

(Aus dem Lepraheim in Memel [Leiter: Landesmedizinalrat Dr. J. Kirwitzke].)

Psychische Veränderungen bei Lepra.

Von

Nikolaus Th. v. Swerbejew.

(Eingegangen am 23. Mai 1938.)

Daß die Lepra einen Einfluß auf die Psyche der Erkrankten ausübt, steht bei der Schwere und Besonderheit der Erkrankung außer Zweifel. Eine Krankheit von einer derartigen Allgemeinwirkung, von einer derartigen Schwere und Hoffnungslosigkeit muß zwangsläufig die Kranken auch psychisch verändern. Dazu kommt noch, daß die Leprakranken durch die verstümmelnde Wirkung des Prozesses sich minderwertig und ausgestoßen vorkommen müssen und ähnlich wie andere Körperbehinderte charakterlich beeinflußt werden. Da ferner die Kranken, die wegen der Ansteckungsgefahr isoliert werden, meistens den größten Teil ihres Lebens in einer Anstalt verbringen müssen, werden bei ihnen alle diejenigen Faktoren mobilisiert, die bei anderen Anstaltsinsassen sich finden und deren Psyche beeinflussen. Dieses Zusammentreffen einer Reihe von Einzeleinflüssen kann aber kaum eine spezifische Lepraveränderung hervorrufen, vielmehr nur ähnlich wie bei anderen schweren chronischen Krankheiten eine ganz allgemeine Reaktion entstehen lassen, wie wir sie bei schwersten Formen der Syphilis und bei der Tuberkulose finden. Auch handelt es sich hierbei nur um eine psychogene Reaktion auf das Trauma „Krankheit.“ Dazu kommt aber bei der Lepra noch etwas, das die Frage des Zusammenhangs mit psychischen Veränderungen besonders interessant gestaltet. Das ist die Tatsache, daß sich Leprabacillen im Gehirn finden, so daß die Frage auftaucht, ob es nicht eine spezifische Lepra-Hirnerkrankung exogenen Charakters, etwa der Paralyse vergleichbar, gibt. Die Tatsache des Vorkommens der Bacillen im Gehirn wurde einst von *Hansen* bestritten, doch ist später der Nachweis durch *Sudakewitsch* einwandfrei geführt worden. Eine dritte Möglichkeit ist die, daß neben der Lepra endogene Psychosen auftreten und durch den Lepraprozeß in bestimmter Richtung gefärbt, also nur pathoplastisch beeinflußt werden. Im ganzen genommen neigen die Autoren heute im allgemeinen dazu, eine einheitliche Leprapsychose besonderen Charakters abzulehnen, doch sind die Ansichten auseinandergehend. Die einschlägige Literatur ist nicht sehr zahlreich, woraus der Schluß gezogen werden kann, daß einerseits eine Beobachtungsmöglichkeit selten gegeben ist, daß andererseits ein häufiges Zusammentreffen von schweren psychischen Veränderungen mit Lepra, ohne Rücksicht auf den pathogenetischen Zusammenhang betrachtet, — nicht vorhanden sein kann. In diesem

Sinne äußern sich auch die meisten Autoren, daß Psychosen bei Lepra nur sehr selten vorkommen.

1897 berichtete *Meschede* (Königsberg) über 1 Fall von Geistesstörung bei Lepra, der insofern interessant war, als die bei dem Kranken auftretenden Halluzinationen hauptsächlich im Gebiet der Hautempfindungen auftraten, während zugleich schwere Hautveränderungen vorhanden waren. *Meschede* glaubte daraus schließen zu dürfen, daß hier ein direkter Einfluß der Bacillen, bzw. der Toxine auf die Nervenzellen vorhanden sei. Nach Ansicht anderer Autoren (*Serejski u. a.*) ist daraus ein Zusammenhang nicht zu schließen, vielmehr anzunehmen, daß die an der Haut vorhandenen Veränderungen und Schmerzen usw. den Kranken in eine bestimmte Form der Halluzinationen gedrängt haben, so daß ein pathogenetischer Zusammenhang abzulehnen ist. Später haben andere Autoren Fälle von „melancholischem Stupor“ und von „Amentia“ beobachtet, wobei zu berücksichtigen ist, daß bei der Lepra, besonders wenn sekundäre fieberhafte Erscheinungen hinzukommen, eine symptomatische amentia-ähnliche Psychose auftreten kann, wie bei jeder anderen Infektionskrankheit. Ausführlicher hat sich mit dem Thema *Moreira* (Rio de Janeiro) 1910 beschäftigt. Er hatte eine Reihe von psychisch veränderten Leprakranken beobachtet und kam zu dem Ergebnis, daß keine besondere Form der Geisteskrankheit vorhanden sei, sondern daß mit der Lepra zusammen beinahe alle Formen von Geisteskrankheit auftreten können, und ferner, daß auch die möglichen Komplikationen der Lepra, wie die Tuberkulose, die Streptokokkie (in einem Fall von Erysipel, bei dem es zu einem Fieberdelirium kam) und Arteriosklerose zu Geistesstörungen führen können und der gewöhnliche Geisteszustand des Leprakranken je nach Konstitution, Erziehungen und klinischen Formen verschieden ist. Über den „ungewöhnlichen Geisteszustand der Leprakranken“ äußerte sich *Moreira* ausführlich und fand dabei, daß Verständnisfähigkeit und Gedächtnis normal seien. Die Kranken seien „mißtrauisch, weil sie wissen, daß sie abstoßend wirken.“ Manchmal sei eine Traurigkeit vorhanden, die zu einer „resignierten Vereinsamung“ führe. Viele ständen auffallend gleichgültig ihrem Schicksal gegenüber, so sei auch, worauf auch von anderer Seite hingewiesen wird, der Selbstmord trotz der Furchtbarkeit und Hoffnungslosigkeit des Krankheitsverlaufs sehr selten.

1921 konnten *Jakob* und *Meggendorfer* einen sehr interessanten Fall beobachten, bei dem eine schwere schizophrenie-ähnliche Psychose bei einem 25 Jahre alten Leprakranken auftrat, die sich in Rededrang, psychomotorischer Erregung, Nahrungsverweigerung, auffallenden rhythmischen Ausdrucksbewegungen, mangelhafter Orientierung, leichter Bewußtseinstrübung, wahrscheinlich auch Halluzinationen äußerte. Auf Grund der bei der Sektion gefundenen Erweichungsherde in der Corpusstriatum-Gegend bejahren die Verfasser den Zusammenhang der im Gehirn

festgestellten Herde mit der Psychose. Doch muß die Frage des Zusammenhangs zwischen Lepra und Psychose offen gelassen werden.

Bodros beobachtete 1912 bei leprakranken Mohammedanern in Harrar (Abessinien) Boshaftigkeit, Streitsucht, Reizbarkeit und eine Steigerung der egoistischen Empfindung, so daß er von einer epileptoiden Psyche spricht. Ebenfalls wird die „Paralyse lepröser Ätiologie“ von *Hoang-Pho* (Japan, 1935) in seiner Veröffentlichung abgelehnt.

Serejski (Moskau), der sich 1926 anlässlich der Beobachtung eines Falles mit der Fragestellung beschäftigte, meinte, daß die Möglichkeit einer Kombination der Lepra mit der Geisteskrankheit eine „unbestreitbare Tatsache“ sei. Abgesehen von den Fällen, in denen eine polyneuritische Psychose (*Korsakow*) auftritt und den wenigen Fällen, in denen Lepra zufällig mit einer Psychose zusammentrifft, sind nach Ansicht *Serejskis* psychische Veränderungen bei Lepra selten. Der Fall *Serejskis*, der psychiatrisch sehr interessant ist, da es sich um einen der seltenen Fälle von gut beobachteter paranoischer Entwicklung handelt, gehört zwar grundsätzlich zu der Gruppe von Fällen, bei denen eine Psychose zufällig bei einem Leprakranken auftritt — hier auch noch zeitlich früher, so daß also ein Zusammenhang ausgeschlossen ist, zeigt aber doch die Besonderheit, daß im weiteren Verlauf mit zunehmender körperlicher Verschlechterung auch ein Abnehmen der vorher hoch entwickelten Intelligenz zu beobachten ist, so daß *Serejski* von einem „organischen Einschlag“ sprechen zu können glaubt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die psychische Erkrankung sui generis keinen Zusammenhang mit der Lepra hat, daß aber sekundärer organischer Schwachsinn, der sich besonders in einer sehr starken Kritiklosigkeit äußerte, durch die Lepra hervorgerufen ist. Es ist zweifelhaft, ob man dieser Ansicht zustimmen kann, da bei derartigen Paranoikern, besonders im späteren Stadium bei immer größerem Um-sich-Greifen des Wahnsystems eine Kritiklosigkeit meist zu finden ist. Mindestens muß die Frage in diesem Falle als ungeklärt bezeichnet werden. *De Lisi* (1928), der an 140 Kranken im Leprosorium zu *Cagliari* Beobachtungen angestellt hat, fand keinen Fall einer organischen Demenz. Die häufig zu findende Depression glaubte der Verfasser in erster Linie auf die Trostlosigkeit der Erkrankung selbst und auf das dauernde Abgesperrtsein von der Außenwelt zurückführen zu müssen. Der einzige Fall eines zur Ausführung gelangten Selbstmordes sei hauptsächlich durch Familienzwistigkeiten, nicht direkt durch die Erkrankung verursacht worden. In einem Fall konnte *de Lisi* eine Manie diagnostizieren. Doch lehnt Verfasser einen Zusammenhang zwischen der Psychose und der leprösen Infektion bei den konstitutionell hypomanisch veranlagten Kranken ab. Amentia und *Korsakow*-artige Syndrome bezieht Verfasser nicht auf direkten Einfluß von seiten der Leprabacillen, sondern auf allgemein toxisch-infektiöse Noxen, wie das oben bereits von anderen Autoren (*Moreira*) erwähnt worden war.

Spezifische Hirnveränderungen konnte *de Lisi* nie finden. Zusammenfassend kommt *de Lisi* zu dem Schluß, daß es unmöglich ist, einen direkten Einfluß der leprösen Infektion auf den Ausbruch psychischer Störungen anzunehmen und daß selbst ein indirekter Einfluß auf dem Wege eventueller intermediärer Intoxikationen des Nervensystems nicht bewiesen ist.

1928 wurde von *Prados y Such* aus Spanien (Malaga) eine Arbeit veröffentlicht, in der darauf hingewiesen wird, daß die Tatsache, daß Leprabacillen im Gehirn gefunden wurden, die Möglichkeit des Vorhandenseins echter Leprapsychosen ergibt. Verfasser glaubte im Gegensatz zu *Moreira*, auf Grund der vorliegenden Literatur, zwei Gruppen von Leprapsychosen aufstellen zu können: 1. Ein polyneuritisches Syndrom mit psychischen Erscheinungen vom Typus *Korsakow*; 2. ein Syndrom mit Bewußtseinstrübung, Halluzinationen und ängstlichen oder paranoiden Wahnideen. Verfasser berichtet ferner über den von ihm beobachteten habituellen Seelenzustand bei spanischen Leprakranken. Diese zeigten Erscheinungen eines epileptoiden Charakters (s. oben, Arbeit *Bodros*); Egoismus, Reizbarkeit, Neigung zu Intrigen, moralische Verderbtheit. Die Kranken sind eigensinnig; haben sich oft eine eigene Behandlungsmethode ausgedacht und reiben sich mit Vorliebe an Gesunden. Selbst ausgesprochene Verbrechen liegen ihnen nicht fern, wobei das Gefühl, nicht bestraft werden zu können, eine große Rolle spielt. Sehr häufig fand Verfasser flüchtige paranoide Reaktionen sensitiver oder querulatorischer Art. Gelegentlich beobachtete Verfasser Fugues nach Art der Epileptiker, die einem plötzlich auftretendem Heimweh entspringen. Auch *Prados* kommt zu dem Ergebnis, daß die Lepra wie ein dauerndes langsames psychisches Trauma wirkt.

Belbey (Argentinien) veröffentlichte 1929 vier Krankengeschichten und schilderte die Leprakranken im ganzen als optimistisch, dabei egoistisch, mißtrauisch, wenig diszipliniert, leicht erregbar. Auch beobachtete er nur selten Suicidversuche.

Schließlich hat *Esser*¹ (Holland) 1936 eine psychogen-reaktive paranoide Psychose bei Lepra mixta mitgeteilt.

Ewald schreibt in *Bumkes* „Handbuch der Geisteskrankheiten“, daß es zu psychischen Störungen der Leprösen nur selten käme. In der älteren Literatur wird zwar über halluzinatorische und amente Bilder berichtet, doch ist eine engere ursächliche Verknüpfung der Psychosen mit der Lepra zu verneinen. Meist dürfte es sich in diesen sporadischen Fällen um ein zufälliges Zusammentreffen von Lepra und Geisteskrankheit handeln. *Ewald* macht auch auf die auffallende Beobachtung aufmerksam, daß in vielen Fällen schwerer Lepra sich eine weitgehende Indolenz und Gleichgültigkeit zeige, die meist als Resignation gedeutet werde. Andere

¹ Leider waren mir die hochinteressanten Arbeiten von *Esser* im Original nicht zugänglich.

Kranke stellten sich feindselig und paranoisch gegen die Umgebung. Nach dem gegenwärtigen Stand der Literatur kann festgestellt werden, daß es bei Lepra einmal psychogene (depressive, paranoide, Haft-) Reaktionen sicher gibt, daß ferner exogene, toxische, symptomatische Psychosen vom Amentia- oder *Korsakow*-Typ beobachtet werden, wobei die Frage nicht entschieden ist, ob diese durch das Leprotoxin oder sekundäre Infektionen hervorgerufen werden. Daneben kommen noch endogene Psychosen vor, bei denen die Lepra nur eine pathoplastische Wirkung ausübt. Ob endlich noch eine, nicht identische, organische Leprapsychose vorhanden ist, ist zweifelhaft und kann bisher bei der geringen Zahl der beobachteten Fälle und beim Auseinandergehen der Ansichten nicht entschieden werden.

Eigene Beobachtungen.

Während meiner Tätigkeit im *Lepraheim in Memel* in den Jahren 1931 und 1932 hatte ich Gelegenheit, die Wirkungen der Lepraerkrankung auf die Psyche zu beobachten und der Frage nachzugehen, wie sich die psychischen Veränderungen bei Leprakranken äußern und ob spezifische Veränderungen eventuell im Sinne einer Leprapsychose sich vielleicht finden lassen. Das Memeler Lepraheim, 1899 gegründet, war das einzige deutsche Leprosorium, das nunmehr seit der Abtrennung des Memelgebietes nicht mehr zu Deutschland gehört. Das Heim wurde seinerzeit dort errichtet, nachdem es dem Kreisphysikus Dr. *Urbanowitz* gelungen war, das sporadische Auftreten der Lepra im Kreise Memel und in benachbarten Kreisen nachzuweisen. Diese Beobachtung entspricht der allgemeinen Auffassung, daß Leprafälle sich hauptsächlich in Küstengebieten finden, wie z. B. Norwegen, Estland und Lettland usw. Das Lepraheim, das für 30 Kranke eingerichtet ist, war nur anfangs kurze Zeit voll besetzt; zur Zeit meiner Beobachtung waren nur 11 Patienten vorhanden, darunter 3 aus Litauen, 1 aus Estland, 1 aus der Rheinpfalz (Infektion in Brasilien), die übrigen aus dem Memelgebiet.

Da es sich größtenteils um Patienten handelt, die geistig auf einem sehr niedrigen Niveau stehen, kaum etwas in der Schule gelernt haben und zum Teil nicht der deutschen Sprache mächtig sind, so daß eine Verständigung nur mit Hilfe eines Dolmetschers möglich war, ist ein genaueres Eingehen in die Psyche oft recht erschwert gewesen. Auch war es meist nicht leicht, zum Teil unmöglich, Einzelheiten über die Entstehung der Erkrankung zu erhalten, wobei auch objektiv anamnestische Daten nur in den seltensten Fällen zur Unterstützung herangezogen werden konnten. Die wertvollsten Angaben bekam ich von den beiden, dort seit über 20 Jahren tätigen Krankenschwestern (vom Mutterhause „Barmherzigkeit“ Königsberg Pr.) und vom Pat. G (Fall 5), der mir besonders gute und feinbeobachtete Mitteilungen über Lepra bei sich selbst und bei den anderen Mitkranken machte.

Meine Fälle.

Fall 1. Frau Annike A., geb. 1843, Instmannswitwe, aus Kreis Memel, 1920 im Heim aufgenommen.

Familienanamnese. Ältester Sohn der Pat. mit 27 Jahren an schwerer Form der Lepra verstorben. Ehemann an unbekannter Ursache verstorben. Älteste Tochter taubstumm und schwachsinnig; jüngste an Epilepsie verstorben. 2 Kinder leben, sind gesund.

Eigene Anamnese. Patientin spricht litauisch, daher Verständigung erschwert; hat keine Schule besucht, kann nur wenig lesen. *1919 erste Krankheitsscheinungen.* Bei der Aufnahme ins Lepraheim im ganzen kräftig, sprach mit auffallend hoher Fistelstimme, die Nasenatmung war stark behindert. Nasen- und Rachenschleimhaut mit Knötchen bedeckt. Frischere und ältere Herde, Knötchen und Geschwüre im Gesicht und an beiden Armen, ebenso an beiden Fußsohlen. 1922 höheres Fieber und stärkere Schmerzen. Juni 1931: (eigene Beobachtung) somatisch: Gesicht stark leprös verändert, Augenbrauen und fast alle Kopfhaare fehlen, starke Narbenbildung an allen Extremitäten, neurologisch o. B. Psychisch: Patientin verhält sich im Heim ruhig und unauffällig. Ist mit der Behandlung zufrieden und dankbar, den anderen Mitkranken gegenüber freundlich. Für die Umgebung interessiert, hört gerne Neuigkeiten aus Zeitungen. Beschäftigt sich etwas, vorwiegend im Garten. Ist sehr empfindlich und nachtragend. Fremden gegenüber ist sie besonders freundlich, vielleicht etwas aufdringlich, ausgesprochen geltungsbedürftig. Keine Krankheitseinsicht, glaubt noch immer, nicht leprakrank zu sein. Bei der Untersuchung ist Pat. stets ausgesprochen euphorischer Stimmung, lacht viel und laut, völlig unmotiviert, gestikuliert lebhaft mit den Händen und sagt in stereotyper Weise: „Mir geht es gut, ich bin gesund.“ Im Laufe der Untersuchung weicht die anfängliche, beinahe übertriebene Freundlichkeit einer grundlosen Gereiztheit und Ablehnung. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind, soweit feststellbar, für das Alter der Pat. gut erhalten. Das intellektuelle Niveau ist sehr gering.

Im ganzen betrachtet, handelt es sich hier um eine sehr primitive Frau, die in einem auffallend euphorischen Dauerzustand sich befindet; daneben finden wir bei ihr die bei Lepra charakteristischen Wesensveränderungen, wie eine ausgesprochene Psycholabilität, Erregbarkeit, Reizbarkeit. Es fehlt jedoch die paranoische Einstellung und das oft zu findende Mißtrauen. Erwähnungswert ist noch, daß hier eine Gedächtnisstörung nicht aufgetreten ist, obwohl das Alter sowohl als auch der chronische lepröse Prozeß zusammen wirken.

Fall 2. Fr. Anna B., geb. 1887 im Kreise Memel. Im Heim seit 1923.

Familienanamnese. Eltern der Pat. ebenfalls leprös. (Vater litt an einer leichten tuberösen Form der Lepra, und starb an einem arteriosklerotischen Aneurysma, wie die Sektion ergab. Mutter hatte eine leichte gemischte Form der Lepra und starb an einer Apoplexie). Außerdem noch ein Vetter mütterlicherseits an Lepra verstorben.

Eigene Anamnese. Früher immer gesund, 1912 Heirat, Ehemann gesund, im Kriege gefallen; 2 gesunde Kinder. *1920 Beginn der Erkrankung.* Bei der Aufnahme in leidlichem Ernährungszustand. Knötchen im Gesicht und an den Extremitäten, Geschwüre an den Unterschenkeln. Im ganzen progredienter Prozeß. Später immer zunehmende Wundenbildung an Händen und Füßen. Bei meiner Untersuchung Juni 1931 war Frau B. bereits elend, hatte typische lepröse Gesichtsveränderungen, Facies leontina, stark verdickte, an der Spitze wunde, schmerzhafte Zunge. Sehkraft auf dem rechten Auge sehr herabgesetzt, Geschmacksinn kaum vorhanden. Medialis-, Ulnaris- und Peronäuslähmung mit starker Verdickung der Nerven-

stränge. Kontrakturbildung der Finger und Zehen, Pupillen entrundet, fehlende Licht- und Konvergenzreaktion. Knie- und Achillesreflexe fehlen. Pat. fühlt sich sehr elend, hat Verdauungsstörungen. *Psychisch.* Sie gibt ruhig und geordnet Auskunft, hat sich anscheinend mit ihrem Schicksal abgefunden. Ist verschlossen und zurückhaltend, leicht reizbar, kann sich über Kleinigkeiten sehr erregen, ist launisch, oft längere Zeit depressiv verstimmt. Von Suicidgedanken nichts bekannt. Sie hat volle Krankheitseinsicht. Zu den Ärzten und Schwestern vollkommenes Vertrauen, beschäftigt sich etwas mit kleinen Hausarbeiten und liest den anderen Kranken aus Zeitungen und Büchern vor. Sobald eine Veränderung an ihrem Körper auftritt, z. B. eine neue Wunde sich zeigt, beschäftigt sie sich mit ihrem Körper ausführlich und kann dann stundenlang über dieses Thema sprechen. Die Intelligenz ist ausreichend, das Gedächtnis und die Merkfähigkeit intakt.

Bei dieser schweren Form der Lepra mixta sind wesentliche psychische Veränderungen nicht vorhanden, nur finden wir auch hier Stimmungslabilität, Reizbarkeit und Erregbarkeit. Trotz vollkommener Krankheitseinsicht und dem Wissen um die Schwere des Verlaufs und trotz depressiver Zeiten, sind keine Suicidgedanken vorhanden, man findet sogar ein ängstliches Beobachten ihres Zustandes und bei jeder kleinen Verschlechterung ein sorgsames Darauf-Achten, daß sie rechtzeitig und genügend behandelt wird. Man müßte erwarten, daß ein Mensch, den das Schicksal einer so schweren Krankheit getroffen hat, sich damit abfindet und sein Leben erträglich gestaltet, daß er sich vor der Krankheit abschließt, sie, soweit es möglich ist, ignoriert. Hier sieht man gerade umgekehrt eine fast hypochondrische Beschäftigung mit jeder Veränderung des Krankheitsbildes, ein wahres Interesse, wahrscheinlich aus der Hoffnung heraus entstanden, daß die Krankheit doch noch einmal besser werden könne.

Fall 3. Franz B., Seemann, geb. 1870 im Kreise Memel. Erstmals 1909 im Heim aufgenommen, 1912 entlassen; Wiederaufnahme 1921 für etwa 3 Monate; letzte Aufnahme 1927.

Familienanamnese. Kusine des Pat. leprakrank (s. Fall 10!), ebenso eine Tante mütterlicherseits an Lepra gestorben.

Eigene Anamnese. Pat. lernte in der Volksschule gut, diente von 1891—93 bei der Marine aktiv, war dann bis 1899 Matrose auf ausländischen Schiffen, 1898 Heirat, Frau gesund. Ab 1899 in Memel als Arbeiter beschäftigt, auch beim Brunnenbau im Lepraheim. Ab 1901 zur See gefahren, auch mehrfach in Brasilien, Argentinien, Japan und Portugal gewesen. Etwa 1907 nähere Bekanntschaft mit einem Leprakranken (der im Memeler Lepraheim verstorben ist). Als Seemann einmal Gelbsucht, sonst immer gesund gewesen, keine Lues, starker Raucher und Trinker. 1905 erkrankt an Lepra. Bei der ersten Aufnahme Knötchen im Gesicht, zahlreiche Wunden am Körper, nekrotische Knötchen an den Extremitäten. Leprabacillen nachgewiesen. Hornhautinfiltration und immer mehr abnehmende Sehschärfe. Später ausgesprochene polyneuritische Erscheinungen mit Kontraktionen der Finger, Parästhesien an den Unterarmen, mehreren Geschwüren trophischer Art an den Fußsohlen. 1912 völlige Anästhesie der Unterarme. Damals war Pat. psychisch schwer verändert und wurde wegen Verdachtens auf eine Psychose durch Geh. Rat Meyer (Königsberg) untersucht, dann aber entlassen, auch aus dem Lepraheim, da Bacillen im Nasenschleim negativ waren. Im weiteren Verlauf weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes, fortschreitende Kontraktionen und Hornhauttrübungen. 1931 bei der Beobachtung durch Ref. liegt Pat. verkrümmt im Bett, zieht demonstrativ die Decke über den Kopf, sobald Ref. ins Zimmer kommt.

Sprache bellend, kaum verständlich. Gibt auf Fragen keine oder sehr kurze, bissige, mürrische Antworten. Ist jeder Untersuchung gegenüber vollkommen ablehnend; stößt nach Ref., als dieser körperlich untersuchen will, spuckt, schimpft mit heiserer Stimme, gebraucht die gemeinsten Schimpfworte, droht dem Ref., wenn er noch einmal käme, könne „etwas Schlimmes passieren.“ Körperlich in sehr elendem Zustand, das Gesicht mit Knötchen infiltriert, rechter Fuß in Spitzfußstellung kontrahiert, an beiden Beinen eitrige Wunden. Komplette Facialislähmung, Lagophthalmus. Pat. ist vollkommen erblindet. Kniereflexe beiderseits schwer auslösbar. Achillesreflexe fehlen. Eine genaue somatische Untersuchung nicht möglich.

Bei der Aufnahme litt Pat. sehr unter der Internierung, unternahm verschiedene Fluchtversuche, hatte öfter reaktiv bedingte Depressionszustände abwechselnd mit Erregungszuständen. War oft gewalttätig gegen andere Kranke, nach denen er warf, auch zerriß er seine Kleider und zerschlug Fensterscheiben. Später äußerte Pat. Beeinträchtigungsideen, vor allem Vergiftungsideen, verweigerte die Medizin, aus Furcht, daß ihn die Ärzte und Schwestern umbringen wollen. Meinte, daß durch Desinfektionsmittel seine Krankheit sich noch verschlimmere. Ist mit der Behandlung und mit dem Essen unzufrieden. Die Milch wäre besonders für ihn verdünnt, andere Kranke würden bevorzugt. Erzählt anderen Kranken mit Wollust als Erinnerungen an seine Jugendzeit von Perversitäten und Mißhandlungen von Frauen. Sehr psycholabil, wird manchmal vorübergehend fromm, hält sich für unfehlbar, predigt stundenlang vor sich hin, prophezeit baldigen Weltuntergang, ist dabei unklar und verworren. Ist im ganzen seit 1912 unverändert geblieben, nur mit fortschreitendem Prozeß frömmter geworden. Gedächtnis und Merkfähigkeit sind, soweit eine Prüfung möglich, ungestört. Halluzinationen sind nicht beobachtet worden.

In diesem Fall liegt eine ganz besonders schwere Form der gemischten Lepra vor mit Überwiegen der anästhetischen polyneuritischen Symptome, die schließlich zusammen mit der Zerstörung der Sehkraft zu einer erheblichen Hilflosigkeit geführt hat. Die psychischen Veränderungen sind hier ziemlich weitgehend, so daß auch zeitweise an eine Psychose gedacht wurde. Doch ist es nicht notwendig, hier das Vorliegen einer solchen sicheren psychischen Veränderung anzunehmen. Vielmehr lassen sich die einzelnen Abweichungen durch die Situation, wie aus der Gesamtpersönlichkeit erklären. Amentia-ähnliche Bilder oder *Korsakow-Syndrom* sind bei diesem Manne nie beobachtet worden. Seine Reizbarkeit, sein Mißtrauen, die Zornausbrüche, die Neigung zur Gewalttätigkeit und Zerstörungswut kann man als psychogene Reaktion auf die schwere, entstellende und den Pat. zur Hilflosigkeit verurteilende Erkrankung und auf die Internierung auffassen. Aus dem Mißtrauen heraus lassen sich dann auch leicht die krankhaften Beeinträchtigungsideen ableiten, so daß hier an eine echte Wahnspsychose nicht gedacht zu werden braucht, zumal die Ideen auch nicht mit sehr starker Affektbetonung hervorgebracht werden, sondern mehr Begleiterscheinungen des allgemeinen Unbehagens, der allgemeinen Unzufriedenheit mit sich und der Umwelt sind. Auch bei Blinden, Tauben und anderen körperlich Behinderten findet man ja ähnliche Beeinträchtigungsideen. Dazu kommt noch, daß B. ein Mensch ist, der von jeher gewohnt war, ohne große moralische Hemmungen seinen Gefühlen nachzugeben und der sich durch die

Krankheit plötzlich in jeder Weise behindert und unter Zwang gestellt sieht. Es ist naheliegend, daß ein solcher Mensch dann seinen Zorn an der Umgebung ausläßt, obwohl er vermutlich selbst weiß, daß diese keine Schuld an seinem schweren Schicksal trägt. Wahrscheinlich verschafft ihm die Erregung, die Beschimpfung und Bedrohung eine Erleichterung und gibt ihm erst die Möglichkeit, das schwere Schicksal zu tragen, das er an sich klar durchschaut. Auf diesen Fall und die Art, wie hier auf die Krankheit reagiert wird, werde ich noch bei Fall 5 zurückkommen müssen, bei dem die Reaktionsweise eine ganz andere ist.

Fall 4. Frl. Henriette G., geb. 1868 in Kürkül, Kreis Wesenberg (ehemaliges Rußland, jetzt Estland). Wollwarenhändlerin. Unverheiratet. Aufnahme im Heim 1912.

Familienanamnese. Mutter der Pat. am Lepra verstorben. 3 gesunde Geschwister.

Eigene Anamnese. Höhere Schule besucht, leidlich gelernt, später in Petersburg in einem deutschen Hospital als Diakonisse, von dort wegen einer Veruntreuung entlassen. Vermutliche Leprainfektion auf einem Gute von einem leprakranken Landarbeiter. 1908 in Petersburg Behandlung wegen eines Ausschlages.

Beginn der Erkrankung 1911. Knötchenförmige Veränderungen der rechten Wange, die gefühllos war. Leprabacillen nachgewiesen. Danach erst in einem Lepraheim in Riga, dann in Memel. Bei der Aufnahme in gutem Ernährungszustand. Einige braune, gefühllose Flecken am rechten Unterarm und an der Wange. Einzelne Knötchen im Gesicht. 1926 anscheinend ein apoplektischer Anfall, seitdem allmäßlicher Gedächtnis- und Merkfähigkeitsschwund.

Eigene Beobachtung 1931. Sehr gebrechlich und früh gealtert. Blutdruck 210/100 mm Hg. Zeichen eines dekompensierten Herzfehlers. Im Gesicht Knötchen, an beiden Armen anästhetische Flecken. Ausgesprochene Hypalgesie und Hypästhesie beider Unterarme. *Neurologisch:* Lidspalten ungleich, Pupillen verzogen, Reaktion kaum vorhanden. Facialis rechts gelähmt, Zunge gelähmt, kann nicht herausgestreckt werden. Sprache sehr undeutlich und verwaschen. Deutliche Anzeichen einer motorischen Aphasie. Sehnenreflexe gesteigert, leichte Spasmen der unteren Extremitäten, keine pathologischen Reflexe.

Psychisch. Pat. hat sich im Heim stets ruhig und dankbar verhalten. Seit mehreren Jahren hat sie den Gedanken, daß sie entlassen werde und fragt täglich die Schwester, ob sie nicht behalten werden könnte. Früher sehr von sich eingenommen, besonders stolz auf ihre Herkunft, Bildung und Klugheit, wurde deswegen von den anderen Kranken „hoheitsvolle Einfältige“ genannt. War im ganzen bei den Mitpatienten sehr unbeliebt, nannte diese nicht anders als „Packzeug.“ In den letzten Jahren zunehmender geistiger Verfall. Zur Zeit meiner Untersuchung völlig dement, zeitlich desorientiert, glaubt, es wäre 1912. Äußerst merkschwach, Zwangslachen und Zwangswineien.

Bei diesem Falle findet sich eine Kombination einer leichteren Form der Lepra maculosa mit einer erheblichen Arteriosklerose. Das psychische Bild ist typisch für eine schwere sekundäre organische Demenz, wie sie bei der Arteriosklerosis cerebri zu beobachten ist. Ob es sich hier allein darum handelt oder ob auch noch ein direkter Einfluß der Lepra auf das Gehirn anzunehmen ist, läßt sich ohne Autopsie nicht entscheiden. Es ist aber hier wahrscheinlicher anzunehmen, daß es sich nur um eine arteriosklerotisch bedingte Hirnveränderung handelt. Dafür sprechen

auch die neurologischen Symptome, die mit Ausnahme der für Lepra charakteristischen Anästhesien, als Residuen einer Apoplexie anzusehen sind. Demnach ist dieses ein ähnlicher Fall, wie ihn *Moreira* beschrieb, bei dem auch Arteriosklerose neben der Lepra auftrat und die geistigen Veränderungen hervorrief.

Fall 5. Karl G., geb. 1886 in Brasilien (Sao Paulo). Ganz anders als in anderen Fällen, haben wir hier einen ausführlichen Lebenslauf, wodurch uns ein ganz anderer Einblick in die Entwicklung der Krankheit und der Persönlichkeit gegeben ist, als bei den Fällen, bei denen uns sogar die einfachsten Daten fehlten.

G. ist der Sohn eines Oberförsters aus der Rheinpfalz, der 1873 nach Brasilien ging, wo er zusammen mit seinem Bruder eine Kaffeeflantage betrieb. Dort ist G. geboren. Später wohnte die zahlreiche Familie (G. hatte 2 Brüder und 3 Schwestern) in einem Hause in einer Kleinstadt Brasiliens. Der frühere Besitzer des Hauses soll an Lepra gestorben sein. Vater und Onkel des Pat. waren infolge ihrer Tätigkeit als Geometer oft monatelang von Hause abwesend. Unter den schwarzen Dienern seien vielleicht der eine oder der andere leprakrank gewesen; ein deutscher Diener starb an dieser Krankheit; ein anderer Diener, der mit der Familie nach Brasilien ausgewandert war, starb ebenfalls daran. Auch der Onkel hatte Anzeichen einer Lepra, starb an einer Malaria. Der Vater des Pat. hatte ebenfalls Lepra. In Brasilien kamen fortwährend Bettler mit entstelltem Aussehen, die aber nicht berührt werden durften. Pat. gibt an, daß der Anblick dieser „Jammergestalten“ immer einen großen Eindruck auf ihn machte. Er bezeichnete sich selbst als einen „sensiblen, stillen Knaben“, der am liebsten allein bei seinen Liebhabereien saß und erst auf dringendes väterliches Ermahnhen dazu zu bewegen war, mit Freunden zu spielen. Er hat leidenschaftlich Briefmarken und Orchideen gesammelt. Im ganzen ist er sehr furchtsam gewesen, doch ließ er sich diese Schwäche nicht anmerken und machte, wenn auch schweren Herzens, Botengänge im Dunklen.

1898 kam er in eine Schule nach der Pfalz, 1901 siedelte die ganze Familie dorthin über. Seine Hauptliebe war von Kindheit an die Lektüre schöner, wertvoller Bücher. Er war ein sehr guter Schüler, stets Primus, bei den Mitschülern sehr beliebt. 1899 bemerkte er die ersten Anzeichen der Lepraerkrankung, die sich in einer Behinderung der Nasenatmung und Bildung kleiner Knötchen am Kinn und an der Oberlippe äußerten. Allmählich vermehrten sich die Symptome, doch nahm er wenig Notiz davon, da die Krankheit ihm keine Schmerzen verursachte. Ein in dieser Zeit durchgemachter Typhus bewirkte eine vorübergehende, nicht geringe Gedächtnisstörung für frühere Dinge, während die Aufnahmefähigkeit gut erhalten blieb. Die Hauterkrankung wurde von den Ärzten als eine harmlose Sache angesehen. Die „Reliefkarte“, die sein Gesicht darstellte, wurde ein dankbares Objekt für den Spott der Mitschüler. Irgendwie gelitten hatte Pat. damals unter seiner Krankheit nicht. Nach einigen Jahren, als seine Eltern auch zurück waren, wurde endgültig bei dem Vater wie bei ihm die Diagnose „Lepra“ gestellt und sie kamen in entsprechende Behandlung: „Da wir keine Beschwerden hatten und die Ärzte uns wenig Hoffnung auf Besserung machten, fanden wir uns ruhig in die neue Lage.“ Eine sehr charakteristische Äußerung! G. schmerzte nur, daß er sein Studium aufgeben mußte.

Von 1903 ab waren sein Vater, er und eine Schwester im Leprahaus in Memel. „Damit setzte ein neuer Abschnitt unseres Lebens ein, glaubten wir doch nun fest an die Unheilbarkeit unserer Krankheit.“ Der Vater litt unter der Zerschlagung der Existenz und am meisten unter der Tatsache, daß seine Kinder sein Los teilen mußten. Der Vater, der früher immer gute Laune und ein guter Gesellschafter gewesen war, wurde traurig und reizbar, bemühte sich aber, den anderen seine seelische Verfassung zu verbergen.

1905 starb der Vater. Bald darauf verlor der Pat. die Sehkraft auf dem rechten Auge. 1906 Fieberanfälle, später Kontrakturen an Händen und Füßen. „Es war eine furchtbare Zeit für mich, mit fast unerträglichen Schmerzen und schlaflosen Nächten, in denen ich oft mich mühsam mit meinen verstieften Gliedern ans Fenster schleppte, um die Seele am Anblick des Sternenhimmels aufzurichten.“ Dazu kamen dann Schluckbeschwerden schwerster Art, ferner Sprachbehinderung und Atemstörungen. Seine Schwester, der es damals noch weit besser ging, hat ihn in dieser Zeit oft aufgerichtet und ermuntert. Doch sehr schnell verschlechterte sich der Zustand der Schwester, so daß sie 1912 an Entkräftigung starb. „Sie wußte um ihr nahes Ende, hielt sich aber dank ihrer tiefen Religiosität bis zuletzt tapfer, und ihr letzter Ausspruch lautete: Das ist schön!“ — Dieser Verlust wurde ihm sehr schwer, fast gleichzeitig verlor er noch die Sehkraft auch auf seinem linken Auge. Als „leidenschaftlicher Leser“ und „tätiger Mensch“ wurde er dadurch besonders schwer betroffen. „Der Gedanke nun ganz hilflos und lichtlos mein Leben weiter fristen zu müssen, war mir direkt unerträglich, doch kam mir keinen Augenblick der Gedanke, mich dieses Lebens zu entledigen.“ Früher habe er manchmal, als er auf einem Auge blind wurde, daran gedacht, sich das Leben zu nehmen, wenn er gänzlich erblinden würde. Die anfänglich deprimierte Stimmung wich bald einem gleichmäßigen Gleichgewichtszustand seiner Stimmungslage. „Ich glaube an den Sinn und Wert dieses Lebens und dieser Glaube ist es, der mich aufrecht erhält.“ „Selbst in den Tagen meiner Erblindung, als ich gewissermaßen als Testament meiner Augen mit Hilfe des Leseglasses noch einmal ein Blatt Papier beschrieb, waren die Worte, die mir in die Feder flossen, keine Klage, sondern die Verse des Lynkeus aus Goethes Faust: „Ihr glücklichen Augen, — Was je ihr gesehen, — Es sei es wie es wolle, — Es war doch so schön.“ G. hat sich mit seinem Los abgefunden, er freute sich daran, daß seine gesunde Umgebung viel Verständnis für ihn besitzt, daß er durch Radio und Zeitung mit der geistigen Welt in Verbindung steht und zu neuen Gedanken angeregt wird. „Am liebsten höre ich jedoch ein Werk eines großen Dichters oder Denkers und am glücklichsten fühle ich mich unter den grünen Bäumen, wenn ich dem Rauschen des Waldes und des Meeres oder dem Vogelgesang lauschen kann. Freilich würde ich gerne Wolkenkratzer oder Maschinen bauen, aber ich habe erkannt, daß die Arbeit an der eigenen Vervollkommnung viel wichtiger, aber auch schwerer ist.“

Damit schließt der Lebenslauf des Pat. G.

Zu diesem ausführlichen Bericht ist nur noch kurz der Befund hinzuzufügen. G. wurde 1903 im Lepraheim aufgenommen.

Familienanamnese. Vater starb im Heim 1905 an einer schweren gemischten Form der Lepra. Psychisch war er reaktiv depressiv, hatte aber keine Suicidge-danken, litt sehr unter der Beschäftigungslosigkeit. Beherrschte sich gut, versuchte stets froh, gleichmäßig und den anderen Menschen gegenüber freundlich zu sein. Geistige Fähigkeiten blieben bis zuletzt unverändert. Schwester Olga G. starb im Heim 1912; ebenfalls schwere gemischte Form. Besonders schwere Kehlkopf-krankung, langsame Erstickung. Psychisch: immer verträglich, trug ihr Leiden heldenhaft. Onkel (Bruder des Vaters) schwere gemischte Form der Lepra; starb an Malaria.

Eigene Anamnese. S. Bericht des Kranken.

Befund 1931. Asthenisch, schlechter Ernährungszustand. Haut rissig, grau, ausgesprochene Facies leontina. Sattelnase, Septum zerstört. Beiderseits erblindet. Lagophthalmus, Ektropium, chronische Conjunctivitis. Keratitis. Spontannystagmus beiderseits. Sprache o. B. Typische Kontrakturstellungen beider Hände mit Mutilationen und trophisch bedingten Geschwüren. Fehlende Knie- und Achilles-reflexe. Schwere Sensibilitätsstörungen. Pes equino-varus beider Füße. Mal perforant rechts.

In mehrfacher Hinsicht sind die Selbstbekenntnisse und Erinnerungen dieses Leprakranken interessant. Einmal ist es der Einblick in das Leben eines so schwerkranken Menschen, den uns die Schilderungen geben. Wir hören, wie er unter leidlich guten äußeren Umständen aufgewachsen ist, wie er schon von Jugend an mit Leprakranken in Berührung kam, wie immer mehr Erkrankungsfälle in seiner unmittelbaren Umgebung auftraten, erst die Diener, dann die Verwandten, schließlich er selbst. Und dann ist sein Leben, kaum begonnen, trotz aller Begabung, trotz aller Befähigung, allen Fleißes praktisch schon beendet. Er muß in ein Lepraheim und kommt bis an sein Lebensende nicht mehr heraus. Dort muß er erleben, wie er immer hilfloser wird, wie zu der anfänglich schmerzlosen Entstellung unzählige Beschwerden hinzukommen: Schmerzen an Armen und Beinen, Behinderung der Atmung und des Schluckens, des Sprechens und schließlich des Sehens bis zur völligen Erblindung. Er muß den Tod seines Vaters, seiner Schwester mit ansehen und sein Schicksal deutlich vor sich sehen. Und wie erträgt ein Mensch ein solches Schicksal? Auch darauf gibt uns der erschütternde Bericht Antwort und gewährt uns einen Einblick in die Psyche des Kranken. G. ist ein intelligenter, fleißiger Mensch, der zu großen Hoffnungen berechtigte. Er schildert sich als sensitiv, scheu, ängstlich, von großem Ehrgeiz und Wissensdurst. Von irgendeiner Reaktion auf die drohende Krankheit spricht er nichts, es hat wohl keine Reaktion gegeben. G. sah die Diener erkranken, dann die Verwandten, doch war das in Brasilien anscheinend nichts Besonderes. Er war noch sehr jung und wird, wie es in den meisten Fällen jungen kräftigen Menschen in einem erhöhten Gefahrenmoment ergeht, gedacht haben, ihn wird die Krankheit nicht treffen, wenn er darüber überhaupt nachgedacht hat. Eigentümlich ist es aber, daß er später, als bei ihm die ersten Zeichen auftraten, als sein Vater längst erkrankt war und er die Symptome kennen mußte, immer noch nicht irgendwie beeindruckt wurde. Er arbeitete ungestört weiter und litt in keiner Weise darunter, machte sich auch keine Zukunftsgedanken. Selbst dann, als die Diagnose feststand, als er in Hospitäler und schließlich im Lepraheim sich aufhalten mußte, kam es immer noch zu keiner „depressiven Reaktion“. Und dabei handelt es sich doch hier um alles andere, als einen stumpfen, gleichgültigen Menschen, bei dem man sich über eine solche Gleichgültigkeit nicht wundern würde. Dann das immer schwerer werdende Schicksal, besonders die zahllosen Beschwerden und die Erblindung bewirken auch nur ganz vorübergehende Selbstmordgedanken, die aber sofort wieder verdrängt werden. Immer wieder gelingt es dem Pat., sich ein Trostmittel zu verschaffen. Erst hatte er den Trost, als er ins Heim kam, er könne doch noch weiter arbeiten und er leide ja auch nicht viel unter der Krankheit. Als es schlimmer wurde und er ein Auge verlor, tröstete er sich damit, daß er noch auf dem anderen Auge sehen könne, daß er sein geliebtes Lesen noch behalte, und schließlich, als alles

vorbei war — Beweglichkeit, Sehkraft usw., da hatte er wieder einen anderen Trost, er könne ja noch Radio hören und sich an manchem erfreuen, was er höre und könne darüber nachdenken. Die Innerlichkeit dieses ungewöhnlichen Menschen ist so groß, daß körperliche Schäden, daß Ausfall der wichtigsten Sinnesorgane ihm nicht den Lebensmut nehmen können. Dazu kommt noch eine stark ausgeprägte Religiosität, die ihn am Verzweifeln hindert. Ein Mensch, der nicht *einmal* über sein hartes Los klagt, der es mit Stolz und völliger Zufriedenheit, vor allem mit vollständigem seelischen Gleichgewicht trägt, muß schon sehr starke innere Werte besitzen. Das dritte, das in diesem Falle interessant ist, daß sich keinerlei psychische Veränderungen bemerkbar gemacht haben. Hier sehen wir weder die oft erwähnte Reizbarkeit, noch die mißtrauischen Regungen, hier könnte man beinahe von einer veredelnden Wirkung der Krankheit in charakterlicher Beziehung sprechen.

Welch ein Gegensatz zu dem Fall 3, dem Seemann B, der durch Grobheiten und aggressives Verhalten sich ein Ventil, die Krankheit zu ertragen, geschaffen hat. Man muß aber sowohl die Gegensätze der Konstitution, als auch der Bildung, Erziehung und des Milieus berücksichtigen.

Fall 6. J., geb. 1864 in Litauen. Arbeiter, unverheiratet. Seit 1917 im Lepraheim.

Familienanamnese. Mutter leprakrank gewesen, an Schlaganfall im Heim gestorben.

Eigene Anamnese. Da Pat. nur litauisch spricht, ist eine Verständigung sehr erschwert. Hat keine Schule besucht, ist Analphabet. Von früheren Krankheiten nichts Näheres bekannt. War Schweinehüter. Typische Form der Lepra tuberosa mit zahlreichen Knötchen am ganzen Körper. Entweichung (1928) aus dem Heim, arbeitete einige Zeit bei einem Bauer, wurde polizeilich zurückgebracht. Bald danach zum zweitenmal entwichen, hielt sich aber bei seiner Schwester auf. *Bei meiner eigenen Untersuchung im Juli 1931 verhielt sich Pat. sehr ablehnend, ließ sich körperlich nicht untersuchen, beschimpfte den Ref. auf gemeinste Weise: „Er solle sich zum Teufel scheren, er habe hier nichts zu suchen.“ Sagte u. a.: „Der Mensch, der was verstehen will, muß erst einige Jahre Schweine hüten, dann kann er erst Herr und Arzt sein.“* Ist ausgesprochen negativistisch, tut genau das Gegenteil von dem, was ihm gesagt wird. Verhält sich ähnlich einem trotzigen, eigensinnigen Kinde. Ist zu keiner Beschäftigung zu bewegen. Verweigert zuweilen, „um die anderen Menschen zu strafen“, die Nahrung. Führt auch oft stundenlange, schwer verständliche, unklare Selbstgespräche. Hat zeitweise Sammelwut, versteckt Alles, was er findet, in seiner Matratze. Merkfähigkeit und Gedächtnis nicht zu prüfen. Intellektuell sehr schwach.

Bei diesem äußerst primitiven und ausgesprochen schwachsinnigen Menschen zeigt sich bei einer mittelschweren Form der Lepra ein äußerst ablehnendes Verhalten und eine feindliche Einstellung gegen die Umgebung, als Reaktion auf die Krankheit, wobei er anscheinend am meisten unter der Freiheitsbeschränkung leidet. Der Schwachsinn ist angeboren, sekundäre organische Hirnveränderungen sind nicht feststellbar.

Fall 7. K., geb. 1900 im Memelgebiet. 1930 im Heim aufgenommen.

Familienanamnese. Vater lebt, gesund; Mutter vor 11 Jahren an unbekannter Ursache gestorben. Ehefrau und 2 Kinder leben, gesund.

Eigene Anamnese. Auch hier Verständigung erschwert, da Pat. nur litauisch spricht. Als Kind schwächlich und kränklich, keine besonderen Erkrankungen. Keine Schule besucht, erst später beim litauischen Militär etwas Lesen und Schreiben gelernt. 1925 Heirat. Landarbeiter.

1917 Beginn der Erkrankung mit Ausschlag an den Armen und Beinen, dann Besserung. 1921/1922 beim Militär Verschlimmerung des Zustandes, auch Temperaturerhöhungen, später Wunde am Fuß, die nicht heilte, allmähliche Verkrümmung der Hände und Füße.

Eigene Untersuchung 1931. Asthenischer Habitus. Facialisparese beiderseits. Lagophthalmus, Nystagmus beim Blick nach rechts, Strabismus convergens, beginnende Hornhautträubung beiderseits, Muskulatur der Arme und Beine atrophisch. Völlige Atrophie der Musculi interossei, des Thenar und Hypothenar. Beide Hände in Kontrakturstellung verkrümmt und verunstaltet. Grobe Kraft der Hände jedoch erhalten. Anästhesie beider Hände und Arme bis zum Ellenbogen, darüber hyperästhetische, hyperalgetische Zonen. An den Beinen ebenfalls Anästhesie und Analgesie aufwärts bis zum Knie. Reflexe fehlen überall, auch an den Beinen. Beiderseits Peronäusschwäche. An den Füßen zahlreiche eitrige belegte, nicht heilende Wunden.

Psychisch. Schwachsinnig, stumpf, affektarm. Völlige Interesselosigkeit. Ist zu keiner Arbeit zu bewegen. Keine Krankheitseinsicht, glaubt nicht leprakrank zu sein. Drängt sehr auf Entlassung, meint zu Hause arbeiten zu können. Mehrfache Fluchtversuche. Läßt sich nur sehr ungern behandeln, reißt die Verbände von den Wunden ab. Nachdem er sich bei einem erneuten Fluchtversuch weitere Verletzungen an den Füßen zugezogen hatte, ist er am 15. 9. 31 an den Folgen einer daraus entstandenen Sepsis verstorben.

Bei K., der an einer sehr schwachen Form der Lepra nervorum litt, handelte es sich um einen von Hause aus stark degenerierten und hochgradig schwachsinnigen Mann. Von einem Einflusse der Krankheit auf die psychische Entwicklung kann hier nicht gesprochen werden. Die Reaktionsweise ist ähnlich dem vorigen Fall, nur daß hier eine größere Stumpfheit und Gleichgültigkeit vorhanden ist. Da K. seine Erkrankung nicht einsieht, glaubt er sich unrecht festgehalten und leistet aus diesem Grund gelegentlich Widerstand oder rafft sich zu Fluchtversuchen auf. Im ganzen ist die Reaktion eine sehr schwache, entsprechend der Stumpfheit des Patienten.

Fall 8. Frau Ursula L., geb. 1870 in Litauen. Arbeiterwitwe. Seit dem November 1938 im Leprahheim.

Familienanamnese. Ehemann an Lepra außerhalb des Heims gestorben. Eine Schwester angeblich ebenfalls leprakrank. Mutter infolge einer Lungenerkrankung, Vater an Altersschwäche gestorben. 1900 Heirat. 3 Kinder klein gestorben, angeblich nicht leprös.

Eigene Anamnese. Spricht nur litauisch, daher Verständigung erschwert. Keine Schule besucht, Analphabetin. Von früheren Erkrankungen nichts bekannt, Ansteckung anscheinend von ihrem Mann. *Beginn der Lepraerkrankung Winter 1927*, mit Knötchenbildung an den Wangen und an der Stirn, Flecken an Armen und Beinen. Bei der Aufnahme ins Heim in gutem Ernährungszustande, zahlreiche Knoten und Verdickungen im Gesicht, besonders an der Nase. Sensibilität an den Armen aufgehoben. Leprabacillennachweis positiv.

Eigene Untersuchung 1931. Mittelschwere gemischte Form der Lepra. Typische, schwere Veränderungen im Gesicht und an den Armen. Beide kleine Finger in Kontrakturstellung, anästhetische Zonen an beiden Unterarmen und Beinen.

Kniesehnen- und Achillessehnenreflexe gesteigert. Pupillenlichtreaktion minimal, Konvergenzreaktion herabgesetzt, Nervenstämme verdickt und druckschmerhaft.

Psychisch. Analphetin. Geistig sehr niedriges Niveau. Während der Exploration starker Rededrang, spricht schnell und wenig zusammenhängend, grimassiert und gestikuliert stark. Ist mißtrauisch; meint, sie bekomme von den Schwestern nicht die richtige Medizin, auch schlechteres Essen als andere. Hätte sie sich selbst behandeln können, wäre sie schon längst gesund gewesen. An eine Ansteckungsmöglichkeit glaubt sie nicht. Ist zu anderen Kranken oft brutal, äußert, es sei eine Kleinigkeit, einen Menschen totzuschlagen, man brauche nur einen einigermaßen großen Stein zu nehmen und einem Menschen gegen die Schläfe zu schlagen, dann wäre der Mensch gleich weg. Bekommt oft unbegründete Wutanfälle, knirscht dabei mit Zähnen. Sehr psycholabil, weint und lacht kurz hintereinander. Ist sehr neidisch, glaubt, alle anderen Kranken haben es besser als sie. Ist Anhängerin der Volksmedizin, hat sich außerhalb des Heims bereits mit Kuhmist, Hundekot, gelben Schwefelumslägen usw. behandelt und glaubt, daß die Verfärbung an den Beinen nur von den ungeeigneten Mitteln der Anstalt herrühre. Glaubt nicht, leprakrank zu sein. Gedächtnis und Merkfähigkeit, soweit zu prüfen, normal.

In diesem Fall handelt es sich wieder um einen sehr primitiven, von Hause aus schwachsinnigen Menschen, dessen Reaktionsweise auf eine Krankheit ähnlich wie in anderen Fällen sich vor allem darin äußert, daß sie die Umgebung zu schädigen und ärgern sich bemüht und allen gutgemeinten Behandlungsversuchen gegenüber sehr ablehnend sich verhält. Wir sehen hier wieder Mißtrauen, Neid, Haß, Wutanfälle, gleichzeitig kein Gefühl für die Schwere der Erkrankung. Wir finden auch in diesem Fall keine sekundären organischen Veränderungen, sondern nur eine primitive Reaktionsweise auf den Zwang, interniert und in einer Anstalt behandelt zu werden.

Fall 9. Frau Merinke M., geb. 1873 in Litauen. Instmannsfrau. *1. Aufnahme im Heim 1914*, entlassen 1916. *Wiederaufnahme 1921*.

Familienanamnese. Vater an Altersschwäche, Mutter an einer unbekannten Lungenerkrankung gestorben. Eine uneheliche Tochter gesund.

Eigene Anamnese. Keine Schule besucht, kann nur etwas lesen. War früher Heiratsvermittlerin. Hat gern getrunken, gelegentlich auch Äther und Hoffmannstropfen genommen. Seit 1908 verheiratet, Ehe kinderlos.

Beginn der Erkrankung 1914 mit Knötchen an den Ohren, Wunden auf den Wangen, Augenbrauen fehlen, im Nasenschleim Leprabacillen. 1916 Entlassung, da Zustand gebessert. 1921 Verschlechterung, daher Wiederaufnahme. 1923 Störung des Allgemeinbefindens, Geschwürsbildung. 1928 Besserung, dann wieder neue Knotenbildung.

Eigene Untersuchung 1931. Pat. spricht litauisch, daher Verständigung erschwert. Ernährungszustand gut. Finger an beiden Händen verkrümmt, völlige Anästhesie beider Unterarme. An beiden Waden mehrere gefühllose, gut verheilte Narben, keine frischen Wunden.

Psychisch. Pat. macht im Heim dem Pflegepersonal Schwierigkeiten. Ist sehr neidisch, mißgünstig, fühlt sich den anderen Kranken gegenüber benachteiligt, glaubt, die anderen bekämen bessere Medizin und besseres Essen. Ist sehr egoistisch, sucht beim Essen immer das Beste heraus. Fühlt sich zwar krank, glaubt aber nicht, daß es Lepra sei, auch an keine Ansteckungsgefahr, wodurch bei ihr große Schwierigkeiten bei notwendigen Vorsichtsmaßnahmen entstehen. Zeitweise verstimmt, mürrisch, ablehnend, unterhält sich mit niemanden, wird anderen Patienten gegenüber aggressiv. Ist sehr überempfindlich, äußerst ängstlich vor ärztlichen Unter-

suchungen und Eingriffen, hält lieber Schmerzen aus, als etwas davon dem Arzte mitzuteilen. Zittert schon, wenn der Arzt das Zimmer betritt. Bei der Exploration ablehnend, versucht jeder Untersuchung auszuweichen. Macht die größten Schwierigkeiten bei der körperlichen Untersuchung. Schimpft, Ref. habe hier nichts zu suchen, er werde sie doch nicht heilen. Gedächtnis und Merkfähigkeit intakt, niedriges intellektuelles Niveau.

Auch hier wieder ähnlich anderen Fällen die primitive Reaktion einer schwachsinnigen Frau ohne sekundäre organische Hirnveränderungen. Auch wieder kein richtiges Gefühl für die Krankheit, Mißtrauen, Neigung zu Zornausbrüchen, Mißgunst, Gefühl des Zurückgesetztwerdens und ähnliche Erscheinungen, wie wir sie früher gesehen haben. Im ganzen genommen Unzufriedenheit mit der Behandlung, die nach ihrer Ansicht überflüssig und falsch ist.

Fall 10. Anna S., geb. 1871 bei Memel, ledig, Arbeiterin. 1909 aufgenommen. *Familienanamnese.* Mutter ebenfalls leprakrank, 1905 im Heim gestorben. Ein Vetter im Heim (s. Fall 3); Mutter von Fall 3 und Fall 10 waren leibliche Schwestern.

Eigene Anamnese. Bis zum 5. Lebensjahr bei der Tante gelebt (Mutter des Pat. B., Fall 3), dann bei der Mutter. Später Aufwärterin. Seit 1905 wegen Schwachsichtigkeit Invalidenrente.

Krankheitsbeginn 1907 mit Knötchenbildungen an den Extremitäten.

1909 Aufnahme im Heim: Gefühlsstörungen an den erkrankten Stellen, Temperatursteigerungen, 1910 neuralgische Schmerzen im Trigeminusgebiet, Klagen über Kribbeln an den Fußsohlen. 1912 Zustand im ganzen stationär. Zunehmende Sehschwäche.

Eigene Untersuchung 1931. Guter Ernährungszustand. Mehrere bräunlich verfärbte, anästhetische Flecken am Körper, hauptsächlich im Gesicht, an beiden Armen und am linken Fuß. Beide Hände verdickt und geschwollen. Nervenstämme verdickt, druckempfindlich. Keine Kontraktionen.

Psychisch. Bei der Untersuchung freundlich; es gehe ihr gut, sie sei mit allem zufrieden. Ausgesprochen euphorisch. Fühlt sich nicht krank. Merkschwach, dement.

In diesem Fall handelt es sich somatisch betrachtet um eine milde verlaufende Form der Lepra anästhetica. Jetzt bot sie das Bild einer alten Insassin einer geschlossenen Anstalt. Sehr stumpf, affektarm, gleichgültig. Dazu kam noch Merkschwäche und Demenz. Hier sind sicher sekundäre organische Veränderungen vorhanden, doch dürften diese auf einen Alterungsprozeß zurückzuführen und nicht als Folge der Lepra aufzufassen sein. Auffallend hier die weitgehende Euphorie, Zufriedenheit, das Fehlen jeglichen Krankheitsgefühls. Die geringen Schmerzen betrachtete Pat. als Folge eines Rheumatismus; an die Möglichkeit einer Lepra glaubte sie nicht. Es fehlten in diesem Fall Reizbarkeit, Mißtrauen, Streitsucht, wie wir sie bei den anderen gefunden haben.

Fall 11. L., geb. 1878 in Litauen. 1930 aufgenommen.

Familienanamnese. 1. Frau an Folgen der Entbindung verstorben, 2 Kinder klein verstorben. 2. Frau lebt, ebenso 2 Kinder sind augenblicklich gesund.

Eigene Anamnese. Keine Schule besucht, kann etwas schreiben und lesen, 1900 gedient, 1910 erste, 1919 zweite Heirat. Vor mehreren Jahren wegen eines Ausschlages am Körper in einer Königsberger Klinik behandelt, angeblich Lues

festgestellt. Vor etwa 16 Jahren Beginn der Erkrankung mit größeren schlecht-heilenden Wunden am linken Fuß, Patient wurde 1930 mit der Diagnose „Lepra“ dem Heim überwiesen. Die Wassermannsche Reaktion im Blut war stark positiv. Der Ausstrich aus der Wunde ergab Tuberkelbacillen (!), Pneumokokken und Streptokokken.

Eigene Untersuchung 1931. Mittelkräftig. Pupillenreaktion normal. Reflexe normal. Muskulatur des linken Beines atrophisch. Haut bläulich-bräunlich verfärbt. Mehrere Geschwüre an der Wade, mehrere Wunden an den Beinen.

Psychisch. Während der Untersuchung gespannt, beherrscht sich jedoch, versucht freundlich und zugänglich zu erscheinen. Sehr labil. Spricht schnell, lebhaft, gestikuliert stark, beklagt sich über das Essen. Nach Angaben des Personals jähzornig, reizbar, explosiv, bekommt öfters Erregungszustände, mürrisch, hinterhältig, nachtragend.

Patient wurde, da es sich wahrscheinlich nicht um Lepra, vielmehr um Lues III und Tuberkulose handelt, August 1931 entlassen.

Dieser Fall, bei dem wohl kaum eine Lepraerkrankung vorliegt, gehört an sich nicht in den Rahmen dieser Arbeit. Erwähnt wurde er nur von mir, weil der Pat. sich ebenfalls als Insasse im Leprahaus befand und ich über sämtliche anwesenden 11 Patienten berichten wollte und dann weil die psychische Reaktionsweise recht interessant ist. Auch hier finden wir dieselben Veränderungen, wie bei den Leprösen, Reizbarkeit, Boshaftigkeit, Mißtrauen, Undankbarkeit dem Personal gegenüber, unbedeutete Erregungszustände und Zornausbrüche, sowie eine gewisse geringe paranoische Einstellung mit angedeuteten Beziehungs- und Beeinträchtigungsideen. Alle diese Erscheinungen, fast ausschließlich auf emotionellem Gebiet, lassen sich leicht durch Zwanginternierung und das Gefühl des Ausgestoßenseins aus der Menschheit erklären. Es ist jedenfalls aus diesem Falle ersichtlich, daß die Reaktionsweise — dieselbe Konstitution und dasselbe Milieu vorausgesetzt — dieselbe ist, gleichgültig, ob eine Lepra oder eine andere körperliche Krankheit vorliegt.

Zusammenfassung.

Welche Schlüsse über den Zusammenhang zwischen psychischer Veränderung und Lepra können wir nun aus unseren Beobachtungen ziehen?

Unter den von mir beschriebenen 11 Fällen scheiden Fall 4 und 11 als Besonderheiten aus. Bei Fall 4 hat sich eine durch Arteriosklerosis cerebri verursachte postapoplektische Demenz gebildet, die mit der Lepra in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Bei Fall 11 handelt es sich wahrscheinlich um keine Lepraerkrankung, Pat. hat aber doch die charakteristische psychische Reaktionsweise, wie wir sie bei internierten Kranken nicht selten sehen, die den Veränderungen bei Leprakranken sehr verwandt ist.

Ausgesprochene Psychosen, im Sinne einer Schizophrenie, oder einer manisch-depressiven Erkrankung, oder exogen-symptomatische psychische Veränderungen größerer Art haben wir in keinem Falle gesehen. Wahr-

scheinlich wäre ein solcher Kranker kaum im Lepraheim geblieben, sondern einer Heil- und Pflegeanstalt zugewiesen worden. Weder amentia-ähnliche, noch *Korsakow*-Bilder sind unter den erwähnten Kranken zu finden.

Ein Teil der Kranken ist angeboren schwachsinnig, hat keine oder kaum eine Schule besucht, hat nichts oder kaum etwas gelernt. Dazu rechnen sicher die Fälle 1, 6, 7, 8, wahrscheinlich auch 9 und 10. Diese Tatsache ist, wenn auch selbstverständlich ein innerer Zusammenhang mit der Lepra nicht besteht, doch für die Reaktionsart bedeutungsvoll. Diese imbezzilen, bzw. debilen primitiven Menschen müssen auf eine so schwere Erkrankung, wie die Lepra, die so einschneidend das Leben des Kranken verändert und sich dadurch ganz wesentlich von fast allen anderen Krankheiten unterscheidet, anders reagieren als Menschen von einer normalen bzw. überdurchschnittlichen Intelligenzstufe und entsprechendem Bildungsgrad. Ein primitiver, einfältiger Mensch, dem die Fähigkeit fehlt, die Bedeutung der Internierungsmaßnahmen einzusehen, und der sich über die Tragweite seiner Erkrankung ganz falsche Vorstellungen macht, kann nur entweder wenn der Schwachsinn so hochgradig ist, daß er sich schon nicht mehr zu Abwehrmaßnahmen aufraffen kann, völlig stumpf dahinsiechen und alles mit sich machen lassen oder er muß entweder durch Fluchtversuche seine Lage zu bessern oder seine Umgebung, die er für feindselig halten muß, zu schädigen und quälen versuchen. Diese Reaktionsweise ist durchaus nicht krankhaft, sie entsteht zwangsläufig, logisch aus der falschen Voraussetzung, daß eine Internierung überflüssig sei und daß der Kranke sich behandeln lassen kann, wo und wie und ob er will. Daher sehen wir in den angeführten Fällen von Schwachsinn meistens — wenn auch nicht immer! — Neigung zu Fluchtversuchen, negativistisches Verhalten, starkes Mißtrauen, aggressives Auftreten (Fälle 6, 7, 8, 9). Die Fälle 1 und 10 zeigen mehr die euphorisch-gleichgültig stumpfe Seite, die Kranken sind verträglich, ruhig, finden sich mit allem ab, machen keine Schwierigkeiten. Schon daraus geht hervor, daß es nicht allein die Intelligenzstufe ist, die das Verhalten bestimmt. Das ist aus denjenigen Fällen, bei denen die Intelligenz ungestört ist, noch deutlicher zu ersehen. Fälle ausreichender, bzw. überdurchschnittlicher Intelligenz und Bildungsstufe haben wir nur selten beobachten können. Dazu gehören vor allem der Fall 5, der eine Sonderstellung in mehrfacher Beziehung einnimmt, dann Fall 4, bei dem es sich zwar auch um ein etwas höheres Niveau handelt, der aber durch die arteriosklerotische Demenz aus dem Rahmen fällt. Im Fall 3 ist die Intelligenz an sich normal, die Reaktionsweise aber ähnlich denen der Schwachsinnigen. Fall 2 mit seinem vollkommenen Krankheitsgefühl und seiner etwas mehr hypochondrischen Einstellung ist einzigartig. Am deutlichsten sind die Gegensätze zwischen 3 und 5. Fall 5 hat sich nicht nur mit seinem Schicksal abgefunden, er hat immer wieder Trost in sich selbst zu finden verstanden und, trotz allerschwerster Erkrankungsform, aus innerem Glück-

seligkeitsgefühl heraus die nötige innere Festigkeit sich bewahrt. Fall 3 dagegen hat sich hemmungslos sinnlosen Wutausbrüchen, aggressivem Verhalten hingegeben und glaubt nur so mit der Schwere seiner Krankheit fertig werden zu können. In diesen beiden Fällen sehen wir wesentlich deutlicher als bei den Schwachsinnigen, wie die Grundpersönlichkeit in verzerrter bzw. verfeinerter Weise beeinflußt wird und wie die Grundanlagen deutlich herausgezeichnet werden. Bei B. (Fall 3) hat die Krankheit bewirkt, daß die primitiven Instinkte hemmungslos mobilisiert werden, B. kennt keine Rücksicht mehr. Er steht auf dem Standpunkt, wenn es ihm schlecht gehe, brauche es den anderen auch nicht besser zu gehen. Er kann zerstören, toben, schimpfen, angreifen, so viel und sooft er will. Vielleicht schwiebt ihm unbewußt auch der Gedanke vor, er habe eine so schwere Krankheit, daß er sich alles leisten könne. Er habe gewissermaßen einen „Freibrief“, ähnlich dem § 51 der Geisteskranken. Doch darf man nicht annehmen, daß er sich dies verstandesmäßig klar macht. Er gibt sich eben hemmungslos seinen Launen hin und sieht darin ein Glück wenigstens insofern, als er so über die Schwere seiner Erkrankung hinwegkommt. Man kann das Verhalten vielleicht so auffassen, daß B. sich auf diese Weise ein Sicherheitsventil geschaffen hat. Doch darf man auch dabei nicht an ein bewußtes Vorgehen denken. Dazu ist er viel zu primitiv. B. ist von Hause aus moralisch minderwertig, die Krankheit hat alle Hemmungen beseitigt, alles verzerrt und vergrößert.

Im Gegensatz dazu Fall 5 (G.). Schon die Herkunft eine ganz andere. Dort niedrigste Kreise, hier eine intelligente Familie, die fleißig und vorwärtsstrebend sich eine neue Heimat in Brasilien geschaffen hat, bis das Unglück der Lepra über sie kam und die meisten Familienmitglieder vernichtete. Bei B. mangelhafte Erziehung, hier gute Erziehung, angenehmes Milieu, geordnete Verhältnisse in der Jugend, dazu noch ein stark religiöser Einschlag in der Familie wie beim Pat. Hinzu kommt noch die überdurchschnittliche Intelligenz. G. sucht seines schweren Schicksals Herr zu werden. Er beschäftigt sich, solange er kann; erst, als er noch sehen kann, vor allem mit Lesen, dann, als er blind ist, mit Hören von Radio usw. Er findet immer einen Ausweg und kann immer aus der Tiefe seines wertvollen Inneren schöpfen. Daß er, als er noch in Freiheit war, entstellt ist, hat ihn nicht gestört, daß er interniert wurde, hat auf ihn einen geringen Eindruck gemacht, er fand im Heim sofort einen neuen Wirkungskreis. Dabei kann man bei ihm nicht etwa von einem kritiklosen Optimismus sprechen. Er weiß über sein Schicksal und die Aussichten seiner Krankheit selbstverständlich ganz genau Bescheid. Er kann nur in allen diesen körperlichen Schäden kein so entscheidendes Unglück sehen. Ihm ist die Hauptsache, daß sein Geist ungestört geblieben ist, und das war noch der Fall, als ich ihn 1931 untersuchte.

Die Reaktionsweise ist, abgesehen von einigen Sonderfällen, also entweder so wie bei G.: er ist und bleibt freundlich, zugänglich, hat sich

mit seinem Schicksal vollkommen abgefunden — entweder so wie G. durch innere Werte — oder wie ein Teil der Schwachsinnigen aus einer gewissen Stumpfheit heraus — oder wir finden das Hervortreten vieler, aber doch immer wiederkehrender charakteristischer „schlechter Eigenarten“. Wir finden vor allem eine mißtrauisch-paranoide Einstellung der Umgebung gegenüber, die sich dann bald in Feindseligkeit verwandelt und zu aggressivem Handeln führt. Dazu kommt eine weitgehende Reizbarkeit, Launenhaftigkeit, so daß mit diesen Kranken sehr schwer umzugehen ist und eine Belehrung völlig ergebnislos verläuft. Ein Teil dieser „boshaften“ Kranken ist aus Schwachsinn unfähig, die Schwere der Krankheit einzusehen, ein anderer Teil hätte zwar die dazu nötige Intelligenz, ist aber von Hause aus so hemmungslos und minderwertig, daß die mühsam unterdrückten Instinkte deutlich herauskommen.

Man kann also im ganzen — ohne Rücksicht auf die Intelligenzstufe — zwei Typen von Reaktionsweisen unterscheiden: Einmal die Neigung zu friedfertigem, geordnetem Verhalten, teils stumpf, teils innerlich abreagierend (diese Gruppe ist weit in der Minderzahl), andererseits die gereizten, mißtrauischen Kranken mit Neigung zu Boshaftigkeit.

Woher kommt es nun zu dieser Reaktionsweise? Handelt es sich hier um eine spezifische Leprawirkung? Diese zweite Frage muß verneint werden, wenn man die Frage etwa so auffaßt, als ob die Lepra organisch-kausal die Veränderung hervorbringt. Das kommt schon deswegen nicht in Frage, weil es sich bei dieser Veränderung um eine psychogene Reaktion handelt. Daß die Lepra durch das Zusammentreffen einer Reihe von Faktoren besonders auf die Psyche wirken muß, haben wir schon in der Einleitung hervorgehoben. Die Lepra ist eine Erkrankung, die mit einer anderen nicht verglichen werden kann. Es gibt auch andere Krankheiten, die eine Internierung (wie die Geisteskrankheiten) oder eine Zwangsbehandlung (wie Geistes- und Geschlechtskrankheiten) oder Entstellung (wie Gesichtstuberkulose oder Syphilis und andere) oder eine Hilflosigkeit (viele Erkrankungen) hervorrufen. Doch abgesehen von einigen Tropenkrankheiten, die bei uns nicht vorkommen, gibt es keine Krankheit, bei der alles dies gleichzeitig auftritt. Die Geisteskrankheiten führen zwar zur Internierung, doch meist nicht für Lebenszeit, und wenn, dann nur in Fällen, in denen die Psyche so verändert ist, daß von einem normalen Empfindungsleben und einer normalen Reaktionsweise nicht mehr gesprochen werden kann. Und doch wissen wir, daß die Internierung auch bei psychisch Kranken das Krankheitsbild oft in eigentümlichster Weise färbt.

Auch die Zwangsbehandlung der Geistes- und Geschlechtskrankheiten läßt sich mit der Lepra nicht vergleichen. Dazu kommt bei der Lepra noch die Entstellung und schon dadurch meist das Gefühl des Ausgestoßenseins und schließlich die Hilflosigkeit, meist der Verlust einer Reihe wichtiger Organe.

Alles das zusammen und dazu noch häufige interkurrente Infektionen, schwere allgemeine Verelendung, Marasmus usw., müssen auf die Psyche einwirken und meist im Sinne des vermehrten Mißtrauens wirken, da schon die einzelnen Faktoren allein bei den verschiedenen Krankheiten die Psyche beeinflussen. Daß die Psyche so gut standhält und daß keine Geisteskrankheiten sekundär auftreten, ist bei der außerordentlich schweren Erkrankung ein neuer schlagender Beweis dafür, was man an sich schon lange weiß, aber früher immer bestritt, daß die endogenen Geisteskrankheiten nicht durch äußere Faktoren entstehen können.

Daß in einigen Fällen, wie die Literatur angibt, spezifische Leprapsychosen auftreten, bei denen lepröse Hirnveränderungen vorhanden sind, liegt durchaus im Bereich der Möglichkeit.

Ich hatte zu einer solchen Beobachtung keine Gelegenheit. Daß ferner bei Leprakranken endogene Psychosen auftreten können — ohne inneren Zusammenhang — bedarf keiner besonderen Erwähnung. Daß in solchen Fällen die Psychose besonders gefärbt wird, ist nach allem, was wir gesehen haben, mit Rücksicht auf die Schwere der Krankheit leicht zu erklären.

Eine besondere Frage bedarf noch einer Erwähnung, das ist das Problem des Selbstmordes, das ja auch schon von den Autoren vielfach erörtert wurde. Im ganzen wurde immer betont, daß Selbstmorde sehr selten vorkommen. Diese Ansicht kann durch meine Beobachtung nur bestätigt werden. Solange das Lepraheim besteht, sind *Selbstmorde nicht vorgekommen*. Bei den von mir untersuchten Fällen ist auch nichts Derartiges beobachtet worden. Der Kranke G. (Fall 5) hat zwar, als er einseitig erblindete, daran gedacht, daß er bei völliger Erblindung nicht mehr leben wollte, hat aber dann als das Los der Erblindung ihn traf, den Gedanken eines Suicids weit von sich gewiesen. Bei einem Teil unserer Kranken ist die Stumpfheit so groß, daß schon aus diesem Grunde selbstmörderische Absichten nicht auftreten. Bei denjenigen Kranken, die zwar noch eine genügende Aktivität dazu besitzen, kommt es gewissermaßen aus übertriebener egozentrischer Einstellung nicht dazu. Sie wollen lieber andere ärgern und schädigen, als daß sie durch freiwilligen Tod das Feld räumen und damit, wie sie vielleicht fürchten, ihrer Umgebung nur Freude bereiten würden. Doch dürften solche Überlegungen nicht angestellt werden. Bei den meisten ist es auch der Gedanke, daß die Krankheit sich vielleicht bessern könne, oder wenn sie selbst ein normales Krankheitsgefühl haben, daß sie die Hoffnung haben, daß bei ihnen die Krankheit nicht so ungünstig verlaufen wird, wie bei anderen, die sie beobachten. Es ist also derselbe Gedanke wie bei den meisten Schwerkranken, die Hoffnung, daß bei ihnen selbst die Krankheit günstiger verlaufen wird. In unseren Fällen fehlt meist das richtige Krankheitsgefühl, wodurch ja gerade die oben erwähnten Gegensätze zur Umgebung sich entwickeln. Man ist wohl gar nicht berechtigt zu sagen,

es sei „auffallend“, daß so wenige Selbstmordversuche vorkämen. Das kann man nur vom objektiven Standpunkt des Gesunden heraus sagen. Nur ganz im Anfangsstadium könnte es daher einmal zu einem Selbstmord kommen, auf der Höhe der Erkrankung ist ein solcher sehr unwahrscheinlich.

Hinzu kommt noch, daß zur Ausführung des Selbstmordes eine große Zahl von Hemmungen überwunden werden muß, wozu die Kranken oft die Kraft nicht aufbringen und daß oft der Selbstmord aus religiösen Gründen abgelehnt wird.

Wir fanden also bei unseren Untersuchungen eine deutliche psychische Veränderung im Sinne einer reaktiven Charakterveränderung, meist im Sinne des Herauskehrens der „schlechten“, asozialen Eigenschaften in wenigen Fällen auch das Gegenteil. Organisch sekundär-psychische Veränderungen waren bei unseren Kranken nicht festzustellen, ebenso wenig Psychosen. *Selbstmordversuche waren nie vorhanden.*

Literaturverzeichnis.

- Arning, Ed.:* Dtsch. Z. Nervenheilk. **68/89**, 277 (1921). — *Belbey, José:* Rev. argent. Neur. etc. **3**, 12 (1929). — *Bloch:* Klin. Wschr. 11. — *Bodros, P.:* Ann. méd. psychol. **70 I** (1912). — *Esser, P. H.:* Geneesk. Tijdschr. Niederl.-Indie **1936**. — *Ewald:* Lepra. Bumkes Handbuch der Geisteskrankheiten, Spezieller Teil. 1928. — *Flügge:* Grundriß der Hygiene. 1927. — *Hoang-Pho:* Tram far-east Assoc. trop. Med. Hong-Kong **1935**. — *Hunter:* Lancet Nr. 4419. — *Jakob u. Meggendorfer:* Arch. f. Dermat. **130**, 367—387 (1921). — *Kirchener-Kübler:* Klin. Jb. **1897**. — *Kroll, M.:* Bumke-Försters Handbuch der Neurologie, Bd. 12, S. 229. — *Lassar:* Lepra. Dtsch. Klinik, 1903. — *Levandovsky:* Lepra. Bergmann-Staehelins Handbuch der inneren Medizin, Bd. I, Teil II. 1925. — *Lie:* Zbl. Neur. **55** (1930). — *Lisi, de:* Riv. sper. Frenistr. Arch. ital. Mal. nerv. e ment. **51** (1928). — *Meschede:* Med. Blatt **1897**, No 38. — *Molinelli:* C. r. Soc. Biol. Paris **102**, 872, 873 (1929). — *Moreira:* Arch. brasil. Psychiatr. **1906**. — Allg. Z. Psychiatr. **67** (1910). — *Orbeli:* Dtsch. Med.-ztg **1899**. — *Orlando:* Zbl. Neur. **58** (1931). — *Pena-Charvarria:* Rev. méd. lat.-amer. **15**, 530—546 (1930). — *Prados y Such:* Archivos Neurobiol. **8**, 161—175 (1928). — *Serejski-Frumkin:* Z. neur. **101**, 615f (1926). — *Stahlberg:* Arch. f. Psychiatr. **61**, H. 3. — *Stonziale, R.:* Z. Neur. **52** (1929). — *Urbanowitz:* Klin. Jb. **8**, 367.
-