

(Aus der Beobachtungsabteilung des St. Johann-Krankenhauses in Budapest.)

Über Schwankungen der Psychosen-Aufnahmen vor, während und nach dem Kriege.

Von

Doz. Dr. Karl Hudovernig.

Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 7. April 1926.)

In einer Mitteilung über die Zunahme der Morphiumsucht habe ich vor einem Jahre dargelegt, daß die Zahl der Morphiumsüchtigen sich in meiner Abteilung während des Krieges von 0,6‰ auf 1,02‰ erhöht hat und daß in den Nachkriegsjahren ein noch gewaltigerer Anstieg auf 2,5‰ der Gesamtaufnahmen erfolgte. Diese — wenn auch absolut nicht gerade sehr bedeutende, aber verhältnismäßig jedenfalls auffallende — Zunahme der Süchtigen glaubte ich nicht bloß auf psychopathologische Ursachen zurückführen zu können; ich mußte in dieser Beziehung auch allgemein wirtschaftliche, vielleicht auch indirekt politische Momente mitbeschuldigen. Des weiteren habe ich gefunden, daß psychische Erkrankungen mit stark affektbetonter Grundlage und Färbung ebenfalls sehr bedeutenden Schwankungen während und nach dem Kriege unterworfen waren. Zahlreiche Mitteilungen über eine fast überall nachweisbare Verminderung der Paralysenfälle, über intensive Schwankungen bei den alkoholischen Geistesstörungen sowie meine eigenen erwähnten Erfahrungen ließen mir es als erwünscht erscheinen, nachzuweisen, welche psychischen Erkrankungen während der Kriegzeiten intensivere Schwankungen, Zu- oder Abnahmen aufweisen.

Zu diesem Behufe habe ich eine 15jährige Statistik der Krankenaufnahmen in der Beobachtungsabteilung zusammengestellt. Diese umfaßt die Jahre 1910—1924. In dieser Zeit wurden 3900 männliche und 3015 weibliche, insgesamt 6915 Kranke aufgenommen. Diese Zahl ist keinesfalls bedeutend, gewährt jedoch aus später darzulegenden Gründen den Vorteil eines einheitlichen Materiales mit einheitlicher klinischer Diagnostik und einheitlicher Zusammenstellung. Diese Vorteile wären bei einer Sammelstatistik mehrerer Anstalten jedenfalls in Frage gestellt worden.

Während dieser Zeit erhob sich der Belagsraum der Beobachtungsabteilung schrittweise von 85 auf 300 Betten, somit kann die Wiedergabe der absoluten Jahresaufnahmen nicht als Grundlage eines Vergleiches dienen. Ich beschränkte mich daher nur auf die prozentuellen Verhältniszahlen. Hervorheben möchte ich, daß die Krankenaufnahme der Beobachtungsabteilung nicht im Sinne einer didaktischen oder sonst persönlich betonten Auswahl erfolgt, sondern es werden jene Kranken aufgenommen, welche in erster Reihe von den beamteten Bezirksärzten aus der Einwohnerschaft Budapests, dann von den hauptstädtischen Krankenhäusern zugewiesen werden. Gegen 90% der Kranken rekrutieren sich aus der ansässigen Budapester Einwohnerschaft, also gewährt die Statistik ein gutes Bild der hiesigen Verhältnisse. Nachdem ferner die Beobachtungsabteilung seit 1908 unter meiner Leitung steht und speziell die Diagnosenstellung unter meiner Kontrolle erfolgt, ist die Gleichmäßigkeit der Diagnose gewährleistet. Es erscheint also ausgeschlossen, daß die Schwankungen der Erkrankungen Verschiedenheiten des Materiales und der persönlich gefärbten Diagnostik zugeschrieben werden können.

Bevor ich den eigentlichen Gegenstand meiner Arbeit berühre, möchte ich noch einige Bemerkungen über die Diagnosen voraussenden. Wir haben in Ungarn ministeriell vorgeschriebene Statistikdiagnosen, welche nicht überall gebilligt werden dürften. Die jährlichen Statistiken müssen im Sinne dieser amtlichen Diagnosen einheitlich verfaßt werden, und solche boten die Grundlage zu meinen Vergleichen. Melancholie und manisch-depressives Irresein sind in der Statistik getrennt, ich habe beide unter letzterer Bezeichnung vereinigt. Unter dem Sammelnamen der Amentia werden akute, oft toxische Psychosen mit überwiegenden Sinnestäuschungen, auch deliröse Zustände von kurzer Dauer (sofern sie nicht epileptisch oder hysterisch sind) vereinigt. Um mit weniger Diagnosen eine einfachere graphische Darstellung im Diagramm zu erreichen, mußte ich die senilen dementiven und psychotischen Zustände mit den sog. encephalopathischen vereinigen; als solche werden organische (doch nicht paralytische) Hirnerkrankungen mit psychischen Störungen in der amtlichen Diagnose „Encephalopathie“ zusammengefaßt, also: Meningitiden, Tumoren, arteriosklerotische Störungen, multiple Sklerose, auch Folgezustände der Encephalitis epidemica, Folgezustände nach Hirnblutungen usw. Unter dem Sammelnamen der „Psychoneurosen“ sind alle psychischen und gemüthlichen Störungen bei Neurasthenischen und Hysterischen vereinigt.

Mit Berücksichtigung dieser Momente übergehe ich nun zur Besprechung der graphischen Darstellung. Die erste Kolonne des Graphikon zeigt die jährlichen prozentuellen Schwankungen der Gesamtkrankenaufnahmen. Nachdem trotz der obenerwähnten teilweisen

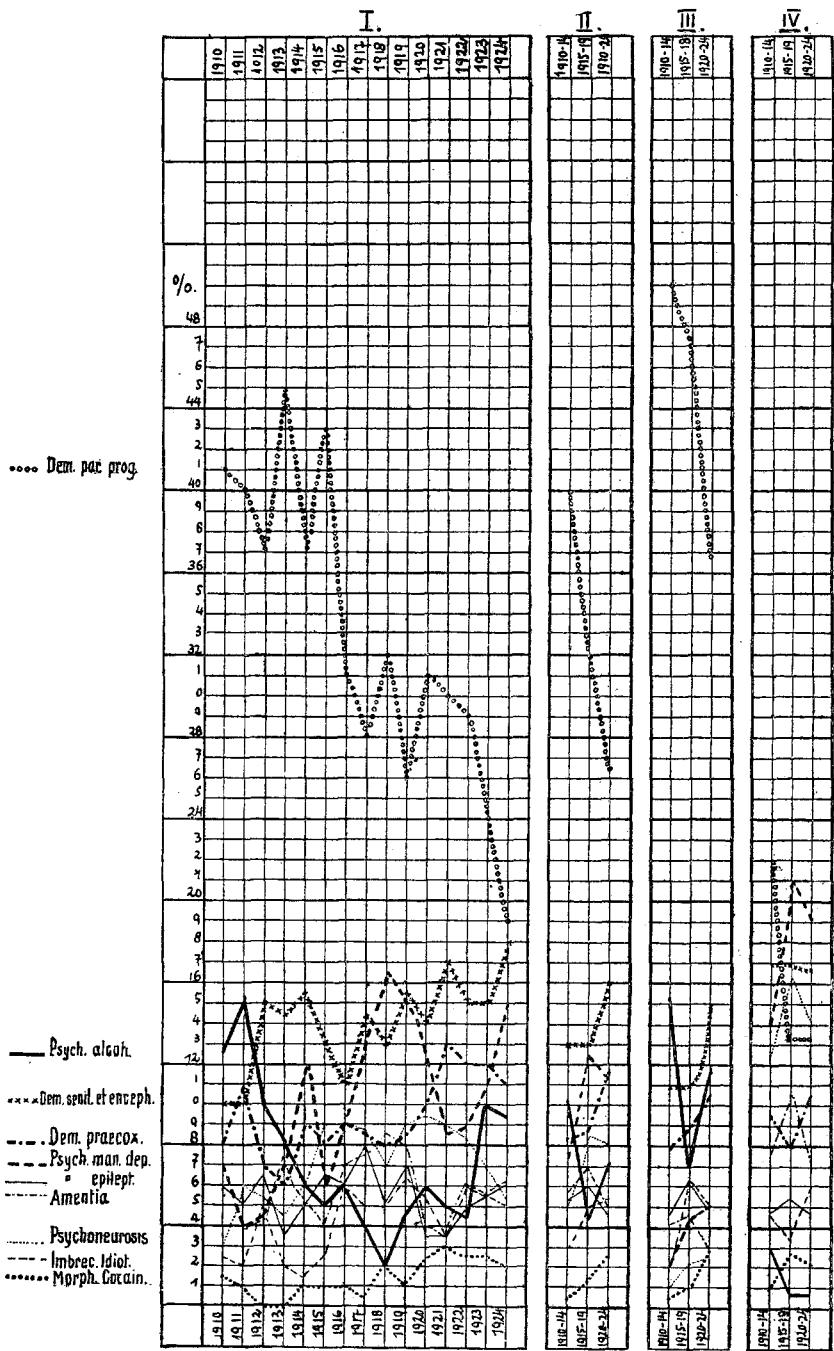


Abb. 1.

Diagnosenvereinigungen eine die Übersichtlichkeit störende Überfüllung der graphischen Darstellung zu befürchten war, habe ich die Kurve der Paranoia nicht dargestellt, weil diese das einzige Krankheitsbild ist, welches während der 15 Jahre keinerlei nennenswerten Schwankungen und Kriegseinflüsse erkennen ließ: ihre Verhältniszahl schwankt von Jahr zu Jahr zwischen 2,2 und 2,7%. In der Tabelle ist die Paranoia aufgenommen worden.

Wie in meiner Arbeit über die Morphiumsucht, ist es mir auch heute daran gelegen, nicht bloß eine absolute Statistik der letzten fünfzehn Jahre zu geben, sondern die besonderen Wirkungen der Kriegs- und Nachkriegsjahre hervorzuheben, und zu untersuchen, ob und welche durch allgemeine und spezielle Verhältnisse bedingte Einflüsse sich nachweisen lassen. Soweit ich die Literatur des letzten Jahrzehnts überblicke, finde ich keine Mitteilungen über die allgemeine Fluktuation der psychischen Erkrankungen unter dem Einflusse der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse. Nur über die Häufigkeit der alkoholischen Erkrankungen fand ich einige, und zahlreiche Arbeiten über die Schwankungen resp. Abnahme der progressiven Paralyse; ich werde auf dieselben bei Besprechung meiner darauf bezüglichen Erhebungen zurückkommen.

Um die Einflüsse der verschiedenen Verhältnisse besser überblicken zu können, habe ich die Krankenaufnahmen der Beobachtungsabteilung in drei je fünfjährige Jahresgruppen vereinigt: 1910—14 umfaßt die Friedensjahre; wohl gehört 1914 in der zweiten Hälfte vom historischen Standpunkte bereits zu den Kriegszeiten, aber die Spanne der betreffenden Zeit war noch zu kurz, um einen besonderen Kriegseinfluß auf Bewegung und Schwankung der psychischen Erkrankungen zum Ausdruck zu bringen; eine solche ließe sich bloß bei den affektbetonten akuten Psychosen nachweisen, was an entsprechendem Ort hervorgehoben sein soll. Das zweite Jahrfünft umfaßt die Jahre 1915—1919. Vom strikten historischen Standpunkt kann 1919 eigentlich nicht mehr zu den Kriegsjahren gezählt werden, aber vom ungarischen Standpunkte übertrifft es die Kriegsjahre: die revolutionäre und später bolschewistische Herrschaft in der ersten Jahreshälfte mit ihren zahlreichen seelischen Erschütterungen und Entbehrungen, dann die fremde Okkupation und Zerstückelung des Landes lassen speziell für Ungarn 1919 zumindest als ebenbürtig den Kriegszeiten erscheinen. Das dritte Jahrfünft, 1920—1924, umfaßt die eigentliche Nachkriegszeit, welche namentlich durch bisher ungekannte wirtschaftliche Schwierigkeiten und Entbehrungen ein besonderes Gepräge und Einfluß auf die Gestaltung der psychischen Erkrankungen erhält.

Die erste Kolonne des Graphikon zeigt also die jährlichen Krankenaufnahmen in Prozenten der Gesamtzahl, die zweite die fünfjährigen Durchschnittszahlen im Sinne obiger Einteilung; diese beiden Kolonnen

beziehen sich auf beide Geschlechter. Kolonne III und IV geben ebenfalls die fünfjährigen Durchschnittszahlen, jedoch getrennt für Männer (III) und Weiber (IV). Es zeigten sich bei einzelnen Krankheiten so bedeutende Unterschiede zwischen den beiden Geschlechtern, daß die gemeinsame Statistik keinen klaren Überblick gewährt. Einen solchen gibt Tabelle 1, in welcher die prozentuellen Durchschnittszahlen der fünfjährigen Krankenaufnahmen dargestellt sind.

Tabelle 1.

Diagnose	1910—1914			1915—1919			1920—1924		
	M.	W.	Tot.	M.	W.	Tot.	M.	W.	Tot.
Psych. man.-depr. . . .	2,0	14,5	7,5	4,2	22,0	12,5	5,0	20,2	11,1
Psychoneurosis	1,0	12,2	5,0	2,2	16,2	8,5	2,5	14,0	7,9
Amentia	4,1	7,5	5,3	4,5	10,5	7,0	3,0	7,0	4,6
Paranoia	2,4	3,5	2,4	2,4	2,0	2,2	3,3	2,5	2,7
Dem. praecox	7,9	9,5	8,0	8,7	7,8	8,1	10,5	13,0	11,6
Epilepsia	4,5	5,7	5,2	6,2	6,4	6,3	5,0	4,8	4,8
Imbecill. u. Idiot. . . .	1,7	4,5	2,8	6,2	3,3	5,0	4,9	6,0	5,3
Dem. paralyt. progr. . .	49,9	22,0	40,0	46,9	13,3	32,0	36,7	13,2	26,5
Dem. enceph. u. senilis .	10,7	16,9	13,0	10,8	16,9	13,0	14,9	16,6	16,0
Alkoholismus	15,4	2,9	10,3	6,9	0,6	4,3	11,6	0,6	7,0
Morphin. u. Cocain. . . .	0,4	0,8	0,5	1,0	1,0	1,1	2,6	2,1	2,5

Wenn ich in den nachfolgenden Besprechungen einzelne psychische Erkrankungen in etwas willkürliche Gruppen zusammenfasse, so liegt es mir ferne, dieselben ätiologisch oder klinisch identifizieren zu wollen. Bloß gleiche Erscheinungen und Schwankungen unter Einwirkung gleicher äußerer Ursachen sollen damit zum Ausdruck gelangen.

I. Psychosen mit überwiegenden Störungen des Affektlebens.

Mit dem eben erwähnten Vorbehalte teile ich in diese Gruppe das manisch-depressive Irresein, die hysterischen und neurasthenischen Störungen und die Amentia ein. Der affektbetonte Charakter ist bei den beiden ersten zweifellos, spielt jedoch bei der Amentia eine bedeutend geringere Rolle; ich nehme die Amentia bloß deshalb in diese Gruppe, weil ihre Schwankungen nahezu das gleiche Verhalten aufweisen und m. E. hierbei eine affektbetonte Komponente denn doch nicht a limine abzuweisen ist.

1. Das manisch-depressive Irresein.

Die Kurve der Schwankungen ist zweifellos interessant und bezeichnend. Der Anstieg von 7% des Jahres 1910 auf 15% des Jahres 1924 bedeutet mehr als Verdoppelung, erfolgt aber nicht gleichmäßig, sondern in extremen Schwankungen; den Höhepunkten von 1910 mit 7, 1914 mit 12 und 1918 und 1919 mit 16,5 und 15% folgt fast stets ein Tiefpunkt: 1911 mit 4, 1916 mit 6, 1922 mit 8,5%, letzterer mit einiger

Verspätung. 1924 gibt mit 15⁰/₀ abermals einen Höhepunkt, nach welchem das im Graphikon nicht mehr dargestellte Jahr 1925 mit 11,5⁰/₀ abermals einen Rückfall aufweist. Auffallend ist bei einer im ganzen zunehmenden Tendenz während und nach dem Kriege eine fast regelmäßige Schwankung der Maximal- und Minimalzahlen in 4—5jährigen Intervallen, welche von der Friedenszeit her datiert.

Die fünfjährigen Durchschnittszahlen für die beiden Geschlechter (Kolonne II.) ergeben ein Ansteigen des Friedensdurchschnittes von 7,5⁰/₀ auf 12,5⁰/₀ während des Krieges, und einen geringen Rückfall in der Nachkriegszeit auf 11,1⁰/₀. Vollkommen identisch damit ist die Schwankung für das weibliche Geschlecht: 14,5, 22 und 20,2⁰/₀, während sich bei den Männern noch ein geringer Anstieg in der Nachkriegszeit ergibt: 2, 4,2 und 5⁰/₀.

Ich glaube kaum, daß für diese auffallenden Schwankungen beim manisch-depressiven Irresein bloß endogene Ursachen beschuldigt werden können. Zweifellos zeigt sich die Tendenz einer lebhaften Schwankung der Erkrankungszahlen bereits in den Friedensjahren 1910 und 1911. Doch kann ich mir für die cyclischen Jahresschwankungen des manisch-depressiven Irreseins keine ausschließlich endogenen Motive, Dispositionen vorstellen, habe auch nirgends diesbezügliche Angaben finden können. Sehe ich nun von der ersten, noch in die Friedenszeit fallenden Schwankungswelle ab, so glaube ich für die extremen Steigerungen der Jahre 1914, 1918 und 1924 exogene, das Affektleben tief ergreifende Momente in den Kriegs- und wirtschaftlichen Verhältnissen finden zu können. Daß solche auf das Empfinden und Gefühlsleben aller einen Einfluß ausüben, bedarf wohl keiner Erläuterung. Und daß das überaus sensible Affektleben cyclothym veranlagter, also zu Affektschwankungen pathologisch geeigneter Personen auf solche Einwirkungen noch intensiver reagiert, steht außer Zweifel. Die Jahre 1914, 1918 und 1924 bezeichnen Marksteine in der Kriegsgeschichte namentlich für Ungarn: 1914, der Kriegausbruch, entfacht namentlich bei den Männern eine Sturmflut patriotischer Begeisterung und Hoffnung eines raschen, siegreichen Kriegsendes, doch bei den Frauen zum Teile auch Verzweiflung, weil die männlichen Angehörigen in das Feld ziehen und damit Sorge für dieselben und wegen der Familienexistenz auftreten. Dies finde ich auch darin bestätigt, daß in diesem Jahre bei den Männern manische Erregungen dominieren resp. solche fast ausnahmslos vorkommen, bei den Frauen solche und Depressionen gleichmäßig verteilt vorkommen. Das Abblasen der ersten Sturmflut bringt die Abnahme des Jahres 1915. Den nächsten Höhepunkt bringt 1918; die patriotische Depression wegen des verlorenen Krieges, der Schmerz und Verzweiflung wegen des Verlustes zahlreicher Angehöriger und Zusammenbruch so mancher Existenz verursachen tatsächlich eine neue Häu-

fung exogener Momente. Diese findet ihren äquivalenten Ausdruck nicht bloß in einer absoluten Zunahme des manisch-depressiven Irreseins, sondern auch darin, daß ich in dieser Zeit sowohl bei Männern als auch bei den Frauen vorwiegend depressive Zustände mit nur kurzen, kaum betonten manischen Episoden fand. — Den dritten Höhepunkt, wenn auch einen relativ geringeren, bringt das Jahr 1924, in welchem abermals die depressiven Phasen vorherrschen. Die Erklärung glaube ich auf wirtschaftlichem Gebiete suchen zu müssen. Zeigt sich auch in den letzten Jahren eine bedeutende Konsolidierung der innerpolitischen und staatsfinanziellen Verhältnisse Ungarns, so haben doch die letzten Jahre, insbesondere 1924 einen selbst in den Kriegsjahren ungekannten und ungeahnten Niedergang der persönlichen und familiären Lebensbedingungen gezeitigt. Tausende von Familienexistenzen sind niedergebrochen, eine unendliche Zahl von früher wohlsituierten Menschen darbt und sieht die Entbehrungen seiner Angehörigen. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich gerade die wirtschaftlichen Verhältnisse beschuldige, daß sie bei vorhandener Disposition abermals eine bedeutende Häufung der manisch-depressiven Erkrankungen, insbesondere der (wie im Jahre 1918 überwiegenden) melancholischen Formen hervorriefen. Dieselben Ursachen dürften auch die in den zwei letzten Jahren in Ungarn erschreckend zunehmenden Selbstmorde erklären.

Ich finde keinen Grund anzunehmen, daß die cyclothyme Veranlagung in den letzten 15 Jahren so gewaltig zugenommen hätte, wie es die Erkrankungszahl meiner Statistik darlegt. Ob die Kriegeinflüsse und Entbehrungen nicht eine Zunahme der krankhaften Veranlagung der Nachkommenschaft mit sich bringen werden, das wird erst die Zukunft in 1—2 Jahrzehnten erhärten. Für die unmittelbare Nachkriegszeit kann eine solche keinesfalls in Betracht kommen, und darum glaube ich die periodische Häufung der manisch-depressiven Erkrankungen mit ihren dominierenden Färbungen wohl ausschließlich kriegerischen und wirtschaftlichen Einflüssen zuschreiben zu können.

2. Psychoneurosen.

Psychische Störungen auf hysterischer und neurasthenischer Grundlage — vereinigt unter dem Sammelnamen der Psychoneurosen — ergeben in der fünfzehnjährigen Frequenzkurve das verkleinerte Bild der manisch-depressiven Psychosen. Der Ausgangspunkt von 3% (1910) zeigt bei einer steten, aber mehr gleichmäßigen Tendenz bis 5,5% (1924), zwei gleiche Höhepunkte wie das manisch-depressive Irresein, bloß geringere und ein Jahr später auftretend: 9% in 1915, 9,5% in 1920. Diesen zwei Höhepunkten folgen keine solchen Tiefpunkte, der Rückfall ist eher langsam abflachend. Auch hier ergibt sich fast eine Verdoppelung, jedoch nicht mit der rapiden Intensität des manisch-de-

pressiven Irreseins. Auch bei der Betrachtung der fünfjährigen Durchschnittszahlen zeigt sich dieselbe Tendenz: der Friedensdurchschnitt von 5⁰/₀ stieg während des Krieges auf 8,5⁰/₀, um in der Nachkriegszeit nicht wesentlich auf 7,9⁰/₀ zu sinken. Auch die Jahrfünfte Durchschnittszahlen der beiden Geschlechter weisen dieselbe Tendenz auf, bloß in geringeren Zahlen: Bei den Männern 1—2,2—2,5⁰/₀, also einen geringen Anstieg in der Nachkriegszeit, beim weiblichen Geschlechte 12,2—16,2—14⁰/₀. Bei der unvergleichlich größeren Beteiligung des weiblichen Geschlechtes drückt der Rückfall desselbenden Totaldurchschnitt seinen Charakter auf.

Die Erklärung für die ansteigende Tendenz der psychischen Störungen auf hysterischer und neurasthenischer Grundlage halte ich für identisch mit jener, welche ich beim manisch-depressiven Irresein angegeben habe. Bei beiden eine starke affektible Grundlage, ein intensives Reagieren auf äußere Umstände und Verhältnisse. Auch hier vermag ich nicht eine wesentliche Modifikation der angeborenen Grundlage zu beschuldigen. Nur scheint es, daß die hysterische und neurasthenische Gemüts- und Geistesstörung einer stärkeren Reizsummierung bedarf, als jene des scheinbar noch labileren cyclothymen Grundcharakters, denn nur so kann ich die fast einjährigen Verspätungen (Kulminationen) auf dieselben äußeren Ursachen erklären. Die in absoluten Zahlen weitaus überwiegende Beteiligung des weiblichen Geschlechtes erkläre ich mir mit der gesteigerten Affektibilität, geringeren Widerstandskraft und heftigerem Reagieren des weiblichen Wesens. Auch scheint bei den Frauen die „Flucht in die Krankheit“ eine gefälligere und näherliegende Lösung so mancher Schwierigkeiten zu sein. Daß sich die weibliche Hysterie um nur ca. 33⁰/₀, die männliche dagegen um fast 150⁰/₀ vermehrte, dürfte wohl den im Kriege entstandenen Hysterien und Psychoneurosen zuzuschreiben sein.

Bezüglich Zu- oder Abnahmen der psychischen Erkrankungen vor und während des Krieges finde ich einige Angaben in der Arbeit von *Sichel*, welcher sich bloß auf die Beteiligung der Juden in Frankfurt beschränkt. Seine Statistik kommt bezüglich der degenerativen Hysterie zu Ergebnissen, welche sich mit den von mir erhobenen teilweise decken. So findet er, daß sich die Zahl der an schwerer Hysterie erkrankten Juden um das 1½fache erhöht, die Zahl der Nichtjuden um das 4fache. Obwohl sich *Sichels* und meine Ergebnisse in den Hauptzügen decken, erscheint mir ein Vergleich dennoch nicht als berechtigt, da die Gesichtspunkte beider Statistiken ganz verschiedene sind.

3. *Amentia*.

Die Schwankungen der akuten halluzinatorischen Verwirrtheit — in der eingangs erwähnten Umschreibung — zeigen im Wesen keine so charakteristischen und besonderen Eigenheiten, wie die vorher geschil-

derten Psychosen. Sowohl die jährliche Kurve, als jene der fünfjährigen Perioden ergibt, daß die Amentia während des Krieges eine entschiedene Steigerung aufweist (7⁰/₀), doch in der Nachkriegszeit mit 4,6⁰/₀ die Beteiligung der Friedenszeit (5,3⁰/₀) wieder erreicht, sogar eine geringe Verminderung aufweist. Bei den Männern ist diese Steigerung gering und der Abfall der Nachkriegszeit ausgesprochener (4,1—4,5—3⁰/₀), prägnanter bei dem weiblichen Geschlecht (7,5—10,5—7⁰/₀). Ich glaube dies wohl dem Umstande zuschreiben zu müssen, daß die dem Alter nach in Betracht kommenden Männer zumeist im Felde erkrankten und ihre kurz abklingende Psychose in Feldlazaretten oder in Krankenhäusern nahe der Front abheilte. Der psychische Einfluß des Krieges zeigt sich eher noch bei dem weiblichen Geschlechte.

Die Jahreskurven ergeben zwei auffallendere Steigerungen: eine 1913 mit 7,3⁰/₀, die andere 1918 mit 8,5⁰/₀ der Gesamtaufnahmen. Der eine Tiefpunkt fällt auf 1915 mit 4, der zweite auf 1920 und 1921 mit 4 resp. 3,6⁰/₀. Es läßt sich also kein nennenswerter Einfluß der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse nachweisen, immerhin aber eine mäßige Störung des Affektlebens durch Kriegsergebnisse. Freilich spielt bei der Amentia das Affektleben eine bedeutend geringere Rolle als bei den Neurosen und dem manisch-depressiven Irresein. Die Einreihung der Amentia in die Gruppe I erfolgt meist aus Opportunitätsgründen, welche oben dargelegt sind, da die Kurve derselben in ihren Hauptzügen einigermaßen an jene des manisch-depressiven Irreseins und der Psychoneurosen erinnert.

II. Psychosen mit Demenz.

In diese Gruppe möchte ich solche Psychosen einreihen, welche, wenn auch nosologisch und wesentlich keinesfalls identisch, jedoch durch das gemeinsame Charakteristikum der dominierenden Demenz und ähnliches Verhalten der Fluktuation eine gewisse Zusammengehörigkeit aufweisen. Ich bespreche hier die Formen der Geistesschwäche verschiedenen Grades, wie Imbecillität und Idiotismus, die Dementia praecox und schließlich die epileptischen Psychosen und Demenzen.

4. Imbecillität und Idiotismus.

Die Frequenzkurve derselben zeigt in der 15jährigen Periode eine entschiedene Steigerung, von 2,3⁰/₀ des Jahres 1910 auf 6⁰/₀ des Jahres 1924, also fast eine Zunahme um das mehr als 2¹/₃fache. Abgesehen von einer isolierten Steigerung des Jahres 1912 (6⁰/₀), ist der Friedensstand ziemlich tief (1,7⁰/₀), erhöht sich rapid und konstant während des Krieges auf 5⁰/₀, namentlich 1916 und 1917, zeigt während der Nachkriegszeit stärkere Schwankungen und Rückfälle, doch ergibt der Nachkriegsstand im Durchschnitte keine Verminderung, sondern noch eine geringe Erhöhung auf 5,3⁰/₀.

Recht lehrreich erscheint das entgegengesetzte Verhalten der beiden Geschlechter. Bei den Männern eine sehr bedeutende Erhöhung während des Krieges und ein geringer Rückfall in der Nachkriegszeit: 1,7, 6,2 und 4,9 $\frac{0}{0}$. Bei dem weiblichen Geschlechte wieder ein stärkerer Rückfall während des Krieges und ein Anstieg nach demselben: 4,5, 3,3 und 6 $\frac{0}{0}$. Das Gesamtbild der 5jährigen Kurven für beide Geschlechter zeigt den gemischten Typus: 2,8, 5 und 5,3 $\frac{0}{0}$, deshalb, weil während des Krieges mehr männliche, nach demselben mehr weibliche Kranke zur Aufnahme gelangten. Aus diesem Grunde zeigt dasselbe im Kriege den männlichen, nach demselben den weiblichen Typus. Noch sei bemerkt, daß in der Gesamtaufnahme dauernd die leichteren Fälle der Imbecillität gegenüber den schwereren des Idiotismus überwiegen; die letzteren allein zeigen in den drei Perioden keine nennenswerten Veränderungen.

Die Ursachen der Schwankungen möchte ich keinesfalls in inneren Momenten der Pathogenese suchen, sondern in äußeren, durch Kriegs- und wirtschaftliche Verhältnisse bedingten Einflüssen. Ein pathogenetischer Einfluß der Kriegszeiten: Minderwertigkeit der Nachkommenschaft infolge Unterernährung, Alkoholismus, Lues, Tuberkulose usw. der Eltern dürfte wohl erst nach einigen Dezennien zum Ausdruck gelangen. Die Mobilmachung des überwiegenden Teiles der im kriegsfähigen Alter stehenden männlichen Bevölkerung hat keine Rücksicht genommen auf Demenzzustände leichteren Grades, wenn dieselben auch im Frieden als Ausschließungsgründe bei den Assentierungen galten. Imbecille wurden in großer Zahl in die Armee eingereiht, bei ausgesprochener geistiger Minderwertigkeit kamen solche eventuell für nicht bewaffneten Kriegsdienst in Betracht. Übrigens habe ich reichlich die Erfahrung gemacht, daß Imbecille — insbesondere solche leichteren Grades — eben infolge ihrer Denkungsweise im Kriegsdienste Gelegenheit zu finden glaubten zur Entwicklung ihrer Expansivität, ihrer pathologischen großzügigen Pläne, und sich oft freiwillig zum Kriegsdienste meldeten. Ja sogar in Anstalten befindliche Imbecille (und leicht manische) drängten um ihre Entlassung, eben um sich freiwillig zu melden. Zahlreiche Imbecille fanden somit zeitweise Unterkunft in der Armee. Die Mobilmachung der waffenfähigen männlichen Bevölkerung resultierte einen derartigen Mangel an Arbeitskräften, daß als Ersatz derselben viele weibliche Geistesschwache zur physischen Arbeit herangezogen wurden in Gewerbe, Landwirtschaft und Fabriken, evtl. auch zur Erfüllung häuslicher Pflichten. Diese zwei Momente bewirkten m. E. die auf 1914 und 1915 fallenden Tiefpunkte der Aufnahmekurve. Bei den eingezogenen männlichen Imbecillen sehen wir jedoch bereits im zweiten Kriegsjahre den Niederbruch des anfänglichen Enthusiasmus, ein Versagen der kriegerrischen Begeisterung und des Betätigungs-

dranges; ihre Minderwertigkeit trat nun augenscheinlicher zutage und es erfolgte ihre Versetzung aus dem Heere in geschlossene Anstalten. Noch nicht eingezogene Imbecille kamen zur Erkenntnis, daß ihnen im Kriege keine billigen Lorbeeren blühen und für diese gab die Krankheit einen willkommenen Anlaß, um statt zum Heere in die weniger beschwerliche und sicherere Anstalt zu flüchten. Ich habe darüber zahlreiche Erfahrungen, daß solche Imbecille in den späteren Kriegsjahren aus der Anstalt zu Heeresdiensten eingezogen wurden. In diesen Umständen sehe ich den Grund dafür, daß in den Kriegsjahren die Zahl der männlichen Imbecillen bedeutend zu-, diejenige der weiblichen ziemlich abgenommen hat.

Die wirtschaftlichen Umstände der Nachkriegszeit bringen umgekehrte Verhältnisse. Die heimgekehrten Kriegsteilnehmer besetzen die Wirkungskreise der Vorkriegszeiten und streben neue an, und so werden die weiblichen Arbeitskräfte überflüssig: die Zahl der zur Aufnahme gelangenden weiblichen Imbecillen nimmt zu, weil sie eben keine physische Arbeit mehr finden und unter den obwaltenden schwierigen wirtschaftlichen Verhältnissen die Familien die nunmehr auch im häuslichen Arbeitskreise überflüssig gewordenen geistesschwachen weiblichen Brotvertilger gerne den Anstalten überweisen, während die männlichen eher noch ihr Unterkommen finden. Die von den Friedensdimensionen gewaltig abweichenden wirtschaftlichen Verhältnisse und Betätigungsmöglichkeiten der Nachkriegszeiten boten gerade den moralisch minderwertigen und durch moralisch-ethische Hemmungen weniger befangenen Imbecillen größere Perspektiven für ihre pathologische Handlungs- und Denkungsweise so lange, bis sie nicht in der unreellen Tätigkeit zugrunde gehen. Damit erkläre ich mir, daß unter den Imbecillen der Nachkriegszeit bei den Frauen die intellektuell, bei den Männern die ethisch-moralisch Minderwertigen überwiegen, welche letztere in einer ihrer Denkungsweise besser entsprechenden unlauteren Betätigung so lange wirken, bis sie nicht mit dem Strafgesetzbuche in Kollision gelangt, sich durch Vorspiegelung schwerer geistiger Defekte in eine geschlossene Anstalt zu flüchten trachteten. Viele von ihren Angehörigen in der Nachkriegszeit eingelieferte männliche Imbecille waren wegen Betrug, Fälschung straffällig geworden und fanden in der Anstaltsunterbringung nicht die erhoffte Exkulpierung.

Sichel findet bei den imbecillen Juden eine Verminderung um ca. 50% während des Krieges.

5. *Dementia praecox.*

Bezüglich der *Dementia praecox* habe ich bereits bemerkt, daß nicht so sehr pathogenetische Gründe mich zur Einreihung derselben in die Psychosen mit Demenz bewogen haben, als ein gleiches Verhalten der

Schwankungen während der 15jährigen Beobachtungsperiode. Die jährlichen Aufnahmszahlen zeigen eine mäßige, wenn auch zweifellos steigende Tendenz, von 8⁰/₀ in 1910 auf 11⁰/₀ in 1924. Die Kurve weist, ohne auffallende Tiefpunkte, zwei Höhepunkte auf: 1911 mit 11, 1921 mit 13⁰/₀. Für den Höhepunkt 1911 vermag ich keine besondere Erklärung zu finden; für den größeren von 1921 bringe ich die Erklärungsmöglichkeit weiter unten vor.

Die auf die drei Jahrfünftel entfallenden Durchschnittszahlen ergeben, daß die steigende Tendenz während des Krieges minimal ist, sich aber in der Nachkriegszeit immer ausgiebiger durchsetzt: 8⁰/₀ im Frieden, 8,1⁰/₀ im Kriege, 11,6⁰/₀ nach dem Kriege. Ein von dieser allgemeinen Gestaltung der Frequenzkurve recht abweichendes Bild gibt jene für das weibliche Geschlecht. Bei den Männern ist die Frequenz 7,9, 8,7 und 10,5⁰/₀, also ein mäßiges Steigen während des Krieges, ein stärkeres nach demselben; bei der Imbecillität fand ich — abweichend von der Schizophrenie — nach dem Kriege den Rückfall. Eine Erklärung hierfür ist schwerer zu finden, doch denke ich, daß folgende Überlegung in Betracht kommen könnte: In den ersten Kriegsjahren wurden zahlreiche leichte und beginnende Fälle von *Dementia praecox* zu Kriegs- oder Garnisondiensten eingezogen, diese und dann die bei späteren Musterungen als krankhaft erscheinenden Männer wurden nach militärischer fachärztlicher Überprüfung auf administrativem Wege zivilen Anstalten überwiesen. Diese dürften das besondere Plus der Kriegsaufnahmen ausmachen. Tatsächlich wurden während des Krieges nicht wenige Schizophreniker uns als Geisteskranke eingeliefert, welche bereits militärisch als krank befunden wurden, jedoch noch nicht als anstaltsbedürftig bezeichnet werden konnten. Zur Erklärung der fast 25proz. Zunahme der männlichen *Dementia praecox* nach dem Kriege muß m. E. der Umstand verantwortlich gemacht werden, daß namentlich 1921—1923 viele solche Kranke uns zugewiesen wurden, welche aus Gründen öffentlicher Sicherheit anstaltsbedürftig waren. Unter diesen wieder waren zahlreiche Kranke, welche zu Kriegsbeginn ohne oder bloß mit den allerleichtesten Andeutungen eines psychischen Defektes zu Kriegsdiensten eingezogen wurden und während derselben oder kurz danach schwer psychotisch geworden sind. Ohne mich an dieser Stelle in die Frage der Kriegsdienstschädigung der Schizophrenie einzulassen zu wollen, gibt mir der erwähnte Umstand denn doch zu denken, ob die Bejahung eines Einflusses des Kriegsdienstes auf leicht Schizophrenie oder zumindest Schizoide *a limine* abzulehnen sei. Die Zahl meiner Fälle ist zu gering, um zu einer endgültigen Stellungnahme nach dieser Richtung zu berechtigen, aber diese Frage sollte doch in Betracht gezogen werden.

Die Quinquennalkurve der weiblichen *Dementia praecox* zeigt in

ihren absoluten Prozentzahlen die photographische Wiederholung der Imbecillitätskurve: bei der Imbecillität 4,5—3,3—6 $\frac{0}{0}$, bei der Dementia praecox 9,5—7,8—13 $\frac{0}{0}$. Ebenso wie bei der Imbecillität haben wir während des Krieges bloß ganz schwere Fälle weiblicher Dementia praecox bekommen, während uns nach dem Kriege recht zahlreiche zukamen, welche, nur gering verblödet, zu physischer Arbeit jedenfalls noch sehr geeignet und verwendbar waren. Bei der männlichen Dementia praecox überwiegen nach dem Kriege die schwereren, bei der weiblichen die leichteren Fälle. Die Ursache dieser Erscheinung glaube ich bei der weiblichen Dementia praecox mit Recht in denselben äußeren, d. h. wirtschaftlichen Gründen suchen zu können, welche ich bei Besprechung der Imbecillität dargelegt habe.

Bei der Dem. pr. der Frankfurter Juden fand *Sichel* einen (im mir zugänglichen Referate ziffernmäßig nicht angegebenen) deutlichen Rückgang.

6. Epilepsie.

Die Frequenz der epileptischen Demenz und Geistesstörungen auf epileptischer Grundlage zeigt weder ansteigende noch abnehmende Tendenz, bei gleichbleibendem Ausgangs- und Endpunkt. Sowohl 1910 als 1924 beträgt die Epilepsie 6 $\frac{0}{0}$ der Gesamtaufnahmen. Die dazwischenliegenden Schwankungen sind nicht bedeutend: 1913 und 1920—21 ergeben Tiefpunkte mit je 3,5 $\frac{0}{0}$, 1917 mit 7,8 und 1919 mit 8 $\frac{0}{0}$ je einen Höhepunkt. Auch die Durchschnittszahlen der Jahrfünfte vor, während und nach dem Kriege ergeben keine auffallenden Schwankungen, bloß eine ganz mäßige Zunahme während des Krieges, mit Rückkehr auf die Vorkriegszahl in der Nachkriegszeit: Totale 5,2—6,4—4,8 $\frac{0}{0}$; Männer 4,5—6,2—5 $\frac{0}{0}$; Frauen 5,7—6,4—4,8 $\frac{0}{0}$. Den geringen Anstieg während des Krieges könnte ich höchstens wirtschaftlichen Gründen zuschreiben, keinesfalls pathogenetischen. Folgen der Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse auf die Epilepsie können sich wohl erst in einigen Jahrzehnten zeigen.

III. Organische Gehirnkrankheiten.

In diese Gruppe reihe ich ein die progressive Paralyse und die encephalopathischen Gehirnkrankheiten.

7. Die progressive Paralyse.

Dieselbe zeigt in ihren sämtlichen Kurven ein überaus lehrreiches und teilweise auch überraschendes Verhalten. Bloß bezüglich der progressiven Paralyse ist die Literatur reich an Angaben, auf welche ich nach Darlegung meiner eigenen Ergebnisse und bei Besprechung der Ursachen etwas näher eingehen will. Bei keiner einzigen Krankheitsform fand ich eine so entschiedene und ausgesprochene Abnahme der

Frequenz wie bei der progressiven Paralyse, welche im Jahre 1910 41⁰/₀, 1924 bloß 19⁰/₀ der Gesamtaufnahmen betrug. *Ich konnte somit in den letzten 15 Jahren eine mehr als 50proz. Abnahme der Paralysefrequenz konstatieren.*

Der erste Teil der Jahreskurve (Kolonne I des Diagramms), welche den Jahren vor dem Kriege entspricht, zeigt sehr interessante Schwankungen. So folgen den Tiefpunkten von 1912 und 1914 mit je 37⁰/₀ ganz rapide Anstiege, welche gleichzeitig Maximalpunkte bedeuten: 1913 mit 45, 1915 mit 43⁰/₀. Der Durchschnitt der Aufnahmen im ersten Jahrfünft, also in der Vorkriegsperiode, beträgt 40,6⁰/₀ (Kolonne II des Diagramms). In den Kriegsjahren zeigt sich ein ganz bedeutender Abfall; hier folgt dem Höhepunkte 1915 mit 43⁰/₀ das Jahr 1916 mit 31, 1917 mit 25⁰/₀. Dann folgen wieder einige Jahre intensiver Schwankungen zwischen 28 und 26⁰/₀ und 32 resp. 31⁰/₀. Diese Schwankungen zeigen aber keine so große Amplitude wie die Vorkriegsjahre, so daß sich der Durchschnitt des zweiten Jahrfünfts — Kriegsperiode — auf 32 stellt, gegenüber dem Jahresdurchschnitte der Friedensperiode von 40⁰/₀. Im dritten Teile des Diagramms finden wir abermals eine Verminderung, jedoch ohne Schwankungen, sondern mit einer gleichmäßig abfallenden Tendenz, wodurch sich der Durchschnitt des dritten Jahrfünfts — der Nachkriegszeit — von 32⁰/₀ auf 26,5⁰/₀ der Gesamtaufnahmen reduziert. Die Verhältniszahl der Gesamtaufnahmen verringert sich in den Kriegsjahren um 20⁰/₀, in den Nachkriegsjahren um fast 20⁰/₀.

Diese Ziffern beziehen sich auf die Gesamtaufnahmen beider Geschlechter. Nicht identisch dazu gestalten sich aber die Aufnahmeverhältnisse für das männliche und weibliche Geschlecht (Kolonne III des Diagramms für die Männer, Kolonne IV für die Weiber).

Im Frieden hatte ich auch das Maximum der männlichen Aufnahmen, nämlich 49,9⁰/₀ aller männlichen Kranken; ihre Zahl beträgt im Kriege bloß 46,9⁰/₀ und sinkt in der Nachkriegszeit auf 36,7⁰/₀. Ihre Verminderung stellt sich im Kriege also auf bloß 6⁰/₀, nach demselben auf 22⁰/₀.

Demgegenüber sehen wir bei den weiblichen Paralyen nach der Maximaldurchschnittszahl von 22⁰/₀ aller weiblichen Aufnahmen eine Kriegsverminderung auf 13⁰/₀, welche Zahl in der Nachkriegszeit fast unverändert bleibt: 13,2⁰/₀. Die Verminderung beträgt bei den weiblichen Paralyen im Kriege fast 40⁰/₀, in der Nachkriegszeit ist sie — ohnen Berücksichtigung des ganz irrelevanten Anstieges von ca. 1,5⁰/₀ — unverändert.

Ergänzend und nachtragsweise will ich für die progressive Paralyse die Aufnahmszahlen des Jahres 1925 — welches in der Gesamtstatistik nicht einbezogen ist — anführen. In Klammern setze ich bei die Aufnahmszahlen des Jahres 1924 allein. Es betrug die Verhältniszahl der

Paralysenaufnahmen 1925: Männer 25,7⁰/₀ (27,6), Weiber 9⁰/₀ (9,6), beide Geschlechter 18,3⁰/₀ (19⁰/₀).

Die bei meinem Material für die Zeit 1910—1924 jährweise und in Jahrfünftdurchschnitten nachgewiesene absolute und bedeutende Abnahme der Paralysenaufnahmen findet ihre Fortsetzung im Jahre 1925. Dies und das bei Wahrung der absteigenden Tendenz doch einigermaßen verschiedene Verhalten beider Geschlechter erlaubt m. E. ganz entschiedene Erklärungen.

Nachdem *Pilcz* und *Herschmann* ihren Untersuchungen über die Abnahme der Paralyse nicht nur die Aufnahmen, sondern auch die Zahl der Gesamtbevölkerung Wiens zugrunde legen, und damit weitere Verhältniszahlen ermitteln, habe ich eine ähnliche Paralysestatistik für die in Betracht kommenden Jahre angefertigt. Ich bringe dieselbe in Tabelle 2 zur Darstellung.

Tabelle 2.

Jahr	St.-Johann-Krankenhaus			Gesamtbevölkerung von Budapest	Verhältniszahl der P. p. zur Gesamtbevölkerung 1 : 10000
	Gesamtaufnahmen	Paralysenaufnahmen	Verhältniszahl der P. p. zud. Gesamtaufnahmen in %		
1910	274	101	41	870524	1,277
1911	308	118	40	891650	1,324
1912	269	98	37	914209	1,071
1913	291	133	45	936769	1,419
1914	275	103	37,3	959328	1,074
1915	272	115	43	975918	1,178
1916	544	161	31	986755	1,631
1917	420	115	28	988927	1,162
1918	449	141	32	972153	1,450
1919	599	150	26	955379	1,570
1920	588	281	31	938562	2,999
1921	519	158	30	933340	1,692
1922	617	174	29	939526	1,751
1923	729	159	24	945712	1,575
1924	760	145	19	951898	1,523
1925	797	142	18,3	949994	1,495

Die Ergebnisse der Tabelle 2 sind nicht so eindeutig, sie zeigen einige Divergenzen gegenüber den Verhältniszahlen der Aufnahmen unseres Krankenhauses. Die Kulminationspunkte der Jahre 1913, 1918 und 1920 kommen überall gleichmäßig zum Ausdruck, die anderen Jahre zeigen Übereinstimmung. Bloß die Jahre 1914, 1916, 1919 und 1922 weisen Unterschiede auf, welche sich darin zeigen, daß meine Anstaltsstatistik für diese Jahre eine Abnahme, die Tabelle 2 eine Zunahme ergibt. Nachdem jedoch das St.-Johannes-Krankenhaus nicht die alleinige Anstalt für Psychischkranke in Budapest ist, sondern die Kranken sich noch auf die psychiatrische Klinik und zwei Landesirrenanstalten

verteilen und meine Anstalt namentlich in den ersten Jahren der meiner Statistik zugrunde liegenden Periode nur einen recht geringen Belagsraum zur Verfügung hatte (95 Kranke), und später durch Vergrößerungen zweimal Verbreiterung erfuhr, kann meine Anstaltsstatistik keinen ganz klaren Überblick über das Verhältnis der Krankenaufnahmen zur Gesamtbevölkerung gewähren. Aus diesem Grunde lege ich derzeit kein besonderes Gewicht auf die Verhältniszahlen zur Gesamtbevölkerung. Doch beabsichtige ich in einer sich auf sämtliche Budapester Anstalten erstreckenden eingehenden Paralysestatistik auf diese Frage zurückzukommen, insofern mir die nötigen Daten zur Verfügung stehen werden.

Wäre die von mir nachgewiesene Abnahme der Paralyse ein vereinzelter Befund, würde ich daraus — schon mit Rücksicht auf die nicht allzu große Zahl der Fälle — keinesfalls generelle Schlüsse ziehen. Da aber eine entschiedene Abnahme der Paralyseaufnahmen fast allgemein bestätigt wird, so rücken auch meine Befunde in den Brennpunkt der Betrachtung. So weist *Bonhoeffer* nach, daß die Zahl der von ihm beobachteten Paralysefälle Heeresangehöriger in den Jahren 1913—1917 von 13% auf 8% zurückgegangen sei; *Herzig* findet einen ähnlichen Rückgang, doch in seinem Materiale höhere Prozentsätze. *Pilcz* befaßt sich mit der Frage der Paralysefrequenz in mehreren Arbeiten, in deren jüngster er aus der Paralysestatistik der Wiener Irrenanstalt in den Jahren 1902—1921 nachweist, daß dieselbe bis 1908 wächst, sodann stetig abnimmt; *Pilcz* berechnet auch die Zahl im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung; aus seiner Tabelle fehlen leider die eigentlichen Kriegsjahre (1914—1918). Seine Feststellungen bestehen für beide Geschlechter. Bei den Männern findet er von 1913—1921 eine fast 30proz. Abnahme, nicht so bei den weiblichen Paralyse, wo die Verhältniszahlen dieser beiden Jahre nahezu dieselben sind. *Herschmann* umfaßt nach ähnlichen Grundsätzen und unter Berücksichtigung der Gesamtbevölkerung das ganze Wiener Material (Klinik und Irrenanstalt) und findet, daß die männlichen Paralyse in den Nachkriegsjahren eine mäßige Abnahme ($-11,6\%$), die weiblichen jedoch eine geringe Zunahme ($+9,8\%$) aufweisen. Die gemeinsame Zusammenstellung für beide Geschlechter ergibt aber in toto eine Abnahme in den Nachkriegsjahren. Auch in der Statistik *Herschmanns* sind die eigentlichen Kriegsjahre 1914—1918 nicht einbezogen, somit erlaubt sich bloß ein Vergleich der Vor- und Nachkriegsjahre, welcher eine Gesamtabnahme von 8% ergibt. *Henssge* findet in der Statistik von Chemnitz von 1916 an ebenfalls eine ständige Abnahme des prozentuellen Vorkommens der Paralysezugänge, ohne Verminderung des Verhältnisses zur Gesamtbevölkerung. *W. Schwartz* findet am Altscherbitzer Material, daß die Paralysezugänge bis 1909 weniger als

25⁰/₀ der Gesamtaufnahmen, nach 1910 jedoch weniger als 20⁰/₀ betragen. *R. Koch* weist für die Rostocker Klinik in der Zeit 1912—1922 bloß eine geringe Abnahme nach. *Sichel* konstatiert bei den Frankfurter Juden ebenfalls eine Abnahme der Paralysefrequenz. *Jahrreiss* findet in der Krankenbewegung der Leipziger Klinik weder eine relative noch eine absolute Abnahme der Paralysezugänge. *Marie* und *Kohen* vergleichen die Aufnahmen im Département de la Seine 1909 bis 1913 mit 1919—1923 und finden, daß die männlichen Paralyse von 16,5 auf 16,3⁰/₀ zurückgegangen sind, die weiblichen von 8,6⁰/₀ auf 8,54⁰/₀; ein geringer Rückgang bezieht sich also bloß auf die Paralyse der Männer. Dieselben Autoren erwähnen, daß *Berson* in Nantes vor 1918 12—15⁰/₀, nach 1919 nur 5—11⁰/₀ Paralyse fand. Aus dem am Weltkriege nicht beteiligten Auslande liegen zwei Mitteilungen vor: *H. W. Maier* bringt eine eingehende Statistik der Schweizer Irrenanstalten von 1897 bis 1923, welche bis 1911 eine Abnahme, bis 1913 eine Zunahme, dann bis 1918 eine Stagnation und nach 1921 wieder eine Zunahme ergibt, doch zeigen die Jahre 1919, 1922 und 1923 ein Minimum, an welchem das weibliche Geschlecht weniger beteiligt ist. Über die Verhältnisse Schwedens bringt *Wiesel* Aufschluß; seine Statistik ergibt 1880—1900 eine Zunahme, 1900—1910 eine geringe Abnahme, nach 1910 wieder eine konstante Zunahme, welche namentlich die Jahre 1915—1919 betrifft.

Kehrer betrachtet die Frage der Paralysehäufigkeit von einem umfassenden Standpunkte, welchen er bereits in einer kurzen Diskussionsbemerkung zum Ausdruck bringt, und später in einer größeren Arbeit mit *Struzina* an der Hand des stationären und poliklinischen Materiales der Breslauer Klinik ausführlich darlegt. Nach *Kehrer* ergibt die alleinige Betrachtung der Paralyse keine eindeutigen Beweise für die Zu- oder Abnahme derselben, sondern er richte sein Augenmerk auch auf die gleichzeitigen Bewegungen der *Tabes* und *Lues cerebrospinalis*-Frequenz. *Kehrer* und *Struzina* vergleichen das Gesamtmaterial der Klinik für die Jahre 1913, 1917 und 1921. Für die Paralyse allein finden sie auch einen deutlichen Abfall der Frequenz, welcher wie bei meinem Materiale über 50⁰/₀ beträgt. *Tabes* und *Lues cerebrospinalis* hingegen zeigen eine ganz ausgesprochene Zunahme, welche bei der *Tabes* ca 18⁰/₀, bei der *Lues cerebrospinalis* 20⁰/₀ beträgt. Der Gesamtprozentsatz für die beiden Metaluesformen und der *Lues cerebrospinalis* zeigt, daß diese Krankheiten unter dem Einflusse des Krieges nicht abgenommen haben. (Nachdem meine Abteilung derzeit nur für psychisch Kranke Belagraum besitzt und keine Poliklinik zur Verfügung hat, erlaubt mir diese Beschränkung leider keine Berücksichtigung der Untersuchungsrichtung und Ergebnisse von *Kehrer* und *Struzina*.)

Die überwiegende Zahl der mitgeteilten Arbeiten und meine eige-

nen Befunde bestätigen, daß die Paralysefrequenz in den letzten zwei Jahrzehnten in einem jedenfalls nicht unerheblichen Maße abgenommen hat, wenigstens bei den am Kriege und seinen wirtschaftlichen Folgen beteiligten Völkern; bei einigen in stärkerem, bei anderen in geringerem Grade. Die neutralen Länder scheinen von diesen Abnahmen nichts zu merken. Freilich bleibt nun die Frage offen, ob es sich hierbei um eine tatsächliche und bleibende oder bloß um eine vorübergehende Erscheinung einer gewissen periodischen Schwankung der Paralysehäufigkeit handelt, mit anderen Worten: ob die Zahl der Paralyse oder bloß jene der derzeitigen Paralytiker abgenommen hat. Diese Frage muß jedenfalls auch in den Kreis der Betrachtungen gezogen werden. So zeigen die Statistiken von *Maier* und *Wiesel*, daß gerade in zwei neutralen Ländern (Schweiz und Schweden) eine periodische Schwankung der Paralysefrequenz unleugbar ist, welche weder mit dem Kriege noch mit seinen unmittelbaren wirtschaftlichen und Notstandsfolgen in Zusammenhang gebracht werden kann. Sehr überzeugend bringt die Auffassung der periodischen Schwankungen in der Paralysefrequenz *Bumke* zum Ausdruck, der in seiner sich auf zahlreiche deutsche Kliniken und Irrenanstalten erstreckenden Statistiken-Zusammenstellungen den Nachweis liefert, daß in jeder einzelnen Statistik mehr-minder ausgesprochene Zu- und Abnahmen der Paralyseerkrankungen vorkommen, doch ergibt ein Vergleich dieser Statistiken, daß Zu- und Abnahmen in verschiedenen Kliniken und Ländern des vom Kriege überall gleich schwer betroffenen Deutschen Reiches zeitlich nicht zusammenfallen. *Bumke* gelangt dadurch zu dem Schlusse, daß keine identischen inneren und äußeren Umstände diese Schwankungen bedingen können und sieht sich daher veranlaßt, an wirkliche Schwankungen in der Paralysehäufigkeit glauben zu müssen, welche er weder mit der Zu- oder Abnahme der Syphilis noch mit den Fortschritten der Syphilisbehandlung und Paralyseerkenntnis zu erklären vermag, sondern in welcher er den Vorläufer einer neuen Phase im Kampfe zwischen Organismus und Spirochaete erblicken zu können glaubt.

Mag es sich nun um eine isolierte und bloß durch Kriegsverhältnisse bedingte Abnahme der Paralysehäufigkeit handeln oder bloß um einen mit den Kriegs- und Nachkriegsverhältnissen zeitlich zusammenfallenden absteigenden Ast einer Schwankung in der Paralysefrequenz, — jedenfalls verdient diese Frage nicht nur weiter mit Aufmerksamkeit verfolgt, sondern auch in ihren momentanen Bedingungen erforscht zu werden.

Als solche aktuellen Bedingungen und Ursachen können innere und äußere in Betracht kommen.

Mit Rücksicht darauf, daß die neueren Errungenschaften des Lueserkenntnis und Behandlung (Entdeckung der Spirochaete, der Wasser-

mann- und anderen derselben mehr-minder gleichwertigen Serum- und Liquorreaktionen und des Salvarsans) einen ganz eminenten und früher ungekannten Fortschritt in Pathologie, Erkennung und Behandlung der Syphilis bedeuten, und speziell auf die Spätfolgen der Syphilis einen in seinen Dimensionen vorläufig noch nicht meßbaren Einfluß haben können, läßt wohl als erste und bestechendste Erklärung für die Abnahme der Paralyse diese Momente in den Vordergrund der Betrachtung treten. Doch verliert diese Begründung ihren Wert, wenn man — bei aller Anerkennung des Wertes der Spirochaetenentdeckung und Wassermannreaktion für die Pathologie der Syphilis — bedenkt, daß der Einfluß des namentlich erst in den Kriegsjahren zu voller Blüte und Verbreitung gelangten Salvarsans sich bisher wohl auf die Biologie der Syphilis selbst bemerkbar machen konnte, nicht aber auf die spätluetischen Erkrankungen des Nervensystems: Paralyse und Tabes. Wenn wir vor Augen halten, daß in den ersten Jahren, als noch das Ziel der einmaligen sterilisatio magna vorschwebte, Salvarsan und auch Neosalvarsan zumeist in absolut unzureichender Weise angewendet wurde und eine ausreichende Syphilisbehandlung erst ziemlich später einsetzte, so kann man in vollster Übereinstimmung mit *Bumke* nur zu der Folgerung gelangen, daß die Kurvensenkung der Paralysenfrequenz, welche im allgemeinen in den Kriegsjahren auftrat, kaum dem Salvarsaneinflusse zugeschrieben werden kann, da die mit Salvarsan ausreichend behandelten und um diese Zeit an Paralyse erkrankten Syphilitiker die durchschnittliche Inkubationszeit noch nicht erreicht bzw. erst in der Mitte der Inkubationszeit gestanden haben. Zur selben Ansicht bekennen sich auch *Kehrer* und *Struzina*, welche der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten im Kriege die bedeutende Zunahme der Lues cerebrospinalis zuschreiben, die augenblickliche Abnahme der Paralyse wohl konzedieren, aber einen imminents Einfluß des Krieges auf die Metalues derzeit noch nicht feststellen können. Ich glaube, daß die Abnahme der Paralysen im und nach dem Kriege nur in geringem und fraglichem Grade dem Salvarsaneinflusse zugeschrieben werden kann (*Jahrreis*, *Herschmann*, *Koch* u. a.) und eher andere Erklärungen herangezogen werden müssen. Wie die Vermehrung der Syphilis im Kriege und der therapeutische Einfluß des Salvarsans die Paralysenhäufigkeit beeinflussen werden, und inwieweit sich diese beiden Faktoren nicht die Wage halten, das dürfte erst die Erfahrung der nächsten Jahrzehnte lehren.

Bumke, der in der Paralysenabnahme bloß einen absteigenden Ast in der Paralysenfrequenz sieht, glaubt diese Schwankungen unabhängig von äußeren, speziell Kriegseinflüssen, aber auch unabhängig von Zu- oder Abnahme der Syphilis und Behandlung derselben „einen Vorläufer einer neuen Phase im Kampfe zwischen Organismus und Spirochaete erblicken zu müssen“, was ihm um so plausibler erscheint, da

sich ja die Symptomatologie der Paralyse in den letzten Jahrzehnten zweifellos ändert, mildert und das vor 25 Jahren noch alltägliche Bild der klassischen Paralyse mit blühendem Größenwahn immer seltener vor Augen tritt. Eine ähnliche Auffassung vertreten auch *Pilcz*, *Herschmann*, *Marie-Kohen*, *Maier* u. a. Ich bezweifle nicht den Einfluß einer solchen Änderung im klinischen Charakter auf Frequenz der Paralyse, glaube aber immerhin, einen unmittelbaren Einfluß spezieller Kriegsmomente nicht nur annehmen, sondern derzeit hauptsächlich beschuldigen zu können, da ja am Kriege nicht beteiligte Länder die sonst überall nachgewiesene Frequenzabnahme der Paralyse nicht aufweisen.

Einer von mancher Seite herangezogenen Erklärung zur Paralysenabnahme, daß sich nämlich die Diagnose der Paralyse verfeinert hätte und damit sicherer geworden sei, und folglich manche früher als Paralyse diagnostizierten Fälle in Wegfall kämen, kann ich nicht beipflichten. Bei vollster Anerkennung des hohen diagnostischen Wertes der verschiedenen Liquoruntersuchungen kann ich einer rückgängigen Diagnosenrevision ruhig entgegensetzen und glaube kaum, daß wir die Paralyse vor 15 Jahren weniger sicher erkannten als in den letzten Jahren. Gewiß trägt die Liquoruntersuchung viel bei zur Bestätigung der klinisch erkannten Paralysendiagnose, doch kenne ich kaum einige Fälle, deren klinische Diagnose ich bloß durch die verfeinerte Liquoruntersuchung — welche ich in keinem Falle missen möchte — für die Paralyse umgeändert hätte. Eine solche Verschiebung der Diagnose könnte bloß zwischen Paralyse und Lues cerebrospinalis in Frage kommen. Wäre dies aber der Fall, dann müßten die Paralysenabnahmen meiner Statistik ihren Gegenwert finden in einer Zunahme der encephalopathischen Geistesstörungen durch Einreihung der Lues cerebrospinalis-Fälle in diese Kategorie. Dies ist jedoch — wie ich im nächsten Abschnitte darlegen werde — absolut nicht der Fall. Die verfeinerte Paralysendiagnose kann somit m. E. nicht in Betracht kommen für Begründung einer bloß scheinbaren Paralysenabnahme.

Nach Besprechung dieser inneren Ursachen möchte ich die äußeren in Betracht ziehen, welche ich für die derzeitige Abnahme der Paralysenfrequenz in erster Reihe beschuldigen zu können glaube. Die riesigen Verluste an Menschenleben im Kriege haben gewiß auch die Fälle beginnender Paralyse und die Paralysenkandidaten betroffen. Ich glaube, und darauf weisen auch *Kehrer* und *Struzina* mit Recht hin, daß zahlreiche beginnende und bei den Musterungen nicht erkannte Paralysenfälle im Schützengraben endeten; zahlreiche, als besonders hervorragende, mutige Kämpfer erscheinende beginnende Paralytiker dürften im Felde gefallen sein. Auch ist anzunehmen, daß viele am Schlachtfelde an akut auftretender Paralyse Erkrankte als „Kriegspsychosen“ und „Melancholien“ im Feldlazarette starben, ehe sie einer

fachgemäßen psychiatrischen Untersuchung unterzogen werden konnten. Und noch schlimmer gestalteten sich die Verhältnisse für die angehenden Paralytiker, als in der zweiten Hälfte des Krieges die zwingende Forderung des Nachersatzes zu einer weniger eingehenden Untersuchung nötigte und wahrscheinlich noch mehr beginnende Paralytiker und Paralyse-kandidaten eingereiht wurden, welche demselben Schicksale anheimgefallen sind. *Kehrer* und *Struzina* schätzen ihre Zahl als gering ein; ich habe so viele eingezogene und nach kurzem Kriegsdienste an blühender, rasch verlaufender Paralyse erkrankte Männer gesehen, daß ich deren Zahl keinesfalls als unbedeutend bezeichnen könnte und eher zur Annahme neige, daß der Krieg eine nicht unbedeutende Abnahme nicht der Paralyse, sondern der Paralytiker resultiert hat.

Ich möchte mich an dieser Stelle keinesfalls auf die Frage der Kriegsdienstentschädigung der Paralyse erstrecken, aber dennoch betonen, daß ich meinerseits einen ursächlichen Einfluß des Krieges auf die Paralyse wohl a limine zurückweise, jedoch einen beschleunigenden Einfluß bei tatsächlichem Kriegsdienste im Felde anerkennen zu müssen glaube. Zu dieser Ansicht berechtigt mich die Erklärung meiner Statistik. Denn ich glaube, daß sich der Einfluß des Krieges auf die Abnahme der männlichen Paralyse nicht bloß darin äußert, daß zahlreiche Paralysekandidaten im Felde fielen, sondern daß eben die Kriegs- und wirtschaftlichen Verhältnisse der Nachkriegszeiten mit ihren Entbehrungen und intensiver Inanspruchnahme der psychischen und physischen Tätigkeit zu einer Verkürzung der Paralyse-dauer, zu einem rascheren Verlaufe der Krankheitsdauer beigetragen haben.

Derzeit stehen mir noch keine sich auf viele Jahre erstreckenden statistischen Daten zur Verfügung, um diese Möglichkeit ziffernmäßig erhärten zu können. Die Sammlung solcher ist erst im Zuge¹⁾. Über die Paralyse-mortalität besitze ich derzeit bloß die Ergebnisse der Jahre 1921—1924, welche aus Tabelle 3 ersichtlich sind. Die Paralyse-morta-

Tabelle 3.

Jahr	Gesamtbevölkerung von Budapest	Todesfälle		An pr. P. sind gestorben			An Paralyse-tod entfällt in %	
		Summe	%	Männer	Frauen	zusammen	auf die Summe der Verstorbenen	auf die Gesamtbevölkerung
1921	933 340	18 981	1,601	236	68	304	2,0336	0,0325
1922	934 526	19 054	1,779	264	75	339	2,0281	0,0360
1923	945 712	18 549	1,552	214	74	288	1,961	0,0304
1924	951 898	18 644	1,619	230	74	304	1,958	0,0319

¹⁾ Die in dieser Arbeit mitgeteilten statistischen Angaben über die Verhältnisse der Gesamtbevölkerung und die für meine künftige Arbeit unter Sammlung

lität in Budapest ist, wie dies auch *Wilmanns* betont, eine recht beträchtliche. Es würde zur Erhärtung meiner obenerwähnten Annahme dienen, wenn es statistisch nachweisbar wäre, daß trotz Verminderung der Paralsenaufnahmen die Mortalität eine größere wäre, als dies nach den Daten der vorangehenden, namentlich der Friedensjahre, entsprechen würde. Ich wünschte auch einen ziffernmäßigen Beleg dafür, ob sich die Paralsenmortalität bezüglich der Altersklassen nicht verschoben hätte, d. h. ob jetzt nicht eine größere Mortalität auf die jüngeren Altersklassen entfällt? Hierüber fand ich in den amtlichen statistischen Angaben bloß jene des Jahres 1924, welchen ich folgendes entnehme: Im Jahre 1924 starben an progr. Paralyse in Budapest 304 Personen, davon standen im Alter von 20—30 Jahren 7, d. i. 2,3⁰/₀; von 30—40 Jahren 78, d. i. 25,3⁰/₀; von 40—50 Jahren 108, d. i. 35,5⁰/₀; von 50—60 Jahren 71, d. i. 23,3⁰/₀; von 60—80 Jahren 40, d. i. 13,1⁰/₀. Hieraus ist ersichtlich, daß in das kritische Alter der Paralsenerkrankung, d. h. zwischen 30 und 50 Jahren im Jahre 1924 auch der überwiegende Teil der Mortalität, 186 Personen, d. i. 61,3⁰/₀ entfällt. Wie sich diese Verhältnisse für die früheren Jahre gestalten, das werden hierauf bezügliche statistische Daten ergeben, deren amtliche Sammlung derzeit im Zuge ist, und deren Mitteilung und daraus nachweisbare endgültige Formulierung meiner oben geäußerten Ansicht ich meiner in Aussicht gestellten endgültigen Arbeit vorbehalte. Ich bin mir vollkommen bewußt, daß meine derzeitigen Daten keinesfalls ein klares Bild zu geben imstande sind, immerhin aber wollte ich dieselben bereits dieser Arbeit beifügen, um zu etwaigen weiteren ähnlichen Zusammenstellungen Anregung zu geben, denn bloß eine umfassende Bearbeitung dieser Frage in anderen Städten und Ländern vermag auf diese Detailfrage Licht zu werfen.

Noch möchte ich einige Bemerkungen über die Zahl der weiblichen Paralsen machen. Während der Kriegsjahre, namentlich in der zweiten Hälfte derselben, glaubte ich eine Zunahme der weiblichen Paralsen erwarten zu können. Folgende Überlegung führte mich zu dieser Annahme: Im Kriege mußten viele Frauen, welche im Frieden bloß die häusliche Arbeit versahen, somit nur einer geringeren psychischen Inanspruchnahme ausgesetzt waren, das Betätigungsfeld des im Kriege befindlichen Mannes, Vaters oder Bruders übernehmen und sich damit ein bedeutendes Plus an geistiger und physischer Arbeit, an sich immer intensiver einstellenden Lebens-, Unterhalts- und sonstigen Sorgen aufbürden. Zu dieser Zeit sah ich ziemlich oft fulminant einsetzende weibliche Paralsen, welche ich dem Arbeits- und Sorgenplus der an latenter

befindlichen erhalte ich vom stellvertretenden Direktor des hauptst. statistischen Amtes, Herrn Dr. *L. v. Illyesfalvy*, welchem ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank ausspreche.

Lues leidenden Frau zuschreiben zu müssen glaubte. Doch weist meine Statistik keine Zunahme der weiblichen Paralyse während des Krieges auf, obwohl ich eine solche erwartet habe. Hingegen ergeben Diagramm und Tabelle 1, daß die weiblichen Paralyse, im Gegensatz zu den männlichen, in der Nachkriegszeit, also in jener Zeit, in welcher die gesteigerte Inanspruchnahme in ihren pathologischen Folgen ausklingen kann, keine Verminderung aufweisen, sondern das Kriegsniveau beibehalten. Auch darin möchte ich eine Bestätigung jener Ansicht erblicken, daß die Kriegs- und Nachkriegsverhältnisse auf den Ausbruch der Paralyse einen beschleunigenden, bei vorhandener Grundlage vielleicht auch auslösenden Einfluß ausgeübt haben.

Keine Bestätigung finde ich für die Annahme, daß die schweren wirtschaftlichen Verhältnisse eine verminderte Unterbringung der Paralytiker deshalb verursachen, weil die Angehörigen eine solche wegen der Kosten scheuen. Eben das Gegenteil muß ich konstatieren. Bei Zahlungsunfähigkeit erfolgt ja die Verpflegung in einer geschlossenen Anstalt auf Landeskosten, belastet also nicht die Familie. Andererseits begegne ich fast täglich der Erscheinung, daß die Familie eben wegen der befürchteten Ausgabensteigerung sich scheut, selbst durch erfolgreiche Malariakur gut remissionierte Paralytiker in häusliche Verpflegung oder Tätigkeit zu übernehmen.

8. *Encephalopathische Geistesstörungen.*

Aus den eingangs erwähnten Gründen der amtlichen Statistik war ich genötigt, in diese Gruppe neben der senilen Demenz und arteriosklerotischen Geistesstörung auch alle jene psychischen Erkrankungen einzureihen, welche im Anschlusse an organische Gehirnkrankheiten auftreten: Tumoren, multiple Sklerose, Folgen der epidemischen Encephalitis, Meningitiden usw. Eine derartige Zusammenfassung verschiedener, immerhin aber einigermaßen wesensgleicher Erkrankungen mag wohl klinisch beanstandet werden können, andererseits aber gibt sie einen besseren Überblick.

Die Frequenzkurve im Diagramm zeigt neben nicht unbedeutenden, noch im Frieden nachweisbaren Jahresschwankungen eine ansteigende Tendenz. Ein klareres Bild gewährt die Kurve der fünfjährigen Durchschnitte, welche Kolonne II und Tabelle 1 aufweisen. Daraus ist ersichtlich, daß der Durchschnitt der Aufnahmen vor und während des Krieges gleichbleibt, und nur nach dem Kriege zeigt sich eine ca. 30proz. Steigerung, von 13⁰/₀ auf 16,9⁰/₀ der Gesamtaufnahmen. Diese Zunahme vermag ich kaum den schweren wirtschaftlichen Zuständen zuzuschreiben; Kriegsverletzungsfolgen waren in unserem Krankenhaus in gänzlich belangloser Zahl aufgenommen (solche kamen nach chirurgischer Behandlung in Invalidenhäuser oder staatliche Irrenanstalten);

andere Krankheitsformen kamen als Kriegsteilnehmer kaum in Betracht; so spielt der Krieg hier keine Rolle. Die Hauptursache der Nachkriegszunahme erblicke ich in der Häufung der Demenzzustände nach Encephalitis lethargica, welche ich an der Zunahme der encephalopathischen Demenzen in erster Reihe beschuldigen zu müssen glaube. Wie ich der Arbeit meines Assistenten *T. Katona* entnehme, haben wir in unserem Krankenhaus den ersten Encephalitisfall 1920 aufgenommen und beträgt ihre Gesamtzahl bis Ende 1924 37 Fälle. Diese bedingen die nicht unerhebliche Zunahme in der Nachkriegszeit. Nach Abzug derselben ergibt diese Gruppe auch in der Nachkriegszeit annähernd 13%.

Bei Besprechung der progressiven Paralyse habe ich konstatiert, daß die von *Kehrer* und *Struzina* nachgewiesene Zunahme der Lues cerebrospinalis in meinem Krankenmateriale nicht nachweisbar ist. Denn wäre dies der Fall, hätte ich derartige Fälle nur der encephalopathischen Geistesstörung einreihen können und hätte dann diese Gruppe in der Kriegs- und Nachkriegszeit eine bedeutende Zunahme aufweisen müssen. Die Fälle der Lues cerebrospinalis zeigen in meinem Materiale keinerlei Kriegsvermehrung.

IV. Exogene Psychosen.

9. Alkoholische Geistesstörungen.

Vielleicht der einzige, leider aber nur scheinbare und vorübergehende Vorteil des Krieges ist eine temporäre Abnahme des Alkoholmißbrauches und der daraus entstehenden alkoholischen Geistesstörungen während des Krieges. Leider aber ist dieser Abfall von einer fast an die Friedenszahl heranreichenden Zunahme in der Nachkriegszeit gefolgt. *Iványi* weist für deutsche und ausländische Anstalten einen Kriegsabfall nach, welcher seinen Tiefpunkt 1917 erreicht, seither jedoch einem beständigen Anstieg den Platz räumen mußte. Dasselbe weist nach *Odermatt* für die Schweizer Anstalten, wo die Trinker-aufnahmen 1909—1913 23,6%, 1914—1918 19,9—10,4%, 1915—1923 12,4—23,4% betragen. Auch *Meyer* findet für Königsberg einen rapiden Anstieg der Alkoholpsychosen nach dem Kriege; die Zahl der Männer verdoppelt sich von 1919—1923 (6,93 auf 12,58%), jene der weiblichen Trinker verzehnfacht sich (0,2 auf 2,18%). Ganz ähnliches teilt auch *Newsholme* mit.

Meine Statistik bestätigt diese traurigen Ergebnisse. Die Zahl der Alkoholikeraufnahmen erreicht ihr Maximum im Frieden, 1911 mit 15% der Gesamtaufnahmen. Von diesem Jahre an zeigt sich im Frieden ein geringer, im Kriege ein bedeutender Abfall, die Zahl der aufgenommenen Alkoholkranken erreicht den Tiefpunkt 1918 mit 2%. Diesem folgt ein steter Anstieg, welcher 1923 und 1924 rapid auf 10% anschwillt.

Die fünfjährigen Durchschnittszahlen ergeben: 13,3% im Frieden, 4,3% im Kriege, 7% nach dem Kriege.

Die Ursachen der Abnahme im Kriege sind allbekannt. Die erschwerte Zugänglichkeit der geistigen Getränke durch teilweise Verbote und durch Preissteigerung, verringerter Alkoholgehalt, beschränkter Ausschank alkoholischer Getränke bringen automatisch einen verminderten Alkoholkonsum und damit Abnahme der alkoholischen Erkrankungen mit sich: bei den Männern fällt die Jahrfünft-Durchschnittszahl von 15,5% auf 6,9%, bei den Frauen von 2,9 auf 0,6%. Bei den letzteren verändert sich die Zahl auch nicht nach dem Kriege. Doch bin ich allzu skeptisch, um hier einen heilsamen Einfluß einer besseren Einsicht und Aufklärung annehmen zu können. Die fortgesetzte Alkoholenthaltssamkeit der Weiber glaube ich eher dem Umstande zuschreiben zu müssen, daß die Frau unter den schweren wirtschaftlichen Verhältnissen sich keinen Sparpfennig für geistige Getränke erübrigen kann, weil diesen die Männer und Familienhäupter für sich mit Beschlag belegen. Diese meine Ansicht sehe ich auch dadurch bestätigt, daß unter den eingelieferten weiblichen Alkoholpsychosen der Nachkriegsjahre jene mit selbständigem Beruf und Erwerb überwiegen, während die Gruppe der erhaltenen Frauen kaum beteiligt ist. Diese genötigte Enthaltssamkeit finde ich nicht bei den Männern. Ihre Durchschnittszahl des Krieges steigt rapid von 6,9% auf 11,6% in den Jahren nach dem Kriege. Trinker mit selbständigem Erwerb lassen sich weder durch Alkoholteuerung noch durch schwere wirtschaftliche Verhältnisse vom Trinken abhalten, wenn der Alkohol leicht zugänglich bleibt. Das wirtschaftlich ganz besonders schwere Jahr 1925 (Zunahme der Arbeitslosen, schlechtere Erwerbsverhältnisse) zeitigt eine geringere Zahl von Trinkeraufnahmen gegenüber 1924. Die Zahl der aufgenommenen Alkoholkranken beträgt 1925 (gegenüber 1924): Männer 10,3 (15) %, Weiber 1,4 (2,2) %, Totale 6,5 (9,5) %.

Auf Grund meiner neueren Erfahrungen muß ich nochmals auf einen Umstand verweisen, welchen mir zahlreiche männliche Trinker angegeben haben, d. i. daß sie während des Krieges im Felde reichlich mit Alkohol versehen waren, so daß vorher Abstinente sich im Kriege an den Alkohol gewöhnten und denselben nach dem Kriege nicht mehr missen wollten. Dies habe ich bereits vor Jahren in einer Arbeit über die Kriegspolyneuritis hervorgehoben.

10. *Morphium- und Cocainsucht.*

Hierüber habe ich in einer ausführlichen Arbeit vor einem Jahre berichtet und verweise auf dieselbe. An dieser Stelle möchte ich bloß wiederholen, daß diese Suchten im und nach dem Kriege in ungeahnter Weise zugenommen haben. In den Friedensjahren hatten wir einen

Durchschnitt von 0,5⁰/₀, im Kriege von 1,1⁰/₀, nach dem Kriege von 2,5⁰/₀. (Diese Verhältniszahlen decken sich nicht vollkommen mit jenen meiner ersten Arbeit, da in beiden Arbeiten die Friedens-, Kriegs- und Nachkriegsjahre etwas verschoben sind.) Seit 2 Jahren verbreitet sich auch die Cocainsucht ganz gewaltig in Budapest. Diese und die Morphiumsucht beträgt 1925 bereits 4,3⁰/₀ aller Aufnahmen meines Krankenhauses; bei den Männern allein stellt sich diese Zahl auf 4,9, bei den Weibern auf 3,6⁰/₀. Dieselben Verhältniszahlen stellen sich in 1924 auf 1,5⁰/₀ bei Männern, 2,5⁰/₀ bei Weibern und 2⁰/₀ bei beiden Geschlechtern. Wahrlich überaus betrübende Auspizien. Die Ursachen habe ich in meiner früheren Arbeit dargelegt.

Literaturverzeichnis.

Bonhoeffer: Geistes- und Nervenkrankheiten im Handb. d. ärztl. Erfahrungen im Weltkriege. Bd. 4. — *Bumke*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 74. 1925. — *Henssge*: Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1924. — *Herschmann*: Zeitschr. f. Psych. usw. 80. — *Herzig*: Wien. klin. Wochenschr. 1919. — *Hudovernig*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 96. 1925. — (Für Polyneuritis) Neurol. Zentralblatt 1916. — *Jahreiss*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 89. 1924. — *Iványi*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 1922. — *Katona*: Gyógyászat 1926. — *Kehrer*: Klin. Wochenschr. 1922. — *Kehrer* und *Struzina*: Arch. f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. 70. 1924. — *Koch, R.*: Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1923. — *Maier, H. W.*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 95. 1925. — *Marie-Kohen*: Bull. de l'acad. de méd. 91. 1924. — *Meyer, E.*: Dtsch. med. Wochenschr. 1923. — *Newsholme*: Internat. Zeitschr. geg. d. Alkoholismus 1925. — *Odermatt*: Alkoholfrage. 1924. — *Pilcz*: Wien. klin. Wochenschr. 1922. — *Schwartz*: W. Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1925. — *Sichel*: Monatsschr. f. Psychiatrie u. Neurol. 55. 1923. — *Wiesel*: Hygiea 85. — *Wilmanns* und *Steiner*: Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 101. 1926.
