

Man pränumeriert in Wien im Verlage dieser Zeitschrift:
Buchhandlung Moritz Perles, I., Seilergasse 4.
Außerdem in allen Buchhandlungen und Postanstalten.
Die Zahlung erfolgt am einfachsten durch Postsparkassen-
erlagschein. Der Bezug dauert stets bis zur ausdrücklichen
schriftlichen Abbestellung fort.

Wiener

Pränumerationspreis mit Zusendung durch die Post für
das Inland vierteljährlich 15 K., für Deutschland 14 M., für das
übrige Ausland 20 K. Einzelne Blätter für das Inland 1 K 50 h,
für das gesamte Ausland M 1.30. Hierzu ein Teuerungszuschlag
von 10%.

Inserate werden mit 40 h (= 40 Pf.) für jeden Millimeter
Höhe (bei einer Spaltenbreite von 66 $\frac{1}{2}$ Millimetern) berechnet.

Gratisbeilage für die ganzjährige Abonnenten: Bibliothek
[der „Wiener Medizinische Wochenschrift“ in Lieferungen.

Medizinische Wochenschrift.

Vereinigt seit 1. Juli 1915 mit der Allgemeinen Wiener medizinischen Zeitung.

Organ der Gesellschaft für innere Medizin und Kinderheilkunde, der Wiener Laryngo-rhinologischen Gesellschaft, der Gesellschaft für physikalische Medizin, der Gesellschaft für die gesamte Therapie in Wien, der Österreichischen Gesellschaft für experimentelle Phonetik und der Wiener Ärztekammer.

Redaktion: IX. Porzellang. 22. (2—3) T. 12548

Redakteur: Dr. Adolf Kronfeld.

Administration: I., Seilergasse 4. T. 1053

Begutachtung der Kriegsneurosen und Diagnose ihrer Simulation.

Fortbildungsvortrag von Professor Dr. S. ERBEN (Wien).

Nur an den Praktiker richten sich meine heutigen Ausführungen und halten sie sich abseits von theoretischer Diskussion. Sie gelten dem Gebiete der allgemeinen nervösen Beschwerden, welche Kriegsteilnehmer vorbringen. Es sind Klagen über Kopfdruck, Eingenommensein, Kopfschmerzen, herumirrende Schmerzen, Ermüdung, Taumelgefühl, Herzklopfen, Schwäche, Lähmung, motorische Reizerscheinungen; in bezug auf psychischem Gebiete sind es Gedächtnisschwäche, geminderte Auffassung und ganz besonders die Veränderungen des Gemütslebens (Impulsivität, Traurigkeit, Rührseligkeit, Energielosigkeit). Scharf abzutrennen von diesen Affektionen sind Zustände, wo neben den neurasthenischen Allgemeinbeschwerden auch leicht übersehbare Herdsymptome oder Hirnnervenläsionen aufzudecken sind, sie sind Folgen eines größeren Traumas mit Zerreißen an der Hirnbasis (falls mehrere Hirnnerven beschädigt sind) oder umschriebener Enzephalitis nach Hirnerschütterung.

Der Arzt hat sich aus verschiedenen Gründen mit solchen Allgemeinneurosen zu befassen, in erster Linie bekommt er die Aufgabe, den Zustand zu behandeln. Neben der kurativen Betätigung obliegt den Ärzten unseres Kreises, bei solchen Kranken Dienstfähigkeit festzustellen, dann auch die Prognose zu finden, ob und in welcher Zeit der Zustand zu beseitigen ist. Endlich hat der Arzt die Einbuße zu berechnen, um die Entschädigung zu entscheiden und die Beeinträchtigung der Zivilberufsfähigkeit zu bewerten. Die beiden letzten Punkte zu erörtern, wurde mir für den heutigen Abend aufgetragen.

Der allgemeine Aspekt orientiert nicht genügend. Der Körperbau (Konstitution), die Ernährungsverhältnisse und die durch Haltung wie Auftreten sich offenbarende Stimmungslage sagen wohl manches, aber sie reichen zur Beurteilung des Nervösen nicht aus. Gerade die äußerlichen Momente sind es, welche den militärischen Mitgliedern einer Superarbitrierungskommission zugänglich sind und welche die Grundlage für das Urteil beim Superarbitrium bestimmen. Auch der Arzt darf sich nicht auf solche Anhaltspunkte beschränken. Ich denke nur an das blühende Aussehen des kongestionierten Potators, der Kraft und Entschlossenheit verspricht, indessen ansehnlicher Ausfall und rasches Versagen sich dahinter verbergen kann. Allerdings ist die vollkommenste Ausgestaltung des degenerativen Neuropathen mit der Häufung von körperlichen Stigmen, dem wunderlichen Wesen, den ungezügelter Bewegungen, der Unruhe der mimischen Muskeln beim Sprechen und den hochgezogenen Augenbrauen schon vom weiten kenntlich. Doch auch unter der Maske eines ruhigen, gemessenen Auftretens können verdeckt seelische Minderwertigkeit und Unzulänglichkeit schlum-

mern. Aus derartigen Erfahrungen geht hervor, daß man zu dem, der nervöse Beschwerden hervorbringt, näher herantreten muß; das Urteil ergibt sich nicht aus dem ersten Anblick, man muß ihn untersuchen.

Man untersucht in erster Linie die Pulsfrequenz; bis 100 in der Minute bedeutet wegen der Erregung durch die Untersuchung kein pathologisches Phänomen. Danach empfiehlt sich zu prüfen, ob der Herzvagus leicht reizbar ist; als Vagusreiz verwendet man nach meiner Vorschrift am besten das 1 Minute lange Niederhocken mit gleichzeitiger starker Anteflexion des Kopfes. Etwaige Pulsunregelmäßigkeit kann nervös bedingt sein, falls die Irregularität sich durch starke Körperbewegung oder Atropininjektion vermindern oder vorübergehend beseitigen läßt. Dann sucht man nach Zittern der Finger und der Lider und stellt fest, ob nicht solche Erscheinungen von subfebrilen Temperaturen begleitet werden, welche neurasthenische Beschwerden vortäuschen können. Hastige Sprache, überlaute Sprache, Stottern, vereinzelte Hustenstöße, reichliches Aufstoßen und Kollern im Leib geben das Aviso, hier ist ein Nervöser. Ticartige Bewegungen im Gesicht, Unruhe einzelner Extremitäten oder andere motorische Reizsymptome haben dieselbe Beweiskraft. Veränderungen in der Stimmungslage werden im Gespräch erkannt. Da zeigt sich, ob er verbittert ist, dem Weinen zuneigt, ob dieses Weinen von Tränen begleitet ist, ob die Untersuchung ihn ängstlich macht, dabei Wehleidigkeit zutage tritt, ob Widerspruch ihn zanklustig und aggressiv macht; ob er bei der Zumutung, sich der Arbeit zuzuwenden, nicht den Negativismus hervorkehrt.

Es wird auffallen, daß ich Hinweise unterlassen habe auf Dermographie, gesteigerte Reflexe-, Korneahypästhesie etc.; durch solche Befunde wird eine Neurose nie objektiviert. Es ist ein weit verbreiteter Unfug, ausschließlich auf solche Befunde hin die nervösen Beschwerden gelten zu lassen und zu ignorieren die hundertfach bestätigte Tatsache, daß man auch an gesunder Mannschaft ohne jegliche Beschwerde solche Befunde erheben konnte. Dafür soll das psychische Verhalten in keinem Status des Nervösen fehlen.

Wir lernten in der Friedenspraxis, durch die Versicherung der Arbeiter gegen Unfälle die Neurasthenie einzuschätzen. Epikritische Studien an Verletzten, die durch Jahre hindurch in Evidenz der Ärzte blieben, brachten die Anleitung für die Taxierung dieser Zustände. Wir konnten drei Grade abgrenzen, es gibt leichte, mittelschwere und schwere Neurosen. Leicht ist eine Neurose noch, wenn die Pulsfrequenz unterhalb 120 in der Minute bleibt, gewöhnlich ist dann vor der Untersuchung die Pulszahl um 20—30 weniger. Solche Herzen zeigen regelmäßig das Vagusphänomen beim Hocken und steigt die Pulszahl nach anstrengender Arbeitsleistung (20 Kniebeugungen oder drei Stockwerke im flotten Tempo hinaufgehen) um mehr als 30—40 in der Minute, gelangt aber danach innerhalb 1—2 Minuten wieder zur Ausgangszahl — das ist

eine normale Erholungszeit. Wenn motorische Reizerscheinungen (klonische oder tonische Krämpfe, Zittern) fehlen und die Stimmungslage von Anomalien frei ist, sind das weitere Kriterien für eine leichte Neurose. Das Benehmen dieser Leute ist stets gemessen, zurückhaltend, niemals sind sie mürrisch und verärgert. Wer sich voll Tatkraft der beruflichen Arbeit zugewendet hat und auf eigene Arbeit seine Lebenshaltung basiert, verfällt nicht in Schwermut und wird kein Querulant, der ist ein leicht Nervöser.

Als schwere Neurosen sind diejenigen zu bezeichnen, welche psychische Veränderungen zeigen; es handelt sich um die konstitutionelle Neurasthenie. Konstante Rührseligkeit, nicht ablenkbare Verbitterung, also eine nach der depressiven Seite verschobene Affektlage, die nicht flüchtig ist; Zornexplosionen unter flammendem Erröten der Brust und des Gesichtes, anhaltende Apathie und Interesselosigkeit, hypochondrisch-querulatorische Einstellung, das sind die Umgrenzungen, um eine Neurose als schwer zu bezeichnen. Eine derartige Verstimmung pflegt 1—2 Jahre anzuhalten und sind die Kranken in dieser Zeit von der Überzeugung ihrer totalen Unbrauchbarkeit durch kein Verfahren wegzubringen, darum weder dienst- noch arbeitsfähig; sie bekommen zunächst 100 pCt. Einbuße. Sie stellen nur einen kleinen Prozentsatz der Neurosen vor, überwiegend handelt es sich um leichte Neurosen, dieselbe haben eine uneingeschränkte Dienst- und Arbeitsfähigkeit, nur hält ihr Arbeitswille damit nicht gleichen Schritt. Doch unter geringem Zwang werden sie schließlich jeder Dienst- und Berufspflicht gerecht. Wir brauchen ihnen keine Entschädigung zuzubilligen, um so mehr werden wir den Schwernervösen zuwenden, denn diese verdienen Mitgefühl und Rücksicht. Auch wenn eine anhaltende Tachykardie über 120 hinausgeht und die Pulsbeschleunigung nach körperlicher Anstrengung um mehr als 40 noch steigt, ist eine schwere Neurose vorhanden.

In der Mitte zwischen leichten und schweren Neurosen stehen die Nervösen mit ausgebreiteten motorischen Ausfalls- oder Reizerscheinungen — die Schüttelneurose (Myotonoclonia trepidans). Das Zittern und die sonstigen klinischen Erscheinungsformen lassen sich durch schmerzhaftes Faradisation unter gleichzeitiger Suggestion mit einem Schläge oder in einigen Tagen wegbringen; die leichte Rezidivierbarkeit hindert uns gewöhnlich, sie im Felddienste zu beschäftigen, vielleicht überhaupt im Militärdienste. Das entspricht auch den Nachrichten aus dem Deutschen Reiche, wo es nur gelang, 5 pCt. der Zitterer im Hilfsdienste oder bei Arbeitskompagnien zu verwenden. Die Erfahrungen aus der Zeit vor dem Kriege lehren, daß die Krankheit allmählich abklingt und daß die Rezidiven nach 1—2 Jahren nicht mehr wiederkehren. Es ist gerecht, während der zwei Jahre ihnen eine Gewöhnungsrente zu geben, damit sie sich von schwerer Arbeit fernhalten können. Diese Kranken sind durchaus heilbar, nur dauert es die angegebene Zeit. Noch empfehlenswerter wäre es, sie mit jener Summe, welche einer zweijährigen Rente entspricht, zu entschädigen. Auch die hysterischen motorischen Ausfallserscheinungen heilen innerhalb einiger Monate aus, so daß sie nicht mehr rezidivieren. Die Leute werden niemals Dauerrentner, so bemitleidenswert sie auch anfangs dem Laienpublikum erscheinen. Die Sicherheit, nicht mehr ins Feld zu kommen, und die endgültige Erledigung der Entschädigungsansprüche ist für diese Fälle das beste Heilmittel. Gibt man den Nervösen dieser Art eine höhere Rente ($\frac{3}{4}$ Einbuße oder eine unanfechtbare vollkommene Einbuße), so werden sie unheilbar, denn diese Rente sich zu erhalten, ist ihr einziges Ziel. Stufenweise Rentenkürzung, um dadurch therapeutisch zu wirken, ist gesetzlich unstatthaft und drängt den Betroffenen zur Simulation. So hätten Sie einen Maßstab zur Einteilung und die Grundlage für die Einschätzung der Dienst- oder Arbeitsfähigkeit gegeben.

Bevor man die Neurosen taxiert, muß man sich versichern, ob die Beschwerden auch objektive Begleitsymptome haben, welche diese Beschwerden, wenn schon nicht nachweisen, wenigstens glaubwürdig machen. Der Arzt hat in solchen Fällen das Richteramt über das Pflichtbewußtsein und Ethik des Betroffenen, ihm ist die Aufgabe anvertraut, durch seine Schät-

zungen die Verwendung von öffentlichen Geldern zu kontrollieren. Da jeder Kriegsteilnehmer durch Krankheitserscheinungen Geld wie auch Dienstbefreiung sich verschaffen kann, gibt dies einen Anreiz, Krankheiten vorzuspiegeln, mit einem Worte, es gibt Simulanten. Der Arzt wird nicht selten durch Vortäuschung von Krankheitserscheinungen düpiert, wenn er nicht gut beschlagen ist. Die wissenschaftliche Neurologie schuf eine Reihe von Hilfsmitteln, den Betrug zu erkennen. Ich will die wesentlichen und häufigsten einschlägigen Momente erörtern.

Die Tachykardie darf erst dann als reell angenommen werden, wenn sie nach ein- bis zweistündiger Ruhe noch persistiert. Eventuell muß man in zweifelhaften Fällen mehrere Tage Bettruhe durchführen, um die Wirkung chronischer Ermüdung oder Kaffee- und Tabakexzesse oder anderer Gifte auszuschalten, welche eine tagelange Tachykardie künstlich hervorzubringen vermögen. Nur eine Pulszahl über 120, die anhaltend ist, soll als pathologische Tachykardie gelten. Die nervöse Tachykardie wird häufig von Polyurie und verdünntem Harn begleitet, indes die myogene von Verminderung der Harnmenge und saturiertem Harn. Bevor man eine nervös bedingte Tachykardie annimmt, ist noch auszuschließen die thyreogene, dann die durch Fieber hervorgebrachte. Nicht übersehen darf werden, daß durch forcierte Atemtätigkeit eine Tachykardie für kurze Zeit produziert werden kann.

Der Romberg wird von vielen vorgetäuscht. Das Schwanken kann so gut kopiert werden, daß selbst Fachmänner hinters Licht geführt wurden, wenn sie die folgenden Proben nicht anstellten. Gestattet man einem Ataktiker, mit einem Finger einen fixen Punkt zu berühren (Mauer oder schweres Möbelstück) und darauf Augenfersenschluß zu machen, so wird er vor dem Fallen sicher sein, falls das Gefühl dieser Finger nicht abgestumpft ist, denn der berührte Fixpunkt orientiert ihn über beginnende Körperneigung nach vorn oder nach den Seiten, die auf Grund der Fingernachrichten alsbald ausgeglichen werden — er steht sicher. Wer jedoch den Romberg bloß vortäuscht, kümmert sich um die Orientierung durch den tastenden Finger nicht, sondern zeigt trotzdem seine Schwankungen. Noch eine andere, auf einen psychologischen Moment beruhende Versuchsordnung habe ich vorgeschlagen. Ich lasse den Untersuchten beide Hände auf meine hingehaltenen Handflächen legen und den Romberg einstellen. Der Ataktiker erfaßt instinktiv beim Beginn einer Körperneigung die Hand des Arztes, weil er damit vor dem Fall geschützt ist. Wer aber die Absicht hat, mit einem positiven Romberg zu paradien, läßt die Hände des Arztes bald los, denn er fürchtet sich nicht, zu fallen, er will seine unsichere Haltung demonstrieren; er denkt gar nicht daran, sich vor dem Fallen zu schützen. Es verrät den plumpen Betrug, wenn der unsicher Stehende unbekümmert den Kontakt mit den Händen des Arztes aufgibt und seine Schwankungen durchführt.

Ein häufiges Problem ist jetzt, die Zitterneurose zu objektivieren, sie kann von Geübten naturgetreu nachgemacht werden. Die einfachste Probe hat ihren Ausgangspunkt von der Beobachtung genommen, daß die von Zittern befallenen Muskeln während des Ausschaltens jeder willkürlichen Innervation ruhig werden, so daß die unfreiwilligen Klonismen oft ganz sistieren. Durch rasche passive Bewegungen an den zitternden Gliedern und durch bestimmte Lagerungen, die für jeden Fall besonders zu wählen sind, schafft man diese Bedingung. Da meistens die Kniestreckler von Zittern befallen sind, schlage ich folgendes Verfahren zur Ausschaltung ihrer willkürlichen Innervation vor. Man läßt den Untersuchten einbeinig stehen, er kann sich mit den Händen anhalten, damit er sicher stehe. Das erhobene Bein wird im Hüft- und Kniegelenk rechtwinkelig gebeugt, dabei hängt der Unterschenkel schlaff herab, der Kniestreckler ist dann maximal gedehnt. Bei der echten Schüttelneurose hört an dem frei gewordenen Bein jedes Zittern auf, indes das Standbein weiterzittert. Bei jeder anderen Zitterkrankheit wie auch bei einem, der die Myotonoclonia kopiert, wird das erhobene Bein fortzittern; ist es doch leichter, mit dem erhobenen Bein willkürliche Zitterbewegungen zu produzieren wie in dem belasteten Standbein. Es gibt auch

im Sitzen eine Menge Situationen, in welchen man Muskeln, ohne daß der Untersuchte es durchschaut, von der willkürlichen Spannung frei machen kann. Ich habe in der Wiener klinischen Wochenschrift 1916, Nr. 36, diese Untersuchungsverfahren genau ausgearbeitet. Das Einbeinigstehen ist darunter die bequemste Methode, der Kunstgriff wird Ihnen gute Dienste leisten, er hat sich in hundertfacher Beobachtung als unfehlbar bestätigt.

Hypästhesien und Anästhesien sagen gar nichts, sie sind meist die Folge der ärztlichen Untersuchung. Diese Auffassung teile ich mit Babinski, Strümpell, Bernheim, Nägeli.

Behauptete Schmerzen sind gleichfalls der Objektivierung zugänglich, es ist ein großes Kapitel und ich will für den Militärarzt die landläufigsten Schmerzzustände hervorheben — die Schmerzen im Beine und den Kreuzschmerz. Bei den Schmerzen im Beine hat sich die Differentialdiagnose mit der Möglichkeit einer Koxitis, Dysbasia angiosclerotica (Nachweis durch den Verlust des Pulses am Fußrücken), Raynaud'schen Gefäßkrampf oder Endarteriitis, mit der Möglichkeit einer Meralgia paraesthetica (deren Schmerzen beim Liegen aufhören), mit der Möglichkeit von Polyneuritis durch Alkohol, Zucker, Blei oder nach akuten Infektionskrankheiten, mit der Möglichkeit von Rückenmarkskrankheiten (Tabes, Meningomyelitis, Tumor spinalis), von Plattfuß, Gelenksveränderungen, mit der Möglichkeit von Achylydynie oder eines komprimierenden Tumors im Becken zu befassen. Auch bei Neurasthenikern und Hysterischen kommen Schmerzen im Bein gepaart mit Parästhesie vor; charakteristisch für diese Pseudoneuralgien ist das Zessieren bei Nacht und der Wechsel der Lokalisation von Tag zu Tag. Erst wenn diese Skala der Möglichkeiten durchgegangen ist, wendet sich die Untersuchung dem Gedanken einer Ischias zu. Die Schmerzen bei Ischias sitzen im Gesäß und an der Hinterfläche des Oberschenkels oder an der Außenfläche des Unterschenkels, niemals vorn am Knie. Der Nerv erweist sich empfindlich beim Husten oder Nießen, welches Symptom sonst bei keinem der eben angeführten Krankheitszustände vorkommt. Der Schmerz steigert sich stets beim Versuch einer Nervendehnung. Solche Nervendehnung wird nach drei Methoden ausgeführt: Im Sitzen erhebt man den Oberschenkel bei gestrecktem Knie bis zum rechten Winkel und darüber hinaus; oder man streckt ruckweise das Knie im Liegen, während das Hüftgelenk maximal gebeugt ist; oder man erfaßt am Fußende des Bettes stehend den Liegenden an seinen Händen und zieht ihn in die sitzende Stellung zu sich, während man im Beginn des Versuches darauf schaut, daß beide Knie auf der Unterlage aufrufen. Als Äußerung der Nervenempfindlichkeit wird das leidende Knie während des Aufsitzens unfreiwillig gebeugt („Kernig“); das andere schmerzlose Bein bleibt regungslos auf der Unterlage liegen. Bei den Nervendehnungen gibt der Untersuchte an, daß Schmerz in der Hüfte aufgetreten sei; das spricht für die Empfindlichkeit des Nerven. Wenn aber der Schmerz in das Knie verlegt wird, so ist das kein Zeichen für Ischias. Ich kam auch auf die folgende Äußerungsform eines dehnungsempfindlichen Hüftnerven: man läßt im Stehen mit gestreckten Knien eine maximale Rumpfbeugung ausführen, da bleiben die unteren Lendenwirbel — das sind die Stellen, wo die oberen Wurzeln des Ischiadicus abgehen — unbeteiligt, die physiologische Lordose gleicht sich nicht aus, um die schmerzhaften Nervenwurzeln nicht in die Höhe zu ziehen, sie zu dehnen. Fast immer ist das Knie beim Ischiaskranken kühl, bei neuritisch bedingter Ischias fehlt der Achillesreflex. Mit der Affektion der Nervenwurzeln vereinigt sich gewöhnlich eine Schiefhaltung der unteren Lendenwirbel, die dadurch bedingte Skoliose ist häufiger gekreuzt als homolog und ist niemals mit einer Drehung der Wirbelsäule verknüpft, wie die rachitische Skoliose. Das sind reichliche Fingerzeige für den Nachweis einer Ischias.

Beim Kreuzschmerz empfehle ich folgende Kontrollen; Man sucht nach Deformation der Wirbelsäule an dieser Stelle, kontrolliert, ob beim Aufrechtstehen Schmerzlosstellung der Lendenwirbelsäule durch Seitwärtsbiegung besteht, verfolgt die Beteiligung der Lendenwirbel während der Rumpfbewegung nach

vorn und nach den Seiten und drückt am lateralen Rand des Longissimus dorsi, knapp oberhalb des Darmbeinkammes erst in der Pfeilrichtung und dann in der Richtung gegen die Wirbelsäule. Wenn es sich um Lumbago (Lendenzerrung) oder um chronische Lumbago (Spondylarthritis deformans) oder beginnende Ischias handelt, wird nur der Druck gegen die Wirbelsäule als schmerzhaft empfunden. In diesen Fällen bleiben die zwei unteren Lendenwirbel bei einer Rumpfbewegung unbeteiligt, sie sind gehemmt und meist zeigt schon eine seitliche Haltung ohne gleichzeitige Torsion der Lendenwirbel, daß der Untersuchte Schmerzen zu verhüten trachtet und die Geradbiegung des Rückgrates nicht möglich ist. Mitunter bringt auch die Röntgenuntersuchung bei der chronischen Lumbago den Beweis von Veränderungen (Randexostosen, Knochenspangenbildung, Abbruch von Querfortsätzen, Karies oder Tumormetastasen an den Wirbeln). Chronischer Schmerz der im Bereich des Rückens lokalisiert ist, fordert auf, den Zustand der inneren Organe festzustellen, zumal, wenn diese Schmerzen nicht mit Schmerzhaftigkeit auf Druck einhergehen; Lungen-Herz-Veränderungen und Magenerkrankungen pflegen Schmerzen in der linken Rückenhälfte hervorzubringen, Duodenalprozesse und Leberaffektionen wie die Erkrankungen in der rechten Brusthöhle lassen Schmerzen gegen die rechte Schulter ausstrahlen. Seltener hat man Anlaß, bei Rückenschmerz an den Beginn eines meningitischen Prozesses im Rückenmark oder eine andersartige Kompression desselben zu denken.

Für die Beurteilung von Gliederlähmung kann ich folgende Anleitung geben. Fehlende Reflexe verraten eine Läsion im Vorderhorn des Rückenmarkes oder seiner Ausläufer (der peripheren Nerven); positiver Babinski und Steigerung der Reflexe bis zu ihrer klonischen oder spastischen Reaktion lassen eine Beeinträchtigung der Willensbahnen supranukleär im Rückenmark oder intrazerebral erkennen. Wenn die Reflexe unverändert sind und die Muskelernährung des gelähmten Gliedes nicht gelitten, kann die Lähmung eine hysterische sein oder sie ist nur vorgetäuscht. Die hysterische Armlähmung ist gewöhnlich schlaff, bei der hysterischen Beinlähmung findet sich meist Kontraktur. Erst wenn die Symptome Inkongruenz aufweisen, kommt der Simulationsverdacht. Der Simulant pflegt eine vollkommene Bewegungslosigkeit zu demonstrieren, indessen die organisch bedingte Lähmung gewöhnlich eine partielle ist, wo die Beuger stärker betroffen sind als die Strecker des Gelenkes (Wernicke'scher Lähmungstypus bei Erkrankung der Willensbahnen). Auch die hysterische Lähmung ist gewöhnlich eine alle Muskeln des betreffenden Gelenkes umfassende, doch zum Unterschied von der simulierten Lähmung ist sie von Empfindungsstörungen und einer Abkühlung der Extremitätenenden begleitet. Hat man Verdacht auf Simulation von Lähmung oder Schwäche, so ist dann erst durch die folgenden Untersuchungsmethoden die Simulation zu erweisen: man hebt das scheinbar gelähmte Glied in die Höhe und läßt es dann los; schon die Wucht, mit der es an die Unterlage anschlägt, zeigt manchmal, daß nicht nur die Schwere beim Fallen beteiligt war, sondern auch eine aktive Komponente. Danach trachtet man den Untersuchten über die Zugrichtung der Schwere zu täuschen: handelt es sich um einen bewegungslosen Arm, so erhebt man ihn einige Male in rascher Aufeinanderfolge monoton bis zur Senkrechten und läßt ihn los; später aber über die Senkrechte hinaus, so daß nun die Schwere den Arm nach der anderen Seite ziehen müßte. Wenn der Arm trotzdem in der früheren Richtung niedersinkt, ist damit die willkürliche Bewegungsfähigkeit zutage getreten. Oder man abduziert im Sitzen den angeblich gelähmten Arm und läßt ihn los, so daß er an den Rumpf fällt; das wird unablässig und monoton wiederholt. Während dieser Manipulation läßt man den Untersuchten niederlegen. Wenn er nun weiter den Arm an den Körper heranzieht und nicht gegen die Erde sinken läßt, hat er sich verraten. In analoger Weise wird das Problem auch bei einer Beinlähmung durchgeführt. Die Faradisation der angeblich gelähmten Muskeln gibt eine andere Prüfungsmöglichkeit; unvermutet unterbricht man das Tetanisieren und die Art, wie der Muskel plötzlich oder langsam aus der faradischen Verkürzung

sich löst, an dem langsameren Niedersinken erkennt man die willkürliche Innervation.

Dem, der den Arm nicht heben kann oder will, wird passiv der Arm erhoben, worauf man seine Aufmerksamkeit scheinbar der Betrachtung der Finger zuwendet, die man spreizen oder zur Faust ballen läßt; dabei läßt der Arzt unerwartet und überraschend seine unterstützende Hand sinken. Wenn der Untersuchte nur einen Moment während der Überraschung den Arm in der Höhe läßt, ehe er herabfällt, ist die Möglichkeit eines aktiven Erhebens erwiesen. Ein analoger Trick besteht darin, daß man eine vollkommen bewegungslose Extremität erfaßt und unermüdlich Beugung und Streckung ausführt. Mit einem Male unterbricht man diese Beschäftigung. Wenn der Untersuchte im Anschluß daran instinktiv noch kleine, allmählich abklingende Bewegungen hin und her macht, so hat er die Unwahrheit seiner Behauptung geoffenbart; der wirklich Gelähmte hätte sich beim Sistieren der passiven Bewegungen anders verhalten.

Will jemand die Finger nicht rühren, so legt man ihm seine Fingerspitzen in die Hohlhand, macht also einen passiven Faustschluß. Er wird jetzt belehrt, nichts zu tun, er sei doch unbeweglich, solle sich nicht bemühen, die Faust zuzumachen, sondern so zu bleiben. Läßt er die Finger nun wirklich eingeschlagen, so ist das ein Beweis, daß er aktiv die Fingerbeugung ausführen kann, denn ohne wirkliche Anspannung der Fingerbeuger bleibt die Faust nicht geschlossen.

Handelt es sich nicht um vollkommene Lähmung (Bewegungslosigkeit) sondern nur um Schwäche, so sind andere Maßnahmen am Platze. Schwäche der Hand wird so untersucht, daß man sich die eigene Hand mit größter Kraft drücken läßt, während der maximalen Handgelenkbeugung des Untersuchten und darauf bei gestrecktem Handgelenk des Untersuchten. Wer Schwäche nur vorspiegelt, wird beide Male mit der gleichen Kraft drücken, aber der Gesunde wie der wirklich Geschwächte wird bei gebeugtem Handgelenk weniger drücken als bei maximaler Streckung seines Handgelenks. Schwäche im Kniestreckergibt ein anderes Beispiel: aufgefordert, die kräftigste Kniestreckung auszuführen, läßt der Untersuchte den Unterschenkel schon beim geringsten Widerstand sinken. Wenn der Betreffende aber einbeinig zu stehen vermag und dies sogar unter wippenden Bewegungen, so ist seine Beinschwäche widerlegt, denn der Kniestreckergewachte vermochte die ganze Körperlast zu tragen; nur wußte der Untersuchte nicht, daß auch durch einbeiniges Stehen gerade die Kraft des Kniestreckers erprobt werden kann. Ich wollte auf diesem Gebiete nur das Wesentliche und Allerhäufigste vorbringen.

Hinken hat uns während der Kriegsjahre oft beschäftigt, wo dasselbe weder durch Knochen- oder Gelenksveränderungen, noch durch schmerzhaft Prozesse oder Ausfall von Nerven- und Muskelfunktionen zu erklären war. Es gab die mannigfachsten Formen des Hinkens, verkürzte Phase des Standbeins, Unbeweglichkeit oder Steifhaltung eines, auch mehrerer Gelenke am Bein, Tiefsinken einer Beckenhälfte bei jedesmaligem Auftreten des betreffenden Beins, wie bei angeborener Hüftluxation, Osteomalazie; Außenrotation des Fußes, Vermeidung des Großzehenballens oder der Ferse bei der Belastung des Fußes. Folgendem Trick verdanke ich oft rasch den Nachweis der Vortäuschung. Solche Leute ließ ich „zu ihrer Sicherheit“ an einer Sessellehne sich aufstützen und verlangte nicht, daß sie „gehen“, sondern nur „ein Knie hochzuheben“, dann das „andere Knie hoch“, weiterhin abwechselnd die Knie zu heben (Tretübungen) in aller Gemächlichkeit, dafür reicht gewöhnlich das betrügerische Konzept nicht aus und es stellt sich sehr häufig heraus, daß die beim Gehen ausdauernd zur Schau getragene Versteifung, das Einsinken einer Beckenhälfte oder die schnellende Hüfte ausblieben beim Tretversuch, daß er hierbei das Bein bewegen konnte wie jeder Gesunde, daß die Stützphase nicht verkürzt war, daß demnach sein Hinken vorbedacht war. Die Tretprobe unter starkem Erheben der Knie hat schon manches rätselhaft Hinken rasch ad absurdum geführt.

Die hartnäckigen, extremen Kontraktionen der Finger oder des Knies haben wir im Kriege häufig gesehen und schließlich klärt der Ätherrausch darüber auf, ob es sich um

Schrumpfungen oder durch schmerzhaft Prozesse veranlaßte, reflektorische Spasmen handelt. Wenn Glieder tagelang in übermäßiger Beugekontraktur verharren, gibt das keinen Verdacht einer beabsichtigten Haltung.

Noch will ich einige kritische Anleitung über den Nachweis der traurigen Verstimmung, der Verzagtheit der Neuropathen geben. Da obliegt uns herauszubringen, ob die Verstimmung unkorrigierbar ist, sich in allen Situationen erhält und nicht bei neckischen oder spassigen Redewendungen weicht; ob der Verstimmte an den Vorgängen in seiner Umgebung Interesse nimmt, den Prozeduren der Untersuchung folgt oder auch außerhalb der Untersuchung weint, passiv verharret, sich nicht zu beschäftigen sucht, auszugehen verschmäht, die Körperpflege vernachlässigt, ob er auf wichtige, seine Entschädigung oder Krankheitszustand betreffende Fragen gleichgültig, ohne Affekt bleibt. Das sind die wesentlichsten, einschlägigsten Kriterien. Durch solche Feststellungen — also durch das psychologische Eindringen in die Persönlichkeit — läßt sich die Entscheidung treffen zwischen Melancholie und Hypomelancholie, vorübergehende Depression oder Verstellung. Wer lachen kann, den Ausdruck des Lachens leicht parat hat, ist nicht als Melancholiker zu bezeichnen. Bei Melancholie wie bei Hypomelancholie ist die Auffassung erschwert, erfolgen die Antworten zögernd und stockend unter mehrfachen Wiederholungen. Der Gedankenablauf ist wohl gehemmt, aber ein intellektueller Abbau hat nicht stattgefunden.

Neben der Schwermut bedarf auch die hypochondrisch-querulatorische Gemütslage einer Objektivierung. Sie kann nämlich einwandfrei gemimt werden, darum Vorsicht! Mit einer echten hypochondrisch-querulatorischen Verstimmung muß ein unzufriedenes, widersetzliches, mürrisches und verbittertes Wesen sich paaren, das sich nicht belehren läßt und störrisch an dem einmal eingenommenen Standpunkt festhält. Fehlt das, so ist die Verstimmung nicht objektiviert. Bei einer objektivierbaren Verstimmung haben wir noch ein weiteres Moment zu beantworten: Ob die Produktion oder Fixation der vorhandenen Sensationen oder Vorstellungen im Unterbewußtsein erfolgt oder durch klare Zielvorstellungen. Die klaren Zielvorstellungen — menschliche Schwäche, Gewinnsucht — verraten sich bei einem Gespräche über die Höhe seiner Entschädigung, wobei man bald auf seine Wünsche in voller Nacktheit stößt und auf die übertriebene Betonung des erlittenen Schadens, auf den berechtigten Anspruch aufs Leben, auf das Verlangen, frei zu bleiben von Anstrengungen und Gefahren. Sind solche Vorstellungen überwertig geworden, so drängen sie sich vor die anderen dominierend und kommen in einem Wortschwall zu tage. Diese Typen mit den klaren Zielbestrebungen geben auch während monatelanger Beobachtung niemals die flüchtigste Besserung zu, im Gegenteil behaupten sie jedesmal eine Verschlimmerung des Zustandes; dabei stehen die Leute gewöhnlich monatelang in gleichmäßiger Arbeit und verzichten auf ärztliche Behandlung, „weil sie wissen, daß nichts wirke“. Der wirkliche Neuropath geht immer wieder zu neuen Ärzten! Wenn jedoch das Unterbewußtsein diese Denkrichtung bestimmt hat, so merkt man die erwähnten Momente auch in einem längeren Gespräch nicht. Anders beurteilt man die nervösen Symptome, bei welchen das Unterbewußtsein mitwirkt und anders schätzen wir die Produkte von hartnäckig verfolgten Wünschen ein. Die ersteren nehmen wir vollwertig, aber der Gereiztheit, welche den Plänen nach einer hohen Entschädigung entspringen, geben wir nicht nach; besonders dann nicht, wenn Ungenauigkeiten und Widersprüche in der Anamnese die Zuverlässigkeit diskreditieren und das mürrische Verhalten im Umgang mit den Kameraden zurücktritt. Wir wissen dann, daß wir einem Rentenjäger gegenüberstehen.

Die bisherigen Ausführungen galten der Objektivierung vorgebrachter nervöser Beschwerden. Doch genügt nicht, daß man in einem Falle Krankheitserscheinungen glaubwürdig findet oder abspricht. Die Krankheitserscheinungen können unzweifelhaft sein, aber in der behaupteten Ursache liegt der Betrug. Die Entwicklung unserer Gesetzgebung hat es mit sich gebracht, daß unter Umständen selbst schwere Krankheiten nicht zur

sozialen Fürsorge legitimieren, sie müssen zu diesem Zwecke von einer bestimmten Leistung abhängen (im Kriegsdienst entstanden) oder von einem bestimmten Ereignis (Unfall) herrühren. Der Arzt hat die traurige Pflicht, hier nachzuforschen, ob die nervösen Beschwerden schon vor dem Unfall oder vor dem Kriegsdienst bestanden haben, weiters ob die nervösen Beschwerden nicht ganz anderen Zusammenhang haben, ob sie nämlich die Folgen lange bestehender, chronischer Organveränderungen sind; denn Gefäßveränderungen, Nierenaffektionen, chronische Intoxikationen (Blei, Alkohol), Syphilis latens, Malaria latens, Lungentuberkulose mit subfebrilen Temperaturen sind nicht selten die Quellen von allgemein nervösen Störungen, wie sie der Neurasthenie ähnlich sind.

Während des Krieges haben uns die Neurosen viel beschäftigt, noch mehr Arbeit werden sie dem Arzte jetzt nach dem Kriege schaffen durch die Entschädigungsansprüche.

Ich schließe mit der Mahnung, die nervösen Beschwerden nicht mit dem Worte abzutun „nur nervös, psychogen“; denn solche Beschwerden können böse Übel bedeuten. Andererseits hat man Falsifikate von wirklichen Affektionen zu scheiden.

Zur Lösung des Prostitutionsproblems.

Von Privatdozent Dr. WALTHER PICK.

Wenn Solon, den seine Weisheit nicht abhielt, der erste staatliche Organisator der Prostitution zu werden, heute wiederkäme, er würde viele, sehr viele unserer Einrichtungen bewundern — unsere Prostitution aber wäre ihm für den Letzten seiner Athener zu schlecht. Er würde erstaunt fragen, ob wir denn die Prostitution überhaupt noch brauchen? Wenn nicht, wozu dulden wir sie? Wenn ja, weshalb bekämpfen wir sie?

Die Frage nach der Notwendigkeit der Prostitution für unsere heutige Gesellschaftsordnung ist für alle Kenner des Problems eindeutig gelöst. Die Prostitution ist uns unentbehrlich. J. J. Bloch (Berlin) hat einwandfrei nachgewiesen, daß die Prostitution, deren Entstehung in die Uranfänge der Menschheit zurückgreift, ihre Ursache hatte, hat und haben wird in der Unterdrückung der primitiven, polygamen Instinkte durch die Ehe. Überall, wo die ursprüngliche Promiskuität, die ungebundene Freiheit des Sexuallebens durch die Ehe eingeschränkt und unterdrückt wird, entsteht als Ersatz, als schlechtes Surrogat, die Prostitution. Noch heute finden wir bei Völkern primitiver Kultur sexuelle Promiskuität, teils allein, teils neben den verschiedenen Formen der Ehe. Im letzteren Falle ist sie auf die voreheliche Zeit beschränkt und bekommt durch das Moment der Bezahlung, des Entgeltes, allmählich den Charakter der Prostitution.

Die Kulturmenschheit nun hat für die Beziehung der Geschlechter die monogame Dauerehe als Ideal aufgestellt. Die ist es auch in ethischer, sozialer wie hygienischer Beziehung, hat aber mit allen Idealen den Nachteil der Unerreichbarkeit gemein. Die Menschen sind noch nicht reif für dieses Ideal, wir können nur hoffen, daß sie es werden. Vorläufig sind die naturgewollten polygamen Instinkte immer noch zu mächtig in ihnen und bewirken, daß die weit- aus überwiegende Mehrzahl der Menschen vor der Ehe und trotz der Ehe polygam lebt. Der tief in der Natur des Menschen wurzelnde Trieb nach sexueller Ungebundenheit, nach sexueller Abwechslung ist so stark, daß er die Menschheit unfehlbar zur wilden Promiskuität zurückführen würde, fände er nicht in der Prostitution ein Ventil. So müßte die Prostitution morgen neu geschaffen werden, würde sie heute durch ein Zauberwort verschwinden.

Der Staat handelt gegen sein ureigenstes Interesse, wenn er eine für ihn lebensnotwendige Einrichtung andauernd bekämpft und niederhält. Er macht sie dadurch zum Sammelplatz aller gesellschaftsfeindlichen Elemente, denn er selbst sorgt dafür, daß aller Schutt und Unrat dort abgelagert werde. Es ist ganz verfehlt und völlig aussichtslos, den Kampf gegen die Geschlechtskrankheiten als Kampf gegen die Prostitu-

tion als solche zu führen. Kein Arzt vermag einen Kranken zu heilen, wenn er dessen Organismus schwächt und schädigt. Der heruntergekommene Organismus wird der Krankheit um so sicherer erliegen. Der Arzt wird im Gegenteil den Organismus nach Möglichkeit zu stärken suchen, um dessen eigene Kräfte zur Bekämpfung der Infektion mitheranziehen zu können. Je niedriger die Prostitution, desto stärker ist sie durchseucht. Das ist eine Erfahrungstatsache. Wollen wir sie entseuchen, dann dürfen wir sie nicht immer noch tiefer und tiefer niederdrücken, sondern müssen im Gegenteil trachten, sie auf ein möglichst hohes Niveau zu heben. Dann kann es sogar gelingen, daß wir sie in dem so schweren Kampfe gegen die Geschlechtskrankheiten an unserer Seite finden.

Der Natur der Sache nach ist die Prostitution die Zuflucht aller ethisch Defekten, geistig Minderwertigen geworden, die in keinem anderen Berufe unterkommen können. Lombroso hat auf die physischen und psychischen Degenerationsmerkmale der „geborenen Prostituierten“ hingewiesen, des weiblichen Pendant zum männlichen „geborenen Verbrecher“. Bonhöffer fand unter seinem Prostituiertenmaterial 80 pCt. Schwachsinnige und die Liste der statistischen Belege ließe sich beliebig verlängern. Diese minderwertigen Elemente sind aber gerade in der Prostitution besonders gefährlich, da sie hier besonders oft in die Lage kommen, ihre Minderwertigkeit fortzupflanzen. Deshalb ist ja auch bereits in 16 von 48 Staaten Nord-Amerikas die Sterilisierung der Prostituierten durch Röntgenstrahlen Gesetz.

Dieselben Elemente sind es auch, welche einer Assanierung der Prostitution im Wege stehen. Sie müssen ausgeschaltet werden und das Mittel hierzu ist Organisation. Die Prostitution muß als Gewerbe genau denselben Schutz genießen, wie alle anderen, die für die Gesellschaft nützlich und notwendig sind. Die Erteilung des Gewerbescheines ist von einer psychiatrischen Untersuchung abhängig zu machen und alle ethisch Defekten sind auszuschließen. Für die muß durch Arbeitsheime etc. gesorgt werden. Dann muß aber auch die unbefugte Ausübung des Gewerbes unter strenge Strafe gesetzt und darf nicht wie bisher durch Ausfolgung eines Gewerbescheines belohnt werden.

Haben wir so die Minderwertigen ausgeschaltet, so können wir, was bisher nicht möglich war, höhere Ansprüche an die Prostitution stellen. In Gewerbeschulen — auch diese waren ja in Form der alten Hetärenschulen schon da — müßte das Bildungsniveau der Prostituierten nach Möglichkeit gehoben werden. Wenn dadurch ein Teil produktiven Berufen zurückgegeben würde, wäre das ja nur zu begrüßen. Ein Teil wird der Prostitution erhalten bleiben und durch sein höheres Niveau ihr bald den Stempel tiefer Verachtung, unter dem sie jetzt naturgemäß leiden muß, benehmen.

Dann wird die öffentliche Prostitution auch die Verbindung mit der Kunst, die sie in alter Zeit hatte und die jetzt nur die geheime hat, wiederherstellen können. Diese Verbindung ist eine ganz organische. Beiden ist das Streben nach Loslösung von allem sozialem Zwange, nach freiem „Sichausleben“ gemein. Und deshalb finden wir ja auch heute noch unter den Künstlern und Künstlerinnen, und zwar auch unter jenen, die „es eigentlich gar nicht nötig haben“, viele Prostituierte. Das künstlerische Moment wird sich die Prostitution wieder zunutze machen müssen, und es wird auch in ihren Schulen Pflege und Fortbildung erfahren.

Selbstverständlich wird den Prostituierten in diesen Schulen auch ein entsprechender gewerbehygienischer Unterricht zuteil werden müssen, der neben allgemeiner Körperpflege speziell das Gebiet der Geschlechtskrankheiten umfaßt. Da es sich dann nicht mehr um Schwachsinnige handeln wird, wird jede Prostituierte mit Leichtigkeit soweit zu bringen sein, daß sie selbst alle Infektiosen fernhält und sich vor Infektionen bewahrt. Dadurch wird mehr geleistet sein, als durch jegliche sanitäre Zwangskontrolle. Diese Prostituierten werden auch die ihnen von ihrer Krankenkassa zur Verfügung gestellten Ärzte freiwillig aufsuchen, so wie dies jetzt bei allen anderen gewerblichen Krankenkassen der Fall ist. Durch die Kasse würden sie auch