

(Aus der Prov. Heil- und Pflegeanstalt Tapiau.)

Untersuchungen über die sozialen Auswirkungen der Malariabehandlung bei Paralytikern.

Von

Dr. Nobbe und Dr. Knab,
Oberärzten der Anstalt.

(Eingegangen am 17. Januar 1931.)

Über die klinischen Heilerfolge der Wagner-Jaureggschen Malaria-behandlung der Paralyse liegen so zahlreiche Veröffentlichungen vor, daß heute nicht mehr an dem großen Wert dieser Behandlungsart gezweifelt werden kann. Ebenso scheinen einige andere Fieberbehandlungsmethoden, besonders die Recurrens- und Pyriferbehandlung, sich bewährt zu haben. Auf jeden Fall steht der Kliniker heute der Paralyse nicht mehr mit derselben Hoffnungslosigkeit gegenüber wie dies vor Einführung der Fieberbehandlung der Fall war.

Die Zeit, die seit der Einführung dieser Behandlungsart verstrichen ist, erlaubt jetzt auch, von klinischen Dauerheilungen oder Dauer-besserungen zu sprechen. Die Skeptiker, die zunächst von Remissionen sprachen, wie sie auch früher eintraten, haben nicht recht behalten. Die Unterlassung der Fieberbehandlung bei einer Paralyse muß deshalb heute schon als ärztlicher Kunstfehler gewertet werden. Wir gehen sogar soweit zu fordern, daß auch eine in Spontanremission begriffene Paralyse noch einer Fieberbehandlung zu unterwerfen ist, um die sonst vielleicht nur kurzdauernde Remission zu einer anhaltenden zu machen.

Wenn diese Erfolge der Fieberbehandlung auch nicht hoch genug bewertet werden können, so fehlt es in letzter Zeit doch nicht an Stimmen, die, bei aller Würdigung der klinischen Heilerfolge, die negative Seite der Fieberbehandlung hervorhoben. So sehr das Einzelindividuum immer das Objekt sorgfältigster Berücksichtigung der ärztlichen Behandlung sein muß, da jedes dieser Einzelindividuen ein Posten der kollektiven Summe und dementsprechend einzuschätzen ist, so ist diesem Kollektiv — ganz rechnerisch gesprochen — an defekten Gliedern nicht allzuviel gelegen. Nun hat aber gerade die Fieberbehandlung der Paralyse häufig eine vollkommene Heilung dieser Krankheit nicht zu bewirken vermocht und durch das gehäufte Auftreten *Defektgeheilter*, die es früher bei dieser Krankheit nicht gab, eine Fragestellung *sozialer Natur* hervorgerufen.

Pönnitz hat als erster schon vor 3 Jahren auf diese Tatsache verwiesen und sie in der Literatur geltend gemacht. Wir selbst hatten eine Fragestellung ähnlicher Art in einer Diskussion über Berichte von klinischen Heilerfolgen (Nordostdeutsche Psychiatertagung) ebenfalls schon vor 2 Jahren aufgeworfen.

Der defektgeheilte Paralytiker ist heute ein ähnliches soziales Problem wie der defektgeheilte Schizophrene. *Pönnitz* hat den Begriff der Defekt-heilung näher zu umgrenzen versucht. Er schaltet hierbei die neurologischen Defekte ebenso wie zurückbleibende Blut- und Liquoranomalien als *Narbensymptome* aus und will lediglich die psychischen Defekte berücksichtigt wissen. Er umgrenzt diese psychisch Defekten noch näher als diejenigen, die erstens weiter anstaltpflegebedürftig bleiben und zweitens die als sozial nicht verwertbar der Familie oder der sozialen Fürsorge einheimfallen.

Es ist klar, daß der ärztliche Standpunkt an sich zunächst nichts mit diesen Erwägungen zu tun haben darf. Dieser erfordert ohne weiteres nichts als die Erhaltung eines gefährdeten Lebens. Dieser Standpunkt muß unerbittlich und vor allen Dingen aufrecht erhalten werden, besonders in der Psychiatrie, da sonst ja gerade der Psychiater in weiterer Konsequenz einer gegenteiligen Meinung zu gefährlichen Forderungen kommen kann. Dies kann jedoch nicht verhindern, die mit Recht erhobenen Bedenken *sozialer* Art gegen eine so hervorragende und einschneidende klinische Behandlungsmethode zu erheben und näher zu beleuchten.

Pönnitz selbst stützte sich, als er diese Bedenken erhob, noch nicht auf zahlenmäßige Feststellungen oder höchstens auf ganz geringe Statistiken mit kleinen Zahlen. Es war bisher, und es ist auch heute noch nicht möglich, große Statistiken herauszubringen, da die Umgrenzung des Begriffs defektgeheilter Paralytiker weder wissenschaftlich noch praktisch genau festgelegt ist.

Uns scheint es heute noch unmöglich, mit Statistiken hervorzutreten, ehe sich weniger die Kliniker über den klinischen Begriff als die sozialen Praktiker über den sozialen Begriff des defektgeheilten Paralytikers einigermaßen geeinigt haben. Erst wenn das geschehen ist, wird es möglich sein, mit Statistiken von großen Zahlen den ganzen Umfang des Problems zu erfassen.

Mehr als der Kliniker ist heute der die *Außenfürsorge* betreibende und deshalb leichter zu katamnestischen Erhebungen kommende Anstaltsarzt in der Lage, den Begriff der sozialen Heilung, Besserung oder Defekt-heilung festzustellen. Er wird zunächst alle *Narbensymptome* neurologischer und serologischer Art, wie es ja auch *Pönnitz* fordert, ausschalten und sich lediglich auf die Feststellung des etwaigen *Fortbestehens psychischer Symptome und deren Auswirkung auf das soziale Verhalten und die soziale Einordnung* des Kranken beschränken.

Wenn streng wissenschaftliche Fragestellungen auch berücksichtigt

werden müssen, so kommt es bei praktischen katamnestischen Erhebungen jedoch nicht auf Entscheidung wissenschaftlich strittiger Fragen an; etwa auf die, ob der Begriff der Demenz mit Irreparabilität verknüpft sein müsse (*Steiner*) oder ob das, was zunächst als Demenz erscheint, durch sog. „Randsymptome“ (*Bostroem*) hervorgerufen sei. Man wird zugeben müssen, daß diese wissenschaftlichen Fragestellungen bei der praktischen Beurteilung der *sozialen* Heilung ziemlich unwesentlich erscheinen müssen, da es bei der sozialen Einordnung des geheilten Paralytikers zuerst und hauptsächlich darauf ankommt, daß diese erfolgt ist und erst in zweiter Linie, wie sie erfolgt ist: Sei es durch eine „Rückbildung der Demenz“, sei es durch das Verschwinden der Randsymptome oder, wie wir häufig anzunehmen gezwungen sind, ohne es beweisen oder uns darauf festlegen zu wollen, durch Eintreten von vikariierenden geistigen Leistungen an Stelle der ausgefallenen.

Wir erkennen dabei nicht, und gerade die Art unserer katamnestischen Erhebungen auf dem Wege der Außenfürsorge hilft uns, diese Verkennung zu vermeiden, daß es mit der sozialen Einordnung allein nicht getan ist. Die rein praktische Einordnung des Paralytikers in Beruf und Familie bedeutet noch nicht alles. Immerhin bleibt uns, um überhaupt auf einen festen Standpunkt zu kommen, nichts übrig, als diese äußerlich und praktisch bewiesene Einordnung zum Gerippe eines Schemas zu nehmen. Danach teilen wir unsere mit Malaria behandelten Paralytiker folgendermaßen ein:

1. Die bis auf etwaige Narbensymptome seelisch und praktisch völlig Geheilten.
2. Die in ihrem Beruf oder in einem gleichwertigen oder leichteren wieder völlig Arbeitsfähigen mit praktisch wenig wesentlichen Defekten.
3. Die sozial Unbrauchbaren aber in ihrer Familie (oder in Familienpflege der Anstalt) Untergebrachten.

Die 3. Gruppe der Angeführten ist es, welche überleitet zu 2 anderen Gruppen, die wir als sozial ungeheilt überhaupt außer Betracht lassen könnten, die wir aber der Vollständigkeit halber noch mit anführen wollen.

4. Die mit weitgehender Demenz Geheilten, die dauernd unter Pflege und Aufsicht der Anstalt leichtere mechanische Beschäftigung nutzbringender Art (evtl. auch in Familienpflege) ausüben können.

5. Die „vegetativ“ Geheilten (nach *Bostroem*), die bei vollkommen geistigem Siechtum körperlich aufblühen und auf Jahre hinaus vor dem leiblichen Tode bewahrt erscheinen.

Man kann diesem Schema vielleicht manches entgegenhalten. Einige Bedenken haben wir schon selbst vorweggenommen, auf andere werden wir noch später kommen. Dennoch erscheint nach unseren praktischen Erfahrungen eine solche Einteilung allein möglich, um dem Problem des sozialgeheilten Paralytikers in statistischen Erhebungen überhaupt

näherzutreten. Wir müssen dabei notgedrungen von vielen gar nicht unwichtigen Inponderabilien absehen. Wir müssen darauf verzichten die ethische und gemütliche Einstellung des Geheilten zur Familie, soweit sie sich nicht in groben oder gar kriminellen Exzessen äußert, in den Vordergrund zu stellen. Wir müssen selbst bei denen, die wir als die besten bezeichnen, darauf verzichten, in ihnen das zu finden, was man als „Selbstzündung“ bezeichnen könnte: den eigenen freien Antrieb, die Kritikfähigkeit, die Initiative, größere Unternehmungen zu planen, zu beginnen und fortzuführen. Häufig sehen wir den Verlust dieser Eigenschaften durch eine gewisse Euphorie ersetzt, die deshalb nicht schädlich werden kann, weil sie durch baldige Erschlaffung wieder paralysiert wird. Wo diese Euphorie nicht vorhanden ist, sehen wir bei den besten eine vollkommene Einordnung in den früheren (auch verantwortlichen) Beruf ohne sichtbare äußerliche Verfehlungen, wenn auch in einer Art und Weise, die für den schärfer Blickenden etwas Maschinelles, Galvanisiertes hat.

Es ist dabei nicht ausgeschlossen, daß diese Geheilten bei vollkommener Funktion ihrer eingeschliffenen Bahnen, bei selbstverständlicher Erhaltung von Gedächtnis- und Merkfähigkeit, bei nicht merkbar defekter Schulbildung auch in der Lage sind, noch dazu zu lernen und sogar bei erhaltenem fremden Anstoß weiter und höher zu kommen.

Da solche Fälle nicht in unserer eigenen Beobachtung sondern nur in der Peripherie unserer Praxis vorgekommen sind (Kaufleute, Juristen, höhere Staatsbeamte), müssen wir auf eine nähere Betrachtung verzichten. Unter den bei uns zur Behandlung gekommenen Kranken sind zur Not 3, die wir in die Reihe I einzuordnen wagen. Einem höheren Beamten hat der behördliche Arzt, wie uns in einem Falle bekannt geworden, seine verantwortliche Stellung trotz seines dringenden Wunsches nicht wieder anzuvertrauen gewagt.

In die Reihe 2 konnten wir aus den bei uns zur Beobachtung gekommenen Kranken eine gewisse Anzahl wieder einreihen. Leider fehlt es uns aber auch hier an Fällen, die so viel beweisen, wie wir eigentlich möchten. Funktionäre in verantwortlichen Stellungen, etwa Lokomotivführer usw., fehlen vollkommen. Es ist jedoch nicht ausgeschlossen, daß in anderen Anstalten in Landesteilen mit anders zusammengesetzter Bevölkerung andere Verhältnisse sich ergeben. Wir sind nur in der Lage, zur Illustration etwa folgende Krankheitsfälle (unter Verzicht auf eine ausführliche Darstellung des klinischen Bildes) anzuführen.

Fritz H., Kaufmann, geboren 1889, infiziert 1919. Seit 1926 gastrische Krisen usw. 1929 Ausbruch der expansiven Form der Paralyse. Euphorisch, unanständig, merk- und gedächtnisschwach. Nach Malariakur bis Dezember 1929 Rückbildung der psychotischen Symptome.

Katamnese: Oktober 1930 leitet H. ein Konfektionsgeschäft selbständig, nachdem er sich langsam wieder eingearbeitet hat. Leicht ermüdbar.

Heinrich H., Fabrikarbeiter, geboren 1894. Anfang 1929 expansive Form der Paralyse. Nach Malariakur 1929 ruhig und geordnet. September entlassen.

Katamnese: Arbeitet wieder in seiner früheren Stellung 100% sozial eingeordnet. Familienleben gut. Schlaff und initiativlos, hat jedoch in allen Punkten seiner Sphäre richtiges Urteil.

X. Y., Zollassistent, geboren 1875. Juli 1926 stumpfe Form der Paralyse. Nach Malariakur überraschende Besserung des Körper- und Geisteszustandes.

Katamnese: 1927 bis 1930 fortschreitende Besserung. Erscheint durchaus fähig, seinen Beruf wieder auszuüben. Pensionierung dennoch aus unbekannten Gründen ausgesprochen. Er entwickelt jedoch reichlich eigene Initiative bei dem Versuche, die Pensionierung rückgängig zu machen. Bewegtes Gemüts- und Seelenleben bei äußerlich schlaffer Erscheinung.

Wir haben in diesen Beispielen nur Männer angeführt. Es erscheint uns bedenklich, Frauen in die Reihe 2 einzuordnen, die nicht in einem eigenen Beruf tätig waren. Die katamnestischen Erhebungen, die wir bei Hausfrauen machen konnten, erschienen uns zu unsicher, um ohne weiteres auf eine völlige Berufsfähigkeit schließen zu können, da sie meist vom Ehemann, von erwachsenen Kindern usw. leicht gegängelt zu sein schienen. Ein Beispiel, das wir unter 2 rechnen möchten, sei hier jedoch angeführt.

Charlotte N., Arbeiterfrau, geboren 1894. Oktober 1926 stumpf-demente Form der Paralyse. Nach Malariakur Dezember 1926 entlassen.

Katamnese: Frau N. versieht ihre Wirtschaft völlig selbstständig. Der Ehemann erkennt keine Symptome mehr an ihr: Sie sei sogar nicht mehr so nervös wie vor der Krankheit. Schreibt geordnete Dankesbriefe und Festtagsglückwünsche ohne auffällige Euphorie an den behandelnden Arzt.

Berufstätige Frauen, die wir unter Reihe 2 einordnen könnten, sind bei uns nicht zur Beobachtung gekommen. Der Vollständigkeit halber sei angeführt, daß Prostituierte bei beginnender Verödung unter Aufsicht sich sozial etwas besser einordnen ließen. Bei anderen lag hierin wiederum die Gefahr noch größerer und allgemeinerer Verwahrlosung. Bei einigen scheint es, soweit feststellbar, daß sie ihren alten Beruf nicht nur wieder ausüben, sondern sogar mit größerer Vorsicht, da sie, früher Insassen der hiesigen Besserungsanstalt, nicht mehr aufgefallen sind.

Unter den Männern erwähnen wir noch einen Kellner, der wieder völlig in seinem Berufe tätig sein soll. Leider fehlen uns hier, wie bei einer ganzen Reihe anderer Paralytiker aus Großstädten, katamnestische Erhebungen, da Königsberger Männer in einer anderen Anstalt untergebracht werden, und der Freistaat Danzig nicht unter ostpreußischer Außenfürsorge steht.

Während wir auf Anführung von Beispielen der Reihen 4 und 5, die ja praktisch unwesentlich sind, verzichten wollen, seien einige Krankengeschichten noch für die Reihe 3 angeführt:

August R., Landarbeiter, geboren 1873. Anfang 1927 stumpfe Form der Paralyse. Nach Malariakur geringe Besserung. Etwas mehr Initiative, leicht verbesserte Urteilsfähigkeit bei der Entlassung im November 1927.

Katamnese: Versuch zu arbeiten mißlungen. Leicht erregbar, im ganzen stumpf und gleichgültig. Ohne Urteilsfähigkeit vermeintlichen Interessen obliegend. Invalidisiert. Seelische Einstellung gegen die Familie bei der Stumpfheit dieser nicht feststellbar, aber wohl kaum auffällig.

Dieser Fall ist typisch für die Reihe 3, besonders in der ostpreußischen Landarbeiterbevölkerung. Bedeutend ungünstiger sehen die Verhältnisse in folgendem Falle aus:

Wilhelm D., Schneidermeister (aus einer Mittelstadt), geboren 1888. Weihnachten 1928 Ausbruch der stumpfen Form der Paralyse. Nach Malariaikur keine wesentliche Besserung. Seit August 1929 beurlaubt.

Katamnese: Völlig stumpf und arbeitsunfähig. Hockt auf dem Sofa, liegt der arbeitsamen Frau zur Last. Körperlich: Dick, blöde, aufgeschwemmt. Ethisch anscheinend schwer defekt, wahrscheinlich unanständig gegen die halbwüchsigen Kinder. Sexuell zudringlich gegen die gut aussehende Ehefrau, die ihm zwar pietätvoll versorgt, für die er aber seelisch eine schwere Belastung bildet.

Erfreulicher liegen, wie schon angedeutet, die Verhältnisse bei defektgeheilten Ehefrauen. Wir lassen hier die Frage offen, ob nicht ein Fall wie dieser unter die Reihe 2 gerechnet werden könnte:

Minna G., Arbeiterfrau, geboren 1892. April 1926 expansive Form der Paralyse. Nach Malariaikur August 1926 entlassen.

Katamnese: Von 1927 bis 1930 im Haushalt völlig arbeitsfähig, jedoch abgestumpft. Anscheinend gutes Familienleben.

Da es uns nur darauf ankam, unser Schema mit einigen Beispielen zu illustrieren, verzichten wir auf weitere Anführung von Krankengeschichten. Die Variationen in den einzelnen Reihen sind natürlich groß, die Übergänge von einer Reihe in die andere häufig fließend, aber nicht ganz unbestimmbar. Besonders fließend erscheint uns der Übergang von Reihe 1 in Reihe 2 einerseits und von 3 in 4 andererseits. Während wir vorziehen, die Reihe 1 in unsicheren Fällen überhaupt nicht zu bedenken, hängt die Einreihung in Reihe 3 oder 4 häufig nur von äußeren Umständen ab. Bei ungünstigen Familienverhältnissen, bei alleinstehenden Kranken ist Anstaltsaufenthalt oder Unterbringung in Familienpflege der Anstalt notwendig, während manchmal Defektere in der eigenen Familie untergebracht werden können, wenn dort die Verhältnisse (etwa wie bei Wilhelm D.) besonders günstig liegen.

Wenn man überhaupt versuchen will, das von Pönnitz ausgesprochene Problem der sozialen Belastung durch den defektgeheilten Paralytiker näher zu beleuchten, so muß man die Arten der Defektheilung in ein Schema bringen und den von Pönnitz u. a. bisher nur vage skizzierten Begriff näher umschreiben. Das ist bei einer Krankheit wie der Paralyse leichter möglich, als etwa bei den vielen Variationen von Defektheilungen der Schizophrenie. Unser rein aus der Praxis gewonnenes Schema, das absieht von hier nicht unbedingt notwendigen wissenschaftlichen Feinheiten und das doch die Möglichkeit bietet, neben den ganz groben Einordnungsmöglichkeiten auch gewisse Inponderabilien zu berücksichtigen, scheint uns nicht unbrauchbar für spätere genaue Erhebungen und Statistiken.

Wir bringen zum Abschluß ohne längeren Kommentar einige aus unserem Bestand an Paralytikern gewonnene Zahlen, die im *Pönitzschen Sinne* geeignet sind, die angeregten Fragen zu beleuchten. Neben unserer

Gesamtaufnahmезahl	Durchschnitt der Behandlungstage	Todesfälle	
		im selben Jahr	innerhalb 4 Jahren
1921: 21	82	30,8%	54%
1922: 20	157	25%	85%
1923: 11	133	18%	54%
1924: 21	174	24%	72%
1925: 20	85	5%	45%
1926: 36 (weiblich 25)	128	8%	22%
1927: 32 (männlich 25)	142	9%	28%
1928: 24	131	4%	20%
1929: 32	125	0%	9%

Anstalt kommen in Ostpreußen noch 2 andere Anstalten und die Psychiatrische Klinik in Königsberg in Betracht. Von letzterer haben wir z. T. Paralytiker in verschiedenen Stadien, Behandelte und Unbehandelte, überwiesen bekommen. Überweisungen von und nach anderen Anstalten kommen in Ostpreußen nicht in Betracht, da jede Anstalt ihre bestimmten Aufnahmekreise hat und die überwiesenen Kranken von Anfang bis zu Ende (abgesehen von den aus der Klinik überwiesenen) behandelt. Es liegt also hier, wenn auch ein kleines, so doch abgerundetes Bild vor.

Es soll hier keine Erklärung versucht werden, welchen Grund die stark schwankenden Aufnahmезahlen von 1921 bis 1929 haben. Es ist deutlich ersichtlich, wie die Behandlungstage abnehmen seit der Einführung der Malariabehandlung im Jahre 1924. In diesem Jahre erreicht die Zahl noch die beträchtliche Höhe von 174, um im nächsten Jahre sofort auf 85 zu sinken. Später zeigte nur das Jahr 1927 wieder einen höheren Durchschnitt.

Die 3. Spalte gibt die Zahl der Todesfälle im *Jahr der Einlieferung* an. Da zeigt sich nun im Gegensatz zu den Ansichten anderer Autoren, die behaupten, daß infolge der Malariabehandlung eine größere Anzahl Kräcker frühzeitiger stirbt, daß die Zahl der Todesfälle ganz erheblich gesunken ist und auch bis 1929 nicht nur nicht mehr steigt, sondern auch weiter abnimmt. Es ist also klar, daß die Zahl der Behandlungstage keineswegs reduziert wird durch die größere Zahl von Todesfällen, sondern daß zunächst der Erfolg der Malariabehandlung als ausschlaggebend für das Sinken der Zahl der Behandlungstage angesehen werden muß.

Es wäre nun fehlerhaft, andere Momente für das Sinken dieser Zahlen außer Acht zu lassen. Zweifellos hat die *Einführung der aktiveren Behandlung* im Jahre 1925 auch einen Einfluß auf die soziale Einordnung stationär gewordener Paralytiker gehabt und auf deren frühere

Entlassung hinzuwirken vermocht. In denselben Jahren wurde hier ebenfalls mit *Frühentlassungen* mutiger begonnen, was umso leichter war, da die *Einführung der Außenfürsorge* eine gewisse Überwachung fröhentlassener stationärer Paralytiker gewährleistete.

Andererseits beleuchtet werden die vorhergehenden statistischen Daten noch durch die 4. Spalte unserer Statistik. Wir haben festgestellt, daß Todesfälle der Paralytiker, soweit sie erfolgten, ungefähr innerhalb von 4 Jahren nach dem Einlieferungstage eintraten. Da zeigt sich nun, daß vor Einführung der Malariabehandlung bis zu 85% der Paralytiker innerhalb dieser 4 Jahre starben. Diese Zahl sank nach Einführung der Malariabehandlung bis zum Jahre 1928 auf 20%; ein Beweis, wie konservierend die Malariabehandlung gewirkt hat. Das Jahr 1929 lassen wir aus dem Spiel, weil es innerhalb des kurzen Zwischenraums bis Anfang 1931 nicht berücksichtigt werden kann. Aus demselben Grunde haben wir überhaupt von jeder Statistik des Jahres 1930 abgesehen.

Wenn diese Statistik, obwohl mit den oben gemachten Einwänden, ein gewisses rundes Gesamtbild von der Auswirkung der Malariabehandlung auf den *Gesamtbestand* der behandelten Paralytiker gibt, so wird uns die nächste Statistik nach unserem oben angegebenen Schema ein Bild von der Beeinflussung des *einzelnen Paralytikers* durch die Malariabehandlung geben. Die Statistik beginnt demgemäß erst im Jahre 1924 nach Einführung der Malariabehandlung und hat als Grundlage katamnestische Erhebungen aus dem Jahre 1930; berücksichtigt wurden dabei Kranke, die von 1924 bis 1929 behandelt worden waren. Seit der Behandlung war bei den letzten in Betracht gezogenen also mindestens ein Jahr vergangen, ein Zeitraum, der auch genügt, schon bei dem 1929 Behandelten nach den früheren Erfahrungen eine sichere Prognose zu stellen. Etwaige spätere Änderungen im Befinden der letzten könnten sich, wie die Zusammenstellungen von *Plaut* und *Kihn* beweisen, eher nach der ungünstigen Seite hin auswirken.

Reihe I	Reihe II	Reihe III	Reihe IV	Reihe V
3	18	29	28	45

Dies sind die Zahlen, erhoben nach Ablauf von 7 Jahren auf dem Wege der Außenfürsorge, die uns eingehendere katamnestische Erhebungen als sie gewöhnlich in Kliniken möglich sind, erlaubte. Wir waren hierbei weniger auf schriftliche und ganz subjektiv gefärbte Mitteilungen von Angehörigen und Behörden angewiesen als bei sonstigen Katamnesen und konnten zum großen Teil bei unserer Einordnung in die einzelnen Reihen auch die oben erwähnten Inponderabilien feiner berücksichtigen. Dabei ist jedoch zu erwähnen, daß uns diese Erhebungen bei den Danziger Kranken nicht möglich waren, weil der Freistaat Danzig, wie schon oben erwähnt, nicht in den Bereich unserer Außenfürsorge einbezogen ist. Schriftliche Mitteilungen haben wir von dort nur über etwa 50% der Entlassenen erhalten und offenbar gerade die Fälle, die besonders

günstige Remissionen hatten, so daß die Beurteilung nach II bei weitem zu überwiegen scheint. In die Reihen sind ferner die nicht eingeordnet, die unmittelbar an den Folgen ihrer Krankheit oder der Behandlung im Verlaufe des Einlieferungsjahres gestorben sind; zuletzt sind noch Kranke zugelassen, bei denen keine katamnestischen Erhebungen ange stellt werden konnten; doch ist dies nur eine ganz geringe Zahl.

Diese Statistik zeigt deutlicher als die obige, daß die Belastung der sozialen Fürsorge durch die defektgeheilten Paralytiker doch stark vermehrt worden ist. Es ist als sicher anzunehmen, daß wenigstens die unter Reihe IV und V angegebenen 73 Kranken ohne die Malariabehandlung längst dem Tode geweiht wären. Unter den in Reihe V angeführten befinden sich nämlich Todesfälle nur insoweit, als sie erst nach mehreren Jahren eintraten. Man kann also sagen, daß über 50% der behandelten Paralytiker nichts als eine soziale Belastung bedeuten. Daß diese große Zahl sich nicht mehr in einer vermehrten Zahl der Behandlungstage in der Anstalt auswirkt, liegt also mehr an den schon oben erwähnten vorgenommenen Frühentlassungen und der Beaufsichtigung dieser Frühentlassungen durch die Außenfürsorge.

Im ganzen zeigt der Vergleich der beiden Statistiken doch ein weniger erfreuliches Bild als die erste Statistik allein zu gewähren schien. Man muß also bei der Beurteilung der sozialen Belastung viel weniger die Verpflegungstage vor und nach Einführung der Malariabehandlung in Vergleich setzen, wenn man nicht gleichzeitig die allenthalben ungefähr um das Jahr 1925 herum eingeführten modernen Behandlungs- und Entlassungsmethoden berücksichtigt. Einen annähernd genauen Vergleich kann nur eine Zusammenstellung von Statistiken, wie die hier gebrauchten, geben, woraus besonders der Wert unserer Reiheneinteilung erhellt.

Wir betonen noch einmal, daß dieser kleine Ausschnitt, den wir mit unserer Statistik gegeben haben, keinen Anspruch auf Allgemeingültigkeit machen kann, und daß die Ergebnisse in anderen Landesteilen mit anderer Zusammensetzung der Bevölkerung anders sein werden. Es ist aber vielleicht doch nicht ohne Wert gewesen, erstens den Begriff des defektgeheilten Paralytikers praktisch genauer zu umreißen und darauf hinzuweisen, wie durch Zusammenstellung von Statistiken über die Gesamtzahlen und Beeinflussungen des Einzelindividuums durch die Malariabehandlung klarere Bilder über die sozialen Auswirkungen der Behandlung gegeben werden könnten.

Literaturverzeichnis.

- Bostroem, A.:* Die progressive Paralyse (Klinik) in Bumkes Handbuch. — *Plaut, F. u. B. Kihn:* Die Behandlung der syphilitischen Geistesstörungen in Bumkes Handbuch. — *Pönnitz, K.:* Zur klinischen und sozialen Bedeutung des defektgeheilten Paralytikers. Münch. med. Wschr. 1929, 953.