

XXVI.

Zur Einnerung an Heinrich Schüle.

Von

C. Moeli.

Am 9. Dezember v. J. starb in Illenau in Baden, der Stätte seiner mehr als 50jährigen reichen Wirksamkeit, der Geh. Rat und Direktor Dr. Heinrich Schüle im 77. Lebensjahre.

Am 24. August 1840 zu Freiburg i. Br. geboren, studierte er dort und in Wien. 2 Jahre war er Assistent bei Spiegelberg, bis er zur Ablegung des zweiten Examens in die Heimat zurückkehrte, danach in Freiburg mit einer Doktorarbeit beschäftigt, schloss er sich begeistert an Kussmaul an, der gerade die Klinik übernommen hatte.

Wenige Monate später, im Juli 1863, trat der 25jährige junge Arzt an der Landesanstalt Illenau bei Achern ein und er ist dieser schon damals durch hervorragende Fachmänner bekannten Anstalt bis ans Ende seiner Tage trotz mannigfacher Versuchung zum Wechsel, auch akademischer Berufung, treu geblieben. Schon in den nächsten Monaten trat der Examensgenosse v. Krafft-Ebing — durch Griesinger in Zürich zum Studium der Psychiatrie angeregt — ihm zur Seite.

Schüle hat bei seinem Jubelfest der 50jährigen Tätigkeit in Illenau erzählt, dass sie von der Universität nichts „mitbrachten“. Kranke hatte er nie gesehen, geschweige erläutert bekommen. Lebhaft schildert er, mit welcher Freude und welchem Wagemut sie sich ins „Forschen“ stürzten, wie er alle Monate mindestens einmal mit den aufgespeicherten, mühsam hergestellten und betrachteten mikroskopischen Präparaten nach Freiburg zu Ecker pilgerte, auch mit Kussmaul die neuro-pathologischen Neuheiten besprach. Und bald brachte das No-restraint für das die beiden verehrten Vorgesetzten lange nicht zu haben, die Freunde aber „Feuer und Flamme waren“, vermehrte Arbeit, auch um durch eigenes Eingreifen bei den unruhigen Frauen dem anfangs minder geneigten Personal ad oculos zu demonstrieren, dass es ohne mechanische

Hilfe gehe — und besser gehe. Das hinderte aber nicht, dass sowohl der „schreibfrohe“ Freund, der sich mehr dem forense Gebiete zuwandte, als auch Schüle sich zunächst mit Journalbeiträgen betätigten. Dann veröffentlichte Schüle grössere Monographien, die ihm späterhin als höchste Freude den Freiburger Ehrendoktor eintrugen (1872).

Von der Illenauer Zeit an, wo Gemeinschaft der Ziele, des Lebens, der Arbeit wie der Erholung in der geliebten Musik oder im Lesen — nicht so übereinstimmend geliebter — Philosophen (Allgem. Zeitschr. 60. S. 329) die Beiden zusammenschloss, hat die Freundschaft durchs Leben gehalten. Zunächst verlebten sie noch Jahre als nahe Nachbarn nach der Uebersiedelung Krafft-Ebings nach Baden und im Jahre 1873 nach Strassburg (von wo er seine Hörer oft nach Illenau zu einer extemporierten stattlichen Klinik herüberbrachte). Als Schüle 1877 die Abfassung des Handbuchs übernahm („nicht leichten Sinnes“), zählte zu den treibenden Kräften auch der „aufmunternde Freund“ in Graz, der zum „grossen Wurfe“ riet, dabei „nicht müde, auf jede offene Frage Antwort zu stehen, gelegentlich auch den ikarischen Flug der Theorie und Abstraktion durch seinen gesunden, auf den Tatsachen ruhenden Realismus zu dämmen.“ — Man ahnt wohl etwas wie gegenseitige Induktion: ein Jahr nach dem Erscheinen des Schüle'schen „Handbuchs“ kam Krafft-Ebing's Lehrbuch der Psychiatrie heraus, das Schüle als „von eminent praktischer Tendenz“, „von einem Arzte von seltener Berufenheit geschaffen“ bezeichnete.

Bis dahin war ein Jahrzehnt vergangen, seitdem Schüle seine erste grössere Arbeit veröffentlicht hatte: Die Dysphrenia neuralgica, eine klinische Abhandlung (Karlsruhe 1867). Hierzu spricht der Autor in einer, in rücksichtsvollster Form gehaltenen „Abwehr“ von Einwänden schon nach seiner Eigenart sich aus (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 32. S. 138): „Was mir bei jener grösseren Erstlingsarbeit vorschwebte, war: an der Hand klinischer Erfahrungen zunächst die Bedeutung der Sensibilitätsanomalien qua solcher, sodann aber in ihrem Verhältnis zum cerebral psychischen Krankheitsfaktor zu untersuchen . . . die Theorie, die nicht an dem Nachweis von schulgerechten Neuralgien hängt, sondern nur allgemein die Mitaffektion einer sensibeln Nervenbahn erfordert. Der Kernpunkt . . . nicht im wohlfeilen Erhaschen eines Interkostal- oder Okzipitalpunktes gelegen, sondern . . . dass jene sehr grosse nach dem Affektschema ablaufende Psychosengruppe dieser sensiblen Basis zu ihrer eigenen Konstituierung bedürfe . . . die Art der Sensibilitätsstörung im allgemeinen irrelevant (Angst, Herzklopfen mit Beklemmung werden zugerechnet) — Hauptsache ist und bleibt vielmehr, dass der

krankhafte Nervenreiz vom Vorstellungszentrum aus auch die sensiblen Gebiete in Mitaffektion versetzen, gleichsam in die sensible Peripherie nach und nach sich hinauswühlen muss, wenn anders . . . subjektiv jener Zwang, wo das Ich mit aller seiner geistigen und gemütlichen Freiheit an einer rebellischen Nervenfaser hängt, zu stande kommen soll. . .

Zahlreiche Abhandlungen fallen in jene Zeit (*Delirium acutum*, klinisch und pathologisch-anatomisch, *Paralyse*, Mitteilung über die Schrift) und zeigen neben Vorträgen über die Zirkulationsverhältnisse im Gehirn, über Melancholie, *Delirium mit Bulbärsymptomen* u. a. den regen Anteil, den Schüle an allen Fragen nahm. Als selbständige Schrift erschien 1874 *Sektionsergebnisse* nebst *Krankheitsgeschichten* und *Epidemien* (Leipzig, Duncker und Humblot), eine sorgfältige Untersuchung, namentlich in der Uebersicht über „typische“ *Paralyse* und progressiven Blödsinn mit Lähmung. Schüle knüpft an den Stoff allgemeine Erwägungen: dass jener intimste Schlüssel zur Erkenntnis der Psychopathien nicht im einseitig anatomischen und nicht im physiologischen Gebiete, sondern im psychophysischen liegt — und dass hier, wo schon für den Unterbau unserer normalen seelischen Entwicklung, für das sinnliche Empfinden, die Abhängigkeit von der einwirkenden Reizgrösse — und zwar als eine mathematisch gesetzmässige Funktion erkannt und erfasst ist, der einzige Zugang zur Erkenntnis jener anderen pathologischen Gesetzmässigkeit zu suchen ist, „welche als „psychischer Zwang“ das gesamte Denken und Fühlen und Streben an die krankhaft irritierte Nervenfaser und Ganglienzelle bindet.“

Diese Worte sind hier wiedergegeben, weil in ihnen der Auftakt zu den folgenden grösseren Werken liegt — sie deuten den Pfad an, auf dem er hoffte, dem Ziele, der Erkenntnis der pathologischen Gesetzmässigkeit sich nähern zu können. Er selbst sagt freilich im Vorwort, die Notwendigkeit über die Mechanik der zentralen Ganglienzelle, die Modalitäten der krankhaft veränderten Reizbarkeit, von Massbestimmungen über den Zustand des Bewusstseins mehr zu wissen, verschiebe aber diese Ziele in eine sehr ferne Zukunft. Er mahnt dabei über das kranke Gehirn die kranke Person als letztes höchstes Forschungsobjekt zu setzen.

Im Jahre 1878 schrieb Schüle das Handbuch der Geisteskrankheiten als 16. Band des Ziemssen'schen Sammelwerks der speziellen Pathologie und Therapie. Leipzig, F. C. W. Vogel. 732 S. Einer psychologischen Einleitung folgte auf über 300 Seiten eine allgemeine Pathologie der Krankheiten „der Person“, der Zustände gebundener oder aufgehobener Selbstbestimmung durch die bindenden Momente der

Hirnkrankheit. Den dritten Abschnitt, der die spezielle Pathologie behandelt, leitet eine historische Darstellung des Entwicklungsganges der Psychiatrie ein. Das Schlusskapitel von 60 Seiten ist der Therapie gewidmet, wobei die Methodik: beruhigend, ableitend usw. tunlichst auch auf die psychische Behandlung zu übertragen versucht wird.

Erfährt man, wie Schüle das Buch unter wenig günstigen Verhältnissen in kurzer Zeit zustande brachte, so erkennt man recht die Belesenheit des Verfassers und die Beherrschung des weiten Gebietes seelischer Abweichungen. Das Buch zeigte sich vor allem als ein durchaus eigenartiges Werk. War auch die Literatur in umfassender Weise verwandt, so trat doch die Erfahrung und Auffassung des Schreibenden in den Vordergrund. Die (im Anschluss an eine der gründlichen historischen Uebersichten entwickelte) Einteilung der Seelenstörungen (S. 363) gründete sich einmal auf den Gegensatz des mit Fehlern der Anlage oder mit erworbenen Mängeln hafteten („invaliden“) zu dem vollkräftigen („rüstigen“) Gehirn. Eine weitere Scheidung sollte sich auf der Intensität des zugrunde liegenden Hirnprozesses nach den begleitenden übrigen Nervensymptomen aufbauen, weil wir in den Zeichenverbindungen (Melancholien usw.) nur Formen vor uns haben, aber nicht die Krankheitszustände selbst. Je nach der leichteren oder tieferen Kortikalisaffektion werden „psychische“ Melancholien von „organischen“ getrennt, bei ersteren bleibe die psychische Mechanik noch erhalten, bei den anderen lockere sich der streng psychologische Verband, weil die geistigen Hirngebiete nicht mehr nur als „geistige“ affiziert seien, ein „organisch beherrschter“ Verlauf liege vor. — Das Ziel solcher Betrachtung, die auch in gewissem Umfange prognostisch („Charakter der Gefahr“) Bedeutung hatte, war klar. Sie war aber einmal etwas dualistisch angehaucht, auch wenn man vasomotorische und Stoffwechselvorgänge berücksichtigte und sie keineswegs von dem zeitweisen Stande anatomischer und chemischer Befunde abhängig mache. Die Abstufung in der Richtung psychisch-zerebral musste auf Schranken stossen, wie sie noch heute bestehen und die nicht sich weiteten, wenn für die Auffassung der Prozesse vielfach neurotisch-molekulare Vorgänge und Mechanismen herangezogen wurden¹⁾. Nebenbei kam auch ein ästhetischer Zug, eine bilderreiche Sprache in dem auch für weitere ärztliche Kreise bestimmten Buche manchen Krankheitsschilderungen mehr zugute als den Darlegungen im allgemeinen.

Im Einzelnen stellte die erste Scheidung nach „anthropologischem Prinzip“ als Hauptgruppe I zusammen (S. 369): Fehler der Anlage (instinktives und moralisches Irresein), teils auf demselben Untergrunde stehend, teils

1) Aehnliches sehen wir sich jetzt abspielen.

(Intoxikation Trauma) erworbene neuropsychische Invalidität und die Entartungsneurosen, wie das zirkuläre und periodische Irresein. Die Zukunft werde wohl es unternehmen können, manche dieser Zustände als organisch qualifizierte einzureihen. Beim Ueberblick über die Hauptgruppe II: erworbene Erkrankung (die Verrücktheit — ein Mixtum compositum — füge sich der Einteilung grösstenteils nicht) sieht man in der 1. Untergruppe Melancholie und Tobsucht zwar als primär, Wahnsinn und Blödsinn als sekundär oder Folgezustände angeführt, aber es heisst, ausdrücklich dass die letzteren in demselben Krankheitsprozesse zwar auf erstere folgen, jedoch auch „in Kombination“ auftreten können. Neben der 2. Untergruppe, den Zerebropsychosen (organische Manie und Melancholie, katatonische Verrücktheit, akute Demenz), tritt als 3. die Dementia paralytica. Für Schäle entwickelt sich dieses Leiden aus dem „speziell-psychischen“ Teile des Hirngebiets, beschlägt anfänglich nur die psychischen und psychomotorischen Funktionen (Bewusstseinsbahnen), immer mehr ins Organische herabsinkend und in weiterer Ausbreitung mit körperlichen Zentral- und auch Spinalsymptomen beschwert. Die motorischen Symptome gehören aber wesentlich und untrennbar dazu, als eine durch Ort und Art des Prozesses notwendige Symptomenverbindung, nicht etwa als eine äussere Komplikation. So wird die Dementia paralytica von der III. Gruppe ferngehalten, den psychischen Zerebropathien: den selbständigen palpablen Hirnleiden mit (hier würde man einzufügen haben „in der Hauptsache“) Uebergreifen, Nebenwirken auf die geistigen Prozesse und mit motorischen Störungen, die nicht mehr dem psychischen Symptomenbilde zugehören.

Wer in seiner psychiatrischen Anfängerzeit sich dem Buche widmete, wird sich des Eindrucks deutlich erinnern. Ausserordentlicher Reichtum des Inhalts nach historischer Seite mit stetem Hinweise auf die Ziele der Psychiatrie, Verwendung grosser Erfahrung, nicht nur berichtend, sondern in lebendiger Weise in Beziehung zu den verschiedenen Gebieten des Wissens und der Kultur gebracht, Betonung der sozialen Seite und der persönlichen ärztlichen Stellung, fast peinliche Rücksichtnahme auf die Leistungen Anderer tritt uns entgegen. Freilich war es mehr ein Buch für Reifere. — Nach 40 Jahren wäre es mehr als überflüssig, davon zu sprechen, ob den Autor bei der Bemessung der Aufgaben und der Heranziehung alles dessen, was ihm damals zu deren Lösung dienlich schien, bei einzelnen Stellen sein Bemühen über den unmittelbaren Zielpunkt hinausgeführt hat — gerade weil damals so ziemlich alles im Flusse war, ist es auch gar nicht abzuschätzen, wie anregend, bestätigend oder Einspruch weckend das Buch im Einzelnen auf die Ausbildung der

psychiatrischen Disziplin gewirkt hat. Das Werk war belebt von der Persönlichkeit, nicht nur durch das Bemühen, den Stoff in seinem ganzen Umfange zu gewinnen, sondern auch im Dransetzen der ganzen Eigenart und Kraft bei dem Aufsuchen der Zusammenhänge und in der Darstellung dessen, was sich ihm ergeben hatte.

Die dritte Auflage des Handbuchs: Klinische Psychiatrie, 1885 vollendet, stellt eigentlich ein neues Buch dar. Schüle hat es im Vorwort den Versuch einer klinischen Psychiatrie genannt und als die Aufgabe eine möglichst unabhängige Darstellung durch Bearbeitung des gesamten Illenauer Beobachtungsmaterials, vorwiegend im beschreibenden Sinne, bezeichnet. Unter Wegfall der psychologischen Einleitung geht er alsbald auf die spezielle Pathologie ein, wobei das Nötige aus dem bisherigen grossen (und inhalstreichen) Abschnitt über allgemeine Pathologie an geeigneter Stelle besprochen wird. Die Ausdrucksweise ist viel einfacher geworden. Auf die früheren Deutungsversuche aus hypothetischer Molekularmechanik ist verzichtet. Der qualitative Unterschied der Symptome nach „Zerebrationsstufen“ (vom Autor selbst in Anführungszeichen gesetzt) behält sein Recht, aber die Einbeziehung des Verlaufs tritt mehr hervor. So wird gleich anfangs auf ihre entscheidende Bedeutung beim „Wahnsinn“ hingewiesen gegenüber der im Allgemeinen aus dem Grade der Bewusstseinsstörung für die Tiefe der Affektion erlaubten Folgerung.

Die „Seelenstörungen“ sind eine Krankheit der Person, wodurch deren Selbstbestimmungsfähigkeit aufgehoben wird — beruhend auf einer Hirnaffektion. Dabei die Anlage des Gehirns in Bau und Zusammensetzung — auch nach der Seite der relativen Funktionsbeziehung der höhern Hirngebiete zu einander, die Eigentümlichkeiten des Gefäßsystems für die Kraftentwicklung, schliesslich die gesamte Körperbeschaffenheit abzuschätzen ist die Forderung ferner Zukunft. Das Wesen der Gesamtaffektion der Individualseele wird in die Formel des „geistigen Zwanges“ gekleidet — eine schon früher benutzte Ableitung. Es gibt (auch bei Unversehrtheit gewisser Kreise) keine partielle Geistesstörung — der täuschende Bau freier Beweglichkeit stürzt zusammen, wenn das Ich als solches, als Person engagiert wird — namentlich auch die charakterologischen Änderungen sind zu beachten.

Die Gruppierung in Psychosen bei Vollentwicklung des Gehirns, des rüstigen oder invaliden, und bei defekter Anlage oder Konstitution stellt die periodischen, zirkulären, alternierenden Psychosen in den Uebergang. Die „Verrücktheit“ ist gegenüber dem sonst vielfach symptomengleichen chronischen „Wahnsinn“ der Gruppe II zugeteilt, um die diffe-

rente Stellung (nach der gegebenen Begrenzung), die angeborene logische Verschrobenheit zu kennzeichnen.

Die möglichste Berücksichtigung nicht allein der typischen Bilder, sondern auch der Variationen, sowohl in den Zeichenkomplexen selbst als in den Verlaufsarten, in der Mischung und den Uebergängen der einzelnen Zustandsformen erforderte es, die Untergruppen und die mehrfachen Typen in eindrucksvoller Schilderung vorzuführen. Auch heute noch stehen zur Feststellung der psychischen Vorgänge messende Untersuchungsmethoden nur beschränkt zu Gebote, und wenn Schüle im Streben nach Fortschritt vergleichsweise von „auskultatorischer“ Aufnahme der psychopathischen Zeichen spricht in Beziehung auf die Tiefe der Hirnerkrankung so braucht man nicht zu sagen, dass (den Vergleich weiter getrieben) das Stethoskop auch in der Seele des Beobachters liegt. Auf das Einzelne, namentlich die Gestaltung des Wahnsinns und der stuporösen Formen ist nicht einzugehen, auch hat er selbst später noch, z. B. zur Paranoia 1893, dann zur Katatoniefrage 1898 und 1901 (Allgem. Zeitschr., Bd. 54 und 58) das Wort ergriffen. Er weist hier auf die nicht einheitliche Entstehung äusserlich gleicher Bewegungshaltung und die Verschiedenheit der Bewusstseinszustände hin und rät die Grenzen für eine besondere Gruppe zu beschränken, der Gewinn liege mehr auf allgemein pathologischem Gebiete, nicht in Bereicherung durch eine neue Krankheitsgruppe. Gegenüber den sonstigen Schwächezuständen, die unter der Form der Atrophie vereinigt werden könnten, lägen hier abnorme Leitungsverhältnisse zugrunde. Im zweiten Aufsatz erweitert er den Ueberblick und bespricht, was sich über die prognostische Bedeutung sagen lasse. Er begrüßt die Bestrebung, Krankheitstypen mit prognostischer Bedeutung zu schaffen, nur bezweifele er, ob mit der Voraussetzung, dass alle für eine Prognose wichtigen Momente jeweils auch in den klinischen Symptomen sich erkennbar ausprägen sollen, nicht zu viel verlangt werde (hereditäre Beschaffenheit, individuelle Widerstandskraft), man müsse wohl auch Anderes heranziehen. Es schwebe ihm (mit Recht sagt er „von jeher“) die Aufgabe vor, nicht die verwickelten Krankheitsbilder, sondern die psychopathologischen Fundamentalzeichen, vorerst nur allgemein, fortschreitend aber immer mehr, in Beziehung zur jeweiligen Tiefe der Zerebralaffektion zu setzen.

Wir verdanken Schüle weiter eine Reihe von Abhandlungen, so: Ueber einen Zusammenhang gewisser psychischer Krankheitsverläufe mit der Menstruationswelle (Allgem. Zeitschr. Bd. 47. S. 1) und andere, die nach dem Hinweise auf die Hauptwerke nicht einzeln aufgezählt werden sollen. Der Illenauer Ueberlieferung nach allseitigem therapeutischem Han-

deln wie seinem lebhaften Bedürfnis, Persönliches für den Kranken zu leisten, entsprechen neben der ausgiebigen Berücksichtigung von praktischen Fragen in dem Hauptwerke mehrfache kürzere Mitteilungen. Zur Anstaltsbehandlung gehören Aufsätze über frühzeitige Entlassung (1887), wobei er die bisherige Handhabung entschieden zu ängstlich oder engherzig, vielleicht auch zu doktrinär nennt, und über Besuche in den Anstalten.

Beschränkung der Heiratsberechtigung bei belasteten oder erkrankten Personen hat ihn wiederholt beschäftigt. Nicht aussichtslose Anträge auf Eheverbote, sondern ein vorbereitendes Studium der Erblichkeitsgesetze neben der jetzt schon möglichen Einzeltätigkeit des Arztes hatte er im Auge, wohl nicht ohne Beziehung zu den Vorschlägen zur Förderung der Statistik im Allgemeinen¹⁾.

Umfänglich war seine Mitwirkung in der allgemeinen Fürsorge für Geisteskranke, bei Errichtung von Landesanstalten, Heilstätten, Hilfsvereinen. Die Führung des südwestdeutschen Vereins lag oft in seiner Hand. Viel hat er für den Deutschen Verein für Psychiatrie getan, dessen Vorstände er als verehrtes Mitglied lange angehörte, bis ihn Gesundheitsrücksichten von allen bedauerte Beschränkung aufzwangen. Es entsprang seinem Eigensten, wenn er an der Spitze der Anstalt bis zuletzt unermüdlich den jüngeren Arbeitsgenossen nicht nur durch Beispiel und Rat, sondern auch durch die Mittel zur Handhabung aller neueren Methoden die Teilnahme an den Fortschritten der Wissenschaft ermöglichte.

Es häuften sich die Zeichen der Anerkennung seines Wirkens. Bei der Feier der 50jährigen Tätigkeit in Ilmenau scholl ihm ein voller Chor dankbarer Gefühle aus all den Kreisen entgegen, denen seine Lebensarbeit gegolten hatte.

Zahlreiche Ehrenbezeugungen, ausser vom Deutschen Verein, dessen einziges deutsches Ehrenmitglied er zuletzt war, auch vom Auslande, galten seiner wissenschaftlichen Bedeutung. Ob wir eine solche Beziehung aufsagen sollten, gab ihm beim Ausbruch des Krieges Anlass zu einem Schreiben an mich, worin sein Bekenntnis zum Deutschen — das konnte nicht anders sein — wie der Widerwille gegen den Lügenfeldzug mit seinem Gefühl für die Stellung der Wissenschaft den Ausgleich suchte.

Blickte er so manchem scheidenden Freunde wehmütig nach, so brachte ihm das letzte Jahrzehnt noch Verluste in der Familie, die den

1) Ausführlicher Fragebogen in Allgem. Zeitschr. Bd. 61. S. 603. Leitsätze. S. 607.

tief Empfindenden schwer trafen. Doch konnte Liebe nächster Angehöriger seinen Lebensabend durch treue Anhänglichkeit und Fürsorge verschönern.

Diese Zeilen, die daran erinnern sollen, welchen Zielen Heinrich Schüle als Psychiater zustrebte, sind zu einer Schilderung seiner Persönlichkeit im Ganzen nicht bestimmt. Wer mit ihm zusammenkam, trug bleibende Eindrücke davon, von seinem warmen Empfinden, seinem feinen abgeglichenen Wesen, das alles Unschöne und Unmäßige fernhielt, wie von der Beweglichkeit seines Geistes.

So ist der Letzte der bedeutenden Männer von uns geschieden die erwachsen, als nur die Anstalten aus der Fürsorge für die Kranken wissenschaftlich ernten konnten. Vermittelnd stand er zwischen jener Zeit, in der er wurzelte, und den Jüngern, denen sein in bleibender Jugend ihn beseelender wissenschaftlicher Drang reiche Gaben geboten hat. Auf hohen Bahnen wandelnd hat er seinen Lebensgang vollendet.