

XIV.

Referate.

Ivar Wickmann, Beiträge zur Kenntniss der Heine-Medin'schen Krankheit (Poliomyelitis acuta und verwandten Erkrankungen). Berlin, 1907. S. Karger. 292 Seiten.

Wickmann, dessen Studien über Poliomyelitis acuta hier vor einiger Zeit besprochen sind, legt in dem umfangreichen Werk seine Beobachtungen nieder, welche er an über tausend Fällen gelegentlich einer 1905 in Schweden aufgetretenen ausgedehnten Epidemie anstellen konnte. Er benutzte die kartographische Aufnahme der Krankheit, um über ihre Verbreitung Aufschlüsse zu erhalten.

Den Namen „Heine-Medin'sche Krankheit“ wählt er, um damit auszudrücken, dass das von v. Heine zuerst geschilderte Krankheitsbild der spinalen Kinderlähmung, später durch Medin eine Erweiterung erfahren hat dahin, dass die Erkrankung mit sehr variirenden Erscheinungen auftreten kann. Medin, der als erster eine grössere Epidemie der spinalen Kinderlähmung beobachtete, constatirte zuerst, dass der pathologische Process sich auf die Medulla oblongata ausdehnen und die Hirnnerven mitafficiren könne. Er unterscheidet folgende verschiedene Formen der Krankheit: 1. poliomyelitische Form, 2. die unter dem Bilde einer auf- oder absteigenden Lähmung verlaufende Form (Landry'sche Paralyse), 3. bulbäre oder pontine Form (Oppenheim), 4. die encephalitische, 5. die atactische, 6. die polyneuritische, 7. meningitische und 8 abortive Formen. Zu der letzten Gruppe rechnet er die Fälle, welche in der Umgebung der ausgesprochenen Poliomyelitisfälle Kinder und Erwachsene befallen mit den initialen Symptomen der ausgebildeten Fälle, aber ohne nachweisbare Lähmung.

Die Symptomatologie der einzelnen Formen schilderte er unter Berücksichtigung eines reichen Materials.

Im 3. Capitel berichtet er über die Verbreitungsweise beider Epidemien in Schweden 1905. Hierbei ergeben sich ausserordentlich interessante Resul-

tate. Die Erkrankung zeigte sich in hervorragender Weise während des Sommers und Herbstes (von 1025 Fällen fielen 137 in den Juli, 367 in August, 243 in September, 140 in October).

Die Erkrankung tritt in grösseren Herden oder kleineren Gruppen auf, zwischen denen grosse Gebiete bestehen, die entweder ganz frei sind oder wo sie nur mit vereinzelt Fällen auftritt. Von der Bevölkerungsdichtigkeit ist die Krankheitsverbreitung unabhängig: die Städte sind viel weniger heimgesucht als das flache Land (72 Fälle in Städten gegenüber 959 auf dem Lande).

Die Herdbildung bei der Verbreitung äussert sich darin, dass einige grössere Gruppen sich bilden, von wo aus die Krankheit sich dann nach verschiedenen Richtungen weiter verbreitet, dann darin, dass anscheinend vereinzelt Fälle oft kleinere Gruppen bilden. Es liess sich constatiren, dass ein Contact zwischen fast sämtlichen von der Krankheit befallenen Personen stattgefunden hat. Der Contact wurde oft durch gesunde Zwischenpersonen vermittelt. Die Ausbreitung innerhalb der Herde ist in der Regel radiär. Die acute Poliomyelitis ist folglich zu den contagiösen Krankheiten zu rechnen.

Die Frage nach der Aetiologie ist noch nicht als erledigt anzusehen. W. theilt die Untersuchungen von Geirsvold mit, welcher während der norwegischen Epidemie 1905 in 12 Fällen (16 untersucht) einen constanten Mikroorganismus fand: bohnenförmigen *Diplococcus* oder *Tetracoccus*. Diese sind Gram-positiv und färben sich gut mit den gewöhnlichen Anilinfarben. Nach intravenösen Injectionen an weissen Mäusen, Kaninchen, Tauben traten Lähmungen auf. W. selbst erhielt in seinen Fällen im wesentlichen negative Resultate.

Die Frage, ob es bei der Erkrankung andere prädisponirende Momente gibt, ist schwer zu lösen. Eine nervöse Disposition, wie sie von Dejerine behauptet ist, konnte bei der grossen schwedischen Epidemie nicht nachgewiesen werden.

Prognostisch ist beachtenswerth, dass die Gefahr für das Leben mit dem Alter des betroffenen Individuums, wie sonst die geläufige Annahme ist, nicht abnimmt, sondern zunimmt. Die Erkrankung nimmt zwar mit den Jahren ab an Frequenz, aber auch Erwachsene werden nicht verschont: z. B. erkrankte ein 46jähriger Mann, der neun Kinder hatte, an einer typischen Poliomyelitis acuta, mit Paralyse des linken Armes, während alle Kinder gesund blieben.

Hand in Hand mit dem allmählichen Sinken der Morbidität geht eine auffallende Steigerung der Mortalität. Bis zum 11. Jahre hält sie sich auf verhältnissmässig niedriger Stufe (10—14,9 pCt.), schnell dann mit 12. bis 14. Jahre in die Höhe, erreicht 25,6 pCt.

Das Leben ist am 4. Krankheitstage meist bedroht. Haben die Kranken erst die erste Woche überstanden, ist Aussicht vorhanden, dass sie mit dem Leben davon kommen. Anstrengende Arbeit während des Initialstadiums scheint gelegentlich einen ungünstigen Einfluss auf den weiteren Verlauf der Krankheit auszuüben.

Resignirt bekennt der Verfasser, dass er über die Therapie nichts Neues zu sagen habe.

Das vorliegende Werk bereichert unsere Kenntnisse über die spinale Kinderlähmung ausserordentlich und ist als Muster des Studiums einer epidemischen contagiösen Nervenkrankheit anzusehen. S.

Oeconomakis, Milt., Dementia primitiva (praecox), Hebephrenie, Katatonia, Paranoia. Athen, Druck Sakellarios. 1907.

Verfasser giebt zunächst in kurzen Zügen eine Geschichte der Krankheit. Die Herrschaft der französischen Schule, der die griechischen Psychiater bis vor Kurzem meistens folgten, stand der schnellen Annahme der Dementia praecox hindern entgegen. Auf Vorschlag des Verfassers ist in der Athener Klinik der Terminus „Dementia primitiva“ statt „praecox“ eingeführt, da der Verfasser letzteren für anfechtbarer hält.

Die klinische Beschreibung, die der Verfasser, der Kraepelin'schen Dreiformentheilung folgend, giebt, begleiten Schriftproben und Abbildungen seiner Kranken und Betrachtungen über eigene Beobachtungen, die er in der Universitäts- und seiner Privatklinik gemacht hat.

Zwei von seinen eigenen Fällen erklärt der Verfasser für besonders interessant und wichtig für die Aetiologie der Krankheit. Bei dem einen Fall fiel ihm besonders eine beträchtliche Schwellung der Nacken- und Halsdrüsen sowie der Schilddrüse auf, deren Auftreten 6 Jahre vor Beginn der Krankheit (Hebephrenie) zurückdatirt; die Schwellung wuchs mit dem Zunehmen der Krankheit und erreichte ihre Höhe mit dem Eintritt der Demenz.

Dem anderen Fall gingen auffällige Störungen der Menstruation voraus, und nach Ausbruch der Krankheit (paranoide Form) rief jede folgende Menstruation eine beträchtliche Verschärfung der Krankheitssymptome hervor.

Die als vollständig geheilt in der Literatur citirten Fälle von Dementia praecox sind nach Verfassers Ansicht auf diagnostische Irrthümer und Verwechselungen mit anderen toxischen Zuständen (confusion mentale) zurückzuführen.

An die Behandlung seines Stoffes schliesst Verfasser ein reichliches, wohlgeordnetes Verzeichniss der einschlägigen Literatur an.

Bresler, J., Die pathologische Anschuldigung. Beitrag zur Reform des § 164 des Strafgesetzbuches und des § 56 der Strafprocessordnung. Jur.-psych. Grenzfragen. 5. Bd. H. 8. Halle. 1907. Marhold.

Bresler zeigt an der Hand von lehrreichen Beispielen, bei welchen Formen von Geistesstörungen eine pathologische Anschuldigung möglich ist und wie sie entsteht. Er versteht darunter: die wissentlich falsche Anschuldigung auf Grund krankhafter Lügenhaftigkeit oder Triebe, ferner auf Grund

krankhaft gestörter Wahrnehmung oder Denkhätigkeit und endlich die inhaltlich richtige, aber krankhaft motivirte Anschuldigung.

Er zeigt, wie die erdichtete Anschuldigung hauptsächlich auf dem Boden des hysterischen Charakters vorkommt. Bei der pathologischen Anschuldigung in Folge krankhaft gestörter Wahrnehmung oder Denkhätigkeit spielen die mit Sinnestäuschungen und Wahnvorstellungen einhergehenden Psychosen die Hauptrolle: Paranoia (besonders auf alkoholischer Basis), Querulantenwahnsinn, Zustände von Benommenheit und Betäubung durch Kopfverletzungen und Kopferschütterungen.

Er erwähnt dann die falsche Anschuldigung durch Kinder.

Als erstrebenswerth ist anzusehen, dass falsche krankhafte Anschuldigung möglichst bald erkannt und die Verhaftung Unschuldiger vermieden wird. Der § 164 müsste dahin geändert werden, dass es möglich ist, Ermittlungen über den Geisteszustand des geisteskranken Anzeigenden einzuleiten und event. eine Internirung und Unschädlichmachung herbeizuführen. S.

Jahresbericht über die Königliche Psychiatrische Klinik in München für 1904 und 1905. München 1907. J. F. Lehmann's Verlag. 126 Seiten.

Kraepelin giebt nach einer kurzen Jahresgeschichte zunächst eine Uebersicht über den von ihm in der November 1904 eröffneten Klinik eingeführten Dienstbetrieb. Mit Hülfe des sehr zahlreichen Wartpersonals (1:2) und der ausgedehnten Badeeinrichtung war es möglich, ohne Isolirzellen auszukommen. Gegenüber triebartigen Erregungen wurde unter Umständen zu Tag und Nacht mit kurzen Pausen fortgesetzten Wicklungen gegriffen, doch mit dem Grundsatz, dass keine Packung ohne Unterbrechung länger als zwei Stunden dauern durfte. Dadurch gelang es gleichzeitig, die Verabreichung von Schlafmitteln sehr einzuschränken. Für die Arbeitsfreudigkeit der Pfleger erwies es sich von Bedeutung, dass sie Nachts, soweit sie nicht neben den Nachtwachen als Reserven auf den Abtheilungen nöthig waren, ihre eigenen Säle hatten. Die Diensteintheilung der Aerzte wurde so geregelt, dass jedem im Jahre einige Monate für rein wissenschaftliche Zwecke zur Verfügung standen.

Der klinische Bericht, an dessen Abfassung sich alle Assistenten theiligt haben, ist reich an interessanten Beobachtungen. Kraepelin selbst berichtet über Krankenbewegung und alkoholistische Geistesstörungen. Die Zahl der Aufnahmen betrug 1905 bereits 1600 Kranke im Jahre, von denen 990 Männer waren. Dieses Uebergewicht gegenüber den Frauen wurde namentlich durch die Trinker und Epileptiker bedingt. Da die Polizei angewiesen worden war, hilflos aufgegriffene oder störende Betrunkene in die Klinik zu schaffen, so war die Zahl der wegen Rausch Aufgenommenen unverhältnissmässig gross. Delirium tremens war dagegen ziemlich selten, wohl wegen des geringen Schnapsgenusses in München. 17 pCt. der Alkoholisten stammten aus Trinkerfamilien.

Die sociale Bedeutung der Alkoholkranken wird von Lichtenberg besprochen, der besonders darauf hinweist, dass über die Hälfte gerichtlich bestraft worden war. Sehr viele hatten ausserdem schon früher Behandlung in Irrenanstalten erfahren.

Die grosse Krankheitsgruppe der „Dementia praecox“ ist von Gaupp bearbeitet. Das Alter der Patienten schwankte zwischen 10 und 70 Jahren. Die alte Regel, dass chronische Entstehung eine ungünstigere Prognose gäbe, bestätigte sich durchweg. Schwere erbliche Belastung erschien dagegen ohne wesentlichen Einfluss auf den Verlauf. Eine besondere Stellung nach Symptomatologie und Verlauf nahmen jene chronisch-paranoiden Formen ein, welche mit Vorliebe erst nach dem 35. oder 40. Lebensjahre einsetzen, und die von anderen Autoren zur Paranoia gerechnet werden. Grosse Schwierigkeit bereitete in einem Falle die Abgrenzung gegen Dementia senilis. 6 Kranke sind „angeblich“ geheilt.

Alzheimer fand bei der progressiven Paralyse das Verhältniss der Männer zu den Frauen wie 2 zu 1. Als Erklärung für diese starke Betheiligung der Frauen wird die zahlreiche Verwendung weiblicher Personen im Münchener Wirthsgewerbe hervorgehoben, wo sie in hohem Grade der luetischen Infection ausgesetzt seien. Auch könne vielleicht der übermässige Alkoholgenuss als Nebenursache in Betracht kommen. Die Lumbalpunktion erwies sich als wichtiges differentialdiagnostisches Hilfsmittel. Indessen fehlte Lymphocytose dauernd in einem später durch Section sichergestellten Falle von Paralyse. Ferner geht Alzheimer ein auf Arteriosklerose des Gehirns, senile Geistesstörungen und Hirnlues.

Das Kapitel Manisch-depressives Irresein ist von Rehm geschrieben. Auffallend war hier der hohe Procentsatz der Schwaben. Die Frauen zeigten sich besonders zu Depressionen disponirt. Das früheste Alter der Erkrankung bildete das 7., das späteste das 74. Jahr. Gleichartige Belastung fand sich in 24 pCt. der Fälle.

Bei der Epilepsie betont Weiler die grosse Neigung dieser Kranken zum Trinken, der wohl ätiologisch eine bedeutungsvolle Rolle zukomme. Bei 22 Personen waren Krampfanfälle nicht festgestellt worden. Ein Kranker litt an Schlafanfällen. Bei 25 pCt. der Frauen wurden die Anfälle durch die Menses beeinflusst.

Nitsche macht nähere Angaben über 127 Fälle von Hysterie, von denen 83 Frauen betrafen. Dreimal war bei Männern in der Haft die von Ganser beschriebene Form des Dämmerzustandes aufgetreten. Einzelne Kranke bekamen ihre Anfälle nur nach Alkoholgenuss.

Plaut stellt die Befunde bei 29 Unfallskranken zusammen. Ausgesprochen hysterische und neurasthenische Krankheitsbilder waren nicht häufig; im Ganzen überwogen die hypochondrischen, willenslosen Persönlichkeiten.

Reiss berücksichtigt Imbecillität und Idiotie. Meist handelte es sich im ersteren Falle um deutliche Störungen der Intelligenz. Nur in drei Fällen lag der Defect hauptsächlich auf sittlichem Gebiete.

Die übrigen Abschnitte (Psychopathische Persönlichkeiten, verschiedene kleinere Krankheitsgruppen, diagnostisch unklare Fälle, Selbstmord und Geistesstörung, Todesfälle und Todesursachen, Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchung, psychiatrische Poliklinik) eignen sich nicht zur kurzen Besprechung und müssen im Original nachgelesen werden.

Raecke.

Hans Laehr, Die Anstalten für Psychisch-Kranke in Deutschland, Deutsch-Oesterreich, der Schweiz und den Baltischen Ländern.

6. Aufl. Berlin 1907. G. Reimer. 281 Seiten.

Die von Heinrich Laehr zuerst veröffentlichte Zusammenstellung bildet in der Neuauflage und in der erweiterten Form ein werthvolles Nachschlagewerk und giebt eine gute Uebersicht der Entwicklung des Anstaltswesens.

S.
