IV. Internationaler Kongress zur Fürsorge für Geisteskranke, Berlin 3.-7. Oktober 1910. (Schluss.)

S.	Lilienstein, Dr.
----	------------------

Bad Nauheim

Bericht von in Mit dem Kongress verbunden war eine „Ausstellung der Fürsorge für Gemüts-, Geistes- und Nervenkranken“, bei deren Eröffnung *Binswanger, Weber, Alt* und *Kluge* für ein grösseres Publikum bestimmte Vorträge hielten.

Weber-Göttingen behandelt die Frage der Zunahme der Geisteskranken und tritt der Behauptung entgegen, dass wir notwendigerweise eine Zunahme der Geisteskrankheiten erleben müssen, weil das im Laufe der Kulturentwicklung immer feiner organisierte Gehirn den Anforderungen des modernen Lebens nicht mehr gewachsen sei. Wenn das Gehirn des hochstehenden Kulturmenschen wirklich anders organisiert ist als das eines einfachen Naturvolkes, so ist der Gegensatz doch nur der, wie zwischen einem geübten und einem ungeübten Organ: das hochentwickelte Gehirn ist reicher an Fasern und Faserverbindungen. Gegen eine übermässige Inanspruchnahme tragen die meisten sonst gesunden Organe ihre Schutzvorrichtung in sich. Theoretisch darf man also nicht die Zunahme der Geisteskrankheiten als notwendige Begleiterscheinung der modernen Entwicklung folgern.

Die Statistik und Sammelforschung besagt einwandfrei, dass in allen Ländern die Zahl der in Anstalten untergebrachten Geisteskranken im letzten halben Jahrhundert sehr stark zugenommen hat. Das beweist noch nicht eine Zunahme aller Geisteskranken, ein Umsichgreifen der Geisteskrankheiten.

Die stärkere Füllung der Irrenanstalten wird bedingt vor allem dadurch, dass sich die Gesellschaft ihrer Pflicht, für die Kranken zu sorgen, mehr bewusst ist als früher. Die zunehmende Bevölkerungsdichte macht es auch leichter Geisteskranken unmöglich, sich draussen im Leben in einer Stellung zu halten. Den aus dem wirtschaftlichen Kampfe Ausgeschiedenen zu Hause zu verpflegen, ist aber den Angehörigen nicht mehr möglich, weil die Arbeitskraft, die für die Pflege in Anspruch genommen wird, im freien Erwerb besser zu verwenden ist. Der zunehmende Wohlstand und das allmählich schwindende Misstrauen gegen die öffentlichen Anstalten erleichtern den Angehörigen die Unterbringung in Anstalten.

Aus den statistischen Angaben, namentlich der englisch-schottischen Irrenfürsorge, ist zu ersehen, dass zwar die Anstaltskranken seit 1858 immer mehr zugenommen haben, dass aber diese Zunahme sich in der letzten Zeit viel langsamer vollzogen hat als früher, besonders seitdem die Zahl der Anstaltskranken, etwa 3,6 auf 1000, sehr nahe an die Zahl der als hilfs-bedürftig erkannten Geisteskranken herangekommen ist. Es ist also anzunehmen, dass dieser Prozess der Vermehrung der Anstaltsinsassen zum Stillstand kommt, sobald alle wirklich hilfsbedürftigen Kranken aus der Bevölkerung herausgenommen sind.

Die Zahl aller überhaupt vorhandenen Geisteskranken in irgend einem Lande sicher festzustellen, ist bisher noch nicht gelungen. Das liegt daran, dass eine Geisteskrankheit bei Zählungen pp. nicht so leicht zu erkennen ist wie Blindheit, Taubstummheit oder Krebs. Auch gibt es zahlreiche Uebergangsformen von der geistigen Gesimtheit zur Geistesstörung. Ob ein bestimmter Zustand als Geistesstörung erscheint, hängt nicht, wie bei körperlichen Erkrankungen, nur von dem Krankheitsprozesse selbst ab,

sondern auch von den äusseren Momenten, der Einwirkung der Umgebung. Diese äusseren Momente haben sich aber in den letzten Jahrzehnten in einer für die Geisteskranken ungünstigen Weise geändert. In Beamtenstellungen wie in freien Berufen ist jeder Mensch abhängiger von seiner Umgebung als früher, haben sich mehr Reibungsflächen gebildet, welche die geistige Invalidität erkennen lassen. Schulpflicht und Militärdienst stellen ebenfalls Prüfsteine für die geistige Gesundheit dar, die früher nicht vorhanden waren. Diese Momente gelten nicht nur für die Geisteskranken selbst, sondern namentlich für die grosse Gruppe der Grenzzustände: die Schwachsinnigen, Epileptiker, Degenerierten, Nervösen. Alle diese Leute sind keine Geisteskranken und wurden früher nicht dazu gerechnet. Aber unter besonderen Umständen, in schwierigen Situationen, die jetzt eben häufiger vorkommen als früher, treten bei ihnen vorübergehend oder für längere Zeit abnorme psychische Zustände auf, in denen sie erkannt und dann zu den Geisteskranken gezählt werden. Das trifft namentlich für die Fälle zu, die im Laufe eines Gerichtsverfahrens wegen Geisteskrankheit freigesprochen wurden oder die im Strafvollzug erkranken; hier handelt es sich viel häufiger um solche Grenzzustände, als um ausgesprochene Geisteskranke. Auch der Dienst beim Landheer und bei der Marine, ferner die Fürsorgeerziehung lässt eine Menge solcher psychopathischen Individuen erkennen, an deren Existenz früher niemand gedacht hat. Im gewöhnlichen Leben können sie sich halten; bei den besonderen Anforderungen der Disziplin versagen sie.

Schliesslich hat die Statistik auch ergeben, dass die Zahl der schweren akuten Fälle geistiger Störung abgenommen hat; die Vermehrung der Anstaltskranken wird hauptsächlich durch die leichten chronischen Fälle und die degenerativen Formen bedingt. Die Ursachen dieser Erkrankungen sind aber weniger in äusseren Schädlichkeiten, wie sie etwa die modernen Lebensverhältnisse mit sich bringen, als in einer abnormen, durch Keimschädigung zustande gekommenen Anlage zu suchen. Diese endogene Anlage, die sogenannte Degeneration, kennt man in ihren einzelnen Faktoren jetzt genauer als früher, und gerade die moderne Kultur, die heutigen sozialen Bestrebungen arbeiten daran, sie zu beseitigen. Bekämpfung des Alkoholmissbrauchs, der Tuberkulose und Syphilis, des wirtschaftlichen Elends, der Jugendverwahrlosung sind Errungenschaften der neuesten Zeit, Fortschritte, die noch kein Menschenalter bestehen und erst bei den folgenden Generationen ihre segensreiche Wirkung entfalten werden.

Pastor Seiffert-Strausberg (Mark): Wie weit ist die Mithilfe der Psychiater in der Fürsorgeerziehung notwendig, und inwiefern können Pädagogen und Psychiater an minderwertigen und psychopathischen Fürsorgezöglingen gemeinsam arbeiten?

Vortragender schildert das traurige Milieu der Familien, aus denen 89,6 pCt. der Kinder stammen. Das neue Fürsorgeerziehungsgesetz vom Juli 1900 habe einen gewaltigen Abgrund sozialen, seelischen, sittlichen Elends bei ca. 50 000 Zöglingen offenbart.

Die Mitarbeit der Psychiater bei der Fürsorgeerziehungsarbeit hält er nicht nur als ein- und erstmalige Untersuchung bei Einleitung der Fürsorgeerziehung für nötig, sondern besonders nach Erledigung der richterlichen Massnahmen, reichlich und dauernd in der Zeit der Fürsorgeerziehung. Die Fürsorgeerziehungsbehörden hätten im letzten Jahrzehnt immer mehr die Bedeutung dieser Spezialfrage erkannt. Besonders die Provinz Brandenburg sei hier bahnbrechend vorangegangen (3 Sonderanstalten in Potsdam, Strausberg, Templin).

Vortragender schildert dann an einigen Beispielen das gemeinsame Pflegen, Erziehen, Heilen und Retten von belasteten, hysterischen, neur-asthenischen Fürsorgezöglingen.

Er hofft vom Zusammenhalten der Psychiater und Pädagogen eine Einwirkung auf die Gesetzgebung (vorbeugende Verbesserung des § 1 des Strafgesetzes, Beibehaltung der Schutzgrenze des 18. Jahres trotz erster

in Berlin.

Lesung der Reichstagsjustizkommission), einen weiteren Fortschritt im Errichten von Sonderanstalten für schwerer psychopathische Fürsorgezöglinge bei den Verwaltungsbehörden, eine Hebung des Verständnisses für solche Kinder auch im Volksleben durch Mitarbeit der Psychiater in den Fürsorgeerziehungskolonien, eine höhere Wertung und Vertiefung der Fürsorgeerziehungsfacharbeit durch gemeinsame Fortbildungskurse.

Vortragender bringt Zahlen aus der Erfolgsstatistik der Fürsorgeerziehung. 88 pCt. männliche, 93 pCt. weibliche unter 14 Jahren in Fürsorgeerziehung gekommene Kinder seien zu braven, produktiven Bürgern umgewandelt worden.

(Nach einem Selbstbericht des Vortragenden.)

Hoppe-Tjchtspringe: Die Bedeutung einer geordneten Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für die Verhütung von Epilepsie, Idiotie und Psychopathie.

Die hereditäre Belastung, der endogene Faktor, spielt bei der Idiotie und der Epilepsie des frühesten Kindesalters bei weitem nicht die hervorragende Rolle, die man ihm früher zuwies; nur bei 45—55 pCt. ist hereditäre Belastung nachweisbar, wobei schon Tuberkulose und Lues mit einbegriffen sind. Bei 21—30 pCt. werden Infektionskrankheiten als Ursache des geistigen Schwächezustandes und der kindlichen Epilepsie angegeben. Sehr wichtig ist die Bekämpfung der Ernährungsstörungen mit ihren Folgen; doch auch Scharlach, Masern, Lungenentzündung u. s. w. können nachteilige Folgen für das sehr reizbare kindliche Nervensystem haben. Die Tuberkulose steht, abgesehen von den Hirnhautentzündungen, nicht in augenfälligem Zusammenhang zu den Erkrankungen des kindlichen Zentralnervensystems; anders die Lues. Infolge der verbesserten Diagnostik (von *Wassermann*) findet man bei etwa 9—15—25 pCt. der Idioten kongenitale Syphilis. Hier muss die Behandlung eingreifen. Kinder in Idioten- und Waisenanstalten sowie in Wöchnerinnenheimen u. s. w. sollten systematisch mit Hilfe der *Wassermanschen* Reaktion untersucht werden; manches Kind würde durch geeignete Behandlung dann vor geistigem Siechtum bewahrt werden. Besonders wichtig ist die frühzeitige antisiphilitische Behandlung.

(Vortrag erscheint in extenso in d. Münch. med. Wochenschrift.)

Pacta-Villejuif: Die Armee und die Geisteskranken.

Die Entfernung von Geisteskranken aus dem Heere liegt im Interesse des Heeres selbst und der Geisteskranken. Die Zahl der letzteren beträgt ca. 0,6 pCt. Bei schonender, zweckentsprechender Behandlung kann ein Teil der Psychopathen (*desequibres*) zum Heeresdienst verwendet werden. *P.* bezeichnet im einzelnen die Kategorien, die von der Armee fernzuhalten sind, und verlangt eine spezielle, psychiatrische Ausbildung eines Teiles der Militärärzte. Ausserdem gibt *P.* Anregungen für den Nachweis Imbeziller bei der Aushebung und während des Dienstes. Auch erörtert Vortragender die Gesichtspunkte, nach denen die psychiatrisch gebildeten Militärärzte verteilt und die speziellen Beobachtungsstationen für Minderwertige eingerichtet werden sollen. Militärärzte dieser Kategorie sollten direkt dem Ministerium unterstellt sein, um ihre Unabhängigkeit zu wahren.

Hallager-Aarhus: Die Wassermansche Reaktion bei progressiver Paralyse.

Durch die Wassermansche Reaktion wird nicht die syphilitische Natur der progressiven Paralyse bewiesen, vielmehr ist sie der Nachweis einer Veränderung des Serums bei Syphilis, die wohl häufig genug ist, um für die letztere Krankheit von grossem diagnostischem Wert zu sein; da sie sich aber auch bei nichtsyphilitischen Krankheiten findet, so kann man aus ihrem Auftreten bei Paralyse noch nicht auf die syphilitische Natur dieser Erkrankung schliessen. Es gibt viele Fälle von progressiver Paralyse, in denen die Reaktion anfangs negativ, später positiv gefunden wurde, andere, in denen die anfangs positive Reaktion später negativ wurde. Solche Fälle beweisen nicht, dass die Paralytiker syphilitisch sind, sondern dass es sich um eine durch Paralyse bedingte Veränderung des Blutserums handelt.

Raschid-Tahssin-Bey (Konstantinopel): Geisteskrankheiten und Psychiatrie in der Türkei.

Von 44 Millionen Einwohnern der Türkei sind 31 Millionen Muba-medaner. Unter diesen letzteren sind Geisteskrankheiten seltener, weil Lues und Alkoholismus seltener sind. Ferner fehlen die Industrieerkrankungen; das Leben spiele sich ruhiger, „hygienischer und sittenreiner“ ab, Haschisch- und Tabakrauohen habe nachgelassen. Von den Geisteskranken seien nur 7 pCt. Paralytiker. Weibliche Paralysen hat Vortragender nicht beobachtet. Unter den armenischen und griechischen Türken sei die Paralyse häufiger, bei den israelifischen Türken seltener.

Raschid- Tähssin gibt dann öinen statistischen Ueberblick über die von ihm im Gülhanehospitgllind in der Poliklinik beobachteten Psychosen. Die Hysterie zeigt unter den muhamedanischen Weibern eine Verbreitung fast wie in Frankreich. Idiotie und Imbezillität seien in jenen Bevölkerungskreisen häufiger, in denen Alkoholismus und Lues verbreitet sind.

Franz Apt-Vizevo.ys: Die klinische Anamnese in der Militärpsychiatrie. Bedeutung und Beschaffung.

Vortragender legt/fachstehende *Leitsätze* seinem Vortrag zugrunde und wünscht: 1. Aufklärung und Belehrung der Verwaltungsbehörden über das Wesen der Geisteskrankheiten und regelwidriger Geisteszustände mit Bezug auf ihren Einfluss auf die Eignung zum Militärajnsnte. Diesbezügliche Mitwirkung in der Heeresergänzung und bei der Beschafft mg der Daten über AbstapStaing, Vorleben u. dgl. — Aufforderung der Bürgermeister, Pfarrer, SchuBfehrer, Ortsvorsteher u. s. w. zur Mithülfe bei der Ausforschung geistig Defekter. Am besten durch die Verteilung von Aus-kunftsbogen. 2. Belehrung der Gendarmerie und anderer Exekutivorgane der öffentlicllSjn Sicherheitspolizeibehörden. 3. Anmeldepflicht der Irrenanstalten über die als Kranke interniert gewesenen Leute\ 4. Dieselbe Anmeldepflicht für Hülfschulen u. s. w. 5. Vorlage der Vorstrafen an die Stellungskommission. 6. Aufnahme der körperlichen Degenerationszeichen durch den Militärarzt. 7. Ausforschung der Daten der von den Stellungen-koimMissionen füj**ijbedingt tauglich" Befundener. 8. Bei froiwillig sich zum Militär Meldenden: die vom Kongresse der französischen Irren- und Nervenärzte in Nantes angenommenen Leitsätze: es darf sich kein Freiwilliger melden, ohne folgende Schriftstücke vorzulegen: a) ein am besten vom Hausarzt der Familie auszustellendes ärztliches Zeugnis, welches bestätigt, dass der sich Meldende niemals einen krankhaften Geisteszustand gezeigt mm; b)die vom Bürgermeister beglaubigtenSlpjdapiere. 9.Schaffung und Errichtung eigener Truppenabteilungen füSiÖaOiche Leute, welche in irgend einer Weise auffallen, versuchsweise eingestellt werden u. s. w., bei welchen aber ihr regelwidriger Geisteszustand voraussichtlich kurzerhand nicht festgestellt werden kann. Die Abteilungen sollen unter der ständigen Kontrolle eines Psychiaters stehen; Kommandanten, Offiziere und Unteroffiziere müssten sorgfältigst ausgewählt und psychiatrisch geschult werden. Die Abteilungen müssten eigene, verschärfte Disziplinarvorschriften bekommen.

.Peeters-Gheel erstattet das Referat über den Einfluss der Familienpflege auf die gesunde Bevölkerung.

Die Frage dieses Einflusses ist von Bedeutung für den Si.aa i. und für die Psychiatli^^jKaren xuiöhteilige Folgen von den Geisteskranken auf die FunüKen. in denen sie verpflegt werden, zu befürchten, so müsste man gegen die Ausdehnung dieser für die Geisteskranken so nützlichen Verpflegungsart sprechen.

Peeters war deshalb vom Wiener Kongress 1908 beauftragt worden, über diese Frage auf Grund seiner Erfahrungen in Gheel, der ältesten Irrenkolonie, zu berichten. Er untersuohte deshalb die Kriminalität, die Häufigkeit der Erkrankungen an Neurosen und Degenerationszuständen bei der Bevölkerung in Gheel.

Die Enquete Sei den Gerichtshöfen, den Polizeiamtern und Militärbehörden ergab, dass die Bevölkerung von Gheel durchschnittlich weniger

in Berlin.

kriminell ist als diejenige anderer Landesteile unter den gleichen natürlichen Bedingungen. Ländliche Distrikte haben durchschnittlich die gleiche oder eine etwas höhere Zahl, grosse und auch kleine Städte erheblich mehr Geisteskranke als Gheel. Neurosen sind in Gheel selten, ebenso die allgemeine physische und psychische Degeneration.

Die intellektuellen Leistungen in der Schule und die Angaben der kirchlichen Behörden lassen die Gheeler Bevölkerung ebenfalls als hochstehend erscheinen.

Vortragender resümiert: Da sich bei der seit Jahrhunderten dem Einfluss von Geisteskrankheiten ausgesetzten Bevölkerung von Gheel kein nachteiliger Einfluss gezeigt hat, so kann die Gründung von neuen Irrenkolonien empfohlen werden, und zwar dies um so mehr, als diese Art der Verpflegung den Kranken ein grosses Mass von Freiheit gewährt.

Leute-Berlin: Die Bedeutung der Keimträger in Irrenanstalten.

Die noch heute in vielen Irrenanstalten endemisch herrschenden akuten Infektionskrankheiten nehmen, wie der Vortragende durch eine Reihe von Beispielen belegt, in der Mehrzahl der Fälle ihren Ausgang von chronischen Keimträgern, die sich unter den Insassen der Anstalten oder dem Pflegepersonal befinden.

Von diesen wird die Krankheit entweder durch direkten Kontakt oder auf indirektem Wege durch infizierte Gegenstände oder Nahrungsmittel auf Gesunde übertragen; letzteres wird durch den Brauch, die weiblichen Irren bei haushohen Verrichtungen und in der Anstaltsküche zu beschäftigen, wesentlich begünstigt.

Die von solchen Keimträgern in Irrenanstalten drohenden Gefahren können gänzlich beseitigt werden, wenn

1. durch systematische bakteriologische Untersuchung der Insassen und des Pflegepersonals, ferner aber auch aller neu in die Anstalten eintretenden Personen alle Keimträger festgestellt,

2. alle Keimträger in besonderen Isolierabteilungen isoliert und

3. durch zweckmässige Desinfektion die von den Keimträgern ausgeschiedenen Infektionskeime unschädlich gemacht werden.

Die zur Durchführung dieser Aufgabe notwendigen bakteriologischen Laboratorien und Isolierabteilungen könnten zweckmässig für mehrere Anstalten eines grösseren Bezirkes, z. B. einer Provinz, gemeinsam eingerichtet werden und wären dann einer Anstalt des Bezirkes anzugliedern. In den Laboratorien würden auch die serologischen Untersuchungen (*Wassermannsche Reaktion*) für die Anstalten auszuführen sein.

Veisser-Bunzlau: Ueber die Bedeutung von Bazillenträgern in Anstalten.

1. Die Entdeckung der Bazillenträger stellt einen bedeutsamen Wendepunkt in der Geschichte der Seuchenlehre dar, nicht nur für die theoretische Auffassung, sondern auch praktisch hinsichtlich der gebotenen Abwehrmassnahmen. Denn wenn auch die Bedingungen, unter denen Epidemien entstehen und vergehen, zum guten Teil auch jetzt noch in Dunkel gehüllt sind, so steht doch so viel fest, dass, wo immer an bestimmten Oertlichkeiten Infektionskrankheiten, insbesondere Typhus und Ruhr, endemisch herrschen, es der systematischen Untersuchung in der Regel gelingt, Bazillenträger zu ermitteln, und dass' von diesen unter Umständen viele Jahre hindurch virulentes Material abgeschieden wird.

Es ist deshalb unerlässlich, die Bazillenträger ausfindig und nach Möglichkeit für die Umgebung unschädlich zu machen.

2. Auch in Irrenanstalten ist trotz unleugbarer Schwierigkeiten die Ermittlung von etwa vorhandenen Bazillenträgern durchführbar und wahrscheinlich sogar vollkommener zu leisten, wie bei der freien Bevölkerung, jpeiaus dürfte sich die verhältnismässig grosse Zahl von Bazillenträgern erklären, welche in einzelnen Anstalten gefunden worden sind. Durch keine Tatsache ist aber die Annahme gestützt, dass die Irrenanstalten in besonders häufigem Masse Bazillenträger beherbergen.

3. Die Unschädlichmachung von Bazillenträgern in Irrenanstalten hat dadurch ihre besondere Schwierigkeit, dass die Mitwirkung der Patienten bei der Durchführung der hygienischen Massnahmen naturgemäss meist nicht möglich ist. Ihre völlige Absonderung ist deshalb zum Schutze der anderen Anstaltsinsassen erforderlich. Gefährdet bleibt auf alle Fälle das Pflegepersonal, auf dessen Auswahl und Anweisung deshalb besondere Sorgfalt zu verwenden ist. Selbstverständlich muss dasselbe getrennt von den Kranken essen und schlafen. Die räumliche Anordnung muss so getroffen sein, dass die Durchführung der Desinfektionsmassnahmen keinerlei Unbequemlichkeiten bietet. Letztere selbst unterscheiden sich in nichts von dem allgemein üblichen Verfahren. Die Absonderung von *Typhusbazillenträgern* darf erst dann aufgehoben werden, wenn mindestens ein halbes Jahr lang die Dejektionen sich frei von Bazillen erwiesen haben; zum mindesten muss die Kontrolle derselben so lange fortgeführt werden. *Arbazillenträger* und alle Kranke, welche Ruhr durchgemacht haben, sind dauernd sorgfältig zu beobachten und bei der geringsten Verdauungsstörung abzusondern und alle Massnahmen so zu treffen, wie wenn es sich um einen neuen akuten Buhranfall handelte. Für die Bekämpfung endemischer Ruhr ist es erforderlich, dass die bakteriologischen Untersuchungen sofort *an Ort und Stelle* vorgenommen werden. Bei nicht ganz frischem Material sind Bazillen meist nicht zu ermitteln.

Ob *Diphtheriebazillenträger* abgesondert zu halten sind oder nicht, ist eine noch offene Frage. In solchen Anstalten, in welchen nicht eine grössere Zahl von Kindern verpflegt wird, dürfte die Absonderung von Diphtheriebazillenträgern durch längere Zeit nur dann gerechtfertigt sein, wenn der psychische Zustand derselben nicht merklich leidet.

4. In allen Anstalten, in welchen Typhus oder Ruhr herrscht oder welche in durchseuchten Gebieten liegen, empfiehlt es sich, alle neuen Aufnahmen und alle Angestellten bei dem Dienstantritt auf Typhusbazillen zu untersuchen; bei denjenigen Anstalten, welche nicht in gleichem Masse gefährdet sind, genügt es, die Verdächtigen einer möglichst wiederholten Untersuchung zu unterziehen.

Moerchen-Ahrweiler: Ueber degenerierte Frauen höherer Stände.

Die in letzter Zeit hervortretende Anhäufung gewisser „Sensationsprozesse“ (Steinheil, Tarnowska, v. Schönebeck u. a.), deren soziale Schädlichkeit unzweifelhaft und vielseitig ist, lässt eine von psychiatrischen Gesichtspunkten ausgehende Betrachtung der im Mittelpunkt der „Affaire“ stehenden Frauen als praktisch wichtig erscheinen. Die Prozessberichte, über Frau Steinheil, ebenso wie bestimmte klinische Erfahrungen machen es uns zur Wahrscheinlichkeit, dass wir es bei diesen Frauen mit einem *einheitlichen Typus psychischer Degeneration* zu tun haben. *Klinisch* betrachtet, handelt es sich um mehr oder weniger erblich belastete, konstitutionell psychopathische Frauen, bei deren degenerativer Charakterbildung ein bestimmtes *gesellschaftliches Milieu* wesentlich mitwirkte. Sie erweisen sich als *debile*, d. h. in ihrer Persönlichkeitsentwicklung auf einer kindlichen Stufe stehen gebliebene Individuen mit abnorm überwiegendem Triebleben und allgemeinen ethischen Defekten bei guter formaler Begabung. — Stets vorhandene neurotische Symptomkomplexe, teilweise hysteriformer Art, und gelegentlich auftretende Affektpsychosen lassen die *krankhafte* Grundlage der Entartung deutlicher hervortreten. *Kriminalpsychologisch* betrachtet, ist von besonderer Bedeutung die der allgemeinen Debilität entsprechende Neigung zu vorwiegend *infantiler Betätigung* einer *erheblich gesteigerten Sexualität*. Es resultiert hieraus eine Analogie zu dem Typus der „Demi-vierge“, des lasterhaften Backfisches. Die diesem eigentümliche provozierende und perverse Erotik findet sich hier bei einer erwachsenen, dfflKh körperliche Vorzüge und geselBKpflia© Gewandtheit imponierenden Frau. Das bedingt in erster Linie ihre durch die Debilität begünstigte *Gemeingefährlichkeit*. *Forensisch* gibt uns die geistige Minderwertigkeit und stete psychotische Disposition dieser Frauen das Recht, sie als *Geisteskranke* auch im Sinne des Strafgesetzbuches zu betrachten. Ihre Entmündigung erscheint gegebenen Falles angezeigt

und zulässig. Kommen diese Kranken zur *Ans'altsbehandlung*, so ist, mit Rücksicht auf ihre Hemmungslosigkeit und das Vorwiegen des Trieblebens bei ihnen, nur der moralische und äussere Zwang, wie ihn das Milieu der *geschlossenen* Anstalt ausübt, als zweckentsprechend und eventuell im ärztlich-pädagogischen Sinne wirksam anzusehen.

iJAWicA-Frankfurt a. M. und .MoM-London hatten das Referat über die Schlafkrankheit übernommen.

Ehrlich bekannte, dass er sich früher nicht mit Psychiatrie beschäftigt habe und erst durch seine bzw. *Alts* Untersuchungen der Wirkung von „606“ auch zu diesem Zweig der Therapie in Beziehung gekommen sei. Paralyse und Schlafkrankheit werden durch zwei Spirochäten bewirkt, die beide nur schwer zu beeinflussen sind. Durch Atoxyl wurden Nebenwirkungen auf den Opticus hervorgerufen und nur es» 10 pCt. dauernd geheilt (*Koch*). Die Bekämpfung der Schlafkrankheit (durch Arsenophenyl-glycin) ist durch den Umstand erschwert, dass die Parasiten lokale wiip* schiedenheiten zeigen, in Togo z. B. durch Arsenikalien leicht, in Kamerun und am Kongo sehr schwer zu beeinflussen sind. Die Patienten in Togo waren gegen Arsen wenig, in Ostafrika sehr empfindlich. Am wichtigsten für die Untersuchung ist die Veränderung der LumbalflüssigkeS» Bei Reziden treten andere Trypanosomenstämme und andere Antikörper auf als bei der ersten Erkrankung. EtappenbehancBpig hataiiti bei Arseno-phenylglycinnicht bewährt. Es tratUeberempfindlichkeit gegen das 1 Yiljariat und Arsenvergiftung auf. Bei der „Therapia sfcsrtEsans magna“ ist die Möglichkeit gegeben, 1. schon durch eine *Meine* Dosis Heilung zu erzielen; 2. grosse heilende Dosen können gefährlich werden; 3. auch solche grossen Dosen können versagen. Durch Kombination mit Trypjigtrot scheinen in neuester Zeit Dauerheilungen erzielt worden zu sein. Da einerseits die Endothelien der Meningen den Uebertritt von Sämitteln mit grossem Molekulargewicht verhindern und andererseits die Erreger in der CefiläiS* Spinalflüssigkeit beemStest werden sollen, so glaubt *M*, die Lösung des Problems bei Paralyse und Schlafkrankheit in der Auffindung von neuen durchgängigen Heilmitteln suchen zu müssen.

Moü geht auf die Geschichte der Entdeckung der Trypanosomen und der Schlafkrankheit ein und stellt die drei klinischen Stadien der Infektion dar:

1. Trypanosomiasis^ Dauer 12 Tage. Fieber, Drüsenschwellung.
2. Schlafkrankheit. Die Trypanosomen werden auch in der Cfirebro-spinalflüssigkeit gefunden. Fieber, nervöse Symptome (Müdigkeit, CJe-dächtnisschwache, Tremor, aber keine Bewusstseinsstörungen, keine Halluzinationen etc.), Dauer 3—6 Monate.
3. EndstadiuHtt Tiefe Bewusstlosigkeitelke Lähmungen der Sphinkteren, Decubitus, andere eiterige Infektionen imd Pneumonie.

Anatomischer Befund: Verdickung der Meningen. Obliteration des Zentralkanals, Perivaskuläre Infiltration mit Lymphozyten. Gliazellen-proliferation und -hypertrophie. Endothelzellenproliferation der perivaskulären Lymphräume und der Pia imd Arachnoidea« Keine Endarteriitis. Vereinzelte Nervenfaserdegeneration mit Neuroglianeubildung. aber keine Systementartung. In den Rindenzel» treten perfcAMEare Chromatolyse und gelegentlich Dendritenfortsatzschwund auf.

In vielen Fällen war der Befund durch Streptokokken- Und Diplo-kokkeriinfektion dM Meningen komplizieÄ Vortragender beschrieb als „Morulazellem** üiesenendothelzellen, die Blutzellen enthielten und die besonders bei Anwesenheit grosser Mengen von Trypanosomen in dor Cerebrospinalflüssigkeit beobachtet wurden. Zweifellos sei der Eintritt der Parasiten in den Subarachnoidalraum die Ursache der Schlafkrankheit.

Auoh *Moü* glaubt, dass die Parasiten in der Cerebrospinalflüssigkeit weder durch Phagozytose, noch durch Heilmittel zerstört werden können, und dass *deshalb* die Heilbarkeit sowohl der Schlafkrankheit wie der Paralyse wohl für immer in Frage zu stellen sei.

M. Schdtze-Beilin: Die Arbeit des „Roten Kreuzes“ bei Geisteskrankheiten.

Im Kriegsfall sei mit einer Zunahme der Geisteskranken zu rechnen. 1870/71 sei der Zugang an Geisteskranken von 0,37 auf 0,54 ‰. 1872 auf 0,93 ‰ gestiegen, tun 1874 wieder auf 0,21 ‰ zu sinken. Im Burenkriege und im amerikanisch-spanischen Kriege seien 2,6 ‰ verzeichnet worden. Auch im russisch-japanischen Kriege erkrankten 2 ‰ Psychosen. Es sei nötig, geistig Erkrankte sobald als möglich nach der Heimat zurück-zubefördern. Nur im russisch-japanischen Kriege sei wegen der schlechten Verbindung und der grossen Entfernung eine Zentrale für Geistesranke in Charbin errichtet worden, die 15 Monate bestand.

Die freiwillige Krankenpflege tritt — soweit ihre Mittel reichen — erst dann für die Versorgung Geisteskranker im Felde ein, wenn die militärärztliche Tätigkeit erschöpft ist. Vereinslazarette sollen an bestehende Irrenanstalten angegliedert werden. Das „Rote Kreuz“ übernimmt während des akuten Stadiums der Psychose auch die Fürsorge für die Familie.

iSfe'er-Berlin: Fürsorge für Geistesranke im deutschen Heere.

In allen Armeen besteht die Notwendigkeit, für akut geistig erkrankte Soldaten dadurch zu sorgen, dass in jedem Garnisonlazarett *ein Raum* zur Aufnahme eines erregten Geisteskranken hergerichtet wird, ein Erfordernis, das für die preussische Armee neuerdings in vollstem Umfange erfüllt ist. Die Beurteilung der fraglichen Fälle kann, wie es früher stets geschah, in den psychiatrischen Kliniken und Irrenanstalten vorgenommen werden. Da es aber in der grossen Mehrzahl der Fälle sich um ausschliesslich militärdienstliche Fragen handelt und hierin die Berufsmilitärärzte natur-gemäss die grössere Erfahrung besitzen, da ferner die Ueberführung in eine Irrenanstalt für den Staat teuer und für den Betroffenen eine meist unerfreuliche Massnahme ist und da es schliesslich ein berechtigter Wunsch der Militärärzte ist, auch auf diesem Gebiete ganz auf eigenen Füßen zu stehen, so geht das Bestreben in neuerer Zeit dahin, die genannten Fälle in besonderen *Beobachtungsabteilungen* zu sammeln und dort von spezialistisch ausgebildeten Sanitätsoffizieren beobachten und begutachten zu lassen. In unserer Armee sind durch planmässige Kommandierung an TJniversi tätskliniken und Irrenanstalten jetzt eine ausreichende Zahl von Militärärzten ausgebildet und in der Lage, solche Abteilungen zu leiten. Fertiggestellt sind derartige Beobachtungsabteilungen für fragliche Geisteszustände an den Lazaretten in Posen, Strassburg, Dresden, Magdeburg und für Bayern in München, Würzburg, Landau. Das Pflegepersonal dieser Abteilungen ist durch eine halbjährige Kommandierung an Irrenanstalten vorgebildet und bildet so einen Stamm von Pflegern, von denen wieder andere für den Kriegsfall die Irrenpflege praktisch erlernen. Beide Gruppen werden natürlich auch theoretisch vom leitenden Arzt speziell unterwiesen.

Die Art der *dauernden* Versorgung chronisch geisteskranker Soldaten muss je nach den besonderen Verhältnissen der einzelnen Armeen verschieden sein. In kulturell weniger entwickelten Ländern, in denen Zivilirrenanstalten nicht in ausreichender Zahl und Qualität vorhanden sind, wie in Russland, hat die Armee eigene *Militärirrenanstalten* gebaut, und auch in Oesterreich-Ungarn hat man die seit langem bestehende Anstalt dieser Art in Tyrnau beibehalten, da bei der poliMehen Zerrissenheit der Monarchie die endgültige Versorgung der Kranken oft allzu lange sich hinzieht.

Für uns in Deutschland besteht *keine* Notwendigkeit zur Schaffung von Militärirrenanstalten, da es nicht möglich igij die Kranken besser, und kaum möglich ist, sie billiger unterzubringen als in unseren Zivilanstalten. Der immerhin noch bleibende Wunsch einer besonderen Fürsorge für die meist verheirateten Unteroffiziere und Offiziere, deren Familien durch die Geisteskrankheit des Ernährers besonders hart getroffen werden, ist jetzt in bester Weise durch die neuen Versorgungsgesetze erfüllt worden.

(Selbstbericht.)

Der Vortrag Pfowi-München über die Bedeutung der Wassermannschen Reaktion fiel aus.

Im Anschluss an den Kongress fand die Jahresversammlung der *internationalen Liga gegen Epilepsie* im Hörsaal der psychiatrischen Klinik der Charité unter Vorsitz von *Tamburini-Peru* statt (Sekretär: *J. Donath-Budapest*).

FeiiÄ-Wuhlgarten sprach über die Kriminalität der Epileptiker, *iVfW&ejw-Amsterdam* über die Pathologie der Epilepsie.

Stransky-Wien machte anlässlich der Vorträge *Tamburinis* und *Rudins* die Bemerkung, dass die Differenz der Schlussfolgerungen zwischen *Tamburini* und *Rudin* nicht zufällig sei: Der eine habe die Verhältnisse einer alten, an die Schäden materieller Kultur hinreichend angepassten, der andere vorwiegend diejenigen einer an jene Noxen relativ wenig gewöhnten Nation vor Augen. Die moderne deutsche Nation reagiere auf die rasch und intensiv einwirkende Kultur mit stürmischen Erscheinungen. Sie sei in fast zu rapidem Anstieg auf diese Höhe gelangt. In solchen Epochen werden psychopathische Individuen mehr als sonst an die Oberfläche getrieben. Auch einzelne psychopathische Regungen in sonst gesunden Naturen kämen in solchen Zeiten mehr zum Vorschein (Spezialfall: Sensationslust). Deshalb brauche die Nation in ihrem Kern noch nicht krank oder gar verloren zu sein.

Fischer-B. Wiesloch-Baden: Die neue Irrengesetzgebung im Grossherzogtum Baden.

Das badische Gesetz vom 25. VI. 1910, die *Irrenfürsorge* betreffend, trifft Bestimmungen über die Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten *ohne* oder *gegen* ihren Willen. Erforderlich sind dazu: 1. der Antrag einer berechtigten Person (Eltern, Kinder, Vormund etc.) oder Behörde; 2. das Zeugnis eines in Deutschland approbierten Arztes (also nicht mehr wie seither des beamteten Arztes, Bezirksarztes) und 3. die Statthafterklärung des Bezirksamts. Wenn der Kranke gemeingefährlich, für die öffentliche Sittlichkeit anstössig oder verwahrlost ist, kann ferner das Bezirksamt von Amts wegen die Unterbringung anordnen. Diese Anordnung, wie auch die Statthafterklärung kann von den Beteiligten durch verwaltungsgerichtliche Klage angefochten werden. Die wichtigste Bestimmung enthält der § 7 des Gesetzes, wonach die *sofortige fürsorgliche Aufnahme* eines Kranken ohne Antrag und ohne Statthafterklärung erfolgen kann, wenn sie im Interesse des Kranken oder seiner Umgebung erforderlich ist und dies vom Bezirksarzt oder von einem Arzt der Anstalt bestätigt wird. So ist es möglich, die Kranken ohne jeden Verzug in die Heilanstalten zu verbringen, wie dies auch bei jedem anderen öffentlichen Krankenhaus der Fall ist. Zur Beobachtung können Untersuchungs- und Strafgefangene, Zwangszöglinge, Insassen des polizeilichen Arbeitshauses und Militärpersonen in jede der öffentlichen Irrenanstalten aufgenommen werden. Gegen seine Zurückhaltung kann der Pfl egling und auch seine Angehörigen Einspruch beim Bezirksamt erheben.

Handelt es sich um die Entlassung eines gemeingefährlichen Kranken, und zwar auch nach ursprünglich freiwilliger Aufnahme, so entscheidet das Bezirksamt, ob der Kranke in der Anstalt zurückzubehalten sei.

Geisteskranke, die keiner speziell psychiatrischen Behandlung mehr bedürfen, können auch in öffentlichen Armen- und Krankenanstalten untergebracht werden.

Die *Vollzugsverordnung* zu diesem Gesetz vom 30. VI. 1910 beschäftigt sich des genaueren mit dem Aufnahme- und Entlassungsverfahren und mit den Aufgaben der einzelnen Anstalten in der Irrenversorgung des Landes, ihren Aufnahmebezirken etc.

• Hier begegnen wir auch der Bestimmung über die freiwilligen Aufnahmen, wonach volljährige Nerven- und Geisteskranke auf ihren eigenen Antrag Aufnahme finden können, sofern sie sich nur nach dem Ermessen der Direktion für die Anstalt eignen und die Zahlung der Kosten sichergestellt ist.

Der zweite Teil enthält Anordnungen hinsichtlich der *Privatirrenanstalten*, die fachärztlich geleitet sein müssen und mit wenigen Einschrän-

kungen die gleichen Befugnisse haben wie öffentliche Anstalten. Auch gelten diese Bestimmungen in der Hauptsache für die Anstalten für Schwachsinnige, Kretinen, Idioten- und Epileptische.

Die auch nur vorübergehende Aufnahme Geisteskranker in private Krankenanstalten (Sanatorien), die nicht als Privatirrenanstalten konzessioniert sind, ist verboten.

Unstatthaft ist es, Kranke bis zur Ueberführung in die Irrenanstalt in Ortsarrestlokalen und Amtsgefängnissen zu verwahren.

Im wesentlichen handelt es sich beim Gesetze wie bei der Vollzugsverordnung um eine Neuzusammenfassung und Verbesserung der alten, im ganzen freihheitlichen Bestimmungen, so dass man mit Vertrauen ihrer Bewährung in der Praxis entgegensehen kann.

Autoreferat.

Dannemann-Giessea: Psychiatrie und Armenwesen.

Die Psychiater sollten sich mehr, wie es bisher geschehen, an der Erforschung der Ursachen des Pauperismus, soweit hier psychiatrische Momente in Betracht kommen, beteiligen.

D. verweist auf die Verhandlungen und Berichte des Deutschen Vereins für Wohltätigkeitspflege und Armenwesen (erschieden bei Dunker & Humblot in Leipzig), in denen in anerkennenswerter Weise seit einem Vierteljahrhundert versucht wurde, die Grundlagen einer rationellen Methodik der Armenpflege herauszustellen. Doch sei infolge ungenügender Beteiligung psychiatrischer Aerzte an den angestellten Erhebungen der psychiatrische Kern so manchen Problems nicht hinreichend gewürdigt worden. *D.* erläutert dies an einem Beispiel. Er empfiehlt den Fachkollegen, Fühlung mit den leitenden Persönlichkeiten der Armenämter anzustreben. Wo solches gewünscht werde — und es sei zu erwarten, dass vielerwärts von der Gelegenheit gern Gebrauch gemacht werden werde —, da solle man sich psychiatrischerseits bemühen, unter den Armenpflegern durch Vorträge etc. populärpsychiatrisches Wissen zu verbreiten. Man werde dann Auch hoffen dürfen, vollständigere Vormünder für manchen entmündigten Alkoholisten, Schwachsinnigen, Epileptiker zu gewinnen, wie man sie gegenwärtig zumeist antreffe. — *D.* hat an seinem Wohnsitz bereits diese Fühlung genommen.

IV. Jahresversammlung der Gesellschaft deutscher Nervenärzte.

Berlin, 6.-8. Oktober 1910.

Bericht von Dr. *£. Lilienstein-Tia* A Nauheim.

Die stark besuchte Versammlung tagte im Hörsaal des physiologischen Instituts der Universität. Wie der I. Vorsitzende *fflrh* bei der Eröffnung der Sitzung hervorhob, ist die Zahl der Mitglieder in diesem Jahre über 400 gestiegen. Der verstorbenen Mitglieder *Leyden*, *Brissaud*, *Schweiger*, *Windscheid*, *Waetzold* und *Raymond* wird ehrend gedacht.

Wallenberg-Daxizig erstattet sodann das Referat Ueber die neueren Fortschritte in der topischen Diagnostik der Erkrankungen des Pons und der Oblongata.

Der Referent berichtet zunächst kurz über den Ausbau älterer Methoden der Sensibilitäts- und Motilitätsprüfung sowie über die diagnostische Bedeutung neuer Untersuchungsarten (Vibrationsgefühl, vestibuläre Reaktionen, insbesondere kalorischer Nystagmus, zerebellare Motilitätsstörungen) und prüft darauf an der Hand der Literatur und eigener Kasuistik die Frage: Haben die neueren Fortschritte in der Anatomie und Physiologie der Zentralorgane die topische Diagnostik bulbärer und pontiner Herderkrankungen gefördert? Vortr. glaubt diese Frage bejahen zu dürfen und ist der Ansicht, dass eine weitgehende anatomische und funktionelle