrankungen sein können, braucht wohl nicht ausdrücklich betont werden; sie stehen als sekundäre im Gegensatz zu den früher geschilderten primären Formen.

Krankengeschichten der 6 hierher gehörigen Fälle.

Fall 31. Fritz K. 1082/12. Geb. 18. 8. 12. A. A.: 2. 3.—2. 5. 13.

Anamn.: Z. A. d. E.? 1. Kind, ausgetragen, spontan und normal geb. Gew.: 3420 g. 14 Tage nach Beschneidung Fieber, nächsten Morgen Kiefersperre und Steifigkeit der Gliedmaßen. Abends Tetanusantitoxin. Einige Tage Besserung, dann altes Bild, nochmals Antitoxin. Wieder einige Tage Besserung, dann krampfartige Zustände, die zuerst beim Baden und Herumtragen, später bei jedem äußeren Reiz auftraten. Sie verliefen folgendermaßen: Kind wurde puterrot, hielt Ärmchen steif von sich, Augen traten hervor und verdrehten sich manchmal, Atemstillstand, Opisthotonus. Hernach schmerzliches Schreien. Nach 8wöchiger Dauer Aufhören der Krämpfe, 8tägliches Wohlbefinden. Dann wieder Fieber und es bildete sich auf dem Kopf eine Erhöhung, die schnell größer wurde. L.P. ohne Erfolg, dann wurde Kopf punktiert. Es kam ziemlich klare Flüssigkeit, die bakterienfrei war. Da das Wasser sich immer sehr schnell wieder ansammelte und Kind sehr apathisch wurde, wurde alle 2—3 Wochen wieder punktiert. Nach jeder Punktion machte Kind einen viel munteren Eindruck, aber nur für wenige Tage. — Gelacht hat Kind nie, hörte jetzt auch auf zu schreien, hat nie fixiert. Ein Augenarzt stellte fest, daß Wasser auf Sehnerven drücke; daraufhin Operation (wohl Balkenstich, Verf.). 4 Wochen darnach mußte Kind wieder punktiert werden, in den letzten Wochen alle 5 bis 6 Tage. Seit ca. 2 Wochen wieder Krämpfe: Zuckungen mit dem rechten Auge und in den Lippen, dabei rasches Atmen. Sehr unruhig, stöhnt stundenlang. (Nach schriftl. Bericht der Mutter.) — Stat.: Dem Alter entsprechend entwickelt. Ballonschädel, Umfang 53,5 cm, Knochen schwappend, Temporalnaht offen bis zur Höhe der Augenbrauen, Stirnnaht bis zum Haaransatz; Hinterhaupt stark prominent. Bulbi nach abwärts verdrängt. Pup. max. verengt. Fixiert nicht. Extremitäten spastisch, starker Widerstand beim Strecken derselben. Alle Refl. gesteigert; Babinski +. — Verl.: 4. 3. Bei L.P. wenige Tropfen, bei V.P. 160 ccm helle, klare Flüssigkeit. Heute morgen kurzdauernde Krämpfe. 6. 3. Tonische Starre der Arme mit tremorartigen Zuckungen. Die Punktionsflüssigkeit vom 4. ist steril, Alb. 2%, Sacch. 0. 10. 3. V.P. 120 ccm. 14. 3. 60 ccm. 18. 3. Seit einer Woche Fieber, Bronchitis. V.P. klarer Liquor. Seit 25. Temp. normal. Kopfumfang schwankt zwischen 53 und 54,8 cm. 4. 4. Starke Nackensteifigkeit. Aus der Punktionsöffnung sickert dauernd Liquor nach. Augenhintergrund: Im Vorbeihuschen läßt sich die anscheinend ganz weiße Papille sehen, deutlich dagegen, daß die Netzhaut in großen Falten abgehoben ist, besonders links. 27. 4. Kopfumfang nimmt immer schneller nach jeder Punkt. zu. 2. 5. Unter tonischen Krämpfen plötzlicher Exitus. P.—; WaR nicht angestellt. Die Sektion (Prof. Dietrich, Westend) ergab eine abgeheilte Meningitis in der Umgebung des IV. Ventrikels und Hydrocephalus permagnus, ferner starke Verwachsungen zwischen Pia und Dura in der Umgebung des Foram. magn. Der IV. Ventrikel ist stark erweitert und geht in den fingerdicken Aquäduktus über.

Zu Fall 31: Die Diagnose des echten Tetanus ist beim Säugling, bes. beim Neugeborenen ungemein schwer mit Sicherheit zu stellen, da der bakteriologische Nachweis meist zu sehen gewohnt ist. Nach C. und O. Vogt nämlich zeigen diese Patienten außer den bekannten Erscheinungen weiterhin „mehr oder weniger athetotische Bewegungen, allgemeine choreiforme Muskelunruhe, Mitbewegungen sowie Zwangslachen und Zwangsweinen“, Erscheinungen, die in den gebräuchlichen Lehrbüchern der Kinderheilkunde nicht als zum Bilde des Little gehörig aufgeführt werden.

mißlingt und außerdem die verschiedensten zerebralen Prozesse unter einem dem Tetanus überaus ähnlichen Bilde verlaufen können. (Siehe vor allem Finkelstein, Lehrbuch.) Trotzdem glaube ich hier nach allem einen echten Starrkrampf annehmen zu können. Der Fall bietet mit der sich anschließenden Idiotie ein Unikum, wie ich keinen zweiten in der Literatur finden konnte. Der Hydrozephalus erklärt sich zwanglos aus den Verwachsungen in der Umgebung des IV. Ventrikels und im Bereich des Foramen.

Fall 32. Werner L. 356 u. 673/18. Geb. 16. 11. 15. A. A.: 25.—28. 7. und 30. 10.—20. 12. 16.

Anamn.: Z.A. d. E. 41—31. 1. und einziges Kind, ausgetragen, Geb. normal bis auf dreifache Nabelschnurumschlingung des Halses. Schwere Asphyxie. Geburtsgew.: 7. — Bis zu $\frac{1}{4}$ J. völlig normale körperliche und geistige Entwicklung, lachte, fixierte, griff. Mit 3 Mon. doppels. Lungenentzündung, die 14 Tage dauerte. Während derselben Krämpfe: Kind verzog Gesicht, Zuckungen in Armen und Beinen. Diese Erscheinungen hielten fast ohne Pause 4 Tage an. Nach V.P. wurden sie seltener und hörten nach 8 Tagen völlig auf. — Schon während der Anfälle zeitweise Spasmen im ganzen Körper (Arme gestreckt, Beine gekreuzt, Kopf in Kissen gebohrt). Spasmen wurden geringer, wenn Kind getragen wurde. In letzter Zeit gewisse Besserung. — Bei der polikl. Untersuchung wurde beobachtet, daß Kind, das eben noch äußerst spastisch war, mit Leichtigkeit angezogen werden konnte. — Stat.: Hochgradig spastische Extremitäten, Muskulatur hypertrophisch, Bauchdecken gespannt, starke Nackensteifigkeit. Leichter Trismus, der beim Trinken noch zunimmt. Rechtsseit. Strabism. conv. Sensibilität herabgesetzt. P. — WaR nicht angestellt, klin. keine Lueszeichen. — 2. Aufnahme: Gutes Befinden in der Zwischenzeit, Steifigkeit geringer geworden. Seit 2 Wochen Erscheinungen von Barlowscher Krankheit. — Stat.: Normal entwickelt, fett. Hochgradiger Idiot; Extrem. spastisch, Littlestellung der Beine, Nackensteifigkeit. Fixiert und greift nicht, Nystagmus horizont. Scheint völlig blind zu sein. — Verl.: 17. 11. L.P.: stark erhöhter Druck, 40 ccm entleert. 20. 12. Schrie sehr viel. Kompletter Idiot. P.—; WaR nicht angestellt. — Nachricht von Mutter: Am 19. 3. 19 gestorben. Konnte nicht laufen und sprechen. Völlig teilnahmslos. Hörte; sah, „aber es kam ihm nicht zum Bewußtsein“.

Fall 33. Friedrich G. 359 u. 822/18, 120 u. 838/19. Geb. 2. 1. 17. A. A.: 11. 7.—23. 9. 18; 6. 11. 18—16. 1. 19; 6. 5.—19. 7. 19; 4.—29. 11. 19. (†).

Anamn.: Z.A. d. E. 22—24. 4. von 5 gesunden Geschwistern. Über Geb. nichts bekannt. Bis zum 14. Mon. gute Entwicklung, konnte stehen usw. Vom 15. 3. bis 5. 7. 18 wegen Lungenentzündung in einem Krankenhaus. Nach Entfieberung, 23. 3., traten starrkrampfähnliche Zustände auf. Fazialisphän. +. 7. 4. Typ. Tetanstellung mit stundenlang anhaltenden Zuckungen des ganzen Körpers. Anf. Mai noch Pfötchenstellung, aber keine Krampfanfälle. — Stat.: Kind liegt mit ausgestreckten Beinen, spastisch gebeugten Armen und geballten Fäusten. Bewußtsein vorhanden, schreit bei jeder Berührung mit durchdringender Stimme. Keine Nackensteifigkeit oder Babinski. Pat.-Ref. lebhaft. Riesenschädel bei normalem Umfang (45,5). Font. 9 cm lang, setzt sich in 2 cm klaffende Lücken zwischen den einzelnen Schädelknochen fort. Augen: o. B. — Verl.: 12. 7. L.P.: nur wenige Tropfen. 13. 7. V.P.: links, ca. 8 cm leicht flockig getrübe Flüssigkeit aspiriert. 20. 7. L.P.: 1 ccm klarer Liquor. 31. 7. Font. stark gespannt; L.P.: unter hohem Druck 80 ccm. Mikroskopisch zahlreiche dicke Kokken. 12. 8. L.P.: 60 ccm Druck, Liq. klar. 17. 8. L.P.: reichliche Mengen klare Liq. 18. 8. Augenhintergrund: L. Pap. unscharf. R. scheint sie vorzuragen, Ränder stark verwaschen. 23. 9. Font. stark gespannt; Kind sehr spastisch. Entlassen. P.—, WaR in Blut und Liq. neg. — 2. Aufnahme: Schrie zu Hause, so oft man ihn anfaßte. — Stat.: Gesamte Muskulatur stark hyperten. Refl. nicht gesteigert, kein Babinski. — Verl.: 7. 11. L.P. ohne Erfolg, bei V.P. ca. 50 ccm klarer Liq. 21. 12. Schreit bei jeder Berührung gellend. V.P.: ca. 15 ccm klar. Liq. Augenspiegelbefund: R. Pap. grau verfärbt. 7. 1. 19. Keine Geschmacksempfindung nachweisbar. Elektr. Unters.: K.S.Z. 3; A.Ö.Z. 4; A.S.Z. 3; K.Ö.Z. 6 MA. — Kein Fazialisphän. WaR neg. — 3. Aufnahme: Spricht, sitzt und steht nicht. Muskulatur hypertenisch. Hydrozephalus, Umfang 48,5. Font. über fünfmarkstückgroß, vorgewölbt. Alle Nähte klaffen. Kraniotabes. — Verl.: 7. 5. L.P.: 1 ccm klarer Liq. 10. 5. V.P.: ca. 20 ccm klarer Liq. WaR neg. — 4. Aufnahme: Stat.: Guter Ernährungszustand. Riesiger

Kopf, asymmetrisch. Font. 3×3 cm, vorgewölbt. Stirnnaht klapft bis zur Haargrenze. Keine Kraniotabes mehr. Pup. reagieren. Fixiert und greift, erkennt aber keine Personen und Gegenstände. Lallt nicht einmal. Nimmt Zucker, spuckt Chinin aus. Sonst keinerlei psychischen Funktionen nachweisbar. Pat.-R. lebhaft Achill. R. +, Babinaki R. +, L. 0. Kann nicht sitzen oder stehen. Kopf wird nicht gehalten. — Verl.: 29. 11. Balkenstich. Bei Eröffnung der Dura entleeren sich ca. 300 ccm Liquor. Einige Stunden später Tod im Kollaps. — Sektion: Hydrocephalus ext. et int., Hodenaplasie, Thymushypertrophie. Gehirnbefund: Konvexität, Dura und Pia o. B. Gehirn sinkt bei Herausnahme in sich zusammen, wobei reichliche Mengen klarer Flüssigkeit abfließen. Seitenventrikel stark dilatiert, Wand derselben 1–2 cm dick. Gewicht 1017 g (ohne Liquor).

Fall 34. Peter J. 1062/14. Geb. 25. 9. 14. A. A.: 3. 2.—9. 3. 15. (†).
Bruder von Fall 2.

Anamn.: Z.A. d. E.: 29–28. 1. Kind, soll 1 Mon. übertragen sein. Bruder von Nr. 2. Langdauernde Geb., durch hohe Zange beendet. Gew.: 2520 g. Am 23. 12. plötzlich mit Fieber und Husten erkrankt. Bronchitis festgestellt, an die sich Pneumonie anschloß. Seit Mitte Jan. bemerkte Mutter, daß Kopf rasch an Umfang zunahm; Schielen seit Anfang Jan. — Stat.: Hypotrophiker. Hydrozephalus, Nähte klaffen weit. Umfang 42 cm. Kind fixiert; Strabism. conv. Pat. R. sehr lebhaft. — Verl.: 8. 2. L.P.: Druck ca. 25 cm, 5 ccm klarer Liquor. 19. 2. V.P.: im Strahl ca. 25 ccm klar. Liq. 27. 2. V.P.: ebenso. 7. 3. V.P.: ca. 30 ccm klar. Liq. 8. 3. Seit gestern Fieber. Heute Nackensteifigkeit, Augenverdrehen, Schaum vor dem Munde. WaR: neg. L.P.: hoher Druck, ca. 25 ccm trübe Flüssigkeit. 9. 3. Exitus. — Sektion: Meningitis purul., am stärksten an der Lamina cribrosa. Hydroceph. intern., Ventrikel stark erweitert, enthalten trüb-gelben Liq. Dicke der Hirnrinde nur ca. 3 mm. — Ferner Endocarditis ulcerosa.

Zu Fall 32, 33, 34: Gemeinsam ist allen 3 Fällen, daß die Gehirnerkrankung sich an eine pulmonale Infektion anschloß; bemerkenswert, daß bei Kind 32 und 34 das Zentralorgan unter der Geburt vielleicht schon eine Schädigung erfahren hatte, bei ersterem durch die mehrfache Nabelschnurumschlingung des Halses, die zu schwerer Asphyxie geführt hatte, bei letzterem durch die Entbindung mittels hoher Zange. — Über die Art des Gehirnprozesses läßt sich nichts aussagen, da eine mikroskopische Untersuchung nicht vorgenommen wurde. Die bei Patient 34 klinisch und anatomisch festgestellte Meningitis ist erst kurz vor dem Tode mit Sicherheit von einer eitrigen Rhinitis ausgehend entstanden.

Fall 35. Hertha S. 405/15. Geb. 19. 11. 13. A. A.: 3. 8.—27. 10. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 32–33. 3. und letztes Kind, ausgetragen, normale Geb. Gew.: ca. 3500 g. Bis zum 5. Mon. völlig normale Entwicklung. Damals plötzlich hohes Fieber und heftige Krämpfe, die mehrere Tage andauerten. Ähnliche späterhin noch mehrmals, zuletzt vor 5 Mon. Seit den ersten Krampfanfällen apathisch, kennt nicht die Mutter, sieht nicht die Flasche. Kann noch nicht sitzen. Stat.: Hypotrophiker. Schlanke Muskulatur. Schwerster apathischer Idiot. Kopf: o. B. Font. 4×5 cm, nicht gespannt. Augen irren ziellos umher. Pup. reagieren träge; Kind scheint nur hell und dunkel zu unterscheiden. Fixiert nicht. Extrem. u. Reflexe o. B. — Verl.: 7. 8. Beim Schreiben zieht sich der Mundwinkel stark nach rechts und die Augen machen eigentümlich rollende Bewegungen. 12. 8. Augenhintergrund: Pap. beiderseits blaß, nicht gestaut. — Geschmacksempfindung nicht nachweisbar. Zeigt nie Hunger. Manchmal Nystagmus. P.: —; WaR: — (1 mal). — Mit ca. 4 Jahren in einer Anstalt gestorben; konnte weder laufen noch sprechen, sah nicht, litt manchmal an Krämpfen.

Fall 36. Willy G. 36/15. Geb. 24. 8. 14. A. A.: 15.—17. 4. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 24–22. 4. Kind, ausgetragen, normal geb. Gew.: ?. Anfang Dez. fiel Kind vom Sofa, soll aber nicht den Boden erreicht haben sondern vorher noch aufgefangen worden sein. Mitte Jan. bekam Kind plötzlich Fieber und Krämpfe, manchen Tag fast dauernd. Gleichzeitig mit den Krämpfen setzte eine krampfartige Beugung des linken Unterschenkels ein. Während anfangs das Bein nicht bewegt werden konnte, trat späterhin eine gewisse Besserung ein. Die Krämpfe dauern bis heute. Die ersten 4 Wochen lag Kind ganz steif und ohne einen Laut von sich zu geben. Seit der Erkrankung

rapider geistiger Verfall. — Stat.: Hypotrophiker. Hydrozephalus, leicht spastische Arme und rechtes Bein, stark spastisches linkes, das in Kontraktionsstellung fixiert ist. — Font. 6 × 7 cm, stark gespannt. Pup. klein; träge Reaktion, nur Hell und Dunkel wird unterschieden. Tiefster Idiot. — Verl.: V.P.: 16. 4. Unter hohem Druck 100 ccm. 17.-4. Alle Extremitäten steif und gestreckt, auch das linke Bein. Verschiedene L.P. förderten keinen Liquor zutage. Gegen Revers entlassen. — Starb noch am selben Tage zu Hause.

Zu Fall 35 und 36: Bei beiden Kindern trat die Gehirnerkrankung scheinbar primär auf. Ob bei Patient 36 nicht doch ein Trauma des Schädels anzunehmen ist, das die Ursache des Schwachsinn war, ist nicht auszuschließen.

11. Idiotie nach Gehirnerkrankungen auf kongenital-luetischer Basis.

Wie bis vor kurzem beim Arzt jede Frühgeburt ganz reflektorisch die Vermutung Lues auslöste, so ist dies heute noch vielfach bei der kindlichen Idiotie der Fall. Die Zahlenangaben über diese Ätiologie der schweren Formen von Schwachsinn waren deshalb teilweise auch ganz abnorm hohe¹⁾, sind aber seit Einführung der WaR bedeutend niedriger geworden. Über den diagnostischen Wert der WaR beim Säugling und Kinde brauche ich mich wohl nicht auszulassen; auf die Tatsache einer positiven Reaktion im Liquor bei negativer im Blute komme ich später noch kurz zurück.

Die folgende, aus der Literatur zusammengestellte Tabelle IV berücksichtigt nur solche Arbeiten, die sich neben dem klinischen Befund auf den Ausfall der WaR stützen und außerdem nur jugendliche Individuen betreffen.

Tabelle IV.

Autor	Anzahl der Fälle	WaR +	in %	Art des Materials
Atwood	204	30	14,7	hochgradig defekte Kinder
Brückner	216	16	7,4	
Lippmann				
aus Uechtspringe. . .	78	8	9,0	bis 20 Jahre alte Individuen
aus Dalldorf.	121	16	13,2	
Kröber	262	56	21,4	
Gordon	400	66	16,5	angeborene Idiotien
Rehm	45	3	6,7	tiefstehendste Idioten
Thomsen usw.	143	5	3,5	Kinder bis 10 Jahren
Eigene Fälle	70	4	5,7	Kinder bis 3 Jahren
	1539	204	13,25%	

Nach dieser Zusammenstellung wäre also in den beiden ersten Dezennien jede 7. Idiotie als kongenital-luetisch bedingt aufzufassen, eine Zahl, die wohl etwas zu hoch liegen dürfte, um so mehr als in obigen Angaben auch Imbezille leichteren Grades mit einbegriffen sein werden. Als oberer Grenzwert aller früh kindlichen, durch Syphilis bedingten Schwachsinnszustände überhaupt scheint sie mir jedoch ungefähr der Wirklichkeit zu entsprechen, da gerade die schweren Formen der Lues, unter welche die mit zerebralen Erscheinungen unbedingt zu rechnen sind, meist frühzeitig zugrunde gehen. So konnte ich, dies sei nur nebenher erwähnt, von 71 wahllos herausgegriffenen kongenital-syphilitischen Säuglingen.

¹⁾ Kraepelin z. B. glaubt bezüglich der Erblues, „daß ein sehr erheblicher Teil, namentlich der schweren Idiotieformen (um die es sich hier gerade handelt, Verf.), wahrscheinlich mindestens $\frac{1}{2}$ oder noch mehr, der Lues seine Entstehung verdanken dürfte“.

die bei uns in klinischer Behandlung standen, nur von 15 erfahren, daß sie noch am Leben seien, während 42 gestorben und 14 nicht zu ermitteln waren. Aus dieser enorm hohen Sterblichkeit erklärt sich wohl auch die Angabe Deans, daß die WaR bei idiotischen Kindern um so häufiger positiv gefunden wird, je jünger die untersuchten Individuen sind. Nicht verständlich aber erscheint mir eine Mitteilung von Vas, nach der die geistige Entwicklung seiner ca. 100 Kinder eine im allgemeinen befriedigende war und auffallendere geistige Defekte nicht beobachtet wurden.

Noch kurz ein Wort zur Häufigkeit der Imbezillität bei angeborener Syphilis. Viel einwandfreie Statistiken hierüber liegen nicht vor, vor allem keine über die Häufigkeit geistiger Defekte getrennt bei nicht, bei schlecht und endlich bei ausreichender, bzw. abgeschlossener spezifischer Behandlung. Zum letzteren Fall nur besitzen wir zwei Arbeiten aus jüngster Zeit, die eine von Gralka, der 76 Kinder bis zum Alter von 15 Jahren nachuntersuchte und 4 = 5,3% mit „Intelligenzdefekt“ fand; die andere von Müller und Singer, die über 69 Kinder mit abgeschlossener Behandlung berichten. Nur eins davon war „idiotisch“, drei psychisch „stark herabgesetzt“, und zwar konnten diese Autoren im Verlaufe der Behandlung ganz wesentliche geistige Fortschritte feststellen, so daß eine ganze Reihe derselben bei der Nachuntersuchung in eine höhere Intelligenzklasse versetzt werden konnten. Bei einigen wenigen freilich war das Umgekehrte der Fall.

Über die Wirksamkeit der spezifischen Behandlung des durch bedingten Schwachsinn vermag ich aus eigenem nichts beizusteuern, da 3 der 4 hierher gehörigen Kinder nach kurzer Zeit starben und vom vierten keine Auskunft mehr erhalten werden konnte.

Fall 37. Karl D. 1060/13. Geb. 26. 2. 13. A. A.: 24. 2.—29. 4. 14.

Anamn.: Z.A. d. E.: 27—25; beide angeblich gesund. Die im März 14 angestellte WaR ist beim Vater neg., bei der Mutter pos. Vater der Mutter sieht in letzter Zeit schlecht, ist sehr vergeblich, geht im Dunkeln sehr unsicher (beginnende Taboparalyse!). — 1. Kind, 1 Mon. zu früh normal geb. Gew.: ?. Hatte bei Geburt Ausschlag am ganzen Körper, der vom Arzt als spezifisch angesehen wurde. — Fixiert nicht, schreit beim Anfassen, Nachts auch viel spontan (Sistosches Zeichen), sehr empfindlich gegen Geräusche. Vor 14 Tagen Krämpfe. Seit gestern wird rechtes Auge nicht mehr geschlossen. — Stat.: Hypotrophiker, kann weder sitzen noch stehen. Am 2.—5. Finger links nur je 2 Phalangen, am 2. und 5. Finger Nagel nur angedeutet. Font. 3×2 cm, gespannt. Fazialislähmung rechts. Pup. reagieren langsam und wenig ausgiebig. Nystagmus. Pat.R. überaus gesteigert. Babinski +. Nackensteifigkeit. — Verl.: 25. 2. L.P.: tropfenweise ca. 1 ccm stark mit Blut vermischter Liq. Am Nachmittag Krämpfe, von Beinen ausgehend nach oben sich ausbreitend. 28. 2. V.P.: 10 ccm klar. Liq. 8. 3. L.P.: unter hohem Druck klarer Liq. L.P.: 11. 3. 67 cm Druck, klarer aber mit Blut vermischter Liq. 6. 4. Fazialisparese wesentlich gebessert. 28. 4. Pat.-R. sehr lebhaft, Babinski nur R +. Nystagmus stärker. WaR: 24. 2. und 24. 3. +. Therapie: 6 Schmiekuren mit tägl. je 1 g; 4 mal Neosalvarsan intramusk., zusammen 0,325 g; 40 Tage Jodeisensirup, 3 Wochen Welanderbeutel mit 2 g graue Salbe. — Nach Mitteilung ist Kind $\frac{1}{2}$ Jahr nach Entlassung †. Sektion ergab „chronische Gehirnhautentzündung“.

Fall 38. Liselotte F. 810/12. Geb. 19. 10. 11. A. A.: 2.—12. 12. 12.

Anamn.: Z.A. d. E.: 47—39. 8. Kind. 6 leben, sind gesund. Ausgetragen, Steißlage, Gew.: ca. 2750 g. — Im 9. Mon. eigentümliche Anfälle mit Augenrollen und in die Kissen bohren des Kopfes. Wiederholte L.P. Seit kurzem auffallende Unruhe und Bewegungsdrang. — Bis zum 4. Mon. gelacht, dann nicht mehr, kann nicht sitzen und stehen; spricht nicht. Stat.: Atrophiker. Völlige Teilnahmslosigkeit gegen die Umgebung. Fixiert und greift nicht. Stetige Bewegungen in der gesamten willkürlichen Muskulatur von choreatischem, bzw. athetotischem Charakter. Pup. reagieren prompt. Hintergrund: Pap. intakt, Venen stark injiziert, Retina leicht hyperämisch. — Kind geht an Bronchopneumonie zugrunde. — WaR: +.

Fall 39. Hans S. 1193/14. Geb. 12. 8. 12. A. A.: 12. 3.—13. 4. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 40—39. Vater nervenleidend, vor 20 J. Lues. Bei der Mutter nach Geburt des 1. Kindes vor 22 J. syp. Infektion festgestellt. Vor einigen Monaten WaR +.

War öfter in Behandlung. — 9. Kind, ausgetragen, normal geb. Gew.: ? 2 Geschwister in ersten Wochen an „Lebensschwäche“ gestorben, die 6 anderen leben und sind angeblich gesund. Pat. immer gesund. — Stat.: Hypotrophiker, Rachitiker. Blöder Gesichtsausdruck, auffallend niedrige Stirn und kleiner Kopf, Umfang 46,5. Liegt dauernd regungslos auf dem Rücken, zeigt kein Hungergefühl. Ißt, was man ihm gibt, spricht kein Wort. Kann nur kurze Zeit sitzen. Pup. reagieren; fixiert, Nystagmus. Geschmacksempfindung nicht nachweisbar. WaR: neg. (1 mal). — Kind starb bald nach Entlassung.

Fall 40. Lothar D. 1246/19. Geb. 21. 12. 18. A. A.: 21. 2.—30. 4. 20.

Anamn.: Z. A. d. E.: 24—21. Mutter z. Z. der Geburt Grippe. 1. Kind, ausgetragen, Gew.: ca. 3750 g. Vom 14. Lebenstag ab Schnupfen, den Kind nie ganz verlor. Im 4. Monat durch Unvorsichtigkeit der Pfliegerin gefallen, wie, unbekannt, jedoch Oberarmbruch. Seit dieser Zeit soll körperliche und geistige Entwicklung wie abgeschnitten sein. Kann nicht mehr Kopf heben und sitzen, erkennt die Mutter nicht mehr, lacht und sieht nicht mehr. Seit $\frac{1}{4}$ Jahr sehr schreckhaft, oft krampfartiges Zusammenzucken. — Stat.: normal entwickelt. Kleiner Hirnschädel, hohe Stirne, Stirnhöcker. Font. und Nähte geschlossen. Augen: fast immer zu, beim Öffnen sieht Bulbus nach abwärts. Strabism. conv. Pup. reagieren; fixiert nicht. Stärkste Unruhe bes. bei Untersuchung, dabei Opisthotonus. Allgemeine Agilität. Reagiert auf keinerlei Reize. Refl. lebhaft, Pat.-R. 1 > r. Babinski neg. Keine Spasmen. — Verl.: 24. 2. Augenuntersuchung (Prof. Pollack): beiderseitige totale Sehnervenatrophie. 25. 3. Fieber und Krämpfe. Stereotype Bewegungen. Höchste Agilität. 26. 2. L.P.: klarer Liq. unter geringem Druck. WaR im Punktat +. 28. 2. L.P.: geringer Druck, wenig Liq. WaR: diesmal neg. 29. 2. L.P.: im Punktat WaR: —. WaR bei Vater —, bei Mutter +. 16. 3. Agilität geringer; Geisteszustand unverändert schwer idiotisch. — 22. 4. Augenuntersuchung (Prof. Pollack): Links Schielstellung nach innen. Augenbewegungen scheinen frei zu sein. Pup. mittelweit, träge auf Licht und Konvergenz reagierend. Beiderseitige Atrophia n. opt. 27. 4. WaR im Lumbalpunktat zeigt noch eine Spur Hemmung. 30. 4. Entlassungsbefund: Kind ist viel ruhiger geworden, schläft die ganze Nacht und auch tagüber viel. Die Jaktationen und die wilde Agilität ist ganz geschwunden. Geistig keinerlei Besserung zu bemerken. Reagiert kaum auf Reize, fixiert nicht. Sensibilität nicht wesentlich verändert. Refl. normal. Therapie: 8 mal Neosalvarsan intramusk., im ganzen 0,975 g. 6 Wochen lang Jodkali. — Eine Auskunft über weiteres Befinden konnte nicht erhalten werden.

Zu Fall 37, 38, 39 und 40. Die ersten beiden Kinder bieten keine Besonderheiten. Die zwei anderen bieten insofern Interesse, als von sicher luetischen Eltern abstammend Pat. 39 negativ (nur 1 mal untersucht) reagiert, während bei 40 die Reaktion im Liquor wechselt. Letzterer Fall wurde anfänglich als traumatische Idiotie aufgefaßt, bis der Ausfall der WaR, besonders die der Mutter uns eines anderen belehrte.

12. Die unter einem der Dementia epileptica ähnlichem Bilde verlaufende Gehirnerkrankung („epileptoide Idiotie“).

In keinem Kapitel der Neurologie des Kindesalters herrscht eine solche Anarchie der Begriffe wie auf dem Gebiete der Krampfkrankheiten. Zustände, die außer der häufigen Wiederkehr dieser motorischen Entladungen nichts gemein haben, werden wahllos in den großen Sammeltopf der „kindlichen Epilepsie“ geworfen. Gerade zusammenfassende Arbeiten sind es, die hierbei die allergrößte Verwirrung anrichten, ich nenne nur die sonst so verdienstvolle Monographie Vogts, in der unter dem Titel: „Die Epilepsie im Kindesalter“ in Form und Ursache verschiedenartige Krankheitsbilder einträchtlich nebeneinander abgehandelt werden, wie Spasmophilie und tuberöse Sklerose, Krämpfe im Gefolge der zerebralen Kinderlähmung und auf kongenital-syphilitischer Basis. Leider ist auch die Pädiatrie nicht von dem Vorwurfe der Unklarheit in dieser Beziehung freizusprechen, denn wenn Birk schreibt: „Im wesentlichen charakterisiert sich die Diagnose der Epilepsie des Säuglings

durch einen negativen Befund, durch das Fehlen der spasmophilen Symptome“ und weiter unten: die angeführten Fälle „sind sämtlich als genuine Epilepsie aufgefaßt; nicht aus Überzeugung, sondern aus der Unmöglichkeit heraus, eine richtige Diagnose zu stellen“, so halte ich ein derartiges Vorgehen für unberechtigt. Vor allem aber ist es irreführend die betreffende Arbeit „Die Anfänge der kindlichen Epilepsie“ zu benennen, worunter doch meiner Ansicht nach jeder unbefangene Leser die genuine Epilepsie verstehen muß. — Wie verwirrend in klinischer, anatomischer und nicht zuletzt in didaktischer Beziehung ein derartiges Durcheinanderjonglieren der verschiedensten Krankheiten ist, braucht wohl kaum weiters erörtert zu werden. Es ist deshalb ein besonderes Verdienst Huslers in zwei Arbeiten aus jüngster Zeit einerseits die „genuine“ Epilepsie exakt definiert zu haben, andererseits die epileptiformen Krampfkrankheiten im Kindesalter scharf gegeneinander herausgearbeitet zu haben. Husler will als echte, genuine Epilepsie nur jenes Leiden verstehen, „bei dem neben den epileptischen Insulten auch eine Veränderung im Wesen, Charakter oder Intelligenz der Betroffenen zum mindesten angebahnt ist; also eine Erkrankung mit progressiver Tendenz, doch ohne zunächst organisch-nervöse Ausfallserscheinungen“. Ich halte diese Definition für eine überaus glückliche.

Dies nur nebenbei. Schon im ersten Teile habe ich die Ansicht ausgesprochen, daß wir bis heute wenigstens noch nicht imstande sind den echten Morbus sacer schon in seinen ersten Anfängen in früher Kinderzeit als solchen zu erkennen. Die Stellung einer solchen Diagnose glaube ich deshalb in diesem Alter ablehnen zu müssen. Fünf meiner Fälle sind allerdings sehr verlockend dies dennoch zu tun, da sie nach Ausschaltung dieses Leidens und bei dem Mangel an Sektionsergebnissen recht rätselhaft erscheinen. In ihrem klinischen Verlaufe ähneln sie in vielem den Kindern I—VI von Birk mit einer Ausnahme nur, nämlich der mehr minder weitgehenden Schädigung des Sehorganes, von der nur ein Patient verschont geblieben ist. — Ich bringe zuerst die Krankengeschichten, um dann auf die nähere Besprechung einzugehen.

Fall 41. Wolfgang S. 786/15. Geb. 18. 8. 14. A. A.: 2. 12. 15—1. 3. 16.

Anamn.: Z. A. d. E.: 36—24. 2. Kind, ausgetragen, normale Geb., ca. 4250 g. Kann noch nicht sitzen, schreit, wenn man es anfaßt, fixiert erst seit ca. 3 Wochen, greift aber nicht, reagiert auf Anruf. — Am 28. 11. plötzlich Krämpfe: lag ganz steif, Schaum vor dem Munde, Zuckungen im Gesicht, dann tetanische Starre. Dauer 1 $\frac{1}{2}$ Std. Kein Fieber. — Stat.: gut entwickelt. Font. 1 × 1 cm, nicht gespannt. Reflexe: o. B. Sehr unruhig, macht dauernd eigentümliche athetotische Bewegungen. Hebt plötzlich den Körper in starkem Opisthotonus. Augen irren ziellos umher, fixiert für kurze Zeit. Scheint auch zu hören. Hebt Kopf, kann nicht sitzen. Völlig idiotisch. — Verl.: 14. 2. Sehr schreckhaft. Augenhintergrund: beiderseits Pap. blaß, starke phys. Exkavation, Rand der Pap. stark pigmentiert. Pap.-Gefäße sehr dünn, bes. links. P.: —; WaP: — (2mal). — Juli 19: Kind ist in Anstalt, bildungsunfähig.

Fall 42. Alfred B. 396/16. Geb. 17. 4. 16. A. A.: 7.—11. 8. 16.

Anamn.: Z. A. d. E.: 45—34. 2. Kind. Geb.: normal, ausgetragen, 4180 g. Hatte sich gut, auch geistig normal entwickelt. — Am 21. 7. war Kind auffallend blaß, verdrehte die Augen, bekam Zuckungen in den Armen. Dauer ca. 2 Min. Hernach sehr schläfrig. Kein Fieber. Anfälle anfangs alle 1—2 Std., später bis 18 mal tägl. Vorboten des Krampfes: kurz vorher Unruhe, Kopf wird hin und her bewegt, Augen blicken starr, Gähnen, leichtes Zucken der Wangenmuskulatur. Eigentlicher Anfall: Allgem. ton. Krampf der gesamt. willkür. Musk., Kopf nach rückwärts gezerrt, Augen krampfhaft aufgerissen, Risus sardonius,

Respirationstillstand, Konjunktival- und Kornealrefl. nicht auslösbar, Pup. anfänglich verengt, dann erweitert. Muskul. bretthart, Unmöglichkeit die Extremit. passiv zu beugen. Nach anfänglichem Erblässen Zyanose des Gesichtes. Dauer $\frac{1}{2}$ —1 Min. Dann noch vereinzelt Zuckungen in Armen und Beinen, Salivation, Atmung setzt stoßweise ein. Hernach tiefer Schlaf. Puls: kräftig und regelmäßig, Temp. normal (Bericht des Hausarztes). — Während das Kind früher schon lachte, ist es jetzt völlig apathisch, kennt niemand mehr, trinkt teilweise nicht mehr an der Brust, so daß es mit dem Löffel gefüttert werden muß. — Stat.: fettes Kind. Muskul. hypertonisch. Fixiert und greift nicht. Font. 3×3 cm, von normaler Spannung. Refl.: lebhaft. Faz.-Phän.: neg. — Verl.: 7. 8. L.P.: wenige Tropfen klar. Liq. Augenhintergrund (Dr. Pollak): völlig normal. P. und WaR: nicht angestellt. — Mit $3\frac{1}{4}$ Jahren (nach Auskunft) kann Kind laufen. Sein geistiger Zustand ist der eines $1\frac{1}{2}$ jähr. Seit dem 10. Mon. keine Krämpfe mehr, außer bei fieberhaften Erkrankungen (2 mal bisher). Körperlich sehr gesund, immer fröhlich. Verstehet nicht, was man ihm sagt. Kann noch gar nicht sprechen. Zeitweise oft mehrmals am Tage Zucken in Armen und Beinen. — Nachricht vom Juli 20: Manchmal noch Anfälle, wenn Kind „körperlich nicht frisch ist“. Anfang Juli d. J. 8 Tage lang Apathie, „alle Muskeln schienen erschlafft“. Spricht nur wenige Worte, schwätzt aber viel vor sich hin und singt die Melodien vieler Lieder richtig.

Fall 43. Hanni P. 577/16. Geb. 12. 6. 15. A. A.: 2.—8. 10. 16.

Anamn.: Z.A. d. E.: 46—29. Eine Schwester des Vaters ist in späteren Jahren „mannstoll“ geworden. — 1. Kind ausgetragen, normale Geb., ca. 3250 g. Im 6. Mon. plötzlich Krämpfe: kurze Rucke in den Armen und Verdrehen der Augen, mit $\frac{3}{4}$ Jahren nochmals. Seit Ende des 1. Jahres mit kurzen Intervallen dauernd Krämpfe, die 2—3 mal tägl. in obiger Weise auftreten. Fieber bestand nie, bes. nicht das erste Mal. Seit den Anfällen ist Kind apathisch geworden. Kann nicht sitzen, sprechen, kauen. — Stat.: Leidlich entwickelt. Asymmetrischer Schädel, Font. zu. Fixiert nicht, Pup. reagieren, Epikanthus. Hintergrund (Dr. Moll): Beiderseits Ablassung der Pap., bes. temporal, $r > 1$, kein Lidreflex. Sehvermögen wahrscheinlich gar nicht vorhanden. Diagnose: absteigende Degeneration auf nicht spezifischer Basis. Reflexe: o. B. — Verl.: 8. 10. Häufige ton. Krämpfe. L.P.: normaler Druck, wenig klar. Liq. P.: neg. WaR: neg. (1 mal). — Über das spätere Schicksal des Kindes konnte keine Auskunft erhalten werden.

Fall 44. Herbert H. 1220/18. Geb. 2. 9. 17. A. A.: 3. 3.—7. 8. 19.

Anamn.: Z.A. d. E.: 29—26. Vater Herzfehler. Infectio venerea negatur. WaR bei den Eltern (im Hause angestellt): neg. In Nebenlinie der väterlichen Familie litt ein Mitglied an „religiösem“, ein anderes an „Verfolgungswahn“. — 3. Kind, ausgetragen, normale, schnelle Geb. Gew.: ca. 3750 g. Beide Geschwister gesund, vor dem 1. Kind, vor und nach Pat. je ein Abort. — Im 7. Monat fand Mutter beim Betreten des Zimmers Kind ganz blau vor, es röchelte stark. Seit diesem Tage Anfälle folgender Art: Zuerst Zuckungen in Armen und Beinen und Verdrehen der Augen, Schaum vor dem Munde, „es wirft sich hoch“, zuckt mit den Armen, die es nach oben streckt. Die Anfälle werden immer heftiger und häufiger, jetzt 3—4 mal tägl. — Schon vor dem 1. Anfall machte Kind den Eindruck, als ob es weiter zurück sei als die beiden Geschwister im entsprechenden Alter, jedoch kannte es die Mutter, lachte, fixierte und griff. Seit dem Anfall deutlicher Rückschritt; Mutter hat den Eindruck, daß es niemand mehr kennt. Ende November 18 stellte Augenarzt fest, „daß die Augen selbst gut seien, das schlechte Sehen aber vom Gehirn her komme“. WaR bei Mutter und Kind im Febr. 19 neg. Stat.: Prächtigt entwickelt. Armmuskul. stark spastisch, bes. links. Kopf wird leidlich gehalten, kann nicht sitzen und stehen. Spielt nicht, lacht jedoch unmotiviert. Dauernd zappelnde Bewegungen mit Armen und Beinen. Fixiert nur für Sekunden. Hört. Plattes Hinterhaupt, Font. zu. Pup. reagieren prompt und ausgiebig, zeitweise Strabismus conv. Kein ausgebildetes Skrotum; nur links ein erbsengroßer Hoden zu fühlen. — Sensibilität normal. Pat.-Reflexe sehr lebhaft, kein Achillessehnen-, Kremaster- und Bauchdeckenreflex. Babinski, Chvostek: neg. Elektr. Untersuchung ergibt normale Werte. Geschmackempfindung vorhanden. Geistig tiefster Verfall. — Verl.: 7. 3. Dauernde Bewegung in den Extrem. L.P.: hoher Druck, klar. Liq., ca. 50 ccm. 20. 3. L.P.: erhöhter Druck, klar. Liq. Augenspiegelbefund (Dr. Mühsam): rechte Pap. gerötet, aber nicht geschwollen, Grenzen verwaschen. Sonst o. B. Links Verwaschenheit und Rötung der Pap. viel geringer. Es könnte sich also um eine Staupap. von sehr langem

Die unter einem der Dementia epileptica ähnlichem Bilde verlaufende Gehirnerkrankung. 51

Bestand handeln. 1. 4. L.P.: 30 cm Druck, ca. 15 ccm. 22. 4. L.P.: 60 cm Druck, ca. 25 ccm klar. Liq. 1. 5. L.P.: 65 cm Druck, 25 ccm. 6. 5. L.P.: Über 80 cm Druck, über 30 ccm abgelassen. 12. 5. L.P.: stark erhöhter Druck, über 25 ccm. 18. 5. L.P.: 73 cm Druck, ca. 15 ccm entleert. 24. 5. L.P.: mittlerer Druck, ca. 35 ccm. — Nach jeder L.P. ist Kind für 1—3 Tage ganz wesentlich ruhiger. 1. 6. L.P.: 65 cm Druck, ca. 30 ccm entleert. 9. 6. 58 cm Druck, ca. 30 ccm. 14. 6. L.P.: 32 cm Druck, 12 ccm. 17. 6. Augenhintergrund (Dr. Mühsam): rechts Pap.-Grenzen deutlich verwaschen, Pap. selbst abgeblaßt. Links: Pap. ebenfalls abgeblaßt, die Verschwommenheit der Grenzen aber bei weitem nicht so ausgesprochen wie R (also abgelaufener Prozeß). 20. 6. L.P.: 40 ccm unter 68 cm Druck. 27. 6. ca. 45 ccm unter ca. 65 cm Druck. Eiweißgehalt des klar. Liq. ca. $\frac{1}{3}^0_{\infty}$ nach Esbach. Saech.: neg. 3. 7. L.P.: ca. 40 ccm unter 50 cm Druck. 10. 7. L.P.: 35 ccm unter sehr hohem Druck. 12. 7. Kann immer noch nicht sitzen, Kopf wird leidlich gehalten. Babinski beiderseits +. Pat.-Refl.: sehr lebhaft. Achilles- und Bauchdeckenrefl.: neg. Fazialisphän.: neg., Oppenheim L +, R —. Tiefste Idiotie. Kind hatte während der ganzen Beobachtungszeit ungemein zahlreiche Anfälle, in denen es Arme und Beine von sich streckte und unaufhörlich zappelnde Bewegungen ausführte. Sehr häufig schmatzendes Geräusch mit den Lippen. Liq. dauernd wasserklar und bei oftmaligen bakt. Untersuchungen steril. P.: —. WaR: 5. 3. neg.; 11. 3. in Blut —, in Liq. +; 20. 3. Blut —, Liq. +; 22. 4. Liq. —; 1. 6. Liq. —; 9. 6. Liq. —. Therapie: Kalk, Sedobrol, Neosalvarsan 0,045 am 16. 3.; 0,15 am 22. 3.; Protojoduret von 24. 3. bis 14. 7., sowie 10 Schmierkuren.

Fall 45. Werner F. 237/19. Geb. 4. 3. 17. A. A.: 2. 6.—15. 8. 19.

Anamn.: Z. A. d. E.: 29—22. 2. Kind, ausgetragen, Geb. normal, Gew.: ?. Gesund bis $\frac{3}{4}$ J., damals „Zahnkrämpfe“, wobei es die Hände verkrampfte, Augen verdrehte, manchmal Schaum vor dem Munde hatte und bewußtlos war. Anfälle von ganz kurzer Dauer, hielten aber von Nov. 17 bis Juni 18 an; anfänglich 10—12 mal tägl. nahmen sie allmählich an Zahl ab. Bis zum 1. Anfall körperlich und geistig ganz normal. Seit jener Zeit rapider Verfall: hört sehr schlecht, schrickt nur bei starken Geräuschen zusammen; sieht jedoch. — Jetzt steckt es alles, was ihm in die Hände fällt, in den Mund, schlägt dauernd mit Händen, wackelt mit Kopf, knirscht mit Zähnen. Manchmal zuckt es beim Stehen zusammen und fällt dann um. — Stat.: etwas zurückgeblieben, aber gut genährt. Sitzt, steht und läuft ohne Unterstützung, letzteres aber sehr breitspurig und mit den Armen balancierend. Fixiert für kurze Zeit, wendet Kopf nach Schallquelle. Reagiert kaum auf Anruf. Pup. reagieren prompt, aber nicht ausgiebig. Rechter Hoden im Skrotum, linker im Leistenkanal. Pat.-Refl. r. —, l. +. Oppenheim beiderseits schwach +, l. > r. Kein Chvostek. — Verl.: 3. 6. L.P.: vergeblich. Augenuntersuchung (Dr. Mühsam): Pup. reagieren nicht. Hintergrund normal. 7. 6. L.P.: ca. $1\frac{1}{2}$ ccm mit frischem Blut vermengter Liq. Pup. reaktionslos. 12. 6. Pup. reagieren einwandfrei, jedoch etwas langsam und unvollständig (Durchmesser ca. 2 mm). WaR: in Blut und Liq. neg. Nachricht vom Juli 20: Befinden unverändert. Spielt sehr nett. Spricht nur „Mama“ und „ja“. Noch unsauber.

Zu Fall 41—45. Gemeinsam allen 5 Patienten ist der plötzliche, unmotiviert wie aus heiterem Himmel kommende erste Anfall, doch ist bei den Kindern 41 und 44 schon vorher eine gewisse körperliche und geistige Rückständigkeit als vorhanden angegeben, bei den übrigen aber nicht ausgeschlossen. Die Anfälle, deren Beginn in den 15. bzw. 3., 6., 7. und 9. Lebensmonat fällt, traten anfangs gehäuft auf, um später an Intensität und Zahl abzuflauen und boten keinerlei von dem üblichen Abweichendes. Jacksonscher Typ wurde nicht beobachtet. Verwunderlich oder gegen eine bestimmte Lokalisation sprechend ist dieses Verhalten nicht, da bekanntlich selbst kleine Herde beim Säugling weit über das ursprüngliche Gebiet hinausgreifende Reizerscheinungen verursachen können. Ganz überraschend aber war das Befallensein des Sehapparates bei 4 dieser Patienten, die äußerlich wenigstens keine Andeutung von Hydrozephalus zeigten. Nur 42 bot normale Verhältnisse, auch noch im Alter von $3\frac{1}{4}$ J., der Zeit, aus der die letzte Nachricht stammt. Kind 41 dagegen hatte eine beginnende, 43 und 44 eine ausgesprochene Atrophie der Optici, während 45 bei normalem Hintergrund nur eine relative und in ihrer Intensität stark schwankende Lichtstarre der Pupillen aufwies. — Ich konnte nirgends in der mir zugänglichen Literatur Ähnliches berichtet finden. Füge ich noch hinzu, daß nur bei Fall 43 und 44 eine, wenn auch nicht schwere und direkte hereditäre Belastung nachzuweisen war, die doch sonst bei Epilepsie 60—80% betragen soll, daß

der geistige Verfall schon mit dem ersten Anfall einsetzte und rapide Fortschritte machte¹⁾, und endlich, daß 4 der Kinder — von 43 konnte ich keine Auskunft erhalten — heute noch am Leben sind, was im Verein mit der Fieberlosigkeit bei Beginn des Leidens sehr gegen Enzephalitis oder Meningitis spricht, so steht man vor einem Rätsel, dessen Lösung ich nicht zu finden vermag. Erwähnen möchte ich auch noch, daß alle 5 Patienten ein die Norm übersteigendes Längenwachstum zeigten, während die übrigen fast ausnahmslos dahinter zurtückblieben (siehe Anhang). Auch die Annahme thrombotischer oder embolischer Prozesse, ebenso wie die von Blutungen aus Gehirngefäßen, sei es per diapedesin oder rhexin, hat hierbei kaum eine Wahrscheinlichkeit für sich. Trotz allem möchte ich nicht meine Zuflucht zu der bequemen Diagnose „Epilepsie“ nehmen, vor allem ist es der Augenbefund, der mich davon abhält. Ich gebrauche deshalb für diesen Verlaufstyp einstweilen den Namen „epileptoide Idiotie“. Ähnlich verlaufende, aber psychisch weniger schwer geschädigte Fälle fand ich in unserem Archiv nicht, es scheint also bei dieser Krankheitsform die Prognose quoad Intelligenz immer eine sehr schlechte zu sein. Für ausgeschlossen jedoch halte ich eine sub partu erworbene Schädigung nicht, die ähnlich vielen Fällen von Little erst in späteren Monaten klinisch manifest wird. Beobachtungen an Frühgeburten wenigstens (siehe Ylppö) sprechen nicht gegen diese Annahme.

Einer kurzen Berücksichtigung bedarf noch Kind 44, einerseits wegen des starken, sich immer wieder auffüllenden Hydrozephalus, andererseits wegen der positiven Reaktion des Liquors im Gegensatz zur negativen im Blute. Unser Wissen über die Bewertung der WaR im Liquor bei akuten Gehirnerkrankungen ist noch lange nicht abgeschlossen und in letzter Zeit mehren sich die Mitteilungen, nach denen bei verschiedenen Gehirnprozessen, besonders bei Meningitis epidemica, der Liquor Hemmung zeigt (Kraemer, Zadeck; Stern bei Malaria und Sarkom). Voraussichtlich dürfte der starke und akute Lipoidzerfall im Zentralnervensystem für den positiven Ausfall der WaR verantwortlich gemacht werden²⁾.

C. Idioten infolge traumatischer Schädigungen des Gehirns.

Die Häufigkeit eines traumatischen Ursprungs der kindlichen Defektpsychosen ist allbekannt, doch wird diese Ätiologie so lange in ihrer ganzen Bedeutung gewaltig unterschätzt, als man Schädigungen der Gehirnentwicklung durch den Geburtsvorgang an sich, vor allem einem vorzeitig erfolgten nicht entsprechend in Rechnung setzt. Was den letzten Punkt anlangt, so hat Ylppö in seiner schon mehrfach zitierten Arbeit wieder einmal auf die Wichtigkeit dieser Erkenntnis, die von seiten der Geburtshelfer zum mindesten viel zu gering erachtet wird, hingewiesen und zeigen können, daß von seinen rund 300 hierfür in Betracht kommenden Frühgeborenen nicht weniger als 7,4% sich späterhin als Idioten oder sicher Imbezille herausstellten. Meine Untersuchungen, von einer anderen Seite ausgehend, ergaben, daß bei 19 von 70 Kindern, das ist bei mehr als $\frac{1}{4}$ derselben der einzig auffindbare Grund des Schwachsinnes in dem Trauma der Geburt erblickt werden muß. 11 davon, also fast $\frac{1}{6}$ aller waren vorzeitig Geborene. Von diesen später.

Die Einteilung der so entstandenen Idioten in pränatal, natal und postnatal erworbene ist naheliegend.

¹⁾ Was also der oben angeführten Definition der Epilepsie durch Husler widerspricht.

²⁾ Kurz vor Abschluß der Korrekturen konnte ich selbst bei 3 Säuglingen mit epidem. Zerebrospinalmeningitis eine positive WaR im Liquor nachweisen, während sie im Blute negativ war und auch der klinische Befund in nichts für Lues sprach.

13. Idiotien infolge pränataler traumatischer Schädigungen.

Seit alters werden neben psychischen Einflüssen Gewalteinwirkungen, denen eine schwangere Mutter ausgesetzt war, für Störungen der geistigen Entwicklung eines Kindes hoch gewertet. Doch sind alle derartigen Angaben, mögen sie aus Ärzte- oder Laienkreisen stammen, nur mit größter Vorsicht aufzunehmen.

Die Zahl der Fälle, die mit einiger Wahrscheinlichkeit als hierher gehörig zu betrachten sind, ist demnach auch äußerst klein, sicherlich weit geringer als dies z. B. Koenig noch in seiner Statistik annimmt. Das Wenige, was ich darüber in der Literatur finden konnte, ist folgendes: Vogt (a) erwähnt Gauchard und Schüller¹⁾, Ziehen Scheffers und Sachs. Der Fall von Sachs betrifft einen Idioten mit Optikuskrankung, dessen Mutter im 5. Schwangerschaftsmonat aus einem Wagen geschleudert worden war. Ein weiterer, wahrscheinlich einschlägiger Fall ist der Langers, der seinerseits wieder weitgehende Ähnlichkeit mit einem von Seitz beschriebenen aufweist. Ferner gedenkt Ziehen noch der Abtreibungsversuche und möglicherweise dadurch verursachter Schädelverletzungen der Frucht und zitiert Howe, der dies unter 400 Fällen angeblich 7mal mit Sicherheit konstatieren konnte. — Die durch das Trauma gesetzten und so das organische Substrat des geistigen Defektes bildenden Veränderungen der Hirnrinde sind wohl in der ganz überwiegenden Mehrzahl Folgen von Blutungen aus größeren oder kleineren intrakraniellen Gefäßen, worauf im nächsten Abschnitt im Zusammenhang ausführlich eingegangen werden soll. Meine einzige hierher gehörige, wohl einwandfreie Beobachtung betrifft:

Fall 46. Edith F. 572/15. Geb. 1. 2. 15. A. A.: 1.—27. 10. 15.

Anamn.: Z. A. d. E.: 33—27. 3. Kind. Ausgetragen, normale Geb., ca. 3000 g. — 8 Wochen a. p. trat die Mutter beim Fensterputzen neben den Stuhl, den sie zum Herabsteigen benutzen wollte, und fiel auf die Lehne, diese zwischen die Beine bekommend. Sehr starke Blutung aus Schwellkörperriß, der 11 Nadeln erforderte. — Kind seit Geb. anfallsweise Krämpfe, Kopf in Kissen gehohlet, streckt Arme steif von sich. Außerhalb der Anfälle sehr spastisch, Arme und Beine passiv nur schwer zu beugen. Fixiert nicht, starrt dauernd auf denselben Punkt, lacht nicht, kann nicht sitzen und Kopf heben. Hörvermögen soll vorhanden sein. — Stat.: Kleiner Atrophiker, apathisch, Blick irrt mit stereotypen Augenbewegungen umher. Bei vorsichtigem Anfassen keine ausgesprochenen Spasmen, bei brüskem jedoch stärkste Streckspasmen in Extremitäten. Schmerz- und Temperaturempfindung nachweisbar. Kopf sehr klein, 36,5 cm, Font. 4 × 3 cm, nicht gespannt. Pup. reagieren träge. Herz: Galopprrhythmus und Irregularität. Pat.-Reflexe lebhaft. — Verl.: 4. 10. L. P.: Druck normal, Liq. klar. Häufig stereotype Bewegungen mit rechtem Arm. Augenhintergrund: normal, nur etwas blaß. — Auskunft: im März 16 f; zuletzt wieder Krämpfe.

14. Idiotien infolge Geburtstraumas oder Asphyxie am normalen Ende der Schwangerschaft.

Um Wiederholungen zu vermeiden werde ich hier Häufigkeit, Klinik und Pathologie der Geburtstraumen für Ausgetragene und Frühgeborene gemeinschaftlich besprechen.

Daß Schädigungen des Kindes bei allen schwereren Geburten besonders häufig beobachtet werden, ist selbstverständlich; es ist aber nachdrücklichst zu betonen, daß auch ein in geburtshilflich-klinischem Sinne ganz normaler Verlauf für das Objekt ein schweres Trauma bedeuten kann. Ein beredtes Beispiel letzterer Art stellen vor allem die Frühgeborenen dar, bei denen einleuchtenderweise neben der Unfertigkeit des gesamten Gefäßapparates (besonders

¹⁾ Gauchard im Original mir nicht zugänglich; Schüller mit falscher Quellenaugabe zitiert.

infolge Fehlens oder noch mangelhafter Ausbildung der elastischen Fasern) der meist überaus schnelle Durchtritt eines wenig soliden Schädels durch die unvorbereiteten Geburtswege eine große Rolle spielt. Andererseits können auch Erkrankungen der Gefäßwände, wie Ranke dies für die kongenitale Lues nachgewiesen hat, die Disposition zu Rupturen schaffen. Seine Annahme, daß bei ausgetragenen und gesunden Früchten es dazu grober mechanischer Momente bedarf, halte ich nicht für begründet, da meiner Ansicht nach vom Standpunkte des Nasciturus aus es weiterer „grober mechanischer Momente“ wahrlich nicht mehr bedarf. Welche anderen, Blutungen begünstigende Faktoren noch mitwirken müssen, entzieht sich unserer Kenntnis. Tatsache ist, daß selbst bei durch Kaiserschnitt geborenen Kindern zerebrale Hämorrhagien auftreten können, wie dies Küstner und Demelin (zitiert nach Meyer) sahen und wie ich selbst auf Grund der klinischen Beobachtung bei einem Falle (54) annehmen muß. Hier war man erst zur Operation geschritten, als nach langer Geburtsdauer eine Entbindung per vias naturales unmöglich erschien. — Daß ein Erguß nicht schon am Tage der Geburt seine größte Ausdehnung erreicht zu haben braucht bzw. Nachblutungen sehr häufig eintreten, machen die klinischen Erscheinungen ebenso wahrscheinlich wie ein Vergleich mit den Kephälhämatomem. Ja es hat häufig sogar den Anschein, als ob diese Blutungen erst Stunden oder Tage nach der Geburt entstanden seien¹⁾.

Eine Mitbeteiligung anderer, in der Frucht selbst gelegener Hilfsmomente, vor allem der beliebten hereditären Belastung halte ich für unwahrscheinlich im Gegensatz zu Finkelstein, der in seinem Lehrbuche schreibt: „Dem (d. h. der Annahme einer besonderen Disposition in Form einer erhöhten Vulnerabilität des Gehirns) kommt zu Hilfe, daß sorgfältige Statistiken fast regelmäßig eine starke, zuweilen erschreckende erbliche Belastung feststellen, welche gestattet, in der abnormen Reaktion des abnormen Individuums ein Hauptmoment für die Genese der intra partum erworbenen Gehirnerkrankung zu suchen.“ Beweise irgendwelcher Art für diese Auffassung liegen meines Wissens nicht vor, außerdem ist „hereditäre Belastung“ derart „pandemisch“, daß sie jederzeit im Bedarfsfalle zur Hand ist.

Über den Anteil des Geburtstraumas überhaupt am kindlichen Schwachsinn in ätiologischer Hinsicht, gebe folgendes Auskunft: Mitschell (zit. bei Runge) konnte bei 494 Idioten mit genauer Geburtsanamnese in 21,9% (bei 57 der Kinder dauerte die Entbindung über 36 Stunden, 22 waren durch Zange entbunden, der Rest war asphyktisch zur Welt gekommen), Heubner unter 87 Kindern 14 mal (= 16,1%), Klotz bei 7,6%, Bullard bei $\frac{1}{2}$ der kongenitalen und $\frac{1}{2}$ aller Idioten überhaupt (176 Fälle) dieses Moment nachweisen. Endlich nenne ich noch Fletcher und Beach, die bei 4,3% ihrer 810 Idioten die Zange und bei 26,6% eine schwierige und protrahierte Geburt als ursächliches Moment anschildern, sowie endlich Wulff, der zu einem ganz analogen Resultat kommt²⁾. — Etwas skeptischer in dieser Beziehung scheint Weygandt (a) zu sein, während sich die Geburtshelfer in dieser Beziehung meist direkt ablehnend verhalten, so z. B. Beatus und Hannes. Ganz besonders gilt dies für die Auffassung des Partus praematurus durch die Gynäkologen, ich nenne vor allem hier Wall. Leider aber ist man auch im kinderärztlichen Lager noch teilweise derselben Ansicht, so meint wieder Finkelstein (Lehrbuch), daß „für die spontane und künstliche Frühgeburt wohl jeder Arzt die Seltenheit nervöser Komplikationen aus eigenem bestätigen kann“. Ylppös Erfahrungen jedoch widersprechen dem aufs schärfste.

Eine die Literatur zusammenfassende Darstellung über „Die ätiologische Bedeutung des Geburtstraumas für die geistige und körperliche Entwicklung“ verdanken wir Klotz, auf die ich besonders verweisen möchte. Aus eigenem Material (144 Idioten und Epileptiker)

¹⁾ Diese Meinung teilen auch Potocki und Lerant (siehe unten bei Ballantyne).

²⁾ Holland bringt ebenfalls einen Teil der infantilen Zerebrallähmungen, spastischen Paraplegien und geistigen Defekte mit schweren Geburten in Zusammenhang.

erwähnt Klotz 19 abnorme Geburten (8 mal protrahierte Geburt, 3 mal Asphyxie und 8 mal Zange). Nach Ausscheidung der Fälle mit hereditärer Belastung blieben ihm noch 11, bei denen jedes weitere ätiologische oder prädisponierende Moment auszuschalten war. Sie verteilten sich folgendermaßen:

	Schwere Geburt	Asphyxie	Zange
Idiotie	2	2	1
Imbezillität	3	—	2
Epilepsie	—	—	1

(„Diese Zahlen sind mit großer Rigorosität gewonnen.“) — Endlich ist noch die jüngste Zusammenstellung von Schott (d) zu nennen, der unter 1100 Fällen von Schwachsinnigen 150 mal (13,63%) Geburtsschädigungen (im weitesten Sinne) antraf. Nur bei 30 aber, = 2,81% seien diese die einzige Ursache der geistigen Minderwertigkeit gewesen, während bei den anderen Trunksucht (in 1/3 aller) und Blutsverwandtschaft (in 4,6%) der Eltern und ähnliche Gründe die Hauptschuld getragen haben sollen.

Was eine die psychische Entwicklung schädigende Wirkung der Asphyxie anlangt, die nach Heubner wichtiger sei als die Geburtsblutung,* so möchte ich mit Finkelstein, Ylppö u. a. annehmen, daß bei einer Anzahl von Fällen, vielleicht sogar bei der größten aller, diese Asphyxie erst als Folge einer durch die Geburt bedingten Hirnläsion aufzufassen ist. So hat Seitz bei 13 asphyktisch geborenen Kindern 11 mal bei der Obduktion Gehirnblutungen gesehen. Andererseits ist es bei der außerordentlich hohen Empfindlichkeit des Nervensystems gegen Zirkulationsstörungen wohl verständlich, daß auch eine primäre Asphyxie den Grund zu späteren Defekten zu legen vermag.

Um wieder auf die Hämorrhagien zurückzukommen, so werden intrakranielle Blutaustritte und deren Residuen bei Sektionen, vorausgesetzt daß man überhaupt auf sie fahndet, schon makroskopisch weit öfter gefunden, als gemeinlich angenommen wird. Bei Frühgeborenen, bei denen sie überaus häufig beobachtet werden, nehmen sie mit fortschreitender Reife rapide ab.

Ylppö z. B. konnte Blutungen bei längere oder kürzere Zeit extrauterin am Leben gebliebenen Früchten unter 1000 g in 90, bei solchen von 1001—1500 in 76,5, von 1501—2000 in 35,3 und von 2001—2500 g noch in 26,7% Hutinel und Babonneix bei Frühgeborenen verschiedenen Entwicklungsgrades in 18% konstatieren. Bei Kindern ohne Angabe, ob vor- oder rechtzeitig geboren, stellte Weihe Hämorrhagien unter 959 in 12,7 und Döhle bei 395 in 12,2% fest und zwar handelte es sich bei diesem Autor 38 mal um Kinder bis zum 1., 10 mal um solche vom Ende dieses bis zum 8. Jahre, während im 9. und 10. eine Pachymeningitis haemorrh. int. nicht mehr zur Beobachtung kam. In großzügiger Weise hat Kowitz diese älteren Untersuchungen des Kieler pathologischen Institutes fortgesetzt und die Protokolle von 5989 Kindersektionen daraufhin durchforscht. Seine Resultate sind nach Ausschluß aller Föten unter 6 Monaten, der intrauterin Abgestorbenen, der Mißbildungen, der Lebensunfähigen und der mit zerstückelnden Operationen Geborenen kurz folgende: 1014 = 16,9% zeigten intrakranielle Blutungen oder deren Spuren, und zwar von 1203 Totgeborenen 25,5, von 911 Säuglingen der ersten Lebenswoche 26,6, von 1715 des übrigen ersten Trimenons 14,7, von 1607 der übrigen Dreiviertel des ersten Lebensjahres 10 und von 553 Kindern des 2. Jahres 9,4%. Bei den ersten beiden Gruppen überragten bei weitem die frischen Blutungen, bei den drei übrigen die Residuen alter. Nach der Lokalisation betrafen: die Dura und die Hirnsinus 55,2, die Arachnoidea 23,2, die Ventrikel 11,7 und die Hirnsubstanz 9,9%. — Diese Angaben von Kowitz stimmen nicht völlig mit denen Ylppös überein, insofern als bei diesem die subarachnoidealen und intrapialen Blutungen vorherrschten. Diese Unstimmigkeit erklärt sich wohl aus der Verschiedenartigkeit des Materials, vor allem einem verschiedenen Alter der Kinder. — Der Lieblingssitz dieser bisweilen tief in den Sulcus centralis sich erstreckenden Ergüsse ist die Schädelhöhe beiderseits des Sulcus longitudinalis im Gebiete der motorischen Rindenzentren. Ihre Intensität ist verschieden, von wenigen Tropfen bis zu einem

Umfange, daß die ganze Gehirnoberfläche wie von einer blutigen Haube überzogen erscheint. Letzteres sieht man wieder besonders häufig bei ganz jungen Früchten, bei welchen man auch die Seitenventrikel „in der Mehrzahl der Fälle teils mit flüssigem Blut, teils mit dicken, schwarzen blutgelartigen Gerinnseln gänzlich erfüllt“ findet. Diese Koagel können so massig sein, daß sie einen vollständigen Ausguß der Hirnkammern darstellen. Eine weitere Prädilektionsstelle — an der Basis cranii — ist die Gegend des Kleinhirns, insbesondere dessen Unterfläche. Bei diesen Kindern kommt es regelmäßig auch zu Rückenmarksblutungen, die aber fast stets außerhalb der harten Haut, epidural, auftreten (Ylppö).

In auffallendem Gegensatz zu diesen, den Pathologen also wohlbekannten Erscheinungen stehen die spärlichen Angaben über einen klinischen Nachweis sowohl frischer Blutungen als auch deren Spätfolgen bei Individuen, die diesen Insult überleben. Wenn dies tatsächlich vorkommt, woran zu zweifeln kein Grund vorhanden ist, wie äußern sich dann diese Prozesse am Krankenbett bzw. am Sektionstisch, wenn der Tod erst nach längerer Zeit erfolgt ist? Ich möchte zuerst auf letzteren Punkt eingehen und erinnere vor allem daran, daß Kowitz mit steigendem Alter ein rapides Absinken wenigstens makroskopisch nachweisbarer Residuen in Gestalt von Pigmentherden oder einer Pachymeningitis festgestellt hat. Zwei Erklärungen sind dafür möglich: entweder haben die Träger derartiger Prozesse nur geringe Lebensaussichten, was sicherlich zugegeben werden muß, oder aber diese Hämorrhagien können so vollständig resorbiert werden, daß sie der Untersuchung entgehen.

Da ich keinerlei eigenen Erfahrungen hierüber besitze, muß ich mich wieder an die Literatur halten. Nach Fr. Schultze befindet sich die Hirnsubstanz unter dem Drucke in die Schädelhöhle ergossenen Blutes in einem Zustande der Kompression, was bei leichteren Fällen ohne Folgen ausheilen, bei schweren aber zu einer mangelhaften Entwicklung des Gehirnes führen kann, dies häufig in Form der Mikrogyrie und Sklerose (Herdsklerose Heubners, multiple Sklerose! Verf.) oder von Zysten und geringen Graden von Porenzephalie. (Vergl. unten Spatz.) Er resümiert auf Grund von 6 klinischen Fällen von Schwachsinn sowie den Sektionsergebnissen dreier sofort nach der Entbindung gestorbener Kinder folgendermaßen: „Daraus folgt, daß die Veränderungen im zentralen Nervensystem schwer und langsam entbundener Kinder noch mannigfaltigerer Natur sein können, als angenommen wird, und daß bei der in unseren Fällen gefundenen Lokalisierung der Blutungen und der durch sie gesetzten Zerstörungen möglicherweise auch spinale und bulbäre Leiden des späteren Lebensalters in ihnen ihren ersten Keim und Ursprung haben können.“ Ylppö hatte bei seinen Frühgeborenen nur in wenigen Fällen Gelegenheit die Resorptionsvorgänge zu verfolgen. So war bei einem Kinde, das im Alter von 35 Tagen starb, die Pia am Hinterkopfe diffus schwach-bräunlich verfärbt, über den Frontallappen aber schmutziggrau, verdickt und an einigen Stellen mit der leicht nekrotisch erweichten Hirnsubstanz verwachsen. Daneben zeigten sich kleinere bräunlich-körnige Massen. Hätte dieses Kind längere Zeit gelebt, so wäre die Annahme wohl berechtigt, daß es hier zu einem porenzephalischen Defekt gekommen wäre. — Ventrikelblutungen werden insofern oft verhängnisvoll, als sie durch Ependym- und Plexusreizung zu gesteigerter Bildung von Liquor oder zu einer Abflußbehinderung desselben und so zu sekundärem Hydrozephalus führen können. — Eine genaue mikroskopische Untersuchung des Gehirnes eines fünfmonatigen Säuglings, der durch forcierte Zangenextraktion am nachfolgenden Kopf geboren wurde, verdanken wir Schmincke¹⁾. Das Gehirn des an Pneumonie gestorbenen Kindes zeigte multiple Narbenbildungen im

¹⁾ Auf diese Arbeit möchte ich ganz besonders hinweisen, da Schmincke ausführlich alle hier interessierenden Fragen bespricht, so z. B. ob die Erweichung die Folge einer primären traumatischen Blutung ist oder ob sie auch ohne solche durch molekulare Erschütterung der Hirnsubstanz allein zustande kommen kann. Ferner läßt er sich über die weiteren Schicksale der nach Blutungen entstandenen Degenerationsherde aus, sowie darüber, ob die den Prozeß der Pachym. h. i. einleitenden Veränderungen nicht die Blutung sondern eine traumatische Schädigung des Duraendothels mit sekundären Wucherungen der subendothelialen Duraschichten darstelle, wobei die Blutung sekundär — akzidentell — in die neugebildeten und gewucherten Membranen hineinfolgt. Studien über den histologischen Aufbau der Narben beschließen die Ausführungen.

subkortikalen Markgewebe des Großhirns, ferner leptomeningitische Veränderungen und Pachymeningitis haem. int., in der reichlich Kokken gefunden wurden (loc. min. resist!). Dürck (zit. n. Ylppö) hat in Tierversuchen gezeigt, daß künstlich hervorgerufene Gehirnblutungen nur äußerst langsam aufgesaugt werden: noch nach ca. 2 Monaten konnten Reste in Form gelblicher Pigmentierungen im Gehirngewebe nachgewiesen werden. — Da es nicht meine Absicht ist hier die ganze Pachymeningitisfrage aufzurollen, muß ich mich mit diesen wenigen Angaben begnügen und auf die entsprechenden Arbeiten verweisen. Ich erwähne nur noch, daß Kowitz geneigt ist die Pachymeningitis haem. int. generell auf Geburtsblutungen zurückzuführen, während z. B. Roth wieder glaubt, daß hierbei „die Infektion die Hauptsache“ sei.

Ich möchte nicht veräumen an dieser Stelle zum besseren Verständnis der mechanischen Wirkung derartiger Blutergüsse auf das Zentralorgan noch zweier experimenteller Arbeiten zu gedenken. Die eine stammt von Neumayer, der Kaninchen Bleikugeln zwischen Dura und Knochen einführte. Seine Resultate sind kurz folgende: Gerade die ersten 24 Stunden eines gleichmäßig wirkenden Druckes verursachen die größten Veränderungen vor allem des Nervengewebes, wesentlich charakterisiert durch Degenerationserscheinungen sowohl der Zellen als der Fasern der oberflächlichen, d. i. der Tangential- und kleinen Pyramidenzellenschicht. Bei länger dauerndem Drucke schreiten die histologischen Veränderungen nur mehr langsam fort, und zwar beschränken sich in diesem Zeitraume die Gewebsveränderungen nicht mehr nur auf die oben erwähnten Schichten, sondern greifen mehr in die Tiefe. In den oberen aber beginnt jetzt auch eine Zunahme des Stützgewebes auf Kosten der nervösen Elemente, sowie eine Verdickung der Pia. Hält der Druck des Fremdkörpers weiterhin, 10–60 Tage, an, dann manifestieren sich die in dieser Zeit auftretenden Erscheinungen in einer progressiven Abnahme der nervösen Elemente auch der tieferen Partien der Gehirnrinde, in einer Zunahme des Stützgewebes nämlich, „während in den oberflächlichen Schichten die degenerativen und produktiven Prozesse zum Stillstande gekommen sind.“ — Die überaus beachtenswerte Arbeit, von Spatz, stützt sich auf Versuche an neugeborenen Kaninchen, die 2–80 Tage nach Rückenmarksdurchschneidung getötet wurden. Er konnte nachweisen, daß die traumatische Degeneration beim neugeborenen Tier wesentlich anders verläuft als beim erwachsenen. Das der Läsion zunächstliegende Gebiet verflüssigt sich außerordentlich rasch und hinterläßt keine geformten Residuen. Auch in der auf diese Zone folgenden gehen die Abbauvorgänge der zerfallenden nervösen Elemente sehr rasch vor sich. Im Gegensatz zum Erwachsenen folgt hier dem Ausfall der nervösen Elemente keine bleibende reaktive Veränderung des Stützgewebes im Sinne einer bindegewebigen und gliösen Narbenbildung. Auf Grund dieser und der übrigen Befunde schließt Verfasser, „daß im Bilde der Porenzephalie eine dem unreifen zentralen Nervengewebe eigentümliche Reaktionsweise zum Ausdruck komme, daß dieselben Initialläsionen, die am erwachsenen Gehirn auf dem Wege der Erweichung zur gliösen und bindegewebigen Narbe führen, am unreifen Organ mittels rapider Verflüssigung die Bildung eines scharf umrandeten Porus verursachen“.

Welches sind nun die klinischen Erscheinungen der Gehirnblutungen Neugeborener? So eindeutig und klar das Krankheitsbild beim Erwachsenen sich darstellt, ebenso schwierig ist die Diagnose in den ersten Lebenstagen. Vor allem werden ungemein häufig jegliche Drucksymptome vermißt, vermehrte Fontanellenspannung ebenso wie Pulsverlangsamung. Besonders ersteres lenkt oft von der richtigen Spur ab. Weit eher findet man zu Anfang Krämpfe oder Spasmen, auch Nackensteifigkeit, manchmal häufiges und tiefes Gähnen oder hartnäckigen Singultus. Das wichtigste, aber bei Frühgeborenen nicht so eindeutige Symptom ist das Unvermögen zu saugen und zu schlucken, in letzter Zeit von Meyer und von Ylppö besonders betont. Little selbst hat schon das Auftreten von ausgesprochenen Schluckstörungen, die aber später wieder spurlos verschwinden können, bei dem nach ihm benannten Symptomenkomplex hervorgehoben. Füge ich noch hinzu, daß nach Nibl v. Mayendorf die Foci für die Schling- und Kaumuskulatur in der die vordere Wand der

Zentralfurche bildenden hinteren Hälfte des unteren Drittels der vorderen Zentralwindung liegen, eine Gegend, die, wie wir sahen, gerade dem Lieblingssitz der Blutaustritte entspricht, und daß endlich nach alter klinischer Erfahrung Saugungeschick oder -unvermögen des Neugeborenen oft das erste Verdachtsmoment auf geistige Minderwertigkeit darstellen, so ergibt sich daraus der hohe Wert einer derartigen klinischen Beobachtung bzw. anamnestischen Angabe. — Auf eine weitere, dem Heubnerschen Hampelmannphänomen ganz ähnliche Erscheinung macht Ylppö ferner noch aufmerksam, die beim Beklopfen des Sternums ausgelöst wird. „Es handelt sich um ein blitzartiges Hochheben der Arme und Zucken der Beine. Dieses Phänomen tritt bei Kindern mit Gehirnblutungen in den ersten Lebenstagen besonders deutlich auf, um allmählich abzuflauen.“ Er konnte dieses und das Schluckunvermögen bei der Mehrzahl seiner Frühgeborenen beobachten, die später am Sektionstisch Hämorrhagien im Schädel aufwiesen. — Wichtig, wenn auch lange nicht so regelmäßig sind abnorme Temperaturschwankungen, wechselnd zwischen Kollaps- und Fiebergraden, die auf keine sonst bestimmbare Ursache, auch nicht enteral-infektiöser Natur sich zurückführen lassen. Daß bei vorzeitig geborenen Kindern dieses Verhalten lange nicht solchen diagnostischen Wert besitzt wie bei ausgetragenen, liegt auf der Hand. — Endlich führt Meyer noch schnappende Atemzüge, Verschiedenheit der Lidöffnung, Ptosis und Opisthotonus an¹⁾ 2).

Das wichtigste Hilfsmittel der Diagnose ist die Lumbalpunktion und der durch sie erbrachte Nachweis von Blut im Liquor cerebrospinalis. Fehlschlüsse nach der positiven wie der negativen Seite hin können jedoch dadurch zustande kommen, daß einerseits eine Verletzung des Plexus im Wirbelkanal Blutungen vortäuschen, andererseits auch bei tatsächlich bestehenden Ergüssen im Schädel der Liquor der tieferen Abschnitte völlig normale Verhältnisse bieten kann. Gegen erstere Fehldiagnose schützt vor allem die sofortige mikroskopische Untersuchung. Während sich frisches Blut aus angestochenen Venen durch die völlige Intaktheit der roten Blutkörperchen verrät, zeigen diese sonst Stechapfelform. Nach Bernheim-Karrer spricht besonders der Befund phagozytierter Erythrozyten (im nativen oder May-Grünwald-Präparat) für subarachnoidealen Bluterguß. Nach längerem Bestehen desselben liefert die Lumbalpunktion ein ockergelbes, bernsteinfarbiges oder hellgelbes Punktat, das einwandfrei die Diagnose Blutung in die Schädelhöhle zu stellen erlaubt.

Im Gegensatz zu der oben erwähnten topographischen Angabe Mayendorfs, die durch eine Beobachtung Schaffers³⁾ Bestätigung finden, steht die Tatsache, daß Störungen des Schluckaktes und der Atmung, Asphyxie

¹⁾ Über intraventriculäre Hirnblutungen bei und bald nach der Geburt liegt eine Arbeit von Ballantyne vor, deren (engl.) Original mir jedoch nicht zugänglich war.

²⁾ Schäfer hat unter 680 Sektionen von Neugeborenen 140 mal = 20,6% intrakranielle Blutungen gesehen, die als die Todesursache anzusprechen waren. Nach ihm müssen lebendgeborene Kinder, die auffallend blaß sind, tief und schnappend atmen und hell und durchdringend schreien, den Verdacht auf intrakranielle Blutungen erwecken. Gewöhnlich gehen solche Kinder unter Fiebersteigerung oder mit Auftreten von Untertemperaturen bald zugrunde. Nur in seltenen Fällen bleiben sie am Leben und es besteht dann die Gefahr der geistigen Defekte.

³⁾ Schaffer seziierte eine 67jährige Frau, die klinisch nach einem Insult eine assoziierte linksseitige faziobrachiale Monoplegie und bulbäre Symptome bot. Anatomisch fand sich eine Erweichung der Rinde der unteren $\frac{2}{3}$ der rechten vorderen Zentralwindung.

usw. für gewöhnlich als bulbäre Symptome gelten. Ylppö hat nun, wie schon ausgeführt, bei seinen Frühgeborenen eine zweite Prädilektionsstelle intrakranieller Blutungen, nämlich die Umgebung des Kleinhirns und des verlängerten Markes gefunden. Diese können hier so ausgedehnt sein, daß das ganze Kleinhirn in einer roten Lache geradezu schwimmt und die Pia in eine blutig-sulzige dicke Schwarte verwandelt ist. — Dies gibt mir Gelegenheit, hier auf ein bisher noch recht ungeklärtes Krankheitsbild, die sogenannte Pseudobulbärparalyse der Kinder, kurz einzugehen.

Bei dem Interesse, das dieses Leiden bietet, und einem gewissen Zusammenhange desselben mit meinem Thema glaube ich mir diese Abschweifung gestatten zu dürfen. Da ich mich kurz fassen muß, verweise ich auf das Kapitel „Pseudobulbärparalyse des Kindesalters“ von H. Vogt in Lewandowskys Handbuch der Neurologie, dem ich folgende Sätze entnehme: Als erster hat Oppenheim „die Tatsache festgelegt, daß ein durchaus bulbärer Symptomenkomplex in solchen Fällen von Kinderlähmung auftreten kann, die bei der Sektion lediglich eine Läsion des Großhirns zeigen“. „Die Intelligenz ist im Sinne des jugendlichen Schwachsinnus häufig gestört.“ „Pathologisch-anatomisch fehlt — darin liegt das Wesentliche des ganzen Krankheitsbegriffes — jede Affektion der Medulla oblongata. Bei den immerhin ziemlich zahlreichen Fällen, von denen heute Sektionsprotokolle vorliegen, handelt es sich um die verschiedenartigsten Läsionen des Großhirnes, wie sie der zerebralen Kinderlähmung zugrunde liegen“. — Wir sehen also hier dieselbe Verwandtschaft der Pseudobulbärparalyse mit der zerebralen Kinderlähmung, wie oben zwischen dieser und der Idiotie. Was läge näher, als auch für sie, die Pseudobulbärparalyse, das Geburtstrauma als vielleicht nicht unwesentlichen ätiologischen Faktor mit heranzuziehen? — Die Literatur der zerebralen Diplegien ist reich an Beobachtungen, die meine Vermutung, denn um eine solche kann es sich einstweilen nur handeln, stützen, ohne daß ich ausführlicher auf dieses Thema eingehen kann. Nur die Arbeit Dippelts sei noch erwähnt, in der sie „2 Fälle von angeborener spastischer Gliederstarre mit stark hervortretenden Pseudobulbärsymptomen“ veröffentlicht hat. Eines dieser Kinder war infolge Nabelschnurvorfalles asphyktisch geboren, so daß Schultzesche Schwingungen (!) angewandt werden mußten, wobei Blut aus Mund und Nase kam.

Was wird aber aus jenen Kindern mit den von Ylppö beschriebenen Ergüssen in die hintere Schädelgrube, falls sie nicht schon in den ersten Tagen zugrunde gehen? Resorbieren sich die Hämorrhagien ohne klinische Erscheinungen zu verursachen; werden diese Individuen Pseudo- oder echte Bulbärparalytiker? Darüber heute schon etwas auszusagen, wo von pathologisch-anatomischer Seite diese Befunde anscheinend noch wenig Beachtung gefunden haben, ist unmöglich. Doch hat schon Fr. Schultze vor Jahren die Frage aufgeworfen, ob nicht bulbäre Leiden des späteren Lebensalters durch bei schweren Geburten erworbene Schädelblutungen hervorgerufen sein können¹⁾.

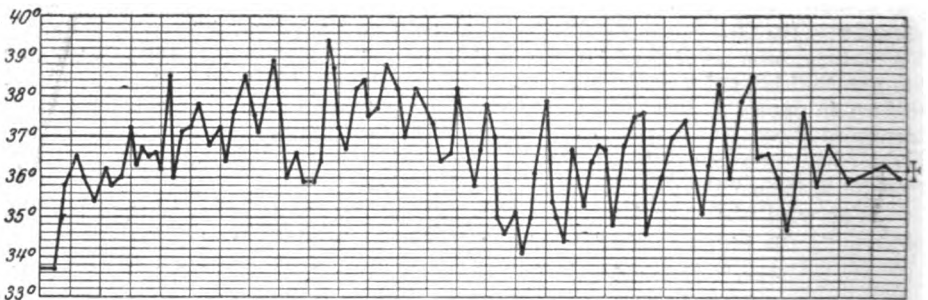
Ich bringe zuerst die beiden eingangs dieses Abschnittes angekündigten Fälle, die außerhalb meiner Beobachtungsreihe liegen. Der erste betrifft ein im Alter von 8 Wochen gestorbenes Kind mit der geschilderten Anarchie des Temperaturablaufes, das andere starb am 2. Lebenstage. Beiden gemeinsam ist, daß sie ausgetragen und völlig spontan geboren wurden. Ich führe sie nur an um zu zeigen, wie sich derartige schwere zerebrale Hämorrhagien klinisch darstellen können. Ihnen erst schließen sich meine eigentlichen Fälle an.

Fall 226/17. Kurt K. Geb. 9. 5. 17. A. A.: 7. 6.—6. 7. 17.

Anamn.: Z. A. d. E.: 27—23. 1. Kind, ausgetragen, spontan und normal geboren, ca. 4000 g. Gute Entwicklung bis zum 4. 6. Damals plötzlich Krämpfe. In der Nacht

¹⁾ Eben erschien eine Arbeit von Fiebig im Archiv f. Kinderheilk. 68, Heft 6 „Beitrag zur Klinik der infant. Pseudobulbärparalyse“, worin der Verf. die Pseudob.-P. als ein aus der zerebr. Kinderlähmung herausgeschältes und ätiologisch auf einer Schädigung der Hirnrinde, nicht der Kerne im Bulbus beruhendes Symptomenbild bezeichnet. Diese Ausführungen, wie die früheren Gutzmanns (die mir entgangen waren) bestätigen also weitgehend meine obige Vermutung.

zum 7. wieder Krämpfe von 3 bis 4 Min. Dauer; sie bestanden in kleinen Zuckungen im ganzen Körper. — Stat.: Abgemagert, schlaff, völlig apathisch, reaktionslos, nur bei sehr starkem Kneifen leichte Verzerrung der linken Gesichtshälfte, die rechte scheint gelähmt zu sein. Font. leicht eingesunken. Pup. eng, Reaktion nicht nachweisbar. Atmung röchelnd, oberflächlich, auf den Lungen großblasiges Rasseln. Herzöne: leise. Fazialis-Phän. neg. — Manchmal kleine Zuckungen im linken Arm und Bein. — Verl.: 8. 6. Noch völlig apathisch und schlaff; leichte Zuckungen im linken Arm und Bein, Font. nicht gespannt. L. P.: Druck normal, anfangs klarer, dann blutiger Liq. — Trinkt nicht, muß mit Sonde gefüttert werden. 13. 6. Völlig apathisch. Starker Nystagmus, bisweilen Schielen. Fazialisparese rechts. Armmusk. etwas hypertonisch. Trinkt gar nicht, lutscht aber seit ein paar Tagen am Sauger. 14. 6. L. P.: ca. 6 ccm etwas blutiger Liq. Abends Krämpfe. Starke Spasmen der Extrem. besonders im rechten Arm und linken Bein. 20. 6. Keine Dämpfung, vereinzelte groß- und kleinblasige Rasselgeräusche. 25. 6. Augenuntersuchung (Dr. Mühsam): „R. Lidspalte enger als l.; Bulbi „schwimmen“, d. h. bewegen sich langsam hin und her. Pup. eng, reagieren, aber erweitern sich nur langsam und unvollständig auf Homatropin. Hintergrund frei. Pap. erscheinen unscharf begrenzt (Neuritis?) und etwas prominent.“ 5. 7. Exitus. Während seines Aufenthaltes zeigte Kind extreme Temp.-Schwankungen zwischen 33,7 und 38,4 (siehe Kurve 1). — Sektion: Bei Schädelöffnung fließen reichliche Mengen Blutes ab. Auf linker Hemisphäre ein stellenweise bis $\frac{1}{2}$ cm dickes, dunkles, leicht zerreibliches Blutgerinnsel, das wie eine Haube die linke Konvexität bedeckt und sich leicht abheben läßt. Basis, Falx und Tentorium normal. Die stärksten Blutmassen finden sich in der Umgebung der Art. men. med. sin. Meningen leicht sulzig verdickt, aber nirgends verwachsen. Gehirnschubstanz sehr weich und matschig. Schädelknochen zeigen nirgends Verletzungen.



Kurve 1.

Fall 961/19. Gerhardt O. Geb. 12. 11. 19. A. A.: 12.—13. 12. 19.

Anamn.: Z. A. d. E.: 34—31. 1. Kind, ausgetragen, spontan und normal geb. Gew.: 3400 g. Saugte sehr schlecht. — Stat.: Atrophiker, sehr verfallen. Font. gut gespannt (bei sonstiger Austrocknung). Puls: o. B. Große Atmung. Beine stark spastisch, werden gekreuzt gehalten. Pat.-Refl. sehr lebhaft. Arme, besonders Finger krampfartig gebeugt. — Verl.: 12. 12. Abends: Seit Stunden Krämpfe. Streckt die Beine und beugt die Arme extrem. Nystagmus vert. und horiz. Tiefe, japsende Inspirationen. Font. stark gespannt. L. P.: Es entleeren sich ca. 30 ccm anfangs rein blutiger, später mehr seröser Flüssigkeit. Font. sinkt sofort ein. 13. 12. Unter Krämpfen nachts Exitus. — Sektion: Bei Schädelöffnung fließt keinerlei Flüssigkeit ab. Ventrikel mit Blut gefüllt, im rechten ein walnußgroßes Gerinnsel. Das Ependym der stark erweiterten Ventrikel ist blutig tingiert. Die Wände des Wirbelkanals sind mit blutigen Gerinnseln bedeckt.

Zu Fall 226/17 und 961/19. Beide Kinder, normal und spontan geboren, zeigen von Anfang an ausgesprochenes Saugungeschick, das 2. in späteren Wochen plötzlich einsetzende Krämpfe, wohl beruhend auf frischen Nachblutungen. Bei dem 1. handelte es sich wahrscheinlich um eine Ruptur der Art. meng. med., während beim 2. ein Erguß in die Ventrikel stattgefunden hatte. Außer des Geburtsvorganges, der, wie erwähnt, im geburtshilflichen Sinne ein normaler war, konnte keinerlei andere Ursache der Hämorrhagien gefunden werden.

Fall 47. Dietrich F. 652/18, 222 u. 824/19. Geb. 20. 8. 18. A. A.: 26. 9. bis 15. 12. 18; 30. 5.—30. 7. 18 u. 2.—15. 11. 19. (†).

Anamn.: Z.A. d. E.: 33—24. 2. Kind, ausgetragen, durch Zange entbunden, ca. 3000 g. Mit 12 Tagen krampfhaft Zuckungen im Gesicht und den Händen. Schrie viel. Seit einer Woche macht sich Kind häufig ganz steif, bohrt Kopf in die Kissen. — Stat.: Leichtlich gut entwickeltes Kind, schreit andauernd mit heiserer Stimme. Starke Nackensteifigkeit. Opisthotonus. Arme krampfhaft gebeugt, Beine ziemlich gut beweglich. Kopfumfang 37 cm. Font.: 1 × 1 cm. Pat.-Refl. sehr lebhaft, Babinski +. — Verl.: 29. 9. L. P.: leicht gelb gefärbter Lq., in dem sich beim Stehen Spinnwebgerinnsel bildet. 30. 9. L. P.: ganz leicht gelb gefärbter Lq. 9. 10. L. P.: ohne Erfolg. 17. 10. Beine passiv kaum zu strecken. Font. nicht gespannt. Pat.-Refl. sehr lebhaft. Augenuntersuchung (Dr. Mühsam): Pap. beiderseits scharf begrenzt und schiefergrau verfärbt. Pup. reagieren. — Nackensteifigkeit. Arme und Beine aktiv beweglich, passiv nur unter großem Widerstand. Sensibilität herabgesetzt. Pat.-Refl. gesteigert. Babinski +. 29. 10. L. P.: ohne Erfolg. 13. 12. Ab und zu Zuckungen im ganzen Körper von ca. 1—3 Min. Dauer. Elektrische Untersuchung ergibt normale Werte. — 2. Aufnahme: In der Zwischenzeit gut entwickelt. Seit 3 Mon. fällt Eitern auf, daß Kopf größer wird und nicht mehr gehalten werden kann. Vor 16 Tagen schwere Krämpfe, Arme steif nach oben gestreckt, Beine maximal extendiert. Fixiert nicht, erkennt niemand, nur selten mal Lächeln. Beine in typ. Littlestellung. — Stat.: Völlig reaktionslos. Kopf in den Nacken gebeugt, Arme krampfhaft gebeugt, Hände zur Faust geballt. Beine maximal extendiert und überkreuzt. Durch leises Beklopfen läßt sich langdauernder Fußklonus auslösen. Spontan klonisches Zittern der Arme und Beine. Babinski neg. Krampfhaftes Gähnen. Kopf sehr groß, 48 cm, große Font. nimmt ganze Schädelhöhe ein, stark gespannt. Pup. eng, rasch vorübergehende Reaktion. Fixiert nicht. — Verl.: 31. 5. L. P.: starker Druck, zunächst klarer aber leicht gelblich gefärbter Lq., der später immer trüber und stärker gelb wird, 80 ccm abgelassen. 4. 6. L. P.: ca. 15 ccm leicht gelblich gefärbter Lq. Alb. schwach +, steril. 11. 6. Klonische Krämpfe. 25. 6. L. P.: wenige Tropfen klar. Lq. 28. 6. Wirbelsäule und Beine sehr steif, können passiv kaum gebeugt werden. 30. 6. V. P.: links 10 ccm leicht getrübbten Lq., rechts 1 ccm entleert. Hierauf krampfartige Zuckungen in Händen und Füßen. Beim Beklopfen des Ligam. patel. reagiert das andere Bein mit. — 3. Aufnahme: Stat.: Kopf unförmig, 52 cm. Font. sehr groß und vorgewölbt, Nähte in ganzer Ausdehnung klaffend. Bulbi nach abwärts gedrängt; fixiert nicht. Pup. reagieren. Hört. Keine Geschmackssensibilität nachweisbar. Pat. Refl. stark gesteigert mit Nachzuckungen. Achilles-Refl. gesteigert, Babinski neg., Oppenheim +. Kann nicht sitzen und stehen. Sensibilität herabgesetzt. — Verl.: 8. 11. Balkenstich: es entleeren sich ca. 250 ccm seröse Flüssigkeit. 10. 11. Aus Kopfwunde entleert sich dauernd seröse Flüssigkeit. Mehrmals Krämpfe. P. —. WaR — (1 mal). 15. 11. Unter Herzschwäche Exitus. Sektion verweigert.

Fall 48. Erika H. 828/17 u. 598/18. Geb. 16. 7. 17. A. A.: 16. 11. 17 bis 11. 1. 18 u. 9. 9. 18—9. 1. 19.

Anamn.: Z.A. d. E.: 24—21. 2. Kind, ausgetragen, spontan und normal geb., ca. 3000 g. — Im Alter von 4 Mon. fiel eine gewisse Steifigkeit auf. Von jeher sehr unruhig. — Stat.: Hypotrophiker. Font. über zweifingerbreit offen, normal gespannt. Arme und Beine passiv nur schwer beweglich, im Ellbogen- bzw. Kniegelenk gebeugt. Allgemeine Spastizität. Pat. Refl. lebhaft. K. Ö. Z. über 5 MA. — Verl.: 10. 1. Immer noch sehr steif, bes. die Nackenmuskulatur. — 2. Aufnahme: leidliche Entwicklungen in der Zwischenzeit, kann aber noch nicht sitzen und stehen, hält die Beine gekreuzt. Erst seit Ende des 10. Mon. Greifversuche, aber nur rechts. Mit linker Hand vermag Kind seit ca. 3 Mon. Gegenstände festzuhalten, bis dorthin war linker Arm stets gebeugt, Hand zur Faust geballt. Erst seit 6. Mon. Strampeln. Spricht kein Wort. Kennt die nächsten Angehörigen. Sieht und hört. — Stat.: Font. 1 × 1 cm. Fixiert. Bei Sitzversuchen klappt es völlig zusammen. Linke Hand in Pfötchenstellung. Beim Aufstellen leichte Spastizität der Beine. Pat.-Refl. lebhaft. Babinski neg. P.: neg. WaR: nicht angestellt. — Verl.: Steifigkeit der Beine wechselnden Grades, typische Littlestellung. 9. 1. Vergnügt, lacht; spricht nicht. — Auskunft vom Sept. 19: In Anstalt, kann nicht laufen und sprechen. Hört, sieht; leidet nicht an Krämpfen, ist noch nicht sauber. Schwerer Idiot.

Fall 49. Dietrich B. 923/15. Geb. 23. 11. 15. A. A.: 16.—19. 1. 16.

Anamn.: Z. A. d. E.: 46—30. 3. Kind, vorher 1, nachher 2 Aborte; ausgetragen, spontan und normal geboren. Gew.: 3625 g. — Anscheinend ganz gesund und kräftig, faßte aber die ersten 4—5 Tage die Brust überhaupt nicht. Mit vieler Mühe lernte es dies allmählich, zog aber sehr schwach und ließ die Warze bald wieder los. Flasche zu geben mißlang gänzlich. Immer sehr apathisch, schreit selten, zeigt nie Hunger. Nie Fieber. Oft eigentümliche Zuckungen im Gesicht und den Armen; oft „starrer Blick“. — Stat.: Atrophiker. Völlig idiotisch. Font. eben noch zu fühlen. Pup. reagieren. Fixiert nicht. — Verl.: 19. 1. Augenhintergrund (Dr. Moll): beiderseits deutliche Atrophie und Exkavation der Papille, Grenzen beiderseits total verwaschen. Intraokulärer Druck etwas erhöht. — Trinkt weder an der Brust, noch aus der Flasche. Manchmal plötzliches Aufbäumen. P. und WaR nicht angestellt. — Am 9. 2. 16. †.

Fall 50. Liselotte S. 857/14 u. 884/15. Geb. 8. 8. 13. A. A.: 23.—29. 11. 14 und 5.—8. 1. 15.

Anamn.: Z. A. d. E.: 37—26. 3. Kind, ausgetragen, normal und spontan geb., Gew. ca. 3000 g. — War stets außerordentlich ruhig, schlief viel, zeigte nie Hunger. Eine geistige Entwicklung wurde nicht bemerkt. Fixiert nicht, Hörfähigkeit scheint mangelhaft zu sein. Im 10. Monat morgens beim Erwachen leichte „Stimmritzenkrämpfe“, die häufiger und stärker wurden und auch im Schlaf auftraten. Nach Medizin Besserung. Mit 13 Mon. fing es an zu sitzen, doch vermag es heute noch nicht allein sich aufzurichten, kann noch nicht stehen. — Stat.: Hypotrophiker, Sitzen nur mit Unterstützung. Große Schreckhaftigkeit. Flaches Hinterhaupt; Schädelumfang 42,3. Font. ca. 3×3 cm, nicht gespannt. Fixiert nicht. Pup. o. B. Augenhintergrund (Dr. Moll) normal. Hörfähigkeit vorhanden. Reflex: o. B. Keine Geschmacksensibilität nachzuweisen. — 2. Aufnahme: Keinerlei Änderung in der Zwischenzeit. Fixiert und greift noch nicht. Dauernde athetotische Bewegungen in den Händen. Kopf wird fortwährend hin- und hergedreht, dabei Augenrollen und Ausstoßen unartikulierter Laute. Reagiert auf Licht und Geräusche. — Auskunft aus dem Juli 19: Kann noch nicht sprechen und laufen, leidet ab und zu an Krämpfen, ist völlig bildungsunfähig. Befindet sich in einer Anstalt. — Im Herbst 19 gestorben.

Fall 51. Helga G. 669/13 u. 364/14. Geb. 10. 10. 13. A. A.: 17.—21. 10. 13 und 21. 7.—17. 8. 14.

Anamn.: Z. A. d. E.: 28—27. 2. Kind, leichte Geb., Gew.: ca. 3000 g. — Am 14. 10. nach Bad wurde es plötzlich ganz starr. Diese ton. Krämpfe dauerten ca. 5 Min. Am 15. ebenfalls zwei derartige Anfälle. Am 16. mehrmals Zuckungen in den Extremitäten, schrie dabei, keine Kiefersperre. Heute, 17., 10—12 ähnliche Anfälle, hernach tiefer Schlaf. Durch äußere Reize werden die Krämpfe nicht ausgelöst. — Stat.: Bei Aufnahmebad starke Zitterbewegungen in den Beinen. Etwas später zunehmende Steifigkeit und ruckweise Stöße im ganzen Körper. Nach 10 Min. abwechselnd Krämpfe in Beinen, Armen und im Gesicht. 3×0,5 Chloralhydrat innerhalb 3 Std. ohne Einfluß. — Schlasses, stark ikterisches Kind. Apathisch. Font. unter Schädelniveau. Extrem. hängen schlaff herab, können aber spontan bewegt werden. — Verl.: 21. 10. War immer auffallend ruhig, Glieder öfters sehr spastisch, trank immer schlecht und schluckte kaum, so daß es meist sondiert werden mußte. — 2. Aufnahme: Heute früh heftige Zuckungen in beiden Händen, Augenverdrehen und Erbrechen. — Stat.: Gut genährtes, aber schlaffes Kind, apathisch. Pup. reagieren, Nystagmus horiz. rechts. Herztöne rein, langsame Aktion. Pat.-Ref. gesteigert, Bauchd.-Ref. fehlt, Periost.-Ref. gesteigert; Fazialis-, Peronäusphän. neg. Babinski +, geringe Nackensteifigkeit. L.P.: 33 cm Druck, Liq. etwas getrübt. — Verl.: 21. 7. Rechts ton. Krampfstellung der Zehen, Krämpfe im link. Arm. Lidspalte l > r. Link. Mundwinkel hängt herab. 22. 7. Häufige klon. Krämpfe im link. Arm, link. Bein und link. Gesichtshälfte. Mund und Zunge werden nach links verzogen. Recht. Arm hängt schlaff herab. Nach jedem Anfall kurzdauernde Zyanose und allgem. Erschlaffung. Puls: 140—160 unregelmäßig. 24. 7. Alle 1—2 Std. Krämpfe im link. Arm und link. Gesichtshälfte, Nystagmus. 25. 7. Sehr unruhig. Link. Pup. reagiert nicht. L.P.: Nur wenige, mit Blut vermischte Tropfen. 27. 7. Keine Krämpfe mehr. Link. Pup. > r., reagiert kaum. Zunehmende Parese des link. Armes, bes. der Finger. 29. 7. Seit gestern wieder die üblichen Krämpfe. Zunge wird nach links vorgeschneilt, linke Wangenmuskulatur und Orbicul. ocul. werden kontra-

hiert. Ganze linke Gesichtshälfte gedunsen. 8. 8. Kleinere und größere Anfälle der beschriebenen Art während der ganzen Zwischenzeit. Der linke Arm wird zeitweise gar nicht, zeitweise wie normal bewegt. 17. 8. Außerhalb der Anfälle sehr gutes Befinden, ißt, trinkt, lacht. P.: —, WaR: — (1 mal). — Nachricht aus August 19: In einer Anstalt, kann nicht laufen und sprechen, völlig bildungsunfähig. Linksseitig gelähmt. — Juni 20 unverändert.

Fall 52. Eva P. 1167/14. Geb. 7. 10. 13. A. A.: 3.—10. 3. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 34—28. 1. Kind, ausgetragen, Zangengeburt, ca. 3000 g. Kopfheben erst mit 6 Mon. Sitzen im 13. Mon. Steht noch nicht, spricht nur einzelne undeutliche Laute. Kennt die Mutter nicht. Meist gutgelaunt. — Stat.: Immer vergnügt, sehr agil, weint nie. Font. zu, Hinterhaupt platt. Schiefstehende Augen. Pup. reagieren. Fixiert für kurze Zeit. Geschmacksunterschiede werden nicht wahrgenommen. Sensibilität: o. B. Bauchdeckenrefl. nicht auslösbar. P.: —, WaR — (1 mal). — Verl.: Keine weiteren Besonderheiten. — Auskunft: Am 15. X. 18 gestorben. Konnte nicht laufen und sprechen; hörte und sah; hatte nie Krämpfe. Geistig: Idiot.

Fall 53. Erika R. 1248/14. Geb. 16. 2. 14. A. A.: 27. 3.—3. 4. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 35—34. 1 Totgeburt, dann Pat. Ausgetragen, spontane, leichte Geb., ca. 3000 g. — Faßte 6 Wochen lang die Brust nicht. Kann noch nicht sitzen, spielt nicht, meist stark apathisch. — Hat von Geburt an regelmäßig ein „gelbes Pulver“ bekommen (was und warum?). — Stat.: Untergewichtig. Schlaflae Muskulatur. Sehr apathisch. Kleiner Hirnschädel mit vorspringenden Stirnhöckern. Font. weit offen. Strabismus. diverg. Extrem. krampfhaft angezogen. Refl.: o. B. — Verl.: 18. 10. Hände dauernd krampfhaft zur Faust geballt. Zeitweise Strabismus. Pup.: $r > l$. Fixiert nicht. Kopf stark nach hinten gebeugt. 31. 1. Manchmal leichte Krampfstände. Dauernd starke Spasmen. Immer apathisch. 2. Aufnahme. Stat.: Kopf in die Kissen gebohrt. Arme und Beine angezogen, passiv nur schwer zu strecken, verdreht die Augen nach oben. Dauernd Saugbewegungen. Pat.-Refl. gesteigert, Babinski neg. Schluckt nicht richtig. Fixiert nicht. Schädel sehr groß, Umfang 45. Font. fingerkuppengroß. — Verl.: 2. 6. Nachts plötzlich Exitus. Sektion: Path. Diagnose: Miliartuberk. Periostale Verdickungen an den Röhrenknochen. Schädel: Bei Eröffnung fließen $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ l dunkler blutiger Flüssigkeit ab, in der zahlreiche bräunlichweiße körnige Gerinnsel schwimmen. Sie stammt aus großen zwischen Dura und Pia liegenden Hohlräumen. Dura stark verdickt, bis 3 mm, derb, geradezu knorpelig. Zwischen ihr und Schädeldach keine größeren Blutungen, aber diffuse Blutaustritte. Auf der Innenseite der Dura, nach den Hohlräumen zu liegen rötlich-braune körnige Gerinnsel. Pia vor allem auf der rechten Hemisphäre stark verdickt, 1—2 mm, derb, sulzig. Beide Hemisphären stark geschrumpft. Rinde ca. 1—2 mm dick, umfaßt einen zystös erweiterten, aber zusammen gesunkenen Ventrikel. Hirnoberfläche grünlich-gelb verfärbt. Basalnerven, vor allem die Optici dünn und atrophisch. Kleinhirn und Medulla o. B. An Basis Dura und Pia verwachsen, lassen sich nur mit Mühe als grünliche lederartige Haut entfernen.

Fall 54. Reinhold D. 719/18 u. 209/19. Geb. 13. 10. 17. A. A.: 12. 10. 18 bis 2. 2. 19 u. 27. 5.—2. 6. 19. (†).

Anamn.: Z.A. d. E.: 34—37. Mutter wegen „Schwermut“ vor Jahren mehrmals in Anstalt. 1. Kind, ausgetragen, wegen engen Beckens nach langdauernder Geburt durch Kaiserschnitt entbunden, ca. 3500 g. Trank schlecht, deshalb oft wochenlang nur Haferschleim. Wegen typischen Morb. Barlow Aufnahme. — Stat.: Elender Atrophiker. Breiter Schädel mit vorspringenden Stirnhöckern. Font. weit offen. Strabismus. diverg. Extrem. krampfhaft angezogen. Refl.: o. B. — Verl.: 18. 10. Hände dauernd krampfhaft zur Faust geballt. Zeitweise Strabismus. Pup.: $r > l$. Fixiert nicht. Kopf stark nach hinten gebeugt. 31. 1. Manchmal leichte Krampfstände. Dauernd starke Spasmen. Immer apathisch. 2. Aufnahme. Stat.: Kopf in die Kissen gebohrt. Arme und Beine angezogen, passiv nur schwer zu strecken, verdreht die Augen nach oben. Dauernd Saugbewegungen. Pat.-Refl. gesteigert, Babinski neg. Schluckt nicht richtig. Fixiert nicht. Schädel sehr groß, Umfang 45. Font. fingerkuppengroß. — Verl.: 2. 6. Nachts plötzlich Exitus. Sektion: Path. Diagnose: Miliartuberk. Periostale Verdickungen an den Röhrenknochen. Schädel: Bei Eröffnung fließen $\frac{1}{3}$ — $\frac{1}{2}$ l dunkler blutiger Flüssigkeit ab, in der zahlreiche bräunlichweiße körnige Gerinnsel schwimmen. Sie stammt aus großen zwischen Dura und Pia liegenden Hohlräumen. Dura stark verdickt, bis 3 mm, derb, geradezu knorpelig. Zwischen ihr und Schädeldach keine größeren Blutungen, aber diffuse Blutaustritte. Auf der Innenseite der Dura, nach den Hohlräumen zu liegen rötlich-braune körnige Gerinnsel. Pia vor allem auf der rechten Hemisphäre stark verdickt, 1—2 mm, derb, sulzig. Beide Hemisphären stark geschrumpft. Rinde ca. 1—2 mm dick, umfaßt einen zystös erweiterten, aber zusammen gesunkenen Ventrikel. Hirnoberfläche grünlich-gelb verfärbt. Basalnerven, vor allem die Optici dünn und atrophisch. Kleinhirn und Medulla o. B. An Basis Dura und Pia verwachsen, lassen sich nur mit Mühe als grünliche lederartige Haut entfernen.

Zu Fall 47—54: Wie ich schon am Ende des allgemeinen Teiles ausgeführt habe, ist es selbstverständlich oft ungemein schwierig, ja unmöglich nachträglich aus dem Krankenjournal und den oft mangelhaften anamnestischen Angaben eine exakte Analyse vorzunehmen. Besonders gilt dies für vorstehende Fälle, von denen 49, 50, 52 und 53 nicht so ganz klar liegen. Bei den ersten beiden ist eine intrauterine Erkrankung des Zentralorganes nicht völlig von der Hand zu weisen, ebenso bei Kind 53, das vielleicht als echter Mikrophale angesehen werden kann: Kind 47 und 48 litten außerdem noch an Little, 49 an

einer Optikusatrophie und 51 zeigte Herdsymptome. Von besonderem Interesse ist Fall 54, der im Alter von einem Jahre einen Morbus Barlow durchgemacht hatte. Ich nehme an, daß die bei der Sektion gefundenen Blutergüsse echte Barlowerscheinungen waren, die sich an einem durch die Geburtsschädigung geschaffenen Locus min. resist. etabliert hatten. Da außerdem ein Hämatozephalus bestand, ist die hochgradige Atrophie der Hirnsubstanz durch den Druck von außen und innen erklärlich. — Ob weitere derartige Beobachtungen bei Morbus Barlow vorliegen, weiß ich nicht, bekannt ist mir jedenfalls nichts davon.

Daß nur bei einem der Kinder durch die Lumbalpunktion in vivo das Vorliegen einer Gehirnblutung wahrscheinlich gemacht werden konnte, bei den anderen aber, soweit überhaupt punktiert wurde, nicht, ist wohl auf die späte Ausführung derselben zurückzuführen, zu einer Zeit, als wenigstens im Liquor keine Spuren von freiem Blutfarbstoff mehr vorhanden waren.

15 und 16. Idiotie als Folge von Geburtstrauma bei frühgeborenen Kindern.

Der Begriff „Frühgeburt“ ist, wie Ylppö mit Recht betont, ein rein klinischer, weshalb er darunter jedes Kind verstanden haben will, das mit weniger als 2500 g zur Welt kommt. Die Körpermasse ist eben bis heute noch unser bester Maßstab für die Reife bzw. Unreife eines Kindes, gegen den alle anderen somatischen Befunde an Bedeutung zurückstehen.

Im letzten Kapitel habe ich schon ausführlich auf die Gefahren einer vorzeitigen Geburt für das Zentralnervensystem der Frucht hingewiesen, kann mich also hier auf einige wenige Literaturangaben, besonders solche von neurologischer und geburtshilflicher Seite beschränken. Von den schon mehrfach genannten Autoren erwähnen die vorzeitige Geburt überhaupt nicht als ätiologischen Faktor in der Genese der Imbezillität z. B. Schott, Weygandt, Bullard, Heyn, Vogt, Stromeyer; skeptisch verhält sich Scholz, während Pollak die Häufigkeit des Partus praematurus in der Anamnese der zerebralen Kinderlähmung und der Epilepsie zwar kennt, aber nicht an einen möglichen Zusammenhang dieser mit intrakraniellen Blutungen zu denken scheint. Er meint vielmehr, daß das unreife Gehirn „kraft seiner an und für sich herabgesetzten Widerstandsfähigkeit nicht genügend Selbstschutz besitzt und dabei auch auf geringe Reize oder Schädlichkeiten mit schweren Reaktionen antworten werde“. Kraepelin endlich schreibt: „Die Frühgeburt, der von mancher Seite eine Bedeutung für die Entstehung der Idiotie zugeschrieben wurde, ist wohl nur als Ausdruck der Lues zu betrachten, die ihrerseits das Gehirn krank macht.“ — Eine direkt ablehnende Haltung nehmen viele Gynäkologen ein, ich nenne nur Wall und Schmitt. Für diese Divergenz in den Anschauungen der Kinder- und Frauenärzte vermag ich ebensowenig eine befriedigende Erklärung zu finden wie Ylppö, der sich schon mit dieser Tatsache auseinandergesetzt hat. Auf der anderen Seite hingegen stehen eigentümlicherweise weit weniger Autoren, wie z. B. Heubner, König, der unter 260 Schwachsinnigen, meist Kindern unter 12 Jahren, in 6,5% „Frühgeburt“ als einzigen Grund der Idiotie fand, und Schlöß, nach dem der Umstand, daß ein Kind im 7.—8. Schwangerschaftsmonat geboren sei, allein schon genüge um eine normale geistige Entwicklung in Frage zu stellen. Einen mehr vermittelnden Standpunkt vertritt Ziehen (b), der — im Hinblick auf die Untersuchungen Rankes — die Möglichkeit von sub partu erworbenen Gehirnblutungen zwar zugibt, aber die ihnen tatsächlich zukommende große Bedeutung nicht zu erkennen scheint. Aus einem Grund aber muß ich auf Ziehens Ausführungen näher eingehen. Er weist nämlich darauf hin, daß bei einer großen Reihe frühgeborener Kinder die Entwicklung der motorischen Region und der Pyramidenbahn, ebenso wie die der psychischen Zentren verzögert, aber in der Regel nicht für dauernd unterbrochen sei, daß aber dieser „Defekt“ in späteren Jahren sich relativ oft vollständig ausgleiche. Er prägte deshalb für dieses Verhalten den Namen „Hysteroplasie“¹⁾.

¹⁾ Es ist mir leider hier nicht möglich ausführlicher auf dieses Gebiet einzugehen und ich verweise auf das von Ziehen bearbeitete Kapitel „Kortikale Aplasien und Dysplasien“ im Handb. d. Nervenkr. d. Kindesalters, nicht jedoch weil ich in vielem, geschweige den in allem derselben Ansicht wäre. Daß freilich der Partus praematurus „oft nur eine akzidentelle Folge irgendeiner fötalen Krankheit ist, die auch das Gehirn und Rückenmark in Mit-

In der Tat wird bei einer nicht geringen Anzahl Frühgeborener in späterem Alter derartiges beobachtet. Dennoch halte ich den Ausdruck *Hysteroplasie* für falsch, denn es handelt sich hier keineswegs um eine verspätete Ausbildung, sondern nur um ein Einholen des durch ein früher zu langsames Wachstum Versäumten, also um ein anfänglich gegen die Norm verzögertes, später aber ungewöhnlich rasches Tempo in der allgemeinen Entwicklung und der einzelner Organgruppen. Auf diese ganze Frage einzugehen, die wohl letzten Endes auf der Unfertigkeit des Magen-Darmkanals, sowie der gesamten assimilatorischen und dissimilatorischen Kräfte im weitesten Sinne bei den vorzeitig geborenen Kindern beruht, kann ich mir hier versagen, um so mehr als Ylppö dieses Thema in seinen Arbeiten „Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen“ und „Das Wachstum der Frühgeborenen von der Geburt bis zum Schulalter“ erschöpfend behandelt hat. Ich führe hier nur an, daß nach diesen Untersuchungen von der Mehrzahl „gesunder“ Unreifer in einem Alter von 3–5 Jahren — von der Konzeption an gerechnet — das Versäumte restlos nachgeholt wird, wenn auch oft noch geringe, nur dem Kenner geläufige körperliche Stigmata diese Individuen als ehemalige Frühgeburten erkennen lassen.

Einen anderen, meines Wissens noch nicht beschriebenen Entwicklungsgang konnte ich bei dreien meiner Fälle feststellen, der sich zu dem von Ziehen als *Hysteroplasie* bezeichneten gerade entgegengesetzt verhält. Es sind dies Patienten, die sich im ersten oder zweiten Lebenshalbjahr, ja selbst noch später als völlig normal erweisen und in jeder Beziehung zu den besten Hoffnungen berechtigen. Auch eine länger dauernde klinische Beobachtung läßt Alarmsymptome, wie wir sie im vorigen Kapitel gelegentlich der Besprechung der Gehirnblutung kennen gelernt haben, vermissen, so daß der unmotiviert eintretende und schnelle und weitgehende geistige Verfall gänzlich überraschend kommt. Ich möchte ein derartiges Verhalten in Analogie zu Ziehen als „*zerebrale Hysterodysplasie*“ bezeichnen, da es sich hier nicht um einen Stillstand, sondern um das Auftreten eines echten Defektes handelt. Da die Literatur hierzu völlig im Stiche läßt und auch keine Sektionsergebnisse, weder von uns noch von anderer Seite, vorliegen, so vermag ich mir über das Werden dieser Dysplasien keine Erklärung zu geben, es sei denn die Annahme einer infolge zu kurzem intrauterinen Verweilens mangelhaften Entwicklung des Gehirnes, das auf die Dauer den Anforderungen der extrauterinen Lebens- und Ernährungsbedingungen nicht gewachsen ist. Diese Störungen wären also einzureihen in die „*abiotrophischen*“ Erkrankungen im Sinne Gowers'. Ich nähere mich damit auch sehr den oben gebrachten Gedankengängen Pollaks.

Würde ich alle leichteren und leichtesten Formen geistiger Minderwertigkeit bei frühgeborenen Kindern aufzählen, die nicht allein auf das verspätete Eintreten der statischen Funktionen und der kaum zu vermeidenden Rachitis und Anämie (s. Teil I) zurückzuführen sind, so ließe sich schon allein aus dem Material unseres Hauses ein Lehrbuch der Psychopathologie des Kindesalter zusammenstellen, so groß ist die Zahl derartiger Patienten, so mannigfach die klinischen Bilder. Wer gewöhnt ist in Kinderpolikliniken bei Neuropathen, bei schwer erziehbaren Individuen, bei Enuretikern, beim *Pavor nocturnus*

leidenschaft gezogen hat“, ist zuzugeben, wie ich ja auch schon oben mehrfach betont habe. Vor allem aber vermag auch Ziehen keinerlei anatomische Belege für das Vorkommen reiner, nicht traumatisch oder infektiös bedingter A- oder Dysplasien zu erbringen, was m. A. nach gefordert werden müßte. Bezeichnend für die ganze Auffassung Ziehens ist aber dies: „Es ergibt sich aus Sektionsbefunden, daß in manchen Fällen die Frühgeburt gar keine ätiologische Rolle gespielt hat, sondern meningitische, porenzephalische und andere Veränderungen des Gehirns vorlagen. Die Frühgeburt ist also in solchen Fällen eine zufällige Komplikation oder sogar die Folge einer fötalen Hirnerkrankung.“ Ich habe dem nichts mehr hinzuzufügen, da ich ja früher schon meine hiervon abweichende Anschauung über die traumatische Entstehung von Porenzephalien, wenigstens eines Teiles derselben, auseinandergesetzt habe.

usw. nach der Art der Geburt zu fragen, wird erstaunt sein, welch hoher Prozentsatz dieser Kinder teils zu früh, teils schwer geboren ist; er wird aber auch verstehen lernen, welch hohe Bedeutung die Anomalien der Geburt für die Pathologie des Zentralnervensystems besitzen.

Ich bringe zuerst die Krankengeschichten von 8 Frühgeborenen, bei denen schon in den ersten Lebenstagen der Verdacht einer Schädigung des Gehirns bestand, daran anschließend die von 3 weiteren als Beispiele der von mir als zerebrale Hysterodysplasie bezeichneten Verlaufsform.

Fall 55. Egon D. 226/16. Geb. 29. 3. 15. A. A.: 14.—28. 6. 16.

Anamn.: Z.A. d. E.: 38—26. 2. Partus, Zwillinge, nach 7 Mon. ohne Kunsthilfe, ca. 1500 g. Der andere Knabe normal entwickelt, gesund. Einige Minuten nach Geburt schwere Zyanose und gleichzeitiges Steifwerden der Arme und Beine. Trank aber immer gut. Von Anfang an klonische Krämpfe, die oft ganze Nächte dauerten. Dabei Augenverdrehen, Schaum vor dem Mund. Sitzen wegen der Steifigkeit unmöglich. Fixiert schlecht, greift nicht. Manchmal Wutanfälle: wird dabei blau, streckt die Zunge heraus, unkoordinierte Bewegungen mit den Extremitäten. Immer sehr unruhig. Krampfstände bis heute in wechselnder Intensität. Sie treten fast alle Tage auf, dauern manchmal fast ununterbrochen stundenlang an. In letzter Zeit Zustand verschlechtert, Steifigkeit zugenommen, insbesondere macht die Ernährung Schwierigkeit, da Kind sich ungemein leicht verschluckt. — Stat.: Hypotrophiker. Muskul. stark hypertonisch. Schädel sehr klein; Font. eben noch zu fühlen. Während des Schlafes wird das linke Auge nur halb geschlossen, der Bulbus macht langsame horizontale Bewegungen. Pup. reagieren. Fixiert. Refl. sehr lebhaft, kein Babinaki, kein Fazialisphän. Sensibilität normal. — Verl.: 16. 6. L.P.: Druck 50 cm, klar. Liq. Frisch untersucht finden sich im Sediment nur einige stechapfelförmige Erythrozyten. 19. 6. L.P.: tropfenweise Entleerung leicht rötlichen Liq. Sediment wie oben. 28. 6. L.P.: Normaler Druck, klar. Liq. — Kind stundenweise sehr unruhig, schreit viel, bes. nachts. Keine Krämpfe beobachtet. P. u. WaR nicht angestellt. Nachuntersuchung am 1. 5. 18: Teilnahmsloser Idiot, typischer Little. — Aug. 19: In einer Anstalt. Kann weder laufen noch sprechen. Hört und sieht. Freundlich, meist ruhig. Bildungsunfähig. Kleiner Kopf, 43 cm, doppelseitige spastische Gliederstarre, bes. der Beine. Keine Krämpfe mehr. Am 17. 1. 20. gestorben.

Fall 56. Harald K. 1036/12. Geb. 22. 11. 11. A. A.: 15.—24. 2. 13.

Anamn.: Z.A. d. E.: 29—26, beide sehr nervös, Mutter „hysterisch“. Tante väterlicherseits 2 mal in Nervenheilanstalt. 1. Partus, Zwillinge, spontan und normal geboren, mindestens 3 Wochen zu früh, ca. 1750 g. Anderes Kind tot. Zwei weitere Geschwister, von denen älteres, Ende 19 4 $\frac{1}{2}$ Jahre alt, sehr erregbar ist. — Pat. immer Brust schlecht gefaßt. Sehr unruhig, fixiert gar nicht, spricht kaum, früher öfters Zuckungen. — Stat.: Atrophiker. Starke Spasmen in Beinen. Schreit oft stundenlang. Fixiert und greift nicht. Kopf klein, 41 cm; Knochenkamm der Pfeilnaht entsprechend. Font. zu. Pup. reagieren. Lichtempfindung vorhanden, Blick starr, seltener Lidschlag, keinerlei Mimik. Pat.-Refl. sehr lebhaft, Faz.-Phän. +, kein Babinaki. Arme werden meist gebeugt, die Hände in Tetaniestellung, die Beine steif gestreckt gehalten. — Verl.: 21. 2. Augenbefund (Prof. Helborn): „Strabism. conv., grobschlägiger Nystagmus, bes. rechts. Pup. o. B. Beiderseitige Atrophie der Pap., $r > l$, bei scharfer Begrenzung.“ P. neg., WaR neg. (1 mal). Kind trinkt sehr schlecht, es ist unfähig den Schluckakt richtig auszuführen. — Am 23. 7. 19 in Anstalt gestorben. Konnte weder sitzen noch sprechen; immer häufiger werdende Krampfanfälle seit dem Alter von 1 $\frac{1}{2}$ Jahren. Hörte gut, sah nicht, konnte nur hell und dunkel unterscheiden. Hochgradige Gliederstarre mit Kontrakturen.

Fall 57. Karl M. 394/14 u. 328/15. Geb. 23. 7. 14. A. A.: 25. 7. 14—17. 2. 15 und 12.—22. 7. 14.

Anamn.: Z.A. d. E.: 32—32. Einziges Kind. Spontane Steißgeburt im 7. Schwangerschaftsmonat, ca. 1600 g, leicht asphyktisch. Hat die ersten Tage gar nicht geschluckt. Heute, 25. 7., öfters kleine Zuckungen in Gesicht und Armen. — Stat.: Schlaffes Kind mit ganz oberflächlicher Atmung und krampfartigen Zuckungen in beiden Armen und im Gesicht. 41° Temp. — Verl.: 26. 7. Dauernd unruhig, häufige Zuckungen des

ganzen Körpers, Gesicht schmerzhaft verzogen, Hände verkrampft, Font. normal gespannt. 28. 7. Extremitäten weniger schlaff, Kind verdreht zeitweise die Augen. 14. 8. Fängt an selbst zu trinken, bis jetzt mit Sonde gefüttert. 16. 10. Krämpfe in obiger Art. P., WaR neg. (1 mal). — 2. Aufnahme: Kann noch nicht Kopf halten. Kennt die Mutter nicht; Augen meist nach oben gedreht, deshalb in Augenklinik. Bescheid von dort, daß der Hintergrund normal, aber im Gehirn etwas nicht in Ordnung sei. — Stat.: Hypotrophiker. Muskul. schlaff. Quadratschädel, Font. 3×3 cm. Absolut teilnahmslos, reagiert nur auf stärkere sensible Reize mit Weinen, fixiert nicht bei sicherer Lichtempfindung; greift nicht! L.P.: 25 cm Druck. Spur Alb. Fehling: +. — Verl.: 14. 7. Hyperakusie. Stößt eigentümlich grunzende und schnalzende Geräusche aus. P. —. WaR — (1 mal). — Nachuntersuchung im April 18 ($3\frac{3}{4}$ J.): Kompletter Idiot, kann weder sitzen noch stehen und sprechen. Tagsüber meist ruhig, Nachts unruhig. — Am 27. 8. 18 in einer Anstalt †. Konnte nicht laufen, noch sprechen. Hörte, sah aber kaum. Alle 4—5 Mon. Krämpfe. Schrie nachts oft gellend ein paarmal hintereinander auf. Konnte nicht allein essen; war unsauber.

Fall 58. Hans M. 45 u. 963/17. Geb. 17. 4. 17. A. A.: 18. 4.—13. 7. 17 und 4.—12. 1. 18.

Anamn.: Z.A. d. E.: 34—29. 2 Aborte, dann ein gesundes Kind, dann Pat. Nach knapp 7 Mon. spontan mit 1670 g geboren. Grund der Frühgeb. vielleicht Überanstrengung und Aufregung. Hat gleich nach Geb. kräftig geschrien. Im Alter von 21 Std. aufgenommen. — Stat.: Schädel seitlich zusammengedrückt. Schreit kräftig und bewegt sich lebhaft. — Verl.: 18. 4. Beim Trinken blau geworden und schlecht geschluckt. 10. 5. Wurde plötzlich blau, Atmung setzte aus, was sich noch öfters an diesem Tage wiederholt. 12. 5. Mehrere derartige Anfälle. 2. 6. Auffallend schlaff, Kopf völlig haltlos. 11. 6. Ab und zu noch kleine Zuckungen in Armen und Händen. 25. 6. Fixiert; ist lebhafter geworden, aber hält den Kopf noch nicht. 2. Aufnahme: Fixiert schlecht, greift nicht, lacht, kennt seine Mutter, empfindlich gegen Geräusche. In letzter Zeit Zuckungen und zwar anfänglich im rechten Mundwinkel, im rechten Arm und Bein, dann schnappt es nach Luft, Schaum vor dem Munde, zuckt mit dem Kopfe nach rechts und schleudert mit Armen und Beinen, $r > l$. Im Schlafe nichts Derartiges beobachtet. — Stat.: Pastöses Kind. Fixiert nicht, lacht ohne Grund; sehr schreckhaft. Font. fast zu. Pat.-Refl. sehr lebhaft. — Verl.: L.P.: 30 cm Druck, klar. Liq. 9. 1. Klonisch-tonische Krämpfe in den Armen und im Gesicht. Röcheln, Schaum vor dem Mund, Dauer 2 Min. Elektr. Untersuchung ergibt normale Werte. 10. 1. Augenbefund (Dr. Mühsam): Augen unstät, kein Nystagmus, Pup. gleich weit, reagieren, Hintergrund normal. P. —; WaR — (1 mal). — Im Sept. 18 †; „war geistig völlig unentwickelt“.

Fall 59. Hans H. 968/11 u. 52/14. Geb. 1. 4. 11. A. A.: 28. 3. 12—4. 2. 14 und 16. 4.—2. 7. 14.

Anamn.: Z.A. d. E.: 21—21. 1. Kind im 7. Mon. nach 4 tåg. Geb. geboren, ca. 1375 g. — In den ersten Tagen sehr schwere asphyktische Anfälle. Allmähliche Entstehung eines Hydrozephalus. — Stat.: Gewicht und Länge eines 2—3 mon. Kindes. Kann weder sitzen noch stehen. Kopf viereckig, Umfang 42 cm, Font. eben noch zu fühlen. Geringer Exophthalmus. Refl. o. B. — Verl.: 11. 6. Seit einiger Zeit geringe Nackensteifigkeit. 12. 9. L.P.: normaler Druck, klar. Liq. 11. 12. Deutlicher Turmschädel. Häufig stereotype Bewegungen. 2. 3. 13. Dauernd athetotische Bewegungen. Starker Exophthalmus. Lider im Schlafe nur halb geschlossen. 26. 3. Sitzt kurze Zeit allein. Reagiert auf Anruf. 12. 4. Sitzt längere Zeit aufrecht. 4. 5. Nimmt Anteil an Umgebung, greift. P. —; WaR — (2 mal). — 2. Aufnahme: Größe und Gewicht eines 1jähr. Kindes. Schlaffe Muskul. Reagiert nicht auf seine Umgebung. Turmschädel, außergewöhnlich hohe Stirne, seitlich abgeplatteter Schädel, starke Stirnhöcker. Hochgradiger Exophthalmus. Pup. o. B. Kann nicht stehen und laufen. — Verl.: 24. 4. Steht jetzt gut. 29. 6. Läuft allein. 2. 7. 14. In Anstalt überführt. — Nachricht aus März 18: Kann noch nicht sprechen; völlig bildungsunfähig, gutmütig, sehr lebhaft und zappelig. — Juli 19.: Kann nur etwas lallen; heiter; völlig bildungsunfähig. — Nachricht aus Juni 20: Unverändert.

Fall 60. Johanna S. 814/12 u. 430/15. Geb. 30. 11. 12. A. A.: 2. 12. 12 bis 4. 3. 14 u. 9.—13. 8. 15.

Anamn.: Z.A. d. E.: 33—32. 4 Partus; vorher 2 Aborte und 1 gesundes Kind. Nach 6 $\frac{1}{2}$ monat. Schwangerschaft mit 37 cm und 1200 g geboren. Ursache der Frühgeburt: akute Schwangerschaftsnephritis. — Stat.: Schluckt und trinkt nicht. — Verl.: 14. 12. Geringer Strabismus, rechtes Auge steht nach außen. Oft plötzliches Augenverdrehen nach links oben, klonische Zuckungen in der link. Hand und im Gesicht. 28. 2. Beginnt selbst zu trinken. P. —, WaR — (4 mal neg., 2 mal fraglich). — 2. Aufnahme: Kann nicht Kopf halten, völlig schlaff, kennt nicht die Mutter. Spricht kein Wort. — In der ersten Zeit nach Entlassung merkte Mutter, daß Kind öfters plötzlich steif wurde und mit Augen rollte. Im Herbst 14 plötzliche heftige Krämpfe, die mehrere Tage nacheinander in wechselnder Intensität auftraten. Ebenso im Mai 15. Seit 25. 7. 15 tägl. mehrere sehr heftige Krampfanfälle: zuerst zuckt es mit Armen und Beinen, dreht den Kopf stark nach links und hinten. — Stat.: Überaus aufgeregtes Kind, tobt und brüllt, schlägt wild um sich. Diese tobsuchtsartigen Anfälle wiederholen sich, so oft man Kind untersuchen will. Leichter Hydrozephalus, Umfang 46, Font. zu. Pup. gleich weit, reagieren träge. Fixiert nicht. Herz: Galopprrhythmus, 150 p. Min. Beine auffallend schlaff, Muskel atrophisch, keine Spasmen oder Lähmungen. Pat.- und Plantar-Reflexe normal. P. —; WaR — (1 mal). — Nachricht: Krämpfe wurden immer häufiger. Tod mit 3 $\frac{3}{12}$ Jahren im April 18 im Anfall.

Fall 61. Werner R. 1017/17. Geb. 20. 7. 16. A. A.: 19.—25. 1. 18.

Anamn.: Z.A. d. E.: 40—32. 1. und einziges Kind. 2 Mon. zu früh mit ca. 1750 g geboren. Sitzt und steht noch nicht. Lacht, soll seine Umgebung kennen, fixiert nicht, sehr unruhig und schreckhaft. — Stat.: Hypotrophiker, straffe Muskel. Hört; fixiert und greift nicht. Sehr schreckhaft, spricht nicht, schreit ohne Veranlassung stundenlang gellend. Pup. o. B. Blick meist nach oben gerichtet. Nystagmus. Strabismus conv. Pat.-Reflexe nicht auslösbar. Babinski rechts neg., links leicht pos. — Verl.: 21. 1. Augenbefund (Dr. Mühsam): völlig normaler Hintergrund. — Nachricht vom Juli 19: Kann weder sitzen noch laufen, spricht nur einzelne Worte nach. Hört und sieht. Nie Krämpfe. Schädel etwas groß, aber normal gestaltet. „Hat kein Vermögen über seine Hände, erstarrt wie im Krampfe, wenn es etwas anfassen will, benimmt sich krampfhaft beim Ansehen. Oft schlaflose Nächte, indem er vor Zuckungen nicht einschlafen kann.“ Bildungsunfähig. — Nachricht aus Juni 20: Unverändert.

Fall 62. Albert T. 990/16. Geb. 27. 5. 16. A. A.: 12. 2.—23. 4. 17.

Anamn.: Z.A. d. E.: 31—25. 3. Kind, ausgetragen, schwer asphyktisch nach leichter Geb. mit 2250 g geboren. Immer gesund gewesen. Fixiert nicht, hebt Kopf noch nicht, kennt Mutter nicht. — Stat.: Kurzes, aber unförmig dickes Kind. Apathisch. Fixiert nicht; hebt Kopf nicht. Keine Spasmen. — Hochgradiger Mikrozephalus, 39 cm. Font. 1 × 1 cm. Pup. reagieren. Fettpolster am Abdomen ca. 6—7 cm dick. Penis auffallend klein, Hoden normal. — Verl.: 17. 2. Dauernd sehr unruhig, wird beim Schreien sehr spastisch. Idiot. L.P.: sehr hoher Druck, ca. 40 cm klar. Liq. — Auskunft vom April 18: Spricht kein Wort, kann nicht einmal stehen. Mikrozephalie, Umfang 40 cm. — † am 12. 6. 18.

Zu Fall 55—62. Kind 55 und 56 waren frühgeborene Zwillinge; bei beiden entwickelte sich allmählich ein typischer, hochgradiger Little. Kind 57, leicht asphyktisch zur Welt gekommen, konnte die ersten Lebenstage nicht schlucken und zeigte schon damals kleine Zuckungen. 58 bekam seine Anfälle von Zyanose erst am Tage nach der Geburt, die ersten Krampferscheinungen aber erst mit ca. 2 Mon. 59, schwer asphyktisch bei Geburt, zeigte nie krampfartige Erscheinungen. Der anfängliche Hydrozephalus (mit Exophthalmus) nahm allmählich pyrgozepale Form an. Fall 60 zeigte von Anfang an Schlucklähmung, die später zurückging, sowie leichte Zuckungen. Erst im Alter von 1 $\frac{3}{4}$ Jahr traten schwere Anfälle auf. 61 bietet keine Besonderheiten und 62 endlich war zwar ausgetragen, wog aber nur 2250 g und kam schwer asphyktisch zur Welt. Im Alter von 9 Mon. zeigte er ausgeprägte Mikrozephalie und war sehr fett, Penis auffallend klein. Bezüglich letzterer Punkte muß ich auf das oben über Pyrgozephalie Gesagte erinnern. Völlig ausgeschlossen wäre es nicht, daß es sich bei diesem Kinde tatsächlich um einen Fall von primärer Mikrozephalie gehandelt hat.

Die unter die hier besprochene Ätiologie fallenden Formen von Schwachsinn zeigen in ihrem Verlaufe keinerlei Besonderheiten, die für sie spezifisch wären. Erst die Anamnese, die von Partus praematurus, Asphyxie, Schlucklähmungen, Krämpfen oder Spasmen

berichtet, läßt die Annahme einer Blutung als Ursache wahrscheinlich, wenn nicht sicher erscheinen.

Fall 63. Hans K. 251/17. Geb. 22. 5. 17. A. A.: 12. 6.—20. 8. 17.

Anamn.: Z.A. d. E.: 38—36. 2. Partus, Zwillinge, der andere gesund. Spontan, 5 Wochen zu früh geboren, ca. 2000 g. Wegen Ernährungsschwierigkeiten aufgenommen. — Stat.: Atrophiker, sonst o. B. — Verl.: 12. 6. Trinkt gut, verzieht oft schmerzhaft das Gesicht, rollt die Augen, spitzt den Mund (Stäupchen?). 17. 6. Verdreht ab und zu die Augen. 20. 8. Stellt die Beine fest auf (3 Mon. alt, beginnender Little). P. und WaR nicht angestellt. — Nachuntersuchung: 26. 2. 18. Idiot mit Little. Mikrocephale. — August 18. Fixiert nicht, kann noch nicht einmal Kopf heben. Sehr apathisch. 15. 9. 19. Sehr kleiner Schädel, Font. eben noch zu fühlen. Benützt nur die linke Hand. Rechter Arm etwas, Beine stark spastisch. Nie Krämpfe. Nyctagmus horiz. Strabism. conv. Pup. reagieren, aber langsam und wenig ausgiebig. Hört gut, kann nicht stehen, nicht einmal den Kopf halten. — Am 15. 3. 20 gestorben.

Fall 64. Alfons W. 851/15, 27 u. 918/17. Geb. 12. 12. 15. A. A.: 23. 12. 15 bis 14. 2. 16, 11. 4.—16. 6. u. 13.—22. 12. 17.

Anamn.: Z.A. d. E.: 44—30. 1. Kind. Der Mutter war am Tage vor der Geburt Holz auf den Rücken gefallen (?), darauf hin wegen Blutung ins Krankenhaus, dort Kind spontan geboren im 7. Mon., Gew.: 1800 g. — Stat.: Kind bewegt sich lebhaft, Font. von normaler Spannung. — Verl.: 1. 2. Trank anfangs so schlecht, daß es sondiert werden mußte. 2. Aufnahme: Zu Hause gut entwickelt, sitzt und steht aber noch nicht, spricht nicht. — Stat.: Körperlich gut entwickelt. Etwas Rachitis. — Verl.: 25. 5. Sehr lebhaft, setzt sich auf, lacht freundlich, wenn man ans Bett tritt. 16. 6. Sitzt gut, fängt an zu stehen. 3. Aufnahme: Läuft nicht mehr, kann nicht mehr sitzen. Oft Husten und Fieber. Sonst sehr lebhaft. — Stat.: Hypotrophiker. Beine spastisch, Littlestellung. Kann nicht stehen, sitzt unsicher. Pat.-Refl. gesteigert. Sensorium und Intelligenz klar, spricht nicht, versteht seinen Namen. — Verl.: Sitzt den ganzen Tag stupide in seinem Bett, spricht kaum je. Nachuntersuchung am 2. 10. 19.: Hochgradig idiotischer Gesichtsausdruck. Spricht nur Mama und Papa. Hört und sieht, fixiert und greift, damit aber ist auch jegliche Äußerung geistigen Lebens erledigt. Läuft erst seit $\frac{1}{4}$ Jahr, aber sehr spastisch. Strabismus conv. Kryptorchismus. — Nachuntersuchung am 24. 6. 20. Sauber. Läuft sehr schlecht, breitspurig und X-beinig, balanciert dabei mit den Armen. Beginnt außer Mama und Papa einige weitere Worte zu sprechen. Versteht gewisses, so holt er Bratpfanne, wenn er sieht, daß Mutter Kartoffel kochen will.

Fall 65. Harry L. 673/13. Geb. 7. 10. 13. A. A.: 18. 10. 13—20. 1. 14.

Anamn.: Z.A. d. E.: 42—31. 1. Kind, spontan 2 Monate zu früh mit ca. 1300 g geboren. Versuch anzulegen mißlang. — Stat.: o. B. — Verl.: schreit viel. P. — WaR — (2mal). — Nachuntersuchung im Febr. 18. Wurde erst mit 3 Jahren sauber, lernte erst mit $2\frac{1}{2}$ J. laufen. Spricht kein Wort. Schielt ab und zu. Extrem schlaff. Sehr eigensinnig. Hört nicht, sonst aber körperlich gesund und leidlich gut entwickelt. — 18. 9. 19. Versatiler Idiot stärksten Grades. Orts- und Personalorientierung vorhanden. Taubstumm, fixiert gar nicht. Dauernd in Bewegung, reißt alles kaput, ist sehr bössartig und freut sich unbändig über den angerichteten Schaden. Leichter, an Intensität wechselnder Strabismus. — Nachuntersuchung am 29. 6. 20. Im großen und ganzen unverändert. Ist seit langem sauber. Holt Gegenstände, auf die man zeigt. Versteht Schuhe, Hose usw. anzuziehen.

Zu Fall 63—65: Diese 3 Kinder entwickelten sich also die erste Lebenszeit völlig normal und trotz genauester Beobachtung hatte nichts an das drohende Schicksal gemahnt. Kind 53 nur zeigte Ende des 1. Monats die bekannten als „Stäupchen“ bezeichneten Erscheinungen, deren Harmlosigkeit jedoch im allgemeinen sichergestellt ist. Dann im Alter von 3 Monaten, als das Kind schon seine Beinchen beim Hochheben stellte, war an beginnende zerebrale Starre zu denken, eine Vermutung, die die Untersuchung im 9. Monate bestätigte, während die Intelligenz noch eine normale war. Erst mit $2\frac{4}{13}$ Jahren war auch der geistige Verfall ein offenkundiger. — Kind 64, mit $1\frac{1}{2}$ Jahren noch völlig gesund, erweist sich schon $\frac{1}{2}$ Jahr später als hochgradig defekt bei gleichzeitig bestehender Little'scher Krankheit. — Fall 65 endlich, mit 3 Mon. in scheinbar bestem Wohlbefinden entlassen, ist mit 6 Jahren ein tiefstehender agil-bössartiger Idiot. — Die Entstehung des psychischen Defektes schien

bei allen drei eine ganz unmerkliche und langsame, aber unaufhaltsam fortschreitende gewesen zu sein. Irgendwelche Erkrankungen in der Zwischenzeit, in der die Kinder nicht in unserer Beobachtung standen, wird von den Angehörigen derselben entschieden in Abrede gestellt.

Zusammenfassung zum Kapitel Idiotie infolge Geburtstraumas bei ausgetragenen und frühgeborenen Kindern. Ist die Analyse der zuletzt beschriebenen 19 Fälle eine richtige, so ergibt sich schon aus ihrer Zahl, die mehr als $\frac{1}{4}$ aller umfaßt, die ungemein hohe ätiologische Bedeutung der Geburtsanomalien für den kindlichen Schwachsinn, die auch dann wenig beeinträchtigt wird, wenn selbst das eine oder andere der Kinder tatsächlich an anderer Stelle eingereicht werden müßte. Berücksichtigt man aber, daß ich nur sehr schwer geschädigte und gänzlich bildungsunfähige Patienten herangezogen habe, gedenkt man ferner dessen, was über die Genese des Little'schen Symptomenkomplexes bekannt ist, erinnere ich an die Untersuchungen Ylppös an frühgeborenen Kindern und endlich daran, daß wohl die Mehrzahl derartiger Individuen ein frühzeitiges Ende findet: so gewinnt der Geburtsvorgang als traumatischer Faktor im Leben des einzelnen eine Bedeutung, deren sich Pädiater, Neurologe und Pathologe meiner Überzeugung nach viel zu wenig bewußt werden. Es erhellen sich aber auch dadurch mancherlei Tatsachen, die zwar nicht unbekannt, aber zum Teil wenig durchforscht sind, vor allem die wohl bekannte Kombination von „zerebraler Kinderlähmung mit Imbezillität“ und „Imbezillität mit zerebraler Kinderlähmung“. Schließlich spinnen sich vielleicht noch Fäden von hier zu den ätiologisch so unklaren Bildern der Bulbär- und Pseudobulbärparalyse, Ausblicke, deren Klärung der Zukunft vorbehalten bleiben muß.

17. Idiotie nach postnatal erworbenen Traumen.

Eine eingehende Besprechung der Klinik der durch postnatale Schädel- oder Gehirnverletzungen hervorgerufenen psychischen Störungen erübrigt sich, so daß ich mich auf einige wenige Besonderheiten des frühkindlichen Alters in dieser Beziehung beschränken kann. Im Vergleich zur späteren Lebenszeit besteht ein Unterschied vor allem darin, daß, wie schon mehrfach erwähnt, selbst streng lokalisierte Gewalteinwirkungen an dem im stärksten Wachstum befindlichen Gehirn oft überraschend umfangreiche Zerstörungen setzen, wie manchmal auch umgekehrt die Beobachtung am Krankenbett ausgedehntere Schädigung erwarten läßt, als der Leichenbefund, wenigstens der makroskopische ergibt. Es scheint dieses Verhalten ein für das Kindesalter überhaupt gesetzmäßiges zu sein, so fiel auch Hamburger bei 26 Fällen von Sinusthrombose junger Kinder „diese auffällige Inkongruenz zwischen Schwere der Gehirnveränderung und den klinischen Symptomen“ auf. Daher kommt es, daß die sofortigen und die bleibenden Symptome nach Schädeltraumen meist mehr allgemeiner Natur sind, Herderscheinungen aber ganz fehlen können. Dies gilt auch selbst für Krämpfe, Spasmen und vermehrte Fontanellen-spannung. Auffallend ist endlich noch, daß zwischen Intensität des Traumas und der dadurch erzeugten Schädigung oft noch weit weniger eine Parallelität bestehen braucht als beim Erwachsenen.

Der zahlenmäßige Anteil dieser Genese des kindlichen Schwachsinnens ist sicherlich geringer als gewöhnlich angenommen wird. Als Minimum finde ich die Angabe Schotts mit 0,36%, als Maximum die Bullards mit ca. 15%. Ich selbst verfüge nur über einen einschlägigen Fall, der insofern von Interesse ist, als wohl mit Sicherheit eine Verbrühung der Schläfengegend als Ursache des später zutage tretenden Leidens anzusprechen ist.

Fall 66. Joachim M. 418 u. 504/15, 36 u. 362/16, 356/17. Geb. 7. 8. 15. A. A.: 7.—21. 8. 15, 1. 12. 15—17. 3. 16, 11.—16. 4. 16, 26. 7.—14. 11. 16 und 10. 7.—10. 8. 17.

Anamn.: Z.A. d. E.: 32—19. 1. Kind, in unserem Hause normal mit 3030 g vielleicht 2—3 Wochen zu früh völlig normal geboren. — Stat. und Verl.: ohne Besonderheiten. — 2. Aufnahme: Ca. 3 Mon. dauernde diffuse Bronchitis mit wahrscheinlich verschiedenen bronchopneumonischen Attacken. Am 30. 11. wurde wohl bei zu vollem (elektrischen) Bronchitiskessel mit dem Dampf zugleich heißes Wasser herausgeschleudert und das Kind an der linken Schläfe und der linken Hand verbrüht. Deshalb Aufnahme. — Stat.: Keinerlei Besonderheiten außer großen Brandblasen an den geschilderten Stellen. — Verl.: 13. 1. Wunden verheilt. Heute morgen kurzdauernde Krämpfe mit Zuckungen und Augenverdrehen. 17. 3. Keinerlei Krämpfe mehr beobachtet. — 3. Aufnahme: 6 Tage nach Entlassung bemerkte Mutter, daß Kind öfters plötzlich unmotiviert zusammenzuckte und dann aufschrie. Dies wiederholte sich mit Pausen 5—6 mal hintereinander und wurde durchschnittlich 2 mal tags und meist einmal nachts beobachtet. In den letzten 3 Tagen des öfteren Tremor in Händen und Füßen von kurzer Dauer. — Stat.: o. B. — Verl.: 14. 4. Gestern vormittag, diese Nacht und heute früh wurden die von der Mutter beobachteten Krampfanfälle je 1 mal bemerkt: Kind liegt ganz ruhig da; plötzlich reißt es die Arme mehrmals in die Höhe und weint dabei. Gleich hinterher ganz vergnügt. Font. nicht gespannt. 16. 4. Tagsüber keine Anfälle mehr, nachts regelmäßig einmal. Manchmal sind auch die Beine beteiligt. Nie Zuckungen bemerkt. — 4. Aufnahme: Anfälle bestanden zu Hause unvermindert weiter, dazu traten allmählich Zuckungen in den Extrem. In den letzten 14 Tagen weniger und leichtere Anfälle. In der Nacht vom 23.—24. schrie Kind plötzlich auf, atmete angestrengt und röchelte. Mutter fand es in Krämpfen: kurze Zuckungen in Kopf-, Zungen- und Extremitätenmuskulatur, Augen nach rechts gedreht, Nystagmus. Dauer ca. 5 Min. Wiederholt derartige Anfälle bis zur Aufnahme (am 26. 7.). Sonstiger Gesundheitszustand gut, hält den Kopf, kann aber noch nicht sitzen. Folgt lebhaft den Vorgängen der Umgebung und ist nach den von tiefem Schlaf gefolgt Anfällen völlig munter und normal. — Bei der Aufnahme hatte Kind einen ca. 2 Min. dauernden Anfall: klonische Zuckungen im rechten Arm und Bein, Kopf nach rechts gedreht, Augen nach rechts gewendet, Pup. maximal verengt, Nystagmus horizontal. Die linken Extrem. sind vom Anfall gar nicht berührt. Unmittelbar hernach wieder ganz vergnügt. — Stat.: Schlafe Muskul. Sensorium frei; sehr lebhaftes und zappeliges Kind. Beine an den Leib angezogen, der rechte Arm wird auffällig geschont. Starke Gelenkschlaffheit. Font. fingerkuppengroß. Pup.: $r > l$, reagieren. Linke Augenlider meist halb geschlossen. Strabism. conv. Refl. o. B. Verl.: Augenbefund (Dr. Pollak): normale Verhältnisse. 8. 8. Nach Sedobrol keine Anfälle, jedoch häufig Crie encéphalique. Der Bewegungsdrang ist stärker geworden. Hemianopsie wahrscheinlich (auch von Prof. Lewandowsky konstatiert). 12. 8. Balkenstich (Dr. Heymann): Starkes Piaödem; nach Durchstoßung des Balkens quillt unter starkem Druck reichlich Liquor hervor. 13. 8. Mehrmals kurzdauernde Zuckungen im rechten Arm und Bein. Verschluckt sich fortwährend beim Trinken. 18. 8. Starkes Nachsickern von Liquor aus Schädelschwund. Motor. Erscheinungen unverändert. Hemianopsie scheint wesentlich besser geworden zu sein. 30. 8. Kind sehr munter. 10. 10. Die alten Anfälle, die seltener geworden waren, treten wieder gehäuft auf. — 5. Aufnahme: In Zwischenzeit nochmals Balkenstich, da der Kopf immer größer geworden war. Nach Operation deutliche Verkleinerung. — Stat.: Geistig stark zurückgeblieben, brüllt viel ohne allen Grund, außerordentlich zappelig. Blick eigentümlich verloren und in die Ferne gerichtet. — Verl.: 17. 7. Tonische Krämpfe der gesamten linken Körperhälfte. Pup. weit, ohne Reaktion. Greift nach vorgehaltenen Gegenständen. Unmotiviertes Auflachen und tierisch klingendes Aufschreien. 10. 8. Keine Krampfanfälle mehr beobachtet. — Nachricht aus August 19: Kann laufen, aber nicht sprechen. Hört und sieht, leidet noch öfters an Krämpfen. In einer Anstalt. Völlig bildungsunfähig. — Nachricht vom Juni 20: Keine Krampfanfälle mehr. Geistig unverändert.

Zu Fall 66: Obwohl Prof. Lewandowsky, der das Kind während seines zweiten Aufenthaltes im Hause untersucht hatte, die Idiotie als Folge einer Meningitis oder Enzephalitis im Anschluß an die im 8. Monat durchgemachte grippale Infektion auffaßte, neige ich mehr dazu in der Verbrüfung der Schläfengegend die Ursache zu sehen. Vor allem spricht die Lokalisation an der linken Schädelseite und die Tatsache der dauernd rechtsseitigen Krämpfe

dafür. Ob der zugrunde liegende Prozeß ein rein enzephalitischer war, ob eine Thrombose oder Embolie vorlag oder ob das Trauma nur einen Loc. min. resist. geschaffen hatte, vermag ich nicht zu entscheiden, bekannt ist aber, daß gerade Verbrennungen am Kopfe besonders leicht zu zerebralen Schädigungen führen (Zappert, Gröer).

IV.

Nur kurz möchte ich noch die Prophylaxe und Therapie der kindlichen Schwachsinnzustände streifen. Daß die beliebte Schilddrüsenmedikation, der kaum ein Idiot zu entgehen vermag, außer bei Myxödem und den damit kombinierten Formen des Mongolismus zwecklos ist, ist eigentlich selbstverständlich, muß aber dennoch betont werden. Versuche mit anderen Organ- und arzneilichen Präparaten verschiedenster Herkunft sind zahlreich angestellt worden, bis heute aber resultatlos geblieben. Vielversprechende, wenn auch erst wenige Erfolge zeitigte die chirurgische Behandlung der Blutungen, so hat Cushing (nach Meyer) 16 Kinder operiert und 7 davon geheilt, Simmonds 2 operiert und geheilt. Besteht meine Annahme zu Recht, daß in der Tat Hämorrhagien bei der Imbezillität eine so große Rolle spielen, so stehen der Chirurgie für die Zukunft vielleicht große Aufgaben bevor. Je früher es zu einer operativen Entfernung der Blutmassen kommt, desto größer sind die Aussichten auf vollständige Heilung, da ja — wie aus den angeführten experimentellen Arbeiten von Neumayer und Spatz hervorgeht — gerade in den ersten Tagen das Nervengewebe am schwersten leidet.

Daß die Probleme der Rassenhygiene und der sozialen Fürsorge mit der Bekämpfung des jugendlichen Schwachsinnens eng verknüpft sind, liegt auf der Hand. Ich glaube jedoch auf Grund meiner Ausführungen im ersten Abschnitt, daß auf diesem Wege selbst theoretisch nicht viel zu erwarten steht, die praktischen Erfolge aber nur äußerst spärliche sein werden, da ich ja der erblichen Belastung vor allem und der Rachitis nur eine geringe Rolle beimessen kann. (Vgl. damit das Ref. zu Schött auf S. 3.) Revidieren aber müssen wir unsere Anschauungen über die Harmlosigkeit einer zu früh eintretenden Geburt, einschließlich der künstlich herbeigeführten, bezüglich der geistigen Entwicklung eines Kindes, wie aus den letzten Kapiteln wohl zur Genüge hervorgehen dürfte. — Das ist meiner Ansicht nach wohl alles, was in prophylaktischer Beziehung getan werden kann.

Zum Schlusse noch kurz einiges Statistisches. Der Ätiologie nach verteilen sich meine Fälle auf die von mir aufgestellten 3 Haupt- und 17 Untergruppen folgendermaßen:

		Anzahl der Fälle	in %
A.	1	2	3
	2	2	3
	3	—	—
	4	2	3
	5	—	—
	6	5	7
	7	2	3
	8	21	30
	9	—	—
		<hr/>	
		34	49%

B.	10	6	8,6
	11	4	6
	12	5	7
		<hr/>	
		15	21,6%
C.	13	1	1,5
	14	8	11
	15	8	11
	16	3	4,3
	17	1	1,5
		<hr/>	
		21	29,5%

Wenn ich aus dieser relativ geringen Anzahl Schlüsse ziehen darf, so ergibt sich, daß die Hälfte aller dieser Idiotien als Mißbildungen im weitesten Sinne zu gelten haben und daß mehr als $\frac{1}{4}$ (27%) auf Traumen unter der Geburt zurückzuführen sind.

Endlich noch die Frage der Lebensaussichten jugendlicher Idioten. Von 69 Patienten (von einem konnte ich keine Auskunft erhalten) lebten zur Zeit der Nachuntersuchungen, die größtenteils im Herbst 1919 stattfanden, nur noch 24; von den übrigen 44 — von dem 45. konnte ich nur die Tatsache des Todes, nicht aber das erreichte Alter in Erfahrung bringen — starben im Alter von

0— 3 Monate	2	} = 14
3— 6 „	7	
6— 9 „	3	
9—12 „	2	
12—18 „	3	} = 8
18—24 „	5	
2— 3 Jahre	9	
3— 4 „	5	
4— 5 „	5	
5— 6 „	1	
6— 7 „	1	
7— 8 „	1.	

Es bestätigt sich also auch hier, daß die Mehrzahl dieser Kinder noch vor dem Ende des 3. Lebensjahres abstirbt. Daß bei mir das 1. so gering vertreten ist, beruht auf der eingangs erwähnten Auswahl meiner Fälle, bei der ich Kinder ausschied, deren Intelligenzdefekt in diesem Alter noch nicht einwandfrei als hochgradig feststand.

Am Ende dieser meiner Ausführungen möchte ich nicht verfehlen noch einmal ausdrücklich zu betonen, daß ich mir voll und ganz bewußt bin, wieviel von allem noch recht problematischer Natur bzw. persönliche Anschauungssache ist. Vor allem entbehre ich der sicheren Stütze durch pathologisch-anatomische Belege, besonders durch histologische. Wenn es mir aber gelungen sein soll die Aufmerksamkeit weiterer Kreise von Pathologen und Neurologen, vor allem der Leiter von Heil- und Pflegeanstalten für jugendliche Insassen, die über das hierfür idealste Material verfügen, für diese in medizinischer wie sozialhygienischer Beziehung so ungemein wichtigen Fragen zu erregen, so glaube ich erreicht zu haben, was ich mir bei und mit dieser Arbeit vorgenommen habe.

Anhang.

Über Längen- und Massenwachstum bei Kindern mit schweren Formen angeborenen oder früh erworbenen Schwachsinn.

(Unter Zugrundelegung der im Hauptteil besprochenen 70 Fälle.)

I.

Die interessanten Fragen des Wachstums bei jugendlichen Geisteskranken sind noch lange nicht in befriedigender Weise bearbeitet, geschweige denn gelöst. Unsere Kenntnisse über das Längen- und Massenwachstum fußen auf nur wenigen, meist älteren Untersuchungen, die aber insgesamt schwerwiegende Mängel aufweisen. Vor allem wurde bis jetzt gerade die Periode des Lebens meist nicht berücksichtigt, die mir für das Verständnis der Anomalien auf diesem Gebiete am wichtigsten erscheint: die Säuglings- und Kleinkinderzeit. Ferner genügen alle diese Mitteilungen einer dringlichen Forderung nicht, nämlich der getrennten Betrachtung der einzelnen Arten und Formen der angeborenen und früherworbenen psychischen Defektzustände. Nur Weygandt (e), dem ich mich hierin voll und ganz anschließe, ist der einzige, der ausdrücklich eine individuelle Analyse der Schwachsinnfälle verlangt, sollte ein Einblick in die kausalen Beziehungen zwischen Körperwachstum und geistiger Entwicklung und so ein Fortschritt unserer Erkenntnis gewonnen werden. Aus der Nichtbeachtung dieses eigentlich selbstverständlichen Postulates erklären sich denn auch die ganz ungenügenden und vielfach sich widersprechenden Angaben, die beim Studium einschlägiger Werke dem Rat-suchenden dauernd aufstoßen.

Trotz der kleinen Zahl meiner Fälle habe ich mich deshalb doch entschlossen mein Material auch nach dieser Richtung hin zu bearbeiten, bin mir aber wohl bewußt, daß es bei weitem nicht ausreichend ist, um irgendwelche bindende Folgerungen daraus zu ziehen.

Bevor ich auf meine eigenen Befunde eingehe, sei es mir erlaubt zusammenfassend das Wenige zu bringen, was ich in der mir zugänglichen Literatur zu diesem Thema finden konnte. Einige weitere Mitteilungen, die mongoloide Idiotie betreffend, sollen erst bei diesem Abschnitte selbst Erwähnung finden.

Tabelle I.

Alter in Jahren	nach Kind				nach Rösch				Meine Durchschnitts- werte nach Frieden- thal
	Zahl der Fälle		Gefundene Werte		Zahl der Fälle		Gefundene Werte		
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	
4	4	3	104,5	94,7	1	3	104,7	90,4	96,5
5	9	1	98,7	104,6	2	5	103,5	94,7	103,5
6	21	10	103,2	101,5	—	3	—	112,4	110,0
7	29	27	106,4	105,7	3	3	108,4	107,0	115,0
8	54	42	111,0	109,6	11	5	112,1	112,4	119,0
9	61	50	115,7	114,7	4	4	105,5	112,4	124,5
10	73	59	119,3	118,7	5	4	121,8	126,4	129,0

Die ältesten brauchbaren Studien über das Längenwachstum idiotischer Kinder stammen von Rösch und von Kind, doch erstrecken sich diese nicht auf die ersten 3 Lebensjahre. — Tabelle I, nach Kind (nur bis zum vollendeten 10. Jahre angeführt), gibt die Zahlen dieser beiden Autoren wieder. Zum Vergleich habe ich die Friedenthalschen Werte beigelegt, die ich meinen Messungen als Norm zugrunde gelegt habe.

Die Schlüsse, zu denen Kind an der Hand dieser Zahlen kommt, sind kurz folgende: „Die Intensität des Wachstums ist demnach bei der Idiotie nicht bloß eine schwächere, sondern auch eine langsamere. Das Längenwachstum wird bei Idioten offenbar verringert und verzögert.“ Ferner findet er noch, daß der Schwachsinnige auch seine definitive, aber unternormale Größe erst später als der Normale, also in längerer Zeit selbst ein nur minderwertiges Resultat erreicht. Den Hauptgrund für dieses Zurückbleiben glaubt Kind in der „Skrofulose“ (was man eben im Jahre 1876 darunter verstand) und in der Rachitis erblicken zu müssen.

Sklarek untersuchte 62 Kinder der Irrenanstalt und 169 Zöglinge der Idiotenerziehungsanstalt Dalldorf, erstere meistens bildungsunfähige Patienten von 2—16, letztere mehr minder bildungsfähige von 7—16 Jahren. Er folgert: „Sind die Idioten auch in den ersten Lebensjahren kleiner als geistesgesunde Kinder, so lehrt doch die Beobachtung, daß auch das Wachstum der psychisch Kranken langsamer vor sich geht als unter normalen Verhältnissen; daher weichen ältere Individuen von dem Mittelwert mehr ab als jüngere. Die bildungsfähigen Schwachsinnigen dagegen nähern sich mehr den Geistesgesunden.“ Was das Körpergewicht anlangt, so scheint der Imbezille nach Sklarek oft in noch jüngerem Alter zu stehen als es seiner schon an sich geringeren Länge entspricht.

Ranke's Messungen sind für meine Zwecke nicht verwertbar, da sie einerseits meist Individuen des 2. Jahrzehntes betreffen, andererseits auch genaue Zahlenangaben vermissen lassen.

Nach Vogt (e) beträgt die durchschnittliche Differenz, welche bei Erwachsenen die Idioten von der Norm trennt, etwa 10 cm. In den ersten Lebensjahren sei der Unterschied nicht so groß (im 6. z. B. 1,4 beim männlichen, 1,6 cm beim weiblichen Geschlecht), nehme aber mit den Jahren zu. Auch er schließt daraus auf ein weniger energisches Wachstum. Ähnliches sah auch Dall bei seinen Untersuchungen an Schülern von Hilfsklassen.

Goddart, dessen Originalarbeit mir leider nicht zugänglich war, findet ebenfalls den Wachstumsprozeß bei Idioten schwer, weniger stark dagegen bei Imbezillen gestört, während er bei Debilen vor der Reife normal sei und erst dann eine Retardierung eintrete. Er erblickt darin „eine bemerkenswerte Korrelation zwischen körperlicher und geistiger Entwicklungshöhe: ist diese gering, so haben wir nicht nur eine gestörte Gehirnfunktion, sondern auch eine Alteration des ganzen Organismus und einen Tiefstand des Wachstumsprozesses vor uns.“ Auch seien Schwachsinnige schon bei der Geburt leichter an Gewicht als Normale.

Rehm, der bis zu einem gewissen Grade die verschiedenen Formen des Schwachsinnns einer getrennten Betrachtung unterzieht, schreibt: „Übersehen wir die Resultate, so sehen wir, daß das idiotische Kind sowohl in der Körpergröße, wie im Körpergewicht zum Teil erheblich unter dem Normaldurchschnitt steht. Die ungünstigsten Verhältnisse zeigt die Idiotie mit zerebraler Kinderlähmung, sei es mit oder ohne Epilepsie, am günstigsten schneiden die einfach-epileptischen Kinder ab.“

Kellner endlich wog 71 schwachsinnige Knaben; nur 18 hatten normale und 7 übernormale Gewichte, 44 dagegen waren untergewichtig, 2 „unterernährt“.

Als Gründe für das Wachstumsdefizit des idiotischen Kindes werden die verschiedensten Ursachen genannt; ich erwähne hier nur, daß Weygandt als Vermittler zwischen diesem und der Gehirnkrankung in erster Linie die Hypophyse anschuldigen zu müssen glaubt.

Überblicken wir all diese Angaben, so stimmen sie darin überein, daß Wachstum und Wachstumstrieb beim geistig schwergeschädigten Jugendlichen ganz wesentlich geringer als beim Geistesgesunden sind, daß also mithin eine Zunahme der Differenz zwischen beiden mit den Jahren eintritt, obwohl die Dauer des Wachstums über die Norm verlängert sein kann.

II.

Trotz der Einwände von verschiedener Seite gebrauche ich zur Anfertigung meiner Normalkurven die Friedenthalschen Zahlen als die heute am meisten benützten. Um

sie aber für meine Zwecke geeigneter zu machen, zog ich aus den für Knaben und Mädchen getrennt angegebenen Werten das arithmetische Mittel, außerdem rechnete ich die Angaben für die Fötalperiode von Mond- in Kalendermonate um.

Um ferner aber noch zu veranschaulichen, inwieweit meine Patienten normale Körperproportionen (= „Statur“) aufwiesen, habe ich die graphische Darstellung des Pirquet-schen Längengewichtsindex ($\text{Längenindex } p = \frac{\text{Länge in cm}^3}{\text{Gewicht in g}}$) mit herangezogen.

Eins jedoch darf dabei nicht übersehen werden. Der Pirquet-, wie der Liviindex sagen an sich nichts darüber aus, ob Länge und Gewicht in normalem Verhältnis zu einander stehen. Zu einer Beantwortung dieser Frage ist es vielmehr notwendig eine Reduktion vorzunehmen dergestalt, daß man das Gewicht nicht mit dem Durchschnittsgewicht des jeweiligen Lebensalters vergleicht, sondern mit dem, das der tatsächlichen Länge entspricht, so wie Pirquet selbst dies zum Gebrauch seiner Alter-Längen-Gewichtstabellen vorschreibt. Jetzt erst gibt die Lage des gefundenen Punktes darüber Aufschluß, ob die Körperproportionen normal oder zugunsten der Länge bzw. des Gewichtes verschoben sind. Ferner aber läßt eine Tafel, die neben dem „rohen“ auch den „reduzierten“ P.-I. — wie ich sie nennen möchte — enthält, noch manche weitere Beziehungen zwischen Masse und Länge erkennen¹⁾. Liegen beide Werte über der Normalkurve, so besteht immer ein Mißverhältnis zuungunsten des Gewichtes, liegen sie darunter, zu ungunsten der Länge. Die horizontale Entfernung beider gibt den Zeitunterschied (in Monaten) an, der besteht zwischen dem tatsächlichen Alter des betreffenden Kindes und dem eines für sein Alter entsprechend entwickelten. Das untersuchte Individuum ist also zu klein, wenn der reduzierte P.-I. links, zu groß, wenn er rechts vom rohen sich befindet. Verläuft dabei die Normalkurve annähernd in der Mitte zwischen beiden Punkten, dann ist die Statur eine wohlproportionierte. Hinzufügen möchte ich noch, daß ich bei meinen Patienten nur die jeweils letzten mir zur Verfügung stehenden Werte zur Berechnung des P.-I. verwandt habe und daß auf der Abszisse das Alter in Monaten von der Konzeption, nicht von der Geburt an aufgetragen ist²⁾.

Endlich habe ich noch bei der letzten Gruppe die von Ylppö konstruierten Durchschnittskurven der Frühgeborenen mit eingezeichnet um Aufschluß darüber zu bekommen, ob das bei diesen Kindern beobachtete Verhalten nur die Folge des vorzeitigen Abschlusses der intrauterinen Entwicklung sei oder nicht³⁾.

Die eingangs aufgestellte Forderung berücksichtigend bei Wachstumsstudien die einzelnen Arten des kindlichen Schwachsinnns gesondert zu behandeln, habe ich mein Material auf Grund der aufgestellten Einteilung zerlegt. Um jedoch nicht mit zu kleinen Zahlen operieren zu müssen, faßte ich verschiedentlich engverwandte Unterabteilungen zusammen, so daß aus den dort genannten 17 Gruppen folgende 7 entstanden: a) Idiotien infolge intrauteriner nicht infektiöser oder traumatischer Wachstumsstörungen (Unterabteilungen 1, 2, 3, 4, 5 u. 7) mit Ausnahme der familiären amaurotischen Idiotie = b) (6) und des Mongolismus = c) (8). d) Idiotie infolge infektiöser usw. Prozesse des Gehirns und seiner Häute (10, 12), mit Ausnahme der aufluetischer Basis = e) (11). Endlich f) Idiotie infolge traumatischer Schädigungen vor, bei oder nach der Geburt (13, 14 u. 17) mit Ausnahme der auf Partus praematurus zurückzuführenden = g) (15, 16).

III.

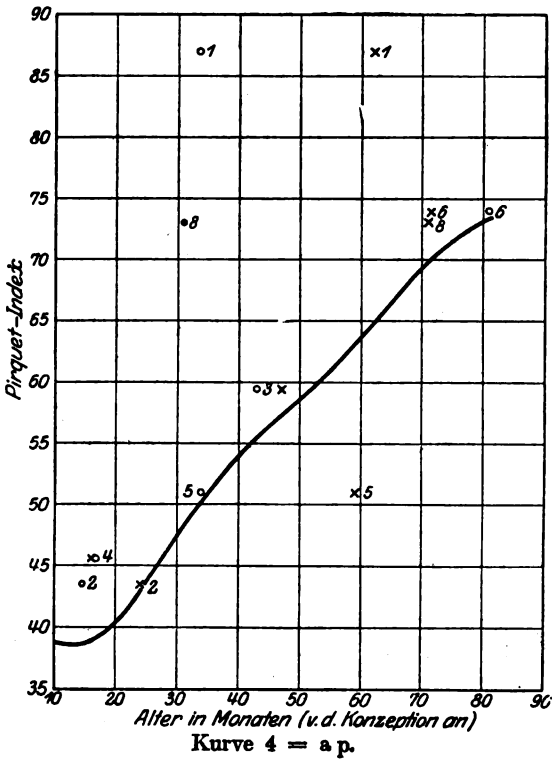
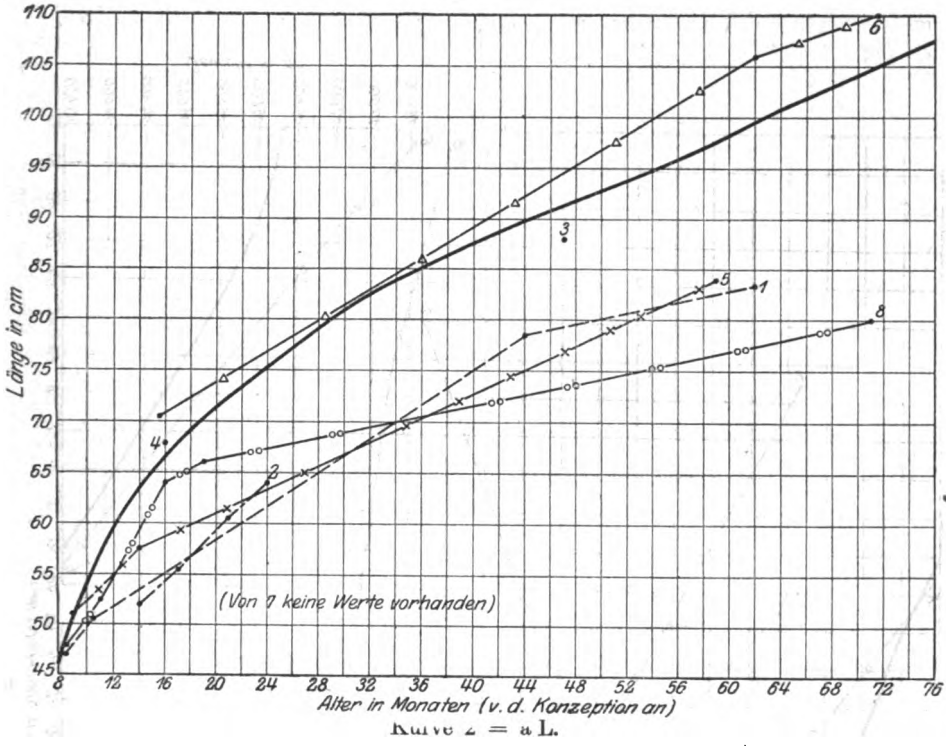
a)

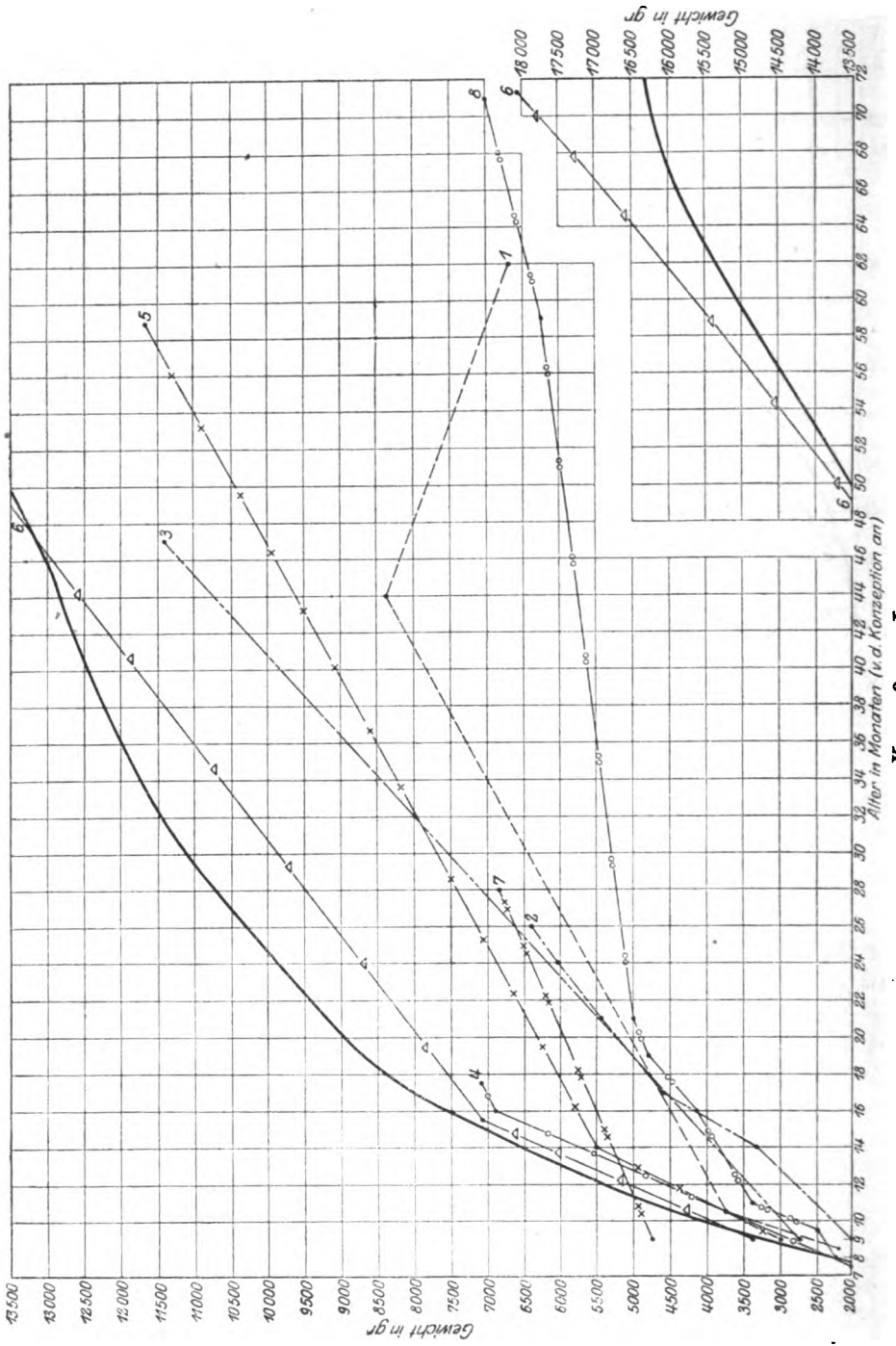
(1 = 1, 2 = 2, 3 = 3, 4 = 4, 5 = 5, 6 = 6, 7 = 11, 8 = 12. Die jeweils an erster Stelle stehenden Zahlen entsprechen denen der Kurven, die zweiten geben die Nummer an, unter der die einzelnen Patienten im Hauptteil dieser Arbeit Erwähnung fanden.) (L = Längen-, G. = Gewichts-, p = Längengewichtskurve.)

¹⁾ In den Kurvenbildern ist der rohe P.-I. mit \times , der reduzierte mit \circ bezeichnet.

²⁾ Ich halte es nicht für überflüssig zu bemerken, daß meine Einzelkurven — als un-stete — selbstverständlich keine echten Wachstumskurven darstellen. Sie sind nichts Weiteres als die Verbindungslinien der einzelnen mir zur Verfügung stehenden Werte von Länge und Gewicht der einzelnen Kinder.

³⁾ Ylppö bezeichnet den Raum zwischen Durchschnittskurve der frühgeborenen und der der ausgetragenen Kinder mit dem treffenden Ausdruck „Schädigungszone“.



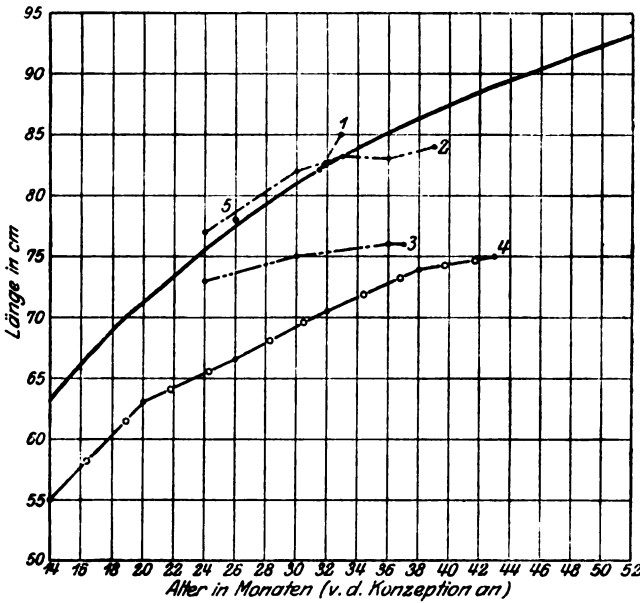


Kurve 3 = a. l.

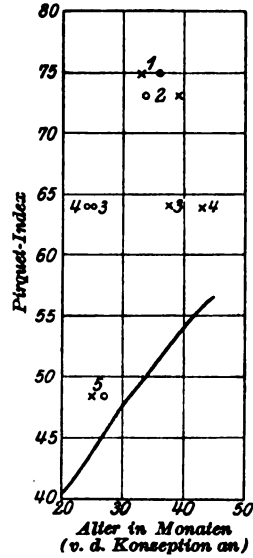
Ergebnis: 8 Kinder. Länge: bei Geburt normal; mäßiges Zurückbleiben im 1. und 2. Lebensjahr, später langsames Nach-, aber nicht völliges Einholen des Verlustes, so daß dieser absolut sich zwar vergrößert, relativ aber geringer wird. Ebenso verhält es sich mit dem Gewicht, nur sind hier die Ausschläge zum Teil wesentlich größer. Es weichen deshalb nur bei diesen die P.-I. erheblich von der Norm ab, während sie bei den übrigen der Durchschnittskurve naheliegen.

b)

(1 = 7, 2 = 8, 3 = 9, 4 = 10, 5 = A.)



Kurve 5 = b L.



Kurve 7 = b p.

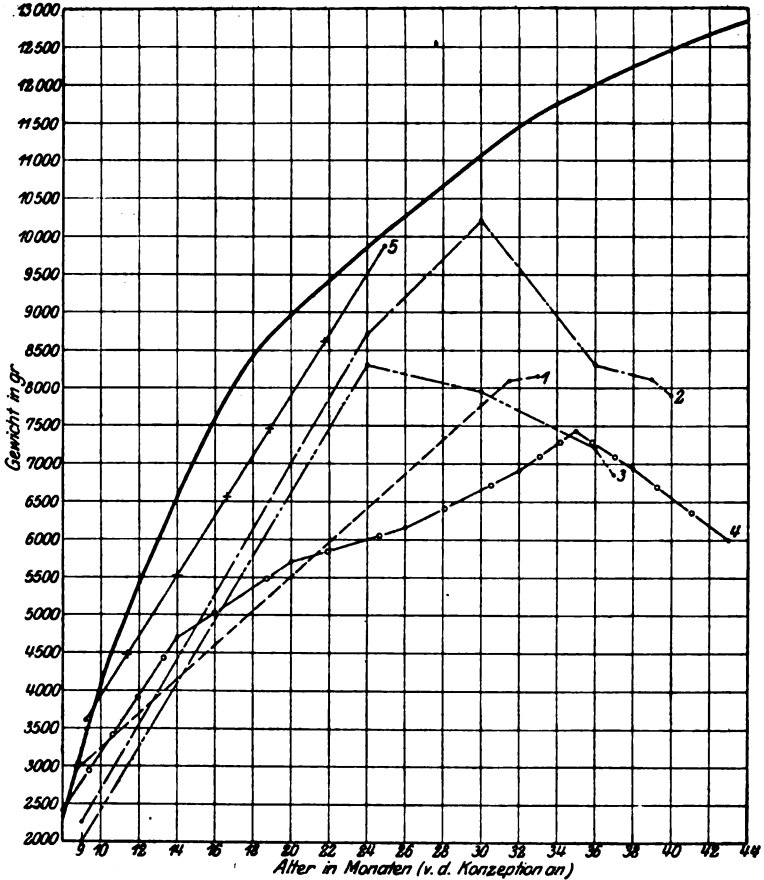
Ergebnis: 5 Kinder. Die Länge ist gegen die Norm wenig zurückgeblieben, der Wachstumstrieb aber ist ein normaler, so daß die einzelnen Kurven fast genau zu dieser parallel verlaufen. Das Gewicht zeigt ebenfalls lange Zeit keinerlei Beeinträchtigung, erst wenn die Krankheit in ihr Endstadium, das des allgemeinen Marasmus eintritt, beginnt es halt zu machen bzw. zu sinken. Dementsprechend stehen rohe und reduzierte P.-I. sehr hoch.

c)

(1 = 13, 2 = 14, 3 = 15, 4 = 16, 5 = 17, 6 = 18, 7 = 19, 8 = 20, 9 = 21, 10 = 22, 11 = 23, 12 = 24, 13 = 25, 14 = 26, 15 = 27, 16 = 28, 17 = 29, 18 = 30, 19 = B, 20 = C, 21 = D.)

Hier habe ich noch einige Literaturangaben nachzutragen, da der Mongolismus bezüglich Wachstumsfragen sich eines lebhafteren Interesses erfreut als die übrigen Schwachsinnszustände des Kindesalters. Trotzdem scheiden sich die Ansichten hierüber in zwei Lager: Siebert, Vogt und Kassowitz, um die bedeutendsten zu nennen, halten das Längenwachstum der Mongolen für gar nicht oder nur wenig retardiert, ja selbst übernormale Masse für keineswegs selten. Berblinger spricht von „Wachstumsanomalien bei Mongolismus“,

ohne sich genauer über die Art derselben zu äußern. Folgende Autoren aber nehmen das Gegenteil an: Dolega berichtet, daß zwischen dem 6. und 7. Lebensjahr die Wachstumsdifferenz gegen die Norm am größten sei. Kellner schätzt das Längendefizit auf 10,8 % im Mittel, Apert auf rund $\frac{1}{4}$. (Apert: „Dans l'ensemble, le corps est moins développé que chez un enfant du même âge; l'enfant, en taille comme en poids est en

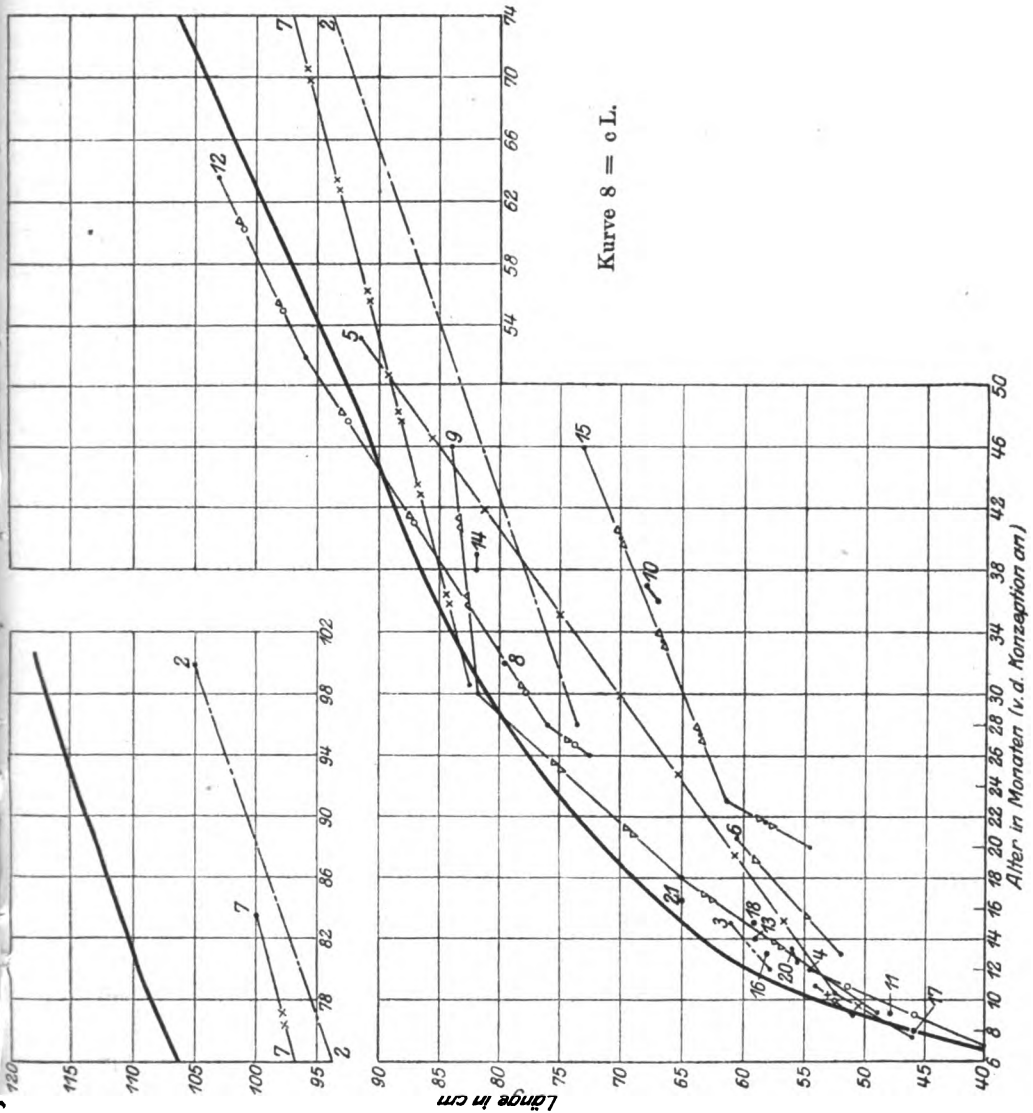


Kurve 6 = b G.

retard d'un cinquième environ sur la taille et les poids normaux du même âge“.) Nach Weygandt (e) endlich findet sich „zweifellos auch (im Original nicht gesperrt) Minderwuchs, selbst Zwergwuchs“.

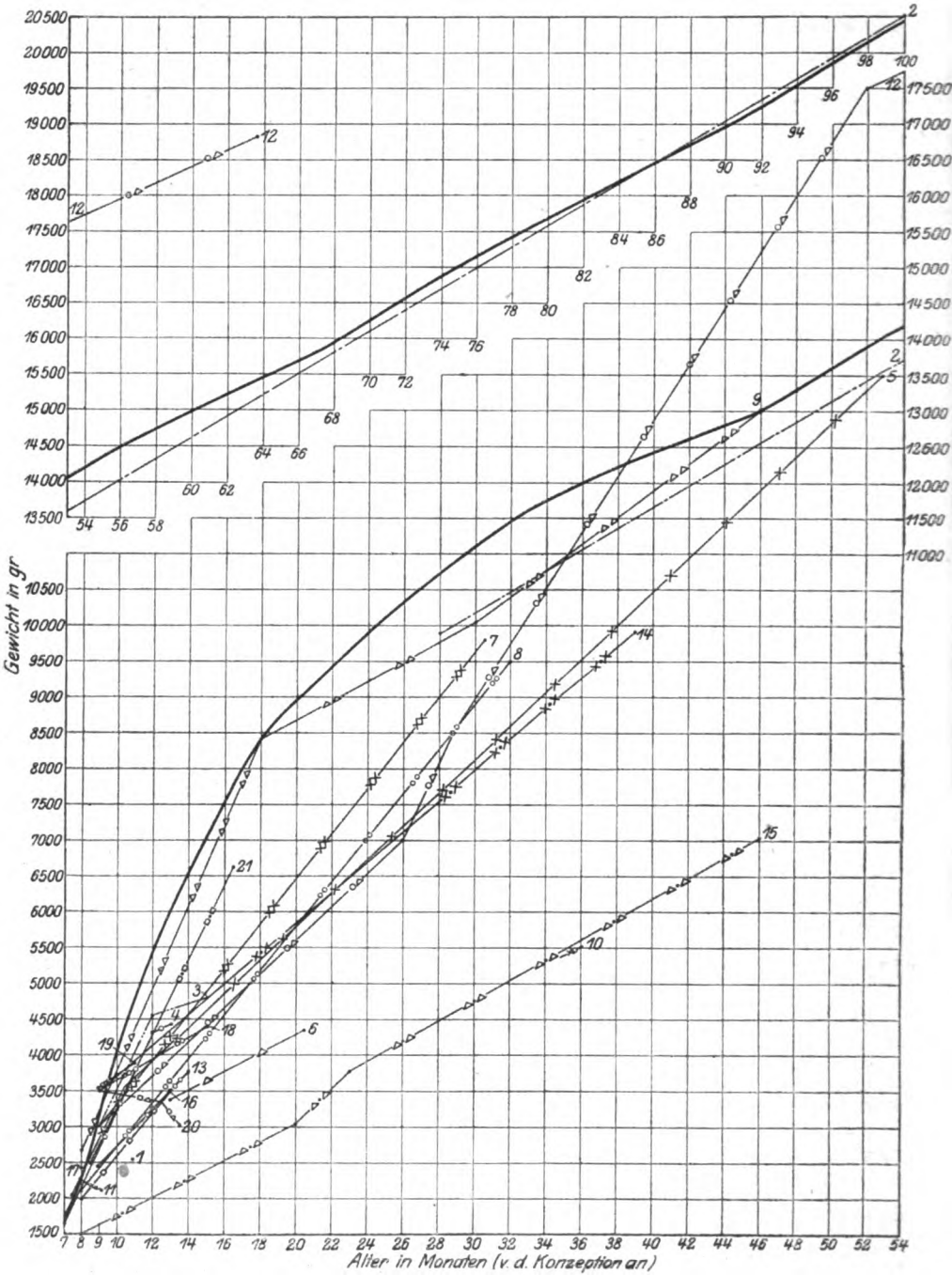
Ergebnis der Kurven 8, 9 und 10: 21 Kinder. Bei Geburt geringes aber deutliches Zurückbleiben der Länge hinter der Norm, das sich im Laufe des 1. Lebensjahres noch etwas vergrößert. Dann aber tritt eine Erholung ein, so daß der Minderwuchs relativ ein geringgradiger wird. Ebenso verhält sich das Gewicht, bei dem aber die Ausschläge anfänglich weit größere sind. Die P.-I. zeigen demnach in den ersten Lebensjahren eine bedeutende Bevorzugung der Länge, die aber mit steigendem Alter immer geringer wird, so daß bei den älteren Kindern die Durchschnittskurve über ihren P.-I. verläuft. In „Statur“

ausgedrückt haben wir es also bei den jüngeren mit zu langen, bei den älteren mit zu dicken Kindern zu tun. Der Wendepunkt liegt ungefähr an der Grenze des 3. und 4. Jahres bürgerlichen Alters. Alles in allem ist ein Zurückbleiben der gesamten Entwicklung unverkennbar, das Ausmaß des Fehlbetrages aber ist relativ gering.



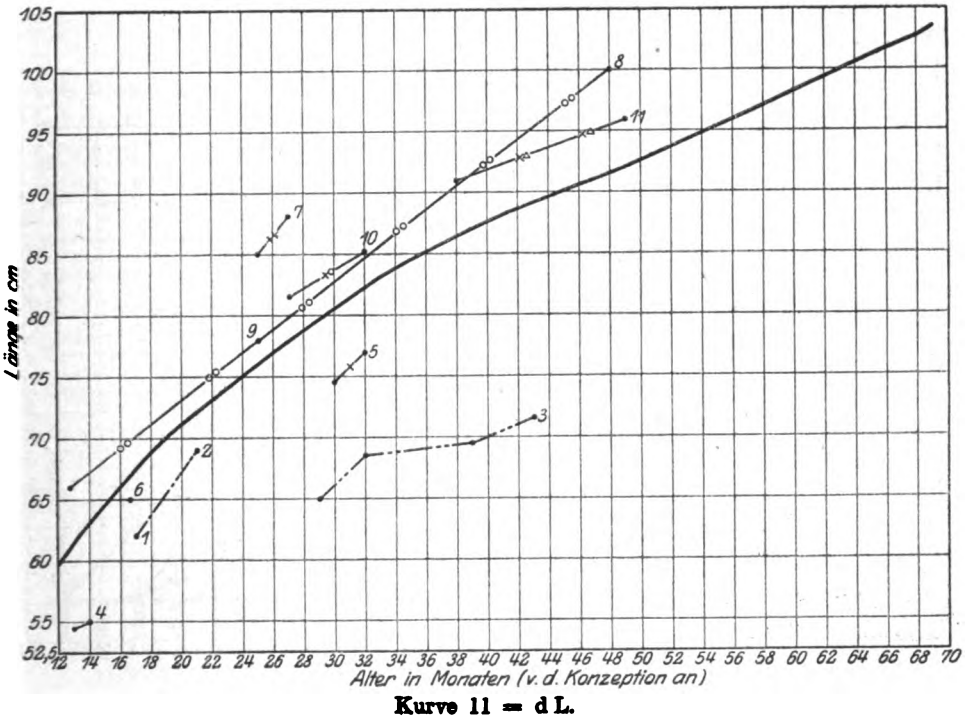
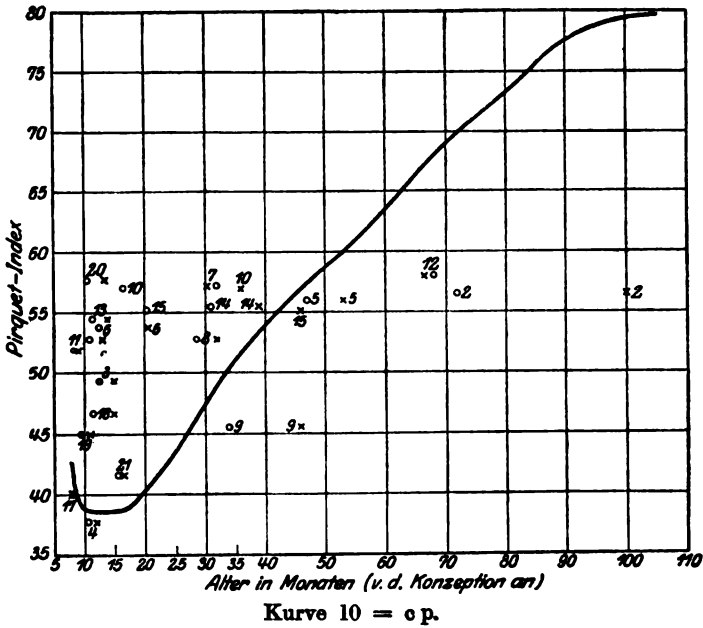
Wie erklären sich aber nun diese Widersprüche in den Angaben der oben genannten Autoren? So klein die Zahl meiner eigenen Fälle ist, so glaube ich doch daraus schließen zu dürfen, daß diese Verschiedenheiten einerseits begründet sein können in einer einseitigen Zusammensetzung des jeweiligen Materials hinsichtlich des Alters, während andererseits meine Tafeln lehren, daß zwar

die Mehrzahl der Mongolen dem oben geschilderten Verhalten folgt, einige wenige aber Extreme darstellen, wobei die körperlich zurückgebliebenen



Kurve 9 = c G.

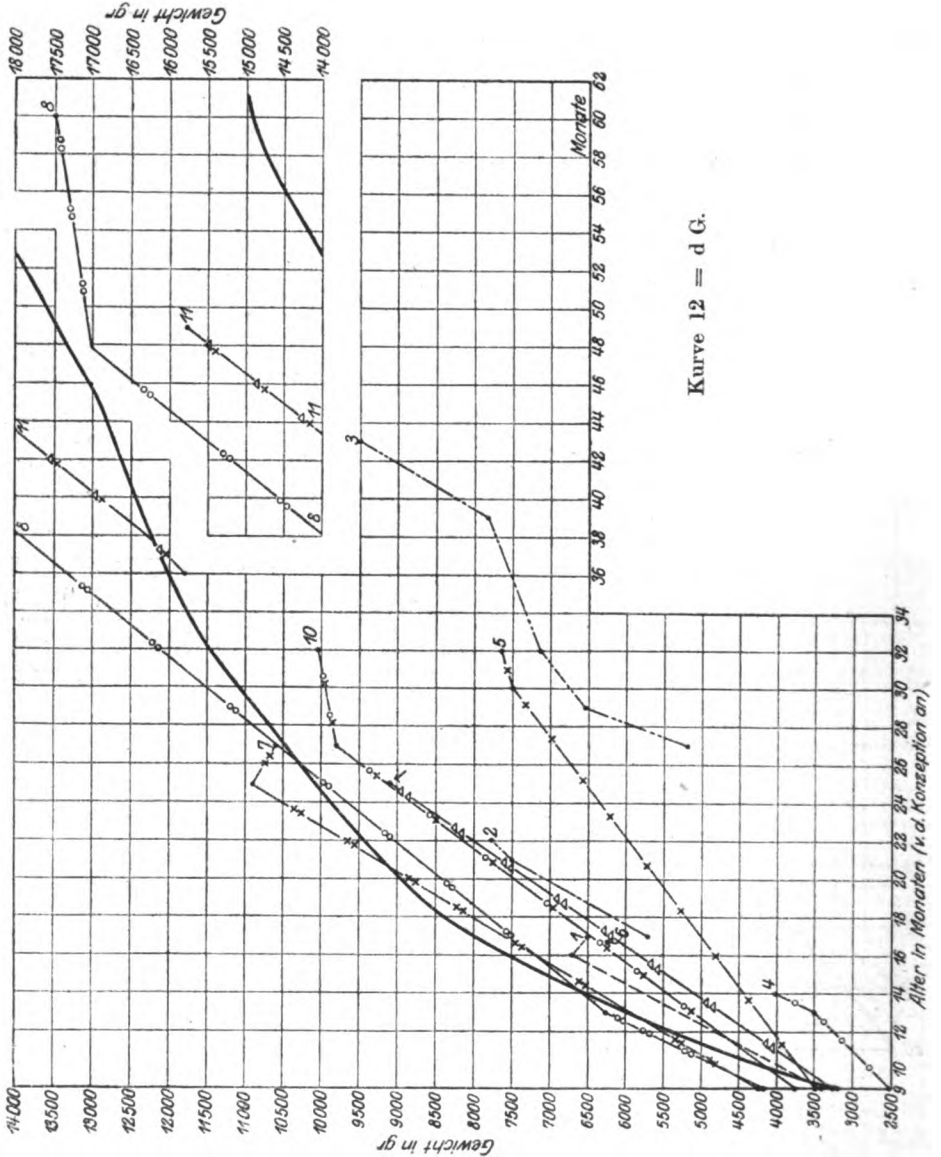
häufiger sind als die zu großen. Je kleiner also die Zahl der Beobachtungen ist, desto stärker kommen Abweichungen von der Norm zur Geltung, desto



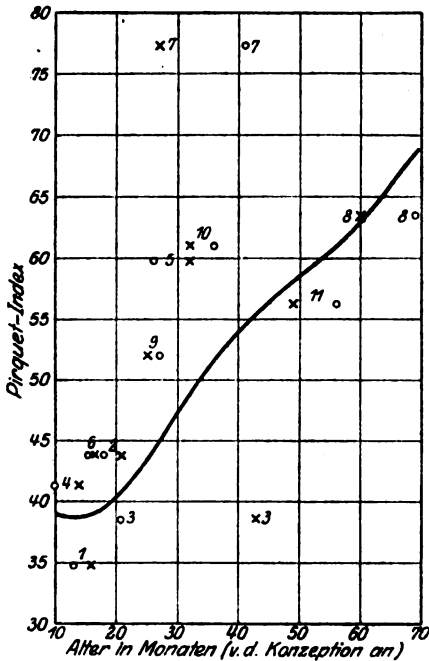
leichter führen sie zu irrigen Auslegungen. Ich glaube daher mich Kassowitz, Siegert und Vogt, die wohl über die größte persönliche Erfahrung auf diesem Gebiete verfügen, in der oben geäußerten Ansicht anschließen zu müssen.

d)

(1 = 31, 2 = 32, 3 = 33, 4 = 34, 5 = 35, 6 = 36, 7 = 41, 8 = 42, 9 = 43, 10 = 44, 11 = 45.)



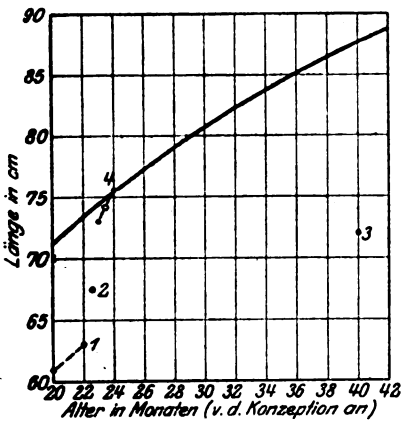
Ergebnis: 11 Kinder. Die 5 Kinder 7—11 sind die Vertreter jener Krankheitsform, die ich oben als „epileptoide Idiotie“ bezeichnet habe. Auch hier nehmen sie eine Sonderstellung vor den übrigen ein, indem sie insgesamt



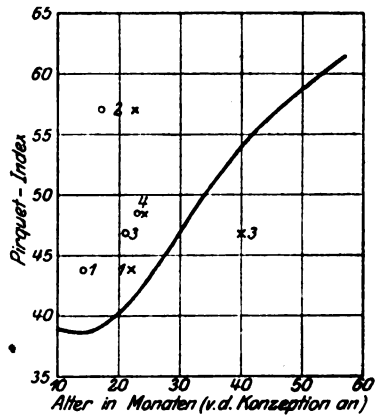
Kurve 13 = d p.

von übernormaler Körpergröße sind, während bei den übrigen 6 das Umgekehrte der Fall ist. Groß freilich ist dieses differente Verhalten der beiden Gruppen nicht, besonders nicht beim Gewicht. Die Lage der P.-I. ist demzufolge auch keine ganz gleichmäßige.

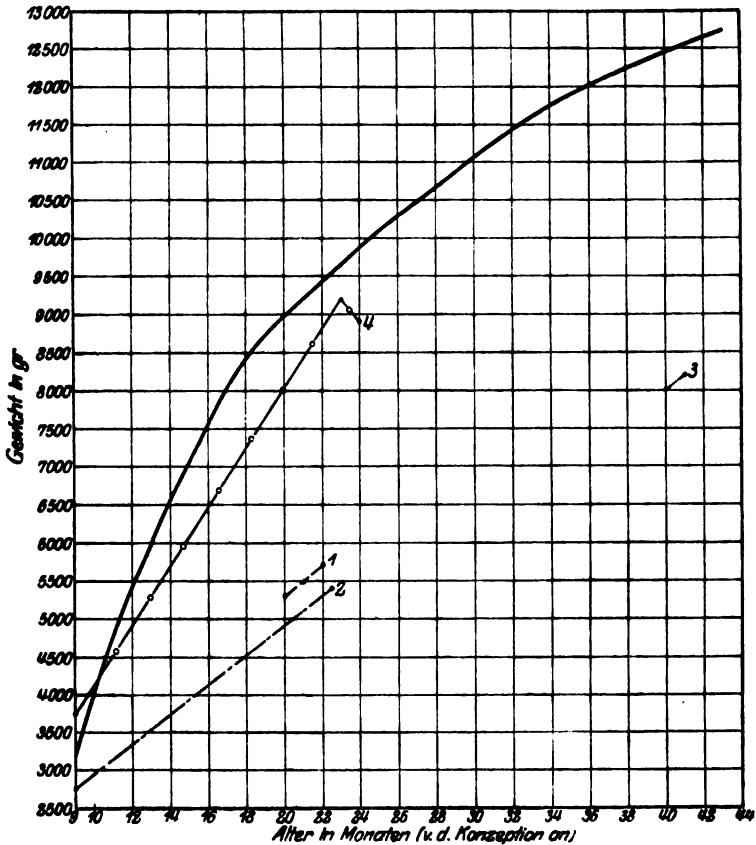
e)



Kurve 14 = e L.



Kurve 16 = e p.



Kurve 15 = e G.

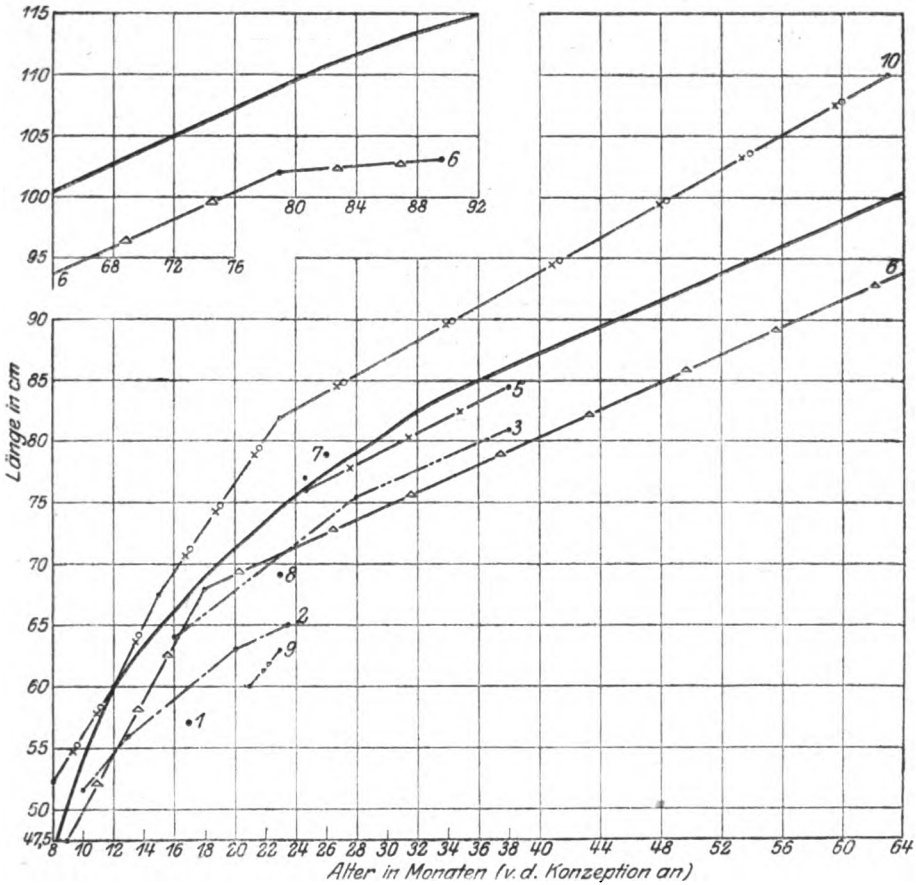
(1 = 37, 2 = 38, 3 = 39, 4 = 40.)

Ergebnis: 4 Kinder. Mit Ausnahme eines Patienten ausgesprochene Schädigung des Längenwachstums, starke des Gewichtes, wie besonders aus der p-Kurve hervorgeht. Ich bin aber geneigt diesen Befund als eine Folge der Lues an sich zu deuten, die bei dreien von ihnen die unmittelbare Todesursache wurde.

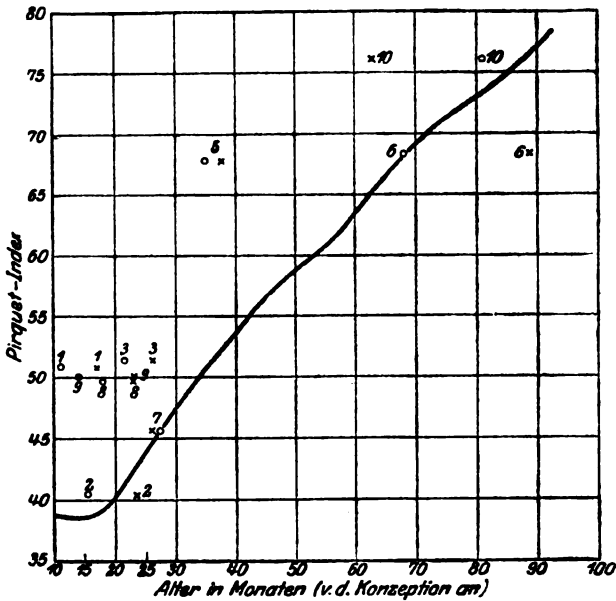
f)

(1 = 46, 2 = 47, 3 = 48, 4 = 49, 5 = 50, 6 = 51, 7 = 52, 8 = 53, 9 = 54, 10 = 66.)

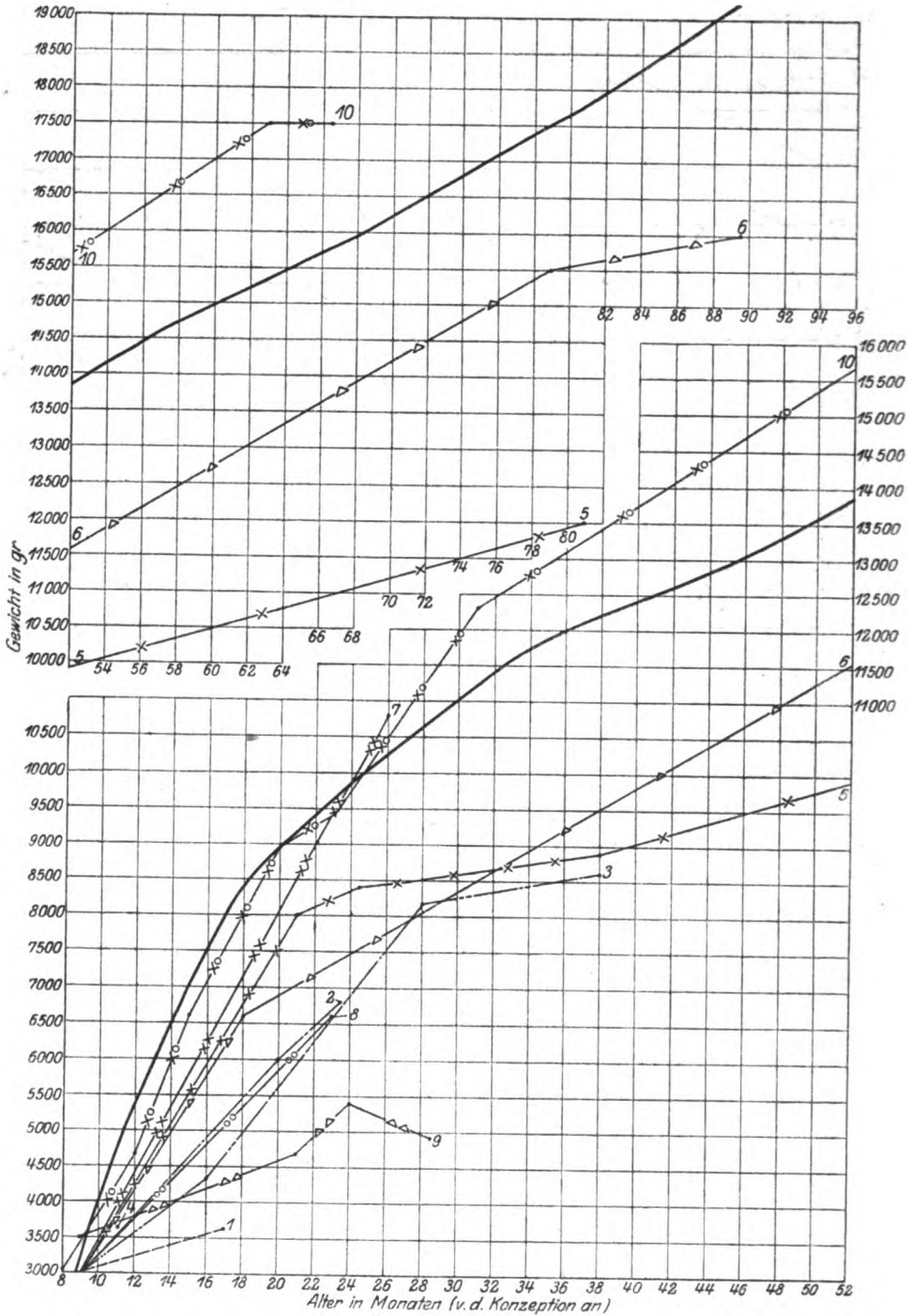
Ergebnis: 10 Kinder. Fall 10, bei dem es sich um ein postnatales Trauma handelte, zeigt ein besonders im 2. Lebensjahr (von der Konzeption an) stark beschleunigtes Längenwachstum, mit dem das des Gewichtes fast gleichen Schritt hält. Die übrigen bieten dieselben Verhältnisse wie die früheren Gruppen, indem wiederum das Gewicht das meist schwerer geschädigte ist. Auch hier sind die Differenzen von der Norm nicht sehr erhebliche.



Kurve 17 = f L.



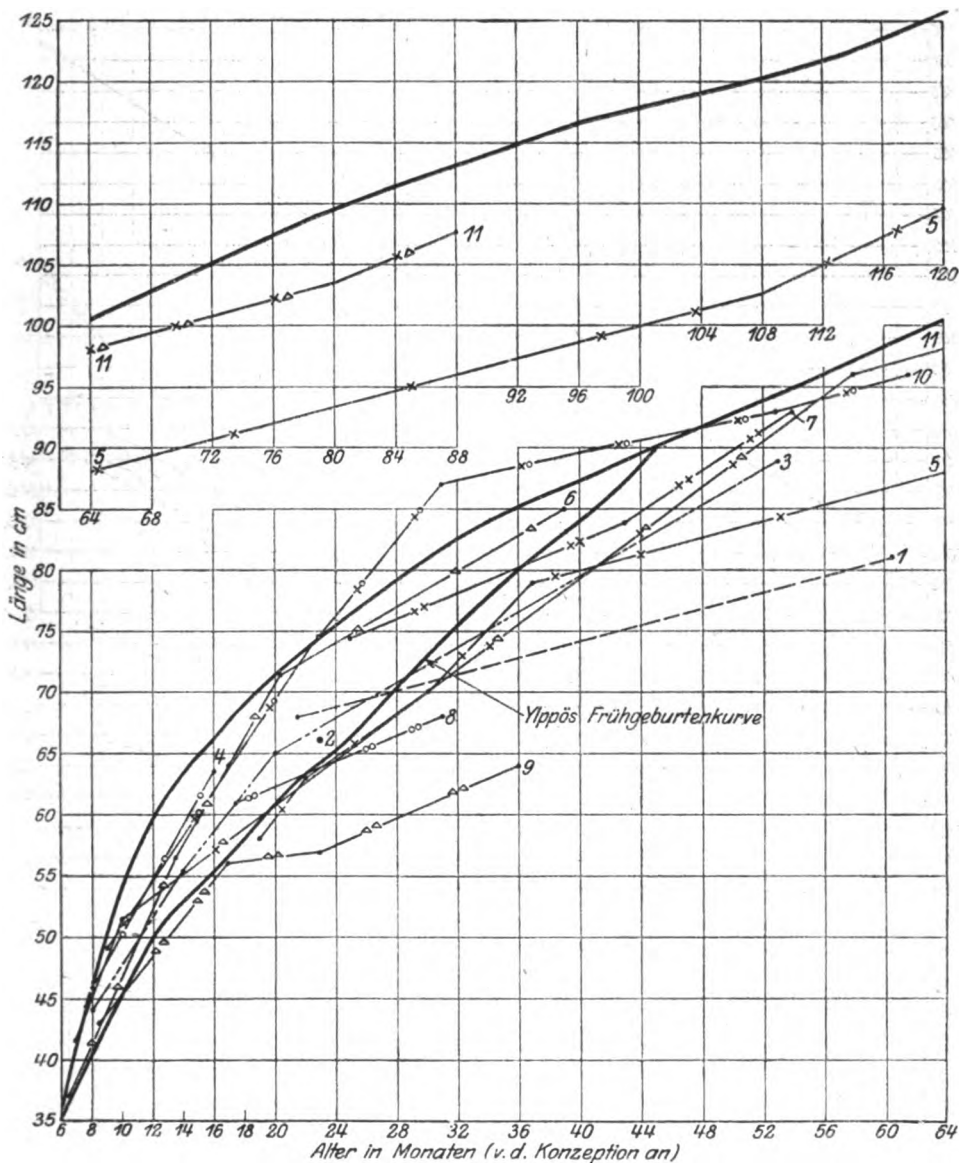
Kurve 19 = f p.



Kurve 18 = f G.

g)

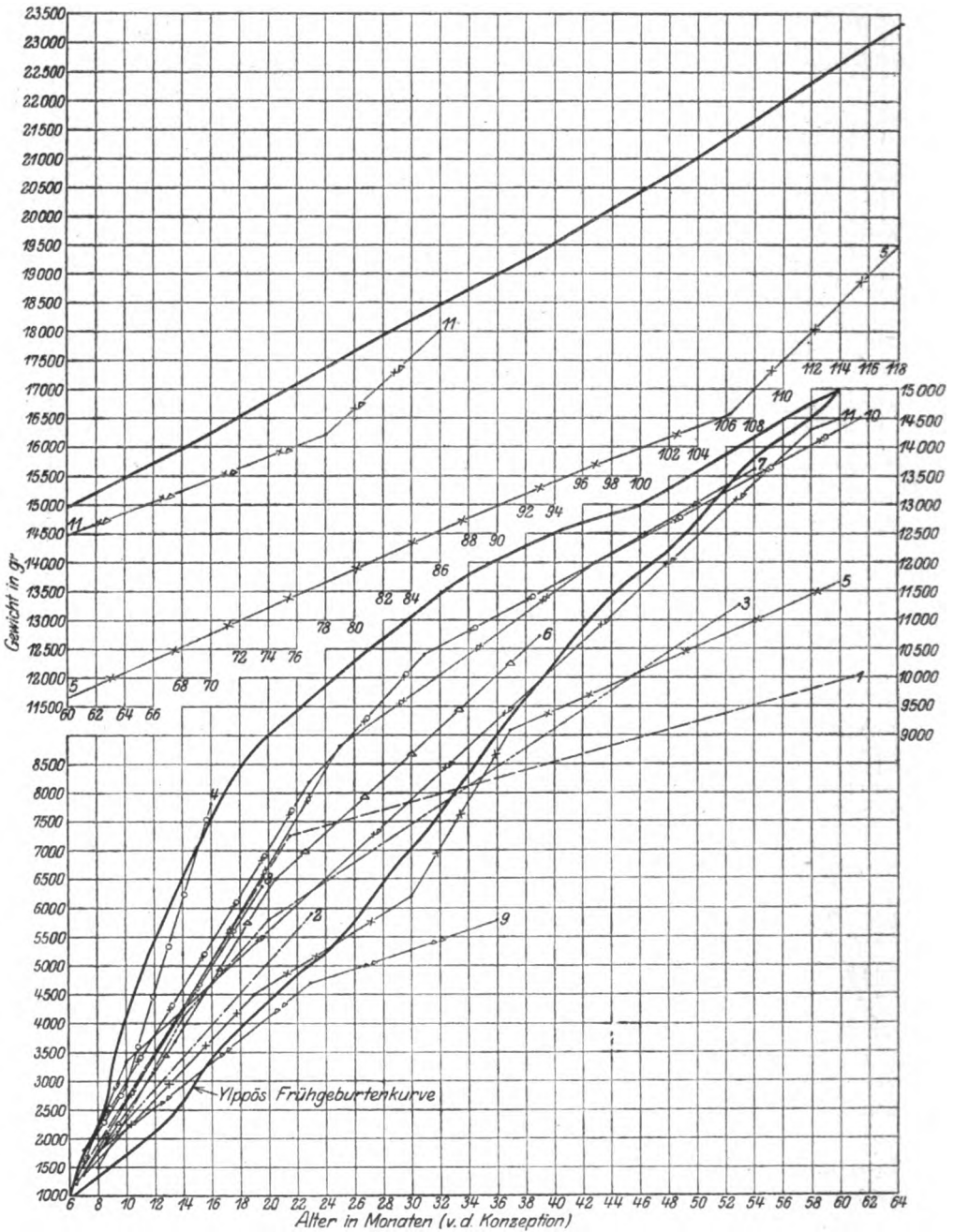
(1 = 55, 2 = 56, 3 = 57, 4 = 58, 5 = 59, 6 = 60, 7 = 61, 8 = 62, 9 = 63, 10 = 64, 11 = 65.)



Kurve 20 = g L.

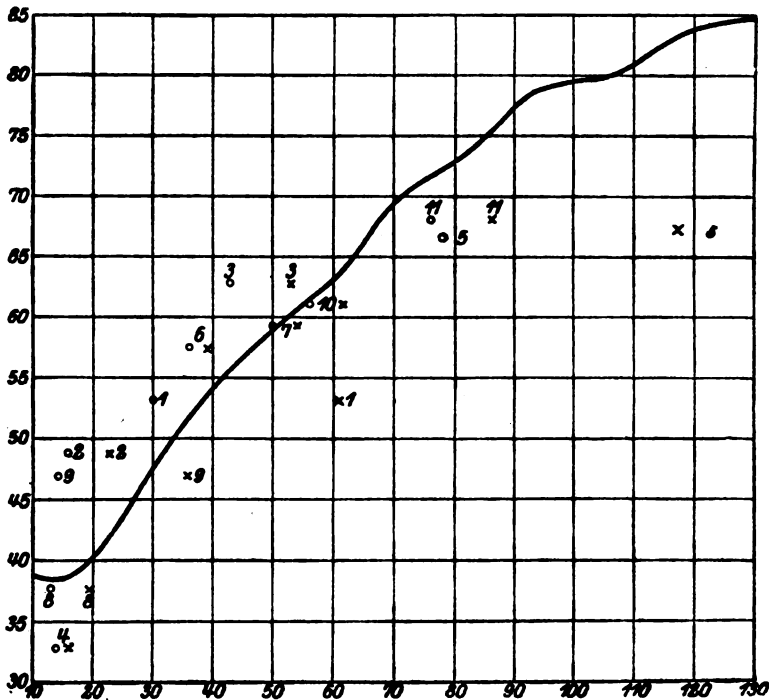
Ergebnis: 11 Kinder. Ylppö hat in seinen Wachstumsstudien gezeigt, daß das frühgeborene Kind eine Verzögerung seiner körperlichen Entwicklung erleidet, die in den ersten Monaten des extrauterinen Lebens am größten ist, dann sich aber repariert, so daß in einem Konzeptionsalter von ca. $3\frac{1}{2}$ Jahren

die Länge, von ca. 5 Jahren das Gewicht die Norm erreicht. Einen etwas weniger, aber ebenfalls deutlich gesteigerten Wachstumstrieb lassen auch meine Kurven erkennen, so daß im großen und ganzen in der mir zur Ver-



Kurve 21 = g G.

fügung gestandenen Beobachtungszeit der Ausgleich noch nicht völlig zustande gekommen ist. Auffallend ist ferner, daß — wie aus der eingezeichneten Kurve Ylppös hervorgeht — anfänglich alle Daten innerhalb dieser und der



Kurve 22 = g p.

Normalkurve, also in der „Schädigungszone“ liegen, um sie dann allmählich nach unten zu verlassen. Lehrreich ist endlich die p-Kurve, nach der eine überraschend große Zahl dieser Kinder normale Statur aufweist.

IV.

Ergebnis und Schlußbetrachtungen. Alle Krankheitsgruppen mit Ausnahme der von mir als „epileptoider Idiotie“ bezeichneten zeigen ein auffallend gleichmäßiges Verhalten: Im Längenwachstum anfänglich ein deutliches, wenn auch nicht hochgradiges Zurückbleiben, das sich aber später mehr und mehr der Norm nähert ohne diese jedoch völlig zu erreichen. Der Zeitpunkt, an dem diese Steigerung des Wachstumstriebes eintritt, liegt ungefähr am Ende des ersten extrauterinen Lebensjahres. Ebenso verhält es sich mit dem Gewicht, nur sind hier, als der labileren und von Zufälligkeiten weit mehr abhängigen Wachstumskomponente, die Ausschläge nach unten meist wesentlich größere. Letzteres gilt selbstverständlich besonders für jene ad exitum gekommenen Patienten, von denen Werte aus der letzten Lebensperiode vorliegen.

Habe ich also tatsächlich auch an meinem Material eine, wenn auch nur geringe Schädigung des Gesamtwachstums konstatieren können, so glaube ich doch die

Gründe hierfür nicht in dem psychischen Defekt sondern in anderen Umständen sehen zu müssen. Vor allem gehören hierher jene Individuen, bei denen anderweitige somatische Anomalien — ich erinnere nur an den angeborenen Herzfehler bei Mongolen — oder schwere allgemeine Infekte — kongenitale Lues usw. — das Wachstumsdefizit erklärlich machen. Ferner fallen meine Untersuchungen größtenteils in die Kriegszeit, eine Periode allgemeiner Unterernährung, deren das kindliche Wachstum schwer beeinträchtigende Wirkung heute schon als erwiesen gelten darf. Füge ich noch bei, daß auch meine, d. h. Friedenthals Durchschnittszahlen sicherlich etwas zu hoch gegriffen sind, d. h. wohl mehr als das Mittel aus einer Reihe nur best gedeihender Kinder anzusehen sind, so komme ich zu dem Schlusse: Daß eine angeborene oder in früher Kindheit erworbene Gehirnerkrankung, die selbst zu schwerstem Idiotismus führt, auf das Wachstum des jugendlichen Organismus keinen wesentlichen Einfluß besitzt, daß also „eine Korrelation zwischen Körperentwicklung und geistiger Entwicklungshöhe“ (Goddart) nicht besteht¹⁾.

Zwei Punkte bedürfen noch einer Aufklärung. Der erste ist der ungefähr um die Wende des 1. Lebensjahres im Wachstum eintretende Umschwung zum besseren, bzw. die vorher bestehende Verlangsamung desselben. Ich glaube eine einfache und naheliegende Lösung darin erblicken zu dürfen, daß gerade bei schwachsinnigen Kindern in den ersten Monaten wohl immer große Schwierigkeiten der Ernährung bestehen, die sich selbstverständlich in hohem Maße im Gewicht bemerkbar machen. Diese langdauernde Unterernährung aber läßt auch das Längenwachstum nicht unberührt, wie wir dies von den chronischen Ernährungsstörungen des Säuglings, sowie von Experimenten am jungen Tier her kennen. Mit der Behebung dieser Schwierigkeiten, die ungefähr gegen Ende des 1. Lebensjahres allmählich eintritt, setzt auch der Wachstumstrieb in normaler oder übernormaler Weise ein. — Der zweite Punkt betrifft den Widerspruch, der zwischen den Angaben der oben gebrachten Autoren und meinen Ergebnissen besteht. Die bisher vorliegenden Messungen an kindlichen Idioten stammen zum ganz überwiegenden Teile aus Irren- und anderen Anstalten, Häusern, in denen die Lebensbedingungen oft keineswegs ideale sind und deren Insassen in der Hauptsache aus den ärmeren Bevölkerungsschichten sich rekrutieren. Da Pfaundler uns den weitgehenden Einfluß des Milieus auf das Wachstum kennen gelehrt hat, meine Kinder aber aus den verschiedensten sozialen Kreisen stammen, so glaube ich berechtigt zu sein die Unterschiede zwischen dort und hier zu einem nicht kleinen Teil auf dieses Konto buchen zu dürfen. Einen weiteren Grund der Unstimmigkeiten sehe ich ferner darin, daß die von verschiedenen Autoren benützten und in den betreffenden Arbeiten meist nicht einmal gebrachten Normalzahlen zu hohe gewesen sein dürften.

Das Hauptresultat meiner, ja nur auf eine relativ geringe Zahl von Fällen sich stützenden Untersuchungen glaube ich in der Forderung einer gründlichen Revision der heute gültigen Anschauungen über das Wachstum geistig schwer geschädigter Kinder und in dem Wunsche nach einer Neubearbeitung

¹⁾ Ich betone ausdrücklich, daß z. B. das Myxödem als Erkrankung des endokrinen Systems mit „Auch“-Gehirnbeteiligung hiervon ausgeschlossen ist.

dieses Themas erblicken zu dürfen, die sich vor allem auf eine reinliche Scheidung der einzelnen Formen des Schwachsinnns, sei es nach klinischen, ätiologischen oder sonstigen Gesichtspunkten aufbauen muß.

Literatur.

1. Alt, Jahresversamml. d. deutsch. Vereins f. Psychiatr. München. April 1906. Disk.-Bem. — Ref. Psych.-neur. Wochenschr. 8. 88. 1906/07.
2. Alzheimer, Protok. d. 2. Jahresversamml. d. Ver. bayer. Psychiatrer. Ansbach. Mai 1904. — Ref. Allg. Zeitschr. f. Psych. 61. 888. 1904.
3. Apert, Le mongolisme. Le Bull. méd. 34. 1920. p. 563.
4. Atwood, Idiotie und hereditäre Syphilis. Journ. of the Amer. med. Assoc. 2. 464. 1910.
5. Bahrdt, Turmschädel und andere Mißbildungen beim Säugling. Vortr. Ges. f. Nat.- u. Heilk. Dresden. I. XI. 19. — Ref. Münch. med. Wochenschr. 67. 464. 1920.
6. Ballantyne, Cerebral ventricular haemorrhages at and soon after birth. Edinbg. med. journ. 25. 63. 1920. Ref. Zentralbl. f. Kinderheilk. 9. 425. 1920.
7. Beatus, Ein Beitrag zur Frage der Beziehung zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Dissert. Breslau 1913. — Ref. Zentralbl. f. Neurol. 26. 134. 1917.
8. Beavor, A case of cong. spin. atrophy usw. Brain 1902. — Zit. bei Bruns, Cramer, Ziehen, Handb. usw.
9. Berblinger, Über Riesen- und Zwergwuchs. Med. Klin. 15. 1029. 1919.
10. Bernheim-Karrer, Zur Diagnose subarachnoidealer Blutungen beim Neugeborenen. Monatschr. f. Kinderheilk. 14. 308. 1918.
11. Bertolotti, Etude d. syndrome oxyceph. considéré dans ses rapports avec la diathèse rach. et l'adénoïdisme. Nouv. Iconogr. d. l. Salpetr. 25. 1. 1912.
12. — Le syndr. oxyceph. ou syndr. de cranio-synostose path. Presse méd. 22. 332. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. 8. 482.
13. Bienfait, Un cas de myat. cong. Annał. d. l. soc. méd. chir. de Liège. 52. 234. 1913. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. 6. 728.
14. Birk, Die Prognose der Kinderkrämpfe. Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung. 9. 338. 1912.
15. Bleuler, Das autist.-undisziplin. Denken in der Medizin usw. Berlin. Springer 1919.
16. Blühdorn, Zur Diagnose und Prognose der Spasmophilie mit besonderer Berücksichtigung des spät. Kindesalters. Jahrb. f. Kinderheilk. 92. 294. 1920.
17. Borchardt, Zerebrale Kinderlähmung und Intelligenz. Zeitschr. f. Krüppelfürs. 4. 39. 1911.
18. Bourneville et Lemaire, Rachitis und Idiotie. XIII. Kongr. d. Psych. u. Neurol. Frankreichs usw. Brüssel, August 1903. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk. 2. 1903.
19. Brückner, Über die ursächlichen Beziehungen zwischen Idiotie und Syphilis. Münch. med. Wochenschr. 57. 1944. 1910.
20. Bullard, Contrib. to the aetiology of idiocy a. imbez. Boston med. and surg. Journ. 1904. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk. 3. 151.
21. Cassirer, Myatonia cong. Handb. d. Neurol. v. Lewandowsky II. Berlin. Springer 1911.
22. Dall, Ärztliche Untersuchungen aus der Hilfsschule für schwachsinnige Kinder zu Karlsruhe. Karlsruhe 1902.
23. Dean, Idiocy and cong. syph. Brit. Journ. of childr.-dis. Sept. 1912. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk. 12. 218.
24. Demme, Über der Einfluß des Alkohols auf den Organismus des Kindes. Stuttgart, Enke 1891.
25. Dibbelt, Klinischer Beitrag zur infantilen Pseudobulbärparalyse. Arch. f. Kinderheilk. 67. 414. 1919.
26. Doehle, Über chronische Pachymeningitis usw. bei Kindern und deren forensische Bedeutung. Verhandl. d. X. internat. med. Kongr. zu Berlin 1890. Zit. bei Finkelstein, Lehrb. d. Säuglingskrankh.

27. Dolega, Über mongoloide Idiotie. Diss. Greifswald 1913. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. 8. 183.
28. Dollinger, Über eigenartig verlaufende (latente) Formen von Meningitis pur. ac. im frühesten Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 21. 9. 1919.
29. — Zur Klinik der infantilen Form der familiären amaurotischen Idiotie. Zeitschr. f. Kinderheilk. 22. 167. 1919.
30. — Zur Ätiologie des Mongolismus. Zeitschr. f. Kinderheilk. 27. 332. 1921.
31. Langdon Down, On some of the ment. affect. of childhood and youth. London 1887.
32. Dürk, Beitrag zur Lehre von der Veränderung und der Altersbestimmung von Blutungen im Zentralnervensystem. Virchows Arch. 30. 29. 1892.
33. Duthoit, A propos d'un cas de myaton. cong. Clinique (Bruxelles) 27. 81 usw. 1913.
34. Eitel, Zwei Fälle von Hydrocephalus int. chron. cong. fam. mit zwei verschiedenen Schädeltypen. Zeitschr. f. Kinderheilk. 22. 25. 1919.
35. Falkenheim, Über fam. am. Idiotie. Jahrb. f. Kinderheilk. 54. 123. 1901.
36. Feer, Der Einfluß der Blutsverwandtschaft der Eltern auf die Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. 66. 188. 1907.
37. Fletscher und Beach, Lancet 1889 zit. nach Wall.
38. Friedenthal, Allgemeine und spezielle Physiologie des Menschenwachstums. Berlin 1914. Springer.
39. Giacomini, I cervelli dei microcephali. Turin 1890 und Una microcefala. Atti della R. Accademia Med. d. Torino 6. 1891.
40. Glüh, Über Mikrozephalie. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachs. 6. 207. 1913.
41. Goddard, The height and weight of feeble-minded children. The Journ. of nerv. and ment. dis. 39. 217. 1912. Ref. Monatschr. f. Kinderheilk. Ref. 12. 830 u. Zeitschr. f. Kinderheilk. 3. 317.
42. Gordon, The incidence of inher. syph. in cong. ment. deficiency. Lancet. 1913 861. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. 7. 240.
43. Gralka, Das Schicksal unserer kongenital-luetischen Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. 92. 205. 1920.
44. v. Gröer, Zur Kenntnis des Meningoenzephalismus. Zeitschr. f. Kinderheilk. 21. 220. 1919.
45. Hamburger, Über Gefäßthrombosen junger Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. 91. 439. 1920.
46. Hannes, Zur Frage nach den Beziehungen zwischen asphyktischer und schwerer Geburt und nachhaltigen psychischen und nervösen Störungen. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynäkol. 68. 689. 1911.
47. — Bestehen nachweisbarer Beziehungen zwischen usw? Neurol. Zentralbl. Nr. 18. 1911.
48. Heller, Grundriß der Heilpädagogik. Leipzig 1914.
49. Herzog, Beiträge zur Pathologie des Turmschädels. Beitr. z. klin. Chir. 90. 464. 1914. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. 8. 258.
50. — Ein Beitrag zur Lehre von den intrakraniellen Blutungen Neugeborener. Diss. München. 1903.
51. Heubner, Das Vorkommen der Idiotie und verwandter Zustände in der Praxis des allgemeinen Arztes. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachs. 1. 97. 1908.
52. Heyn, Statistische Beiträge zur Ätiologie der Idiotie. Psych.-neurol. Wochenschr. 8. 173. 1906/07.
53. Higier, Zur Klassifikation der Idiotie und zur Pathologie ihrer seltenen Formen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 39. 235. 1910.
54. Hoche, Die „Ursache“ bei Geisteskrankheiten. Med. Klin. 16. 1. 1920.
55. Holland, Fetal intrakranial haemorrhage during birth. Brit. med. journ. Nr. 3104. 868. 1920.
56. Husler, Bemerkungen zur genuinen Epilepsie im Kindesalter. Zeitschr. f. Kinderheilk. 26. 239. 1920.
57. — Zur Systematik und Klinik epileptiformer Krampfkrankheiten im Kindesalter. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 19. 624. 1920.
58. Hutinel et Babonneix, La maladie de Little. Annal. de méd. et chir. infant. 16. 625. 1911. Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref. 2. 436.

59. Ibrahim, Klinischer Beitrag zur Kenntnis der zerebralen Diplegien des Kindesalters und der Mikrocephalie. *Jahrb. f. Kinderheilk.* **60.** 731 u. 843. 1904.
60. Ireland, The ment. affect. of children, idiocy, imbecillity a. insanity. London a. Edinburgh 1898.
61. Jendrassik, Die hereditären Krankheiten in Lewandowskys Handb. d. Neurol. II. Berlin. Springer 1911.
62. Jüttermann, Über einen Fall von Turmschädel. *Diss. Göttingen* 1920.
63. Kalischer, S., Der angeborene Hydrozephalus in Lewandowsky Handb. d. Neurol. III. Berlin. Springer 1912.
64. Karger, Zur Kenntnis d. zerebralen Rachitis. *Monatsschr. f. Kinderheilk.* **18.** 21. 1920.
65. Kassowitz, Infantiles Myxödem, Mongolismus und Mikromelia. *74. Vers. d. Ges. deutsch. Naturf. u. Ärzte. Karlsbad 1902. „Verhandlungen“.* Wiesbaden, Bergmann 1903. S. 161.
66. Kellner, Die mongoloide Idiotie. *Münch. med. Wochenschr.* **60.** 746. 1913.
67. — *Ärztl. Verein Hamburg.* **15.** VI. 1920. *Ref. Med. Klin.* **16.** 1147. 1920.
68. Kerlin, Enumeration, classif. a. causat. of idiocy. Philadelphia 1880. *Zit. bei Ziehen.*
69. Kind, *Allg. Zeitschr. f. Psych.* **83.** 595. 1877. *Zit. Schott.*
70. — Über das Längenwachstum der Idioten. *Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh.* **6.** 447. 1876.
71. Klossenberg, Über die fam. amaur. Idiotie. *Czasopismo lekarskie. Festnummer für Bieganski. Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk.* **4.** 694. 1905.
72. Klotz, Die ätiologische Bedeutung des Geburtstraumas für die geistige und körperliche Entwicklung. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref. u. Ergebn.* **8.** 1. 1913.
73. Koerig, Die Ätiologie der einfachen Idiotie verglichen mit derjenigen der zerebralen Kinderlähmung. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* **61.** 133. 1904.
74. Kogan, Statistische Zusammenstellung der Fälle von Idiotie usw. in bezug auf ihre Ätiologie. *Diss. Zürich* 1910.
75. Kowitz, Intrakranielle Blutungen und Pachymen. haem. chron. int. bei Neugeborenen und Säuglingen. *Virchows Arch.* **215.** 233. 1914.
76. Krabbe, Cong. fam. spin. musk. atrophies and their relation to amyotonia cong. *Brain.* **43.** 166. 1920. *Ref. Kongr.-Zentralbl. f. d. ges. inn. Med.* **14.** 538. 1920.
77. Kraemer, Über positiven Wassermann im Liquor bei nichtluetischer Meningitis. *Münch. med. Wochenschr.* **65.** 1131. 1918.
78. Kraepelin, *Psychiatrie.* IV. Bd. 4. Leipzig. Barth 1915.
79. Kröber, Beitrag zur Frage des ursächlichen Zusammenhanges der Syphilis mit der Idiotie. *Med. Klin.* **7.** 1239. 1911.
80. Küttner, Der angeborene Turmschädel. *Münch. med. Wochenschr.* **60.** 2209. 1913.
81. Langer, Pathothermie und aregenerat. Anämie bei Zerstörung des Großhirns durch intrauterine Blutung. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **22.** 359. 1919.
82. Lippmann, Über die Beziehung der Idiotie zur Syphilis. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenkrankh.* **39.** 81. 1910.
83. Loetsch, Beitrag zur Kenntnis der endogenen Muskelatrophie. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **19.** 97. 1919.
84. Lucas and Southard, *Contribut. to the neurology of the childr.* III. *Boston med. a. surg. Journ.* **169.** 341. 1913. *Ref. Zeitschr. f. Kinderheilk. Ref.* **6.** 716.
85. Mayer, Über die intrakranielle Blutung der Neugeborenen infolge der Geburt. *Zentralbl. f. Gynäk.* **39.** 795. 1915.
86. Mayet, Verwandtenehe und Statistik. *Jahrb. d. internat. Ver. f. vergl. Rechtswissenschaft u. Volkswirtschaftslehre.* **6.** u. 7. *Zit. bei Lenz, Die Bedeutung der statistisch ermittelten Belastung mit Blutsverwandtschaft der Eltern.* *Münch. med. Wochenschr.* **66.** 1340. 1919.
87. Meltzer, Zur Pathogenese der Optikusatrophie und des sog. Turmschädels. *Neur. Zentralbl.* 1908. Nr. 12.
88. Müller und Singer, Bericht über das Schicksal ausgiebig behandelter Lucaskinder usw. *Arch. f. Kinderheilk.* **67.** 161. 1919.
89. Neumayer, Die histologischen Veränderungen der Großhirnrinde bei lokalem Druck. *Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk.* **8.** 167. 1895.

90. Neurath, Über Idiotie im Kindesalter. *Med. Klin.* 1. 199. 1909.
91. Nießl v. Mayendorf, Zur Topographie der kortikalen Innervationspunkte des Schling- und Kauaktes. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 49. 243. 1919.
92. Noeggerath, Die Kriegssterblichkeit der badischen Kinder. In *Beiträge zur soz. Hygiene des Säuglings- und Kleinkinderalters*, herausg. v. Rott. Berlin 1920. Stilke.
93. Oberwarth, Diskussionsbemerkg. z. Vortr. von Kassowitz (65).
94. Opitz, Über Wachstum und Entwicklung untergewichtiger ausgetragener Neugeborener. *Monatsschr. f. Kinderheilk.* 18. 145. 1914/16.
95. Oppenheim, Demonstration eines Falles von Myatonie cong. in *Berl. med. Ges.* 24. 2. 1904. Ref. *Berl. klin. Wochenschr.* 41. 255. 1904.
96. Pfaundler, Körpermaßstudien an Kindern. I—VI. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* 14. 1. 1916.
97. Piper, *Zur Ätiologie der Idiotie*. Berlin. Kornfeld 1893.
98. v. Pirquet, Eine einfache Tafel zur Bestimmung von Wachstum und Ernährungszustand bei Kindern. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* 6. 253. 1913.
99. Pollak, E., Pathologie und Pathogenese der Epilepsie. *Jahreskurse f. ärztl. Fortbildung.* 11. 1920. Maiheft.
100. Potpeschnigg, Zur Kenntnis der kindlichen Krämpfe und ihrer Folgen für das spätere Alter. *Arch. f. Kinderheilk.* 47. 360. 1908.
101. Poynton, Amaurot. fam. Idiotie. *Brit. med. Journ.* Nr. 2523. Ref. *Monatsschr. f. Kinderheilk.* Ref. 9. 1910.
102. Ranke, Über Gehirnveränderungen bei der angeborenen Syphilis. *Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachsinn.* 2. 32. 81 u. 211. 1908.
103. — Anthropometrische Untersuchungen an gesunden und kranken Kindern mit besonderer Berücksichtigung des schulpflichtigen Alters. *Zeitschr. f. Schulgesundheitspflege* 18. 719 u. 816. 1905.
104. Rehm, Die Bedeutung der Syphilis-Ätiologie bei idiotischen, schwachsinnigen und psychopathischen Kindern. *Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachsinn.* 6. 201. 1913.
105. — Ernährungsversuche mit vegetabilischer Kost an geisteskranken Kindern. — Beitrag zur Kenntnis der Größe und des Gewichtes geisteskranker Kinder. *Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachsinn.* 6. 45. 1913.
106. v. Reuß, *Die Krankheiten der Neugeborenen*. Berlin. Springer 1914.
107. Rieping, Zur Pathogenese des Turmschädels. *Deutsche Zeitschr. f. Chir.* 148. 1. 1919.
108. Rösch, *Beobachtungen über den Kretinismus*. Tübingen 1850.
109. Roth, Zur Genese und Ätiologie der Pachymeningitis haem. int. *Berl. klin. Wochenschr.* 57. 175. 1920.
110. Runge, *Die Krankheiten der ersten Lebensstage*. 3. Aufl. Stuttgart. Enke 1906.
111. Savini-Castaneo und Savini, Beitrag zur Ätiologie, Pathogenese und pathol. Anat. der Tay-Sachschen fam. am. Idiotie. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* 7. 321, 1913.
112. Schaffer, Pseudobulbärparalyse, verursacht durch einseitigen kortikalen Herd. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 6. 196. 1911.
113. Schäfer, *Berl. Ges. f. Geburtsh. u. Gynäk.* 25. VI. 1920. Ref. *Deutsche med. Wochenschrift* 46. 1177. 1920.
114. Van der Scheer, Über Mongolismus. *Med. Maandschr. v. Verlosk. en Vrouwenziekten en Kindergeneesk.* 1919. 214. Ref. *Jahrb. f. Kinderheilk.* 91. 385. 1920.
115. Schlesinger, *Schwachbegabte Kinder*. Stuttgart. Enke 1907.
116. Schluß, Zur Kenntnis der Ätiologie der angeborenen und frühzeitig erworbenen psychischen Defektzustände. *Psych.-neurol. Wochenschr.* 8. 435. 1906/07.
117. Schmincke, Über multiple Narbenbildung in der Großhirnrinde, kombiniert mit fibröser Leptomeningitis und Pachymeningitis haem. int. bei einem 5 Monate alten Kinde. *Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych.* 51. 281. 1919.
118. Schmitt, Über die Lebensaussichten unreifer und schwach entwickelter Neugeborener. *Zeitschr. f. Geb. u. Gynäk.* 81. 382. 1919.
119. Schnitzer, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn. *Zeitschr. f. Psychotherap. u. med. Psychol.* 1. 95. 1909.
120. Scholz, *Anomale Kinder*. Berlin. Karger 1912.

121. Schott, (a) Über die Ursachen des Schwachsinnns im jugendlichen Alter. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 61. 195. 1919.
122. — (b) Über die ursächlichen Beziehungen zwischen Tuberkulose und Schwachsinn. Zeitschr. f. d. Erf. u. Beh. d. jug. Schwachs. 6. 265. 1913.
123. — (c) Über Hirnentzündung im Kindesalter. Jahrb. f. Kinderheilk. 90. 175. 1919.
124. — (d) Die Bedeutung der Geburtsschädigung für die Entstehung des Schwachsinnns und der Epilepsie im Kindesalter. Arch. f. Gynäk. 118. 336. 1920.
125. — Die Bedeutung der Infektionskrankheiten für die Entstehung des kindlichen Schwachsinnns. Arch. f. Kinderheilk. 68. 10. 1920.
126. Schüller, Dystrophia adiposo-genit. in Lewandowskys Handb. d. Neurol. IV. Berlin. Springer 1913.
127. Schultze, Fr., Über Befunde von Hämatomyelie und Oblongatabläutungen mit Spaltbildung bei Dystokien. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 8. 1. 1895.
128. Seitz, Über die durch intrauterine Gehirnhämorrhagien entstandenen Gehirndefekte und d. Encephalitis congenita. Arch. f. Gynäk. 88. Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk. 7. 346.
129. Shuttleworth, Bericht über 350 Fälle von Mongolismus in der Med. Gesellsch. zu Belfast. Brit. med. Journ. 2. 661. 1909. Zit. bei 130.
130. Siegert, Der Mongolismus. Ergebn. d. inn. Med. u. Kinderheilk. 6. 565. 1910.
131. Simmond, Two cas. of intracran. cerebr. hemorrhage in the newborn rel. by operat. Boston med. and surg. Journ. 166. 43. Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk. Ref. 12. 783. 1913.
132. Sklarek, Körperlänge und Körperwachstum bei idiotischen Kindern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 58. 1112. 1901.
133. Spatz, Über eine besondere Reaktionsweise des unreifen Zentralnervengewebes. Zeitschr. f. d. ges. Neur. u. Psych. 53. 363. 1920.
134. v. Starok, Zur Kasuistik der fam. amaur. Idiotie. Monatsschr. f. Kinderheilk. 18. 139. 1920.
135. Stern, Über positive WaR bei nichtluetischer Gehirnerkrankung. Arch. f. Psych. 61. 1919.
136. Stöltzner, Zur Ätiologie des Mongolismus. Münch. med. Wochenschr. 66. 1493. 1919.
137. Strohmeier, Vorlesungen über die Psychopath. des Kindesalters. Laupp. Tübingen 1910.
138. Thiemich, Über die Schädigung des Zentralnervensystems durch Ernährungsstörungen im Säuglingsalter. Jahrb. f. Kinderheilk. 52. 810 u. 895. 1900.
139. Thiemich und Birk, Über die Entwicklung eklamptischer Säuglinge in der späteren Kindheit. Jahrb. f. Kinderheilk. 65. 16 u. 204. 1907.
140. Thomsen, Boas, Hjort und Leschly, Eine Untersuchung der Schwachsinnigen, Epileptiker, Blinden und Taubstummen Dänemarks mit Wassermanns Reaktion. Berl. klin. Wochenschr. 48. 891. 1911.
141. Tobler, Über kongenitale Muskelatonie (Myat. cong. Oppenh.) Jahrb. f. Kinderheilk. 66. 33. 1907.
142. Vas, Die weiteren Entwicklungs- und Gesundheitsverhältnisse der mit Lues cong. behafteten Kinder. Jahrb. f. Kinderheilk. 75. 452. 1912.
143. Velhagen, Über Turmschädel und Sehnervenatrophie. Münch. med. Wochenschr. 51. 1389. 1904.
144. Vogt, H., (a) Zerebrale Kinderlähmung in Lewandowskys Handb. d. Neur. III. Berlin. Springer 1912.
145. — (b) Fälle von fam. Mikrozephalie. Allg. Zeitschr. f. Psych. 63. 706. 1906.
146. — (c) Epilepsie und Schwachsinnnszustände im Kindesalter. Arch. f. Kinderheilk. 48. 321. 1908.
147. — (d) Die Epilepsie im Kindesalter. Berlin. Karger 1910.
148. — (e) Über einige somatische Eigenschaften der Idioten. Psych.-neurol. Wochenschr. 8. 5. 1906/07.
149. C. u. O. Vogt, Zur Kenntnis der pathologischen Veränderungen des Striatum und des Pallidum und zur Pathophysiologie der dabei auftretenden Krankheitserscheinungen. Sitzungsber. d. Heidelb. Akad. d. Wiss. Jahrg. 1919. 14. Abhdlg. Heidelberg. Winter 1919.

150. Wall, Über die Weiterentwicklung frühgeborener Kinder mit besonderer Berücksichtigung späterer nervöser, psychischer und intellektueller Störungen. *Monatsschr. f. Geb. u. Gynäk.* **37.** 456. 1913.
151. Weicksel, Angeborener Schwachsinn bei Zwillingen. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* **15.** 220. 1913.
152. Weygandt, (a) Idiotie und Schwachsinn im Kindesalter. *Med. Klin.* **1.** 225. 1905.
153. — (b) Über Infantilismus und Idiotie. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* **17.** 613. 1913.
154. — (c) Diskussionsbemerkg. auf Jahresvers. d. deutsch. Ver. f. Psych. München. April 1906. *Ref. Psych.-neur. Wochenschr.* **8.** 88. 1906/07.
155. — (d) Über Mongolismus. Jahresvers. d. Ver. bayer. Psych. Juni 1905. *Ref. Psych.-neur. Wochenschr.* **7.** 221. 1905/06.
156. — (e) Schwachsinn und Hirnkrankheiten mit Zwergwuchs. *Monatsschr. f. Psych. u. Neur.* **35.** 25. 1914.
157. Weyhe, Über die Häufigkeit von Hämorrhagien in Schädel und Schädelinhalt bei Säuglingen. *Diss. Kiel* 1889.
158. Wulff, Die geistige Entwicklungshemmung durch Schädigung des Kopfes vor, während und gleich nach der Geburt des Kindes. *Allg. Zeitschr. f. Psych.* **49.** 133. 1893.
159. Ylppö, Chronisches Fieber ohne im Leben erklärbare Ursache bei Myat. cong. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **14.** 229. 1916.
160. — Path.-anat. Studien bei Frühgeborenen. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **20.** 212. 1919.
161. — Zur Physiologie, Klinik und zum Schicksal der Frühgeborenen. *Zeitschr. f. Kinderheilk.* **24.** 1. 1919.
162. — Das Wachstum der Frühgeborenen von der Geburt bis zum Schulalter. *Ebenda* S. 111.
163. Zadek, Über positive WaR bei nichtluetischer Meningitis. *Münch. med. Wochenschr.* **65.** 1435. 1918.
164. Zangemeister, Studien über die Schwangerschaftsdauer und die Fruchtentwicklung. *Arch. f. Gynäk.* **107.** 405. 1917.
165. Zappert, Organische Erkrankungen des Nervensystems. In *Pfaundler-Schlossmann Handb. IV.* Leipzig. Vogel 1910.
166. Ziehen, (a) Die Geisteskrankheiten des Kindesalters. Berlin. Reuther u. Reichard 1915 u. 1917.
167. — (b) Die Krankheiten des Gehirns und der Gehirnhäute in Bruns, Cramer, Ziehen, *Handb. d. Nervenkrankh. im Kindesalter.* Berlin. Karger. 1912.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON
O. FOERSTER-BRESLAU UND K. WILMANN-HEIDELBERG

HEFT 24

**DIE GEMEINGEFÄHRLICHEN
GEISTESKRANKEN IM STRAF-
RECHT, IM STRAFVOLLZUGE
UND IN DER IRRENPFLEGE**

EIN BEITRAG ZUR REFORM DER STRAFGESETZGEBUNG
DES STRAFVOLLZUGES UND DER IRRENFÜRSORGE

VON

DR. PETER RIXEN
NERVENARZT IN BRIGG



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER
1921

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.
Copyright 1921 by Julius Springer in Berlin.**

Vorwort.

Es gibt wenige Probleme, die von so großer, weittragender Bedeutung für die Irrenpflege, das Strafrecht und den Strafvollzug sind, wie die Behandlung der gemeingefährlichen Geisteskranken. Seit mehr als einem halben Jahrhundert ist diese Frage ein Gegenstand lebhafter Erörterung von seiten der Irrenärzte, Juristen und Strafvollzugsbeamten, die in zahlreichen Abhandlungen und in den Verhandlungen der Fachversammlungen ihren Niederschlag gefunden hat. Trotz der reichen literarischen Arbeit auf diesem Gebiete ist der Streit der Meinungen keineswegs zur Ruhe gekommen. Mein hochverehrter Lehrer Carl Pelman schrieb in seinen „Erinnerungen eines alten Irrenarztes“ (Bonn 1912), die mit ihren köstlichen und ergreifenden Schilderungen die Anteilnahme jedes deutschen Psychiaters erwecken: „Die Frage: Wohin mit den geisteskranken Verbrechern? hat schon unzählige Federn in Bewegung gesetzt und ist bald so, bald so entschieden worden. Sie ist, wie so manche ihrer Schwestern, in erster Linie eine Magenfrage, und die dafür und dagegen vorgeführten Gründe haben ihre Wurzel meist im Geldbeutel. Der Geisteskranke steht außerhalb des Rechtes, und er kann rechtlich für seine Handlungen nicht verantwortlich gemacht, bestraft werden. Hat er die strafbare Handlung in einem Zustande der Geistesstörung begangen, so ist die strafbare Handlung einfach nicht vorhanden, und wird er später im Gefängnis geisteskrank, so hat es wiederum keinen Sinn, die Strafe an einem Unzurechnungsfähigen zu vollziehen. Der Strafvollzug wird folgerichtig aufgehoben, und der geisteskranke Verbrecher der Irrenanstalt überwiesen. Er hat aufgehört, ein Verbrecher zu sein, und ist ein Geisteskranker geworden. Als Geisteskranker gehört er nicht mehr ins Gefängnis, sondern in die Irrenanstalt. Damit hat auch die Verpflichtung des Staates, für ihn zu zahlen, ein Ende, und an seine Stelle tritt die Provinz. Das ist die Logik des Juristen, und dagegen läßt sich bekanntlich nicht aufkommen. Und doch liegt die Sache in ihrer praktischen Ausführung etwas anders. Der Verbrecher ist geisteskrank geworden und damit kein Gegenstand des Strafvollzuges mehr. Ich will darüber nicht streiten. Seinen altgewohnten Rock hat er jedoch damit nicht ausgezogen, seine Neigungen nicht abgelegt, und oft genug tritt seine verbrecherische Natur durch die Erkrankung nur um so unverhüllter zutage. Die Irrenanstalten sind Humanitätsanstalten geworden, die alles, was an Zwang und Strafe erinnert, von sich abgestreift haben und sich emsig bemühen, jede Schranke zu überbrücken, die sie bisher von den übrigen Krankenanstalten schied. In diese freien Anstalten paßt der geisteskranke Verbrecher nicht hinein, er stört an allen Ecken und Enden und bildet eine ständige Gefahr, jedenfalls aber eine Quelle nie ruhender Besorgnis und Unruhe von seiten der Anstalt. Vom Standpunkte des Irrenarztes muß ich darauf bestehen: mag man mit dem geisteskranken Verbrecher machen, was man will, das ist mir vollständig gleichgültig, in die moderne Irrenanstalt aber paßt er nicht hinein, und wir Irrenärzte sollten nicht ruhen im Streite, bis wir ihn aus den Anstalten losgeworden sind.“ (S. 142—144.)

Dieser Auffassung meines alten Lehrers, den nun seit einigen Jahren der Rasen deckt, kann ich nicht zustimmen. Die Frage der Versorgung der geisteskranken Verbrecher kann nicht lediglich vom Standpunkte des Irrenarztes betrachtet werden, auch der Strafanstaltsarzt darf Anspruch darauf erheben, daß sein Urteil darüber gehört wird. Deshalb möge es mir gestattet sein, aus meinem Jahresbericht über die Irrenabteilung der Strafanstalt in Münster aus dem Jahre 1906 eine Stelle anzuführen, die sich auch in der Statistik der zum Ressort des Königlich preußischen Ministeriums des Innern gehörenden Strafanstalten, Berlin 1908, S. 58 und in dem Werke Aschaffenburgs „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke, Berlin 1912, S. 39 u. 40“ findet und folgendes Wortlaut hat: „Eine großzügige, weitschauende psychiatrische Prophylaxe müßte hier (bei der Behandlung der geisteskranken Verbrecher) einsetzen, um die Degenerierten und zu geistigen Erkrankungen Disponierten durch Unterbringung in besonderen Anstalten einerseits vor dem Rückfall in Verbrechen und andererseits vor dem Rückfall in Geistesstörung zu schützen. In den Irrenanstalten bilden diese geisteskranken Verbrecher die störendsten, unruhigsten Elemente, die fortwährend die anderen Kranken aufwiegeln und nicht selten zu Revolten und tätlichen Angriffen auf die Ärzte und Pfleger Anlaß geben. Es ist daher verständlich, daß die Leiter der Irrenanstalten bestrebt sind, diese unruhigen, querulierenden Elemente, sobald als angängig, aus ihren Anstalten zu entfernen. Objekte eines geordneten Strafvollzuges können diese Menschen jedoch nimmer sein, die Strafe hat für sie Sinn und Bedeutung verloren. Ermahnungen und Belehrungen wie Disziplinarstrafen prallen wirkungslos an ihnen ab, ihr Weg führt sie nach kurzer Zeit wieder in die Irrenanstalten. So werden sie wie ein Spielball zwischen Irrenanstalten und Strafanstalten hin- und hergeworfen, und das Ende der Strafzeit ist in manchen Fällen gar nicht abzusehen, weil der Aufenthalt in den Irrenanstalten auf die Strafzeit nicht angerechnet wird. Die jetzige Behandlung der geisteskranken Verbrecher in den Irrenanstalten, das baldige Abschieben derselben in die Strafanstalten ist unwürdig und schädlich. Unwürdig, weil es Aufgabe der psychiatrischen Wissenschaft und der Irrenpflege ist, sich auch der geisteskranken Rechtsbrecher in humaner Weise anzunehmen und durch entsprechende dauernde Fürsorge dem Rückfall derselben in akute geistige Erkrankung vorzubeugen, und direkt schädigend, indem durch Überführung der Degenerierten und Schwachsinnigen in Strafanstalten bei diesen neue geistige Erkrankungen ausgelöst werden.“ Es schien mir nun wünschenswert, an der Hand der vorliegenden Literatur eine zusammenfassende Darstellung darüber zu geben, welche Maßnahmen die deutschen und ausländischen Staaten bisher hinsichtlich der gemeingefährlichen Geisteskranken getroffen haben, und auf Grund meiner in 15jähriger Tätigkeit an Gefängnissen und Strafanstalten gesammelten Erfahrungen darzulegen, in welcher Weise diese ungemein wichtige Frage am besten zu einer befriedigenden Lösung gebracht wird. So übergebe ich die vorliegende Abhandlung, die schon vor dem Kriege begonnen, aber aus äußeren Gründen erst jetzt zu Ende geführt werden konnte, der Öffentlichkeit mit dem Wunsche, daß sie im Kreise der Fachgenossen eine wohlwollende Beurteilung finden, darüber hinaus aber weitere Kreise auf die Wichtigkeit und die Schwierigkeit der Behandlung der gefährlichen Geisteskranken hinweisen möge.

Der Verfasser.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
I. Abschnitt.	
Die geschichtliche Entwicklung des Problems und der Stand der Frage in Deutschland und den außerdeutschen Ländern	1
II. Abschnitt.	
Der Begriff der Gemeingefährlichkeit und die Einteilung der gefähr- lichen Geisteskranken	65
III. Abschnitt.	
Die Zahl der gefährlichen Geisteskranken	75
IV. Abschnitt.	
Gemeingefährlichkeit und Entmündigung	79
V. Abschnitt.	
Die Schwierigkeiten der Behandlung der gefährlichen Geisteskranken in den öffentlichen Irrenanstalten	84
VI. Abschnitt.	
Die Maßnahmen zur Verhütung der Gefährlichkeit bei Geisteskranken	99
VII. Abschnitt.	
Die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken	105
A. Die Zentralanstalten	105
B. Die Adnexe an Strafanstalten	112
C. Die Adnexe an Irrenanstalten	118
D. Die Unterbringung in den gewöhnlichen Irrenanstalten ohne Sondereinrichtungen	122
VIII. Abschnitt.	
Vorschläge auf dem Gebiete der Gesetzgebung zur Bekämpfung der Gefährlichkeit bei Geisteskranken	123
IX. Abschnitt.	
Literaturverzeichnis	129

I. Abschnitt.

Die geschichtliche Entwicklung des Problems und der Stand der Frage in Deutschland und den außerdeutschen Ländern.

In den Jahren 1791, 1792 und 1794 erschien in Halle das Buch des Gefängnis-predigers H. B. Wagnitz „Historische Nachrichten und Bemerkungen über die merkwürdigsten Zuchthäuser in Deutschland“ in 3 Teilen, das „dem Geiste Howards und denen, die er umschwebt“, gewidmet ist und eine sehr wertvolle Fundgrube für die Kenntnis der Zustände in den deutschen Gefängnissen am Ausgange des 18. Jahrhunderts ist. Dem dritten Teile dieses Werkes ist ein Anhang „Über die zweckmäßigste Einrichtung der Gefängnisse und Irrenanstalten“ beigelegt, der kulturhistorisch von ganz besonderem Interesse ist. Daraus ersehen wir, daß in der damaligen Zeit gewöhnlich die Irrenhäuser mit den Zuchthäusern verbunden, und die ersteren in der Regel Adnexe der letzteren waren. Wagnitz führt eine Beschreibung von Becker an, in der es heißt: „So verwahrt man sie — die Irren —, die zum erhabenen Gebrauch ihrer Vernunft bestimmten, edelsten aller erschaffenen Wesen wie seltene Bestien aus Afrika zur Schau oder hebt sie wie leblose Inventariestücke 3, 4, 10, 30 und mehr Jahre auf zu dem nicht eben menschenfreundlichen Endzwecke, sie bald oder spät der Fäulnis im stummen Grabe zu überliefern — ohne zur Hebung der Krankheiten, ohne zur Wiederherstellung ihrer Besinnkraft das Mindeste beizutragen, ohne ihnen die Brauchbarkeit wiederzugeben, wodurch sie der Welt in ihren gesunden Tagen oft so verheerend waren — man verwahrt sie, sage ich, mit einer Indolenz, die unserm Jahrhundert durchaus nicht zur Ehre gereicht.“ Und Wagnitz bemerkt dazu: „Viel Wahres! Dazu kommt die schimpfliche Beimischung von Verbrechern aller Art, mit denen die Unglücklichen, die so sehr unser ganzes Mitleid verdienen — mag sein getrennt, in besonderen Zellen, doch unter demselben Dache, verwahrt und eingeschlossen gehalten, oft auf gleiche Art behandelt, und, so wie sie, jedem neugierigen Fremden, der das Zuchthaus besucht, zum Schauspiel dargestellt werden.“ Wagnitz greift in seinem Denken und Fühlen seiner Zeit weit voraus, wenn er weiter schreibt: „Lauter Umstände, die nicht nur für die Familie des Elenden kränkend und niederschlagend sind, sondern auch oft selbst diesem in vieler Rücksicht nachteilig werden, da sie teils seinen Genesungsfortgang unmöglich machen, teils seine Leiden vergrößern und seinen Zustand verschlimmern, teils, wenn er je wieder hergestellt werden sollte, ihn jederzeit mit Scham an seinen vorigen

Aufenthaltort zurückdenken lassen — wodurch denn nicht nur der Wunsch, daß man nicht so geschwind sein möge, solche Unglückliche aufs Zuchthaus zu schicken, sondern auch der, daß Zucht- und Irrenanstalten überall getrennt werden könnten, wie mich dünkt, vollkommen gerechtfertigt wird.“ „Aber ich weiß wohl“, so fährt er fort, „daß dieser Wunsch von mancherlei Schwierigkeiten begleitet wird, und daß man nicht ganz ohne scheinbaren Grund beide Institute fast überall zusammengeschmolzen und miteinander vereinigt hat, wobei man dann zugleich die Irrenanstalt mehr als Nebenanstalt betrachten mußte. Verrückte, sagt man, gehören doch immer unter das Genus der zu Verwahrenden, bei denen man dahin zu sehen hat, daß sie weder sich noch dem Publikum schädlich werden; was Wunder also, wenn man sie mit einer andern Spezies, die unter eben das Genus gehört, mit Verbrechern in ein Haus bringt. Überdies gibts, wofür Gott zu danken, doch nicht in jeder Provinz so viele, daß für sie eine eigene Anstalt mit dem dazu gehörigen Personale errichtet werden könnte.“ Wagnitz verlangt jedoch dringend eine Trennung der Zuchthaus- und Irrenanstalten. „Verunglückt“, so sagt er, „schon in Anstalten, wo man sich ausschließlich mit solchen Unglücklichen beschäftigt, oft die sorgfältigste Kur, was wird vollends da zu hoffen sein, wo sie meistens ganz übersehen und in den Zellen der Vergessenheit begraben werden!“

Diese Darlegungen des vielgereisten, erfahrenen Gefängnisgeistlichen lassen deutlich erkennen, worin die Vereinigung der Irrenhäuser mit den Strafanstalten bis in das 19. Jahrhundert hinein ihren Grund hatten. Geisteskranke und Verbrecher stellten nach der Auffassung der damaligen Zeit nur verschiedene Spezies desselben Genus humanum, der zu Verwahrenden, vor, für beide Kategorien von Menschen kam gewissermaßen nur die gleiche Behandlungsmethode, die Sicherung, die Unschädlichmachung gegenüber der menschlichen Gesellschaft in Betracht. Im Strafrecht herrschte unumstritten der Vergeltungsgedanke, und dieses Prinzip der Vergeltung kam einer Unschädlichmachung völlig gleich. Wohl hatte Beccaria in seinem berühmten Werke „Dei delitti e delle pene“ schon 1764 auf die Sinnlosigkeit und Schädlichkeit einer solchen Strafjustiz mit Nachdruck hingewiesen, wohl hatte der edle John Howard, der Reformator des Gefängniswesens, das namenlose Elend der Gefängnisse jener Zeit in seinem Buche „States of prisons“ 1776 den Völkern und Fürsten in ergreifender Weise vor Augen geführt, wie wenig aber für eine Verbesserung der Gefängnisse geschehen war, das zeigen die Schilderungen, die Wagnitz in den ersten Teilen seines Werkes gibt.

Noch trauriger und jammervoller als das Schicksal der Gefangenen war das Los der Geisteskranken in jener Zeit. Es gab keine Irrenpflege, wie wir sie kennen. Das Einzige, was geschah, war, daß man die Geisteskranken recht und schlecht verwahrte. Von irgendwelcher Behandlung und Pflege konnte nicht die Rede sein. Die medizinische Wissenschaft beschäftigte sich nur ganz oberflächlich mit den psychischen Erkrankungen, unterschied im wesentlichen nur Melancholie und Manie und empfahl das eine oder andere Heilmittel. Ja, es war ja nicht einmal entschieden, ob der Geisteskranke dem Arzte zur Behandlung überwiesen werden solle oder dem Philosophen. Bis tief in das 19. Jahrhundert hinein bestand nicht nur in Laienkreisen, sondern auch bei Ärzten die Vorstellung, daß Sünde und Schuld die maßgebenden Faktoren bei der Entstehung der Geistesstörungen seien. Das war noch ein Grund mehr, um Ver-

brecher und Geistesranke auf eine Stufe zu stellen und die gleichartige Verwahrung beider Spezies durchzuführen.

In ergreifender Weise haben Esquirol und Reil die Zustände in den Irrenanstalten zu Beginn des 19. Jahrhunderts geschildert.

Esquirol schrieb im Jahre 1818 in einem Bericht an das Ministerium, nachdem er die Einrichtungen zur Unterbringung der Irren in 33 französischen Städten kennen gelernt hatte:

„Diese Unglücklichen werden ärger mißhandelt als Sträflinge, und ihre Lage ist schlimmer als die des Viehs. Fast überall hat man die Geisteskranken in den feuchtesten und ungesundesten Gebäuden untergebracht. Ich sah sie mit Lumpen bedeckt und nur im Besitze von etwas Stroh, um sich gegen die feuchte Kälte des Pflasters zu schützen, auf welchem sie liegen; ich sah sie bei grober Kost, der Luft zum Atmen, des Wassers zum Stillen des Durstes beraubt und der einfachsten Lebensmittel bar, in Gewalt von wirklichen Kerkermeistern und ihrer rohen Behandlung preisgegeben. Ich sah sie in schmutzigen und engen Winkeln, ohne Luft und Licht, angekettet in Höhlen, in welche man sich scheuen würde, jene wilden Tiere einzusperren, welche der Luxus der Verwaltungen mit großen Kosten in den Hauptstädten unterhält“.

Reil gab in seinen im Jahre 1803 erschienenen „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen“ folgende Schilderung der Zustände des Geisteskranken in den Zucht- und Tollhäusern der damaligen Zeit:

„Die Barbarei perenniert, wie sie aus der rohen Vorzeit auf uns übertragen ist. Wir sperren diese unglücklichen Geschöpfe gleich Verbrechern in Tollkoben, ausgestorbene Gefängnisse, neben den Schlupflöchern der Eulen in öde Klüfte über den Stadttoren oder in die feuchten Kellergeschoße der Zuchthäuser ein, wohin nie ein mitleidiger Blick des Menschenfreundes dringt, und lassen sie dasselbst angeschmiedet an Ketten in ihrem Unrat verfaulen. Ihre Fesseln haben ihr Fleisch bis an die Knochen abgerieben, und ihre hohlen und bleichen Gesichter harren des Grabes, das ihren Jammer und unsere Schande zudeckt“.

Eine ausführliche Darstellung des Entwicklungsganges der Irrenpflege in den letzten hundert Jahren gibt auf Grund eingehenden Quellenmaterials Kraepelin in seiner Abhandlung: „Hundert Jahre Psychiatrie. Ein Beitrag zur Geschichte menschlicher Gesittung“. (Zeitschrift für die gesamte Neurologie und Psychiatrie. Orig. Bd. 38, auch als Sonderdruck, Berlin, 1918 erschienen.)

Wohl gab es auch im 18. Jahrhundert vereinzelt Bestrebungen, die darauf abzielten, das bedauernswerte Los der Geisteskranken zu verbessern. Ein bemerkenswertes Beispiel dafür ist die in der Beilage A der Statistik der zum Ressort des Königl. Preußischen Ministeriums des Innern gehörenden Strafanstalten und Gefängnisse für das Jahr 1907 abgedruckten Haus- und Dienstordnung für das Zucht- und Tollhaus zu Celle vom Jahre 1732. In dem damaligen Kurfürstentum Braunschweig-Lüneburg war in den Jahren 1720—1729 mit dem erheblichen Kostenaufwande von 372 000 Mark für 200 Personen bei der Stadt Celle ein Zucht- und Tollhaus errichtet worden, in dem Verbrecher und Geistesranke untergebracht werden sollten. Über dem Eingangstor der noch jetzt als Zuchthaus dienenden Anstalt findet sich unter einer Maske, die das Gesicht eines Verbrechers und eines Geisteskranken zugleich darstellen soll, die noch heute vorhandene Inschrift:

4 Die geschichtl. Entwicklung des Problems und der Stand der Frage in Deutschland usw.

Puniendis facinorosis; custodiendis furiosis et mente captis; publico sumptu dicata domus.

Für diese Anstalt wurde im Jahre 1732 eine Hausordnung erlassen, deren humane Bestimmungen über die Behandlung der Geisteskranken auffallen. Die Irren sollten als beklagenswerte, „miserable“ Leute mit Freundlichkeit und Sanftmut behandelt werden. „Bei ihrer Wartung ist aller ersinnlicher Fleiß und Bemühung aufzuwenden, daß es ihnen an nötiger Pflege nicht gebreche, sie nicht erbittert noch in mehrere Unruhe gesetzt, sondern soviel immer möglich zum stillen Wesen gebracht, auch darinne erhalten werden mögen.“ Die Beamten sollen nicht wieder schelten, wenn die Kranken sie beschimpfen; toben sie gar zu sehr, dann darf die Zelle verdunkelt werden, aber nicht länger als zur Beruhigung nötig ist; sie dürfen ihnen wohl mit Rute und Peitsche drohen, aber sie nur mit Zustimmung des Kommissarius und der Ärzte strafen. Auf Reinlichkeit und Sauberkeit in den Räumen und an ihrer Kleidung ist zu achten; das Essen soll ihnen stets frisch und reinlich gegeben werden. Jedes Reizen der Kranken ist verboten; Fremden ist der Zutritt nur mit Genehmigung des Kommissarius gestattet; die Verwandten dürfen den Kranken etwas mitbringen.“ Wie ein helles Licht in undurchdringlicher Finsternis erscheint diese vom Geiste echter Menschenliebe getragene Verordnung in einer Zeit völliger Verständnislosigkeit und sinnloser Grausamkeit gegenüber den unglücklichen Geisteskranken. Die Verbindung der Irrenanstalt mit dem Zuchthause in Celle bestand bis zum Jahre 1833. Dann wurden die Geisteskranken in die neuerrichtete Irrenanstalt zu Hildesheim übergeführt. Eine ähnliche Verbindung von Irrenanstalt und Strafanstalt bestand am Ende des 18. und zu Beginn des 19. Jahrhunderts in Brieg. Vom Jahre 1750 an wurden in dem 1740 gegründeten Brieger Zuchthause Geisteskranke untergebracht, in dem sie ohne Absonderung von den Gefangenen und ohne Trennung der Geschlechter verwahrt wurden. Erst im Jahre 1784 gelang es den Bemühungen des Dr. E. G. Glawnig, auf dem Gelände der Strafanstalt eine besondere Irrenanstalt für 50 Geisteskranke zu errichten; die Verbindung der Irrenanstalt mit der Strafanstalt blieb aber bis zum Jahre 1810 bestehen.

Der Reformator der Irrenbehandlung und Irrenpflege war Philippe Pinel (1755—1826). Er befreite die Geisteskranken aus den Ketten und Kerkern, in die sie Unwissenheit und Hartherzigkeit gelegt hatte, und trug für eine humane Behandlung derselben Sorge. In seinem Werke: „*Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Paris 1801“ legte er seine Ansichten über das Wesen und die Behandlung der Geisteskrankheiten ausführlich dar. Er verwarf fast alle Zwangsmittel und empfahl Überwachung, psychische Beruhigung und Beschäftigung der Kranken in einer zweckmäßig eingerichteten und unter ärztlichen Leitung stehenden Irrenanstalt. Bemerkenswert ist, daß er zu großer Vorsicht bei der Entlassung geheilter Kranker in die Heimat riet, weil auch nach der Genesung noch lange Zeit bei vielen Kranken große Reizbarkeit bestehe.

Die Durchführung der Vorschläge Pinels ließ in Deutschland noch lange auf sich warten. Ein wichtiges Dokument für die Beurteilung der Zustände in den deutschen Irrenanstalten am Anfange des 19. Jahrhunderts bildet die kurze „Darstellung der vom Königl. Preußischen Kammergericht zu Berlin gegen den Geheimen Medizinalrat Dr. Ernst Horn geführten Kriminalunter-

suchung wegen angeblich verkehrter und grausamer Behandlung der Gemütskranken in der Irrenanstalt der Charité und wegen Veranlassung des Todes der unverehelichten Thiele durch dieselbe“ im fünften Bande der Abhandlungen aus dem Gebiete der gerichtlichen Medizin von Adolph Henke, Leipzig 1834, s. S. 162—216. Aus der Krankengeschichte dieser offenbar an Jugendirresein leidenden Kranken greife ich folgende Stellen heraus: 23. August 1811: „Sie schlief in der Nacht wenig, sondern schrie fortwährend über ihr Unglück. Dieses währte den ganzen Tag fort, denn auch das Sackstecken konnte dem Wehklagen über ihre eingebildete Krankheit nicht Einhalt tun. 24. August: Heute bekam sie ein emeticum, wobei sie zu sterben vermeinte, indem sie glaubte, daß alle Eingeweide am Halse herausstürzen würden. 25. August: Alles Besänftigen mittels gutem Zureden noch Schelten, Drohen mit härterer Strafe als der Sack, hilft nichts. Es wurde ihr ein setaceum in den Nacken gelegt, welche Operation sie nur mittels Zwang erduldet, da sie untätig gemacht werden mußte. 26. August: Sechzehn Eimer kaltes Wasser über den Kopf machen sie heute ruhig. 31. August: Weder kalte Bäder, Drehen, Haarseil, noch Brechmittel und Sack nötigt sie, ihr Schreien zu unterlassen. 1. September: Um 11 Uhr vormittags ihres beständigen Schreiens wegen, ihr die Zwangsjacke angezogen, doch nur lose, und sie in einen Sack gesteckt und auf die Erde gelegt.“ Hier lag sie unter unaufhörlichem Schreien bis gegen halb 4 Uhr, wo sie plötzlich ruhig wurde. Durch diese plötzliche Ruhe aufmerksam gemacht, ging die Aufwärterin zu ihr, nahm ihr den Sack ab und fand sie fast leblos. Sie brachte sie aufs Bett, wo sie einigemal zuckte und dann verschied.“ Am 6. September erstattete der Stadtrat Rehfeld, ein Verwandter der Verstorbenen, bei dem Kammergericht die Anzeige, daß der Tod der Thiele nach Aussage mehrerer Ärzte „der Behandlung oder vielmehr Mißhandlung des H. R. Horn und namentlich der Anwendung des Sackes zugeschrieben war.“ Zunächst lehnte das Kammergericht es ab, eine Untersuchung gegen Dr. Horn zu eröffnen, als aber der zweite Arzt und Geburtshelfer in der Charité, Geheimer Medizinalrat Dr. Kohlrausch, gleichfalls schwere Beschuldigungen gegen Dr. Horn wegen kunstwidriger Behandlung der Irren überhaupt und der verstorbenen Thiele insbesondere erhob, wurde von dem Gericht eine Untersuchung angeordnet und der Physikus, Obermedizinalrat von Könen, und der Oberbergrat, Professor der Medizin an der Universität in Berlin, Johann Christian Reil mit der Begutachtung der Todesursache und der Behandlung der Thiele beauftragt. Das Gutachten Reils (1759—1813), des Verfassers der „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttung“, Halle 1803, und des Gründers der ersten psychiatrischen Zeitschrift in Deutschland, des „Magazins für die psychische Heilkunde“, 1805, ist von besonderem Interesse, denn es vertritt mit großer Wärme jene Anschauungen, die die „psychischen“ Ärzte damals in Deutschland für die allein richtigen hielten, und deshalb sei es zur Kennzeichnung der damaligen Ansichten wissenschaftlich gebildeter, hervorragender Ärzte über die Behandlung der Geisteskranken gestattet, daraus einige charakteristische Stellen anzuführen. Reil erörtert ausführlich die Frage, ob der Tod der Thiele durch die Anwendung des Sackes herbeigeführt und ob sie überhaupt kunstwidrig behandelt worden sei. Der Polizeiinspektor Holthoff hatte den Sack „ein schreckliches und durchaus unpsychologisches

Mittel und die Anwendung desselben wider den Wahnsinn ein unmenschliches und beispielloses Verfahren“ genannt und der Obermedizinalrat Kohlrausch den Sack als einen „Sterbesack“ bezeichnet. Reil nimmt Dr. Horn gegen diese Vorwürfe in Schutz mit folgenden Worten: „Der eine Arzt laxiert seine Kranken mit Rhabarber, der andere mit Koloquinten; H. R. Horn sucht die wilden Ausbrüche der Wahnsinnigen mit einem Sacke zu dämpfen, van Helmont band ihnen Gewichte an die Füße und versenkte sie solange in Wasser, als zur Hersagung des Psalms Miserere Zeit erfordert wird. Doch ist H. R. Horn wirklich nicht der Einzige, der sich des Sackes zur Kur des Wahnsinns bedient. Hr. Dr. Mangold heilte durch ihn den Gastwirt Niqué in der Behrenstraße, der 7 Jahre epileptisch war und am 16. Dezember 1809 plötzlich wahnsinnig wurde, auf der Straße herumliegend und Feuer schrie. Er ließ ihn in einen Sack stecken und in demselben solange ganze Ströme eiskalten Wassers über ihn gießen, bis die Feuersbrunst ausgelöscht war. Der Kranke schlief nach dieser gezwungenen Taufe ein, und als er nach 8 Stunden erwachte, war er nicht allein frei von Wahnsinn, sondern hat wenigstens noch bis März 1811 selbst von der mehrjährigen Epilepsie keinen Anfall mehr gehabt.“ Reil hält den Arzt für durchaus berechtigt, „dem verkehrten Willen des Wahnsinnigen eine andere Richtung zu geben, dem inneren und gewaltigen Drange zur Ungebundenheit die Notwendigkeit, der aufbrausenden Kraft, die das Ufer überschwillt, ein Gefühl der Ohnmacht und Unterwürfigkeit entgegen zu setzen“, und die Mittel dazu sind: „das Stürzen ins Wasser, das Untertauchen, das Aufziehen am Stricke, die Zwangsweste, Coxs Schaukel, das glühende Eisen, Stockschläge, die Autenriethsche Maske, Hungerkuren usw., unter welchen der Sack das sanfteste ist.“

Auf Grund der übereinstimmenden Gutachten des Professor Reil und des Dr. Merzdorf erkannte der Kriminalsenat des Kammergerichts am 8. Mai 1912 für Recht: „Daß der Hofrat Dr. Horn von der Anschuldigung einer pflichtwidrigen Amtsführung und der Veranlassung des Todes der gemütskranken L. Thiele durch Fahrlässigkeit, wie hierdurch geschieht, völlig freizusprechen sei.“ Ein ähnlicher Vorfall ereignete sich im Januar 1814 in der Irrenanstalt zu Brieg. Dort war ein Geistlicher 24 Stunden nach seiner Ankunft, während welcher Zeit er nach Anordnung des Arztes Dr. Fischer mit mehreren Zwangsmitteln, mit der sogen. Zwangsbirne, mit der Zwangsjacke, dem Stehen an der Schnur usw. behandelt worden war“, gestorben. Die Obduzenten hatten bestimmt erklärt, daß die ärztliche Behandlung im vorliegenden Falle den Tod jenes Geistlichen befördert habe. Die Kommissare der Regierung in Breslau traten diesem Gutachten entgegen, und der Geheime Obermedizinalrat Dr. Langermann legte später in einem Gutachten unter Berufung auf Boerhaave und Celsus eingehend dar, „daß der Dr. Fischer durchaus mit dem Grade von Sorgfalt bei Ausübung seiner Kunst gehandelt habe, welcher ihn der Verantwortlichkeit bei einem unglücklich abgelaufenen Versuche überheben, und das Recht, seiner Erfahrung zu vertrauen, ihm sichern muß“. Henke teilt im Jahre 1834 völlig diesen Standpunkt und spricht seine Entrüstung darüber aus, daß „Männer sich ein Urteil über die angeschuldete Kunstwidrigkeit der Heilmethode anmaßen, die keine Kunstverwandte waren, wenn sie auch in hohen Posten und selbst an der Spitze des Medizinaldeparte-

ments standen“. Wie wenig zweckmäßig die Unterbringung der Geisteskranken selbst in Berlin um das Jahr 1840 war, geht aus einer Schilderung Leubuschers hervor: „Die unheilbaren Irren befinden sich jetzt im Arbeitshause in einem Zustande, wie man ihn in den Schilderungen der mittelalterlichen Irrenhäuser trifft, wie ihn uns Kaulbachs Gemälde in ergreifender Weise vor die Seele führt. Das Arbeitshaus ist das große Reservoir des Verbrechens und des tiefsten, unschuldigen Elends. Fleißige, aber arme Arbeiter, die kein Unterkommen finden, Kinder, die verwaist, weil ihre Eltern Verbrecher sind, Diebe und Gauner von jeder Sorte, alles in einem Gebäude zusammen und zwischen ihnen, zwar auf einem besonderen Hofe, aber doch in vielfachem Verkehr mit den anderen Bewohnern die unheilbar Verrückten ohne Trennung der Geschlechter, zusammengeschichtet mit anderen Hospitaliten und derselben Zucht- und Lebensordnung unterworfen wie die anderen Bewohner.“

Solcher Art war die Behandlung der Geisteskrankheiten in den ersten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts, und Männer von wissenschaftlich anerkanntem Rufe wie Reil und Langermann hielten die ausgedehnte Anwendung von Zwangsmitteln nicht nur für erlaubt, sondern aus psychologischen Erwägungen heraus für direkt geboten. Erst allmählich brach die Ansicht sich Bahn, daß eine möglichst freie Behandlung der Irren, die Entfernung jeglichen körperlichen Zwanges nicht nur möglich, sondern von größter Wichtigkeit für die Genesung sei. Die Erkenntnis, daß die Geistesstörungen Erkrankungen des Gehirnes sind, und die Geisteskranken den anderen körperlich Kranken völlig gleichzustellen sind, daß die Irrenhäuser nur Spezialkrankenhäuser mit einigen besonderen, der Art der in denselben Untergebrachten entsprechenden Einrichtungen seien, und eine freundliche, ruhige, jedem Zwang abholde Fürsorge und Behandlung an die Stelle von furchtbaren Zwangsmitteln zu treten habe, ist die größte Errungenschaft der Irrenheilkunde im 19. Jahrhundert. Conolly war der erste, der im Jahre 1839 im Hanwell-Asylum in England die freie Behandlung in großem Umfange und mit schönem Erfolge durchführte. Allmählich fand das Opendoor-System der Geisteskranken in allen Ländern Aufnahme. Die Zwangsstühle, Zwangsjacken und dergleichen Mittel schwanden, die Irrenanstalten erhielten ein freundlicheres Gepräge, die Bettbehandlung fand ausgedehnte Anwendung, der Überwachung dienten besondere Wachsäle, unruhige und erregte Kranke wurden durch Dauerbäder beruhigt, die Familienpflege wurde nach dem Vorbilde Gheels eingeführt und ausgebaut.

Die Erfolge der modernen Irrenheilkunde haben zum großen Teil ihren Grund in der freien humanen Behandlung, die Zwangsmittel nach Möglichkeit vermeidet und die ärztliche Behandlung in den Vordergrund stellt. Von besonderer Wichtigkeit war auch die Ausbildung der Arbeitstherapie bei den psychisch Kranken. Die zweckmäßige Beschäftigung dieser Kranken teils im landwirtschaftlichen Betriebe, teils als Handwerker unter kundiger Leitung ist ohne Zweifel ein mächtiger Helffaktor, und so sehen wir in den modernen Irrenanstalten einen großen Teil der Kranken in nützlicher und anregender Weise beschäftigt.

Aus den Insassen der Irrenanstalten hob sich aber bald eine kleinere Gruppe von Kranken heraus, die im Gegensatz zu den anderen meist ruhigen, leicht lenkbaren und ohne Schwierigkeit zu beaufsichtigenden Kranken nach verschiedenen Richtungen hin schwer zu behandeln war, die Ordnung erheblich

und dauernd störte, den Ärzten und den Pflegern mit Mißtrauen und Feindseligkeit begegnete, andere Kranke aufhetzte und auf Entweichen sann, die gefährlichen Geisteskranken. Wie es zu allen Zeiten gefährliche Menschen überhaupt gegeben hat, so gab es natürlich auch in früheren Jahrhunderten nicht selten gefährliche Geistesranke. Sie wurden aber nicht für geisteskrank oder wenigstens nicht für unzurechnungsfähig gehalten, und die Gerichte trugen kein Bedenken, diese Personen mit den schwersten Strafen zu belegen. Pelman teilt in seinem bedeutsamen Werke „Psychische Grenzzustände“, 2. Aufl. Bonn 1910 mit, daß in den Jahren 1800—1900 nicht weniger als 197 Attentate gegen 155 Personen unternommen wurden, die an der Spitze eines Staates standen oder sonst eine bedeutende politische Stellung inne hatten, darunter gegen 9 Präsidenten von Republiken, 2 Könige, 1 Kaiser, 2 Fürsten, 1 Sultan und 1 Schah. Die überwiegende Mehrheit dieser Attentäter war geisteskrank oder doch in erheblichem Grade geistig abnorm.

Ravallac, der am 14. Mai 1610 Heinrich IV. durch einen Dolchstoß tötete, war ein geisteskranker Schwärmer und Fanatiker, Staps, der am 13. Oktober 1809 in Schönbrunn einen Mordversuch gegen Napoleon unternahm, hatte kurz vorher Sinnestäuschungen, Eduard Oxford, der 1840 ein Attentat gegen die Königin Viktoria verübte, wurde wegen Geisteskrankheit freigesprochen und ebenso mußte Sefeloge, der am 22. Mai 1850 auf den König Friedrich Wilhelm IV. geschossen hatte, wegen Unzurechnungsfähigkeit außer Verfolgung gesetzt und einer Irrenanstalt überwiesen werden. Angriffe geisteskranker Personen gegen ein gekröntes Haupt waren es auch, die zum ersten Male die Aufmerksamkeit weiter Kreise auf diese Kategorie von Gemeingefährlichen lenkten und Anstoß zu besonderen Maßnahmen gegen dieselben gaben. Im Jahre 1786 hatte Margarete Nicolson ein Attentat auf König Georg III. von England unternommen, wobei sie von dem Wahne ausging, daß die Krone ihr gebühre. Auf denselben Herrscher verübte im Jahre 1800 Hadfield, der unter dem Einfluß eines anderen Geisteskranken, Bannister Truelok, stand, einen Mordversuch. Da diese beiden Geisteskranken, von denen letzterer unter dem Wahne stand, der wahre Messias werde aus seinem Munde geboren werden, wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen werden mußten, setzte eine Bewegung ein, die eine sichere und dauernde Internierung dieser Geisteskranken forderte. Hauptsächlich auf Veranlassung des Lords Erskine kam noch im Jahre 1800 ein Gesetz zustande, in dem die sichere Verwahrung der gemeingefährlichen Irren angeordnet wurde. In dieser außerordentlich wichtigen insane offenders bill, die am 28. Juli 1800 die königl. Bestätigung erhielt, wird bestimmt:

„In all den Fällen, in denen eine Person des Verrates, des Mordes und Hochverrates schuldig ist, hat das Gericht, wenn bewiesen ist, daß die Person im Augenblick der Tat geisteskrank gewesen ist, und wenn sie freigesprochen ist, zu erklären, daß diese Freisprechung wegen der geistigen Erkrankung erfolgt ist; als Folge dieses Urteils hat der Gerichtshof anzuordnen, daß diese Person unter sorgfältige Überwachung gestellt wird an einem Orte und in einer Weise, die das Gericht für guthalten wird, so lange es dem Könige gefällt (till Her Majesty's pleasure shall be known). Dieselben Maßnahmen finden auf alle Personen Anwendung, die irgendeines Verbrechens angeklagt und, sei es im Moment der Anklage oder im Laufe des Prozesses, als geisteskrank

erkannt sind.“ (Gesetz 39 und 40 Georg III. Kap. 94. Act for the safe custody of insane persons charged with offences.)

Dies ist die erste gesetzliche Bestimmung, die über die kriminellen Geisteskranken erlassen wurde. Wie sich auf Grund dieser Anordnung die Unterbringung dieser Geisteskranken in England weiter entwickelt hat, soll später dargestellt werden. Zunächst soll ein Rückblick über die Entwicklung der Frage in

Deutschland

gegeben werden. Hier setzten die ersten Bestrebungen, die sich auf eine besondere Behandlung der geisteskranken Sträflinge richteten, um die Mitte des vorigen Jahrhunderts ein. Im Jahre 1865 erschien in Horns Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medizin und öffentliches Gesundheitswesen eine zusammenfassende Arbeit von Theodor Simon: „Die Behandlung geisteskranker Verbrecher vom medizinisch-polizeilichen Standpunkte.“ Auf Grund sorgfältiger Beobachtungen und Erwägungen und insbesondere auch gestützt auf die Erfahrungen, die man inzwischen in England gemacht hatte, kommt Simon darin zu folgendem Ergebnis: „Ein Teil der sogenannten „irren Verbrecher“ sind Criminal lunatics und gehören in die gewöhnlichen Irrenanstalten. Die anderen, erst „im Laufe der Haft Erkrankten“ — insane convicts — können, wenn die Fälle akut sind, in eigenen Abteilungen der Strafanstaltslazarette — lunatics wards der Engländer untergebracht werden, die chronischen und alle unheilbaren Fälle gehören in die Irrenanstalten, wo sie in eigenen Abteilungen so lange zu behandeln sind, bis sie geeignet erscheinen, mit den anderen Geisteskranken zusammengebracht zu werden. Eigene Anstalten für Verbrecher sind bei deren immerhin nicht großen Zahl überflüssig und können leicht durch Übernahmen des Strafanstaltswesens ihren Zweck vollständig verfehlen.“

In der Folgezeit wurde die Frage der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken in Deutschland von drei Seiten eingehend erörtert. Zunächst beschäftigten sich die Strafanstaltsbeamten, in erster Linie die Strafanstaltsärzte mit dem Problem. Darauf machten die Irrenärzte die Angelegenheit zum Gegenstande eingehender Verhandlungen und schließlich nahmen die Parlamente und Verwaltungsbehörden zu der Frage wiederholt Stellung. Auch in der Tagespresse wurde im Anschluß an Berichte über Entweichungen geisteskranker Verbrecher aus den Irrenanstalten und neue Straftaten derselben in den letzten Jahren häufiger, die zweckmäßigste Art der Unterbringung und Verwahrung dieser Personen mit mehr oder weniger Sachkenntnis erörtert. Das Oberverwaltungsgericht hatte sich in den letzten Jahren wiederholt mit der Frage zu beschäftigen, ob die Kommunalverbände oder die Polizei-Verwaltungen die Kosten für die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher zu tragen hätten. Da die Kostenfrage von großer Bedeutung ist, sollen die Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts und die daran geknüpften juristischen Darlegungen kurz besprochen werden.

Mit Recht betont Weber in seinem ausgezeichneten Referate: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker“, Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie Bd. I, daß „in der ganzen Frage der Beziehungen zwischen Geisteskrankheit und Kriminalität und der Behandlung dieser Individuen in der älteren Literatur die Grundzüge festgelegt, die

Schwierigkeiten in der Beurteilung und Behandlung des Problems dargelegt sind und die Folgezeit neue grundlegende Gedanken, namentlich in klinisch-anthropologischer Beziehung nicht mehr beigebracht, sondern sich begnügt hat, das Thema entsprechend den veränderten sozialen Bedingungen der Kulturvölker und gegenüber neuen gesetzgeberischen Aufgaben anders zu fassen und formal umzustalten“.

Der erste, der die Irrenärzte und Strafanstaltsärzte auf die Geisteskrankheiten der Strafgefangenen hinwies, war Delbrück durch seine Arbeiten über seine Beobachtungen in der Strafanstalt zu Halle a. S., die in den Jahren 1854 und 1863 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht wurden. 1865 wurde an der Strafanstalt in Bruchsal in Baden eine Irrenstation als „Hilfsstrafanstalt“ für 10—15 Kranke eröffnet. Auf der Versammlung der Irrenärzte zu Speyer im Jahre 1865 berichtete Snell über seine Erfahrungen in Eberbach, Gutsch über seine Beobachtungen in Bruchsal. Die Versammlung sprach sich dahin aus, daß die geisteskranken Strafgefangenen am zweckmäßigsten in besonderen Einrichtungen an den Strafanstalten untergebracht würden. Die Beschlüsse der Versammlung in Speyer lauten: „Es ist wünschenswert:

1. daß für geisteskranken Gefangene besondere Einrichtungen getroffen,
2. dieselben nicht in die gewöhnlichen Irrenanstalten aufgenommen werden,
3. daß die Strafhäuser nicht ungeeignet sind, solche Häuser mit sich zu verbinden.“

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt eine Arbeit Damerows aus dem Jahre 1862: „Verbindung einer Abteilung für geisteskranken Strafgefangene mit einer großen Strafanstalt.“ Moritz sprach sich 1862 für Unterbringung der geisteskranken Strafgefangenen in besonderen Abteilungen der Strafanstaltslazarette aus. Roller wandte sich 1863 gegen die Vorschläge von Gutsch und forderte möglichst baldige Überführung der geisteskrank gewordenen Sträflinge in die Irrenanstalten. Delbrück schlug 1863 und 1866 besondere Anstalten für irre Verbrecher mit milderem Strafverfahren vor. Im Jahre 1866 schrieb er in seiner Abhandlung: „Einige Worte über Verbrecherwahnsinn.“ (Vierteljahrsschrift f. ger. Med. N. F. IV. Bd. 1866. S. 305—306). „Es tritt nun das Bedürfnis ein, viel früher und häufiger als sonst, solche irre gewordene Verbrecher den Irrenanstalten zu übergeben. Daraus erwachsen aber für die öffentlichen Irrenanstalten größerer Staaten bedeutende Verlegenheiten. Sie sind genötigt, eine Anzahl immerhin noch gefährliche Verbrecher bei sich aufzunehmen; diese Menschen, bei noch immer fortbestehender Neigung zum Verbrechen, üben mit ihren Zuchthausgewohnheiten einen höchst nachteiligen Einfluß auf ihre Umgebungen aus; das Irrenanstalts-Personal, nicht gewohnt, mit Verbrechern umzugehen, ist jenen Menschen und ihren Ränken nicht gewachsen, die Irrenanstalten bieten überhaupt nicht die Sicherheit, um Entweichungen, Ausbrüche und neue Verbrechen solcher Individuen zu verhüten.

Wiede meister empfahl 1871 die Errichtung eines Appendix an der Strafanstalt, in der die geisteskranken Verbrecher auch über das Strafende hinaus festgehalten werden sollten, während Pelmann in einer Verteilung der irren Verbrecher auf die Irrenanstalten die beste Lösung des Problems erblickte, um einer Anhäufung derselben vorzubeugen. Bär machte im Jahre 1871 den

Vorschlag, die verbrecherischen Irren sowie die unheilbaren irren Verbrecher in einer Irrenanstalt, dagegen die frisch und periodisch Erkrankenden der letzteren Kategorie in besonderen Abteilungen der Strafanstalten unterzubringen. Der Verein der Deutschen Strafanstaltsbeamten befaßte sich mit der Frage in den Versammlungen in Berlin 1874, Stuttgart 1877, Bremen 1880 und Wien 1883. In den Versammlungen in Berlin, Stuttgart und Bremen wurden Beschlüsse gefaßt, daß die Schaffung von Adnexen für irre Verbrecher an größeren Strafanstalten ein Bedürfnis sei, während man in Wien zu dem Ergebnis kam, daß die Errichtung eigener Anstalten zum Zwecke der Heilung geisteskranker Sträflinge nicht ausführbar sei, Geisteskranke leichteren Grades und Schwachsinnige in den Lazaretten der Strafanstalten bewahrt werden könnten und die unheilbaren Geisteskranken in die gewöhnlichen Irrenanstalten gebracht werden sollten. 1873 erstattete Gutsch in der Versammlung des südwestdeutschen psychiatrischen Vereins ein Referat, in dem er die Errichtung von Hilfs-Strafanstalten befürwortete. Der Verein Deutscher Irrenärzte sprach sich in einer Versammlung in München im Jahre 1875 für die Errichtung von Irrenabteilungen an größeren Strafanstalten aus. Der Vorstand dieses Vereins richtete darauf unter dem 15. Juli 1876 eine Eingabe an den Reichskanzler, in der es heißt:

„Es möge in das in Vorbereitung befindliche Strafvollzugsgesetz die Bestimmung aufgenommen werden, daß diejenigen Gefangenen, bei welchen während ihrer Strafzeit eine krankhafte Störung der Geistestätigkeit festgestellt wird, soweit erforderlich, in Anstalten untergebracht werden, welche mit Strafanstalten in unmittelbarer Verbindung und unter sachverständiger ärztlicher Leitung stehen.“

1876 wurde die Irrenstation in Waldheim eröffnet. Der Versammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte in Eisenach im Jahre 1882 legte Zinn folgende Leitsätze vor:

1. In den Irrenanstalten können und dürfen zur Sicherung von während der Untersuchung oder der Strafvollstreckung oder nach Ablauf der letzteren in der Anstalt aufgenommenen geisteskranken oder der Geisteskrankheit verdächtigen Personen keine anderen Anordnungen und Einrichtungen getroffen werden, als solche für gefährliche Kranke überhaupt bestehen oder ärztlich als zulässig gelten. Die gleichen Grundsätze und Vorsichtsmaßregeln, welche für die Behandlung Bewachung und Sicherung gefährlicher Kranker überhaupt gelten, sind auch den geisteskranken oder der Geisteskrankheit verdächtigen Verbrechern gegenüber allein maßgebend. Die Irrenanstalt kann in solchen Fällen den gleichen Schutz gegen Entweichungen, gegen Selbstbeschädigungen und gegen Gefährdung anderer Personen und der öffentlichen Sicherheit nicht gewähren, wie das der Strafanstalt möglich ist.

Es ist Pflicht der Irrenanstalts-Direktoren, den Charakter der Irrenanstalt als Krankenanstalt unter allen Umständen zu wahren und die Verantwortung für weitergehende Zumutungen ausdrücklich abzulehnen.

2. Psychiatrische Bildung und Erfahrung ist den Ärzten an Strafanstalten unentbehrlich.

3. Akut auftretende und voraussichtlich rasch verlaufende Geisteskrankheiten bei Gefangenen sind in den Strafanstalten selbst zu behandeln. Wo die dazu nötigen Einrichtungen fehlen, sind solche herzustellen.
4. Es ist die Errichtung von Strafanstalten und Gefängnissen für körperlich und geistig schwache Strafgefangene ähnlich den in England bestehenden „Invalidengefängnissen“ anzustreben. Mit solchen Invalidengefängnissen sind allen Anforderungen der Irrenpflege entsprechende Irrenabteilungen (Irrenanstalten) zu verbinden. In diese Irrenabteilungen sind alle während der Strafvollstreckung geisteskrank gewordenen Gefangenen, soweit sie nicht unter Nr. 3 fallen, zu verbringen und dort so lange zu behalten, bis sie entweder in die Freiheit entlassen oder ohne Gefahr für die öffentliche Sicherheit und ohne empfindliche Störung der Irrenanstaltsordnung und Zwecke in eine Irrenanstalt aufgenommen werden können.

Bereits wegen eines Verbrechens oder Vergehens Bestrafte, welche während der Untersuchung oder in der Freiheit geisteskrank werden, sind, sofern sie zu den sogenannten „Verbrechernaturen“ gehören, nach der Irrenabteilung eines Invalidengefängnisses zu verbringen und dort so lange zu belassen, als sie der öffentlichen Sicherheit gefährlich sind.

5. Personen, welche im geisteskranken Zustand ein Vergehen oder Verbrechen begangen haben, sind, so lange sie einer Anstaltspflege bedürfen, in einer gewöhnlichen Irrenanstalt zu behandeln und zu verpflegen. Die Verwahrung solcher Kranken in einer für geisteskranken Verbrecher bestimmten Irrenanstalt oder Irrenabteilung einer Strafanstalt ist unstatthaft.
6. In Untersuchung befindliche Personen, deren Geisteszustand aber zur Zeit der Tat zweifelhaft erscheint, können, sofern sie nicht schon bestrafte Verbrecher und sehr gefährlich und störend sind, zur Beobachtung und Konstatierung ihres Geisteszustandes unbedenklich in eine Irrenanstalt aufgenommen werden.“ Die Versammlung faßte nach eingehender Diskussion, an der sich namentlich Gutsch, der für die Errichtung von Hilfstrafanstalten mit Irrenabteilungen eintrat, und von Gudden, der Direktor der Irrenanstalt in München, der die Einrichtung eigener Anstalten oder Irrenstationen für geisteskranken Strafgefangene nicht für erforderlich hielt, beteiligten, folgende Beschlüsse:
 - I. Die Deutschen Regierungen zu ersuchen:
 1. Vorsorge treffen zu wollen, daß an akut auftretenden und rasch verlaufenden Formen von Geistesstörung erkrankte Straf- und Untersuchungsgefangene in den Strafanstalten und Gefängnissen eine angemessene psychiatrische Behandlung und Pflege finden.
 2. Dahin zu wirken, daß in dem in Vorbereitung begriffenen Reichsgesetz, betreffend die Vollstreckung von Freiheitsstrafen, die Fürsorge für die geisteskranken Strafgefangenen in einer den Anforderungen der öffentlichen Sicherheit sowie der öffentlichen Irrenpflege entsprechenden Weise geregelt werde; bis zum Erlaß eines solchen

Gesetzes aber von sich aus Anordnungen zu treffen, daß wenigstens alle gemeingefährlichen geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten ferngehalten werden.

II. Den Herrn Reichskanzler zu ersuchen:

1. Veranlassen zu wollen, daß in dem in Vorbereitung begriffenen Reichsgesetz betreffend die Vollstreckung von Freiheitsstrafen die Fürsorge für geisteskranken Strafgefangene in einer den Anforderungen der öffentlichen Irrenpflege entsprechenden Weise geregelt werde;
2. zu dem Zwecke das Kaiserliche Gesundheitsamt anzuweisen, die erforderlichen Ermittlungen anzustellen und sich auf Grund derselben gutachtlich zu der Frage zu äußern.“

Der Bescheid des Reichskanzlers auf diese Eingabe an den Vorstand des Vereins deutscher Irrenärzte lautete dahin, „daß die Unterbringung verurteilter geisteskranker Verbrecher nicht in das Gebiet des Strafvollzugs gehöre, da begriffsmäßig an Geisteskranken eine Freiheitsstrafe nicht vollzogen werden könne.“

Mendel empfahl 1884, die frisch Erkrankten in Strafanstaltslazaretten zu verpflegen und die Unheilbaren nach beschleunigtem Entmündigungsverfahren möglichst rasch in die Irrenanstalten zu versetzen. Knecht hielt in einem Gutachten aus dem Jahre 1885 die Errichtung selbständiger unter ärztlicher Leitung stehender Zentralanstalten für die beste Lösung des Problems. In diese Zentralasyle sollten Sträflinge, die während der Haft erkranken, Geisteskranke mit verbrecherischem Vorleben und Untersuchungsgefangene, die einer Beobachtung ihres Geisteszustandes unterworfen werden sollen, kommen. Auch Pinder trat auf Grund seiner Erfahrungen als Strafanstaltsarzt für die Errichtung von Zentralanstalten ein. In der zehnten Jahresversammlung des nordwestdeutschen Vereins für Gefängniswesen in Hildesheim erstattete Krohne ein eingehendes Referat über die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher, in dem er die folgenden Leitsätze aufstellte:

1. „Personen, welche wegen einer strafbaren Handlung zu Freiheitsstrafen verurteilt sind und vor Antritt der Strafe oder während derselben in Geisteskrankheit verfallen, sind, soweit sie nicht in Gefängnislazaretten einer geeigneten irrenärztlichen Behandlung unterzogen werden können, in die öffentlichen Irrenanstalten aufzunehmen.
2. In den Irrenanstalten sind im Interesse der öffentlichen Sicherheit die für die sichere Verwahrung der geisteskranken Verurteilten erforderlichen Einrichtungen zu treffen.“

Die Versammlung nahm diese Thesen aber nicht an, erklärte die Lösung der Frage noch nicht für spruchreif und forderte neue Erhebungen durch psychiatrisch gebildete Strafanstaltsärzte, statistische Untersuchungen und eine Kommission, die dieses Material verarbeiten solle. — Den gleichen Standpunkt wie in der Versammlung in Hildesheim vertritt Krohne in seinem Lehrbuche der Gefängniskunde (1889), indem er schreibt: „Das Gesetz weist alle diese Personen (die irren Verbrecher und die verbrecherischen Geisteskranken) in all den vorgesehenen Fällen an die Irrenpflege; es ist Sache der Irrenanstaltsverwaltungen, wie sie dieselben unterbringen und behandeln wollen; und es ist Sache der Landespolizei, die Irrenanstaltsverwaltungen anzuweisen, sie derart zu verwahren, daß die öffentliche Sicherheit nicht gefährdet wird.“

Im Jahre 1886 erschien das Werk von Sander und Richter: „Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen“, das einen Markstein in der psychiatrischen Literatur auf kriminalanthropologischem Gebiete bedeutet. Sander verneint in demselben strikte die Notwendigkeit der Errichtung besonderer Anstalten für die geisteskranken Verbrecher. „Der wesentlichste und wichtigste Nachteil aller dieser Bestrebungen für die Errichtung spezieller Anstalten für irre Verbrecher ist für den Verfasser aber der, daß sie den Blick ablenken und von den wirklich notwendigen Erfordernissen. Der Fortschritt der Psychiatrie ist wie bei der Medizin überhaupt die Prophylaxe. Nicht die Entfernung der unbequemen Elemente aus den Anstalten wird das Anstaltswesen verbessern, sondern die Bestrebungen müssen dahin gerichtet sein, daß derartige Zustände mit so gefährlichen und störenden Eigenschaften allmählich nicht zur Beobachtung kommen.“ „Nicht Spezialanstalten, sondern Spezialärzte!“ lautet die Forderung Sanders. Das Buch Sanders wirkte überaus anregend. Gefängnis- und Irrenärzte widmeten erneut der Erkennung und Behandlung der geistigen Erkrankungen in der Strafhafte ihr Interesse. Moeli kam in seinem Buche: „Über irre Verbrecher“ 1888 zu keinem abschließenden Ergebnis: „Alle ins einzelne gehenden Vorschläge über Schaffung von Spezialasylen oder Strafanstaltsannexen nach auswärtigen Mustern, über die Aufnahme zu Untersuchender daselbst und über den schließlichen Verbleib der Insassen sind bedeutungslos vor der endgültigen Beantwortung der Vorfrage: „Ist es möglich, im gewöhnlichen Strafvollzuge allein durch vermehrte Tätigkeit psychiatrisch gebildeter Ärzte — aber ohne Gewährung neuer Hilfsmittel und Einrichtungen — auch allen Gefangenen mit beginnenden Psychosen bzw. mit geringen geistigen Abweichungen genügend — nach den Erfahrungen an den schließlich zur Irrenanstalt Gelangenden umfänglicher als bisher — Rechnung zu tragen? Zu einer Antwort auf diese Frage erscheint in erster Linie nicht der Irrenanstaltsarzt, sondern der durch reiche Erfahrungen über die Insassen der Strafanstalten im allgemeinen und durch irrenärztliche Kenntnisse zum Urteile befähigte Strafanstaltsarzt berufen.“

Langreuter berechnete im Jahre 1887 die Zahl derjenigen, die wegen ihrer „Verbrechernatur“ und ihres ganz besonders unbändigen Wesens für eine gewöhnliche Irrenpflege ungeeignet erscheinen, wenn man Straf- und Irrenanstalten zusammennimmt, in ganz Preußen auf ca. 300. Er hält zwei Arten der Unterbringung dieser gefährlichen Geisteskranken für zweckmäßig: „Es werden diese 300 am besten untergebracht, wenn man sie auf die Provinzen verteilt, daß also an je einer Irrenanstalt jeder Provinz sich ein Appendix mit besonders sicheren Einrichtungen befindet, in welchem — je nach der Größe der Provinz — 15 bis 40, in Berlin 60 Kranke verpflegt werden können. Je nach ihrem Zustande können dieselben längere oder kürzere Zeit auch in der Mutteranstalt dieses Appendix verweilen; durch diesen Wechsel wird der Eintönigkeit und der sich dadurch einstellenden erhöhten Unzufriedenheit vorgebeugt. — Ein anderer Modus der Unterbringung der oben bezeichneten 300 Kranken besteht darin, daß man in Preußen 3 Zentralanstalten, je eine für die westlichen, mittleren und östlichen Provinzen errichtete, deren jede etwa 100 Insassen hätte. Diese Anstalten stünden dann unter selbständiger Leitung von Ärzten.“ Ribstein empfahl in seiner Abhandlung über Kriminalirrenanstalten und Invalidengefängnisse im Handbuche des Gefängniswesens von v. Holtzendorff

und v. Jagemann (1888) die Errichtung von Irrenabteilungen in Verbindung mit Hilfsanstalten. Schäfer wandte sich in seiner Abhandlung „Zur Revision der Frage nach der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher mit Rücksicht auf das Buch von Sander-Richter“, die im Jahre 1888 in der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie erschien, scharf gegen die von Sander vertretene Anschauung, daß die kriminellen Geisteskranken wie die übrigen Irren in Irrenanstalten untergebracht werden sollten, und forderte die Belassung der geisteskranken Verbrecher in oder bei den Gefängnissen zur eigenen Behandlung und Beobachtung der Organe der Strafrechtspflege. Schäfer führt fünf Gesichtspunkte an, die nach seiner Ansicht in der Frage der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher entscheidend sind: „An Bedeutung voran steht nach meiner Meinung“, so schreibt er, „der ethische gegenüber den unbescholtenen Irrenanstaltsbewohnern; dazu kommt der Widerspruch, daß die Irrenanstalten, welche reine Krankenanstalten sind, Personen, die noch im Strafverfahren stehen und solche, die mit dem Charakter des Gewohnheitsverbrechertums behaftet sind, aufheben soll. Dementsprechend ist es auf der andern Seite die Pflicht des Staates zur Aufbewahrung und ärztlichen Behandlung der Sträflinge, sowie die Erfahrung, daß Gewohnheitsverbrecher, wenn sie in Geistesstörung verfallen, darum noch nicht aufhören Verbrecher zu sein. Folgt aus diesen Gründen in prinzipieller Weise die Notwendigkeit der Errichtung eigener Anstalten zur Pflege der irren Sträflinge und Gewohnheitsverbrecher, so kommt fünftens in praktischer Beziehung die Überlegung hinzu, daß die Übelstände, welche in der Behandlung der Geisteskranken vor Gericht und in den Irrenanstalten hervortreten, als einzig von Grund aus Heilung entsprechendes Mittel die Belassung der Betreffenden in oder bei den Gefängnissen zur eigenen Behandlung und Beobachtung der Organe der Strafrechtspflege verlangen“.

Leppmann sprach sich 1895 in einer Abhandlung „Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene“ (Blätter für Gefängniskunde, Bd. 29, H. 1/2, S. 65) gegen die Errichtung von Spezialanstalten und Spezialabteilungen für geisteskranke Strafgefangene an Irrenanstalten aus. Dagegen hielt er die Einrichtung besonders gesicherter Abteilungen von Irrenanstalten für zweckmäßig. Dorthin sollten diejenigen, welche die Eigenart ihrer Krankheitsäußerung gefährlich macht, aber ohne Rücksicht auf ihre Kriminalität gebracht werden.

Auf den Antrag Kirns faßte die Sektion Staatshygiene des internationalen Kongresses für Hygiene und Demographie in Budapest im Jahre 1894 folgenden Beschluß: „Die akuten Psychosen sollen im Lazarette der Strafanstalt von einem psychiatrisch ausgebildeten Hausarzte behandelt werden; die chronischen gehören in die Irrenanstalt; sammelt sich dort eine größere Anzahl an, so ist es ratsam, dieselben in einem besonderen Adnexe unterzubringen, damit sie die anderen Kranken nicht demoralisieren oder stören.“

In ein neues Stadium trat das Problem der Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Preußen mit der Schaffung besonderer Einrichtungen für diese Kranken sowohl an den Irrenanstalten als an den Strafanstalten. An der im Jahre 1880 eröffneten Irrenanstalt Dalldorf bei Berlin wurde bald die Errichtung eines Hauses für geisteskranken Verbrecher notwendig, das sich aber bald als unzureichend erwies, da zahlreiche Entweichungen und Ausbrüche vorkamen. Durch bessere bauliche Einrichtungen, Verteilung der Kranken auf möglichst viele Schlafräume, Anstellung tüchtigen Wärterpersonals, zweckmäßige Beschäf-

tigung der Kranken gelang es, die Mißstände zu beseitigen, so daß Moeli „die hier getroffenen besonderen Vorrichtungen für geeignet hält, die durch oft bestrafte Kranke in Irrenanstalten entstehenden Störungen, unter vollkommener Rücksichtnahme auf den Krankheitszustand dieser Personen möglichst zu beschränken.“ Im Gegensatz zu Sander möchte er nach seinen Erfahrungen der Einrichtung einer besonderen Abteilung in vieler Hinsicht den Vorzug geben. Am 1. März 1888 wurde an der Strafanstalt Moabit in Berlin eine Abteilung für geisteskrank gewordene Strafgefangene eingerichtet und damit in Preußen der erste Versuch gemacht, „die möglichst schnelle Fürsorge für heilbare Geistesranke“ und die endgültige Ausmittelung des strafvollzugsunfähig machenden Grades unheilbarer Störungen im Rahmen des Strafvollzuges selbst zu übernehmen“ (Leppmann). Nach dem Ministerial-Erlaß vom 18. März 1892 sollten in die Irrenabteilung an der Strafanstalt Moabit aufgenommen werden „die in den Gefängnissen und Strafanstalten des Stadtkreises Berlin und der näheren Provinzen befindlichen Gefangenen, welche in Geisteskrankheit verfallen sind oder deren Geisteszustand zweifelhaft erscheint, um in derselben einem Heil- oder Beobachtungsverfahren unterzogen zu werden. Dagegen sollten die Sträflinge, welche unheilbar geisteskrank sind und deren Verbleiben in der Anstalt mit den Zwecken der Strafvollstreckung und der Hausordnung unvereinbar erscheint, sofort in Irrenanstalten gebracht werden“. Die Irrenabteilung in Moabit hatte zunächst 40 Plätze. Im Jahre 1898 wurden durch einen Erweiterungsbau noch weitere 15 Plätze geschaffen. Leppmann konnte im Jahre 1895 berichten, daß unter den mehr als 300 Aufnahmen in die Irrenabteilung Moabit innerhalb 7 Jahren 15% Heilungen und Besserungen erzielt wurden. Er kommt zu dem Ergebnis: „Auch bei strenger Abwägung läßt sich die Behauptung rechtfertigen, daß sie in ihrer Wirksamkeit einen endgültigen Beweis ihrer Daseinsberechtigung geliefert hat.“ Im Jahre 1898 wurde eine Irrenabteilung am Strafgefängnis in Breslau für 39 Kranke, 1901 eine solche am Strafgefängnis in Halle a. d. S. für 50, 1902 eine am Zuchthause in Graudenz (jetzt zu Polen gehörig) für 50, 1903 eine an dem Straf- und Untersuchungsgefängnis in Köln für 33 und in demselben Jahre an dem Zuchthause in Münster i. W. für 55 Kranke eröffnet, so daß jetzt in Preußen 5 Irrenabteilungen an Gefängnissen und Strafanstalten mit insgesamt 232 Plätze bestehen, die wie diese Gefängnisse und Strafanstalten selbst dem Ministerium des Innern unterstellt sind. An den Gefängnissen, die zum Geschäftsbereich des preußischen Justizministeriums gehören, sind besondere Einrichtungen zur Behandlung und Beobachtung geisteskranker Gefangener nicht getroffen.¹⁾ Durch Erlaß des Ministers des Innern vom 16. August 1898 wurde eine Hausordnung für die Strafanstalts-Irrenabteilungen festgesetzt, der ich folgende Bestimmungen entnehme:

§ 1.

„Die Strafanstalts-Irrenabteilungen sind bestimmt, Strafgefangene, welche in Geisteskrankheit verfallen, oder deren Geisteszustand zweifelhaft erscheint, zur Anstellung eines Heil- oder Beobachtungsverfahrens aufzunehmen. Sie

¹⁾ Durch Allerhöchsten Erlaß vom 14. Dezember 1917 ist das gesamte Gefängniswesen dem Justizministerium unterstellt worden.

bildet eine räumlich getrennte Abteilung der Strafanstalt, mit der sie jedoch in bezug auf die Verwaltung und das Rechnungswesen verbunden sind.“

Untersuchungsgefangene dürfen zur Beachtung ihres Geisteszustandes nicht in die preußischen Irrenabteilungen aufgenommen werden, da sie nach einer Entscheidung des Kammergerichts vom 15. Juni 1905 nicht den Charakter einer öffentlichen Irrenanstalt haben (Verf. d. Just. Min. vom 5. Februar 1907). Die Angabe Webers (Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker S. 529 u. 549), daß auch jetzt noch Untersuchungsgefangene in die Irrenabteilungen aufgenommen werden, ist nicht zutreffend.

§ 3.

„Dem Vorsteher steht die Vertretung der Irrenabteilung nach außen hin und die Disziplinargewalt über die darin fungierenden Beamten ausschließlich des Arztes zu. Er hat vor Verhängung von Disziplinarstrafen gegen Beamte der Irrenabteilung den Arzt zu hören.“

§ 4.

„Die allgemeine Dienstanweisung für die Anstaltsärzte gilt auch für den Arzt der Irrenabteilung; im übrigen hat der Arzt außer den eigentlichen ärztlichen Verordnungen, für welche er selbständig handelt, eine entscheidende Stimme in allen Anordnungen, welche sich auf Beköstigung, Lagerung, Bekleidung, Beschäftigung, Absonderung, Besuche, Teilnahme am Gottesdienst und Unterricht der Gefangenen beziehen, sowie darüber, ob und welche Hausstrafen an ihnen vollzogen werden können.

Der Arzt ist dafür verantwortlich, daß durch die von ihm getroffenen Anordnungen und Einrichtungen es keinem Gefangenen ermöglicht wird, außerhalb des eingeschlossenen Bereichs der Irrenabteilung zu gelangen oder ohne besondere Genehmigung mit anderen Personen in Verkehr zu treten.“

§ 5.

„Dem Vorsteher und dem Arzt liegt die Leitung und Verwaltung der Irrenabteilung gemeinsam ob. Beide Beamte haben täglich die Angelegenheiten der Irrenabteilung zu beraten und dabei sich gegenseitig die erforderlichen Mitteilungen zu machen. Sollten zwischen dem Vorsteher und dem Arzte Meinungsverschiedenheiten entstehen, die sich nicht ausgleichen lassen, so entscheidet die Aufsichtsbehörde, an welche beide zu berichten haben. Bis zum Eingange der Entscheidung gilt in allen Fragen, die sich auf die Verwaltung, den Strafvollzug und die Sicherheit beziehen, die Anordnung des Vorstehers, in allen ärztlichen Angelegenheiten die Anordnung des Arztes.“

§ 11.

„Die Entlassung des Strafgefangenen aus der Irrenabteilung geschieht entweder

- a) mit Ablauf der Strafe oder
- b) vor Ablauf derselben.

Zu a) Wenn die Strafe sich ihrem Ende nähert, hat der Arzt, sofern er den Gefangenen nicht für geheilt erachtet, über den Gesundheitszustand desselben

ein Gutachten abzugeben, in welchem er seine Vorschläge über die Unterbringung macht.

Zu b) Die Entlassung vor Ablauf der Strafzeit ist auf Veranlassung des Arztes durch den Vorsteher in folgenden Fällen zu beantragen:

1. wenn der Gefangene vom Arzte für geheilt angesehen wird,
2. wenn der Gefangene vom Arzte für unheilbar erklärt wird.

In beiden Fällen ist der Antrag auf Entlassung unter Beifügung eines eingehenden Gutachtens des Arztes und des Vorstehers der Aufsichtsbehörde einzureichen.“

Ist der Gefangene als geheilt anzusehen, so erfolgt Zurückversetzung in den geordneten Strafvollzug, und zwar in die Hauptanstalt, wenn in derselben Strafen der gleichen Art verbüßt werden, wie der Gefangene, der in der Irrenabteilung untergebracht war, zu verbüßen hat, sonst in die nächstgelegene für Strafgefangene gleicher Art eingerichtete Gefangenenanstalt des Ministeriums des Innern. Diese Anordnung ist durch Verfügung des Justizministers vom 19. Mai 1920 dahin abgeändert worden, daß der Gefangene, wenn er wieder strafvollzugsfähig ist, in den geordneten Strafvollzug derjenigen Anstalt zu überführen ist, aus der er eingeliefert worden ist.

Ist der Gefangene als unheilbar anzusehen, so hat die Aufsichtsbehörde nach Benehmen mit der Oberstaatsanwaltschaft die Entlassung aus der Haft bei dem Herrn Minister zu beantragen.

Die Dauer des Aufenthalts in der Irrenabteilung soll in der Regel nicht länger als 6 Monate betragen, kann aber in besonderen Fällen bis zu einem Jahr ausgedehnt werden. Probeweise kann ein Gefangener aus der Irrenabteilung für 6 Monate in die Hauptanstalt versetzt werden. In dem Erlaß des Ministers des Innern vom 3. November 1903 wird anlässlich eines gemeinsamen gefährlichen Ausbruchs aus einer Irrenabteilung darauf hingewiesen, daß auch bei ärztlichen Anordnungen die Sicherheit der Anstalt und der Beamten zu berücksichtigen sei. Verurteilte, die wegen Geisteskrankheit nach vorgängiger Beobachtung in der Irrenabteilung einer Strafanstalt entlassen waren, demnächst aber zur Strafverbüßung wieder herangezogen werden, sollen nach einer Verfügung des Ministeriums des Innern und Justiz-Min. vom 21. Juli 1902 in die nächstgelegene Irrenabteilung zu erneuter Beobachtung auf ihre Strafvollzugsfähigkeit aufgenommen werden (siehe auch Erl. d. Min. d. Inn. vom 15. November 1909).

Die baulichen und sonstigen Einrichtungen der preußischen Irrenabteilungen sind ausführlich geschildert von Aschaffenburg in seinem Buche: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke“, Berlin 1912. S. 38 bis 80. Weitere Mitteilungen über dieselben finden sich in den „Statistiken der zum Ressort des Königlich Preußischen Ministeriums des Innern gehörenden Strafanstalten und Gefängnisse.“

Über die Erfahrungen an der Irrenabteilung der Strafanstalt Moabit berichtet A. Leppmann in seiner Abhandlung: „Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene.“ Zeitschrift für Medizinalbeamte 1893 und Blätter für Gefängnis-kunde 1895. Auf Beobachtungen in der Irrenabteilung des Strafgefängnisses Breslau fußen die Arbeiten Bonhoeffers: „Irrenabteilungen an Gefängnissen“ in: Monatsschrift für Neurologie und Psychiatrie 1899, S. 231 und Heilbronners:

„Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preußen“ in *Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform* 1904. Eine kurze Schilderung der Breslauer Irrenabteilung habe ich in „*Gesundheits- und Wohlfahrtspflege der Stadt Breslau*“, Breslau 1912 S. 385 gegeben. Die Einrichtung der Irrenabteilung am Zuchthause in Graudenz schilderte M. Sander in seiner Abhandlung: „Die neuingerichtete Irrenabteilung an der Strafanstalt in Graudenz“ in *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* 1903, Bd. 60, S. 31. Über die Wirksamkeit der Irrenabteilung in Halle berichtete Aschaffenburg in mehreren Abhandlungen. Auch Siefert's schönes Werk: „Die Geistesstörungen der Strafhafft“, in dem sich eine vortreffliche Würdigung der Vorzüge und Mängel der preußischen Irrenabteilungen findet, ist aus Beobachtungen an der Irrenabteilung in Halle hervorgegangen. Die Irrenabteilung an dem Gefängnis in Köln hat Longard 1901 in der *Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie* beschrieben. Eine eingehende Darstellung der Tätigkeit der preußischen Irrenabteilungen, ihrer Vorzüge und Mängel soll später folgen. Ihr Schöpfer, der langjährige Leiter des preußischen Gefängniswesens unter dem Ministerium des Innern, Geheimrat Krohne, hat sich durch ihre Einrichtung und Ausgestaltung ein unvergängliches Verdienst um die Fürsorge für die geisteskranken Gefangenen erworben. Das Problem der Behandlung der Geisteskranken im Strafvollzuge war mit der Einrichtung der Irrenabteilungen an einer Reihe von Strafanstalten, zu denen später noch die Abteilungen für geistig-minderwertige Gefangene an den Strafanstalten in Insterburg und Brandenburg a. H. traten, zu einem im allgemeinen befriedigenden Abschluß gelangt; keineswegs aber war damit die Frage der Versorgung der gefährlichen Geisteskranken überhaupt gelöst, vielmehr traten die Schwierigkeiten der Unterbringung und Behandlung dieser Kranken infolge ihrer Anhäufung in einzelnen Städten durch die Entlassung derselben aus den Irrenabteilungen erst recht zutage. Immer mehr wurde die Frage akut, was mit den gemeingefährlichen Geisteskranken und insbesondere mit den geisteskranken Verbrechern nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzuge geschehen solle. Wir haben gesehen, daß in den ersten Jahrzehnten, als dieses erörtert wurde, die Strafanstaltsärzte — Delbrück, Gutsch, Moritz, Wiedemeister, Marcard, Ribstein — für den weiteren Verbleib der Geisteskranken, wenigstens eines Teiles derselben, in den Strafanstalten eintraten, während namhafte Irrenärzte wie Roller, Pelman, Sander, sich für die restlose Übernahme sämtlicher Geisteskranken aus den Strafanstalten in die Irrenanstalten aussprachen. Mit der Anhäufung der kriminellen Geisteskranken in den Irrenanstalten trat ein völliger Umschwung der Ansichten in den Kreisen der Irrenärzte ein. Am liebsten hätte man, wie Siefert erklärt, die Irrenanstalten für diese Kategorie von Geisteskranken gesperrt. Das Bestreben, diese Kranken von den Irrenanstalten fernzuhalten, trat immer deutlicher hervor. Dazu kam noch die Kostenfrage, und im Zusammenhang damit die Schwierigkeit, die daraus entstand, daß in Preußen die Gefängnisse und Strafanstalten unmittelbare Einrichtungen des Staates sind, während die öffentlichen Irrenanstalten Institutionen der Provinzialverwaltungen oder einzelner Städte — Berlin, Breslau, Köln — sind. Die Bestrebungen der Irrenärzte, die kriminellen Geisteskranken von den öffentlichen Irrenanstalten fernzuhalten und den Staat zu veranlassen, diese Kategorie von Geisteskranken in eigene Obhut und Pflege zu nehmen, fanden eifrige Fürsprecher in den preußi-

schen Landesdirektoren und in den preußischen Parlamenten, während die Regierung sich denselben gegenüber ablehnend verhielt.

Am 21. Juli 1882 richtete der Landesdirektor der Provinz Sachsen eine Eingabe an den preußischen Minister des Innern, in der er auf die Schwierigkeiten der Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den öffentlichen Irrenanstalten hingewiesen und angeregt wurde, für dieselben von seiten des Staates Fürsorge zu treffen.

Über die Verhandlungen der preußischen Parlamente über diese Frage entnehme ich der ausführlichen Begründung der Petition des Magistrats der Königl. Haupt- und Residenzstadt Berlin an die beiden Häuser des Landtages betreffend: „Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken, Idioten und Epileptiker“ vom 3. Februar 1913 folgende Angaben: „In einer bedeutsamen Sitzung vom 23. Dezember 1883 (Seite 414ff. der stenographischen Berichte der Session 1883/84) wurde die Frage zum erstenmal im Abgeordnetenhaus eingehend diskutiert. Die meisten Parteien sprachen Wünsche im Sinne der Eingabe aus, und der damalige Minister des Innern, von Puttkammer, gab im allgemeinen sehr entgegenkommende Erklärungen ab und teilte mit, daß er bereits eine Enquete unter den beteiligten Ministerien zur Prüfung der Frage, wie hier den Wünschen der Provinzialverwaltungen Rechnung getragen werden könne, veranlaßt habe.“

„Zu einer weiteren eingehenden Erörterung im Parlament gelangte die Frage in der Session 1896—97 aus Anlaß einer Gesamtpetition der Landesdirektoren sämtlicher Provinzen, mit Ausnahme von Hannover, an beide Häuser des Landtages. Der Antrag der Petition geht dahin:

auf die königliche Staatsregierung dahin einwirken zu wollen, daß zur Verwahrung und Behandlung irrer Verbrecher baldigst besondere Einrichtungen getroffen, und die Irrenanstalten der Kommunalverbände — nötigenfalls unter Mitwirkung der Gesetzgebung — von diesen Geisteskranken entlastet werden.

In der Beratung der Justizkommission des Abgeordnetenhauses (Drucksachen Nr. 114) wurde einstimmig beschlossen, die Petition der Staatsregierung zur Erwägung zu überreichen. Derselbe Beschluß wurde in der Plenarsitzung vom 7. April 1897 (Stenographische Berichte Seite 2129ff.) gefaßt. Dabei sei bemerkt, daß sich sowohl in den Kommissionsberatungen wie bei den ausführlichen Erörterungen im Plenum alle Parteien des Hauses für den Antrag der Provinzialverbände ausgesprochen haben. Der Regierungsvertreter Professor Dr. Moeli erkannte prinzipiell die Mißstände, welche die gegenwärtige Fürsorge für irre Verbrecher gezeitigt habe, an, erklärte aber den von der Petition angeregten Weg (dieselbe bezog sich nur auf die Abnahme der aus den Strafanstalten hervorgegangenen „irren Verbrecher“) nicht für gangbar, da zum mindesten die „verbrecherischen Irren“ dieselben Schwierigkeiten in den Anstalten verursachten. Er sagte jedoch wohlwollende Erwägung der Frage, in welcher Weise hier Abhilfe geschaffen werden könne, namens der Regierung zu.

Noch dringender wie im Abgeordnetenhaus wurde die Petition im Herrenhaus von allen Mitgliedern, die sich an der eingehenden Beratung beteiligten, befürwortet (Sitzung vom 15. Februar 1897, S. 123ff. der stenographischen Berichte). Gegen den Widerspruch des Regierungsvertreters wurde einstimmig der Beschluß angenommen, die Petition der königlichen Staatsregierung zur

Berücksichtigung zu überweisen. Ein Ergebnis der Erwägungen der Staatsregierung ist dem Parlamente nicht mitgeteilt worden.

Nachdem sodann der Oberbürgermeister Bender von Breslau in der Sitzung des Herrenhauses vom 7. Mai 1902 (Stenographische Berichte S. 291) und der Abgeordnete Fischbeck in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 15. Mai 1914 (Stenographische Berichte S. 2990ff.) erneut die Dringlichkeit der Frage hervorgehoben hatten, fand noch in der Session 1904/05 eine erneute eingehende Erörterung im Abgeordnetenhause statt. In der Sitzung vom 3. November 1904 stellte der Abgeordnete Schmedding den Antrag:

Das Haus der Abgeordneten wolle beschließen:

Die kgl. Staatsregierung zu ersuchen, schleunigst im gesetzlichen Wege die Fürsorge für diejenigen mittellosen geisteskranken und schwachsinnigen Personen, welche nur behufs des Schutzes anderer Personen gegen ihre Ausschreitungen der Unterbringung in Anstalten bedürfen, zu regeln, (Stenographische Berichte S. 6959ff.). Das Haus beschloß zunächst den Antrag der durch 7 Mitglieder verstärkten Gemeindekommission zu überweisen. In dieser wurde der Antrag nach sehr gründlicher Beratung — in Widerspruch zu den Regierungsvertretern — einstimmig angenommen. Zur Durchführung des Beschlusses wurde noch folgender Antrag gestellt:

Das Haus der Abgeordneten wolle beschließen:

Die kgl. Staatsregierung zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, wonach folgendes bestimmt wird: Soweit die Landarmenverbände nicht gemäß dem Gesetze vom 11. Juli 1891, betreffend die außerordentliche Armenpflege, verpflichtet sind, die Kosten der Unterbringung derjenigen mittellosen Geisteskranken und schwachsinnigen Personen zu übernehmen, welche nur oder vorwiegend behufs des Schutzes anderer Personen gegen ihre Ausschreitungen der Unterbringung in Anstalten bedürfen, hat der Staat diese Kosten auf die Staatskasse zu übernehmen.

Zur Begründung wurde ausgeführt, daß es zwar wünschenswert sei, daß der Staat die volle Fürsorge für die gefährlichen Geisteskranken übernehme, daß man sich aber mit Rücksicht auf die ablehnende Haltung der Staatsregierung und die bisherige Entwicklung auf das unbedingt Notwendige beschränken wolle und daher nur Übernahme der Kosten verlange.

Auch dieser Antrag wurde einstimmig angenommen. (Kommissionsbericht siehe Drucksache 647 der Session 1904—05.) In der Plenarsitzung vom 24. März 1905 (Stenographische Berichte S. 12098 ff.) wurde der Kommissionsantrag widerspruchslos angenommen.

Eine erneute eingehende Erörterung folgt in den Sitzungen vom 16., 19. und 20. Februar 1907 (Stenographische Berichte S. 829ff., 929ff., 994ff., 1003ff., 1013ff., 1043ff. und 1060ff.). Wiederum sprachen sich sämtliche Redner für eine Übernahme der gemeingefährlichen Geisteskranken durch die Regierung aus, während der damalige Minister des Innern von Bethmann-Hollweg gleichfalls eine ablehnende Haltung einnahm. Allerdings erkannte auch er die von allen Rednern gerügten Mißstände an und deutete an, daß möglicherweise die Regierung einer Erhöhung der durch die Dotationsgesetze den Provinzialverbänden zur Verfügung gestellten Mittel näher treten könnte.“

Weitere Erörterungen der Angelegenheit erfolgten in den Sitzungen des Abgeordnetenhauses vom 27. Februar und vom 2. März 1908. (Stenographische

Berichte S. 2808ff. und S. 3082ff.) Die letzte Verhandlung über die Frage fand in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 14. Februar 1914 statt. Die Abg. von Schmedding (Zentr.), von Pappenheim (kons.), Frhr. von Zedlitz (freikons.), Dr. Röchling (nl.), Cassel (fortschr. Volksp.) beantragten:

„Die Regierung zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, wonach die Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken, soweit sie nicht gemäß dem Gesetz vom 11. Juli 1891 den Landarmenverbänden obliegt, vom Staate zu übernehmen ist.“

Der Abg. Frhr. Schenk zu Schweinsberg (kons.) erklärte: „Wir halten es aus Zweckmäßigkeitsgründen nicht für angebracht, diese Geisteskranken in öffentlichen Irrenanstalten unterzubringen, da dies zu Unzuträglichkeiten in den Kommunalverbänden führen würde. Wir wünschen, daß die Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken vom Staate zu übernehmen ist.“ Der Abg. Dr. Schröder, Kassel (nl.) schloß sich diesen Ausführungen an und betonte insbesondere, die Kostenfrage sei nicht ausschlaggebend, „wenn auch die Provinzialverbände es gerne sehen würden, wenn der Staat diese Kosten übernehme.“ Der Minister des Innern Dr. von Dallwitz erwiderte darauf: „Gewiß, eine Teilung des Irrenwesens würde möglich sein, aber ob es zweckmäßig ist, einen Zweig des Irrenwesens loszulösen und einen kleinen Teil der Irren infolgedessen anders zu behandeln als den andern, das glaube ich nicht. Das würde nicht nur außerordentlich unzuweckmäßig sein, sondern dieser Vorschlag widerspricht auch der ganzen Tendenz der Vereinfachung, der Tendenz, die auch in diesem Hause mit Bezug auf die Verwaltungsreform in erster Reihe vertreten worden ist. Aus diesen Gründen bin ich nicht in der Lage, den Antrag Schmedding anzunehmen.“ Der Abg. Dr. Flesch (fortschr. Volksp.) hob demgegenüber hervor: „Der Schutz der Allgemeinheit vor gemeingefährlichen Geisteskranken ist eine Aufgabe der Sicherheitspolizei, und darum muß in erster Linie der Staat eintreten und die Gemeindeverbände von dieser Aufgabe befreien. Ich bitte deshalb die Regierung angesichts des einmütigen Votums dieses Hauses, ihren ablehnenden Standpunkt aufzugeben.“ Ähnlich äußerte sich der Abg. Liebknecht (Soz.): „Die gemeingefährlichen Geisteskranken müssen in besonderen Anstalten auf Kosten des Staates interniert werden. Die Inhaber der Irrenanstalten haben den lebhaften Wunsch, daß sie von gemeingefährlichen Geisteskranken verschont bleiben. Der Staat sollte sich nicht in Kompetenzstreitigkeiten mit den Gemeinden einlassen. Hier steht ein Interesse aller Staatsbürger in Frage. Schon aus polizeilichen Gründen hat der Staat die Pflicht, für diese Irren zu sorgen.“ Ebenso betont der Abg. Viereck (freikons.): „Der Schutz der Allgemeinheit kommt nicht nur der Gemeinde zugute, sondern dem ganzen preußischen Volke, denn man kann nicht wissen, gegen wen sich die Übergriffe der Kranken richten. Darum meinen wir, daß der Staat verpflichtet ist, für die Unterbringung derjenigen Geisteskranken zu sorgen, deren Unterbringung zum Schutze der Allgemeinheit für erforderlich erachtet wird.“ Demgegenüber erklärte der Ministerialdirektor Dr. Freund: „Es ist hier ausgeführt worden, daß die Sorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken nicht der Ortspolizei sondern der Landespolizei zur Last falle. Demgegenüber möchte ich bemerken, daß die Sorge, selbst wenn sie über den Umfang eines Ortspolizeibezirks hinausreicht, auch dann ein Gegenstand nicht der Landespolizei, sondern der Ortspolizeibehörde ist. Dies hat schon der Minister hervorgehoben, da es sich um die

Regelung der Kostenfrage handelt, denn die Kosten für die Maßregel der Wohlfahrtspolizei trägt die Gemeinde, die Kosten für die Sicherheitspolizei aber der Staat.“ Zu einem greifbaren Ergebnis hat auch diese letzte Behandlung der Frage im Abgeordnetenhaus nicht geführt. Die Vertreter sämtlicher Parteien traten für den Antrag Schmedding ein, während die Regierung auf ihrem ablehnenden Standpunkte beharrte. Ebenso wenig brachten wiederholte Petitionen an die beiden Häuser der Abgeordneten eine Änderung. Unter diesen verdient die des Magistrats der königlichen Haupt- und Residenzstadt Berlin vom 3. Februar 1913 (Vorlagen für die Stadtverordnetenversammlung zu Berlin 1913, Nr. 6, S. 161—182) wegen ihrer eingehenden Begründung besondere Hervorhebung. Die Bitte des Magistrats von Berlin ging dahin:

„Das Haus der Abgeordneten (das Herrenhaus) wolle beschließen, die Kgl. Staatsregierung zu ersuchen, einen Gesetzentwurf vorzulegen, welcher bestimmt:

§ 1.

Die Fürsorge für diejenigen gefährlichen Geisteskranken, Idioten und Epileptiker, deren Unterbringung in geeigneten Anstalten allein oder vorwiegend im Interesse der öffentlichen Sicherheit, Ruhe und Ordnung geboten ist, liegt dem Staate ob.

§ 2.

Zu den im § 1 bezeichneten Personen sind stets diejenigen gefährlichen Geisteskranken, Idioten und Epileptiker zu zählen, deren Unterbringung in geeigneten Anstalten von einer Justiz- oder Verwaltungsbehörde im Anschluß an die Straftat verlangt wird oder mit Rücksicht auf ein vorangegangenes Strafverfahren, das wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit des Kranken nach § 403 St.P.O. eingestellt ist, oder in dem nach § 51 St.G.B. Freisprechung erfolgt ist.“

In der Begründung werden die Bedenken, die gegen die Aufnahme dieser gefährlichen Geisteskranken in die öffentlichen Irrenanstalten erhoben werden, ausführlich auseinander gesetzt und die Mißstände, die dadurch in den Irrenanstalten hervorgerufen werden, geschildert. Weiter wird betont, welche erheblichen Kosten den Kommunalverbänden durch die Übernahme der kriminellen Geisteskranken erwachsen und sodann gegen die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905 in eingehenden Erörterungen Stellung genommen.

Dem Vorbilde der Stadt Berlin folgend, wurden mit Anfang dieses Jahrhunderts in einer Reihe von Provinzialirrenanstalten in Preußen feste Häuser für gefährliche Geisteskranke errichtet, die als „gesicherte Häuser“ oder „Bewahrungshäuser“ bezeichnet werden. Aschaffenburg gibt in dem bereits erwähnten Werke: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranke“, S. 56—80, eine eingehende Schilderung dieser Einrichtungen.

In der Rheinprovinz wurde zunächst an der Provinzialirrenanstalt in Düren ein Bewahrungshaus für 48 Männer eingerichtet, das am 7. August 1900 bezogen wurde. Zunächst traten, wie Flüge berichtet, Schwierigkeiten mancherlei Art zutage. Exzesse aller Art, Demolierungen, Ausbruchsversuche und Angriffe waren an der Tagesordnung. Es wurde ein Umbau notwendig, nach dessen Aus-

führung nach dem Berichte Gellers das Bewahrungshaus seinen Zweck erfüllte und Ausschreitungen nicht mehr vorkamen.

Das zweite Verwahrungshaus der Rheinprovinz wurde im Mai 1908 an dem Arbeitshause in Brauweiler eröffnet. Wie Aschaffenburg, so habe auch ich schon früher Bedenken gegen diese enge räumliche und administrative Vereinigung einer Irrenstation mit einem Arbeitshause geäußert.

Ein drittes festes Haus für 50 Männer besitzt die Rheinprovinz an der Provinzialirrenanstalt in Bedburg bei Cleve.

In der Provinz Westfalen besteht eine Abteilung für 63 gemeingefährliche Geistesranke an der Provinzialirrenanstalt in Eikelborn.

Für die Provinz Hannover wurde im Jahre 1909 auf Anregung von Cramer ein Verwahrungshaus für 60 unsoziale Geistesranke an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Göttingen errichtet. Dasselbe ist von Cramer: „Die weitere Entwicklung der Anstalten für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen.“ Klinisches Jahrbuch XXII. Bd., Jena 1909 und Weber, „Das hannoversche Provinzial-Verwahrungshaus in Göttingen“, Monatsschr. f. Kriminalpsychologie, VII, S. 159, beschrieben.

Die Provinz Sachsen hat ein festes Haus für 50 Kranke an der Provinzialirrenanstalt in Nietleben.

Für die Provinz Schleswig-Holstein wurde im Jahre 1904 ein festes Haus mit 40 Plätzen an der Provinzialirrenanstalt in Neustadt in Holstein erbaut, über das Krömer: „Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher“, Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64, S. 980, berichtet hat.

In der Provinz Schlesien besteht ein Haus an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Rybnik für 40 Kranke und ein zweites an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Plagwitz für 38 Kranke (Deutsche Heil- und Pflegeanstalten Bd. I, S. 370).

Die Provinz Pommern hat an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Stralsund ein festes Haus mit 50 Plätzen errichtet.

In der Provinz Ostpreußen besteht mit dem Jahre 1895 in Verbindung mit dem Arbeitshause in Tapiau eine Pflegeanstalt für geistesranke, gemeingefährliche Männer, die 68 Plätze hat. Fritz Hoppe hat sie in der Abhandlung: „Die Pflegeanstalt für geistesranke Männer in Tapiau“, Psychiatrisch-Neurologische Wochenschr. 1904, S. 111 beschrieben.

In der Provinz Brandenburg sind drei feste Häuser vorhanden, eins an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Neuruppin für 36 Kranke, eins an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Landsberg a. W. und ein drittes für 50 Kranke an der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt in Teupitz.

Die Stadt Berlin, die einen eigenen Kommunalverband bildet, hat außer dem bereits erwähnten festen Hause in Dalldorf mit 50 Betten 2 Überwachungshäuser mit besonderen Sicherungsmaßnahmen für je 80 Männer an der Irrenanstalt Herzberge und zwei Verwahrungshäuser für 125 Kriminelle an den Irrenanstalten in Buch.

In den Provinzen Hessen-Nassau und Westpreußen sind keine besonderen Einrichtungen für gefährliche Geistesranke vorhanden.

Zu der Einrichtung der festen Häuser an den öffentlichen Irrenanstalten sahen die Landarmen-Verbände sich genötigt, weil die Regierung sich auf den Standpunkt stellte, daß die Fürsorge für die gemeingefährlichen Geistesranke

Sache der Landarmenverbände sei, und durch den Ministerial-Erlaß vom 13. Juli 1904 die Polizeiverwaltungen anwies, Armenverbände, die sich weigern sollten, im Interesse der öffentlichen Sicherheit unterzubringende Geisteskranke in ihre Irrenanstalten aufzunehmen, nötigenfalls mit polizeilichen Zwangsmitteln zur Aufnahme anzuhalten. Es entwickelten sich infolgedessen eine Reihe von Verwaltungsstreitigkeiten, bei denen es sich vornehmlich darum handelte, ob die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken zu den Aufgaben der Kommunalverbände gehöre und die Kosten für die Unterbringung und Verwahrung dieser Kranken den Armenverbänden zur Last falle, oder der Staat die Fürsorge für diese Kategorie von Geisteskranken zu übernehmen habe. Das Endurteil des II. Senats des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. Juni 1905 Rep. II. A 5/04 (Entscheidungen des Königlich Preußischen Oberverwaltungsgerichts 47. Bd. I. Berlin 1908, Nr. 2, S. 6—24) hat folgenden Wortlaut:

„Die Kosten der Anstaltspflege für mittellose gemeingefährliche Geisteskranken sind auch dann Kosten der Armenpflege, wenn die Unterbringung der Kranken in der Anstalt nicht in ihrem eigenen Interesse, sondern im Interesse der öffentlichen Ordnung und Sicherheit erforderlich ist. Die Provinzialverbände sind verpflichtet, auch bemittelte gemeingefährliche Geisteskranken in ihre Irrenanstalten aufzunehmen, wenn deren Aufnahme von der zuständigen Polizeibehörde verlangt wird.“

Durch diese bedeutsame Entscheidung, die durch die Urteile des Ersten Senats des Preußischen Oberverwaltungsgerichts vom 3. Juli 1906 in der Verwaltungsstreitsache der Stadtgemeinde Breslau wider den Regierungspräsidenten in Breslau über die Kosten der Unterbringung der Geisteskranken Czempich in dem Lazarett des Weibergefängnisses in Breslau und vom 19. November 1907 in den Verwaltungsstreitsachen derselben Gemeinde gegen den Oberpräsidenten der Provinz Schlesien über die Unterbringung der Geisteskranken Sobel, Berger, Cawallinsky und Blumenfeld bestätigt und ergänzt wurde, ist die Verpflichtung der Provinzialverbände zur Übernahme und Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken unwiderruflich festgelegt. An dieser Tatsache vermag auch die vom Bundesamt für das Heimatwesen in mehreren Entscheidungen vertretene abweichende Auffassung des Begriffs der Hilfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne nichts zu ändern. Ebensowenig kann den ausführlichen rechtlichen Darlegungen in der bereits mehrfach erwähnten Petition des Magistrats der Stadt Berlin vom 3. Februar 1913, die sich gegen die Richtigkeit der vom Oberverwaltungsgericht in der Entscheidung vom 20. Juni 1905 Rechtsanschauungen wenden, durchschlagende Beweiskraft zuerkannt werden. Die rechtliche Verpflichtung der Provinzialverbände zur Übernahme der gemeingefährlichen Geisteskranken ist jedenfalls, solange nicht eine Änderung der diesbezüglichen Gesetze erfolgt, als feststehend zu erachten.

Gestützt auf die Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts übte die Regierung einen erheblichen Druck auf die Provinzialverbände dahin aus, daß sie für die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken Fürsorge zu treffen hätten. Sie ging aber noch einen Schritt weiter, in dem sie über die Entlassung dieser Kranken folgende Bestimmungen erließ.

In dem Erlaß des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geistes-

kranker aus den öffentlichen Irrenanstalten vom 15. Juni 1901 wird ausgeführt:

„Das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten genügt, wie die Erfahrung gezeigt hat, den Interessen der öffentlichen Sicherheit nicht. Es ist vielmehr erforderlich, daß die Polizeibehörden vor der beabsichtigten Entlassung einer nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachtenden Person gehört werden und ihnen Gelegenheit gegeben wird, etwaige Bedenken zum Ausdruck zu bringen, welche aus dem Vorleben und den ganzen wirtschaftlichen und Familienverhältnissen, namentlich auch aus denjenigen, in welche der zu Entlassende demnächst eintreten wird, gegen die Entlassung sprechen. Eine solche Äußerung kann für die Anstaltsleitung, der diese Verhältnisse oft unbekannt sein werden, sowohl im allgemeinen wie mit Rücksicht auf § 832 B.G.B. nur erwünscht sein. Ferner ist es erforderlich, daß von der Entlassung eines Kranken, bei dem nach seinem Vorleben eine Gefährdung der öffentlichen Sicherheit in Frage kommt, der Polizeibehörde sofort Nachricht gegeben wird, damit sie imstande ist, die erforderlichen Maßregeln zu treffen.

Ew. Exzellenz ersuchen wir ergebenst, zu veranlassen, daß in der dortigen Provinz:

1. Geisteskranke auf Grund des § 51 Str.G.B. freigesprochene oder auf Grund des § 203 Str.P.O. außer Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist —
2. diejenigen auf Veranlassung der Polizeibehörde aufgenommenen Geisteskranken, bei denen die Polizeibehörde ausdrücklich das Ersuchen um Mitteilung von der beabsichtigten Entlassung gestellt hat,
3. sonstige nach Ansicht des Anstaltsleiters gefährliche Geisteskranke aus den öffentlichen Irrenanstalten nicht entlassen werden, bevor dem Landrat, in Stadtkreisen der Ortspolizeibehörde des zukünftigen Aufenthaltsortes und, wenn dieser außerhalb Preußens liegt, der gleichen für den Ort der Anstalt zuständigen Behörde Gelegenheit zur Äußerung gegeben ist. Die Leiter der Anstalten werden den genannten Behörden unter Mitteilung des Materials zur Beurteilung des Kranken, insbesondere eines eingehenden ärztlichen Gutachtens, die beabsichtigte Entlassung mitzuteilen haben und werden über sie erst nach Eingang der Äußerung der Behörden oder nach Ablauf einer Frist von 3 Wochen seit deren Benachrichtigung Entscheidung treffen dürfen. Auch werden sie diese Behörden von der Entlassung sofort zu benachrichtigen haben.

Einer Änderung des Reglements der öffentlichen Irrenanstalten bedarf es zu diesem Zwecke nicht, es genügt vielmehr, wenn die erforderlichen Anordnungen im Verwaltungswege getroffen werden.“

Dieser Erlaß hat dann weiter noch eine Ergänzung gefunden durch einen gemeinsamen Erlaß der Minister der Medizinalangelegenheiten und des Innern vom 16. Dezember 1901, in dem bestimmt wird:

„Daß die Polizeibehörden in den Fällen, in welchem es sich um die in der Rundverfügung vom 15. Juni d. J. unter I. aufgeführten Personen, mit Aus-

nahme der auf Grund des § 51 Str.G.B. freigesprochenen, handelt, spätestens binnen 3 Tagen nach Empfang der Mitteilung des Anstaltsleiters über die beabsichtigte Entlassung diese Mitteilung nebst Anlagen zunächst der an dem Strafverfahren beteiligt gewesenen Staatsanwaltschaft mit dem Ersuchen um eine Äußerung zu übersenden haben. Diese Behörden werden von dem Herrn Justizminister angewiesen werden, ihre Äußerung spätestens binnen 1 Woche den Polizeibehörden mitzuteilen. Nach Ablauf dieser Frist ohne Eingang einer Antwort der Staatsanwaltschaft, ist die Polizeibehörde zur selbständigen weiteren Verfügung berechtigt. Widerspricht die Staatsanwaltschaft der Entlassung nach Ansicht der Polizeibehörde unbegründeterweise, so ist die Entscheidung des Regierungspräsidenten nachzusuchen. Dies hat stets auch dann zu geschehen, wenn die Staatsanwaltschaft und die Polizeibehörde zwar derselben Ansicht sind, es sich aber um Fälle von besonderer Wichtigkeit und Schwierigkeit handelt. Hierzu sind alle Fälle zu rechnen, in denen die gegen den Verbrecher verhängte Freiheitsstrafe 2 Jahre übersteigt. Die Regierungspräsidenten haben die Entscheidung in den ihnen unterbreiteten Fällen sofort zu treffen. Die Polizeibehörden haben in diesen beiden Fällen auf Grund der Entscheidung des Regierungspräsidenten und in allen sonstigen Fällen auf Grund eigener pflichtmäßiger Prüfung nach Eingang der Äußerung der Staatsanwaltschaft der Leitung der Irrenanstalt mitzuteilen, ob polizeilicherseits gegen die Entlassung Bedenken zu erheben sind. Da die Anstaltsleiter nach der Verfügung vom 15. Juni d. J. berechtigt sind, hinsichtlich der Entlassung der betreffenden Personen Entscheidung zu treffen, wenn sie 3 Wochen nach der Benachrichtigung der Polizeibehörde von dieser keine Antwort erhalten haben, so muß der nach vorstehendem erforderliche Schriftwechsel so beschleunigt werden, daß jene Frist in allen Fällen innegehalten wird. Die Polizeibehörden und die Regierungspräsidenten sind hierauf besonders aufmerksam zu machen. Zur Verhütung von Verzögerungen erscheint es ferner geboten, die Anstaltsleiter zu ersuchen, in ihren Mitteilungen an die Polizeibehörden die in Frage kommende Staatsanwaltschaft genau zu bezeichnen.“

Ein Erlaß des Justizministers vom 6. Januar 1902 regelt endlich auch die Mitwirkung der Justizverwaltung.

„Nach näherer Bestimmung eines Runderlasses des Herrn Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten und des Innern vom 15. Juni vorigen Jahres (M. d. J. IIa. 9209, M. d. g. A. M. 6368) (Minist.-Blatt für Medizinalangelegenheiten I. Jahrgang S. 179), liegt es dem Oberpräsidenten ob, im Interesse der öffentlichen Sicherheit zu veranlassen, daß aus öffentlichen Irrenanstalten solche Personen, welche nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachten, nicht ohne polizeiliche Mitwirkung zu entlassen sind.

Als solche Personen sind in dem Runderlasse unter Ziffer I aufgeführt:

„Geisteskranke auf Grund des § 51 des Str.G.B. freigesprochene, oder auf Grund des § 203 der Str.P.O. außer Verfolgung gesetzte Personen und geisteskranke Verbrecher, bei denen der Strafvollzug ausgesetzt ist — sofern diesen Personen ein Verbrechen oder ein nicht ganz geringfügiges Vergehen zur Last gelegt ist.“

An der Benachrichtigung über eine bevorstehende Entlassung der hier bezeichneten Personen haben die Justizbehörden insofern ein unmittelbares Interesse, als eine alsbaldige oder spätere Wiederaufnahme der vorläufig einge-

stellten Untersuchung oder des ausgesetzten Strafvollzuges in Frage kommen kann, und es den Justizbehörden erwünscht sein muß, sowohl den gegenwärtigen Gesundheitszustand als auch den Verbleib des Beschuldigten oder des Verurteilten zu erfahren. Es entspricht aber auch der Stellung der Staatsanwaltschaft, die ihr etwa bekannten Umstände, welche Bedenken gegen die Entlassung eines ungeheilten Geisteskranken wegen seiner Gemeingefährlichkeit zu begründen geeignet sein könnten, zur Kenntnis der zuständigen Polizeibehörde zu bringen.

Der Runderlaß vom 16. Dezember v. J. sichert der Staatsanwaltschaft eine Mitwirkung bei der Entlassung geisteskranker Verbrecher aus öffentlichen Irrenanstalten, soweit ein Interesse der Rechtspflege an dieser Mitwirkung besteht, und zwar auch, soweit es sich um Strafsachen handelt, in welchen die Strafvollstreckung den Amtsgerichten obliegt. Die nach dem Runderlasse von der Staatsanwaltschaft abzugebenden Erklärungen, für welche die oben hervorgehobenen Gesichtspunkte maßgebend sein müssen, sind, soweit tunlich, umgehend zu erstatten, in jedem Falle aber so zu beschleunigen, daß die Antwort mit den wieder angeschlossenen Anfragen bei der anfragenden Polizeibehörde innerhalb einer Woche wieder eingeht.“

Endlich wird in dem Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 20. Mai 1904 unter Bezugnahme auf die Erlasse vom 15. Juni 1901 und 16. Dezember 1901 verfügt:

„Wir bestimmen hiermit, daß fortan in gleicher Weise alle Fälle der vorgeachten Art zu behandeln sind, in denen ein richterliches Urteil über die Täterschaft eines Angeschuldigten, welcher erhebliche Vorstrafen nicht erlitten hat, nicht vorliegt, weil der § 51 des Str.G.B. oder der § 203 der Str.P.O. zur Anwendung gekommen ist.“

Damit glaube ich, eine übersichtliche Darstellung der Frage der Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken in Preußen gegeben zu haben, und wende mich nunmehr zu der Entwicklung dieses Problems in den andern deutschen Bundesstaaten.

In Bayern waren nach einer Mitteilung in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift XV Jahrg. 1913, S. 349 im Juli 1912 — 29 geisteskranke Gefangene ohne Unterbrechung der Strafvollstreckung in Irrenanstalten untergebracht, während 55 geisteskranke und 141 geistig gefährdete Gefangene in Strafanstalten selbst verwahrt wurden. Im Juli 1913 befanden sich 30 geisteskranke Gefangene in Irrenanstalten, 53 geisteskranke und 146 geistig gefährdete Gefangene in den Strafanstalten. Nach einer Statistik von Kundt waren am 1. Januar 1910 — 25 geisteskranke Sträflinge in Irrenanstalten, 130 geisteskranke für den Aufenthalt im Strafhause ungeeignete Gefangene in den Strafanstalten. Rüdín kommt in seinem auf der Jahresversammlung des Vereins bayrischer Psychiater im Mai 1910 erstatteten Referate: „Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und der verbrecherischen Irren in Bayern (Zeitschr. für die gesamte Neurologie und Psychiatrie, Bd. II, H. 2) zu folgenden Ergebnissen:

- I. „Im Interesse der Strafanstalten, der Justizverwaltung, der Kranken, der Irrenanstalten und des breiten Publikums liegt es, daß die geisteskrank gewordenen Gefangenen sofort in irrenärztlich modern eingerichtete und geleitete, aber organisch mit einer Strafanstalt ver-

bundene Irren-Beobachtungs- und Verwahrungsadnexen kommen und dort, im Prinzip, bis zum Ende der Strafzeit verbleiben.

- II. Im allseitigen Interesse ist es ferner unumgänglich notwendig, daß dem Irrenarzt der Irrenanstalt für die Behandlung und Verwahrung gefährlicher Irrer eine Sonderabteilung, noch besser ein Sonderbau mit festen Einrichtungen und beschränkterer Bewegungsfreiheit zur Verfügung steht.
- III. Selbständige Zentralanstalten, wo nur gefährliche Irre oder auch nur Verbrecher in größerer Anzahl verwahrt werden, sind nicht zu empfehlen.“

In der Heil- und Pflegeanstalt Eglfing bei München befinden sich 2 Sonderpavillons für je 70 gefährliche Geisteskranke.

Im Jahre 1913 hat die bayrische Justizverwaltung bei dem Landtage die Errichtung einer Irrenabteilung an der Strafanstalt in Straubing für 50 geisteskranken Gefangene beantragt.

In Nr. 31/32 der psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift vom 8. November 1919 (S. 238) wird mitgeteilt, daß in dem Strafvollzugsgefängnis Stadelheim bei München, im Untersuchungsgefängnis zu Nürnberg und bei der Gefangenen-Anstalt St. Georg zu Bayreuth psychiatrische Stationen errichtet werden sollen,

Sachsen besitzt in Waldheim seit dem Jahre 1876 eine Anstalt für kriminelle Geisteskranke, die zunächst ein Adnex der Strafanstalt Waldheim war. Sie war nicht nur für geisteskranken Verbrecher, sondern auch für solche Geisteskranke bestimmt, „deren Aufnahme in eine andere Irrenanstalt aus sicherheits-, wohlfahrts- oder sittenpolizeilichen Gründen wegen ihres verbrecherischen Vorlebens oder ihrer Individualität bedenklich fällt“. Über die Einrichtungen der Irrenstation in Waldheim hat Knecht wiederholt berichtet. In den Jahren 1880—1891 wurden in dieselbe 151 Kranke aufgenommen, darunter 98 aus der Strafanstalt in Waldheim. Nach einer Erweiterung der Irrenstation im Jahre 1892 wurde sie im Jahre 1905 als selbständige „Landesanstalt für Geisteskranke in Waldheim“ eingerichtet. Im Gegensatz zu den preußischen Irrenabteilungen steht die Landesanstalt in Waldheim hinsichtlich der Verwaltung völlig unter ärztlicher Leitung. Zwei Irrenärzte sind an derselben im Hauptamte angestellt. Mit der Strafanstalt hat die Irrenanstalt lediglich die Küche und den Eingang gemeinsam. Die in der Irrenanstalt in Waldheim zugebrachte Zeit wird bei den geisteskranken Strafgefangenen nicht in Anrechnung gebracht. In die Anstalt können 200 Kranke aufgenommen werden. Seit dem Jahre 1908 besteht in Sachsen eine zweite Abteilung für kriminelle Geisteskranke mit 70 Plätzen an der Landesstrafanstalt in Bautzen.

Die Entwicklung des Problems in Württemberg hat v. Schwab in einem Vortrage: „Die Unterbringung geisteskranker Strafgefangener in Württemberg“, Blätter für Gefängniskunde 1904, 38. Bd., geschildert. Bis zum Jahre 1905 wurden die geisteskranken Gefangenen direkt aus der Strafanstalt in die Irrenanstalt gebracht, nachdem die Genehmigung des Justizministeriums von dem Strafanstaltenkollegium eingeholt worden war. Im Jahre 1883 wurde auf Wunsch der Irrenanstaltsverwaltungen angeordnet, daß die in den Irrenanstalten untergebrachten geisteskranken Gefangenen nicht mehr Sträflingskleidung zu tragen hätten, und durch Erlaß des Justizministeriums vom

11. Januar 1892 wurde die Überführung der geisteskranken Gefangenen in Privat-Irrenanstalten untersagt. In den 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts entstand zwischen dem Justizministerium einerseits und dem Medizinalkollegium und dem Ministerium des Innern andererseits eine Meinungsverschiedenheit über die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher. Die Schwierigkeiten, die durch die Unterbringung einer größeren Anzahl geisteskranker Verbrecher in den Irrenanstalten entstanden, häuften sich. Es entwickelte sich ein Streit, ob diese Kranken am zweckmäßigsten in einem Irrenanstaltsadnex oder einem Adnex an einer Strafanstalt untergebracht werden sollten. Nach eingehender Erörterung der Frage in der Kammer der Abgeordneten am 10. Juli 1903 (Blätter für Gefängniskunde, Bd. 38, S. 305ff.) wurde beschlossen, als Adnex an der Strafanstalt Ludwigsburg eine Irrenabteilung auf Hohenasperg zu errichten. Die Abteilung wurde am 1. Februar 1905 eröffnet und hat Platz für 36 Kranke. Über die Erfahrungen in der Irrenabteilung auf Hohenasperg haben v. Schwandner (Praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Strafgefangener, Monatsschrift für Kriminalpsychologie, Bd. V, S. 411) und Staiger (Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher, Monatsschrift für Kriminalpsychologie, Bd. V., S. 421) berichtet. In den ersten 3 Jahren wurden 84 Gefangene, 53 aus dem Zuchthause und 31 aus den Gefängnissen aufgenommen. Die Kranken bleiben bis zum Strafende in der Irrenabteilung und werden, wenn sie nach Ablauf der Strafzeit noch der Behandlung bedürfen, in die zuständige Irrenanstalt gebracht. Werden sie während der Strafverbüßung gesund, so findet Versetzung in den geordneten Strafvollzug oder in die Invalidenabteilung am Zuchthause Ludwigsburg statt. Bei unheilbaren Geisteskranken kann die Begnadigung und Überführung in eine Irrenanstalt beantragt werden. Der Arzt der Irrenabteilung ist im Hauptamte angestellt.

In Baden wurde im Jahre 1864 auf Veranlassung von Gutsch in Verbindung mit dem Zellengefängnis Bruchsal eine Hilfsstrafanstalt eröffnet, in die neben körperlich kranken und gebrechlichen Gefangenen auch geistesranke und geistig defekte aufgenommen wurden. Für die Einrichtung solcher Invalidengefängnisse traten auf Grund ihrer Erfahrungen in Bruchsal Gutsch (Das Zellengefängnis Bruchsal nebst der dazu gehörigen Hilfsstrafanstalt, Heidelberg 1867) und Ribstein (Kriminalirrenanstalten und Invalidengefängnisse in v. Holtzendorf und Jagemann, Handbuch des Gefängniswesens 1888, Bd. II, S. 329 bis 348) warm ein. Zu Beginn des Jahrhunderts stellte sich jedoch die Notwendigkeit ein, für die Unterbringung der geisteskranken Gefangenen in Baden besondere Einrichtungen zu treffen. Am 15. November 1903 wurde die Irrenstation an dem Landesgefängnis Bruchsal eröffnet, die zur Aufnahme der geisteskranken Gefangenen aus den vier badischen Zentralanstalten und den Kreisgefängnissen dient. Die Kranken bleiben in der Irrenstation bis zum Strafende und werden dann bei Fortbestehen der Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht. Bessert sich der Zustand der Kranken in der Irrenabteilung, so werden sie wieder dem geordneten Strafvollzuge überwiesen. Bei unheilbaren Kranken findet Strafunterbrechung und Überführung in eine Irrenanstalt statt. Den ärztlichen Dienst versieht ein im Hauptamte angestellter Psychiater, der keine sonstige Praxis betreiben darf. Die Irrenabteilung hat 34 Plätze. Nach der badischen Gefängnisstatistik 1907 (Blätter für Gefängniskunde 1909, Bd. 43, H. 3, S. 548) betrug der durchschnittliche Bestand 28 Krankø. Im ganzen wurden im Jahre

1907 24 Zuchthaus- und 20 Gefängnisgefangene aufgenommen. In den ersten 5 Jahren wurden insgesamt 114 Kranke aufgenommen. Über die Erfahrungen in der Irrenstation haben Stengel und Hegar: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher“, Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 66, S. 82ff., berichtet. Nach Hegar beträgt die Zahl der geisteskranken Gefangenen, die jährlich in die badischen Irrenanstalten aufgenommen werden, acht bis zehn. In den badischen Irrenanstalten befanden sich nach Hegar 348 Männer, die vorbestraft waren; von diesen bedurften aber nur 58 Kranke besonderer Sicherheitsmaßnahmen hinsichtlich ihrer Verwahrung. Im Jahre 1911 wurde an der Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch ein gesichertes Haus mit 46 Plätzen für gefährliche und verbrecherische Geisteskranke errichtet.

Die Behandlung der gefährlichen Geisteskranken in Hessen ist eingehend dargelegt in den Vorträgen von Lenhard, Dannemann, Oswald und Kullmann: „Die Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Großherzogtum Hessen.“ Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, Halle 1908, Bd. VI, H. 7. Nach der Mitteilung Oswalds befanden sich am 15. November 1907 unter 708 kranken Männern in den hessischen Irrenanstalten 62 vorbestrafte, 111 verbrecherische Geisteskranke und 33 geisteskranken Verbrecher, also insgesamt 206 kriminelle Geisteskranke, von denen aber zwei Drittel bis drei Viertel harmlos waren und keiner besonderen Sicherungsmaßnahmen bedurften. Kullmann teilte mit, daß im Zuchthause und Gefängnisse Butzbach 115 geistige Erkrankungen schwerer Art vorkamen. Aber nur bei 46 mußte die Strafe wegen Geisteskrankheit unterbrochen werden. An der hessischen Strafanstalt in Butzbach sind besondere Einrichtungen für geisteskranken Gefangene nicht vorhanden. Der neuen Irrenanstalt in Gießen ist eine Abteilung für gemeingefährliche Geisteskranken mit 25 Plätzen angegliedert. Außerdem sind besondere Sicherheitsmaßnahmen für unsoziale Geisteskranken an der Irrenanstalt in Goddelau getroffen.

Für Elsaß-Lothringen ist im Jahre 1912 an der Heil- und Pflegeanstalt Hördt ein festes Haus mit 40 Plätzen erbaut worden. (Ransohoff, Beilage zur Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1910, S. 57. Zwangserziehungs- und Gefängniswesen in Elsaß-Lothringen im Rechnungsjahre 1912/13. Blätter für Gefängniskunde 1914, Bd. 48, S. 255.)

Hamburg hat im Gefängnis II in Fuhlsbüttel eine Beobachtungsstation für 20 geisteskranken Gefangene. Außerdem besitzt Hamburg an der Irrenanstalt Langenhorn 2 feste Häuser mit je 55 Plätzen. Bei Überführung eines geisteskranken Gefangenen in die Irrenanstalt wird die Strafe unterbrochen und der Aufenthalt in der Irrenanstalt wird deshalb nicht auf die Strafzeit in Anrechnung gebracht.

In Bremen besteht an dem St. Jürgenasyl für Geisteskranken in Ellen ein Bewahrungshaus mit 35 Plätzen.

Oldenburg hat eine kleine Irrenabteilung an der Strafanstalt in Vechta, in die auch nicht bestrafte gefährliche Geisteskranken eingeliefert werden. Die geisteskranken Gefangenen können hier wie in Waldheim über das Strafende hinaus festgehalten werden; im Gegensatz zu Waldheim findet aber in Vechta Anrechnung des Aufenthaltes in der Irrenabteilung auf die Strafzeit statt.

In den übrigen deutschen Bundesstaaten sind besondere Einrichtungen für gefährliche Geisteskranken nicht vorhanden.

Der Streit der Meinungen über die zweckmäßigste Art der Versorgung der kriminellen Geisteskranken war mit der Errichtung der Adnexe an Gefangenen- und Irrenanstalten keineswegs zur Ruhe gekommen, vielmehr wurde das Problem nach allen Richtungen immer wieder von neuem erörtert. Der Verein Deutscher Irrenärzte sprach sich in seiner Jahresversammlung im Jahre 1895 für die Eliminierung der geisteskrank gewordenen Verbrecher aus den Irrenanstalten aus (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 52, S. 841) und auf der Jahresversammlung desselben Vereins im Jahre 1900 stellte Siemerling die These auf: „Die Einrichtung besonderer Adnexe an großen Gefängnissen erscheint als eine zweckmäßige Lösung des Problems der Unterbringung wenigstens für die geisteskranken Verbrecher, solange sie im Strafvollzug sind.“ Auf der Versammlung des Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Wien im Jahre 1901 machte v. Wagner den Vorschlag, der Staat solle eine oder mehrere Anstalten für kriminelle Geisteskranken, entweder selbständig oder als Adnexe an Straf- oder Irrenanstalten errichten, in die aufgenommen werden sollten:

- a) irre Verbrecher,
- b) verbrecherische Irre,
- c) jene Geisteskranken, die in einer Irrenanstalt ein schweres Verbrechen gegen die Person begangen hätten.

Die Entscheidung über die Überführung in diese Anstalten und die Entlassung aus denselben solle der Richter treffen. Näcke empfahl in seiner im Jahre 1902 erschienenen Monographie: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher“ größere Adnexe an größeren Strafanstalten.

Aschaffenburg hat die Maßnahmen zur Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken in seiner Abhandlung: „Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker“ in der „Vergleichenden Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts“, Allgemeiner Teil, Bd. I, 1908 und noch ausführlicher in seinem im Jahre 1912 erschienenen, bereits mehrfach erwähnten Werke: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranken“ geschildert. Das Ergebnis seiner eingehenden Untersuchungen faßt er in folgende Sätze zusammen: „Untersuchungsrichter, Staatsanwälte, Strafrichter und Zivilrichter müßten weit bessere Kenntnisse auch von den leichten Formen geistiger Erkrankungen haben, als sie bisher besitzen. Nur so kann vermieden werden, daß Kranke widerrechtlich verurteilt werden. Weiter müssen die Gefängnisbeamten mit den Erscheinungen geistiger Störungen vertraut sein. Eine regelmäßige Kontrolle aller Strafgefängnisse durch Irrenärzte, die von der Gefängnisverwaltung völlig unabhängig sein müssen, ist das wirksamste Unterstützungsmittel der Gefängnisärzte in dem Bestreben, für die rechtzeitige Ausscheidung aller Kranken aus dem Strafvollzuge zu sorgen. Für diejenigen Fälle, in denen die Krankheit nicht in ihrer vollen Bedeutung klar ist, müssen Beobachtungsabteilungen an Strafgefängnissen unter Leitung unabhängiger Psychiater eingerichtet werden. Nur zum Zweck der Beobachtung ist der Zusammenhang einer Krankenabteilung mit dem Strafvollzug erträglich. Sobald die Entscheidung getroffen ist, müssen die Kranken aus diesen Abteilungen entfernt werden und gehören dann ganz unter die Obhut der Irrenärzte. Die großen Kriminalirrenanstalten haben

sich nicht so bewährt und besitzen keine solchen Vorzüge, daß sie zur Nachahmung empfohlen werden könnten. Auch Adnexe an Strafanstalten sind für die Behandlung und Verwahrung von Kranken ungeeignet. Im allgemeinen empfiehlt sich die Verteilung aller gefährlichen und schwierigen Kranken auf alle zur Verfügung stehenden Anstalten. Genügen die bestehenden Einrichtungen nicht, so müssen besondere gesicherte Häuser geschaffen werden, in denen alle Patienten mit ernsthaft bedenklichen Neigungen bis zum Schwinden des diesen zugrunde liegenden Zustandes Aufnahme finden können. Bei den Kranken, die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt worden sind, muß die Notwendigkeit der Einweisung und ebenso der Zeitpunkt der stets nur versuchsweise zu erlaubenden Entlassung von einem besonderen gerichtlichen Verfahren abhängig gemacht werden.“

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Weber in seinem Referate: „Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker.“ Ergebnisse der Neurologie und Psychiatrie, Bd. I, 1912. „Nur ein kleiner Teil der sogenannten verbrecherischen Geisteskranken und der in der Straftat geistig erkrankten Rechtsbrecher verdienen wirklich den Namen „gefährliche Geisteskranken“, d. h. sie bilden für längere Zeit oder dauernd eine Gefahr oder Störung für ihre Umgebung und bedürfen anderer Maßnahmen als der durch ihren Geisteszustand allein bedingten. Unter ihnen kann man unterscheiden:

- a) Eine kleinere Gruppe, bei der eine wirkliche Geistesstörung und Gefährlichkeit gleichzeitig miteinander bestehen. Für die Unterbringung und Verwahrung dieser Individuen haben sich besondere Abteilungen bei den Strafvollzugsanstalten und besondere gesicherte Adnexe der Irrenanstalten als geeignet und ausreichend erwiesen; in Größe und Organisation können diese Einrichtungen verschiedenartig gestaltet sein.
- b) Eine größere Gruppe, bei der eine eigentliche Geistesstörung gar nicht oder höchstens episodisch auftritt. Dauernd aber bestehen bei den Angehörigen dieser Gruppe meist auf dem Boden angeborener Anlage verschiedene psychopathische Zustände, die man als geistige Minderwertigkeit zusammenfassen kann, und gleichzeitig, als ein weiterer Ausdruck dieser geistigen Minderwertigkeit, unsoziale Neigungen oder Gemeingefährlichkeit. Hier ist die episodisch auftretende Geistesstörung also nicht die Ursache der Gefährlichkeit.

Die Unterbringung und Unschädlichmachung dieser besonders gefährlichen Gruppe bereitet bis jetzt größere Schwierigkeiten, weil die vorhandenen Bestimmungen und Einrichtungen meist nur für vollentwickelte Geistesstörungen gedacht und geeignet sind. Hier ist eine Erweiterung der Gesetzgebung notwendig, wie sie in den Strafgesetzentwürfen der meisten Länder vorgesehen ist; zu ihrer Ausführung müssen aber auch entsprechende neuartige Einrichtungen, besonders sog. Zwischenanstalten verschiedener Art beschafft werden.

Die bisherige Praxis hat gezeigt, daß alle zur Krankenbehandlung, Erziehung und Verwahrung dienenden Anstalten sich nicht für den Strafvollzug auf längere Dauer eignen; das wird man auch bei den neuen Bestimmungen und Einrichtungen berücksichtigen müssen.

Je mehr bei den Organen der Rechtsprechung und des Strafvollzuges und bei ihren Gehilfen, den gerichtlichen Sachverständigen und Strafanstaltsärzten, die Kenntnis von den psychopathischen Zuständen vertieft wird, desto mehr

ist mit Hilfe der vorhandenen und der neu zu schaffenden Einrichtungen eine Sicherung der Gesellschaft gegen die Gefährlichkeit geisteskranker oder geistig minderwertiger Individuen möglich. Prophylaktisch wird hier auch der Ausbau der Jugendfürsorge und des allgemeinen rechtlichen und sozialen Schutzes der geistig Gebrechlichen wirken.

Die Gefährlichkeit der geisteskranken oder geistig minderwertigen Individuen kann also durch die hier besprochenen Maßregeln ausreichend bekämpft werden.“

In der Jahresversammlung des Vereins Deutscher Irrenärzte in Hamburg im Jahre 1905 gelangte nach den Referaten von Siemens-Lauenburg und Zinn sen. Eberswalde: „Zur Frage der Reform des Irrenwesens in Deutschland, insbesondere in Preußen“ u. a. folgende These zur einstimmigen Annahme:

- „5. Die Anwesenheit geisteskrank gewordener Verbrecher namentlich in größerer Zahl in einer Irrenanstalt verletzt und schädigt die übrigen Kranken empfindlich, erschwert die „freie Behandlung“ und gefährdet, da die Irrenanstalt gegen Entweichungen solcher Kranken die nötige Sicherheit ohne Verzicht auf den Charakter als Krankenanstalt nicht bieten kann, die öffentliche Sicherheit in hohem Grade. Endliche Abhilfe ist hier dringendes Bedürfnis.“

Für Ostpreußen empfahl Halleworden (Allg. Zeitschr. f. Psych. 1905, Bd. 52, S. 214) „die Herstellung einer entsprechend eingerichteten, namentlich auch auf Detention berechneten Irrenabteilung im Anschluß an die Provinzial-Korrigenden-Anstalt Tapiau, in welcher die Geisteskranken von habitueller Verkommenheit, d. h. solche Irre, welche früher Verbrecher, Korrigenden, Vagabunden und Prostituierte gewesen sind, zu detinieren wären.“ Dieser Plan ist bald nachher zur Ausführung gelangt.

Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den schlesischen Anstalten machte Klinke zum Gegenstande eines bemerkenswerten Vortrages, der am 30. November 1895 auf der 69. Versammlung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte in Breslau gehalten wurde. (Allg. Zeitschr. f. Psych. Bd. 52, S. 1050ff.) Zunächst stellte Klinke fest, daß unter den 4000 Geisteskranken, die sich in den 9 schlesischen Irrenanstalten befanden, 216 geisteskranke Verbrecher waren. Von diesen wurden aber nur 66 als störende Elemente bezeichnet. Die Frage, ob Klagen der unbescholtenen Geisteskranken über die gemeinsame Unterbringung mit vorbestraften berechtigt seien, verneint Klinke. Ebenso verneint er die Frage, ob Störungen im Anstaltsbetriebe durch sie häufiger verursacht würden als durch andere Geisteskranke. „Die Neigung der Verbrecher zu Entweichungen und Entweichungsversuchen, zum Komplottieren, Hetzen, Schikanierten des Wartepersonals, zu Gewalttätigkeiten, bei Weibern zu Obszönitäten wird wohl von allen Seiten anerkannt und hervorgehoben, daneben aber auch, und zwar von sehr erfahrener Seite, betont, daß derartige Eigenschaften auch unseren anderen Geisteskranken in demselben, wenn nicht zum Teil in höherem Maße, innewohnen, daß die bestraften Individuen, wenn erst in die Anstaltsordnung gewöhnt, fleißige Arbeiter sind, die man unter den anderen Kranken in offener Behandlung so lange beläßt, wie es nach ihrem jeweiligen Zustande für angezeigt erscheint.“ Mit großem Nachdruck weist Klinke dann darauf hin, „daß die Irrenärzte jahrlang dafür gestritten haben, daß die Geisteskrankheiten unter den Sträflingen besser beobachtet und die für krank erkannten auch als

solche behandelt würden“ — „und nun“ — so fährt er fort — „wollen einzelne von uns immer wieder dieselben Elemente los werden, blos, weil sie unbequem sind und angeblich in unsere nach modernen Anschauungen eingerichteten und verwalteten Anstalten nicht mehr passen?“ „Ich kann“, erklärte Klinke weiter, „hierin keinen Fortschritt der Irrenpflege erkennen. Wohl der Heilanstalt, die solche Elemente in gehäufte Weise nicht beherbergen muß, aber jeder wird mir Recht geben: schlimmer wie die oben genannten häufigen Insassen der Pflegeanstalt, Epileptiker usw. sind die schlimmsten unter den Verbrechen auch nicht. Komplottieren sie, so müssen sie auseinander, wollen sie entweichen, so müssen sie in festen, geschlossenen Abteilungen mit vermehrter Wärterzahl oder festen Isolierabteilungen untergebracht werden. Sind sie ruhig, so liegt kein Grund vor, sie nicht unter den anderen Kranken zu belassen. Wird ihre Zahl zu groß, dann errichte man einen festen Adnex an der Anstalt.“ Die Ursache der durch die geisteskranken Verbrecher hervorgerufenen Störungen erblickt Klinke zum Teil in der großen Anhäufung in einzelnen Anstalten, zum Teil aber in der Überfüllung der Anstalten selbst. Er schloß mit den Worten: „Unsere Anstalten müssen so hergerichtet sein, daß sie für Kranke aller Art genügend sichere Unterkunft und die Möglichkeit, die störenden und unbequemen Elemente zu trennen, in vollem Umfange darbieten.“ In der Diskussion widersprach Petersen den Ausführungen Klinkes. Durch eine besondere Unterbringung der geisteskrank gewordenen Verbrecher sei es in eigenen Anstalten, sei es in den Charakter der Irrenanstalten tragenden Adnexen, etwa von Arbeitshäusern, werde nicht nur den übrigen Geisteskranken genützt, sondern auch für die geisteskranken Verbrecher ein Gewinn geschaffen, schon deswegen, weil ihnen dort infolge der besonderen Einrichtungen eine Freiheit der Bewegung gewährt werden könne, die ihnen in anderen Anstalten im Interesse der Gesamtheit öfters versagt werden müsse. Wernicke trat dafür ein, daß die Behandlung der geisteskranken Verbrecher als Spezialität aus der allgemeinen Irrenpflege ausscheiden solle. „Unzweifelhaft haben diese Individuen ihre Besonderheiten, die ein besonderes Studium und eine besondere Erfahrung erheischen. Die weitere Entwicklung einer solchen Spezialität kann wissenschaftlich gewiß nur erwünscht sein, und die praktischen Gesichtspunkte drängen gleichfalls dahin. Wir Irrenärzte haben alle Veranlassung, die Forderung aufzustellen, daß für die Verbrecher in besonderer Weise gesorgt werde.“

Werner schilderte im Jahre 1906 in seinem Buche „Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf“, die Verwaltungsstreitigkeiten zwischen Staat und Armenverbänden hinsichtlich der Fürsorge für die geisteskranken Verbrecher und die Einrichtungen des festen Hauses der Irrenanstalt Dalldorf. v. Kunowski vertrat 1907 die Anschauung, daß in Schlesien recht gut 250 geisteskranken Verbrecher in einer Zentralanstalt vereinigt werden könnten. „Vorläufig steht ja die Staatsregierung dem Ansinnen, die im Strafvollzug geisteskrank gewordenen Rechtsbrecher in eigene Verpflegung zu übernehmen, völlig abweisend gegenüber. Wenn aber die bisherige Zunahme der als solcher erkannten geisteskranken Rechtsbrecher anhält, dann könnte doch die Entlastung des Justizfiskus, die Belastung der Landarmenverbände solche Dimensionen annehmen, daß ein anderes Arrangement, vielleicht eine Abtrennung der ganzen Fürsorge für die geisteskranken Rechtsbrecher von der allgemeinen Irrenfürsorge ernstlich erwogen werden muß. Die Unterbringung der geistes-

kranken Verbrecher in völlig gesonderten Anstalten würde sich dann als eine zweckmäßige Vorbereitung hierauf erweisen.“ Heilbronner kam auf Grund seiner Erfahrungen an der Breslauer Irrenabteilung 1904 zu dem Ergebnis, daß der Prozentsatz der Gefährlichen unter den Kranken, die der Irrenanstalt aus den Gefängnissen zufließen, viel geringer ist als vielfach behauptet und angenommen wird. „Die Absonderung und gemeinsame Unterbringung dieser Gefährlichen in — gleichviel wie organisierten — besonderen Abteilungen gibt zu den schwersten Bedenken Anlaß und ist deshalb zu verwerfen. Bei entsprechender Verteilung können die Irrenanstalten ihrer Aufgabe zur Aufnahme und Behandlung aller Geisteskranken inklusive der gefährlichen Verbrecher — gerecht werden, ohne dadurch in ihrer Entwicklung und ihrer Aufgabe gehemmt zu werden.“ Bemerkenswert ist, was Heilbronner über die Stellung der Ärzte an den preußischen Irrenabteilungen sagt: „Das Verlangen nach Schaffung je einer hauptamtlichen Arztstelle an jeder der sechs bestehenden größeren Abteilungen erscheint wohl berechtigt. Ich glaube, daß Preußen, wie es dies bezüglich der Kreisarztstellen getan hat, dem Beispiele anderer Bundesstaaten — z. B. Bayern — auch bezüglich der Schaffung vollbesoldeter und pensionsberechtigter Gefängnisärzte wird nachfolgen müssen, zum mindesten bezüglich der hier in Betracht kommenden Anstalten. Die Schaffung solcher Stellen würde einmal die Gewinnung ärztlicher Kräfte erleichtern, sie würde aber insbesondere, weil die Stellen dann weniger als Durchgangsstation betrachtet würden, einem wenig erwünschten häufigen Wechsel in der Besetzung vorbeugen.“

Kroemer hielt (1908) die Adnexe an Irrenanstalten für geeignet zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher, wenn folgende fünf Grundbedingungen erfüllt sind:

1. Wirklich feste Bauart.
2. Zahlreiche Zellen und kleine Schlafräume.
3. Gutes Personal.
4. Richtige Verteilung der einzelnen Individuen auf kleine Abteilungen.
5. Sachgemäße, verständige Leitung und Behandlung.

Nolte kam hingegen 1907 nach einer Besprechung der Einrichtungen zur Unterbringung geisteskranker Verbrecher und wegen Geisteskrankheit freigesprochenen in den außerdeutschen Staaten zu dem Resultat: „Die Adnexe an Irrenanstalten haben sich nicht bewährt, sowohl in den deutschen wie in den anderen Anstalten.“ Nitsche trat 1911 für die Errichtung einer Zentralanstalt für gefährliche Geistesranke in Sachsen ein, weil die Schaffung der festen Häuser an Irrenanstalten einen Rückschritt in der modernen Irrenbehandlung darstelle.

So stehen die Anschauungen darüber, welche Art der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken als die zweckmäßigste anzusehen ist, einander diametral gegenüber. Da es mir zunächst darauf ankam, ein historisches Referat über das Problem zu geben, habe ich mich einer Kritik der bisherigen Versuche der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken in Deutschland und der diesbezüglichen Vorschläge enthalten.

In den letzten Jahren sind die Bestrebungen, die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken in Anstalten gesetzlich zu regeln, sowohl in Deutschland als in einer Reihe auswärtiger Staaten durch Vorschläge Einzelner und amtliche Entwürfe immer deutlicher zutage getreten. Unser geltendes Strafrecht trifft

bekanntlich keinerlei Bestimmungen darüber, was mit den verbrecherischen Geisteskranken — criminal lunatics — und den geisteskranken Verbrechern — insane convicts — zu geschehen habe. Mit der Entscheidung über die Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten ist die richterliche Tätigkeit erschöpft. Die weiteren Anordnungen werden von den Verwaltungsbehörden getroffen. In einzelnen Staaten bestanden vor Einführung des Reichsstrafgesetzbuches Bestimmungen über die Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit. So ordnete der § 64 des Badischen Strafrechts an, daß die Zeit, welche geisteskranke Sträflinge in einer Heilanstalt behufs Wiederherstellung ihrer Gesundheit verbracht haben, in ihre Strafzeit mit eingerechnet werden solle. Ähnlich lautete der Artikel 38 des Württembergischen Strafgesetzbuches vom 1. März 1839. Im Königreich Sachsen bestimmte § 88 der Verordnung vom 31. Juli 1856 zur Ausführung der Strafprozeßordnung vom 11. August 1855: „Wenn ein Angeschuldigter wegen Seelenkrankheit freigesprochen oder aus diesem Grunde die Untersuchung eingestellt worden ist, so hat das Untersuchungsgericht der betreffenden Verwaltungsbehörde hiervon Kenntnis zu geben und derselben die Entschließung darüber, ob derselbe in einer Heil- oder Versorgungsanstalt unterzubringen ist, zu überlassen.“ Die Frage nach der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes gemäß § 493 StPO. habe ich in meiner im Jahre 1914 erschienenen Monographie (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, Bd. VI, H. 7/8) eingehend erörtert. Die preußischen Verwaltungsbestimmungen über die Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den Irrenanstalten sind bereits oben angeführt worden. Das Recht der Polizei, aus sicherheitspolizeilichen Gründen die Aufnahme gefährlicher Geisteskranker in Irrenanstalten herbeizuführen, beruht in Preußen auf § 10 Tit. 17 Teil II des Allgemeinen Landrechts und dem § 6 des Gesetzes über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850. Bayern hat durch Art. 80, 2 des PStGB. vom 23. Dezember 1871 und die Verordnung vom 1. Januar 1895 zur Regelung der Aufnahme und Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker in Anstalten, Sachsen durch das am 1. Oktober 1913 in Kraft getretene Irrengesetz, Württemberg durch das Statut der Staats-Irrenanstalten vom 20. März 1899, Baden durch das Irrenfürsorgegesetz vom 25. Juni 1910, Sachsen-Weimar durch das Gesetz vom 29. Mai 1847, Braunschweig durch das Medizinalgesetz vom 9. März 1903, Hamburg durch das Gesetz vom 1. Juni 1900 und Bremen durch § 47 der Medizinalordnung die Aufnahme und Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker in den Irrenanstalten geregelt. Den Wortlaut der einzelnen Vorschriften führt Moeli in seinem Werke: „Die Fürsorge für Geisteskranke, Halle 1917, S. 47ff. an.“ Dasselbst sind auch (S. 55ff.) die Vorschriften über das Verfahren bei der Entlassung Geisteskranker aus Gefängnissen mitgeteilt. In Preußen bestimmt der Erlaß des Justiz-Ministers vom 25. Oktober 1882, daß, „wenn ein Gefangener wegen Geisteskrankheit aus dem Gefängnis zu entlassen ist, dieser Entlassungsgrund in der betreffenden Verfügung des Gerichts bzw. der Strafvollstreckungsbehörde ausdrücklich anzugeben ist, und daß alsdann der Gefängnisvorsteher den Gefangenen der Polizeibehörde des Entlassungsortes zu überweisen hat. Hiervon wird nur dann abgesehen werden dürfen, wenn der Geisteskranke bei der Entlassung seinen Angehörigen oder seinem Vormunde übergeben wird, und hierdurch nach dem pflichtmäßigen Ermessen des Gefängnisvorstehers eine Gefahr für den Entlassenen selbst wie für dritte

Personen ausgeschlossen erscheint.“ Ein gemeinsamer Erlaß des Justizministers und des Ministers des Innern vom 2. August 1899 weist die Polizeibehörde darauf hin, daß sie zu prüfen hat, ob Personen, die nach Feststellung ihrer Unzurechnungsfähigkeit bei Verbrechen oder Vergehen außer Verfolgung gesetzt und ihr überwiesen sind, sei es in ihrem eigenen Interesse, sei es — im Falle der Gemeingefährlichkeit — im Interesse der Gesamtheit der Unterbringung in einer Irrenanstalt bedürfen.

In der Verfügung des Bayrischen Justizministers vom April 1894 wird angeordnet: „Die Staatsanwälte und Amtsanwälte werden angewiesen, in Fällen des Artikels 80 Abs. 2 des PStGB., sobald die Einstellung des Strafverfahrens oder die Nichteröffnung des Hauptverfahrens oder die Freisprechung des Angeklagten in Frage kommt, mit der Distriktpolizeibehörde des Aufenthaltsorts ins Benehmen zu treten, damit dieselbe in der Lage sei, in jedem Falle die erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig zu treffen und erforderlichenfalls die Verwahrung der betreffenden Person anzuordnen.“

Die Württembergische Verfügung vom 21. April 1913 bestimmt: „Aus der Untersuchung entlassene Geistesranke, bezüglich deren sicherheitspolizeiliche Maßnahmen in Betracht kommen, sind von den Justizbehörden den Ortspolizeibehörden zuzuführen, womöglich die Strafakten, insbesondere die Gutachten über den Geisteszustand schon vor Aufhebung des Haftbefehls mitzuteilen.“ Während das geltende Strafgesetz richterliche Maßnahmen gegen gemeingefährliche Geistesranke, die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen werden, nicht kennt, sieht der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1909 die richterliche Anordnung der Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker in Anstalten vor.

§ 65 des Vorentwurfs zu einem Deutschen Strafgesetzbuch hat folgenden Wortlaut:

„Wird jemand auf Grund des § 63 Abs. 1 freigesprochen, oder außer Verfolgung gesetzt, so hat das Gericht, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, seine Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung.“

Im Falle des § 63 Abs. 2 erfolgt die Verwahrung nach verbüßter Freiheitsstrafe.

Auf Grund der gerichtlichen Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie bestimmt auch über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig.

Die erforderlichen Ausführungsbestimmungen werden vom Bundesrat erlassen.“

Der Begründung entnehme ich folgende Stellen (S. 236ff.):

„Den sichernden Maßnahmen der Einweisung in ein Arbeitshaus oder eine Trinkerheilstätte reiht sich hier als die Dritte die Verwahrung des Unzurechnungsfähigen, der auf Grund des § 63 Abs. 1 freigesprochen oder außer Verfolgung gesetzt ist, und des vermindert Zurechnungsfähigen, der auf Grund des § 63 Abs. 2 zu einer milderen Strafe verurteilt ist, in einer öffentlichen Heil- oder

Pflegeanstalt an. Das Gericht hat diese Verwahrung anzuordnen, sofern die öffentliche Sicherheit sie erfordert. Die Anordnung hat entweder in dem freisprechenden oder verurteilenden Erkenntnis oder in dem Beschluß zu erfolgen, der die Außerverfolgung ausspricht. Durch eine solche Bestimmung wird eine Lücke des geltenden Gesetzes ausgefüllt. Wie von beachtenswerter Seite mit Recht ausgeführt ist, hat die menschliche Gesellschaft einen Anspruch auf Schutz vor den Angriffen gefährlicher Menschen, welche dadurch nicht erlischt, daß die Angreifer infolge ihrer Krankheit davor bewahrt sind, strafrechtlich verfolgt zu werden. — Diesen Erfordernissen entspricht das bisherige Recht nicht. Gerichtliche Maßnahmen auf diesem Gebiet kennt es überhaupt nicht. Wegen Geisteskrankheit Freigesprochene können allerdings nach den landesgesetzlichen Vorschriften zwangsweise in ein Irrenhaus gebracht werden, jedoch nur, wenn sie von der Verwaltungsbehörde als gemeingefährlich anerkannt sind, und an sich ohne Rücksicht auf den kriminellen Vorgang. — Endlich erfolgt die Unterbringung in ein Irrenhaus auch da, wo sie zulässig und geboten ist, aus Mangel an Platz und anderen Gründen oft überhaupt nicht oder sehr spät oder nur auf kurze Zeit, so daß die irren Verbrecher und verbrecherischen Irren, die sich auf freiem Fuße bewegen, an manchen Orten eine ernste Gefahr für die Gesellschaft und insbesondere die öffentliche Sicherheit geworden sind. Von diesen Erwägungen ausgehend, legt der Entwurf die Entscheidung, ob die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt stattzufinden hat, in die Hände des Richters und bricht damit grundsätzlich mit dem eben dargelegten bisherigen Rechtszustande. Und zwar ist der zuständige Richter der Strafrichter und seine Entscheidung geht nicht bloß auf Zulässigkeit der Verwahrung, sondern auf diese selbst.“ Darauf werden die Gründe dargelegt, weshalb dem Strafrichter die Entscheidung über die Anstaltsverwahrung übertragen wird. Eine erheblich größere Inanspruchnahme der Irrenanstalten und eine große Steigerung der Kosten wird nicht erwartet. „Es handelt sich hier nur um einen Teil der kriminellen Geisteskranken, nämlich um die sogenannten verbrecherischen Irren, während bezüglich der zahlreichen sogenannten irren Verbrecher d. h. derjenigen, die erst nach dem rechtskräftigen Urteil, insbesondere während des Strafvollzugs, geisteskrank werden, und mit denen sich das Strafgesetzbuch nicht zu befassen hat, nichts geändert wird.“ In der Begründung wird dann weiter angeführt, daß die Zahl der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen keine sehr große ist, namentlich, wenn man sie mit der Zahl der Insassen der Irrenanstalten überhaupt in Vergleich setzt. „Folgt schon hieraus, daß die finanzielle Tragweite der Änderung nicht überschätzt werden darf, so ist ferner zu betonen, daß noch nicht feststeht, ob die Gerichte wirklich eine bedeutend größere Zahl dieser kranken Personen der Anstaltspflege überweisen würden, als jetzt die Verwaltungsbehörden. Sollte dies aber auch infolge der größeren Freiheit der Gerichte in Hinsicht auf Verwaltungsrücksichten und Zweckmäßigkeitserwägungen anderer Art der Fall sein, so wäre damit einem dringenden Bedürfnisse genügt, vor dem solche Erwägungen zurücktreten müssen. Denn, wie oben schon hervorgehoben, beginnt das Treiben für geisteskrank erklärter und dennoch auf freiem Fuße befindlicher verbrecherischer Irren, wie insbesondere die Erfahrungen der Großstädte zeigen, nicht selten schon als ein schwerer Übelstand empfunden zu werden, dem unter allen Umständen entgegengetreten werden muß. Dies wird sich aber mit Erfolg nur auf dem hier vorgeschlagenen Wege erreichen

lassen. — Die Entscheidung über die Verwahrung soll im Zusammenhange mit dem zu erledigenden Strafverfahren vom Gerichte getroffen werden. Allein die Vollzugsmaßnahmen für diese Anordnung, die Auswahl der Anstalt, die Dauer der Verwahrung, die einstweilige oder definitive Entlassung, falls Besserung oder Heilung eingetreten, oder die Voraussetzung für die Verwahrung, die Gefährdung der öffentlichen Sicherheit, in Wegfall gekommen ist, können nicht in die Hand des Gerichts gelegt, sondern müssen der Verwaltungsbehörde überlassen werden.“ Dagegen sieht der Vorentwurf eine gerichtliche Entscheidung über die Anordnung der Verwaltungsbehörde hinsichtlich der Dauer der Verwahrung und hinsichtlich der Entlassung vor.

Die vom Reichs-Justizamte einberufene große Strafrechtskommission nahm nach dem Bericht von Ebermayer (Der Entwurf eines Deutschen Strafgesetzbuches, Berlin, 1914, S. 17) den § 65 des Vorentwurfs in der 1. Lesung im wesentlichen unverändert an. „In 2. Lesung wurde er dahin ergänzt, daß, wenn die Verwahrung oder Unterbringung unterbleibt, auf Schutzaufsicht erkannt werden kann. Erfolgt die Verwahrung, so bestimmt die Landespolizeibehörde über die Entlassung. Während aber in 1. Lesung beschlossen war, daß gegen ihre Entscheidung das Gericht angerufen werden kann, wurde nunmehr bestimmt, daß, wenn die Verwahrung über 2 Jahre ausgedehnt werden soll, die Entscheidung des Gerichts von Amtswegen herbeizuführen ist, und daß das Gericht bei Anordnung der Fortdauer der Verwahrung zugleich zu bestimmen hat, in welcher Frist die Entscheidung von neuem einzuholen ist.“

Die Notwendigkeit der gesetzlichen Anordnung der Verwahrung verbrecherischer Geisteskranker in Anstalten wird allgemein anerkannt. Dagegen gehen die Anschauungen darüber, welches Verfahren am zweckmäßigsten zur Herbeiführung der Internierung eingeschlagen werden soll, auseinander. v. Liszt hat schon im Jahre 1904 vorgeschlagen, die vorläufige Anordnung der Überführung verbrecherischer Geisteskranker in eine Irrenanstalt solle durch den Strafrichter, die endgültige in einem Verfahren erweiterter Entmündigung erfolgen. (Mitteil. der Internat. Krim. Vereinigung, Bd. 11, S. 627 und Monatsschr. f. Kriminalpsychol. und Strafrechtsreform 1905 S. 8 und 242). Ähnlich lautet der von Oetker vorgelegte Entwurf für ein Verfahren bei strafrechtlich nicht Verantwortlichen. Vorläufige Anordnung der Verwahrung durch den Strafrichter, endgültige durch ein Internierungsverfahren nach Art des Entmündigungsverfahrens (Mitt. d. Internat. Krim. Vereinigung 1905, Bd. 12, S. 58). Gegen die Entmündigung als richterliche Maßnahme zur Anordnung der Verwahrung wandte sich Schultze (Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches, 1910, S. 71 ff. und Irrenrecht in Handb. d. Psych. Allg. Teil, Abt. 5, indem er nachdrücklich betonte, daß Entmündigung und Verwahrung grundsätzlich nichts miteinander zu tun haben. Er empfiehlt ein neues Verfahren, das er Sicherungsverfahren nennt und sich an das Entmündigungsverfahren anlehnt. Für dieses Sicherungsverfahren gibt er einem ordentlichen Gericht mit den Instanzen des Amtsgerichts, Landgerichts und Oberlandesgerichts den Vorzug vor dem Verwaltungsgericht und dem Zivilrichter vor dem Strafrichter den Vorzug. In dem Sicherungsverfahren soll die Staatsanwaltschaft eine ähnliche Aufgabe haben wie im Entmündigungsverfahren. Dem zur Verwahrung Verurteilten soll als gesetzlicher Vertreter ein „Fürsorger“ gestellt werden. Eine bestimmte Höchstdauer der Verwahrung soll von dem diese

anordnenden Gericht nicht ausgesprochen werden; über die Dauer der Verwahrung soll der Zustand des Täters entscheiden. Aschaffenburg tritt dafür ein, „daß der Strafrichter in jedem Falle, in dem er einen Kranken wegen mangelnder Zurechnungsfähigkeit außer Verfolgung setzt oder freispricht, für die vorläufige Unterbringung Sorge zu tragen hat. Dann aber sollte alles weitere im Sinne eines systematischen Verfahrens geregelt werden. Und zwar muß das gleiche Verfahren in allen den Fällen auch eingeleitet werden, wo eine geistige Erkrankung zur Unterbrechung des Strafvollzuges führt, oder wo gewichtige Gründe auch dann, wenn es überhaupt nicht zu einer Straftat gekommen ist, den Angehörigen, dem Arzte, unter Umständen auch dem Kranken selbst den Wunsch nahelegen, amtlich festgestellt zu wissen, was weiter geschehen soll.“ (Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts, Bd. I und Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke, S. 277.) Aschaffenburg empfiehlt dieses „Feststellungsverfahren“ dem Entmündigungsrichter zu übertragen, da die Form des Entmündigungsverfahrens im allgemeinen vorbildlich für das Feststellungsverfahren sein soll. Für besonders wichtig hält er die gesetzliche Regelung der vorläufigen Entlassung der Verwahrten durch einen Gerichtsbeschluß und in einem ordentlichen Verfahren und die Nachprüfung der Verwahrungsbedürftigkeit in regelmäßigen Zwischenräumen auch ohne Auftrag von irgendeiner Seite. So verfolgen alle diese Vorschläge den Zweck, einen möglichst weitgehenden Schutz der Rechtssicherheit durch Verwahrung der gemeingefährlichen Geisteskranken herbeizuführen, ohne dabei die Rechte des Einzelnen mehr als notwendig zu beschränken.

Ich gehe nunmehr dazu über, an der Hand der vorliegenden Literatur (Baer, Naecke, Nolte und vor allem Aschaffenburg) eine kurze Schilderung der Einrichtungen und Maßnahmen der ausländischen Staaten bei gemeingefährlichen Geisteskranken zu geben.

Belgien.

In Belgien werden die wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen Geisteskranken, die „als gefährlich für die öffentliche Sicherheit anzusehen sind“, von der Verwaltungsbehörde den Irrenanstalten in Mons und Tournai überwiesen. In der Anstalt für weibliche Geistesranke in Mons sind besondere Einrichtungen für die gefährlichen Kranken nicht getroffen. Nach dem Berichte von Aschaffenburg befanden sich im Jahre 1912 in der Irrenanstalt in Tournai 300 kriminelle Geistesranke, 160 verurteilte und 140 außer Verfolgung gesetzte oder freigesprochene. An besonderen Einrichtungen waren vorhanden eine Sicherheitsabteilung für 30, eine Beobachtungsabteilung für neu Eingelieferte für 30 und eine Abteilung für Gebesserte für 90 Kranke. Außerdem befand sich ein Haus für 50 gefährliche geistesranke Verbrecher im Bau.

Die geisteskranken Verbrecher wurden nach den Gesetzen von 1850 und 1851 nach der Staatsirrenanstalt Hospice St. Dominique in Brügge gebracht. Später nach Einführung des Irrengesetzes vom Jahre 1874 wurden die in den Gefängnissen Erkrankten entweder in den Gefängnislazaretten behandelt oder nach Mons oder Tournai übergeführt. Im Jahre 1893 wurde nach den Verhandlungen des Kongresses der Irrenärzte zu Antwerpen die Errichtung von Spezialasylen für irre Verbrecher und verbrecherische Irre beschlossen. (De Boeck, M. Paul Otlet, M. Artur Gaddyn, Les prisons asiles et les réformes pénales, qu'elles

entraient. Actes du 3. congrès int d'anthropol. criminelle, Bruxelles 1893.) Der Gesetzentwurf des Justizministers Le Jeune vom 29. Januar 1897 über die Errichtung von Sonderanstalten für die Unterbringung und Behandlung der sogenannten verbrecherischen und gefährlichen Geisteskranken, der Trunksüchtigen und der schwerkranken Strafgefangenen wurde aber vom Senat abgelehnt.

Eine besondere Einrichtung besitzt Belgien in der regelmäßigen Kontrolle der Gefangenen durch einen Irrenarzt. Die diesbezüglichen Bestimmungen teilt Aschaffenburg (Die Sicherung der Gesellschaft usw. S. 106—110) ausführlich mit. Das Land ist in 3 Distrikte eingeteilt. Die Gefängnisse jedes Distriktes werden vierteljährlich von einem Irrenarzte besucht, der vom Justizminister dazu ernannt wird. Der Irrenarzt trifft Anordnungen über die der Geisteskrankheit verdächtigen oder geisteskrank gewordenen Gefangenen und berichtet an den Justizminister. Diese Einrichtung hat sich nach Angabe von Morel vorzüglich bewährt.

Bulgarien.

Bei Freisprechung eines Angeklagten wegen Unzurechnungsfähigkeit trifft das bulgarische Strafgesetzbuch vom 2. Februar 1896 in § 41 folgende Anordnung: „In solchen Fällen stellt das Gericht, wenn es dies für unumgänglich hält, eine solche Person, entweder unter verantwortliche Aufsicht ihrer Verwandten oder derer, die für sie zu sorgen wünschen sollten, oder versorgt sie in einer Anstalt bis zur Genesung.“

Besondere Einrichtungen zur Unterbringung gefährlicher Geisteskranker sind in Bulgarien nicht vorhanden.

Dänemark.

Das dänische Strafgesetz vom Jahre 1863 bestimmt in § 38 bei den wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen:

„In solchen Fällen kann im Urteil bestimmt werden, daß gegen die Täter Sicherheitsmaßregeln ergriffen werden müssen, die jedoch von der Obrigkeit wieder aufgehoben werden können, wenn sie nach eingeholtem ärztlichen Ausspruch nicht mehr notwendig sind.“

Als eigentümliche Einrichtung besitzt Dänemark auf der im Limfjord gelegenen Insel Livø eine zur Anstalt Brejning gehörige Abteilung für 40 geistesschwache antisoziale Männer, in die nicht besonders gefährliche, aber wegen ihres Hanges zu Verbrechen und zum Vagabundieren für die übrigen Irrenanstalten ungeeignete Kranke aufgenommen werden. (Keller, Was bezweckt eine Inselanstalt für antisoziale geistesschwache Männer? Monatsschr. f. Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, Bd. IX, S. 1.)

Frankreich.

In Frankreich wurden zunächst auf Anregung von Georget, Aubanel, Brière de Boismont und Legrand du Saulle an einzelnen Irrenanstalten Abteilungen für geisteskranken Verbrecher errichtet. Das Irrengesetz vom 30. Juni 1838, welches zur Zeit noch Rechtskraft hat, enthält keine Bestimmungen über die kriminellen Geisteskranken. Die Adnexe an einigen Irrenanstalten, so insbesondere die „Sûreté“ an der Bicêtre, führten zu schweren Mißständen, sodaß

schon bald Stimmen laut wurden, die andere Maßnahmen gegenüber den kriminellen Geisteskranken verlangten. 1846 erschien ein Bericht von Brière de Boismont: „Über die Notwendigkeit der Errichtung eines Spezialasyls für geisteskranke Landstreicher und Verbrecher“, in der er für Frankreich eine Zentralanstalt für geisteskranke Verbrecher nach dem Muster von Broadmoor forderte. 1863 machte Legrand du Saulle in der medizinisch-psychologischen Gesellschaft den Vorschlag, eine Zentralanstalt oder mehrere Abteilungen an den vier größten Irrenanstalten des Landes zu errichten. Alle diese Pläne scheiterten jedoch, weil keine Geldmittel vorhanden waren, nur die Sûreté an der Bicêtre wurde ausgebaut. Im Jahre 1869 wurde die Errichtung einer Irrenabteilung an der Strafanstalt in Gaillon beschlossen. Diese Anstalt, die am 17. Mai 1876 eröffnet wurde, verfügt über 200 Plätze. In diese werden aufgenommen männliche Strafgefangene, deren Strafe länger als 1 Jahr dauert, die an Geisteskrankheit oder Epilepsie erkranken. Die weiblichen Gefangenen werden in Adnexen der Strafanstalten in Montpellier und Doullens untergebracht. Nähere Angaben über diese Anstalten fehlen in der Literatur fast völlig. Die Zeit des Aufenthaltes in den Irrenabteilungen wird auf die Strafzeit angerechnet. Die Kranken verbleiben in denselben bis zum Strafeende und werden dann in die öffentlichen Irrenanstalten, in denen sich auch die verbrecherischen Geisteskranken befinden, gebracht.

In neuerer Zeit hat in Frankreich eine Bewegung für die Errichtung von Spezialasylen für gefährliche Geisteskranke eingesetzt, die in einer Reihe von Reformvorschlägen ihren Ausdruck gefunden hat. Eine Übersicht über diese Bestrebungen gab Alombert-Gôget 1902 in seiner Dissertation „La question de l'internement des aliénés criminels“, Lyon 1902, S. 48—64. Kéralval teilt mit, daß von 32 Irrenanstaltsleitern 13 besondere Maßnahmen bei den geisteskranken Verbrechern verlangten, während 18 sich dahin aussprachen, daß ein Unterschied in der Behandlung der geisteskranken Verbrecher und der verbrecherischen Geisteskranken nicht gemacht werden könne. (Kéralval, Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels, Paris 1904.) Sérieux hingegen macht den Vorschlag, eine Zentralanstalt oder noch besser vier Adnexe an Strafanstalten in der Nähe einer Universitätsstadt zur Aufnahme der geisteskrank gewordenen Strafgefangenen, und drei Bewahrungshäuser für gefährliche Geisteskranke zu errichten. In letztere sollten auch die geisteskranken Verbrecher nach Ablauf ihrer Strafzeit bei Fortdauer der Gemeingefährlichkeit gebracht werden. (Sérieux, L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse, Paris 1903.) Den wichtigen Entwurf eines Gesetzes über die gefährlichen Geisteskranken von Dubief vom 17. November 1896 (Alombert-Gôget, S. 57—61) gibt Aschaffenburg (Die Sicherung usw. S. 117—118) in deutscher Übersetzung teilweise wieder. Am 24. Dezember 1901 faßte die Kammer, nachdem Cruppi und Dubief die Notwendigkeit der Errichtung von Spezialasylen für gefährliche Geisteskranke betont hatten, folgenden Beschluß: „Die Kammer ersucht die Regierung, die Zentralanstalt in Gaillon zu einer Anstalt umzubauen, die den Namen Zentralanstalt für kriminelle Geisteskranke erhält. Der Minister des Innern wird mit der Einrichtung des ärztlichen und Überwachungsdienstes in Ausführung dieser Neuordnung beauftragt.“ Weitere Beschlüsse sind, soweit mir bekannt, über die Behandlung der kriminellen Geisteskranken nicht gefaßt worden.

Das Asyl in Gaillon führt mit dem Jahre 1902 den Namen: „Spezialasyl für geisteskrankte und epileptische Verurteilte“ und ist dem Direktor des Gefängnisses unterstellt.

An den Irrenanstalten Bicêtre und Villejuif bestehen Bewahrungshäuser für gefährliche Kranke. In Villejuif sind Plätze für 150—200 Männer und 50 Frauen mit antisozialen Neigungen (*aliénés difficiles*) vorhanden. Eine Schilderung dieser Einrichtungen hat Wittermann (Pariser Reiseeindrücke, Psych. Neurol. Wochenschr. 1912/13, H. 37, S. 433 u. 434) gegeben.

Großbritannien und Irland.

England.

England ist das Land, das als erstes gesetzliche Vorschriften zum Schutze der allgemeinen Rechtssicherheit gegenüber gefährlichen Geisteskranken getroffen hat, und zwar geschah dies, wie schon erwähnt, in der *insane offenders bill* vom 28. Juli 1800. Der Ausführungen dieser Bestimmungen stellten sich aber Schwierigkeiten entgegen. Erst im Jahre 1816 wurde an der Irrenanstalt Bethlem ein Adnex für 60 Kranke, die auf Staatskosten verpflegt werden sollten, errichtet. Zahlreiche kriminelle Geisteskranken wurden der Irrenanstalt Fisherton-House überwiesen, an der im Jahre 1849 eine Abteilung für gefährliche Geisteskranken eingerichtet wurde. Da die Zahl der verbrecherischen Irren, die auf Grund der *insane offenders bill* interniert werden mußten, weiter erheblich zunahm, wurde im Jahre 1857 die Gründung einer Anstalt für 600 *criminal lunatics* beschlossen. Aber erst im Jahre 1863 erfolgte die Eröffnung des Broadmoor *criminal lunatic asylum* in Crowthorne (Berkshire) in der Nähe des Truppenübungsplatzes Aldershot. Für die Aufnahme maßgebend ist das Gesetz — *criminal lunatic act* — vom Jahre 1884. In diesem wird bestimmt, daß das Gericht die wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen und für unzurechnungsfähig erklärten Verbrecher einer geeigneten Anstalt „*during his majestys pleasure*“ zu überweisen hat. Die während der Strafzeit geistig erkrankten Verbrecher sollen auf Veranlassung des Staatssekretärs einer Irrenanstalt zugeführt werden. Die geisteskranken Gefangenen (*insane convicts*) werden entweder in die Irrenabteilung an der Strafanstalt in Millbank oder in die Adnexe an den Strafanstalten in Parkhurst oder Woking gebracht. Aus den kleinen Gefängnissen werden die Geisteskranken in der Regel direkt den Irrenanstalten zugeführt. Die geheilten Verbrecher werden aus der Irrenabteilung der Strafanstalt in Millbank wieder in die Strafanstalt zurückgebracht. Besteht die Geisteskrankheit nach Ablauf der Strafe noch fort, so werden sie nach Broadmoor übergeführt. Die geisteskranken Verbrecher gelangen demnach in das Adnex einer Strafanstalt oder ein Invalidengefängnis, aber nur für die Dauer der Strafzeit. Die verbrecherischen Geisteskranken kommen nach Broadmoor, ebenso kommen dorthin die geisteskranken Verbrecher nach Ablauf ihrer Strafzeit. Über die Einrichtungen für geisteskrankte Strafgefangene in Millbank, Parkhurst und Woking waren mir Schilderungen nicht zugänglich. Über Broadmoor liegen eine Reihe von Anstaltsberichten und Berichten von Besuchern aus älterer und neuerer Zeit vor. Letztere lauten direkt widersprechend. Bleuler, Meyer, Pelman und Lenz fällen ein durchaus absprechendes Urteil, während

Naecke 1902 erklärte, „Broadmoor und Matteawan-Hospital könnten wohl im ganzen jetzt wenigstens in ihrer Art als Musteranstalten hingestellt werden.“ Auf Aschaffenburg machte Broadmoor den Gesamteindruck eines düsteren Zuchthauses. „Überall“, so schreibt er, „saßen zahlreiche Kranke unbeschäftigt umher und mir schien der Geist tödlicher Langeweile über dem Hause zu lagern.“ Weygandt hingegen erklärt: (Eindrücke von den Kongressen in London und Gent und von Anstaltsbesichtigungen von Großbritannien und Belgien. Psychiatrisch Neurologische Wochenschrift 1913/14, Nr. 39, S. 479). „Zweifelloos macht die Anstalt trotz ihres relativen Alters einen ausgezeichneten Eindruck.“ Aus den Berichten geht hervor, daß außerordentlich strenge Sicherheitsmaßnahmen gegen Entweichungen der gefährlichen Geisteskranken vorhanden sind. In der Zeit von der Eröffnung der Anstalt im Jahre 1863 bis zum 31. Dezember 1905 sind 2042 Männer und 637 Frauen aufgenommen worden, darunter 121 Kranke wiederholt. 171 Männer und 151 Frauen wurden nach Besserung entlassen, 104 Männer, 23 Frauen nach ihrer Genesung in das Gefängnis zurückgebracht, 724 Männer und 162 Frauen anderen Irrenanstalten oder der Privatpflege überwiesen, und 545 sind in der Anstalt gestorben. In der Zeit vom 27. Mai 1863 bis zum 31. Dezember 1899 sind nach Angabe von Naecke insgesamt nur 7 Kranke entwichen. Die letzte Entweichung kam im Jahre 1888 vor. Am 1. Januar 1913 waren nach dem Berichte von Weygandt in Broadmoor, das jetzt in einem Hauptgebäude und mehreren Pavillons Platz für mehr als 800 Kranke hat, 610 Männer und 231 Frauen untergebracht. Die Insassen von Broadmoor sind zum allergrößten Teile Mörder und Totschläger. Nach Naecke lag bei den am Ende des Jahres 1899 in Broadmoor untergebrachten Kranken mehr als in 58% Mord vor, und zwar in 50,7% bei den Männern und 80,6% bei den Weibern. Nach Aschaffenburg waren unter den am 31. Dezember 1905 in Broadmoor untergebrachten 759 Kranken 642 = 83% wegen Mordes und Totschlages eingeliefert. Von den 197 Frauen waren nur 12 wegen anderer Verbrecher interniert. Zwei Punkte müssen bei dieser außerordentlich hohen Zahl von Mördern und Totschlägern aber hervorgehoben werden. Unter den Internierten befanden sich 20 Kranke, die wegen versuchten Selbstmordes festgehalten wurden, da nach englischem Recht der versuchte Selbstmord eine strafbare Handlung darstellt. Unter den Frauen waren gegen 90% Kindesmörderinnen. Der an der Spitze der Anstalt stehende ärztliche Direktor erhält außer freier Dienstwohnung ein Anfangsgehalt von 20 000 Mk., das in 5 Jahren auf 24 000 Mk. ansteigt. Ebenso sind die Gehälter für die übrigen Ärzte in Vergleich zu denen der deutschen Irrenanstaltsärzte außerordentlich hoch. Auch die Besoldung des Pflegepersonals ist eine wesentlich bessere als bei uns; 84% der Wärter sind länger als 5, 64% länger als 10 Jahre an der Anstalt tätig. Auf 5 Kranke kommt 1 Pfleger. Die Krankenabteilungen haben große Gärten und Höfe, auch stehen Tennisplätze zur Verfügung. Für Kranke aus besseren Kreisen ist eine besondere Abteilung vorhanden. Ein wesentlicher Unterschied besteht zwischen den verbrecherischen Irren und den geisteskranken Verbrechern hinsichtlich der Entlassung. Während die verbrecherischen Irren so lange in Broadmoor interniert gehalten werden, „so lange es dem Könige gefällt“, werden die geisteskranken Verbrecher, die sich in geringerer Anzahl in der Anstalt befinden, und denen die in dieser zugebrachten Zeit auf die Strafzeit voll angerechnet wird, nach Ablauf ihrer Strafzeit den gewöhnlichen Irrenanstalten überwiesen.

Die Entlassung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen ist also mit viel größeren Schwierigkeiten verknüpft, als die der im Strafvollzuge geistig Erkrankten. Seit Bestehen der Anstalt bis Ende 1905 sind insgesamt 886 Kranke aus der Anstalt gebessert entlassen worden und unter diesen nur eine geringe Anzahl in Privatpflege. Bemerkenswert ist auch der hohe Prozentsatz der Todesfälle an Tuberkulose.

Schottland.

Schottland besitzt ein Kriminalasyl in Perth, das räumlich mit dem Gefängnis verbunden ist, aber unter völlig selbständiger Leitung des Arztes steht. In diese Irrenabteilung werden sowohl während der Voruntersuchung als geisteskrank erkannte Rechtsbrecher, als auch im Strafvollzuge erkrankte Gefangene eingeliefert. Letztere werden, wenn die Geisteskrankheit nach Strafende fortbesteht, noch weiter in dem Kriminalasyl festgehalten. Aschaffenburg berichtet, daß sich im September 1906 in demselben 44 Kranke befanden. Auf ihn machte das Asyl vor allen Dingen infolge seiner prächtigen Lage keinen ungünstigen Eindruck.

Irland.

Irland hat die älteste Zentralanstalt für kriminelle Geisteskranke in Dundrum, eine Stunde von Dublin entfernt, die seit dem Jahre 1850 besteht und Platz für 150 Männer und 20 Frauen hat. Aschaffenburg schildert die hygienischen Einrichtungen dieser Anstalt als überaus mangelhaft. Unter den Insassen überwiegen bei weitem die wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen. Im Jahre 1904 waren unter den 192 Männern nur 23 = 17,4%, die im Gefängnis erkrankt waren. An der Anstalt sind 2 Ärzte tätig, die einen Gehalt von 12 000 Mk. und 6000 Mk. beziehen. Der Oberarzt hat daneben freie Wohnung mit Garten, der Assistenzarzt freie Station. Die Zahl der Pfleger beträgt 27, auch sie erhalten hohe Gehälter. Aschaffenburg berichtet, daß ihm bei Besichtigung der Anstalt zwei Punkte aufgefallen seien. Einmal, daß in einem Hofe fast hinter jedem Kranken ein Wärter ging, als ob jeden Augenblick eine Gewalttätigkeit bevorstünde, und ferner, daß die Kranken Kleider trugen, die rechts und links verschieden gefärbt waren.

Griechenland.

Das griechische Strafgesetzbuch enthält keine Vorschriften über die Behandlung der wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen, überläßt die Versorgung der gemeingefährlichen Geisteskranken vielmehr der Polizeibehörde. Besondere Einrichtungen sind für diese kriminellen Kranken nicht vorhanden, sie werden den Landesirrenanstalten in Korfu und Dromocaitis überwiesen.

Holland.

Das holländische Strafgesetzbuch vom 1. September 1886 sagt im Artikel 37: „Nichtstrafbar ist derjenige, der eine Handlung begeht, die ihm wegen mangelhafter Entwicklung oder krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit nicht zugerechnet werden kann. Wird ihm eine Straftat wegen mangelhafter Entwicklung oder krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit nicht zugerechnet, so kann der Richter bestimmen, daß er in einer Irrenanstalt untergebracht wird, während einer Beobachtungszeit, die die Zeitdauer eines Jahres nicht überschreiten darf.“

Im Jahre 1902 ernannte die niederländische Regierung eine Kommission zur Prüfung der Frage der Behandlung der geisteskranken Verbrecher. Der darauf von der Regierung veröffentlichte Bericht (Rapport van de Staatskommissie, ingesteld by Koninklyk Besluit van 31. Juli 1902. Nr. 30, Graevenhage 1903) enthält eine Reihe von Beiträgen hervorragender holländischer Psychiater und Juristen über dieses Problem. Schermers, der in dem Bericht die Frage der Fürsorge für geisteskranken Verbrecher und verbrecherische Geisteskranken behandelt, kommt zu folgenden Ergebnissen:

1. „Verbrecherische Geisteskranken zeigen kein spezifisches Krankheitsbild und können deshalb in einer gewöhnlichen Irrenanstalt untergebracht werden.
2. Verbrecher, die in der Strafanstalt erkranken, müssen in einer besonderen Abteilung derselben für die Dauer der Strafzeit untergebracht werden und der Aufsicht eines psychiatrisch gebildeten Arztes unterstehen.
3. Verbrecher, die an einem geringen Grade von Schwachsinn mit moralischen Defekten leiden, müssen in einem Adnex des Gefängnisses unter psychiatrischer Aufsicht und Behandlung untergebracht werden.“ Bemerkenswert ist auch folgende Stelle aus dem Kommissionsbericht:

„Gegenüber der Ansicht vieler Juristen, daß die Simulation sehr oft vorkommt, ist nach Ansicht der Irrenärzte Simulation sehr selten.“ Die Kommission kam zu folgenden Schlußfolgerungen:

„In den Gefängnissen soll die Behandlung der Internierten nur psychiatrisch vorgebildeten Ärzten anvertraut werden. Den staatlichen Irreninspektoren, deren z. Z. 2 vorhanden sind, soll das Recht eingeräumt werden, alle Strafgefangenen jederzeit zu untersuchen. Für Untersuchungsgefangene soll an der Universität Utrecht eine Beobachtungsabteilung mit 30 Betten eingerichtet werden. Bei den während der Strafzeit geistig Erkrankten soll die Beobachtung in den Strafgefängnissen erfolgen.

Es sollen deshalb an 2 oder 3 Gefängnissen Beobachtungsstationen für je 30 Kranke errichtet werden. Chronisch Kranke sollen auf Anordnung des Gerichts den Irrenanstalten überwiesen werden. Für die in den Irrenanstalten untergebrachten gefährlichen geisteskranken Verbrecher sollen besondere Adnexe erbaut werden. Die Errichtung einer Zentralanstalt für gefährliche Geisteskranken wird für Holland nicht als empfehlenswert erachtet. Zur Zeit werden in Holland alle Kranken, die wegen Geisteskrankheit freigesprochen worden, oder im Gefängnis erkrankt sind, der Irrenanstalt in Medemblik zugeführt. Am 1. Januar 1903 waren dort 39 Kranke, die wegen Geisteskrankheit freigesprochen waren, und 146 in den Strafanstalten Erkrankte untergebracht.“ Im Jahre 1903 wurden 23 Kranke der 1. und 45 der 2. Gruppe dort aufgenommen. Nach Angabe Aschaffenburgs sind Mißstände hinsichtlich der Unterbringung in Medemblik, obwohl besondere Einrichtungen nicht vorhanden sind, nicht hervorgetreten. Nach einem Ministerialerlaß aus dem Jahre 1885 wird die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit auf die Strafzeit angerechnet.

Italien.

Das italienische Strafgesetzbuch bestimmt, daß der Richter den wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochenen Geisteskranken, wenn er dessen Freilassung für gefährlich erachtet, der zuständigen Behörde zur Anordnung weiterer Maßnahmen zu überweisen hat. In den Ausführungsbestimmungen zu dem Strafgesetzbuch wird dann weiter bestimmt, daß die Sicherheitsbehörde den freigesprochenen Angeklagten so lange vorläufig in einer Irrenanstalt unterzubringen hat, bis der Präsident des Zivilgerichts die endgültige Aufnahme in einer Anstalt oder die Entlassung aus derselben angeordnet hat. Weitere eingehende Vorschriften, die sich teils auf die wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen, teils auf die während der Strafhaft Erkrankten beziehen, finden sich in den Bestimmungen über die Kriminalabteilungen vom 1. Januar und 1. Juni 1891. Darin wird angeordnet, daß besondere Gebäude errichtet werden sollen, die zu gleicher Zeit zur Verbüßung der Strafe und zur Heilung dienen. Die einzelnen Anordnungen über die Aufnahme und Behandlung in den Kriminalasylen teilt Aschaffenburg im Wortlaut mit:

Es bestehen in Italien 4 derartige Anstalten: in Aversa bei Neapel, Montelupo bei Florenz, Reggio Emilia und Barcelona Pozzo di Gotto in der Nähe von Messina. Die 3 ersteren schildert auf Grund eigener Besichtigung Aschaffenburg eingehend. Sein Urteil über die italienischen Kriminalasyle lautet in Übereinstimmung mit den Berichten von Saporito, Tamburini und Sérieux außerordentlich ungünstig. Von mehreren Seiten wird erklärt, daß die italienischen Kriminalasyle von der Irrenanstalt nur den Namen haben, und der Gefängnischarakter derselben überall hervortrete.

Norwegen.

Das allgemeine bürgerliche Strafgesetzbuch für das Königreich Norwegen vom 22. Mai 1902 trifft in § 39 folgende Bestimmung:

„Wenn das Gericht annimmt, daß ein Angeklagter, der freigesprochen wird, wegen Unzurechnungsfähigkeit für die Rechtssicherheit gefährlich ist, so kann es beschließen, daß ihm nach näherer Bestimmung der Obrigkeit ein bestimmter Aufenthalt anzuweisen oder zu verbieten ist, oder daß er, soweit dazu nach den vom Könige oder einer von ihm ermächtigten Person erlassenen allgemeinen Vorschriften Anlaß vorliegt, in ein Irrenasyl, eine Heil- oder Pflegeanstalt zu verbringen ist. Die getroffene Maßregel ist von dem zuständigen Ministerium wieder aufzuheben, wenn sie nach eingeholtem ärztlichen Gutachten nicht länger notwendig erscheint. In Schwurgerichtssachen hat das Gericht, bevor es einen solchen Beschluß faßt, den Geschworenen die Frage vorzulegen, ob der Angeklagte wegen Unzurechnungsfähigkeit für die Rechtssicherheit gefährlich ist. Nur eine dem Angeklagten günstige Antwort ist für das Gericht bindend.“

Aus diesen Vorschriften geht hervor, daß das Gericht nicht gebunden ist, die erwähnten Maßnahmen bei Unzurechnungsfähigkeit des Freigesprochenen zu treffen. Die Ausführung der vom Gerichte angeordneten Maßregeln zum Schutze der allgemeinen Rechtssicherheit liegt in den Händen der Behörden.

Seit dem Jahre 1905 besteht in Trondhjem als selbständige Anstalt ein Kriminalasyl für 36 männliche Kranke, für das schon unter dem 13. April 1898 ein besonderes Gesetz erlassen wurde. Nach Mitteilung des leitenden Arztes des Kriminalasyls Hans Evensen werden in diese aufgenommen:

- a) männliche Sträflinge, die für geisteskrank erklärt sind,
- b) andere männliche Geisteskranken, die verbrecherische Handlungen verübt haben und derart moralisch entartet oder so gemeingefährlich sind, daß sie für die Behandlung in einer gewöhnlichen Irrenanstalt als nicht geeignet angesehen werden.

Über die Aufnahme und Entlassung entscheidet das zuständige Ministerium. Die Kranken bleiben in der Anstalt, solange die Umstände, die zur Aufnahme führten, noch vorhanden sind. Die meisten Sträflinge, die geisteskrank geworden sind, können ohne besondere Schwierigkeiten in den gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht werden. In dem Falle, daß ein in das Kriminalasyl in Trondhjem aufgenommenen Sträfling sich für die Behandlung in einer allgemeinen Irrenanstalt eignet, wird er in eine solche übergeführt, spätestens nach Ablauf der Strafzeit. Die Zeit des Aufenthaltes im Kriminalasyl wird auf die Strafzeit angerechnet. Muß der irre Sträfling nach Ablauf der Strafzeit weiter in Verwahrung gehalten werden, und eignet er sich wegen moralischer Entartung oder Gemeingefährlichkeit nicht zur Unterbringung in einer gewöhnlichen Irrenanstalt, so wird die Zustimmung des Justizministers zu einem weiteren Verbleiben im Kriminalasyle eingeholt. Untersuchungsgefangene werden in dasselbe nicht aufgenommen. Aschaffenburg fand bei einem Besuche am 5. August 1907 das Kriminalasyl mit 29 Kranken belegt. Er gibt auch eine Schilderung der Anstalt.

Österreich.

Die Entwicklung dergesetzlichen und administrativen Maßnahmen gegenüber den kriminellen Geisteskranken in Österreich in der Zeit von 1850—1904 hat Siegfried Türkel in einer Monographie: „Die kriminellen Geisteskranken“, Wien 1905, eingehend geschildert. Wie in Deutschland, so fand auch in Österreich jedes System der Unterbringung der kriminellen Geisteskranken Verteidiger und Gegner. Das kam insbesondere in den Antworten der Landesausschüsse und Landessanitätsräte auf eine Umfrage des Ministeriums des Innern im Jahre 1885 zum Ausdruck. Es sprachen sich nämlich aus:

Niederösterreich gegen die Aufnahme irrsinniger Verbrecher in Irrenanstalten und für die Errichtung von Adnexen an den größeren Strafanstalten,
Oberösterreich für die Errichtung von eigenen Irrenanstalten für Verbrecher,
Steiermark für die gesetzliche Regelung des Irrenwesens und die Errichtung von Irrensiechenanstalten,

Böhmen für die Unterbringung der irren Verbrecher in besonderen Zentralanstalten oder in Abteilungen der Strafanstalten,

Mähren gegen die ausnahmslose Abgabe irrer Verbrecher an Irrenanstalten, „wenn die Gemeingefährlichkeit konstatiert ist“,

Galizien gegen die Aufnahme geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten und für die Errichtung eigener Anstalten oder eigener Abteilungen in Strafhäusern,

Tirol und Voralberg für die Vorschläge des Justizministeriums, daß die bestehenden Verordnungen genügend seien und eine Abänderung nicht notwendig sei.

In einem Vortrage auf dem österreichischen Irrenärztekongresse in Linz am 6. Oktober 1911 „Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in

Österreich“ (Psychiatrisch Neurologische Wochenschr. 1911/12, Nr. 34 u. 35) kam Deiano zu folgenden Ergebnissen:

1. „Wir verlangen, daß ein ganz bestimmter Teil der verbrecherischen Geisteskranken und der geisteskranken Verbrecher aus den gewöhnlichen Irrenanstalten ausgeschieden werde.
2. Wenn nicht eigene Anstalten für gefährliche Geisteskranken in Bälde errichtet werden können, so mögen wenigstens Adnexe an Strafanstalten geschaffen werden, denn diese haben sich als die einfachste, am leichtesten ausführbare, billigste und auf Grund einer Rundfrage von den österreichischen Psychiatern am meisten vorgeschlagene Art der Versorgung der kriminellen Geisteskranken gezeigt.“

Die Versammlung faßte folgenden Beschluß:

„Der psychiatrische Verband spricht sich dafür aus, daß ein bestimmter Teil der kriminellen Geisteskranken aus den Landesirrenanstalten ausgeschieden werde, und gibt dem Wunsche Ausdruck, daß der praktische Weg ehestens betreten werden möge, und zwar durch Schaffung eigener, entsprechend ausgestalteter, staatlicher Irrenanstalten.“ Das österreichische Strafgesetz enthält keine Bestimmungen über Maßnahmen bei den wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen. Eine Justizministerialverfügung vom 6. August 1902 ordnet an, daß, „in Fällen, in denen ein Strafverfahren gegen einen Geisteskranken durch Einstellung oder Freispruch beendet worden ist, die Anordnung der Abgabe in eine Irrenanstalt infolge Gemeingefährlichkeit oder aus anderen Gründen nicht den Strafgerichten, sondern den Verwaltungsbehörden obliegt. Es ist daher in solchen Fällen mit der zuständigen Verwaltungsbehörde (Gemeinde, Magistrat usw.) unter Anschluß einer Abschrift des Gutachtens das Einvernehmen zu pflegen und die Unterstellung des Geisteskranken an diese Behörde zu veranlassen. Gleichzeitig ist jedoch auch die zuständige Kuratelbehörde unter Anschluß der Akten oder im Falle diese nicht entbehrt werden können, einer Abschrift des Gutachtens zu verständigen.“ Nur Niederösterreich hat besondere Einrichtungen für kriminelle Geisteskranken. An den niederösterreichischen Landesirrenanstalten in Ybs und Kierling-Gugging bestehen kleine Sonderabteilungen. Die Anstalt am Steinhof bei Wien hat ein Verwahrungshaus für gewalttätige Kranke mit 40 Plätzen. Dasselbe dient zur Aufnahme von Verbrechern, welche während der Straf- oder Untersuchungshaft geisteskrank geworden sind und die gemeingefährlich oder demoralisierend erscheinen. Ferner sollen in demselben auch jene verbrecherischen Geisteskranken interniert werden, welche während der Verpflegungsdauer Taten begehen, die einen Gesunden straffällig machen würden oder welche ihrer moralischen Minderwertigkeit halber unter den anderen Kranken ohne Schaden nicht gehalten werden können. Das Einweisungsrecht in diese Abteilung steht einzig und allein dem Direktor zu. Anrechnung der Internierung in die Strafzeit findet nicht statt. Eine Beschreibung des Verwahrungshauses der Irrenanstalt „Am Steinhof“ gibt Aschaffenburg. Im übrigen sind in den österreichischen Staaten keine Sondermaßnahmen gegenüber den gefährlichen Geisteskranken getroffen.

Dagegen sind in dem Vorentwurf zu einem österreichischen Strafgesetzbuch vom September 1909 „Sicherungsmittel“ vorgesehen. Es heißt dort in den § 36 und 37:

§ 36.

„Ein Geisteskranker oder Trunksüchtiger, der eine strenger als mit sechs Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen hat und wegen Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nicht verfolgt oder nicht verurteilt werden kann, wird an eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abgegeben, wenn er wegen seines kranken Geisteszustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als besonders gefährlich für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens (gemeingefährlich) anzusehen ist.

Der Kranke bleibt in der Anstalt, solange seine Gemeingefährlichkeit dauert. Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen.“

§ 37.

„Der zu Freiheitsstrafe verurteilte Täter eines Verbrechens oder eines mit einer sechs Monate übersteigenden Freiheitsstrafe bedrohten Vergehens, dessen Fähigkeit, das Unrecht seiner Tat einzusehen, oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert war, kann nach dem Vollzuge der Strafe weiterhin verwahrt werden, wenn er wegen seines Zustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als gemeingefährlich anzusehen ist.

Das Gericht spricht die Zulässigkeit der Verwahrung im Urteil aus und ordnet sodann auf Grund der Ergebnisse des Strafvollzugs an, daß der Sträfling in einer besonderen staatlichen Anstalt oder in einer besonderen Abteilung der in § 36 bezeichneten Anstalt zu verwahren sei, wenn seine Gemeingefährlichkeit nicht behoben ist.

Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen.

In der „Zusammenstellung der Änderungen, welche die Regierungsvorlagen zur Reform des Strafrechts gegenüber den im Jahre 1909 veröffentlichten Entwürfen aufweisen“, aus dem Jahre 1912 ist an Stelle des Wortes „Sträfling“ in § 37 das Wort „Verurteilte“ getreten.

Der österreichische Vorentwurf bricht also mit dem bisherigen Verfahren und überträgt die Entscheidung über die Unterbringung des gefährlichen Geisteskranken grundsätzlich dem Gericht, das in einem besonderen Verfahren über die Internierung verhandeln soll.

Bemerkenswert sind auch folgende Bestimmungen aus „dem Entwurf eines Gesetzes, womit die Strafprozeßordnung abgeändert werden soll“:

§ 583.

Die Anstalten für verbrecherische Irre dienen dazu, die ihnen vom Gerichte überwiesenen Personen für die Dauer ihrer Gemeingefährlichkeit zu verwahren.

Die Verwahrten sind einer Behandlung zu unterziehen, um ihren krankhaften Zustand zu beheben oder zu bessern.

§ 584.

Der Vollzug der Verwahrung wird vom Vorsteher der Anstalt geleitet. Zum Vorsteher ist ein psychiatrisch gebildeter und klinisch erfahrener Arzt zu bestellen.

Der Vollzug wird vom Oberstaatsanwalte, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, und in dessen Vertretung vom Staatsanwalte überwacht. Die oberste Leitung steht dem Justizminister zu.

§ 585.

Für jede Anstalt besteht eine ständige Aufsichtskommission. Sie setzt sich zusammen aus dem Vorsteher des Gerichtshofes, in dessen Sprengel die Anstalt liegt, als Vorsitzendem, zwei Vertrauensmännern und zwei Ersatzmännern, die auf die Dauer von drei Jahren vom Justizminister ernannt werden und dem Staatsanwalte. Der Kommission ist ein Schriftführer beizugeben.

Zu Vertrauensmännern können, abgesehen von Angehörigen des Lehrstandes, nur Personen berufen werden, die nicht im Staatsdienst stehen. Die Vertrauensmänner sind vom Vorsteher des Gerichtshofes auf die gewissenhafte Erfüllung ihrer Obliegenheiten zu verpflichten. Die Gebühren, auf die sie Anspruch haben, werden durch Verordnung bestimmt.

§ 586.

Die Aufsichtskommission hat mindestens viermal im Jahre die Anstalt in Gegenwart des Vorstehers zu besichtigen. Der Amtsarzt der politischen Behörde erster Instanz ist mindestens zweimal im Jahre beizuziehen.

Die Kommission hat das Ergebnis ihrer Besuche, insbesondere wahrgenommene Gebrechen dem Oberstaatsanwalte mitzuteilen und hierbei ein Gutachten über die Abstellung der Gebrechen abzugeben, sofern diese nicht unmittelbar im Einvernehmen mit dem Staatsanwalte behoben werden können.

§ 587.

Die Einrichtung der Anstalten und die Behandlung der Kranken wird durch den Zweck der Anstalt bestimmt; es sind die Maßregeln zulässig, die zur sicheren Verwahrung und zur voraussichtlichen Heilung des Kranken geboten sind.

§ 588.

Kranken, die eine ihnen zugewiesene Arbeit regelmäßig verrichten, kann eine angemessene Vergütung gutgeschrieben werden. Die Bestimmung des dritten Absatzes des § 570 ist entsprechend anzuwenden.

Als Zuchtmittel sind nur der Verweis und die Entziehung einer Begünstigung zulässig; doch können Kranke, die sich gewalttätig benehmen, andere aufreizen, zu flüchten versuchen oder die Flucht vorbereiten, den zur Sicherung erforderlichen Beschränkungen ihrer Freiheit unterworfen und insbesondere einzeln gehalten werden; die Maßregeln dürfen jedoch weder der Art noch der Dauer nach über ihren Zweck hinausgehen.

§ 589.

Gemeingefährliche Trunksüchtige, die wegen Begehung einer strafbaren Handlung im Zustande der Trunkenheit verurteilt wurden, sind in einer besonderen Abteilung der Anstalt anzuhalten.

Sie werden bei Tag in Gemeinschaft, bei Nacht abgesondert voneinander verwahrt.

Sie können zu einer ihrem Gesundheitszustande und ihren Fähigkeiten entsprechenden und ihrem Fortkommen in der Freiheit dienlichen Arbeit angehalten werden; eine Vergütung für geleistete Arbeit wird nicht gewährt.

Als Zuchtmittel dienen die beim Vollzuge von Kerkerstrafen und Gefängnisstrafen zulässigen.

Ungarn.

Im § 246 der ungarischen Strafprozeßordnung ist vorgeschrieben, daß, falls Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit eines Täters bestehen, eine Untersuchung durch zwei Ärzte erfolgt, die sich in ihrem Gutachten auch darüber zu äußern haben, ob Gemeingefährlichkeit besteht. Das ungarische Strafbuch enthält keine Bestimmung über die Internierung verbrecherischer Geisteskranker. Diese erfolgt gemäß den Verfügungen des Justizministers vom Jahre 1877 und 1894 im Verwaltungswege. Der Minister des Innern hat durch Verordnungen vom Jahre 1894 und 1902 angeordnet, daß diese Kranken auch dann nicht entlassen werden dürfen, wenn die Vormundschaftsbehörde ihre Zustimmung gibt. Eine besondere Kommission entscheidet darüber, ob die Gemeingefährlichkeit bei verbrecherischen und nicht verbrecherischen Geisteskranken fortbesteht. Kranke, die als nicht geheilt entlassen werden, werden unter polizeiliche Aufsicht gestellt. Für Ungarn besteht in Verbindung mit dem Sammelgefängnis in Budapest eine Landes-Beobachtungs- und Irrenheilanstalt für Internierte und Verurteilte. In dieser gelangen zwei Gruppen von Gefangenen zu Beobachtung: erstens Untersuchungsgefangene, deren psychiatrische Beobachtung und Begutachtung notwendig erscheint. Nach Abschluß der Beobachtung, die in der Regel nicht länger als 2 Monate dauert, werden sie entweder als zurechnungsfähig dem weiteren gerichtlichen Strafverfahren unterworfen oder als verbrecherische Geistesranke in eine Landesirrenanstalt gebracht. Ferner werden in diese Irrenabteilung zu Freiheitsstrafen rechtskräftig verurteilte Männer und Weiber und Zöglinge aus Besserungsanstalten gebracht; sie bleiben hier so lange, bis sie zur weiteren Strafverbüßung wieder in die Anstalten zurückgebracht werden können, falls die Heilung innerhalb der Strafzeit eintritt, oder falls dies nicht der Fall ist oder die Krankheit unheilbar ist, bis zum Strafende; sodann werden die letzteren in eine Landesirrenanstalt übergeführt. Diese beiden Kategorien, die Untersuchungsgefangenen und die Verurteilten sind völlig voneinander getrennt. Die Irrenabteilung besteht aus einem einstöckigen Bau der einen Flächenraum von 4163 qm umfaßt und in dem 140 Personen, 100 Männer und 40 Frauen, untergebracht werden können. An der Spitze der Anstalt steht ein Psychiater von Fach, der dem Direktor des Gefängnisses koordiniert ist. Die Landes-Beobachtungs- und Heilanstalt für Internierte und Verurteilte wird vom Staate unterhalten und untersteht dem Justizminister. Die Zahl der Verurteilten, die in dieselbe aufgenommen werden, ist gering, es überwiegen bei weitem die Untersuchungsgefangenen. Die Anstalt ist nicht voll belegt; in der Regel sind in derselben etwa 100 Kranke untergebracht.

An den übrigen ungarischen Irrenanstalten bestehen keine besonderen Einrichtungen. Nach einem von v. Barbacz vorbereiteten Entwurf zum Irrengesetz sollen die geisteskranken Verbrecher, die aus der Straftat den Irrenanstalten überwiesen werden, in besonderen Pavillons der Staatsirrenanstalten detiniert werden. (Messér, Josef, Einiges über die Organisation und Verhält-

nisse des ungarischen Gefängniswesens. Blätter für Gefängniskunde. 38. Bd. 1904. S. 462—477. Langer, Georg, Der progressive Strafvollzug in Ungarn, Kroatien und Bosnien. Berlin 1904. Stein, Irrengesetzgebung in Ungarn. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1900.)

Portugal.

Portugal hat keine gesetzlichen Vorschriften über die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher und verbrecherischen Geisteskranken. Ein Gesetzentwurf aus dem Jahre 1889, nach dem in Lissabon 2 Abteilungen zur Aufnahme verbrecherischer geisteskranker Männer und Frauen sowie Krankenabteilungen an den Zentralgefängnissen mit Einrichtungen zur Behandlung Geisteskranker errichtet werden sollten, gelangte nicht zur Verabschiedung. Das Gesetz vom 3. April 1896 schreibt die Schaffung von Spezialasylen für geisteskranke Verbrecher vor. Ein solches wurde bisher aber nicht errichtet. Die geisteskranken Verbrecher wie die verbrecherischen Geisteskranken werden wie die anderen Geisteskranken in gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht, die meisten in den Staatsirrenanstalten in Lissabon und Raahafolles.

Rumänien.

In Rumänien gibt es weder besondere Vorschriften noch besondere Einrichtungen zur Behandlung krimineller Geisteskranker. Die geisteskranken Verbrecher werden nicht in Irrenanstalten gebracht, sondern in den Gefängnissen interniert gehalten.

Rußland.

Recht umständliche Bestimmungen über die Behandlung der Unzurechnungsfähigen enthält das russische Strafgesetzbuch in den § 92 bis 97.

Art. 92. Die Gründe, aus welchen das Verübte nicht zugerechnet werden darf, sind: Blödsinn, Wahnsinn und Krankheitsanfälle, welche einen Zustand von Raserei oder gänzlicher Besinnungslosigkeit herbeiführen.

Art. 95. Verbrechen oder Vergehen, welche durch einen von Geburt an Blödsinnigen oder einem Wahnsinnigen verübt worden, werden diesem nicht zugerechnet, sobald es zweifellos ist, daß der Blödsinnige oder der Wahnsinnige vermöge seines damaligen Zustandes keine Einsicht von der Gesetzwidrigkeit und selbst von der Natur seiner Handlung haben konnte. Indessen werden Blödsinnige oder Wahnsinnige, welche eine Tötung verübt oder aber auf das Leben eines anderen oder das eigene einen Angriff gemacht oder eine Brandstiftung versucht haben, ins Irrenhaus gesperrt, selbst in dem Falle, wenn ihre Eltern oder Verwandten wünschen sollten, die Verpflichtung, sie zu beaufsichtigen und bei sich ärztlich behandeln zu lassen, auf sich zu nehmen. Die Art ihrer Einsperrung im Irrenhause und die Fristen für ihre Bewährung daselbst und ihre Entlassung sind durch besondere Bestimmungen geregelt.

Art. 96. In Grundlage derselben Bestimmungen werden nicht zugerechnet auch diejenigen Verbrechen und Vergehen, welche von einem Kranken in einem völlig erwiesenen Anfall von Raserei oder gänzlicher Besinnungslosigkeit begangen werden. Derjenige, welcher in einem solchen Krankheitsanfall eine Tötung verübt, oder auf das Leben eines anderen, oder das eigene einen Angriff gemacht oder eine Brandstiftung verursacht hat, wird — statt ins Irrenhaus —

der Sorge von Eltern, Verwandten oder Kuratoren oder, mit deren Einwilligung, auch von Fremden übergeben, mit Verpflichtung derselben, sorgfältige, unausgesetzte Aufsicht über ihn in der Zeit seiner Krankheit und ärztlichen Behandlung zu führen und zugleich alle für andere oder für ihn selbst schlimmen oder gefährlichen Folgen seiner Anfälle von Raserei abzuwenden. Sobald jedoch die Eltern des Kranken oder seine Verwandten, Kuratoren oder die Fremden, welche gewünscht, ihn in ihre Obhut zu nehmen, sich nicht als genugsam zuverlässig erweisen, und man nicht von denselben eine vollkommene Erfüllung der ihnen auferlegten Pflichten erwarten kann, so wird der an Anfällen von Raserei Leidende zu seiner ärztlichen Behandlung und seiner Beaufsichtigung in ein Hospital gegeben, wo er auch bis zur völligen Herstellung gelassen wird.

Art. 97. Die Bestimmungen des vorhergehenden Artikels 96 über Nichtzurechnung der Verbrechen und Vergehen, welche in einem von Raserei oder gänzlicher Besinnungslosigkeit begleiteten Krankheitsanfälle verübt werden, erstrecken sich auch auf diejenigen, welche Verstandeskkräfte und Vernunftgebrauch durch hohes Alter oder Hinfälligkeit verloren haben, und Mondsüchtige (Nachtwandler), welche in den Anfällen ihrer Nervenzerrüttung ohne das erforderliche Bewußtsein handeln. Sie werden der Sorge ihrer nächsten Verwandten oder, mit deren Einwilligung auch Fremden übergeben, oder auch in einer der Anstalten des Kollegiums allgemeiner Fürsorge zu sorgfältiger Aufsicht über sie untergebracht.“

Besondere Einrichtungen für gemeingefährliche Geisteskranke sind nicht vorhanden. Die geisteskranken Verbrecher werden den Gefängnislazaretten überwiesen. Die verbrecherischen Geisteskranken werden in St. Petersburg meistens den Irrenanstalten St. Panteleimon und St. Nicolas, in Moskau der Irrenanstalt Preobraschenski zugeführt.

Schweden.

Eine Darstellung der Fürsorge für die kriminellen Geisteskranken in Schweden hat Petré in der Abhandlung: Geschichte der Kriminalirrenpflege in Schweden, Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform, Bd. VI, S. 245, gegeben. Aus derselben geht hervor, daß nach einem königlichen Erlasse vom Jahre 1826 „das Gericht, falls eine wegen Verbrechens angeklagte oder desselben überführte Person deshalb, weil sie als wahnsinnig befunden wird, nicht zu einer Strafe verurteilt wird, bezüglich ihrer künftigen Unterbringung keine weitere Vorschrift geben soll, als sie der zuständigen Behörde zu übersenden, damit diese sich des Kranken annehme, so daß er nicht der öffentlichen Sicherheit gefährlich würde“. Trotz dieser Verordnung verfuhr man aber nach einem Berichte der Staatsrevisoren vom Jahre 1889 in den verschiedenen Provinzen verschieden: Ein Teil der Kranken wurde in den Gefängnissen zurückbehalten, bis Plätze in den Irrenanstalten frei wurden, ein Teil wurde ohne Rücksicht auf ihre Gemeingefährlichkeit in die Freiheit entlassen. Das schwedische Irrengesetz vom 4. Juli 1901 enthält keine besonderen Bestimmungen über gefährliche Geisteskranke. Der Richter überweist den wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen der Verwaltungsbehörde, die dann bei der Direktion der zuständigen Irrenanstalt um Aufnahme ersucht. Falls kein Platz vorhanden ist, bestimmt das Zentral-Medizinalamt die Anstalt. Im Februar 1906 wurde in Ver-

bindung mit der Irrenanstalt in Wäxjö eine Kriminalirrenabteilung mit 100 Plätzen eröffnet, in die fast ausschließlich wegen Geisteskrankheit Freigesprochene aufgenommen werden. Die Entlassung dieser Kranken kann nicht durch die Anstaltsleitung, sondern nur nach Zustimmung der Zentral-Medizinalverwaltung erfolgen; andere Behörden haben aber keinen Einfluß auf die Entlassung. Aschaffenburg hat die Kriminalirrenabteilung in Wäxjö im Jahre 1907 besichtigt und schildert die Einrichtungen derselben (S. 186, 187).

Die geisteskranken Verbrecher werden entweder in den Gefängnissen oder in den gewöhnlichen Irrenanstalten untergebracht. Die Zeit des Aufenthaltes in der Irrenanstalt wird auf die Strafzeit nicht angerechnet.

Im Jahre 1908 hielt der leitende Arzt der Kriminalirrenabteilung in Wäxjö, Oberarzt E. Lauritzen, in der Versammlung des psychiatrischen Vereins Schwedens einen Vortrag über Kriminalirrenpflege, in dem er folgende Leitsätze aufstellte, die die Genehmigung der Versammlung erhielten:

1. „Für die Unterbringung sog. Kriminalpatienten (d. h. geisteskranker Untersuchungs- oder Strafgefangener sowie wegen Verbrechens unter Anklage gestellter Personen, die wegen Geisteskrankheit nicht haben zu einer Strafe verurteilt werden können) hat außer in den Fällen, wo Pflege in der Irrenabteilung einer Strafanstalt stattfindet, die öffentliche Irrenpflege zu sorgen. Für diese Patienten als solche sind besondere Anstalten oder Abteilungen nicht einzurichten. Für die Pflege besonders gefährlicher Geisteskranker, ob sie wegen Verbrechens gerichtlich belangt worden sind oder nicht, ist die Errichtung kleinerer, sog. fester Abteilungen an größeren Irrenanstalten wünschenswert.
2. Die Zeit, während welcher ein geisteskranker Sträfling in einer öffentlichen Anstalt außerhalb des Gefängnisses gepflegt wird, ist von der Strafzeit abzurechnen.
3. Die jetzt geltende Bestimmung, daß zur Aufnahme einer für unzurechnungsfähig erklärten Person in eine Irrenanstalt ein ärztliches Zeugnis erforderlich ist, ist aufzuheben.
4. Im übrigen ist eine allgemeine Revision der Bestimmungen bezüglich der Behandlung von Kriminalpatienten, besonders mit Rücksicht auf die Sicherheit des Gemeinwesens, erwünscht.“

Die Medizinalverwaltung stellte darauf den Antrag bei der Regierung, an der neuen großen Irrenanstalt in Säter einen festen, mit Zellen und Isolierräumen eingerichteten Pavillon mit 30 Plätzen zu errichten, „in welchem besonders gefährlichen Geisteskranken zweckentsprechende Pflege und sichere Verwahrung zuteil werden könnte“. Der Bau dieses Hauses wurde im Jahre 1909 dem Vorschlage der Medizinalverwaltung entsprechend vom Reichstage beschlossen. An den Gefangenenanstalten sind besondere Einrichtungen für die geisteskranken Gefangenen nicht vorhanden.

Schweiz.

Die Maßnahmen, die die Schweiz gegenüber den gefährlichen Geisteskranken getroffen hat, sind in den verschiedenen Kantonen stark voneinander abweichende und mannigfaltige, so daß Aschaffenburg mit Recht sagen konnte, daß sie an Buntheit nichts zu wünschen übrig lassen. Ein einheitliches Strafgesetzbuch ist bisher in der Schweiz nicht vorhanden; die Strafgesetzgebung ist kantonal

außerordentlich verschieden. Nach dem geltenden Rechte kann man nach Wüst 3 Gruppen von sichernden Maßnahmen gegenüber den gemeingefährlichen Geisteskranken unterscheiden.

Der ersten Gruppe gehören die Kantone an, in denen von seiten des Richters Anordnungen erlassen werden. So bestimmt § 32 des schwyzerischen Strafgesetzbuches, daß der Richter die notwendigen Maßnahmen treffen kann, in den Fällen, in denen „Leben und Eigentum der Mitbürger gefährdet ist“.

Basel-Stadt gestattet (§ 50 StGB) nur die Unterbringung wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochener auf Anordnung des Richters. Im Kanton Tessin kann das Gericht gemäß § 46 des Codice pénale die Verwaltungsbehörde zur Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken in einer Irrenanstalt anhalten. Der Code pénal des Kanton Neuenburg ordnet im § 47 an, daß das freisprechende Gericht vom Staatsrate die Unterbringung des Unzurechnungsfähigen in einer Irrenanstalt verlangen kann.

Die zweite Gruppe umfaßt die Kantone, in denen die Verwaltungsbehörden ohne Mitwirkung der Gerichte Maßnahmen über die Kranken ergreifen. In Bern hat nach Art. 47 StGB. der Regierungsrat das Recht „geeignete Sicherheitsmaßregeln zu treffen, die nötigenfalls in der Verwahrung in einer angemessenen Irrenanstalt bestehen kann“. In Genf überweist das Gericht nach Art. 330 StPO. den Kranken der Verwaltungsbehörde, kann ihn aber bis zur Entscheidung derselben zurückbehalten. In Waadt wird der Kranke nach Art. 54 StGB. dem Staatsrat zur weiteren Verfügung überwiesen.

Eine dritte Gruppe von Kantonen hat sowohl richterliche wie administrative Maßnahmen. In Luzern werden die Kranken entweder ihrer Familie zur angemessenen Besorgung und Verwahrung übergeben oder durch obrigkeitliche Verfügung unschädlich gemacht (§ 51 StGB.). In Obwalden treffen nach § 19 PStGB. richterliche oder administrative Behörden geeignete Anordnungen. Der Code pénal des Kanton Freiburg trifft im § 61 folgende Bestimmung: „Wenn es die öffentliche Sicherheit verlangt, kann die mit der Angelegenheit beschäftigte Behörde anordnen, daß der Unzurechnungsfähige zurückgehalten wird während eines Zeitraumes, den das Urteil zu bestimmen hat. Die Polizeibehörde bestimmt die Anstalt.“

Der Vorentwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuches vom Jahre 1909 enthält in § 17 Abs. 1 folgende Vorschrift.

„Gefährdet ein Unzurechnungsfähiger oder vermindert Zurechnungsfähiger die öffentliche Sicherheit oder das gemeine Wohl, und ist es notwendig, ihn in einer Heil- oder Pflege-Anstalt zu verwahren, so ordnet das Gericht die Verwahrung an und stellt den Strafvollzug gegen den Verurteilten ein.

Die kantonale Verwaltungsbehörde vollzieht den Beschluß des Gerichts.

Das Gericht hebt die Verwahrung auf, sobald der Grund der Verwahrung weggefallen ist.

Das Gericht zieht Sachverständige bei. ‘

Demnach ordnet das Gericht sowohl die Überführung in eine Anstalt wie die Entlassung aus derselben an.

Besondere Einrichtungen zur Aufnahme von gefährlichen Geisteskranken gibt es in der Schweiz weder an den Irrenanstalten noch an den Gefängnissen. Wertvolles Material über die Häufigkeit der kriminellen Geisteskranken in der Schweiz und die Anschauungen der schweizerischen Irrenärzte über die Art

ihrer Unterbringung und Verwahrung enthält die Dissertation von Edward Borel: „Du placement des aliénés criminels en Suisse. Thèse de Genève 1904.“ Borel richtete an 25 schweizerische Irrenanstalten diesbezügliche Anfragen, von denen 23 Antworten eingingen. In 20 Irrenanstalten befanden sich kriminelle Geistesranke. Unter 7697 Geistesranke, die Ende 1903 in den schweizerischen Irrenanstalten untergebracht waren, zählte man 631 = 8% kriminelle. Von 15 Leitern von Irrenanstalten sprachen 10 sich für die Beibehaltung der bisherigen Art der Unterbringung der kriminellen Kranken in den öffentlichen Irrenanstalten aus, mehrere hoben hervor, daß diese Kranken keine Schwierigkeiten verursachten, fleißig arbeiteten, und ein Unterschied zwischen den kriminellen und nichtkriminellen Kranken nicht zutage trete. 6 Direktoren von Irrenanstalten mit einem Bestande von 2227 Kranken bezeichneten von diesen 21 geistesranke Verbrecher (16 Männer und 5 Frauen) als geeignet für ein Kriminalasyl. Bemerkenswert ist die Mitteilung der schweizerischen Irrenanstaltsdirektoren, daß sich unter den nichtkriminellen Geistesranke häufig in jeder Hinsicht gefährlichere Persönlichkeiten befänden als unter den vorbestraften. Die Zahl der gefährlichen Geistesranke in der Schweiz, die für die Unterbringung in einem Kriminalasyl in Betracht kommen, schätzt Aschaffenburg, abgesehen von der geringen Zahl derartiger in den Irrenanstalten in Genf und Neuchâtel untergebrachten Kranken, auf 60 bis 65. Er hält eine Sonderabteilung nicht für notwendig, während Borel für eine solche warm eintritt. Wie Hafter (Bibliographische und kritische Materialien zum Vorentwurf eines schweizerischen Strafgesetzbuchs, Schweizer Zeitschrift für Strafrecht, Bd. 21, S. 340) mitteilt, hat der Verein Schweizer Irrenärzte es für höchst unwahrscheinlich erklärt, daß ein Kanton je in die Lage kommen werde, eine Anstalt für kriminelle Kranke zu errichten, dagegen vorgeschlagen, dem Artikel 46 des Strafgesetzbuches folgende Fassung zu geben.

„Der Bund kann allein oder gemeinsam mit den Kantonen die Errichtung und den Betrieb einer oder mehrerer Anstalten zur Verwahrung von Geistesranke oder vermindert Zurechnungsfähigen oder unheilbaren Trinkern, welche eine mit Strafe bedrohte Tat begangen haben, in die Hand nehmen. In diese Anstalt können auch vermindert Zurechnungsfähige oder unheilbare Trinker, welche die öffentliche Sicherheit dauernd gefährden, dauernd aufgenommen werden.“

Serbien.

Das serbische Strafgesetzbuch enthält keine Bestimmung über die Unterbringung der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen. In dem Vorentwurf zu einem Strafgesetzbuche für das Königreich Serbien vom Jahre 1910 findet sich folgende Vorschrift:

§ 41.

„Wenn das Gericht es im Interesse der öffentlichen Sicherheit für erforderlich erachtet, einen Unzurechnungsfähigen in einer Heil- oder Aufsichtsanstalt unterzubringen, so soll das Gericht dies anordnen.

Die Unterbringung in einer Heil- oder Aufsichtsanstalt soll das Gericht auch dann anordnen, wenn es dies im Interesse der Gesundheit des Unzurechnungsfähigen für nötig erachtet.

Gleichfalls bestimmt das Gericht die Entlassung aus der Anstalt, wenn es nach ärztlicher Untersuchung eine weitere Behandlung oder Beaufsichtigung für nicht erforderlich erachtet.“

Während der Strafverbüßung geisteskrank gewordene Gefangene werden der Irrenanstalt in Belgrad überwiesen. Die in dieser zugebrachte Zeit wird auf die Strafzeit angerechnet.

Spanien.

In Spanien ist bereits in dem § 8 des Strafgesetzbuches vom 17. Juli 1870 die Internierung der Unzurechnungsfähigen in einer besonderen Anstalt vorgesehen, denn dort heißt es:

Art. 8.

„Kein Verbrechen begeht und folglich der strafrechtlichen Verantwortlichkeit enthoben ist:

1. Der Schwachsinnige oder Geisteskranke, vorausgesetzt, daß er eine Straftat nicht in einem freien Zwischenraum von Vernunft beging.

Wenn der Schwachsinnige oder Geisteskranke eine strafbare Handlung beging, die das Gesetz als eine schwere bezeichnet, so beschließt das Gericht die Einschließung in ein für Kranke dieser Art bestimmtes Krankenhaus, aus dem er nicht entlassen werden kann ohne vorherige Autorisation desselben Gerichts.

Bei weniger schweren Fällen überweist das Gericht je nach den Umständen der Tat den Schwachsinnigen oder Geisteskranken einem Hause der erwähnten Art oder gibt ihn seiner Familie zurück, wenn diese hinreichende Sicherheit für die Überwachung bietet.“

Die Verordnung vom 13. Dezember 1886 verfügte die Errichtung einer Gefängnisirrenabteilung (manicomio penal). Die Verordnung vom 1. September 1897 traf nähere Bestimmungen über die Unterbringung der verbrecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher, bisher sind aber weder an den Irrenanstalten noch an den Gefängnissen besondere Einrichtungen getroffen.

Türkei.

Das türkische Strafgesetzbuch enthält keine Vorschriften über die Behandlung der nach § 41 wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen. Auch sind darüber keine Verwaltungsvorschriften erlassen. Sondereinrichtungen sind nicht vorhanden.

Von den außereuropäischen Ländern sind in erster Linie die Einrichtungen der Vereinigten Staaten von Nordamerika zu erwähnen. Die Strafgesetzgebung dieser Länder ist keine einheitliche. Jeder Einzelstaat hat auf strafrechtlichem und irrenärztlichem Gebiete besondere Maßnahmen und Bestimmungen. Aus den Darstellungen von Hoppe, Aschaffenburg, Nolte und Alombert-Gôget ergibt sich für die wichtigsten Staaten folgendes:

New York.

Auf Veranlassung von Fritz Hoppe hat der ärztliche Direktor der Staatsanstalt für kriminelle Geisteskranke in Matteawan der medizinischen Gesellschaft in New York einen Vortrag über die Behandlung der kriminellen Geisteskranken

in diesem Staate gehalten, dem ich nachstehende Angaben entnehme (Hoppe, Fritz, Die Behandlung der kriminellen Geisteskranken im Staat Neuyork. Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsform. Jahrg. V. S. 346.)

„Die gesetzlichen Bestimmungen, die sich mit der Zurechnungsfähigkeit und ihrem Ausschluß durch Geisteskrankheit beschäftigen, lassen, wie in den meisten anderen Unionstaaten, auch im Staate New York recht viel zu wünschen übrig. Die gesetzliche Definition der Zurechnungsfähigkeit und der Unzurechnungsfähigkeit stammt aus alter Zeit. Wer imstande ist, Wesen und Art der Handlung zu verstehen, und zwischen Recht und Unrecht zu unterscheiden, ist geistig gesund und zurechnungsfähig; wer diese beiden Fähigkeiten nicht besitzt, ist geisteskrank und unzurechnungsfähig. Eine verminderte Zurechnungsfähigkeit kennt das New Yorker Gesetz nicht. Bezüglich des Alkoholismus wird akute und chronische Vergiftung unterschieden. Der akute Rausch wird nicht als Strafmilderungs- oder Strafausschließungsgrund anerkannt; dagegen wird bei chronischem Alkoholismus eine gewisse Rücksicht auf den Täter, wie beim Vorliegen einer geistigen Abnormität, angenommen.

Während andere Unionstaaten zur Unterbringung krimineller Geisteskranker die allgemeinen Irrenanstalten, aber auch besondere Abteilungen an Strafanstalten benutzen, hat sich New York zum Bau von Zentralanstalten für Kriminelle entschlossen. Man ging dabei von der Überlegung aus, daß in den allgemeinen Staatsirrenanstalten wegen der Art ihres Betriebes eine genügend sorgsame Verwahrung gefährlicher Elemente recht schwierig ist, und andererseits der Ton der Strafanstalt nicht für Geisteskranke paßt. Die geschaffenen Anstalten, welche die Mitte zwischen Gefängnis und Irrenhaus halten, gewährleisten eine strenge Überwachung der Insassen, und doch fehlt in ihnen jene eiserne Strafanstaltsdisziplin, die so ungünstig auf den Zustand psychisch Erkrankter einwirkt. Bis zum Jahre 1900 waren die kriminellen Geisteskranken in einer einzigen solchen Anstalt (anfangs Auburn, später Matteawan) untergebracht. Dabei wurde eine strenge Scheidung der verbrecherischen Geisteskranken von den geisteskranken Verbrechern beobachtet. Jede dieser Gruppen nahm einen Flügel des Anstaltsgebäudes ein. Selbst wenn die eine dieser Abteilungen zu stark überfüllt war, wurde die Trennung aufrecht erhalten. Jetzt sind zwei staatliche Verbrecherirrenanstalten vorhanden; Matteawan und Dannemora. Nach Matteawan kommen die verbrecherischen Geisteskranken, die gar nicht bis zur Verurteilung verfolgt wurden, und diejenigen geisteskranken Strafgefangenen, die nur wegen eines geringfügigen Rechtsbruches verurteilt worden sind. Nach Dannemora gelangen die im Strafvollzuge erkrankten schweren Verbrecher.

Matteawan bezieht sein Krankenmaterial

1. von den zuständigen Gerichtsbehörden direkt,
2. aus den Strafanstalten, wenn die Kranken nur eine leichte Straftat begangen haben,
3. aus den allgemeinen Staatsirrenanstalten.

Die von den Gerichten nach Matteawan überwiesenen Kranken zerfallen wiederum in drei Gruppen:

1. diejenigen Rechtsbrecher, die so früh als geisteskrank erkannt sind, daß überhaupt keine Strafverfolgung eingeleitet wurde, und diejenigen,

deren Geisteskrankheit schon in der Voruntersuchung klar wurde, so daß es gar nicht zu einem Hauptverfahren kam;

2. diejenigen, welche trotz festgestellter Täterschaft wegen Geisteskrankheit freigesprochen, aber gleichzeitig durch Gerichtsurteil als gemeingefährlich erklärt wurden;
3. die von dem Staatsgouverneur direkt überwiesenen zum Tode verurteilten Verbrecher.

Der Gouverneur hat nämlich das Recht, nach Fällung des Todesurteils die Verurteilten in *Matteawan* auf ihren Geisteszustand beobachten zu lassen, um je nach Ausfall des Gutachtens eventuell eine Revision des Urteils herbeiführen zu können. Aus den Strafanstalten kommen nach *Matteawan*, wie bereits erklärt, solche erkrankte Strafgefangene, die nur wegen einer Übertretung oder eines Vergehens zu einer Strafzeit von höchstens 1 Jahr Gefängnis verurteilt sind. Aus den Irrenanstalten kann die Überführung von Kranken nach *Matteawan* durch die Zentralbehörde für das Irrenwesen (*state in commission in lunacy*) angeordnet werden, einerseits, wenn sie wegen eines schweren Verbrechen vorbestraft sind, andererseits, wenn bei an sich nicht kriminellen Kranken in dem Verlaufe der Geisteskrankheit kriminelle Neigungen auftreten. Für die Einlieferung nach *Matteawan* ist dasselbe Verfahren vorgeschrieben, wie für die Einlieferung in die Irrenanstalten: ein Attest von zwei Ärzten, die die psychiatrische Prüfung bestanden haben, und ein darauf folgender Gerichtsbeschluß. Die Einweisung nach der Staatsanstalt *Danne mora* kann einfacher geschehen. Hierzu ist nur ein Attest des Strafanstaltsarztes, welches die Geisteskrankheit bescheinigt, notwendig, worauf der Leiter der Strafanstalt die Überführung anordnen kann. *Danne mora* nimmt nur Strafgefangene auf, die wegen einer schweren Straftat zu mehr als 1 Jahr Gefängnis verurteilt sind. Die Zeit ihres Verweilens in *Matteawan* oder *Danne mora* wird den Gefangenen genau so angerechnet, als wenn sie diese Zeit in der Strafanstalt abgeübt hätten. In *Matteawan* hat der Direktor das Recht, Gefangene, deren Strafzeit abgelaufen ist, solange in der Anstalt festzuhalten, bis sie gesund oder nicht mehr gemeingefährlich sind. Kranke, die von den Gerichtsbehörden eingeliefert sind, können wiederum nur durch Gerichtsbeschluß entlassen werden. Für diesen Beschluß ist die Länge der verhängten oder drohenden Strafe in keiner Weise maßgebend, sondern nur der Geisteszustand des Internierten. Die Entlassung wird erst verfügt, wenn das Gericht die Überzeugung hat, daß ein unsoziales Verhalten in Zukunft nicht mehr zu befürchten ist. Wenn eine völlige Heilung eingetreten ist, so teilt der Direktor dieses dem Gerichte mit; das Gericht und der Staatsanwalt kann nun den Geheilten wieder unter die Strafverfolgung stellen, oder ihn in den Strafvollzug zurückführen; jedoch können auch beliebig andere Maßnahmen getroffen werden, je nachdem die Sachlage es zweckmäßig erscheinen läßt. Läuft in *Danne mora* die Strafzeit eines Gefangenen ab, dessen Geisteskrankheit noch fort dauert, so berichtet der Direktor an die zuständige Gerichtsbehörde. Diese ernannt dann zwei Sachverständige zur Feststellung, ob Gemeingefährlichkeit vorliegt. Auf ihr Gutachten hin entscheidet der Richter, ob der Kranke weiter in der Anstalt verbleibt oder nicht.

Die Stadt New York selbst kann geistig erkrankte Gefangene außerdem in einer kleinen Abteilung des allgemeinen Krankenhauses *Bellevue Hospital* unterbringen. Diese Irrenabteilung untersteht in rechtlicher Beziehung nicht

dem Vorstande des Krankenhauses, sondern der Strafanstaltsverwaltung; sie ist als ein Gefängnislazarett aufzufassen. Die dort untergebrachten Kranken befinden sich somit noch im Strafvollzuge.

Zunächst wurden im Staate New York alle verbrecherischen Geisteskranken und geisteskranken Verbrecher der Irrenanstalt in Utika überwiesen. 1859 wurde an der Strafanstalt in Auburn ein Adnex für geisteskranke Verbrecher errichtet. Im Jahre 1869 erhielten die Gerichte das Recht, gemeingefährliche Geisteskranke in Auburn oder in einer Irrenanstalt unterzubringen. Nach einem Gesetz vom Jahre 1884 sollten alle Gruppen von gemeingefährlichen Geisteskranken der Anstalt in Auburn zugeführt werden. 1892 erfolgte die Eröffnung des Matteawan State Hospitals zu Fiskill am Hudson mit 550 Plätzen. Aber schon nach einigen Jahren war diese Anstalt so überfüllt, daß im Jahre 1900 eine zweite, das Dannemora Hospital for insane convicts in Dannemora eröffnet werden mußte. Am 1. Oktober 1904 waren im Matteawan Hospital 609 Kranke, 526 Männer und 83 Frauen untergebracht.

Im Staate Connecticut besteht an dem Hauptgefängnis eine Beobachtungsabteilung für geisteskranke Gefangene.

Massachusetts hat eine State farm for criminal insane in Bridgewater. Das Gesetz vom 22. April 1873 schreibt vor, daß Mörder und Totschläger, die wegen Geisteskrankheit freigesprochen sind, auf Lebenszeit in eine Irrenanstalt gebracht werden sollen. Gefangene, die geisteskrank geworden sind, sollen nach Art. 320 des Gesetzes vom 11. Juni 1855 in eine Irrenanstalt gebracht werden, in der der Aufenthalt auf die Strafzeit angerechnet wird.

Michigan hat folgende Bestimmungen über gefährliche Geisteskranke: „Personen, die angeklagt sind, ein Verbrechen begangen oder einen Versuch zur Begehung gemacht haben, gegen die aber wegen ihrer Geisteskrankheit nicht verhandelt werden kann, und die nicht verurteilt werden können, ebenso Angeklagte, die wegen geistiger Störung freigesprochen sind, im Falle der Fortdauer der geistigen Störung, und ferner die Verurteilten, die während der Verbüßung der Strafe geisteskrank werden, sind in das Gefängnis für gefährliche und verbrecherische Geisteskranke zu überführen, wo sie wegen ihrer Erkrankung in gleicher Weise behandelt werden, wie in anderen Irrenanstalten.

Wenn Verurteilte vor Ablauf ihrer Strafzeit genesen, sind sie in das Gefängnis zurückzuliefern, aus dem sie gekommen sind.“

Das Asylum for criminal insane des Staates Michigan befindet sich in Jowa.

Jona und Ohio haben Abteilungen für geisteskranke Verbrecher an den Staatsgefängnissen

In dem Staate Maine werden die geisteskranken Gefangenen zunächst in eine Irrenstation am Landesgefängnis eingeliefert. Wenn ihr Zustand es erlaubt, werden sie aus dieser nach einer öffentlichen Irrenanstalt übergeführt. In Nord-Karolina wurde im Jahre 1898 eine Abteilung für geisteskranke Strafgefangene an dem Staatsgefängnis errichtet, die aber völlig unabhängig von der Strafanstalt ist.

Kanada.

In Kanada werden die wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen durch den Richter einer Irrenanstalt bis zu ihrer Genesung überwiesen. Das

Gericht entscheidet nach Anhörung von Sachverständigen auch über die Entlassung aus der Irrenanstalt. An einigen Irrenanstalten bestehen feste Häuser für geisteskranke Verbrecher. Die Provinz Ontario hat ein Sonderasyl mit 150 Plätzen für diese Art von Geisteskranken in Kingston. Die verbrecherischen Geisteskranken werden in den Irrenanstalten wie die übrigen Geisteskranken behandelt.

Brasilien.

Nicht strafvollzugsfähige geisteskranke Gefangene werden in Brasilien einer Abteilung an der Irrenanstalt de la Mercedes überwiesen.

Australien.

Für Westaustralien besteht seit dem Jahre 1870 eine Anstalt für kriminelle Geisteskranke in Fremantle.

Japan.

In Japan werden die geisteskranken oder epileptischen Gefangenen einer dem Gefängnis angegliederten Sonderanstalt zugeführt, in der sie ihre Strafe weiter verbüßen.

Im Anschluß an diese Übersicht der Einrichtungen zum Schutze der Gesellschaft gegen gefährliche Geistesranke sei noch folgende Zusammenstellung der Maßnahmen gegen verbrecherische Irre und irre Verbrecher gegeben:

1. Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch vom Jahre 1909:

§ 63.

Nicht strafbar ist, wer zur Zeit der Handlung geisteskrank, blödsinnig oder bewußtlos war, so daß seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen wurde.

War die freie Willensbestimmung durch einen der vorbezeichneten Zustände zwar nicht ausgeschlossen, jedoch in hohem Maße vermindert, so finden hinsichtlich der Befragung die Vorschriften über den Versuch (§ 76) Anwendung. Zustände selbst verschuldeter Trunkenheit sind hiervon ausgenommen.

Freiheitsstrafen sind an den nach Absatz 2 Verurteilten unter Berücksichtigung ihres Geisteszustandes und soweit dieser es erfordert, in besonderen, für sie ausschließlich bestimmten Anstalten oder Abteilungen zu vollstrecken.

§ 64.

War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit und hat der Täter in diesem Zustande eine Handlung, die auch bei fahrlässiger Begehung strafbar ist, so tritt die für die fahrlässige Begehung angedrohte Strafe ein.

§ 65.

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 Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung gesetzten außerdem die Vorschriften des § 43 über die Unterbringung in eine Trinkerheilstanstalt entsprechende Anwendung.

Im Falle des § 63 Abs. 2 erfolgt die Verwahrung nach verbüßter Freiheitsstrafe.

Auf Grund der gerichtlichen Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie bestimmt auch über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig.

Die erforderlichen Ausführungsvorschriften werden vom Bundesrat erlassen.

2. Norwegisches Strafgesetzbuch vom 22. Mai 1902.

§ 39.

Wenn das Gericht annimmt, daß ein Angeklagter, der entweder freigesprochen oder gemäß § 45 oder 56 zu einer herabgesetzten Strafe verurteilt wird, wegen Unzurechnungsfähigkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit für die Rechtsicherheit gefährlich ist, so kann es beschließen, daß ihm nach näherer Bestimmung der Obrigkeit ein bestimmter Aufenthaltsort anzuweisen oder zu verbieten ist, oder daß er, soweit dazu nach den vom Könige oder einer von ihm ermächtigten Person erlassenen allgemeinen Vorschriften Anlaß vorliegt, in ein Irrenasyl, eine Heil- oder Pflegeanstalt oder in ein Arbeitshaus zu verbringen ist. Die getroffene Maßregel ist von dem zuständigen Ministerium (Regierungsdepartement) wieder aufzuheben, wenn sie nach eingeholtem ärztlichen Gutachten nicht länger notwendig erscheint.

3. Vorentwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuche vom Jahre 1909.

§ 16.

(17, Absatz 1.)

Verwahrung eines gefährlichen Unzurechnungsfähigen oder vermindert Zurechnungsfähigen.

Gefährdet ein Unzurechnungsfähiger oder vermindert Zurechnungsfähiger die öffentliche Sicherheit oder das gemeine Wohl und ist es notwendig, ihn in einer Heil- oder Pflegeanstalt zu verwahren, so ordnet das Gericht die Verwahrung an und stellt den Strafvollzug gegen den Verurteilten ein.

Die kantonale Verwaltungsbehörde vollzieht den Beschluß des Gerichts.

Das Gericht hebt die Verwahrung auf, sobald der Grund der Verwahrung weggefallen ist.

Das Gericht zieht Sachverständige bei.

4. Vorentwurf zu einem österreichischen Strafgesetzbuche vom Jahre 1909:

§ 36.

Ein Geisteskranker oder Trunksüchtiger, der eine strenger als mit sechs Monaten Freiheitsstrafe bedrohte Tat begangen hat und wegen Zurechnungsfähigkeit zur Zeit der Tat nicht verfolgt oder nicht verurteilt werden kann, wird an eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abgegeben, wenn er wegen seines kranken Geisteszustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als besonders gefährlich für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens (gemeingefährlich) anzusehen ist.

Der Kranke bleibt in der Anstalt, solange seine Gemeingefährlichkeit dauert. Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen.

§ 37.

Der zur Freiheitsstrafe verurteilte Täter eines Verbrechens oder eines mit einer sechs Monate übersteigenden Freiheitsstrafe bedrohten Vergehens, dessen Fähigkeit, das Unrecht seiner Tat einzusehen oder seinen Willen dieser Einsicht gemäß zu bestimmen, zur Zeit der Tat infolge eines andauernden krankhaften Zustandes wesentlich vermindert war, kann nach dem Vollzuge der Strafe weiterhin verwahrt werden, wenn er wegen seines Zustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als gemeingefährlich anzusehen ist.

Das Gericht spricht die Zulässigkeit der Verwahrung im Urteil aus und ordnet sodann auf Grund der Ergebnisse des Strafvollzuges an, daß der Sträfling einer besonderen staatlichen Anstalt oder in einer besonderen Abteilung der im § 36 bezeichneten Anstalt zu verwahren sei, wenn seine Gemeingefährlichkeit nicht behoben ist.

Die Entlassung kann endgültig oder auf Widerruf erfolgen.

II. Abschnitt.

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit.

Cramer hat im Jahre 1905 in einem Vortrage: „Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus“ (Juristisch psychiatrische Grenzfragen III. Bd. H. 4) betont, „daß die ganze Frage der Gemeingefährlichkeit keine rein ärztliche, sondern eine verwaltungstechnische ist.“ „Gemeingefährlichkeit“, so erklärte er, „ist kein juristischer Begriff. Sie steht zur Medizin nur in entfernter Beziehung. Gemeingefährlichkeit ist ein Begriff, der rein auf dem Verwaltungs-Verkehrs-Wege entstanden ist.“ Weiter hob er hervor, daß er eine exakte, kurze Abgrenzung dieses Begriffes für unmöglich halte. „Das könnte nur der, der imstande ist, Kautschuk in hartem Stahl zu verwandeln.“ Ähnlich lautet die erste These, die die XV. Versammlung des Nordostdeutschen Vereins für Psychiatrie und Neurologie in Danzig 1908 nach einem Vortrage Puppes über Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bzw. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten annahm:

„Gemeingefährlichkeit kann nur unter Berücksichtigung aller Einzelheiten des Falles als vorliegend anerkannt werden. Eine für alle Fälle passende Definition zu liefern ist unmöglich.“

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit im strafrechtlichen und polizeirechtlichen Sinne ist nirgends in der Gesetzgebung festgelegt und genau umschrieben. In Preußen ist das Recht der Polizei zum Eingreifen bei Handlungen gemeingefährlicher Personen durch folgende Bestimmungen, die auch jetzt noch Rechtskraft besitzen, gegeben:

1. Das Allgemeine Landrecht vom Jahre 1794 sagt in Teil II, Titel 17, § 30: „Die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publiko oder einzelnen Mitgliedern desselben drohenden Gefahr zu treffen, ist das Amt der Polizei.“
2. Das Gesetz zum Schutze der persönlichen Freiheit vom 12. Februar 1850 (G. S. S. 45) erklärt die Polizeibehörden für berechtigt, Personen in polizeiliche Obhut zu nehmen, wenn entweder der eigene Schutz dieser

Personen oder die Aufrechterhaltung der öffentlichen Sittlichkeit, Sicherheit und Ruhe diese Maßnahmen dringend erfordert. •

3. In dem Gesetz über die Polizeiverwaltung vom 11. März 1850 heißt es im § 6: „Zu den Gegenständen der ortspolizeilichen Vorschriften gehören:
- a) der Schutz der Person und des Eigentums.
 - f) Sorge für Leben und Gesundheit und alles andere, was im besonderen Interesse der Genesenden und ihrer Angehörigen polizeilich geordnet werden muß.“

In Bayern wird durch Art 80, 2 des Polizeistrafgesetzbuches vom 23. Dezember 1871 angeordnet: „Hat eine solche Person (Geisteskranker) einen Angriff gegen fremdes Eigentum versucht oder die öffentliche Sicherheit verletzt, und ist wegen Unzurechnungsfähigkeit ein Strafverfahren gar nicht eingeleitet worden oder ein den Strafvollzug einstellendes Erkenntnis erfolgt oder ist die Gemeingefährlichkeit einer solchen Person in sonstiger Weise festgestellt, so ist die Polizeibehörde berechtigt, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens Unterbringung in einer Irrenanstalt oder sonstige genügende Verwahrung anzuordnen.“

Das hessische Regulativ bezeichnet als gemeingefährlich, „was geeignet ist, einen Menschen an Leben, Gesundheit, Eigentum, Ehre und Ansehen zu schädigen“.

In dem 27. Abschnitt des geltenden deutschen Strafgesetzbuches und in dem 17. Abschnitt des Vorentwurfs zu einem neuen deutschen Strafgesetzbuch sind einige Delikte, die Brandstiftung, die Herbeiführung einer Überschwemmung, die Eisenbahn- und Postgefährdung, die Gefährdung der Schifffahrt, die Vergiftung von Brunnen und Verbrauchsmitteln, die Verletzung von Seuchenvorschriften, der Verzug bei behördlichen Lieferungsverträgen und die Verletzung der Baukunstregeln als „gemeingefährliche Verbrechen und Vergehen“ zusammengefaßt. Nach der Begründung des Vorentwurfs liegt der innere Grund dieser schon aus dem preußischen Strafgesetzbuch übernommenen Zusammenfassung darin, „daß diesen Handlungen allen eine besondere Gefährlichkeit innewohnt, welche namentlich darin hervortritt, daß sie häufig einen größeren Kreis von Rechtsgütern, und nicht nur die eines einzelnen gefährden können.“ Die bezeichneten Delikte umfassen aber durchaus nicht alle gemeingefährlichen Handlungen. Dies betont auch Oppenhoff in seinem Kommentar zum Strafgesetzbuch, indem er erklärt: „Abschnitt 27 des StrGB. will die gemeingefährlichen Handlungen nicht erschöpfen. Demgemäß ist der Landesgesetzgebung der Ausbau dieses Gebietes nicht verwehrt.“

Der Ausdruck „Gemeingefährlichkeit“ findet sich weiter in zwei Reichsgesetzen, dem Gesetz gegen den verbrecherischen und „gemeingefährlichen“ Gebrauch von Sprengstoffen vom 9. Juni 1884 und in dem Gesetz betreffend die Bekämpfung „gemeingefährlicher“ Krankheiten vom 30. Juni 1900. Das preußische Polizeikostengesetz vom 3. Juni 1908 handelt im § 2 von dem Transport „gemeingefährlicher“ Irrer. Horstmann hebt aber mit Recht hervor, daß in der deutschen Gesetzgebung der Begriff der Gemeingefährlichkeit nirgends genauer umgrenzt und festgelegt ist.

Der österreichische Vorentwurf bezeichnet als Gemeingefährlichkeit im strafrechtlichen Sinne „besondere Gefährlichkeit für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens“.

Im Art. 26 des französischen Entwurfs Dubief werden als besonderen Schutzes bedürftig genannt: „la sécurité, la décence et la tranquillité publique.“

Zahlreich sind die Versuche, die von juristischer und psychiatrischer Seite unternommen wurden, eine klare Begriffsbestimmung der Gemeingefährlichkeit zu geben. Sehr eingehende Untersuchungen über den Begriff der Gefährlichkeit und Gemeingefährlichkeit hat Karl von Birkmeyer in seiner Abhandlung: „Schuld und Gefährlichkeit in ihrer Bedeutung für die Strafbemessung (Kritische Beiträge zur Strafrechtsform herausgegeben von v. Birkmeyer und Nagler, Heft 16, Leipzig 1914) an der Hand einer Kritik des österreichischen Strafgesetzentwurfs von 1912 angestellt (S. 51 bis 91). v. Birkmeyer definiert den Begriff der Gefährlichkeit überhaupt als die „Eigenschaft des Täters eines Verbrechens, wonach von ihm weitere Verbrechen zu befürchten sind“ und weist auf die Erklärung Storchs hin, der schreibt: „Darnach bedeutet die Gefährlichkeit des Täters einfach diejenige Eigenschaft desselben, welche die Annahme begründet, er werden künftighin neue strafbare Handlungen begehen.“ Nach v. Birkmeyer ist nun jede solche Gefährlichkeit aber in Wahrheit eine Gemeingefährlichkeit. „Denn die Gefahr, die von dem Gefährlichen für die Zukunft droht, ist eine Gefahr für die Gesellschaft und ihre Rechtsordnung, also eine Gemeingefahr, es handelt sich bei „gefährlichen“ wie bei „gemeingefährlichen“ Verbrechern um die nämliche „soziale Gefahr“, um gleich antisoziale Personen.“ In überzeugender Weise weist v. Birkmeyer die Richtigkeit dieser Behauptung nach. Gefährlichkeit und Gemeingefährlichkeit fallen im strafrechtlichen und polizeilichen Sinne zusammen, sind identisch. Jeder gefährliche Verbrecher, jeder gefährliche Geisteskranke ist gleichzeitig gemeingefährlich. Eine Trennung dieser Begriffe ist unmöglich. Auch der Geisteskranke, der durch Neigung zum Selbstmord sein eigenes Leben gefährdet, ist gemeingefährlich. „Wer Hand an sich selbst legt, verstößt nicht bloß gegen religiöse und sittliche Gesetze, deren Beobachtung grundsätzlich die Polizei nichts angeht, sondern er sucht sich auch seinen Pflichten gegen die Mitmenschen, Familie, Staat, Gemeinde zu entziehen.“ (Deutsche Juristen-Zeitung 1904. S. 80.) In scharfsinniger Weise nimmt v. Birkmeyer gegen das Bestreben im § 36 des österreichischen Entwurfs Stellung, die Gemeingefährlichkeit als „besondere Gefährlichkeit“ einen höheren Grad der gewöhnlichen Gefährlichkeit zu definieren. Eine solche Unterscheidung ist undurchführbar.

Aschaffenburg gibt folgende Begriffsbestimmung: „Alle für die Gemeingefährlichkeit der Rechtsbürger gefährlichen Handlungen stempeln den Täter als einen gemeingefährlichen Menschen, seine Bedenklichkeit ist abhängig von der besonderen Richtung seiner verbrecherischen Tätigkeit“ und als gemeingefährlichen Geisteskranken bezeichnet er einen Menschen, „der infolge oder während einer geistigen Störung die allgemeine Rechtssicherheit erheblich gefährdet hat oder sie zu gefährden droht“:

Moeli definiert den Begriff der Gemeingefährlichkeit als einen Zustand, „in dem der Betreffende für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sicherheit störend wird“.

Nach Puppe müssen diejenigen Geisteskranken als gemeingefährlich angesehen werden, „welche in erheblicher Weise antisozial handeln oder von denen man sich dessen versehen kann“.

Leppmann äußert sich im Jahrbuche der Heil-, Pflege- und Kuranstalten 1911 folgendermaßen über den Begriff der Gemeingefährlichkeit (S. 133):

Eine erschöpfende Aufzählung der Äußerungen geistiger Störungen, welche den Begriff der Gemeingefährlichkeit bedingen, läßt sich nicht geben. Als gemeingefährlich zu betrachten ist zunächst derjenige Kranke, welcher die Ruhe, Sicherheit und Ordnung der staatlichen Gemeinschaft, in welcher er lebt, und der einzelnen Glieder dieser Gemeinschaft gefährdet, sodann aber auch derjenige, welcher in unzurechnungsfähigem Zustande seiner eigenen Person Gefahr bringt, denn der Staat hat die Pflicht, für die persönliche Sicherheit seiner Bürger zu sorgen, wenn dieselben aus irgendeinem Grunde dazu selbst unfähig sind. In letzterem Punkte deckt sich das öffentliche mit dem oben ausgeführten privaten Interesse. -

Recht lehrreich betreffs der einzelnen Möglichkeiten gemeingefährlicher Handlungen war der betreffende Teil des früheren Reglements der Provinz Schlesien vom 2. Dezember 1876, welcher lautete: Der Nachweis der Gemeingefährlichkeit muß durch spezielle Tatsachen geführt und zu diesem Behufe dargetan werden entweder:

A. daß der Kranke tobsüchtige Anfälle hat, in denen er bei der ihm gelassenen Freiheit der persönlichen Sicherheit seiner Umgebung gefährlich werden kann, oder

B. daß der Kranke so unreinlich ist, daß dessen Pflege lästig und störend für die Umgebung wird, oder

C. daß der Kranke sich selbst nach dem Leben trachtet, und dessen fortwährende Beaufsichtigung zur Abwendung eines Selbstmordes notwendig wird, oder endlich

D. daß der Kranke die öffentliche Ordnung, Ruhe und Sicherheit in einem solchen Grade stört, daß derselbe aus dringenden polizeilichen Rücksichten in einem besonderen Gewahrsam und unter fortwährender Aufsicht gehalten werden muß.

Es wäre dem noch hinzuzufügen, daß der Sachverständige das Recht und die Pflicht hat, Gemeingefährlichkeit zu bescheinigen, wenn nach Erfahrungen in analogen Fällen Störung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit dringend zu erwarten ist, und daß eine Störung der öffentlichen Ordnung schon dann vorliegt, wenn, wie es in einem älteren preußischen Gesetze heißt, die Ruhe, Ordnung und Sicherheit „einer einzelnen Person aus dem Publikum gefährdet wird“.

In ähnlicher Weise äußerte Leppmann sich in seinem Vortrage „Der Schutz gegen Geisteskranke“ in der IX. Hauptversammlung des deutschen Medizinalbeamten-Vereins zu Breslau 1913.

Hübner (Lehrbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Bonn 1914) spricht sich über den Begriff der Gemeingefährlichkeit also aus (S. 228): „Der Ausdruck gemeingefährlich ist weder ein medizinischer, noch ein juristischer. Eine Definition des Wortes ist von vielen Autoren versucht worden, die Anschauungen darüber, was als „gemeingefährlich“ anzusehen ist, gehen aber sehr weit auseinander.“

„Gemeint sind damit in erster Linie wohl Personen, die bereits gezeigt haben, daß sie infolge ihrer Krankheit zur Verübung von schweren Verbrechen neigen, andererseits keine Gewähr bieten, daß diese verbrecherischen Neigungen in Zukunft nicht wieder hervortreten. Die ungünstige Prognose für die Zukunft

ist wohl das wesentlichste an dem Begriff. Wie schon oben ausgeführt wurde, ist das Wort auf die verschiedensten Verbrecherkategorien und geistesranke Kriminelle angewandt worden. Der kleine rückfällige Dieb ist ebenso oft als gemeingefährlich bezeichnet worden, wie der epileptische Mädchenstecher.“

Reichardt gibt in seinem Lehrbuche der allgemeinen und speziellen Psychiatrie (2. Aufl., Jena 1918) folgende Erklärung der Gemeingefährlichkeit S. 97:

„Gemeingefährlichkeit infolge von Geisteskrankheit besteht dann, wenn auf Grund eingehender ärztlicher Erwägungen und psychiatrischer Erfahrungstatsachen ernsthaft zu befürchten ist, daß Leben, Gesundheit, Eigentum oder Ehre und guter Ruf anderer Personen durch einen Geisteskranken geschädigt werden.“

An anderer Stelle seines Lehrbuches (S. 226) sagt derselbe Psychiater: „Gemeingefährlichkeit ist kein medizinischer, sondern noch dazu recht dehnbarer Verwaltungsbegriff. Er beschränkt sich auch nicht nur auf die Psychiatrie und ihre Kranken. Nicht nur Geistesranke im engeren Sinne können gemeingefährlich sein, sondern zahlreiche Geistesabnorme sind — oft noch in viel höherem Maße — als Geistesranke gemeingefährlich. Gerade in sozialer Beziehung müssen wir zwischen Geisteskranken und Geistesabnormen, bei denen die angeborenen geistigen Defekte vor allem auf ethischem Gebiete liegen, möglichst trennen. Während die eigentlichen Geisteskranken, wenn sie gemeingefährlich sind, selbstverständlich in den psychiatrischen Krankenhäusern unterzubringen sind, gehören die geistesabnormen ebensowenig wie die geistesgesunden Verbrecher in Krankenhäuser.“

Horstmann erklärt solche Handlungen als gemeingefährlich, „welche das Leben, die Gesundheit, das Eigentum und das Ansehen einer unbestimmten Anzahl von Personen gefährden“.

Eine erschöpfende Definition will Blumm (Gemeingefährlichkeit, Zeitschr. f. Med. Beamte, 31. Jahrg. Nr. 9, 1918, S. 200) in folgender These geben:

„Gemeingefährlich ist derjenige, von dem man auf Grund seiner Abstammung, seiner Lebensführung, auf Grund von Begleitumständen und Motiven seiner kriminellen Handlungen für die menschliche Gesellschaft wie für das Eigentum, das Leben, die Gesundheit, die Sittlichkeit, das Wohl und die Ehre einzelner oder einer unbeschränkten Anzahl von Personen eine wiederholte oder ständige Gefährdung nicht geringfügiger Art befürchten muß. Die Entscheidung über Gemeingefährlichkeit ist also in der Hauptsache eine Frage der Psychologie.“

Der Begriff der Gemeingefährlichkeit ist überhaupt nicht exakt zu definieren, er ist überhaupt dehnbar und schwankt nach der subjektiven Auffassung.

Das hat Schwabe in seinem in der XXII. Hauptversammlung des Preussischen Medizinalbeamten-Vereins in Hannover 1905 gehaltenen Vortrage: „Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geistesranke, Epileptiker und Idioten“ klar ausgesprochen: „Er (der Begriff der Gemeingefährlichkeit) mußte wohl oder übel von den Irrenärzten übernommen werden, und seine Auslegung schwankt nach der Anschauung des einzelnen in weiten Grenzen. Es empfiehlt sich daher, ihn fallen zu lassen und durch „gefährlich“ mit näherer Begründung, weshalb und wie lange etwa gefährlich, zu ersetzen.“

Demgemäß stellt Schwabe weiter hinsichtlich der Aufnahme gefährlicher Geisteskranker in Irrenanstalten folgende Forderungen: „Ein Geisteskranker

muß als gefährlich einer Anstalt zugeführt werden, d. h. es liegt eine „absolute“ Indikation vor:

A. In bezug auf andere Personen:

1. wenn er Gesundheit und Leben seiner engeren und weiteren Umgebung, die Sittlichkeit der Familie und der Öffentlichkeit gefährdet oder
2. die öffentliche Ruhe, Ordnung und Sicherheit in dem Maße oder doch so häufig erheblich stört, daß er andauernd oder mit geringen Unterbrechungen in Polizeigewahrsam gehalten werden muß;
3. wenn der Geisteskranke auf Grund verbrecherischer Neigungen nachweislich Leben, Gesundheit und materielles Gut seiner Mitmenschen schädigt, die Sittlichkeit gefährdet. Vereinzelte geringfügige Delikte genügen nicht für die Begutachtung der Gefährlichkeit.

B. In bezug auf seine eigene Person:

Wenn der Geisteskranke Selbstschädigungen vornimmt oder offenbar dazu neigt.“

Diesen Darlegungen trete ich durchaus bei.. Der Begriff der Gemeingefährlichkeit kann nicht beibehalten werden, weil er zu unbestimmt und dehnbar ist. An seine Stelle sollte die Bezeichnung: „Gefährlichkeit mit Rücksicht auf andere oder sich selbst“ gesetzt werden. Diese Gefährlichkeit braucht keinesfalls eine dauernde zu sein. Es ist nicht zu leugnen, daß die Häufigkeit der Gefährlichkeit Geisteskranker in Laienkreisen vielfach überschätzt und die Vorstellung damit verbunden wird, die Gefährlichkeit sei eine dauernde Eigenschaft Geisteskranker. Das ist ein grundsätzlicher Irrtum. Nur ein geringer Prozentsatz der Geisteskranken muß als gefährlich bezeichnet werden, und die Gefährlichkeit ist bei diesen meist auch keine dauernde, sondern eine vorübergehende. Es ist auch grundsätzlich falsch, daß die Gefährlichkeit eines Geisteskranken der wichtigste Grund seiner Internierung in einer Irrenanstalt sei. Diese durchaus irrige Vorstellung ist in erster Linie schuld, daß den Irrenanstalten zum Schaden ihrer Kranken vom Publikum ein so großes Mißtrauen entgegengebracht wird. Nicht die Gefährlichkeit, sondern die Anstaltspflegebedürftigkeit stellt den Grund der Unterbringung des Geisteskranken in einer Irrenanstalt dar, nicht die Sicherung vor Angriffen auf Rechtsgüter ist der Zweck der Irrenanstalten, sondern vor allem die Behandlung und Pflege der Kranken, und dieser Gesichtspunkt muß für die Aufnahme und Entlassung in diesen Krankenanstalten in erster Linie maßgebend sein. Die Gefährlichkeit eines Geisteskranken schwindet vielfach nach kürzerer oder längerer Zeit mit der Besserung oder Heilung des Kranken. Ebenso wenig wie ein körperlich Kranker mit Rücksicht auf die Möglichkeit etwaiger Rezidive in einer Krankenanstalt belassen werden kann, ebenso wenig erscheint dies bei psychisch Kranken zulässig. Ein Melancholiker, der wirklich geheilt ist, ist als ungefährlich anzusehen und muß aus der Irrenanstalt entlassen werden. Ihn mit Rücksicht auf die Möglichkeit eines Rückfalles seiner Krankheit in der Irrenanstalt festzuhalten, ist nicht zulässig. Ebenso verhält es sich bei zahlreichen Alkoholikern, Epileptikern, Degenerierten, Schwachsinnigen und mit Jugendirrsinn behafteten Kranken. Mit der Besserung des Befindens, nicht selten auch mit Entwicklung eines Verblödungszustandes schwindet die Gefährlichkeit. Zahlreiche an periodischen Seelenstörungen leidende Kranke in den Irrenanstalten sind zeitweise, wenn sie unter dem Eindrucke von Angstaffekten, Sinnestäuschungen und Wahnideen stehen, in hohem Grade gefähr-

lich, in den Zwischenzeiten, die manchmal Monate und Jahre dauern, aber harmlose ruhige, arbeitsame Menschen. Es soll nicht in Abrede gestellt werden, daß eine Anzahl Geisteskranker dauernd mehr oder minder gefährlich ist, bei der Mehrheit der gefährlichen Geisteskranken ist diese Eigenschaft jedoch eine vorübergehende.

Jeder Einteilung der gefährlichen Geisteskranken in Unterarten haftet etwas Gekünsteltes an. Aschaffenburg unterscheidet harmlose, minder gefährliche und in erheblichem Grade gefährliche Geisteskranken. Sehr verbreitet ist die Einteilung der gefährlichen Geisteskranken nach ihrem Verhalten gegenüber dem Strafgesetz, in Hinsicht auf eine verbrecherische Handlung. Legt man diesen Maßstab an, so kann man drei große Gruppen unterscheiden:

1. Solche Geisteskranken, die als gefährlich bezeichnet werden müssen, die aber keine strafbaren Handlungen begangen haben oder bei denen es nicht zur Anzeige und zur Einleitung eines Strafverfahrens gekommen ist. Man kann sie „nichtkriminelle gefährliche Geisteskranken“ nennen.
2. Geisteskranken, die zur Zeit der Tat geisteskrank waren, und bei denen entweder wegen Unzurechnungsfähigkeit ein Strafverfahren nicht eingeleitet wurde oder die aus diesem Grunde freigesprochen worden sind, die „verbrecherischen Geisteskranken“.
3. Diejenigen Geisteskranken, die nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen sind. Dahin gehören diejenigen Verbrecher, bei denen zur Zeit der Tat keine Geisteskrankheit bestanden hat, die aber vor der Hauptverhandlung, nach derselben, aber vor dem Strafantritt oder während der Strafverbüßung geisteskrank geworden sind. Diese Kategorie von Geisteskranken wird unter der Bezeichnung: „geisteskranken Verbrecher“ zusammengefaßt.

Bei genauerem Zusehen wird man indes erkennen, daß eine derartige strenge Unterscheidung der gefährlichen Geisteskranken in Wirklichkeit gar nicht durchführbar ist. Es hängt vielfach von äußeren Zufälligkeiten ab, ob ein gefährlicher Geisteskranker der einen oder anderen der drei Kategorien zugewiesen wird. Insbesondere läßt sich eine scharfe Trennung der verbrecherischen Geisteskranken von den geisteskranken Verbrechern nicht aufrecht erhalten. Daß auch jetzt noch zahlreiche Geisteskranken als solche vor Gericht nicht erkannt und verurteilt werden, ist eine Tatsache, die jedem Psychiater zur Genüge bekannt ist. Forscht man nach den Gründen dieser nicht wegzuleugnenden Tatsache, so findet man den innersten Grund in der Verschiedenartigkeit des psychiatrischen und des juristischen Denkens. Der logisch und formalistisch streng geschulte Jurist stößt sich an dem so vagen undefinierbaren Begriff der Geisteskrankheit. Schuld und Sühne, Rechtsverletzung und deren möglichst gerechte Bestrafung, das sind im Grunde genommen die Angelpunkte, um die das Denken des Strafrichters sich bewegt. Daher kommt auch die schwierige Lage des Richters bei der strafrechtlichen Behandlung der Geisteskranken. Man wird einwenden, daß von einer strafrechtlichen Behandlung der Geisteskranken überhaupt nicht die Rede sein könne, der Geisteskranke gehe den Strafrichter überhaupt nichts an. Nun, so einfach ist die Sache denn doch nicht. Der Begriff der Geisteskrankheit läßt sich nicht absolut scharf umgrenzen und festlegen. Wie zwischen Gesundheit und Krankheit überhaupt, so bestehen insbesondere zwischen geistiger Gesundheit und ausgesprochener Geisteskrankheit fließende

Übergänge, Zwischenformen. Was der eine bereits als Geisteskrankheit bezeichnet, rechnet der andere noch zur geistigen Minderwertigkeit. Das Gesetz erklärt auch den Geisteskranken nicht schlechthin für straffrei, sondern nur dessen strafbare Handlung als nicht vorhanden, „der sich zur Zeit der Tat in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befunden hat, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war“. (§ 51 StGB.) Dieser unglückselige Begriff der freien Willensbestimmung hat eine unglaubliche Verwirrung angerichtet. Weder der Psychiater noch der Strafrichter vermag mit ihm etwas anzufangen. Langreuter schrieb schon im Jahre 1887: „Wie die Annahme einer vollkommenen Willensfreiheit lediglich eine theologische Schwärmerei ist, so muß es auch als psychiatrischer Hochmut angesehen werden, absolute Grenzen zwischen Geistesgesundheit und Geisteskrankheit festsetzen zu wollen — und mit dem Zugeständnis beider Sätze verwischen sich auch die äußersten Grenzen zwischen Zurechnungsfähigkeit und Unzurechnungsfähigkeit im strafrechtlichen Sinne.“

Der Richter fordert scharfe Unterscheidungen und Abgrenzungen, der Psychiater kann sie auf Grund seiner naturwissenschaftlichen Erkenntnis nicht geben. Das ist letzten Endes der Grund zahlreicher Meinungsverschiedenheiten, Irrtümer und Mißverständnisse. Zwei verschiedene Grundanschauungen stehen gegenüber, die juristische und die naturwissenschaftliche. So ist es zu erklären, daß der psychiatrische Sachverständige nicht selten sein Gutachten gegen die seltsamsten Einwürfe verteidigen muß. Auch heute trifft gar oft zu, was Sander im Jahre 1886 in dem grundlegenden Werke von Sander und Richter: „Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrecher“, S. 175, schrieb: „Nicht abgeben kann er (der Sachverständige) sein Gutachten, sondern muß es meist verteidigen, verteidigen gegen Angriffe, die von einer ganz falschen Anschauung über die Materie, von Vorurteilen, von einer der naturwissenschaftlichen Basis entbehrenden und in psychologischen Spekulationen wurzelnden Theorie ausgehen, denen aber die ganze Wucht selbstbewußter Eloquenz und der forensischen, unkritische Geister überwältigenden Phraseologie zu Gebote steht. Jene sehen in dem Arzt nicht einen Mann, der ihnen seine Kenntnisse zu Gebote stellt, wo die ihrigen nicht ausreichen, der sich bemüht, mit ihnen zusammen die Wahrheit zu finden, sondern sie sehen einen Gegner in ihm. Während der Arzt die Gesamtheit der Erscheinungen zu einem wissenschaftlich begründeten Krankheitsbilde zusammenfaßt und mit dem ähnlichen Bilde in anderen Fällen vergleicht, greift der Staatsanwalt usw. irgendeinen der erwähnten Umstände heraus und stellt Fragen an den Sachverständigen, die man unter Umständen als naiv bezeichnen könnte, die aber eigentümliches Licht auf die Ausbildung unserer Juristen werfen, Fragen, auf die der Sachverständige manchmal ganz anders antworten müßte, wenn er nicht Anstand genug besäße, zu überlegen, daß hinter dem Juristen die staatliche Autorität steht, in deren Namen die Rechtspflege ausgeübt wird, und die nicht erschüttert werden darf.“

Noch ein anderer Gesichtspunkt, der sich dem Richter und den Geschworenen aufdrängt, ist nicht selten maßgebend für deren von dem Gutachten des Sachverständigen abweichendes Urteil. Es ist die Frage: Was geschieht mit dem geisteskranken Täter, wenn er wegen Unzurechnungsfähigkeit freigesprochen ist? Ich habe wiederholt aus dem Munde von Richtern und Geschworenen gehört.

daß sie sich dem Urteil des Sachverständigen, der Angeklagte sei infolge Geisteskrankheit unzurechnungsfähig, leichter angeschlossen hätten, wenn ihnen die Gewähr geboten worden wäre, daß der Angeklagte durch Internierung in einer Irrenanstalt vor der Begehung neuer Verbrechen behütet würde. Das ist in der Tat ein wunder Punkt in unserem Rechtsleben. Der Richter hat nur die Wahl zwischen völliger Freisprechung oder Verurteilung nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches. Spricht er den Angeklagten wegen Unzurechnungsfähigkeit frei, so weiß er über das weitere Schicksal desselben nichts. Ob und in welchem Umfange Maßnahmen zur Verhütung weiterer Straftaten ergriffen werden, darüber ist ihm nichts bekannt, und nicht selten erlebt er es, daß Angeklagte, die er wegen Geisteskrankheit freigesprochen hat, wegen neuer Verbrechen unter Anklage kommen. Daher ist es zu verstehen, daß mit Rücksicht auf die allgemeine Rechtssicherheit, die zu schützen er berufen ist, er mehr zu einer Verurteilung neigt; dann hat er bei der Internierung des Verurteilten in einem Gefängnisse oder Zuchthause die Garantie, daß nach Möglichkeit für kürzere oder längere Zeit neue Verbrechen verhindert werden.

Über einen derartigen Fall hat Leppmann in seinem Vortage: „Der Schutz gegen Geistesranke“ im Jahre 1913 in der Versammlung des Vereins Deutscher Medizinal-Beamten in Breslau berichtet:

„Ich war vor kurzer Zeit Sachverständiger in einem Prozeß, wo ein notorisch Verrückter einen Menschen in einem Möbelspeicher erschossen hat. Wir Sachverständigen waren alle der Meinung, es sei ein Kranker; ehe sich nun die Geschworenen zurückzogen, stand einer von ihnen auf und sagte zu dem Vorsitzenden: „Was wird aus dem Manne, wenn er freigesprochen wird?“ Hätte der Vorsitzende gesagt, „er wird sicher untergebracht“, so hätten sie ihn wohl freigesprochen; der Vorsitzende aber sagte aus übergroßer Objektivität: „Er wird den Behörden zum weiteren Befinden übergeben.“ Da kamen die Herren mit einem Schuldigspruch heraus. Der Gerichtshof hat zwar das Urteil wieder aufgehoben, so daß der Fall nochmals zur Verhandlung kommt; er zeigt aber so recht, welcher Schaden entsteht, wenn nicht derjenige, der kriminell geworden, und gegen den überhaupt ein Verfahren eröffnet worden ist, vom Gericht durch ein Urteil ausdrücklich zur Irrenanstaltsaufnahme bestimmt wird, daß also die Erstunterbringung durch den Strafrichter geschehen muß.“

Schließlich ist ein Grund für die gar nicht so seltene Verurteilung Geisteskranker in dem unbewußten Bestreben des Richters zu erblicken, ja keine Schuld ungesühnt zu lassen. Der Grundgedanke, der unser ganzes Strafgesetzbuch durchzieht, ist der der gerechten Vergeltung. Demgegenüber treten die anderen Strafrechtstheorien in den Hintergrund. Langreuter hat schon vor 30 Jahren die Strafgesetzbücher als „Preiskurante der Verbrechen“ bezeichnet. So fällt es dem Richter nach seiner ganzen Vorbildung und täglichen Praxis überaus schwer, sich von der normalpsychologischen Denkweise loszumachen und von der Unzurechnungsfähigkeit eines Geisteskranken zu überzeugen. Das Prinzip, daß die Tat eines Geisteskranken nicht gesühnt werden kann, steht im Gegensatz zu der sonstigen Tätigkeit des Strafrichters.

Das sind nach meinen Erfahrungen die Gründe, weshalb so viele Geistesranke vor Gericht verkannt und zu Unrecht verurteilt werden. Daher befindet sich auch unter der Zahl der „geisteskranken Verbrecher“ mindestens ein Drittel von Kranken, die eigentlich der Gruppe der „verbrecherischen Geisteskranken“

zuzuzählen sind. Theoretisch läßt sich wohl eine Unterscheidung der „verbrecherischen Geisteskranken“ und „der geisteskranken Verbrecher“ annehmen. Praktisch ist diese Trennung aber undurchführbar. Und ebenso ist die Gruppe der gefährlichen Geisteskranken, die wohl strafbare Handlungen begangen haben, bei denen es aber nicht zur Anklage und Verhandlung gekommen ist, wohl äußerlich von den „verbrecherischen Geisteskranken“ abzugrenzen, aber ein innerer Unterschied besteht nicht. Das rein äußere Moment, daß diese Delikte nicht zu einer strafrechtlichen Verhandlung geführt haben, ist doch für die Frage der Gefährlichkeit völlig belanglos.

Mit einigen Worten möchte ich an dieser Stelle noch auf die Simulationsfrage eingehen, der von juristischer Seite eine Bedeutung beigemessen wird, die ihr gar nicht zukommt:

Die reine Simulation einer Geistesstörung ist ein überaus seltenes Vorkommnis. Simulationsversuche Schwachsinniger und psychopathischer Individuen kommen häufiger vor, aber sie gehören zum Krankheitsbilde und sind auf krankhaftem Boden erwachsen und mit der Geisteskrankheit so innig verknüpft, daß es vermessen wäre, zu sagen, hier hört die Krankheit auf und dort fängt die Simulation an. Gar mancher Staatsanwalt glaubt eine hervorragende Leistung vollbracht zu haben, wenn es ihm gelingt, den Angeklagten der Simulation der Geisteskrankheit zu überführen, und dieser gar selbst erklärt, er habe simuliert. Aber der Staatsanwalt soll sich den „Simulanten“ einmal nach ein paar Jahren wieder ansehen, da findet er gar nicht selten den „Simulanten“ als verblödeten Geisteskranken wieder. Aber das forensische Drama ist erledigt. Richter, Staatsanwalt und Geschworene haben den Gerichtssaal in der Überzeugung verlassen, einen Simulanten entlarvt und der wohlverdienten Strafe überliefert zu haben. Der Schlußakt der Tragödie geht nun im Gefängnis oder in der Irrenanstalt vor sich. Die Geisteskrankheit kommt immer klarer und offensichtlicher zum Durchbruch, so daß sie auch dem Gefängnisbeamten nicht mehr verborgen bleiben kann. So endet der „Simulant“ über kurz oder lang in der Irrenanstalt. Es ist erstaunlich, was nicht alles simuliert werden soll, Blödsinn und Epilepsie, Erregungszustände und Wahnvorstellungen, ja sogar Schlaganfälle. Vor einigen Jahren wurde mir ein Mann zur Beobachtung überwiesen, der vom Staatsanwalt und Gefängnisarzt als ein „ganz böser, abgefeimter Simulant“ bezeichnet worden war. Der Mann war im Gefängnis plötzlich an einer rechtsseitigen Lähmung erkrankt und deshalb in ein Krankenhaus gebracht worden. Dort bildete die Lähmung sich in wenigen Tagen zurück, und der Mann wurde in das Gefängnis zurückgebracht. Dieser Vorgang wiederholte sich noch dreimal. Im Gefängnis trat die Lähmung nach kurzer Zeit wieder auf, und der Mann wurde wieder dem Krankenhause überwiesen. Die Beobachtung in der Irrenabteilung ergab, daß es sich um einen verblödeten Paralytiker mit apoplektiformen Anfällen handelte. Der Mann ging an der Krankheit nach zwei Monaten zugrunde. Am Tage nach dessen Tode ging eine Mitteilung der Staatsanwaltschaft ein, daß er noch eine vor kurzem über ihn verhängte Zusatzstrafe von sechs Monaten wegen Diebstahls zu verbüßen habe. Das ist ein eklatantes Beispiel dafür, was für ein Unfug immer noch mit der Simulation der Geisteskrankheit getrieben wird. Deshalb kann nicht dringend genug vor der Simulationssehnüffelerei gewarnt werden. Manchem Geisteskranken wird dadurch schweres Unrecht angetan. Ich kann

diesen Abschnitt nicht besser schließen als mit den Worten Sanders, die heute noch ebenso Gültigkeit haben als vor 30 Jahren:

„Tua res agitur, Leser! Wenn du das Unglück hast, daß dein Gehirn erkrankt und dich zufällig eine strafbare Handlung begehen läßt, so hast du die Chance 3 gegen 1, daß zu dem Unglück der Erkrankung und dem dadurch bedingten körperlichen und materiellen Elend sich noch der Verlust der Ehre für dich und die Deinen gesellt.“

III. Abschnitt.

Die Zahl der gefährlichen Geisteskranken.

Für die Frage nach der zweckmäßigsten Art der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken ist und bleibt in erster Linie maßgebend die Zahl dieser Kranken, denn es leuchtet ohne weiteres ein, daß erst bei Häufung dieser Elemente Schwierigkeiten entstehen, die besondere Einrichtungen, sei es im Strafvollzuge, sei es in der Irrenpflege erfordern. Nun ist es aber überaus schwierig, zuverlässige Zahlen über die Häufigkeit der gefährlichen Geisteskranken zu erhalten. Zwei Gruppen, die wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen und die in der Straftat geistig erkrankten Gefangenen lassen sich zwar genau ermitteln; es würde sich aber ein völlig falsches Bild ergeben, da der größte Teil der diesen beiden Kategorien angehörigen Kranken nicht als gefährlich bezeichnet werden kann. Annähernd richtige Zahlen sind nur dadurch zu erhalten, daß man auf Grund psychiatrischer Erfahrung einen bestimmten Teil der verbrecherischen Geisteskranken und der geisteskranken Verbrecher als gefährlich für die allgemeine Rechtssicherheit annimmt. Noch schwieriger ist die Ermittlung der gefährlichen Geisteskranken in den Irrenanstalten und in der Familienpflege, die mit dem Strafgesetz nicht in Konflikt geraten sind oder bei denen es nicht zu einer strafrechtlichen Verfolgung gekommen ist.

Langreuter hat schon darauf hingewiesen, wie zahlreich Gesetzesverletzungen in den Irrenanstalten sind. „Wie unendlich würde die „Verbrecherkategorie“ anschwellen, wenn man auch die einbegriffe, die in den Irrenanstalten sich vergehen. Der Körperverletzungen, Entwendungen Real- und Verbalinjuriern sind ja in den Irrenanstalten unzählige!“

Ich will nun versuchen, an der Hand der mir vorliegenden Literatur eine Übersicht über die Zahl der gefährlichen Geisteskranken zu geben, wobei ich besonders auf die Angaben Aschaffenburgs in dem diesbezüglichen Abschnitt seines Werkes: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranken“ Bezug nehme.

Gutsch fand unter den in die Strafanstalt in Bruchsal während eines Zeitraumes von 12 Jahren aufgenommenen Sträflingen 3,15%, Geisteskranken. Nach Moritz waren unter dem Bestande der Gefangenen in Graudenz 3,5%, nach Sommer unter den Sträflingen in Allenberg 2,5—5% Geisteskranken. Delbrück kam 1875 auf Grund 30jähriger Erfahrung im Zuchthause und Gefängnis in Halle zu dem Ergebnis, daß von den Zuchthausgefangenen 5% geisteskrank seien. Langreuter berechnete im Jahre 1887 die Zahl der verbrecherischen Geisteskranken in Preußen auf ca. 900, die der geisteskranken Verbrecher auf ca. 1200 Personen. Die Zahl der unheilbaren gefährlichen Geisteskranken

schätzte er auf 1000, von denen 600 in Strafanstalten, 400 in Irrenanstalten sich befänden. Von diesen 1000 Kranken bezeichnet er 300, die besondere Maßnahmen erfordern, 100 in Irrenanstalten befindliche und 200 geisteskranke Verbrecher. Nach Baer befinden sich unter den Gefangenen wenigstens 2—3% Geisteskranke. In der Begründung der bereits mehrfach erwähnten Petition des Magistrats der Stadt Berlin wird mitgeteilt, daß sich am 1. Juli 1910 in den Berliner städtischen Irrenanstalten 506 gemeingefährliche Geisteskranke befanden, und diese Zahl der Durchschnitt der letzten Jahre sei. Nach einer Aufstellung des Polizeipräsidenten von Berlin für das Jahr 1910 wird in Berlin durchschnittlich täglich 1 gemeingefährlicher Geisteskranker im Interesse der öffentlichen Sicherheit den Irrenanstalten der Stadt Berlin von den Polizeivertretern zugeführt. Dazu kommen jährlich noch mindestens 50 geisteskranke Strafgefangene aus der Irrenabteilung des Strafgefängnisses Moabit.

Die Zahl der Vorbestraften ist unter den in Irrenanstalten untergebrachten Geisteskranken eine ganz erhebliche. In Dalldorf waren im Jahre 1908 —23,2%, in Herzberge 37,67%, in Buch 16,4%, in der Berliner städtischen Anstalt für Epileptische in Wuhlgarten 67% der Aufgenommenen vorbestraft. In Brieg waren unter den Aufgenommenen 21%, in Eberswalde 33,4%, in Neustadt 33%, in den rheinischen Irrenanstalten 23,5%, in Eichberg 49% vorbestraft. Nach den Angaben von Kundt waren in den bayrischen Irrenanstalten am 1. Januar 1910 979 kriminelle Männer und 197 Frauen untergebracht. In Egling waren 23,5%, in Gabersee 13,6%, in Deggendorf 31,4%, in Regensburg 20,5%, in Bayreuth 11,3%, in Kutzenberg 36%, in Erlangen 20,6%, in Ansbach 18,8%, in Werneck 17,2%, in Kaufbeuren 20,0%, in Klingemünster 28,4%, in Homburg 9,7% des Bestandes vorbestraft.

Kullmann (Tatsachenmaterial über die Häufigkeit geistiger Störungen in den hessischen Strafanstalten und ihre Behandlung, Jur. Psych. Grenzfragen 1908, Bd. VI, H. 7) berichtet auf Grund 7jähriger Anstaltstätigkeit in Butzbach und Marienschloß, daß in der Einzelhaft 2,5 bzw. 2,8%, in Gemeinschaftshaft 1,7% der Gefangenen geisteskrank waren. Aschaffenburg stellte fest, daß unter 54 männlichen Kranken, die sich am 18. November 1899 in der Heidelberger psychiatrischen Klinik befanden, 23 = 43% mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten waren. 15 von ihnen waren vorbestraft, 8 wegen Geisteskrankheit nicht angeklagt oder auf Grund des § 51 StGB. freigesprochen worden. Dazu kamen noch 16, die leichtere Vergehen begangen hatten. In 8½ Jahren fand Aschaffenburg in der genannten Klinik 279 Kranke, die kriminelle Handlungen begangen hatten. Von diesen 279 Kranken erklärte er 252 als völlig harmlos, 14 als erheblich gefährlich, 13 als minder gefährlich. Nach Hegar waren im Jahre 1906 von 327 männlichen Kranken der Heidelberger psychiatrischen Klinik 32 Kriminelle. In der badischen Heil- und Pflegeanstalt Wiesloch befanden sich am 31. Dezember 1910 unter 571 männlichen Kranken 163 = 28,5% Kriminelle; in den 4 badischen Pflegeanstalten waren im Juli 1908 von 1774 männlichen Kranken 348 = 19,45% Vorgestrafte. In Baden wurden im Juli 1908 in den Landesirrenanstalten 122 Kranke gezählt, die aus den Strafanstalten, der Irrenabteilung in Bruchsal und dem Arbeitshaus in Kislau dorthin übergeführt worden waren. Aschaffenburg teilt mit, daß nach Angabe von Westphal sich am 1. August 1908 in der Heil- und Pflegeanstalt in Bonn unter 405 geisteskranken Insassen sich 75 Kriminelle = 18,5% befanden, von denen

28 als in hohem Grade gefährlich bezeichnet wurden. Demselben Autor teilte Oberarzt Dr. Mönkemöller mit, daß unter 310 Kranken der Hauptanstalt der Heil- und Pflegeanstalt in Hildesheim 80 = 25,8% Kriminelle waren, von denen 26 für hochgradig gemeingefährlich erklärt wurden. Nach Obwald befanden sich am 15. November 1907 in der hessischen Landesirrenanstalt Goddelau unter dem Bestande von 708 kranken Männern 62 Vorbestrafte, 111 verbrecherische Geisteskranke und 33 geisteskranke Verbrecher, insgesamt also 206 = 26,3% Kriminelle. Kriminelle Geisteskranke im engeren Sinne also verbrecherische Geisteskranke und geisteskranke Verbrecher waren 144 = 20,33% vorhanden. Die Zahl der geisteskranken Verbrecher allein betrug 4,6%, die der verbrecherischen Geisteskranken allein 15,67%, und die der Bestraften — die Gruppe der Vorbestraften und der geisteskranken Verbrecher umfassend — 12%. Obwald betont nachdrücklich, daß die überwiegende Mehrheit der Kriminellen harmlose Kranke sind. „Die meisten Kriminellen sind durch ihre Krankheitsäußerungen selbst so in Anspruch genommen, oder es tritt nach nicht langer Zeit eine solche geistige Schwäche oder gar Verblödung auf, daß $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ dieser Kranken dadurch ganz aus dem Rahmen der Kriminalität herausfallen, sich in keiner Weise mehr von unbescholtenen Kranken unterscheiden und der Irrenanstalt keinerlei besondere Schwierigkeiten bereiten.“ Kullmann wies darauf hin, daß in Hessen außer der psychiatrischen Klinik in Gießen vier große Irrenanstalten mit einer Aufnahmefähigkeit von 2500 Kranken vorhanden seien, und diesen ein jährlicher Bestand von 15 geisteskranken Gefangenen gegenüberstehe. In 7 Jahren sei im Durchschnitt jährlich für 4,9 Gefängnisgefangene und 1,7 Zuchthausgefangene die Aufnahme in einer Irrenanstalt beantragt worden. Heilbronner teilt mit, daß im Jahre 1902 aus den sechs preußischen Irrenabteilungen 203 Geisteskranke in Irrenanstalten übergeführt wurden. Die Zahl der wirklich „gefährlichen Verbrecher“ unter diesen 203 geisteskranken Verbrechern berechnet er „auf höchstens 25 bis 30 Überwiesene.“ „Alle übrigen stellen trotz ihrer kriminellen Vergangenheit bei geeigneter Behandlung harmlose Patienten dar.“ Heilbronner stellt weiter fest, daß Ende der 90er Jahre bei einer jährlichen Aufnahme von 10 000 männlichen Kranken ein Durchschnittsbestand von 17 000 männlichen Kranken in den preußischen Irrenanstalten vorhanden war, und vertritt die Ansicht, „daß es gelingen wird, in jedem Jahr selbst auf die Dauer 25 bis 30 gefährliche Verbrecher in den Anstalten unterzubringen, immer vorausgesetzt, daß wenigstens alle größeren Anstalten, soweit sie überhaupt chronisch Kranke beherbergen, mit zur Erfüllung dieser lästigen Verpflichtung herangezogen werden“.

In den holländischen Irrenanstalten befanden sich nach dem Bericht der Studienkommission im Jahre 1902 etwa 400 bis 500 Kranke, die entweder wegen Geisteskrankheit freigesprochen und vom Gericht den Anstalten zugewiesen oder mit Gefängnis vorbestraft waren. Die Zahl der wirklich gefährlichen Geisteskranken unter diesen wird auf 50 angegeben, also 10% der kriminellen Geisteskranken. Auch Lauritzen bezeichnet unter den in dem schwedischen Kriminalasyl untergebrachten Kranken nur 10% als schwierig.

Aschaffenburg nimmt auf je 1 Million Einwohner 20 gefährliche Geisteskranke an. Bei einer Einwohnerzahl von 70 Millionen würde demnach die Zahl der gefährlichen Geisteskranken im Deutschen Reiche 1400 betragen, wovon auf Preußen (40 Millionen Einwohner) 800, auf Bayern (8 Millionen) 160, Sachsen

(6 Millionen) 120, Württemberg (3 Millionen) 60, Baden (3 Millionen) 60, Hessen (1,5 Millionen) 30 entfallen würden.

Ich bin der Meinung, daß diese Zahlen zu niedrig sind. Für Gegenden mit vorwiegend ländlicher Bevölkerung mag die Zahl von 20 gefährlichen Geisteskranken auf 1 Million Einwohner zutreffen, für Bezirke mit großstädtischer und industrieller Bevölkerung ist diese Zahl aber zu niedrig gegriffen. Ich habe dabei besonders Großstädte wie Berlin, Köln, Breslau und Industriebezirke wie den oberschlesischen und den rheinisch-westfälischen im Auge. Man wird nicht fehl gehen, wenn man für diese die Zahl von 40 gefährlichen Geisteskranken auf 1 Million Einwohner annimmt. Ich will nun noch zwei Fragen beantworten, die immerhin einen gewissen Rückschluß auf die Zahl der gefährlichen Geisteskranken rechtfertigen:

1. Wie hoch ist die Zahl der wegen Geisteskrankheit Freigesprochenen?
2. Wie hoch ist die Zahl der wegen Verfalls in Geisteskrankheit aus der Straftaft Entlassenen?

Einer Zusammenstellung von C. Moeli (Die Anstaltsaufnahmen zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand eines Angeschuldigten (StPO. § 81) und zur Feststellung des Geisteszustandes eines zu Entmündigenden (ZPO. § 656) in Preußen. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift Nr. 37/38, 1918/19) entnehme ich folgende Angaben:

Das Ergebnis der Begutachtung.

Jahre	Zahl der		Davon eine krankhafte Störung im Sinne des § 51 StGB.			
	Aufnahmen (durchschnittlich)	bestimmten Gutachten	angenommen		nicht angenommen	
				v. H.		v. H.
A. 1901/03	1085 (361)	1055	760	72	295	28
1904/05	915 (457)	886	585	66	301	34
Sa. 1901/05	2000 (400)	1941	1345	69	596	31
B. 1906/08	1727 (575)	1675	996	59	679	41
1909/11	1815 (605)	1776	929	52,3	847	47,7
1912/14	1838 (613)	1791	808	45	983	55
Sa. 1906/14	5380 (593)	5242	2733	52	2509	48
C. 1915	480	466	223	48	243	52
1916	540	523	253	49	270	51
Sa. 1915/16	1020 (510)	989	476	48	513	52

In den 15 Jahren 1901 bis 1916 ist demnach jährlich im Durchschnitt in 303 Fällen in Preußen eine krankhafte Störung im Sinne des § 51 StGB. angenommen worden.

Nach der preußischen Statistik der Strafanstalten und Gefängnisse unter dem Ministerium des Innern für 1911 waren: in den Strafanstalten bei einem Durchschnittsbestande von 10 353 Männern unter 4411 Kranken 330 Geisteskranken, bei 762 Frauen unter 399 Erkrankungen 18 Geisteskranken; in den

Gefängnissen bei einem Bestande von 9191 Gefangenen und einer Erkrankungs-ziffer von 3662 Kranken 252 Geisteskranke.

Im Jahre 1912 erkrankten in den unter Leitung des Ministeriums des Innern stehenden Strafanstalten von 10 484 männlichen Zuchthausgefangenen insgesamt 4489, von diesen 320 an Geistesstörungen, darunter 27 wiederholt; von 770 weiblichen Zuchthausgefangenen erkrankten insgesamt 387, darunter 5 an Geistesstörungen.

In den Gefängnissen erkrankten von 9655 Gefangenen insgesamt 3522, darunter 283 an Geistesstörungen, und von diesen 17 wiederholt.

In den Gefängnissen, die der preußischen Justizverwaltung unterstellt sind, sind im Jahre 1912 bei einem Durchschnittsbestande von 26 006 Männern 739 Fälle von Geistesstörung vorgekommen.

Im Jahre 1912 wurden in den 6 preußischen Irrenabteilungen 803 Personen beobachtet; von diesen gelangten:

303 als nicht geisteskrank oder gebessert oder geheilt in den Strafvollzug zurück,

41 unmittelbar am Strafende in die Freiheit,

6 starben;

27 kamen am Strafende in öffentliche Irrenanstalten,

174 nach Strafunterbrechung in öffentliche Irrenanstalten.

Demnach kamen von 803 in den Irrenabteilungen beobachteten Gefangenen nach Strafunterbrechung oder Strafende 201 in Irrenanstalten.

Durchschnittlich gelangen aus den preußischen Irrenabteilungen jährlich 200 Kranke nach Unterbrechung der Strafe in die öffentlichen Irrenanstalten. Rechnen wir dazu durchschnittlich jährlich 300 Geisteskranke, die auf Grund des §51 St.G.B. freigesprochen und in Irrenanstalten übergeführt werden, so beträgt die Gesamtzahl der kriminellen Irren und der geisteskranken Verbrecher in Preußen jährlich 500 Köpfe. Von diesen 500 Geisteskranken sind 10 v. H. als gemeingefährlich anzusehen, so daß von den in den preußischen Irrenanstalten aufgenommenen kriminellen Kranken jährlich 50 als besonders schwierig und gemeingefährlich zu erachten sind.

Die Zahl der nichtkriminellen gemeingefährlichen Geisteskranken in den Irrenanstalten kann auch nicht annähernd angegeben werden. Für eine derartige Statistik ermangelt es jeder Grundlage.

IV. Abschnitt.

Gemeingefährlichkeit und Entmündigung.

Es ist eine alte Streitfrage, ob und inwiefern die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken einen Grund zur Entmündigung abgeben kann. Ernst Schultze hat sich mit dieser Frage wiederholt, zuletzt in einer Abhandlung: „Über Gemeingefährlichkeit Geisteskranker“, Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 32. Jahrg. 1919. H. 4, eingehend befaßt und ist zu einem völlig ablehnenden Standpunkt gelangt. Dieser Auffassung schließe ich mich in vollem Umfange an. Die Gemeingefährlichkeit hat mit der Entmündigung gar nichts zu tun. Das geht aus der Entstehungsgeschichte und dem klaren Wortlaut des § 6 BGB., der Rechtsprechung und der Literatur mit unzweifelhafter Gewißheit hervor. Da aber trotzdem

immer wieder die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken in Beziehung zu der Frage der Entmündigung gebracht wird, sehe ich mich genötigt, auf diese Frage näher einzugehen. Nach § 6 Abs. 1 BGB. kann entmündigt werden, wer infolge Geisteskrankheit oder Geistesschwäche nicht imstande ist, seine Angelegenheiten zu besorgen.

Der Zweck der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche besteht darin, daß der Kranke, seine Angehörigen oder andere durch diese Maßnahme vor Schaden bewahrt werden sollen. Voraussetzung der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche ist „die Unfähigkeit des Kranken, seine Angelegenheiten zu besorgen“, d. h. die Gesamtheit seiner Lebensverhältnisse, seine Vermögensangelegenheiten, seine Beziehungen zu seiner Familie und der Außenwelt überhaupt vernunft- und sachgemäß zu regeln. Es erhebt sich nun die Frage, ob die Gemeingefährlichkeit als solche allein den Grund zu der Entmündigung eines Geisteskranken abgeben kann. Das Reichsgericht hat sie verneint (Entsch. im Zivils. Bd. 38, S. 191—194), in dem es ausführte:

„So wenig Gemeingefährlichkeit an sich ein Grund zur Entmündigung ist, so wenig kann sie selbst in Verbindung mit einer krankhaften Störung der Geistestätigkeit für sich allein die Entmündigung rechtfertigen. Voraussetzung für letztere bleibt immer, daß die Störung die selbständige zweckentsprechende Besorgung der eigenen Angelegenheiten ausschließt oder doch wesentlich beeinträchtigt. Solange daher trotz Störungen der Geistestätigkeit Handlungsfähigkeit besteht, ist die Entmündigung nicht zulässig, selbst wenn der den Störungen Unterliegende eine Gefahr für die öffentliche Ordnung sein sollte. Hieran ist auch durch die Mitwirkung der Staatsanwaltschaft am Entmündigungsverfahren nichts geändert worden.“

In Übereinstimmung mit diesen Ausführungen des Reichsgerichts war bereits in der preußischen Ministerialverfügung vom 28. November 1899 betont worden:

„Aus einem anderen als dem bezeichneten Grunde (d. i. Unvermögen zur Besorgung der Angelegenheiten) darf die Entmündigung nicht erfolgen, insbesondere nicht lediglich aus polizeilichen Rücksichten oder in ausschließlichem Interesse anderer Personen.“

Das Bestreben, die Entmündigung eines Geisteskranken oder Geisteschwachen ausschließlich wegen Gemeingefährlichkeit herbeizuführen, hat zwei Gründe. Einmal wird die Entmündigung als geeignetes Mittel angesehen, um bei einem Gemeingefährlichen die Begehung neuer Straftaten zu verhindern. Daß die Entmündigung nach dieser Richtung völlig versagt, lehrt die tägliche Erfahrung an den Gerichten. Ich habe es oft erlebt, daß wegen Geisteskrankheit Entmündigte wegen schwerer Delikte angeklagt und verurteilt wurden. Die Entmündigung bietet demnach nicht die geringste Gewähr für die Verhütung von Straftaten durch die Entmündigten. Daß die Entmündigung weder die strafrechtliche (§ 51 StrGB.) noch die zivilrechtliche Verantwortlichkeit (§ 827 BGB.) zu Folge hat, sei nur nebenbei erwähnt. Der zweite Grund dafür, daß die Entmündigung bei Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken immer wieder gefordert wird, liegt in der weitverbreiteten, aber durchaus irrigen Meinung, daß nur der Entmündigte in einer Anstalt interniert werden könne. Die Entmündigung hat mit der Anstaltunterbringung gar nichts zu tun. Mit Recht sagt Schultze:

„Die Unsinnigkeit der Verknüpfung beider Begriffe ergibt sich schon aus der Tatsache, daß nicht jeder Entmündigte interniert und nicht jeder Internierte entmündigt zu werden braucht.“ Deshalb ist auch die Bestimmung, die sich in vielen Anstaltsreglements findet, daß ein Geisteskranker aus der Irrenanstalt entlassen werden muß, wenn dessen Entmündigung aufgehoben wird, völlig unsinnig. Eine derartige Vorschrift zeugt von einer völligen Verkennung des Wesens und der Bedeutung der Entmündigung. So sagt auch Moeli:

„Das Vermögen zur Besorgung der Angelegenheiten und die Anstaltspflegebedürftigkeit sind ganz verschiedene Fragen. Die letztere ist von dem Vorliegen der Voraussetzung des § 6 Z. 1 BGB. allein keineswegs abhängig.“ (Die Fürsorge für Geisteskranke, S. 58.)

Den grundsätzlichen Unterschied zwischen der Wirkung der Entmündigung und der Anstaltsverwahrung hat Ernst Schultze immer wieder scharf betont. So schreibt er in den Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuches, 1910, S. 70:

„Die Entmündigung setzt voraus, daß der zu Entmündigende infolge seiner geistigen Störung seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, die Verwahrung, daß der zu Internierende infolge seiner geistigen Störung die öffentliche Sicherheit gefährdet. Die Entmündigung zielt dahin, daß der zu Entmündigende bestimmter ihm zustehender Rechte beraubt wird, die an seiner Stelle der Vormund erhält. Droht der zu Entmündigende, sein Vermögen zu verschwenden, oder vernachlässigt oder mißbraucht er die ihm als Familienoberhaupt zustehenden Rechte, so tritt an seine Stelle der Vormund in einem Maß und Umfange, der bei den beiden Entmündigungsarten verschieden ist. Das Internierungsverfahren dagegen hat damit seinen Zweck erfüllt, daß der Geistesgestörte in einer Anstalt untergebracht wird und erst dann wieder entlassen wird, wenn er unbedenklich in der Freiheit verbleiben kann. Die Entmündigung erfolgt im Interesse des Einzelnen, die Verwahrung im Interesse der Gesellschaft, freilich nicht ausschließlich, aber doch ganz überwiegend. Denn die Entmündigung wird, sofern sie bekannt ist, die Abwicklung von Rechtsgeschäften mit dem Entmündigten verhüten und somit den anderen vor Schaden bewahren können. Die Verwahrung schützt auch das Individuum selbst vor den Nachteilen, die mit der Einleitung eines Strafverfahrens immerhin verbunden sein können; sie kann für ihn von materieller Bedeutung sein im Hinblick auf § 829 BGB.

Also sind Entmündigung und Verwahrung grundsätzlich verschieden: sie haben nicht das geringste miteinander zu tun, so oft ihre Verquickung auch heute noch vorgenommen wird.“

Die Entmündigung hat in erster Linie privatrechtlichen, die Anstaltsverwahrung polizeilichen Charakter. Wenn bei einem Geisteskranken oder Geisteschwachen neben der Behinderung, seine privatrechtlichen Angelegenheiten zu besorgen, Gemeingefährlichkeit besteht, so ist die Voraussetzung zur Entmündigung gegeben, und kann die Gemeingefährlichkeit mit herangezogen werden, um die Unfähigkeit zur Besorgung seiner Angelegenheiten bei dem zu Entmündigenden zu begründen.

In Übereinstimmung mit Ernst Schultze wende ich mich aber entschieden dagegen, daß die Gemeingefährlichkeit eines Geisteskranken allein oder doch vorwiegend zur Grundlage der Entmündigung gemacht wird.

Daß diese Ansicht nicht allgemein geteilt wird und insbesondere von seiten vieler Staatsanwälte Widerspruch erfahren hat, ist bekannt, doch halte ich die Einwendungen nicht für berechtigt. Die Gegner meiner Auffassung stützen sich darauf, daß es eine wichtige Angelegenheit sei, sich von Gesetzwidrigkeiten fernzuhalten.

„Wird ihre Besorgung durch Geistesstörung behindert, so ist es nicht abzuweisen, daß unter Umständen durch die Bestellung eines Vormundes nach Entmündigung der Kranke vor nachteiligen Folgen geschützt werden könne, sofern dadurch seine Lebensführung erleichtert und durch Aufsicht dem Vermögen begegnet wird, gesetzwidrige Handlungen zu verüben.“ (Moeli, Die Fürsorge für Geisteskranke, S. 58, 59; Dittrichs Handbuch „Der Sachverständigentätigkeit“. 1908, Bd. 8, S. 245.) Jakoby ist der Ansicht, daß auch solche Personen, welche ohne in der Verwaltung ihres Vermögens zu einem gerechten Vorwurfe Anlaß zu geben, infolge heftiger Gefühlsaufwallungen, zeitweiser Wutausbrüche, oder oft wiederkehrender lärmender Aufregungen die Sicherheit ihrer Angehörigen und der sonstigen Umgebung gefährden, des vormundschaftlichen Schutzes bedürfen, und Endemann erklärt, die Entmündigung sei objektiv notwendig durch die Rücksicht auf das Wohl und die Sicherheit der Angehörigen, zumal der Ehegatten und der Kinder, die physisch und psychisch unter dem Kranken zu leiden haben, und die Allgemeingefährlichkeit des Kranken (Mordlust, Brandstiftung usw.) gebe einen absoluten Grund zur Entmündigung ab. (Zitiert nach Schultze in Hoches Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, 2. A. S. 239—240.)

Dem steht aber die oben erwähnte Reichsgerichtsentscheidung vom 17. November 1896 entgegen. Ferner muß demgegenüber hervorgehoben werden, daß es im § 6 BGB. ausdrücklich heißt:

1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag;
2. wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit Anderer gefährdet.“

Ob es zweckmäßig war, die Gefährdung der Sicherheit Anderer als Grund zur Entmündigung wegen Trunksucht besonders hervorzuheben, mag dahingestellt bleiben. (Siehe auch „Schultze in den Bemerkungen“, S. 72, 73). Jedenfalls geht aus dem Fehlen dieser Bestimmung in Abs. 1 des § 6 BGB. klar hervor, daß es nicht in der Absicht des Gesetzgebers gelegen hat, die Gefährdung der Sicherheit Anderer zum alleinigen oder auch nur vorwiegenden Grunde der Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche zu machen, vielmehr von einer derartigen Vorschrift Abstand genommen worden ist.

In neuerer Zeit mehren sich die Stimmen, die die Entmündigung eines Geisteskranken bei Bestehen von Gemeingefährlichkeit verlangen: „V. Liszt empfahl, dem § 6 BGB. als Ziffer 4 beizufügen: „Wer infolge von Geisteskrankheit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit als gemeingefährlich erscheint.“ Homburger, Heß und Craasemann traten für die Entmündigung jugendlicher Psychopathen ein. Nach Art. 369 des Schweizerischen Zivil-Gesetzbuches vom 10. Dezember 1907 soll die Entmündigung auch dann erfolgen, „wenn eine Person die Sicherheit anderer gefährdet“. Eine ähnliche Bestimmung enthält der österreichische Entwurf. Staatsanwalt Dr. Schläger in Hamburg

hat in der Deutschen Strafrechts-Zeitung (5. Jahrg. H. 9/10, S. 295, 296 unter dem Titel: „Sicherungsmaßnahmen gegen gemeingefährliche Verbrecher“ eine Schilderung der Entmündigung bei Gemeingefährlichkeit Geisteskranker und Geistesschwacher gegeben, wie sie in Hamburg durchgeführt wird. Schläger sagt in diesem Artikel: Rechtliche Bedenken gegen die Anwendung der Entmündigung gegen geistesranke und geistesschwache Verbrecher werden nicht bestehen. Allgemein ist anerkannt, daß die Unfähigkeit zur Besorgung der eigenen Angelegenheiten sich nicht beschränkt auf Vermögensrechte, sondern die Vornahme von Rechtshandlungen aller Art, die Sorge für die eigene Person des Entmündigten und die seiner Obhut unterstellten Angehörigen sowie die Wahrnehmung öffentlicher Pflichten mit umfaßt. Wer unter dem Drucke seiner geistigen Veranlagung dauernd strafbare Handlungen begeht und von Gefängnis zu Gefängnis wandert, gefährdet sich und andere und ist unfähig, seine Angelegenheiten zu besorgen. — Von diesem Gesichtspunkt geleitet, hat man in Hamburg Maßnahmen getroffen, um die Entmündigung und die Internierung im Rahmen der bestehenden Gesetze zur Bekämpfung des gewerbmäßigen Verbrechertums heranzuziehen. — Antrag auf Entmündigung wird gestellt, wenn der geistesranke oder geistesschwache Verbrecher gemeingefährlich ist.“

Diesen Weg halte ich für durchaus falsch und rechtlich nicht begründet. Die Entmündigung eines Geisteskranken oder Geistesschwachen wegen Gemeingefährlichkeit widerspricht der Vorschrift in Ziffer 1 des § 6 BGB. und wird in der bekannten Reichsgerichtsentscheidung vom 17. November 1896 als unzulässig abgelehnt. Das Hamburger Verfahren läuft darauf hinaus, den gemeingefährlichen Geisteskranken oder Geistesschwachen zu entmündigen und dadurch die Grundlage für die Internierung in einer Anstalt zu schaffen. Es ist aber bereits oben wiederholt darauf hingewiesen worden, daß Entmündigung und Anstaltsinternierung nicht das geringste miteinander zu tun haben. Die Entmündigung bildet nicht die Grundlage der Anstaltsinternierung. Die Entmündigung soll in erster Linie einen Schutz des Kranken und seiner Angehörigen in privatrechtlicher Beziehung herbeiführen, aber nicht ausschließlich oder vorwiegend polizeilichen Charakter tragen. Ich darf wohl die Frage aufwerfen, was denn mit dem wegen Gemeingefährlichkeit Entmündigten und in einer Irrenanstalt Untergebrachten geschehen soll, wenn die geistige Erkrankung geheilt oder doch wesentlich gebessert ist. Dann muß er trotz seiner Gemeingefährlichkeit und der Entmündigung aus der Irrenanstalt entlassen werden, denn der Grund der Anstaltsbehandlung, die geistige Erkrankung, ist in Wegfall gekommen, dann ist die Entmündigung hinsichtlich der Gemeingefährlichkeit des Entmündigten völlig bedeutungslos. Ebensowenig wie sie zu der strafrechtlichen Verantwortlichkeit in Beziehung steht, ebensowenig hat sie irgendwelchen Zusammenhang mit der Anstaltsinternierung.

Daß die Gemeingefährlichen, mögen sie nun geistig gesund oder geisteskrank sein, unschädlich gemacht werden müssen, darüber besteht keine Meinungsverschiedenheit. Ich bin der Ansicht, daß dies am zweckmäßigsten durch ein besonderes Internierungsverfahren geschieht, wie es von verschiedenen Seiten vorgeschlagen ist. Die Entmündigung ist nach dieser Richtung ein ganz ungeeignetes Mittel.

Nun wird von mehreren Autoren (Moeli, Hübner) darauf hingewiesen,

daß bei der überwiegenden Mehrzahl der gemeingefährlichen Geisteskranken und Geistesschwachen neben der Gemeingefährlichkeit andere Voraussetzungen zur Entmündigung gegeben seien, so daß die Frage der Entmündigung wegen Gemeingefährlichkeit praktisch nicht von großer Bedeutung sei. Das mag in vielen Fällen zutreffen, aber so selten wie Hübner annimmt, sind die Fälle, in denen Gemeingefährlichkeit allein oder doch vorwiegend zur Grundlage der Entmündigung gemacht wird, denn doch nicht. Ich weise auf den von Schultze mitgeteilten Fall (Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, S. 240, 241) hin und nehme besonders Bezug auf den Fall, den Hübner in seinem Lehrbuche der forensischen Psychiatrie schildert (siehe auch Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1913, S. 68). Der letztere Fall zeigt auch deutlich, daß die Entmündigung bei Gemeingefährlichkeit völlig versagen kann. Ein Viehhändler war wegen Geisteskrankheit entmündigt worden. Trotzdem setzte er sein gemeingefährliches Treiben, das in mündlichen und schriftlichen Beleidigungen von Beamten bestand, in unveränderter Weise fort. Schließlich wurde der Geisteskranke auf Veranlassung der Staatsanwaltschaft durch die Polizei in einer Irrenanstalt untergebracht. Die gegen diese Unterbringung gerichtete Klage wurde aber von dem Obergericht mit der Begründung abgewiesen, der Viehhändler sei als eine gemeingefährliche Person anzusehen, welche in einer Anstalt interniert werden müsse. Nach § 10, II, 17 des Allgemeinen Landrechts, welcher nach wie vor in der ganzen Monarchie gelte, gehöre es zu den Aufgaben der Polizeibehörde, unmittelbar drohende Gefahren vom Publikum abzuwenden.

Durchaus zutreffend und klar ist das zusammenfassende Urteil Schultzes (Handbuch S. 244): „Bedingt die Psychose nur Gemeingefährlichkeit, aber keine zivilrechtliche Schädigung, so bringe man den Kranken in die Anstalt.“

Bedarf er eines Vertreters, so gebe man ihm einen solchen in der Form des Pflegers! Man wende aber nicht das ganz untaugliche und nur zu Mißverständnissen führende Mittel der Entmündigung an.“

V. Abschnitt.

Die Schwierigkeiten der Behandlung der gefährlichen Geisteskranken in den gewöhnlichen Irrenanstalten.

Die Klagen über die Schwierigkeiten der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken in den öffentlichen Irrenanstalten sind so alt wie dieses Problem überhaupt und in den beiden letzten Jahrzehnten immer eindringlicher geäußert worden. Eine Untersuchung darüber, inwiefern sie begründet sind, ist daher nicht zu umgehen. Übersieht man die vorliegende Literatur nach dieser Richtung, so ist zunächst festzustellen, daß die Ärzte der öffentlichen Irrenanstalten die Mißstände, die von den kriminellen Kranken in ihren Anstalten hervorgerufen werden, in grellen Farben schildern. Immer wieder wird betont, daß die unbescholtenen Kranken und deren Angehörige sich über die gemeinsame Verpflegung mit kriminellen Elementen beklagen, die Ordnung der Anstalt durch diese Kranken erheblich gestört und vor allem der Charakter der Anstalt als Krankenanstalt dauernd und in hohem Grade gefährdet werde, da besondere Zwangsmaßnahmen bei den kriminellen Kranken zur Verhütung von Ent-

weichungen und tätlichen Angriffen nötig seien, und dadurch eine möglichst freie Behandlung der übrigen unbescholtenen Kranken verhindert werde. Die Irrenanstalten würden durch die Internierung der kriminellen Geisteskranken zu Bewahrungsanstalten und einer besonderen Abart von Gefängnissen degradiert. Sowohl auf die anderen Kranken wie auf das Pflegepersonal übten die kriminellen Geisteskranken einen höchst nachteiligen Einfluß aus. Obwald faßt das Ergebnis seines Referates: „Inwiefern stören die kriminellen Geisteskranken den Betrieb der gewöhnlichen Irrenanstalt?“ (Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranken, Juristisch-psychiatrische Grenzfragen, VI. Bd., H. 7) in folgende Sätze zusammen:

„Sie (die Überhäufung der gewöhnlichen Irrenanstalten mit kriminellen Elementen) bedeutet für die unbescholtenen Kranken eine Plage, für das Anstaltspersonal und die öffentliche Sicherheit eine Quelle steter Beunruhigung und Gefahr. Sie bürdet dem Anstaltsleiter eine große Verantwortung auf und ist geeignet, die Bestrebungen der modernen Psychiatrie nahezu illusorisch zu machen.“ Demgegenüber wird von verschiedenen Autoren erklärt, daß bei richtiger Verteilung der kriminellen Elemente auf sämtliche in Betracht kommenden Irrenanstalten die Schwierigkeiten der Unterbringung und gemeinsamen Verpflegung der kriminellen mit den unbescholtenen Kranken keine allzu großen seien. Aus der älteren Literatur ist in dieser Hinsicht das Urteil Sanders aus dem Jahre 1886 bemerkenswert, daß auch der wesentlichste Einwand, der gegen die Aufnahme der irren Verbrecher in die gewöhnlichen Irrenanstalten erhoben werden könnte, nicht stichhaltig ist. Mögen sie auch manche Störungen mit sich bringen, sie sind diese doch quantitativ und qualitativ nicht so hoch anzuschlagen, um ihnen gegenüber ein anderes Verfahren als den anderen Geisteskranken gegenüber einzuhalten. Die freiere Entwicklung der Irrenanstalten wird durch sie nicht geschädigt werden, wenn man nicht entweder darunter eine schablonenmäßig gleiche Behandlung aller Geisteskranken versteht, oder sie durch Entfernung der schwieriger zu behandelnden Kranken zu einer nur scheinbaren machen will.“

Der erste Punkt der Beschwerden, die Klage über die gemeinsame Verpflegung von nicht vorbestraften mit kriminellen Kranken, ist praktisch nicht von großer Wichtigkeit. Es kommt wohl hin und wieder vor, daß andere Kranke oder deren Angehörige sich über das Zusammensein mit vorbestraften Kranken beklagen, doch stimmen die Irrenärzte darin überein, daß diese Klagen, die meist von Kranken ausgehen, deren Vorleben selbst nicht einwandfrei ist, und von der Tagespresse kritiklos wiederholt werden, um Eindruck auf die breite Masse zu machen, übertrieben und zum großen Teil unberechtigt sind. Sander schrieb im Jahre 1886:

„Wenn dem Verfasser heute die Frage vorgelegt würde, ob nicht doch die anderen Kranken sich mitunter über das Zusammenleben mit irren Verbrechern beschwert haben, so würde er antworten: „Gewiß, hin und wieder ist es vorgekommen, aber was für Patienten waren das, die sich beschwerten? Meist selbst solche, deren Vorleben nicht ganz tadelsfrei war, oder solche, die an rasonnierender Manie und ähnlichen Zuständen leidend, alle die kleinen Schwächen und Übelstände des Anstaltslebens, die ja unvermeidlich sind, mit besonderem Talent aufspüren und dem Arzte vorzuhalten pflegen. Aber es ist auch ein wohl zu beachtender Unterschied, ob sich ein Kranker über

diesen Umstand beschwert, oder beklagt, oder ob er wirklich im Innern davon unangenehm berührt wird. Daß ein Irrenarzt die Frage, ob ein Patient sich nach seiner wirklichen völligen Genesung über das Zusammenleben mit irren Verbrechern beschwert hat, bejahen wird, dürfte sehr zu bezweifeln sein.“

Selbst Schaefer, der sich im übrigen scharf gegen die von Sander in seinem Buche niedergelegten Anschauungen und die Unterbringung der irren Verbrecher in den öffentlichen Irrenanstalten wendet, muß zugeben, „daß das (der Einfluß der Anwesenheit der irren Verbrecher auf den Charakter der anderen Kranken, ihr Verhalten und somit die allgemeine Behandlungsmethode) nicht allzu schlimm ist, daß es auch unbescholtene Kranke gibt, die alles demolieren, die angreifen und konspirieren, daß nach Fernhaltung der irren Sträflinge und Gewohnheitsverbrecher doch noch viele vorbestrafte Personen in den Irrenanstalten verbleiben würden“. Moeli hebt hervor, daß er Klagen über das Verhalten der verbrecherischen Geisteskranken in der Irrenanstalt nicht vernommen habe. „Anders liegt jedoch bei uns,“ so fährt er fort, „die Sache hinsichtlich eines Teiles der gewohnheitsmäßigen Eigentumsverbrecher, welche nach oft wiederholter Bestrafung, sei es aus der Untersuchung, sei es aus der Strafhafte, der Anstalt zugehen. In unserer Anstalt — Dalldorf — sind derartige Kranke so zahlreich vertreten, daß der Neueintretende frühere Bekanntschaften erneuert, und daß ein Teil dieser Personen, statt unter der Menge der Kranken zu verschwinden, sich zusammen und von den übrigen abschließt. Auch unter diesen Kranken geben viele in keiner Hinsicht Anlaß zur Klage. Einzelne aber erwecken in der Tat, und zwar nicht in erster Linie durch ihre verbrecherische Vergangenheit, sondern durch ihre Individualität und ihr Auftreten, namentlich durch die Roheit ihrer Äußerungen, berechnete Abneigung bei der Umgebung. Was nun die Meinung der Angehörigen oder des großen Publikums über die Zusammenbringung bestrafte und unbestrafte Irrer betrifft, so ist diese bei den Berliner Verhältnissen von geringer Bedeutung. Sorgen doch skandalsüchtige Blättchen, welche jedes Ereignis in der Anstalt, das einen bestrafte Kranken betrifft, berichten und harmlose Vorfälle der urteilslosen Menge phantasiereich ausschmücken, genügend für die Aufrechterhaltung von Vorurteilen“. Auch Heilbronner hält den Einwand, die übrigen Kranken bzw. ihre Angehörigen nähmen an dem Zusammensein mit Vorbestrafte und Verbrechern Anstoß, nicht für stichhaltig: „In der Klinik in Halle“, so schreibt er, „befand sich jederzeit ein sehr erheblicher Prozentsatz vorbestrafte Individuen; ich habe nie von seiten der unbestrafte Mitkranken oder der Angehörigen eine diesbezügliche Klage vernommen; auch schwer beschuldigte Untersuchungsgefangene, Mörder, Einbrecher, Brandstifter haben keinen Anstoß erregt. Ich habe auch nie davon gehört, daß etwa andere Krankenhäuser analoge Bedenken geäußert hätten, wenn geburtshilfliche oder chirurgische Eingriffe die Übernahme von Gefangenen, geschweige denn von Vorbestrafte nach Ablauf der Strafe nötig machten; ja noch mehr: auch die Bedenken der Psychiater scheinen sich nur auf Strafgefangene zu beziehen; es wird, wenn überhaupt, nur ganz ausnahmsweise vorkommen, daß ein Anstaltsleiter aus derartigen Erwägungen die Aufnahme eines noch so bedenklichen Untersuchungsgefangenen ablehnt; ihre Aufnahme erfolgt auch in noch so überfüllte Anstalten meist überraschend prompt, außerhalb der Reihe der sonst Angemeldete und insbesondere der der Übernahme harrenden Gefangenen, trotzdem keiner öffent-

lichen Anstalt die Verpflichtung zur Aufnahme von Exploranden im Sinne des § 81 StPO. obliegt. Wollte man aber trotz alledem auf derartige Imponderabilien Rücksicht nehmen, so wäre andererseits mit doppeltem Rechte auf die Härte hinzuweisen, die darin liegen würde, wenn ein bis dahin unbescholtener Geisteskranker wegen eines einmaligen Deliktes zum Verbleiben in einer Umgebung gezwungen würde, die sich begreiflicherweise vorwiegend aus vielfach Vorbestraften zusammensetzen würde.“ Weber weist darauf hin, daß „in breiten Kreisen des Publikums leider auch heute noch ein Mensch vielmehr kompromittiert ist, wenn er eine Zeitlang in einer Irrenanstalt als wenn er im Gefängnis war“ und fügt dem noch die Bemerkung hinzu: „Darin haben sich die Verhältnisse seit Delbrück, der dies schon 1875 erwähnt, noch wenig geändert.“ Bleuler ist der Ansicht, daß nur diejenigen Kranken sich beschwert hätten, die Grund zum Querulieren suchten, und bei diesen könne man mit Sicherheit darauf rechnen, daß sie bei Nichtvorhandensein dieses Grundes einen anderen ähnlichen finden würden. Bezüglich der angeblichen Klagen von Angehörigen unbescholtener Kranker sagt er: „Niemals haben sich die Angehörigen eines Kranken deshalb beklagt.“ Naecke vermißt den Beweis für die Berechtigung dieser Klagen: „Alle Welt beschwert sich über die Zumutung, Unbescholtene mit Verbrechern zusammensperren zu wollen, und überbietet sich, der letzteren Untugenden und den direkten moralischen Schaden, den sie der Anstalt bringen, in drastischen Farben zu schildern. Wenige denken freilich daran, das zu beweisen.“

Mönkemöller wendet sich besonders gegen die Behauptung, daß Klagen über die gemeinsame Verpflegung mit kriminellen Kranken von den Angehörigen unbescholtener Kranker kämen: „Daß sich Verwandte darüber beschwert hätten, ihre Angehörigen müßten mit Verbrechern zusammenhausen, das habe ich in meiner ganzen psychiatrischen Vergangenheit nur in Büchern gelesen. Obwald berichtet nach seinen Erfahrungen in der hessischen Landesirrenanstalt Philipphospital: „Bringt man, um die übrigen Kranken vor diesen Elementen zu schützen, diese möglichst in einer Abteilung zusammen unter, so bildet sich in dieser bald der reinste „Zuchthauston“ heraus, um mich dieses Ausdrucks zu bedienen. Den ganzen Tag wird nur vom „Kittchen“, Schlößchen“ (Zuchthaus Marienschloß) und dergleichen geredet, so daß sich die übrigen unbescholtenen Kranken darüber beschwerten.“ Mit Recht erklärt Hegar: „Dem Standpunkte, daß Nichtbestrafte nicht mit Bestraften zusammen verpflegt werden dürfen, steht eben der gegenüber, daß die letzteren ohne Rücksicht auf ihre Vergangenheit aufgenommen und als solche behandelt werden müssen.“

Rüdin ist der Meinung, daß „wirkliche Nachteile aus dem gelegentlichen Verkehr bescholtener mit unbescholtenen Kranken kaum entspringen. Meist sind es Kranke mit tadelnswertem Vorleben, welche sich über das Zusammensein mit „Verbrechern“ beklagen. Andere Kranke wie rasonierende Manien und dergleichen werden sich nach ihrer wirklichen völligen Genesung über das gelegentliche Zusammenleben mit irren Verbrechern kaum beschwerten. Wird das Vorleben der Kriminellen vom Arzt und Wartepersonal diskret behandelt, so wird auch mancher Kriminelle sich von anderen Kranken gar nicht unterscheiden. Schließlich muß als Hauptpunkt betont werden, daß überhaupt kein verständiger Irrenarzt, außer er sei durch Platzmangel dazu gezwungen, einen

Kranken zu einem anderen verlegen wird, wenn er weiß, oder nach Lage der Dinge vermuten muß, daß der eine oder der andere durch den Verkehr oder Kontakt mit diesem oder jenem unangenehm berührt, verletzt oder beunruhigt wird“. Aschaffenburg „hat so gut wie niemals etwas davon erfahren, daß die Kranken oder deren Angehörige sich tatsächlich über das Zusammentreffen mit kriminellen Elementen beklagt hätten“.

Damit stimmen auch meine eigenen Erfahrungen überein. Zusammenfassend möchte ich über diesen Punkt der Klagen sagen, daß er von so geringer Bedeutung ist, daß er kaum in Frage kommt. Ich kann mich des Eindrucks nicht erwehren, daß die Irrenanstaltsärzte nach dieser Richtung in dem Wunsche, die kriminellen Geisteskranken loszuwerden, unbewußt zu schwarz sehen.

Viel wichtiger sind die beiden anderen Gründe, die gegen die gemeinsame Verpflegung der unbescholtenen und der kriminellen Geisteskranken angeführt werden. Da wird zunächst gesagt, die Kranken der letzteren Art übten einen demoralisierenden Einfluß auf die anderen Kranken und das Pflegepersonal aus. Es ist nicht zu verkennen, daß unter den kriminellen Elementen sich eine Anzahl befinden, die einen höchst unheilvollen Einfluß auf die anderen Kranken haben. Alle Autoren stimmen darin überein, daß ein kleiner Prozentsatz der kriminellen Kranken überaus schädlich auf die anderen Kranken einwirkt. Es sind dies reizbare Schwachsinnige, Epileptiker, Hysteriker, Psychopathen und Querulanten, die ständig hetzen und intrigieren. Finden derartige kriminelle Geisteskranke sich in einer Anstalt zahlreich ein, und können sie nicht getrennt gehalten werden, so stellen sie in der Tat eine schwere Gefahr für die Ruhe und Ordnung dar, dann können Revolten und Demolierungen sich ereignen, wie sie aus Dalldorf und Düren aus der ersten Zeit des Bestehens der festen Häuser an diesen Anstalten von Werner und Geller geschildert worden sind. Auch in preußischen Irrenabteilungen sind wiederholt Revolten mit Demolierung der Anstalt vorgekommen, so in Halle, Münster i. W. und Breslau. Es erhebt sich nun die Frage, ob diese Neigung zum Querulieren, Hetzen, Demolieren und Entweichen lediglich eine Eigenschaft der kriminellen reizbaren Schwachsinnigen, Psychopathen, Epileptiker und Hysteriker ist, oder ob sie sich auch bei derartigen Kranken findet, wenn sie nicht kriminell geworden sind. Es ist kein Zweifel, daß das letztere der Fall ist. Die Degenerierten, Epileptiker, Hysteriker, Schwachsinnigen und Querulanten, die nicht mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, sind ebenso unangenehm und lästig, ebenso unsozial und schwierig zu behandeln wie die kriminellen Kranken dieser Art. Ich erinnere daran, was Klinke in seinem Vortrage auf der 69. Versammlung des Vereins ostdeutscher Irrenärzte in Breslau am 30. November 1895 erklärte (vgl. S. 34): „Die Neigung der Verbrecher zu Entweichungen und Entweichungsversuchen, zum Komplottieren, Hetzen, Schikanierend es Wartepersonals, zu Gewalttätigkeiten, bei Weibern zu Obszönitäten wird wohl von allen Seiten anerkannt und hervorgehoben, daneben aber auch, und zwar von sehr erfahrener Seite betont, daß derartige üble Eigenschaften auch unseren anderen Geisteskranken wenn nicht zum Teil in höherem Maße, innewohnen, daß die bestrafte Individuen, wenn erst in die Anstaltsordnung gewöhnt, fleißige Arbeiter sind, die man unter den andern Kranken in offener Behandlung solange beläßt, wie es nach ihrem jeweiligen Zustande für angezeigt erscheint. — Wohl der Heilanstalt, die solche Elemente in gehäufte Weise nicht beherbergen muß, aber jeder

wird mir Recht geben: „Schlimmer wie die oben genannten häufigen Insassen der Pflgeanstalt, Epileptiker usw. sind die schlimmsten unter den Verbrechern auch nicht.“ In ähnlicher Weise sprach OBwald sich in der Versammlung der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen am 30. November 1907 in Gießen aus. „Die meisten Kriminellen,“ so erklärte er; „sind durch ihre Krankheitsäußerungen selbst so in Anspruch genommen, oder es tritt nach nicht langer Zeit eine solche geistige Schwäche oder gar Verblödung auf, daß $\frac{2}{3}$ bis $\frac{3}{4}$ dieser Kranken dadurch ganz aus dem Rahmen der Kriminalität herausfallen, sich in keiner Weise mehr von den unbescholtenen Kranken unterscheiden und der Irrenanstalt keinerlei besondere Schwierigkeiten bereiten.“ Ist dies richtig — und nach den Erfahrungen zahlreicher Psychiater kann das nicht bezweifelt werden — so ist nicht die Kriminalität maßgebend für das unsoziale Verhalten dieser Kranken, sondern die Art der psychischen Erkrankung, dann ist es falsch, die Gefährlichkeit dieser Persönlichkeiten nach ihren Vorstrafen zu beurteilen, dann müßte dafür in erster Linie die Art der geistigen Erkrankung herangezogen werden, dann ist der Satz unbedingt richtig, den zuerst Aschaffenburg mit voller Klarheit ausgesprochen hat: „Die Tatsache, daß unter den Kriminellen eine Anzahl schwierig zu behandelnder Kranker sich befindet, verliert dadurch ihren Wert, daß wir die lästigen Eigenschaften in der Hauptsache nicht als abhängig von der verbrecherischen Neigung, sondern als Folge der Erkrankung anzusehen haben.“

Die zweite Frage, die auftaucht, ist die, ob die schweren Ausschreitungen der oben bezeichneten kriminellen Kranken, ihre Neigung zu unsozialen Handlungen nicht vermieden oder doch wenigstens wesentlich eingeschränkt werden können. Nach meinen Erfahrungen an vielen Tausenden derartiger Kranker ist dies leicht und ohne Schwierigkeit möglich durch eine richtige psychologische Behandlung. Es ist auch charakteristisch, daß die unangenehmen und zum Teil folgenschweren Komplote, Demolierungen und Entweichungen der kriminellen Kranken sowohl in den preußischen Irrenabteilungen als in den festen Häusern der Irrenanstalten vorzugsweise in den ersten Jahren des Bestehens dieser Anstalten vorgekommen sind, später, als man die Eigenart dieser Kranken besser kennen gelernt und danach ihre Behandlung eingerichtet hatte, weit seltener sich ereignet haben. Die schweren Erregungszustände vieler psychopathischer Gefangenen in den Strafanstalten und Gefängnissen sind Kunstprodukte und können verhütet werden. In zahlreichen Fällen habe ich gefunden, daß im Strafvollzuge geistig erkrankte Gefangene, die nach den Berichten der Anstaltsvorsteher als außerordentlich gefährlich bezeichnet wurden, innerhalb weniger Tage in der Irrenabteilung sich beruhigten und dann leicht lenksame und harmlose Kranke waren. Die Gefährlichkeit dieser Kranken war ein Kunstprodukt, das durch unverständige und unsachgemäße Behandlung in den Strafanstalten gezüchtet worden war. Auch heute noch sträubt sich eine große Zahl von Anstaltsvorstehern und leider auch von Anstaltsärzten gegen die frühzeitige Überweisung von geisteskranken Strafgefangenen in die Irrenabteilungen. Ich habe bereits darauf hingewiesen, daß auch heute noch die Annahme, daß der Geisteskrankheit verdächtige Gefangene simulieren, an der Tagesordnung ist. Die Gefangenen werden in der Regel zunächst mit allen möglichen Disziplinarstrafen belegt und, falls diese nichts fruchten, längere Zeit in den Anstalts-lazaretten, meist in Einzelzellen, behalten; erst wenn alle Versuche in der Straf-

anstalt selbst gescheitert sind, und Erregungszustände, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und Verblödungsprozesse eine solche Höhe erreicht haben, daß die Geisteskrankheit auch für jeden Laien offenkundig erkennbar ist, und der Kranke wegen ausgesprochener Erregungszustände, Nahrungsverweigerung oder Unreinlichkeit nicht mehr im Anstaltslazarett behalten werden kann, erst dann wird der Antrag auf Überführung desselben in eine Irrenabteilung gestellt. In dieser tritt nun in der Regel nach wenigen Tagen eine auffällige und bemerkenswerte Änderung in dem Befinden des Kranken ein. In dem Wachaal bilden die Erregungszustände sich unter geeigneter Behandlung rasch zurück, die Angst und Unruhe schwindet zusehends, der Schlaf und die Nahrungsaufnahme bessern sich, das Körpergewicht steigt an, die Sinnestäuschungen und Wahnideen treten mehr und mehr in den Hintergrund und aus dem tobenden, maßlos schimpfenden, aufs Höchste erregten, reizbaren, uneinsichtigen und unbeeinflussbaren Kranken wird in wenigen Tagen ein gutmütiger, leicht lenksamer, ruhiger und freundlicher Mann. Dieser rasche Wechsel von tobsüchtiger Erregung zu vollständiger Beruhigung ist so auffällig, daß die Ursache der akuten Erregung lediglich in dem ungünstigen Milieu der Strafanstalt und der falschen Behandlung in derselben erblickt werden kann. Würden derartige Kranke rechtzeitig in eine Irrenabteilung übergeführt, so würden die schweren Erregungszustände und damit ihre große Gefährlichkeit vermieden.

Der wichtigste Grund, der gegen die Aufnahme der kriminellen Geisteskranken in den Irrenanstalten immer wieder angeführt wird, ist der, daß die Irrenanstalten durch diese kriminellen Geisteskranken ihren Charakter als reine Krankenanstalten verlieren und zu Bewahrungsanstalten für Verbrecher herabsinken würden. Mit Recht wird von Aschaffenburg, Heilbronner und anderen betont, daß mit noch viel mehr Recht die allgemeinen Krankenhäuser sich über die Einlieferung von körperlich kranken Verbrechern aus den Strafanstalten beschweren könnten, aber noch niemals Schwierigkeiten aus der gemeinsamen Verpflegung von unbescholtenen und vorbestraften Personen in den allgemeinen Krankenhäusern sich ergeben hätten. Aschaffenburg, Heilbronner und Rüdin weisen auch mit Nachdruck darauf hin, daß die Irrenanstalten sich niemals geweigert haben, Untersuchungsgefangene, die auf Grund des § 81 einer Beobachtung ihres Geisteszustandes unterzogen werden sollen, aufzunehmen, obwohl gerade bei diesen eine sichere Verwahrung im Hinblick auf ihre Fluchtverdächtigkeit unbedingt erforderlich ist. Im Gegenteil, die Untersuchungsgefangenen werden gern und meistens alsbald außerhalb der Reihe der angemeldeten Kranken aufgenommen; ihre Begutachtung wird gern übernommen, weil sie eine angenehme Abwechslung in der etwas einförmigen Tätigkeit der Irrenanstaltsärzte bildet und fast die einzige Möglichkeit für den Arzt an einer öffentlichen Irrenanstalt darstellt, neben seinem sicherlich nicht übermäßig hohen Gehalt, eine Einnahme aus seiner psychiatrischen Tätigkeit zu erzielen. Ist es wirklich so schlimm, mit dem ungünstigen Einfluß der kriminellen Geisteskranken auf den Charakter einer Irrenanstalt? Die Irrenanstalten wenden sich nicht so sehr gegen die Aufnahme der auf Grund des § 51 StGB. Freigesprochenen, der verbrecherischen Geisteskranken, als gegen die Aufnahme der aus den Gefangenenanstalten in die Irrenanstalten eingelieferten geisteskranken Verbrecher. Die Zahl der letzteren ist aber so gering, daß sie kaum irgendwie ins Gewicht fällt. Von den 200 Geisteskranken, die jährlich den öffent-

lichen Irrenanstalten aus den preußischen Irrenabteilungen zugeführt werden, sind, wie oben dargelegt wurde, im Höchsthalle 50 als gefährlich anzusehen. Die übrigen 150 geisteskranken Verbrecher sind harmlose, ruhige, vielfach verblödete Kranke. Es wäre ein Armutzeichen sondergleichen für die praktische Irrenpflege, wenn es nicht gelänge, in sämtlichen preußischen Irrenanstalten 50 geisteskrank gewordene Strafgefangene unterzubringen und sicher zu verwahren. In Baden werden nach Stengel jährlich im Durchschnitt 8—9, in Hessen jährlich 6—7 geisteskranken Strafgefangene in die öffentlichen Irrenanstalten gebracht; von diesen ist nur der 4. Teil gefährlich. Und mit diesen wenigen Kranken sollte die Irrenpflege in den öffentlichen Anstalten nicht fertig werden können?

Gegenüber diesen wenigen gefährlichen geisteskranken Verbrechern, deren Behandlung in den Irrenanstalten sich schwierig gestaltet, ist die Zahl der anderen gefährlichen Geisteskranken in den Irrenanstalten nicht unerheblich größer. Das betont auch Rüdin: „Demgegenüber (d. i. gegenüber den geisteskranken Verbrechern) ist die Summe der nach § 51 freigesprochenen und der unbescholtenen gefährlichen Irren fast in jeder Irrenanstalt, die nicht gerade exklusive Aufnahmebedingungen besitzt, weitaus größer. Diese Kranken aber nimmt der Irrenanstalt niemand ab. Wir müssen mit ihnen fertig werden, wenn wir die moderne Irrenpflege nicht bankerott erklären wollen.“ Das ist auch meine Ansicht. Bei einem großen Teile der in den Irrenanstalten untergebrachten Kranken ist die Anstaltsbehandlung deshalb notwendig, weil diese Kranken wegen ihrer Neigung zu gemeingefährlichen Handlungen dauernd überwacht werden müssen, und deshalb eine Behandlung in der Familie nicht durchführbar ist. Wenn die Irrenanstalten auch diese Kategorie von gefährlichen Geisteskranken ablehnen, und nur die ruhigen, harmlosen Kranken übernehmen würden, so würde das in der Tat den völligen Zusammenbruch der Irrenpflege bedeuten. Es sind auch noch niemals, soweit mir bekannt ist, Stimmen laut geworden, die sich auf einen derartigen Standpunkt gestellt haben.

Sehr auffällig und bemerkenswert ist der Wechsel der psychiatrischen Anschauungen über die Behandlung und Unterbringung der geisteskranken Verbrecher im Laufe der Jahrzehnte, ein Punkt, auf den auch Weber (S. 532) hinweist. Als das Problem in den 60er und 70er Jahren des vorigen Jahrhunderts zuerst diskutiert wurde, da waren es hervorragende Irrenärzte wie Roller, Damerow, Pelmann, die für die baldige Überführung der geisteskranken Verbrecher in die öffentlichen Irrenanstalten eintraten, während die Strafanstaltsärzte wie Gutsch, Delbrück, Moritz, Wiedemeister deren Unterbringung in Strafanstaltsadnexen und möglichst lange Verwahrung in den Gefangenenanstalten befürworteten. Seit den 80er Jahren trat ein völliger Umschwung der Anschauungen ein: Immer dringender forderten die Irrenärzte mit wenigen Ausnahmen die Ausschließung der geisteskranken Verbrecher aus den öffentlichen Irrenanstalten, während die Ärzte an den Gefangenenanstalten und auch Verwaltungsbeamte, wie Krohne, die Entfernung der geisteskranken Gefangenen aus den Strafanstalten und deren Überweisung an die öffentlichen Irrenanstalten verlangten. Wie ist dieser Umschwung in den Anschauungen der Irrenärzte von einem Extrem zum anderen zu erklären und worauf ist die Abneigung gegen die Aufnahme der geisteskranken Verbrecher

in die Irrenanstalten zurückzuführen? Es unterliegt keinem Zweifel, daß diese Stellungnahme der Irrenärzte ihren Grund in den Schwierigkeiten hat, die entstehen, wenn die Entlassung der geisteskranken Verbrecher in Frage kommt. Bei der überwiegenden Mehrheit dieser geisteskranken Verbrecher handelt es sich um Schwachsinnige, Degenerierte und Psychopathen, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit angenommen werden muß, daß sie wieder in akute Geistesstörung verfallen werden, wenn sie von neuem den Schädlichkeiten der Strafhaft ausgesetzt werden. Die Ärzte an den Irrenanstalten stehen deshalb bei der Entlassung der geisteskranken Verbrecher vor der schwierigen Frage, ob der Kranke soweit gebessert ist, daß er als strafvollzugsfähig angesehen werden kann. Sobald sie nämlich den Kranken als nicht mehr anstaltspflegebedürftig bezeichnen, fordert die Staatsanwaltschaft als Strafvollstreckungsbehörde die weitere Strafverbüßung und Überführung in eine Strafanstalt. Nun kommt es gar nicht so selten vor, daß ein Kranker, dessen Befinden sich nach kürzerem oder längerem Aufenthalte in der Irrenanstalt gebessert hat, und der der Anstaltsbehandlung nicht mehr bedarf, trotzdem nicht als strafeerhaltungsfähig angesehen werden kann. Den Begriff der Haftunfähigkeit habe ich in meiner Abhandlung: „Strafaufschub und Strafunterbrechung bei Krankheiten“ (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1913, H. 11) eingehend erörtert.

Nach dem preußischen Ministerial-Erlaß vom 20. Januar 1853 liegt Haftunfähigkeit nur dann vor, wenn von der Haftvollstreckung eine nahe, bedeutende und nicht wieder gutzumachende Gefahr für Leben und Gesundheit des in Haft zu bringenden zu besorgen ist.“ Ich würde kein Bedenken tragen, zu bescheinigen, daß in vielen Fällen bei den geisteskranken Verbrechern, die von seiten der Irrenanstaltsärzte als nicht mehr anstaltspflegebedürftig bezeichnet werden, im Falle der Zurückversetzung in den Strafvollzug eine nahe, bedeutende und nicht wieder gutzumachende Gefahr für die Gesundheit zu besorgen ist und Haftunfähigkeit besteht. Was soll nun mit den Betreffenden geschehen? Da sie nicht mehr anstaltspflegebedürftig sind, gehören sie nicht in eine Irrenanstalt, und da sie nicht haftfähig sind, kann eine Internierung in einer Strafanstalt nicht in Betracht kommen. Man hat dieser Schwierigkeit dadurch zu begegnen versucht, daß man anordnete, daß jeder Verurteilte, der wegen Geisteskrankheit aus der Strafhaft entlassen und in einer Irrenanstalt untergebracht worden ist, vor seiner erneuten Überführung in den geordneten Strafvollzug in der Irrenabteilung, die der Irrenanstalt am nächsten gelegen ist, einer neuen Beobachtung seiner Strafvollzugsfähigkeit unterzogen werden muß. Ergibt diese Beobachtung, daß der Betreffende wegen geistiger Störungen nicht strafvollzugsfähig ist, so soll von neuem seine Entlassung aus der Strafhaft und Überführung in eine Irrenanstalt beantragt werden. Allein dieses Verfahren ist ein recht mangelhafter Notbehelf. Der Arzt der Irrenanstalt hat zu begutachten, ob Anstaltspflegebedürftigkeit, der der Irrenabteilung, ob Strafvollzugsfähigkeit vorliegt. Fehlen der Anstaltspflegebedürftigkeit beweist aber, wie bereits oben dargelegt wurde, keineswegs das Vorhandensein von Strafvollzugsfähigkeit.

Die größte Schwierigkeit entsteht aber dadurch, daß den aus dem Strafvollzuge wegen Geisteskrankheit entlassenen und in eine Irrenanstalt übergeführten Kranken die Zeit ihres Aufenthaltes in dieser auf die Strafzeit nicht angerechnet wird. Dieser Frage, die von größter Bedeutung für die Versorgung der geisteskranken Verbrecher ist, habe ich seit Jahren meine Aufmerksamkeit

gewidmet. Ich darf wohl auf meine diesbezüglichen Abhandlungen in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift 1907, Nr. 26, 1909, Nr. 48—51, meine monographische Darstellung: „Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit“ in den juristisch-psychiatrischen Grenzfragen, IX. Bd., H. 7/8, 1914, meinen am 15. Oktober 1914 in der Hauptversammlung der Zentralstelle für das Gefangenenfürsorgewesen der Provinz Brandenburg in Berlin gehaltenen und im 36. Bande, Jahrgang 1914—15 der Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft veröffentlichten Vortrag und meine Ausführungen im 11. Jahrgange der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform hinweisen. Daß meine Forderung der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit nicht der Berechtigung ermangelt, ist auch von hochangesehener juristischer Seite (Rosenberg, W., Die Anrechnung des Aufenthaltes in einer Irrenanstalt auf die Strafzeit, Deutsche Strafrechtszeitung, III. Jahrgang 1916, H. 1/2) anerkannt worden. Rosenberg führt überzeugend aus, daß die herrschende Praxis der Nichtanrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit weder dem Wortlaut des Gesetzes, noch der Absicht des Gesetzgebers, noch der Billigkeit entspricht. „Die Unsicherheit, ob und wann das Strafende erreicht wird“ — so betont Rosenberg — „verbittert und reizt die Gefangenen, erschwert und verzögert ihre Heilung. Die Fortsetzung des Strafvollzuges gegen kaum genesene Personen befördert den Rückfall, so daß häufig ein beständiger Wechsel zwischen Zuchthaus und Irrenanstalt stattfindet. — Die herrschende Praxis ist hart, grausam und ungerecht, weil sie auf falscher Auslegung des Gesetzes beruht und den Sträflingen Nachteile zufügt, die der Gesetzgeber gerade verhüten wollte“. Eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Hamburg vom 18. April 1916 hält demgegenüber an der Auffassung fest, daß trotz der Bestimmung des § 493 StPO. eine Unterbrechung der Strafhaft bei Verfall eines Verurteilten in Geisteskrankheit gesetzlich zulässig sei. In diesem Beschlusse wird folgendes ausgeführt (siehe Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift XXI. Jahrgang 1918/19, Nr. 19—20, S. 122 und 123 und Deutsche Strafrechtszeitung, Bd. III, 1916, S. 264): „Ob angesichts der Vorschrift des § 493 StPO. in dem Falle, wenn ein Verurteilter nach Beginn der Strafvollstreckung wegen Geisteskrankheit in eine Irrenanstalt gebracht wird, eine Unterbrechung der Strafvollstreckung seitens der Staatsanwaltschaft überhaupt eintreten kann, ist streitig. Neuerdings mehren sich die Stimmen, die dies verneinen: Löwe-Rosenberg, StPO. bei § 493; Rosenberg in Deutsche Strafrechtszeitung 1916, S. 10, Rixen, Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit, Jurist. psychiatr. Grenzfragen 1914. Doch hält das Beschwerdegericht an der früher von ihm vertretenen und herrschenden Ansicht fest, daß trotz der bezeichneten Vorschrift des Gesetzes eine solche Unterbrechung zulässig und möglich ist. Mitbestimmend ist für das Beschwerdegericht gewesen, daß auch die Kommission für die Reform des Strafprozesses sich auf diesen Standpunkt gestellt hat (Protokolle Bd. II, S. 294), und daß in dem Entwurf einer Strafprozeßordnung von 1908, wie die Begründung zu §§ 471—473 ergibt, das geltende Recht nicht abgeändert werden sollte, obgleich freilich die Fassung des § 472 Abs. 2 des Entwurfs darüber wiederum einen Zweifel aufkommen läßt, so daß eine gesetzliche Klarstellung wünschenswert erscheint.

Aber auch von dem Standpunkt der Zulassung einer Strafunterbrechung

aus muß erfordert werden, daß die Unterbrechung nicht lediglich von der Strafvollstreckungsbehörde durch eine schriftliche Verfügung angeordnet wird, sondern daß sie auch durchgeführt wird, derart, daß nach der Unterbrechung sich die Strafvollstreckungsbehörde aller Verfügungsgewalt über den Verurteilten begibt, und daß der Aufenthalt des Verurteilten in der Irrenanstalt nicht mit Rücksicht auf die noch bevorstehende Strafvollstreckung verlängert wird. Ist sein Aufenthalt dort zu seinem Schutze oder zum Schutze der Allgemeinheit nicht mehr erforderlich, worüber die zuständige Verwaltungsbehörde zu entscheiden hat, so ist der Verurteilte zu entlassen und darf nicht mit Rücksicht auf den Rest der Strafverbüßung festgehalten werden; vgl. auch OLG. Düsseldorf, Beschluß vom 13. September 1907, Gold. Archiv Bd. 56, S. 111.

Im vorliegenden Falle ist demgemäß verfahren. Bei Unterbrechung am 17. August 1913 hat die Staatsanwaltschaft der Polizeibehörde hier mitgeteilt, daß sie sich jeder Verfügung über den bisherigen Strafgefangenen begeben, und es hat an diesem Tage die Polizeibehörde auf Grund des § 22 des Hamburgischen Gesetzes betr. das Verhältnis der Verwaltung zur Rechtspflege, den Beschwerdeführer zu seinem Schutze und zur Abwendung von Gefahren für andere Personen in Verwahrung genommen und zur Heilung der bei ihm festgestellten Geistesstörung der Irrenanstalt Langenhorn überwiesen; auch sind die Kosten von diesem Tage an von der Allgemeinen Armenanstalt getragen worden. Die Strafunterbrechung ist dem Verurteilten bekanntgegeben.

Nach Verlauf längerer Zeit ist dann eine Besserung in dem Befinden des Verurteilten eingetreten. Die Direktion der Irrenanstalt Langenhorn hat darüber auf Ersuchen des Beschwerdegerichts mitgeteilt, der Beschwerdeführer würde unter gewöhnlichen Verhältnissen, wenn er nicht Strafgefangener gewesen wäre, nicht die ganze Zeit bis 11. November 1915 in der Anstalt zurückbehalten worden sein; er sei deshalb länger zurückbehalten worden, weil nach seinem Abgang wieder die Fortsetzung des Strafvollzuges wenigstens habe versucht werden müssen, und es deshalb angezeigt gewesen sei, sein Nervensystem durch entsprechende längere Anstaltsbehandlung zu kräftigen. Es geht daraus und aus den Akten der Irrenanstalt hervor, daß, als die Besserung des Beschwerdeführers eintrat, zwar der Polizeibehörde unter dem 18. Jan. 1915 seitens der Irrenanstalt mitgeteilt worden ist, N. sei soweit wieder hergestellt, daß er demnächst als straffähig in das Gefängnis zurückgeführt werden könne, daß aber hieraufhin nicht von neuem geprüft worden ist, ob der Aufenthalt des Beschwerdeführers in der Anstalt zu seinem oder anderer Personen Schutze noch erforderlich sei. Auch die herangezogenen Akten der Polizeibehörde ergeben hierüber nichts anderes. Hiernach liegt die Sache so, daß anzunehmen ist, der Beschwerdeführer würde, wenn er nicht Strafgefangener gewesen wäre, bei seiner Besserung aus der Anstalt entlassen worden sein, die weitere Festhaltung in der Anstalt ist mit Rücksicht auf den noch ausstehenden Strafvollzug geschehen. Die Irrenanstaltsdirektion hat den genauen Zeitpunkt nicht angeben können, wann seine Entlassung hätte stattfinden können. Da unter dem 18. Januar 1915 von Besserung berichtet wird, so muß zugunsten des Verurteilten angenommen werden, daß schon am 1. Januar 1915 N. soweit gebessert war, daß er hätte entlassen werden können.

Da also der Beschwerdeführer von diesem Tage an lediglich in der Irrenanstalt behalten worden ist, weil er Strafgefangener war, mag dies auch zu seinem

Besten geschehen sein, so ergibt sich die Folge, daß für diese Zeit die Vorschrift des § 493 StPO. wieder Anwendung finden muß, so daß die Zeit vom 1. Januar bis 11. November 1915 in seine Strafzeit einzurechnen ist. (Beschl. vom 18. April 1916 Bs. St. 7/16.)

Archiv für Strafrecht 63. Bd., Heft 1—2, Entsch. Deutscher Oberlandesgerichte.“

Auch das Reichsgericht ist in einer Entscheidung des IV. Zivilsenats vom 9. November 1916 dieser Ansicht beigetreten, indem es folgenden Beschluß faßte:

„Die Strafgefangenen St. Sch. und W. sind, während sie die ihnen auferlegten Zuchthausstrafen verbüßten, in Geisteskrankheit verfallen und deshalb aus den Strafanstalten in Irrenanstalten übergeführt worden. Hier wurden sie auf Kosten des klagenden Landarmenverbandes gepflegt. Der Kläger behauptet, daß in der Zeit dieser Verpflegung, und zwar während näher angegebener Zeiträume, die Strafvollstreckung nicht unterbrochen gewesen sei; die Verpflichtung zur Bestreitung der Verpflegungskosten habe deshalb während dieser Zeiträume nicht auf Grund des § 31 des Gesetzes zur Ausführung des Gesetzes über den Unterstützungswohnsitz vom 8. März 1871 in der Fassung des Gesetzes vom 11. Juli 1891 ihm, dem klagenden Landarmenverbände, sondern dem beklagten preußischen Fiskus obgelegen. Er hat diese Kosten auf 7488,70 Mk. berechnet und mit der erhobenen Klage deren Erstattung wegen ungerechtfertigter Bereicherung von dem Beklagten gefordert. Der Beklagte hat den Anspruch seinem Grund und seinem Betragen nach bestritten. Er behauptet, die Strafvollstreckung sei während der vom Kläger angegebenen Zeitabschnitte unterbrochen gewesen.

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Das Oberlandesgericht hat nur in Ansehung des St. für die Zeit vom 19. April bis 8. Mai 1912, die dem St., obwohl er sich damals noch in der Heil- und Pflegeanstalt in Eickelborn befand, gemäß § 493 StPO. auf die Strafzeit angerechnet worden ist, den Klageanspruch für begründet gehalten und unter Abänderung des landgerichtlichen Urteils den Beklagten zur Erstattung der auf diese Zeit entfallenden Verpflegungskosten mit 34,20 Mk. nebst Zinsen verurteilt, im übrigen aber mit dem Landgericht angenommen, daß die Strafvollstreckung unterbrochen gewesen sei, und hat die Berufung des Klägers wegen des Mehrbetrages zurückgewiesen.

Die Revision des Klägers wurde zurückgewiesen aus folgenden Gründen:

Der erhobene Anspruch ist ausschließlich auf den Rechtsgrund der ungerechtfertigten Bereicherung gestützt. Andere Klagegründe wie beispielsweise, daß vermöge eines Ersuchens um Aufnahme der Verurteilten in die Irrenanstalten und durch die Annahme und Ausführung dieses Ersuchens eine vertragsmäßige Verpflichtung des Fiskus zur Kostenerstattung entstanden sei, oder daß die Verpflegung der Verurteilten während ihres Aufenthalts in den Irrenhäusern in auftragsloser Geschäftsführung des Klägers für den Beklagten stattgefunden habe, oder daß der Kläger bei der Überweisung der Verurteilten durch ein schuldhaftes, eine Ersatzpflicht des Beklagten begründetes Verhalten die Staatsbehörden irreführt und unzutreffenderweise in dem Glauben versetzt worden sei, es handle sich nicht mehr um Strafgefangene, als er diese aufnahm und verpflegte — alle diese und etwa mögliche andere Gesichtspunkte der rechtlichen Anspruchsbegründung kommen daher für die Entscheidung nicht in Betracht. Dementsprechend ist die Klage auch von den beiden Vorinstanzen

nur aus dem Rechtsgrund der ungerechtfertigten Bereicherung beurteilt worden.

Ungerechtfertigt bereichert aber ist der Beklagte gemäß § 812 Abs. 1 BGB. im gegebenen Falle nur dann, wenn vermöge des Aufenthalts der Verurteilten in den Irrenanstalten des Klägers deren Strafvollstreckungszeit verkürzt worden ist, der Beklagte also durch den Aufwand des Klägers während der entsprechenden Zeitabschnitte Strafvollstreckungskosten erspart hat. Diese Annahme würde — von den Beträgen des Aufwandes auf der einen und der Ersparnis auf der anderen Seite abgesehen — ohne weiteres begründet sein, wenn nach begonnener Straftat im Falle einer Erkrankung des Verurteilten und seiner dadurch notwendig gewordenen Überführung in eine von der Strafanstalt getrennte Krankenanstalt eine von dem Willen des Verurteilten unabhängige Unterbrechung der Strafvollstreckung gemäß § 493 StPO. überhaupt nicht stattfinden dürfte. Eine derartige Auslegung des § 493 ist jedoch von jeher abgelehnt worden, und zwar nicht nur in der Gesetzesanwendung von seiten der mit der Strafvollstreckung befaßten preussischen Staatsbehörden (folgt Aufzählung der Verfügungen, besonders der gemeinsamen Verfügung des Justizministers und des Ministers des Innern vom 21. April 1899), sondern auch, insbesondere für den Fall der Geisteskrankheit, von der überwiegenden Mehrzahl der Schriftsteller. Der erkennende Senat hat keinen hinreichenden Anlaß gefunden, von dieser Gesetzesauslegung abzuweichen (IV. Zivilsenat, Urteil vom 9. November 1916 i. S. Landarmenverband der Prov. Westfalen, Kläger, wider preuß. Fiskus. Beklagter, Reg. IV. 304/16.)

Entscheidungen des Reichsgerichts in Zivilsachen Neue Folge 39. Bd. Leipzig 1917.

Nach dieser Reichsgerichtsentscheidung ist unter dem geltenden Rechte an eine Änderung der Strafunterbrechung bei Verfall eines Gefangenen in Geisteskrankheit und der Nichtanrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit nicht zu denken. Es darf aber der Erwartung Ausdruck gegeben werden, daß durch die bevorstehende Neuordnung der Strafprozeßordnung eine prinzipielle Änderung dieses in seinen Folgen so verhängnisvollen Verfahrens herbeigeführt wird.

Nach dem im I. Abschnitt im Wortlaut angeführten Erlaß des Ministers der Medizinal-Angelegenheiten und des Ministers des Innern betreffend das Verfahren bei der Entlassung gefährlicher Geisteskranker aus den öffentlichen Irrenanstalten vom 15. Juni 1901 und dem Erlaß des Ministers der geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 20. Mai 1904 sind die Leiter der Irrenanstalten verpflichtet, vor der beabsichtigten Entlassung einer nach ihrem Vorleben als gefährlich zu erachtenden Person die Polizeibehörden zu hören und ihnen Gelegenheit zu geben, etwaige Bedenken zum Ausdruck zu bringen, welche aus dem Vorleben und den ganzen wirtschaftlichen und Familienverhältnissen, namentlich auch aus denjenigen, in welche der zu Entlassende demnächst eintreten wird, gegen die Entlassung sprechen.“

Äußern die Polizeibehörden lediglich „Bedenken“ gegen die beabsichtigte Entlassung, so sind die Leiter der Irrenanstalten trotzdem befugt, den Kranken zu entlassen. Dagegen wird durch polizeilichen „Widerspruch“ die Entlassung vorläufig verhindert. (S. Moeli, Die Fürsorge für Geisteskranke, 1915, S. 48 und 148 und Moeli, Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung

aus den Anstalten für Geistesranke, 1906.) Die Verpflichtung, vor der beabsichtigten Entlassung eines gefährlichen Geistesranken eine Äußerung der Polizeibehörden über etwaige Bedenken einzuholen, wird von den Irrenanstaltsleitern als überaus unangenehm und lästig empfunden, jedoch, wie auch Aschaffenburg hervorhebt, mit Unrecht, da sie durch die Mitwirkung der Behörden bei der Entlassung gefährlicher Kranker in ihrer Verantwortlichkeit, zumal im Hinblick auf die Bestimmung des § 832 BGB. entlastet werden.

Die Schwierigkeiten, die sich aus der Unterbringung der verbrecherischen Geistesranken, der auf Grund des § 51 StGB Freigesprochenen, insbesondere auch im Hinblick auf die Entlassung aus den Irrenanstalten ergeben, haben Bresler Veranlassung gegeben, mit einem eigenartigen Vorschlage hervorzutreten (Zu § 51 RStGB. Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift, 1919/20, Nr. 13/14, S. 91, 92). Er wünscht die Einführung einer Bestimmung in das Strafgesetzbuch des Inhalts, „daß im Falle von Zurechnungsunfähigkeit wegen Geistesstörung oder Bewußtlosigkeit auf Antrag des Freigesprochenen — statt Freisprechung — Verurteilung erfolgen kann“. Bresler will diese Bestimmung zwar „nur für ganz besonders geartete und Ausnahmefälle“ angewandt wissen, er hofft aber andererseits von dieser Maßnahme eine Wohltat für die verbrecherischen Geistesranken, die dann nicht mehr auf unbestimmte Zeit in einer Irrenanstalt untergebracht würden, sondern eine Strafe von bestimmter Dauer zu verbüßen hätten. Der Vorschlag Breslers entspringt daher letzten Endes dem Wunsche der Irrenanstaltsärzte, sich der verbrecherischen Geistesranken zu entledigen. Daß derselbe aus juristischen und psychiatrischen Erwägungen völlig undurchführbar ist, liegt offen zutage. Die wichtigsten Bedenken gegen diesen Vorschlag hat bereits Heinicke in seiner Abhandlung: „Einiges zu dem Vorschlag von Bresler: Zu § 51 RStG. (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1919/20 Nr. 29/30, S. 220/221) hervorgehoben. Ich möchte dazu noch folgenden bemerken: Die Ausführung des Vorschlages Breslers würde die Durchbrechung eines Prinzips bedeuten, daß sich seit mehr als 500 Jahren in den Strafgesetzbüchern sämtlicher Kulturvölker findet, des Grundsatzes, daß Geistesranke und Unzurechnungsfähige nicht bestraft werden dürfen, sie würde ferner einen völligen Umschwung der forensisch-psychiatrischen Anschauungen herbeiführen und die gesamte gerichtliche Psychiatrie auf eine äußerst schwankende Basis stellen. Bresler behauptet, ein Angeklagter habe es auch jetzt in der Hand, seine Bestrafung trotz Vorhandenseins von Geistesstörung und Unzurechnungsfähigkeit herbeizuführen, wenn er oder sein Verteidiger diese Tatsache vor Gericht verschweigen würden. Ein derartiger Fall ist mir in meiner langen psychiatrischen Sachverständigentätigkeit noch niemals vorgekommen, und ich habe auch noch niemals von einem derartigen Falle gehört. Heinicke hat schon darauf hingewiesen, daß es Pflicht des Verteidigers ist, eine psychiatrische Untersuchung des Angeklagten zu veranlassen, wenn Bedenken hinsichtlich seiner Zurechnungsfähigkeit bestehen. Eine derartige Pflicht hat aber nicht nur der Verteidiger, sondern in gleicher Weise der Staatsanwalt und jeder Richter. Selbstverständlich ist auch der ärztliche Sachverständige unbedingt verpflichtet, bei begründetem Zweifel an der Zurechnungsfähigkeit des Angeklagten eine Beobachtung und Begutachtung herbeizuführen. Ja, ich gehe soweit zu behaupten, daß jeder rechtlich denkende Mensch die Verpflichtung hat, Unrecht zu verhüten, und deshalb im gegebenen Falle seine

Bedenken hinsichtlich der Zurechnungsfähigkeit an zuständiger Stelle äußern muß. Mit Heinicke bin ich der Ansicht, daß sich kein Richter finden wird, der trotz Bedenken an der subjektiven Schuld des Angeklagten unter Verletzung des höchsten Rechtsgrundsatzes: „Wo keine Schuld, da keine Strafe“, eine Verurteilung aussprechen wird. Mit Recht betont Heinicke auch, daß der auf Grund des § 51 Freigesprochene als Kranker, der Verurteilte hingegen als Rechtsbrecher angesehen wird, und weiter, daß sehr viele der nach dem Vorschlage von Brésler Verurteilten alsbald im Strafvollzuge geistig erkranken und dann als geistesranke Verbrecher in die Irrenanstalt kommen würden. Und ob der Geistesranke als verbrecherischer Geisteskranker oder geisteskranker Verbrecher in der Irrenanstalt untergebracht wird, das dürfte vom Standpunkt des Irrenarztes nur ein Spiel mit Worten und in Wirklichkeit völlig gleichgültig sein. Der Weg, den Bresler in seinem Vorschlage zur Entlastung der Irrenanstalten von den verbrecherischen Geisteskranken gezeigt hat, ist demnach völlig ungangbar. Vielleicht würden bei Ausführung des Breslerschen Vorschlages weniger verbrecherische Geistesranke in die Irrenanstalten kommen dafür würden aber um so mehr geistesranke Verbrecher diesen zugeführt werden.

Zur Begründung der Notwendigkeit, die kriminellen Geisteskranken von den öffentlichen Irrenanstalten fernzuhalten, und für diese besondere Einrichtungen zu treffen, weisen die Irrenanstaltsärzte schließlich immer wieder darauf hin, daß Entweichungen und Entweichungsversuche dieser Kranken häufig vorkommen. Aber auch diesen Grund halte ich nicht für stichhaltig. Daß Kriminelle häufiger aus den Anstalten entweichen als Nichtkriminelle, ist richtig. Daraus folgere ich aber nicht, daß die kriminellen Kranken aus den öffentlichen Irrenanstalten entfernt werden müssen, sondern daß Maßnahmen ergriffen werden müssen, um die Entweichung zu verhindern. Ohne Zwangsmaßnahmen ist nun einmal eine Behandlung in einer Irrenanstalt trotz des No restraint nicht durchzuführen. Diese müssen sich nach dem Zustande des Geisteskranken richten, mag dieser nun zu den nicht kriminellen oder den kriminellen Geisteskranken gehören. „Unsere Anstalten“, so erklärt Klinke, der Direktor einer großen schlesischen Anstalt, „müssen so hergerichtet sein, daß sie für Kranke aller Art genügend sichere Unterkunft und die Möglichkeit, die störenden und unbequemen Elemente zu trennen, in vollem Umfange darbieten“. Ebensowenig wie die Irrenanstalten berechtigt sind, die Aufnahme von Geisteskranken abzulehnen, die wegen tobsüchtiger Erregung oder Unreinlichkeit unbequem sind, ebensowenig ist die Nichtaufnahme solcher Geisteskranker begründet, die eine kriminelle Vergangenheit haben, und nach Entweichung trachten. Durch sorgfältige Auswahl und Vermehrung des Wärterpersonals, durch ärztliche Kontrolle und entsprechende Sicherungsmaßnahmen, vor allem durch Vermeidung der Anhäufung der gefährlichen Geisteskranken auf einzelnen Abteilungen und richtige Verteilung derselben auf sämtliche Anstalten wird der Entweichungsgefahr wirksam vorgebeugt werden können. Daß dies richtig ist, geht auch daraus hervor, daß die Zahl der Entweichungen gefährlicher Geisteskranker aus den Anstalten erheblich geringer geworden ist, seitdem diese Grundsätze in der Behandlung der gefährlichen Geisteskranken immer mehr Berücksichtigung gefunden haben.

VI. Abschnitt.

Die Maßnahmen zur Verhütung der Gefährlichkeit bei Geisteskranken.

Die moderne Heilkunde steht im Zeichen der Prophylaxe, der Bekämpfung der Krankheitsursachen. „Die wichtigste Aufgabe des Arztes ist, Krankheiten zu verhüten“, sagt bereits Isaac Judæus, ein jüdischer Arzt des X. Jahrhunderts in seiner „Führung der Ärzte“. Der Arzt ist nicht lediglich dazu da, Krankheiten festzustellen und zu heilen, nicht minder wichtig und bedeutungsvoll sind die ärztlichen Anordnungen zur Verhütung der Krankheiten. Legen wir uns nun die Frage vor, welche Maßnahmen geeignet sind, der Gefährlichkeit bei Geisteskrankheiten vorzubeugen, so steht an erster Stelle die möglichst rasche Überführung des Kranken, der gefährlich zu werden droht, in geeignete Behandlung, in eine Irrenanstalt. Die Psychiatrie muß aus der Abgeschlossenheit, in der sie bisher gelebt hat, heraus, die Vorurteile, die gegen die Irrenanstalten und die Irrenärzte in weiten Kreisen bestehen, müssen beseitigt werden. Wieviel Unheil könnte vermieden, wieviele Selbstmorde und schwere Bluttaten, wieviel Jammer und Elend könnten verhütet werden, wenn die psychisch Kranken rechtzeitig in die richtige Behandlung kämen und in geeigneten Anstalten untergebracht würden! Von Zeit zu Zeit erregt die Schreckenstat eines Geisteskranken wie in dem Falle des Hauptlehrers Wagner in Degerloch im September 1913 allgemeine Bestürzung und Entsetzen, man wirft wohl die Frage auf, warum in solchen Fällen der Geisteskranke nicht vor der Tat in einer Anstalt untergebracht wurde, aber das Übel wird nicht an der Wurzel gefaßt, der völligen Verständnislosigkeit der breiten Masse des Volkes gegenüber geistigen Erkrankungen wird nicht gesteuert, und die Aufnahmevorschriften für die öffentlichen Irrenanstalten bleiben nach wie vor so erschwert, daß die Angehörigen der Kranken sich nur dann zur Überführung in eine Irrenanstalt entschließen, wenn ihnen kein anderer Ausweg übrig bleibt. Mit dem Abwarten, Hinausschieben der Anstaltsbehandlung und der Beschaffung der zur Aufnahme erforderlichen Schriftstücke geht viel kostbare Zeit verloren, und in vielen Fällen ist das Unglück schon geschehen, bevor diese erfolgen kann. Bei körperlich Kranken wird von den Angehörigen dafür gesorgt, daß sie möglichst bald in sachgemäße Behandlung gelangen, bei den psychisch Erkrankten wird aber nicht selten von Laien und Ärzten in unverantwortlicher Weise experimentiert und die Prognose dadurch nicht unerheblich verschlechtert, bevor sie an die rechte Schmiede kommen. In dieser Hinsicht liegt vor uns Psychiatern noch ein weites, kaum beackertes Feld reicher Betätigung. Wir müssen endlich das noch in sehr vielen Köpfen spukende Wahngelbde aus der Welt schaffen, daß Sünde und Schuld die Ursachen geistiger Störungen sind, wir müssen dahin wirken, daß psychische Erkrankungen genau so als Krankheiten bewertet werden, wie innere und chirurgische Krankheiten, wir müssen die Tore der Irrenanstalten weit öffnen, damit die breite Öffentlichkeit sich davon überzeugen kann, daß die Behandlung mit Zwangsjacke und Gummizelle einer längst vergangenen Epoche angehört, und an deren Stelle eine durchaus humane, sinnvoll ausgebaute Therapie getreten ist. Mit Recht hat Leppmann in seinem klaren Vortrage: „Der Schutz

gegen Geistesranke“ in der 9. Hauptversammlung des deutschen Medizinal-Beamtenvereins zu Breslau am 12. September 1913 betont, daß das mangelhafte Verständnis für das Wesen der geistigen Erkrankungen in Laienkreisen den wesentlichsten Nachteil bei dem Schutz vor Geisteskranken bildet. Es ist nicht zu verkennen, daß die Tagespresse, die einen gewaltigen Einfluß auf die öffentliche Meinung ausübt, der Weiterverbreitung der Vorurteile gegenüber Irrenärzten und Irrenanstalten vielfach Vorschub leistet. Statt aufklärend und belehrend zu wirken, wirkt sie, wenn es sich um Geistesranke und Irrenanstalten handelt, nicht selten verhetzend und überaus schädlich. „Es ist doch einer Zeit, welche die praktische Anwendung der Naturwissenschaften auf ihre Fahne geschrieben hat, unwürdig, daß z. B. kein kriminell gewesener Geistesranke aus einer Irrenanstalt ausbrechen kann, ohne daß die gesamte Presse ohne weiteres urteilt: Er ist ein Simulant! Und wenn irgendein krank Erklärter nach Veränderung seines Zustandes verlangt, daß die Beschränkung seiner Rechte fällt, dann heißt es wieder in der ganzen Presse: „Da seht ihrs ja, da ist ein goldklarer und unschuldiger Mensch durch die Voreingenommenheit und Einseitigkeit der Ärzte eingesperrt worden.“ (Leppmann) Ich habe mir häufig die Frage vorgelegt, wie es denn kommt, daß jeder Laie sich für fähig hält, ein abschließendes Urteil über geistige Gesundheit und Geistesrankeheit abzugeben, während er es doch unbedingt ablehnen würde, über den körperlichen Zustand eines Menschen ein Gutachten zu erstatten. Der Grund für diese verschiedenartige Beurteilung somatischer und psychischer Störungen liegt offenbar in den mystischen Vorstellungen, die noch vielfach über die Ursachen und das Wesen geistiger Erkrankungen verbreitet sind. Auch in gebildeten Kreisen findet sich gar oft die Ansicht, daß der gesunde Menschenverstand vollkommen genüge, um den Geisteszustand eines Menschen zu beurteilen. Deshalb müssen wir in die Öffentlichkeit gehen, falsche Darstellungen in den Zeitungen berichtigen und, wenn es not tut, den Verleumdern der Irrenanstalten und Irrenärzte mit Schärfe entgegenreten.

Die Frage, ob eine Person gemeingefährlich geistesranke ist oder nicht, kann oft auf Grund einer einmaligen Untersuchung und kurzer Beobachtung nicht entschieden werden. Es kommt gar nicht selten vor, daß ein tobsüchtiger, schreiender und um sich schlagender Mann auf der Straße festgenommen und in Polizeigewahrsam gebracht wird. Der herbeigerufene Kreisarzt soll dann entscheiden, ob der Mann gemeingefährlich geistesranke ist und in eine Irrenanstalt gebracht werden soll. Eine derartige Entscheidung ist aber auf Grund einer kurzen Untersuchung auf der Polizeiwache vielfach nicht möglich. Eine Beobachtung in einer Irrenanstalt ist bei zweifelhaftem Geisteszustand nur auf Grund des § 81 StPO. im Strafverfahren und auf Grund des § 657 ZPO. im Entmündigungsverfahren zulässig. Eine Beobachtung des Geisteszustandes bei Gemeingefährlichkeit kennt unser Gesetz nicht. Deshalb muß der Forderung A. Leppmanns nach gesetzlicher Festlegung der Zulässigkeit einer Irrenanstaltsbeobachtung von kurzer Dauer bei zweifelhaftem Geisteszustande von Gemeingefährlichen zugestimmt werden. In einer Reihe von Städten bestehen Stadtasyle, in denen Geistesranke und der Geistesrankeheit verdächtige Personen ohne weiteres aufgenommen werden können. Diese haben sich sehr bewährt und der Einwand, daß nichtgeistesranke Personen in diesen festgehalten werden könnten, hat sich nicht als stichhaltig erwiesen. „Je freiheitlicher das

Aufnahmeverfahren gestaltet wird, desto besser für alle“ (Aschaffenburg). Göring teilt mit, daß die Hamburger Presse in einem Jahre über 225 durch Geistesranke hervorgerufene Todesfälle berichtete, von denen der weitaus größte Teil durch rechtzeitige Unterbringung in einer Irrenanstalt hätte vermieden werden können. Aber das unausrottbare Vorurteil gegen die Irrenanstalten ist schuld daran, daß nicht rechtzeitig eingegriffen wird. Fälle, wie der von Göring erwähnte, in dem ein hessischer Kreisarzt schrieb: „Mußten wir es doch erst vor kurzem wieder erleben, daß in der kurzen Zeit zwischen Beantragung der Untersuchung und Bestätigung des Fragebogens der Kranke Hand an sich selbst gelegt hatte“, sind in der Praxis des Nervenarztes und des beamteten Arztes keineswegs selten. Darum kann nicht dringend genug immer wieder darauf hingewiesen werden, wie notwendig die schleunige Überführung gefährlicher Geisteskranker in Irrenanstalten ist, und wie wichtig es ist, daß das Aufnahmeverfahren der Irrenanstalten möglichst einfach gestaltet wird. Häufig scheidert die rasche Aufnahme eines gefährlichen Geisteskranken auch an der Kostenfrage. Besonders in Landkreisen wird wegen der Kosten der Anstaltsbehandlung die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Irrenanstalt verzögert und verhindert und dadurch großes Unheil angerichtet. Die Angehörigen und Gemeinden werden in erheblichem Grade zu den Kosten des Anstaltsaufenthaltes herangezogen. Die Angehörigen des Kranken können auf die Dauer in vielen Fällen einen großen Teil der Kosten ohne schwere wirtschaftliche Schädigung nicht übernehmen, und auch die Gemeinden werden durch diese Kosten wesentlich belastet, wenn die Fälle von Geisteskranken, die in einer Anstalt untergebracht werden müssen, sich häufen. Besonders kleinen Landgemeinden können bedeutende Kosten durch lange Zeit dauernde Unterbringung von Gemeindemitgliedern in Irrenanstalten erwachsen. Deshalb ist es verständlich, daß die Gemeindevorsteher sich gegen die Übernahme der Unterbringungskosten sträuben, und daher in vielen Fällen die Überführung eines Kranken auf dem Lande in eine Irrenanstalt unterbleibt, in denen sie im öffentlichen Interesse, wie im Interesse des Kranken selbst, unbedingt erforderlich wäre. Am zweckmäßigsten würde es sein, wenn in den Fällen, in denen ein vorwiegend öffentliches Interesse der Anstaltsverwahrung vorliegt, die Kosten vom Staate getragen würden. Damit würden manche Schwierigkeiten beseitigt werden. Die Angehörigen des Kranken würden sich demnach viel leichter entschließen, denselben in eine Irrenanstalt zu bringen.

Auch in den Gefangenenanstalten begegnet die rechtzeitige Erkennung und sachgemäße Behandlung geisteskranker und der Geisteskrankheit verdächtiger Untersuchungs- und Strafgefangener mannigfachen Schwierigkeiten. Es ist in dieser Abhandlung schon an verschiedenen Stellen darauf hingewiesen worden, wie oft Geistesranke in den Gefängnissen und Strafanstalten verkannt und zu Unrecht für Simulanten gehalten werden. Um dem abzuhelfen, hat bereits Aschaffenburg darauf hingewiesen, wie notwendig es für die Juristen und Gefängnisbeamten ist, daß sie die Grundzüge der Psychopathologie kennen. Vor dem Kriege war durch die Gefängnislehrkurse und die forensisch-psychiatrischen Vereinigungen, die in vielen deutschen Städten bestanden, nach dieser Richtung ein vielversprechender Anfang gemacht worden. Auch die Einrichtung einer Verbrecher-Klinik, die Aschaffenburg vorgeschlagen hat, in der der Strafrechtslehrer den juristischen, der Psychiater

den psychologischen und psychiatrischen Teil übernehmen soll, wäre zu begrüßen. Einen Punkt möchte ich noch als besonders wichtig hervorheben, das ist die mangelhafte psychiatrische Ausbildung der Ärzte an den Gefängnissen und Strafanstalten, und das hängt unverkennbar mit der nebenamtlichen Stellung und der völlig ungenügenden Besoldung der Gefängnisärzte zusammen. In Preußen gibt es keinen einzigen Gefängnisarzt, der hauptamtlich angestellt ist, auch nicht an den Gefängnisanstalten, die jährlich viele Tausende von Gefangenen aufnehmen. Im Gegensatz zu einer Reihe anderer deutscher Staaten wie Bayern, Sachsen, Baden, Württemberg, Hamburg sind in Preußen nicht einmal die Ärzte der Gefangenenanstalten, mit denen Irrenabteilungen verbunden sind, fest angestellt. Und wie kümmerlich ist die Honorierung der Gefängnisärzte! Straßmann hat bereits im Jahre 1895 in seinem Lehrbuche der gerichtlichen Medizin (S. 603) eine Verbesserung der Stellung der Gefängnisärzte gefordert, geschehen ist aber, trotzdem diese Forderung immer wieder von neuem gestellt worden ist, so gut wie nichts. Die jetzige Lage der Ärzte an den Gefangenenanstalten ist geradezu unhaltbar. Die hauptamtlich angestellten Oberbeamten einer Gefangenenanstalt, der Direktor, die Geistlichen, Lehrer und Inspektoren stehen eben kraft ihrer hauptamtlichen Stellung ganz anders da, als der nebenamtlich, auf Grund eines Vertrages verpflichtete Arzt. Kommt es zu Konflikten, so geht natürlich — wie dies mehrfach vorgekommen ist — der Arzt und ein neuer tritt an seine Stelle. Die nebenamtliche Tätigkeit des Gefängnisarztes und seine kärgliche Besoldung („Im allgemeinen pflegt das Gehalt der Gefängnisärzte niedrig bemessen zu sein“, Friedrich Löffmann, Der Gefängnisarzt, 1909, S. 18) bringt es mit sich, daß er sich den Gefangenen nur kurze Zeit widmen kann; er ist doch darauf angewiesen durch andere ärztliche Tätigkeit seine Haupteinnahmen zu erzielen. Vielfach sind die Kreisärzte zugleich Gefängnisärzte im Nebenamte; die Ärzte der preußischen Irrenabteilungen praktizieren als Nervenärzte. Aschaffenburg hat sich gegen eine hauptamtliche Anstellung der Irrenärzte aus dem Grunde gewandt, weil er befürchtet, diese könnten dann den Konnex mit den psychischen Erkrankungen leichter Art, wie sie gerade die Sprechstunde des Nervenarztes darbietet, verlieren. Ich halte dieses Bedenken aber nicht für berechtigt. Der hauptamtlich angestellte Arzt könnte trotzdem Privatpraxis betreiben, wie dies auch die nicht voll besoldeten Kreisärzte häufig tun, wie auch die Anstaltsgeistlichen häufig noch eine soziale Fürsorgetätigkeit entfalten. Die hauptamtliche und feste Anstellung der Ärzte an den größeren Gefangenenanstalten würde deren Stellung im Kollegium der Oberbeamten erheblich verbessern und auch nach außen dokumentieren, daß ihre Tätigkeit eine überaus wichtige und bedeutungsvolle ist. Mit Stolz können wir Ärzte darauf hinweisen, daß an der Reform des Gefängniswesens in Deutschland Ärzte in hervorragendem Maße beteiligt gewesen sind, wie der Hamburger Arzt Dr. Julius, der im Jahre 1827 durch seine Vorlesungen über Gefängniskunde den Anlaß zur Gründung des Berliner Vereins zur Besserung der Strafgefangenen gegeben hat, und der Frankfurter Arzt Dr. Varrentrapp, der 1841 eine Abhandlung über „Pönitentiarsysteme“ schrieb und mit Julius und Noellner die Jahrbücher der Gefängniskunde und Besserungsanstalten herausgab. Was die Gefängnisärzte in den letzten Jahrzehnten auf dem Gebiete der Gefängnis Hygiene, Kriminalpsychologie und Psychopathologie geleistet haben, braucht nicht besonders betont zu werden:

ich nenne da nur die Namen A. Baer, A. und F. Leppmann, Aschaffenburg und Siefert. Trotzdem ist für eine Hebung der Stellung und besseren Besoldung der Gefängnisärzte nichts getan worden. Im Jahre 1904 wies Heilbronner auf Grund seiner Erfahrungen als Arzt des Breslauer Strafgefängnisses bereits eindringlich darauf hin, wie reformbedürftig die Stellung der Ärzte an des Gefangenenanstalten ist, denen eine Irrenabteilung angegliedert ist. „Schon jetzt“ — so schreibt er in der Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform — „ist ihre Tätigkeit umfangreicher und namentlich verantwortlicher, als dem nebenamtlichen Charakter ihrer Stellung entspricht. Betrachtet man die oben berechneten Zahlen von 267 Betten und 1060 Aufnahmen (in sämtlichen 6 preußischen Irrenabteilungen) als die Bestands- und Aufnahmezahlen einer Anstalt, so würde die Zahl von sechs Ärzten noch keineswegs sehr hoch erscheinen, am wenigsten, wenn man berücksichtigt, daß mit der Wirksamkeit an der Anstalt eine sehr umfangreiche gutachtliche Tätigkeit verknüpft ist. Das Verlangen nach Schaffung je einer hauptamtlichen Arztstelle an jeder der sechs bestehenden größeren Abteilungen erscheint demnach wohl berechtigt. Ich glaube wohl, daß in Preußen, wie es dies bezüglich der Kreisarztstellen getan hat, dem Beispiel anderer Bundesstaaten — z. B. Bayern — auch bezüglich vollbesoldeter und pensionsberechtigter Gefängnisärzte wird nachfolgen müssen, zum mindesten bezüglich der hier in Betracht kommenden Anstalten, für die ja schon jetzt eine erheblich höhere Renumeration ausgesetzt ist. Die Schaffung solcher Stellen würde einmal die Gewinnung ärztlicher Kräfte erleichtern, sie würde aber insbesondere, weil die Stellen dann weniger als Durchgangsstationen betrachtet würden, einem wenig erwünschten häufigen Wechsel in der Besetzung vorbeugen.“ In einem bedeutsamen Aufsatz: „Sozial. medizinische Fragen“ (Zeitschr. f. ärztl. Fortbildung, XVII. Jahrg. 1920, Nr. 1, S. 25) betont Friedländer, wie wichtig die Tätigkeit der Gefängnisärzte ist: „Auf diesem Gebiete“ — erklärt er — „können die Gefängnisärzte Großes schaffen — allerdings dürfen sie nicht im „Nebenamt“ tätig sein.“ Friedländer fährt dann fort: „Der Arzt muß der Träger aller sozialen Gedanken und Bestrebungen sein. Zu ihrer energischen Durchführung und Anwendung bedarf es nicht nur materieller, sondern auch innerer Unabhängigkeit.“ Man gebe den Gefängnisärzten endlich diese materielle und innere Unabhängigkeit, die Gefangenen und der Staat werden daraus hohen Gewinn erlangen. In einer Abhandlung: „Zur Bedeutung der Anstaltspsychiatrie“ (Psychiatrisch-neurologische Wochenschrift 1910/11, Nr. 47) stellt Weber-Göttingen mit Recht die Forderung: „Die Anstaltsärzte sollen eben nicht nur Beamte sein, die mehr oder weniger freudig ihre durch die Dienstvorschriften bestimmte tägliche Aufgabe abhaspeln, sondern sie sollen daneben spontane Interessen für ihr Fach haben und betätigen.“ Was Weber hier von den Irrenanstaltsärzten verlangt, das gilt mindestens in gleicher Weise von den Gefängnisärzten. „Er“ — der Gefängnisarzt — „soll auch Gelegenheit haben und nehmen, neben der Behandlung, die er im einzelnen Falle so lange übernimmt, als er dies mit den zu Gebote stehenden Mitteln imstande zu sein glaubt, den allgemeinen Beziehungen zwischen den Verbrechen und Geistesstörungen seine Aufmerksamkeit zuwenden, ein Studium zu machen aus den somatischen und psychischen Eigenschaften der Verbrecher in dem Sinne, wie es die neuere psychiatrische Schule, namentlich in Italien tut, in dem Sinne eines Thomson, Despine, Lombroso“

(Sander 1886). Sanders Forderungen zur Behandlung der irren Verbrechergipfeln in den Worten: „Nicht Spezialanstalten, sondern Spezialärzte!“ Dieses Postulat wird von Sander eingehend begründet. Da es aber in Preußen in den 6 Ärzten an den Irrenabteilungen nur in unvollkommener Weise Berücksichtigung gefunden hat, seien aus seinen Ausführungen folgende Sätze zur Berichtigung der maßgebenden Stellen angeführt:

„So reduzieren sich denn die Anforderungen, die wir bei dieser Angelegenheit im Interesse der Irrenanstalten und der Geisteskranken an den Staat machen, auf die Vorbildung der Strafanstaltsärzte in Irrenanstalten. Der Staat geht von dem Gedanken aus, daß jeder Arzt auch Sachverständiger in bezug auf Geistesstörungen ist. Daß dies nicht der Fall ist und auch nicht sein kann, ist oft genug erörtert worden. Aber auch der Physikus (in Preußen), wenn er auch seine Kenntnisse in dieser Beziehung etwas erweitert haben mag, ist an sich nicht in der Lage, gerade den schwierigen Anforderungen zu genügen, die durch die besonderen Verhältnisse der Strafanstalten geboten sind. Gewöhnlich werden aber den Physikern die Stellen der Anstaltsärzte übertragen, ein Verfahren, gegen das sich auch nichts einwenden ließe, wenn bei Besetzung der betreffenden Physikate auf diejenigen Physiker besonders zurückgegriffen würde, welche eine längere Zeit an Irrenanstalten tätig gewesen sind. Indes dürfte dies einerseits aus anderen Gründen oft nicht möglich sein, und andererseits dürfte die Zahl der bei solcher Beschränkung zu Gebote stehenden Physiker nicht ausreichen. — Es müßte der Staat in einem wenigstens fünfjährigen Kursus (ein Jahr reicht durchaus nicht aus) einzelne Ärzte auf seine Kosten in Irrenanstalten, die in ihrer Größe, ihrem Material und auch ihrer Leitung nach besonders geeignet dazu erscheinen, ausbilden lassen mit der Verpflichtung, spätestens nach dieser Zeit das Physikatsexamen zu machen. Diese Physiker würden dann in Kreisen, in denen sich Strafanstalten befinden, resp. in großen Städten als Ärzte der Gerichts- und Strafgefängnisse, im letzteren Falle evtl. auch ohne Übernahme anderer Physikatsgeschäfte, anzustellen sein. Doch mag nun dieses oder ein anderes Verfahren gewählt werden, die Anschauung muß sich Bahn brechen, daß die spezielle psychiatrische Ausbildung für den Strafanstaltsarzt nicht ein nebensächliches, sondern ein Haupterfordernis sein muß.“

Diese Anschauung hat sich in den 34 Jahren, seitdem Sander diese Sätze schrieb, nicht Bahn gebrochen, wenigstens nicht in Preußen, und auch in den nächsten Jahrzehnten wird die Erfüllung der Forderung Sanders nach längerer fachärztlicher Ausbildung der Gefängnisärzte in der Psychiatrie ein frommer Wunsch bleiben. Deshalb ist eine eingehende Kontrolle sämtlicher Gefängnisse durch eine unabhängige Kommission von Psychiatern, wie sie in Belgien und Holland bereits besteht, und auch von Aschaffenburg vorgeschlagen wird, dringend notwendig. Der Anstaltsleitung und dem Anstaltsarzte muß strenge Anweisung gegeben werden, dieser Kommission in allen Fällen Mitteilung davon zu machen, wenn ein Gefangener irgendwelche psychischen Störungen zeigt. Außerdem muß die Kommission das Recht haben, sämtliche Gefangene zu untersuchen und Beobachtungen in der zuständigen Irrenabteilung anzuordnen. Nur so wird es möglich sein, die geisteskranken und der Geisteskrankheit verdächtigen Kranken rasch aus den Gefangenenanstalten in die richtige Behandlung und Pflege zu bringen, nur so kann die Entwicklung jener schweren

Geistesstörungen, denen wir noch vielfach in Gefangenenanstalten begegnen, und die als Kunstprodukte unzumutbarer Behandlung aufzufassen sind, verhütet werden, nur so kann endlich das Mißtrauen der Anstaltsbeamten bei psychischen Erkrankungen von Gefangenen beseitigt werden und der Geist psychiatrischer Fürsorge seinen Einzug in die Gefängnisse und Zuchthäuser halten.

VII. Abschnitt.

Die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken.

Der Streit der Meinungen dreht sich, wie dies aus dem I. Abschnitt deutlich hervorgeht, seit einem halben Jahrhundert fast ausschließlich um die Frage: „Wie sollen die gefährlichen Geisteskranken untergebracht werden?“ Zwei Gesichtspunkte kommen bei der Lösung dieses Problems in erster Linie in Betracht, deren Vereinigung auf mannigfache Schwierigkeiten stößt. Es muß einerseits darnach gestrebt werden, die gefährlichen Geisteskranken so unterzubringen, daß die allgemeine Rechtssicherheit wirksam vor den Angriffen dieser Personen geschützt wird, andererseits sollen die Sicherheitsmaßnahmen nicht das unbedingt notwendige Maß überschreiten, darf nicht außer acht gelassen werden, daß wir Geisteskranke vor uns haben, die Anspruch auf sachgemäße irrenärztliche Behandlung und Pflege haben. Für unsere Stellungnahme zu der Frage der Versorgung der gefährlichen Geisteskranken muß der Umstand, daß es sich vielfach um Personen handelt, die mit dem Strafgesetz in Konflikt geraten sind, vollkommen ausscheiden; maßgebend für die Art der Unterbringung dieser Kranken kann und darf lediglich ihr jeweiliger Zustand sein. Eine alle Teile befriedigende Lösung dieser Aufgabe dürfte sich kaum erreichen lassen. Das Problem kann auch nicht theoretisch auf Grund abstrakter Erwägungen allgemein gelöst werden, vielmehr muß die Fragestellung so lauten: Wie werden die gefährlichen Geisteskranken in diesem oder jenem Lande unter Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse am zweckmäßigsten untergebracht? Die Erfahrung hat gezeigt, daß die Versorgung der gefährlichen Geisteskranken sowohl in Zentralanstalten wie in Adnexen von Strafanstalten und in Abteilungen der Irrenanstalten sowie endlich unter besonderen Voraussetzungen auch in Irrenanstalten ohne Sonderabteilungen möglich und durchführbar ist. Es handelt sich aber nicht darum, ob diese oder jene Unterbringungsart möglich ist, sondern darum, welche auf der einen Seite die größte Sicherheit vor Angriffen gefährlicher Geisteskranker gewährleistet und auf der anderen Seite die beste Möglichkeit der psychiatrischen Behandlung derselben darbietet. Danna mann hat in der Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Großherzogtum Hessen (Die Fürsorge für gefährliche Geisteskranken, S. 23 bis 26) anschaulich geschildert, wie Publikum und Arzt bald für diese, bald für jene Art der Verwahrung eintreten, je nachdem die Vorzüge oder Nachteile derselben empfunden werden.

A. Die Zentralanstalten für gefährliche Geisteskranken

erscheinen dem Laienpublikum vielfach als die zweckmäßigste Art der Unterbringung dieser Kranken. Aschaffenburg lehnt auf Grund einer Besichtigung der Sonderanstalten in Brood moar und Dundrum und der Kriminalanstalten

in Aversa, Montelupo und Reggio-Emilia diese Zentralanstalten entschieden ab. Über Broodmoar und Dundrum, die in Deutschland vielfach als nachahmenswerte Muster hingestellt werden, lautet sein Urteil folgendermaßen: „Die Aufgabe, die Irrenanstalten von irren Verbrechern zu entlasten, bleibt ungelöst. Aber auch die andere Aufgabe, die Rechtssicherheit zu gewährleisten, wird nur zum kleinsten Teil gelöst. Denn da nur ein verschwindend kleiner Teil der gefährlichen Kranken aufgenommen wird, und gleichzeitig die geisteskranken Verbrecher nach Ablauf der Strafzeit in die gewöhnlichen Irrenanstalten kommen, von wo sie leichter entweichen können, so bleibt die Gefährdung der öffentlichen Rechtssicherheit bestehen. Dazu kommt schließlich noch, daß die Versorgung der Kranken selbst nicht so sehr vom ärztlichen als vom Verwahrungsstandpunkt aus geschieht, so daß also auch nach dieser Richtung viel zu wünschen bleibt.“ Weygandt möchte trotz des ausgezeichneten Eindrucks, den Broodmoar bei einer Besichtigung aus Anlaß des internationalen medizinischen Kongresses in London im Jahre 1913 auf ihn machte, diese Anstalt nicht als unbedingt nachahmenswertes Muster hinstellen, „vielmehr erscheint“ — so schreibt dieser erfahrene Psychiater — „das in Deutschland geübte Verfahren, an einzelnen Irrenanstalten besondere Pavillons für Kriminelle zu errichten, doch noch zweckmäßiger. Wohl ist dann der Betrieb einer solchen gemischten Irrenanstalt etwas schwer, aber immerhin kann eine gut geführte Anstalt, wie Bleuler sagt, 10% Kriminelle noch gut verdauen. Der wesentliche Grund für das deutsche Prinzip ist folgender: Die kriminellen Geisteskranken sind außerordentlich verschieden hinsichtlich des Grades ihrer Gefährlichkeit bzw. Harmlosigkeit. Dieser Grad wechselt aber zeitweilig, im allgemeinen pflegt im Laufe der Behandlung die Gefährlichkeit nachzulassen. Selbstverständlich darf man auch keineswegs eine direkte Proportionalität zwischen der Schwere der begangenen Verbrechen und dem Grad der Gefährlichkeit annehmen. In einer gemischten Anstalt wird es nun viel leichter, den allmählich sich bessernden Kranken aus der kriminellen Abteilung in eine andere, auch noch wohl überwachte und geschlossene Abteilung, später in ein halb offenes, weiterhin in ein offenes Haus zu bringen, ihm Arbeitsgelegenheit im geschlossenen Raum, dann in der Kolonne auf dem Gelände, auf dem Anstaltsfeld usw. zu geben, ihn schließlich frei zwischen den Pavillons passieren zu lassen, ihn auf weitere Ausflüge mit Wärtern zu senden, ihn stundenweise oder länger zu beurlauben, bis man die Bewährung für genügend erachtet, so daß mit behördlicher Zustimmung ein Entlassungsversuch in die Freiheit gemacht werden kann. In der lediglich kriminelle Irre beherbergenden Anstalt ist die Kluft zwischen Insassen und Außenwelt viel tiefer und schwerer überschreitbar, so daß jene allmähliche Annäherung des sich bessernden Insassen an die Außenwelt viel weniger leicht durchführbar ist.“ Zu einer ganz anderen Ansicht ist Straßmann ebenfalls nach einem Besuche in Broodmoar im Jahre 1913 gekommen. Leppmann hatte in der Versammlung des deutschen Medizinalbeamten-Vereins in Breslau im Jahre 1913 in seinem Vortrage: „Der Schutz gegen Geisteskranke“ erklärt: „Ich persönlich bin ein energischer Gegner der sogenannten Zwischenanstalten gewesen, solange es sich um die gefährlichen Geisteskranken handelte. Es ist ein Unrecht, daß man Kranke erster und zweiter Klasse unterscheidet; man trifft damit nicht nur die Kranken, sondern die Angehörigen. Nach meinen Erfahrungen über die Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken halte ich es

außerdem für das beste, wenn im Bereich einer größeren Anstalt einzelne feste Pavillons oder Teile sind, die man für derartige Elemente benutzen kann. Nicht zu allen Zeiten ihres Lebens sind diese Leute gleich gefährlich; man kann mit ihnen probieren, kann sie aus einem festen Pavillon in einen freieren verlegen. Deshalb will ich grundsätzlich alle gemeingefährlich geistig Mangelhaften in den gewöhnlichen Einrichtungen unserer Fürsorge, in Trinkeranstalten, Irrenanstalten, Erziehungsanstalten für Schwachsinnige usw. unterbringen, und ich bin sicher überzeugt, daß dies genügt, wenn es sich nur um gemeingefährliche Geisteskranke handelt.“ Darauf erwiderte Straßmann in der Diskussion: „Ich bin anderer Ansicht. Herr Kollege Leppmann hat sich auch auf den Standpunkt gestellt, daß gewisse Sonderabteilungen, feste Häuser, notwendig sind; ob man aber derartige Sonderabteilungen schafft, oder ob man schließlich derartige Sonderabteilungen zu einer Sonderanstalt vereinigt, das ist vielleicht mehr eine praktische Frage, nicht eine solche von grundsätzlicher Natur. Ich muß gestehen, daß ich eine gewisse Vorliebe gewonnen habe, gerade auf Grund eines Besuches, den ich vor wenigen Wochen der bekannten englischen Anstalt Broodmoar abgestattet habe. . . . Ich habe auch von anderen deutschen Kollegen, die an der Besichtigung teilnahmen, z. B. von Weygandt-Hamburg und Puppe-Königsberg i. Pr. gehört, daß sie ebenso wie ich einen überaus günstigen Eindruck von dem Betriebe der Anstalt gewonnen haben. Wenn man das Leben, das die Kranken führen, vergleicht mit dem Leben, das sie in den festen Häusern der Anstalten bei uns führen, dann scheint es mir, daß diesen Unglücklichen doch eine vielmehr erträgliche und zum Teil erfreuliche Existenz gewährt ist, als gerade in diesen festen Häusern. Es erscheint mir dies auch in gewissem Grade begreiflich. Wenn jemand in einer allgemeinen Anstalt zu tun hat, so ist es ganz natürlich, daß die Beschäftigung mit dieser Abteilung ihm weniger angenehm ist, wie mit den übrigen. Jeder Mensch kehrt schließlich lieber mit Unbescholtene[n] als mit Verbrechern, und so scheint es mir ganz erklärlich, daß hier die Kriminellen nicht die gleiche Berücksichtigung finden wie in einer Anstalt, die ausschließlich für solche Kranke bestimmt ist, und in der das gesamte Personal darauf angewiesen ist, nur der Pflege dieser Kranken sich zu widmen. Ich glaube, daß wir gar keine Veranlassung haben, uns grundsätzlich ablehnend gegen derartige Anstalten, die, wie ich hervorheben möchte, reine Irrenanstalten sein sollen, kein Mittelding zwischen Irrenanstalt und Strafanstalt, und die, wie auch die Broodmoarer Anstalt, völlig unter ärztlicher Leitung stehen müssen.“ Dieser Auffassung Straßmanns kann ich nicht beitreten. Weygandt gibt gerade auf Grund seiner Besichtigung Broodmoars, wie aus seinen oben mitgeteilten Ausführungen hervorgeht, dem deutschen Verfahren der „festen Häuser“ an Irrenanstalten entschieden den Vorzug vor den Sonderanstalten nach dem Beispiele Broodmoars. Als Anhänger von Zentralanstalten sind in neuerer Zeit Nitsche-Dresden (Die Unterbringung der Geisteskranken mit verbrecherischen Neigungen. Psych. Neurol. Wochenschr. 11, Nr. 2 u. 3, 1910) und Enge-Lübeck (Soziale Psychiatrie, 1919, S. 190—195) hervorgetreten. Der Vorschlag Nitsches, der in erster Linie die Verhältnisse in Sachsen berücksichtigt, geht dahin, dort, wo die Einrichtungen an Strafanstalten und Irrenanstalten nicht ausreichen, besondere Anstalten für gefährliche Geisteskranke zu errichten. Die Anstalten für „Nurgefährliche“ sollen aber keine schematische Nachahmung der Zentralanstalten

in England, den Vereinigten Staaten und Italien sein, sondern für die Unterbringung in den Sonderanstalten nach dem Plane Nitsches soll lediglich die Gefährlichkeit, der Zustand des Geisteskranken, nicht seine kriminelle Vergangenheit ausschlaggebend sein. Rüdin hat überzeugend nachgewiesen (Über die zweckmäßigste Art der Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Bd. II, H. 2), daß Sonderanstalten nach dem Vorschlage Nitsches keinen Fortschritt, sondern zweifellos einen Rückschritt bedeuten würden. Seinen Ausführungen entnehme ich besonders auch im Hinblick auf die Empfehlung von Zentralanstalten durch Straßmann folgende bemerkenswerte Stellen: „Möglich ist ja eine Vereinigung von Nurgefährlichen in einer größeren Zentralanstalt freilich. Das bestreitet niemand. Aber zweckmäßig ist sie nicht, sondern nutzlos, ja gefährlich und rückschrittlich, denn ein solcher Bau würde sehr bald im Publikum als Verbrecheranstalt im berüchtigsten Sinne des Wortes figurieren und wäre es auch tatsächlich. Ihre Insassen wären der Ächtung durch das Publikum in hohem Maße ausgesetzt. Eine Entlassung und Wiederunterbringung im Leben draußen wäre noch weit schwieriger, als dies aus einer Strafanstalt oder Irrenanstalt ohnedies schon ist. Denn ein Übergangsaufenthalt, ein Untertauchen unter harmlosen, gewöhnlichen Kranken vor der Entlassung wäre ja in einer Zentralanstalt für Nurgefährliche kaum möglich, für das Publikum aber jedenfalls nicht maßgebend, da ja doch in der Idee Nitsches selbst diese Zentralanstalt eine „besondere Anstalt sein soll, zu der die übrigen Irrenanstalten in einem offenkundigen Gegensatz stehen.“ Daß ein Pavillon für Gefährliche für eine Irrenanstalt nichts Angenehmes ist, darüber sind wir uns alle einig, aber ich muß entschieden bestreiten, daß das Publikum deswegen geneigt sein wird, wie Nitsche sagt, den Eindruck der Detention, den man von dem Verbrecherpavillon und auch von dem Verwahrungshause unvermeidlich empfängt, auf die ganze Anstalt und auf das Irrenwesen überhaupt zu übertragen. Sollte das aber doch an gewissen Orten der Fall sein, so ist es unsere Pflicht, diesen völlig unberechtigten Anschauungen entgegen zu treten, wo wir ihnen begegnen. Nachdem ein gegebener Krimineller als krank erkannt ist, können wir es uns nicht vom Publikum vorschreiben lassen, wo wir ihn zu behandeln haben, und wir müssen uns vor allem gegen das Publikum wenden, sobald es Dinge von uns verlangt, die, wie eben der Aufenthalt in einer Anstalt, welche zu den übrigen Irrenanstalten in einem offenkundigen Gegensatz steht, die Interessen unserer Kranken, seien sie auch kriminell, direkt schädigen. Der Irrenarzt hat überdies gar kein Interesse daran, die im Publikum nur allzu fest sitzende Meinung von der grundsätzlichen Verschiedenheit zwischen krankhafter verbrecherischer Anlage und geistiger Störung im eigentlichen Sinne noch künstlich zu unterstützen. Er wird im Gegenteil auf die wichtigen Beziehungen und zahllosen Übergänge und Kombinationen zwischen geistiger Störung und verbrecherischer Neigung hinweisen und wird so Gründe genug finden, dem Publikum die Notwendigkeit einer Abstufung in der Behandlung der verschiedenen Geisteszustände klar zu machen, nicht aber sie in direkten Gegensatz zueinander zu stellen. Gerade die Abstufung einer irrenärztlichen Behandlung erheischt ja die Errichtung von Sonderpavillons der verschiedensten Art überhaupt. Da aber die Zustände oft wechseln und sich kombinieren usw., so ist es völlig un Zweckmäßig und wäre ein großer Rückschritt in der Irren-

behandlung, alle Irrenanstalten so zu bauen und zu betreiben, daß sie zur Aufnahme und zur Behandlung gewisser Geisteszustände überhaupt unfähig sind. . . . Noch etwas anderes ist zu bedenken: Eine Zentralanstalt kann und wird nicht bloß Zuchthauscharakter haben, sie muß es auch, denn die Justiz wird sich niemals dazu hergeben, sofort nach Erkrankung eines Gefangenen den Strafvollzug auszusetzen oder den Sträfling zu begnadigen. Wo sie so verfährt, hat fast überall erst ein längerer Beobachtungsaufenthalt in einem Strafanstaltsadnex stattgefunden. Wo aber so viele Leute, die noch in Strafe sind, zusammenströmen würden wie in einer Zentralanstalt, da müßte die Justiz besondere Garantien verlangen. Und die Folgen dieser Garantien hätten natürlich auch die Nichtgefangenen zu tragen. Daß die Abwendung der Gefahr des Komplottierens und Revoltierens die straffste Disziplin erfordern würde, steht bei dieser großen Menge Gefährlicher für mich fest. Würde sie durchbrochen, so müßten (wir haben es ja sogar schon an Strafanstaltsadnexen, die eine harmlose Art Miniaturzentralanstalten darstellen, erlebt) die schwerwiegendsten Folgen entstehen, und die Justiz würde nicht zögern, die Befugnisse des ärztlichen Leiters einzuschränken, um sie in Sachen der Sicherung einem verwahrungstechnisch erprobten Verwaltungsbeamten zu übertragen.“

Diesen Darlegungen Rüdins kann ich auf Grund meiner 15 jährigen Tätigkeit als Arzt an Gefängnissen, Zuchthäusern und Irrenabteilungen an Gefangenenanstalten in vollem Umfange beipflichten. Besonders die Erklärungen Rüdins über den Zuchthauscharakter der Zentralanstalten und die überaus schwierige Stellung des ärztlichen Leiters einer Zentralanstalt zu der Justizbehörde werden von den Irrenanstaltsärzten, die für die Schaffung von Zentralanstalten für kriminelle Kranke eintreten, viel zu wenig gewürdigt. Das gilt vor allem für die Begründung der Forderung nach Schaffung von Zentralanstalten, die J. Enge in seiner vor kurzem erschienenen „Sozialen Psychiatrie“, Berlin, Adler-Verlag 1919, gibt. „Für die Errichtung solcher Zentralanstalten“, so schreibt er, „spricht zunächst ganz allgemein der Umstand, daß dadurch sowohl die Strafanstalten, wie die Irrenanstalten von Insassen befreit würden, deren Behandlung mit ihrem sonstigen Betriebe nicht im Einklang steht. Die Errichtung von eigenen Anstalten für kriminelle Geisteskranke würde ferner mit einem Schlage der bisher verschiedenen Behandlung derselben ein Ende bereiten, denn als Insassen dieser Anstalten kämen nicht nur die wegen eines Verbrechens zu einer Freiheitsstrafe Verurteilten und während der Strafhaft geisteskrank Befundenen (also die eigentlich geisteskranken Verbrecher) in Betracht, sondern auch die im Untersuchungsverfahren wegen Geistesstörung Freigesprochenen, die sogenannten verbrecherischen Geisteskranken. Dazu kämen vielleicht noch diejenigen Kranken, die noch nicht kriminell geworden, aber infolge ihrer geistigen Veranlagung doch zu verbrecherischen Handlungen neigen und vielleicht auch in der Irrenanstalt schon Handlungen begangen haben, die bei Geistesgesunden als ein Verbrechen anzusehen wären.“ Für eine solche Zentralanstalt verlangt Enge außer einem erfahrenen Irrenarzt als Leiter: „Stramme Zucht, eingeschränkten und streng überwachten Verkehr dieser Kranken mit der Außenwelt, für manche Kranke nicht nur Arbeitsgelegenheit, sondern einen gewissen Arbeitszwang, ja selbst die Anwendung von Strafmitteln“. Auf Grund meiner, an vielen hundert kriminellen Geisteskranken gemachten Erfahrungen, kann ich Enge nur die Versicherung geben, daß eine solche Zentralanstalt mit strammer Zucht,

Arbeitszwang und Strafmitteln in kürzester Frist völlig Fiasko machen, von einer Irrenanstalt nur den Namen tragen und im übrigen einem Zuchthause aufs Haar gleichen würde. Ich möchte es auch bezweifeln, ob ein Irrenarzt an einer solchen Anstalt eine befriedigende Tätigkeit entfalten kann. Mit Unrecht berufen sich deutsche Irrenärzte bei der Empfehlung von Zentralanstalten immer wieder auf das Kriminalasyl in Broodmoar. Schon Sander hat betont, daß der größte Teil der in dieser Anstalt untergebrachten Kranken in einer deutschen Anstalt ohne besondere Sicherheitsmaßnahmen gehalten werden könnte, und Aschaffenburg und Weygandt haben dies auf Grund eigener Besichtigung bestätigt. Ist dies aber der Fall, dann ist der große Aufwand an baulichen Sicherheitsvorrichtungen überflüssig, die scharfe Überwachung durch zahlreiches Pflegepersonal unnötig, ja direkt schädlich. Die Broodmoarer Anstalt beherbergt auch hauptsächlich wegen Geisteskrankheit Freigesprochene, darunter nicht wenige, die Selbstmordversuche unternommen haben und eine große Anzahl Kindesmörderinnen. Dem deutschen Rechtsempfinden widerspricht es in hohem Grade, solche Geisteskranken auf unbestimmte Zeit in einer Zentralanstalt für kriminelle Geisteskranken zu internieren. Niemand wird auch bestreiten können, daß das in England geübte Verfahren, das die verbrecherischen Irren Broodmoar überweist, „solange es dem Könige gefällt“, während es gestattet, daß die geisteskranken Verbrecher nach verübter Strafzeit entweder den gewöhnlichen Irrenanstalten zugeführt oder ohne besondere Formalitäten in die Freiheit entlassen werden, keine befriedigende Lösung der Versorgung der kriminellen Geisteskranken darstellt, und die verbrecherischen Geisteskranken dadurch ungleich härter getroffen werden als die geisteskranken Verbrecher.

Nicht unwesentlich in der Frage nach der zweckmäßigsten Art der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken ist auch die Kostenfrage. Daß eine Zentralanstalt für gefährliche Geisteskranken das kostspieligste Verfahren ist, kann nicht bezweifelt werden, denn es erfordert die teuersten baulichen Einrichtungen und verursacht durch das überaus zahlreiche und ausgesuchte Pflege- und Aufsichtspersonal bedeutende Kosten. Mit der Kostenfrage in engem Zusammenhange steht in Preußen auch die Frage, wer die Kosten für die Einrichtung der Zentralanstalten und die Verpflegung der in denselben untergebrachten Kranken zu übernehmen hätte, der Staat oder die Provinzialverwaltungen. Enge ist der Ansicht, daß „einzig und allein der Staat zur Errichtung solcher Anstalten für kriminelle Geisteskranken berufen sei“, denn „diese Anstalten dienen in erster Linie der öffentlichen Sicherheit und unter gewissen Voraussetzungen auch dem Strafvollzuge, hätten somit Aufgaben zu erfüllen, die der Staatsverwaltung zukämen“. Hinsichtlich der Verpflegungskosten macht er den Vorschlag: „Bei geisteskranken Verbrechern Übernahme der Verpflegungskosten für die Zeit der Strafdauer wie bisher durch den Staat, bei den verbrecherischen Geisteskranken sowie bei den geisteskranken Verbrechern, nach Vollendung ihrer Straftat prozentuale Verteilung der Kosten zwischen Staat und Provinzen.“ Die preußische Staatsregierung hat sich, wie aus meiner ausführlichen Darstellung im I. Abschnitt hervorgeht, bisher auf einen völlig ablehnenden Standpunkt gestellt und gegenüber dem Verlangen der Parlamente und der Landeshauptleute geweigert, die Fürsorge für die geisteskranken Verbrecher nach ihrer Entlassung aus dem Strafvollzuge zu übernehmen, und das

preußische Oberverwaltungsgericht hat in dem Urteil vom 20. Juni 1905 entschieden, daß die Provinzialverbände verpflichtet sind, gemeingefährliche Geisteskranken in ihre Irrenanstalten aufzunehmen, „wenn die Unterbringung im Interesse der öffentlichen Ordnung und Sicherheit erforderlich ist“. Die Justizverwaltung vertritt die Ansicht, daß der geisteskranke Verbrecher nur solange ihrer Obhut unterstellt sei, und sie nur solange die Kosten für seine Unterbringung und Verpflegung zu tragen habe, als er Strafgefangener sei. Mit dem Augenblicke, wo er aus dem Strafvollzuge, sei es durch Strafaussetzung, sei es durch Strafe, ausscheide, höre die Verpflichtung des Justizfiskus, für ihn zu sorgen, auf. Der wegen Geisteskrankheit Freigesprochene und der in einer Irrenanstalt internierte, nicht kriminell gefährliche Geisteskranke, hat für die Justizbehörde nur im Falle der beabsichtigten Entlassung aus der Irrenanstalt gemäß dem Justizministerial-Erlaß vom 16. Januar 1902 Bedeutung. Diese Auffassung der Justizverwaltung ist zweifellos richtig. Die Internierung der gefährlichen Geisteskranken ist nicht eine Angelegenheit der Justizbehörde, sondern gehört zu den Aufgaben der Polizei, der es nach dem allgemeinen Landrecht (Teil II, Tit. 17, § 10) obliegt, die nötigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwendung der dem Publikum oder einzelnen Mitgliedern derselben drohenden Gefahr zu treffen.“ Durch das preußische Dotationsgesetz vom 8. Juli 1875 ist die Fürsorge für das Irrenwesen den Kommunalverbänden übertragen und nach § 31 des Gesetzes vom 11. Juli 1891 sind die Landarmenverbände verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen. Durch Aufhebung dieser Gesetze und Übertragung der Fürsorge für die gefährlichen Geisteskranken auf den Staat, würden in Preußen zwei verschiedene Arten von Irrenanstalten geschaffen, einmal die gewöhnlichen Irrenanstalten, die Einrichtungen der Provinzialverwaltungen bzw. Kommunalverbände sind, und zweitens die Staatsanstalten für gefährliche Geisteskranken. Dazu kämen dann noch die Beobachtungsabteilungen für geisteskranken Strafgefangene, denn die Justizverwaltung könnte, auch wenn vom Staate aus polizeilichen Gründen Anstalten für gefährliche Geisteskranken errichtet würden, auf diese Beobachtungsstationen zur Feststellung des Geisteszustandes von Personen, die in der Straftat erkranken, nicht verzichten. Eine solche Teilung des Irrenwesens in Preußen wäre aber aus praktischen und wissenschaftlichen Erwägungen außerordentlich zu bedauern. Dadurch würden Irrenanstalten I. und II. Klasse geschaffen. Die Staatsanstalten für gefährliche Geisteskranken würden bald im ganzen Lande als reine Verbrecheranstalten von dem Charakter der Gefangenenanstalten berüchtigt sein, und gegenüber dem Detentionszweck dieser Zentralanstalten müßte selbstverständlich der Zweck der Krankenbehandlung und Krankenpflege völlig in den Hintergrund treten. Die Kommunalirrenanstalten würden durch eine derartige Trennung des Irrenanstaltswesens in den kriminellen Geisteskranken ein wissenschaftlich bedeutsames Krankenmaterial verlieren, und die Begutachtung von Geisteskranken in strafrechtlicher Beziehung und damit der wichtigste Teil forensisch-psychiatrischer Tätigkeit würde für die Ärzte an diesen Anstalten in Wegfall kommen. Zusammenfassend möchte ich über die in Vorschlag gebrachten Zentralanstalten mein Urteil dahin abgeben, daß sie hinsichtlich der Verhütung

von verbrecherischen Handlungen durch gefährliche Geisteskranken keine Vorteile darbieten, dagegen in Bezug auf die Behandlung und Pflege Geisteskranker einen großen Rückschritt bedeuten und in Preußen erhebliche verwaltungstechnische Schwierigkeiten verursachen würden.

B. Die Adnexe an Gefangenenanstalten.

Die Adnexe an Gefangenenanstalten, deren Einrichtungen im I. Abschnitt ausführlich geschildert sind, dienen einerseits zur Entlastung der Gefängnisse und Strafanstalten, andererseits zur Entlastung der öffentlichen Irrenanstalten. Bei den preußischen Irrenabteilungen für geisteskranken Strafgefangene tritt der Beobachtungscharakter in den Vordergrund; die Zeit des Aufenthaltes der Strafgefangenen in diesen Beobachtungsstationen ist demnach eine begrenzte: 6 bis höchstens 12 Monate. Im Gegensatz zu diesen preußischen Irrenabteilungen können die Strafgefangenen in den Irrenabteilungen auf dem Hohenasperg und in Bruchsal bis zum Strafende behalten werden. In der Landesanstalt für Geisteskranken in Waldheim, die räumlich mit dem Zuchthause verbunden ist, können die geisteskranken Strafgefangenen über die Strafzeit hinaus verbleiben; ja in diese Anstalt können sogar nichtkriminelle gefährliche Geisteskranken aufgenommen werden. Das Adnex an der Strafanstalt in Gaillon kann geisteskranken und epileptische Gefangene, die eine länger als 1 Jahr dauernde Strafe zu verbüßen haben, bis zum Strafende, das Kriminalasyl in Perth über das Strafende hinaus behalten. Die Adnexe an den Arbeitshäusern in Tapiau und Brauweiler sind, wie diese Einrichtungen der Kommunalverbände und nehmen geisteskranken Häftlinge der Korrekptionsanstalten, aber auch andere gemeingefährliche Geisteskranken auf. In den Irrenabteilungen in Preußen, Württemberg und Baden dürfen mit Rücksicht auf die Vorschrift des § 116 St.P.O. Untersuchungsgefangene nicht untergebracht werden, wohl aber findet eine Beobachtung von solchen Gefangenen in dem Adnex an dem Landesgefängnis in Budapest statt.

Darüber herrscht unter den Verwaltungsbeamten und Irrenärzten Übereinstimmung, daß die Adnexe für geisteskranken Strafgefangene an Gefangenenanstalten große Vorteile bieten: sie ermöglichen zunächst eine rasche Überführung der geisteskranken Gefangenen in irrenärztliche Behandlung und Pflege. Es bedarf nur eines Aufnahmegutachtens des Gefängnisarztes und eines Antrages des Gefängnisvorstehers, um schnell, ohne besondere Formalitäten und Kosten, die Überführung eines Gefangenen in die Irrenabteilung herbeizuführen. Weitere Vorzüge der Irrenabteilungen an Gefangenenanstalten sind „stete Bereitschaft eines ausgebildeten Irrenarztes für die rechtzeitige Erkennung beginnender Geistesstörung nicht bloß im Interesse der Anstaltsdisziplin, sondern auch im Heilinteresse der Gefangenen selbst. Möglichkeit rascher kostenloser Zurückversetzung in den geordneten Strafvollzug, Vertrautsein des Arztes mit der Individualität des geisteskranken Gefangenen schon vor Entnahme aus dem geordneten Strafvollzuge, sowie die Möglichkeit der Überwachung, Beratung und des Zuspruches nach deren Zurückversetzung, Sicherung innerhalb der Irrenabteilung vor Ausbruch, Entweichungen, Revolten, Anrechnung der Strafe. Rückwirkung psychiatrischer Auffassungen auf die Behandlung des psychopathischen Teiles der im geordneten Strafvollzug befindlichen Gefangenen“

(Rüdin). Dazu möchte ich bemerken, daß nur ein kleiner Teil der in den preussischen Irrenabteilungen untergebrachten Kranken aus den Gefangenenanstalten stammt, denen sie angegliedert sind, der größere Teil dagegen aus anderen Gefängnissen und Strafanstalten eingeliefert wird. Der Arzt der Irrenabteilung ist daher nur mit der Individualität derjenigen Gefangenen vertraut, die aus der Hauptanstalt, deren Arzt er gleichzeitig ist, in die Beobachtungsabteilung übergeführt werden. Die aus anderen Gefangenenanstalten stammenden geisteskranken Gefangenen sind ihm vor der Aufnahme in die Irrenabteilung unbekannt. Die aus der Irrenabteilung entlassenen geheilten oder gebesserten Strafgefangenen, die noch weiter Strafe zu verbüßen haben, bleiben auch nur dann unter seiner Obhut, wenn sie zu der Strafart verurteilt sind, die in der Hauptanstalt vollstreckt wird. Die preussischen Irrenabteilungen sind nämlich zum Teil Gefängnissen wie in Moabit, Breslau, Köln und Halle a. S., zum Teil Zuchthäusern wie in Graudenz und Münster i. W. angegliedert, nehmen aber ohne Unterschied sowohl Gefängnis- wie Zuchthausgefangene auf. In der Irrenabteilung wird in der Verwahrung und Behandlung kein Unterschied zwischen Gefängnis- und Zuchthausgefangenen gemacht. Wird dagegen der in der Irrenabteilung untergebrachte Strafgefangene wieder strafvollzugsfähig, so findet Versetzung in die Hauptanstalt nur dann statt, wenn in dieser Strafen der gleichen Art vollzogen werden, wie sie der für wieder strafvollzugsfähig erklärte Gefangene zu verbüßen hat, sonst findet seine Überführung nach der Gefangenenanstalt der gleichen Strafart statt, aus der die Einlieferung erfolgt war. Im letzteren Falle wird der bis dahin in der Irrenabteilung untergebrachte Gefangene der weiteren Fürsorge des Irrenabteilungsarztes entzogen. Ein großer Vorteil der Irrenabteilungen besteht ferner darin, daß der größte Teil der ihnen zugeführten geisteskranken Gefangenen (bis dreiviertel sämtlicher Eingelieferten) soweit wieder hergestellt wird, daß sie entweder am Strafende in die Freiheit entlassen werden können oder ihre Strafe im geordneten Strafvollzuge bis zum Strafende weiter verbüßen können, die öffentlichen Irrenanstalten also diese Kranken, die ihnen bei Nichtbestehen der Irrenabteilungen zugeführt werden müßten, nicht aufzunehmen brauchen. Die Irrenabteilungen haben auch eine erhebliche Entlastung der nicht psychiatrisch ausgebildeten Ärzte an den Gefängnissen und Strafanstalten zur Folge. Diese sind durch deren Einrichtung der Mühe enthoben, die immer wieder auftauchenden und in den Köpfen der Strafanstaltsbeamten unausrottbar festhaftenden Vorstellungen von der Häufigkeit und Wichtigkeit der Simulation geistiger Störungen im Strafvollzuge zu zerstreuen. Sie können in zweifelhaften Fällen, ohne eine bestimmte Diagnose zu stellen und sich irgendetwas zu vergeben, die Aufnahme der betreffenden Strafgefangenen in die Irrenabteilung veranlassen. Einen großen Fortschritt bedeutet die Errichtung der Irrenabteilungen auch nach der Seite hin, daß durch sie eine eingehende Erforschung der psychischen Erkrankungen in der Strafhafte ermöglicht und das Studium der mannigfachen Beziehungen zwischen Verbrechen und Geisteskrankheit wesentlich gefördert worden ist. Diesen großen Vorteilen der Irrenabteilungen stehen aber unverkennbar eine Reihe von Nachteilen gegenüber. Der wichtigste liegt in der Organisation, in der organischen Verbindung einer Anstalt für Geisteskranke mit einer solchen für Gefangene. Die Irrenabteilung ist doch nur ein Appendix an einer großen Gefangenenanstalt, und so ist es nicht zu vermeiden, daß Anschauungen, die im Strafvollzuge

ihre Berechtigung haben, auch auf die Geisteskranken der Irrenabteilung übertragen werden. Diese Auffassungen werden durch die Dienstvorschriften noch bestärkt, nach denen die Insassen der Irrenabteilungen zunächst „Gefangene, und zwar gefährliche Gefangene und dann erst möglicherweise Kranke“ sind. Sie finden auch in der Stellung des Arztes zu dem Vorsteher der Gefangenenanstalt ihren Ausdruck. Nicht der Arzt vertritt die Irrenabteilung nach außen, sondern der Direktor der Gefangenenanstalt, nicht dem Arzte sind die Beamten der Irrenabteilung unterstellt, sondern dem Direktor. Der Direktor kann unter Umständen sogar gegen den Willen des Arztes Anordnungen über die Insassen der Irrenabteilungen treffen. Die Stellung des Arztes der Irrenabteilung ermangelt deshalb der Selbständigkeit, die nach dem Umfange und der Bedeutung seiner Tätigkeit gefordert werden muß. Warum soll ein kriminalpsychologisch und psychiatrisch ausgebildeter Arzt nicht eine Irrenabteilung völlig selbständig leiten? Warum ist es denn notwendig, daß ein Nichtfachmann ihm in der Leitung der Beobachtungsabteilung übergeordnet wird? Es soll nicht gelehnet werden, daß trotz dieses prinzipiellen Mangels die Irrenabteilungen, besonders die preußischen, recht befriedigende Resultate gezeitigt haben, es soll auch nicht in Abrede gestellt werden, daß bei persönlicher Harmonie zwischen Anstaltsdirektor und Irrenabteilungsarzt der Betrieb sich glatt und ohne Schwierigkeit vollzieht, aber es darf auch nicht verkannt werden, daß die Stellung des Arztes zum Anstaltsdirektor zahlreiche latente Konfliktskeime in sich birgt. Daß die Anstellung des Irrenabteilungsarztes auf Kündigung durch Vertrag unwürdig ist, besonders im Hinblick auf die Beamtenstellung des Oberaufsehers und der Aufseher der Irrenabteilung, sei an dieser Stelle nochmals hervorgehoben. Ein Mangel der preußischen Irrenabteilungen besteht auch darin, daß der Beobachtungszweck derselben allzusehr in den Vordergrund, der Krankenhauscharakter und Heilzweck dagegen in den Hintergrund gestellt ist. Das gibt sich vor allem in dem Fehlen der so überaus wichtigen Arbeitstherapie kund. Der größte Teil der Kranken der Irrenabteilungen sitzt tatenlos da, nur ein ganz kleiner Prozentsatz derselben wird mit Hausarbeiten und ganz leichten Arbeiten wie Schneiderarbeiten, Stuhlflechten beschäftigt, bei denen kein scharfes Handwerkszeug benutzt wird. Ich bin der Überzeugung, daß man in der Vermeidung scharfer Instrumente wie Messern und Scheren bei diesen Kranken nicht allzuängstlich zu sein braucht. Viel wichtiger ist eine sorgsame Beobachtung durch den Arzt und das Pflegepersonal. Allein alle Bemühungen, eine regelmäßige Beschäftigung der Insassen der Irrenabteilungen herbeizuführen, sind ohne Erfolg geblieben. So leben denn die meisten Kranken der Irrenstationen an den preußischen Gefangenenanstalten — ich habe diese in erster Linie im Auge — in trostloser, öder Untätigkeit und Langeweile in den Tag hinein. Die Ergebnisse der Irrenabteilungen würden unzweifelhaft noch bedeutend besser sein, wenn die Kranken in nützlicher Weise regelmäßig unter sachverständiger Anweisung arbeiten könnten, wie dies seit vielen Jahren in den öffentlichen Irrenanstalten durchgeführt ist. Wenn man das Krankenmaterial der Irrenabteilungen durchmustert, so springt dem Beobachter sogleich der auffällige Gegensatz dieser geisteskranken Verbrecher gegenüber den Geisteskranken in den Irrenanstalten in die Augen. In den Irrenabteilungen überwiegen bei weitem die auf psychopathischer Grundlage entstandenen psychischen Erkrankungen, die durch die Strafhaft bei geistig minderwertigen Persönlichkeiten ausgelösten Seelenstörungen von mehr

oder weniger akutem Gepräge, während die echten, endogenen Geisteskrankheiten im engeren Sinne ganz wesentlich zurücktreten. Es ist ein großer Verdienst Siefert's, daß er in seinem hervorragendem Werke über die Geistesstörungen der Straftaft diesen prinzipiellen Gegensatz der degenerativen Geistesstörungen und der Geisteskrankheiten im engeren Sinne scharf betont hat. Die echten Geisteskrankheiten der Straftaft, die während der Strafverbüßung auftretenden Erkrankungen an Dementia praecox, manisch-depressivem Irresein, progressiver Paralyse, epileptischen Psychosen unterscheiden sich nach Art und Verlauf in keiner Weise von den gleichen Geistesstörungen des freien Lebens. Anders verhält sich dies bei den degenerativen Psychosen der Haft, den Haftpsychosen. Sie sind Reaktionen psychopathischer Individuen auf die Schädlichkeiten der Haft, Situationspsychosen, die durch das schädliche Milieu bei krankhaft veranlagten Individuen ausgelöst werden. Auf Grund meiner Erfahrungen stimme ich Homburger durchaus bei, der nach eingehenden katamnesticen Erhebungen über die Fälle Kirns aus den Jahren 1879 bis 1889 zu dem Ergebnis gelangte: „Im Rahmen dergesamten Kriminalität des Einzelnen und seines Lebenslaufes spielt die Haftpsychose lediglich die Rolle einer Episode, eines Ereignisses das nach Eintritt und Dauer von äußeren Faktoren bekannter Art abhängig, auf die späteren Geschehnisse des Menschen ohne jede Wirkung bleibt. Sie greift weder in die Gestaltung der Kriminalität noch in das sonstige psychische Verhalten ein und steht im Bilde eines solchen Daseins an keiner prominenteren Stelle als jegliche pathologische Reaktion auf vorübergehende Ursachen im freien Leben. Hierin liegt der prinzipielle Unterschied gegenüber der Dementia praecox, welche die Zukunft ihres Trägers maßgeblich bestimmt und in ihrer Eigenschaft als progrediente Geisteskrankheit die Ausschaltung des Kranken aus dem Gefüge des Gemeinschaftslebens bewirkt.“ Pollitz hält diese These für „eine bedenkliche Konstruktion“. (Blätter für Gefängniskunde, 1913, 47. Bd., 3. H., S. 532.) Daß ein erheblicher Teil dieser Gefangenen „an Rezidiven erkrankt und psychisch abnorm gereizt und nur vermindert sozial und strafvollzugsfähig bleibt“, spricht nicht, wie Pollitz annimmt, gegen die Behauptung Homburgers. Nach Abklingen der pathologischen Reaktion bleibt eben bei diesen psychopathischen Persönlichkeiten die abnorme Disposition bestehen, die sie vermindert sozial und strafvollzugsfähig macht. Die Haftpsychose ist ein vorübergehendes Ereignis, das keine dauernde Schädigung hinterläßt. Ich bin nun der Meinung, daß es zweckmäßig sein würde, wenn man diesem klinischen Gesichtspunkte in der grundsätzlichen prognostischen Verschiedenheit der „echten Psychosen“ und der „degenerativen Geistesstörungen“ in der Art der Unterbringung der Kranken Rechnung tragen würde. Die mit echten Psychosen behafteten Gefangenen müssen möglichst rasch aus dem Strafvollzuge ausscheiden, sie sind nach Feststellung ihrer Geisteskrankheit lediglich Objekte der öffentlichen Irrenpflege. Dagegen halte ich es aus verschiedenen Gründen für richtig, die an degenerativen Psychosen leidenden Gefangenen in den Irrenabteilungen bis zur Wiederherstellung ihrer Haftfähigkeit, ev. bis zum Strafende zu behalten und sie auch nach ihrer Wiedereinlieferung in den geordneten Strafvollzug unter dauernder Kontrolle des Arztes der Irrenabteilung zu belassen. Der Krebschaden in der jetzigen Behandlung der geisteskranken Verbrecher in Preußen liegt in dem unsinnigen Hin- und Herschieben der psychopathischen Gefangenen. Treten bei ihnen auf dem Boden der psychopathischen Veranlagung Geistesstörungen

auf, so werden sie der zuständigen Irrenabteilung überwiesen. Der Arzt der Irrenabteilung befindet sich nun in einer schwierigen Lage. Er darf den Kranken nur 6 bis höchstens 12 Monate in der Irrenabteilung behalten. Dann muß er sich entscheiden, ob er ihn bei Fortbestehen der Geisteskrankheit nach Aussetzung der Strafhaft einer öffentlichen Irrenanstalt übergibt oder nach Besserung seines Befindens wieder in den ordentlichen Strafvollzug bringt. Im ersteren Falle ist in absehbarer Zeit eine Besserung zu erwarten. Der Kranke wird dann aus der Irrenanstalt wieder in die Irrenabteilung gebracht, die in der Irrenanstalt zugebrachte Zeit wird auf die Strafzeit nicht angerechnet, und es beginnt nun in der Irrenabteilung eine neue Beobachtung von 6 bis 12 monatiger Dauer, nach deren Ablauf die Frage der erneuten Strafaussetzung und Überweisung an eine Irrenanstalt oder der Überführung in den geordneten Strafvollzug an den Arzt herantritt. Wird der Kranke nach Besserung seines Befindens wieder in eine Gefangenenanstalt übergeführt, so verschlimmert sich unter dem Einfluß des ungünstigen Milieus sein Zustand nicht selten in kurzer Zeit derart, daß eine neue Einlieferung in die Irrenabteilung notwendig wird, und der Arzt derselben wieder vor die Entscheidung gestellt wird, was er mit dem Manne anfangen soll. Dieser große Übelstand, der sich dem Arzte der Irrenabteilung auf Schritt und Tritt sehr unangenehm fühlbar macht und ihn in eine recht schwierige Position zu den Irrenanstalten einerseits und zu den Gefangenenanstalten andererseits bringt, kann mit einem Schlage beseitigt werden, wenn die Bestimmung darüber, wie lange der Kranke in der Irrenabteilung verbleiben soll, nicht zeitlich begrenzt, sondern dem Arzte selbständig unbegrenzt überlassen wird. Mein Vorschlag geht also dahin, die Irrenabteilungen zu wirklichen Irrenanstalten für geisteskranken Gefangene auszubauen und diesen Abteilungen für geistig minderwertige Gefangene unter Leitung des Irrenabteilungsarztes anzugliedern. Die an echten Geistesstörungen leidenden Strafgefangenen sollen aus diesen Gefängnis-Irrenanstalten möglichst rasch den öffentlichen Irrenanstalten zugeführt werden. Die mit degenerativen Geistesstörungen behafteten dagegen solange in ihnen verbleiben, bis sie der Abteilung für geistig minderwertige Gefangene überwiesen werden können. Im Prinzip möchte ich also eine Einrichtung befürworten, wie sie in Württemberg bereits seit einer Reihe von Jahren besteht und sich als recht zweckmäßig erwiesen hat. In einer Besprechung des Aschaffenburgschen Werkes: „Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranken“ in den Blättern für Gefängniskunde 1913, Bd. 47, 1. und 2. Heft, S. 291 sagt Schwandner, der Vorsteher der Strafanstalten in Ludwigsburg und Hohenasperg: „Daß das Zurückversetzen in die Strafanstalt der Beobachtungsabteilung umständlich und schädlich ist, darin hat Aschaffenburg gewiß recht. Darum ist es weit zweckmäßiger, die geisteskranken Gefangenen solange in dem Adnex der Strafanstalt zu behalten, bis Heilung eingetreten ist. Da in Hohenasperg räumlich unmittelbar neben der Irrenabteilung eine Invalidenabteilung für Geistigminderwertige besteht, so sind wir in der glücklichen Lage, den Kranken bei eintretender Besserung von der Irrenabteilung dorthin zu verbringen und ihn dort zu belassen, bis er sich wieder zum gewöhnlichen Strafvollzug eignet, eventuell bis zum Strafbefehl. Zeigen sich in der Invalidenabteilung wieder psychotische Erscheinungen, so ist die Zurückversetzung in die Irrenabteilung sofort möglich.“ Ich stimme Schwandner darin zu, soweit es sich um psychopathische Gefangene mit haftpsychotischen Störungen

handelt. Dagegen sehe ich nicht ein, warum Gefangene mit echten Geistesstörungen wie *Dementia paralytica*, *Dementia praecox*, *Dementia senilis*, epileptischer Verblödung bis zum Strafende in der Irrenabteilung verbleiben sollen. Für solche Geisteskranken hat der Strafvollzug für absehbare Zeit, wahrscheinlich dauernd, jeden Sinn und Zweck verloren, solche Geisteskranken können nicht mehr Objekt des Strafvollzuges sein. Im Gegensatz zu Schwandner bin ich der Ansicht, daß an der Richtigkeit dieses Satzes im Interesse des Strafrechts wie aus psychiatrischen Erwägungen unbedingt festgehalten werden muß. Ebenso wenig wie der zur Zeit der Tat infolge Geisteskrankheit Unzurechnungsfähige verantwortlich gemacht werden kann, ebenso wenig kann an einem Geisteskranken eine Strafe vollstreckt werden. Das geht aus dem klaren Wortlaut des § 487 St.P.O. unzweifelhaft hervor. Auch in den Erkenntnissen des Bundesamts für das Heimatwesen vom 10. April 1880 und 8. Januar 1881 (Klein, Vorschriften über die Verwaltung in den preuß. Justizgefängnissen, 2. Aufl. S. 171) ist mit jeder nur wünschenswerten Klarheit ausgesprochen, „daß ein Geisteskranker niemals Gegenstand eines Strafvollzuges sein kann.“ Schwandner behauptet: „Wenn in der Strafanstalt Einrichtungen getroffen sind, daß der geistig erkrankte Gefangene sofort in psychiatrische Sonderbehandlung genommen werden kann, wenn ferner, wie dies im Strafanstaltsadnex der Fall ist, alle Möglichkeiten gegeben sind, den erkrankten Gefangenen sachgemäß zu verpflegen und zu behandeln (Dauerbäder, Wachabteilung, ruhige Abteilung mit Arbeit, Isolierung mit und ohne Arbeit; Ergehungshof usw.), dann ist die Strafvollzugsfähigkeit des Gefangenen eben nicht aufgehoben, so wenig sie bei einem körperlich Erkrankten aufgehoben ist, der einer längeren Spitalbehandlung bedarf.“ Diese Auffassung ist aber unhaltbar. In meiner Abhandlung: „Strafaufschub und Strafunterbrechung bei Krankheiten“ (Zeitschr. f. Medizinalbeamte 1913, H. 11) habe ich eingehend geschildert, wann bei körperlichen und geistigen Erkrankungen eine Strafunterbrechung nach den gesetzlichen Vorschriften und Verwaltungsbestimmungen erfolgen muß oder stattfinden kann. Mit F. Leppmann unterscheide ich bei Geisteskrankheit zwei Gründe für Strafvollzugsunfähigkeit, einen absoluten und einen relativen:

Strafvollzugsunfähig ist:

1. der Gefangene, der infolge einer Geistesstörung des Verständnisses für seine Strafe und deren Vollstreckung ermangelt;
2. der Gefangene, der infolge einer geistigen Erkrankung die Ordnung des Strafvollzuges dauernd und in hohem Grade stört.

Es muß zunächst verlangt werden, daß der Gefangene weiß, weshalb er verurteilt ist, wann das Ende seiner Strafe ist, und welche Bedeutung die Strafe hat. Ist bei ihm infolge einer geistigen Erkrankung dieses Verständnis nicht vorhanden, so ist der absolute Grund zur Strafvollzugsunfähigkeit gegeben. Stört der Gefangene infolge Geisteskrankheit dauernd und in erheblichem Maße die Anstaltsordnung, so liegt der relative Grund der Strafvollzugsunfähigkeit vor. Darin besteht eben der prinzipielle Unterschied, daß bei dem körperlich Kranken, der sich im Gefängnislazarett befindet, das Verständnis für seine Strafe nicht gestört ist, während bei einer Anzahl der geisteskranken Strafgefangenen dieses Verständnis fehlt. Ein Paralytiker, ein senil Dementer, ein Katatoniker, ein verblödeter Epileptiker, ein echter Paranoiker hat kein Verständnis für Schuld und Sühne, für Strafe und Strafvollstreckung. Derartige Geisteskranken länger,

als zur Feststellung ihrer Geisteskrankheit unbedingt notwendig ist, in Strafhaft, und sei es auch in dem bestens eingerichteten Adnex einer Gefangenenanstalt zu halten, steht in striktem Widerspruch zu dem Geiste unseres Strafrechts und verstößt gegen den Geist der Humanität. Sie müssen, sobald als möglich, aus jedem Verhältnis zum Strafvollzuge, und sei es auch noch so locker, ausscheiden und genau so ohne jeden Vorbehalt und jede Einschränkung den öffentlichen Irrenanstalten übergeben werden, wie die anderen Geisteskranken.

Ganz anders liegen die Verhältnisse bei den degenerativen Psychosen der Psychopathen. Hier handelt es sich um vorübergehende geistige Störungen von Gefangenen, bei denen nicht dauernd das Verständnis für Schuld und Strafe aufgehoben ist. Für diese Kranken sind die Adnexe an Gefangenenanstalten die zweckmäßigsten Einrichtungen zur Behandlung und Verwahrung, und zwar nicht nur für $\frac{1}{2}$ oder 1 ganzes Jahr, sondern, wenn notwendig, für die gesamte Dauer der Strafe. Besteht neben der Irrenabteilung an derselben Strafanstalt auch noch eine Station für geistig minderwertige Gefangene, dann ist bei Besserung des an einer degenerativen Geistesstörung erkrankten Gefangenen eine Versetzung in diese und bei weiterer Besserung sogar in den geordneten Strafvollzug unter beständiger Aufsicht des Irrenabteilungsarztes leicht und ohne Kosten durchführbar und ebenso bei Verschlimmerung eine Zurückverlegung in die Abteilung für psychopathische Gefangene und, wenn notwendig, in die Irrenabteilung möglich. Dann wären an einer Gefangenenanstalt wie in Hohenasperg, sämtliche Unterbringungsmöglichkeiten für psychopathische Gefangene unter der Obhut desselben Arztes vorhanden. Ein derartiger Ausbau der Irrenabteilungen würde für den Strafvollzug und die Irrenanstalten von unschätzbarem Vorteile sein: Das Hin- und Herschieben der psychopathischen Gefangenen würde fortfallen, die Gefangenenanstalten könnten alle für sie ungeeigneten Psychopathen abgeben, psychopathische Gefangene mit Geistesstörungen würden in die öffentlichen Irrenanstalten nicht mehr eingeliefert, eine Strafunterbrechung fände bei diesen Kranken nicht mehr statt, und die so verhängnisvolle Nichtanrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit mit der vielfach unabsehbaren Hinausschiebung des Strafendes wäre mit einem Schlage beseitigt.

C. Die Adnexe an Irrenanstalten.

In einem Nachrufe auf den bedeutenden badischen Gefängnisarzt Anton Gutsch, den Schöpfer des ersten Invalidengefängnisses an der Strafanstalt in Bruchsal (in den Blättern für Gefängniskunde, 46. Bd., 3. H., 1912) erwähnte E. v. Jagemann, daß es eine Zeit gab, „wo die freien Anstalten noch einen gewissen Hunger auf die Geisteskranken des Landes hatten, und unser Illenau auf dem Standpunkte beharrte, jeden Sträfling der Art zu beanspruchen“ (S. 515). Das ist nun seit geraumer Zeit ganz anders geworden. Die Irrenanstalten haben längst kein Verlangen mehr nach den kriminellen Geisteskranken, am wenigsten nach den geisteskranken Strafgefangenen. Nur höchst ungern, dem Zwange der Gesetzgebung und der Gerichtsentscheidungen folgend, nehmen die öffentlichen Irrenanstalten die geisteskranken Verbrecher und die verbrecherischen Geisteskranken auf. Wir haben gesehen, daß die vielfach gegen die Aufnahme der kriminellen Geisteskranken von seiten der Irrenanstaltsärzte geäußerten Bedenken einer sachlichen Kritik nicht standhalten, der größte Teil der kriminellen

Geisteskranken sich in keiner Weise von den übrigen Geisteskranken unterscheidet und in der Behandlung keine besonderen Maßnahmen erfordert. Es hat sich aber herausgestellt, daß für gefährliche Geistesranke, mögen sie nun kriminell oder nichtkriminell sein, wenn sie sich in größerer Zahl in einer Irrenanstalt ansammeln, zur Verhütung von Entweichungen, Revolten, Demolierungen und Gewalttätigkeiten besondere Sicherheitsvorrichtungen nicht zu umgehen sind. Aus diesem Grunde sind, wie dies im I. Abschnitt geschildert ist, an einer großen Zahl in- und ausländischer Irrenanstalten besondere Adnexe für gefährliche, unsoziale Geistesranke, feste oder gesicherte Häuser, errichtet worden. Diese „Verwahrungshäuser“ sind nicht Abteilungen für geistesranke Verbrecher oder verbrecherische Geistesranke, sondern dienen zur Aufnahme gefährlicher Geisteskranker ohne Rücksicht auf ihre etwaige kriminelle Vergangenheit lediglich aus dem Gesichtspunkte, daß sie ohne erhebliche Schwierigkeiten während der Dauer ihrer Gefährlichkeit in anderen Abteilungen nicht untergebracht werden können. So wie die Irrenanstalten Abteilungen für unruhige, halbruhige und ruhige Kranke eingerichtet haben, wenn diese Stationen sich als notwendig und zweckmäßig erwiesen haben, so ist auch die Schaffung „gesicherter“ Häuser im Bedarfsfalle berechtigt, wobei ausschließlich der ärztliche Leiter nach dem Zustande des Kranken ohne Einmischung des Gerichts oder der Polizei die Entscheidung über die Aufnahme oder Entlassung treffen soll. In dem Aufnahmereglement des Verwahrungshauses in Göttingen wird deshalb, wie Weber mitteilt, auch ausdrücklich hervorgehoben: „Maßgebend für die Aufnahme in das Verwahrungshaus ist dabei nicht etwa die Tatsache, ob, wie oft und wie ein Kranker mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen ist, ob er auf Grund des § 51 des StGB. freigesprochen, oder ob er verurteilt und in der Strafhft erkrankt ist, sondern die lediglich während eines längeren Aufenthalts in einer der Heil- und Pflegeanstalten festgestellte Unmöglichkeit, den Kranken in freien Verhältnissen zu halten, sei es weil er durch fortgesetzte Bedrohungen oder durch gewalttätige Handlungen oder durch Komplotte und Entweichungsversuche die Sicherheit seiner Umgebung und der Anstalt bedroht.“

Für die Sonderabteilungen an Irrenanstalten muß unbedingt gefordert werden, daß jeder Strafvollzug in ihnen aufhört, daß die in ihnen untergebrachten Kranken nur als Kranke mit gefährlichen Neigungen und auf keinen Fall als Gefangene behandelt werden. Auch das Verfahren der formellen Entlassung aus dem Strafvollzuge und Wiedereinziehung im Falle der Besserung oder Genesung ist nicht nur rechtlich unzulässig, sondern wirkt auch dadurch schädlich, daß die Irrenanstalten mit Rücksicht auf die gleich nach der Entlassung wieder einsetzende Strafvollstreckung genötigt sind, besondere Maßnahmen zur sicheren Verwahrung zu ergreifen, die andernfalls vielleicht unterbleiben würden. Mit Recht sagt Rüdín von diesen Sonderabteilungen für gefährliche Geistesranke an Irrenanstalten: „Sie haben den großen Vorteil, daß die sehr bedenklichen und gefährlichen Kranken dauernd oder vorübergehend dort versorgt werden, und daß auch nicht vorbestrafte gefährliche Kranke, insofern sie nicht der Bett- oder Bäderbehandlung in den gewöhnlichen Abteilungen bedürfen und durch diese ihre Gefährlichkeit verlieren, dort vorübergehend Aufnahme finden können. Dieser Austausch von Kranken innerhalb des Anstaltsareals von der straffen zur freieren Behandlung und umgekehrt kann jederzeit und rasch erfolgen, ohne Formalitäten und ohne Kosten. Die Kranken werden

stets als Kranke angesehen und behandelt werden. Sich gut zu führen, wird für sie stets ein gewisser Anreiz sein, da der Hauptgrund gegen eine freiere Behandlung, die Fortdauer des Strafvollzuges, hier wegfällt, und somit für sie nur die eine Vorstellung im Vordergrund stehen wird, nämlich, sich durch möglichst gute Führung einer freieren Behandlung und schließlich der Entlassung würdig zu erweisen.“

Es ist nun nicht zu verkennen, daß das Problem der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken sich im Laufe der letzten 20 Jahre immer mehr in das Problem der Unterbringung der gefährlichen geistig Minderwertigen verwandelt hat. Nicht die eigentlichen Geisteskranken sind es, die praktisch vor Gericht, im Strafvollzuge und in der Irrenpflege die größten Schwierigkeiten hervorrufen, sondern die Grenzzustände, die mannigfachen Übergangsformen zwischen geistiger Gesundheit und ausgesprochener Geisteskrankheit, die psychopathischen Persönlichkeiten. Für diese in der Gesetzgebung, im Strafvollzuge, durch Errichtung besonderer Anstalten unter psychiatrischer Leitung und durch Ausbildung des Fürsorgewesens Maßnahmen zu treffen, ist ein dringendes Erfordernis. Ich habe in dieser Arbeit schon mehrfach darauf hingewiesen, und eine Reihe erfahrener Psychiater wie Leppmann, Aschaffenburg, Bonhöffer, Pollitz, Siefert und Birnbaum bestätigen meine Behauptung, daß ein sehr großer Teil der verbrecherischen Geisteskranken und der geisteskranken Verbrecher nicht „Geisteskranke im engeren Sinne“, sondern Psychopathen sind. „Es ist nicht zu viel gesagt“, so erklärt Birnbaum: „Sie machen die Hauptmasse unter den verbrecherischen Kranken aus, die den Irrenabteilungen an Strafanstalten aus dem Strafvollzug und den Verwahrungshäusern der öffentlichen Irrenanstalten aus dem Strafwesen überhaupt zugehen.“ Siefert fand unter 83 Insassen der Irrenabteilung am Gefängnis zu Halle 33 Geistesstörungen im engeren Sinne und 50 Haftpsychosen bei Degenerierten; Birnbaum stellte in einem „freien“ Hause der Irrenanstalt Buch, das vorwiegend harmlose Geisteskranke beherbergte, unter 117 „Harmlosen“ etwa 8 Degenerierte, also knapp 7% fest (von diesen stand noch bei 4 nicht die Psychopathie, sondern sekundärer Alkoholismus, bei einem Morphinismus im Vordergrund des Krankheitsbildes). Bei 165 kriminellen Aufnahmen eines Verwahrungshauses dagegen kamen 122, also 74% auf Psychopathen (mit zum Teil ausgeprägten degenerativen Krankheitszuständen) und nur 43 auf andere Krankheitsformen (Dementia praecox, Alkoholismus usw.). Jeder, der über Erfahrungen an kriminellen Kranken in Gefangenenanstalten und Irrenanstalten verfügt, wird Birnbaum durchaus zustimmen, wenn er sagt: „Die Annahme eines ungewöhnlich hohen Prozentsatzes der Degenerativen unter den kriminellen Geisteskranken ist unbedingt durch die Tatsachen gerechtfertigt.“

Die kriminelle Physiognomie der Gegenwart erhält durch die zahlreichen psychopathischen Persönlichkeiten unter den Verbrechern ein wesentliches und charakteristisches Gepräge, und nach meinen Erfahrungen in Zivil- und Militär-Gefangenenanstalten hat unter dem Einflusse des Krieges und seiner Folgen die Zahl der psychopathischen Verbrecher noch ganz erheblich zugenommen, so daß dieselbe mindestens 30% unter sämtlichen Gefangenen beträgt. Der Schwerpunkt auf kriminalpolitischem Gebiete in den nächsten Jahrzehnten liegt unzweifelhaft in den „sichernden Maßnahmen“, die sich gegen 4 Gruppen von gefährlichen Individuen richten müssen:

1. gegen die unverbesserlichen Gewohnheitsverbrecher;
2. gegen die verbrecherischen Trinker;
3. gegen die geistig-minderwertigen Verbrecher;
4. gegen die kriminellen Geisteskranken.

England ist der erste Staat gewesen, der gegen diese 4 Kategorien von kriminellen Persönlichkeiten zuerst umfassende sichernde Maßnahmen ergriffen hat, gegen die Gewohnheitsverbrecher durch den Prevention of Crime Act 1908, gegen die verbrecherischen Trinker durch den Habitual Drunkards Act 1879 und Inebriates Actes 1898, gegen die geistig minderwertigen Verbrecher durch das Gesetz betreffend die Fürsorge und Verwahrung geistig Minderwertiger-Mental Deficiency Act 1913 — und endlich gegen kriminelle Geistesranke durch den Trial of Lunatics Act, 1883 und den Criminal Lunatics Act, 1884. Zahlreich sind die Entwürfe und Vorschläge, die aus fast allen Kulturländern auf dem Gebiete der sichernden Maßnahmen vorliegen, auf die in dem nächsten Abschnitt näher eingegangen werden soll. An dieser Stelle soll nur darauf hingewiesen werden, daß mit der sachgemäßen Behandlung der psychopathischen Persönlichkeiten auch die Frage der zweckmäßigsten Behandlung der gefährlichen Geisteskranken ein gutes Stück ihrer Lösung näher gebracht sein wird. Wenn es gelingt, durch Maßnahmen, die vorwiegend auf psychiatrischem Gebiete liegen, den Ausbruch der degenerativen Geistesstörungen zu vermeiden, dann ist sowohl den Adnexen an den Gefangenenanstalten wie denen an den Irrenanstalten der Hauptzufluß abgesperrt, dann wird eine wesentliche Verringerung der Zahl der gefährlichen Geisteskranken eintreten, und man wird insbesondere die Zahl der Verwahrungshäuser an den Irrenanstalten erheblich vermindern können.

Was die Einrichtung dieser Verwahrungshäuser betrifft, so kann ich nach den Schilderungen derselben von Werner, Geller, Flügge, Cramer, Kroemer und Aschaffenburg auf eine Darstellung derselben verzichten. Betonen möchte ich nur, daß diese festen Häuser nicht mehr als 60 und nicht weniger als 30 gefährliche Geistesranke beherbergen, einem nicht nur psychiatrisch, sondern auch kriminalistisch geschulten Arzte unterstellt werden sollen, über absolut sichere bauliche Einrichtungen, insbesondere auch eine größere Zahl fester Isolierzellen verfügen müssen, ein erprobtes und durchaus zuverlässiges Wartepersonal haben, reichliche Arbeitsgelegenheit und ausreichende Gelegenheit zum Aufenthalt und zur Beschäftigung im Freien besitzen müssen. Die völlig sichere Verwahrung muß das oberste Prinzip des Verwahrungshauses sein, dem sich alle anderen Erwägungen unbedingt unterzuordnen haben. Der Arzt des Verwahrungshauses muß sich stets der schweren Verantwortung bewußt sein, die im Hinblick auf die öffentliche Rechtssicherheit auf ihm ruht, daß er strafrechtlich und zivilrechtlich für Schaden verantwortlich gemacht werden kann, der durch mangelhafte Verwahrung oder fahrlässige vorzeitige Entlassung gefährlicher Geisteskranker entsteht. Ich stimme Rüdin vollkommen bei, wenn er erklärt: „Wir wollen dabei (bei der Errichtung von Sonderabteilungen für gefährliche Geistesranke) gerne denen recht geben, welche sagen, es sei mit der sicheren Verwahrung und Entlassung gefährlicher Kranker, besonders Degenerierter, von seiten der Irrenärzte nicht immer mit der nötigen Vorsicht und dem nötigen Ernst zu Werke gegangen worden. Mancher moderne Irrenarzt wird in Zukunft diesen Einwand mehr beachten müssen.“

D. Die Unterbringung in den gewöhnlichen Irrenanstalten ohne Sondereinrichtungen.

Durch die Schaffung von Adnexen für geisteskranke Gefangene an Gefangenenanstalten und die Errichtung von Sonderabteilungen für gefährliche Geisteskranken an einer Reihe von öffentlichen Irrenanstalten scheint das Problem der Unterbringung der gefährlichen Geisteskranken in Deutschland zu einem gewissen Abschluß gelangt zu sein. Es darf aber die Frage aufgeworfen werden, ob es in einem großen Teile Deutschlands nicht genügen würde, die gefährlichen Geisteskranken auf alle in Betracht kommenden Irrenanstalten gleichmäßig zu verteilen und in ihnen zu verwahren. Aschaffenburg hat diese Frage bejaht, und ich schließe mich seiner Ansicht nach meinen Beobachtungen und Erfahrungen an. Insbesondere ist mir in dieser Richtung eine Beobachtung recht lehrreich gewesen, die ich seit 10 Jahren an einer großen Zahl von geisteskranken Zuchthausgefangenen machen konnte, die aus den Strafanstalten des Oberlandesgerichtsbezirks Breslau der Irrenabteilung des Strafgefängnisses in Breslau zugeführt wurden. Der Beobachtungsabteilung in Breslau werden Zuchthausgefangene aus den 5 für männliche Zuchthausgefangene bestimmten schlesischen Strafanstalten in Brieg, Görlitz, Gr.-Strehlitz, Ratibor und Striegau überwiesen. Im Falle der Wiederherstellung der Strafvollzugsfähigkeit wurden diese Gefangenen nun nicht wieder in die Anstalt zurückgebracht, aus der ihre Einlieferung erfolgte, sondern alle wurden nach der Strafanstalt übergeführt, die der Irrenabteilung am nächsten gelegen ist, nach der in Brieg. Die Folge davon war, daß in der Strafanstalt in Brieg sich eine überaus große Zahl geistig minderwertiger, psychopathischer Zuchthausgefangener ansammelte und ferner, daß die übrigen schlesischen Strafanstalten sich der ihnen unbequemen und lästigen psychopathischen Gefangenen auf dem Wege über die Irrenabteilung dauernd zu entledigen suchten. Ganz ähnliche Zustände können sich an den öffentlichen Irrenanstalten durch die Errichtung von „festen Häusern“ in einzelnen von ihnen entwickeln. Die anderen Irrenanstalten schieben die ihnen unbequemen und lästigen gefährlichen Geisteskranken nach den „festen Häusern“ ab. Das ist ein Verfahren, das vom psychiatrischen Standpunkte nicht gebilligt werden kann. Eine große Irrenanstalt kann, wie Bleuler mit Recht betont, eine Anzahl gefährlicher Kranker „gut verdauen“, denn sie muß die Möglichkeit zur sicheren Unterbringung und Verwahrung erregter und gefährlicher Kranker bieten. Nur in den großen Städten und Industriezentren, in denen sich gefährliche Geisteskranken in großer Zahl ansammeln, ist die Errichtung von Sonderabteilungen für diese Kranken gerechtfertigt und notwendig; im übrigen ist das System der Verdünnung durch andere ungefährliche Kranke die beste Art der Versorgung der gefährlichen Geisteskranken. An dieser Stelle sei nochmals daran erinnert, daß die Gefährlichkeit bei den Geisteskranken in der Regel kein Dauerzustand, sondern vorübergehender Natur ist.

Durchaus zutreffend ist es, wenn Aschaffenburg erklärt, daß die Irrenanstalten leicht geneigt seien, unbequeme Kranke in die festen Häuser abzuschieben. „Sind sie aber genötigt, sich selbst mit den unangenehmeren Eigenschaften abzufinden, so werden sie sich bemühen und bemühen müssen, diese Eigenschaften zu bessern, durch Arbeit, durch Ablenkung, durch Behandlung in Bett und Bad, durch Wechsel der Abteilungen, und wie all die Mittel psychischer Beeinflussung heißen mögen.“

VIII. Abschnitt.

Vorschläge auf dem Gebiete der Gesetzgebung zur Bekämpfung der Gefährlichkeit bei Geisteskranken.

„Man muß sich die Frage vorlegen: Leben wir eigentlich in einer vernünftigen Welt? Nach Tausenden und Abertausenden zählen die Menschen, mit denen heute von den gesellschaftlichen Organen ein grausames Spiel getrieben wird. Diese Unglücklichen sind mit einem geistigen Defekt behaftet, lebensuntüchtig, dem heutigen Kampf ums Dasein nicht gewachsen. So wie irgendeinem Krüppel ein Fuß, eine Hand fehlt, so ist bei ihnen irgendein Teil des Gehirns verkrüppelt oder verkümmert. Nun werden sie abwechselnd von der Armenverwaltung der Polizei, von der Polizei der Armenverwaltung zugeschoben, hin- und hergehetzt, bis sie im Gefängnis oder im Spital für einige Zeit landen. Dann freut sich die Armenverwaltung, daß sie die Last für einige Zeit los hat. Mir ist ein Fall bekannt, wo ein Landbürgermeister einem solchen Unglücklichen den Rat gab: So stiehl doch, du Lump, daß wir Dich endlich einmal los werden! Wie die Hunde hetzt und jagt man diese Menschen heute von einer Tür zur anderen, und dann wundert man sich, wenn sie manchmal wie die Hunde um sich beißen. Diesem schändlichen Treiben ein Ende zu machen, diesen Tausenden Unglücklichen Ruhe und Frieden zu verschaffen, dient die gesetzgeberische Reform, die wir anstreben.“

Karl Krohne, der große Reformator des Gefängniswesens und warmherziger Menschenfreund, hat diese bedeutungsvollen Worte im Jahre 1903 auf der Landesversammlung der internationalen kriminalistischen Vereinigung in Stuttgart gesprochen. Es kann nicht in Abrede gestellt werden, daß unser Strafrecht und Strafvollzug in dem Kampfe gegen das Verbrechen versagt haben und versagen. Das geht aus der Rückfallstatistik mit erschreckender Deutlichkeit hervor. 1882 waren von 315 849 Verurteilten 82292, d. h. fast nur ein Viertel vorbestraft; 1909 hingegen kamen auf 536 603 Verurteilte, 249 544 Vorbestrafte, d. h. mehr als drei Achtel. Von den im Jahre 1899 verurteilten Personen wurden in den nächsten 10 Jahren 39,4% rückfällig, und zwar trat der Rückfall um so häufiger und um so eher ein, je häufiger diese Personen bestraft waren. Von den im Jahre 1899 zum ersten Male Verurteilten sind in den folgenden 10 Jahren nur 22,6%, von den früher schon einmal Verurteilten 48,8%, von den 2—4 mal Verurteilten 65,5% und von den 5 oder 6 mal Verurteilten 83,6% von neuem verurteilt worden. Diese Zahlen beweisen mit nicht mißzuverstehender Deutlichkeit, daß die spezialpräventive Wirkung der Strafen und des Strafvollzuges eine überaus geringe ist. Es würde nun aber verfehlt sein, wenn man die ganze Schuld an diesem betrübenden Resultat dem Strafvollzug zuschreiben würde. Strafrecht und Strafvollzug bedürfen in der Verbrechensbekämpfung nach zwei Richtungen dringend einer Ergänzung, in dem Ausbau und der strafferen Organisation der Entlassenenfürsorge auf der einen Seite und in den sichernden Maßnahmen andererseits. Das Fehlen der sichernden Maßnahmen in dem geltenden Strafrecht macht sich gerade bei den kriminellen Geisteskranken und den psychopathischen Verbrechen in steigendem Maße unangenehm bemerkbar. Unter dem Einflusse des Krieges und seiner Folgen ist die Zahl der psychopathischen Verbrecher ganz erheblich gewachsen, und es liegt klar vor aller Augen, daß es mit der milderen Beurteilung der geistig minderwertigen Rechtsbrecher

allein keineswegs getan ist, daß hier zum Schutze der allgemeinen Rechtssicherheit wirksamere Maßnahmen erforderlich sind. Am Schlusse des I. Abschnittes habe ich bereits eine Zusammenstellung der in den Gesetzen und Gesetzesentwürfen einiger Staaten vorgesehenen Bestimmungen über Maßnahmen gegen verbrecherische Irre und geistesranke Verbrecher gegeben. Darüber besteht allgemeine Übereinstimmung, daß sichernde Maßnahmen gegenüber den gefährlichen Geisteskranken und geistig Minderwertigen möglichst bald geschaffen werden müssen. Schon im Jahre 1903 forderte v. Liszt auf Grund der die Öffentlichkeit in hohem Grade erregenden Fälle Dippold und Prinz v. Arenberg ein Sondergesetz zum Schutze der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke und vermindert Zurechnungsfähige und legte den Vorentwurf eines solchen Gesetzes vor. Er führte aus, daß nur der Erlaß eines besonderen Reichsgesetzes imstande sei, das vorhandene Bedürfnis zu befriedigen, schon deshalb, weil andere Reichsgesetze geändert werden müßten, und dieses Gesetz sich nicht auf die vermindert Zurechnungsfähigen beschränken könne, sondern auch die Sicherung gegen die nicht zurechnungsfähigen Geisteskranken ins Auge fassen müsse. Trotzdem immer wieder auf die Dringlichkeit der Schaffung derartiger sichernder Maßnahmen von juristischer und psychiatrischer Seite hingewiesen wurde, sind wir kaum einen Schritt weiter gekommen. Durch den Krieg und seine Folgen ist die Schaffung eines neuen Strafgesetzbuches in weite Ferne gerückt, und auch die Neuordnung eines Strafprozeßrechtes dürfte in absehbarer Zeit nicht zustande kommen. Um so dringender tritt an die gesetzgebenden Faktoren die Notwendigkeit heran, möglichst rasch ein Gesetz zu schaffen, durch das die allgemeine Rechtssicherheit vor den Angriffen gefährlicher geisteskranker und geistig minderwertiger Personen wirksam geschützt wird. Es erhebt sich nun die Frage, in welcher Weise dies am zweckmäßigsten geschehen soll.

v. Liszt schlägt vor, das Gericht soll bei Freisprechung eines Angeklagten gemäß § 51 StGB. bei Gemeingefährlichkeit des Täters die vorläufige Verwahrung des Freigesprochenen anordnen und zugleich die Akten zur Einleitung des Entmündigungsverfahrens an die zuständige Staatsanwaltschaft abgeben. Die vorläufige Verwahrung soll in besonderen Abteilungen der Strafanstalten und Gefängnisse oder in anderen dazu geeigneten Räumen unter ärztlicher Beaufsichtigung erfolgen. In ähnlicher Weise soll bei den vermindert zurechnungsfähigen Gemeingefährlichen verfahren werden. Ist der vermindert Zurechnungsfähige straffähig, so wird die vorläufige Verwahrung durch die Strafvollstreckung unterbrochen und setzt nach der Strafverbüßung ein, wenn bis dahin das Entmündigungsverfahren noch nicht rechtskräftig erledigt ist. Ist er dagegen nicht straffähig, so wird die Strafvollstreckung ausgesetzt. Die Dauer der vorläufigen Verwahrung wird auf die erkannte Strafe angerechnet. Der infolge verminderter Zurechnungsfähigkeit wegen Gemeingefährlichkeit Entmündigte steht hinsichtlich der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat. Den Kernpunkt des v. Lisztschen Vorentwurfs bildet der § 7, in dem es heißt: „Wird die Entmündigung wegen Gemeingefährlichkeit oder verminderter Zurechnungsfähigkeit ausgesprochen, so hat das Gericht die Unterbringung des Entmündigten in eine Heil- oder Pflegeanstalt während der Dauer der Entmündigung anzuordnen. Für die Durchführung dieser Anordnung hat die zuständige Verwaltungsbehörde Sorge zu tragen. Auf Antrag

oder mit Zustimmung des Leiters der Anstalt kann der Untergebrachte durch Anordnung der Verwaltungsbehörde bis auf weiteres seiner eigenen oder einer fremden Familie zur Pflege und Beaufsichtigung überwiesen werden. Während dieses Familienaufenthalts steht der Entmündigte unter Oberaufsicht des Anstaltsleiters. Die Verwaltungsbehörde kann jederzeit, wenn Unzuträglichkeiten sich herausstellen, die Anordnung widerrufen und die Zurückführung des Entmündigten in die Anstalt anordnen.“ Im § 8 des Entwurfs wird dieses Gesetz auf die geisteskranken und vermindert zurechnungsfähigen Strafgefangenen ausgedehnt, indem gesagt wird: „Stellt sich während der Verbüßung einer Freiheitsstrafe heraus, daß der Verurteilte geisteskrank oder vermindert zurechnungsfähig ist, so hat das nach § 494 StPO. zuständige Gericht die in den §§ 1 und 2 dieses Gesetzes vorgesehenen Anordnungen zu treffen.“ Die Einführung dieses Gesetzentwurfs würde unzweifelhaft einen großen Fortschritt gegenüber den bestehenden Zuständen bedeuten. Für nicht zweckmäßig halte ich in dem v. Lisztschen Entwurf die Verbindung der sichernden Maßnahmen mit der Entmündigung, bin vielmehr der Ansicht, daß sichernde Maßnahmen und Entmündigung aus Gründen, die bereits früher eingehend dargelegt wurden, scharf voneinander getrennt werden müssen. Gegen die Entmündigung wegen Gemeingefährlichkeit spricht sich auch Ötker in seinem Entwurf (Mitteil. der internat. Krim. Vereinigung, Bd. 12, S. 58) aus und schlägt ein besonderes Verfahren vor, das er als Internierungsverfahren bezeichnet. Mit Recht macht Aschaffenburg demgegenüber geltend, daß außer der Internierung zur Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und vermindert Zurechnungsfähiger noch eine Reihe anderer sichernder Maßnahmen in Betracht kommen, die Internierung die am schärfsten in die persönliche Freiheit eingreifende Maßregel darstellt und nur dann berechtigt ist, wenn alle anderen Anordnungen sich als ungenügend erweisen. Einen Vorzug dieses Oetkerschen Entwurfs gegenüber dem v. Lisztschen erblicke ich in Übereinstimmung mit Aschaffenburg darin, daß das Internierungsverfahren nach Oetker auch auf nichtkriminelle gemeingefährliche Geistesranke angewendet werden kann und so ein wirksames Mittel zur Verhütung strafbarer Handlungen darbietet. Aschaffenburg empfiehlt ein Verfahren nach Analogie des Entmündigungsverfahrens, das er als Feststellungsverfahren bezeichnet; Schultze hält den Ausdruck „Feststellungsverfahren“ nicht für empfehlenswert, „weil ja doch jedes Verfahren etwas feststellen will“ und will dieses Verfahren „Sicherungsverfahren“ nennen. Ich möchte vorschlagen, dasselbe als „Verfahren zur Durchführung sichernder Maßnahmen bei gefährlichen geisteskranken und geistig minderwertigen Personen“ zu bezeichnen. Mit Schultze halte ich es für richtig, für diese beiden Kategorien von gefährlichen Personen das gleiche Verfahren anzuwenden, und zwar eignet sich dazu am besten ein solches, das nach Art des Entmündigungsverfahrens vorgeht.

Der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuche vom Jahre 1909 bestimmt im § 65:

„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- oder Pflegeanstalt anzuordnen. War der Grund der Bewußtlosigkeit selbstverschuldete Trunkenheit, so finden auf den Freigesprochenen oder außer Verfolgung Gesetzten außerdem die Vor-

schriften des § 43 über die Unterbringung in eine Trinkerheilanstalt entsprechende Anwendung.

Im Falle des § 63 Abs. 2 erfolgt die Verwahrung nach verbüßter Freiheitsstrafe.

Auf Grund der gerichtlichen Entscheidung hat die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen. Sie bestimmt auch über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung. Gegen ihre Bestimmung ist gerichtliche Entscheidung zulässig.

Die erforderlichen Ausführungsvorschriften werden vom Bundesrat erlassen.“

Gegen dieses Verfahren bestehen nicht unerhebliche Bedenken. Eine Anzahl gefährlicher Geisteskranker, gegen die unbedingt sichernde Maßnahmen ergriffen werden müssen, fallen nicht unter die Bestimmung des § 65 des Entwurfs. Dahin gehören zunächst diejenigen gefährlichen Geisteskranken, bei denen es überhaupt nicht zu einem gerichtlichen Verfahren kommt, insbesondere die in Irrenanstalten untergebrachten, deren Angehörige dem Räte des Arztes entgegen die Entlassung des gefährlichen Geisteskranken aus der Anstalt verlangen. Sodann werden auch diejenigen gefährlichen kriminellen Geisteskranken von der Vorschrift des § 65 V. E. nicht betroffen, gegen die wegen offenkundiger Geisteskrankheit und dadurch ausgeschlossener Zurechnungsfähigkeit die öffentliche Klage nicht erhoben wird. Und endlich werden im § 65 V. E. diejenigen Geisteskranken nicht berücksichtigt, bei denen die Geisteskrankheit erst nach der Verurteilung, insbesondere im Strafvollzuge, zum Ausbruch kommt. Es ist mir nicht unbekannt, daß die nichtkriminellen gefährlichen Geisteskranken und die geisteskranken Verbrecher nicht Gegenstand eines Strafgesetzbuches bilden, aber es dürfte nicht bestritten werden, daß gegen diese beiden Arten von gefährlichen Geisteskranken in gleicher Weise sichernde Maßnahmen erforderlich sind, wie gegen die gefährlichen verbrecherischen Geisteskranken und vermindert Zurechnungsfähigen. v. Liszt hat auch mit Recht hervorgehoben, daß § 65 V. E. zu eng gefaßt ist und einer Erweiterung im Sinne des § 36 des österreichischen Regierungsentwurfs vom Jahre 1912 bedarf, in dem es heißt: „Ein Geisteskranker oder Trunksüchtiger, der wegen Zurechnungsunfähigkeit zur Zeit der Tat nicht verfolgt oder nicht verurteilt werden kann, wird an eine staatliche Anstalt für verbrecherische Irre abgegeben, wenn er wegen seines kranken Geisteszustandes und mit Rücksicht auf seinen Lebenswandel und die Eigenart seiner Tat als besonders gefährlich für die Sittlichkeit oder für die Sicherheit der Person oder des Vermögens (gemeingefährlich) anzusehen ist.“

Wie bereits betont, halte ich es für das Zweckmäßigste, ein Gesetz zu schaffen, durch das sichernde Maßnahmen gegenüber allen Kategorien psychisch abnormer Personen, wenn sie gefährlich sind, ermöglicht werden. Nach § 65 V. E. hat das Gericht die Verwahrung anzuordnen. In dem Falle, daß der Beschuldigte wegen Unzurechnungsfähigkeit „außer Verfolgung gesetzt wird“, erfolgt die Anordnung der Verwahrung durch den Amtsrichter, die Beschlußkammer, den ersten Strafsenat des Reichsgerichts, wird dagegen die Verwahrung nach durchgeführter Hauptverhandlung angeordnet, so sind das Schöffengericht, die Strafkammer, das Schwurgericht oder der erste Strafsenat des Reichsgerichts dafür zuständig. Ob die Verwahrung in dem Urteil des Gerichtes selbst oder in einem besonderen Gerichtsbeschluß ausgesprochen werden soll, und ob im Verfahren vor den Schwurgerichten die Geschworenen oder das

Gericht über die Verwahrung entscheiden sollen, das sind rein juristische Fragen, die vom ärztlichen Standpunkte weniger interessieren. v. Liszt hat sich dahin ausgesprochen, daß die Entscheidung über die Anordnung der Verwahrung nach durchgeführter Hauptverhandlung im Urteil selbst, nicht in einem besonderen Beschlusse zu erfolgen habe, und im schwurgerichtlichen Verfahren die Geschworenen über die Voraussetzungen der Verwahrung zu entscheiden haben.

Die endgültige Anordnung der Verwahrung durch den Strafrichter gemäß § 65 V. E. halte ich nicht für zweckmäßig. Bei verminderter Zurechnungsfähigkeit soll die Verwahrung nach verbüßter Freiheitsstrafe erfolgen. Nun kann es vorkommen, daß während des Strafvollzuges hinsichtlich der Gefährlichkeit des Täters eine Änderung eintritt, ein in der Hauptverhandlung als gefährlich erkannter Rechtsbrecher während der Strafverbüßung aus irgendeinem Grunde z. B. durch ein schweres körperliches Leiden ungefährlich wird, und umgekehrt ein Angeklagter, der in der Hauptverhandlung ungefährlich erschien, in der Strafanstalt als ein eminent gefährlicher, geistig minderwertiger Mensch erkannt wird. Auch der Einwand Aschaffenburgs, daß der Strafrichter in seiner Entscheidung über die Verwahrung allzusehr unter dem Eindrucke der Straftat stehe und nicht übersehen könne, welche Art sichernder Maßnahmen am geeignetsten sei, neue Straftaten zu verhüten, ob die Unterbringung in der eigenen oder einer fremden Familie genügt oder die Unterbringung in einer Irren- oder Epileptikeranstalt notwendig sei, ist nicht ohne Berechtigung. Deshalb bin ich der Ansicht, daß es empfehlenswerter ist, daß dem Strafrichter die Anordnung der vorläufigen Verwahrung übertragen wird, und die endgültigen Maßnahmen einem besonderen Sicherungsverfahren vorbehalten bleiben. Bedenken habe ich auch gegen die Bestimmung des Vorentwurfs, daß die Landespolizeibehörde für die Unterbringung zu sorgen und über die Dauer der Verwahrung und über die Entlassung Anordnung zu treffen habe. Wohl heißt es in dem Vorentwurf weiter, daß gegen ihre Bestimmung gerichtliche Entscheidung zulässig sei. Es ist aber nicht gesagt, welches Gericht für diese Entscheidung zuständig ist, das Verwaltungsgericht, der Strafrichter oder der Zivilrichter. Es kann mit Bestimmtheit angenommen werden, daß in jedem Falle gegen die Durchführung der Verwahrung durch die Landespolizeibehörde gerichtliche Entscheidung beantragt wird. Darum erscheint es zweckmäßig, daß diese so tief einschneidende Maßregel der Anstaltsunterbringung von vornherein auch hinsichtlich der Art und der vorläufigen Dauer der Verwahrung mit richterlicher Autorität und Unabhängigkeit umkleidet wird. Daß vor der Entscheidung des Gerichts Ärzte, und zwar in erster Linie Irrenärzte, die den Kranken genau kennen, über den Zustand des Kranken und die beste Art seiner Verwahrung gehört werden müssen, halte ich für selbstverständlich. Nach § 65 V. E. sollen sowohl die auf Grund des § 63 Abs. 1 wegen Unzurechnungsfähigkeit Freigesprochenen als auch die auf Grund des § 63 Abs. 2 wegen verminderter Zurechnungsfähigkeit zu milderer Strafe Verurteilten, letztere nach verbüßter Strafe, wenn es die öffentliche Sicherheit erfordert, in einer öffentlichen Heil- oder Pflegeanstalt verwahrt werden. Es ist nicht zu verstehen, warum die Privatanstalten von der Verwahrung ausgeschlossen sein sollen, wenn sie hinreichende Gewähr für eine sichere Verwahrung bieten. Mit Recht haben die Irrenärzte gegen die Aufnahme vermindert Zurechnungsfähiger in die Irrenanstalten Stellung genommen. Diese gefährlichen geistig minderwertigen Personen gehören nicht in die Irrenanstalten, die unbe-

dingt reine Krankenanstalten für Geisteskranke bleiben müssen. Es wird sich nicht umgehen lassen, daß für diese gefährlichen, psychisch abnormen, aber nicht geisteskranken Individuen besondere Anstalten unter psychiatrischer Leitung geschaffen werden. Daß der psychopathische Gewohnheitsverbrecher in die Hand des Irrenarztes gehört, darüber kann meines Erachtens kein Zweifel bestehen. Bei ihm versagen Strafrecht und Strafvollzug, Fürsorgeerziehung und Entlassenenfürsorge völlig. Mit unabweisbarer Notwendigkeit führt sein Schicksal ihn trotz aller Strafen und Fürsorgebestrebungen immer wieder zum Verbrechen. „Fast betäubend ist es“, so sagt Siefert, „zu sehen, wie Staat und Kirche an diesen Menschen herum experimentiert haben. Es ist, als ob alles sich verschworen hätte, diese krankhaften — in gewissem Sinne als „geborene Verbrecher“ zu bezeichnenden — Individuen einem rettungslosen Ruin preiszugeben. Die Gesellschaft verachtet sie und stößt sie aus, die Familie wendet sich von ihnen ab, der Staat sucht sie mit Zwangsmitteln jeder Art sich zu unterwerfen und macht sie schlimmer, als sie waren; die Kirche und die Fürsorge stößt sie, nachdem sie an ihrer Besserung gezweifelt hat, entrüstet von sich, und erst, wenn alles verdorben, nichts erreicht ist, kommen sie in die Hand, die sie von Anfang an hätte leiten können, und die sie allein versteht, in die Hand des Arztes, der nun das Verfahren wieder einrichten soll, bei dieser undankbaren Aufgabe aber noch durch Vorurteil und das bekannte Besserwissen des Laien in seinem Wirken gebunden ist.“ Das gewaltige Anschwellen des psychopathischen Gewohnheitsverbrechertums in den letzten Jahren drängt mit Gewalt nach der Errichtung besonderer Anstalten für diese krankhaften Individuen, und meine auf langjähriger Erfahrung beruhende tiefste Überzeugung geht dahin, daß der Staat sich diesem überaus dringenden Postulat nicht wird entziehen können.

Die in dem deutschen V. E. vorgesehenen sichernden Maßnahmen gegenüber gemeingefährlichen Unzurechnungsfähigen und vermindert Zurechnungsfähigen bedeuten einen großen Fortschritt, da unser geltendes Recht gesetzliche Bestimmungen auf diesem Gebiete überhaupt nicht kennt, aber sie sind nicht ausreichend und bedürfen dringend der Ergänzung und Ausgestaltung in dem oben dargelegten Sinne. Ich möchte nochmals die alsbaldige Schaffung eines Sondergesetzes zur Verhütung von Verbrechen durch gefährliche geisteskranken und geistig minderwertige Personen dringend empfehlen. Ohne ein solches Sondergesetz, das die Frage der Fürsorge und der Unterbringung dieser Personen in umfassender Weise regelt, ist alle Arbeit, die von den Gerichten und im Strafvollzuge auf diesem Gebiete geleistet wird, im höchsten Grade unvollkommen und in ihrer Wirkung unsicher.

Preußens größter König, der große Friedrich, hat bereits mit voller Klarheit erkannt, daß die wichtigste Aufgabe des Strafrechts die Prophylaxe des Verbrechens sei, er hat den von tiefem Verständnis für die Probleme des Strafrechts zeugenden Ausspruch getan, „daß es wertvoller ist, Verbrechen zu verhindern oder zu vereiteln, statt zu strafen“. Durch ausreichende sichernde Maßnahmen bei gefährlichen geisteskranken und geistig minderwertigen Personen werden wir einen großen Schritt vorwärts kommen auf dem Wege zu dem Ziele, das dem Philosophen auf dem Königsthron als Ideal des gesamten Strafrechts vor Augen schwebte, dem Schutze der „publicen Sicherheit.“

Literaturverzeichnis.

1. Allaman, C., Des aliénés criminels. Paris 1891.
2. Allison, H. E., The care of the criminal insane in the State of New York. Middletown 1894.
3. Allison, The care and custody of the convict and criminal insane. Proceedings of the National Prison Association at Cleveland. 1900.
4. Alombert-Gôget, L'internement des aliénés criminels. Paris 1902.
5. Amon, Die Geisteskrankheiten im Zuchthause Kaisheim. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 47, 220, 301, 369, 430. 1886.
6. Amschl, Sichernde Maßnahmen nach dem deutschen und österreichischen Strafgesetzentwurf. Arch. f. Rechts- u. Wirtschaftsphilosophie 3, 439.
7. Anfosso, La legislazione italiana sui manicomi e sugli alienati. Torino 1905.
8. Anton, Über gefährliche Menschentypen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 47, 1. Suppl. H. 235. 1914. Arch. f. Psych. 54, 89. 1914.
9. Antonini, J., Beitrag zum Studium des Problems der Pflege geisteskranker Verbrecher. Atti della Societa di Medicina legale 1909. Anno II. Heft 1.
10. — Les évasions des aliénés criminels internés dans les asiles ordinaires. La scuola positiva della giurisprudenza penale. Mars 1896.
11. — Sur la nécessité d' éloigner les criminels aliénés des asiles communs Psychiatr. en Neurolog. Bl. 5, 369. 1901.
12. — La loi sur les asiles aliénés en Italie et les aliénés criminels. Arch. di Psychiatria. 28, 74. 1907. Ref. Mendel. Jahresber. XI. 1389.
13. Anzony, Quelles mesures peuvent être prises à l'égard des aliénés dits criminels. Rapport au Congrès internat. de méd. ment. 1878.
14. Aschaffenburg, Gustav, Über gefährliche Geistesranke. Allg. Zeitschr. f. Psych. 57, 138—143. 1900.
15. — Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Zentralbl. f. Nervenheilk. 1902. 289.
16. — Strafvollzug an Geisteskranken. Ärztl. Sachverständ.-Ztg. 9. Jahrg. 1903. Nr. 21.
17. — Die Behandlung gemeingefährlicher Geisteskranker und verbrecherischer Gewohnheitstrinker. Vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Allg. Teil 1, 79—133. 1908.
18. — Der Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Deutsche med. Wochenschr. 35, 2067. 1909.
19. — Die Irrenfürsorge in Württemberg. Monatschr. f. Krim.-Psych. VII. 1910/1911. 172.
20. — Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke. Berlin 1912.
21. — Geistesranke Verbrecher und verbrecherische Geistesranke. Bericht üb. d. 7. internat. Kongr. f. Kriminalanthropologie. Heidelberg 1912. 381.
22. Aschrott, Strafsystem und Gefängniswesen in England 1887..
23. Asper, A., Die Sicherung der Gesellschaft vor gemeingefährlichen verbrecherischen Geisteskranken. (Unzurechnungsfähigen und Vermindert-Zurechnungsfähigen). Leipzig 1917. Diss. Zürich.
24. Baer, A., Wie sollen seelengestörte, zu längerer Strafe verurteilte Gefangene untergebracht werden? Blätter f. Gefängniskunde 9, H. 2. 145.
25. — Die Unterbringung geisteskrank gewordener Sträflinge. Arch. f. Psychiatr. 6, 585.
26. — Die Hygiene des Gefängniswesens. Handb. d. Hyg., herausgegeben von Theodor Weyl 5, II. Abt. Jena 1897.

27. Ballet, Des mesures législatives contre les dits délinquants irresponsables. Commun. au V. congrès pénit internat. 1895. Ann. méd.-psych. 2, 250—274. 1895.
28. Bell, C., Separate Hospitals for insane convicts Bull. Internat. Méd. Leg. Cong. 1889. N.Y. 1891. 120—125.
29. Bemerkungen zum Vorentwurf des Strafgesetzbuchs. Herausgegeben von der Justizkommission des deutsch. Ver. f. Psychiatr. Jena 1910.
30. Benedikt, Juristische Briefe. II. Geistesstörung und Verbrechen. Allg. österr. Gerichtsztg. 1900.
31. Berze, Gehören gemeingefährliche Minderwertige in die Irrenanstalt? Wien. med. Wochenschr. 1901. Nr. 26.
32. Bewahrungshaus zu Düren. Psych. neurol. Wochenschr. 1901. Nr. 45.
33. Billod, Une lacune dans la législation relativement aux aliénés dits criminels. Ann. méd. psychol. 1884.
34. Binswanger, Geistesstörung und Verbrechen. Tagebl. d. Versamml. deutsch. Naturf. u. Ärzte 1888. Köln 1889. 61.
35. Birkmeyer, K. v., Schuld und Gefährlichkeit in ihrer Bedeutung für die Straf-bemessung. 1914.
36. Bischoff, Lehrb. d. gerichtl. Psychiatr. Berlin u. Wien 1912.
37. Bleck, Das Verfahren zur Durchführung sichernder Maßnahmen. Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissenschaft 1914. 35. 446.
38. Bleuler, Zur Behandlung Gemeingefährlicher. Monatsschr. f. Kriminalpsych. 1. Jahrg. 92.
39. de Boeck, M., Paul Otlet, M. Arthur Gaddyn, Les prisons asiles et les réformes pénales, qu'elles entraînent. Actes du 3. congrès int. d'anthropol. criminelle Bruxelles 1893.
40. Bonhoeffer, K., Irrenabteilungen an Gefängnissen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 6, 231. 1899.
41. Borel, Edouard, Du placement des aliénés criminels en Suisse. Thèse de Genève 1904.
43. — Du placement des aliénés criminels en Suisse. Ann. médico-psychol. Juli/Aug. 1905. 63.
43. Brayn, Richard, A brief outline of the arrangements for the care and supervision of the criminal insane in England during the present century. Journ. of ment. sc. 1901. 249.
44. Bresler, Ausgewählte Kapitel der Verwaltung öffentlicher Irrenanstalten. Halle 1910.
45. — Erfahrungen bei Anwendung des preußischen Ministerial-Erlasses vom 15. Juni 1901 betr. Verfahren bei Entlassung gemeingefährlicher Geisteskranker. Rundfrage. Psych.-neurol. Wochenschr. 15, 235. 1913.
46. Breukoff, Gemeingefährlichkeit geisteskranker Personen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1919. 58. Jahrg. Nr. 2.
47. Briere de Boismont, Les fous criminels de l'Angleterre. Ann. d'Hygiene 35.
48. — Les fous criminels de l'Angleterre. Etude medico-psychologique et légale. Paris 1869. Übersetzt von Stark. Stuttgart 1871.
49. — De la nécessité de créer un établissement special pour les aliénés vagabonds et criminels. Ann. d'hygiene 37.
50. — Enquête sur les aliénés criminels. Bull. de la soc. général des prisons. 1878. 6ff.
51. Briere de Boismont und Falret, Über gefährliche Geisteskranke und Spezial-asyle für sog. verbrecherische Irre. Zwei Abhandlungen übersetzt von Stark. Allg. Zeitschr. f. Psych. 30, 397.
52. Brousse, L'organisation des asiles à propos de l'affaire Vacher. Rev. de psychol. 1989.
53. Bruce, Thomsen, Les aliénés criminels de l'Ecosse. Journ. of mentale science. 1867.
54. Brunet, D., Nécessité d'un asile national pour les aliénés criminels. Congr. ann. de méd. ment. Paris 1891. 1, 212—219.
55. Bühner, Irrenanstalten und Strafrecht. Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform. 1911. 8. Jahrg. 505.
56. Buscherre, Sur les aliénés criminels et les maisons-asiles. Rapport, Congr. internat. méd. lég. 1897.
57. Butler-Metzger, The insane criminals. Amer. Journ. of insan. 1901. Okt.

58. Caldagues, Contribution à l'étude de la réforme de la loi de 1838. Thèse de Toulouse 1905.
59. Chambard, Quelques réflexions sur l'internement des aliénés dangereux. Ann. méd. psychol. 1893. 51. Jahrg. 217.
60. Charpentier, Les folies du caractère et leurs rapports avec les asiles spéciaux. Ann. méd. psychol. 1893. 70.
61. Colin, Deux quartiers de sûreté pour aliénés criminels. (Düren et Bruchsal.) Rev. de psych. 1907. 177.
62. — Les aliénés vicieux dans les asiles. Paris 1900.
63. — Les aliénés criminels. Rev. de psychiatr. Paris 1897. 296—299. 1898. 75—83. Rev. de méd. lég. Paris 1898. 5, 128—136.
64. Cottier, R., Der Begriff der Gemeingefahr und seine Verwertung in den Vorentwürfen zu einem schweizerischen Strafgesetzbuche. Diss. Freiburg (Schweiz) 1918.
65. Cramer, A., Über Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Halle 1905.
66. — Gerichtliche Psychiatrie. 4 A. Jena 1908.
67. — Die weitere Entwicklung der Anstalten für psychische und Nervenkrankheiten in Göttingen. Klin. Jahrb. 22. Jena 1909.
68. Dagonet, Des aliénés dits criminels. Rapp. an Congr. internat. de méd. mentale 1878.
69. Dally, Considérations sur les criminels et les aliénés criminels. Ann. méd. psychol. 1863.
70. Damerow, Einleitung zur allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie. 1, 20. 1844.
71. — Ein Blick über die Lage von Irrenanstaltsfragen der Gegenwart. Allg. Zeitschr. f. Psych. 19, 143.
72. Die dänische Fürsorge für Schwachsinnige. Ärztliche Sachverständigenztg. 1911. Nr. 17.
73. Danillo, Zur Unterbringung irrer Verbrecher. Ref. in Allg. Zeitschr. f. Psych. 44, 272.
74. Dannemann, Die Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken und ihre Behandlung. Deutsche med. Wochenschr. Jahrg. 31. 1905. Nr. 14, 15 u. 16.
75. — Die Entmündigung chronisch Krimineller als Mittel zur Verbesserung der sozialen Hygiene. Bericht über den 7. internat. Congr. f. Kriminalanthropol. Heidelberg 1912. 313.
76. Dedichen, H. A. T., Quelles mesures faut-il prendre à l'égard des criminels, que l'expert déclare aliénés, mais dont le crime n'est pas considéré comme assez dangereux pour qu'il soit nécessaire, de les interner dans une asile d'aliénés. Psych. en Neurol. Bl. 5, 16—20. 1901.
77. Deiac, Pius, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Österreich. Psych.-neurol. Wochenschr. 1911—1912. Nr. 34, 35.
78. Deiters Zweiter Bericht über die Fortschritte des Irrenwesens. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904. Nr. 13. 147, 148.
79. Delbrück, Zum Schutze der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geisteskranken und vermindert Zurechnungsfähige. Monatsschr. f. Kriminalpsych. 1. Jahrg. Heft 2.
80. Delbrück, Baer, Marcard, Referat über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Vera. d. deutsch. Strafanstaltsbeamten. Berlin 1874. Bl. f. Gefängniskunde 9 u. 10, 1874 u. 1876.
81. Delbrück, Ernst, Die Seelenstörungen in den Strafanstalten und ihre Behandlung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 20, 441—480. 1863. Bl. f. Gefängniskunde 9, Heft 2. 113ff.
82. — Einiges über Verbrecherwahnsinn. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. N. F. 4, 1866.
83. — Über die unter den Sträflingen der Strafanstalt zu Halle beobachtete Geisteskrankheit und ihren Zusammenhang mit den Verbrechen. Bl. f. Gefängniskunde 11, 57.
84. Démange, Rapport sur les aliénés dangereux. Arch. de Neurol. Nov. 1887.
85. Denkschrift des Vereins der deutschen Irrenärzte an den Reichskanzler betr. das Verfahren mit geisteskranken Strafgefangenen 1876. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 34, 82.

86. Deventer, v. Pflege der gefährlichen und schädlichen Geisteskranken. *Psych.-neurol. Wochenschr.* 1909. 309.
87. Dewey, Provision for insane criminals. *Ref. Erlenmeyers Zentralbl.* 1879. 288.
88. Dieckmann, Über die Entlassung genesener verbrecherischer Irren. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 89, 274. 1883.
89. Diez, Verwahrungsorte für seelengestörte Verbrecher. *Zeitschr. f. Staatsarzneikund.* 1848. I.
90. Drew, On the separation of the criminal class from other insane in the institutions. *Boston med. and surg. Journ.* 153, Nr. 18. 491.
91. Dreyer, Der Schutz der Gesellschaft vor gemeingefährlichen Irren. *Monatsschr. f. Kriminalpsych. u. Strafrechtsreform.* 7, Heft 1 u. 2. 1910.
92. Dubief, F., *Le régime des aliénés.* Paris 1909.
93. Dutoit, A. A., Das Irrenwesen in Frankreich. *Monatsschr. f. Psych. u. Neurol.* 25, 182. 1909.
94. Eichstedt, Karl, Zur Frage der Gemeingefährlichkeit bei Geisteskranken. *Inaug.-Diss.* Rostock 1909.
95. Engelken, Über die Versorgung geisteskranker Verbrecher in England. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 2. Jahrg. 164.
96. Evensen, Über Sicherungsmaßnahmen gegen gemeingefährliche periodische Irre mit freien Intervallen. Bericht über den 7. internat. Kongr. f. Kriminalanthropol. Heidelberg 1912. 205.
97. Falret, Über gefährliche Geisteskranke und Spezialasyle für sog. verbrecherische Irre. Übersetzt von Stark. Stuttgart 1872.
98. Ferri, *Manicomio criminale di Montelupo.* 1887.
99. Fischer, Die Irrenfürsorge im Großherzogtum Baden, speziell die neue Irrengesetzgebung. *Neurol. Zentralbl.* 1910. 1332.
100. Flügge, Über das Bewahrungshaus in Düren. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 61, 260. 1904.
101. — Einiges aus der Abteilung für irre Verbrecher in Düren. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform.* 1. Jahrg. 349.
102. Forel, Zur Behandlung Gemeingefährlicher. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 1, Heft 4.
103. Fries, Bemerkungen zu einigen, die Unterbringung geisteskranker Verbrecher in Irrenanstalten und deren Entlassung betreffenden Fragen. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1902. Nr. 25.
104. Friot, M. L., *Études cliniques sur les aliénés dangereux dits criminels.* Bordeaux 1891.
105. Fröhlich und Muralt, Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Irren. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1904. Nr. 29.
106. Gakkebusch, W., Öffentliche psychiatrische Krankenhäuser und kriminelle Geisteskranken. *Ref. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych.* 4, 954. 1912.
107. — Frage der Gesetzgebung über kriminelle Geisteskranke. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. Ref.* 9, 253. 1914.
108. Gallard, Notes sur les dispositions législatives, qu'il conviendrait de prendre afin de protéger la société contre les actes violents des aliénés et des épileptiques reconnus dangereux. *Arch. hyg. et méd. Paris.* Mars 1876.
109. Garnier Les asiles spéciaux ou asiles de sûreté pour les aliénés dits criminels. *Rapport au Congr. de méd. Mentale* 1896.
110. Garnier Le criminel instinctif et le droit de défense sociale. *Arch. hyg. et méd.* 1890.
111. Gatsch, Où placer les condamnés aliénés. *Ann. méd. psychol.* 1875. 146.
112. Geisteskranke Verbrecher in England. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 61, 614.
113. Geller, Aus dem Bewahrungshause in Düren. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* Jahrg. 5. 14.
114. Gierochi, *Manicomi criminali in osserv. medico.* Turin 1890.
115. Glauning, Die ersten Anfänge staatlicher Fürsorge für Geisteskranke in Sachsen. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 8, 98.
116. v. d. Goltz, Geisteskranke Gefangene und verbrecherische Geisteskranke. *Bl. f. Gefängniskunde.* 1900. 84.
117. Göring, M. H., Die Gemeingefährlichkeit in psychiatrischer, juristischer und soziologischer Beziehung. 1914.

118. Gray, Rapport sur l'asile d'Utique. Amer. Journ. of insanity 1864.
119. Guibaud, Des aliénés criminels. Thèse de Paris 1898.
120. Gumpertz, K., Über die Behandlung geisteskranker Verbrecher. Deutsche med. Presse 6, 1—4. 1902.
121. Günther, Über Behandlung und Unterbringung der irren Verbrecher. Leipzig 1893.
122. Gurrieri, R., I manicomi criminali e l'art. 47 del nuovo codice penale. Bologna 1889.
123. Gutsch, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1, 19.
124. — Wohin mit den geisteskranken Sträflingen? Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 30, 26.
125. Hassert, v., Schutz der Gesellschaft vor gefährlichen Geisteskranken. Monatschr. f. Kriminalpsychologie u. Strafrechtsreform. 9, 65. 1912.
126. d'Haussonville, Sur la législation des aliénés dangereux. Arch. hyg. 1883.
127. Héger, P., Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. Journ. de méd. chir. et pharmacol. Brux. 86, 33—36. 1888.
128. — Les prisons-asiles. Bull. de la soc. de méd. ment. de Belgique. Dez. 1900.
129. Heilbronner, Karl, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher, mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisirrenabteilungen in Preußen. Monatschr. f. Kriminalpsychol. 1904.
130. v. Hentig, Sichernde Maßnahmen vor Verbrechen. Monatschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform 9, 277. 1912.
131. — Strafrecht und Auslese. Berlin 1914.
132. Herting-Galkhausen, Beiträge für die statistische Kommission, Ignorierung von Gutachten. Entlassung krimineller Kranker. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 61, 605.
133. Hillebrandt, Sur la note de Mr. Gatsch: Oh doit on mettre les condamnés aliénés? Ann. méd.-psychol. Juillet 1875.
134. Hoche, Über die Gefährlichkeit Geisteskranker. Med. Klinik 1905. I. J. 27.
135. Hockauf, A., Eine Studienreise zum Besuche der Irren- und verwandten Anstalten in den Vereinigten Staaten Nordamerikas. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1907. Nr. 45.
136. Hoppe, Fritz, Die Behandlung der kriminellen Geisteskranken im Staate New York. Monatschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. 5. 346.
137. — Das Matteawan State Hospital. Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1902. Nr. 50. 493.
138. — Die Pflgeanstalt für geisteskranken Männer in Tapiaw. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904. 111.
139. — Psychiatrisches aus Nord-Amerika. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 64, 2 u. 3. 320 bis 346. 1907.
140. Horstmann, Zur Frage der Gemeingefährlichkeit geisteskranker Personen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1917. Heft 1.
141. Hübner, A. H., Lehrbuch der forensischen Psychiatrie. Bonn 1914. 224—231.
142. Hurel, Le quartier des condamnés aliénés annexé à la maison centrale de Gaillon. Paris 1877.
143. — La question des condamnés aliénés. Ann. méd.-psychol. 1877. 203.
144. Jacob, Quelques critiques sur le projet de loi, portant révision de la loi du 30. Juni 1838. Thèse. Paris 1890.
145. Jean, R., Études cliniques sur les aliénés, dangereux dits criminels. Blois 1885.
146. Kahl, Geminderte Zurechnungsfähigkeit. Allg. vergleichende Darstellung des deutschen und ausländischen Strafrechts. Allg. Teil. 1, 1—78. 1908.
147. Karuth, Die Gemeingefährlichkeit des Seelengestörten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 2, 74. 1845.
148. Keller, Was bezweckt eine Inselanstalt für antisoziale geisteskranken Männer. Monatschr. f. Kriminalpsychol. 9, 1.
149. Kéralval, Des mesures à prendre à l'égard des aliénés criminels. Paris 1904.
150. — L'internement des aliénés dangereux. Bericht üb. d. 7. internat. Kongr. f. Kriminalanthropol. Heidelberg 1912. 169.
151. Kinberg, Om Behandlingen of Kriminella sinnessjuka. Allmannasvenska läkärtingningen. 5, 1908.
152. Kirn, L., Geistesstörung und Verbrechen. Festschr. z. Feier des 50jähr. Jubiläums der Anstalt Illenau. Heidelberg 1892. 77—100.
153. — Die Psychosen in der Strafanstalt in ätiologischer, klinischer und forensischer Beziehung. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 45, 1. 1889.

154. Klinke, Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher in den schlesischen Anstalten. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 52, 1050. 1896. Diskussion zu diesem Vortrage. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 53, 393.
155. Kluge, G., Die Behandlung der Geistig-Minderwertigen auf der Sonderabteilung in Brandenburg a. H. *Bl. f. Gefängniskunde* 43, Heft 2. 498. 1909.
156. Knecht, Wie soll nach dem neuesten Stand der Wissenschaft und Praxis für die geistesgestörten Verbrecher gesorgt werden? *Bl. f. Gefängniskunde* 17, Heft 1/2. 142.
157. — Die Irrenstation bei der Strafanstalt Waldheim. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 37, 145.
158. — Die gegenwärtige Fürsorge für irre Verbrecher in England. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 39, 2, 3. *Bl. f. Gefängniskunde.* 17, 1, 2.
159. Kollmann, Abriß über die Entwicklung der Irrenpflege im Königreich Bayern im Laufe des 19. Jahrhunderts. *Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med.* 1900.
160. Krayakih, Beitrag zur österreichischen Irrengesetzgebung. Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Wien. klin. Wochenschr.* 1901. Nr. 1.
161. Kriegsmann, Herm., Die Strafen und Sicherungsmaßregeln des österreichischen Strafgesetzentwurfs. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 6, 547.
162. Krohne, Unterbringung geistesgestörter Verurteilter. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 42, 536.
163. Krömer, Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Zeitschr. f. Psychiatr.* 64, 980.
164. Kundt und Rüdlin, Über die zweckmäßigste Unterbringung der irren Verbrecher und verbrecherischen Irren in Bayern. *Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr.* 2, 275. 1910.
165. Kunowsky, v., Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1904. Nr. 44.
166. — Nochmals zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1904. Nr. 49.
167. — Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher als Verwaltungsfrage. *Psychiatr.-neurol. Wochenschr.* 1907. 9. Jahrg. Nr. 23. 193.
168. — Die Entlassung geisteskranker Rechtsbrecher aus Irrenanstalten. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 64, 125. 1907.
169. Lallier, Mémoire sur les mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. Paris 1896.
170. Lande, Précautions à prendre vis à vis des aliénés criminels, propositions. *Mém. et bull. soc. de méd. et chir. de Bordeaux* (1899). 1900. 71.
171. Langreuter, Über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und verbrecherischer Geisteskranker. *Allg. Zeitschr. f. Psychiatr.* 43, 380.
172. Lefèvre, C., Des aliénés criminels. *Chron. méd. Paris* 1895. I. 327—335.
173. Lémels, Les irresponsables devant la loi. Thèse de Paris 1896.
174. Lémonnier, Essai sur les modifications à la loi de 1838 à l'égard des aliénés criminels. Thèse. Paris 1884.
175. Lenhard, Dannemann, Oswald und Kullmann, Die Fürsorge für gemeingefährliche Geistesranke unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse im Großherzogtum Hessen. *Jurist. psychiatr. Grenzfragen.* 6, Heft 7. 1908.
176. Lentz, Quelques mots à propos des aliénés criminels. *Bull. soc. de méd. ment. de Belg.* 1886. 41. 7—17.
177. — Les aliénés criminels; étude statistique et clinique. *Bull. Acad. Roy. de méd. de Belgique* 1900 14, 777—816. 1900 und *Bull. Soc. méd. ment. de Belgique* 1901. 47—85.
178. Lenz, Die geisteskranken Verbrecher im Strafverfahren und Strafvollzuge. *Bl. f. Gefängniskunde* 1900. 361.
179. Leppmann, Fürsorge für geistesranke Strafgefangene. *Zeitschr. f. Medizinalbeamte* 1893 u. *Bl. f. Gefängniskunde.* 29, Heft 1/2. 65.
180. Liszt, Franz, v., Vorentwurf eines Gesetzes betr. die Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker. *Ärztl. Sachverständigenztg.* 10, Nr. 2, 3. 1904.
181. — Die Verwahrung gemeingefährlicher Geisteskranker und vermindert Zurechnungsfähiger. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 1, H. 4.
182. — Schutz der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistesranke und vermindert Zurechnungsfähige. *Monatsschr. f. Kriminalpsychol.* 1, Heft 1.

183. Liszt, Franz v., Die sichernden Maßnahmen im Strafverfahren. Deutsche Strafrechtszeitung. Jahrg. 1. 45.
184. Liszt, v., Delaquis, Aschaffenburg, Sichernde Maßnahmen in den drei neuen Strafgesetzentwürfen. Arch. f. Rechts- u. Wirtschaftsphilosophie 3, 610, 620, 651.
185. Lobedank, Rechtsschutz und Verbrecherbehandlung. Wiesbaden 1906.
186. Longard, Die Irrenabteilung in der Strafanstalt Köln. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 58, 505. 1901.
187. Loewenhardt, Bericht über englische Irrenpflege. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 13, 685.
188. Lochte, Wollenberg, Kohlrausch, Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuchs. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 41, 2. Supplem. 209.
189. Manil, Les aliénés criminels. De l'autorité compétente pour reconnaître l'aliénation. Thèse de Paris. 1901.
190. Marandon de Montyel, Les aliénés dits criminels. Ann. méd. psychol. 13, 434—450. 1891. Discussion — 452—456.
191. Marcard, Wie soll nach dem neuesten Stande der Wissenschaft und Praxis für die geistesgestörten Verbrecher gesorgt werden? Bl. f. Gefängniskunde. 10, 1 u. 2.
192. Mendel, F., Zur Frage über die Unterbringung geisteskranker Strafgefangener. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Méd. u. F. 25. 118. Zeitschr. f. Psychiatr. 43. 3. 298ff.
193. Meyer, L. S., Sur l'assistance des criminels aliénés. Psychiatr. en Neurol. Bl. 5, 21—24. 1901.
194. Meyer, Staatszorg voor krankzinnige Gevangenen. Gids. 1899. N. 10.
195. Meyer, C., Fürsorge für die Geisteskranken in England und Schottland. Arch. f. Psych. 1905. 39. 1201.
196. Moeli, C., Über irre Verbrecher. Berlin 1888.
197. — Was lehren die in Dalldorf gemachten Erfahrungen für die Frage nach der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 43, 298. 1887.
198. — Die in Preußen gültigen Bestimmungen über die Entlassung aus den Anstalten für Geistesranke. Halle 1906.
199. — Die Fürsorge für Geistesranke und geistig Abnorme. Halle 1915.
200. Mouchard, Documents sur la section des projets de la loi Dubief. Thèse de Toulouse. 1907.
201. Mönkemöller, Über die Unterbringung gemeingefährlicher Geisteskranker. Deutsche med. Wochenschr. 1908. 831, 879 u. 924.
202. Moravsik, Die Schutzmaßregeln der Gesellschaft gegen die Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie 8, 529.
203. — Über die Unterbringung und Pflege krimineller Geisteskranker. Psychiatr. Wochenschr. 1900. 349.
204. — Die Unterbringung irrer Verbrecher. Neurol. Zentralbl. 1903. Nr. 5.
205. Môtet, Les aliénés criminels en Angleterre. Bull. de la soc. générale des prisons. 1884. 2. 3.
206. — Des mesures à prendre à l'égard des aliénés dits criminels. Ann. méd. Psychol. Mars 1879.
207. Müller, A., Fürsorge für geistesranke Verbrecher. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 1897. 94ff.
208. Müller, Christian, Ein Beitrag zur Frage der Aufbewahrung und Entlassungsfähigkeit in Landesirrenanstalten untergebrachter geisteskranker Verbrecher. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 6, 263.
209. Müller, R. V., Der Begriff der Strafvollzugsfähigkeit vom Standpunkte des Psychiaters. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 66, 695.
210. Näcke, P., Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Halle 1902.
211. — Erweiterung des Adnexes für geistesranke Verbrecher an Strafanstalten. Psych.-neurol. Wochenschr. 1904. Nr. 26.
212. — Adnexe oder Zentralanstalten für geistesranke Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1904. Nr. 48.
213. — Verbrechen und Wahnsinn beim Weibe. 1893.
214. — Die beste Art der Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Arch. f. Kriminalanthrop. 6, 261. 1905.

215. Nöcke, P., Adnexe an Gefängnissen für geisteskranke Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1907. Jahrg. 9. 126.
216. — Gefährlichkeit der Geisteskranken. Arch. f. Kriminalanthrop. 58, 373. 1913.
217. Nemeth, Die Frage der Gemeingefährlichkeit vom forensisch-psychiatrischen Standpunkte. Ref. Jahrb. üb. d. Leistungen u. Fortschr. a. d. Geb. d. Neurol. u. Psychiatr. 1908. 1217.
218. Nitsche, Die Unterbringung der Geisteskranken mit verbrecherischen Neigungen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 11, Nr. 2 u. 3. 1910.
219. Nitsche und Wilmanns, Die Geschichte der Haftpsychose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr. 8 der Ref., Heft 5 u. 6. 1911.
220. Nolte, P., Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und wegen Geisteskrankheit Freigesprochener in den außerdeutschen Staaten. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1907. Nr. 7.
221. Fr. O. M., Ein Besuch in der Anstalt für irre Verbrecher. Allg. Zeitschr. f. Psych. 1865. 12, 180.
222. Oba, Unverbesserliche Verbrecher und ihre Behandlung. Inaug.-Diss. Erlangen 1909.
223. Oetker, Entwurf eines Reichsgesetzes betr. die vorläufige Verwahrung, bzw. Internierung gemeingefährlicher Geisteskranker. Mitteil. d. internat. Kr.-Vereinigung. 12, 58. 1905.
224. Olivier, Maurice, Études cliniques relatives à l'internement des aliénés réputés criminels. Thèse des Paris. 1903. Ref. Mendel, Jahresber. 7, 1133.
225. Österreichischer Strafgesetzentwurf von 1912. Regierungsvorlage.
226. Partenheimer, Gemeingefährlich und irrenanstaltsbedürftig im Sinne des Gesetzes? Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7, 426. 1911.
227. Pactet Colin, Les aliénés criminels dans les prisons. Paris 1902.
228. Pelanda e Cainer, I pazzi criminali al manicomio provinciale di Verona. Torino 1902.
229. Pelman, Carl, Reiseerinnerungen aus England und Frankreich. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 27, 1. 2.
230. — Reichsgesetzliche Regelung des Irrenwesens. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1907.
231. — Psychische Grenzzustände. 2. Aufl. Bonn 1910.
232. Penta, Manicomii criminali e sezioni per folli nelle case di pena. Riv. mens. di psich. 1902. 46.
233. — Vi sono delle categorie di delinquenti ai quali possa essere applicata la sentenza indeterminata e come può realizzarsi questa misura? Riv. mens. di psich. 1899. 164.
234. Petit, D'une classe des délinquants intermédiaire aux aliénés et aux criminels. Thèse de Paris. 1900.
235. Petition der Kgl. Haupt- und Residenzstadt Berlin, an die beiden Häuser des Landtages betr.: Fürsorge für die gemeingefährlichen Geisteskranken, Idioten und Epileptiker: Vorlagen für die Stadtverordnetenversammlung zu Berlin 1913. Nr. 6. 128.
236. Petré, Geschichte der Kriminalirrenpflege in Schweden. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 1909. 6. Jahrg. Nr. 2. 83.
237. Pfenninger, Sichernde Maßnahmen gegenüber verbrecherischen Unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Verbrechern. (Verhandl. d. schweiz. Juristentages.) Zeitschr. f. d. ges. Strafrechtswissensch. 1914. 35. 263.
238. Philipp, Über die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Hamburg 1881.
239. Pick, A., Über die Entlassung genesener verbrecherischer Irren. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 43, 1. 1887.
240. Plaxton, Aliénés criminels à Ceylon. Ann. méd. psychol. 1884. 186.
241. — Über geisteskranke Verbrecher. Friedreichs Bl. f. gerichtl. Med. 82, 262/266. 1881.
242. Pons, Deux asiles d'aliénés criminels. Ann. méd. psychol. Paris 3, 378—401. 1896.
243. Pollitz, Sicherungsmaßregeln nach dem Entwurf zu einem deutschen und österreichischen Strafgesetzbuch. Verhandl. d. 31. Juristentages. 2, 126. 1911.
244. Ponticelli, Leopoldo e Algeri, Il manicomio criminali dell' Ambrogiana presso Montelupo Fiorentino. Riv. di discipl. carceraria 1888. 3ff.
245. Prins, Die Gemeingefährlichen. Mitteil. d. J.K.V. 18, 81. 1906.
246. Projet de la révision de la loi de 30. Juin 1838 sur les aliénés. Ann. méd. psychol. 1883.
247. Proust, Législation relative aux aliénés criminels. Ann. méd. psychol. 1890. 377.

248. Puglia, F., Sul trattamento dei criminali alienati. Riv. mens. di psich. forense. Napoli 1, 365—367. 1898.
249. Puppe, Einweisung, Festhaltung und Entlassung von gemeingefährlichen bzw. nach § 51 StGB. freigesprochenen Geisteskranken in Anstalten. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 1908. 65. 698.
250. Raimann, Die Unterbringung und Behandlung des geistig Minderwertigen. Jahrb. f. Psych. 28, 179. 1907.
251. Ramadier und Fenayron, Die Kriminalität der Irren des Departements Aveyron. Annal. med.-psychol. 1898. 56. Jahrg.
252. Rapport, van de Commissie van Prae-Advies omtrent de vraag, op welke wijze bey de plaatsing van gevaarlijke kranksinnigen kan worden voorzien. Psych. en neur. Bladen. 1902. 285.
253. Rast, H., Beitrag zur Frage der Versorgung verbrecherischer Geisteskranker. Aus der psychiatr. Klinik d. Univ. Bern. Med. Diss. Bern 1917.
254. Rauchstein, Die strafrechtliche Behandlung Geisteskranker. Bl. f. Gefängnis-kunde. 1900. 19.
255. Rédon, Des modifications à apporter à la situation des aliénés criminels au point de vue pénal. Thèse des Montpellier. 1898.
256. Reinach, J., Le traitement des fous criminels. Chron. méd. Par. 1, 321—327. 1895.
257. Reuß, Der Rechtsschutz der Geisteskranken auf Grundlage der Irrengesetzgebung in Europa und Nordamerika. 1888.
258. Revolte geisteskranker Verbrecher in einer Anstalt. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 41, 466. 1885.
259. Ribstein, Kriminalirrenanstalten und Invalidengefängnisse in Handb. d. Gefängnis-wesens. Herausgeb. von v. Holtzendorf und v. Jagemann. Hamburg. 2, 328. 1888.
260. Riggs, Des aliénés criminels étrangers. Arch. de neurol. 1896. 124.
261. Risch, Die Unschädlichmachung geisteskranker Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1908. Nr. 3.
262. Riva, Gli alienati criminali pericolosi. Riv. speriment. di frenatria 24, 963.
263. Rixen, P., Fürsorge für kriminelle Geisteskranke. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1908.
264. — Zur Frage der Anrechnung des Irrenanstaltsaufenthaltes auf die Strafzeit. Halle 1914.
265. — Strafaufschub und Strafunterbrechung bei Krankheiten. Zeitschr. f. Medizinal-beamte 1913. Nr. 11.
266. Roller, Über Seelenstörungen in Einzelhaft. Zeitschr. f. Psychiatr. 20, 195.
267. Rothamel, Soziale Leistungsfähigkeit gemeingefährlicher Geisteskranker. Monats-schr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 2, 67. 1905.
268. Rösing, Spezialarzt oder Spezialasyl im Gefängnisse. Arch. f. Kriminalanthropol. 5, 49. 1900.
269. Rotering, Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnisabteilungen in Preußen. Monatschr. f. Kriminal-psychol. 1. Jahrg. Heft 5.
270. Sander, M., Die neuingerichtete Irrenabteilung an der Strafanstalt zu Graudenz. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 60, 60. 1903.
271. Sander, W., Zur Frage der Versorgung geisteskranker Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1. Jahrg.
272. Sander, W. und A. Richter, Die Beziehungen zwischen Geistesstörung und Verbrechen. Berlin 1886.
273. Saporito, Criminali alienati e alienati criminali. Aversa 1907.
274. — La difesa sociale degli alienati criminali. Riv. sperimentale di frenatria. 24, 274.
275. — Manicomio di Aversa in rapporto alla lege e oi progressi della tecnico manicomiolo. Moli e remedia. Aversa 1907.
276. Schäfer, Zur Revision der Frage nach der Unterbringung der geisteskranken Verbrechen. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 44, 8ff.
277. Scheven, Geistesstörung und Verbrechen in Mecklenburg-Schwerin. Arch. f. Kriminalanthropol. 4, 1900.

278. Schrank, Über die Aufnahme von während der Strafhaft geisteskrank gewordenen Verbrecher in Irrenanstalten. Ref. Erlenmeyers Zentralbl. f. Nervenheilk. 1878. 213.
279. Schroeter, R., Die Unterbringung von geisteskranken Verbrechern. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 51, 432—446. 1894.
280. Schultze, Ernst, Die Sicherung der Gesellschaft gegen gemeingefährliche Geistes- kranke und der Vorentwurf zu einem Deutschen Strafgesetzbuch. Arch. f. Psych. 48, 1. 1911.
281. — Sichernde Maßnahmen nach dem Vorentwurf eines deutschen Strafgesetzbuches. 4. internat. Kongr. z. Fürsorge f. Geisteskranke. 1911. 167.
282. — Das Irrenrecht. Handb. d. Psychiatr. herausgegeben von Aschaffenburg. Allg. Teil. 5. Abt. Leipzig u. Wien 1912.
283. v. Schwab, Die Unterbringung geisteskranker Strafgefangener in Württemberg. Bl. f. Gefängniskunde 88, Heft 1 u. 2. 1. 1904.
284. Schwabe, Die Aufgaben der Medizinalbeamten in bezug auf die Fürsorge für Geistes- kranke, Epileptiker und Idioten. Offizieller Bericht über die 22. Hauptvera. d. preuß. Medizinalbeamtenvereins in Hannover. Berlin 1905.
285. Schwandner, Praktische Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Straf- gefangener. Monatschr. f. Kriminalpsychol. Jahrg. 5. 401.
286. Sémal, Des prisons asiles pour criminels aliénés et instinctifs. Bruxelles 1889.
287. Sérioux, Paul, L'assistance des aliénés en France, en Allemagne, en Italie et en Suisse. Paris 1903.
288. Siefert, Über Geistesstörungen in der Strafhaft. Halle 1907.
289. Siemerling, Über schottische, englische und französische Irrenanstalten. Arch. f. Psych. 17. 2.
290. — Geisteskranker Verbrecher. Berl. klin. Wochenschr. 1900. Nr. 22.
291. Simon, Th., Die Behandlung geisteskranker Verbrecher vom medizinal-polizeilichen Standpunkt. Horns Vierteljahrschr. f. gerichtl. u. öffentl. Med. 2, 193. 1865.
292. Sipp, Des aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif. Bull. méd. 3 mars 1897.
293. — Les aliénés dangereux au point de vue clinique et administratif. Lyon 1895.
294. v. Sölder, Strafrecht und Strafprozeßrecht in Dittrich, Forens. Psychiatrie 8, 160.
295. Sommer, Beiträge zur Kenntnis der kriminellen Irren. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 40. 1 u. 2.
296. — Das Verhältnis der psychiatrischen Begriffe im Strafgesetzbuch und bürgerlichen Gesetzbuch. Deutsche Strafrechtsztg. 1914. 1. 208.
297. Spaet, Über Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken. Zeitschr. f. Medizinalbeamte. 1906. 677.
298. Staiger, Erfahrungen in der Behandlung geisteskranker Verbrecher. Monatschr. f. Kriminalpsychol. u. Strafrechtsreform. 1909. 5. Jahrg. 415.
299. Stein, Irrengesetzgebung in Ungarn. Psychiatr. Wochenschr. 1900.
300. Stengel und Hegar, Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 66, 83. 1909.
301. Stoß, Die sichernden Maßnahmen gegen Gemeingefährliche im österr. Straf- gesetzentwurf. Österr. Zeitschr. f. Strafrecht. 1910. 25.
302. — Die Natur der sichernden Maßnahmen. Monatschr. f. Kriminalpsychol. 8. 368. 1911.
303. Straßmann, Fritz, Lehrbuch d. gerichtl. Medizin. 1895.
304. Sturm, Sichernde Maßnahmen des Vorentwurfs und Landesverwaltungen. Bl. f. admin. Praxis. 1911. 321.
305. Tamburini, Augusto, Dei manicomi criminali. Riv. di disciplin. carceraria. 1876. 443ff.
306. Tilkowsky, Entlassung Geisteskranker aus der Irrenanstalt. Handb. d. ärztl. Sachverständigentätigkeit. Herausgegeben von Dittrich. 8, 482.
307. Truchon, De la nécessité de la création d'asiles spéciaux pour les aliénés dits criminels. Thèse de Lyon 1894.
308. Türkel, Siegfried, Irrenwesen und Strafrechtspflege. Wien 1901.
309. — Die kriminellen Geisteskranken. Wien. med. Wochenschr. 1904. Nr. 35. 1614.
310. — Die kriminellen Geisteskranken. Wien 1905.

311. Türkel, Siegfried, Die Reform des österr. Irrenrechts. Wien 1907.
312. United States, Departement of State. The criminal insane in the United States and in foreign countries. Report by S. J. Barrows commissioner for the United States on the international prison commission. 55. Congr. 2. sess. S. Doc Nr. 273. May. 1898. Washington 1898.
313. Unger, Die Irrengesetzgebung in Preußen. Berlin 1898.
314. Die Unterbringung geisteskranker Strafgefangener in Württemberg. Landständische Verhandl. v. 10. Juli 1903. Bl. f. Gefängniskunde 38, H. 3 u. 4. 305. 1904.
315. Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlichen Geisteskranken in Schlesien. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 61, 788.
316. Unterbringung geisteskranker Verbrecher. 39. Vers. südwestdeutscher Irrenärzte in Karlsruhe. Novemb. 1908. Diskussion zu dem Vortrag von Hegar und Stengel. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 66, 174. 1909.
317. Verhandlungen des internationalen irrenärztlichen Kongresses in Paris. August 1878. Ref. in: Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 36, 57.
318. Vigouroux et Colin, La question des aliénés criminels. Communic au Congr. de méd. ment. 1897.
319. Virgilio, Sulla istituzione dei manicomi criminali in Italia. Arch. ital. per. mal. nerv. 1877.
320. Vocke, Irrenanstalten sind Krankenanstalten, keine Bewahrungshäuser für verbrecherische Entartete und gemindert Zurechnungsfähige. Neurol. Zentralbl. 1906. 471.
321. Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch. Allg. Teil. Berlin 1909. 237.
322. Wagner und Benedikt, Die Behandlung krimineller Geisteskranker. Das österr. Sanitätswesen 16, Nr. 27. Beilage.
323. Wagner und Jauregg, Über die Versorgung krimineller Geisteskranker. Jahrb. f. Psych. 21, 424. 1902.
324. Weber, Das Hannoversche Provinzialverwahrungshaus in Göttingen. Monatsschr. f. Kriminalpsychol. 7, 159.
325. Weber, L. W., Die Unterbringung geisteskranker Verbrecher und gemeingefährlicher Geisteskranker. Ergebn. d. Neurol. u. Psychiatr. 1, 1912.
326. Weygandt, Genügt unser Schutz vor verbrecherischen Geisteskranken? Heilkunde. Juni 1909. 203.
327. Wellenbergh, G., Die Fürsorge für gefährliche Geistesranke. Psychiatrische en Neurologische Bladen 1903. No. 2.
328. Werner, R., „Geistig Minderwertige“ oder „Geistesranke“. Berlin 1906.
329. — Die Versorgung der geisteskranken Verbrecher in Dalldorf. Berlin 1906.
330. Wernich und Wehmer, Fürsorge für irre Verbrecher. Lehrb. d. öffentl. Gesundheitswesens. Stuttgart 1894. 477.
331. Wickel, Das Bewahrungshaus. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1908. 10. Jahrg. Nr. 37.
332. Wiedemeister, Über die Errichtung von Spezialasylen für verbrecherische Irre. Allg. Zeitschr. f. Psych. 38. 2. 1871.
333. Willemaers, Les aliénés criminels. Bull. de la soc. méd. de Belgique. Dezemb. 1900.
334. Wittermann, Ernst, Pariser Reiseeindrücke. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1912—1913. Nr. 37. 433.
335. Wüst, Die sichernden Maßnahmen im Entwurf zu einem schweizerischen Strafgesetzbuch. Zürich 1905.
336. Zinn, Versorgung der geisteskranken Personen, welche wegen Begehens eines Verbrechens angeschuldigt, angeklagt oder verurteilt sind. Referat d. Jahresvers. zu Eisenach 1882. Allg. Zeitschr. f. Psychiatr. 39, 639. 1883.
337. Zusammenstellung der gutachtlichen Äußerungen über den Vorentwurf zu einem deutschen Strafgesetzbuch, gefertigt im Reichsjustizamt, als Manuskript gedruckt. Berlin 1911.

Nach Abschluß meiner Arbeit sind mir noch folgende einschlägige Abhandlungen bekannt geworden:

339. Ballet, Gilbert, Le projet de révision de la loi de 1838 sur les aliénés. Rev. de Psych. et Psychol. expérimentale 1913. Nr. 5.

340. Bleuler, E., Sichernde Maßnahmen gegenüber unzurechnungsfähigen und vermindert zurechnungsfähigen Verbrechern. Schweiz. Juristenztg. 10. Jahrg. 1913. Heft 12.
341. Entscheidungen des Bundesamts für das Heimatwesen. 1. Armenrechtliche Verpflichtung, des Armenverbandes, für Geisteskranke zu sorgen, verneint. Psychiatr. neurolog. Wochenschr. 22. Jahrg. 1920/21. 192.
342. Délavigne, M., La questions des asiles-prisons. L'Assistance. 1913. 96.
343. Fillasier, A., La réforme de la loi de 1838 sur les aliénés et la commission du sénat. Ann. méd.-psychol. 1913. Nr. 6.
344. Fischer, Max, Gesundheitsaufsicht bei Geisteskranken außerhalb der Anstalten. Halbmonatschr. f. soz. Hygiene. 1913. Nr. 18.
345. Hentig, H. v., Die Verwahrung gefährlicher Elemente nach dem Entwurf eines französischen Irrengesetzes. Österr. Zeitschr. f. Strafrecht. Jahrg. 4. 1913. 217.
346. Hermkes, Das Bewahrungshaus für Geisteskranke mit gemeingefährlichen Neigungen. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. 1913. 1. Suppl. 350.
347. Hoffarth, J., Die gemeingefährlichen Geisteskranken. Verlag von Otto Berger, Staßfurt o. I.
348. Nöldeke, Sicherung gegen geisteskranke Verbrecher. Vossische Zeitg. v. 25. Okt. 1913. Morgenausgabe.
349. Samana, M. F., La loi italienne du 14. février 1904 sur les asiles d'aliénés (manicomi) et sur les aliénés. L'Assistance. 1913.
350. Schäfer, F., Die Unterbringung der geisteskranken Verbrecher. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 14. Jahrg. 1913. Nr. 52.

MONOGRAPHIEN AUS DEM GESAMTGEBIETE DER NEUROLOGIE UND
PSYCHIATRIE

HERAUSGEGEBEN VON

O. FOERSTER-BRESLAU UND K. WILMANNS-HEIDELBERG

HEFT 25

**DIE
KLINISCHE NEUORIENTIERUNG
ZUM HYSTERIEPROBLEM
UNTER DEM EINFLUSSE
DER KRIEGSERFAHRUNGEN**

VON

DR. MED. KARL PÖNITZ

PRIVATDOZENT UND OBERARZT DER
PSYCHIATRISCHEN UND NERVENKLINIK HALLE



BERLIN
VERLAG VON JULIUS SPRINGER

1921

**Alle Rechte, insbesondere das der Übersetzung
in fremde Sprachen, vorbehalten.
Copyright 1921 by Julius Springer in Berlin.**

Vorwort.

Die vorliegende, im Juni 1920 abgeschlossene Arbeit ist aus meiner mehrjährigen Assistententätigkeit an der Klinik des Geheimrat Anton, dem ich besonderen Dank schulde, herausgewachsen.

Das Hysterieproblem wird von mir hier bewußt nur von einer Seite angegangen. Ich verkenne nicht, daß es bei Beurteilung eines Einzelfalles keinen einseitigen Standpunkt geben darf, daß andere Seiten des Problems wissenschaftlich interessanter erscheinen, daß zahlreiche andere — von mir kaum gestreifte — Fragen der Lösung harren. Das Willensproblem erscheint mir jedoch nach den Kriegserfahrungen das wesentlichste, eine klare Stellungnahme hierzu erfordert gebieterisch die Zeit. Zahlreiche Einzelarbeiten in dieser Richtung liegen vor, Kretschmers Beweisführung hat Aufsehen erregt. Trotzdem muß ich in meiner jetzt noch währenden Gutachtertätigkeit immer und immer wieder feststellen, daß von einer Nutzenanwendung unserer gewonnenen Anschauungen in der militärärztlichen Beurteilung der Kriegshysterie nicht eben überall viel zu merken ist. Versagen schon die Fachkollegen bisweilen, wenn es sich um ein Ziehen praktischer Konsequenzen aus unserer Hysterieauffassung handelt, so ist der Hysteriebegriff bei den Nichtfachärzten meist noch ein recht verschwommener. Deshalb erscheint mir eine zusammenfassende, vor allem aber wissenschaftlich wie praktisch Schlußfolgerungen ziehende Darstellung nötig. Sie soll hier versucht werden, die literarischen Hinweise bezwecken keine Vollständigkeit, sondern ein Herausheben der Hauptarbeiten und Winke zum Weiterstudium.

Halle, Psychiatrische und Nervenklinik der Universität, Weihnachten 1920.

Karl Pönitz.

Inhaltsverzeichnis.

	Seite
Einleitung: Frühere Begriffsbestimmung der Hysterie, unsere Begriffsbestimmung, Gründe, warum die Mechanik bei den Fällen von Kriegshysterie durchsichtiger ist als bei den „zivilen“ Fällen	1
I. Zusammenstellung des Tatsachenmaterials, welches dafür spricht, daß Wille und Wunsch zur Erkrankung, die Interessiertheit des Patienten daran, Vorbedingung für das Bestehen hysterischer Störungen sind . .	7
Fehlen von Hysterie bei Kriegsgefangenen	7
Seltenes Auftreten hysterischer Störungen bei organisch schwer Verletzten	12
Anpassung hysterischer Störungen an die äußere Situation, Umstände, unter denen hysterische Störungen auftreten	14
Die Erfolge der Behandlung in Kriegsneurotikerlazaretten sprechen hierfür	25
Die Zahl der hysterischen Störungen in ihrer Abhängigkeit vom Verlaufe des Krieges	33
Das fast völlige Fehlen hysterischer Störungen bei Kriegerfrauen und Kriegerwitwen	40
Exaktes Beweismaterial ist, im Gegensatz zu den obigen massenpsychologischen Forschungen, bisher noch nicht durch die Individualpsychologie erbracht, insbesondere noch nicht durch das psychoanalytische Verfahren und die Assoziationsversuche, obwohl einzelne Ergebnisse durchaus in unserem Sinne sprechen. Ausichten der charakterologischen Forschungsrichtung	41
II. Anwendung der im Kriege gewonnenen Erkenntnis auf die Friedensfälle	44
III. Verankerung des Krankheitswunsches mit den Krankheitsymptomen, d. h. Mechanik der Hysterie	46
IV. Die aus alle dem bedingte klinische Stellung der Hysterie, Definition	52
Die Symptome müssen prinzipiell dem Willen zugänglich sein . .	54
Symptomatologie, Verhältnis der Affektreaktion, der Schreckneurose und der Reminiszenzen zum Hysterischen	55
Hysterie oder hysterisch	58
Der hysterische Charakter.	59
Die Veranlagung zu hysterischen Störungen.	60
V. Die Diagnose der Hysterie.	60
VI. Die Simulationsfrage und die moralische Frage	62
VII. Die Therapie	66
VIII. Die Beurteilung	69

Einleitung.

Wenn in den ersten Kriegsjahren in den medizinischen Zeitschriften, speziell in den psychiatrisch-neurologischen immer und immer wieder versichert wurde, daß der Krieg uns grundsätzlich neue Krankheiten, grundsätzlich neue ärztliche Erkenntnis nicht gebracht hätte, so mußte diese so oft wiederkehrende ausdrückliche Versicherung eigentlich Wunder erregen, denn da ein Krieg doch im Grunde genommen nicht andere schädigende Momente bringt — d. h. die schädigenden Ursachen in ihre Einzelbestandteile zerlegt! — als wir sie schon aus der Friedenszeit kennen, so konnte man schon rein spekulativ zur selbstverständlichen Überzeugung gelangen, daß der Krieg vielleicht besonders gefährbte Krankheitsbilder zeigen würde, aber eben keine wesentlich neuen. Trotzdem ist es aber zweifellos, daß die kriegsärztlichen Erfahrungen uns in unserer ärztlichen Erkenntnis in vielen Punkten wesentlich vorwärts gebracht haben, von dem Gesichtspunkt ausgehend, daß für die ärztliche Forschung der Krieg als ein — um ein Wort Hoches zu gebrauchen — Experiment größten Stils betrachtet werden kann, ein Massenexperiment, das Erkenntnisse sichert, die bei Einzeluntersuchungen als zweifelhaft betrachtet werden müssen, oder doch wenigstens bisher nicht auf alle ärztliche Forscher überzeugen wirkten.

Es darf behauptet werden, daß wir, um auf unser Thema zu kommen, durch den Krieg in der Hysteriefrage freilich bei weitem nicht alle Probleme gelöst, aber doch klarer zu sehen gelernt haben, daß Ansichten, die zwar — eines- teils im Keime, anderenteils ausgeprägter — schon vorhanden waren, durch die Massenerfahrungen immer mehr Gemeingut ärztlicher Überzeugung geworden sind.

Trotz aller glänzenden psychologischen Abhandlungen und klinischen Arbeiten hat es eine allgemein anerkannt wissenschaftlich scharf präzierte Begriffsbestimmung der Hysterie bisher nicht gegeben, ganz abgesehen davon, daß in Klinik und Praxis die Diagnose recht oft gefühlsmäßig, instinktiv, weniger aus klarer Überlegung heraus gestellt wurde, daß — wie Kraepelin ¹⁾ sagt — „hier und da ein nicht zu rechtfertigender Mißbrauch mit der verallgemeinerten Anwendung jener Bezeichnung getrieben worden ist“. Kraepelin selbst ist von seiner eigenen Definition offenbar auch nicht durchaus befriedigt. Sie lautet: „Als wirklich einigermaßen kennzeichnend für alle hysterischen Erkrankungen dürfen wir vielleicht die außerordentliche Leichtigkeit und Schnelligkeit ansehen, mit der Gemütsbewegungen nicht nur das gesamte Seelenleben beeinflussen, sondern auch mannigfaltige körperliche Krankheitserscheinungen hervorbringen, seien es An-

¹⁾ Kraepelin, Lehrbuch d. Psychiatr. 8. Aufl. Klin. Psych., III. Teil, 1647, 1916.

ästhesien oder Parästhesien, seien es Ausdrucksbewegungen, Lähmungen, Krämpfe, Störungen der Gefäßinnervation oder der Drüsentätigkeit.“ Und ferner sagt er: „Was einem Krankheitsbilde den Stempel des Hysterischen aufdrückt, das ist, wie schon früher angedeutet, weiterhin die Ausstrahlung der Gemütsbewegungen auf andere Gebiete des körperlichen und geistigen Lebens und ihre Umsetzung in Krankheitserscheinungen, die der Hauptsache nach übertriebenen und verzerrten Ausdrucksformen seelischer Erregung entsprechen.“ Kraepelin gibt selbst zu, daß seine Kennzeichnung weit davon entfernt ist, allgemein anerkannt zu sein. Der klinische Nachteil dieser Definitionen ist meines Erachtens zweifellos der, daß sie recht weit gefaßt sind, daß man Krankheitsfälle aus dem Gebiete der sogenannten Psychopathien und neurasthenische, resp. psychasthenische Bilder leicht mit in die also definierte Krankheitsgruppe einbeziehen, jedenfalls schwer abgrenzen kann. Und dasselbe muß gegenüber Strümpells ¹⁾ Definition gesagt werden, der übrigens meint, daß man Hysterie noch nicht einwandfrei definieren könne, weil es streng genommen gar keine Hysterie als solche gäbe. Nur aus praktischen Gründen würden unter dem Namen „Hysterie“ zahlreiche Krankheitsfälle zusammengefaßt. Strümpell bezeichnet „als hysterisch diejenigen klinischen Erscheinungen einer abnorm gesteigerten oder abnorm veränderten Nervenfunktion, bei denen diese Erscheinungen auf einer Störung der normal geregelten Beziehung zwischen den Vorgängen des Bewußtseins und den organischen Funktionen beruhen“. Hier wäre auch Moebius zu nennen, der die hysterischen Erscheinungen durch Vorstellungen, und Babinski, der sie durch Suggestion hervorgerufen sein läßt. Janet sieht die Assoziationsschwäche, bezüglich die Assoziationslähmung als das Kardinalsymptom der Hysterie an, spricht von der Abspaltung sonst bewußter Vorgänge aus dem Zusammenhange mit dem bewußten Seelenleben (womit er meines Erachtens die Grenzen gegenüber den schizophrenen Prozessen sehr verwischt) und ausgehend von ihm hat ja die psychoanalytische Schule unter der Führung von Breuer und Freud die Komplexlehre aufgestellt und das Wesen der Neurosen, vorwiegend offenbar der klinisch bisher als Hysterie bezeichneten Krankheitsgruppe auf die Verhinderung der Abreaktion entstandener Affekte zurückgeführt, auf eine Abspaltung des Affekts vom Vorstellungsinhalt, wobei die verdrängten Erinnerungen bekanntlich zumeist dem sexuellen Gebiete angehören sollen, wogegen ja in entschiedener Weise von den Nichtpsychoanalytikern Stellung genommen worden ist. Fast alle Autoren weisen bei ihren Hysteriebetrachtungen auf die Affektivität hin, so S. Meyer ²⁾, nach dem „der Affekt zu den unumgänglichen Vorbedingungen der Hysterieerzeugung gehört“, und zum großen Teil auch auf die Suggestibilität wie Bumke ³⁾, der die psychogene Reaktion an das normale Seelenleben anknüpfen läßt. Das Entscheidende sei immer die Erwartung, sei es im Sinne des Wunsches auf Vorteil, sei es im Sinne der Befürchtung, daß ein Symptom eintreten könne.

¹⁾ Strümpell, Über Wesen und Entstehung der hysterischen Krankheitserscheinungen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 55 (1/3), 180.

²⁾ Meyer, S., Die Kriegshysterie. Deutsche med. Wochenschr. 42 (3), 69.

³⁾ Bumke, Suggestibilität, psychogene Reaktion und hysterischer Charakter. Berl. klin. Wochenschr. 55 (50), 1185.

Alle diese erwähnten Definitionen und hervorgehobenen Charakteristiken haben nun, wie schon oben angedeutet, einesteils den Nachteil, daß die Hysteriegruppe hierdurch gewaltig gedehnt wird, so daß dann Moebius recht hatte, wenn er sagte, hysterisch sei jeder von uns, und daß dem Individualisierungsbedürfnis und dem klinischen Bedürfnis, kleinere scharfbegrenzte Gruppen aufzustellen, damit nicht Rechnung getragen wird, und andererseits haben sie den Nachteil, daß nach der Art des Vorkommens hysterischer Erscheinungen die erwähnten Charakteristika allein nicht kennzeichnend für hysterische Störungen sein können. Um nur einiges anzuführen, so müßte man streng genommen nach den meisten der angegebenen Definitionen als hysterisch bezeichnen das Kind, welches zittert, wenn es von einem Hund angebellt wird, den jungen Menschen, der bei Gemütsregungen leicht errötet und erblaßt, diejenigen Individuen, bei denen sich Gemütszustände leicht in der glatten Muskulatur widerspiegeln, d. h., die bei Verstimmungen sich übergeben oder Durchfälle bekommen, vielleicht auch langdauernde Magenstörungen zeigen usw. Denn hierbei handelt es sich doch um „Ausstrahlung der Gemütsbewegungen auf andere Gebiete des körperlichen Lebens“ und doch: wohin soll es führen, wenn man das alles als hysterisch bezeichnen wollte!

Ohne nun freilich den Hysteriebegriff darauf aufzubauen, hat man nun schon im Frieden in den wissenschaftlichen Publikationen — in der praktisch ärztlichen Arbeit am Krankenbett hat man sich ja schon lange von diesem Gesichtspunkt leiten lassen! — darauf hingewiesen, daß die hysterischen Erscheinungen für den Befallenen eine Zuflucht bedeuten und ohne der psychoanalytischen Schule bedingungslos anzugehören, muß man zugeben, daß Freud neben seiner oben gegebenen Definition mit dem Begriff der „Flucht in die Krankheit“ ein Schlagwort geschaffen hat, welches auch bei den Nichtpsychoanalytikern rasch Anklang und Eingang gefunden hat. Es wurde auf das Zweckvolle im Wesen der Hysterie hingewiesen, Kohnstamm schuf den Begriff des „defekten Gesundheitsgewissens“, Bonhoeffer hielt die Willensrichtung der Krankheit für das charakteristische Moment der Hysterie, und Bleuler¹⁾ sagt: „Es handelt sich um eine psychische Reaktionsweise auf unangenehme Situationen, die nicht ertragen werden wollen und vor denen man in die Krankheit flüchtet oder in dieselbe gedrängt wird.“ Dazu kamen die Friedenserfahrungen Strümpells bei den Unfallneurosen, der darauf hinwies, daß solche nur bei daran interessierten Leuten vorkämen und der wohl als erster klar den Begriff der Rentenbegehruugsvorstellungen herausgearbeitet hat, im Gegensatz zu dem somatisch orientierten Oppenheim, der auch im Kriege — allerdings vergeblich — wieder versuchte, eine im engeren Sinne somatische Grundlage für die traumatische Hysterie zu behaupten.

Alle diese Erwägungen und Gedankengänge, die sich bis dahin mehr neben den erwähnten Hysteriedefinitionen bewegt hatten, sind nun im Verlauf des Krieges bei den meisten der Psychiater und Neurologen, die militärärztlich tätig gewesen sind, in den Vordergrund der Betrachtungsweise getreten. Es wurde — trotz einzelner Widersprüche — im großen und ganzen der Wunsch, der Wille zur Krankheit als das fixierende Moment für die Kriegsneurosen — so weit sie unter die geläufigen hysterischen Bilder fallen —

¹⁾ Bleuler, Lehrbuch d. Psychiatr., 1. Aufl., 1916, 388.

erklärt, wenschon auch jetzt noch einzelne daneben andere Einflüsse gelten ließen, nämlich die ängstliche Spannung, Ermüdung, fehlendes Gesundheitsbewusstsein, unterbewußte Konfliktezustände usw. Als erste wiesen bereits Ende 1914 und Anfang 1915 Bonhoeffer¹⁾ und Gaupp²⁾ auf diese Faktoren hin. Es ist ihr Verdienst, zuerst in ausgesprochener Form die meisten der Gedankengänge niedergelegt zu haben, die dann im Laufe der Kriegsjahre allgemein anerkannt wurden. Sokolowski³⁾ definierte die Hysterie direkt als den „Willen zur Krankheit“. Es folgten dann die Arbeiten von Forster⁴⁾, Nonne⁵⁾, Zimbal⁶⁾, Engelen⁷⁾, Redlich⁷⁾ und vielen anderen.

Ich selbst habe bereits im Frühjahr 1918 ähnliche Gedankengänge vertreten und habe damals darzulegen mich bemüht, warum es uns im Kriege am Soldatenmaterial viel eher möglich ist in die Psychologie der Hysterie einzudringen, deshalb nämlich, weil infolge der einförmigeren militärischen Lebensverhältnisse und der seelischen Uniformierung es viel leichter ist, Wünsche und Strebungen eines Menschen psychologisch zu analysieren, als in den viel komplizierteren zivilen Verhältnissen, wo die Wurzeln des Geschehens, die Motive viel schwerer zu enträtseln sind.

Ich führte etwa folgendes aus⁸⁾: Die Ansicht, daß hinter den hysterischen Störungen — bewußt oder unbewußt — ein Zweck verborgen ist, hat sich ja besonders aus dem Studium der Haftpsychosen, die man als reaktive Psychosen aufgefaßt hat, entwickelt. Weniger hat man das Zweckvolle früher bei den nichtforensischen und nichttraumatischen hysterischen Störungen, besonders den Krampfanfällen, dem Mutismus, der Aphonie, der Abasie und Astasie usw. betont. Wenn nun jetzt bei den im Heere auftretenden derartigen Krankheitserscheinungen das Zweckvolle stärker hervortreten scheint, so liegt eine Parallele mit den Haftpsychosen nahe. Der Häftling lebt in einer relativ einfachen Umgebung. Von äußeren Einflüssen, die dem Arzt unbekannt sind, ist er weitgehend abgeschlossen. Seine Straftat ist bekannt, seine Wünsche und Sorgen lassen sich ohne gewagte Hypothesen leicht vermuten, die auftretenden Störungen zwanglos, wenn natürlich auch nicht im einzelnen, so doch in ihrer Zielrichtung, verstehen. Ähnlich — man verzeihe den Vergleich — liegt es im Soldatenleben. Nicht nur sind, was ich in meiner Abhandlung über die Fahnenflucht⁹⁾ angedeutet habe, die militärischen Vergehen infolge

¹⁾ Bonhoeffer, Fälle von sog. Granatexplosionslähmungen. Vortr. i. d. Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenheilk. 14. 12. 1914. (Ref. im neurol. Zentralbl. 1915. Nr. 2.)

²⁾ Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wochenschr. 1915. Heft 11. — Die Granatkontusion. Vortrag in d. med. naturwissenschaftl. Gesellsch. Tübingen am 3. 12. 1914. (Ref. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 11.)

³⁾ Sokolowski, Die Willensrichtung der Hysterischen und die funktionellen Phänomene. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29 (3/4), 252.

⁴⁾ Forster, Hysterische Reaktion und Simulation. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 42

⁵⁾ Nonne, Referat auf der 8. Versammlung deutsch. Nervenärzte. München 1916.

⁶⁾ Cimbäl, Die Zweck- und Abwehrneurosen als sozialpsychologische Entwicklungsform der Nervosität. Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. 37.

⁷⁾ Zitiert nach Birnbaums Sammelreferaten in d. ges. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych., worauf auch sonst bezüglich der Literatur hingewiesen wird.

⁸⁾ Pönitz, Die Zweckreaktion. Ein Beitrag zur Psychologie der Hysterie und Simulation unter besonderer Berücksichtigung der Kriegserfahrungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten 59, Heft 2/3.

⁹⁾ Pönitz, Psychologie und Psychopathologie der Fahnenflucht im Kriege. H. Grob Arch. f. Kriminologie. 68, Heft 3/4.

der einförmigeren militärischen Lebensverhältnisse psychologisch leichter zu analysieren als Zivilvergehen, auch für die sogenannten hysterischen Störungen wird die psychologische Einfühlung leichter gemacht. Wir kennen mehr als im komplizierten, viel individuelleren Friedensbetriebe die gemütlichen und körperlichen Schädigungen, welche einwirken, wir kennen wenigstens ungefähr die Lebensverhältnisse, die gegenseitigen Beeinflussungen und Rücksichtnahmen (Anton sagt: „Der Mensch ist nicht nur Mensch, sondern auch „Mitmensch“), wir kennen vor allem das, was man als soldatische Tugenden oder Untugenden zu bezeichnen pflegt, auf der einen Seite die Geringschätzung persönlicher Gefahr, auf der anderen Seite die Sorge um Gesundheit und Leben und das Wohlergehen der Familie, die Sehnsucht nach Freiheit und Heimat.

Und wenn nun manche, führte ich weiter aus, sich gegen die Auffassung, daß das „Zweckvolle“ bei den hysterischen Erscheinungen die Hauptsache sei, sträuben, weil sie — ob mit Recht oder Unrecht sei zunächst dahingestellt — ein moralisierendes Moment in dieser Betrachtungsweise finden und weil sie sich beispielsweise dagegen sträuben, bei einem dekorierten Offizier, der 3 Jahre lang unentwegt gefahrvollen Frontdienst getan hat, im 4. Kriegsjahre hinter einer Abasie einen, sei es auch für den Kranken unbewußten, „Zweck“ suchen zu sollen, so gehen sie meiner Ansicht nach von einer durchaus falschen Weltanschauung aus. Sie wollen sich nämlich nicht eingestehen, daß auch der beste Mensch Gedanken und Wünsche hat, die er selbst nicht auszusprechen wagt, die er für unrecht hält, deren er sich schämt. Jeder prüfe sich selbst und denke cum grano salis an die Worte Hamlets: „Ich bin selbst leidlich tugendhaft; dennoch könnt' ich mich solcher Dinge anklagen, daß es besser wäre, meine Mutter hätte mich nicht geboren.“

Nicht alle großen Werke, nicht alle Heldentaten sind um ihrer selbst willen geschehen, Ehrgeiz und Rücksicht auf andere mögen oft das treibende Motiv gewesen sein. Es ist durchaus nicht unwahrscheinlich, um zur Sache zurückzukommen, daß jemand 3 Jahre lang, sei es aus Pflichtbewußtsein, sei es aus Rücksicht auf seine soziale Stellung, voll seine Pflicht getan hat, daß dann Motive, die an und für sich gar nichts Unsoziales und Unehrenhaftes an sich zu haben brauchen (Sorgen und Sehnsucht des Familienvaters), lebendiger werden und auf Seele und Körper zu wirken beginnen. Wer versuchen will, die psychische Struktur der Kriegshysterie, sei es auch nur in groben Zügen, zu verstehen, muß eben das Wort des Terenz anerkennen:

„Homo sum; humani nil a me alienum puto!“

Wenn nun also für die Kriegshysterie ein „Zweck“ nachgewiesen werden soll, so ist der Inhalt dieses Zwecks nach dem oben Gesagten leicht zu finden. Es ist die Möglichkeit, sich unangenehmen Situationen, die der Kriegsdienst mit sich bringt, zu entziehen, sei es nun der persönlichen Gefahr, also dem Frontdienst, sei es überhaupt der durch den Dienst bedingten unbequemen Freiheitsbeschränkung. O. Förster¹⁾ hat es in München allgemeiner als Selbsterhaltungstrieb gefaßt, was aber für die Fälle, denen es überhaupt auf Befreiung aus dem Heeresdienste, also nicht nur auf Entfernung aus der Gefahrzone, ankommt, dann nicht ganz zutreffen dürfte.

¹⁾ 8. Jahresvers. d. Gesellsch. deutsch. Nervenärzte (München 1916). Verhandlungsbericht S. 166.

Die Kriegshysterien hatten offenbar bis zur Zeit, wo fast allseitig schärfere therapeutische Maßnahmen angewendet wurden, zugenommen; die Einziehungsbestimmungen waren immer schärfere geworden, und als sicherstes Mittel für den „Zweck“ blieb nur eins übrig: Krankheit, die ja der Ausübung des Dienstes mehr oder weniger hinderlich ist.

Ich bin nun in meiner damaligen Darstellung von dem Gedanken ausgegangen, daß zum mindesten die Mehrzahl der Kriegshysterien als solche Mittel zum Zweck aufzufassen sind, daß es sich im Einzelfalle freilich nicht — und das gilt, es sei das vorausgenommen, auch heute noch — beweisen lassen wird. Es ist ja bei der ganzen Sachlage durchaus natürlich, daß durch Analyse der Kranken oder gar durch ein „Geständnis“ eine Bestätigung unserer Ansicht, ein Herausbefördern des Motivs, des „Regisseurs im Hintergrunde“ (Anton) nicht erwartet werden kann. Die Betroffenen haben eben einen guten Grund, ihre Motive nicht bloßzulegen. Ich wies schon damals darauf hin, daß individualpsychologisch unsere Ansicht wohl wahrscheinlich gemacht werden kann, daß aber den einigermaßen schlüssigen Beweis erst die Massenpsychologie bringen wird, wie wir sie an unseren Kriegsfällen anwenden konnten.

Und so hat sich auch tatsächlich nicht aus dem Einzelfalle heraus der Beweis für unsere Auffassung erbringen lassen, sondern aus gewissen gleichmäßigen wiederkehrenden Beobachtungen und Situationen, unter denen hysterische Störungen auftraten oder nicht auftraten, unter denen sie verschwanden oder nicht verschwanden. Es ließ sich aus diesen kollektivpsychologischen Erfahrungen schließen, daß der hysterisch Kranke an seiner Krankheit interessiert ist und daß ohne dieses Interesse bei den Kriegsteilnehmern keine hysterischen Erscheinungen auftreten, resp. bestehen bleiben.

Der Zweck der folgenden Abhandlungen soll sein, zunächst auf Grund meiner nun sechsjährigen Tätigkeit in Militärlazaretten, vornehmlich dem unserer Klinik angegliederten, und auf Grund der Literatur festzustellen, inwieweit auch jetzt nach dem Kriege meine damaligen Ansichten aufrecht erhalten werden können, welches die Tatsachen sind, die beweisen resp. wahrscheinlich machen, daß Wunsch und Wille zur Krankheit das wesentliche, sei es auslösende, sei es fixierende Moment bei den hysterischen Störungen darstellen. Es wäre dann weiter die Frage zu erörtern, inwieweit diese kriegspsychiatrischen Erfahrungen auf die Friedenshysterien angewendet werden können, in welcher Weise Wunsch und Wille zur Krankheit die Krankheitssymptome schaffen oder benutzen, resp. welches die Mechanik der hysterischen Störungen ist und schließlich und vor allem, inwieweit die Klinik der Hysterie alle diese Erfahrungen verwenden kann und muß, inwieweit der Begriff der Hysterie danach schärfer umrissen werden kann, welche Gesichtspunkte sich uns für die Behandlung und Beurteilung der hysterischen Erscheinungen ergeben.

Bevor ich zu dieser Beweisführung übergehe, eine kurze Verständigung: Wenn ich zunächst von hysterischen Störungen spreche, so meine ich jene drastischeren Formen, die entweder körperlich sich dokumentieren, also sichtbar, resp. mit unserer Untersuchungstechnik nachweisbar sind, oder aber —

so weit andere Psychosen sicher auszuschließen sind! — die bekannten allgemein als „hysterisch“ bezeichneten psychischen Ausnahmezustände, die sich in dem ganzen Verhalten des Patienten zu erkennen geben, kurz, diejenigen körperlichen oder psychischen Störungen, die äußerlich in der Regel als Ausdruck schwerer Gemütsregungen aufgefaßt werden können, also Lähmungen, Zittererscheinungen, Gang- und Haltungstörungen, Hör-, Seh- und Sprachstörungen, Krampfanfälle, Stupor- und Dämmerzustände, sowie Erregungszustände reaktiver Art usw. Ich nehme also diejenigen Fälle, bei denen die Untersuchung einestheils ein organisches Leiden ausschließt, anderenteils aber ärztlich bestimmte Symptome nachweisbar sind. Unberücksichtigt lasse ich also hier jene Art von Hysteriediagnosen, die in der Praxis so häufig gestellt werden, nach der Art: Der Patient klagt über dies und jenes, z. B. über Kopfschmerzen, der Arzt findet nichts, ergo wird die Diagnose „Hysterie“ gestellt, wobei es sich also lediglich um eine Verlegenheitsdiagnose handelt, die zweifellos bisweilen trotzdem das Richtige treffen kann. Es ist wohl klar, daß solche Fälle keinesfalls hier mit herangezogen werden können, denn es sind eben Fälle, unter denen sich völlig andere nicht diagnostizierte Krankheitsfälle finden können, ganz abgesehen von den ausgesprochenen Simulanten. Sie können nicht mit herangezogen werden, wenn es sich darum handeln soll, das Wesen der Hysterie begrifflich schärfer zu formulieren, ich will aber damit natürlich nicht bestreiten, daß ein Hysteriker über Beschwerden klagen kann — wie Kopfschmerzen, Mattigkeit —, die sich schwer objektivieren lassen.

Erster Teil.

Welche im Kriege gemachten Erfahrungen sprechen also dafür, daß bei den eben genannten hysterischen Erscheinungen Wunsch und Wille zur Krankheit die Krankheitssymptome bedingen, daß der Erkrankte an seiner Erkrankung interessiert ist oder wenigstens einmal interessiert war?

Die erste Tatsache, die in unserem Sinne gedeutet worden ist, und meines Erachtens auch nicht anders gedeutet werden kann, ist die auffallende Beobachtung, daß unter den vielen hunderttausend Gefangenen, die sich in den deutschen Gefangenenlagern befunden haben, Kriegsneurosen, speziell Kriegshysterien in der oben angegebenen Umgrenzung gar nicht, oder doch höchstens ganz vereinzelt gefunden worden sind. Diese Tatsache wurde seinerzeit auf der Münchener Tagung besonders Oppenheim entgegengehalten, um damit die Psychogenese der Kriegsneurosen zu beweisen, und sie hat zusammen mit den Nonneschen Berichten über die Erfolge der Suggestivtherapie vor allem die Streitfrage: organisch oder psychisch bedingt in letzterem Sinne entschieden.

Zuerst hat wohl Lilienstein¹⁾ die Beobachtung bekannt gegeben. „Zur Kritik des Begriffs der traumatischen Neurose und mit Rücksicht auf die Pathogenese des Krankheitsbildes berichtet Lilienstein über die auffallende und überraschende Tatsache, daß bei Kriegsgefangenen seiner Beobachtung Nerven-

¹⁾ Lilienstein, 40. Wandervers. südwestdeutsch. Neurologen u. Irrenärzte. Versammlungsbericht im Arch. f. Psych. u. Nervenheilk. 56, 1915.

krankheiten und besonders funktionelle Störungen fehlen. Auch die Erscheinungen der Granaterschütterung, wie sie von Wollenberg heute dargestellt werden, fehlen fast vollständig. Als Erklärung gibt Lilienstein vor allem an das Gefühl der Sicherheit, die Tatsache, daß die Gefangenen den Aufregungen des Kampfes und der Lebensgefahr entzogen sind.“ Mohr¹⁾ teilte mit, daß in einem großen Gefangenenlager unter 12 000 Gefangenen, darunter etwa 2000, die schwere Granatkomotionen, Verschüttungen usw. durchgemacht hatten, fast gar kein Fall von schwerer Neurose, speziell vom Typus der traumatischen Neurose zu finden gewesen sei. Bedeutsam erscheint hierbei auch für Mohr das Fehlen eines durch allerlei sonstige Affekterlebnisse vorbereiteten Bodens und der unbewußten Abwehrreaktion gegen die Schrecknisse im Felde. Bonhoeffer²⁾ brachte ähnliche Erfahrungen von kriegsgefangenen Soldaten auf dem westlichen Kriegsschauplatz, wie auch von russischen Kriegsgefangenen. In einem Durchgangslager, wo die in der Verdun-Schlacht gefangenen Franzosen interniert waren, sah er Individuen mit Trommelfellzerreißen nach Granatkontusionen ohne jene nervösen Granatkontusionserscheinungen, wie dort überhaupt in $1\frac{1}{2}$ Jahren die sonst bei allen aktiven Truppen aller Heere beobachteten funktionellen Granatschocksymptome nicht zur Beobachtung gekommen sind. Auf der erwähnten Münchener Tagung sagt Mörchen³⁾: „In $1\frac{1}{2}$ Jahren habe ich als Lagerarzt des Darmstädter Kriegsgefangenenlagers unter mehr als 60 000 französischen Gefangenen 8 Fälle gesehen, die zur traumatischen Neurose gerechnet werden können. Ein großer Teil der Gefangenen ist direkt aus schwerstem Trommelfeuer bei Verdun ins Lager gekommen. Es steht fest, daß die Leute in zahlreichen Fällen schwere somatische und psychische Komotionsschädigungen erlitten haben. Diese Zustände, die wir „primären Innervationsschock“ nennen (Münch. med. Wochenschr. 33. 1916 und Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Januar 1916) sind aber bei und unmittelbar nach der Gefangennahme abgeheilt. In der Gefangenschaft fehlen die psychischen Bedingungen für Konservierung des primären Innervationsschocks oder die Entwicklung eines „sekundären Innervationsschocks“. Wir haben uns in den genannten Zeitschriften über die aus psychologischer Betrachtungsweise sich ergebenden Gründe für das Fehlen des sekundären Innervationsschock bei Gefangenen eingehend geäußert und nach Ausschluß aller organisch-nervösen Möglichkeiten in dem durch die Gefangennahme bedingten „Entlastungsgefühl“ den wichtigsten, direkt therapeutisch wirkenden Faktor gefunden. Die Gefangenenbeobachtungen geben uns in vielfacher Hinsicht Aufschluß über das Wesen der nervösen Kriegsschädigungen, vor allem ihrer fixierten Formen.“

In der von Mörchen selbst erwähnten Abhandlung in der Münchener med. Wochenschr. hat er eingehend über sein Kriegsgefangenenmaterial berichtet und hervorgehoben, daß sämtliche Gefangene ärztlich genau untersucht wurden, daß ein großer Teil wegen Erschöpfung und Verdauungsstörungen das Revier aufsuchte. Er schilderte eingehend die körperliche und seelische Erschöpfung dieser Leute, berichtete, daß die meisten auf Befragen

¹⁾ Mohr, Die Behandlung der Kriegsneurosen. Therap. Monatsh. Nr. 3.

²⁾ Berl. klin. Wochenschr. 1916. Nr. 25. Monatsschr. f. Psychiatr. 40, 199.

³⁾ Mörchen, Diskussionsbemerkung auf der 8. Jahresversammlung deutsch. Nervenärzte in München. (Versammlungsbericht S. 162.)

ihre Gemütsverfassung dahin definierten, daß sie glücklich und zufrieden seien, der Hölle, in der sie sich befunden hätten, entronnen zu sein. Trotz ihrer zunächst bestehenden Apathie wurden sie in ihrer Mehrzahl von einem positiven Wohlgefühl beherrscht. „Sie sind in Sicherheit, der Krieg ist für sie zu Ende, sie haben ihr Leben gerettet, alles andere ist ihnen einerlei; eine Wiederholung dieses Höllenlebens im Trommelfeuer gibt es für sie nicht mehr, was ihnen jetzt noch Unangenehmes passieren kann, spielt keine Rolle mehr.“ Schon nach wenigen Tagen erholten sich die Leute, die dann zugaben, daß die individuellen psychischen Reaktionen im Schützengraben und Unterstand während und nach Minensprengung, Trommelfeuer usw. sich nicht wesentlich von den bei uns bekannten Reaktionen unterschieden. Daher um so auffallender, daß im Gefangenenlager fast keine traumatische Neurose gefunden wurde. Es wurde besonders darauf hingewiesen, daß die Gefangenen sonst reichlich die Gelegenheit benutzten, sich dem Arzte vorzustellen und daß die Zahl der quasi „latent“ Neurotischen doch nur eine sehr geringe gewesen sein könne, um so mehr, als die eigentlichen psychoneurotischen Reaktionen meist sehr augenfällige wären. Als das Wesentliche wurde jedenfalls hervorgehoben, daß die Gefangenen reichlich Gelegenheit zu körperlicher und seelischer Schockwirkung gehabt hatten und daß in Anbetracht des riesigen Materials unverhältnismäßig selten eine psychoneurotische Fixierung der Unfallwirkungen eingetreten wäre. Und wenn sie eingetreten wäre, so sei sie doch bald nach der Gefangennahme abgeklungen.

Birnbaum, der im übrigen der Hervorhebung von Wunsch und Wille bei Kriegsneurosen sehr kritisch gegenüber steht, gibt dabei in seinem Sammelreferat ¹⁾ zu, daß gelegentliche Einzelfälle von Neurosen bei Kriegsgefangenen, wie sie z. B. Uffenheimer ²⁾ mitteilt, die Bedeutung dieser Erfahrungen nicht abschwächen. Und auch Oppenheim ³⁾ selbst, der Nachuntersuchungen in den Gefangenenlagern Metz, Darmstadt und Gießen angestellt hatte, und vorher die genügende Durchforschung der Lage angezweifelt hatte, mußte, wenn auch zurückhaltender, zugeben, daß „das im wesentlichen zutrifft“ und daß auffallend viele gefangene Soldaten feindlicher Heere unter dem Einflusse von schwerer Artilleriefeuer gestanden haben, ohne daß sich bei ihnen dauernde Symptome von einer Neurose entwickelt hätten. Immerhin meint Oppenheim, daß andere Faktoren zur Erklärung dieser Tatsache herangezogen werden müßten als die von Mörchen, Bonhoeffer u. a. gebrachten, ohne aber selbst eine einwandfreie, anerkannte zu bringen. Und Wilmanns ⁴⁾ fand unter 80 000 Gefangenen in den Lagern des XIV. A.-K. nur 5 Hysterische ⁵⁾, darunter nur eine hysterische Schreckneurose (Mutismus

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 13, 481.

²⁾ Uffenheimer, Hysterischer Mutismus. Wissenschaftl. Abend d. Sanitätsoffiziere der Garnison Passau vom 20. 1. 1916. Ref. deutsche med. Wochenschr. 1916, Nr. 12.

³⁾ Oppenheim, Referat auf der Münchener Tagung.

⁴⁾ Versammlungsbericht der Münchener Tagung S. 199.

⁵⁾ Um nur einen ungefähren Anhaltspunkt zur Beurteilung des Verhältnisses neurotischer Störungen zur Zahl der sonstigen Kriegsbeschädigten zu geben, verweise ich auf einen von Wilmanns im Sommer 1917 gehaltenen Vortrag (vgl. „Die Kriegsbeschädigtenfürsorge“ 2. Jahrg., Nr. 3, Berlin). Danach hatte der Hauptfürsorgeausschuß Frankfurt a. M. unter 5300 Rentenempfängern 536 Neurosen (8,2%) gezählt, Nürnberg sprach von 9,8%

nach Verschüttung). Wilmanns wies darauf hin, daß unter 20 000 zur Internierung in die Schweiz vorgeschlagenen Kranken sich nach Bericht der militärischen Austauschkommission kaum eine Neurose befände, und das gleiche gelte von den in der Schweiz internierten Deutschen, unter denen sich zahllose Neurastheniker, vasomotorische Neurosen, aber keine Schreckneurosen befänden. Auch A. Westphal¹⁾ sah bei Russen im Gefangenenlager Wahn, sowie bei zahlreichen gefangenen Franzosen in seiner Klinik keinen Fall von traumatischer Neurose und Nonne²⁾ berichtet in seinem Referat, daß er durch eigene Untersuchungen dies bestätigen konnte und daß er auch entsprechende Nachrichten von den ärztlichen Leitern verschiedener Gefangenenlager erhalten habe, wobei es allerdings nicht ganz klar ist, inwieweit diese ärztlichen Leiter — wie die vorher erwähnten Autoren — nervenärztlich geschult waren und damit eine exakte Untersuchung garantiert war. Gaupp³⁾ hebt desgleichen in seinem Referat die Bedeutung dieser Feststellungen hervor.

Ich selbst war 9 Monate ärztlich an einem großen Gefangenenlager tätig, wo wiederholt mehrere tausend Gefangene im Verlauf von jedesmal etwa einer Woche zwecks Bestimmung der Arbeitsfähigkeit mir vorgeführt wurden und Gelegenheit hatten, ihre Klagen vorzubringen. Ich habe dabei ausdrücklich auf bestehende Nervenkrankheiten geachtet, davon, daß drastische hysterische Störungen übersehen werden konnten, kann kaum die Rede sein. Ich habe jedenfalls nicht einen einzigen Fall von Abasie, Astasie, Mutismus, Tremor und hysterischen Krämpfen gesehen, obwohl gerade in dem betreffenden Lager (Gefangenenlager Zerbst) Kranke und Krüppel besonders zahlreich vertreten waren und das Lager zuletzt direkt zu einer Unterbringungsstätte für schwerkriegsbeschädigte Gefangene wurde, die zu irgend einer Arbeit nicht verwendet werden konnten. Wenn Oppenheim behauptet, daß ebenso Verlegung in ein Lazarett den Gefangenen angenehm erscheinen mußte und solche hysterische Störungen dann hätte verursachen können, so ist dagegen zu bemerken, daß dies den Gefangenen in unserem Lager nicht verlockend erscheinen konnte, weil ihre Freiheit dort viel mehr beschränkt war als im Lager selbst, vor allen Dingen aber mehr als auf den oft recht behaglichen Arbeitskommandos, wohin es die Gefangenen sichtlich drängte. Auch der Wunsch nach Austausch konnte nicht in Frage kommen, weil zur Zeit, als ich im Gefangenenlager tätig war (1915/1916) nur selten Austauschungen stattfanden, und weil den Gefangenen ausdrücklich mitgeteilt wurde, daß nur ganz schwer körperlich Verletzte dafür in Frage kämen, bei denen eine Wiederherstellung der Felddienstfähigkeit unter allen Umständen ausgeschlossen sei. Ich habe schon in meiner früheren Veröffentlichung darauf hingewiesen, daß die einzige ernstere Erkrankung, die möglicherweise hysterischer Natur gewesen ist, eine Psychose war, und daß sie zu einer Zeit auftrat, wo mehrere geistesranke Russen behandelt wurden und zum Teil in Provinzialanstalten kamen, zum Teil ausgetauscht werden sollten. Ich sagte schon damals, daß dieses Vorkommen

in der Pfalz nahm man 10⁰/₀ an, in Baden — wo die Hysterikerbehandlung damals bereits straff organisiert war — ergab eine Stichprobe nur 3,7⁰/₀. Wilmanns schloß aus diesen Zahlen lediglich, daß die Zahl der neurotischen Rentenempfänger überraschend hoch wäre (wahrscheinlich auch noch unverhältnismäßig hoch ist).

¹⁾ Dasselbst Seite 85.

²⁾ u. ³⁾ Siehe die Referate der Münchener Tagung.

mit unserer Theorie durchaus in Einklang gebracht werden könnte, lege aber auf diesen Fall keinen besonderen Wert, weil mit Hilfe eines Dolmetschers nur schwer entschieden werden kann, ob eine Geistesstörung — diese machte den Eindruck eines Dämmerzustandes! — schizopren, hysterisch oder gar grob simuliert ist.

Hinweisen möchte ich noch darauf, daß im Laufe der letzten Kriegsjahre nichts Wesentliches gegen diese Erfahrungen vorgebracht worden ist¹⁾, wenn schon es nicht unmöglich ist, daß dann, wo der Austausch und der Transport in neutrale Länder eine größere Rolle spielte, und also neue verständliche Motive auftraten, auch unter den Kriegsgefangenen einige hysterische Symptome gelegentlich beobachtet wurden, obwohl wie gesagt, soweit ich die Literatur übersehe, hierüber nichts veröffentlicht worden ist.

Was sagen nun alle also diese mitgeteilten Erfahrungen? Nun, meiner Ansicht nach eben das, daß Komotion, Schreckwirkung, eingeklemmte Affekte allein die hysterischen Dauerstörungen nicht bedingen können, denn sonst müßten sie eben bei den Kriegsgefangenen, die ja doch fast alle durch das Feuer der Front hindurch gegangen sind und schwere Schockwirkungen durchgemacht haben, in einem ganz besonders hohen Prozentsatz auftreten, während sie tatsächlich von einigen Untersuchern und von mir überhaupt nicht, von anderen nur ganz ausnahmsweise gefunden wurden. Wenn etwa Gegner einwerfen sollten, daß sich unter den vielen hunderttausend Kriegsgefangenen, die sich in Deutschland befunden haben, eben vorwiegend nur körperlich, geistig, gar moralisch Vollwertige gefunden hätten und deshalb Neurosen so selten aufgetreten seien, so kann man bei der Unmenge der Gefangenen, die ja oft regimenterweise in Gefangenschaft gerieten, wohl über diesen Einwurf kaum ernstlich debattieren. Es bleibt eben, wie man auch zu deuten versucht, keine andere Erklärung übrig, als daß es für die Kriegsgefangenen in der Regel keinen Nutzen bedeutet, krank zu sein, daß die Gefangenen sich in Sicherheit fühlen, daß Abwehrmaßnahmen und Begehrungsvorstellungen keinen Einfluß auf sie haben und sie deshalb mit ihrem Willen und ihrem Wunsche, mit ihrem Interesse an einer Krankheit nicht beteiligt sein können, daß nach Gaupps Ansicht beim Kriegsgefangenen sogar ein positiver Wille zum Gesundwerden und Gesundbleiben besteht, weil für ihn das Gesundbleiben die erste Voraussetzung zu seinem höchsten Wunsch ist: Die spätere Rückkehr zur Heimat, die er ja erst in der weiten Ferne des Kriegsschlusses vor Augen hat. Der Krieg ist für die Kriegsgefangenen, wie Nonne sagt, zunächst abgeschlossen, sie sind einstweilen zur Ruhe gekommen und somit von den durch den Krieg determinierten Wunschtendenzen frei²⁾.

¹⁾ Die Arbeit von Liebermeister und Siegerist, Über eine Neurosenepidemie im Kriegsgefangenenlager (Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 37, 1917) kann — wie die Autoren zugeben — unsere Ansicht nur bestätigen, da es sich hier um ganz klarliegende „Zweckreaktion“ mit bekanntem Zweck handelt.

²⁾ Nach Abschluß der Arbeit teilt mir Prof. Wilmanns persönlich die Äußerung eines elsässischen Arztes mit, wonach es jetzt im Elsaß keine Kriegsneurosen mehr geben soll. Es wäre interessant und könnte in unserem Sinne gedeutet werden, wenn das zutrifft. Elsässer, die im deutschen Heere gedient haben, sind aber in deutschen Lazaretten zahlreich als Neurotiker behandelt worden, behaupten jetzt nach Mitteilung dieses Arztes zum Teil aber, diese Störungen simuliert zu haben. Der Ansicht von Wilmanns, daß es in

Und wenn ich darauf hinwies, daß bei den Kriegsgefangenen hysterische Erscheinungen nicht nachweisbar sind, trotzdem sich viel Zerschossene, viel Schwerverwundete darunter befunden haben, so komme ich damit zu der zweiten wichtigen Beobachtung, die in unserem Sinne zu verwerten ist und die ja auch mit unseren Friedenserfahrungen gewissermaßen in Analogie gesetzt werden kann: Auch unter unseren Soldaten sind hysterische Störungen ausgeprägten Charakters kaum zu finden gewesen, wenn sie so krank oder so schwer verwundet gewesen sind, daß ihre weitere Verwendbarkeit im Heere, speziell im Frontdienst, für absehbare Zeit ausgeschlossen war.

Lewandowsky ¹⁾ hat frühzeitig während des Kriegs auf diese Beobachtung hingewiesen und eine besondere Stärke des Wunschfaktors daraus geschlossen, daß „hysterische Symptome bei solchen Veränderungen, die die Kriegsverwendungsfähigkeit mit Sicherheit ausschließen, zu den allergrößten Seltenheiten gehören, so daß er gegenüber Hunderten von solchen funktionellen Erkrankungen bei leichten Verletzungen und meist ohne Verletzungen nur vier bei Verwundungen der bezeichneten Schwere sah“. Auch Horstmann ²⁾ fand Hysterie nicht bei organischen Kranken und Nonne ³⁾ „nur in einem der vielen Fälle von schweren, schwersten und leichten Schußverletzungen, die er bisher untersuchte, das Bild der traumatischen Neurose. In diesem Falle handelte es sich um einen seitens der Mutter erblich belasteten und früher schon mehrfach nervös gewesen Mann. Die Neurose brach von neuem aus im Anschluß an eine im Gefecht erhaltene Verletzung des Schädels durch Kolbenschlag“. Wenn Rothmann ⁴⁾ dagegen auf hysterische Beimischungen hingewiesen hat, so hat er hierbei nicht mitgeteilt, ob es sich um eine schwere hysterische Komponente bei schwerer organischer Verletzung, oder leichter Verletzung, oder aber um eine leichte hysterische Komponente bei schwerer oder leichter Verletzung gehandelt hat, was natürlich von Wichtigkeit ist. Denn daß bei leichten Verletzungen hysterische Komponenten vorkommen, wäre ja nicht beweisend gegen unsere Ansicht, sondern eher für unsere Ansicht. Wir haben es ja im Kriege oft gesehen, daß, wenn eine ursprünglich organische Lähmung in Heilung übergeht und man Wiederherstellung für den Dienst erwarten könnte, daß dann, sage ich, die Heilung plötzlich stockt und eine hysterische Komponente sich aufzupfropfen beginnt.

In diesen Zusammenhang gehört auch die Bemerkung, die Kurt Goldstein auf der Psychiatertagung in Würzburg 1918 machte, daß nämlich nur bei leichten Kopfverletzungen hysterische Störungen gelegentlich auftreten.

In der oben wiederholt erwähnten Münchener Versammlung wurde ebenfalls von verschiedenen Seiten auf diese Beobachtung hingewiesen. Gaupp ⁵⁾ sagte hier: „Oppenheims Lehre steht noch in einem anderen Punkte mit meinen Erfahrungen in einem völligen Widerspruch. Es kann meines Erachtens gar kein Zweifel darüber sein, daß wir die psychogenen Erkrankungen mit Vorden Neurotikerlazaretten viel mehr Simulanten gegeben hat, als zugegeben wird, pflichte ich durchaus bei.

¹⁾ Lewandowsky, Erfahrungen über die Behandlung nervenverletzter und nervenkranker Soldaten. Deutsche med. Wochenschr. 1915. Nr. 53. Zit nach Birnbaum.

²⁾ Horstmann, Zur traumatischen Neurose. Ärztl. Sachverständigenzeitg. 1914. Nr. 22.

³⁾ Ärztl. Verein in Hamburg. Ref. neurol. Zentralbl. 1915. Nr. 1.

⁴⁾ Sitzung in der Berl. Gesellsch. f. Psych.

⁵⁾ Gaupp, Das oben erwähnte Referat. S. 134 u. 135.

liebe bei Unverwundeten, manchmal bei Leichtverwundeten, dagegen sehr selten bei Schwerverwundeten antreffen. Ich kann gar nicht begreifen, daß Oppenheim diese Tatsache, die Seelert (Monatsschr. f. Psychiatr. u. Neurol. Heft 6, 1915), Singer (Zeitschr. f. ärztl. Fortbild. 13, 1. 8. 1916; er sagt: „kein Schwerverletzter hatte eine traumatische Neurose. Schwere Verletzungen schützen geradezu vor überwertigen nervösen Beschwerden“) und Lewandowsky hervorheben, leugnen will. Nur ein ganz kleiner Prozentsatz unserer Neurotiker war verwundet; die furchtbaren Verletzungen, die uns ein Gang durch die chirurgischen Abteilungen unserer Lazarette oder durch die Säle unserer Hirn- und Rückenmarksverletzten zeigt, sind fast niemals von Neurosen begleitet. Der Unterschied ist so auffällig, daß er selbst Laien, die unsere Klinik betreten, in die Augen springt. Wenn also Oppenheim sagte, daß es sich fast durchweg um schwere Verletzungen und Erschütterungen handle und daß nur wenige Fälle organischen Leidens funktionelle Symptome vermissen lassen, so stehe ich hier vor einem Rätsel. Gewiß ist nicht zu bestreiten, daß nach Verletzungen der Extremitäten schmerzhaft periphere Lähmungen manchmal psychogen überlagert werden, daß bei der Rückbildung von Gliedversteifungen und Gelenkerkrankungen, bei der Ausheilung von Haut- und Muskelnarben Gewohnheitspareesen beobachtet werden, daß also anfänglich organische Verletzungen und Erkrankungen nach ihrer Rückbildung oft psychogene Symptome übrig lassen, aber von irgend einem Parallelismus zwischen der Schwere einer organischen Kriegsschädigung und der Stärke der ihr folgenden funktionellen Störung kann gar keine Rede sein.“

Und alle diese von anderen Autoren gemachten Erfahrungen entsprechen durchaus den meinen. So konnte ich seinerzeit — ich wies schon oben darauf hin! — in der weit ausgedehnten Krüppelabteilung des Gefangenenlagers Zerbst bei den zerschossenen, gelähmten Russen nicht ein einziges Mal ausgesprochen hysterische Symptome feststellen. (Von der eigensüchtigen Klaghaftigkeit und Eigenbeobachtung, wie sie so oft bei Hysterikern gefunden wird, war ganz und gar nicht die Rede, ich erinnere mich vielmehr noch deutlich an die zufriedene, oft übermütige Stimmung dieser körperlich so Schwergeschädigten!) Und so konnte ich weiter auch unter den zahlreichen schwer Nervenverletzten unseres Kliniklazaretts wesentliche hysterische Symptome nicht ein einziges Mal feststellen. Die nochmalige Durchsicht der hier geführten Krankenjournalen bestätigt dies. Dabei ist besonders zu beachten, daß die hiesige Klinik mit anderen Spezialkliniken eng zusammen arbeitet, daß Chirurgen und Interne häufig Fälle mit nervösen Begleiterscheinungen hierher verlegen, trotzdem ist niemals ein schwer Herz- oder Lungenkranker oder ein Schwerverletzter wegen aufgetretenen hysterischen Krämpfen, hysterischer Sprachstörung, hysterischen Zittererscheinungen oder anderen entsprechenden Symptomen hier eingeliefert worden. Wohl ist dabei zu beobachten, daß — wie ich ja schon oben andeutete — sich auf eine Axillaris- oder Radialislähmung, die in Heilung übergeht, oder relativ geringfügig ist, bisweilen weitere hysterische Lähmungserscheinungen aufpfropfen (hier handelt es sich eben um verhältnismäßig leichte organisch bedingte Ausfallserscheinungen, die eine Unterstreichung im Interesse des Betroffenen durchaus noch vertragen!), ich habe aber beispielsweise keinen ernstlich Rückenmarksverletzten finden können, der aphonisch gewesen wäre oder hysterische Krampf-

anfalle gehabt hätte, keine ausgeprägte Armplexuslähmung mit Mutismus oder Abasie. Natürlich würde es gegen unsere Auffassung vom Wesen der Hysterie durchaus nicht sprechen, wenn sich wirklich einmal vereinzelt im Lazarett ein Schwerverkrankter mit solchen Erscheinungen findet, denn es brauchen ja die Motive für solche Störungen durchaus nicht immer nur in der Richtung: Flucht vor dem Dienst, Sucht nach Rente zu liegen, sondern es ist durchaus denkbar, daß auch einmal Motive hinzukommen, die außerhalb des — wenn ich so sagen darf — militärischen Rahmens liegen. Es wäre z. B. durchaus denkbar, daß ein an beiden Beinen Gelähmter durch Mutismus die Aufmerksamkeit der Krankenschwester, von der er sich nicht genügend verhättselt glaubt, auf sich lenken möchte. Im großen und ganzen läßt sich aber doch wohl sagen: Je schwerer die Folgen einer Verwundung, um so seltener und um so geringer die hysterischen Erscheinungen und das bedeutet nach meiner Auffassung: je kränker die Patienten sind, um so weniger Gewinn bringt es ihnen, die Krankheit hysterisch auszuwerten oder anderweit hysterisch zu reagieren. Geht man von der bekannten, schon oben erwähnten Definition aus, wonach die Gemütsbewegungen die mannigfaltigen körperlichen Krankheitserscheinungen hervorbringen, so müßte man ja erwarten, daß gerade die Schwerverletzten, die ja alle im Feuer gewesen sind, am meisten hysterisch sein müßten, die tatsächliche Beobachtung beweist aber das Gegenteil und es gibt, soviel ich auch nach einer Erklärung suche, eben doch keine einleuchtendere, als die: hysterische Erscheinungen treten nur dort auf, wo ein gewisser Zweck damit verfolgt wird, wo sie dem Betreffenden (subjektiv!) einen gewissen Nutzen zu bringen scheinen und für Leute, die organisch ernstlich krank sind, hat eine hysterische Erkrankung in der Regel eben keinen praktischen Zweck.

Wenn nun bis hierher gezeigt werden konnte, daß einesteils in den Kriegsgefangenenlagern hysterische Störungen so gut wie unbekannt sind, und daß anderenteils die Stärke solcher Erscheinungen umgekehrt proportional ist der Stärke einer organischen Erkrankung und daß bei Schwerekriegsverletzten, die eine Wiederherstellung der Dienstfähigkeit nicht erwarten können, solche Störungen kaum je vorkommen, so läßt sich auch anderweitig feststellen, wie das Auftreten hysterischer Störungen resp. die hysterische Fixierung von Krankheitserscheinungen bei den Kriegsteilnehmern auch sonst von der „Situation“ abhängig ist. Die Umstände, unter denen die Hysterien entstehen, bestehen bleiben, sich verschlimmern, neu auftreten, in Heilung übergehen, sind auch den Laien schon aufgefallen, im Frieden sowohl wie jetzt im Kriege. Und dieses ist der Punkt, weshalb für viele „Hysterie“ gleichbedeutend mit „Simulation“ gesetzt wird, eine Tatsache, auf die weiter unten noch kritisch einzugehen sein wird.

Wenn schon die körperlichen und psychischen Ausdruckserscheinungen der hysterisch Kriegskranken im wesentlichen als Dokumentierungen von Gemütsbewegungen imponieren, so handelt es sich doch nur bei einem kleinen Teil der Fälle darum, daß diese Symptome unmittelbar im Anschluß an eine Verschüttung oder sonstige Emotionen aufgetreten sind und dann im gleichen Grade bestehen geblieben oder langsam verschwunden sind; viel häufiger — die Anamnese lehrt es immer wieder! — sind diese Erscheinungen entweder

erst später aufgetreten, oder aber, nachdem sie kurze Momente, Stunden, höchstens Tage angedauert haben, wieder aufgetreten, oder aber sie werden bei Leuten beobachtet, die so schweren Schocks, wie sie das Leben im Feuerbereiche mit sich bringt, überhaupt nicht ausgesetzt gewesen sind. Es ist ja für den Arzt, der die Patienten später zu sehen bekommt, außerordentlich erschwert, sich ein objektives Bild von den Umständen zu machen, die die Störungen ausgelöst haben sollen: einwandfreie Zeugen fehlen meistens, ebenso entsprechende Angaben in den Akten und Krankenpapieren, oder aber die dortigen Angaben sind dürftig, in der Regel auch nur einer Autoanamnese gleichkommend; der Erkrankte selbst aber macht — sei es bewußt, sei es unbewußt — recht oft wenig zuverlässige Angaben. Man muß die Worte eines Frontneurologen wie Jolowicz ¹⁾ sich in die Erinnerung zurückrufen: „Die Diagnose „Verschüttung“ gibt mir Veranlassung auf die Unzuverlässigkeit der anamnestischen Angaben hinzuweisen, die Größe des Erlebnisses wächst in der Erinnerung bekanntlich mit dem Quadrat der Entfernung von der Front. Wir haben im Kriegslazarett oft Gelegenheit, die Aussagen mehrerer, an dem gleichen Unfall Beteiligter miteinander zu vergleichen und ich selbst war oft genug unmittelbarer Zeuge derartiger Verschüttungen, nach meinen Erfahrungen hat sich mir ein tiefes Mißtrauen gegen diese Diagnose festgesetzt. Die Leute neigen dazu, als Verschüttung schon den kleinsten Vorgang zu bezeichnen, bei dem sie von ein paar Erdbrocken oder einem Brett getroffen wurden, auch wenn keine Zeichen einer stärkeren Kontusion nachweisbar sind. Mein Mißtrauen richtet sich dabei nur gegen die objektiven Tatsachen, nicht gegen das psychische Trauma, das ein solcher Vorgang ebenso wie eine ganze leichte Verletzung bedeutet. Ganz ähnlich verhält es sich mit der Angabe, eine in unmittelbarer Nähe geplatze Granate habe die Erkrankung verursacht. Wenn diese Art Verschüttung und die Art von Explosivwirkung ein ursächliches Moment für die Neurose wäre, und nicht nur unter Umständen ein auslösendes, wären wir draußen alle Neurotiker, und das ist gottlob nicht der Fall.“

Wenn man sich bei Hysterikeruntersuchungen daran gewöhnt, möglichst wenig auf die Autoanamnese zu geben, um so genauer aber die Akten zu studieren, die Termine auf den Krankenblättern und den Stammrollen zu vergleichen, festzustellen, welche Angaben der Kranke in früheren Lazaretten machte und zu welcher Zeit erstmalig bestimmte Krankheitserscheinungen in den Krankenblättern hervorgehoben werden und wenn man sich bemüht, den Erkrankten möglichst wenig suggestiv zu fragen und die Fragen so zu stellen, daß der Kranke nicht recht weiß, worauf der Untersucher hinauswill, also so ganz beiläufig, so zeigt sich immer und immer wieder, daß von einer Parallelität zwischen der Schwere des psychischen Traumas und der Schwere der hysterischen Erscheinungen nicht die Rede sein kann, ja, daß ein „direkter“ zeitlicher Zusammenhang zwischen einem solchen Trauma und den Erscheinungen meist nicht nachweisbar ist, da sie sich recht oft viel später entwickeln, oft bei Leuten, die überhaupt nicht an der Front waren.

Es ist ja eine Tatsache, daß den Frontärzten Krampfanfälle, Mutismus, Aphonie, Astasie, Abasie, Lähmungen viel weniger bekannt geworden sind,

¹⁾ Jolowicz: Diskussionsbemerkung auf der 8. Jahresvers. deutsch. Nervenärzte. München 1916. (Versammlungsbericht S. 164.)

als den Heimatärzten. Nonne¹⁾ erhielt von 13 Truppenärzten auf seine Anfrage die Antwort: „Wir sehen Neurosen sehr selten, vielleicht gar nicht!“ Und Boström²⁾ war gelegentlich der allerschwersten Offensive der Franzosen im Westen im vordersten Schützengraben ärztlich tätig und sah ausgesprochene Fälle von Explosionsneurose nur ganz vereinzelt, obgleich die Kämpfer in siebentägigem Trommelfeuer gelegen, mehrere Tage lang keine Nahrung erhalten hatten, Tage und Nächte hindurch bei anhaltenden Regengüssen knietief im Wasser gestanden hatten und zu alledem noch unter der Ungezieferplage schwer zu leiden hatten. Seige³⁾ hat eine bemerkenswerte Tatsache mitgeteilt, die an diese Stelle gehört und die auch von Goldstein⁴⁾ bestätigt wurde, daß nämlich bei den Zivilbewohnern französischer Ortschaften, die häufigen Beschießungen ausgesetzt waren (Goldstein spricht von wochenlangem, fast täglichen schwerem Artilleriefeuer), und die offenbar von den deutschen Ärzten mitversorgt wurden, Neurosen, also demnach auch hysterische Störungen, nicht beobachtet worden sind. Diese letzte Beobachtung wäre also offenbar in dem gleichen Sinne zu verwerten, wie die bei den Kriegsgefangenen gemachten. Und wenn Seige⁵⁾ an anderer Stelle davon berichtet, daß er einmal unmittelbar nach einer Schlacht 16 Fälle psychogener Taubstummheit gesehen hat, so hat es sich hier eben um eine Gemütsreaktion gehandelt, die rasch abgeklungen und nicht hysterisiert worden ist (von dem Verhältnis zwischen Schreck und Hysterie sei später gesprochen!), denn er sagt weiter, daß er diese 16 Fälle sämtlich heilen sah.

Hauptmann⁶⁾ hat festgestellt, daß bei mindestens der Hälfte der Fälle von Granatexplosionsneurosen sich die Störungen erst Stunden, Tage und noch länger nach dem Vorfall ausbilden, daß die meisten noch allein nach dem Unterstand gehen oder sogar noch weiter bis zum Verbandplatz und daß sich die Störungen erst dort einstellen, oder aber erst, wenn sie wieder zur Stellung zurückwollen, besser gesagt, sollen (Ref.). Und Raecke⁷⁾ hat bei den verlustreichen Sturmangriffen auf Verdun 1916 eine Liste der Zugänge des Hauptverbandplatzes angelegt und ermittelt, daß trotz allerstärkster Artillerietätigkeit an Großkampftagen bloßer „Nervenschock“ selbst nur bei gut 1% der Zugänge bestand. Bei richtiger Behandlung im Kriegslazarett konnten gut $\frac{2}{3}$ wieder an die Front zurückgeschickt werden.

Auch in der hiesigen Klinik konnte während des Krieges die Beobachtung gemacht werden, daß gerade die „massiven“ und oft recht hartnäckigen Formen der Hysterie in ihrer Entstehung durchaus nicht an den Schützengraben gebunden waren, ja, daß sie oft überhaupt nicht die Front gesehen hatten. Sehr lehrreich scheint mir in dieser Beziehung eine kleine Zusammenstellung, die ich Anfang 1918 auf Veranlassung meines Chefs, Geheimrat Anton, machte, um zu zeigen, wie oft solche Krankheitserscheinungen im Heeresdienste entstehen, ohne daß

¹⁾ Nonne, Münchener Bericht (Referat).

²⁾ Boström, Münchener Bericht S. 72.

³⁾ Seige, Daselbst, S. 183.

⁴⁾ Goldstein, Daselbst S. 203.

⁵⁾ Seige, Monatschr. f. Psych. u. Neurol. **39**, 377.

⁶⁾ Hauptmann, Kriegsneurosen und traumatische Neurosen. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. **39**, Heft 1. 1916.

⁷⁾ Raecke, Feldärztlicher Beitrag zum Kapitel „Kriegsneurose“. Arch. f. Psych. **59**, 1.

Feldschädlichkeiten auch nur im entferntesten die Ursache dafür abgeben. Es handelt sich hierbei um 10 relativ schwer erscheinende Fälle von Hysterie, die in relativ kurzem Zwischenraum auf die von mir versorgten Stationen aufgenommen wurden. Sie seien in Kürze hier aufgeführt:

Fall 1: A. B., 24jähriger Musketier (Bäcker).

Bereits 1913 eingezogen, schon vor dem Kriege nach einem Marsche angeblich vorübergehend geschwollene Beine und Gelenke (Locus minoris resistentiae für die spätere hysterische Reaktion!). Deshalb vor Kriegsbeginn Beschäftigung in der Küche. Bis Frühjahr 1915 in der Heimat als Garnisonsbäcker. Herbst 1915 ins Feld, dort 1916 Rheumatismus, in die Heimat. Dann wieder ins Feld. Nach seiner hier gemachten Angabe schlug am 31. Juli 1917, während er einen Verwundeten ausgrub, eine schwere Mine ein. Angeblich erst am anderen Tage im Sanitätsstollen wieder zu sich gekommen. Kam ins Kriegslazarett, wo nichts mit ihm geschehen sei und wo sich sein Zustand verschlechterte, d. h. er konnte nicht gehen, konnte nicht gerade stehen, klagte über Kopf- und Rückenschmerzen, lag monatelang in Lazaretten, kam schließlich in die hiesige Klinik.

Hier ließen sich durch Nachfragen beim Truppenteil die Angaben des B. korrigieren: Aus den Krankenblätter ging zunächst hervor, daß er nach der Emotion im Felde noch nach einem anderen Unterstand gegangen ist und erst später im Wagen gefahren wurde. Im Lazarett wurde Hypalgesie festgestellt, Patient ging langsam, mit stark vorrüber gebeugtem Körper, noch im Feldlazarett verschlimmerte sich der Zustand so weit, daß er die Beine schließlich aktiv gar nicht mehr bewegen konnte, die Beine fielen schlaff beim passiven Hochheben herunter, daraufhin erfolgte Abfahrt mit dem Lazarettzug in die Heimat.

Zum Überfluß teilt der Feldtruppenteil mit, daß ihm von einer Verschüttung des B. überhaupt nichts bekannt sei, daß B. weder den Verbandplatz, noch die Krankenstube passiert habe, sondern sich mit dem Strom der Marschfähigen entgegen allen Befehlen und Bestimmungen ohne Erlaubnis zum Verbandplatz der Sanitätskompanie aller Wahrscheinlichkeit nach begeben habe; die Truppe lehnte deshalb vorläufig Dienstbeschädigung ab.

Die Untersuchung in der Klinik hatte es mit einem mürrischen jungen Mann zu tun, dessen Ernährungszustand gut war und der Erschöpfungssymptome nicht zeigte. Er wurde auf einer Bahre gebracht, konnte nur, indem er sich stützte, mit gebücktem Oberkörper stehen, lief nur, indem er sich krampfhaft rechts und links an einem Pfleger festhielt und ein Bein nach dem anderen auf dem Boden entlang schlürfen ließ. Dabei keine Reflexstörungen, keine Sensibilitätsstörungen, keine Muskel-, keine Gelenkveränderung. Keine neurasthenischen Erscheinungen. Diagnose: Hysterische Abasie und Haltungsanomalie.

Nach suggestiver Vorbereitung wurde einige Tage nach der Aufnahme die Störung in einer Sitzung beseitigt, unter Zuhilfenahme eines leichten faradischen Stromes und Gehübung. Die Sitzung verlief ohne stärkeren Widerstand, als Rest blieb nur ein etwas verlangsamter Gang zurück. Auch dieser verschwand allmählich, so daß B. allein in die Stadt spazieren gehen konnte. Feststellbar war tatsächlich, daß nach längerem Gehen bisweilen ganz leichte Schwellungen an den Knöcheln auftraten, ohne daß an Herz und Nieren etwas Besonderes nachweisbar gewesen wäre.

Zusammenfassung: Also schon vor dem Kriege vorübergehend geschwollene Beine, auch beim ersten Aufenthalt im Felde, deshalb längere Zeit in Lazaretten, kurz nach dem zweiten Ausmarsch ins Feld im Anschluß an eine angebliche, aber unwahrscheinliche Granatkommotion mit Umgehung des zustehenden Verbandplatzes nach hinten gewandert, im Lazarett leichte Hypalgesie und Gehbeschwerden, die sich allmählich bis zur völligen Gehunfähigkeit verschlimmerten, so daß Verlegung in die Heimat notwendig wurde, wo nach monatelanger Dauer der Zustand hier in einer Sitzung beseitigt werden konnte. Dieser Fall beweist, wie wenig glaubhaft die Angaben der Erkrankten über den Beginn der Störung sein können,

und läßt in der Art, wie sich die Störung entwickelte, das Motiv deutlich durchscheinen.

Fall 2: E. J., 41jähriger Pionier (Dreher).

Wurde vom Kriegsgericht zwecks Begutachtung nach hier geschickt. Hatte sich im Felde im Mai 1916 der Achtungsverletzung und Gehorsamsverweigerung schuldig gemacht. Wollte sich dann an die Einzelheiten nicht mehr erinnern, gab an, unter Kopfschmerzen und Gedächtnisschwäche zu leiden, seitdem er im November 1915 im Felde von einer Lokomotive herabgestürzt, und wegen einer Kopf- und Wirbelsäulenverletzung 8 Wochen behandelt worden sei. Wurde darauf in verschiedenen Lazaretten beobachtet, zuletzt in der hiesigen Klinik.

Die Untersuchung stellte hier folgendes fest: Gut genährt und gesund aussehend, zeitweise leichtes Zittern mit der rechten Hand, läuft, indem er sich an den Wänden entlang tastet und die Beine in steifer Haltung am Boden entlang schiebt. In die Mitte des Zimmers gestellt, läßt er sich hinfallen. Dabei Reflexe und Sensibilität durchaus regelrecht. Psychisch wehleidig, liegt viel im Bett, macht bei den Visiten ein ängstliches Gesicht, ist ablehnend, wenn auf die Straftat eingegangen wird, wisse von keiner, verstehe nicht, weshalb er hier sei. Die Ehefrau, die viel im Lazarett erschien, und sichtlich außerordentlich bestimmend auf den weichlichen Gatten einwirkte, betonte, daß der Mann vor dem Kriege kerngesund gewesen, nur durch den Sturz schwer geschädigt, durch den Krieg dauernd ruiniert und völlig hilflos sei und Vollrente beziehen müsse.

Die tatsächlichen Feststellungen ergeben demgegenüber nach den Gerichtsakten und nach den Mitteilungen von der Truppe folgendes: Schon vor dem erwähnten Sturz galt J. bei seiner Truppe als ein etwas verschrobener, doch durchaus nicht „geistesgestörter“ Mensch, der den leichten Dienst in der Etappe pünktlich ausführen konnte und es in der Regel auch tat, aber doch oft die Tendenz zeigte, „sich vom Dienste zu drücken“. Der Sturz von der Lokomotive weit hinter der Front war ganz harmlos, J. war nicht bewußtlos, kam in kein Lazarett, arbeitete vielmehr weiter, klagte nur vorübergehend. Erst nach der Straftat ist das gegenwärtige Bild entstanden, als nämlich ein Verfahren eingeleitet wurde. Dann begann bei Vernehmungen das Zittern, dann zeigte J. äußerlich das mitleiderregende, jammervolle Bild, wollte von nichts wissen, und es entwickelte sich die Gangstörung.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen etwas verschrobenen Sonderling, der von Anfang an keine sonderliche Lust zum Dienst gezeigt hat, nach einem leichten Sturz von der Lokomotive in der Etappe zunächst keine besondere Symptome dargeboten hat und bei dem sich das jetzige Bild des hysterischen Gebarens, der Zittererscheinungen und der grotesken Gangstörung zusammen mit der Amnesie erst entwickelten, nachdem J. wegen Gehorsamsverweigerung in eine Strafsache verwickelt wurde. Fälschlich wird von ihm und der Familie die Störung auf den Unfall zurückgeführt, während es sich tatsächlich um eine deutliche Reaktion auf das Kriegsgerichtsverfahren, eine deutliche Flucht in die Krankheit handelt. Der Arzt von der Versorgungsstelle, der — wie es häufig vorkommt — von einem Gerichtsverfahren nichts erfährt, kommt leicht in die Versuchung, die Störung mit dem Unfall im Felde in Zusammenhang zu bringen und fälschlich Kriegsdienstbeschädigung anzunehmen.

Fall 3: W. P., 20jähriger Füsilier (Kaufmann).

Während der Schulzeit angeblich herzleidend, als Kriegsfreiwilliger eingetreten, blieb bis Oktober 1915 im Felde. Damals Streifschuß am Hinterkopf. Wurde bewußtlos fortgetragen und kam nach seinen Angaben erst am Verbandplatz wieder zu sich. Dann trotz relativ leichter Verletzung $\frac{1}{2}$ Jahr behandelt. Dann zum Ersatzbataillon, leichter Innendienst, eine Zeitlang Kompanieschreiber. Bekam dann im September 1916, als er wieder exerzieren und offenbar bald wieder ins Feld geschickt werden sollte, einen Anfall. Wurde von Kameraden gehänselt, „weil er noch in der Garnison steckte“ und meldete sich daraufhin angeblich freiwillig ins Feld (ob freiwillig, aktenmäßig nicht feststellbar!). Kaum

im Feld (ins Gefecht selbst war er überhaupt noch nicht gekommen), wurde er bei einer Übung bewußtlos, kam in einer Krankensammelstelle zu sich und zeigte hier zum ersten Male am ganzen Körper Zittern. Kam dann wieder in die Heimat, wo sich in Lazaretten der Zustand etwas besserte und er im Februar 1917 zur Truppe entlassen wurde. Hier im Revier bekam er einen Anfall und wurde deshalb der hiesigen Klinik zugeführt.

Klagen über Kopfschmerzen, er bekomme die Beine nicht recht hoch und trage deshalb, seit er zum zweiten Male vom Felde zurückgekommen sei, zwei Stöcke, bekomme alle 8 Tage Anfälle.

Die Untersuchung zeigt einen mittelkräftigen, etwas blassen Mann. Von einer Schußverletzung am Schädel nicht die geringsten Spuren nachweisbar. Auch klinisch keine Symptome einer Gehirnschädigung oder sonstigen organischen Nervenkrankheit. Dagegen leichter Tic des Kopfes, Sprache zeitweise etwas stotternd, beim Sitzen leichte rhythmische Zitterbewegungen in den Beinen bei erhöhtem Spannungszustand. (Offensichtlich willkürlich.) — Bei aktiven Bewegungen mit den Beinen krampfartige Bewegungen der ganzen Körpermuskulatur und Blauverfärbung des Gesichts. Gang mit zwei Stöcken, steifen Beinen, die Fußsohlen schlürfen am Boden. Dabei in der Klinik Anfälle typisch hysterischen grotesken Charakters, d. h. Herumwälzen, Akrobatensprünge, Rollen unter das Bett, prompte Pupillenreaktion, suggestive Beeinflussbarkeit.

Das Zittern kann durch Suggestion rasch beseitigt werden, die Anfälle verbleiben, deshalb Verlegung auf die geschlossene Psychosenstation, wogegen P. zuerst erregt protestiert. Dort treten ohne erkennbare Ursachen an der Hackengegend der Beine dekubitusähnliche Geschwüre auf, die einen artifiziellen Eindruck machen, und die erst zur Heilung kommen, nachdem Gipsverbände umgelegt sind. Ungehorsam gegen die ärztlichen Anordnungen, energische Verwarnung, worauf die Anfälle wegbleiben.

Es sollte nunmehr suggestiv auch die Gangstörung beseitigt werden, P. mußte jedoch wegen des plötzlichen Todes eines Bruders nach Hause beurlaubt werden. Auffallenderweise hierdurch keine Verschlimmerung, auch kein Wiederkehren des Zitterns, vielmehr kam P. wesentlich gebessert zurück. Gab an, daß er gern seinen Zivilberuf ergreifen würde, um seine Angehörigen zu unterstützen. Es wird ihm die Entlassung zugesagt, doch wird er aufmerksam gemacht, daß erst die Störungen beseitigt werden müssen. Durch suggestive Behandlung mit faradischem Strom gelingt die Beseitigung der Reste und P. kann als symptomfrei, zeitig kriegsunbrauchbar, aber arbeitsfähig ohne Rente zur Entlassung kommen.

Zusammenfassung: Also Oktober 1915 unbedeutender Kopfstreifschuß, von dem nicht die geringsten Folgeerscheinungen mehr nachweisbar sind, darauf unverhältnismäßig lange Lazarettbehandlung, dann leichter Innendienst. Als er Garnisondienst machen soll, und damit das Wiederhinausschicken an die Front droht, treten Krampfanfälle auf. Da er von den Kameraden als Drückeberger gehänselt wird, geht er trotzdem an die Front, erkrankt aber sofort wieder, ehe er überhaupt ins Feuerbereich gekommen ist, an Krampfanfällen, zu diesen gesellen sich im Verlaufe der Lazarettbehandlung eine hysterische Gangstörung und Haltungsanomalie. Krampfanfälle bleiben weg, nachdem Patient auf einer Psychosenabteilung interniert und verwarnt worden ist. Die übrigen hysterischen Erscheinungen schwinden in einer Suggestivsituation, als P. die Aussicht hat, nach Hause entlassen zu werden. Also das Motiv „Flucht vor der Front“ deutlich erkennbar!

Fall 4: A. J., 22jähriger Flieger (Pelzwarenhändler).

Als Kind Diphtherie, es blieb danach offenbar eine Abmagerung des rechten Unterschenkels zurück, als Folge einer diphtherischen Neuritis, wobei jetzt noch Fehlen der Patellarreflexe zu konstatieren ist. Mit Stiefel konnte er trotzdem ganz gut gehen, Kriegsdienst zunächst gut überstanden, die verkürzte Achillessehne wurde operiert, weil die Gehfähigkeit sich etwas verschlechtert hatte. Mit Rücksicht hierauf erfolgte auch Entlassung aus dem Heeresdienst, nach wenigen Monaten aber Wiedereinziehung. Er kam als

Schreiber auf die Kammer, fühlte sich aber nach seinen Angaben hier gar nicht wohl und seine Gangstörung verschlimmerte sich, es wurde jetzt auch das linke Bein betroffen, ohne daß irgendwelche Anstrengungen stattgefunden hätten. Dazu Nervenzucken, Muskelzucken, Krämpfe. Längere Lazarettbehandlung, dabei so weitgehende Verschlechterung, daß J., als er in die hiesige Klinik verlegt wurde, nur langsam und mit Stock gehen konnte. Er gab bei der Aufnahme ausdrücklich an, daß eine körperliche Anstrengung oder psychische Insulte nicht vorgelegen haben. Die Patellarreflexe fehlten, ebenso die Achillessehnenreflexe. Die Achillessehnen (rechts mehr als links) in Kontrakturstellung. Der rechte Unterschenkel abgemagert. Dabei normale elektrische Erregbarkeit, keine Pupillen- und Sensibilitätsstörung. Gang langsam, mit Unterstützung des Stockes, kleine Schritte, mühsames Vorschieben, rechts nur Auftreten mit Fußspitze. Beim Liegen werden die Beine nicht von der Unterlage gehoben.

In zwei Sitzungen unter Zuhilfenahme kräftigen faradischen Stromes werden die Beine prompt hochgehoben, J. lernt ohne Stock laufen, bei weiterer Übung hält diese Besserung an, so daß J. allein in die Stadt spazieren gehen kann. Restsymptome: Verlangsamung des Ganges und etwas Steifhalten der Knie. Diese Symptome sind so unbedeutend, daß P. ohne Rente in seinen Zivilberuf als Kaufmann entlassen werden kann.

Zusammenfassung: Hier hat sich also die hysterische Gangstörung auf eine alte diphtherische Polyneuritis aufgepfropft, und zwar ist diese Aufpfropfung nicht unter dem Einflusse einer Feldverletzung, einer körperlichen Überanstrengung oder eines psychischen Schocks geschehen, sondern in einer Schreibstube in der Garnison, wo J. nach seiner eigenen Angabe sich nicht wohl fühlte.

Fall 5: E. G., 21jähriger Kaufmann (Korrespondent).

Wurde der Klinik vom Kriegsgericht zur Beobachtung überwiesen, nachdem er sich im Januar 1917 mit einem Kameraden von der Front entfernt hatte. Er kam zunächst zu den Eltern, weinte hier, knirschte mit den Zähnen, hörte plötzlich auf zu reden, fuchtelte nachts mit den Händen im Bett herum, machte einen verwirrten Eindruck, wurde dann verhaftet. Hier mutistisch, Verständigung mit ihm nicht möglich.

Bei der Aufnahme in der Klinik ausgesprochenes hysterisches Stottern, dabei neurasthenische Erscheinungen: Leichte Pulserregbarkeit bei Anstrengungen, starke Steigerung der Kniesehnenreflexe, gesteigerte Erregbarkeit der Hautblutgefäße. Auf mehrere Sitzungen unter Zuhilfenahme des faradischen Stromes wurde G. von seinen Sprachstörungen befreit und die neurasthenischen Erscheinungen gingen zurück. — Feststellungen ergaben, daß G. unschuldig des Diebstahls beschuldigt worden war. Er wurde daraufhin aus einem ruhigen Schreibstubenposten zu einer Fronttruppe versetzt, worüber er sich sehr aufregte, und von dort entfloh er dann. Die hysterischen Störungen traten erst kurz vor seiner Verhaftung auf und sind sichtlich als Abwehrmaßregeln gegen das drohende Gerichtsverfahren aufzufassen gewesen.

Zusammenfassung: Also hysterisches Gebaren und hysterische Sprachstörung, die erst aufgetreten sind, nachdem G. wegen einer unerlaubten Entfernung verhaftet werden sollte.

Fall 6: G. G., 30jähriger Kraftfahrer (Chauffeur).

G., ein schwerer Psychopath, Lügner und Schwindler wurde vom Kriegsgericht zur Begutachtung nach hier geschickt, nachdem er sich an den verschiedensten Gegenden der Ostfront und in der Heimat der verschiedensten Vergehen schuldig gemacht hat, nämlich des Diebstahls, des Ungehorsams, der Körperverletzung, der unerlaubten Entfernung, der Plünderung, der Fahnenflucht. Er hatte es verstanden, das Verfahren dadurch 2 Jahre lang hinzuziehen, daß er die widersprechendsten Angaben machte und keck behauptete, daß er für die Straftaten überhaupt nicht in Frage kommen könne. Dazu waren dann Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit aufgetreten, weil bei G. schwere hysterische Zittererscheinungen, Sprachstörungen und Gangstörung bestanden und außerdem Vergiftungs- und Beziehungsideen geäußert wurden.

Auch hier in der Klinik waren die Zittererscheinungen zeitweise hochgradig, doch sichtlich von der Situation abhängig. Dabei dauerndes Grimassieren des Gesichtes, die Worte

wurden ruckweise, explosionsartig hervorgestoßen, das ganze Verhalten hochgradig grotesk. An den unteren Extremitäten hysterische Sensibilitätsstörungen, Gang schwankend. Keine Anhaltspunkte für ein organisches Nervenleiden, psychisch einwandfrei, wenn auf gleichgültige Dinge eingegangen wird, ablehnend, verwirrt und widerspruchsvoll, wenn es sich um die Straftaten oder das Leiden handelt. G. selbst schob seinen Zustand auf eine Explosion im Felde, wo er einen Nervenschock erlitten habe, das Gerichtsverfahren ergab aber, daß G. niemals bei solchen Explosionen anwesend gewesen sei und daß sich diese ganzen grotesk-hysterischen Erscheinungen erst im Verlaufe der Haft entwickelt hatten, wobei G. immer und immer wieder zu erreichen versuchte, aus der Haft in ein Lazarett zu kommen, was ihm auch bei der milden Beurteilung durch die Gefängnisärzte meistens gelungen ist. Die Vergiftungsideen waren sichtlich vorgetäuscht, denn das „vergiftete“ Brot, welches G. in Gegenwart des Arztes zurückwies, wurde dann heimlich gegessen. Mit Rücksicht auf die Stärke des Motivs waren die Erscheinungen unbeeinflussbar, für die Straftaten wurde G. für verantwortlich erklärt.

Zusammenfassung: Hier wurde also angegeben, daß die schweren hysterischen Zittererscheinungen, die Sprachstörungen und die Gangstörungen durch einen Granatschock entstanden seien, während es sich tatsächlich um einen psychopathischen Schwindler handelte, bei dem diese Erscheinungen erst im Gefängnis im Verlaufe eines hingeschleppten, langjährigen Untersuchungsverfahrens entstanden waren. Also reaktive Erscheinungen auf die Gefängnishaft, mit deutlicher Tendenz aus dem Gefängnis ins Lazarett zu kommen. Dabei nachweisbare Simulation von Amnesie, Vergiftungs- und Beziehungsideen.

Fall 7: O. A., 29jähriger Reservist (Arbeiter).

Vom Gericht eingeliefert. War der unerlaubten Entfernung beschuldigt. Nachdem er zu Kriegsbeginn eingezogen war, war er 1916 durch Granatexplosion angeblich verschüttet, aber nicht bewußtlos, konnte aber noch zum Arzt gehen, kam dann ins Lazarett und mit dem Lazarettzug nach Bayreuth. 7 Wochen nach Verschüttung, als er im Lazarett lag, war eines Morgens die Sprache „weg“. Von dort nach hier. Es stellte sich aber dann heraus, daß A. sich aus Feigheit von der Truppe unerlaubt entfernt hatte und bereits mit 3 Jahren Gefängnis verurteilt war und daß er sich dann ein zweites Mal entfernte.

Hier in der Klinik zeigte A. bei der Einlieferung hysterischen Mutismus, daneben Zittern des Kopfes und der rechten Körperhälfte, aufgehobensein der Schleimhautreflexe und der Schmerzempfindung am ganzen Körper.

Die Sprachstörung wurde suggestiv in mehreren Sitzungen beseitigt, nur ein geringer Rest blieb zurück. Es stellte sich im Verlauf der Untersuchung heraus, daß Furcht und Unbehagen den A. zur Flucht von der Front veranlaßt hatten und daß die hysterischen Störungen erst im Verlaufe der Kriegsgerichtsuntersuchung aufgetreten waren. Die hysterischen Störungen wurden daher von hier auch nicht als Dienstbeschädigung aufgefaßt, bezüglich der Straftat wurde A., bei dem offenbar in krankhafter Weise Angstzustände bestanden hatten, als vermindert zurechnungsfähig erklärt.

Zusammenfassung: Wieder ein Fall, bei dem vielleicht eine Granatexplosion vorgelegen hat, der aber seine hysterischen Erscheinungen erst viele Wochen später zeigte, als er, der schon wiederholt aus Angst von der Front sich entfernt hatte, wieder in ein Gerichtsverfahren verwickelt wurde.

Fall 8. M. St., 24jähriger Landsturmmann (Maschinenarbeiter).

Ebenfalls vom Gericht geschickt. Ist der Postunterschlagungen beschuldigt. Will schon vor dem Kriege unter Krampfanfällen gelitten haben. Im Felde im Oktober 1914 Schuß durch die rechte Hand, im Januar 1915 Wiederauftreten der Krampfanfälle. Im Januar 1916 unterschlug er dann als Ordonnanz Postpakete. Bei der Vernehmung Krampfanfälle und Verwirrheitszustände. Bei einem Anfall sollen die Pupillen nicht reagiert haben und es wurde deshalb Epilepsie angenommen.

Bei der Aufnahme ruckweise auftretende Schulterzuckungen, dabei Mutismus mit erhaltenem Sprachverständnis. Nur einzelne Laute oder Buchstaben wurden explosionsartig herausgestoßen, auf körperlichem Gebiete feststellbar lediglich fehlende Schleimhautreflexe, gesteigerte mechanische Muskel- und Vasomotorenerregbarkeit, Folgen einer Handverletzung.

Durch suggestive Behandlung mit faradischem Strom Wiederherstellung der Sprache, erinnert sich durchaus an seine Straftat, zeigt keine psychischen Störungen.

Vier Anfälle wurden hier beobachtet, die alle auftraten, während St. im Bett lag, dabei Kopf nach hinten gebogen, „*aro du cerle*“-Stellung, danach Zuckung im linken Arm, Pupillenreaktion und Patellarreflexe erhalten, kein Urin- und Kotabgang, keine Verletzung. Nach dem Anfall Schlaf. Die Anfälle selbst vom Arzt nicht beobachtet, doch der zuverlässige Oberpfleger bezeichnet sie als typisch hysterisch.

Zusammenfassung: Die Möglichkeit, daß in diesem Falle von jeher eine epileptische Veranlagung vorliegt, kann nicht bestritten werden, zweifellos hat sich daneben aber, nachdem bei St. die Diebstähle entdeckt worden waren, ein hysterischer Mutismus mit Zittererscheinungen entwickelt und die dann aufgetretenen Anfälle haben sichtlich mehr hysterisches als epileptisches Gepräge getragen. Die hysterischen Erscheinungen sind offensichtlich eine Reaktion auf die zu erwartende Strafe, die St. hiermit abzuwenden sucht.

Fall 9. P. R., 25jähriger Leutnant (Kunstgesanglehrer).

Nach der Vorgeschichte von jeher verschroben und eigenbrödlisch. Will auch bis zum 11. Lebensjahre epileptische Anfälle gehabt haben. Dann sei er bis Herbst 1916 gesund gewesen. War von August 1914 an im Felde, wurde im Juli 1916 Leutnant und im August 1916 nach seiner Angabe verschüttet. War einige Stunden bewußtlos, habe dann erbrochen, war hierauf mehrere Monate lang in Lazarettbehandlung und hatte schließlich einen ruhigen Gefangenelagerdienst. Erst im Mai 1917 Krampfanfall (nicht feststellbar, ob damals Musterungen fürs Feld stattfanden), seit dieser Zeit solche Anfälle öfter. Schwer scheinen sie nicht gewesen zu sein, denn er habe sich ärztlich nicht behandeln lassen. Bei den Anfällen, die er lange Zeit vorher kommen fühlt, keine Verletzungen, kein Wasserlassen. Wurde dann im November 1917 als garnisonverwendungsfähig fürs Feld erklärt, wurde mit einem zusammengestellten Truppenteil hinausgeschickt, bekam aber in Cambrai bereits einen schweren Krampfanfall; wie er angibt, wurde sofort mit Lazarettzug wieder ins Land zurückgebracht.

Hier liegt der Patient wie müde im Bett, hebt den Kopf nicht von der Bettunterlage, spricht müde und matt, zeigt einen niedergeschlagenen Gesichtsausdruck. Puls etwas verlangsamt, auffallend heisere Sprache, schon vor Prüfung der Kniesehnenreflexe lebhaftes Zucken mit den Beinen, läuft langsam durch das Zimmer wie müde, ermattet, Beine in den Knien zusammengeknickt, taumelt, sucht sich auf den Arzt zu stützen.

Am nächsten Tag ein hysterischer Anfall, der suggestiv kupiert wurde. Der theatralische Gang wird weiter beibehalten, Patient angelt sich am Bett oder an der Wand entlang, läßt sich von der Pflegerin stützen und in den Garten führen.

Durch Suggestivbehandlung gelingt es die Gehstörung so weit zu beseitigen, daß R. rasch und ohne jede Unterstützung durch das Zimmer gehen kann, der Gang bleibt jedoch eigentümlich tänzelnd, die Haltung steif-komisch. Nach Schluß der Sitzung bedankt sich R. beim Arzt, der Gesichtsausdruck, der ziemlich maskenartig geblieben ist, läßt auf die wirklichen inneren Vorgänge keine Schlüsse ziehen. Auch während der folgenden Zeit geht R. nur wenig aus sich heraus, ein Urlaub wird ihm in der Folgezeit verweigert, solange er noch die gegenwärtige Haltung beibehalte. R. verließ darauf ohne Urlaub das Lazarett, wurde aber in Gotha, wo er eine Fensterscheibe zerschlagen hatte, festgenommen und wieder hierher zurückgebracht. Wieweit es sich etwa um einen hysterischen Dämmerzustand gehandelt hatte, konnte nachträglich nicht festgestellt werden. Die Haltungsanomalie hat sich etwas gebessert, so daß R. zu seinem Ersatztruppenteil zur Verrichtung von leichtem Dienst entlassen werden konnte.

Zusammenfassung: Es handelt sich um einen von Hause aus verschrobenen eigenbrödlischen Soldaten, bei dem während des Krieges hysterische

Reaktionen aufgetreten sind und die aller Wahrscheinlichkeit nach ebenfalls ihr Motiv in der Angst vor dem Felde haben, jedenfalls sind die Erscheinungen nicht im Anschluß an irgend ein Kriegerlebnis oder eine Kriegsschädigung aufgetreten.

Fall 10. E. A., 25jähriger Musketier (Graphiker).

Es handelte sich hier um einen Psychopathen, einen lebenswürdigen Schwindler mit Großmannssucht, der sich fälschlich eine höhere Charge und fälschlich Orden zugelegt hatte und bei dem dann ein Strafverfahren eingeleitet wurde. Er wurde dann zu hoher Strafe verurteilt und im Verlaufe der Verhandlung, resp. besonders nach der Verurteilung traten hysterische Störungen auf, die hauptsächlich in Zittererscheinungen bestanden und in einem Taumeln beim Gehen. Diese hysterischen Erscheinungen wurden hier im Lazarett dadurch beseitigt, daß dem A. von mir ruhig zugesprochen wurde, die Erscheinungen zu unterdrücken, da er hierdurch felddienstfähig würde und ihm als Felddienstfähiger die Strafe erlassen werden könne. Unter Zuhilfenahme einer ganz leichten Scheinsuggestionstherapie gelang es auch den A. völlig symptomfrei zu machen.

Zusammenfassung: Also auch hier die hysterischen Zittererscheinungen nicht im Anschluß an ein Felderlebnis aufgetreten, sondern im Verlaufe eines Strafverfahrens.

Gewiß handelt es sich bei diesen 10 mitgeteilten Fällen, die die „Motive“ unschwer erkennen lassen und moralisch zum Teil doch wohl etwas wurmstichig sind, um besonders einfache, um solche, die für die Beurteilung des psychologischen Mechanismus keine allzu großen Schwierigkeiten bieten. Aber diese Fälle sind nicht ad hoc zusammengetragen, sondern es handelt sich um rund die Hälfte derjenigen Hysteriker, die auf zwei von mir ärztlich versorgten Stationen während einer bestimmten, kurzen Frist beobachtet und behandelt wurden. Und diese Fälle, die ihre Symptome nicht unmittelbar nach einem Fronttrauma zeigten, die, das ist zuzugeben, zum Teil direkt simulationsverdächtig waren, teilweise überhaupt nicht den Schützengraben gesehen hatten, diese Fälle zeigten eben die gleichen massiven Symptome, wie solche, die vielleicht schwere Emotionen durchgemacht haben und bei denen man weder den Krankheitsverlauf so genau kontrollieren, noch die Motive beweiskräftig bloßlegen kann. Und wenn man Fälle findet, wo man den Verdacht des Zweckvollen auf Grundlage des allgemeinen Eindrucks zunächst ablehnen zu müssen glaubt, so bedenke man stets, daß auch im praktischen Leben sich bei unseren Mitmenschen die Motive des Handelns oft nicht sicher nachweisen lassen und daß das Nichtnachweisenkönnen der Motive im einzelnen Falle kein Gegenbeweis ist. Zu einer zuverlässigen Analyse derartiger Kriegshysteriker braucht man in der Regel ausführliches Aktenmaterial und Vernehmung vereidigter Zeugen und deshalb gerade sind forensische Fälle, wie einige von den oben geschilderten, sehr geeignet für unsere Betrachtungen. Bei einem Offizier beispielsweise mit korrekter Fassade wird es sich eben unendlich schwerer nachweisen lassen, daß er „als stiller Teilhaber“ an seinen Krankheitserscheinungen beteiligt ist und es ist bezeichnend, daß der Arzt bei Offizieren, wenn sie hysterisch reagieren (bekanntermaßen tun sie es seltener und weniger primitiv als der simple Bauer) lieber die entgegenkommende Diagnose „Ischias, Rheumatismus, Labyrintherschütterung“ stellt, als die vom Gebildeten nicht gern gehörte, weil eben doch ein wenig anrühige, aber richtige: „hysterische Abasie, hysterisches Hinken, hysterische Taubheit“.

Fälle, wie ich sie angeführt habe, sind uns ja während des Krieges in reicher Anzahl bekannt geworden, nur ist eben im Heimatlazarett, wenn sich die massiven Symptome darbieten, oft gar nicht mehr zu kontrollieren gewesen, wie diese Symptome entstanden sind, welche äußeren Umstände und Vorstellungen daran mitgearbeitet haben. Wohl auch aus diesem Grund ist im Kriege immer und immer wieder die Forderung aufgestellt worden: Die Neurotiker an oder hinter der Front behalten! Die Neurotiker dort in Spezialbeobachtung und -Behandlung geben! Die Neurotiker nicht in die Heimat zurücklassen, weil sich der Zustand hier durch das Einwirken der Heimatumgebung kompliziert, gar verschlechtert, die Fixierung schwerer beseitigt, die Heilung erst umständlicher erreicht werden kann! Denn, wie schon in den oben mitgeteilten Krankenblättern zu ersehen ist: Nicht an der Front, sondern im Laufe der Lazarettbehandlung treten die schweren Symptome häufig erst auf, während mancher Arzt und fast alle Laien meinen, daß der Schüttler vom Moment des Granateinschlags an zittert, der Gelähmte seitdem nicht mehr gehen kann, der Stumme seitdem seine Sprache verloren hat. Wie viel häufiger dagegen ist der folgende Verlauf: Ein Mann kommt, nachdem er längere Zeit nur in der Garnison Dienst gemacht hat, an die Front. Er ist kaum einige Tage draußen, da schlägt (nach seiner nachträglichen Angabe, die wir hier einmal ruhig als richtig unterstellen wollen!) eine Granate in seiner Umgebung ein. Er ist unverwundet, doch bewußtlos. Wie lange, weiß er nicht. Dann wird er nicht etwa von Krankenträgern zurückgetragen, sondern er läuft zurück, wobei er recht oft sich nicht zu seinem, sondern zu einem benachbarten Truppenteil begibt. Hier entdeckt man wohl auf körperlichem Gebiete einige neurasthenische Erscheinungen und schickt ihn mit der Diagnose „Granatschock“ nach dem Lazarett. Das Lazarett wird überlaufen, es muß hier für Schwerverwundete Platz geschaffen werden und es handelt sich jetzt für die Ärzte um die Frage, wer kann zur Truppe zurück, wer kann mit dem Lazarettzug heimwärts transportiert werden. Da klagt Patient über Kopfschmerzen, liegt zu Bett, fühlt sich matt. So wird er nach rückwärts transportiert, kann schließlich nicht mehr laufen, die Beine nicht mehr hochheben, schleppt sich nur mit Unterstützung von Fremden im Zimmer herum und bleibt so monatelang in Lazaretten. Die Stimmung ist auffällig gleichgültig, es macht nicht den Eindruck, als ob der Kranke unter seiner Lähmung sonderlich leidet, auf eine Behandlung drängt er kaum. Schließlich entdeckt man ihn als Neurotiker und er kommt ins Neurotikerlazarett. Hier gelingt die Heilung sofort, der Patient wird zur Truppe entlassen, bereits auf der Fahrt tritt aber ein Rückfall ein und er kommt in ein zweites Neurotikerlazarett. Hier gelingt die Heilung wieder, es wird ärztlicherseits resigniert und der Patient als dienstunbrauchbar, aber ohne Rente entlassen. In diesem Falle bleiben die Störungen dann oft ganz weg, wenn sich nicht der Betreffende mit einem kleinen, wieder eingetretenen Restsymptom nach Monaten oder Jahren bei der Versorgungsstelle meldet und Rente beantragt.

Bei diesem Beispiel soll es sich wirklich um keinen erdichteten Parafall handeln, sondern um einen Typus. Wer wie ich noch jetzt als Begutachter für Versorgungsstellen tätig ist und den Krankheitsverlauf an Hand der Akten eingehend studiert, wird einen solchen Dekursus in großer Anzahl kennen gelernt

haben, ja ich möchte sagen, daß der größte Teil der Hysteriker, die jetzt noch zur Untersuchung kommen, einen solchen Krankheitsverlauf aufzuweisen hat.

Und diese meine Beobachtungen sind ja auch von anderer Seite, wie die Aussprache auf den verschiedenen Tagungen gezeigt hat, gemacht worden. Gaupp¹⁾ hat schon sehr frühzeitig darüber berichtet:

„Im Kampfe gegen solche und andere nervöse (hysterische, psychogene, neurasthenische) Zustände haben wir in den letzten Monaten häufig folgende lehrreiche Erfahrung gemacht: Die akuten Krankheitszeichen (Lähmungen, Krämpfe, Stummheit, Taubheit, Delirien, Dämmerzustände usw.) waren meist rasch zu beseitigen, der Zustand besserte sich schnell, die Kranken konnten spazieren gehen, lernten das Schlafen wieder und erschienen dem Beobachter als vollkommen gekräftigt; für leichtere Beschwerden (Kopfweg, Schwindel, Müdigkeit und ähnliches) fand sich objektiv keine Grundlage und unbeobachtet erschienen die Leute als munter und leistungsfähig. Der Arzt tritt nun eines Tages mit dem Vorschlag heran, es wieder mit dem Dienst (zunächst mit dem Garnisondienst) zu versuchen. Alsbald ändert sich das Bild; schon am nächsten Tag treten mehr Beschwerden hervor. Der Schlaf in der Nacht war schlecht, Kopfschmerzen, Schwindel, Müdigkeit haben zugenommen, ein apathisches Wesen oder eine gewisse innere Unruhe machen sich bemerkbar. Suggestiver Zuspruch, der bisher sehr wirksam gewesen war, versagte nunmehr. Am Programm der Entlassung zum Ersatztruppenteil an einem bestimmten Tage wird jedoch festgehalten. Mit Unlust verläßt der Patient das Lazarett; schon auf der Eisenbahn treten akutere Symptome (so z. B. mehrere Male hysterische Delirien) auf, nach der Ankunft beim Ersatztruppenteil hat sich der Zustand wieder dermaßen verschlimmert, daß nichts übrig zu bleiben scheint, als den Mann von neuem einem Lazarett zu überweisen. Damit scheint nun oft sein weiteres militärisches Schicksal besiegelt zu sein: Er bleibt Lazarettinsasse, der sich im Lazarett leidlich wohl befindet, aber jeden Versuch der Wiederverwendung bei der Truppe mit einer raschen Zunahme seiner nervösen Beschwerden bis zu tobsüchtigen Erregungen beantwortet.

In anderen Fällen kommt man nicht einmal bis zur Rücksendung zum Ersatztruppenteil. Zahlreiche, meist nach Art und Stärke unkontrollierbare Beschwerden führen zu monatelangem Herumliegen im Lazarett. Wer sich mit der seelischen Eigenart dieser Leute genauer befaßt, der findet immer wieder auf dem Grunde ihrer Seele als ursächlichen Faktor die mehr oder weniger bewußte Angst vor dem Felde.“

Und das, was Gaupp hier sagt, führt uns zur Behandlung der Kriegsneurosen. Daß sich aus deren Erfolgen oder Nichterfolgen mancherlei Stützpunkte für unsere Hysteriedefinition ergeben, habe ich ebenfalls bereits 1918²⁾ ausgeführt. Ich habe mich damals darzulegen bemüht, daß gerade unsere Auffassung der Hysterie es verständlich macht, warum die aktive Therapie der Hysterie während der zweiten Hälfte des Krieges in der Beseitigung der Symptome so große Erfolge gehabt hat, ich habe gesagt, daß nicht „Suggestion“ und „Persuasion“ allein diese Erfolge ausmachten, sondern die konsequente Verfolgung des Gedankenganges: Der Hysteriker flüchtet in seine Krankheit,

¹⁾ Gaupp, Hysterie und Kriegsdienst. Münch. med. Wochenschr. 1915. Nr. 11.

²⁾ Pönitz, Die Zweckreaktion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. 59, Heft 2/3.

folglich muß man ihn wieder zur Flucht aus seiner Krankheit bringen! Aus begreiflichen Gründen sind diese Gedanken während des Krieges in der Literatur sowohl wie in den Diskussionen nicht immer klipp und klar ausgesprochen, nicht beim richtigen Namen genannt worden. Man hat der Tatsache ein verschämtes ärztliches Mäntelchen umgehängt. Erst gerade jetzt, wo ich diesen Teil der Arbeit niederschreibe, erscheint eine Arbeit von Hoffmann ¹⁾, die die Behandlung von Kriegsneurosen von unserem Gesichtspunkte aus betrachtet und auf die ich unten näher eingehen will.

Wie ich schon seinerzeit ausführte, ist die Sachlage ja die, daß etwa während des ersten Kriegsjahres die Kriegshysteriker außerordentlich milde behandelt wurden, daß man sie in Lazaretten herumliegen ließ, um ihnen Ruhe zu gönnen, daß man aber praktisch damit nichts erreichte, daß die Symptome entweder blieben, oder aber sofort wieder auftraten, wenn die Entlassung zur Truppe stattfinden sollte, daß die Zahl der Hysteriker, die in der ersten Zeit auch noch in den verschiedensten Lazaretten herumlagen, immer mehr zunahm. Dieser Zustand besserte sich, als Sammelstätten in den sogenannten Neurotikerlazaretten geschaffen wurden, als unter dem Einflusse Wilmanns ²⁾, Kehrer's ³⁾, Gaupps, Nonnes, Kaufmanns u. a. die Hysterikerbehandlung organisiert wurde und als vor allem Kaufmann ⁴⁾ seine Heilerfolge mittels des elektro-suggestiven Verfahrens veröffentlichte und Nonne ⁵⁾ auf die Erfolge der Hypnose hinwies. Seit dieser Zeit setzte fast überall eine energische aktive Therapie ein. Man ging zielbewußt und mit Siegeszuversicht an die Behandlung auch verschleppter Fälle heran, heilte sogar bereits entlassene Rentenempfänger von ihren Symptomen und konnte jedenfalls feststellen, daß im Gegensatz zu vorher jetzt zwar nicht alle, aber doch die meisten der Hysteriker von ihren massiven Symptomen befreit werden konnten. Und warum waren die Erfolge gegenüber früher so glänzend? Suggestion, speziell Hypnose konnten es allein nicht sein, denn die hatten ja schon im Frieden so oft versagt und Nonne selbst mußte zugeben, daß er in seiner Privatpraxis die Hypnose bereits aufgegeben hatte, weil er Mißerfolge damit erzielte. Nein, die Erfolge konnten nur so erklärt werden: Die Neurotikerlazarette standen unter einer ganz besonders strengen Disziplin, kein Kranker wurde verzärtelt, die Kranken wurden zwar nicht mißhandelt, wie es Laien in der Öffentlichkeit wiederholt behaupteten, aber es wurde ihnen der Aufenthalt im Lazarett doch auch in keiner Weise zum Paradies gemacht. Die Kranken merkten, daß die Ärzte nicht locker ließen, merkten die „Heilatmosphäre“, die im Lazarett lag. Die meisten Methoden gingen schließlich doch darauf hinaus, den Hysterikern die Krankheit zu verleiden, ihnen begreiflich zu machen, daß Krankheit nicht das Mittel ist, mit denen sie ihren Zweck erreichen würden. Die einen sperrten

¹⁾ Hoffmann, R. A. E., „Über die Behandlung der Kriegshysterie in den badischen Nervenlazaretten.“ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 55, 1920.

²⁾ Wilmanns, „Die Wiedererüchtigung der an funktioneller Neurose leidenden Kriegsbeschädigten.“ Die Kriegsbeschädigtenfürsorge. 2. Jahrg. Nr. 3.

³⁾ Kehrer, „Behandlung und ärztliche Fürsorge bei Kriegsneurosen.“ Die Kriegsbeschädigtenfürsorge. 2. Jahrg. Nr. 3.

⁴⁾ Kauffmann, Die planmäßige Heilung komplizierter psychogener Bewegungsstörungen bei Soldaten in einer Sitzung. Münch. med. Wochenschr. 1917. Nr. 22.

⁵⁾ Nonne, Zur therapeutischen Verwendung der Hypnose bei Fällen von Kriegshysterie. Vortrag im ärztl. Verein Hamburg. 26. XI. 1915. Med. Klin. 1915. Nr. 51/52.

die Kranken ein, sie verordneten — damit die Behandlung einen Namen hat — eine „psychische Abstinenzkur“¹⁾, wollten also offenbar, daß die Betreffenden — wie Kehler sich einmal ausgedrückt hat — „sich zu Tode langweilten“, und deshalb alles Interesse daran hatten, bald gesund zu werden. Andere²⁾ setzten die Kranken ins Dauerbad und erklärten ihnen, daß das Dauerbad erst nach Heilung abgesetzt würde. Kaufmann nahm starke elektrische Ströme zu Hilfe und ließ exerzieren, er „rang“ mit den Kranken, Kehler legte mehr Wert auf das Übungsmoment und Disziplin, ließ „zwangs-exerzieren“. Man wird zugeben müssen, daß alle diese Methoden für die Patienten nichts Angenehmes hatten und daß das Interesse der Kranken an baldiger Genesung damit lebhaft geweckt wurde. Nun kann man zwar einwenden, daß beispielsweise elektrische Ströme später nur noch schwach und vorübergehend angewendet wurden und daß die Hypnose doch bei weitem nicht unangenehm auf die Kranken wirke und trotzdem ein großer Teil dadurch geheilt werde. Dem ist folgendes entgegenzuhalten:

Auf den betreffenden Stationen hatte sich eben allmählich eine günstige „Heilstimmung“³⁾ herausgebildet. Einer erzählte dem anderen, daß hier nicht locker gelassen werde, daß man unbedingt geheilt werden müsse, daß, wenn es nicht mit Hypnose ginge, dann eben Strom käme und daß man nicht eher beurlaubt oder gar entlassen werde, als bis die völlige Heilung eingetreten sei. Der Krankheitswille war also schon halb gebrochen, bevor die eigentliche Sitzung begann, und der Arzt bedurfte dann entsprechend weniger der Peitsche, d. h. des Stromes und er machte dann eben nur die sogenannte Übungstherapie. Ebenso gelang die Hypnose leichter und das Dauerbad heilte schneller. Nicht vergessen darf man vor allem aber auch diejenigen, denen ihre „Zweckneurose“, sei es bewußt oder unbewußt, eine Zeitlang zweckvoll erschien, die sie aber dann gern wieder losgewesen wären, sich aber von allein nicht mehr in die Gesundheit zurückfanden (vgl. Goethes „Zauberlehrling“). Ich meine also hier die Fälle, die man jetzt im Gegensatz zur hysterischen „Gewöhnung“ als hysterische „Erkrankung“ bezeichnet, wo also die Willenskomponente in der Reflexkomponente sozusagen untergegangen ist. Das sind die Fälle, wo denen Arzt durch das suggestive Überraschungsmoment oder die Hypnose wirklich zu Hilfe kommt, wo er den Kranken wieder in die Gesundheit zurückleitet, ihn wieder zu normalen Reflexmechanismen zurückführt. Die anderen Fälle sind die, wo die Hysteriker gern die passende Gelegenheit benutzen, sich heilen zu lassen, wo ihnen also, um mit Bumke zu reden, eine „goldene Brücke“ zur Gesundheit gebaut wird. Hier handelt es sich um die Fälle, wo die Willenskomponente also die Reflexkomponente bei weitem überwiegt, wo aber andererseits die Willenskomponente, absolut genommen, keine sehr starke mehr ist und der Hysteriker auch ohne Strom und sonstige Abschreckungstherapie rasch klein beigibt. Solche „Kranke“, ich für meinen Teil perhorresziere

¹⁾ Binawanger, Diskussionsbemerkung auf der Münchener Psychiatertagung 1916. Allg. Zeitschr. f. Psych. 73.

²⁾ Weichbrodt, „Über eine einfache Methode zur schnellen Heilung hysterischer Störungen.“ Vortrag a. d. 20. Vers. mitteldeutsch. Psych. u. Neurol. in Dresden 1917. (Bericht im Arch. f. Psych. 57.)

³⁾ Vgl. hierzu auch die Vorträge v. Wilmanns und Kehler („Die Kriegsbeschädigtenfürsorge.“ 2. Jahrg. Nr. 3. Berlin. Sept. 1917).

in diesem Falle diese Bezeichnung, sind eben dann „geheilt“ und brauchen sich nicht sagen zu lassen, daß sie sich ihre hysterischen Erscheinungen wie Unarten von allein „abgewöhnt“ haben. Ich will betonen, daß sich die Leute alles dies nicht ruhig und zielbewußt überlegen; meiner Ansicht nach kommt natürlich auch das vor und dann handelt es sich eben um ausgesprochene Simulanten. Daß es sich aber beim Herantreten der aktiven Therapie oft um derartige Gedanken und Komplexe handelt, habe ich nie bezweifelt. Wäre es eine bloße Persuasionsmethode, so müßten schon vor der Ära der aktiven Therapie mehr Erfolge erzielt worden sein. Mögen viele psychologische Einzelheiten bei Beseitigung der hysterischen Mechanismen noch so kompliziert und wenig geklärt sein, die Gedankenrichtung der Hysteriker ist doch eine klare. Man soll sich das, ohne viel zu grübeln und zu deuteln, nur ruhig eingestehen, um so mehr, als das ganze therapeutische Verfahren in den Neurotikerlazaretten ja doch ein recht grobes, wenig individuelles gewesen ist. Nonne hat ja selbst zugegeben, daß, wenn einmal Hysterie erkannt sei, auch ein intelligenter Laie das Symptom wegbringen könnte, vielleicht sogar besser als mancher Arzt. Wir wissen ja alle, daß junge Feldhilfsärzte und Unterärzte, die unbeschwert von psychologischen, psychiatrischen, neurologischen Kenntnissen an die Therapie herantraten, oft rascher und besser die Symptome beseitigten, als der erfahrene Psychiater, der mit allem psychologischen Rüstzeug an den Fall herangeht. Dabei soll natürlich nicht verschwiegen werden, daß die besten Dauererfolge schließlich doch von dem erzielt werden, der charakterologisch-psychologisch geschult ist, nur liegt die Art der Neurotikerbehandlung nicht jedem Arzt.

Suchen wir nun weiter aus den Erfolgen oder Nichterfolgen der Hysterikertherapie nach Belegen für unsere Hysterieauffassung, so kommen wir zu folgender Erwägung. Wenn unsere Anschauung richtig ist, daß der Hysteriker mit seiner Krankheit etwas bezweckt und mit einer Willenskomponente an der Krankheit beteiligt ist, so müßte man spekulativ folgendes annehmen: Es müßte dann bisweilen auch vorkommen, daß der Krankheitswille stärker ist als die Methode des Arztes, einfacher ausgedrückt: daß dem Betroffenen die Therapie weniger unangenehm erscheint als das, was er durch seine Krankheit verhüten wollte. Diese meine Ansicht trifft auch durchaus zu und ich verweise dabei auf die Mitteilungen Nonnes¹⁾, der ja während des Krieges mit im größten Stile die aktive Therapie betrieben hat und in seinen statistischen Mitteilungen doch auch eine Anzahl ungeheilte Fälle erwähnt hat. So hat er nach seiner damaligen Mitteilung 16% mit der Kaufmannschen Methode nicht geheilt, 5% mit Hypnose nicht geheilt, 23% verhielten sich gegen Hypnose refraktär, wovon dann nur 7% mit der Kaufmannschen Methode geheilt wurden.

Weiter müßte man auf Grund unserer Erwägungen annehmen — ich zitiere in bezug auf die Therapiefrage im wesentlichen das, was ich schon 1918 ausführte — daß die verschiedenen Methoden den verschiedenen Leuten auch verschieden unangenehm erscheinen. Auch das hat die Erfahrung bestätigt, indem es z. B. manchen Hysterikern ganz gleichgültig war, wenn sie wochenlang in einem Zimmer separiert wurden, während sie mittels elektrischen

¹⁾ Nonne, Über die erfolgreiche Suggestionsbehandlung der hysterieformen Störungen bei Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 37.

Stroms sofort geheilt wurden, andere dagegen waren gegen den Stromreiz außerordentlich unempfindlich, besserten sich aber sofort, wenn man sie auf eine geschlossene Psychosenstation brachte und ihnen erst dann Besuch gestattete, wenn ihr Zustand sich gebessert hatte. Das letzte gilt nach meiner Erfahrung besonders für die Krampfanfälle, die sich ja schwer mit dem Kaufmannschen Verfahren und der Hypnose beeinflussen lassen, aus psychologisch begreiflichen Gründen. Ganz in unserem Sinne aber ist die Tatsache zu verwerthen, daß die Heilung viel schneller gelang, wenn die Betreffenden vorher entweder aus dem Munde des Arztes oder aus Erzählungen anderer Kameraden erfuhr, daß sie nach der Heilung nicht kriegsverwendungsfähig, vielleicht sogar als dienstunbrauchbar entlassen wurden. Auch Schmidt¹⁾ hat ja das große Entgegenkommen bezüglich der Garnison- und Arbeitsverwendung mit dem Wunsche, nicht mehr durch erneute Kriegsverwendung in eine derartige Lage wie die erlebte zu kommen, in Zusammenhang gebracht. Während in manchen Lazaretten man sich im wesentlichen damit begnügte, die Hysteriker symptomfrei zu machen und sie dann ohne Rente dem Berufsleben wiederzugeben, stellte man in anderen größere Ansprüche und schrieb sie zum mindesten arbeitsverwendungsfähig, wenn nicht garnisdienstfähig. Deshalb sagte ich schon: Wenn man die Erfolge der Ärzte in bezug auf die aktive Therapie gegeneinander abwerten will, so erscheint es mir außerordentlich wichtig, alle diese Momente, die doch stark auf das Seelenleben der Kranken einwirken, als wichtige Faktoren mit zu berücksichtigen. Es genügt nicht zu wissen, ob jemand mit Hypnose oder mit dem Strom oder mit Übung behandelt worden ist, sondern man muß auch wissen, was der Arzt vorher gesagt hat, was die Kameraden vorher erzählen, wie sich der betreffende Therapeut grundsätzlich zur Frage der weiteren Verwendbarkeit geheilter Hysteriker stellt, um aus allem diesen einen Schluß auf das zu ziehen, was bei der Sitzung selbst und vorher in der Seele des Betreffenden vorgeht.

Eine weitere, den Verlauf der Therapie betreffende und in unserem Sinne zu deutende Beobachtung ist die folgende: In wenigen Minuten gelingt es oft, den Hysteriker von den größten Symptomen zu befreien, aber schließlich bleibt ein kleiner Rest zurück, der nicht weichen will, und der manchmal nur so gering ist, daß der Laie ihn kaum als solchen erkennt. Der früherere grobschlägige Zitterer zittert noch ein wenig mit der Hand, der Gelähmte schleift noch etwas das Bein, der Stumme stottert ein wenig usw. Es bleibt eben ein Restsymptom übrig, von dem man vermuten kann, daß der Geheilte sich daran noch klammert, damit er den Weg leichter wieder zur Krankheit findet. Und er findet ihn ja oft recht leicht wieder! Wir wissen ja, daß die Geheilten, resp. symptomfrei Gemachten oft wieder erkranken, sobald sie aus dem Lazarett, dem ihnen unbehaglichen therapeutischen Milieu, entlassen sind. Ich könnte eine größere Anzahl Hysteriker anführen, die, sei es hier, sei es anderswo, von ihren Zuständen geheilt worden sind und die sofort wieder das hysterische Symptom zeigten, wenn sie bei der Truppe Dienst machen sollten, wenn sie sich auf der Bahnfahrt nach dem Felde befanden, wenn sie Konflikte mit ihren militärischen Vorgesetzten bekamen, kurz, wenn ihnen etwas Unangenehmes drohte. Kamen sie dann in die Klinik zurück und hielt

¹⁾ Schmidt, W., Die psychischen und nervösen Folgezustände nach Granatexplosionen und Minenverschüttungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 29, Heft 5. 1915.

ich ihnen vor, daß sie offensichtlich wieder krank sein wollten, so protestierten sie zwar etwas, aber auffallend schwach. Auf diesen Punkt, der über das Kapitel „Therapie“ hinausgeht, will ich weiter unten noch zu sprechen kommen.

Ebenso soll auf die Frage, wie sich die Hysterikerbehandlung nach der Revolution gestaltet hat, später eingegangen werden.

Wie ich schon oben sagte, ist neuerdings eine zusammenfassende Arbeit von Hoffmann erschienen, der über die großzügige Organisation zur Bekämpfung der Hysteriker berichtet, wie sie in dem badischen Korpsbereich während des Kriegs geherrscht hat. Es ist ja bekannt, daß gerade im Südwesten unseres Reichs zuerst in planmäßiger Weise, hauptsächlich wohl unter Führung von Wilmanns¹⁾ und Gaupp die Hysterikerbekämpfung eingesetzt hat. Ich lasse es dabei dahingestellt, ob man bei Einrichtung dieses Systems schon völlig klar bewußt von den Gedankengängen ausgegangen ist, wie sie z. B. Hoffmann in seiner Arbeit bringt, oder ob auch hierbei etwas instinktmäßig gehandelt wurde. Jedenfalls geht aus der Arbeit von Hoffmann hervor, daß die Art, wie man in Baden an die Hysterikerfrage heranging, praktisch durchaus unserer Auffassung vom Mechanismus der Hysterie entsprochen hat und sozusagen eine Probe auf das Exempel gewesen sei.

Hoffmann unterscheidet zwei große Perioden der Hysterikerbehandlung. Wie überall, so hat man sich auch in Baden der Anschauung erst allmählich angepaßt, daß die Willenskomponente bei der Hysterie eine große Rolle spiele, und so folgt auf die Periode der unsystematischen Behandlung von Mitte des Jahres 1915 an die Periode der systematischen Behandlung. Bei der unsystematischen Behandlung lag die Sache in Baden so wie überall und wie ich schon oben angeführt habe, d. h. die Hysteriker lagen in Lazaretten herum und wurden „symptomatisch behandelt wie nervös Erschöpfte“. Der Erfolg war ungünstig, die Patienten steigerten sich in die Krankheit hinein, sie wurden in ihrem Wesen sehr anspruchsvoll und deshalb schritt man bereits Ende 1914 dazu, Sonderlazarette zu schaffen. Auch hierbei fühlte man den schädlichen Einfluß der Städte, den ungünstigen Einfluß durch die bemitleidenden Passanten und verlegte deshalb Mitte 1915 die Lazarette in ländliche Gegenden.

Hiermit setzte die systematische Behandlung ein: In Beobachtungsstationen, nämlich den Universitätskliniken, wurden die Fälle ausgewählt, die Behandlung fand dann in den ländlichen Lazaretten statt.

Auch hier handelte es sich zuerst um eine „milde Psychotherapie nach Art der Friedensmethoden“. Man verwendete Wachsuggestion, Persuasion, gelegentlich Hypnose. Dabei ließ man arbeiten, ohne aber die Arbeit genügend zu beaufsichtigen oder zu organisieren. Man hatte Erfolge, aber es waren Augenblickserfolge. Die Behandlung schleppte sich 2—6 Monate hin, man war milde und nachgiebig, vermied ängstlich die Hysteriker irgendwie zu reizen, es wurden nur „die Symptome, nicht die Tendenzen berücksichtigt“. Nur die Langeweile der Lazarette wirkte bisweilen, der Hysteriker wurde dann der Krankheit müde und sehnte sich hinaus. „Auf diese Weise konnte besonders

¹⁾ Es scheint, als ob auch jetzt noch die Verhältnisse am günstigsten in Baden liegen, daß hier unter dem Einflusse von Wilmanns die Erfassung der Neurotiker am straffsten organisiert ist, daß die Prozentzahl der Hysteriker im Verhältnis zu den sonstigen Kriegsbeschädigten am niedrigsten ist. Württemberg steht ähnlich günstig da, während in Preußen sehr spät versucht worden ist, planmäßig vorzugehen.

dem nicht objektivierten Hysterischen die Krankheit verleidet werden. Er konnte seine Symptome ja meist ohne weiteres, wenn er nur wollte, fallen lassen.“ Bei Aussichten auf Lebenssicherheit und Rente fiel der Anlaß zu Krankheiten und Lebenstendenzen weg. Dann ließ sich der Patient heilen. Wurden die Wünsche nach der Entlassung bei der Truppe nicht erfüllt, dann traten Rückfälle auf. „Der Handel wurde rückgängig gemacht.“ Die Schattenseiten dieser ganzen Behandlungsart traten damals noch nicht so hervor, weil die Kriegshysteriker noch relativ gering auftraten, die Kriegsschädigungen noch nicht so lange und eindrucksvoll wirkten, die Übersättigung am Krieg und die Sehnsucht nach der Heimat noch nicht so stark auftraten. Es wurden schwere Formen von Hysterie mit 100% Rente und Verstümmelung entlassen¹⁾, auch in die Irrenanstalt wurde transportiert. Wurde zur Truppe oder ins Feld entlassen, so versagten die Betreffenden sofort.

Man ging nunmehr dazu über, eine strengere Lazarettdisziplin²⁾ einzuführen, man gestaltete sie absichtlich einförmig, steckte die Hysteriker ins Bett, vernachlässigte sie, hielt den Besuch von ihnen fern, verlegte sie von der Heimat weg, langweilte sie zu Tode, „machte ihnen die Gesundheit wieder erstrebenswert“. In manchen Fällen gab der Hysteriker diesem Drängen nach, die Objektivierten — um einen Ausdruck Kretschmers vorwegzunehmen — taten es in der Regel nicht.

Damit setzte dann die Ära der Überrumpfungsmethode ein, und zwar unter dem Einflusse der Kaufmannschen Veröffentlichung. Durch die suggestive Vorbereitung baute man die schon obengenannte „goldene Brücke“, versprach Nichtverwenden an der Front, Entlassung nach Hause. Bei den Sitzungen wurden schmerzhaft Ströme mit Verbalsuggestion verwandt, das Subordinationsverhältnis wurde dabei ausgenutzt. Psychologisch lag die Sache nach Hoffmann so, daß die Schmerzwirkung einen Affektschock auswirkte, daß der Arzt diesen benutzte und die normalen Mechanismen wieder hergestellt wurden. Deshalb suchte man alles in einer Sitzung zu erreichen, weil bei der weiteren Sitzung das Moment der Überraschung wegfiel.

Anfangs hatte dieses Verfahren allein gute Erfolge. Später ließen sie nach. Es traten Heilungswiderstände auf, die Kriminellen machten Schwierigkeiten in den Lazaretten, Rückfälle kamen, auch blieben kleine Reste zurück. Vor allem wurden die Rückfalltendenzen nicht systematisch bekämpft, so daß Wilmanns³⁾ sagen konnte: „Die Wiederverwendbarkeit des geheilten Hysterikers entspricht in keiner Weise den Behandlungserfolgen“.

Um nun auch diese Hysteriker zu fassen, setzte Anfang 1917, vor allem unter dem Einfluß von Kehr⁴⁾ und Berthold, die sogenannte Zwangsbehandlung ein. Behandelt wurde ähnlich wie beim Kaufmannschen Verfahren, nur wurde Zwangsexerzieren angeschlossen. Zum Schluß wurde dem symptomfrei Gemachten gesagt, „er habe jetzt bewiesen, daß er imstande sei, seine Symptome zu unterdrücken; man werde das auch weiterhin von ihm verlangen

¹⁾ Stern, Die hysterischen Bewegungsstörungen als Massenerscheinungen im Kriege, ihre Entstehung und Prognose. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 39, 246.

²⁾ Hellpach, Lazarettdisziplin als Heilfaktor. Med. Klin. 1915. Nr. 44.

³⁾ Wilmanns, Die Behandlung der Kranken mit funktionellen Neurosen im Bereiche des XIV. A.-K. Deutsche med. Wochenschr. 1917. Nr. 14.

⁴⁾ Kehr, Zur Frage der Behandlung der Kriegsneurosen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 36.

und jeden Rückfall als ein Zeichen schlechten Willens ansehen und bestrafen“. Als Äquivalent versprach man Heimatsurlaub oder Reklamation. Die „moralische Bekehrung“ wurde im übrigen möglichst wenig betont. Hoffmann verglich das Ganze mit einem Zweikampf: „Die Taktik des Arztes läuft darauf hinaus, unter möglicher Verschleierung seiner Absichten die schwächste Stelle des Gegners zu erspähen, ihn im geeigneten Moment an dieser zu treffen und ihm eine Niederlage beizubringen. Hierbei wird jedoch der Unterliegende von dem Edelmut des Siegers geschont, ihm bleibt das Eingeständnis der Niederlage erspart.“ Psychologisch, und das ist für uns hier das Wichtige, wurde die Behandlung im badischen Korps durchaus der Auffassung gerecht, daß man es bei der Hysterie hauptsächlich mit einer Flucht in die Krankheit, mit Abwehrmechanismen zu tun hat und daß die Willenskomponente eine große Rolle spielt. Dabei unterscheidet Hoffmann die aus Angst Entgegenkommenden und die trotzig Verstockten. „Einige blieben standhaft und nahmen, um ihrer Krankheit zu leben, ein Martyrium auf sich.“ Prinzipiell wurden Simulant, Aggravant und Hysteriker gleich behandelt, womit man dem unten ebenfalls näher auszuführenden Gedanken gerecht wurde, daß eine prinzipielle Scheidung hier nicht möglich ist. Der Therapeut war nicht Richter, sondern blieb Arzt.

Was die Hypnose anbelangte, so waren die Erfolge hiermit im badischen Korps nicht so groß wie anderweit, Hoffmann begründet es damit, daß die Bedingungen unter dem Krankenmaterial hierfür nicht günstig waren (es ist ja Tatsache, daß auch Nonne mit seinen Hypnosen außerhalb Hamburgs nicht dieselben Erfolge erzielte wie dort).

In den Lazaretten herrschte ein „Kommandoton“, die Hysteriker hatten „Angst vor dem Nervenlazarett“. Bettruhe, Packungen, Isolierungen wurden gleichzeitig unter Umständen mit angewandt. Am wichtigsten erscheint mir jedoch die nach der Beseitigung der Symptome einsetzende Arbeitsbehandlung. Es erfolgte nämlich dann die Verlegung in das Arbeitshaus, wo die Geheilten — der Ausdruck geheilt ist bei Hysterikern natürlich stets *cum grano salis* aufzufassen — eine Prüfungszeit durchmachten und unter ärztlicher Kontrolle blieben. Dann erst erfolgte „Beurlaubung zur Arbeit“, d. h. die Geheilten kamen an Arbeitsstätten, mußten aber sofort wieder ins Lazarett, wenn sie hysterische Erscheinungen zeigten. Kam der Hysteriker zur Truppe, so mußte er bei Rückfällen stets wieder in dasselbe Lazarett. So wurde ein enges Netz gespannt und „es gab keine Möglichkeit des Entschlüpfens“. Hierzu kam noch die bekannte Neurotikerkompanie.

„Die nach diesen Grundsätzen durchgeführte Hysteriebehandlung schloß sich so zu einem lückenlosen System, eine geschlossene Front gegen die Kriegshysteriker.“

Ausschlaggebend für den Zweck unserer Ausführungen bleibt es nun, was durch diese Behandlungsmethodik erreicht wurde. Nun, die Erfolge sprechen durchaus dafür, daß die Methodik sich auf richtigen Grundsätzen aufgebaut hatte, denn es wurden nach Hoffmanns Angaben in dieser letzten Periode fast 100% symptomfrei gemacht, Rückfälle kamen im Lazarett nicht vor, danach nur selten. Ende 1917 gab es im Bereiche der badischen Korps nur 3.7% neurotische Rentenempfänger, während in anderen Korps, wo die Behandlung nicht derart konsequent auf diesen Gedankengängen auf-

gebaut war, die Prozentzahl 8—10 betrug. Die militärische Verwendbarkeit blieb freilich auch in Baden gering. Durchaus in unserem Sinne schließt Hofmann: „Das ganze Behandlungssystem war mit gutem Grund auf den Typus des sich gegen die Heilung aktiv wehrenden Hysterikers zugeschnitten.“

Wir können also aus den zweifellos glänzenden Erfolgen der Neurotikerbehandlung, die im Grunde genommen auf den hier verfochtenen Mechanismus der Hysterie zugeschnitten war, auf die Richtigkeit unserer Auffassung schließen. Es ist ja in der medizinischen Wissenschaft durchaus kein Novum, die Diagnose ex juvantibus zu stellen, aus dem Erfolg der Therapie den diagnostischen Rückschluß zu ziehen. Auf die Anwendung dieser Methode bei der Erkennung syphilitischer Leiden brauche ich ja wohl nur hinzudeuten, und man wird mir zugeben, daß solche Grundsätze vom somatischen Gebiet auch auf das psychische übertragen werden können. Es handelte sich eben — das sei nochmals ausdrücklich betont! — bei der Neurotikerbehandlung nicht allein um Suggestion und Persuasion, sondern dahinter stand drohend die Zwangs- und Abschreckungstherapie; diese allein erklärt es, warum die Erfolge in der ersten Kriegszeit relativ geringe waren, und warum jetzt nach der Revolution — wo sich aus begreiflichen politischen Gründen eine so auf Autorität und Untergebenenverhältnis zugeschnittene Behandlung und Organisation nicht mehr durchführen läßt — die Heilerfolge in den Lazaretten durchaus nicht mehr so erfreulich sind, soweit Hysteriker seitdem überhaupt noch zur Beobachtung und Behandlung erscheinen.

Soweit Hysteriker seitdem überhaupt noch zur Beobachtung und Behandlung erscheinen, sage ich, und damit kommen wir auf eine wichtige Frage, die zu unserer Betrachtung mit herangezogen werden muß: In welcher Weise haben sich die hysterischen Erscheinungen dem Verlaufe des Krieges und dem durch das Kriegsende geschaffenen Verhältnisse angepaßt, welchen Einfluß haben die kriegerischen und politischen Verhältnisse auf Entstehen und Verlauf der Erscheinungen gehabt, läßt sich auch hierbei aus dem Auftreten oder Wegbleiben der Symptome die Interessiertheit der Patienten an ihren Krankheitssymptomen wahrscheinlich machen?

Gehe ich zunächst von der Erinnerung und dem allgemeinen Eindruck aus und nehme ich dazu die mündlichen Berichte anderer Fachkollegen, so ergibt sich das Bild, daß bei Revolutionsausbruch mit dem Aufhören des strengen militärischen Zwanges, mit dem Augenblick, wo die Gefahr der Einziehung vorüber war, die noch bestehenden hysterischen Symptome bei den meisten Lazarettinsassen ohne Anwendung energischer Therapie schwanden oder weitgehend zurückgingen, daß Klagen seitens dieser Hysteriker kaum mehr vorgebracht wurden, ja, daß der dringende Wunsch nach Entlassung geäußert wurde, was man ja von Hysterikern bis dahin nur wenig gewohnt war, daß die Hysteriker also aus den Lazaretten wegdrängten, soweit sie nicht vorzogen, wie dieser oder jener andere das Lazarett ohne Erlaubnis zu verlassen. Daß diejenigen Hysteriker, die vom Kriegsgericht zur Beobachtung geschickt worden waren und ihre Symptome deutlich tendenziös entwickelt hatten, plötzlich

als lachende, gesunde Menschen in die Freiheit gingen. braucht dabei wohl nicht noch besonders hervorgehoben zu werden.

Ein kurzes schlagendes Beispiel hierfür:

Fall 11. A. M., 20jähriger Kanonier (Kaufmann).

Nach seinen eigenen Angaben zur Vorgeschichte (objektive Aktenunterlagen fehlen) November 1916 eingezogen, dagegen erst im September 1917 ins Feld, April 1918 Blinddarmoperation, dann wieder nach dem Westen, doch hier Lazarettbehandlung wegen Fadensistel. Am 28. V. 1918 Verschüttung, angeblich 8—10 Stunden unter Erdmassen gelegen, wurde dann ausgegraben, sei erst im Kriegslazarett wieder zu sich gekommen, hatte dann Zuckungen am ganzen Körper, besonders links, blieb dann mit diesen Zuckungen dauernd in Lazarettbehandlung, kam am 25. Oktober 1918 in die Klinik.

Klagen: Angstgefühle, leichte Erregbarkeit, Zucken in der linken Gesichtshälfte und in der linken Körperseite.

Befund: Kräftig, doch nicht fettreich. Keine neurasthenischen Erscheinungen. Beim Stehen leichtes Zittern in den Beinen, Zittern der vorgestreckten Hände. Bei der Unterhaltung lebhafter Tic in der linken Gesichtshälfte, wiederholt ruckartiges Zusammenfahren mit der linken Körperseite.

Diese Zittererscheinungen, das Zusammenfahren und der Tic sind vom Arzt nach der Revolution bei M. nicht mehr zu beobachten gewesen. M. brachte zwar noch dann und wann einige Klagen vor, war im übrigen aber ein begeisterter Konjunktur-Revolutionär. war eifrig als Vertrauensmann tätig und hatte hierbei das große Wort, war „Hans in allen Gassen“, konnte schließlich am 30. November als völlig dienstfähig zur Truppe entlassen werden (er selbst hatte offenbar bei seiner Ankunft nach hier Entlassung als dienstunbrauchbar erwartet). Wie wir durch weitere Beobachtungen feststellen konnten, machte er etwa $\frac{1}{2}$ Jahr Dienst und war als Soldatenrat eifrig tätig, ließ sich aber dann, weil ihm die Verhältnisse nicht mehr behagten (Einrücken von Reichswehrtruppen) entlassen und ist seitdem als reisender Kaufmann tätig, ohne eine Rente erhalten zu haben oder krank zu sein. Die Tics- und Zittererscheinungen sind nicht wieder zu beobachten gewesen, lediglich anfangs wurde gesehen, daß er bei unvermuteten Geräuschen leicht zusammenzuckte.

Veröffentlichungen¹⁾ und Statistiken zur Frage, inwieweit sich die Zahl der hysterischen Erkrankungen in und nach dem Kriege verschoben hat, sind meines Wissens bisher nicht erschienen, exakte größere Zusammenstellungen sind wohl auch ohne Zugrundelegung von Korpsmaterial und Durchsicht der Krankenblätter nicht durchführbar und scheitern zur Zeit noch aus technischen Gründen. Hier seien nur einige wenige Zahlen angeführt, die aus unserer Klinik stammen und zunächst zeigen sollen, daß nach der Revolution nicht nur absolut genommen, die Aufnahme nervenkranker Soldaten in das Kliniklazarett eine geringere geworden ist, sondern daß vor allem auch das prozentuale Verhältnis der aufgenommenen Hysteriker zur Gesamtanzahl vom Ausbruch der Revolution an um die Hälfte gesunken ist, wenn man die (rund gerechnet) $3\frac{1}{2}$ Monate vor der Revolution mit der entsprechenden Zeitspanne nach Revolutionsbeginn vergleicht. Es wurden nämlich an Soldaten und Kriegsrentenempfängern ins Lazarett aufgenommen:

1. August bis 10. November 1918:

174 Fälle, davon 46 Hysteriker, d. h. rund 27%.

11. November 1918 bis 28. Februar 1919:

110 Fälle, davon 16 Hysteriker, d. h. rund 14%.

¹⁾ Erwähnen möchte ich hier die soeben erschienene Arbeit von Kurt Singer: „Was ist mit dem Neurotiker vom Jahre 1920?“ (Med. Klin. 1920. Nr. 37), die im wesentlichen meine Ausführungen bestätigt. Auch Singers „Kriegsende und Neurosenfrage“ (Neurol. Zentralbl. 1919. Nr. 10) gehört hierher.

Nehmen wir andererseits die im Kliniklazarett stattfindenden (ambulanten) Untersuchungen von Soldaten und Rentenempfängern, so zeigt sich hier ebenfalls das Sinken des Prozentsatzes und zwar hat der Revolutionsbeginn hier ebenfalls bewirkt, daß das Verhältnis der Hysterischen mit den übrigen Nervenkranken um die Hälfte gesunken ist, denn

vom 14. Juni bis 10. November 1918 wurden

120 Fälle untersucht, davon 41 Hysteriker, also 34%;

vom 11. November 1918 bis 16. April 1919 wurden

27 Fälle untersucht, davon 10 Hysteriker, also 17%.

Noch lehrreicher ist ein Zahlenvergleich aus der unserer Klinik angegliederten Poliklinik.

Hier handelt es sich um eine Sprechstunde für Zivilpatienten, in deren Rahmen aber auch während des ganzen Krieges aus Gefälligkeit für andere Kliniken und Lazarette Militärpersonen untersucht wurden. Während im Lazarett und in der Lazarettambulanz es sich aber um Soldaten und Rentenempfänger handelte, waren es hier meistens Soldaten, die in anderen Kliniken oder Lazaretten lagen und zwecks Feststellung der Diagnose nach hier geschickt wurden. Hier, wo das Interesse an Rente also weniger ausgeprägt war, wo es sich vielmehr oft nur darum handelte, ob Entlassung aus dem Heeresdienst stattfinden sollte oder nicht, resp. welcher Dienstgrad in Frage kam, sank die Prozentzahl der Hysteriker noch stärker, nämlich von 3:1. In der Poliklinik wurden untersucht:

vom 1. April bis 10. November 1918

72 Fälle, davon 7 Hysteriker, d. h. 9,7%;

vom 11. November 1918 bis 31. März 1919

31 Fälle, davon 1 Hysteriker, d. h. 3,2%.

Die Gesamthysterikerbewegung während des Krieges ergibt sich ebenfalls am besten aus den Zahlen der hier in der Poliklinik untersuchten Fälle, da hier immer die gleichen Bedingungen vorlagen, da immer die gleichen Lazarette und Truppenteile die Fälle hierher zur Beurteilung schickten, während Lazarett- und Lazarettambulanz im Verlaufe des Krieges wiederholt unter verschiedenen Bedingungen arbeiten mußten, da durch Entstehen anderer Lazarette, z. B. die Kopfschußstation, Neurosenstation, organische Station, häufig Verschiebungen in der Zusammensetzung der Krankheitstypen auftraten und die Verhältniszahlen hier von äußeren Bedingungen anderer Art abhängig waren.

Es wurden in der hiesigen Poliklinik untersucht resp. behandelt:

Zeitraum	Gesamtzahl	Davon Hysteriker	In Prozenten
1. September 1914 bis 31. März 1915	73	5 leichte Formen	7
1. April 1915 bis 31. März 1916	330	38	12
1. April 1916 bis 31. März 1917	258	39	14
1. April 1917 bis 31. März 1918	256	36	14
1. April 1918 bis 10. November 1918	72	7	9,7
11. November 1918 bis 31. März 1919	31	1	3,2

Diese Tabelle läßt sich also folgendermaßen deuten: Zunächst geht auch hieraus hervor, daß während des ersten Kriegsjahres die Hysteriker zunächst

in relativ geringer Anzahl erschienen, zum Teil wohl auch noch nicht als solche erkannt wurden und in anderen Lazaretten herumlagen. Bereits im Jahre 1915/16 (wobei zu bemerken ist, daß es sich immer um das klinische Etatsjahr April bis März handelt) stieg das Verhältnis von 7 auf 12% und im nächsten Jahre auf 14%. Um diese Zeit setzte auch hier im Bereiche des IV. Armeekorps die organisierte Neurotikerbehandlung ein, wengleich sie nicht so einheitlich und so straff durchgeführt wurde, wie im badischen Korps. Immerhin stieg die Prozentzahl zunächst nicht weiter, ja sie wurde schließlich nicht unbeträchtlich geringer (9,7%). Dann erfolgte nach der Revolution der rapide Sturz auf 3,2%, auf den oben schon hingewiesen wurde.

Was sagen nun diese Zahlenverhältnisse alles? Die Ursachen dafür, daß es jemand notwendig hatte, als Soldat sich in die Krankheit zu flüchten, waren durch die Revolution im wesentlichen beseitigt: militärischen Zwang gab es nicht mehr, der Krieg war zu Ende, Gefahren vor dem Feinde drohten nicht; jeder hatte seine Freiheit, konnte von der Truppe weglaufen, ohne daß in dem Drunter und Drüber, das damals herrschte, eine Strafverfolgung zu erwarten gewesen wäre.

Der weitere Verlauf ist der folgende: Es ist zunächst unverkennbar, daß ausgesprochen hysterische massive Störungen in so schwerer grotesker Form, wie wir sie während der Kriegsjahre häufig in den Lazaretten sahen, seitdem nur noch ganz selten in ärztliche Beobachtung gekommen sind. Wir bekommen im wesentlichen nur noch leichtere Störungen zu sehen, das, was man als hysterische „Gewöhnungen“ oder „Gelegenheits hysterien“ bezeichnet. Dabei zeigte sich auch, daß während der ersten Monate nach der Revolution monosymptomatische Hysterien überhaupt kaum ins Lazarett unserer Klinik aufgenommen wurden. Als sich aber dann der erste Rausch der Revolution gelegt hatte, als die Freude über die erlangte persönliche Freiheit weniger hervortrat, anderenteils der Kampf um das Dasein drohend das Seelenleben zu beschatten begann, als Sorgen um das Auskommen auftraten und es vielen schwer wurde, aus dem doch oft recht behaglichen Dahinleben beim Militär und im Lazarett sich wieder in die ernsthafte, geregelte bürgerliche Tätigkeit zurückzufinden, als es an Arbeitsstätten fehlte und es manchem angenehm erschien, noch weiter bis zur Klärung der politischen und wirtschaftlichen Verhältnisse in Lazaretten zu bleiben, oder sich zur Unterstützung eine Rente zu verschaffen, da flackerten die hysterischen Symptome da und dort wieder auf und es begannen sich allmählich wieder einige Hysteriker im Lazarett einzufinden. Meist waren es Leute, die früher einmal gezittert hatten, bei denen das Zittern in einem Neurotikerlazarett beseitigt worden war, die entlassen worden waren und bei denen dann ein „Rückfall“ aufgetreten war. Im Lazarett zeigte es sich naturgemäß jetzt, daß Erschöpfungsneurasthenie und organische Verletzungen weniger zur Aufnahme kamen, weil es ja an frischen Verletzungen fehlte und die Behandlung bei den alten Fällen allmählich abgeschlossen wurde, und so überwog wieder die Hysterikerprozentzahl. Wie ich oben gezeigt habe, war sie von 27% auf 14% gefallen, sie stieg Ende 1919 wieder auf 26% und ist erst jetzt wieder außerordentlich gesunken, seit ich aus prinzipiellen Gründen mich tunlichst dagegen sträube, Hysteriker ins Lazarett zu tun und die Begutachtung meist ambulante erledige.

Nimmt man absolute Zahlen, so ist die Zahl der Hysteriker, die von seiten der Militärbehörden zur Behandlung und Begutachtung geschickt werden, um ein Vielfaches zurückgegangen, und es ist beobachtet, daß viele von den schwersten Hysterikern, obwohl begrifflicherweise Statistiken fehlen, von ihren Symptomen restlos befreit sind und wieder arbeiten. Es mögen das hauptsächlich wohl die sein, bei denen der Timor belli die Hauptrolle spielte. Ein anderer Teil, dem die Nutznießung einer Rente angenehm erscheint, oder der sich aus seiner hysterischen Erkrankung nicht mehr herausfindet, ist geblieben. Und so treten sie jetzt, vor allem aber die einmal symptomlos gewesenen Hysteriker mit Forderungen an die Versorgungsstellen heran, und Krankheitssymptome, die entweder nur andeutungsweise vorhanden oder gar ganz verschwunden waren, treten wieder hervor, wenn auch in den meisten Fällen nur vorübergehend. „Immer zittere ich nicht“, erklärt der Rentenpetent, wenn er beim Arzt zur Untersuchung erscheint, „aber wenn ich mich aufrege oder angestrengt arbeiten muß, dann kommt es wieder.“ Und so zittert der Betreffende im Verlaufe der Untersuchung manchmal gleich zu Beginn, manchmal erst nach einigen Minuten, dann wieder verschwindet das Zittern für einige Zeit, nur ganz selten sieht man einmal die schwere Form des Schütteltremors, meist aber nicht in der Sprechstunde, sondern bei Bettlern und Händlern auf der Straße, ja sogar in Cafés, wo dann der Zweck deutlich zutage tritt und erreicht wird: die Laien sehen den „bedauernswerten Schüttler“¹⁾, treten halb neugierig, halb entsetzt hinzu und überschütten den „Unglücklichen“ mit Geldspenden. Und damit hat dieser ja seinen Zweck erreicht, denn es scheinen hier die Zitterer, die ihr Zittern in der Öffentlichkeit ausmünzen, neuerdings wesentlich an Zahl geringer geworden zu sein, offenbar wird das Publikum abgestumpft, wohl auch etwas aufgeklärt, und es lohnt nicht mehr, sich in derart grotesker Weise zur Schau zu stellen.

Daß es sich bei diesem Fortdauern, resp. bei der Wiederkehr hysterischer Symptome im wesentlichen um Tremoreerscheinungen und Gangstörungen, weniger um Haltungsanomalien, fast gar nicht um Taubheit oder Stummheit handelt, ist leicht in unserem Sinne zu verwerten, denn das vorübergehende Zittern und ein leichtes Hinken sind wesentlich weniger unbequem, als das Durchhalten der übrigen Störungen.

An dieser Stelle möchte ich auf eine Beobachtung hinweisen, die ich machen konnte und auf die literarisch noch nicht hingewiesen zu sein scheint. Das ist nämlich die Beobachtung, daß hysterische Bewegungsbeschränkungen am linken Arm verhältnismäßig häufiger sind als am rechten. Ich konnte unter 163 Fällen mit Verletzung am linken Arm 17 Hysterische feststellen (d. h. 10,4%), während unter 130 am rechten Arm sich nur 4 Hysterische befanden (d. h. 3%).

Man könnte ja aus dieser Tatsache schnell den Schluß ziehen, daß es für einen Menschen viel unbequemer ist am rechten Arm gelähmt zu sein als am linken, und daß sich deshalb die hysterischen Störungen hier viel häufiger zeigen. Ich halte es für sehr wahrscheinlich, daß dieses Moment zur Erklärung der auffälligen Zahlendifferenz mit in Frage kommt, möchte es aber einstweilen dahin-

¹⁾ Daß solche Zitterkünstler — es gibt immer noch Ärzte, die das nicht glauben wollen — ganz zielbewußte Simulanten sein können, dafür sprechen jetzt wieder die „Bekanntnisse eines Zitterkünstlers“, wie sie im Hannoverschen Anzeiger vom Dienstag, den 24. August 1920 (Nr. 198) veröffentlicht worden sind.

gestellt sein lassen, ob nicht das Moment der mangelnden Aktivität und Übung hier zur Erklärung mit herangezogen werden muß. Ich glaube, daß beide Momente hierbei eine Rolle spielen und behalte mir vor, diese interessante Frage an anderer Stelle besonders zu behandeln.

Die rezidivierenden Hysteriker, um auf diese zurückzukommen, melden sich also bei den Versorgungsstellen und werden schließlich wieder zum Facharzt geschickt.

Hier zeigt sich nun fast immer das gleiche Bild; objektiv ist auf körperlichem Gebiete wenig nachzuweisen, die Beschwerden dagegen sind vielgestaltig, Kopfschmerzen und leichte Erregbarkeit werden besonders hervorgehoben. Bestehen monosymptomatische Hysterien in stärkerer Form, so ist unverkennbar, daß dem betreffenden Kranken an einer Beseitigung seiner Symptome nicht sonderlich viel gelegen ist. Gegen die vorgeschlagene Aufnahme in ein Lazarett verhalten sich die Hysteriker in der großen Anzahl ablehnend, das helfe ihnen nichts, die Verpflegung sei zu Hause besser, sie wollten nur ihre Rente. Sind sie trotzdem in ein Neurotikerlazarett gekommen, so läßt sich die während des Krieges übliche Behandlungsmethode, wie mir aus einem solchen Lazarett mitgeteilt wurde und wie auch ich selbst feststellen konnte, bei weitem nicht mehr so durchführen, wie es im Kriege üblich gewesen ist. Viele der Hysteriker verweigern Behandlung mit Hypnose und mit faradischem Strom. An Zwangsexerzieren und Internierung auf geschlossenen Stationen ist natürlich überhaupt nicht zu denken. Viele Hysteriker erklären sofort, daß sie Behandlung mit „Starkstrom“ unter keinen Umständen an sich vornehmen lassen, andere sträuben sich beim Faradisieren schon bei den leichtesten Strömen heftig und schreien wie Kinder. Kurz, soweit massive Hysterien jetzt überhaupt noch ins Lazarett zur Behandlung kommen, gelingt es im Gegensatz zur Kriegszeit viel schwerer, diese Symptome für längere Zeit zu beseitigen.

Im großen und ganzen läßt sich aber eben doch sagen, daß eigentliche hysterische Erscheinungen jetzt viel seltener zur Beobachtung kommen und dann nur in wenig ausgeprägter Form. Und das erklärt sich eben doch wohl daraus, daß Motive fürs Entstehen hysterischer Störungen jetzt nicht mehr so stark vorhanden sind, wie im Kriege selbst, d. h. die Angst vor der Front, die Abneigung gegen den militärischen Zwang kommt als treibendes Motiv nicht mehr in Frage, jetzt ist es im wesentlichen nur noch das Rentenmotiv. Und das kann in einer Zeit, wo die Arbeitslosenunterstützung eine relativ weitgehende ist, bei weitem nicht einen derartigen Einfluß haben. Wie gesagt, muß auch immer und immer wieder darauf hingewiesen werden, daß gerade diejenigen Hysteriker, welche während der Kriegszeit — offenbar aus Angstgefühlen heraus — die schwersten Formen körperlicher Hysterie gezeigt haben, jetzt nur reaktiv selten zur Begutachtung kommen, daß sie also, wo das Motiv wegfällt, symptomfrei bleiben. Es würden zu dieser Frage Untersuchungen angebracht sein — und ich bin überzeugt, daß sie in unserem Sinne ausfallen würden —, ob hysterische Erscheinungen bei Leuten wiederkehren, denen an einer Rente bei finanziellem Wohlstand nichts gelegen sein kann, denen aber die Hysterisierung eines Affekts während des Krieges zu passe kam, wo ihnen Gefahr drohte. Soweit ich die von mir nach Abschluß des Feldzuges begutachteten Fälle nachträglich übersehe, handelt es sich bei den auftretenden Rezi-diven tatsächlich nur um solche, wo auf Grund der sozialen Lage ein Renten-

erwerb wünschenswert erscheinen muß. Geht man bei den Untersuchungen den häuslichen Verhältnissen der Rentenpetenten nicht näher nach, oder läßt man sich durch allgemeine Phrasen abspäßen, so findet man allerdings diese Motive oft nicht so leicht, und es erweckt bei oberflächlicher Betrachtung manchmal tatsächlich den Anschein, als ob es doch für den Zitterer beispielsweise nur schädlich sein könnte, wieder zu zittern und damit Arbeit und Verdienst zu verlieren. Es ist zuzugeben, daß sich bisweilen die Motive nicht bloßlegen lassen, da man die häuslichen Verhältnisse nicht übersehen kann und daß oft erst nachträglich oder durch eine zufällige Äußerung des Untersuchten der psychologische Mechanismus klargelegt wird. Ich führe hierzu zwei Fälle an, die ich soeben für die Versorgungsstelle begutachtet habe:

Fall 12. W. K., 31jähriger ehemaliger Gefreiter (jetziger Schachtarbeiter).

War schon im Sommer 1917 im hiesigen Lazarett und zwar mit hysterischen Zitterscheinungen und hysterischen Gangstörungen. Diese sollten sich eingestellt haben, nachdem er im April 1917 durch Granateinschlag in einen Sprengtrichter geschleudert worden, bewußtlos gewesen sei und 5 Tage lang die Sprache verloren habe. Hier in der Klinik wurden durch Suggestivbehandlung mit Zuhilfenahme des faradischen Stroms die Störungen beseitigt, das Zittern kam nach einem Heimatsurlaub vorübergehend wieder, verschwand aber auch dann. Es blieb lediglich eine gewisse Empfindlichkeit gegen äußere Reize zurück, und K. wurde als symptomfrei arbeitsverwendungsfähig für die Truppe und den Zivilberuf von hier entlassen, erhielt aber trotzdem wie so häufig vom Truppenarzt bei der erfolgenden Entlassung eine Rente von $33\frac{1}{3}\%$ zugewilligt. Nun beantragte K. am 27. Februar 1920 bei der Versorgungsstelle eine Rentenerhöhung und gab an, daß er wegen seiner im Kriege erworbenen Krankheit seine Stelle beim Schacht verloren habe. Die nach 8 Tagen stattfindende Untersuchung bei der Versorgungsstelle ergab wieder hochgradige Zitterscheinungen, die so stark wurden, daß K. auf einen Untersuchungstisch gebracht werden mußte, dabei einen breitbeinigen, stampfenden Gang. Der Arzt des Bezirkskommandos meinte, die Erwerbsbeschränkung betrage jetzt sogar 75% (!) und empfahl Beobachtung im Fachlazarett. K. erschien hier darauf am 1. Juni und jetzt zeigte sich, daß, von einem leichten Schleifen des Beines abgesehen, Zittererscheinungen und neurasthenische Erscheinungen in der Regel nicht bestanden, daß nur einmal während der Untersuchung sich ein stärkeres Zittern des ganzen Körpers entwickelte, welches aber bei psychischer Ablenkung sofort verschwand. K. mußte selbst zugeben, daß sein Zustand sich wieder gebessert habe, und nun stellte sich folgender tatsächlicher Verlauf heraus: K. hatte seit seiner Entlassung vom Militär immer gearbeitet und war nicht wegen Krankheit, sondern wegen persönlicher Verhältnisse Mitte Februar aus dem Schacht entlassen worden. Erst dann, als es ihm an Geld fehlte, haben sich die hysterischen Erscheinungen wieder eingestellt, und er hat Rentenerhöhung beantragt. Die hysterischen Erscheinungen sind aber sofort wieder zurückgegangen, seit K. seit April wieder eine Stelle im Schacht bekommen hat.

Hier handelt es sich also um einen Fall, wo man bei oberflächlicher Beurteilung leicht zur Auffassung kommen könnte, K. sei wegen seiner hysterischen Erscheinungen zur Arbeit nicht fähig gewesen, während umgekehrt die hysterischen Erscheinungen erst aufgetreten sind, nachdem K. aus ganz anderen Gründen seinen Posten verloren und, wie er selbst zugegeben hat, Geld gebraucht hat.

Ähnlich liegt der folgende

Fall 13. R. Sch., ehemaliger Soldat, 45 Jahre (Landwirt).

Einer der Fälle, die niemals ins Feuerbereich gekommen sind. War vielmehr im Dezember 1915 bei der Feldbäckerei in Südtirol tätig, erfror dabei mehrere Zehen, die im Lazarett amputiert werden mußten. Erst im Verlaufe der Lazarettbehandlung trat ein hysterisches Grimassieren und Nicken mit dem Kopf auf. Diese Erscheinungen traten jedoch von Anfang an hauptsächlich auf, wenn Sch. sich beobachtet fühlte, und verstärkten sich dann, wenn

Soh. z. B. keinen Urlaub bekam. Er wurde schließlich mit einer Rente von 15% entlassen, versuchte wiederholt eine Erhöhung der Rente zu verlangen und hat eine solche auch jetzt zusammen mit Verstümmelungszulage beantragt.

Hier in der Klinik zeigte sich, daß man es mit einem überaus kräftigen Landwirt zu tun hat, die Gesichtsfarbe gesund gerötet, der Gesichtsausdruck primitiv, fast tierisch, gorillaähnlich, auffallend große Hände mit Arbeitsschwielen. Auf körperlichem Gebiete fällt während der Untersuchung ein groteskes Grimassieren und Schütteln mit dem Kopfe auf, welches aber in Gegenwart des Arztes stärker ist als auf der Station und das auch bei lebhafter Unterhaltung ganz schwindet.

Die psychische Untersuchung ergibt im übrigen, daß es sich um einen Imbezillen handelt, der aber seine Motive plump bloßlegt. Er gibt nämlich an, daß er in seiner Landwirtschaft fast alles machen könne, auch pflüge, daß nur bei einigen wenigen Verrichtungen die Frau ihn unterstützen müsse, daß er aber jetzt Geld brauche, um sein kleines Gut baulich wieder neu herzurichten. Da er durch den Krieg schwer geschädigt sei, glaube er, daß er mehr Rente bekommen könne und dadurch das notwendige Geld erhalte.

Also hier ein Fall, wo infolge der bestehenden Imbezillität, die Motive, durch die die hysterischen Störungen unterhalten, resp. wieder hervorgerufen werden, offen zugestanden werden. Es sei noch kurz bemerkt, daß im vorigen Falle ein allmählicher Rentenabbau befürwortet wurde, in diesem Falle eine Kriegsdienstbeschädigung, soweit die hysterischen Erscheinungen in Frage kamen, überhaupt abgelehnt wurde.

Zwei Beobachtungen seien noch angefügt: Es ist auffallend, daß ich bei den frisch aus der Gefangenschaft zurückkehrenden Soldaten, die häufig in die hiesige Klinik zur Behandlung oder Begutachtung kommen, hysterische Störungen bisher nicht sehen konnte. In der Gefangenschaft selbst fehlte eben für sie, wie schon zu Anfang unserer Arbeit für die feindlichen Kriegsgefangenen ausgeführt, das Motiv für solche Störungen. Dahingestellt muß es natürlich bleiben, ob sich solche Störungen entwickeln werden, wenn für diese zurückgekehrten Gefangenen der Kampf um das Dasein auftritt. Es ist aber dann zu erwarten, daß weniger massive Störungen auftreten, d. h. weniger Affekterscheinungen hysterisiert werden, als eine unbestimmte hysterische Klaghaftigkeit auftreten wird.

Schließlich möchte ich zum Schluß aber noch auf eine sehr wesentliche, meines Erachtens noch nicht mitgeteilte Tatsache hinweisen, die ganz dafür spricht, daß eine Willens- und Wunschkomponente zur Hysterisierung von Affekten unbedingt notwendig ist: Wenn nämlich die früher oft beliebte Hysterie-Definition recht behielte, daß es sich bei der Hysterie im wesentlichen um die Umsetzung von Affekten in die körperliche Sphäre, um eingeklemmte Affekte handelt, so hätte man doch erwarten müssen, daß während des Krieges oder nach dem Kriege bei den Frauen unserer Krieger oder Gefallenen hysterische Störungen in verstärktem Maße hätten auftreten sollen. Wer Kriegerwitwen für die Kriegshilfe zu untersuchen hat, weiß, was für seelische Qualen und Sorgen gerade diese Frauen durchgemacht haben. Unterernährung und schwere neurasthenische Erscheinungen sind hier häufig zu finden, aber hysterische Störungen fehlen. In unserer Klinik wurde während der letzten 6 Jahre keine Kriegerwitwe aufgenommen, bei der sich etwa eine hysterische Psychose oder andere hysterische Erscheinungen im Anschluß an den Tod des Ehemanns entwickelt hätten. Für die Frauen, die arbeitend und schaffend für ihre Kinder in der Heimat tätig sein mußten oder gar ihres Ernährers beraubt waren, lag oder liegt eben gar kein Vorteil darin, zu zittern,

gelähmt oder stumm zu sein, nicht zu hören, Erregungs- oder Dämmerzustände zu bekommen, soweit all das nicht über einen einmaligen, schnell vorübergehenden Affekt hinausgeht.

Klar müssen wir uns jetzt über folgendes sein: Bei allem bisher zur Beweisführung Angeführten handelt es sich in der Hauptsache um Massenerfahrungen, es ist ein kollektivpsychologisches Vorgehen, das uns hier vorwärts geführt hat, nur aus der Summe der Beobachtungen, nicht aus der Einzelbeobachtung können wir den Schluß ziehen, daß Wille und Wunsch zur Krankheit ein Wesentliches in der Mechanik der Hysterie darstellen. Ein solches massenpsychologisches Verfahren dürfte erkenntnistheoretisch durchaus unanfechtbar sein, und ich möchte auch hier darauf hinweisen, daß wir in der inneren Medizin, bezüglich in der Neurologie, auf analoge Weise einmal vorwärts gekommen sind, als es sich nämlich — vor Entdeckung der Wassermannschen Reaktion — darum handelte, zu erweisen, ob die Syphilis für die Ätiologie der Tabes verantwortlich gemacht werden könnte. Auch damals blieben viele Einzelfälle, in denen diese Annahme unwahrscheinlich schien, oder bei denen sich eine durchgemachte Syphilis nicht nachweisen ließ. Die Summe der Erfahrungen berechtigte jedoch Erb, Syphilis als *Conditio sine qua non* anzunehmen. Und die Serologie hat ihm später recht gegeben.

Auch bei der Psychologie unserer Kriegshysteriker können wir im Einzelfalle die Richtigkeit unserer Anschauungen nicht immer beweisen, wenn auch anderenteils der Beweis der Unrichtigkeit unserer Anschauungen sicher nicht gebracht werden kann. In der Beurteilung des Einzelfalles spielt immer noch das Gefühlsmäßige, das Intuitive eine größere Rolle als das Exakte. Der Nachweis des Motivs im Einzelfalle scheidet noch immer daran, daß die charakterologische Psychologie, speziell die psychiatrische Charakterkunde in ihren Kinderschuhen steckt, ja man kann wohl sagen, methodisch noch gar nicht ausgebildet ist (die Bedeutung der vorhandenen wertvollen Ansätze verkenne ich natürlich nicht). Für den Psychologen bleibt es das erstrebenswerte, ideale Ziel, auch im Einzelfalle individualpsychologisch die Motive, die Wurzeln der hysterischen Phänomene bloßzulegen. Die Psychoanalytiker betrachten dies ja als ihre Domäne. Obwohl die Auffassung der psychoanalytischen Schulen vom Wesen der Hysterie durchaus in unserer Richtung tendiert (Flucht in die Krankheit), so kann ich doch — soweit mir Literatur zugänglich ist — nicht ersehen, daß die Psychoanalytiker durch ihre Methoden an Einzelfällen den Willen und Wunsch zur Krankheit beweiskräftig gemacht hätten. Es ist zweifellos zuzugeben, daß sich während des Krieges bei den Fachpsychiatern und Fachneurologen mehr oder weniger bewußt in der Auffassung der Kriegsneurosen eine gewisse Annäherung an die Psychoanalytiker vollzogen hat, während Freud¹⁾ andererseits zugibt, daß der Teil der psychoanalytischen Lehre, wonach die Neurose aus dem Konflikt zwischen dem Ich und dem von ihm verstoßenen Sexualtrieben hervorgehe, an den Kriegsneurosen noch nicht erwiesen sei. „Die Arbeiten, die das erweisen könnten, sind noch nicht angestellt worden. Vielleicht sind die Kriegsneurosen ein für diesen Nachweis überhaupt ungeeignetes Material.“ Auch Stern²⁾ hält das militärische Material für die

¹⁾ Freud, Einleitung zur internationalen psychoanalytischen Bibliothek Nr. 1.

²⁾ Stern, Die psychoanalytische Behandlung der Hysterie im Lazarett. Psych.-neurol. Wochenschr. 1916. Nr. 1/2.

psychoanalytische Behandlung für nicht sehr geeignet und Abraham¹⁾ muß zugeben, daß es bezüglich der Behandlung noch nicht festgestellt sei, ob die Psychoanalyse nachhaltiger wirke als das Kaufmannsche Verfahren. Jedenfalls, das muß objektiverweise zugestanden werden, sollte den Psychoanalytikern erst am Ende des Krieges Gelegenheit gegeben werden, in größerem Stile an Kriegshysterien diagnostisch und therapeutisch psychoanalytisch vorzugehen. Der Kriegsausgang verhinderte die Ausführung der Pläne, und so können wir auch von der psychoanalytischen Schule genügende individualpsychologische Untersuchungen, die in unserem Sinne beweisführend wären, nicht verlangen und nicht erwarten, ganz abgesehen von der Frage, wie wir uns kritisch zur Art der Beweisführung bei den Psychoanalytikern stellen.

Eine andere Art der individualpsychologischen Beweisführung könnte man vielleicht aus Assoziationsversuchen erwarten, wie sie Engelen und Rangette²⁾ wiederholt angestellt und veröffentlicht haben. Hier liegt zweifellos ein Weg vor, der weiter ausgebildet zu werden verdient. Vorläufig sind die Resultate noch wenig beweiskräftig, das Verfahren ist, wie viele experimentellpsychologische Methoden, von vielen Fehlerquellen abhängig und wohl auch etwas plump. „Man fühlt die Absicht, und man wird verstimmt!“ Man darf ja nicht vergessen, daß es beim Hysteriker in der Regel am guten Willen fehlt, daß er sich dem Arzte gegenüber meist in einer Abwehrstellung befindet und daß für ihn ganz besonders das Wort Talleyrands gilt: „Die Sprache ist dem Menschen gegeben, um seine Gedanken zu verbergen.“ Wennschon ich zugebe, daß dieses Gedankenverbergen sich bisweilen in verdächtig langen Pausen oder verdächtigen Reaktionsworten kundgibt, so darf doch auch nie vergessen werden, daß diese Versuche von dem Patienten ein gewisses intellektuelles Niveau verlangen und vor allen Dingen auch, wenigstens bis zu einem gewissen Grade, den guten Willen. Jedenfalls sind die Assoziationsversuche an Kriegshysterikern vorläufig für unsere Zwecke als beweiskräftig noch nicht mit heranzuziehen.

Auch sonst läßt sich individualpsychologisch bisher noch nicht viel Beweiskräftiges für unsere Anschauung vorbringen. Das erstrebenswerte Ziel, welches der charakterologischen Forschungsrichtung in der Psychiatrie vorbehalten bleibt, ist ja das, aus den verschiedenen Ausdrucksphänomenen, also nicht nur aus den sprachlich geäußerten Gedanken (die bisher fast ausschließlich zur psychiatrischen Diagnostik herangezogen werden!), sondern auch aus Schrift. Haltung, vor allem Mimik („das Auge ist der Spiegel der Seele“, wie das Sprichwort sagt), Gedanken und Gefühle genetisch zu verstehen, die hysterischen Erscheinungen aus der Charakteranlage heraus zu entwickeln, die Persönlichkeit zu analysieren und aus der Persönlichkeit zu begreifen, wie sie zu ihren Krankheitssymptomen steht, aus der Persönlichkeit und ihrer habituellen Reaktionsweise Konflikten gegenüber diagnostisch schließen zu können, daß eine bei ihr auftretende Krankheitserscheinung hysterisch in dem Sinne ist, wie ich „hysterisch“ auffasse. Hier stehen wir eben noch am Anfange, arbeiten mehr künstlerisch seherhaft, können wohl empfinden und begreifen, aber unsere Erkenntnis

¹⁾ Abraham, Referat auf dem psychoanalytischen Kongreß in Budapest 1918. (Internationale psychoanalytische Bibliothek Nr. 1.)

²⁾ Engelen und Rangette, Neue Forschungswege bei traumatischer Neurose. Berlin 1919.

schwer oder gar nicht anderen mitteilen, anderen begreiflich machen. Bisher sind wir in dieser Beziehung nicht viel über den Streit hinausgekommen, ob, wie Hoche sagt, jeder Feldzugsteilnehmer bei entsprechenden Erlebnissen hysteriefähig ist, d. h., ob man, wie Nonne, mehr die Art der Schädlichkeit bei der Auslösung hysterischer Störungen bewerten soll, oder ob man mit Gaupp die Kriegsneurotiker ab ovo für Neuro- und Psychopathen halten soll, wobei die Erschütterung nur das auslösende Moment darstellt und mit Bonhoeffer sagen soll: „Die psychogene Auslösbarkeit eines psychopathologischen Zustandes ist ein Kriterium der degenerativen Anlage.“ Es gehören hierzu die statistischen Untersuchungen, welche Bevölkerungstypen für hysterische Störungen in stärkerem Maße in Betracht kommen, welche militärische Kategorien hysterisch anfälliger sind ¹⁾, aber all das, was übrigens im wesentlichen nur zu dem Ergebnis geführt hat, daß primitiver geartete Menschen eher zu hysterischen Reaktionen neigen als kulturell hochstehende oder doch wenigstens zu den massiveren Formen, ist doch eben wieder massenpsychologische Arbeit. Die charakterologisch-individualpsychologische Betrachtungsweise der Hysteriemechanik ist unser Ziel, sie kann aber vorläufig zum Zwecke unserer Beweisführung mangels genügend ausgebildeter Methodik noch nicht mit herangezogen werden. Es wird ihre Aufgabe sein, die massenpsychologischen Ergebnisse zu überprüfen und, wie ich hoffe, zu bestätigen.⁴

Somit habe ich den ersten Teil meiner Darstellung zu Ende geführt, den Teil also, der das Beweismaterial dafür zusammentragen sollte: Eine Grundbedingung für das Entstehen und das Bestehenbleiben hysterischer Kriegsstörungen ist die, daß die Erkrankten mit ihrem Wunsche, ihrem Interesse an diesen Störungen beteiligt sind, vorsichtiger ausgedrückt, mindestens einmal daran beteiligt gewesen sein müssen. Wir haben in diesem Teil also gesehen, daß — so wie bei den Friedenshysterien — dieser Beweis vorläufig noch bei weitem nicht an jedem einzelnen Falle, durchaus nicht individualpsychologisch erbracht werden kann, so wenig andererseits die Individualpsychologie Gegengründe vorzubringen vermag, wir haben vielmehr gesehen, daß die Massenpsychologie herangezogen werden muß. Und die massenpsychologischen Erfahrungen können eben nur in unserem Sinne gedeutet werden. Das heißt, einmal war es die verblüffende, allerseits bestätigte Beobachtung, daß es unter den Kriegsgefangenen trotz der schweren durchgemachten Strapazen und Erschütterungen eine Kriegshysterie praktisch nicht gibt, weiter die Tatsache, daß die hysterischen Störungen in ihrem Stärkegrade umgekehrt proportional sind der Schwere einer etwa daneben bestehenden organischen Erkrankung (d. h. bei ernsten organischen Erkrankungen fehlen in der Regel ernstliche hysterische Störungen), die Tatsache, daß sich das Auftreten kriegshysterischer Störungen in auffälliger Weise dem für das Individuum günstigen

¹⁾ Vgl. hierzu u. a. Jolly, Kriegshysterie und Beruf. Arch. f. Psych. 59 (2/3), 873. Büscher, Über psychogene Störungen bei Kriegsteilnehmern. Arch. f. Psych. 65 (3), 849. Jolowicz, Statistik über 5455 organische und funktionelle Nervenerkrankungen im Kriege. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 52.

Situationen anpaßt und in Schwere und zeitlichem Verlauf durchaus nicht in Parallele zu schweren Gemüterschütterungen und Erschöpfungen gesetzt werden kann und schließlich die Beobachtung, daß bei unseren Kriegerfrauen und Kriegerwitwen hysterische Störungen, ebenso selten beobachtet worden sind wie bei den Zivilbewohnern in einem schwerer Beschießung ausgesetzten Operationsgebiet. Möge man gegen diesen und jenen einzelnen Punkt auch Einwände erheben, die Gesamtheit aller dieser Tatsachen wirkt doch so wuchtig, daß ihr eine Beweiskraft zukommt, zumal — wie gesagt — ernstliche Gegen Gründe gegen diese Auffassung nicht vorgebracht worden sind.

Zweiter Teil.

In unseren bisherigen Darlegungen mußten wir wiederholt schon auf Friedensverhältnisse Bezug nehmen, die hysterischen Störungen der Friedenszeit streifen. Es erhebt sich nun nach all dem Ausgeführten als selbstverständlich die Frage, inwieweit die im Kriege gemachten Erfahrungen auf die Friedensfälle, auf das Vorkommen hysterischer Störungen im Zivilleben angewendet werden können, d. h. mit anderen Worten: Gilt auch für alle anderen Formen der Hysterie, also solche, die nicht im Rahmen des militärischen Betriebes vorkommen, der Grundsatz, daß solche Störungen unmöglich sind, wenn sie nicht durch das Interesse des Betroffenen unterhalten werden. Ich habe schon zu Beginn auf die allgemeine ärztliche Erkenntnis hingewiesen, daß der Krieg prinzipiell neue Erkrankungen uns nicht gebracht hat, und man kann deshalb wohl nicht daran zweifeln, daß unsere aus den Kriegserfahrungen geschöpfte Erkenntnis auch hier Geltung haben wird. Die Formen der Hysterie sind ja im Krieg und Frieden im wesentlichen die gleichen, wenschon bestimmte Ausdruckssymptome bei der Hysterie des Soldaten häufiger vorkommen als bei den Hysterien, wie wir sie sonst sehen, was eben offenbar mit der Situation zusammenhängt, in der diese Symptome, die doch der Ausdruck eines Affektes sind, geboren werden. Der Unterschied zwischen beiden kann lediglich der sein, daß eben bei den hysterischen Erscheinungen der Soldaten infolge der Einförmigkeit der Situationen und der Zielstrebungen die psychologische Verkettung mehr auf der Hand liegt als im komplizierteren bürgerlichen Leben. Gewiß gibt es auch hier drastischere Fälle, z. B. bei gewissen Unfallneurosen, bei den eingangs erwähnten Haftpsychosen, bei bestimmten Situationshysterien. Aber es bleibt doch hier eine noch größere Anzahl hysterischer Störungen übrig, bei denen sich ein Motiv nicht nur schwer nachweisen, sondern auch schwer vermuten läßt. Es sind dies die Fälle, wo Zweifler immer und immer wieder sagen, sie könnten nicht annehmen, daß für diese und jene hysterische Störung irgend ein Zweck vorliegen könnte, denn es wäre bei der betreffenden Person so gar nichts davon zu finden, und man könnte sich so gar nicht erklären, welchen Nutzen z. B. die betreffende Kranke davon haben solle, daß sie wöchentlich einen Krampfanfall bekomme, oder aber nun schon seit Monaten gelähmt im Bett liege.

Demgegenüber ist immer und immer wieder folgendes zu betonen: Zunächst gibt es — das ist Binsenwahrheit — eine Unmenge Handlungen, ja es sind die

meisten unserer Handlungen, die wir verrichten, ohne uns im Augenblick über den Zweck dieser Handlungen klar zu sein, ja ohne uns oft auch nachträglich auf Befragen Rechenschaft darüber abgeben zu können; und doch haben diese Handlungen einen bestimmten Zweck, wenschon er nicht rationell zu sein braucht. Man kann z. B., ohne sich selbst recht klar darüber zu sein, bei einem Gang durch die Stadt instinktiv eine Straße meiden, weil man dort einmal eine unsympathische Person getroffen hat, der wieder zu begegnen einem unangenehm ist. Man kann sich Körperhaltungen angewöhnen aus Gründen, die einem selbst nicht mehr klar sind, vielleicht niemals klar waren und doch ursprünglich aus Zweckmäßigkeitsgründen entstanden. Vor allem merke man sich aber folgendes: Man kann sich die Liebhabereien, die Wünsche und die Ziele eines Menschen, von denen er beherrscht wird, gar nicht verschiedenartig genug vorstellen. Es sind Wünsche darunter, die jeder von uns hat, die er sich schämen wird auszusprechen, nicht, weil sie unmoralisch wären, sondern weil sie weitab von der Heerstraße des Gewöhnlichen liegen, weil sie zum kostbarsten, keuschesten Besitz der Persönlichkeit gehören oder aber etwas Absonderliches an sich haben. Es sind Wünsche, die die meisten anderen Menschen nicht recht begreifen, über die sie spötteln würden, Wünsche, durch deren Erfüllung man sich beglückt glaubt, nach deren Erfüllung man strebt, oft unter Anstrengungen, die für den rationell Denkenden wirklich dem schließlichen Ziele in keiner Weise äqual erscheinen. Nehmen wir ein ganz einfaches Beispiel: Ein Bibliophil hat sich in den Kopf gesetzt, irgend ein kleines unscheinbares Bändchen, was in seiner Bibliothek noch fehlt, und dessen tatsächlicher Wert, objektiv betrachtet, auch für ihn nur ein geringer ist, zu erstehen. Er setzt alles daran, dieses Buch zu bekommen, er vergeudet Geld für Kataloge, reist in andere Städte, obwohl er selbst nicht gerade vermögend ist, um die Buchhandlungen zu durchstöbern, versetzt vielleicht wertvolleren Besitz, den er hat, nur um sich Geld zur Erlangung gerade dieses Bändchens zu verschaffen. Er erhält es schließlich, nach großen zeitlichen und pekuniären Opfern, die nicht im geringsten Verhältnis zu dem Erreichten stehen. Dieses ist ein so einfacher Vorgang, den man im praktischen Leben immer und immer wieder findet!

Und die Quintessenz davon: Man wende diese Beobachtung auch auf die Hysterielehre an, wundere sich nicht, wenn man Motive für die hysterischen Störungen einmal nicht auffinden kann, besonders dann nicht, wenn man als Arzt den Patienten erst in seiner Krankheit kennen gelernt hat und in die charakterologische Entwicklung und das Lebensmilieu nicht genügend Einblick hat. Und man denke immer daran, daß das schließliche Ziel, was der Hysteriker mit seiner oft recht schweren Störung erreichen will, im Vergleich zu dieser Störung doch ein lächerlich bescheidenes sein kann, daß die Situation, der Konflikt, dem er sich entziehen will, für die meisten seiner Mitmenschen mit robusterem Denken eben keinen Konflikt bedeutet, so daß man sich schließlich, wenn man das Motiv findet, sagen muß: „Tant de bruit pour une omelette!“ Man erkläre also nicht, wenn die hysterische Störung eine schwere ist und man den Zweck der Krankheit nicht finden kann: „Hier liegt kein Zweck vor!“, sondern bescheide sich und denke an das Ergebnis, welches der Krieg uns gebracht hat. Es kann meines Erachtens gar keinem Zweifel unterliegen, daß die Erfahrungen, die wir an den Kriegshysterien gemacht haben, durchaus auch für die Friedenshysterien angewendet werden müssen, daß es sich, wie ja auch schon

von einzelnen Seiten im Frieden anerkannt wurde, bei der Hysterie um eine „Flucht in die Krankheit“ handelt, daß es sich um eine „psychische Reaktionsweise auf unangenehme Situationen handelt, die nicht ertragen werden wollen und vor denen man in die Krankheit flüchtet oder in dieselbe gedrängt wird“.

Dritter Teil.

Wenn mir nun aber auch bewiesen zu sein scheint, daß die Willensrichtung, der Wunsch krank zu sein, die Absicht, mit der Krankheit etwas zu profitieren, das Wesentliche desjenigen Krankheitsbildes ausmachen, was man bisher als Hysterie bezeichnet hat, so kann man sich als forschender und verstehender Psychologe mit der Feststellung dieser Tatsache doch nicht begnügen, ja die Art der Feststellung hat sogar etwas Unbefriedigendes an sich, da sie eben auf Umwegen, weniger psychologisch-individualistisch erfolgt. Es kann uns, wie ein Forscher, auf den wir gleich zu sprechen kommen werden, sich ausgedrückt hat, nicht nur darauf ankommen, daß der Hysteriker bei den Geschäften seiner Krankheit irgendwie mit seinem Willen als stiller Teilhaber mit im Spiele ist, es kommt uns vielmehr vor allem auf das „Wie“ dieser Mitbeteiligung an, d. h. wir müssen festzustellen versuchen, in welcher Weise der Krankheitswunsch mit den Krankheits-symptomen verankert ist, warum und auf welche Weise er sich bestimmter Symptome bedient, wie diese Symptome entstehen usw. Es ist ja gerade das der Punkt, weswegen immer wieder Zweifel geäußert wurden, daß der Wunschfaktor das Wesentliche an der Hysterie sei.

Es gibt noch jetzt sehr viele Ärzte, die nicht zugeben wollen, daß jemand, der am ganzen Körper heftig zittert, irgendwie mit seinem Willen daran beteiligt sein könne, weil sie sich — fälschlich — sagen, daß man unmöglich absichtlich für längere Zeit derart zittern könne wie es der Hysteriker tut. Zweifellos sind aber diese Bedenken nicht stichhaltig, denn einmal gibt es eine kleine, begrenzte Anzahl von Menschen, die zu Zittererscheinungen disponiert sind und sie gelegentlich auch kaltblütig zu gelegener Zeit zielbewußt hervorrufen können (vgl. die Selbstberichte, wie sie R. Hirschfeld veröffentlichte)¹⁾, andererseits habe ich aber schon in meiner Arbeit über die „Zweckreaktion“ darauf hingewiesen, daß es sich bei derartigen Erscheinungen ja meist darum handelt, einen Affekt-ausdruck, an dem man sozusagen gelitten hat, künstlich wieder hervorzurufen. Und ich habe dabei als Beispiel auf eine Selbstbeobachtung hingewiesen, nämlich auf die Tatsache, daß mancher kurze Zeit, nachdem er in kaltes Wasser gesprungen ist und mit den Zähnen geklappert hat, dieses Zähnenklappern absichtlich immer wieder hervorrufen kann, während er sonst nicht dazu imstande ist. Übertragen auf die Kriegshysterie würde das also heißen, daß jemand, der vor Schreck kurze Zeit gezittert hat, in der Folgezeit leichter imstande ist, durch die — bildlich ausgedrückt — ausgeschliffenen Bahnen dieses Zittern wieder hervorzubringen, und zwar absichtlich wieder hervorzubringen, als jemand, der noch nie gezittert hat. Das gleiche würde natürlich für alle monosymptomatischen Erscheinungen gelten, die aus einer Affektreaktion hervorgegangen

¹⁾ Sitzung der Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenheilk. Referat. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 15, 76. 1917.

sind, also z. B. die Unfähigkeit zu gehen (die Beine versagen), die schlaife Lähmung (gelähmt vor Schreck), die Stummheit (sprechlos vor Schreck) usw.

Chronologisch gestaltet sich die Sachlage dann meistens so, daß der Feldsoldat zunächst zittert, ohne wohl ein bestimmtes Motiv dabei zu haben, lediglich infolge Schreck oder aus dem Angstgefühl heraus, wobei ein phylogenetisches Moment die Hauptrolle spielt. Normalerweise geht dies Zittern dann (es betrifft ja zweifellos auch vollwertige Menschen) wieder zurück, wenn die Aufregungen oder die Gefahr oder das erste Entsetzen vorüber sind. Anders, wenn der Wunschfaktor, dessen der Betreffende sich durchaus nicht klar bewußt zu sein braucht, hinzutritt und die erwähnten Erscheinungen, die zunächst lediglich Ausdrucks-, Reflexerscheinungen waren, zu hysterischen macht, d. h. sie tendenziös im ontogenetischen Sinne gestaltet. Entweder bleibt dann diese hysterische Erscheinung bestehen, oder aber sie liegt in Bereitschaft, d. h. sie ist für den Betreffenden ohne Mühe erreichbar und wird immer, wenn es dem Betreffenden gut scheint, hervorgeholt, er zittert dann z. B. wieder, wenn er zurück ins Feld soll, er zittert, wenn er Rente haben will und sich dem Arzt vorstellt, er zittert, wenn er mit anderen in Streit gerät und sich hier als den bemitleidenswerten Kranken zeigen will, d. h. also die hysterischen Erscheinungen, die uns so krankhaft, nicht künstlich produzierbar erscheinen, entstehen einmal unter Benutzung schon dagewesener Affektreaktionen, zum anderen spielt bei Leuten, die dazu disponiert sind — das ist der wesentlich kleinere Teil! —, der Nachahmungstrieb eine Rolle, wobei aber wissenschaftlich durch exakte Untersuchungen immer noch festzustellen wäre, ob nicht solche Leute, die — wie die Hirschfeldschen Fälle — sich in den Lazaretten durch Nachahmung das Zittern angeeignet haben, doch schon einige Male ohne besonderes Motiv in ähnlicher Weise gezittert haben, so daß also auch hier das Zittern in Bereitschaft lag.

Darum, daß für alle hysterischen Störungen eine gewisse Bereitschaft, d. h. eine leichte Reflexerregbarkeit notwendig ist, kommt man kaum herum und es ist nun das unbestreitbare Verdienst Ernst Kretschmers, die Ideen, die zum Teil zweifellos vereinzelt schon ausgesprochen waren, von sich aus neu vorgebracht zu haben, vor allem aber, und das erscheint mir das wesentlichste Verdienst dieses Forschers, bewußt klar herausgestellt und in ein System gebracht zu haben, welches für die weitere Forschung in der Hysterielehre richtunggebend sein muß und bei aller Neigung zum Schematisieren und zum Gebrauch von Vergleichen doch meines Erachtens das Wertvollste darstellt, was im Krieg über die Hysterie geschrieben worden ist. Jede Arbeit, die also zur Zeit auf die Kriegshysterie und das Wesen der Hysterie überhaupt eingehen will, muß die Gedankengänge Kretschmers berücksichtigen und da nach meinem Empfinden bisher in der Literatur noch recht wenig hierauf eingegangen worden ist, und vor allem praktisch noch recht wenig auf den Ideen Kretschmers gefußt wird, so erscheint es mir in dieser zusammenfassenden Arbeit unbedingt notwendig, auf seine Ideen referierend näher einzugehen.

Kretschmer hatte schon im Jahre 1917 zwischen „hysterischer Erkrankung und hysterischer Gewöhnung“¹⁾ unterschieden, als dann im Jahre 1918 seine Arbeit über „Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung in ihrer Bedeutung

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 37.

für das Hysterie- und Simulationsproblem¹⁾ erschien. Da es diese Arbeit nach meiner Auffassung vor allem ist, die an die oben erwähnten Gesichtspunkte anknüpft, so sei hier auf diese eingegangen, wobei ich in der folgenden Darstellung Kretschmer zum Teil wörtlich zitiere.

Als Ausgangspunkt für seine Deduktionen dient Kretschmer die Tatsache, daß der Patellarreflex besonders verstärkt eintritt, wenn zu diesem Vorgang eine leichte willkürliche Quadrizepsinnervation hinzutritt und er stellt im Anschluß an diesen Versuch folgende Gesetze auf:

„1. Eine unterschwellig gereizte Reflexbahn kann durch Hinzuströmen eines Willensimpulses von ganz bestimmter Art in Gang gebracht werden, bzw. ein automatisch in Gang gebrachter Reflex durch solchen Impuls erhalten und verstärkt werden.

2. Die so entstehende Bewegung hat die echte Reflexform und zeigt keine Spuren der in sie eingegangenen Willkürbewegung.

3. Reflexverstärkend wirken vor allem Willensreize, die schwach und nur auf diffuse Hypertonisierung des motorischen Reflexgebietes gerichtet sind.

4. Die subjektive Wahrnehmung ihrer Willkürlichkeit durch den Wollenden verschleiert sich durch einen psychologischen Konkurrenzvorgang innerhalb der mit dem motorischen Ablauf verbundenen Empfindungsfolge.

5. Kräftige Willensimpulse mit bestimmt im Sinne des Reflexes intendiertem Bewegungsziel führen dagegen sehr leicht zur Zerstörung des Reflexablaufs und können ihrerseits von dem sie durchkreuzenden Reflexvorgang erschwert werden.“

Diese aufgestellten Gesetze überträgt nun Kretschmer auf die Erscheinungen der Hysterie, mit anderen Worten, er geht zur Erklärung vom Neurologischen aus. Analog dem Patellarreflex setzt er den akuten Affektreflex, wie er unter bestimmten starken Einwirkungen im Felde massenweise entsteht (der Schütteltremor), um in Ruhe nach einigen Stunden wieder abzuklingen. Aus dieser Masse akuter Zitterer entstehen dann einzelne, der später chronischen Hysteriker derart, daß — analog der willkürlichen Spannung der Quadrizepssehne — in dem Zeitraum, wo der einfache akute Affektreflex an sich „unterschwellig“ zu werden beginnt, ihm vom Patienten zur Unterstützung ein leichter Willensimpuls zugeleitet wird. Allmählich wird dann nach dem Gesetz der Einschleifung der Zitterreflex in die chronische Reflexform übergeleitet, wo er von der bestimmten Willensunterstützung wieder unabhängiger wird, es werden also drei Phasen unterschieden, nämlich

1. die des akuten Affektreflexes,
2. die der willkürlichen Reflexverstärkung,
3. das Stadium der chronischen Reflexeinschleifung.

Dabei soll aber die Krankheitsintensität so verlaufen, daß sie nach dem initialen Höhepunkt zu einer tiefen Remission mit leichter willkürlicher Zugänglichkeit absinkt, um dann in progressivem Anstieg wieder reflektorische Hartnäckigkeit zu gewinnen. In dem zweiten Stadium muß sich der Zitterer der Mitschuld an dem Fortbestehen des Schütteltremors bewußt sein und ihn bei entsprechender Einwirkung direkt beseitigen können, andererseits (vgl. das Gesetz Nr. 4) verschleiert sich die Tatsache dieser Mitschuld vor dem eigenen

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Psych. u. Neurol. 41.

Blick. In dem dritten Stadium sollen sich dann die Beziehungen zwischen Persönlichkeit und Zittervorgang unter dem umbildenden Einfluß der Zeit noch weiter verschieben und es greift diejenige seelische Einstellung Platz, die Kretschmer als „Objektivierung“ des willkürlich verstärkten Reflexvorganges zur hysterischen Krankheit bezeichnet, wobei er aber betont, daß der Hauptteil der alten Zitterer von dieser vollkommenen Objektivierung recht weit entfernt ist.

Im Gegensatz zu der herkömmlichen Anschauung, daß der hysterische Schütteltremor — es wird gerade der Tremor von Kretschmer als besonders instruktiv immer wieder als Beispiel gewählt! — als eine Krankheit oder Pseudokrankheit, jedenfalls aber als etwas von Anfang bis zu Ende Homogenes anzusehen ist, muß jetzt der Tremor in seinen Verlaufsphasen als etwas Verschiedenes angesehen werden, nämlich in der ersten Phase als ein Reflex, in der zweiten als Aggravation, in der dritten als eine Art Krankheit.

Kretschmer geht hiernach den Einzelheiten der Symptomatik des dritten Stadiums nach und weist darauf hin, daß in diesem Stadium — er bleibt zunächst immer noch beim Schütteltremor stehen — eine ziemlich typische Symptomentrias vorhanden sei, die einesteiis aus dem Schütteltremor selbst bestehe, ferner aber sich aus dem Pseudospasmus der entsprechenden Muskulatur und aus einer bestimmten Form psychischer Übererregbarkeit zusammensetze.

Der Pseudospasmus der dritten Phase wird dabei genetisch als der Abkömmling desjenigen Vorgangs der zweiten Phase betrachtet, der als die willkürliche Hypertonisierung des Reflexgebietes bezeichnet wurde, d. h. er wird aus dem direkten Willensanteil abgeleitet, den der Patient dem unterschweligen Reflexvorgang zu seiner Unterstützung zufließen ließ. Es wird dabei besonders auf die Hirschfeldsche Behandlungsmethode¹⁾ hingewiesen, wobei die Beseitigung des Pseudospasmus zum Grundprinzip der Therapie gemacht wird. Und ich meinesteiis möchte in diesem Zusammenhang darauf hinweisen, daß Anton schon vor dem Kriege immer wieder auf diesem Pseudospasmus bei übertreibenden Rentenpetenten hingewiesen hat.

Der ärztlich allein logische und empirisch geübte Handlungsweg sei also zunächst der, daß man zuerst durch Aufhebung der willkürlichen Muskelspannung den Schütteltremor beseitige, sodann vermittels dieses Augenblickserfolgs sofort die Objektivierung behebe. Dann erst, nachdem sowohl die periphere Muskulatur, wie der Wille des Patienten richtig eingestellt sei, gehe man dazu über, ihm an Stelle der falschen, diffusen Muskelspannung, die nach dem Experiment reflexbegünstigend wirkt, die reflexhemmenden, kräftigen Zweckbewegungen durch strammes Exerzieren einzuüben. Es handle sich also bei der üblichen Behandlung in Wirklichkeit um eine wohl erkennbare Reihe durchaus sinnvoller, pädagogischer Einzelakte, neben denen das im engeren Sinne „Suggestive“ in bescheidene Hilfsrolle zurücksinke. Man verstehe danach auch die Schwierigkeiten, die der Beseitigung eines echten, eingewurzelten Schütteltremors auf dem direkten Willensweg von der Seite des Patienten her entgegenstehen. Es wird auf die Fälle hingewiesen, wo der Patient eben zuletzt auf die hilfreiche Hand des Arztes angewiesen ist (wo er sich also, wie ich oben

¹⁾ Hirschfeld, Zur Behandlung im Kriege erworbener Zustände, insbesondere von Sprachstörungen. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 84 (3/4), 195.

sagte, einfach nicht wieder allein aus seiner Krankheit herauszufinden vermag!), auf die Hand des Arztes, die ihn durch die kompliziertere, sogenannte Suggestivbehandlung den verschlungenen Weg zurückführt, den er kam. Und in solchen Fällen habe man bei milderer moralischer Anschauungsweise schon das Recht, von einer Krankheit, einer hysterischen Erkrankung zu sprechen.

Es wird dann auf das dritte Symptom des dritten Stadiums eingegangen, auf die psychische Übererregbarkeit. In einem kleineren Teil der Fälle, so wird fortgefahren, bleibt der unterschwellige Zitterreflex — der beispielsweise aus einem manifesten akuten Schreckzittern hervorgewachsen ist — auch weiterhin rein reflektorisch bestehen, ohne alles Zutun des Patienten, nämlich bei den habituell erregten Nervösen, die von Haus aus eine niedrige Zitterreflexschwelle haben, ferner aber bei solchen Individuen, bei denen schwere Erschöpfung oder schwerste Affekterschütterung nachhaltigere Störungen des seelischen Gleichgewichts hervorgebracht haben. Nach Kretschmer habe der Tremor hier so viel Affektivreflektorisches, daß er in seinem Krankheitswert einem nervösen Spontansymptom nahe komme und es könne hier der Willenszufluß dem Patienten kaum moralisch zugerechnet werden, weil die ganze Psyche und somit auch das Willensinstrument der Persönlichkeit sich in Unordnung befinde. Für den Zweck unserer Arbeit möchte ich hier als wichtig hervorheben, daß auch in solchen Fällen Kretschmer von einem Willenszufluß spricht, und daß, wenn ich ihn recht verstehe, er beispielsweise auch nicht bei einem Erschöpften an ein dauerndes Zittern glaubt, ohne das Vorhandensein einer solchen Willenskomponente. Kretschmer selbst sagt auch im Anschluß daran sofort, daß die große Mehrzahl der Zitterer unter solchen ernsthaften Affektstörungen nicht zu leiden habe. Die Schockwirkung, sofern sie bestand, klingt nach wenigen Tagen ab und macht dann allmählich einem Zustand künstlicher psychischer Übererregbarkeit Platz. Aus jeder Kleinigkeit pflegen dann solche Zitterer Erregungsstoff zu saugen und auszunutzen. Kretschmer nennt dies „Technik der Affektgewinnung“. Es wird affektiver Heizstoff eingeladen, der, wie Kretschmer sich in seiner bilderreichen Sprache ausdrückt, die Reflexmaschine weiter in Gang erhalten muß. Vieles aus dem Gebiete der „psychischen Ansteckung“ gehöre hierher. Alle sich bietenden Erregungsmomente des täglichen Lebens werden ausgenutzt, so daß sich der reflexerhaltende Daueraffekt des Zitterers zusammensetzt aus den Ausläufern des primären, pathogenen, von den Militärerlebnissen ausgehenden Hauptaffektstoßes, und von den in sie eingehenden kleinen Sekundärwellen, die der affekttechnischen Ausnutzung der Alltagserlebnisse entspringen. Bei den psychischen Karenz- und Isoliermethoden werden diese Sekundärwellen ausgeschaltet. Das wirksame Prinzip der rationellen empirischen Zitterbehandlung bestehe also in „Tonusentzug“ und „Affektentzug“.

Zu dieser Symptomtrias bringt Kretschmer noch einige „Ergänzungsstriche“, spricht davon, daß das dritte Stadium selten sei und daß das zweite Stadium vielmehr unmittelbar in die Phase des hysterischen Gewohnheitsrestes, d. h. in das vierte Stadium der Zitterneurosen übergehe, die durch mehr oder weniger unregelmäßiges, inkonstantes Gelegenheitszittern charakterisiert sei. Hierzu möchte ich bemerken, daß ich die Bezeichnung dieser nach meiner Erfahrung bei den jetzigen Rentenuntersuchungen und Nachbegutachtungen häufigsten Form als „vierte“ nicht als glücklich bezeichnen

kann, da sie erfahrungsgemäß nur selten aus der dritten hervorgeht, sondern eben meistens direkt aus der zweiten. Doch das ist eine Nomenklaturfrage, die nicht von wesentlicher Bedeutung ist. Kretschmer selbst spricht dann weiter davon, daß das erste Stadium des akuten reflektorischen Affektstoßes überall dort ganz zurücktreten könne, wo die Reflexschwelle des Zitterreflexes an sich auf Grund angeborener Anlage niedrig sei (Zittern, was schon bei der Einziehung, beim Ärger, bei einem Tadel auftritt!). Ebenso können einzelne schwere Neuropathen mit besonders niedriger Reflexschwelle, z. B. ängstlich Debile, die schon im gewöhnlichen Leben fast immer dem Zittern nahe sind, den Schütteltremor ohne nennenswerten Anlaß auch frei „simulieren“. Besonders hierbei wird auch auf normale Reflexmechanismen hingewiesen, auf die konstitutionell nervöse Reflexbereitschaft, auf die Nachahmung (niedriger Schwellenwert der Imitationsreflexe) und es wird auf das biologisch normale Zusammenspiel zwischen Muskelbewegung, Sensibilität und Vasomotorium hingewiesen.

Als Spiegelbild des Tremors, der, wie gesagt, Kretschmer hauptsächlich als Paradigma für seine Deduktionen dient, wird dann die komplette schlaffe Monoplegie hervorgehoben, mit der entsprechenden Symptomtrias: Muskelatonie, schwere Anästhesie und Gefäßstörungen, die durch Schlaf, Schreck, Erschöpfung, fixierenden Verband entstehen können, so daß dann beispielsweise die reflektorische „Schrecklähmung“ entsteht, die dann durch Willenszugabe in ein chronisches Reflexstadium übergeht. Jedenfalls wird darauf hingewiesen, daß alle diese Deduktionen dem Reflexcharakter der Störung, auf die der organisch gründlich prüfende Neurologe mit Recht Gewicht legt, voll gerecht geworden sei; von der Verschiebung der Bewußtseinsinhalte, die der Psychoanalytiker mit Recht betone, sei nichts unterschlagen worden.

So weit zunächst Kretschmer! Und indem ich nochmals den letzten Satz unterstreiche, sei auch von unseren gesamten Ausführungen gesagt: Gewiß ist es deren Ziel, die Beweisstücke dafür zusammenzutragen, daß die Willensrichtung das Grundprinzip aller hysterischen Störungen darstellt; hiervon bleibt aber die Tatsache unberührt, daß daneben auch andere Vorbedingungen zur Auslösung der Symptome notwendig sind, daß bestimmte psychische Mechanismen eine große Rolle spielen, daß mit dem Nachweis des „Wunsch- und Willensfaktors“ und der Darstellung, wie beispielsweise Kretschmer dessen Zusammenspiel mit dem Reflexmechanismus darstellt, durchaus nicht das Hysterieproblem erschöpft ist. Ich für meinen Teil unterschätze durchaus nicht — was Birnbaum einigen Autoren vorgeworfen hat — die Momente der „Erwartung“ und „Befürchtung“, ich bin mir durchaus klar darüber, daß „Affekte“ und „Affektbereitschaft“ eine große Rolle in der Pathologie der Hysterie spielen, daß damit zusammenhängen die Lehre von der „Bewußtseinspaltung“¹⁾, von der „Verdrängung der Komplexe“ ihre Bedeutung behält und der „Suggestion“, dieses Wort im weitesten Sinne gebraucht, eine wichtige Rolle zukommt. Wenn ich im Rahmen meiner Abhand-

¹⁾ Bezüglich der Frage des „Unbewußten“, die ich nicht ansprechen will, möchte ich aber nicht unterlassen, auf die Kontroverse Bleuler-Kretschmer, vor allem aber auf den soeben erschienenen, sich mit manchen Gedankengängen meiner Arbeit durchaus deckenden Artikel Bumkes hinzuweisen: „Über unbewußtes psychisches Geschehen.“ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 56, 142.

lung naturgemäß die Psychologie der Hysterie nicht von allen Seiten her angehe und die erwähnten Momente, die ja anderweit schon eingehend dargestellt sind, hier nur andeute, so soll das durchaus keine Unterschätzung bedeuten. Ich bin aber der Ansicht, daß die „Willensrichtung“ das eigentliche Band ist, daß — unbeschadet all dieser erwähnten psychologischen Mechanismen, die fehlen können und auch im Rahmen anderer Krankheitsbilder vorkommen — die hysterischen Störungen miteinander verbindet, sie charakterisiert.

Vierter Teil.

Und damit komme ich zur Definitionsfrage, zur klinischen Stellung der Hysterie. Denn wenschon auch ich der Überzeugung bin, daß in der modernen Psychiatrie das Klassifikatorische nicht eine derartige Rolle spielen wird, wie in der Kraepelinschen Schule, sondern meine, daß die Strukturanalyse einzelner Fälle zunächst das Wesentlichere sein wird, so wird man doch aus praktischen wie theoretischen Gründen auch fernerhin ohne Klassifikation und Rubrizieren nicht auskommen. Man muß sich dabei aber immer vor Augen halten, daß es im Grunde genommen keine Krankheiten, sondern nur kranke Menschen gibt ¹⁾, und daß die Aufstellung von Krankheitstypen und Gruppen etwas Künstliches, der Natur Fremdes bedeutet, denn die Natur richtet sich natürlich nicht nach dem Gruppierungs- und Registrierbedürfnisse des Arztes und Forschers, sie schematisiert nicht, wie es der Mensch tut. Alle Gruppierungen haben also in letzter Linie nur einen heuristischen oder praktischen Wert, sie können jederzeit wieder umgestaltet werden, können enger gefaßt oder weiter gespannt werden, wenn das Forschungsprinzip, das klinische Bedürfnis dies notwendig erscheinen läßt, wenn der wesentliche Kern einer Krankheitsgruppe gefunden worden ist und damit andere Krankheitsgruppen mit gleichem Kern mit hinzugenommen, oder aber Krankheitsbilder, die bisher auf Grund äußerer Ähnlichkeit mit zur Gruppe rechneten, jetzt gestrichen und anderwärts untergebracht werden müssen.

Angewendet auf die „Hysterie“ müssen wir uns also sagen, daß die Aufstellung einer Krankheit „Hysterie“ ein Produkt menschlichen Geistes, ein künstliches Erzeugnis ist, daß ursprünglich äußerlich ähnlich erscheinende Krankheitszustände unter diesem Namen zusammengefaßt wurden, und die Auffassung von dem Wesentlichen dieser künstlich zusammengestellten Krankheitsgruppe von jeher mehr oder weniger gewechselt hat. Zweifellos ist, wie ich in der Einleitung sagte, dieser Krankheitsbegriff jetzt ein so weitgehender geworden, daß im Prinzip wohl nichts dagegen einzuwenden ist, wenn er etwas eingengt würde, daß es durchaus statthaft ist, Erscheinungen, die bisher mit hinzugerechnet wurden, auszuschalten, nämlich dann, wenn sie nicht dem Hauptprinzip der Hysterie untergeordnet werden könnten, wie man es zu finden glaubt. Mit anderen Worten: Es ist durchaus nicht notwendig, daß von 100 Krankheitsfällen, die bisher von der überwiegenden Anzahl der Ärzte für hysterisch gehalten wurden, sämtliche nun auch künftighin unter den Begriff des Hysterischen fallen müssen, es ist vielmehr prinzipiell durchaus nichts

¹⁾ Kraus, Die allgemeine und spezielle Pathologie der Person. Klinische Syzygiologie. Leipzig 1919.

dagegen zu sagen, wenn man 5 von diesen 100 Fällen künftig einer anderen Krankheitsgruppe zurechnet, wenn sie sich dem neuen schärfer gefaßten System, das aber klinisch fruchtbarer erscheint, nicht einordnen lassen.

So wie die Dinge jetzt liegen, ist es praktisch ja so, daß hysterisch eigentlich fast gleichgesetzt wird mit dem Begriff „psychogen“, während tatsächlich die Sachlage doch die ist, daß psychogen der wesentlich umfassendere Begriff ist, daß er die verschiedensten psychischen Mechanismen und Reaktionstypen umfaßt, von denen eben einer der hysterische ist. Auf die Schwierigkeiten, die nichthysterischen Formen der Psychogenie klinisch schärfer zu fassen, hat Birnbaum¹⁾ bereits hingewiesen. Er definiert das Wort psychogen als „die pathologische Wirksamkeit psychischer Faktoren, wie sie speziell in den Fällen sich kundgibt, wo vorher überhaupt kein ausgeprägt pathologischer Zustand bestand, daneben eingeschlossen freilich auch solche Fälle, wo es zu bloßen psychisch bedingten Änderungen bereits bestehender pathologischer Phänomene kommt, vorausgesetzt allerdings, daß diese Änderungen über die einfachen normal psychologischen Wirkungen hinausgehen“, wobei Birnbaum zugibt, daß die psychogenen Erscheinungen im wesentlichen durch emotionelle Einwirkungen hervorgerufen werden, weshalb für das Wort Psychogenie bereits der Name „Thymogenie“ vorgeschlagen sei. Birnbaum geht in seiner bekannten, schürfenden, kritischen Art den Schwierigkeiten des Problems nach und hat auch bereits andeutungsweise Vorschläge zur Gruppierung gemacht, die zu besprechen aber aus den Rahmen unserer Arbeit fallen würde. Jedenfalls hat auch er in seinen bekannten Sammelreferaten darauf hingewiesen, daß eine eindeutige, allen klinischen Anforderungen genügende Trennung der psychogenen Störungen vorerst noch nicht möglich, zum mindesten noch nicht durchgeführt sei und daß es ein entschiedenes Verdienst der Kriegsbeobachtungen sein würde, wenn durch sie an der Hand des ungewöhnlich reichen Materials eine scharfe Differenzierung der einzelnen Typen möglich wäre.

Zu dieser von Birnbaum geforderten Differenzierung muß freilich eben, wie oben schon angedeutet, einschränkend bemerkt werden, daß wir hierbei nicht wieder neue Krankheiten schaffen, sondern eben nur verschiedene psychische Reaktionsweisen auseinanderhalten wollen, verschiedene Reaktionsweisen, die in der Wirklichkeit sich natürlich vergesellschaften können, sich bei dem gleichen Individuum gemischt finden können, auch auf dem Boden anderer geistiger Erkrankung angetroffen werden. Hiermit hängt eng zusammen die bekannte Forderung, „Schichtdiagnosen“ zu stellen, eine Forderung, der ich mich schon seit langer Zeit dadurch nähere, daß ich mich im weitgehenden Maße bemühe, „Satzdiagnosen“ und nicht „Wortdiagnosen“ zu stellen. Und eine der wichtigsten psychogenen Reaktionsformen ist eben die hysterische, hysterische in unserem Sinne. Und diese unsere Auffassung vom Wesen des Hysterischen ist ja tatsächlich unserem ärztlichen Empfinden durchaus nicht fremd, denn nach dieser Auffassung sind die hysterisch Kranken ja nicht nur von Ärzten, sondern auch vom Pflegepersonal behandelt worden, d. h. eben als Kranke, die bis zu einem gewissen Grade ihre Krankheit selbst verschulden und damit im Gegensatz zu allen übrigen Kranken stehen, diese Auffassung

¹⁾ Birnbaum, Klinische Schwierigkeiten im Psychogeniegebiet. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 41, Heft 6.

entspricht ja in weitgehendem Maße derjenigen, welche der Gebildete von einer hysterischen Erkrankung hat, wenn er von einer hysterischen Frau spricht und wenn er ein gewisses Mißbehagen dabei empfindet, selbst als hysterisch bezeichnet zu werden. Sehr richtig ist bemerkt worden, daß, wenn man die Willensrichtung für ein wichtiges Moment der hysterischen Reaktion hält, dieses Moment auch in die Krankheitsdefinition gehört. Und — ganz besonders nach den im Kriege gemachten Erfahrungen — kann diese Definition meines Erachtens sich etwa nur in folgender Richtung bewegen, wobei ich zugebe, daß dieses oder jenes Wort noch prägnanter gefaßt werden könnte: Hysterisch sind alle als psychische oder körperliche Krankheits Symptome oder Ausnahmestände imponierende Erscheinungen, an deren Hervorrufung oder Unterhaltung ein Mensch instinktiv oder bewußt interessiert, irgendwie mit seinem Willen beteiligt ist, da diese Krankheitserscheinungen ihm vorteilhaft erscheinen, oder einmal vorteilhaft erschienen sind.

Aus dieser Definition heraus erwachsen sofort zwei Fragestellungen:

Der Philosoph wird sofort bei dem Begriff des Willens einhaken und von uns eine Definition des Willens verlangen. Für unsere Zwecke genügt es wohl, wenn wir uns über den Begriff des Willens in diesem Zusammenhang dahin verständigen, daß wir ihn ähnlich auffassen wie wir in der Neurologie den Begriff einer willkürlichen Bewegung auffassen. Wesentlich wichtiger ist die weitere Fragestellung: wenn wir es als ein Charakteristikum aller hysterischen Erscheinungen auffassen, daß eine Willenskomponente in den Symptomen vorhanden sein muß, so muß daraus hervorgehen, daß nur solche Erscheinungen hysterisch sein können, die irgendwie dem menschlichen Willen auch zugänglich sind. Eingehende exakte Untersuchungen über diese Frage im Zusammenhang mit dem Hysterieproblem liegen wohl noch nicht vor¹⁾, immerhin wissen wir, daß die Beeinflußbarkeit körperlicher Funktionen durch den Willen nicht nur individuell, sondern auch temporär außerordentlich verschieden ist, daß die Beeinflußbarkeit ja nicht unmittelbar zu sein braucht, sondern mittelbar sein kann (etwa auf dem Weg über Autosuggestion und Hypnose) und daß wir uns den Weg nicht kompliziert, den Breitgrad nicht weit genug vorstellen können. Ich erinnere an jenen Kokainisten mit einem Röntgenulkus, der vor Jahren sich in den Kliniken zeigte und nicht nur imstande war, willkürlich bestimmte Muskeln isoliert zur Kontraktion, sondern auch — auf dem Röntgenschild nachgewiesen — die Herzaktion vorübergehend zum Stehen zu bringen. Es gibt wohl Grenzgebiete, die noch nicht völlig geklärt erscheinen und das weitgehendste, was zu glauben verlangt wird, ist ja die psychische Beeinflussung der Körpertemperatur. Trotz der mir wohlbekanntesten letzten Veröffentlichung halte ich diese Frage für durchaus noch nicht restlos geklärt. Daß schlaffe Lähmungen, Krampfanfälle, Aphonien, Mutismus willkürlich hervorgerufen werden können, daran wird kaum jemand zweifeln, da es sich hierbei weniger um positive Leistungen als um, wenn ich

¹⁾ Nach Abschluß der Arbeit erscheinen die wertvollen Veröffentlichungen von Bauer und Schilder, Über einige psychophysiologischen Mechanismen funktioneller Neurosen. Deutsche Zeitschr. f. Nervenheilk. 64, 279 und: Ein prinzipieller Versuch zur Neurosenlehre. Wien. klin. Wochenschr. 1919. Nr. 19.

so sagen darf, Unterlassung gewisser Tätigkeiten handelt. Schwieriger erscheint das Zitterproblem, doch haben jene entlarvte Simulanten, die ich oben erwähnt habe, uns gezeigt, daß ein langes willkürliches Zittern durchaus nicht so schwierig ist, wie man sich wohl gewöhnlich vorstellt, auch darf andererseits ja nicht vergessen werden, daß es sich hier häufig — vergleiche das Zähneklappern nach dem Sprung ins kalte Wasser — nur um Wiederhervorrufung eingeschliffener Mechanismen handelt, worüber im einzelnen ja Kretschmers Untersuchungen berichten. Vor allem aber sei dies gesagt: Die Möglichkeit der Ausübung schwieriger Bewegungen ist vor allem vom Affekt abhängig. Man stelle sich vor, um ein naheliegendes Beispiel zu nehmen, man werde aufgefordert, eine Stunde lang nach Art der bekannten turnerischen Freiübungen Bewegungen mit beiden Oberarmen zu machen. Selbst wenn man turnerisch einige Übung hat, dürfte man bald ermüden und versagen. Man halte dagegen einen Dirigenten wie Nikisch, der morgens 3 Stunden eine Konzertprobe durchführt und abends 5 Stunden ohne größere Unterbrechung die „Meistersinger“ leitet, im Grunde genommen, macht er mit seinen Armen die gleichen oder ähnlichen Bewegungen wie der Turner und doch, um wieviel länger ist er imstande, diese Bewegungen durchzuführen. Warum? Ein hochgradig lustbetonter Affekt liegt vor, der Dirigent lebt und webt in den Tönen der Musik, er fühlt seine Körperbewegungen nicht als Arbeit, sie treten hinter seinen gefühlsbetonten Vorstellungen, seiner künstlerischen Inspiration völlig zurück. Und so wie lustbetonte Affekte zu einer Mehrleistung führen, so können es offenbar auch unlustbetonte, wenn die Mehrleistung die Möglichkeit gibt, der Ursache dieser unlustbetonten Vorstellung auszuweichen. Dieses würde für den Kriegszitterer zutreffen, der der Frontgefahr entrinnen möchte. Sicher erscheint mir jedenfalls das eine, daß — von dem noch ungeklärten Stand der Fieberfrage abgesehen — all die bisher als hysterisch bezeichneten Symptome prinzipiell durch den Willen beeinflußt werden können, wenn auch nicht von jedem und nicht zu jeder Zeit gleichmäßig gut.

Und das bringt uns zur zweiten mit der Definition zusammenhängenden wichtigen Frage, der Frage nämlich, welches denn die psychischen oder körperlichen Krankheitssymptome oder Ausnahmestände sind, die wir hysterisch nennen. An und für sich ist es ja durchaus denkbar, daß jede körperliche Tätigkeit, die irgendwie willkürlich hervorgerufen werden kann, dann auch gelegentlich einmal als hysterisches Symptom auftreten kann, zweifellos ist das durchaus möglich, aber die Tatsache zeigt doch, daß es im wesentlichen immer wieder die gleichen Formen sind, deren sich der hysterische Mechanismus bedient, und zwar in der Regel Erscheinungen, die man als Ausdruck von Gemütsbewegungen auffaßt, also Sprachverlust, Zittererscheinungen, Lähmungen, Vasomotorenstörungen, Verwirrheitszustände, Erregungszustände usw. Aus der Beobachtung dieser Tatsache heraus sind ja verschiedene Hysterie-Definitionen aufgestellt worden. Und zweifellos ist diese Tatsache ja insofern bedeutungsvoll, als sie uns einen Hinweis auf die Disposition gibt. Sie zeigt uns den Boden, auf dem die hysterischen Erscheinungen in der Regel erwachsen, sie zeigt uns, daß wir es in der Regel mit affektiv labilen Individuen zu tun haben (aber durchaus nicht immer!), daß eine gewisse Affektbereitschaft vorliegt, eine „Unterschwelligkeit der Reflexe“, wie Kretschmer sagt,

daß Gemütsreaktionen häufig zu hysterischen Erscheinungen werden, indem sie in unserem Sinne beibehalten oder wieder hervorgerufen werden.

Das bringt uns auf die Frage der Affektreaktion. Faßt man die Hysterie-
definition so, wie oben angegeben, so kann es keinem Zweifel unterliegen, daß
die Tatsache allein, daß jemand für kurze Augenblicke vor Schreck die Sprache
verliert, daß er vor Freude nicht mehr sprechen kann, daß er vor Angst zittert,
nicht dazu berechtigt, hierbei schon einen hysterischen Mechanismus anzu-
nehmen. Vom phyllogenetischen Standpunkt aus wäre es zweifellos disku-
tabel, ob alle unsere Affektreaktionen nicht entwicklungsgeschichtlich irgendwie
einen bestimmten Zweck gehabt haben, ob nicht beispielsweise unsere Aszendenten
bewußt gezittert haben, um durch dieses Zittern die Feinde abzuschrecken,
ob die Lähmung vor Schreck nicht ursprünglich ein „Sichtotstellen“ bedeutete,
um den Feind zu täuschen. Eine derartige Erklärung halte ich für durchaus
berechtigt, wenschon sie immer nur hypothetischen Wert haben kann, vom
ontogenetischen Standpunkt aus ist es jedoch völlig unbewiesen, daß mit
jeder Affektreaktion eine Zielvorstellung verknüpft sein soll, ja ich glaube,
daß es in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle durchaus nicht der Fall ist
und bin daher der Ansicht, daß Schreckreaktion von hysterischer Reak-
tion an und für sich scharf getrennt werden muß. Andererseits ist es aber sehr
wohl möglich, daß schon frühzeitig, d. h. beinahe in statu nascendi zu einer
Affektreaktion sich schon die hysterischen Komponente gesellen können. Es
führt das uns auf den bekannten Streit, ob Begehrungsvorstellungen schon
in diesem Zustande auftreten können, ob sie schon in einem Ohnmachtsanfall
geboren werden können. Sehr schlagend erscheint mir hier eine Selbstbeobach-
tung Bonhoeffers, der in diesem Zusammenhang von einer Jugenderinnerung
berichtete. Bonhoeffer wurde beim Spiel als Kind von einem Kameraden mit
einem Stein am Kopf verletzt, er war sofort leicht benommen, erinnert sich aber
noch jetzt ganz deutlich, wie bei ihm in dieser Benommenheit blitzartig der Ge-
danke aufzuckte, seinem Kameraden wegen der Unvorsichtigkeit einen Schreck
einzujagen und wie er sich deshalb hinfallen ließ und schwerer verletzt stellte,
als er tatsächlich war. In diesem Sinne hat sich übrigens auch Lewandowsky¹⁾
ausgesprochen, der sagt: „Das sofortige Eintreten der Erscheinungen spricht
dagegen nicht gegen ihre psychogene Entstehung und auch nicht gegen das
Vorhandensein von Begehrungsvorstellungen, die schon vor Einwirken des aus-
lösenden Moments vorhanden sein können.“ Liepmann hat im gleichen
Zusammenhang das Vorhandensein der Begehrungsvorstellungen beim
Beginne einer Explosionsneurose zum mindesten nicht ausgeschlossen. Es ist
zuzugeben, daß das Symptomenbild der Hysterie sich vom Symptomenbild
einer Affektreaktion zunächst nicht zu unterscheiden braucht, trotzdem halte
ich es für unberechtigt, deshalb es für „heikel“ zu erklären, die gleichen Symptome
als verschiedene aufzufassen, je nachdem, ob ein Willens- und Wunschfaktor
vorliegt oder nicht. Bei der Melancholie liegt es ja ganz ähnlich. Der momentane
Zustand eines Melancholikers braucht sich in nichts von dem Zustand eines
plötzlich in schwere Trauer versetzten Menschen zu unterscheiden, auch hier
macht die abnorme Dauer und Stärke erst das Krankheitsbild aus, und auch
bei der Differentialdiagnose zwischen einfachen Affektsymptomen und hysteri-

¹⁾ Berl. Gesellsch. f. Psych. u. Nervenheilk. 14. XII. 1914. Referat im neurol. Zentralbl. 1915. Nr. 2.

schen Symptomen wird man praktisch vorläufig nicht darum herumkommen, aus der abnorm langen Dauer dieses Affektes auf den hysterischen Mechanismus in unserem Sinne zu schließen. Daß der Affekt allein in der Regel nicht imstande zu sein scheint, langdauernde Störungen von der Art zu machen wie sie als hysterisch bezeichnet werden, dafür sprechen doch eben unsere Erfahrungen in den Gefangenenlagern. Der auch während des Krieges aufgeflackerte Streit, ob die Schreckneurose der Hysterie zuzurechnen ist oder nicht, müßte dann wohl nach der Richtung entschieden werden, daß prinzipiell die hysterische Neurose von einer Schreckneurose zu unterscheiden ist, daß es aber wahrscheinlich eine reine Schreckneurose überhaupt nicht gibt, sondern, daß sie nur durch hysterische Mechanismen fixiert werden kann. Anders können unsere Kriegserfahrungen kaum gedeutet werden und Stierlins¹⁾ bekannte Untersuchungen aus der Friedenszeit sprechen zum mindesten nicht gegen diese Auffassung, sind aber auch nicht ganz widerspruchsfrei. Stierlin selbst spricht sich ja an einer Stelle in unserem Sinne aus, wenn er aus den Berichten, die er in Messina bekommen hat, schließt, daß das Erdbeben vielfach eine latente Hysterie zu einer manifesten mache, im allgemeinen aber die Richtigkeit des Ausspruches Babinskis bestätige: „L'émotion, même la plus vive, ne crée pas l'hystérie“.

Und ebenso wie wir eine Schreckneurose, wenn es eine solche überhaupt gibt, d. h. rein ohne Wunschfaktor gibt, von der Hysterie abtrennen müßten, so müssen wir auch alle diejenigen psychogenen Erscheinungen abtrennen, die als Reminiszenzen aufgefaßt werden. Auch hier haben uns die Massenerfahrungen im Kriege gelehrt, daß der Nachwirkung von Affekten im Sinne eines Wiederauflebens unlustbetonter Erlebnisse, also im Sinne einer Erinnerung eine besondere Rolle kaum zukommt, denn man hätte sonst erwarten müssen, daß gerade bei Kriegsgefangenen und Schwerverwundeten, die die furchtbarsten Erlebnisse hinter sich hatten, die sich an verstümmelte Leichen, schmerzverzerrte Totengesichter erinnerten, hysterische Symptome mit besonderer Häufigkeit vorkommen müßten. Da das aber nun nicht der Fall gewesen ist, muß man wohl annehmen, daß der Reminiszenz allein, sowie auch der Verdrängung von Affekten eine bestimmende Rolle nicht zukommt, daß sie vielmehr erst unter Mitwirkung des Wunsch- und Willensfaktors zur Geltung kommen können. Auch hier würde sich die Quintessenz daraus ergeben, daß psychogene Störungen, die lediglich auf einer Reminiszenz affektbetonter Vorstellung beruhen, an und für sich nicht in den Rahmen unseres hysterischen Begriffes gehören, sondern erst dann, wenn die Interessiertheit des Betreffenden an seinen Störungen vermutet werden kann. Wenn sich also jemand — ich zitiere eine eigene Beobachtung — einmal mit einer Biersuppe den Magen verdorben hat und sofort das Zimmer verlassen muß; wenn er Biersuppe nur vorübertragen sieht, weil er sonst Erbrechen fürchtet, so kann ich diese Tatsache an und für sich nicht als hysterisch bezeichnen.

In Erkenntnis unserer derzeitigen bescheidenen diagnostischen Hilfsmittel muß jedenfalls das eine zugegeben werden: Ebenso wie wir bei der Differential-

¹⁾ Stierlin, Nervöse und psychische Störungen nach Katastrophen. Deutsche med. Wochenschr. 1911. Nr. 44 und: Über medizinische Folgezustände der Katastrophe von Courrières. Berlin 1909. Dazu: Lewandowsky, Die Hysterie. Berlin 1914. Horn, Über Schreckneurosen. Zeitschr. f. Nervenheilk. 53.

diagnose organischer und funktioneller Nervenkrankheiten zeitweise auf unüberwindliche Schwierigkeiten stoßen — ich erinnere an die jedem Praktiker geläufige Fragestellung „Multiple Sklerose oder Hysterie?“ — und den Beginn einer Schizophrenie rein symptomatologisch bisweilen schwer von einem hysterischen Mechanismus abtrennen können, so lassen sich auch die in unserem Sinne hysterischen Symptome phänomenologisch nicht von anderen psychogenen Symptomen unterscheiden. Wir können beispielsweise rein phänomenologisch im Augenblicke oft nicht entscheiden, ob das Händezittern eines Menschen, dem wir begegnen, den Beginn einer Paralysis agitans bedeutet, ob sich eine multiple Sklerose dahinter verbirgt, ob es noch die unmittelbare Nachwirkung eines eben überstandenen Schrecks ist, oder ob es sich bereits um den Ausdruck hysterischer Vorgänge handelt. Die Entscheidung darüber kann eben in der Regel nicht auf Grund des Symptoms selbst gefällt werden, sondern man zieht die diagnostischen Schlüsse — wie ja auch sonst so häufig — aus den Begleitumständen, unter denen die Störungen auftreten, aus anderen Symptomen, aus psychologischen Analysen. Fehlen anderweitige Symptome oder versagen die genannten Hilfsmittel, so wird man sich oft mit einem „Non liquet!“ bescheiden müssen, worüber bei der Besprechung der Diagnostik später noch einige Worte zu sagen sein werden.

Im Zusammenhang mit der Symptomatologie wollen wir kurz die Frage erörtern, ob man lediglich von „hysterisch“ sprechen soll, oder ob man berechtigt ist, eine Krankheit „Hysterie“ anzunehmen, unsere Definition hat sich ja nur auf das Eigenschaftswort bezogen. Die eben gestellte Frage hängt eng damit zusammen, wie man sich zur künftigen Systematik der Psychiatrie überhaupt stellen will. Wenn man vom Individuum ausgeht, also vom Menschen und nicht von der Krankheit, wenn man versuchen will, alle psychogenen Krankheiten aus normalen Mechanismen abzuleiten, aus physiologischen Charakteranlagen zu verstehen, so ist es zweifellos richtiger, von einem hysterischen Mechanismus und nicht von einer Hysterie zu sprechen, ein Gesichtspunkt, der ja auch dazu geführt hat, von einer „hysterischen Reaktion“ oder, wie ich seinerzeit vorgeschlagen habe, einer „Zweckreaktion“ zu sprechen. Ich möchte an dieser Stelle einschaltend bemerken, daß ich gegen meinen damaligen Vorschlag aus praktischen Gründen jetzt doch noch einige Bedenken habe und zwar deshalb, weil sich aus dem Substantiv „Zweckreaktion“¹⁾ schwer ein Adjektiv bilden läßt, und man für klinische Zwecke ohne ein solches Adjektiv doch nicht auskommt. Der Vorteil meiner damals vorgeschlagenen Bezeichnung wäre lediglich der, daß der Begriff hysterisch, der von vielen jetzt noch im weitgehenden Sinne gebraucht wird, damit schon durch den neuen Namen etwas eingengt ist, begrifflich schärfer gefaßt wird und die Verständigung über das, was man meint, eine leichtere wird. Nachdem mir durch die überwältigenden Kriegserfahrungen aber immer mehr der Boden dafür geebnet zu sein scheint, das Hysterische in unserem Sinne aufzufassen, scheint es mir auch nicht mehr notwendig, ein neues Wort hierfür einzusetzen, sondern ich glaube eben, daß die Zeit uns dazu berechtigt, den alten Begriff des Hysterischen jetzt lediglich in unserem Sinne aufzufassen.

Hysterisch wäre demnach eine Charaktereigenschaft, die sich die

¹⁾ Pönitz, Die Zweckreaktion. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. 59.

verschiedensten Krankheiten oder Reaktionserscheinungen zunutze machen kann. Hysterisch wäre eine Reaktionsweise, die an und für sich — worauf besonders scharf ja Forster¹⁾ hingewiesen hat — durchaus dem normalen Seelenleben angehört, die nur unter bestimmten Bedingungen für uns einen Krankheitswert haben kann. Es wäre also eine Reaktion, die, genau genommen, nicht in der speziellen Psychiatrie, sondern in der allgemeinen Psychiatrie abzuhandeln wäre, die vor allen Dingen in ein Lehrbuch der normalen und pathologischen Charakterkunde gehört. Konsequenterweise müßte man die Krankheit „Hysterie“ ablehnen und von hysterischen Krankheitserscheinungen, von hysterisierten Affekten sprechen. Man käme auch praktisch wohl damit aus, wenn man z. B. von hysterisch fixiertem Affektzittern, hysterischem Gelegenheitshinken, hysterischem Dämmerzustand, hysterischen Krampfanfällen, hysterischem Gebaren spräche.

Immerhin erscheint es mir durchaus diskutabel, ob man sich, solange unsere psychiatrischen Lehrbücher noch in der jetzigen Form Krankheitsgruppen darstellen, dahin einigen will, in der speziellen Psychiatrie unter dem Kapitel „Hysterie“ diejenigen Menschentypen abzuhandeln, die in ausgesprochenem Grade von jeher hysterisch disponiert sind (degenerative Hysterische), bei denen der hysterische Mechanismus dauernd in Bereitschaft liegt und immer wieder hervortritt, bei denen eine einmalige Affektreaktion hysterisiert wird und in derart schwerem und langdauerndem Grade bestehen bleibt, daß man ein Zurücktreten der Willenskomponente hinter die Reflexkomponente annehmen muß. Es wäre danach in den psychiatrischen Lehrbüchern, wie sie jetzt aufgebaut sind, das Hysterische an mehreren Stellen abzuhandeln, zunächst im allgemeinen Teil unter „Willensstörungen“, wobei allerdings auch bei den Affektstörungen und den Bewußtseinstörungen der Begriff des Hysterischen kurz gestreift werden muß, und dann wäre im speziellen Teil die „Hysterie“ als ein Abschnitt in dem großen Kapitel „Psychopathie“ abzuhandeln, wobei dieser Abschnitt im wesentlichen auf eine Charakterschilderung hinauslaufen würde.

Die Aufstellung eines „hysterischen Charakters“, wie sie bisher in den meisten Lehrbüchern zu finden ist, hat insofern etwas Bedenkliches an sich, als man in diesem Charakter die verschiedensten, im Volksmund für gewöhnlich als „schlecht“ bezeichneten Charaktereigenschaften hineingepackt hat, Eigenschaften, die zunächst einmal sowohl bei Psychopathen, wie leicht Schizophrenen wie auch Neurasthenikern zu finden sind, vor allem auch bei Menschen, die man als krank überhaupt nicht zu bezeichnen pflegt und die andererseits vor allen Dingen durchaus kein einheitliches Charakteristikum zeigen. Weder Egoismus noch Lügenhaftigkeit, weder Eitelkeit noch Launenhaftigkeit, weder Beeinflußbarkeit noch affektive Reizbarkeit sind das Charakteristische für den Hysteriker. Wohl können alle diese Eigenschaften bei Individuen mit hysterischen Reaktionen auftreten, sie sind aber durchaus nichts Typisches, wie ja auch Bleuler darauf hinweist, daß der moralische Teil des Hysterikercharakters gut oder schlecht sein kann wie bei anderen Menschen auch. Will man einen hysterischen Charakter aufstellen, so kann man als Charakteristikum nur beanspruchen, daß im Tun und Handeln eines solchen Menschen

¹⁾ Forster, Hysterische Reaktion und Simulation. Monatschr. f. Psych. u. Neurol. 42.

der von uns definierte hysterische Mechanismus immer und immer wieder zutage treten muß, daß er dauernd in Bereitschaft liegt, daß — worauf ja die Psychoanalytiker besonders hingewiesen haben — eine gewisse Konfliktschwäche bei diesen Menschen besteht, daß sie nicht imstande sind, Konflikte auszukämpfen und sich deshalb eben in die Krankheit gern vorübergehend oder für längere Zeit flüchten. Und diese Flucht wird eben dadurch erleichtert, daß bei diesen hysterischen Charakteren eine leichte Reflexerregbarkeit besteht, eine Unterschwelligkeit der Reflexe, wie Kretschmer sagt, wobei das Wort Reflexe im körperlichen wie im psychischen Sinne verstanden werden muß.

Und damit ergeben sich auch die Hauptgesichtspunkte für die Veranlagungsfrage. Zu hysterischen Erscheinungen sind einmal disponiert diejenigen Menschen, die entweder dauernd oder doch unter bestimmten Umständen unter einer Konfliktsschwäche leiden, und zwar kommt es besonders dann leicht zu hysterischen Reaktionen, wenn die Reflexerregbarkeit eine niedrige ist. Populärer ausgedrückt gestaltet sich die Sache also so, daß es Menschen gibt, die leicht erschrecken, leicht zittern, denen die Beine leicht den Dienst versagen, die bei Aufregungen leicht motorisch erregt werden (Vorstadium der Krämpfe) und, die andererseits in gewissen Situationen nicht die Kraft haben, Konflikte auszukämpfen. Das sind dann die Menschen, bei denen sich unter Umständen unter Zugabe des Willens und des Wunsches diese körperlichen oder psychischen Erscheinungen leicht fixieren, also die Erscheinungen, die zunächst in der Regel als Affektreaktionen aufgefaßt werden müssen. Hieraus erhellt ohne weiteres, daß gerade Kinder und Frauen in ihrer größeren Ohnmacht dem rauhen Schicksal gegenüber und in ihrer mangelhafteren Beherrschung der Affekte besonders zu hysterischen Erscheinungen prädestiniert sind, daß bei Männern der Konfliktstoff schon ein wesentlich schwerwiegenderer sein muß (Gefängnis, starke Unterdrückung der individuellen Freiheit, Todesfurcht), daß man — wie Kraepelin — auf die Verwandtschaft hysterischer Erscheinungen mit primitiven, kindlichen Mechanismen hingewiesen hat, wobei sich die Erklärung wohl dadurch gibt, daß eben bei Kindern und Primitiven die Reflexschwelle eine niedrigere ist, dabei die Hemmungen geringer sind, so daß Wille und Wunsch weniger von ethischen und sozialen Erwägungen im Zügel gehalten werden als bei Erwachsenen und kulturell Höherstehenden.

Fünfter Teil.

Wie diagnostiziert man nun hysterische Störungen? Nun, es muß zugegeben werden: solange eine Charakterkunde exakt wissenschaftlich noch nicht ausgebaut ist, solange wir noch nicht genügend geschult sind, aus Mimik, Worten und Taten auf seelische Vorgänge, auf Motive des Handelns zu schließen, solange wird die Hysteriediagnose leider auch weiterhin eine weniger psychologische, mehr ausschließende sein. Es ist durchaus zuzugeben, daß Assoziationsmethoden und Psychoanalyse einen psychologischen Weg darstellen, der auch bisweilen eine Klärung verspricht. Aber die Kühnheit, mit der gerade jetzt die Psychoanalytiker ihre Befunde deuten, muß doch sehr zur Vorsicht mahnen. Das schließliche diagnostische Ziel muß ja sein,

zunächst einmal festzustellen, daß der zu Untersuchende an seinen Krankheitserscheinungen interessiert, irgendwie mit seinem Willen beteiligt ist, und diese außerordentlich schwierige Feststellung wird man sich zunächst eben dadurch zu erleichtern suchen, daß man nach dem Motiv, nach dem Konflikt fahndet und den Zusammenhang dieses Konflikts mit den Symptomen wahrscheinlich macht. Dieses ist das endgültige Ziel, die Methodik hierzu ist noch zu schaffen, oder wenigstens weitgehend auszubauen, denn ich brauche wohl kaum besonders zu betonen, daß speziell der Nachweis der Willens- und Wunschrichtung zur Zeit in direkter Weise in der Regel nicht möglich ist, daß er meist ebenso unmöglich ist wie die Feststellung, ob jemand, der spricht, nicht im Grunde genommen etwas anderes meint, ob jemand in den tiefsten Falten seines Herzens ein guter oder ein schlechter Mensch ist. Auch dies pflegt man in der Regel ja erst auf Umwegen festzustellen.

Bei der praktischen Diagnose einer hysterischen Störung wird man auch jetzt noch bis auf weiteres den üblichen Weg gehen müssen, den Lewandowsky angibt und der ja der allgemein begangene ist, nämlich man wird zunächst festzustellen haben, ob hinter gewissen körperlichen Symptomen oder Klagen ein organisches Leiden sich verbirgt, ob eine der klinisch bekannten Psychosen dahintersteckt. Erst nach Ausschluß solcher Störungen nehmen wir eine psychogene Erkrankung an. Bis hierher ist die Differentialdiagnose an und für sich nicht übermäßig schwierig, obwohl auch hier natürlich Zweifelfälle bestehen bleiben. Schwieriger wird die Frage, wenn es sich darum handelt, festzustellen, ob die psychogene Erkrankung in unserem Sinne hysterisch ist, oder aber ob ein anderer psychogener Mechanismus vorliegt. Die Unterscheidung wird uns hier wieder dadurch praktisch erleichtert, daß eben nach unseren Kriegserfahrungen doch die überwiegende Menge der bisher als hysterisch bezeichneten Symptome auch hysterisch in unserem Sinne sind, daß also bei der nicht organischen Beinlähmung, bei dem nicht organisch bedingten Mutismus, bei den nicht epileptischen Krampfanfällen es sich tatsächlich um das Vorhandensein eines Wunsch- und Willensfaktors handelt. Längerdauernde Störungen, die sich der Ausdruckssymptome von Gemütsbewegungen bedienen, sind eben in der Regel, wenn nicht immer, hysterisiert, und nur bei kürzerer Dauer kann ein Zweifel entstehen, ob es sich hier um eine einfache Schreckreaktion oder andere affektive Erscheinungen handelt. Am schwierigsten wird die diagnostische Fragestellung dann, wenn es darauf ankommt, den Grad der hysterischen Störungen festzustellen, den „Krankheitswert“ zu bestimmen, d. h., wenn nachgewiesen werden soll, inwieweit bei einer hysterischen Störung der Wille noch deutlichen Einfluß auf den Reflex hat, inwieweit bewußt nachgeschoben oder bewußt Reste einer Affektreaktion immer wieder im geeigneten Moment hervorgeholt werden oder aber inwieweit andererseits es einem hysterisch Erkrankten überhaupt nicht mehr klar ist, daß er mit seinem Willen einmal an der Krankheit beteiligt gewesen ist, d. h. inwieweit die Willenskomponente allmählich zurückgetreten ist und eine ausgesprochene hysterische Erkrankung sich ausgebildet hat. Die ersten Versuche, hierfür diagnostische Anhaltspunkte zu schaffen, hat Kretschmer in seiner Arbeit „Hysterische Erkrankung und hysterische Gewöhnung“¹⁾, sowie in einem kürzeren schematischen Aufsatz

¹⁾ Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 37.

„Entwurf zu einem einheitlichen Begutachtungsplan für die Kriegs- und Unfallneurosen“¹⁾ gegeben. Auf das Studium dieser Arbeiten sei hier verwiesen, bei Besprechung der Simulations- und Beurteilungsfrage werde ich die Gedankengänge noch kurz streifen.

Selbstverständlich ist zur Frage der Diagnostik immer und immer wieder darauf hinzuweisen, daß sich die hysterischen Mechanismen ja mit besonderer Vorliebe auf dem Boden einer degenerativen Persönlichkeit abspielen und mit nervöser Überreizung und Erschöpfung vergesellschaftet sein können. Diese Teilkomponenten müssen natürlich stets diagnostisch herausgearbeitet werden, damit der Fall genügend beurteilt werden kann, und deshalb ist auch hier wieder die Forderung aufzustellen: keine Wortdiagnose, sondern Satzdiagnose. Die Tatsache aber, daß man bei all diesen komplizierten psychophysischen Prozessen als Diagnostiker — wie ich schon sagte — oft vor einem „Non liquet“ steht, darf nicht zu der Ansicht verführen, daß unsere Anschauungen unrichtig sind, denn wenn wir uns auf Nachbargebieten umsehen, so müssen wir doch beispielsweise zugestehen, daß wir auch bei der Diagnose von Anfangsfällen der Schizophrenie oder anderer geistiger Störungen oft lange Zeit zu keiner völligen Klärung des Falles gelangen. Es gibt eben Grenzen der menschlichen Erkenntnis.

Sechster Teil.

Und diese Grenzen der menschlichen Erkenntnis zeigen sich besonders dann, wenn es sich um die Entscheidung handelt, ob es sich um eine ausgesprochene Simulation handelt, d. h. ob bewußt, klar, mit richtiger Zielvorstellung etwas eigentlich nicht Vorhandenes vorgetäuscht wird. Der alte Erfahrungssatz, der allerdings durch die Kriegserfahrungen etwas einzuschränken wäre, ist ja der, daß Simulation etwas Seltenes ist, Aggravation dagegen wesentlich häufiger. Dieses ist richtig, wenn man die Tatsachen folgendermaßen versteht: Die kühle, bewußt klare künstliche Produzierung eines Krankheitssymptoms, das vorher überhaupt nicht vorhanden war, vielleicht dem betreffenden Individuum an und für sich durchaus fremd ist, ist sicher etwas Seltenes, und hierfür allein soll man klinisch das ungeschminkte Wort Simulation gebrauchen. Das weitaus häufigere ist die Aggravation, d. h. die Unterstreichung oder künstliche Festhaltung von bestimmten, als krankhaft imponierenden Symptomen. Wenn jemand vortäuschen will, so stellt er sich eben in der Regel auf den Boden der Tatsachen, er knüpft an das Gegebene an, benutzt Symptome, die ihm geläufig sind.

Zweifellos liegt in dem Begriffe des „Hysterischen“, so wie wir ihn oben definiert haben, bereits das Moment der Vortäuschung, und es ergibt sich daraus, daß von einer scharfen Gegenüberstellung von „Simulation“ einerseits und „Hysterie“ andererseits nicht die Rede sein kann. Während ich seinerzeit noch schrieb, daß eines ins andere allmählich übergeht, muß man jetzt wohl sagen, daß es sich prinzipiell überhaupt nur um eine Vortäuschung handelt, daß aber diese Vortäuschung eben krankhaftes Gepräge tragen kann und dann hysterisch im engeren Sinne, d. h. als hysterische „Erkrankung“ aufgefaßt werden muß. Um in der Definition auch diesem Momente Rechnung

¹⁾ Münch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 29. 804.

zu tragen, d. h. um auch die krankhafte Form der hysterischen Vortäuschung zu charakterisieren, wäre noch eine Ergänzungsdefinition notwendig. Die Definition im weiteren Sinne lautete: Hysterisch sind alle als psychische oder körperliche Krankheitssymptome oder Ausnahmestände imponierende Erscheinungen, an deren Hervorrufung oder Unterhaltung ein Mensch instinktiv oder bewußt interessiert, irgendwie mit seinem Willen beteiligt ist, da diese Krankheitserscheinungen ihm vorteilhaft erscheinen oder einmal vorteilhaft erschienen sind.

Dem wäre hinzuzufügen: Einen Krankheitswert erhalten diese Erscheinungen dadurch, daß sie häufig auf dem Boden einer Unterschwelligkeit psychischer und physischer Reflexe entstehen und daß die Willenskomponente sich mit diesen Reflexen bisweilen so vergesellschaftet kann, daß das Bewußtsein für diese Verschmelzung verlorengeht.

Man kann nun zwar einwenden, der erste Teil der Definition genüge eben nicht allein zur Umgrenzung des Hysterischen, es müsse gleich der zweite Teil zur schärferen Fassung und Eingrenzung mit hinzugenommen werden. Wenn ich dies nicht tue, so geschieht es eben aus meiner wissenschaftlichen Überzeugung heraus, daß wir uns in einer künftigen Neugestaltung psychogener Krankheitsgruppen daran gewöhnen müssen, die krankhaften Störungen aus normalen Mechanismen abzuleiten. Und deshalb halte ich es für angebracht, den Begriff des Hysterischen weiter zu fassen, und wie Kretschmer nur unter bestimmten Umständen dem Hysterischen einen Krankheitswert zuzuerkennen.

Zur Entscheidung der Frage, wann das Hysterische mehr normaler Mechanismus ist, also mehr Vortäuschung, wann es mehr Krankheitswert besitzt, d. h. mit anderen Worten zur Entscheidung der Frage, wann man nach dem alten Sprachgebrauch mehr eine bewußtere Vortäuschung, mehr eine unbewußtere (Hysterie im engeren Sinne) annehmen soll, hat uns ja Kretschmer in seinen Arbeiten Fingerzeige gegeben, wobei aber auch hier immer und immer wieder zu betonen ist, daß im Einzelfall die Entscheidung oft große Schwierigkeiten macht.

„Wie soll denn überhaupt die Krankheitsvortäuschung aussehen, wie kann sie denn überhaupt anders aussehen als genau so — wie Hysterie?“ fragt Kretschmer¹⁾. Hysterie ist, so sagt auch er, Vortäuschung schlechthin und „echte“ Vortäuschung — eine kleine, atypische Spielart der Hysterie. „Die Vortäuschung ist gradeso wie das gemeine Menschenleben, dem sie entspringt: Nicht eine freie Willkür, sondern ein Kompromiß mit den Umständen und eine Ausnützung der Umstände, ein Gemisch von Wollen und Gewolltwerden, von Zweck und Zwang . . . Die Vortäuschung, die so, mit allen Stempeln des wirklichen Lebens gestempelt in unsere Hand kommt, die nennen wir Hysterie.“ Hierbei wird alles als Vortäuschung bezeichnet, was für krank gelten will, ohne es zu sein und eine ausgesprochene hysterische „Erkrankung“ liegt eben nur dort vor, wo im Zustandsbild der Reflexvorgang über den Willensvorgang das entschiedene Übergewicht hat. Mit der wirklichen Krankheit hat nach Kretschmer das Hysteriegebiet nur zwei Berührungspunkte, einmal können

¹⁾ Kretschmer, Die Gesetze der willkürlichen Reflexverstärkung usw. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psych. 41.

krankhafte Grundzustände, wie schwere Entartung, Erschöpfung und Erschütterungen sich in hysterische Ausdrucksformen einkleiden und sodann können willkürliche hysterische Aggravationsversuche, erfaßt von dem „unerbittlichen Triebwerk psychophysischer Kausalität“, in einzelnen Fällen so weit reflektorisch werden, daß wir sie als hysterische Erkrankungen bezeichnen dürfen. Nur für diese beiden Zusammenhänge will Kretschmer den Ausdruck „Hysterie“ als Krankheitsbegriff angewendet haben. Für die komplizierteren Tatbestände der unverhüllten Vortäuschung, — also „für das Stadium der willkürlichen Reflexverstärkung und des hysterischen Gewohnheitsrestes, soweit darin planmäßige Ausbeutung von gegebenen Reflexvorgängen für den Begutachter unverhüllt zu erkennen ist“ — soll der gute Ausdruck „Zweckneurose“ (wohl besser „Zweckreaktion“?) gebraucht werden, womit zugleich in scharfer Weise hysterische Ansprüche zurückgewiesen würden. Für die Mehrzahl aller Gelegenheitshysterien werde man mit dem Begriff der hysterischen Gewöhnung auskommen und die Ausdrücke für Vortäuschung im engsten Sinne, Aggravation und Simulation, sollen für die ganz einfachen, unentwickelten Fälle vorbehalten sein, für plumpe Improvisationen wie Temperaturfälschen, zeitweises Hinken, Sich-dumm-Stellen.

Wenn wir also nach all dem der Ansicht sind, daß Krankheitvortäuschen und Hysterischsein im Prinzip das gleiche ist, so ist es begreiflich, wenn man leicht dazu geneigt ist, hysterische Störungen moralisch zu bewerten. Obwohl der Arzt als Diagnostiker und Therapeut sich tunlichst von jeder moralisierenden Betrachtungsweise fernhält und das gütige Verstehen und milde Verzeihen für die ärztliche Tätigkeit das Ideal darstellt, so läßt sich eine Stellungnahme hierzu doch schwer umgehen, da das Hysterische seinem Charakter nach eine soziale Erscheinung ist, da die hysterischen Ausdruckssymptome mit der Wirkung auf andere Lebewesen rechnen, mithin auf das Verhältnis von Mensch zu Mensch eingestellt sind und damit auch eine ethische und moralische Wertung herausfordern. Und wenn Wundt¹⁾ von der „mehr negativen Moralität der Primitiven“ spricht und sagt, daß „diese wiederum der Bedürfnislosigkeit, dem Mangel jeglichen Anreizes zu Handlungen, die wir als unmoralisch bezeichnen, entspringt“, so bezweifle ich im Zusammenhange mit alledem, daß der einsame Mensch auf einsamer Insel hysterisch reagieren kann.

Was ist moralisch? Nach Dietzgen²⁾ ist „die Moral der summarische Inbegriff der verschiedensten einander widersprechenden sittlichen Gesetze, welche den gemeinschaftlichen Zweck haben, die Handlungsweise des Menschen gegen sich und andere derart zu regeln, daß bei der Gegenwart auch die Zukunft, neben dem einen das andere, neben dem Individuum auch die Gattung bedacht sei. Der einzelne Mensch findet sich mangelhaft, unzulänglich, beschränkt. Er bedarf zu seiner Ergänzung des anderen, der Gesellschaft, und muß also, um zu leben, leben lassen. Die Rücksichten, welche aus dieser gegenseitigen Bedürftigkeit hervorgehen, sind es, was sich mit einem Worte Moral nennt“.

Aus dieser philosophischen Definition geht ohne weiteres hervor, daß die Ansichten darüber, welche Handlungen moralisch sind, verschiedene sein können und tatsächlich auch verschieden sind. Nehmen wir eine hysterische Reaktion, so treffen wir den treusorgenden Familienvater und im Frieden guten Staats-

¹⁾ Wundt, Elemente der Völkerpsychologie. Leipzig. 113.

²⁾ Dietzgen-Brevier für Naturmonisten. München 1915.

bürger, der im Kriege versagt, den die Sorge um seine Familie in die hysterische Erkrankung treibt; auf der anderen Seite haben wir den moralisch Defekten, der es im Frieden nie auf einen grünen Zweig gebracht hat, seine Familie hat darben lassen und jetzt aus Abenteuerlust heraus ins Feld gezogen ist und nicht hysterisch reagierte.

Wenn in einer kulturell höher stehenden Volksgemeinschaft der Hysteriebegriff zu einer moralischen Verurteilung leicht herausfordert, so liegt die Ursache dafür ja auf der Hand: Die Moral erwartet ein Auskämpfen aller Konflikte, sie verurteilt jede Flucht, so auch die Flucht in die Krankheit, sie verurteilt jede Vortäuschung, so auch die Vortäuschung von Krankheit.

Das Schwierige bei der moralischen Bewertung hysterischer Störungen ist nur die Tatsache, daß Mensch und Mensch nie gleichgesetzt werden können. daß Volk, Rasse, Milieu ein ganz verschiedenes ist und damit auch die Ethik eine andere ist, daß das, was auf niedriger Entwicklungsstufe, also bei Kindern und primitiven Völkern noch als primitive Ausdrucksform und mehr phylogenetisch bewertet werden muß, bei einem hochentwickelten Kulturmenschen ganz anders und mehr ontogenetisch zu betrachten ist.

Es ist gar nicht unwahrscheinlich, daß bei primitiven Völkern hysterische Reaktionen eine wichtige und übliche Waffe im Kampfe ums Dasein gegenüber anderen Volksrassen bedeuten. Völkerpsychologische Untersuchungen könnten manches Interessante hierzu bringen, doch fließen die Mitteilungen zu diesem Kapitel bisher spärlich. Jedenfalls sagt Wundt, daß „nicht nur die moralische Beurteilung, sondern auch der moralische Charakter eines Menschen wesentlich von den äußeren Bedingungen abhängig ist, unter denen er lebt“; und: „Wo der Primitive frei sein Leben fristet, da könnte man seinen Zustand fast einen idealen nennen, weil es nur wenige Motive zu unsittlichem Handeln in unserem Sinne gibt. Wo er dagegen verfolgt wird, da fehlt ihm jeder moralische Halt.“

Auf jeden Fall mahnt uns dies zur Vorsicht bei jedem Anlegen eines moralischen Maßstabes, denn es kommt auch sehr darauf an, auf welchem Boden die hysterischen Störungen auftreten, welche Intelligenzstufe nachweisbar ist, ob es sich um Männer, Frauen, Kinder handelt, welche Umstände zur Flucht in die Krankheit bewogen haben. Alles das müßte abgeschätzt werden, und auch dann wird das moralische Endurteil je nach der persönlichen Anschauungsweise des ärztlichen Beobachters verschieden ausfallen. Es besteht für uns also durchaus kein Hindernis, an Hysterikern einen moralischen Maßstab anzulegen, ja tatsächlich — wie schon früher angedeutet — tun wir das ja in der Praxis mehr oder weniger bewußt schon immer, klar müssen wir uns nur darüber sein, daß ein moralisches Werturteil immer nur ein relatives sein kann, daß auch hierfür Relativitätsgesetze gelten, daß der Maßstab der Beurteilung nicht in der Natur, sondern in uns selbst liegt, daß es sich hierbei also um ein sehr persönlich gefärbtes, kein naturwissenschaftlich verwertbares Urteil handelt. Und das ist die Erkenntnis, zu der ja schon Shakespeares Hamlet gekommen ist: „Nichts ist an und für sich gut oder böse, das Denken der Menschen macht es erst dazu.“

Siebenter Teil.

Nun zur Therapie! Wenn unsere Ansicht vom Wesen der Hysterie richtig ist, so wird das Haupterfordernis einer rationellen Behandlung darin bestehen, festzustellen, aus welchen Gründen der Kranke sich mit seinem Willen und seinen Wünschen und seinem Interesse an der Krankheit beteiligt, d. h. wir müssen uns bemühen — leider wird es ja recht oft nur beim Bemühen bleiben! — den psychologischen Mechanismus so weit wie möglich bloßzulegen. Insoweit besteht dann ja durchaus Übereinstimmung mit den Forderungen der psychoanalytischen Schule. Die andere Frage, ob die Methodik der Psychoanalytiker nicht ihre Bedenken hat, ob die Deutung der Untersuchungsergebnisse nicht recht oft eine willkürliche, wenig beweiskräftige ist, soll in diesem Rahmen nicht erörtert werden. Zweifellos gibt es ja auch andere Wege, dem eigentlichen Motiv der Erkrankung näher zu kommen, worüber in einer späteren Arbeit zu sprechen sein wird. Bekannt ist es, daß mit der Klarlegung des psychologischen Mechanismus, mit der Aufdeckung des „Komplexes“ und der entsprechenden Belehrung des Hysterikers bisweilen schon die Heilung erzielt ist. Dieses dürfte aber nur für solche Formen gelten, wo eben die Willenskomponente eine recht schwache ist, wo sich das Individuum wieder aus der Krankheit, in der es sich verfangen hat, herausseht.

Es wird hierbei aber viel zu sehr vergessen, daß nur ein geringer Bruchteil der Menschen rational veranlagt ist, daß die meisten Menschen gar nicht das Bedürfnis haben, alle Motive ihres Handelns von einem anderen bloßgelegt zu bekommen, daß es ihnen recht unangenehm ist, sich selbst Rechenschaft abgeben zu müssen, daß sie viel lieber triebartig, instinktiv handeln, sich gern in eine Phantasiewelt flüchten, sich gern etwas vormachen, sich in einer solchen Welt glücklich fühlen. Sie lassen sich nur ungern die „ideale Forderung“ des Gregers Werle in Ibsens „Wildente“ präsentieren, und der realistische Arzt in dem gleichen Stücke hat zweifellos recht, wenn er sagt: „Nehmen Sie einem Durchschnittsmenschen die Lebenslüge und Sie nehmen ihm zu gleicher Zeit das Glück!“

Die ruhige Besprechung des psychologischen Zusammenhangs wird nach meiner Auffassung nur in den wenigsten Fällen auch eine gleichzeitige Heilung bedeuten, in der Regel wird es sich lediglich darum handeln, daß der Arzt sich über den Zusammenhang klar ist und die Kenntnis des Zusammenhangs für sein weiteres therapeutisches Handeln benutzt. Kennt man die Ursache, derentwegen jemand in die Krankheit geflüchtet ist, derentwegen er an der Krankheit festhält, so ist ein bekanntes Heilmittel und in seiner Art auch durchaus rationelles dieses, daß man die Ursache zu beseitigen sucht. Das weiß und befolgt ja der Gatte, wenn er den Wünschen der Gattin nachgibt, nachdem sie wegen der Verweigerung mit Ohnmachtsfällen reagierte, dies weiß die — freilich wenig erzieherisch veranlagte — Mutter, wenn sie dem schreienden Kinde den Willen tut, danach richten sich auch die meisten Gefängnisärzte, wenn sie den hysterisch Stuporösen oder hysterisch Krampffälligen ins Krankenhaus bringen, vielleicht sogar der Freiheit wiedergeben. Dies wußten und befolgten wir während des Krieges, indem wir dem hysterischen Zitterer vor der Behandlung versprochen, oder ihm doch wenigstens durch andere wissen ließen, daß wir ihn nicht wieder an die Front schicken würden. Es ist ganz

zweifellos, daß die Befolgung dieses Grundsatzes, d. h. die Beseitigung der Ursachen hysterischer Störungen, die besten Erfolge erzielt, aber diese Methode, so rationell sie erscheint, ist doch nicht immer anwendbar, denn einmal sind wir eben jetzt in unserer Charakterkunde noch nicht so weit, daß wir alle Motive hysterischer Störungen kennen, dann liegt es recht oft außerhalb der Macht des Arztes, die Ursachen zu beseitigen und schließlich müssen wir uns klar sein, daß das Befolgen dieser Methode doch auch ein Waffenstrecken vor dem Hysteriker bedeutet, daß es zwar für den Augenblick recht erfreulich sein kann, ein Symptom auf diese Weise zu beseitigen, daß aber gerade dadurch die Wiederkehr solcher Symptome begünstigt wird. Dieses Verfahren berücksichtigt eben nur das Symptom und ist deshalb vor allem bei solchen hysterischen Störungen anwendbar, die unter dem Einfluß bestimmter, stark affekterzeugender Vorgänge, einmalig, bei sonst nicht besonders hysterisch veranlagten Menschen auftreten. Das Verfahren berücksichtigt dagegen nicht den hysterischen Charakter, es nimmt keine Rücksicht darauf, daß der Hysteriker rasch wieder hysterisch reagiert, wenn er sieht, daß er mit seinen Reaktionen sich nützt, kurz, das Verfahren ist nicht großzügig, weitsichtig, nicht pädagogisch.

Gerade die Behandlung von hysterischen Störungen ist ja nicht nur, oder ich möchte sagen, sie ist zum wenigsten rein ärztlicher Natur, sie ist vielmehr hauptsächlich erzieherischer Natur. Und deshalb muß eine großzügigere Behandlung hysterischer Störungen nicht nur auf die Behandlung des Einzelsymptoms Rücksicht nehmen. Man wird nicht den Hauptwert darauf legen, den Stein des Anstoßes für die hysterische Reaktion aus dem Wege zu räumen, sondern man wird den Hysteriker auf andere Weise dazu zu bringen suchen, sich mit den gegebenen Umständen abzufinden, und von seinen als Krankheit imponierenden Symptomen zu lassen. Die Art der Mittel dazu ist eine verschiedene, und sie hängt von der Art, von der Schwere der hysterischen Störungen ab. Wenn wir mit anderen die Hysterie als eine Flucht in die Krankheit auffassen, so würde sich eine logische Folgerung insofern daraus ergeben, als man sich bei der Behandlung bemühen müßte, die hysterisch Reagierenden aus der Krankheit wieder zu vertreiben, ihnen die Krankheit, in die sie geflüchtet sind, unleidlicher zu machen, als ihnen die Umstände, die sie zur Krankheit getrieben haben, unleidlich sind. Wie ich schon oben ausgeführt habe, ist diese Methodik in verkappter Form zweifellos in den Neurotikerlazaretten während des Krieges angewendet worden, ihre strenge, rigorose Durchführung hat die großen Erfolge gezeitigt und diese Erfolge wieder können als Beweisführung für die Richtigkeit unserer Auffassung vom Wesen der Hysterie dienen. Wie man diese Verleumdung der Krankheit im einzelnen durchführen kann und durchgeführt hat, das wird der Leser aus den oben angegebenen Andeutungen ersehen haben. Zweifellos ist dieses ganze System ja keine Neuerrungenschaft des Krieges, sondern tatsächlich wird es ja in den Kliniken schon seit langem durchgeführt, indem man es für einen Kunstfehler hält, Hysterische zu verweichlichen und verzärteln, indem man dem Pflegepersonal strengen Auftrag gibt, die hysterischen Improvisationen und Mätzchen nicht zu beachten, die Hysteriker zwar menschlich, aber doch mit einer gewissen Kühle zu behandeln, indem man hysterisch Krampffällige isoliert, Stumme und Gelähmte mit kräftigen Strömen behandelt. Die Methode während des Krieges unterschied sich von dieser letzten Art lediglich dadurch, daß man sie rigoroser durchführte, daß

man das Vorgesetztenverhältnis ausnutzte, daß man — wie schon angeführt wurde — das Ganze in ein strenges System brachte, so daß es für die Hysteriker nicht möglich war, der strengen Behandlung zu entgehen und ruhig die Vorteile seiner hysterischen Erkrankung zu genießen. Es ist aber ohne weiteres klar, daß die strikte Durchführung dieses Grundsatzes, d. h. des Grundsatzes, den Kranken — sei es auch unter ärztlichem Deckmantel — die Krankheit zu verleiden, eben nur in einer streng disziplinierten Umgebung möglich ist, und es ergibt sich daraus, daß schon mit Rücksicht auf die gegenwärtigen sozialen Verhältnisse trotz all der lauterer Motive, die dieser Behandlung zugrunde liegen, an die Durchführung dieser Ideen jetzt nicht mehr zu denken ist, insbesondere nicht bei den Unfallhysterikern. Dabei lasse ich die Tatsache ganz unberührt, daß eine solche Behandlungsart, in so schonender äußerer Form sie auch durchgeführt werden kann, nicht dem Wesen jedes Arztes liegt. Das Wichtigste ist aber, daß in den meisten Fällen der Hysteriker dem Arzt einfach weglaufen kann, wenn er sich in dessen Behandlung unbehaglich fühlt, daß er sowohl in die Krankheit, als auch aus der Behandlung flüchten kann. Die Methode kann strikte eben nur dann durchgeführt werden, wenn letzteres nicht möglich ist, wenn die Autorität des Arztes unter allen Umständen bewahrt bleibt, also z. B. bei Inhaftierten und bei Kindern, deren Eltern belehrt und mit der Behandlungsart einverstanden sind. In den meisten Fällen wird man sich aber damit begnügen müssen, den Kranken eben nicht als Schwerkranken zu behandeln, ihm nicht die Krankheit besonders leicht zu machen, ihm wenigstens nicht Zuckerbrot, sondern gelegentlich einmal die Rute (bildlich!) zu geben. Ausgehend von der Tatsache aber, daß der Wille krank zu bleiben bei vielen hysterischen Störungen nicht übermäßig fest und energisch ist und daß andererseits bisweilen die Willenskomponente fast ganz verlorengegangen ist, der Kranke wohl gesund sein möchte, sich aber nicht mehr aus seiner hysterischen Erkrankung herausfindet, daß er nur ärztliche Anleitung braucht, wieder symptomfrei zu werden, wird man durch die bekannten Methoden wie Hypnose, Wachsuggestion, Übung versuchen, die Störungen zu beseitigen und wird immer damit Erfolg haben, wenn der Gegenwille kein allzu großer ist. Daß eine Charaktererziehung durch Eltern und Erzieher, durch Arzt sowohl wie das Haus daneben hergehen muß, ja eigentlich die Hauptsache ist, braucht wohl nur nebenbei bemerkt zu werden. Andererseits — und darauf werden wir bei der Begutachtungsfrage zu sprechen kommen — wird, besonders bei den im engeren Sinne sozialen Formen der Hysterie, immer noch ein verhältnismäßig großer Teil direkt schlechtwilliger, direkt widerstrebender Hysteriker übrig bleiben, deren Behandlung nutzlos ist, weil die Betroffenen eben unter keinen Umständen von ihren Symptomen befreit werden wollen. Hier handelt es sich um die Fälle, die fließend in die Simulation übergehen, beispielsweise um die sogenannten „hysterischen Gewohnheitsreste“, um die „Gelegenheitshysteriker“, also diejenigen Individuen, die, um Rente zu erhalten oder behalten, gelegentlich einmal hinken, die gelegentlich einmal einen, leicht willkürlich nachahmbaren Krampfanfall bekommen, die in leichter Form zittern, wenn sie gerade beim Arzte sind, die Hand nicht gebrauchen wollen, obwohl sie kräftige Arbeitsschwielen daran haben, die munter und vergnügt im Freundeskreis scherzen und wehleidig klagend in der ärztlichen Sprechstunde sitzen. Da es für den Arzt — irren ist ja menschlich! —

stets klug ist, von vornherein jeden Hysteriker zunächst als Kranken zu behandeln, auch wenn das Moment der Vortäuschung besonders drastisch zutage tritt, so wird man es stets zuerst mit einem Zuspruch, mit Suggestion und Persuasion versuchen, um eine „goldene Brücke“ zum Rückzug zu bauen. Gelingt die Beseitigung der Symptome hiermit aber nicht, so muß der Gewohnheits hysteriker dem Kampfe ums Dasein überlassen werden, der Arzt vergibt sich nur etwas, wenn er sich wochen- und monatelang mit solchen Schlechtwilligen abquält, und nichts erreicht, weil der Behandelte eben bewußt nicht will.

Achter Teil.

Es fragt sich nun, wie man Behandlungswürdigkeit und Behandlungsberechtigung bei Hysterikern feststellen soll. Und damit kommen wir zur Frage der Beurteilung, d. h. der zivilrechtlichen Begutachtung hysterischer Störungen. Als selbstverständlich darf dabei wohl vorausgeschickt werden, daß jede Anpassung naturwissenschaftlicher Erkenntnis an rechtliche Verhältnisse etwas Mißliches, ein für die Naturforscher notwendiges Übel bleibt, daß dem persönlichen Urteil stets ein weiter Spielraum gelassen ist und man deshalb mit der Möglichkeit weitgehender Differenzen im Urteil der verschiedenen ärztlichen Begutachter rechnen muß. Und weiterhin darf es wohl als selbstverständlich betrachtet werden, daß es sich bei der Beurteilung der hysterischen Reaktionen nie um diese Reaktion allein handelt, sondern um die ganze Persönlichkeit, daß die hysterische Reaktion aus dem etwa vorhandenen sonstigen Krankheitsbild herausgeschält werden muß, daß beispielsweise eine neben den hysterischen Störungen bestehende Neurasthenie oder psychopathische Veranlagung gesondert zu bewerten ist.

Zwei Fragen müssen bei der Beurteilung gestellt werden:

1. Handelt es sich bei einer bestimmten vorliegenden hysterischen Reaktion überhaupt um eine Krankheit und ist der Kranke damit behandlungsbedürftig?

2. Welches ist die Ursache der hysterischen Störung, d. h. im speziellen Falle: ist der Militärfiskus mit Rücksicht auf eine durchgemachte Kriegsschädigung, eine Berufsgenossenschaft mit Rücksicht auf einen durchgemachten Unfall verantwortlich zu machen?

Nehmen wir die zweite Frage zuerst, so müßten wir streng genommen nach unserer Definition vom Wesen hysterischer Störungen sagen, daß die Schuld an der Erkrankung dem davon Betroffenen zugeschoben werden muß, daß in seiner Gesamtpersönlichkeit, seinem Nichtwollen, seiner Unlust Konflikte durchzukämpfen, die Ursache für das Auftreten der hysterischen Störungen zu suchen ist. Der Grad der äußeren Schädlichkeit würde damit weniger zu bewerten sein, denn wir haben ja im Kriege gesehen, daß die Schwere einer hysterischen Störung durchaus unabhängig von der Schwere eines psychischen oder körperlichen Traumas ist. Nun muß aber zugegeben werden, daß sich — ganz abgesehen von der Tatsache, daß hysterische Störungen sich oft mit anderen psychischen Komponenten vereinen — in der Praxis dieser Gedanke nicht konsequent verfolgen läßt. Hier tritt dann die Auffassung vom „konkurrierenden Verschulden“ in ihr Recht, d. h. man wird zugeben

müssen, daß zwar die Hauptursache der Störungen in der Persönlichkeit des Erkrankten zu suchen ist, daß aber doch eine auslösende Ursache anerkannt werden muß, wenn diese einigermaßen beträchtlich ist. Freilich ist eben diese auslösende Ursache erfahrungsgemäß bei weitem nicht so wichtig für die Schwere und für den Verlauf der Erkrankung, als es Laien und auch manche Ärzte meinen. Und die Mehrzahl der Psychiater und Neurologen tragen dieser wissenschaftlichen Erkenntnis auch dadurch Rechnung, daß sie den Grundsatz aufgestellt haben: Bei hysterischen Störungen, die durch einen Unfall, speziell durch ein Kriegstrauma ausgelöst worden sind, möglichst keine, nie eine hohe Rente geben, tunlichst nicht mehr als 30%. Dieser Grundsatz besagt praktisch, daß der Erkrankte für den Hauptteil seiner Erkrankung selbst verantwortlich gemacht werden muß, während dem Trauma nur eine geringe Schuld aufgebürdet werden kann. Ob im Einzelfalle überhaupt eine Rentenberechtigung vorliegt und wie hoch im Einzelfalle die Rente bemessen werden soll, das hängt in letzter Linie davon ab, ob bei der bestehenden hysterischen Störung die Reflexkomponente über die Willenskomponente überwiegt und wie weit sie überwiegt.

Es ist hier wieder Kretschmers¹⁾ Verdienst, seine Gedankengänge für die Praxis berechnet, formuliert zu haben. Er hat zu diesem Zwecke ein Schema aufgestellt, auf das ich hier verweise, ein Schema, das natürlich nur einen Entwurf bedeutet und das dem Begutachter im Einzelfalle einen weiten Spielraum läßt, das vor allem im einzelnen noch einer genaueren Begründung und exakten Bestätigung durch Einzeluntersuchungen bedarf.

Es werden drei große Gruppen Hysteriker unterschieden. Die erste Gruppe — und das ist sicher die kleinste! — ist die, wo man das Recht hat, die vorliegenden hysterischen Störungen als Krankheit zu bezeichnen, es ist die Gruppe, wo die Willenskomponente in der Reflexkomponente ganz verlorengegangen ist, es ist die Gruppe, wo man wirklich vom kranken Menschen sprechen kann, die der ärztlichen Behandlung bedürfen und die — wenn die Heilung des Symptoms nicht gelingt — auch rentenberechtigt sind, freilich Rentenberechtigung immer unter Beachtung des Grundsatzes, daß die Rente wesentlich niedriger sein muß als die des entsprechend organisch Kranken. Und daß eine solche hysterische „Erkrankung“ vorliegt, erkennt man daran, daß die vorliegenden Störungen für uns in der Regel nicht ohne weiteres willkürlich nachahmbar sind und die eine gewisse „neurologische Begrenzbarkeit“ aufweisen. Hierher gehören nach Kretschmer die Fälle von sogenannter Reflexhysterie, beispielsweise der echte Schütteltrémor, der echte Tic und andererseits auf mehr psychiatrischem Gebiete die Fälle von schwerer Hypobulie, d. h. also hysterisch Kranke, bei denen der Vorteil, den sie durch ihre Krankheit erreichen können, nicht im geringsten im Verhältnis zur Schwere und zu den Nachteilen ihrer Krankheitssymptome stehen, z. B. jahrelang Bettlägerige, jahrelang Astatistische, jahrelang Grotteske, Pseudodemente, Stupuröse, dazu rechnet Kretschmer noch die schweren Autohypnotiker und Explosiven, sowie die Kranken mit fester Objektivierung der Urteilstvorgänge, d. h. die paranoiden Psychosen, die hypochondrische Wahnbildung alter Traumatiker, das Rentenquerulantentum.

¹⁾ Kretschmer, Entwurf zu einem einheitlichen Begutachtungsplan für die Kriegs- und Unfallneurosen. Münch. med. Wochenschr. 1919. Nr. 20.

Dieser, wie gesagt, in der Begutachtertätigkeit gar nicht so großen Gruppe der wirklich hysterisch Kranken steht die von Kretschmer neu geschaffene zweite Gruppe der hysterischen Gewöhnung gegenüber, wobei er als hysterische Gewöhnung alle diejenigen hysterischen Zustandsbilder bezeichnet, die aus Willensvorgängen durch allmähliche Einschleifung entstanden sind. Hierzu wären z. B. zu rechnen einfache Gang- und Haltungsstörungen, die nicht einem neurologischen Krankheitsbild entsprechen, die abulische Muskelschwäche, die hysterischen Schmerzen. Und hierher gehört auch der sogenannte hysterische Gewohnheitsrest, wobei es sich um die unvollständigen Spätformen der Reflexhysterien handelt, die der mangelnden Willensunterstützung seitens der Patienten ihre Fortdauer verdanken, wobei also der Willensvorgang wieder das Übergewicht über den Reflexvorgang erlangt hat. Hier handelt es sich im Gegensatz zu den Reflexhysterien um meist unregelmäßige und unvollständige Störungen, die besonders in passender Situation auftreten und mit solchen Gewohnheitsresten haben wir es ja ganz besonders bei behandelten Hysterikern zu tun, die einmal symptomfrei gemacht worden sind, aber aus leicht durchschaubaren Gründen sich einen kleinen Rest ihrer Erkrankung für alle Fälle aufgehoben haben. Von den mehr psychiatrischen Formen wären hierzu zu rechnen der gewöhnliche, deutlich tendenziös ausgeprägte hysterische Anfall, der gewöhnliche Erregungszustand des Kriminellen und Infantilen, das „Gros aller Gelegenheitshysteriker“.

Diese zweite Gruppe also, bei denen ein direkter Konnex mit der Willenssphäre vorhanden ist, deren Symptomatik im Formkreis des physiologisch Möglichen liegt, ist keinesfalls rentenberechtigt, wohl aber sind sie behandlungsberechtigt, d. h. genauer genommen anleitungsbedürftig. Im Laufe der Suggestivbehandlung oder ruhigen Beratung wird es sich dann zeigen, inwieweit man seine Behandlung fortsetzen soll oder inwieweit man es mit einem ernstlich Schlechtwilligen zu tun hat, der schon mehr in die

dritte Gruppe gehört, der ausgesprochenen Aggravation und Simulation, die nicht behandlungswürdig, keinesfalls rentenberechtigt ist, ja, eventuell sogar strafbar wäre. Es handelt sich um die Gruppe, die auch als hysterische Vortäuschung bezeichnet wird, wozu zu rechnen wären die plumpen Augenblicksimprovisationen, wie Temperaturfälschen, das Zittern mit der rechten Hand, zeitweises Hinken und Schonen, viele der hysterischen Überlagerungen bei organischer Motilitätsstörung, die willkürliche, zeitweise Benutzung von Resten von Reflexhysterien und komplizierteren Gewöhnungen, die Pseudodemenz im Anfangsstadium, die bewußte Vortäuschung bei Angaben zur Vorgeschichte. Nach meiner Erfahrung ist die Unterscheidung der dritten von der zweiten Gruppe oft nicht leicht, was praktisch aber nicht allzu schwer wiegt, weil eine Rentenzahlung für beide nicht in Frage kommt.

Daß man sich auch bei Anerkennung unserer Anschauung tunlichst hüten soll, einen Untersuchten direkt als Simulanten zu bezeichnen, daß man ihm auf Umwegen die Wahrheit sagen soll, oder aber die bittere Pille irgendwie versüßen, resp. ihm einen ehrenvollen Rückweg in die Gesundheit offen halten soll, daß man andererseits aus praktischen Gründen auch bei hysterisch Kranken schwerster Form tunlichst die Erwerbsbeschränkung nicht so hoch bemißt, daß der Betreffende noch die Möglichkeit hat, neben seiner Unfall-

oder Kriegsrente eine Invalidenrente zu beantragen, kurzum, daß bei Bemessung einer Rente stets das erzieherische Moment eine wichtige Rolle zu spielen hat, sei am Schluß noch bemerkt, und ebenso sei hier noch auf die Schwierigkeiten hingewiesen, die dem nach unserer Auffassung urteilenden Psychiater dadurch erwachsen, daß frühere Begutachter hysterische Störungen wesentlich anders bewertet haben, vielleicht sogar die Erwerbsbeschränkung mit 100% abgeschätzt haben. In solchen Fällen muß natürlich der Arzt auf die frühere Beurteilung Rücksicht nehmen und es kann sich dann nur darum handeln, behutsam erzieherisch vorzugehen und die Rente allmählich abzubauen, um der Gefahr zu entgehen, hypochondrische Wahnbildung und Rentenquerulantum zu erzeugen. Eine bessere Einsicht der engeren und weiteren Fachgenossen in das Wesen hysterischer Störungen muß es aber in Zukunft dahin bringen, diese Störungen so frühzeitig wie möglich und so schnell wie möglich zu unterdrücken, sie tunlichst soweit wieder herzustellen, daß Rentenzahlung überhaupt nicht oder doch nur in geringem Ausmaß in Frage kommt, sie so zu analysieren, zu behandeln und abzufinden, daß es für das Individuum sowohl wie für die Gesamtheit von Vorteil ist. Nach dieser Richtung mitzuhelfen, das ist der Zweck meiner Arbeit.



3 5558 002 651 004

Heft 21-25
1920-1921.

37268

Monographien aus dem gesamt-
gebiete der neurol. u. psychia-
trie

DATE	ISSUED TO
Nov 16 '33	<i>C. M.</i>
Nov 25 '33	<i>M.</i>
Dec 14 '35	
Dec 17 '35	
Jan 2 '36	

CALL No. Heft 21-25
1920-1921.

ACCESSION No. 37268

THE ARCHIBALD CHURCH LIBRARY

NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL
CHICAGO ILLINOIS



3 5558 002 651 004

Heft 21-25
1920-1921.

37268

Monographien aus dem gesamt-
gebiete der neurol. u. psychia-
trie

DATE	ISSUED TO
Nov 16 '33	<i>C. M. H.</i>
Nov 17 '35	<i>M.</i>
Dec 14 '35	
Dec 17 '35	
Jan 3 '36	

CALL No. Heft 21-25
1920-1921.

ACCESSION No. 37268

THE ARCHIBALD CHURCH LIBRARY
NORTHWESTERN UNIVERSITY MEDICAL SCHOOL
CHICAGO ILLINOIS

