



UEBER DIE ISOLIRUNG DER GEISTESKRANKEN.

ERFAHRUNGEN

AUS DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK ZU FREIBURG I. B.
IN DEN ERSTEN ZWEIUNDEINHALB JAHREN
IHRER THÄTIGKEIT.

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER

MEDIZINISCHEN DOCTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDIZINISCHEN FACULTÄT

DER

ALBERT-LUDWIGS-UNIVERSITÄT

FREIBURG IN BADEN

VON

PAUL LEHMANN

ASSISTENZARZT AN DER PSYCHIATRISCHEN KLINIK,
AUS DRESDEN.



FREIBURG I. B.

UNIVERSITÄTS-BUCHDRUCKEREI VON CHR. LEHMANN.

1890.

Gedruckt mit Genehmigung der medicinischen Facultät
in Freiburg.

DEKAN:

Prof. Dr. E. Baumann.

REFERENT:

Prof. Dr. H. Emminghaus.

11
Meinen geliebten Eltern.

Auf keinem anderen Gebiete der gesammten Medizin hat sich im Laufe der Zeit und zwar ganz besonders der letzten Jahrzehnte ein so völliger Umschwung der Anschauungen und dadurch der Verhältnisse vollzogen, wie auf dem der Psychiatrie. Diese scharf in das ganze Wesen der Irrenbehandlung einschneidenden Veränderungen, der vollkommen von dem bis zu dieser Zeit herrschenden System verschiedene Standpunkt, von dem aus man die Psychiatrie zu betrachten begann, haben dieselbe eigentlich erst zu dem gemacht, was sie jetzt in so schöner und hervorragender Weise ist, zu einer fruchtbaren, segensbringenden Wissenschaft.

Die Berichte über die Zustände in den früheren Asylen für Geisteskranke erscheinen uns jetzt fast unglaublich in ihren Ungeheuerlichkeiten und Schrecknissen; es erscheint uns unverständlich, wie man so lange Zeit diese unerhörten Missstände bestehen lassen konnte, dass sich keine Stimme zur Beseitigung derselben erhob. Wenn wir da lesen, dass die armen Kranken Tag und Nacht in Zwangsjacken oder Zwangsstühlen oder wol gar mit schweren eisernen Ketten an Händen oder Füßen gefesselt in finsternen, feuchten Räumen eingesperrt gehalten wurden, wo ihnen eine Schütte halbverfaulten Strohes zum Lager bestimmt war; wenn wir aus diesen Beschreibungen erfahren, dass die bedauernswerten Irren gan. in die Hände ihrer meist rohen und gefühllosen

Wärter gegeben waren, die sie in Schmutz und Unrat verkommen und verderben liessen, dass ein Arzt sich nur höchst selten, fast nie um diese Unglücklichen bekümmerte, so wird uns ohne Weiteres klar, dass man damals von der Psychiatrie als einem Zweige der medizinischen Wissenschaft eigentlich nicht sprechen konnte; denn thatsächlich war von einer Pflege und Heilung der Geisteskranken nicht die Rede. Man betrachtete sie eben nicht als wirklich Kranke, sondern glaubte, ihnen ihre thörichten Gedanken und tollen Streiche durch Anwendung von Gewaltmitteln austreiben zu können, sowie man etwa unartige Kinder durch eine handgreifliche Pädagogik zur Ruhe und Ordnung bringt. So kam es, dass die Irrenasyle älterer Zeit mehr Strafanstalten glichen als Krankenhäusern.

Die endlich erfolgte Reformation in diesen Zuständen ging von England aus, und dort war es vor Allem John Conolly, der Direktor des Middlesex-Asyls zu Hanwell, welcher mit aller Entschiedenheit eine humane Behandlung und Fürsorge für die geistig Erkrankten verlangte und darin selbst mit dem besten Beispiel voranging. Ganz besonders räumte Conolly mit der unmässigen und meist nur der Bequemlichkeit und Faulheit des hérzlosen Wartpersonals entsprungenen Anwendung von Gewaltmitteln auf, um, als er die immer besseren Erfolge seiner milden Methode sah, mit dem Vorschlage zu Tage zu treten, man solle überhaupt alle mechanischen Zwangsmittel aufgeben und an deren Stelle hauptsächlich eine moralische Behandlung einführen. Es ist dies das berühmte Non-Constraint-System, die „freie Behandlung“ der Geisteskranken.

Man kann sich leicht vorstellen, dass diese Neuerungen zu Beginn auf nachhaltigen Widerstand stiessen, man hielt es einfach für unmöglich, z. B. einen Tob-süchtigen ohne Zwangsmittel beherrschen zu können.

Diese Zweifel an der Durchführbarkeit des neuen Systems waren allgemein verbreitet und scheinbar unüberwindlich. Es dürfte vielleicht zur Beleuchtung dieser Verhältnisse thunlich sein, an dieser Stelle einige diesbezügliche Meinungen und Aufzeichnungen aus Anstaltsberichten verschiedener Jahre anzuführen. Zunächst erscheint uns da bemerkenswert die Ansicht des Prof. Dr. Solbrig, des damaligen Direktors der Irrenheil- und Pflegeanstalt zu Erlangen, welche er in dem Anstaltsbericht von 1849 niedergelegt hat. Er äussert sich folgendermassen: „Was nun überhaupt Zwang und Zwangsapparate betrifft, so halten wir es zwar nicht mit dem Spleen einiger Engländer, welche die absolute Zwangslosigkeit dadurch in Wahrheit zu ersetzen trachten, dass sie den excessiven Tobsüchtigen solange von Menschenhänden halten lassen, um zu gegenseitigem Nasen- und Fingerabbeissen, Augenausschlagen und Beinabtretten Gelegenheit zu geben und nun triumphierend verkünden: „wir haben allen Zwang abgeschafft!“ sondern wir sind der Meinung und haben die unwiderlegliche Erfahrung, dass die physische äussere Beschränkung in einzelnen Fällen nicht nur unumgänglich, sondern auch physisch und moralisch von den besten wohlthätigsten Folgen begleitet ist; allein wir bedürfen zu dieser Indication in der Regel nur des einfachsten mildesten Apparats in der Form des Kamisols, nach Umständen mit befestigter Lagerung im Bette. Sehr selten kommt der Stuhl in Gebrauch und möchte nur da, wo Widerspenstigkeit und Unreinlichkeit gleichzeitig sich geltend machen, seine bestimmte Indication finden.“

Wir reihen daran sogleich einige kürzere Bemerkungen, welche den Aufzeichnungen über verschiedene Irrenanstalten in späteren Jahren entnommen sind und den Gebrauch von Zwangsmitteln daselbst kennzeichnen.

Dr. G. Seifert schreibt bezüglich des englischen Asyls Springfield: „— und im Jahre 1850 wurden

nur noch bei 3 Frauen mechanische Zwangsmittel angewendet —“

Prof. Selmer erwähnt über die Heil- und Pflegeanstalt Aarhus in Jütland im Jahre 1867: „— mit Zwangsmitteln behandelt durchschnittlich am Tage 3%, während der Nacht 3,3%.“ (Krankenbestand: 545, davon 259 Männer und 286 Weiber.)

Von der Heil- und Pflegeanstalt St. Hans-Hospital in Bistrupgaard wird uns durch Prof. Steenberg im Jahre 1867 gemeldet: „Hinsichtlich der Anwendung des Zwanges ist es hier wie überall das Bestreben gewesen, denselben auf das möglichst geringe Maass einzuschränken, ohne dass jedoch der Wunsch realisirt worden wäre, denselben gänzlich zu verbannen.“

Betreffs des Irrenwesens der Provinz Venedig bemerkt Tebaldi im Jahre 1871 über Verona: „Bei den Frauen sind auf 90 Kranke ca. 18—20, bei den Männern auf 60 Kranke ca. 5—10 im Zwang; Nachts noch einmal soviel.“

In dem Rapport médical relatif à l'année 1880 sur l'hospice Guislain à Gand wird von Dr. Ingels mitgeteilt: „Mechanischer Zwang wurde möglichst wenig angewendet.“

Soviel zur Illustrirung der in jenen Zeiten herrschenden Ansichten über die Zwangsmittel und deren Anwendung.

Wie bereits früher erwähnt, wurde zunächst also das reine Non-Restraint-System noch auf das entschiedenste bekämpft und seine praktische Anwendung als undurchführbar und höchst gefährlich verworfen. Erst langsam, im Laufe der Jahre, als immer glänzendere Erfolge der neuen Methode von England gemeldet wurden und auf dem Kontinent einzelne mit Vorsicht in's Werk gesetzte Versuche unerwartet günstige Resultate ergaben, entschloss man sich, der immer brennender werdenden Frage näher zu treten und das System allgemein einer

ernstlichen Prüfung zu unterziehen. Das Ergebnis fiel entschieden zu Gunsten der Conolly'schen Anschauungen aus und immer mehr Anhänger der neuen Lehre fanden sich, welche eifrig in Wort und That für ihre Bestrebungen eintraten. So ersehen wir denn, wie im Laufe der Zeit immer von neuem auf die möglichste Beschränkung des mechanischen Zwanges hingewiesen wird, wie jedoch ein völliges Sichlossagen davon noch nicht erreicht worden war. Der Fortschritt, der in England schon lange seine segensreichen Wirkungen entfaltete, konnte bei uns erst im Lauf mehrerer weiterer Jahre vollkommene Anerkennung finden und es bedurfte noch geraumer Zeit, bis man die alte, bequeme Zwangsbehandlung endlich ganz auf die Seite warf, nachdem man die durch jahrelanges gewissenhaftes Ausprobieren erhärtete Überzeugung gewonnen hatte, dass das neue Non-Constraint-System nicht nur vom Standpunkt der Humanität alleinige Berechtigung habe, sondern dass es auch ein zur Beruhigung aufgeregter widerspenstiger Kranker ungleich wirksameres, nachhaltigeres und zweckentsprechenderes Mittel, als alle Zwangsvorrichtungen biete — die Isolirung. In Deutschland war es vor Allem Griesinger, welcher sich gegen das alte Zwangssystem wandte und an dessen Stelle den Gebrauch einer rationellen und massvoll gehandhabten Isolirung empfahl.¹⁾

Werfen wir zunächst noch einen Blick im allgemeinen auf die Vorkehrungen, welche jetzt bei der Behandlung von Geisteskranken in unseren Anstalten in Gebrauch sind und welche der Natur der Sache und ihrer Bestimmung gemäss auch einige Freiheitsbeschränkungen in sich schliessen, ohne jedoch nur im entferntesten mit den

¹⁾ Vergl. Griesinger, Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten für Ärzte und Studierende § 226 und Griesinger, Die freie Behandlung, Archiv für Psychiatrie, I. Band, 1868-69 Nr. XIII. pag. 237.

früher üblichen Gewaltmitteln in eine Linie gestellt werden zu können. Wenn von letzteren noch ab und zu einmal die Zwangsjacke zum Vorschein kommt, so findet diese wohl nur in vereinzelt spärlichen Fällen Anwendung, wo es sich um den Transport unruhiger Patienten oder die interimistische Unterbringung solcher in unzureichenden, auf die Behandlung von Geisteskranken nicht eingerichteten kleinen Spitälern handelt, wo also entweder der Laie glaubt, sich nur durch gewaltsame Massnahmen helfen und selbst sichern zu können, oder wo eine stetige Überwachung des Irren infolge mangelnden Wartpersonals unmöglich erscheint und man den Patienten für die kurze Dauer seines vorübergehenden Aufenthalts in dieser Weise glaubt vor sich selbst schützen zu können. Die Fälle, wo Zwangsjacken oder dergleichen noch in Anstalten verwendet werden sollten, dürften, wenn sie überhaupt vorkommen, zu den grössten Seltenheiten zu zählen sein; jedenfalls hat ein solches Institut allen Anspruch auf den Namen und Ruf einer empfehlenswerten, den Anforderungen der Neuzeit entsprechenden Anstalt verloren. Wir können also mit vollem Recht behaupten, dass die Zwangsjacke mit ihren Schrecken eigentlich nur noch im Volksmunde lebt; sie ist wohl zumeist als überwundener Standpunkt zu betrachten und hat hauptsächlich nur noch historischen Wert. — Was nun die oben erwähnten, jetzt üblichen freiheitsbeschränkenden Einrichtungen betrifft, so verfolgen sie alle den Zweck des sichern, gefahrlosen Aufenthalts des Kranken in der Anstalt. Damit z. B. verhütet werde, dass die Patienten, die natürlich ohne jede Krankheitseinsicht fort nach Hause verlangen, einfach durch Davonlaufen diese Absicht zur Ausführung bringen, macht sich ein sorgfältiges Abschliessen sämtlicher Thüren und Vergitterung der Fenster notwendig, welch' letztere zugleich die Gefahr des Suicidiums durch Sturz aus dem Fenster beseitigen

soll. Diese Suicidiumsgefahr ganz besonders ist es, welche unsere Aufmerksamkeit in Anspruch nimmt und ausgiebige Sicherheitsmassregeln erheischt. So kommen wir dazu, dass wir z. B. verdächtigen Kranken als einziges Essinstrument nur den Löffel anvertrauen; dass wir ihnen, wenn sie ihre Kleider zerreißen, aus deren Rudimenten sie sich vielleicht einen Strick zu einem Suspensionsversuch herstellen können, feste Segeltuchkleidung anlegen und dass wir sämtliche nicht harmlose Patienten überhaupt einer strengen und unausgesetzten Überwachung Tag und Nacht unterwerfen. — Man ist in England soweit gegangen, auch diese letzten Reste und schwachen Andeutungen von Zwang abzuschaffen. Wir finden dieses übertriebene Non-Constraint in dem sogenannten Open-door-System, wie es z. B. in Lindsay bei Glasgow gehandhabt wird, wo die Kranken nicht unter Verschluss gehalten werden, sondern von 10 Uhr früh bis 5 Uhr Abends frei in der Anstalt ein- und ausgehen dürfen; vorkommende Unregelmässigkeiten oder Widerspenstigkeiten werden mit temporärer Entziehung dieser Erlaubnis geahndet. Es ist dies eine wol recht schön und ideal erscheinende, praktisch jedoch durchaus unausführbare Methode der Irrenbehandlung und wir sehen, wie man auch bei den besten Absichten durch starre, rücksichtslose Verfolgung eines an sich gewiss edlen und lobenswerten Prinzips über das Ziel hinausschiessen und in das fehlerhafte Extrem verfallen kann.

Wenden wir uns nun zu dem letzten und bedeutungsvollsten Faktor in der Reihe der in Gebrauch stehenden Beschränkungsmittel, der Isolirung zu, welche als solches allein noch in Betracht kommt. — In den früheren Zeiten des Zwanges wurde dieselbe in ausgiebiger Weise in Anwendung gebracht, jedoch in ganz anderer Art und anderem Sinne, wie heut zu Tage. Mit wenigen Ausnahmen wurden die Kranken damals in finstern, engen,

kalten und feuchten Räumen bewahrt und selbstverständlich verband sich mit der Separirung zugleich ein streng und ausgedehnt durchgeführter mechanischer Restraint, welcher es dem Wartpersonal ermöglichte, die gefesselten Patienten ohne jedwede Beaufsichtigung und Pflege sich und ihrem durch Unrat, Unreinlichkeit und Verzweiflung auf die Spitze getriebenen Elend Tage lang zu überlassen. Später, als das Licht des Non-Restraint-Systems das dichte Gewölk, welches das gesamte Irrenwesen umhüllte, zerstreut und sich auf dem Wege der Humanität glänzend Bahn gebrochen hatte, erlangte die Isolirung eine ganz andere Bedeutung. Sie sollte ja der Ersatz des noch immer nicht völlig aufgegebenen Zwanges sein, sie sollte Jacke, Kamisol, Stuhl etc. entbehrlich zu machen im Stande sein — Behauptungen, die allerdings meist noch Kopfschütteln und ungläubigem Misstrauen begegneten. Man wandte zwar die Isolirung an, jedoch in noch immer falscher Weise. Allerdings gestalteten sich die dazu benutzten Zellen immer zweckmässiger, und nahmen einen den Ansprüchen der Hygiene immer mehr entsprechenden Charakter an. Jedoch schon die oben angeführten Bemerkungen der Berichterstatter von damals, man habe wol viel mit der Isolirung erreicht, allein man habe doch die Überzeugung gewonnen, dass man ganz ohne Zwang nicht auskommen könne und es müssten die schlimmsten und bösartigsten Kranken noch immer mit Jacke und dergl. behandelt werden, führen uns darauf, dass zur Seclusion eigentlich nur solche Patienten gelangten, welche nach modernen Anschauungen gar keiner oder höchstens ganz vorübergehenden Isolirung zu unterwerfen wären. Es geht daraus hervor, dass man damals überhaupt viel unnötiger Weise isolirt und die betreffenden Kranken einer unnütz langen und dadurch schädlichen Seclusion unterzogen hat. Sobald eben der oder jener Patient auf irgend welche Art störend oder

unbequem war, wurde er ohne weiteres, womöglich nach blossem Gutdünken des Wartpersonals, in die Zelle gebracht und dort meist ohne alle Aufsicht eingesperrt gehalten, auch wenn er schon nach kurzer Frist wieder völlig beruhigt war; er musste eben abwarten, bis es dem Wärter gefällig war, sich seiner zu erinnern und ihn aus seiner Gefangenschaft zu erlösen.

Mit Recht hat sich die bessere Erkenntnis und Einsicht gegen solche Misstände gewandt und mit Genugthuung können wir konstatieren, dass im Laufe der Jahre diese Missbräuche immer mehr geschwunden sind, Zahl und Dauer der Isolirungen mehr und mehr abgenommen haben und jetzt auf ein gegen früher nur noch geringes Mass beschränkt sind. Wir werden darauf später noch zurückkommen. Einstweilen dürfte eine Zusammenstellung diesbezüglicher Äusserungen, welche verschiedenen Anstaltsberichten und Aufsätzen verschiedener Jahre entnommen sind, von Interesse sein. Wir lassen dieselbe, chronologisch geordnet, hier folgen:

Das Irrenwesen in Holland von Dr. Gudden 1846: „Die Zahl der Zellen ist beschränkt. Sie dienen nur zum vorübergehenden Gebrauche bei Unruhigen und wo Mangel an Platz ist, auch noch als Schlafräume —“

Zustand der Irrenanstalten in den Niederlanden während der Jahre 1849 und 1850 von Dr. Bergrath: „Das Zwangssystem kam mehr und mehr ausser Gebrauch. Im Jahre 1849 fanden die Inspektoren in 8 Anstalten mit einer Bevölkerung von 839, und im Jahre 1850 in 7 Anstalten mit einer Bevölkerung von 775 Kranken keinen einzigen derselben in eine Zelle eingeschlossen. In Zütphen und Deventer werden die Zellen gar nicht gebraucht.“

Rapport du directeur de l'administration de l'assistance publique à M. le Préfet de la Seine sur le service des aliénés du départe-



ment pour l'année 1852: „—Zelle für unerträglich Lärmende, Extravagirende in obscönen Reden und Handlungen und für gefährliche Manien.“ (Jedoch wurde auch das Kamisol zeitweise angewandt!)

Ärztlicheſ Bericht aus der Kreis-Irrenanstalt Irsee von Dr. F. W. Hagen 1852: „Was die Isolirung anbetrifft, so beschränken wir, wie jetzt wol ziemlich alle Irrenärzte, den Zellaufenthalt auf die Fälle, wo wegen der Unruhe der Patienten mit ihnen absolut nicht anders auszukommen ist. Wir machen es uns aber dabei zur strengen Pflicht, die Kranken, sobald wie nur immer möglich, aus der Zelle wieder zu entfernen, und lassen auch durch öfter missglückte Versuche hierin uns nicht abschrecken, diese immer wieder zu erneuern.“ (Dieses Verfahren entspräche vollkommen unseren modernen Begriffen und Ansprüchen, wenn nicht gleichzeitig noch Jacke, Stuhl und Einschnallen auf dem Bett im Schwung gewesen wären!)

Devon County-Asylum, Dr. Bucknill 1853:

	Frauen :	Männer :
Durchschnittliche Krankenzahl	260	200
Secludirt während des Jahres	164	58
Durchschnitt pro Woche	3	1 ¹ / ₈
Dauer im Durchschnitt	18 Stunden pro Woche;	9 ¹ / ₂ Stunden pro Woche;
	5 ³ / ₄ Stunden für jede einzelne Kranke	8 ¹ / ₂ Stunden für jeden einzelnen Kranken

Medizinalbericht über Throndhjems Hospital für Geisteskranke im Jahre 1855 von Hospital-

arzt F. W. Bödtker: „Unter den Sicherungsmitteln benutzt man hier in der Anstalt besonders die Einsamkeit . . . Wenn ein an Manie Leidender Gewaltthätigkeit mit Zerstörungslust zeigt oder tobt und lärmt, so wird stets Isolirung angewandt und demselben kein anderer Zwang angelegt; zeigt der Kranke Neigung sich selbst zu verstümmeln oder richtet er grössere Zerstörungen im Inventar der Zelle an, so wird ihm die Sicherungsjacke angelegt.“ (!)

The second annual report of the Lincolnshire county lunatic asylum at Bracebridge near Lincoln 1855, Dr. Edw. Palmer: „Mechanische Zwangsmittel sind auch in diesem Jahre niemals angewandt. Es befindet sich gar kein derartiges Instrument innerhalb des Gebietes der Anstalt. Isolirung war nur in wenigen Fällen und stets nur auf kurze Zeit in der Tobsucht („acute Manie“) oder wegen des sogenannten furor epilepticus notwendig. Niemals wurden Patienten abgesperrt wegen gewöhnlicher, toller Streiche, so lärmend und boshaft sie auch sein mochten. Wenn nur der geringste Funken von Selbstbeherrschung vorhanden war, benutzte man andere Mittel.“

Tenth, eleventh, twelfth annual report of the Wilts county asylum, Devizes 1860—1863; Dr. John Thurnam: „Secludirt wurden meist Frauen, ungefähr eine pro Woche.“

Das Non-Constraint und die deutsche Psychiatrie von Dr. Ludwig Meyer 1862. Bezüglich der englischen Irrenanstalten heisst es da: „Isolirungen von der Dauer eines Tages sind ganz aussergewöhnliche Vorkommnisse, nur einmal im Verlaufe eines ganzen Jahres war die Dauer einer Woche erreicht worden. In vier Anstalten, Lincoln, Surrey, Sussex und Birmingham mit 2169 Geisteskranken war innerhalb eines Jahres und länger keine Isolirung vorgenommen worden; kürzere freie Zeiträume (Monate und Wochen) kamen in zahl-

reichen Anstalten vor. Die höchste Ziffer fand sich in Salop, 82 Fälle stundenweiser Isolirung bei einem Bestande von fast 400 Geisteskranken innerhalb eines Zeitraumes von neun Monaten, wonach auf 100 Kranke in einer Woche noch nicht ein Fall temporärer Isolirung käme“.

Über die Behandlung Seelengestörter nach dem Non-Restraint-System von Sankey, Arzt in Hanwell 1862: „Gegen heftige Aufregung der Kranken Ruhe, keine Opposition, man führe sie in den Garten, in andere Säle und nur im äussersten Falle Isolirung.“ — Unter 600 Kranken sollen binnen Jahresfrist nur 47 im Durchschnitt je 2 Stunden lang isolirt worden sein.

Aufzeichnungen in Betreff der Geisteskrankenpflege in Grossbritannien und Irland sowie über Gheel und offene Geisteskrankenanstalten von Ernst Salomon 1864: „In einer Tabelle hat der Verfasser die Zahl der Kranken in der Weiberabteilung in Hanwell, welche in den Jahren 1853 bis 1858 isolirt worden sind, sowie die Zeit der Dauer der Isolirung angegeben, woraus sich ergibt, dass dieselbe in den letzten Jahren viel seltener vorgenommen wurde.“

Bericht über die Provinzial-Irren-Pflege-Anstalt bei Bunzlau. Mitgeteilt von Direktor Dr. Keller 1865: „Der Prozentsatz der beständig oder temporär Isolirten stellt sich jetzt bei den Männern auf 4—4½%, bei den Frauen auf 7—8% durchschnittlich“.

Bericht über die Pflege-Anstalt Rheinau Kanton Zürich 1867 (Krankenbestand: 487, davon 225 Männer und 262 Frauen): „Beschränkung wurde bisher nur in folgenden Formen angewendet. Einmal bei zwei Kranken (einem männlichen und einem weiblichen) wegen permanenten Zerzupfens der Kleider unter Tags

das je nach Umständen längere oder kürzere Tragen von Handschuhen, die mit Schnallen am Handgelenk leicht befestigt sind. Dann vorübergehende Isolirung einzelner Kranken, die selten die Dauer eines Tages überschritt. Endlich andauernde Isolirung eines männlichen Kranken, der noch nie das Zusammenleben mit anderen Kranken länger als eine Stunde ertrug..... Während der Nacht ist es nötig, durchschnittlich 20 Kranke beider Abteilungen isolirt schlafen zu lassen.“

Bericht über die Petersburger Anstalt von Dr. Gehewe 1868 (Krankenbestand 343, davon 163 Männer und 180 Frauen): Isolirungen 5,3 %, d. h. Weiber 8,3 % und Männer 1,8 % — Zwangsmittel 7,6 % d. h. Weiber 10,8 % und Männer 1,8 %.“ (!)

Reise-Erinnerungen aus England und Frankreich von Dr. Pelmann 1869 (Krankenbestand: 2000, davon 800 Männer und 1200 Frauen): In Colney Hatch waren im Laufe des Jahres 68—73 Männer und 165 Frauen isolirt worden, erstere zu 110, letztere zu 834 verschiedenen Malen.“

Die Irrenanstalt Rotvold und deren Wirksamkeit im Jahre 1872 von L. Dahl: „— Desgleichen, dass ihm die gänzliche Abschaffung des psychischen Zwanges gelungen sei;.... Bei gewaltthätigen Kranken leistete die zeitweilige Isolirung genügenden Ersatz“

Verslag betreffende het Gesticht Meerenberg over het Jaar 1877 von Direktor Dr. C. J. van Persijn. (Krankenbestand 817, davon 386 Männer und 431 Frauen.): „In Zellen befanden sich theils einmal, theils öfter 105 Männer und 81 Frauen, zusammen 186. Im Durchschnitt wurden während eines Monats isolirt 23 Männer und 19 Frauen, zusammen 42.

Bremische Irrenpflege von Dr. Scholz 1879: „Frisch erkrankte Fälle, intercurrent aufgetragte

chronische Kranke werden nicht mehr isolirt, sondern gemeinsam in ihrem Bett auf der Wachabteilung behandelt. Herr Dr. Scholz erzielte durch diese Behandlung sehr erfreuliche Resultate . . .“

Alt-Scherbitz, 5. und 6. Jahresbericht über die Zeit vom 1. April 1879 bis 31. März 1880 und 1. April 1880 bis 31. März 1881 von Direktor Dr. Paetz: „Die Isolirzimmer sind fast gar nicht benutzt worden, so dass in Frage steht, ob nicht deren feststehende Gitter ganz entfernt werden.“

Report of the Asylum for the Insane, London, for the year ending Sept. 30, 1880, by R. M. Bucke, Sup. (Krankenbestand: 784, davon 384 Männer und 400 Frauen): Mechanischer Restraint wurde in 93 Fällen (25 Männer und 68 Frauen) angewendet und zwar Restraint und Isolirung in 24,403 Stunden ($4079\frac{1}{4}$ Stunden bei Männern und $20,323\frac{3}{4}$ Stunden bei Frauen)!

Considérations générales sur le traitement des aliénés. Quinze années d'expérience dans la direction d'un asile d'aliénés par M. le Dr. J. A. Campbell, Médecin-directeur de l'asile d'aliénés du comté, Carlisle (Angleterre): „— Die Gründe, welche mich bewogen haben, diesen Isolirungsmodus in Gebrauch zu ziehen, sind folgende:

- 1) Das Interesse des Kranken vom Gesichtspunkte der Behandlung aus.
- 2) Seine Sicherheit, mag er heilbar oder unheilbar sein.
- 3) Die Sicherheit der anderen Kranken und der Angestellten des Asyls während der Dauer eines Anfalles von sehr grosser Unruhe.

Unter seltenen Umständen kann es nötig sein nach Massgabe der Disziplin, Kranke zu ilosiren, bei welchen die Geisteskrankheit sich mit einer natürlichen Bosheit verbindet. Die Isolirung ist die vernünftigste und beste

Behandlungsart in der epileptischen Manie, der deliranten Aufregung, der allgemeinen Paralyse und gewissen Zuständen der acuten Manie. — — — es besteht nur Missbrauch (der Isolirung), wenn die Seclusion ein blosses Mittel ist, sich ordnungswidrige Kranke vom Halse zu schaffen.“ (de se débarrasser des malades désordonnés.)

Darauf folgt die statistische Zusammenstellung:¹⁾

Années.	Nombre de malades.	Nombre d'épileptiques et paralytiques généraux mis en cellule.	Durée de la séclusion heures	Autres malades mis en cellule.	Durée de la séclusion.
1873	427	10	859	28	343
1874	418	14	1628	17	185
1875	423	12	1339	14	685
1876	421	9	1112	13	871
1877	429	7	1198	10	375
1878	431	5	259	10	301
1879	436	8	215	9	64
1880	439	11	287	5	36
1881	440	8	191	7	283
1882	452	7	150	7	72
1883	494	4	80	6	140
1884	536	3	55	5	49
1885	546	4	165	2	81
1886	567	5	137	4	126
1887	583	5	139	4	75

¹⁾ Das ausserordentlich günstige Ergebnis, welches diese Tabellen zeigen, ist wol hauptsächlich auf die Verhältnisse der englischen Irrenanstalten zurückzuführen, wo nicht allein vielfach das open-door-System in Blüte steht, sondern auch besonders hinsichtlich der Isolirung eine förmliche Sucht herrscht, dieselbe um jeden Preis auf ein Minimum zu reduzieren. Das Weitere mag wol auch der Umstand, dass jene grossen Asyle, über umfangreiche Gartenanlagen und dergl. verfügen, wo die erregten Kranken für ihre Exaltation hinreichend Platz haben dazu beitragen, wie denn Dr. Campbell auch als hauptsächlichstes Beruhigungsmittel für acut Maniakalische die „exercices au grand air“ empfiehlt.

Soweit diese auszüglich zusammengestellten Bemerkungen über die Anwendung der Isolirung in den einzelnen Anstalten während früherer Jahre.

Wenden wir uns nun zu der Frage, inwieweit die Seclusion nach den verschiedenen Anschauungen Berechtigung hat, ob man sie überhaupt und in welchem Maasse man sie in Gebrauch ziehen soll, so möchte auf einen Aufsatz in No. 3 des Jahrganges 1873 des *Irrenfreund* hinzuweisen sein, in dem das Thema „Soll man noch isoliren?“ von Dr. Fraenkel einer kurzen Erörterung unterzogen wird. Zunächst wird da auf die Aussprüche der Dr. Dr. Wood und Tuke aufmerksam gemacht, welche in übertriebener Konsequenz des Non-Constraint-Systems jede auch noch so kurze Separirung eines unbändigen Kranken strikte verwerfen und sogar soweit gehen, selbst innern redativen oder Schlafmitteln jedwede Berechtigung abzuspochen, indem sie behaupten, es sei unzulässig „die aufgeregte Hirnzelle durch innere chemische Zwangsmittel“ zu beruhigen. Dr. Tuke erklärt sich sodann weiter folgendermassen: „Nehmen Sie einen Kranken und schliessen denselben in ein Zimmer ein, so begehen Sie ein Attentat (assault); es liesse sich denken, dass es zu Heilzwecken geschehen dürfe; aber dann müssen Sie zugleich einen verständigen Wärter mit einschliessen. Ich habe in 25 Jahren keinen Kranken abgesperrt, es sei denn, dass er die Absperrung selbst verlangt habe.“

Solche extreme Ansichten fanden jedoch bei den übrigen Irrenärzten des Landes keinen Anklang und besonders war es Dr. Rogers, welcher in einer Sitzung des psychiatrischen Vereins zu Edinburgh sich auf das entschiedenste dahin aussprach, dass in der Isolirung bei gewissen Krankheitsformen z. B. bei der akuten Manie ein ebenso sicheres wie rationelles Hilfsmittel zu sehen sei. — Anschliessend an diese Fraenkel'schen Mit-

teilungen äussert sich Dr. Brosius in gleicher, einem verständigen Gebrauch der Separirung zustimmender Weise wie folgt: „Die Abschaffung der Isolirräume ist theoretisch und praktisch unmöglich. Die Seclusion entzieht das kranke Gehirn den schädlichen Einwirkungen, die in der ungehinderten Affection der Sinnesorgane, in der psychischen Beanspruchung, in dem Leben in Gemeinschaft und grösserer Freiheit liegen und versetzt das kranke Organ in möglichst grosse Ruhe. Die Absperzung ist also ein Heilmittel. Auch ausserhalb der Irrenanstalten werden Gehirn- und Nervenkrankte, Delirirende, Typhuskrankte etc. in ein ruhiges, einsames Zimmer gelegt, wo es möglich ist. Praktisch unmöglich ist die Abschaffung der Seclusion einmal, weil manche Kranke selbst die Wolthat der Ruhe und Einsamkeit dringend verlangen, dann weil die Abschaffung die grössten Gefahren für das Wol und die Sicherheit der Irren in sich schliesst und weil sie sich nicht verträgt mit der Administration des Asyls. — Denn eben die Seclusion ist die Ruhe, die Schonung, welche dem Gehirne vieler Kranken in der ersten Zeit oder im Verlaufe der Krankheit kürzere oder längere Zeit behufs der Heilung not thut, oder sie ist ein Schutz, dessen die Kranken zeitweise bedürfen. — Die Seclusion ist ein wichtiger Teil des Non-Constraint; bekanntlich war J. Conolly ein warmer Verteidiger der Seclusion.“ — Aus neuerer Zeit sei noch auf die diesbezüglichen Ansichten von v. Krafft-Ebing¹⁾ und Kraepelin²⁾ hier hingewiesen. Beide empfehlen die Isolirung als Beruhigungs- und Heilmittel, betonen jedoch die Notwendigkeit einer rationellen und massvollen Handhabung. Für besondere Fälle wollen sie verdunkelte Zellen angewendet wissen.

¹⁾ v. Krafft-Ebing, Lehrbuch der Psychiatrie, III. Auflage, pag. 312.

²⁾ Kraepelin, Psychiatrie, II. Auflage, pag. 191.

Die drei Indicationen, welche besonders Kraepelin als zur Isolirung aufgeregter Kranker bestimmend bezeichnet, sind „einmal grosse Reizbarkeit, welche eine stete Steigerung der Erregung durch die Eindrücke der Umgebung bedingt und am besten durch möglichste Ruhe bekämpft wird, ferner sehr störende direktionslose Agitation, die den Kranken sehr leicht in die Gefahr der Beschädigung bringt, endlich Neigung zu Gewaltthaten und Zerstörung.“

Wir gelangen nun dazu auf die Isolirungsverhältnisse und die Anwendung der Seclusion in unserer Anstalt, der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B., des näheren einzugehen und legen dieser Betrachtung die Erfahrungen, welche uns die ersten 2 $\frac{1}{2}$ Jahre des Bestehens der Anstalt bieten, zu Grunde. Es ist dies der Zeitraum vom 1. April 1887 bis zum 30. Septbr. 1889.

Im Voraus ist noch zu betonen, dass wir uns durchaus von dem Gebrauche von Morphium, Chloralhydrat, Hyoscyamin, Hyoscin u. dergl. fernhalten; nur Bromkalium bez. Bromnatrium kommen hie und da zur Verwendung. Als Hypnoticum thut das Sulfonal vorzügliche Dienste; es ist seiner Zeit mit zuerst in unserer Klinik eingehenden Versuchen unterzogen worden und hat sich bisher seine autoritative Stellung bewahrt. Wir geben es je nach Indication (das Herz wird dabei stets genau in Betracht gezogen) zu 1—2 Gramm und zwar in Oblaten oder auch in Bier. Nach einige Zeit hindurch andauerndem Gebrauch gehen wir in der Dosirung wieder zurück, respektive setzen ganz aus. Bei sehr unruhigen Patienten, besonders an Melancholia activa Leidenden, reichen wir auch Sulfonal tags über in refracta dosi, d. h. 1—2 Gramm auf 150 Gr. Wasser, während des Tags esslöffelweise zu nehmen. Handelt es sich in einzelnen Fällen darum, möglichst rasch Schlaf zu erzeugen, so wenden wir das Paraldehyd zu 4—6 Gr. in Wein mit gutem Erfolge

an. Die Versuche, welche wir mit dem Chloralamid angestellt haben, sind von keinerlei ermutigendem Erfolge begleitet gewesen, so dass wir von der Gebrauchnahme dieses Präparates baldigst wieder Abstand genommen haben. Als Sedativum wird bei geeignet erscheinenden Fällen auch ruhige Bettlagerung angewandt.

Ausserdem ist noch darauf hinzuweisen, dass wir in den verlängerten warmen Vollbädern ein nicht zu unterschätzendes Beruhigungsmittel für aufgeregte Kranke besitzen. Wir wendeten dieselben bis zur Dauer von einer Stunde mit oft mit sehr gutem Erfolge an. Dagegen können wir uns mit der fortgesetzten regelmässigen Benutzung der sog. feuchten Einpackungen, wie sie von Umpfenbach so angepriesen werden,¹⁾ nicht einverstanden erklären. Diese Einwickelungen in nasse Bettlaken und je zwei Lagen Decken und breite Binden, welche immer abwechselnd auf einander folgen, erinnern denn doch mit ihrer Festschnürung auf das Bett während einer Dauer von gewöhnlich zwei Stunden etwas stark an Restraint. Dieser Eindruck wird auch keineswegs gemildert durch die Versicherungen Umpfenbach's: „auch ein stark erregter und kräftiger Mensch kann sich nur sehr schwer aus den Decken herausarbeiten; er sieht und fühlt dies bald und bleibt ruhig liegen —“ und weiter unten: „Es sei noch bemerkt, dass die Kranken sich sehr rasch an das Wickeln gewöhnen und sich meistens bald ohne alles Widerstreben wickeln lassen.“

Bei der Handhabung der Seclusion nun verfahren wir vollkommen nach den Anschauungen und Grundsätzen v. Krafft-Ebing's und Kraepelin's mit alleiniger Ausnahme der Benutzung von verdunkelten Zellen. Wir sehen nämlich keinen Grund dafür, unsern

¹⁾ S. Dr. Umpfenbach, Ernährung der Irren, Beruhigungs- und Schlafmittel bei Geisteskranken. Therapeutische Monatshefte, II. Jahrgang, Heft 6, Juni 1889.

Patienten das, was jedem gesunden Menschen nächst der Luft wol das unentbehrlichste ist, das Tageslicht, zu entziehen und bisher hat sich noch kein Fall geboten, wo wir Ursache gehabt hätten, von unserem Usus abzugehen oder ihn irgendwie zu modifiziren. Im Gegenteil glauben wir sicher annehmen zu dürfen, dass vielfach durch eine Seclusion in finsterner Zelle die erwünschte Beruhigung erst bedeutend später erreicht wird, als es durch Separirung in einem natürlich hellen Raume geschehen wäre. Ausserdem erscheint eine Isolirung in verdunkelten Zellen im Interesse der notwendigen ständigen Überwachung des separirten Kranken durchaus unthunlich.

Die oben genannten drei Voraussetzungen, welche Kraepelin als Indicationen zur Isolirung aufstellt, sind auch in unserer Klinik bei der Frage der Seclusion hauptsächlich massgebend und geht daraus hervor, dass sich die Zahl der Isolirten aus Patienten der verschiedensten Arten von Geistesstörungen zusammensetzt. Die näheren einschlägigen Verhältnisse und Angaben sind aus den weiter unten aufgezeichneten Tabellen ersichtlich.

Unsere Anstalt beherbergt, abgesehen von dem Beginne ihrer Thätigkeit, wo sie sich natürlich erst nach und nach bevölkerte, durchschnittlich 90—110 Kranke, so zwar, dass auf jedes Geschlecht ungefähr gleich viel Patienten kommen, ein Verhältnis, welches natürlich im Laufe der Zeiten mannigfachen Veränderungen unterworfen ist. Für jede Abteilung, männliche und weibliche, sind 3 Isolirzellen eingerichtet. Jede dieser Zellen hat eine 2 m 15 cm hohe, 90 cm breite und 6 cm dicke Thür aus Tannenholz mit einer an der Innenseite angebrachten ca. 5 mm starken Eisenplatte und darunter befindlicher Filzschicht. Über derselben befindet sich ein 80 cm hohes und 85 cm breites, innen mit Drahtgitter versehenes Fenster, durch welches zur Nachtzeit das Licht der auf dem Korridor direkt vor dem Fenster

brennenden Gasflamme fällt. Der doppelte Thürverschluss besteht in einer gewöhnlichen Klinkvorrichtung und einem mit Schlüssel zu handhabenden Riegelapparat. Die Zellen selbst sind 3 m 75 cm lang, 2 m 80 cm breit und 3 m 70 cm hoch und zeigen cementirte, mit Ölfarbe gestrichene 28 cm dicke Wände, deren unvermeidliche Ecken abgerundet sind. Der Ölanstrich der Wände ist in der Form von gemusterten Quadraten ausgeführt, erstens einmal, um dem Raum ein wohlicheres Aussehen zu geben und zweitens, um bei vorkommenden Verunreinigungen oder Beschädigungen einer Wand die Reparatur zu vereinfachen und billig zu machen, da man auf diese Weise bloß die betroffenen Quadrate und nicht wie sonst die ganze Wand zu erneuern braucht. Der Fußboden ist wie überall im Hause parkettiert und wird auf das sorgfältigste sauber gehalten. Bei stattgehabten Verunreinigungen haben sich Waschungen mit Terpentin als vorzüglich bewährt. Das 2 m hohe und 92 cm breite Fenster ist wieder aus 60 je 17 cm hohen und 13 cm breiten einzelnen Scheiben zusammengesetzt, von denen jede eine ca. 3 cm breite starke eiserne Einfassung zeigt. Das dazu verwandte Glas hat eine Dicke von 18 mm. Eine ebenso beschaffene kleine Scheibe ist in der Thüre je einer Zelle auf jeder Abteilung eingelassen, welche zur Separirung besonders verdächtiger Kranker benutzt werden. Die oberen 3 Reihen der kleinen Fensterscheiben lassen sich durch eine Flaschenzugvorrichtung von dem über den Isolirräumen gelegenen Speicher aus behufs Zuführung frischer Luft emporheben. Vor denselben ist ein Gitter angebracht. Die sonst wohl noch üblichen Leinwand- oder Polsterzellen haben sich bisher nie erforderlich oder wünschenswert gezeigt. Sollte sich die Seclusion eines mit starken hysterischen oder epileptischen Anfällen behafteten Kranken als nötig erweisen, so wird die betreffende Zelle mit Matratzen ausgelegt. Die oben

genannten Schutzvorrichtungen haben vor Allem den grossen Nachteil erschwerter Säuberung bei unreinlichen Patienten, während die einzelnen beschmutzten Matratzen durch Umarbeiten leicht wieder hergestellt werden können. Mit Aborteinrichtung versehen ist nur ein Teil der Zellen, welche allein zur Isolirung Nachts und solcher Kranker benutzt werden, von denen es sicher ist, dass sie sich derselben in der rechten Weise bedienen. Sonst haben die Isolirten den gemeinsamen Abort zu benutzen, ein Umstand, der besondere Aufmerksamkeit des überwachenden Wärters beansprucht. Im Winter wird für alle Fälle auf jeder Abteilung eine Zelle (nach Umständen auch zwei) gut gewärmt gehalten. Die nicht im Gebrauch befindlichen Zellen werden natürlich fortgesetzt gelüftet und in reinlichem, tadellosem Zustand gehalten und sind der Gegenstand öfterer Inspektion von Seiten des Arztes und des Oberwärters.

Es ist selbstverständlich, dass die Isolirung eines Patienten nur auf persönliche Anordnung des Arztes zu erfolgen hat, nicht nur weil man dem Wartpersonal niemals eine freie Verfügung über die Kranken einräumen darf, sondern auch weil die Seclusion eben als ein Heilmittel zu betrachten ist und als solches nur von berufener Seite vorgeschrieben werden kann.

Tritt nun der Fall ein, dass die Isolirung eines Patienten aus irgend einem Grunde geboten erscheint, so wird der betreffende Kranke in ruhiger und freundlicher Weise aufgefordert, den Wärter in ein anderes Zimmer zu begleiten. Meist gehorchen die Kranken willig und folgen ohne Widerstreben. Andere jedoch, besonders an hochgradigem Verfolgungswahn leidende Paranoiker, legen ein derartig abweisendes, gereizt explosives und widerpenstig aggressives Gebahren an den Tag, dass man mit Güte und Überredung unmöglich zum Ziele gelangen kann. Man ist in diesem Falle genötigt, einen solchen

Patienten durch zwei kräftige Wärter in die Zelle tragen zu lassen. Es geschieht dies so, dass der eine Wärter den Kranken unter den Armen fasst, während der andere sich seiner Beine bemächtigt; auf diese Weise ist er sofort kampfunfähig gemacht und wird schnell und sicher nach der Zelle gebracht. Durch diese Methode des Tragens obstinater Kranker erreicht man es, dass jeder erstens für die Beteiligten selbst höchst unangenehme und gefährliche und zweitens für die dabei befindlichen anderen Patienten äusserst peinliche, aufregende und nachteilige Kampf oder überhaupt jede Ärgernis erregende heftige Szene vermindert wird. Allerdings liegt es nicht in unserer Macht, auch das oft grimmige Geschrei dieser unbändigen Kranken zu verhüten, doch wird das ja eben durch jenes prompte Verfahren nach Möglichkeit eingeschränkt und abgekürzt und die anderen Patienten, welche vorher durch den Lärmacher belästigt und geängstigt wurden, sind schnell und sicher von ihm befreit.

In der Zelle selbst wird der Patient zunächst sich allein überlassen, jedoch von aussen genau überwacht. Zeigt er Neigung, seine Kleidung durch Zerreißen zu zerstören, so wird ihm ein kurzes mit nur einige Centimeter langen Ärmeln versehenes Hemd und ein sogenannter unzerreissbarer Anzug angelegt. Letzterer stellt ein zusammenhängendes, aus doppelter Segelleinwand gefertigtes Kleidungsstück dar, dessen Nähte mit breiten Lederstreifen verdeckt und geschützt sind. Auf der rechten Schulter wird dasselbe durch mehrere Schraubenknöpfe zusammengehalten. Die Schuhe werden dem isolirten Patienten ausgezogen, um zu verhüten, dass er damit sich selbst oder dem eintretenden Arzte und Wärter Schaden zufügt. Wenn sich eine Isolirung auch Nachts als notwendig erweist, so bekommt der Patient eine einfache, sehr massiv gearbeitete Holzbettstatt mit Strohsack und Decken; sollte er jedoch zu zer-

störungssüchtig und aufgeregt sein, vielleicht auch eine Beschädigung durch Sturz aus dem Bette zu befürchten stehen oder sollte er die Neigung zeigen, durch Umher-schieben, Aufrichten, Umwerfen der Bettstatt, durch Turn-experimente an derselben oder gar durch Zerstörungs-Versuche, Unfug zu treiben, so muss auch die Bettstatt in Wegfall kommen und der Kranke auf blossen Strohsack und Decken beschränkt werden. Die Decken bestehen aus Wolle und sind fest und unlöslich in starke Segel-leinwand eingestept. Hervorzuheben ist nochmals, dass der Isolirte natürlich unter unausgesetzter Überwachung eines Wärters steht, welcher seinen leiblichen Bedürfnissen Rechnung zu tragen und genau über sein Thun und Lassen Bericht zu erstatten hat. Eine eventuell vorkommende Verunreinigung der Zelle wird nach Überführung des Kranken in eine andere sofort beseitigt und der Raum einer gründlichen Säuberung unterzogen. Wie das ge-sammte Wartpersonal, so steht der mit der Überwachung eines isolirten Patienten (bez. Patientin) betraute Wärter unter der ganz besonderen Oberaufsicht und Kontrolle des Oberwärters (bez. Oberwärterin) und des Arztes.

Was die Dauer der Seclusion anbelangt, so ist auf das entschiedenste zu betonen, dass man dieselbe nach Thunlichkeit kurz bemessen soll. Ist der Kranke eine Zeitlang isolirt gewesen, haben die schädlichen, erregen-den Einfüsse, die ihm bei seiner Geistesstörung aus der Gesellschaft mit Anderen erwachsen, nicht mehr auf ein krankes Gehirn einwirken können, so kann man verhältnis-mässig bald eine Beruhigung desselben wahrnehmen. Man muss nun versuchen, ob er beim Eintritt eines Anderen von neuem in Erregung verfällt, oder ob er eine wenig-stens leidliche Ruhe erkennen lässt. Ist letzteres der Fall, so macht man den Versuch, ihn wieder mit einem Mitpatienten verkehren zu lassen, besonders ihn zu den gemeinsamen Mahlzeiten zuzuziehen. Auch durch wieder-

holte missglückte Versuche darf man sich nicht abschrecken lassen, sondern muss immer und immer wieder mit grosser Geduld und Nachsicht dem Patienten den Aufenthalt bei andern Menschen zu ermöglichen suchen. Sollte in dem in Frage kommenden Zimmer ein dem Kranken speciell missliebiger anderer Patient oder Wärter sein, dessen Anblick ihm infolge seiner Wahnideen zu stets erneuten Wutausbrüchen veranlasst, so ist es angezeigt, diesen in einen anderen Saal zu versetzen, um den exaltirten Kranken nach Kräften dem gesellschaftlichen Verkehr zugänglich und erträglich zu machen und seine sonst notwendige Isolirung zu umgehen. Es sei bei dieser Gelegenheit eines Falles aus unserer Klinik Erwähnung gethan. Ende Dezember vorigen Jahres wurden kurz nach einander zwei maniakalische junge Männer bei uns untergebracht. F., welcher zuerst angekommen war und mehreremals vorübergehend isolirt werden musste, hatte einen derartigen Groll gegen seinen Leidensgenossen S. gefasst, dass er sofort bei dem Versuche ihn von der Zelle nach der unruhigen Abteilung, wo sich S. befand, zurückzusetzen, in die heftigsten Tobsuchtsausbrüche verfiel. Man trennte also die beiden Feinde dadurch, dass man S. nach einem andern Saale verbrachte. Von der Zeit an liess der Sturm bei F. nach, so dass er, wenn auch natürlich seine durch die Manie bedingte Erregung immer noch hie und da eine hochgradige war, doch ohne Bedenken auf der unruhigen Abteilung gelassen werden konnte und sich Isolirung nicht mehr nötig machte. Nachdem F. wieder zur Ruhe gekommen und das Höhestadium seiner Krankheit überstanden war, erklärte er den S. für identisch mit einem Menschen gehalten zu haben, welcher ihn vor Jahren um eine Summe Geldes betrogen habe; daher sei auch sein unmässiger Zorn beim Anblick des S. entstanden.

Gewiss muss die Absperrung von aller Welt, das

Abschneiden jeden Verkehrs mit Seinesgleichen auf einen empfänglichen Patienten einen ganz bedeutenden moralischen Einfluss haben und auch die kürzeste Dauer einer unnötigen Seclusion, nachdem das Exaltationsstadium vorbei, der Kranke wieder bei ruhiger Einsicht und klarer Erkenntnis seiner Lage ist, kann nur noch schädlich wirken.

Um nun die Notwendigkeit der Isolirung möglichst zu beschränken, ist es erforderlich, dass man eine Anzahl von Faktoren in Betracht zieht, welche von grossem Einfluss auf die Vermeidung von Aufregungen der Irren sind. Zunächst ist dies die Auswahl und Heranbildung eines in allen Stücken zuverlässigen, gut geschulten Wartpersonals. Die Wärter und Wärterinnen, welche sich der Natur der Sache gemäss aus den niederen Ständen rekrutiren, müssen lernen, sich und ihre vielleicht wenig zarten Charaktereigenschaften zu beherrschen, sie müssen daran gewöhnt werden, die ihrer Pflege anvertrauten Irren wirklich als Kranke zu betrachten und die aus deren krankhaft reizbarem Gemütszustande entspringenden Unarten und Bosheiten eben auch als Ausfluss einer Krankheit anzusehen; sie müssen sich viel, sehr viel Geduld, Ausdauer und Selbstbeherrschung aneignen. Ueber ihnen muss ein tüchtiger, erprobter Oberwärter, resp. Oberwärterin stehen, die das Vertrauen sowol ihrer Vorgesetzten als auch ihrer Untergebenen und besonders der Kranken voll und ganz besitzen und welche eine unablässige Oberaufsicht und Kontrolle über die Diensterfüllung des Wartpersonals ausüben. Eine humane, freundliche, geduldige Behandlung der Patienten durch ihre Wärter ist für eine Irrenanstalt unumgänglich notwendig und trägt viel zu ruhigem Verhalten der Kranken bei. Ein einziges rauhes Wort, eine barsch gegebene Antwort, eine heftig gestellte Aufforderung können genügen, um bei dazu disponirten Patienten einen gewaltigen Aufregungssturm zu entfesseln, welcher dann vielleicht

zur Notwendigkeit der Isolirung zwingt und gewiss leicht hätte vermieden werden können. Allerdings erweist sich in ganz seltenen, besonders gearteten Fällen ein pädagogischer Verweis nicht nur aus disziplinären Gründen unumgänglich, sondern den Kranken selbst direkt dienlich.

Von hervorragender Bedeutung in Hinsicht auf die Bewahrung der Ruhe ist auch die Art der Ernährung der Patienten. Ein Geisteskranker, welcher seinen Hunger an den gebotenen Speisen nicht stillen kann, wird natürlich missmutig, übelgelaunt, störrisch, er kommt in gereizte Stimmung und ist zu Zornesergüssen äusserst geneigt. Das war auch mit ein Grund des furchtbaren Geschreis und wilder Tobsucht in den alten Irrengefängnissen und noch heut zu Tage kann man darauf rechnen, dass in einem Institut, wo ein im Verhältnis zu der Krankenzahl übermässiger Lärm zu hören ist, die Verpflegung zu wünschen übrig lässt. Natürlich darf man damit nicht das lustige Singen und die vergnügte Ausgelassenheit heiter aufgelegter Patienten verwechseln, welche ja gerade als ein Zeichen des Wohlbehagens zu betrachten sind. In unserer Klinik bekommen die Kranken III. Klasse, also die Normal-Kranken, von denen der Kopfbzahl wegen allein hierbei die Rede sein kann, früh 7 Uhr Kaffee nebst zwei Broten, um 10 Uhr wieder eine Brotportion zum Frühstück, Nachmittags um 3 Uhr nochmals Kaffee und Brot; Mittags erhalten sie alle Tage kräftige Bouillonsuppe, Brot und Fleisch mit Gemüse und zwar fünfmal in der Woche Ochsenfleisch, einmal Schweinefleisch und Sonntags Braten; Abends wird ihnen viermal in der Woche Fleisch und dreimal nahrhafter Brei mit Kartoffeln oder die hier zu Lande üblichen, aus Eiern, Mehl und Wasser hergestellten Spätzle mit Sauce gereicht. Die Fleischrationen betragen zu Mittag 125 Gramm und zu Abend 120 Gramm pro Kopf; Brot und

Gemüse wird nach Verlangen verabreicht. Dazu kommen noch die nach Extraverordnungen, welche in entsprechender Weise gehandhabt werden, ausgegebenen Nahrungsmittel, bestehend in Eiern, Milch, Braten, Wein, Bier etc. Bei weitem der grösste Teil unserer Patienten III. Klasse würde zu Hause nicht in der Lage sein, sich so gut und ausgiebig zu beköstigen und so zeigen denn auch ihre Gewichtskurven, wenn nicht andere Faktoren nachteilig dagegen wirken, einen erfreulichen Aufschwung und es herrscht unter ihnen verhältnismässige Ruhe und Zufriedenheit.

Nicht zu vergessen ist auch die Körperpflege der Kranken. Wie sich ohne dieselbe der gesunde Mensch nicht wohl fühlt, so muss ebenso dem Seelengestörten eine Vernachlässigung in dieser Hinsicht Unbehagen verschaffen. Ist er nun nicht im Stande, selbst dafür in ausreichendem Maasse zu sorgen, so muss dies eben durch seine Pfleger geschehen. Für unsere Betrachtungen kommen da hauptsächlich die Melancholiker, Maniakalischen und die allerdings im allgemeinen nur noch kurze Zeit nach Eintritt der Geistesschwäche in der Klinik verweilenden Dementen in Frage. Es muss genau darauf gehalten werden, dass besonders die morgendliche Reinigung mit ihren verschiedenen hygienischen Erfordernissen, dem Waschen, Kämmen u. s. w. auf das Gründlichste vor sich geht; auch im Verlaufe des Tages müssen diejenigen Kranken, welche es nicht von selbst thun, zu wiederholtem Waschen des Gesichtes und der Hände veranlasst werden. In unserer Klinik werden die Patienten wöchentlich zweimal oder nach Bedarf öfter gebadet. Unreinliche Kranke erhalten täglich ein Bad und werden ausserdem selbstverständlich sofort nach jeder Beschmutzung in's Bad gebracht. Der Wäschewechsel erfolgt alle acht Tage, resp. bei unsauberen Patienten je nach Bedarf öfter.

Hält man diese Punkte fest im Auge und bemüht

man sich, diesen Anforderungen nach Kräften gerecht zu werden, so wird das erfreuliche Resultat nicht ausbleiben, d. h. es wird gelingen, die notwendigen Isolirungen auf ein möglichst geringes Mass einzuschränken. Denn die Ursachen von Aufregungszuständen sind sehr mannigfaltig und die Prozeduren der Pflege und Behandlung der Kranken wirken wol oft zugleich als psychische Ableitungsmittel.

Wenden wir uns nun speziell zu den Erfahrungen, welche die Handhabung der Isolirung in unserer Klinik ergeben haben, so muss zunächst darauf hingewiesen werden, dass der Durchschnitt der Krankenzahl im Jahre zwischen 90—110 beträgt, welche sich ungefähr gleichmässig auf Männer und Frauen verteilen, und dass überhaupt im Laufe der in Betracht gezogenen ersten $2\frac{1}{2}$ Jahre des Bestehens unserer Anstalt, nämlich des Zeitraumes vom 1. April 1887 bis zum 30. September 1889 342 Patienten zur Verpflegung gekommen sind, von denen 170 dem männlichen und 172 dem weiblichen Geschlecht angehören.

Die nun folgenden Tabellen sind auf Grundlage der allmorgendlich von den Assistenzärzten gefertigten Tagesberichte, in welchen alle wichtigen Vorkommnisse aufgezeichnet werden, ausgeführt. Wenn sich in der Zahl dieser Tagesberichte auch einige kleine Lücken vorfanden, welche von den Zeiten des Wechsels der Assistenzärzte herrührten, so waren dieselben doch an der Hand der umfassend und sorgfältig geführten Krankengeschichten mit geringer Mühe vollkommen wieder auszufüllen, so dass daraus kein Vorwurf etwaiger Ungenauigkeit erwachsen kann. Die Anordnung der Tabellen giebt zunächst eine Einteilung des Materials nach der Zeit, also nach Jahren und Monaten. Daran reiht sich die Einteilung nach den verschiedenen Krankheitsformen, welche

wiederum erst nach Jahren und dann nach einzelnen Monaten berechnet ist.

Die Tabellen sind dann in der Weise ausgeführt, dass jeweils zuerst die Gesamtsumme der in dem betreffenden Zeitraum isolirten Kranken angegeben, sodann die Gesamtdauer der Isolirungen nach Stunden berechnet ist und darauf die gleiche Einteilung nach dem Geschlecht folgt. Es schliesst sich daran die Angabe der längsten und kürzesten Dauer der in jener Frist bei den einzelnen Kranken nötig gewordenen Seklusion und die Berechnung der annähernden Durchschnittsdauer.

Für die gesamten $2\frac{1}{2}$ Jahre ergibt sich folgendes Resultat.

Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtdauer der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
106	5259 $\frac{1}{4}$	Männer:	51	2017 $\frac{1}{4}$	268	$\frac{1}{4}$	39 $\frac{1}{2}$
		Frauen:	55	3242	967 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	59

I. Einteilung nach der Zeit.

Jahreszahl.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtdauer der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
1887 (April- Dezbr.)	35	1090 ¹ / ₄	Männer:	18	795 ¹ / ₄	214	¹ / ₂	44
			Frauen:	17	295	145 ¹ / ₄	¹ / ₄	17 ¹ / ₄
1888	56	1858 ¹ / ₄	Männer:	27	713	268	¹ / ₄	26 ¹ / ₂
			Frauen:	29	2145 ¹ / ₄	259 ¹ / ₄	¹ / ₂	39 ¹ / ₂
1889 (Januar- Sptbr.)	34	2310 ³ / ₄	Männer:	12	509	262 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	42 ¹ / ₂
			Frauen:	22	1801 ³ / ₄	967 ¹ / ₂	¹ / ₂	82

Auf die einzelnen Monate verteilt:

1887.

Monat.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
April	1	67 ¹ / ₄	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄
Mai	2	72 ³ / ₄	Männer:	1	59	59	59	59
			Frauen:	1	13 ³ / ₄	13 ³ / ₄	13 ³ / ₄	13 ³ / ₄
Juni	10	471 ¹ / ₂	Männer:	4	381	155	45	95 ¹ / ₄
			Frauen:	6	90 ¹ / ₂	33 ³ / ₄	2 ¹ / ₄	15
Juli	7	28 ¹ / ₂	Männer:	3	9 ¹ / ₂	5	2 ¹ / ₄	3
			Frauen:	4	19	16	¹ / ₂	4 ³ / ₄

Monat.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
August	11	40	Männer:	6	30 ³ / ₄	13	¹ / ₂	5
			Frauen:	5	9 ¹ / ₄	6	¹ / ₄	2
September	13	122 ³ / ₄	Männer:	6	62 ¹ / ₂	36	¹ / ₂	10 ¹ / ₂
			Frauen:	7	60 ¹ / ₄	34	¹ / ₄	8 ¹ / ₂
Oktober	6	40	Männer:	3	27 ¹ / ₂	18	¹ / ₂	9
			Frauen:	3	12 ¹ / ₂	9	¹ / ₂	4
November	10	137 ³ / ₄	Männer:	5	129	83 ¹ / ₂	¹ / ₂	26
			Frauen:	5	8 ³ / ₄	5	¹ / ₂	1 ³ / ₄
Dezember	12	109 ³ / ₄	Männer:	6	96	32	9	16
			Frauen:	6	13 ³ / ₄	10 ¹ / ₂	¹ / ₄	2 ¹ / ₄

1888.

Monat.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden:	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Januar	11	275	Männer:	6	249	206	3	41 ¹ / ₂
			Frauen:	5	26	20	¹ / ₂	5 ¹ / ₄
Februar	11	334 ¹ / ₂	Männer:	4	167	73	11	41 ³ / ₄
			Frauen:	7	167 ¹ / ₂	61	¹ / ₂	24
März	11	65 ³ / ₄	Männer:	4	37 ¹ / ₂	18	¹ / ₄	9 ¹ / ₄
			Frauen:	7	28 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂	¹ / ₂	4

Monat.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
April	5	155 $\frac{1}{2}$	Männer :	—	—	—	—	—
			Frauen :	5	155 $\frac{1}{2}$	114	$\frac{1}{2}$	31
Mai	8	85 $\frac{1}{2}$	Männer :	2	16 $\frac{1}{2}$	9 $\frac{1}{2}$	7	8 $\frac{1}{4}$
			Frauen :	6	69	45 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	11 $\frac{1}{2}$
Juni	11	121 $\frac{1}{4}$	Männer :	9	43 $\frac{3}{4}$	13 $\frac{3}{4}$	$\frac{1}{4}$	5
			Frauen :	2	17 $\frac{1}{2}$	76 $\frac{1}{2}$	1	38 $\frac{3}{4}$
Juli	8	89	Männer :	6	44	20	1	7 $\frac{1}{4}$
			Frauen :	2	45	41	4	22 $\frac{1}{2}$
August	9	134 $\frac{1}{2}$	Männer :	4	71	38	9	17 $\frac{3}{4}$
			Frauen :	5	63 $\frac{1}{2}$	28	$\frac{1}{2}$	12 $\frac{3}{4}$
September	11	200 $\frac{1}{2}$	Männer :	2	3 $\frac{1}{2}$	3	$\frac{1}{2}$	1 $\frac{3}{4}$
			Frauen :	9	197	57	4	22
Oktober	11	200	Männer :	5	81	46	3	16 $\frac{1}{4}$
			Frauen :	6	119	48	3	20
November	4	130	Männer :	—	—	—	—	—
			Frauen :	4	130	90	4	32 $\frac{1}{2}$
Dezember	6	67	Männer :	—	—	—	—	—
			Frauen :	6	67	19	9	11

1889.

Monat,	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Januar	9	190	Männer:	1	2	2	2	2
			Frauen:	8	188	72	3	23 $\frac{1}{2}$
Februar	6	107	Männer:	1	24	24	24	24
			Frauen:	5	83	36	3	16 $\frac{1}{2}$
März	11	195	Männer:	1	36	36	36	36
			Frauen:	10	159	35 $\frac{1}{2}$	7	16
April	7	66 $\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	7	66 $\frac{1}{2}$	18	3	9 $\frac{1}{2}$
Mai	9	178 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	4	4	4	4
			Frauen:	8	174 $\frac{1}{2}$	63	$\frac{1}{2}$	21 $\frac{1}{2}$
Juni	12	444 $\frac{1}{2}$	Männer:	4	32	12	3	8
			Frauen:	8	412 $\frac{1}{2}$	270	1 $\frac{1}{2}$	51 $\frac{1}{2}$
Juli	10	501	Männer:	3	167	157 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	55 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	7	334	279	2	47 $\frac{1}{2}$
August	14	577 $\frac{1}{2}$	Männer:	7	242	93	3	34 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	7	335 $\frac{1}{2}$	247	1 $\frac{1}{2}$	48
September	9	51	Männer:	1	2	2	2	2
			Frauen:	8	49	18	1 $\frac{1}{2}$	6

II. Einteilung nach den Krankheitsformen:

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	10	1767 ³ / ₄	Männer:	7	733 ³ / ₄	262 ¹ / ₂	¹ / ₄	104 ³ / ₄
			Frauen:	3	1034	967 ¹ / ₂	9	345
Manie	33	2139	Männer:	15	671 ³ / ₄	268	1	44 ³ / ₄
			Frauen:	18	1467 ³ / ₄	268	¹ / ₂	81 ¹ / ₂
Melancholie	11	181	Männer:	4	70 ³ / ₄	36 ¹ / ₂	¹ / ₄	17 ³ / ₄
			Frauen:	7	110 ¹ / ₄	68 ¹ / ₄	¹ / ₂	15 ³ / ₄
Paranoia	24	563	Männer:	9	149	81	2	16 ¹ / ₂
			Frauen:	15	414	84	¹ / ₄	27 ¹ / ₄
Hypocho- ndrie	2	109	Männer:	2	109	86	3	54 ¹ / ₂
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	13	259 ¹ / ₄	Männer:	6	142 ³ / ₄	71 ¹ / ₂	1 ¹ / ₄	23 ³ / ₄
			Frauen:	7	116 ¹ / ₂	57	1	16 ¹ / ₂
Alkoholis- mus	3	81 ¹ / ₄	Männer:	3	81 ¹ / ₄	66	9	27
			Frauen:	—	—	—	—	—
Epilepsie	1	11	Männer:	1	11	11	11	11
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Hysterie	3	83	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	83	70	4	27 $\frac{3}{4}$
Hebephrenie	1	21	Männer:	1	21	21	21	21
			Frauen:	—	—	—	—	—
Traumati- sches Irrsein	2	24	Männer:	2	24	15	9	12
			Frauen:	—	—	—	—	—
Postfebriles Irrsein	1	8	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	8	8	8	8
Organische Gehirn- erkrankung	1	3	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	—	—	—	—	—
Zweifelhaf- ter Geistes- zustand	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9

Dies auf die einzelnen Jahre verteilt ergibt:
1887 (April-Dezember).

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	294	Männer:	2	294	214	80	147
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	9	432 $\frac{1}{4}$	Männer:	4	233 $\frac{3}{4}$	128	1 $\frac{3}{4}$	58 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	5	198 $\frac{1}{2}$	145 $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	39 $\frac{3}{4}$
Melancholie	5	100	Männer:	2	68	36 $\frac{1}{2}$	31 $\frac{1}{2}$	34
			Frauen:	3	32	16	7	10 $\frac{1}{2}$
Paranoia	8	63 $\frac{1}{2}$	Männer:	3	18 $\frac{1}{2}$	14	$\frac{1}{2}$	6
			Frauen:	5	45	26 $\frac{3}{4}$	$\frac{1}{4}$	9
Hypocho- ndrie	2	89	Männer:	2	89	86	3	44 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	6	53 $\frac{1}{2}$	Männer:	3	38	23	6	12 $\frac{3}{4}$
			Frauen:	3	15 $\frac{1}{2}$	11 $\frac{3}{4}$	$\frac{1}{4}$	5
Alkoholis- mus	2	54	Männer:	2	54	45	9	27
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hysterie	1	4	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	4	4	4	4

1888.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	5	124 $\frac{1}{4}$	Männer:	4	111 $\frac{1}{4}$	85	$\frac{1}{4}$	28
			Frauen:	1	13	13	13	13
Manie	21	1277 $\frac{3}{4}$	Männer:	8	413	268	1	51 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	13	864 $\frac{3}{4}$	259 $\frac{1}{4}$	$\frac{1}{2}$	66 $\frac{1}{2}$
Melancholie	3	15 $\frac{1}{4}$	Männer:	2	2 $\frac{3}{4}$	2 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{3}$	1 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	1	13	13	13	13
Paranoia	10	128 $\frac{1}{2}$	Männer:	3	26	15	2	8 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	7	102 $\frac{1}{2}$	50 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	14 $\frac{1}{2}$
Hypochon- drie	1	20	Männer:	1	20	20	20	20
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	7	118 $\frac{3}{4}$	Männer:	3	53 $\frac{3}{4}$	47 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	18
			Frauen:	4	65	57	$\frac{1}{2}$	16 $\frac{1}{4}$
Alkoholis- mus	2	27 $\frac{1}{4}$	Männer:	2	27 $\frac{1}{4}$	21	6 $\frac{1}{4}$	13 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	—	—	—	—	—
Epilepsie	1	11	Männer:	1	11	11	11	11
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hysterie	2	79	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	79	70	9	35

Krankheit.	Gesamtsumme der Isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer	Durchschnitt ca.
Hebephrenie	1	21	Männer:	1	21	21	21	21
			Frauen:	—	—	—	—	—
Traumati- sches Irrsein	2	24	Männer:	2	24	15	9	12
			Frauen:	—	—	—	—	—
Postfebriles Irrsein	1	8	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	8	8	8	8
Organische Gehirn- erkrankung	1	3	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	—	—	—	—	—

1889 (Januar-September).

Krankheit.	Gesamtsumme der Isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	6	1349½	Männer:	3	328½	262½	12	109½
			Frauen:	3	1021	967½	9	340½
Manie	8	429	Männer:	3	25	18	3	8½
			Frauen:	5	404	186½	3	81
Melancholie	3	65½	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	65½	63½	½	21¾

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paranoia	12	371	Männer:	4	104 ¹ / ₂	81	2 ¹ / ₂	26
			Frauen:	8	266 ¹ / ₂	72	5	33 ¹ / ₂
Dementia	4	87	Männer:	2	51	27	24	25 ¹ / ₂
			Frauen:	2	36	18	18	18
Zweifelhaf- ter Geistes- zustand	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9

Nach den einzelnen Monaten berechnet:
1887. April.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	1	67 ¹ / ₄	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄	67 ¹ / ₄

Ma i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Eingetheilt nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	59	Männer:	1	59	59	59	59
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	1	13 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	13 ¹ / ₂	13 ¹ / ₂	13 ¹ / ₂	13 ¹ / ₂

J u n i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	208	Männer:	2	208	155	53	104
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	4	176 ^{3/4}	Männer:	1	128	128	128	128
			Frauen:	3	48 ^{3/4}	33 ^{3/4}	2 ^{1/4}	16 ^{1/4}
Melancholie	1	7	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	7	7	7	7
Paranoia	1	26	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	26	26	26	26
Dementia	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9
Alkoholismus	1	45	Männer:	1	45	45	45	45
			Frauen:	—	—	—	—	—

J u l i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	5	Männer:	1	5	5	5	5
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	5	22	Männer:	2	4 $\frac{1}{2}$	2 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{4}$	2 $\frac{1}{4}$
			Frauen:	3	7 $\frac{1}{2}$	16	1 $\frac{1}{2}$	6
Dementia	1	1 $\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$

A u g u s t.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	13	Männer:	1	13	13	13	13
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	4	21 $\frac{1}{4}$	Männer:	2	13 $\frac{1}{4}$	12 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{3}{4}$	6 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	2	8	6	2	4
Melancholie	1	3 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	3 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$	3 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	—	—	—	—	—
Paranoia	3	1 $\frac{1}{2}$	Männer:	2	1	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	1	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Dementia	1	$\frac{1}{4}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$
Hysterie	1	$\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$

September.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	6	$47\frac{1}{4}$	Männer:	3	$4\frac{1}{2}$	3	$\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
			Frauen:	3	$42\frac{3}{4}$	34	$\frac{1}{2}$	$14\frac{1}{4}$
Melancholic	3	$70\frac{1}{2}$	Männer:	2	$54\frac{1}{2}$	36	$18\frac{1}{2}$	$27\frac{1}{4}$
			Frauen:	1	16	16	16	16
Paranoia	2	$3\frac{3}{4}$	Männer:	1	$3\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$	$3\frac{1}{2}$
			Frauen:	1	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$	$\frac{1}{4}$
Dementia	1	$\frac{3}{4}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$	$\frac{3}{4}$
Hysterie	1	$\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$

Oktober.

Krankheit.	Gesamtsumme der Isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	1	$1\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
Melancholie	3	$18\frac{1}{2}$	Männer:	2	$9\frac{1}{2}$	9	$1\frac{1}{2}$	$4\frac{3}{4}$
			Frauen:	1	9	9	9	9
Hypochondrie	1	18	Männer:	1	18	18	18	18
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hysterie	1	3	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	3	3	3	3

November.

Krankheit.	Gesamtsumme der Isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	1	$83\frac{1}{2}$	Männer:	1	$83\frac{1}{2}$	$83\frac{1}{2}$	$83\frac{1}{2}$	$83\frac{1}{2}$
			Frauen:	—	—	—	—	—
Melancholie	1	$1\frac{1}{2}$	Männer:	1	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$	$1\frac{1}{2}$
			Frauen:	—	—	—	—	—
Paranoia	2	$5\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	$5\frac{1}{2}$	5	$1\frac{1}{2}$	$2\frac{3}{4}$

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Hypochondrie	2	27	Männer:	2	27	24	3	13½
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	3	9¼	Männer:	1	6	6	6	6
			Frauen:	2	3¼	3	¼	1½

Dezember.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	9	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	1	¼	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	¼	¼	¼	¼
Paranoia	4	26¾	Männer:	1	14	14	14	14
			Frauen:	3	12¾	10½	¼	4¼
Hypochondrie	1	44	Männer:	1	44	44	44	44
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	4	32¾	Männer:	2	32	23	9	16
			Frauen:	2	¾	½	¼	⅓

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Alkoholismus	1	9	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	—	—	—	—	—

1888.

J a n u a r.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	26	Männer:	2	26	17	9	13
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	2	210 ¹ / ₂	Männer:	1	206	206	206	206
			Frauen:	1	4 ¹ / ₂	4 ¹ / ₂	4 ¹ / ₂	4 ¹ / ₂
Paranoia	2	9 ¹ / ₂	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	1	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂
Dementia	3	6	Männer:	1	5	5	5	5
			Frauen:	2	1	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂
Hysterie	1	20	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	20	20	20	20
Organische Gehirn- erkrankung	1	3	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	—	—	—	—	—

Februar.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	73	Männer:	1	73	73	73	73
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	4	192 $\frac{1}{4}$	Männer:	1	62	62	62	62
			Frauen:	3	130 $\frac{1}{4}$	57 $\frac{3}{4}$	11 $\frac{1}{2}$	43 $\frac{1}{2}$
Paranoia	3	3 $\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	3 $\frac{1}{2}$	1 $\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	1
Alkoholismus	1	21	Männer:	1	21	21	21	21
			Frauen:	—	—	—	—	—
Epilepsie	1	11	Männer:	1	11	11	11	11
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hysterie	1	33 $\frac{1}{2}$	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	33 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$	33 $\frac{1}{2}$

März.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	12	Männer:	1	12	12	12	12
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	6	37	Männer:	2	25	18	7	12 ¹ / ₂
			Frauen:	4	12	5 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	3
Melancholie	1	1 ¹ / ₄	Männer:	1	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄
			Frauen:	—	—	—	—	—
Dementia	2	7	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	7	6	1	3 ¹ / ₂
Hysterie	1	9 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂

April.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Eingetheilt nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	4	149	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	4	149	114	1 ¹ / ₂	37 ¹ / ₄
Hysterie	1	6 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	6 ¹ / ₂	6 ¹ / ₂	6 ¹ / ₂	6 ¹ / ₂

M a i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	5	75 ¹ / ₂	Männer:	2	16 ¹ / ₂	9 ¹ / ₂	7	8 ¹ / ₄
			Frauen:	3	59	45 ¹ / ₂	6	19 ¹ / ₂
Melancholie	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9
Paranoia	1	1 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂
Hysterie	1	1 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂

J u n i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	1/4	Männer:	1	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄	1 ¹ / ₄
			Frauen:	—	—	—	—	—
Manie	3	97	Männer:	2	20 ¹ / ₄	13 ¹ / ₄	7	10 ¹ / ₄
			Frauen:	1	76 ¹ / ₄	76 ¹ / ₄	76 ¹ / ₄	76 ¹ / ₄
Melancholie	1	2 ¹ / ₂	Männer:	1	2 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂	2 ¹ / ₂
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paranoia	2	3	Männer:	1	2	2	2	2
			Frauen:	1	1	1	1	1
Dementia	1	1 ^{1/4}	Männer:	1	1 ^{1/4}	1 ^{1/4}	1 ^{1/4}	1 ^{1/4}
			Frauen:	—	—	—	—	—
Alkoholismus	1	2 ^{1/4}	Männer:	1	2 ^{1/4}	2 ^{1/4}	2 ^{1/4}	2 ^{1/4}
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hebephrenie	1	12	Männer:	1	12	12	12	12
			Frauen:	—	—	—	—	—
Traumatisches Irrsein	1	3	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	—	—	—	—	—

J u l i.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	3	46	Männer:	1	1	1	1	1
			Frauen:	2	45	41	4	22 ^{1/2}
Hypochondrie	1	20	Männer:	1	20	20	20	20
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Dementia	1	1	Männer:	1	1	1	1	1
			Frauen:	—	—	—	—	—
Alcoholis- mus	1	1	Männer:	1	1	1	1	1
			Frauen:	—	—	—	—	—
Hebephrenie	1	9	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	—	—	—	—	—
Traumati- sches Irrsein	1	12	Männer:	1	12	12	12	12
			Frauen:	—	—	—	—	—

August.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	3	37 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	2	28 $\frac{1}{2}$	28	$\frac{1}{2}$	14 $\frac{1}{4}$
Paranoia	3	42	Männer:	1	15	15	15	15
			Frauen:	2	27	16	11	18 $\frac{1}{2}$
Dementia	1	38	Männer:	1	38	38	38	38
			Frauen:	—	—	—	—	—

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Traumati- sches Irrsinn	1	9	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	—	—	—	—	—
Postfebriles Irrsein	1	8	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	8	8	8	8

September.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	6	90	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	5	87	34	6	17 $\frac{1}{2}$
Melancholie	1	4	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	4	4	4	4
Paranoia	2	49	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	49	39	10	24 $\frac{1}{2}$
Dementia	2	57 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
			Frauen:	1	57	57	57	57

Oktober.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	4	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	4	4	4	4
Manie	7	176	Männer:	3	70	46	11	23 ¹ / ₄
			Frauen:	4	106	48	3	26 ¹ / ₂
Paranoia	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9
Dementia	1	8	Männer:	1	8	8	8	8
			Frauen:	—	—	—	—	—
Alkoholis- mus.	1	3	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	—	—	—	—	—

November.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9
Manie	3	121	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	121	90	40	40 ¹ / ₂

Dezember.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der Iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Manie	4	46	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	4	46	19	9	11 1/2
Paranoia	1	12	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	12	12	12	12
Hysterie	1	9	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	9	9	9	9

1889.

Januar.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der Iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	35	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	35	22	13	17 1/2
Manie	2	57	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	57	54	3	28 1/2
Paranoia	4	80	Männer:	1	2	2	2	2
			Frauen:	3	78	72	3	26
Dementia	1	18	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	18	18	18	18

Februar.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.		Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	19		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	1	19	19	19	19
Manie	2	56		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	2	56	36	36	28
Paranoia	2	8		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	2	8	5	3	4
Dementia	1	24		Männer:	1	24	24	24	24
				Frauen:	—	—	—	—	—

März.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.		Gesamtdauer der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	4	112		Männer:	1	36	36	36	36
				Frauen:	3	76	35½	9	25¼
Manie	3	23		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	3	23	9	7	7½
Paranoia	3	51		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	3	51	27	9	17
Zweifelhaf- ter Geistes- zustand	1	9		Männer:	—	—	—	—	—
				Frauen:	1	9	9	9	9

April.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	14	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	14	14	14	14
Manie	3	23 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	23 ¹ / ₂	11	3	8
Paranoia	2	11	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	11	6	5	5 ¹ / ₂
Dementia	1	18	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	18	18	18	18

Mai.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	63	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	63	63	63	63
Manie	4	83	Männer:	1	4	4	4	4
			Frauen:	3	79	31	18	26 ¹ / ₂
Melancholie	1	1 ¹ / ₂	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂	1 ¹ / ₂
Paranoia	3	32	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	3	32	18	7	10 ¹ / ₂

Juni.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	282	Männer:	1	12	12	12	12
			Frauen:	1	270	270	270	270
Manie	5	87	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	4	78	27	12	19 $\frac{1}{2}$
Melancholie	1	36	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	36	36	36	36
Paranoia	4	39 $\frac{1}{2}$	Männer:	2	11	8	3	5 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	2	28 $\frac{1}{2}$	27	1 $\frac{1}{2}$	14 $\frac{1}{4}$

Juli.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der Isolirungen nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	2	436 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	157 $\frac{1}{2}$	157 $\frac{1}{2}$	157 $\frac{1}{2}$	157 $\frac{1}{2}$
			Frauen:	1	279	279	279	279
Manie	3	30	Männer:	1	9	9	9	9
			Frauen:	2	21	18	3	10 $\frac{1}{2}$
Melancholie	1	18	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	18	18	18	18
Paranoia	4	16 $\frac{1}{2}$	Männer:	1	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$	$\frac{1}{2}$
			Frauen:	3	16	9	2	5 $\frac{1}{2}$

August.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	4	370	Männer:	3	123	93	12	41
			Frauen:	1	247	247	247	247
Manie	3	59	Männer:	1	3	3	3	3
			Frauen:	2	56	29	27	28
Melancholie	1	1/4	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	1/4	1/4	1/4	1/4
Paranoia	5	121	Männer:	2	89	78	11	44 1/2
			Frauen:	3	32	18	4	10 1/2
Dementia	1	27	Männer:	1	27	27	27	27
			Frauen:	—	—	—	—	—

September.

Krankheit.	Gesamtsumme der isolirten Kranken.	Gesamtsumme der isolirten Kranken. nach Stunden.	Einteilung nach dem Geschlecht.	Zahl der iso- lirten Kranken.	Isolirungsdauer.	Längste Dauer.	Kürzeste Dauer.	Durchschnitt ca.
Paralyse	1	18	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	1	18	18	18	18
Manie	2	10 1/2	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	10 1/2	6	4 1/2	5 1/4
Melancholie	2	10 1/2	Männer:	—	—	—	—	—
			Frauen:	2	10 1/2	9	1 1/2	5 1/4
Paranoia	4	12	Männer:	1	2	2	2	2
			Frauen:	3	10	4	3	3 1/3

Aus diesen Ausführungen geht hervor, dass, wie es ja auch selbstverständlich ist, die Manie am meisten zur Isolirung Veranlassung gegeben hat. Es reihen sich daran die Paralyse, Paranoia, Dementia, Melancholie, Hypochondrie und die anderen Formen von Seelenstörungen verschiedener Art. Bemerkt sei noch, dass die vorübergehenden Isolirungen, welche sich mitunter im Interesse der ärztlichen Besucher zur Zeit der Visiten nötig gemacht und nur immer wenige Minuten gedauert haben, bei der Zusammenstellung der Tabellen nicht berücksichtigt worden sind. Es betrifft dies zumeist solche Kranke, welche bei der Direktorialvisite regelmässig stürmisch zur Entlassung drängen oder welche dem ärztlichen Personal durch heftige Angriffe, besonders erotischer Natur, gefährlich sind.

Vergleichen wir nun die oben gewonnenen Zahlen beispielsweise mit denen, welche in einer statistischen Bemerkung von Dr. Lindenborn über die Isolirungsverhältnisse in der Gr. hessischen Landes-Irren-Anstalt bei Heppenheim niedergelegt sind und die Jahre 1878 bis 1883 betreffen. Letztere ergeben sich da wie folgt:

	1878.	1883.
Gesamtzahl der isolirten Pfleglinge . . .	164	195
a) Männliche Pfleglinge	74	91
b) Weibliche Pfleglinge	90	104
Tägliche Durchschnittszahl der isolirten		
Pfleglinge	31	37
a) Männliche Pfleglinge	12	16
b) Weibliche Pfleglinge	19	21
Zahl der Isolirzimmer (Zellen)	40	50

Ziehen wir dabei die jeweilige tägliche Durchschnittszahl der verpflegten Geisteskranken, welche seit 1878 auf 349 d. h. 156 männliche und 193 weibliche und im Jahre 1883 auf 424, nämlich 210 männliche und 214 weibliche stellte, in Betracht, so geht daraus

hervor, dass in beiden Jahren nahezu gleichviel und zwar ungefähr 9 % der Patienten immer isolirt waren, also eine Verminderung der Sektion in dem Zeitraum von 5 Jahren nicht eingetreten ist. Damit stimmt auch die auffallende Vermehrung der Zellen von 40 auf 50 überein, welche allerdings der Zunahme der Krankenzahl — es würde nämlich auf 8 Patienten eine Zelle kommen — entspricht, jedoch nach den Bestrebungen der neueren Zeit, die Separierung möglichst zu vermeiden, gewiss unnötig erscheinen muss.

Die Ziffern, welche die Handhabung der Isolirung in unserer Klinik beleuchten, ergeben ein bei weitem anderes Resultat.¹⁾

Es sind in dem in Betracht gezogenen Zeitraum von 2½ Jahren im ganzen 907 einzelne Sektionen von Kranken nötig gewesen; davon entfallen auf die Männer 272 und auf die Frauen 635.

Es geht daraus hervor, dass die Summe der täglich Isolirten noch nicht ganz 1 % beträgt, welcher sich zu 0,3 auch die männlichen und zu 0,7 auch die weiblichen Patienten verteilt. Dieser 1 % ist so zu verstehen, dass im Durchschnitt täglich eine Isolirung stattgefunden hat; die durchschnittliche Stundenzahl der Isolirungsdauer auf den Tag berechnet beträgt dabei etwas über 5½.

¹⁾ Die Ursache dieser Differenz mag wol zum Teil in dem anders gearteten Krankenmaterial, welches einer anderen Bevölkerungsart, einem anderen deutschen Stamm angehört, zu suchen sein. Andererseits aber trägt gewiss auch der verschiedene Zeitpunkt, welchen jene und unsere Statistik behandeln, dazu bei; denn gerade in der letzten Zeit hat das Streben, die Isolirungen nach Möglichkeit einzuschränken, fast von Jahr zu Jahr zugenommen. Ausserdem hatte wol die Heppenheimer Anstalt eine Anzahl inveterirter Fälle, deren Überführung nach der Pflgeanstalt sich verzögerte.

Es ist dies gewiss ein günstiges Ergebnis, zumal wenn man bedenkt, dass in unsere Klinik fast nur frische Fälle zur Aufnahme gelangen, somit die Patienten meist zu einer Zeit zu uns gebracht werden, wo ihre geistige Erkrankung sich auf der Höhe der Entwicklung bezw. in der Entwicklung befindet, also die Indikation zur Vornahme von Isolirungen verhältnismässig oft vorzuliegen scheint.

Das Verhältnis der Zahl der Isolirräume in unserer Anstalt zu der Summe der durchschnittlich verpflegten Kranken ergibt, dass eine Zelle auf 17 Patienten kommt, wobei noch zu bemerken ist, dass die Zellen, wie aus obigen Angaben ersichtlich ist, eben zumeist unbenutzt stehen.

Zur Ergänzung unserer oben ausgeführten Isolirungsverhältnisse möge hier noch eine kurze Mitteilung über das Vorkommen von Gewaltthätigkeiten von Seiten der Kranken in dem betreffenden Zeitraum Platz finden. Es erscheint dies angebracht, da sonst unserem in vorliegender Arbeit vertretenen Grundsatz der möglichsten Beschränkung der Seklusion entgegengehalten werden könnte, dass es besser sei, öfter zur Isolirung zu greifen, als Personal und Kranke den vielfachen Angriffen aufgeregter Patienten auszusetzen.

Wir lassen die diesbezügliche Zusammenstellung folgen und fügen noch hinzu, dass in derselben auch die allergeringfügigsten Thätlichkeiten der Kranken mitgezählt sind:

	Zahl der gewaltthätigen Kranken	Gesamtsumme der vorgekommenen Gewaltthätigkeiten	Davon durch isolirte Patienten verübt	Gewaltthätigkeiten gegen Aerzte	Davon durch isolirte Patienten verübt	Gewaltthätigkeiten gegen das Wartpersonal	Davon durch isolirte Patienten verübt	Gewaltthätigkeiten gegen sich selbst	Davon durch isolirte Patienten verübt	Gewaltthätigkeiten gegen andere Kranke.
Frauen	89	568	169	115	43	276	124	29	2	148
Männer	42	191	54	26	13	92	40	4	1	69
Zusammen	47	377	115	89	30	184	84	25	1	79

Wirkliches Interesse bieten davon eigentlich nur die Gewaltthätigkeiten, welche gegen Mitkranke ausgeübt worden sind.

Die Gewaltthätigkeiten der Patienten gegen sich selbst nämlich wird man durch Seklusion ja nicht verhindern können, denn man keinem isolirten Kranken die Möglichkeit nehmen, sich z. B. mit dem Kopf gegen die Wand zu stossen oder sei es durch Biss, sei es durch der Hände Gewalt sich zu verletzen. Übrigens sind solche Fälle in unserer Klinik nur äusserst selten beobachtet. Es handelte sich dabei um mehr oder minder plump oder geschickt ins Werk gesetzte Suicidiumsversuche.

Dass ferner Isolirung der betreffenden Patienten weder das ärztliche noch das Wartpersonal auf die Dauer von vorkommenden Angriffen zu schützen vermag, ist ohne weiteres begreiflich, da sowol der Arzt als der Wärter die Zelle des separirten Kranken betreten muss, also den gleichen Fährlichkeiten ausgesetzt ist wie wenn der Patient frei herumliefe. Wir sehen auch aus obiger Tabelle, dass besonders von den gegen das Wartpersonal ausgeübten Gewaltthätigkeiten ziemlich die Hälfte von isolirten Kranken ausgegangen ist.

Was nun die Gewaltthätigkeiten von Kranken unter einander anbelangt, so ist es wol verständlich, dass bei reizbar angelegten Geisteskranken die geringste Missstimmung genügen kann, um Zank, Streit und daraus resultirend Thätlichkeiten zum Ausbruch gelangen zu lassen. Gewiss kann auch eine derartige Eruption ganz plötzlich, unvorhergesehen erfolgen, zumal bei stark hallucinirenden Paranoikern, welche sich von irgend Jemand ihrer Umgebung verfolgt und gepeinigt wähnen. Diese Unannehmlichkeiten sind jedoch nie ganz zu vermeiden und einmal sicher nicht durch Isolirung; denn wenn man dadurch etwas erreichen wollte, müsste man eben jeden Patienten, der nur im Entferntesten verdächtig erscheinen kann, fortgesetzt in Seklusion halten, da es nie vorauszusehen ist, wann er einmal plötzlich losschlägt.

Betrachten wir noch die Art der Gewaltthätigkeiten, welche speziell der vorliegenden Zusammenstellung zu Grunde liegen, so muss betont werden, dass bei weitem die Mehrzahl in geringfügigen Aggressionen bestanden hat. Herabreissen von Schürzen oder Kleidungsstücken, Werfen mit kleinen Kieselsteinen im Tobhof, geringere oder gröbere Püffe, geringere Raufereien unter einander u. dergl. sind die hauptsächlichsten derartigen Vorkommnisse. Höchst selten nur handelt es sich um Angriffe ernsterer Natur. Dahin zählen z. B. Bisse, Ausraufen von Haaren, Schlagen mit dem ausgezogenen Schuh oder gar mit einem Stuhl u. s. w. Dies sind Dinge, welche, wie bereits hervorgehoben, zu den seltensten Ausnahmen gehören und gegenüber den andern Gewaltthätigkeiten durchaus untergeordneten Charakters, was ihre Häufigkeit betrifft, völlig in den Hintergrund treten.

Jedenfalls haben wir bisher keine Notwendigkeit gesehen, wegen zu häufiger und gefährlicher Gewalt-

thätigkeiten von Seiten der Kranken die Isolirung prophylaktisch in vermehrtem Maasse anzuwenden.

Alle diese Erwägungen kennzeichnen und illustriren wol zur Genüge den Fortschritt, welchen unsere Klinik in der möglichsten Beschränkung der Isolirung gemacht hat und das Verfahren, welches wir als praktisch vorzüglich erprobt haben und auf das angelegentlichste empfehlen können und müssen.

Wenn diese Zeilen weitere diesbezügliche statistische Mitteilungen über die Isolirungsverhältnisse anderer Irren-Anstalten zur Folge haben sollten, würde Verfasser dies mit Genugthuung als Erreichung des mit vorliegender Arbeit verbundenen Zweckes betrachten.

Zum Schluss ergreife ich noch mit besonderem Vergnügen die Gelegenheit, an dieser Stelle meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Prof. Dr. H. Emminghaus, Direktor der psychiatrischen Klinik zu Freiburg i. B. für die freundliche Anregung zu dieser Arbeit und die liebenswürdige Bereitwilligkeit, mit der er mir bei Ausführung derselben durch Rat und That beigestanden hat, meinen vorzüglichsten Dank auszusprechen.

Druckfehlerverzeichnis:

Auf Seite 27, Zeile 12 ist zu lesen „vermieden“ statt „vermindert“. Seite 64, Zeile 20 zweimal „auf“ statt „auch“. Auf derselben Seite Zeile 21 „dieses“ statt „dieser“.