

Bibliothèque numérique

medic@

**Dictionnaire des maladies
éponymiques et des observations
princeps : Fröhlich (syndrome de)**

**FRÖHLICH, Alfred. - Ein Fall von
Tumor der Hypophysis cerebri ohne
Akdremegalie**

*In : Wiener klinische Rundschau, 1901, Vol. 15, pp.
906-8*

Der der Stirne entnommene, gegen Lid und Wange verpflanzte gestielte Lappen ist etwas oedematös gewulstet, doch bildet sich diese Schwellung auf leichte Massage in kurzer Zeit zurück. Die leichte Verziehung des rechten Mundwinkels gleicht sich bald aus, so dass der kosmetische Effect vollkommen befriedigt.

(Fortsetzung folgt.)

Aus der I. medicinischen Klinik des Herrn Hofrathes Prof. H. Nothnagel.

Ein Fall von Tumor der Hypophysis cerebri ohne Akromegalie.

Von Dr. Alfred Fröhlich.*

(Schluss.)

Eine genaue Durchsicht der Literatur förderte zutage, dass in einer Reihe von Fällen von Tumoren der Hypophyse bei Fehlen aller akromegalischen Symptome anderweitige trophische Störungen zur Beobachtung kamen, welche den bei unserem Pat. vorhandenen sehr verwandt erscheinen. Es mögen daher diese Fälle eine kurze Besprechung finden.

Der erste dieser Fälle ist von Mohr (32) 1841 beobachtet. Es bestand Schwindel, Geisteszerrüttung, apoplektische Anfälle, tetanische Krämpfe, Kopfschmerz, Abnahme der Sehkraft, Gedächtnisschwäche, auffallende Fettleibigkeit und früher nicht vorhandenes kindisches Wesen.

Tod durch Apoplexie. Autopsie: Tumor der glandula pituitaria; grosser Fettreichthum der inneren Organe, namentlich des Herzens, des Mesenterium und der Leber.

Hippel's (21) Fall zeigt folgenden Leichenbefund: weibl. Individuum, weisse Hautdecken, sehr fettreiches Unterhautzellgewebe, gut entwickelte fette Muskulatur. Im grossen Netz und Mesenterium eine massige Fettanhäufung. Sarcom der Hypophyse.

Glaser (16) berichtet über eine sehr fettleibige Person mit lividen Wangen, auf denen die Venen erweitert sind; stupides, apathisches Wesen, kein Fieber, plötzlicher Tod. Sectionsbefund: wallnussgrosser, sarcomatöser Tumor der Hypophysis cerebri, nebst chronischem Hydrocephalus, Compression des Chiasma, der NN. optici und olfactorii.

Wadsworth (51) erzählt von einem Fall von Myxoedem mit Atrophie der Sehnerven. Es bestand kein Kopfschmerz, die Sehstörungen hatten 1 1/2 Jahre vor dem Tode begonnen. Die Haut gab das Gefühl wie von einer excessiven Bildung des Fettgewebes. Da die Anamnese jedoch von Vergrößerung von Händen und Gesicht berichtet, so kann das gleichzeitige Bestehen von Akromegalie in diesem Falle nicht ausgeschlossen werden.

Will's (54) Fall zeichnete sich gleichfalls durch excessives Fettwachsthum aus. Akromegalische Symptome fehlten völlig. Daneben bestand einseitige Amaurose.

Boyce und Beadles (8) bringen zwei Fälle von Myxoedem mit Atrophie der Schilddrüse und vergrößerter Hypophyse ohne Akromegalie. Nur der erste dieser Fälle ist genauer wiedergegeben. Es handelt sich um eine 42jäh. Frau mit Demenz. Kein Kopfschmerz, Gehör, Visus gut. Sprache langsam. Haut weiss, Wangen weiss, die Haut macht einen fettigen Eindruck (greasy appearance). Nie starker Schweiss, Urinmenge vermehrt. Kein Eiweiss. Sonst negativer Befund. Anatomischer Befund: Myxoedem, Körper sehr fett, Gewicht 84 kg, sehr reichliches subcutanes Fettgewebe, das blass und etwas oedematös war. Viel subperitoneales Fett im Omentum, gleichfalls viel retroperitoneales Fett, blass von Farbe und deutlich oedematös. Vergrößerung der Hypophyse auf das Doppelte durch einfache Hypertrophie des vorderen Lappens. Schilddrüse sehr verkleinert.

*) Siehe Wiener klinische Rundschau 1901, Nr. 47.

Von Interesse sind die von Boyce und Beadles (9) an anderer Stelle veröffentlichten Befunde von 6 Fällen von Hypophysiserkrankung bei Geisteskranken. Wir lesen da:

Fall 1. 62 j., acute Manie, Epilepsie. Körper fett und gut entwickelt. Hypophyse wallnussgross.

Fall 2. 63 j., Manie. Ziemlich wohlgenährt, Cyste der Hypophyse.

Fall 3. 35 j., Manie. Blass, Oedeme an Händen und Füssen. Gesicht aufgedunsen und wachsig. Blind! Post mortem: Körper sehr blass, wohlgenährt, wachsartig. Keine Haare ad pubes oder in axilla. Wallnussgrosse Cyste der Hypophyse, drückte auf die Tractus N. optici.

Fall 4. 40 j., Hallucinationen. Akromegalie, erinnerte an Myxoedem. Cyste der Hypophyse.

Ich gebe alle diese Fälle wieder, weil mir die Verschiedenheit der Befunde von Interesse zu sein scheint, selbst wo tropische Störungen wie die, von denen die Rede ist, fehlen.

Bemerkenswert ist ferner der von Pechkranz (34) mitgetheilte Fall, der hier kurz wiedergegeben werden soll: 17jäh. männl. Pat.; Kopfschmerz, links Amaurose, rechts temporale Hemianopsie. Beiderseits Neuritis optica. Sonst normale Verhältnisse. Nach 1 1/2 Jahren vollständige Blindheit. Panniculus adiposus sehr stark entwickelt. Das Gesicht, besonders die Hände und Füsse mit den unteren Theilen der Unterschenkel machen den Eindruck eines bedeutenden Oedems, ohne dass jedoch bei Fingerdruck eine Einsenkung sichtbar würde. Gesicht maskenartig im Ausdruck. Körperbau nähert sich dem weiblichen Typus. Haut weiss, zart und ausser am Capillitium haarlos. Mammae entwickelt, enthalten Knoten. Geschlechtsorgane schwach entwickelt. Gesicht blass, keine Behaarung. Stimme dünn, kindlich. Keine Volumsvergrößerung der Knochen. Sogar am letzten Tage des Lebens keine Spur von Abmagerung. Albuminurie. Autopsie: Gesicht, Füsse und Hände, Unterschenkel und Vorderarme verdickt. Kein gewöhnliches Oedem; da auch bei stärkstem Fingerdruck keine Vertiefung zurückbleibt. Dieser Umstand wird vom Verfasser wiederholt betont, da ja sonst bei der bestandenen Albuminurie der Gedanke an nephritische Oedeme naheliegen würde. Auf der Schädelbasis, über der Sella turcica fand sich eine Geschwulst der Hypophyse, welche nach vorne weiter nach links als nach rechts reichte. Verfasser denkt an die sogenannte Pachyakria mollis (Arnold), die in einem Hypervolumen der Weichtheile besteht.

Stewart's (46) Fall stellte sich als ein Endotheliom der Schädelbasis heraus, welches Hypophysis und Chiasma in sich hatte aufgehen lassen. Aus der Krankengeschichte hervorzuheben ist der langsame Verlauf (9 Jahre). Es bestanden Amaurosis links, Hemianopsie rechts, später auch Amaurosis rechts. Starke Zunahme des Unterhautfettgewebes, auch leicht oedematöser Zustand der Hände und Füsse, also Andeutungen von Myxoedem. Walton und Cheney's (52) Fall zeigte folgenden Verlauf: temporale Hemianopsie links, dann Atrophie N. optici und Amaurosis links; das rechte Gesichtsfeld normal. Akromegalische Symptome fehlten, doch war Patient von Jugend auf auffallend stark entwickelt. Die Nase war breit, Lippen und Zunge gross. Kopfschmerz, Nausea, Apathie. Gesicht maskenartig, Haar trocken. Die Section zeigte ein peritheliales Angiosarkom auf der Sella turcica.

Es findet sich sonach eine nicht unbedeutliche Anzahl von Fällen, in denen ein Tumor, beziehungsweise eine Vergrößerung der Hypophyse begleitet war von einer zum Theile ganz excessiven Zunahme des Körperfettes; gemeinsam ist diesen Fällen das Fehlen akromegalischer Symptome. Auch in unserem Falle sind Symptome von Akromegalie nicht einmal andeutungsweise vorhanden.

Gleichwohl dürfte es keinem zu starken Widerspruche begegnen, wenn man versucht wird, die *Obesitas nimia* in diesen Fällen als trophische Störungen bedingt durch Veränderung der Hypophyse aufzufassen und sie in eine Linie zu stellen mit anderen bei Erkrankungen des Hirnanhangs, sowie der übrigen sogenannten Blutdrüsen, beobachteten trophischen Anomalien. Es ist ja eine wohlbekannte und speciell auch von Vertretern der Wiener Schule hervorgehobene Thatsache, dass die Erkrankungen der Organe mit „innerer Secretion“ vielfache Aehnlichkeit und Gleichheit der Symptome aufweisen.

Ich erinnere nur an die höchst merkwürdige Beobachtung von Hermann Schlesinger (43), der ein wohl ausgebildetes Myxoedem verschwinden und einer typischen Akromegalie Platz machen sah. Andeutungen von Myxoedem bei Akromegalie sind wiederholt hervorgehoben worden, so von Comini, Schiff (42) u. a.

Am ausführlichsten erscheinen alle diese interessanten Verhältnisse in der Publication von Pineles (36) gewürdigt. Dieser Autor verglich Akromegalie, Myxoedem und M. Basedowii und zog Genitaldrüsen und Pankreas in den Kreis seiner Betrachtungen.

Ich kann hier füglich von einer Wiederholung dieser merkwürdigen Befunde absehen. Ich möchte nur nochmals erwähnen, dass in unserem Falle, neben der Adipositas auch noch andere Symptome vorhanden sind, welche es wahrscheinlich machen, dass diese anderen trophischen Störungen gleichzeitigen sind. So den spärlichen Haarwuchs mit Haar- ausfall, die Unbehaartheit der Axillen, die Entwicklung der Brustdrüsen, die eigenthümliche, an das weibliche Genitale erinnernde Beschaffenheit der Schamgegend. Die Nägel wachsen, wie Patient bestimmt angiebt, seit etwa einem Jahre rapid; wenngleich er sie alle drei Tage beschneidet, so wachsen sie doch in diesem Zeitraume zu erheblicher Länge heran. Endlich hat man an manchen Stellen (Hand, Finger) das deutliche Gefühl, dass die Haut verdickt ist. Von dem subjectiven Kältegefühl, der Trockenheit der Haut wurde bereits gesprochen. Es ist also wenigstens die Andeutung eines myxoedematösen Zustandes vorhanden.

Es ist hier der Ort, der nach experimenteller Exstirpation der Schilddrüse auftretenden Hypertrophie der Hypophysis Erwähnung zu thun, die sich jedoch immer in mässigen Grenzen hält. Man könnte demgemäss beim echten Myxoedem und beim sporadischen Cretinismus Augensymptome eigentlich nicht erwarten.

Die von Hitschmann (22) an Cretins erhobenen Befunde ergeben thatsächlich das Fehlen von für Hypophysenvergrößerung charakteristischen Störungen. Der Fall Uthoff's (49) freilich (Zwergwuchs und bitemporale Hemianopsie) lässt kaum eine andere Deutung zu als die, dass nach Atrophie der Schilddrüse das Längenwachsthum sistierte und eine compensatorische Hypertrophie der Hypophyse eintrat, die beträchtlich genug war, um auf das Chiasma comprimierend zu wirken.

Aus dem bisher Mitgetheilten kann demnach wohl geschlossen werden, dass bei Symptomen, die auf einen Tumor in der Gegend des Hirnanhangs hinweisen, bei Fehlen akromegalischer Symptome das Vorhandensein anderweitiger trophischer Störungen, wiewas sich entwickelnde Fettleibigkeit, oder auch an Myxoedem erinnernde Hautveränderungen auf die Hypophyse selbst als Ausgangspunkt der Neubildung hinweist.

Fehlen solcher Erscheinungen beweist freilich nichts gegen das Vorhandensein eines Tumors des Hirnanhangs. Es soll auch nicht verschwiegen werden, dass in einzelnen Fällen von Hypophysentumor im Sectionsbefund schlechter Ernährungszustand notiert erscheint, so in den Fällen von Heusser (20), Vögelin (50), Burr (11), Roscioli (39).

Soweit die Aufklärung, welche uns die Klinik liefert. Die theoretischen Kenntnisse bezüglich der Hypophyse stehen auf unsicherem Boden. Die experimentelle Forschung ist bisher über die Constataktion primitiver Wechselbeziehungen im Volumen von Thyreoidea und Hypophyse nicht hinausgekommen. Die Ansichten anderer Autoren wie z. B. von Lloyd Andriezen (28), stehen auf so schwacher Basis und decken sich so wenig mit den klinischen Thatsachen, dass sie einer Wiederlegung wohl kaum bedürfen. Beziehungen zwischen Hypophyse und den Genitaldrüsen werden wohl mit Recht vermuthet, entbehren aber jeder plausibeln Erklärung. Und was die Stellung der Hypophyse zur Akromegalie betrifft, so ist noch eine ganze Reihe von Facten dringend der Aufklärung bedürftig. Wie soll man, causale Beziehungen der Hypophyse zur Akromegalie vorausgesetzt, sich die einwandfrei festgestellten Fälle von typischer Akromegalie ohne Hypophysenveränderung erklären! Warum kommt es in manchen Fällen von Hypophysenerkrankung zu Akromegalie, in so vielen anderen bei durchaus ähnlicher Entartung dieses Organs aber nicht? Einige diesbezügliche Erklärungsversuche liegen vor.

Burr und Riesman (11) glauben, dass die Hypophysiserkrankung eine vollständige sein müsse, um Akromegalie hervorzurufen; derselben Ansicht sind Walton und Cheney (55). Es sind aber hinlänglich Fälle von vollständiger Zerstörung des Hirnanhangs ohne Akromegalie bekannt.

Agostini (1) formuliert seine Ansicht dahin, dass es bei jugendlichen Individuen besonders zu gutartigen Tumoren in der Hypophyse mit langsamem, chronischem Verlaufe komme, die so zum Symptomenbilde der Akromegalie führen, dem erst später, durch dann auftretende Degenerationsprocess die vom Verfasser supponierte Cachexia hypophyseopriva folgt; bei Erwachsenen hätten die Tumoren bösartigen, kürzeren Verlauf, daher käme es hier gleich zu den Erscheinungen des „Dyspituitarismus.“ Dem steht contradictorisch die Thatsache entgegen, dass nach Sternberg (45) bei den acut verlaufenden Fällen von Akromegalie stets ein Sarkom der Hypophyse, also eine rasch verlaufende Neubildung gefunden wurde. Wir stehen eben noch vor manchen unerklärten Erscheinungen. Immerhin könnte das wohl unzweifelhafte Auftreten von trophischen Veränderungen, wie Fettsucht, Myxoedem bei Tumoren der Hypophyse ohne akromegalische Erscheinungen, geeignet sein, die sogenannte Hypophysistheorie der Akromegalie zu stützen.

Literaturverzeichnis:

1. Agostini: Rivista di Patol. nervosa e mentale, IV. 4, 1898.
2. Anderson: Brain, 1886, October.
3. Beadles C. F.: Transact. of the Pathol. Society of London, Vol. 48, p. 1, 1897.
4. Beck: Prager Zeitschrift, f. Heilkunde, 1883.
5. Bernhardt: Beiträge zur Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste, Berlin 1881.
6. Boltz: Jahrb. d. Hamburg. Krankenanst., 1894.
7. v. Bonadorff und Homén: Finska läkarsälls kap förhandl. 1893, XXXV, p. 32; citirt Neurolog. Centralbl. 1893, p. 391.
8. Rubert Boyce und Cecil F. Beadles: The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. I, 1893, p. 223.
9. Rubert Boyce und Cecil F. Beadles: The Journal of Pathology and Bacteriology, Vol. I, 1893, p. 359.
10. Breitner: Virch. Arch. Bd. 93, 1883.
11. Burr und Riesman: Journal of nerv. and ment. diseases, 1899, XXVI, p. 20.
12. Cassirer: Ref. Neurolog. Centralbl. 1899, Nr. 23, p. 1113.
13. Cunningham: The Journ. of Anatomy and Physiology, July 1879.
14. Eisenlohr: Virch. Arch. Bd. 68, 1876.
15. Friedreich N.: Beiträge zur Lehre von den Geschwülsten innerhalb der Schädelhöhle. Würzburg 1853.
16. Glässer: Berlin. Klin. Woch. 1883, Nr. 52.
17. Greding: Melancholico-maniacorum Sectiones. Leipzig 1771, citirt bei Boyce und Beadles.
18. Hamburger: Ref. im Centralbl. f. Augenheilkunde, März 1898, p. 81.
19. Handford: Brain 1892.
20. Heusser: Virchow's Arch. Bd. 110, p. 9, 1887.

21. Hippel: Virch. Archiv, Bd. 126, p. 124, 1891.
22. Hirschmann R.: Wr. Klin. Woch., 1898, Nr. 27.
23. Hunter, Trans. of the pathol. Society of London. Vol. 49, p. 249, 1898.
24. Jokeloff: Virch. Arch. Bd. 143, 1897.
25. Knapp: Arch. of scient. and pract. med. 1873, 4.
26. Ladame P.: Symptomatologie und Diagnostik der Hirngeschwülste, Würzburg 1865.
27. Lawrence J. und T. W. P.: Trans. of the path. Soc. of London, 1899, p. 202.
28. Lloyd Andriezen: British medical Journal 1894, p. 54, Jan. 13.
29. Lloyd Hendrie: Proceedings of the path. Society of Philadelphia, 1899, July 1, Vol. 20, p. 199.
30. Loeb und Arnold: Virch. Archiv, Bd. 57, Heft 2, 1857.
31. Massot: citiert bei Heusser s. o.
32. Mohr: Mittheilungen für neuropatholog. Studien, Schmidt's Jahrb. Bd. XXX, 1841.
33. Oppenheim: Virchow's Arch. Bd. 104, p. 306, 1886.
34. Pechkranz: Neurolog. Centralbl. Bd. 18, Nr. 5 und 6, 1899.
35. Petrina: Klinische Beiträge zur Localisation von Gehirntumoren. Prag 1877.
36. Pineles Fr.: Volkmann's klinische Vorträge, Nr. 242, 1899.
37. Rayer: Arch. génér. de méd. T. III, 1823.
38. Ribbert: Virch. Arch. Bd. 90, 1882.
39. Roscioli, Il Manicomio 1890, VI, p. 185.
40. Rosenthal: Klinik der Nervenkrankheiten, 1875.
41. Sachs Th.: Arch. f. Augenheilkunde, XXVI, 3 und 4, p. 237, 1893.
42. Schiff A.: Wien. klin. Woch., 1897, p. 277.
43. Schlesinger H.: Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte. Wien, 1890, Sept. 1894. Ref. Neurolog. Centralbl. Bd. 13, p. 741, 1894.
44. Sôca: Nouv. Iconogr. de la Salpêtr. XIII, 2, p. 101.
45. Sternberg M.: Die Akromegalie. Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie, VII. Bd., II. Theil, 1897.
46. Stewart: Boston med. and surgical Journ. Nr. 21, 1899.
47. Stirling J. W.: Annals of ophthalm. Vol. 6.
48. Türk: Zeitschrift d. k. k. Ges. d. Ärzte zu Wien, 8. Jahrg. Bd. 2, p. 299, 1893.
49. Uthoff: Berlin. klin. Woch. 1897.
50. Voegelin: Allgem. Zeitschrift f. Psych. Bd. 54, p. 588.
51. Wadsworth: The Boston med. and surg. Journal 1885, Jan. p. 5.
52. Walton G. L. und Cheney F. E.: The Boston med. and surg. Journ., 1899, Dec.
53. Weir Mitchell: The Journal of nervous and ment. diseas. 1889, XIV, p. 441.
54. Willis: Brain 1892, Autumn-Winter Part.
55. Wolf K.: Beiträge zur path. Anat. und allgem. Pathologie. XIII, 3. u. 4., p. 629, 1893.
56. Zander: Deutsche med. Wochenschr. 1897, Nr. 3.

Aus der I. k. k. psychiatrischen Universitätsklinik
(Professor Dr. v. Wagner) in Wien.

Geistesstörungen bei den Juden.

Von Dr. Alexander Pilcz,
klinischem Assistenten.
(Schluss.)*

Die Tabellen liefern unter Anderem ein anschauliches Bild der bekannten Prädisposition der Geschlechter für einzelne bestimmte Formen von Geistesstörungen. So überwiegen bei den Paralytikern weitaus die Männer, bei acuten Psychosen, speciell der Amentia, sind fast nur weibliche Kranke vertreten, an der Paranoia participiren beide Geschlechter in annähernd gleichem Masse. Nach Binswanger lässt sich für die Epilepsie ein Unterschied zwischen der Frequenz bei beiden Geschlechtern nicht namhaft machen. Dass unter meinen geisteskranken Epileptikern nahezu doppelt soviel Männer als Frauen sind, lässt sich, wenn man nicht an Zufälligkeiten denkt, was bei der grösseren Menge von Einzelfällen wohl minder wahrscheinlich ist, am besten durch die Berücksichtigung des unter den ätiologischen Factoren mitconcurrirenden Abusus Spirituosorum erklären, welches Moment bei den Männern mehr in Betracht kommt. Es stünde damit im Einklang, dass die Anzahl der jüdischen Epileptiker bei den Männern und Frauen dieselbe ist, der relative Procentsatz für die Männer aber etwa um die Hälfte geringer (es beziehen sich meine Zahlen selbstverständlich nur auf epileptische Geisteskranken, nicht auf die einfache Neurose).

Einen niedrigen Procentsatz finden wir bei den unter der officiellen Diagnose erworbene Dementia (VIII) subsumirten Fällen. Ich habe hier

eine Unterabtheilung gemacht in senile Dementia und secundäre Dementia nach acuten Psychosen. Bezüglich der ersteren ergibt sich keine nennenswerthe Differenz zwischen beiden Geschlechtern, kein sonderlicher Unterschied gegenüber dem Verhältnisse der Gesamtbevölkerung zu den Juden.

Auffallend hoch erscheint dagegen der Procentsatz der Juden unter den nach acuten Psychosen verblödeten Frauen. Bei der Schwierigkeit der Abgrenzung der Dementia praecox gegenüber der secundären Dementia als Endausgang von acuten Geistesstörungen, zumal wenn ein stationäres abgeschlossenes Zustandsbild vorliegt, und man zur Beurtheilung des ursprünglichen Krankheitsbildes nur auf alte Krankengeschichten angewiesen ist, musste die Eintheilung in secundäre Dementia und Hebephrenie bis zu einem gewissen Grade willkürlich sein; allein auch für die Dementia praecox begegnen wir wieder verhältnissmässig hohen Ziffern mosaischer Kranken, speciell wieder für weibliche Individuen, so dass aus der immerhin nicht geringen Zahl von Beobachtungen (secundäre Dementia und Dementia praecox — 108*) der Schluss gezogen werden darf, dass die Juden in höherem Masse als die übrige Bevölkerung bei im jugendlichen Alter entstandenen acuten Psychosen Gefahr laufen zu verblöden. (Selbstverständlich sind davon die scharf umschriebenen Krankheitsbilder des periodischen Irreseins ausgenommen.) Man vergleiche damit die oben citirten Ausführungen von Beadles.

Wenig jüdische Kranke finden wir endlich unter den der Irrenanstalt mit der Diagnose Moral insanity zugewiesenen Fällen. Das officiële Schema fasst unter Nr. II alle Fälle von Imbecillitas zusammen, auch den „Schwachsinn mit Gefühlsentartung“. Ich hielt hier mit Rücksicht auf das so mannigfache Material, das unter der Flagge Imbecillitas segelt, eine Unterabtheilung für angezeigt, in Fälle einfachen Schwachsinnes, und Fälle jener Kategorie von Geisteskranken, die gerade in einer grossstädtischen Irrenanstalt leider nur zu zahlreich eingebracht werden und „die Manen mit verschiedenen Namen, als Degenerirte, psychopathisch Minderwerthige, als moralisch Irreirreine, am Zurechtfinden aber als Verbrechernaturen bezeichnet...“ (v. Wagner) 14). Das beträchtliche Ueberwiegen der Männer (45 : 9) erklärt sich leicht aus dem „Sicherheitsventil“ der Prostitution, welche weibliche Individuen dieses Schicksals in recht wirksamer Weise vor der Criminalität und implizite vor gerichtsarztlicher Untersuchung und Abgabe in die Irrenanstalt zu schützen geeignet ist.

Was nun das Verhältniss der jüdischen zu den nichtjüdischen Verbrechernaturen anbelangt, so ergibt eine einfache Ueberlegung, dass die in meiner Tabelle gefundenen Zahlen zu irgend welchen Schlüssen nicht verwendbar sind; denn es liegt in der Natur der Sache, dass als Tertium comparationis hier nicht das Verhältniss der Juden zur Gesamtbevölkerung herangezogen werden darf, sondern nur das Verhältniss der mosaischen zu den nichtjüdischen Verbrechern.

Ueber derartige statistische Angaben verfüge ich augenblicklich nicht. Dazu kommt, dass Leute dieser Kategorie in den seltensten Fällen direct der Anstalt zuwachsen, sondern meist auf dem Umwege über das Landesgericht, die Strafanstalt u. s. w. Wer nun die Verhältnisse kennt, weiss, dass es meist von rein äusserlichen Umständen, von Zufälligkeiten abhängt, ob unter der grossen Schaar der rückfälligen Gewordenen, der Gewohnheitsverbrecher, der eine oder der andere auf seinen Geisteszustand hin untersucht wird. Diese Individuen unterliegen daher einer Auslese, ehe sie in die Irrenanstalt kommen, es muss eine gerichtsarztliche Untersuchung stattfinden, die nur fallweise von den juridischen Persönlichkeiten verlangt wird. Ich habe mich mit diesen Ausführungen schon viel zu weit von dem eigentlichen Thema meiner Studie entfernt, musste aber gleichwohl diese Worte einschleichen, um darzulegen, warum meines Erachtens nach die in Tabelle I angegebenen Zahlen bei dieser speciellen Form des Irreseins keinerlei Schlüsse irgend welcher Art zu gestatten scheinen.

Ich will übrigens immerhin die Möglichkeit offen lassen, dass die geringere Anzahl der in den Irrenanstalten aufgenommenen jüdischen Verbrechernaturen bis zu einem gewissen Grade mit einem oben ausgeführten Momente, nämlich dem Fehlen des Alkoholismus bei den Juden in ursächlichen Zusammenhang zu bringen wäre.

Bei der Amentia, bei welcher so überaus häufig äussere Schädlichkeiten (Inanition, Infectiouskrankheiten etc.) eruiert werden können, gibt das Verhältniss jüdischer Kranke unter den Frauen zu keiner

*) Siehe Wiener klinische Rundschau, Nr. 47.

*) Die Kranken der beiden Tabellen I u. II zusammengenummen.