

Am 14. November 1914 erlitt Pat. einen Steckschuß der rechten Glutäalgegend. Er wurde — nach Aufenthalt in verschiedenen Sanitätsstationen — in das Vereinsreservespital 2, Chefarzt StA. Dr. Silbermark, gebracht und bot die Erscheinungen schwerster Neuritis ischiadica. Im März 1915 trat die Allopargie in der linken Fußsohle auf. Wegen anhaltender Schmerzen, welche durch gar keine Behandlungsmethode zu beseitigen waren, versuchte Chefarzt StA. Dr. Silbermark am 13. April 1915 die Neurolyse. Auch diese blieb erfolglos. Es entwickelte sich allmählich ein merkwürdiges Krankheitsbild: Während, trotz fortgesetzter Behandlung mit allen zu Gebote stehenden Mitteln, gar keine Besserung der neuritischen Schmerzen rechts zu erzielen war, steigerten sich, auch allmählich, die Allopargien der kontralateralen, nicht verletzten linken unteren Extremität. Hier klagte Pat. über unerträgliches Brennen an der Fußsohle. Er netzte den Fuß Tag und Nacht mit allen ihm zugänglichen Flüssigkeiten. Bei Versuch, ihn hieran zu hindern, traten Erregungszustände auf. Der Wasserverbrauch steigerte sich so, daß Bett und Unterlagen triefen. Gleichzeitig nahm unter Abmagerung und Schlaflosigkeit die Erregung zu, der Kranke — ein mit der Tapferkeitsmedaille ausgezeichnete Krieger — äußerte Suizidabsichten. Es folgte Verlegung auf die neurologische Station und vollkommene Erschöpfung aller konservativen Behandlungsmöglichkeiten. Im Januar 1916 war der Zustand auf der Höhe angelangt; zu dieser Zeit klagte Pat. nebst den Schmerzen in der verletzten Extremität über unerträgliche Höhe der Allopargien links; durch die ununterbrochene Benässung des linken Fußes drohten Komplikationen durch Hautmazeration. Über meinen Vorschlag nahm Chefarzt StA. Dr. Silbermark die Resektion des bei der ersten Operation zwar in Narbe eingebettet, aber sonst unverändert befundenen Ischiadikusstammes am rechten Oberschenkel vor. Es wurde ein mehrere Zentimeter langes Stück reseziert, genäht. Vom Tage der Resektion ab waren Schmerzen rechts und Allopargie links verschwunden. Der Kranke geht seiner vollen Genesung entgegen.

Die beiden Fälle, auch als Beispiele hochgradiger traumatisch-neuritische Symptome, ohne äußerlich makroskopisch wahrnehmbare Veränderungen am Nervenstamme bemerkenswert, zeichnen sich durch jenes Phänomen aus, welches in der Überschrift dieser Zeilen hervorgehoben wurde. Die ungewöhnliche Klage über Schmerzen in der nichtverletzten Extremität brachte beide Pat. anfänglich in den Verdacht der Aggravation ihrer Beschwerden. Die Konstanz und Progression, vor allem auch das Auftreten derselben Symptome auch in anderen Fällen ließen diesen Verdacht schnell zurücktreten; schließlich beweist der momentane und dauernde volle Erfolg, welcher in beiden Fällen durch die Operation erzielt wurde, die Realität der einer objektiven Kontrolle nicht zugänglichen subjektiven Klagen.

Aus den Untersuchungen von Obersteiner ist das seltene Vorkommen der von Obersteiner als „Allochirie“ bezeichneten Übertragung sensibler Reize bekannt; ich habe die beschriebenen schmerzhaften Parästhesien (Paralgien) daher als Allopargie bezeichnet. Es ist wohl kaum möglich, für dieses merkwürdige Phänomen eine sichere Erklärung zu geben. Das symmetrische Auftreten der Reizsymptome in der kontralateralen Körperhälfte führt zu der theoretischen Annahme, daß es sich um die Übertragung sensibler Reize auf dem Wege des Rückenmarksquerschnittes handelt; man könnte sich vorstellen, daß lange anhaltende und intensive Reize schließlich auf dem Wege kurzer Bahnen von einer Hälfte zur anderen übertragen werden können. Vielleicht ist ein individueller Faktor, eine besondere Disposition hierfür annehmbar, welche dann die Obersteiner'sche Allochirie unter besonderen Verhältnissen die hier beschriebenen Allopargien zustande kommen läßt. Auch die Möglichkeit einer leitungsfördernden toxischen Einwirkung kann nicht ohne weiteres von der Hand gewiesen werden.

Ähnliche Übertragungen von Schmerzreizen der einen Körperhälfte zur anderen werden gelegentlich bei Organschmerzen beobachtet. Bekannt ist der sog. schmerzhaft Nierenreflex, das heißt das Auftreten von Schmerzen in der zweiten gesunden Nierengegend bei Affektion einer Niere. Die Existenz einer rein nervösen Schmerzprojektion dieser Art wird jedoch

von vielen Autoren negiert und mit geringen Läsionen der nur scheinbar ganz gesunden Gegenseite erklärt.

In einer — leider nur in Referaten zugänglichen — experimentellen Arbeit berichtet Dusser de Barenne¹⁾ über die experimentelle Erzeugung der Epfindungsübertragung am Tiere. Der Verf. konnte bei Strychninisation einer Rückenmarkshälfte das Phänomen der Alloästhesie dann erzeugen, wenn er benachbarte Segmente operativ zerstörte, also die Leitung sensibler Reize blockierte. Er nimmt dann bei so gesetzter Behinderung der Normalleitung ein Überströmen des sensiblen Reizes auf das Hinterhorn der anderen Seite an. In ähnlicher Weise könnte man sich in unseren Fällen die Erschöpfung der Leitfähigkeit der ursprünglichen Seite durch konstantes und summiertes Zufließen von Reizen und damit gegebene Blockierung, beziehungsweise Überleitung zur anderen Seite vorstellen.

Eine spezielle Erwähnung verdient noch das im zweiten Falle durch die Konstanz und lange Dauer der Schmerzen und Allopargien hervorgebrachte psychische Krankheitsbild. Unter Berücksichtigung des ätiologischen Moments erinnert dasselbe in manchen Zügen (Depression, Angst usw.) an die „Dysphrenia neuralgica“ (Schüle, Anton, v. Wagner²⁾). Die Paralgien, bestehend in Trockenheitsgefühl und Brennen, haben in diesem Falle sogar die intensiven neuralgischen Schmerzen übertönt.

Erfahrungen wie die vorliegenden sind von ihrem theoretischen Interesse abgesehen auch deshalb wichtig, um bei dem Auftreten solcher ungewöhnlicher Erscheinungen nicht funktionelle oder Aggravationsmomente in denselben zu vermuten. Weder in den beiden hier wiedergegebenen Fällen noch in den anderen ähnlichen ließen sich Tendenzen nach diesen Richtungen hin feststellen und bestand auch keine allgemein nervöse konstitutionelle Disposition, welche eine besondere Überempfindlichkeit erklären könnte.

Über Neurosen im Kriege.

Von Prof. EMIL RAIMANN.

I.

Es war vorauszusehen, daß mit der überaus reichen Tätigkeit, welche den Ärzten durch den Krieg beschieden wurde, nicht nur die Chirurgie, sondern auch die anderen Fächer, soweit sie Kriegsleuten sich widmen können, zulernen werden. Die Nervenheilkunde hat noch auf Jahre hinaus zu tun mit der Verarbeitung neuer Beobachtungen. Speziell ein Blick auf die Übergangsgebiete zwischen Neurologie und Psychiatrie, die ungeheuer anschwellende Literatur über Neurosen, d. h. eigentlich die Psychoneurosen im Kriege, läßt erkennen, daß hier ein in seiner Zusammengedrängtheit unter den Augen der Ärzte nie dagewesenes Material neue Gesichtspunkte zu bringen scheint, zu einer Neuorientierung zwingt, daß alte Differenzen der Anschauungsweise neu aufgelebt sind und der Erledigung harren: Die Frage der traumatischen Neurose. Anfangs dachte man sich die Aufgabe sehr leicht. Die Verwundungen im Kriege schienen den entschädigungspflichtigen Unfällen der Friedensjahre so ganz anders gegenüber zu stehen. Mit näherem Eingehen auf das Seelenleben der Fälle und im Verlaufe der Zeit stellte sich aber heraus, daß dem nicht so ist; das neuzeitliche soziale Denken und Fühlen umschließt die Krieger nicht minder wie die Arbeiter des Friedens, ja es kommen im Krieg noch wirksamere ideogene Momente zu den physischen Traumen. Begreiflich daher, daß der Streit um die „traumatische Neurose“ um so unentschiedener andauert, je lebhafter und breiter er wird.

Ist es nicht möglich, mit neuen Fällen den Gegner zu belehren, gehen die Auffassungen aneinander vorbei, dann scheint die Zeit gekommen, durch Schärfung der Kritik, durch bessere Fassung und Einengung von Begriffen, Vereinbarung über Voraussetzungen, Vereinheitlichung der Sprache, Brücken für die Verständigung zu schaffen. Was die dringende praktische

¹⁾ Mendl-Jakobson, Jahrb. 1913 u. 1914.

²⁾ Jahrb. f. Psych. u. Neurolog. Bd. VIII (1889, S. 287).

Seite der Frage betrifft, so ist in den Sitzungen des Vereines für Psychiatrie und Neurologie in Wien vom 8. und 22. Februar, 14. März und 11. April l. J. an ein grundlegendes Referat und Vorschläge von E. Redlich anknüpfend, eine im Kompromißwege erreichte Textierung dieser Vorschläge als offizielle Meinungsäußerung der Körperschaft den zuständigen militärischen Stellen unterbreitet worden. Die Gelegenheit veranlaßt mich, zur theoretischen Seite der Frage noch mit einigen Zeilen Stellung zu nehmen.

Jene Auffassung, wonach die sogenannten traumatischen Neurosen in Wahrheit psychogene Neurosen sind, hat mancherorts noch zu leiden unter Widerständen, die an das Wort psychogen anknüpfen.

Psychogen ist, namentlich in der Unfallspraxis des Friedens, ein sehr viel in Anspruch genommenes Wort. Es gibt da keine organische Nervenkrankheit, natürlich um so weniger irgendein funktionelles Nervenleiden, das nicht mit einem ausschließlich oder vorwiegend seelischen Erlebnis zusammenhängen soll.

Besonders der Schreck wird beschuldigt, so vielerlei Krankheitszustände hervorbringen oder wenigstens verschlimmern zu können. Über diese Ätiologie findet sich in den Lehrbüchern der Nervenheilkunde alles Erfahrungsgemäße zusammengestellt. Bei näherem Zusehen läßt sich der Begriff der Psychogenie zerlegen, ohne daß er dadurch an Gebrauchsfähigkeit verliert. Liepmann hat es (Neurol. Zentralbl. 1916, Nr. 6) neuerlich und scharf ausgesprochen, daß das Wort psychogen in zweierlei Weise verstanden werden kann und fruchtlose Hin- und Wiederreden zu vermeiden sind, wenn man unterscheidet: 1. die primäre unmittelbare Wirkung einer Gemütserschütterung auf das Nervensystem nach physiologisch-biologischen Gesetzen und 2. die Verarbeitung eines erlittenen Traumas nach psychologischen Gesetzen. Das ist ungefähr der Unterschied zwischen dem kausalen und verständlichen Zusammenhang (Jaspers), doch mit dem Beifügen, daß auch in der Verarbeitung eine wirkliche Krankheitsursache steckt. Viel weniger praktische Bedeutung hat die Trennung der psychogenen Ätiologie in ideogene und emotionelle Momente; eine rein ideogene Entstehung von Krankheiten vermögen wir uns nämlich nicht zu denken. Aber über die größere oder geringere Rolle, welche namentlich Vorstellungen in der Symptomatologie spielen, vermag die genaue psychologische Analyse des einzelnen Krankheitsfalles aufzuklären.

Weiters scheinen sich Mißverständnisse zu knüpfen an das Wort funktionell. Auch dieses umschließt einen weiten Kreis von Krankheiten, ist leider nur von der negativen Seite her zu definieren: ohne anatomische Veränderung. Da aber einer funktionellen, im Nerven- oder Seelenleben zutagetretenden Krankheit doch etwas im Zentralnervensystem entsprechen muß, fordern wir auch für die funktionellen Neurosen ein physisches Substrat; etwas muß anders sein. Das Wort „molekulare“ Veränderung freilich möchte ich als ebenso unbewiesen wie irreführend abzulehnen vorschlagen. Die Moleküle sind ein Begriff für den Chemiker und Physiker; allenfalls rechnet mit ihnen noch der Philosoph. Gewiß kann man auch die organische Welt in Moleküle zerlegen; aber wir werden nicht so weit zu zergliedern haben, um uns eine funktionelle Störung erklärlich zu machen. Die Elemente des Nervensystems sind ja lebende und außerordentlich empfindliche, man darf sagen bewegliche Organismen.

Bei abnormer Inanspruchnahme von Zellgruppen verlaufen in diesen die physiologischen Vorgänge anders als sonst; man wird letzter Linie natürlich an den Chemismus der Zellen denken; die stärker ermüdeten, gereizten, Zirkulationsabweichungen ausgesetzten Gewebsbestandteile verändern auch Aufnahme und Abgabe von Stoffen, den Stoffwechsel und arbeiten dann anders. Aber es können wohl auch wirkliche Formänderungen sein, die alte Leitungen sperren, neue Wege eröffnen. Selbstverständlich ist dieses Zelleben in keiner Weise zu beobachten, und was wir nach dem Tode an Äquivalentbildern studieren, gestattet uns nur eine Diagnose bei schwersten organischen Erkrankungen.

Ich glaube, daß man bei der alten Definition von funktionell

bleiben, aber sie richtig verstehen, muß: Alles, was nicht greifbare, sichtbare, mit unseren derzeitigen Mitteln nachweisbare Veränderungen an den Geweben des Organismus setzt. Neuere feinere Untersuchungsmethoden zeigen bei einer bisher als funktionell vermeinten Störung einen anatomischen Befund. Ein Gegensatz zwischen organisch und funktionell besteht nicht. In einer freilich unerreichbaren Zukunft gäbe es keine funktionellen Erkrankungen mehr.

So vermag ich Oppenheim nicht zu folgen, wenn er gar eine Dreiteilung fordert, neben der Psychogenie, die er nicht leugnen kann, und dem, was man organisch, d. h. pathologisch-anatomisch verursacht nennt, noch ein drittes, eben das, was seiner traumatischen Neurose zugrunde liegen soll. 1 und 3 sind dasselbe. Auch wenn jemand Furcht und Wunsch in Symptome umsetzt, Vorstellungsinhalte realisiert, benötigt er schon einer abnormen Autosuggestibilität, und auch diese muß ihren funktionellen Ausdruck in seinem Nervensystem finden, in einer Abweichung, Veränderung gleich jeder anderen Disposition. Ebenso kann ich mit den meisten anderen Autoren Oppenheim nicht folgen in der Annahme, es könnte die Art und Lokalisierung der Symptome auf die Art der Lokalisation der von ihm vorausgesetzten Störung zurückgehen. Im Gegenteil; hier lehrt die Beobachtung immer wieder, daß die Krankheitsbilder verständlich sind, mit erklärenden Gedankengängen begleitet werden können. Und wenn man hierin ein Hauptcharakteristikum der Hysterie erkennt, so wird bei liebevoller Beschäftigung mit dem Seelenleben so manche Akinesia amnestica, Reflexlähmung, Myotonoclonia trepidans und wie die neuerfundenen Namen von Unterarten der „traumatischen Neurose“ alle heißen, sich als die gutbekannte alte Hysterie vorstellen, gewiß zur Vereinfachung und Erleichterung der Verständigung der Ärzte untereinander, aber auch zum Vorteil der Pat.; denn Einsicht in den psychologischen Zusammenhang erleichtert die Heilsuggestion. Es muß daran liegen, daß anscheinend neurologischen Fällen gegenüber der Psychiater sich zurückhält, an der Schwierigkeit, sich in psychogene Störungen einzufühlen und selbe überzeugend zu demonstrieren, wenn freilich nur mehr ganz wenige Autoren an die „traumatische Neurose“ glauben. Wie ist aber zu erklären, daß alle anderen, denen doch wahllos Material zuströmt, bei Kriegsverletzten nur organische Erkrankungen und verschiedene funktionelle Neurosen, aber niemals die traumatische Neurose Oppenheims zu sehen bekommen? Auch ich finde an deren Stelle nur neurasthenische oder hysterische Bilder, verfolge sie in ihrer psychogenen Entstehung und vermag nicht zu begreifen, warum gerade die physikalischen Momente des Traumas in den Vordergrund gedrängt werden sollen. Man kann wohl nichts anderes tun, als immer wieder die Beobachtungen selbst sprechen zu lassen, und möchte glauben, daß es weiterer Argumente gar nicht bedarf, wenn man nur so aufs Geradewohl herausgreift, was die Tage bringen.

Während der Abfassung dieser Zeilen sehe ich im bürgerlichen Leben folgenden Fall:

I. F. K., Tischlergehilfe, 68 Jahre alt, hat vor 10 Jahren sich den Kopf angeschlagen, hierfür eine Unfallsrente bezogen, die aber wieder eingestellt wurde. Am 28. Dezember 1915 Schnittverletzung durch einen Glasscherben, genau über der rechten Pulsader, großer Blutverlust. Seither anfallsweise Schmerzen im rechten Arm, Kraftlosigkeit dieser Gliedmaße. Er klagt vor dem Schiedsgericht wegen Rentenzahlung, da der rechte Arm ganz arbeitsunfähig sei.

Die körperliche Untersuchung ergibt einen stark gealterten Mann. Die Schädelnarbe noch etwas empfindlich. Über dem rechten Handgelenk (radial, Beugeseite) eine kleine, rötliche, nicht verdickte, ganz reizlose Narbe. Muskulatur des rechten Vorderarmes nicht abgemagert; Reflexe rechts = links. Kein umschriebener Sensibilitätsausfall in der Peripherie, wohl aber Herabsetzung der Berührungsempfindung auf der ganzen rechten Körperseite. Händedruck rechts ganz kraftlos.

Hier wird wohl niemand die Diagnose Hysterie anzweifeln. Für den Neurologen strengster Observanz liefert Pat. die rechtsseitige Hemihypästhesie. Ich behaupte nun aber, daß die

Diagnose Hysterie mit gleicher Sicherheit zu stellen wäre, wenn dieses Symptom, das erst bei der ärztlichen Untersuchung zutage trat, fehlte. Entscheidend ist die Umsetzung einer Vorstellung in Lähmung; der Pat. wählt etwas Milderer, das aber, wie wir gleich sehen werden, für seinen Zweck genügt, die Adynamie. Der begleitende Gedankengang des Beobachters führt zu demselben Ergebnisse. Wie Pat. von seinem Unfälle erzählt, unterstreicht er den außerordentlichen Blutverlust. Dieser hat auf ihn den größten Eindruck gemacht, den Stich fühlte er kaum.

Der Blutverlust hat ihn unmittelbar geschwächt; jedermann weiß auch, daß Blutleere Schwäche bedeutet. Ganz entsprechend diesem primitiven Seelenleben wird der lokalen Blutung eine lokale Schwäche unterschoben. Ihm erscheint speziell der rechte Arm ausgeblutet. So wie er von dieser Erinnerung nicht abkommt, bleibt er auch bei der Schwäche. Dazu kommt noch, daß es sich um einen entschädigungspflichtigen Unfall handelt. Arbeitsunfähigkeit der rechten Hand bedeutet Rente; umso begreiflicher, daß Pat. keinen Versuch macht, kräftig zuzugreifen; er braucht aber die Hand bei notwendigen Verrichtungen nicht zu entbehren. Wie man sieht, löst die Hysterie den Fall vollkommen glatt. Der Pat. ist wegen seines Altersverfalles wenig arbeitsfähig; er hat sogar die Befriedigung in seinem hysterischen Symptom eine der Eigenliebe zusagendere Erklärung zu besitzen und die äußere Anerkennung dieser Arbeitsunfähigkeit erzwingen zu können.

Hierin liegen alle Charakteristika der Hysterie. Es soll zugegeben werden, daß auch ein Simulant so überlegen kann. Da helfen weniger die hysterischen Stigmen, mehr hysterische Zustände aus der Vorgeschichte, die Konsequenz und doch auch die Zurückhaltung des Falles, hysterische Eigenschaften des ganzen Seelenlebens; man darf offen erklären, daß im einzelnen Falle die Unterscheidung vielleicht nur subjektiv sicher ist. Deshalb sind Hysterie und Simulation doch nicht dasselbe, wenn sie auch 2 Endpunkte einer Reihe darstellen, und in vielen Fällen Übertreibung oder etwas, was so aussieht, in anderen offenerer Schwindel das hysterische Symptomenbild kompliziert.

Während ich mich jenen Autoren anschließe, welche vorschlagen, das so mißverständliche Wort „traumatische Neurose“ möglichst zu meiden, muß ich doch jenen Rufem im Streite entgegentreten, welche auch das Wort Hysterie nicht gelten lassen wollen, weil der Ausdruck bei den Laien einen Beigeschmack angenommen (Schottmüller), weil der Hysteriker in eine bedenkliche Nähe des Simulanten gebracht wird, und weil noch von altersher, sowie neuerdings von der Freudenschule die Hysterie als im Zusammenhang mit geschlechtlichen Dingen unausrottbar gedacht wird (Holzmann. Ärztl. Ver. Hamburg, 14. Dezember 1915). Vielleicht soll man das Wort Tripper auch nicht gebrauchen, weil es an geschlechtliche Dinge erinnert und noch viel gewisser. Aber auch die anderen Begründungsversuche können einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung nicht standhalten. Man muß sich eben über die Hysterie besser unterrichten lassen. Unsere tapferen geistes- und nervengesunden Soldaten brauchen sich gar keine psychiatrische Bezeichnung gefallen zu lassen; sie dürfen irgendeine Invalidität aus dem Felde als Ehre tragen. Aber wenn wir eine psychopathische Reaktion bei einem Debilen, einem konstitutionell Depressiven, einem Hypochonder, einem Minderwertigen, eine Hysterie feststellen, so ist nur noch zu überlegen, wie auch sonst in der praktischen Medizin, ob wir dem Kranken unsere Diagnose mitteilen sollen. Es ist gewiß auch nicht praktisch, einem Privatpatienten ins Gesicht zu sagen, daß er ein Degenerierter, ein Schwachsinniger, ein Säufer sei o. dgl. Warum aber wir Ärzte unter uns das von altersher eingebürgerte und in seiner Bedeutung neu vereinbarte Wort Hysterie nicht mehr gebrauchen sollen, weil Laienvorurteile daran knüpfen können, scheint mir doch ganz unerfindlich. Noch dazu, wo es keinen Ersatz dafür gibt. Wie viele Neurastheniker werden wegen ihrer „eingebildeten“ Beschwerden vom Laien verkannt, beschimpft; wir Ärzte wissen, daß es Kranke sind, natürlich beeinflussbare Kranke. Das Gleiche wissen

wir von den Hysterischen, trotzdem auch sie in ihrer Krankheit übertreiben und täuschen.

Ich sagte schon seinerzeit: Nicht was, sondern daß ein Hysteriker simuliert, ist hysterisch. Die unmittelbar greifbaren Vorteile des Krankseins beim Militär lassen freilich das Krankhafte der Hysterie hier auf den Kritiker nicht so überzeugend wirken als bei Fällen von Hysterie im Familienleben, bei Selbstbeschädigung ohne denkbaren Vorteil. Doch braucht die Krankheit Hysterie, die ja ihre Blutzengen hat, um ihre Anerkennung nicht mehr zu kämpfen, selbst wenn man um die Deutung eines einzelnen Falles zu kämpfen gezwungen ist.

Ich habe den Kasus I speziell herangezogen, weil er jedes Trauma auf das Nervensystem vermissen läßt und doch eine „traumatische Neurose“ bietet. Der Stich hat nicht weh getan; erst als die Blutung den Stillversuchen zum Trotz anhält, mag dem Pat. etwas bänglich geworden sein. Doch ist auch durch eine so geringe Gemütsbewegung eine funktionelle Schädigung des Zentralnervensystems nicht zu erwarten gewesen; eine Vorstellung und ein Wunsch haben die Hysterie erweckt; die Umsetzung des Krankheitswunsches in die Krankheit verlief dann auf einem gebahnten Wege. Pat. hat früher ein Schädeltrauma erlitten; trotz Festhaltung der Druckempfindlichkeit seiner Narbe und seiner subjektiven Beschwerden wurde ihm die Rente entzogen. Daß er da nicht mit irgendwelchen plumpen Symptomen einsetzte, beweist für mich u. a., daß Pat. kein Simulant ist. Der nächste Unfall trifft ein bereits vorhandenes Insuffizienzgefühl; Pat. weiß, daß er wieder ein Recht auf Rente erworben hat und schafft so, rein ideagen, seine Neurose nach Unfall.

Der gleiche Mechanismus ist bei den Kriegsneurosen aufzuzeigen. Man mag ja die schönsten Theorien aufstellen über Erschütterungswirkung; es bleibt die Tatsache, daß die Folgen der Commotio cerebri und spinalis klinisch wohlbekannt, ganz bestimmte monotone Krankheitsbilder liefern, während die eigentümlichen Neurosen zustande kommen ohne jede Erschütterungswirkung. Das Trauma ist dann nicht mehr wesentlich zum Zustandekommen und darf in die Bezeichnung nur hineingenommen werden, wenn man es von der Attributstelle an den ihm gebührenden Platz weist, also Neurasthenie, Hysterie nach Trauma. Gelegentlich meiner Tätigkeit im Verwundetenspitale der k. k. Universität Wien (Chefarzt Prof. Dr. Alexander Fraenkel) konnte ich eine größere Zahl einschlägiger Fälle genauer beobachten, andere habe ich pro Consilio in anderen Spitälern gesehen; es sollen nur wenige Beispiele in kurzer Skizze hier wiedergegeben werden. Die Fälle liegen immer ganz gleich. Über die Tatsache dieser typischen Reaktionsweise ohne entsprechendes Trauma ist mit keiner Theorie hinwegzukommen.

II. M. D., 22 Jahre, Infanterist, Rumäne. Seit März 1915 im Felde, am 2. Oktober 1915 Verletzung durch Schrapnell an beiden Gesäßbacken; nicht bewußtlos. In Narkose sollen aus der Wunde Eisensplitter entfernt worden sein. Verschiedene Spitälern. Mit Abheilen der chirurgischen Verletzung fällt Lähmung der Beine auf; am 31. Jänner 1916 Transferierung in das Nervenzimmer des Universitätsspitals. Aus dem Status: An beiden Gesäßbacken vollkommen verheilte pigmentierte Narben, die rechte etwas tiefer eingezogen und derber, aber auch diese keinesfalls bis auf den Nerven reichend. Pat. hält die Beine in Knie- und Hüfte gebeugt, wehrt sich unter Schmerzausdrücken gegen eine Streckung der Knie, wobei es keinen Unterschied macht, ob man die Hüfte gebeugt läßt oder streckt. Bei Aufforderung aufzustehen, bleiben die Beine gebeugt, geraten in lebhaftes Zittern. Pat. läßt sich in 2 Krücken heben und kommt über die ersten Ansätze zu einer Fortbewegung nicht hinaus. Muskulatur beider Beine gut erhalten, Knie und Achillessehnenreflexe beiderseits vorhanden, angegeben wird Unterempfindlichkeit an der Außenseite beider Oberschenkel und am linken Fußrücken konstant, im übrigen widersprechen sich die Angaben. Bei starken Schmerzreizen erfolgt überall Reaktion. Pat., der auf Suggestion nur insofern reagiert, als er über spontane Schmerzen in den Beinen zu klagen beginnt, die bisher nicht angegeben worden waren, wird am 6. Februar l. J. an das Reservespital Nervenlinik (Ord. Prof. A. Fuchs) transferiert. Hier wird ebenfalls ein ganz negativer

Nervenbefund erhoben. Überwindung der Kontraktur der Beine nur unter Schmerzäußerungen möglich. Nach Erledigung des Pseudoklonus, Achillensehnenreflex rechts = links. Mäßige Tachykardie. Elektrische Erregbarkeit allenthalben vollkommen normal. Nach starker Faradisation werden Bewegungen in den Fuß- und Zehengelenken zögernd aber vollkommen ausgeführt. Isolierung, auch kräftigste Faradisation führen keine Heilung herbei. In der neuen Umgebung zeigt er den Mitpatienten wie mitleidisch seine Narben.

Infolge der wechselnden Sensibilitätsstörungen — am 13. Februar wird bei genauer Untersuchung keine gefunden — ist der Fall nicht sehr überzeugend bezüglich der Tiefe der Hysterie, die hier mehr im Charakter des Mannes liegt. Es ist aber hysterisch, daß er ein frisches Symptom seiner Verletzung, die Bewegungsstörung der Beine fixiert. Eine Beugekontraktur kann sich allerdings nach den sonst herrschenden Regeln nicht entwickelt haben. Die Beine lagen anfangs gewiß gestreckt, da die Gesäßwunde bei gestreckten Beinen am meisten entspannt sein mußte. Für die Kontraktur kann nur ein Nachbar Vorbild geworden sein; wenn die Symptomatologie tatsächlich aus dem Spital stammt, so könnte man von Spitalsneurose sprechen. Bei ärztlicher Einwirkung häufen sich die Widersprüche, und da man an seine Unbeweglichkeit nicht mehr glaubt, flüchtet Pat. sich in die unwiderlegbare Behauptung der Schmerzen. Die Unheilbarkeit des Falles findet eine Stütze in dem warmen Bittgesuch, das den „Invaliden“ für die Heimat reklamiert.

Das schwere Krankheitsbild, nach der belanglosen Weichteilswunde, ohne Erschütterung des Nervensystems, das klare Begehrungsmoment, läßt die Parallele mit unseren Friedensfällen vollkommen erscheinen.

III. I. J., Infanterist, 35 Jahre, Ungar, soll am 10. November 1915 eine Quetschung des Rückens erlitten haben. In der Krankenanstalt fiel seine konsequente Steifhaltung der Wirbelsäule auf. Trotz negativen Röntgenbefundes dachte man an ein Wirbeltrauma, behandelte mit orthopädischem Mieder. Am 10. Februar 1916 in das Nervenzimmer des Universitätsspitals aufgenommen, folgender Befund: Unaufrichtiger Gesichtsausdruck, labile Gefäßinnervation, stark schwitzende Hände. Die Wirbelsäule ohne Difformität, nirgends eine Verletzungsspur, vom 7. Brustwirbeldorn bis ins Kreuzbein hinunter angeblich stark druckempfindlich. Bei allen passiven Bewegungen nach vorn, hinten, den Seiten, kräftiger Widerstand und Schmerzäußerungen. Gang ohne Unterstützung, ganz kleine Schritte, die Sohle wird nicht abgewickelt, sondern ohne zu schleifen, flach über den Boden weitergeführt. So wie man sich mit den Beinen beschäftigt, treten Zitterbewegungen auf, welche die Prüfung der Kniesehnenreflexe unmöglich machen. Bei Beklopfen der einen Sehne zappelt Pat. mit beiden Beinen. Der Muskeltonus nicht erhöht, kein Fußklonus, kein Babinski. 4 mal 24 Pulse. Pat. erreicht einen Urlaub nach Hause, kommt von diesem am 24. Februar schlechter zurück, er zappelt jetzt auch mit den Armen, häufiger Singultus. Am 1. März muß er weitergegeben werden.

Die Hysterie ist hier unverkennbar, indem der Pat. imitatorisch oder auf suggestivem Wege das Krankheitsbild eines Spondylitikers aufnimmt. Von sich aus konnte der Mann die Zusammenfügung der Erscheinungen gewiß nicht so treffen. Die rasche Erweiterung des Symptomenbildes aber deutet wohl auf eine dem Vollbewußtsein sehr nahestehende Reaktion gegenüber den Zweifeln an seiner Spitalsbedürftigkeit. Und wenn man auch den Singultus als ein Stück aus der täglichen Rüstkammer der Hysterie erkennt, das Zappeln mit den Armen ist weder ein vorgezeichneter Krankheitsmechanismus, noch kann dahinter etwas anderes stecken als der Wunsch nach Verallgemeinerung seines Leidens. Die Verschlimmerung unter den günstigsten unmittelbaren Bedingungen, allen Heilsuggestionen zu trotz, erweist das Überwiegen des Krankheitswillens, was ja auch verständlich ist.

IV. H. Z., 19 Jahre, Infanterist, Rumäne, soll eine Kontusion in der Kreuzgegend erlitten haben. Aufnahme am 2. Juni 1915 in das Verwundetenspital der k. k. Universität. Liegt zu Bett. Von einer Kontusion äußerlich keine Spur, nur weit ausgebreitete Druckempfindlichkeit bis zur Brustwirbelsäule hinauf, rechts und links bis zur Flanke. Herabsetzung der Berührungs- und Schmerzempfindlich-

keit von der Schulterhöhe, hier die Gelenke umkreisend, bis zu den Zehen, distal am ausgesprochensten.

Kein Zeichen einer medullären oder peripheren Nervenaffektion. Röntgenbefund negativ. Mit Nachhilfe läßt Pat. sich aufrichten, auf die Beine stellen. Mit Unterstützung macht er ein paar Schritte, legt sich dann sofort wieder nieder. Puls auffallend frequent. Nicht nur im ganzen Gehaben, sondern auch in der Körperform feminin, deutliche Brustdrüsen, weiblicher Schamhaartypus. Energisches traitement moral, Faradisation. Pat. geht mit 2 Stöcken herum, wird dabei dyspnoisch. Der Puls steigt auf 140. So bleibt das Bild bis zum Ende der Beobachtung am 4. Oktober 1915. Pat. liegt dauernd zu Bett, mit leidendem Gesichtsausdruck, klagt über Schmerzen im Kreuz; die Enden der Gliedmaßen kühl, zyanotisch. Der Puls im Liegen 108, geht schon beim Stehen gelegentlich bis 160 hinauf. Physikalischer Befund ganz negativ; ebenso der Physostigminversuch.

Hier im Vordergrund eine arge nervöse Herzschwäche bei einem schon körperlich gezeichneten Individuum, das aber auch durch eine typisch-hysterische Sensibilitätsstörung sich unter die Hysteriker reiht. Der Kreuzschmerz ist dann die hysterische Festlegung auf das subjektive Symptom, das im Augenblick der Kontusion eintrat, die Dysbasie ein Weiterbauen. Ob die Herzschwäche nicht schon vorher bestanden, ist eine offene Frage. Ich möchte dieselbe verneinen; denn Pat. ist bei einfachem Herumschleichen so außer Atem gekommen, daß er auch nur die erste Abriechung nicht hätte mitmachen können, ohne aufzufallen. Die Störung des Herznervensystems bietet hier ein willkommenes, sogenanntes objektives Symptom; kein Zweifler kann die Krankheit und Leistungsunfähigkeit dieses Mannes bestreiten. Zum Studium der Hysterie sind daher zunächst auch nur Fälle zu empfehlen, welche unanfechtbare Symptome bieten, durch ihre weitreichende Abhängigkeit glatter Muskeln, sympathischer Nervengebiete, vegetativer, dem Willen des Gesunden absolut entrückter Funktionen vom Vorstellungs- und Affektleben ihre Krankheit überzeugend dartun. Hat man diesen eigentümlichen Reaktionstypus einmal kennen gelernt, dann läßt man sich auch in Fällen überzeugen, wo der Wille der Kranken Bahnen einschlägt, die auch der Gesunde beherrscht. Aber es gibt doch feine Unterschiede; die Krankheitsüberzeugung muß sich verraten; bei genauerer, namentlich Untersuchung in Richtung auf das Seelenleben finden sich Hinweise auf das Krankhafte der ganzen Persönlichkeit.

Der minderwertige H. Z. ist zur funktionellen Herzerkrankung speziell disponiert gewesen, die auf das Heraustreten bei irgendeinem Anlasse nur wartete. Eine nähere Analyse war nicht möglich. Störungen der Herz- und Gefäßinnervation bei Hysterischen können übrigens wie manche Stigmen außerhalb jedes Vorstellungszusammenhanges stehen, sind erfahrungsgemäß Begleiterscheinungen der krankhaften Konstitution, so wie die verwandten Neurosen (Neurasthenie, Epilepsie) ebenfalls mit Herz- und Gefäßstörungen sich vorgesellschaften¹⁾. Es ist nicht ohne Beispiel, daß nervöse Krankheitserscheinungen neu auftreten und sich verschlimmern, unter augenblicks günstigen und ruhigen Lebensverhältnissen, Anstrengungen und Traumen spät nachhinkend. Der von mir als letzter mitzuteilende Fall würde in dieser Hinsicht eine Parallele dazu bieten, daß H. Z. während seiner Liegekur im Spital immer höhere Pulsziffern erreichte.

(Schluß folgt.)

Aus dem Graf Simon Wimpffen'schen Offiziers-Reservespital in Neuhaus (N.-Ö.).

Über Schienbeinschmerzen bei Kriegsteilnehmern.

Von Professor Dr. ARTUR SCHÜLLER.

Unterschenkelschmerzen sind ein außerordentlich häufiges Symptom bei Kriegsteilnehmern. Bekanntlich begegnet man auch in der Friedenspraxis häufig der Klage über Schmerzen im Bereich der Unterschenkel. Die Art, die Lokalisation und die Ursache dieser Schmerzen ist recht mannigfaltig.

¹⁾ Vortrag des Verf.: Herzstörungen bei Neurosen, 4. Jahresvers. d. Ges. deutscher Nervenärzte, Berlin 7. Okt. 1910.

Man pränumeriert in Wien im Verlage dieser Zeitschrift: k. und k. Hofbuchhandlung 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 (inkl. „Der Militärarzt“) für das Inland ganzjährig 30 K., für Deutschland 20 M., für das übrige Ausland 28 K. 60 h. Pränumerationspreis f. d. „W. Med. Wochenschrift“ mit Beigabe d. „Centralblattes f. d. gesamte Therapie“ für das Inland 28 K., für Deutschland 28 M., für das übrige Ausland 36 K. Einzelne Blätter für das Inland 80 h., für das gesamte Ausland 80 Pf. = 96 h.

Inserate werden mit 80 h (= 80 Pf.) für jeden Millimeter Höhe (bei der Spaltenbreite von 10 Zentimeter) berechnet.

Gratisbeilage für die ganzjährigen Abonnenten: Bibliothek der „Wiener Medizinischen 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 und der Österreichischen Gesellschaft für experimentelle Phonetik.

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

Redakteur: Dr. Adolf Kronfeld.

Administration: I., Seilergasse 4. T. 1053

Über Neurosen im Kriege.

Von Prof. EMIL RAIMANN.

II. (Schluß zu Nr. 36.)

V. N. J., 28 Jahre, Inf., Tscheche. Am 8. Oktober 1915 Durchschuß an beiden Unterschenkeln, ganz peripher über den Achillessehnen. Am 18. November sind die Wunden geschlossen. Pat. klagt über nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Unruhe, Schwitzen. Es findet sich objektiv Zittern der Hände und Füße, Pulsbeschleunigung, Mongoloider Typus, mangelhafte Entwicklung der Geschlechtsorgane; unaufrichtiger Gesichtsausdruck. Außerdem besteht eine Siebbeiterung links. Da Pat. eine zunehmende Gangstörung zeigt, Transferierung auf die Nervenlinik. Auch hier alle Reflexe, elektrischer Befund normal. Behauptete Peroneusparese, Dysbasie.

Wieder ein Fall von Spitalsneurose. Mit Rücksicht auf das geringfügige Trauma und das Intervall, paßt ja das Wort traumatische Neurose gar nicht. Der Hautdurchschuß hat den Pat. nur ins Spital und ins Hinterland gebracht. Die chirurgische Heilung geht glatt vonstatten, die Genesung liegt aber nicht in der Einstellung des auch körperlich schon gezeichneten Pat., und so beginnt unter unseren Augen ein neurasthenisches Bild, vermehrt um die Fortspinnung der anfangs wirklich vorhanden gewesenen Schonungsbedürftigkeit der Beine bis zu einer Gangstörung, die nur hysterisch genannt werden kann, wenn sie die Umwandlung des Krankheitswunsches in ein vorgezeichnetes Symptom bedeutet. Anscheinend ein Überfluß; denn Pat. hat nebenbei eine Nasen- und Nebenhöhlenerkrankung, die eine lange Schonzeit für ihn bedeutet. Von seinem Gesichtspunkte aus ist allerdings zu bemerken, daß er das nicht voraussieht. Stets zur Hand hat er nur die Neurose, die von ihm auf die Kriegsverletzung bezogen wird. Von der Nasenerkrankung gehen gewiß auch Kopfschmerzen und ein allgemeines Krankheitsgefühl aus. Dies erleichtert ihm die neurotische Erkrankung; er braucht nur, offenbar in seinem Sinne günstig, die Symptome der Neurose in die Richtung des Kriegsunfalles zu verschieben.

VI. U. L., 29 Jahre, Sappeur, Pole, kommt mit der Angabe ins Universitätsspital, am 15. Oktober 1915 durch Steinschlag an der linken hinteren Thoraxpartie verletzt worden zu sein; auch sei er durch den Luftdruck umgeworfen worden. Liegt passiv zu Bett, verlangt und erreicht vom Pflegepersonal ein Greifholz über dem Bett, an das er sich klammert, um schwerfällig den Oberkörper zu heben. Er läßt sich die Steckschüssel reichen. Temperatur 38,7, Puls 124, starke Transpiration. Nachdem sich die Haut aber nicht heiß anfühlt, ergibt die durch den Arzt selbst vorgenommene Messung 36,9. Als Verletzungsstelle zeigt Pat. auf eine handtellergröße, nässende, ganz gleichmäßig oberflächliche Epithelabschürfung, schon mit Rücksicht auf die abgelaufene Zeit ein offenes Kunstprodukt; unter Okklusivverband prompte Abheilung. Die behauptete völlige Lähmung der Beine ist durch energischen und unterstützten Zuspriech so weit zu überwinden, daß man den Pat. auf die Beine

bringt, wobei er diese steif hält und zu zittern anfängt. Nach einigen Tagen wird das Bild der sogenannten trepidanten Abasie erreicht. Hysterischer Gesichtsausdruck, Neigung zu Kongestion und Schweißen anhaltend. Da es nicht weiter geht, am 8. Dezember 1915 Transferierung an das Reservespital Nervenlinik. Hier ebenfalls ganz negativer Befund, bis auf den Schütteltremor der Beine. Alle Reflexe symmetrisch. Nachdem Pat. angibt, einen Typhus durchgemacht zu haben, wird die betreffende Krankengeschichte eingefordert, aus der sich ergibt, daß er tatsächlich vom 10. April bis 12. Juli 1915 in 2 Militärspitälern lag, doch hatte es sich bei der fieberhaften Erkrankung offenbar nur um eine Mittelohrentzündung gehandelt. Die weitere Behandlung bringt den Pat. so weit, daß er nur mehr bei längerem Gehen über Schmerzen in Hüften, Kreuz und Waden klagt. Mit einer Eingabe, daß er Aggravationstendenzen hat, wird Pat. am 13. Jänner 1916 geheilt entlassen.

Fall eines hysterischen Schwindlers, der für sich selbst spricht, ohne eines Kommentars zu bedürfen.

VII. W. L., 42 Jahre, Landsturmarbeiter aus Siebenbürgen, kommt am 26. März 1916 in das Verwundetenspital der k. k. Universität Wien mit der Diagnose leichte Erfrierung beider Füße, dato 18. Dezember 1915. Es ist kein chirurgischer Befund zu erheben, wohl aber liegt Pat. dauernd zu Bett, mit ganz steifen Beinen, die in leises Zittern geraten, sowie man sich mit ihnen beschäftigt. Passive Bewegungen werden als schmerzhaft abgelehnt. Die genau erhobene Anamnese ergibt: Pat. war Erdarbeiter, nicht im Gefecht. Am 18. Dezember glaubte er sich beim Graben verkühlt zu haben, suchte deshalb zu Fuß den Arzt auf; die Füße waren nicht erfroren. Der Arzt maß 39,5 Fieber, schickte ihn per Wagen ins Festungsspital; dort Schmerzen in Kreuz und Beinen. Nach 5 Tagen in ein Hinterlandsspital. Dort erhielt Pat. wegen Obstipation ein Klystier, nach welchem ihm, wie er versichert, 14 Tage sehr schlecht war. Pat. behauptet, es seien Darmblutungen aufgetreten. Aus dieser Zeit stamme auch die Lähmung seiner Beine. Degenerative Persönlichkeit. Die linke Ohrmuschel kleiner und stark verkrümmt, der linke Augapfel steht etwas höher. Verknicktes Brustblatt, sehr kleine Hoden, infantiler Penis.

Pat. ist zunächst schwer zugänglich, antwortet wie gehemmt, scheint sich auf jedes Wort besinnen zu müssen. Er leistet auch Widerstand bei passiven Bewegungen der oberen Gliedmaßen, stöhnt wenn man eine beliebige Körperpartie, namentlich die gespannten Bauchmuskeln anfaßt. Ein Brief, welchen der Pat. bei sich hat und den Arzt zu lesen auffordert, enthält Ausdrücke zärtlichster Sehnsucht seiner Angehörigen nach ihm. Er selbst wünscht nach Hause. Es wird ihm klar gemacht, daß er möglichst herumgehen müsse und erst wenn dies tadellos gelinge, zum Abschluß der Kur auf Urlaub nach Hause dürfe. Unterstützende allgemeine Faradisation. Pat. verläßt tatsächlich das Bett, humpelt zunächst mit einem Stock herum, geht von Tag zu Tag besser, besucht schließlich den Garten, wobei er ohne Unterstützung 2 hohe Treppen passiert. Er erreicht so einen Osterurlaub.

Man möchte sagen ein prinzipieller Fall: Das Bild einer schweren „traumatischen Neurose“, ohne das mindeste Trauma.

Der Fall zeigt auch, daß die Definition der Kriegsneurosen zu weit gefaßt ist, wenn sie alle Erkrankungen im Krieg umschließen soll. Pat. hat vom Krieg weniger mitgemacht als die Zivilbevölkerung ganzer Länder. Er gehört einer Arbeiterpartie an, wird sich kaum überanstrengt haben; nur aus der Heimat wurde er gerissen. Soziale Verhältnisse (Auswanderer) vermögen das auch ohne Krieg zu erzwingen. Und einzig hier findet sich die Wurzel der Neurose. Eine zufällige Komplikation, wahrscheinlich eine Influenza — andere Male könnte es sogar ein hysterisches Fieber sein — bringt ihn in eine große Stadt, Eisenbahnknotenpunkt. Von hier aus geht die Bahn nach Hause. Aber nur den Kranken eröffnet sich diese Aussicht, und so beginnt denn der Pat. sich in hypochondrische Ideen einzuspinnen. Eine Irrigation wird zur Krankheitsursache für weitere 10 Tage. Die spastische Paraparese, die er im Spital erwirbt, dürfte in einer gewissen Beziehung stehen zur Diagnose auf seinem Kopfsattel, Erfrierung beider Beine. Zu dieser Diagnose hat offenbar ein Mißverständnis geführt; nun läßt aber Pat. seine Beine steif werden und gibt damit gewissermaßen dem Arzt recht. Von der Südtiroler Front ist Pat. so glücklich bis Wien gekommen. Als ihm klar wird, daß es jetzt mit der Krankheit nicht mehr weiter geht, läßt er sich auf den Kompromiß desurlaubes ein. So plump die ganze Sache aussieht, die in diesem Falle in der Muttersprache mögliche nähere Fühlungnahme mit dem Pat. läßt an der Echtheit seiner Krankheit nicht zweifeln. Man muß wiederum von Hysterie sprechen, insofern eine Suggestion aufgegriffen wird, ein Krankheitswunsch, sich mit körperlichen, objektiven Symptomen umkleidet.

Nebenbei bemerkt ließen sich aus dem Falle auch praktische Konsequenzen ableiten. Die Heranziehung derart Disponierter ist für den Staat sehr teuer. Pat. hat wenige Monate gearbeitet, dann 4 Monate Spitalpflege genossen, und dies nur, weil die krankhafte Persönlichkeit von Heimweh überwältigt wird. Zu Hause wäre seine ganze Arbeitskraft nutzbar gewesen, während sie, vom Militär requiriert, in der Fremde versagte. Über die Dauer der Genesung wollen wir hier wie in allen sonstigen geheilten Fällen von Neurosen nicht zu optimistisch sein. Die neuerliche Einberufung führt recht oft wieder zu Krankheitserscheinungen ebenso wie der nächste zufällige Anlaß. Bei günstigen häuslichen Verhältnissen kann man erst mit Friedensschluß auf den status quo ante rechnen.

Dysbasien von ganz der gleichen Art, wie sie in den Fällen V und VII im Spital ausgebrochen sind, wo die Muße zum Anspinnen finaler Gedankengänge Veranlassung bietet, überblicke ich jetzt schon eine lange Reihe. Kasus VII hat überhaupt kein Trauma erlitten. Bei Fall VI war dasselbe, wenn je vorhanden, so geringfügig, daß der Pat. durch Kunstgriffe nachhelfen zu müssen glaubte. Von da geht aber eine fließende Reihe aufwärts. Ein hier nicht mitgeteilter Krankheitsfall weist eine leichte Schrapnellverwundung über dem Steißbein auf, ein anderer eine schwerere, in die Massa lateralis des Kreuzbeins reichende Verletzung, wieder ein anderer einen Durchschuß durch die Lendenwirbelsäule, bei dem tatsächlich anfangs neben lokaler Druckempfindlichkeit Reflexstörungen als Zeichen einer organischen Affektion nachweisbar waren. Übereinstimmend mit den Erfahrungen des Friedens ist auch am Kriegsmaterial wieder festzustellen, daß die Hysterie namentlich dann einspringt, wenn die grob-materiellen Verletzungsfolgen dem Krankheitsbedürfnisse des Individuums nicht genügen. Begreiflich daher, daß wir hysterische Erscheinungen am ehesten finden bei schwerer Veranlagten und bei geringem oder fehlendem organischen Befund. Ein Invalide, der sich des Lebens zu freuen vermag, wird nicht hysterisch. Im Frieden kennen wir hysterische Erscheinungen bei beginnenden schweren Erkrankungen, Tabes, multipler Sklerose und anderen, als Reaktion des Individuums auf Ahnungen und Krankheitsgefühle bei geschädigtem Gehirn. Mit Fortschreiten der organischen Erkrankung verschwinden die funktionellen Beigaben, wenn sie nicht gar zu tief in der Konstitution verankert sind und durch Aufregungen, Erschwerung der Existenz lebendig erhalten werden. Bei der Häufigkeit mancher solcher

Kombination von organischem Leiden und Hysterie mußte man sich Gedanken darüber machen. Nun sieht man auch bei schweren Kriegsverwundeten und -Kranken hysterische Stigmen und Reaktionen auftreten, die als unmittelbar zwecklos, aus einem Krankheitswunsch nicht abgeleitet werden können. Ich erlaube mir auf den ersten der Männer hinzuweisen, den ich am 26. November 1915 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien vorstellte. Da ist nun folgendes festzuhalten. Die Hysterie ist ja nicht nur krankhaft verzerrter Affektausdruck, sondern auch krankhafte Affektfolge. Daß bei dem eben zitierten Soldaten nach einem Schuß in den Hals eine linksseitige Lähmung als organische Verletzungsfolge eintrat, war gewiß ein Ereignis, das eine hysterische Reaktion herbeiführen konnte. Dieselbe gehorcht dann ihren Gesetzen, wird bei einem sonst leistungsfähigen und kriegsbegeisterten Freiwilligen nach Abklingen der körperlichen Gefahr gewiß prompt verschwinden, während ein anderer Pat. — eigene Beobachtung — mit dem günstigen Ablauf seiner Unterschenkelthrombose desto lauter auf eine schmerzhaft hysterische Kontraktur der Hand aufmerksam macht. So ist die Addition von organischen und funktionellen Erscheinungen etwas ganz Natürliches.

Daß das ätiologische, das heißt das anscheinend als Ursache zunächst angesehene Moment nicht geeignet ist, die Art der Neurose zu bestimmen, kann man beispielsweise an dem so gern besonders abgehandelten Kapitel der Granaterschütterung aufzeigen. Was organische Verletzungen machen, speziell Schädeltraumen jeder Intensität, Hirnerschütterungen, das ist uns aus der Klinik wohlbekannt. Die eigentümlichen Neurosenbilder sehen anders aus. Es kann schon darum weder das chemische noch das physikalische Moment der ferner oder näher platzenden Granate sein, welches diese Neurosen erzeugt*). Neben Pat., die sich damit begnügen, ihrer primitiveren Natur entsprechend sich als krank zu bezeichnen, krank zu fühlen, wenn man um nähere Erklärung in sie dringt, endlich mit Kopfschmerzen aufzuwarten, sieht man allgemein neurasthenische Zustände. Zitterer, Fälle von hysterischer Sprachstörung, von Stummheit, Aphonie, Stottern, hier die Nachwirkung einer biologischen Affektfolge und ihre Steigerung in die Neurose. Oder die persönlich lokalisierten Formen von Hysterie. So sah ich jüngst eine Streckkontraktur des linken Kniegelenks. Versuch der eigenen Erklärung des Pat.: Als er von der Granaterschütterung zu sich kam, hatte er Schmerzen im linken Knie. Die äußere Verletzung war belanglos. Somit ist wiederum sicher, daß weder der Knall noch das Niederwerfen des Pat. zentral gerade nur im Innervationsgebiet der Kniebeuger und -Strecker des linken Beines die gewisse feine organische Veränderung hervorgerufen hat. Oder es ist irgendeine Form hysterischer Bewegungsstörung beider Beine. Oder es wird die anfängliche Bewußtseinsstörung verlängert in eine Erinnerungslosigkeit. Dem Arzt in Wien gibt der ganz infantile Mann — wieder ein konkreter Fall aus dem Universitätsspital — an, erst in der letzten Zeit allmählich erwacht zu sein; für das Dazwischenliegende fehlt die Erinnerung; Pat. weiß aber sehr gut, daß er eine Granatverletzung erlitten hat, ohne daß er eine sichtbare Verletzung hatte. Endlich sieht man alle Zwischenstufen von seelischem Torpor bis zu ausgesprochenem Stupor, natürlich der hysterischen Marke.

Merkwürdig, daß alle genug ausdrucksfähigen Pat. bei Schilderung des Ereignisses ausnahmslos vom Luftdruck sprechen. Sie können höchstens gefühlt haben, wie es sie in die Höhe hebt, niederwirft o. dgl.; das technische Wort „Luftdruck“

*) Anmerkung bei der Korrektur: Auf die seit Ablieferung des Manuskriptes im April l. J. erschienenen Arbeiten über ähnliche Themen konnte im Texte nicht mehr Bezug genommen werden. Speziell erwähnen aber möchte ich, daß A. v. Szarbo: „Über die durch Granat- und Schrapnell-Explosionen entstandenen Zustandsbilder“ (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 20, 1916) Fälle mitteilt, in welchen es durch die Gewalt des physischen Traumas zu Veränderungen gekommen ist, die zunächst über das Funktionelle hinausgehende Symptome machen. Die vorliegende Studie befaßt sich nur mit funktionell Kranken. Über die Beziehungen von organisch und funktionell ist schon gesprochen worden, werden auch noch ein paar Bemerkungen folgen. Ich muß nur meine volle Übereinstimmung mit v. Szarbo festlegen, ebenso mit den „Bemerkungen über die Beurteilung und Behandlung der Kriegsneurosen“ von Julius Bauer (Wiener klin. Wochenschr. Nr. 30).

weist meines Erachtens darauf hin, daß in ihrer Gegenwart derart physikalische Betrachtungen angestellt worden sind. Eine merkwürdige Parallele zu den Unfällen des Friedens, die auch gleich den Untersucher damit überraschen, daß sie eine Hirnerschütterung erlitten haben. Da stellt sich dann auch immer heraus, daß die Pat. das Wort von einem anderen Unfall her kennen, von einem Laien gehört haben, oder daß einer der erstintervenierenden Ärzte vor dem Verunfallten diese Diagnose gestellt. Wer die Psyche der Leute kennt, wird mir recht geben, wenn ich ein Gutteil der folgenden Neurose nicht auf den Unfall, sondern auf die Diagnose Hirnerschütterung beziehe. Wie unvorsichtige medizinische Mitteilungen auf Disponierte wirken können, ist nicht so unbekannt; in meiner schon zitierten Monographie habe ich einen schweren hysterischen Krankheitsfall aus einer obendrein irrigen Diagnose eines Arztes ableiten können (Beobachtung XX).

Erörterungen über Granatwirkungen und Luftdruck können dem Trauma selbst vorausgegangen sein, wenn die Regelmäßigkeit des Granatfeuers die Sache für ganze Truppenteile aktuell werden läßt. Ich möchte auch die Gefahr des für den Laien so geheimnisvollen Wortes Luftdruck nicht gering einschätzen; die Furcht davor vermag sogar eine ungünstige Disposition zu schaffen.

Erblickt man in der Neurasthenie die Neurose der gesteigerten Selbstbeobachtung, die für ihr Krankheits- und Insuffizienzgefühl hauptsächlich subjektive Symptome findet, objektiv gesteigerte Reizbarkeit mit Schwäche in den verschiedensten Gebieten aufweist, aber in Zusammenwirken mit der Aufmerksamkeit lokalisiert — in der Hysterie hingegen die Neurose der Umwandlung des Krankheitsgefühls in zur Schau getragene Krankheitssymptome: so gibt es für alle, die sich krank fühlen oder krank sein wollen, eigentlich nur diese beiden Möglichkeiten. Ich beziehe es auf die Artung des betreffenden Individuums, ob eine mehr neurasthenische oder mehr hysterische Reaktion auftritt. Eine reine Hypochondrie habe ich bisnun im Kriege nicht gesehen. Die hypochondrische Einstellung ist wohl etwas ganz Konstitutionelles; eine im späteren Leben scharf einsetzende Hypochondrie weist auf eine beginnende Geisteskrankheit; das ist dann keine Neurose. Ein hypochondrischer Einschlag kommt aber der Neurasthenie so gut wie der Hysterie zu, wie sich schon aus der Definition ergibt. Auch der Hypochonder hält sich für krank, will krank scheinen, die Anerkennung seiner Krankheit erzwingen. Das Auftreten von Zwangsvorstellungen, Phobien als Symptom einer Unfallsneurose würde meines Erachtens ebenfalls auf die Konstitution zurückgehen; wenn sich Zwangszustände auch niemals ohne neurasthenische Erscheinungen finden, liegt doch eine ganz bestimmte Form der Entartung vor, die genau vorgezeichnet, durch die verschiedensten äußerlichen Momente, meist jedoch ohne ein solches ganz von innen heraus zutage tritt. Keinesfalls läßt sich irgendeine Beziehung zu der Art des Traumas konstruieren. Auch nicht zu der Schwere des Traumas.

Man wundert sich nicht und sucht keine Erklärung, wenn eine neurasthenische oder hysterische Reaktion einem sehr schweren Trauma folgt. Man nimmt an, daß ein geringeres Trauma erforderlich sei, wenn gleichzeitig Vorstellungen wirken oder durch längere Zeit Schädlichkeiten, Affekte, Wünsche, einen Boden vorbereitet haben. Hier, wie im Falle der angeborenen krankhaften Konstitution kann diese Vorbereitung so weit gediehen sein, daß eigentlich gar kein auslösender Anlaß mehr erkennbar sein muß. Der Pat. findet oder erfindet sich seine Anknüpfung. Im Frieden sind es die ganz normalen Lebensreize, vide ein von mir (l. c.) schon zitiertes Fall, wo der geschichtliche Vortrag der Lehrerin vom Schulkind mit hysterischen Krämpfen beantwortet wird. Es ist ein naheliegender Schluß, daß jene Artung des Nervensystems, welche der neurotischen Konstitution zugrunde liegt, gleich ist mit der auch im Leben zu erwerbenden neurotischen Reaktionsbereitschaft. Hier scheint allerdings, als ob allgemein schwächende Ursachen, Überanstrengung, Entbehrung an Nahrung und Schlaf, Exzesse und Vergiftungen mehr die neurastheni-

schen Formen vorbereiten, der Kampf mit Wünschen, Leidenschaften. Affekten mehr die hysterischen. Da aber dieser Unterschied nicht ganz durchgreifend ist, nehme ich an, daß selbst wenn ein gegebenes Individuum gar nicht erkrankt, die Art der Disposition in ihm vorgebildet schlummert, eine ganz latente Hysterie durch dieselben Anlässe geweckt werden kann wie sonst die latente Neurasthenie. Einfach die Folgerung aus der Anschauung, daß unsere gesundheitlichen Schicksale in viel weiterem Maße, als dies noch allgemein angenommen wird, durch die Geburt bestimmt werden. Wenn man sogar bei ätiologisch nicht mehr besser zu fassenden Infektionskrankheiten (zum Beispiel Tuberkulose) auf die Familie zurückgreifen muß, um die Widersprüche des Erkrankens und der Art des Verlaufes der Erkrankung in den einzelnen Fällen zu erklären, sollte meines Erachtens, wo über das Angeborene von Talenten, Fertigkeiten, Neigungen, Eigentümlichkeiten durch viel tausendfache Erfahrung kein Zweifel mehr sein kann und übrigens gerade bei den Neurosen die Familienforschung immer wieder Fingerzeige liefert: Das Beherrschende der angeborenen Konstitution, das Fatum im medizinischen Sinne nicht mehr abgelehnt werden dürfen.

Als letzten noch einen Fall, auf den ich mich früher bereits bezogen habe. Er ist zwar als Kriegsneurose aufzufassen, stellt aber keine Neurose im Kriege dar.

VIII. J. E., 32 Jahre, verheiratet, Werkstättenarbeiter der k. k. Staatsbahnen, wird nach 17 monatigem Felddienst als unentbehrlich vom Betrieb reklamiert und hier als Heizer eingeteilt. Er hat als Soldat den fatalen Rückzug aus Serbien mitgemacht, ist nervengesund geblieben. Jetzt bei einer Zugskreuzung auf zweigeleisiger Strecke plötzlich Angstgefühl, Befürchtung eines Zugzusammenstoßes. Bei der ärztlichen Untersuchung fällt ein feines Zittern an Kopf und Fingern auf. Die zitternden Muskeln sind stark kontrahiert, an den Fingern Ablenkung möglich. Die Zunge wird nur in einzelnen Rucken bewegt, kein Nystagmus. Keine Steigerung der Beinreflexe. Pat. fühlt sich zum Verkehrsdienst ganz unfähig.

Wenn man das Krankheitsbild dieser Neurose so einfach in Wunsch übersetzen dürfte, könnte hier einer deuten, der Mann will wieder hinaus ins Feld. Tatsächlich dürfte der Tatbestand ein anderer sein. Wenn J. E. auch keinerlei Anlaß für seine Erkrankung, keine Nervenschädigung anführt, darf man doch annehmen, daß die im militärischen Dienste mitgemachten Aufregungen und Strapazen eine gewisse nervöse Disposition geschaffen haben. Über Mißbrauch von Giften, Unregelmäßigkeiten des Sexuallebens hat Pat. keine Angaben gemacht. Wie nun eine alte Friedenserfahrung lehrt, daß neurasthenische Zusammenbrüche gelegentlich erst mit dem Ausspannen aus nervenzerrüttender Mußarbeit fühlbar werden, so mag auch diesem Manne erst die Rückkehr in die Heimat Zeit und Stimmung gegeben haben, sich gehen zu lassen. Obendrein wurde er mit einem für ihn neuen, verantwortlichen Berufe belastet; welche sonstigen Schädlichkeiten in Haus und beruflicher Umgebung auf ihn wirkten, mag dahingestellt bleiben. Und so bricht ohne Unfall, weder im Kriege noch nachher, eigentlich post festum, eine Neurose aus, welche die Abziehung vom Verkehrsdienste erzwingt, dann aber eine günstige Prognose geben dürfte, da für ihre Andauer keine erkennbaren Suggestivmomente mehr vorliegen. Auch hier wäre die Annahme zugrunde zu legen, daß eine Disposition zu der Zitterneurose vorlag, die nun scheinbar spontan in friedlicher Berufstätigkeit ausgebrochen ist.

Überblicken wir zum Schlusse die psychische Wirkung des Krieges auf das Nervensystem, so wäre festzustellen, daß bei der Einberufung am meisten die Psychiatrie zu tun fand. Schon mit der allgemeinen Mobilisierung waren zahlreiche hysterische Aufregungszustände zu sehen; dahinter staken in soundso vielen Fällen beginnende Katatonien. Offenkundig wurden bis dahin latente Fälle von Pubertätspsychose, auch bei der Zivilbevölkerung. An die Musterungen knüpfen psychogene, respektive reaktive Depressionen. Einen besonders tragischen solchen Fall habe ich in der Wiener klin. Wochenschr. 1916, Nr. 2, mitgeteilt. Mit dem Fortschreiten der Kriegsoperationen kommen nun immer häufiger, wohl auch wegen der

Artung der Ersatzmannschaften, Neurosen im Kriege, die man ätiologisch beziehen muß auf die angeborene Konstitution, auf Strapazen, körperliche Erkrankungen — hysterische Bilder, namentlich nach Darminfektionen — auf Wünsche, Urlaubsschlüsse, Heimweh, Kriegsmüdigkeit — endlich Gemüterschütterung, Nervenschock, wobei diese psychogenen Momente um so geringer zu sein brauchen, je mehr durch Artung oder fortwirkende Schädlichkeiten auf der eventuellen latenten angeborenen Anlage vorbereitet ist zur Entwicklung der Neurose im Krieg.

Diagnostische Erörterungen auf Grund der Zustandsbilder der sogenannten Kriegspsychosen.

Vom LdstOA. Dr. **VIKTOR TAUSK**, Chefarzt der psychiatrischen Abteilung eines k. u. k. Reservespitals.

I.

M. H.! Eine Weile lang, besonders in der ersten Hälfte des Krieges, haben die Autoren die Bezeichnung „Kriegspsychose“ ganz unbedenklich angewendet. Die einen gebrauchten sie vielleicht nur in der Erwartung, daß die infolge der Kriegserlebnisse entstandenen geistigen Störungen spezifische klinische Merkmale tragen werden; andere wieder wendeten die Bezeichnung ohne besondere theoretische Voraussetzungen an und ohne sich dafür besonders verantwortlich zu fühlen. In der letzten Zeit habe ich den Eindruck gewonnen, daß die Mehrheit der Autoren sich dafür entschieden hat, den Ausdruck „Kriegspsychose“ nur als Bezeichnung des Anlasses der Erkrankung zu gebrauchen. Selbstverständlich ist davon abzusehen, daß der Krieg oder ein bestimmtes Kriegereignis den Vorstellungsinhalt der gestörten Geistesproduktion bildet, sofern dieser Inhalt in einer schon bekannten Form der geistigen Störungen aufgearbeitet erscheint¹⁾.

Ich selbst konnte mir anfangs nicht erlauben, in der Frage, ob es eigene Kriegspsychosen gebe, Stellung zu nehmen. Die Eigentümlichkeit des Krankenmaterials am russischen Kriegsschauplatz stellte mir zunächst gröbere Aufgaben, die zu bewältigen waren, damit überhaupt eine Diagnose gestellt werden könne. Es ist natürlich, daß mein Bestreben in erster Linie darauf gerichtet sein mußte, die Krankheitsbilder unter den klinisch erledigten Zustandsbildern und Krankheitsformen unterzubringen und Erscheinungen, die mir gegenüber den Erfahrungen an der Klinik neu und unverständlich vorkamen, dennoch nach den klinisch gesicherten Kategorien der Diagnostik zu ordnen.

Die Schwierigkeiten, die sich der Diagnose in gewissen, und zwar sehr zahlreichen Fällen, entgegenstellten, ließen sich auf zwei Hauptmomente reduzieren: zunächst war es die Unkenntnis oder mangelhafte Kenntnis der Sprache und der sprachlichen Nuancen der Kranken, die aus allen Sprachgruppen der Monarchie stammten, und zweitens das spezifische Lebensmilieu des Einzelnen, die soziale und kulturelle Eigentümlichkeit des Niveaus, auf dem sich das Leben des Kranken bis zum Kriege abgewickelt hatte.

Eine bessere Orientierung in den vielen fremden Sprachen, hauptsächlich aber die Anpassung an die sehr unangenehme und unzuverlässige Examination mit Hilfe des Dolmetsches bewirkten, daß viele neue und unverständliche Erscheinungen alsbald nichts mehr Problematisches boten. Das zweite Moment behielt jedoch seinen Wert für die Formgebung des Krankheitsbildes und seine Schwierigkeit für die Diagnosenstellung. Wenn ich mich auch zum Schluß der Beobachtung meistens entschließen konnte, das fragliche Zustandsbild einer der be-

¹⁾ Dieser Vortrag wurde am 2. feldärztlichen Abend in Lublin am 19. Jänner 1916 gehalten. Spätere Erfahrungen haben eine Erweiterung und Abänderung der Abhandlung notwendig gemacht. Ein wesentlicher Teil der theoretischen Erörterungen der Paranoia cum Melancholia wurde auf Grund einer später abgehaltenen Diskussion in der „Wiener psychoanalytischen Vereinigung“ hinzugefügt. Desgleichen wurden einige Beispiele und die Beschreibung der akuten Angstparanoia später in die Arbeit eingetragen.

kannten klinischen Gruppen zuzurechnen, so mußte ich das in vielen Fällen mit der Klausel begleiten: so sieht diese Krankheit bei einem Menschen aus dieser Volksschicht, aus diesem Kulturmilieu aus. Ich mußte mir sagen, daß die Ausbildung an einer großstädtischen Klinik, an einem relativ hochkultivierten Krankenmaterial, einen gewissen Schaden mit sich führe: die primitivsten Formen der einzelnen Geisteskrankheiten sind dort nicht zu finden. Man kann in der Vorstellung vom Grade der Primitivität gewisser Volksklassen nicht zu weit gehen. Der niederösterreichische Bauer stellt eine hochgezüchtete Kultur gegenüber etwa dem ruthenischen vor, von dessen geistigem Interessenskreis und von dessen Lebensanschauung sich ein Mensch von unserer Kultur nur beschreibende Worte, keine mit verstehendem Gefühl begleitete Vorstellungen machen kann. Dies war der Grund, warum mir eine Anzahl Fälle von Schizophrenie eine ganze Zeitlang unzugänglich erschienen ist. Eine Reihe dieser Kranken bot das merkwürdige Bild eines euphorischen Schwachsinnigen mit dem läppischen Gehaben eines manisch erregten, dummen Kindes von 5 oder 6 Jahren. Was bei diesen Kranken als „Vorbeireden“ imponierte, konnte ebenso gut Nichtverstehen, Stumpfsinn oder läppische Bosheit sein. Man muß die Erfahrung gemacht haben, wie wenig mitteilbar und wie wenig zur Mitteilung psychischer Bewegungen diese Menschen auch in normaler Verfassung befähigt sind, damit man die Schwierigkeiten der differentialdiagnostischen Aufgabe bei diesen Fällen mitfühlen könne. Alle die Formen, in denen die Schizophrenen in der europäischen Kultur ihre abnormen Körpersensationen mitteilen: das Elektrisiert-, Hypnotisiert-, Beeinflußtwerden u. dgl., stehen hier nicht zu Gebote. Die für die Schizophrenie so charakteristische Grübeleien über die Veränderung der Person und Persönlichkeit fällt hier weg. Diese Kranken grübeln nicht, sie stehen den krankhaften Phänomenen an der eigenen Person vollkommen ratlos und zu bewußter Formulierung unfähig gegenüber. Viele machen den Eindruck des Delirium tremens, andere wieder sehen dem manischen Stadium einer stark dementen progressiven Paralyse so außerordentlich ähnlich, daß man sich auf den Eindruck, den man von der Schizophrenie in allen ihren mannigfaltigen Formen auf der Klinik bekommen hat, gar nicht mehr berufen kann. Nur eben die Mannigfaltigkeit der Symptome bei diesen Kranken, der Wechsel und das Vielerlei der Erscheinungen, die sie bieten, läßt auf das Vielerlei der inneren Vorgänge schließen, zu deren Aufarbeitung die zahlreichen, morphologisch verschieden zentrierten Symptome dienen sollen, was eben für die Schizophrenie so charakteristisch ist. Man muß jedoch eben auf dieses Vielerlei Gewicht legen, denn es handelt sich oft um Phänomene, die der Situation des Kranken nicht widersprechen und leicht für belanglose Äußerungen des normalen, dem Milieu angepaßten psychischen Ablaufs gehalten werden können. Wenn man ein ausgesprochenes, klinisch charakteristisches Symptom zu sehen bekommt, wie etwa: wenn der Kranke seinem Nachbarn ohne jede Veranlassung eine furchtbare Ohrfeige versetzt und sich weiter nicht um ihn kümmert, oder immerzu ins Bett näßt oder Kot schmiert, hat man schon eine große Erleichterung vor seinem wissenschaftlichen Gewissen, indem man, sofern die progressive Paralyse ungefähr ausgeschlossen werden kann, nunmehr die Diagnose Schizophrenie stellt.

Diese Menschen sind eben auch in der Krankheit so unproduktiv an geistigen Erscheinungen wie in der Gesundheit, sie liefern nur grobe Affektäußerungen: traurige, heitere, zornig erregte Verstimmung; und soweit diese Äußerungen allein für die Diagnosenstellung unzulänglich sind, steht der Psychiater vor den beschriebenen, oft unüberwindlich erscheinenden Schwierigkeiten.

Unter den etwa 1500 Fällen, die ich im Laufe von 7¹/₂ Monaten meist direkt von der Front bekam, sah ich nur viermal die typische reine Paranoia. Die Fälle betrafen gelernte deutschsprachige Handwerker. Melancholie war ziemlich stark vertreten, einigmal mit Selbstmordversuch, meistens in unproduktiver, stuporöser Form, etwa in einem Drittel der Fälle mit Angst, und immer unproduktiv und den