

(Aus dem gerichtsärztlichen Institut der Universität Breslau
[Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. *Puppe*].)

Über Selbstbeschädigungen bei Gefangenen.

Von

Priv.-Doz. Dr. **Herwart Fischer**,

Gerichtsmedizinalrat und Gefängnisarzt in Breslau.

Während einer jetzt 3jährigen gefängnisärztlichen Tätigkeit am Breslauer Untersuchungsgefängnis bin ich zu der Überzeugung gekommen, daß die bei Untersuchungs- und Strafgefangenen nicht selten zu beobachtenden Selbstbeschädigungen von wesentlicher wissenschaftlicher und praktischer Bedeutung sind.

Die allgemeine Literatur über Selbstbeschädigungen ist, wenn ich von einer Anzahl kasuistischer Mitteilungen absehen darf, nicht groß, die über solche in Gefängnissen verschwindend klein. Bei den Tagungen der Deutschen Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in den Jahren 1910 und 1913 trugen *Fr. Strassmann*, *Lochte* und *Tintemann* gerichtsärztlich Bemerkenswertes bei Selbstbeschädigungen vor. *Lochte* regte damals bereits an, Beobachtungen in Gefängnissen zu machen. Außer den Genannten publizierten noch *Reuter-Graz*, *Meixner* und einige Psychiater und Militärärzte Wertvolles über Selbstbeschädigungen im allgemeinen. Die französische Literatur bringt hierüber mehr Belangreiches.

Es gibt kaum eine Disziplin unserer medizinischen Wissenschaft, der Selbstbeschädigungen praktisch unbekannt geblieben sind. Am meisten sieht sie wohl der Chirurg. Selbstbeschädigungen durch Einbringen von Fremdkörpern unter die Haut und in die natürlichen Öffnungen, durch Hieb, Stich, Schnitt und Schuß mittels der verschiedensten Werkzeuge und Waffen, durch chemische und pflanzliche Mittel, viele Arten künstlicher Wundverzögerungen neben vereinzelt beschriebenen seltenen Artefakten — (ich denke an durch Schwämmchen erzeugte Mastdarmvorfälle, an durch Paraffin gebildete Tumoren, an Hautemphysem durch Lufteinblasen usw.) — sind bekannt geworden.

Viel sieht auch der Dermatologe. Aus *Touton's* Darstellung der willkürlich erzeugbaren Hautkrankheiten ist ersichtlich, daß es außer den Hautgeschwülsten, den echten Formen von Psoriasis, Sklerodermie und Myxödem, ferner den ätiologisch sicheren Pigmentanomalien, wie es

scheint, fast keine Hauterkrankung gibt, die nicht künstlich, bzw. durch äußere Einwirkungen derart erzeugt werden kann, daß ihre Erkennung als Selbstbeschädigung häufig nur „auf detektivistischem Wege“ möglich ist. So haben sich denn auch Krankheitsbilder, die unter den verschiedensten Namen („multiple, neurotische Hautgangrän, Pemphigus hystericus“ usw.) von einigen Autoren als ideogen bedingt beurteilt waren, schließlich doch fast stets bisher als Artefakte erkennen lassen.

Auch auf dem Gebiete der Geschlechtskrankheiten ist manches von Selbstbeschädigungen berichtet worden. Neben der beabsichtigten Infektion mit Syphilis oder Gonorrhöe durch den Beischlaf oder durch indirekte Übertragung der Erreger sind diese Krankheiten durch artefizielle Beibringung pseudovenerischer Geschwüre, bzw. durch verschiedenartige Reizung der Urethra vielfach vorgetäuscht worden.

Der Internist kennt künstlich erzeugte Schwächezustände, artefiziell bewirkte Tachykardie, blutige und unblutige Durchfälle, Nephritis, Erbrechen und manches andere als Selbstbeschädigung.

Die Zahl der Mittel, die Conjunctivitiden erzeugen können, ist Legion. Doch auch Hornhautverletzungen, traumatische Katarakte, Nystagmus, selbst eine durch Nadelstiche bewirkte, beabsichtigte, vollständige Erblindung eines Selbstbeschädigers und gewaltsames Herausreißen eines oder beider Augäpfel ist beschrieben worden.

Ohrenkrankheiten wurden durch Verätzungen und Reizungen des äußeren Gehörganges und des Trommelfelles, dann sekundär auch des Mittelohres erzeugt.

Auf gynäkologischem Gebiete sind Fälle von an eigenem Leibe versuchter Sectio caesarea seitens Gebärender (*v. Sury*) veröffentlicht.

Über artefizielle Nervenlähmungen berichteten *Eriksen* und *Blau*.

Die vielen, häufig recht lehrreichen Methoden, mit denen die Selbstbeschädiger arbeiten, im einzelnen anzuführen, muß ich mir im Rahmen dieser Arbeit leider versagen.

Drei große Gebiete sind es, in denen der Sachverständige sich vor die Frage, ob eine Selbstbeschädigung vorliegt oder nicht, gestellt sehen kann.

Das erste ist das militärische. Selbstbeschädigungen bei Soldaten haben vor und während des letzten Krieges bei uns, wie bei allen Staaten, die die allgemeine Wehrpflicht eingeführt hatten, eine große Bedeutung gehabt. Ich verweise auf die einschlägigen Publikationen (*Bennecke, Meißner* usw.). Jeder Sanitätsoffizier wird sie bestätigen können. Ich habe in vorderster Front leider manche Selbstbeschädigung gesehen, und es war mir nur ein geringer Trost, daß mich spätere Gespräche während französischer Kriegsgefangenschaft mit Militärärzten des Feindes und Veröffentlichungen von österreichischer, italienischer und französischer Seite noch Erbärmlicheres lehrten.

Bezeichnend ist ein Buch, das kürzlich in Brünn unter dem Titel „Jak jsme šidírah naše milés Rakonskó 1918—1919“ (Verl. Barvič und Navotný, Brünn) (zu deutsch etwa: „Wie wir unser geliebtes Österreich beschummelten“) erschienen ist, und auf das mich mit seinen angeblich 300 Darstellungen geschehener Arten von Selbstbeschädigungen in der österreichischen Armee ein Tschecho-Slowake, früher österreichischer Offizier und wegen Hochverrats im Breslauer Untersuchungsgefängnis, aufmerksam machte. Ich habe das Buch trotz mehrfacher Bemühungen noch nicht erhalten können. Derselbe Tscheche konnte auf Verlangen in seiner Zelle in kurzer Zeit nicht weniger als 32 Arten von Selbstbeschädigungen, mit deren Hilfe die Leute sich „vertachiniert“ (Wiener Dialekt für „sich hinter die Front drücken“) hatten, aufschreiben, von denen ein großer Teil mir neu und nicht unklug erdacht war. Er selbst hatte an der Front mit russischer Kugel aus österreichischer Patrone und österreichischem Gewehr durch ein in ein Tuch gewickeltes Kommißbrot seine Hand durchschossen.

Als Sachverständiger werden wir auch heute noch bei einer evtl. Tätigkeit für die Oberversicherungsämter gegebenenfalls Fälle von Selbstbeschädigungen zu begutachten haben.

Das zweite Gebiet ist das große der sozialen Medizin. So groß das Gebiet, so klein sind unsere Erfahrungen in ihm betreffs der uns hier interessierenden Frage. Sei es, weil unsere soziale Gesetzgebung mit ihrem Alter von wenigen Jahrzehnten noch zu jung, sei es, weil der durch eine Selbstbeschädigung evtl. zu erzielende Vorteil meist nicht im Verhältnis zu den zu übernehmenden Gefahren, Schmerzen und Unbequemlichkeiten steht, jedenfalls ist die Zahl der bekannt gewordenen Selbstbeschädigungen, mit denen auf dem Gebiete der Kranken-, Invaliden-, der öffentlichen und privaten Unfall- oder der Haftpflichtversicherung ein Vorteil erreicht zu werden versuchte, gering.

Das dritte ist das unserer engeren gerichtlichen Medizin. Wir begegnen hier Selbstbeschädigungen

1. zur Vortäuschung verbrecherischer Angriffe, entweder aus Sensationsbedürfnis, oder weil der Täter und gleichzeitige Selbstbeschädiger den Verdacht, eine Straftat begangen zu haben, von sich abwenden will. *Taylor* und *Fr. Strassmann* haben hierüber Ausführliches geschrieben. Ersterer hat auch besondere Richtlinien für die Begutachtung derartiger Fälle aufgestellt.

Hierher gehören z. B. viele der fingierten Notzuchtsattentate hysterischer Frauen und, wie *Eckert* bewies, viele Fälle von angeblichen Entmannungen durch andere Personen, bei denen es sich meist um Selbstkastrationen handelt.

2. Zur Attestierung einer angeblichen Haftunfähigkeit bei strafrechtlich Verurteilten, die, noch auf freiem Fuße, der Strafvollstreckung

entgehen wollen. Ich habe einen derartigen Fall zu begutachten gehabt. Die betreffende Frau war bereits $1\frac{1}{2}$ Jahre vorher mit 1 Jahr Gefängnis bestraft worden, hatte diese Strafe aber bisher auf Grund von 10 Strafaufschubgesuchen, gestützt durch 6 zu verschiedenen Zeiten gegebene ärztliche Atteste und Gutachten, wegen einer chronischen, stark juckenden und schmerzenden Hauterkrankung nicht verbüßt. Die Untersuchung ließ neben einer strahligen Narbe des linken Fußrückens, die als Folge einer vor Jahren erlittenen Salzsäureverätzung (!) in einer Quecksilberfabrik angegeben wurde, zwischen beiden Brüsten und auf der Außenseite des linken (!) Oberarmes zahlreiche, teils mit Schorf bedeckte, kirsch kern- bis haselnußgroße scharfrandige Hautdefekte mit frisch-rottem Grunde und etwas entzündeter Umgebung erkennen. Dazwischen viele Narben mit Keloidbildung. Gleiche Narben an der rechten Brust und an der Streckseite beider Oberschenkel. Alle übrigen Hautteile intakt, insbesondere der Rücken. Ich stellte die Diagnose: artefizielle Verätzung durch Säure. In der Universitäts-hautklinik wurde mir dieselbe auf mein Ersuchen bestätigt. Es wurde Salzsäureverätzung angenommen. Die Frau, die 6 Ärzte irreführt hatte, mußte nun ihre Strafe verbüßen. Psychisch war sie vollkommen unauffällig.

3. Bei Gefangenen. Ich sprach bereits von der Anregung *Lochtes* aus dem Jahre 1913. Er verwies damals auf eine Veröffentlichung von *Mangelsdorff* über Selbstbeschädigungen Festungsgefangener, wohl das einzige, das bis dahin in der deutschen Literatur hierüber gebracht war, hatte sich auch selbst bemüht, aus Strafanstalten Material zu dieser Frage zu erhalten. Im folgenden Jahre brachten daraufhin *Dyrenfurth* und *Marx* einige Mitteilungen über von ihnen in Gefängnissen beobachtete Selbstbeschädigungen.

Als Gefängnisarzt des Breslauer Untersuchungsgefängnis habe ich eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Selbstbeschädigungen Gefangener gesehen. Genauere Aufzeichnungen über diese habe ich mir erst während des Jahres April 1921—April 1922 gemacht, nachdem ich sah, daß dieselben im Hinblick auf eine geordnete Strafrechtspflege dringend unseres Interesses bedürfen.

Die im folgenden aufgeführten Fälle betreffen deshalb bis auf 2, von denen ich bereits gute Aufzeichnungen besaß, nur während des einen Jahres beobachtete Selbstbeschädigungen und von diesen auch wieder nur einen Teil derselben. Insgesamt sah ich in diesem einen Jahre über 30 Selbstbeschädigungen bei einer täglichen Belegziffer von durchschnittlich 500 Gefangenen und einem Jahresdurchgang von etwa 5000 Mann.

Unter ihnen spielt das Einbringen von *Fremdkörpern* in die natürlichen Körperöffnungen eine große Rolle. Von Selbstbeschädigungen durch Fremdkörper, die unter die Haut gebracht wurden, sah ich im

Gefängnis nur eine. Es handelte sich um einen jungen Menschen, der sich einen Faden im Bereiche des Kniegelenks durch die Haut gezogen hatte und so absichtlich eine starke Zellgewebsentzündung hervorrief, die als eine schwere Kniegelenkserkrankung hätte angesprochen werden können.

Bei Angaben, daß Fremdkörper in eine der natürlichen Öffnungen gebracht sind, und Klagen über hierdurch bestehende Beschwerden ist vor allem festzustellen, ob diese Angaben überhaupt der Wahrheit entsprechen. Ich habe nicht weniger als 4 Fälle innerhalb eines Monats erlebt, bei denen von Gefangenen angeblich Gegenstände verschiedener Art verschluckt sein sollten, die dann scheinbar so entsetzliche Schmerzen verursachten, daß die betreffenden Gefangenen selbst schnell nach einer Operation in einer Klinik verlangten. Ich habe in allen diesen Fällen, wenn nicht die erste Untersuchung wegen objektiv vorhandener, eine drohende Lebensgefahr anzeigender Krankheitssymptome ein anderes Verhalten geboten erscheinen ließ, die Leute isoliert auf die Lazarettabteilung verlegt und sie dort vorerst bei Wasser und Bettruhe, dann, ab zweiten oder dritten Tag, bei täglich einmaliger Verabreichung von Kartoffelbrei, Abführmitteln und Bettruhe beobachtet. Ich habe stets den gleichen Erfolg gehabt, daß diese Art Pseudoselbstbeschädiger meist nach wenigen Tagen „aufgaben“, d. h. offen sagten, daß sie nie etwas verschluckt und nur beabsichtigt hätten, in eine Klinik verlegt zu werden. Einer hatte eine andere Taktik. Er zeigte mir bei der Visite in seinem Stuhl (alle diese Leute hatten stets Anweisung, ihren Stuhl zur Visite in einem besonderen Gefäß, nicht im Kübel, aufzuheben), freudestrahlend 18 Drahtstücke von 5—8 $\frac{1}{2}$ cm Länge, erklärte sich dankbar geheilt und bat um Rückverlegung in das Gefängnis. Er hatte hierbei nur vergessen, daß er sich mit der Angabe krank gemeldet hatte, in seiner Gefängniszelle mehrere Niete und Holzschrauben verschluckt zu haben, während jetzt Drahtstücke im Kote lagen, die, wie nach Entfernung der Betten ein Blick auf die Matratze bewies, sämtlich aus der Eisenmatratze des Lazaretts herausgebrochen waren.

Von Gefangenen, die in der Tat Gegenstände verschluckt hatten, erscheinen mir folgende Fälle mitteilenswert:

I. H., ehemaliger Fürsorgezögling und degenerierter Psychopath, häufig vorbestraft, hatte bereits mehrfach Fremdkörper verschluckt, so Nägel, Draht, mehrere Löffelstiele usw. Er war deshalb zu verschiedenen Zeiten, insgesamt dreimal, laparotomiert (drei Gastrotomien) und schließlich in Stettin unter Erlaß der damaligen Arreststrafe aus der Strafhaft entlassen worden. Kurz vor einer neuen Inhaftierung in Berlin auf Grund anderer Straftat hatte er dann eine Brosche verschluckt. Er wurde nicht wieder operiert. Die Brosche konnte ihm nach einem Monat aus dem After gezogen werden. Er entwich schließlich und wurde in Breslau wieder ergriffen. Hier verschluckte er eine Reihe von Gegenständen. Die Durchleuchtungen ließen im Abdomen zwei Fremdkörper von beträchtlicher Länge neben kleineren Nadeln und anderem erkennen. Angeblich große Schmerzen.

Erbrechen. H. aß nichts. Klinische Beobachtung, aus der er wieder in die Haft entlassen wurde, als sich zeigte, daß sein Verhalten in Abwesenheit von Arzt und Pflegepersonal in krassem Gegensatz zu dem des scheinbar Schwerkranken bei der ärztlichen Visite stand.

II. K., ein Mann, der durch seinen „froschartigen“ Mund zum Verschlucken bereits prädestiniert erschien, verschluckte im Gefängnis nacheinander mehrere Messingstücke, Glas, Nägel aus der Wand und zusammengebogene Blechlöffelteile. Einzelne Teile gingen mit dem Stuhle wieder ab. Der Rest verursachte scheinbar starke Beschwerden. Eine Operationsnarbe am Abdomen wies darauf hin, daß K. bereits einmal laparotomiert war. Ermittlungen ergaben, daß bei ihm im Jahre 1909 in der chirurgischen Klinik in Frankfurt a. M. 209 verschieden dicke, je etwa 6—8 cm lange Holzstücke aus dem Magen entfernt waren. Weitere Holzstücke waren dann noch mit dem Stuhle abgegangen. Der schriftliche Bescheid der Klinik lag mir vor. Im Untersuchungsgefängnis erbrach K. schließlich blutige Massen. Ich konnte mit einer neuen Operation nicht mehr zögern. Bereits bei der Einlieferung in die Klinik entwich aber K. Nach 8 Tagen wieder verhaftet, behielt ich ihn vorerst bei mir, bis das fortdauernde blutige Erbrechen zu neuer Verlegung zwang. In der Klinik war die Operation bereits angesetzt, als Glasstücke und zwei Löffelstiele auf natürlichem Wege abgingen. Man verschob deshalb den Eingriff für einige Tage. In diesen versuchte K. in Zivilkleidung abermals zu entweichen. Zurück ins Gefängnis, aus dem er trotz aller gegenteiligen Bestrebungen später notwendig noch einmal in die Klinik geschickt werden mußte. Er hatte wieder mehrere Gegenstände verschluckt. Ein Löffelstiel war auch abgegangen. In seinen Sachen versuchte K., sich für die Klinik weiteres Material (Nägel und Drahtstücke) mitzunehmen. Er wurde ziemlich blutleer eingeliefert, geröntgt und erneut laparotomiert. Wieder im Gefängnis, verschluckte er trotz allem neue Löffelteile und trat schließlich in den Hungerstreik, bis er einige Tage später zum Hauptverhandlungstermin geführt werden konnte, bei dem er sich dann erstaunlich geordnet und ruhig benahm. Er verschluckte nun nichts mehr und erbrach nur noch zeitweise etwas blutige Massen.

III. Th., Hysterisch-Degenerierter, verschluckte einen Schüsselhenkel. Nach 4 Tagen, bei Lazarettbehandlung mit Kartoffelbrei und Abführmitteln, natürlicher Abgang des Henkels. Ein halbes Jahr später verschluckte er einen Löffelstiel in zwei Stücken. Die gleiche Behandlung und der gleiche Erfolg. Ich ließ Th. nunmehr zu seinem eigenen Schutze fesseln. Wenige Tage später erfuhr die Direktion, daß gegen Th. eine Arreststrafe wegen Entweichens aus dem Gefängnis, aus welchem er kurz vorher abtransportiert war, zu vollstrecken sei. Das Motiv zu den geschehenen Selbstbeschädigungen, durch sie die Verlegung in eine Klinik und mit ihr eine Entweichungsmöglichkeit zu erreichen, wurde durch diese Nachricht m. E. offenkundig.

IV. T., wegen Mordes zum Tode verurteilt, dann zu lebenslänglichem Zuchthaus begnadigt, war wegen degenerativen Irreseins bereits einmal in einem festen Haus. Er hatte längere Zeit, bevor ich ihn kennen lernte, 4 Dutzend Nähnadeln verschluckt und belästigte seitdem die Behörden mit Anträgen, ihn wegen der hierdurch entstandenen Beschwerden zu einer Operation aus der Haft zu entlassen oder einer Klinik zuzuführen. Er wurde mir für meine Lazarettabteilung zur Begutachtung überwiesen. Dort konnte ihm nach entsprechender Kur eine Nähnadel aus dem After entfernt werden. Ich ließ T. nun röntgen. Das Bild ergab, daß er noch etwa 10 Nadeln im Körper hatte, die zur Hälfte in dem Magen, zur anderen Hälfte an den verschiedensten Stellen des Körpers lagen. Daß T. bei dem Wandern dieser Nadeln von Zeit zu Zeit mehr oder weniger große Schmerzen hatte, war glaubhaft. Die gewünschte allgemeine Operation kam bei der Feinheit

und schlechten Auffindbarkeit der Nadeln und bei ihrer Verteilung im Körper nicht in Frage, war auch, wie der bisherige Krankheitsverlauf gezeigt hatte (es waren schon über 30 Nadeln vom Körper abgestoßen), nicht nötig. Es blieb abzuwarten, ob einmal eine der noch vorhandenen Nadeln einen besonderen Eingriff erforderte.

V. Der Untersuchungsgefangene D. hatte einen Löffelstiel und eine Schnalle verschluckt. Er verweigerte jede Nahrungsaufnahme, ging gebückt, wie er glauben machen wollte infolge starker Schmerzen, schrie und stöhnte. Als D. bei der Beobachtung nichts mehr aß, viel erbrach und nachweislich beträchtlich an Körpergewicht verlor, ließ ich ihn röntgen. Wenige Tage vor der Bildaufnahme verschluckte er, weil ein Wachtmeister Zweifel an seinen Angaben aussprach, vor diesem blitzschnell einen weiteren Löffelstiel. Die Röntgenuntersuchung ergab das Vorhandensein der genannten Gegenstände im Magen. Ich mußte mich schließlich auch bei D. zu einer Verlegung in die Klinik entschließen. D., der in verschiedenen Städten seiner Aburteilung entgegensah, ist darauf in der Nacht nach der Einlieferung, ohne vorher operiert zu sein, entwichen.

VI. Im Februar 1922 meldete sich W. mit den nun schon bekannten Klagen krank. Er hatte Glas, Blech, 2 Nägel und Draht verschluckt. Im Lazarett ging nach 3 Tagen Glas und ein Stück Blech mit dem Kot ab. W. wurde entlassen, meldete sich aber immer wieder krank. Als er Anfang Juni über Stechen beim Atemholen, unabhängig von der Nahrungsaufnahme, und Auftreten besonders starker Schmerzen klagte, und als sich am Abdomen eine stark druckempfindliche, hühnereigroße Vorwölbung zeigte, von der Schmerzen auf die linke Fossa iliaca ausstrahlten, verlegte ich W. in eine chirurgische Klinik. Dort wurde er operiert und zwei etwa 20 cm lange Drahtschlingen, von denen die eine frei beweglich im Fundus des Magens saß, während die andere zur Hälfte durch den Pylorus hindurchragte und im Duodenum lag, entfernt. Diese zweite Schlinge hatte an der großen Krümmung des Magens die Magenwand bereits perforiert und Verwachsungen mit der parietalen Bauchwand hervorgerufen. Der Wundverlauf war ein glatter. Noch bevor W. aus dem Untersuchungsgefängnis zurückverlegt werden konnte, entwich er aus der Klinik. Er wurde bald wieder aufgegriffen und dem Gefängnis zugeführt. Am Tage darauf stellte er bereits einen schriftlichen Antrag, ihn wegen Darmbeschwerden als haftunfähig zu entlassen. Der Antrag wurde natürlich, nach Anfrage an mich, abgewiesen.

VII. Ein anderer Gefangener, Kr., ein labiler Mensch, hatte 7 Gegenstände in Abständen an einen Bindfaden aneinander gebunden und mit dem Faden nacheinander verschluckt. Der Faden war dann gerissen. Die Anamnese ergab, daß er bereits im Jahre 1910 auf Grund einer Wette ein an einem Bindfaden befestigtes Maurerlot verschluckt hatte. Kr. hatte damals die Wette gewonnen. Es gelang ihm, das Lot wieder heraufzuziehen. Ein halbes Jahr später wettete er in ähnlicher Weise. Er befestigte in Abständen von je 10 cm zwei Stück Draht und ein Maurerlot an einem Faden und verschluckte die Gegenstände. Diese Wette verlor er. Er konnte die drei Stücke nicht wieder heraufbringen. Der Bindfaden war schließlich durchgeweicht und riß ab. Die Fremdkörper blieben im Magen und verursachten keine nennenswerten Beschwerden. Als Motiv für die jetzt geschehene Selbstbeschädigung gab er an, die Absicht gehabt zu haben, sich ernstlich krank zu machen. Von einem Selbstmordversuch wollte er nichts wissen. Wegen der objektiven Krankheitssymptome (im Mageninhalt viele rote Blutkörperchen, röntgenologisch ein Konglomerat von Fremdkörpern) mußte ich Kr. schließlich zur Vornahme der Operation in eine Klinik verlegen. Durch Gastrotomie wurden 10 Gegenstände aus dem Magen genommen: 2 Löffelstiele, 2 weitere Bruchstücke von Eßlöffeln, 1 Senklot, 2 Dietriche, 1 großer Wandhaken und

ein Stück Stahldraht. Kr. wurde nach einem Monat als geheilt aus der Klinik zurückgeführt. Einen Versuch, von dort zu entweichen, hat er nicht gemacht.

VIII. In dem genannten Jahre verursachte schließlich noch ein Mann sehr viel Mühe und Schreibarbeit, der immer wieder Gegenstände verschluckte und durch unzählig häufige Krankmeldungen wegen Schmerzen in der Magengegend, durch Beschwerden an den Reichspräsidenten und andere fast täglich den Abtransport in eine Klinik zu erreichen suchte. M., ein ausgesprochener Psychopath, war mit mehreren Jahren Zuchthaus bestraft. Ich ließ ihn röntgen. Das Röntgenbild zeigte eine Reihe von Fremdkörpern im Magen, gab mir aber, ebenso wie der damalige Allgemeinbefund, nicht genügend Indikation zur Operation. M. verschluckte deshalb weiter Fremdkörper, so Teile, die er aus dem Lazarettbett herausbrach. Er wurde gefesselt. Schließlich mußte ich, als Perforationserscheinungen auftraten und sich im Röntgenbild neben Fremdkörpern im Magen ein Stück Draht an der großen Kurvatur, $\frac{1}{2}$ cm über die Magengrenze hinausragend, zeigte, doch in die Gastrotomie einwilligen. Bei der Operation konnten 3 Löffelstiele, 1 langer Draht, 1 langes, gerolltes Blechstück und 1 Draht, der sich frei in der Bauchhöhle befand, entfernt werden. — Eine Perforationsstelle ließ sich weder am Magen noch am Darm mehr feststellen. M. wurde absichtlich mit noch nicht verheilten Bauchdeckenwunden zurückverlegt, um ein Entweichen unmöglich zu machen. Vor der Entlassung ergab ein drittes Röntgenbild, daß sich im Magen kein Fremdkörper mehr befand. Am 2. Tage wieder im Gefängnis, bei noch nicht verheilten Bauchwunden, verschluckte er 4 Drahtstücke, die er aus der Bettstelle herausriß. Seine Klagen und Krankmeldungen waren nun wieder die alten. Ein neues Röntgenbild zeigte mir, daß sich mehrere lange Drahtstücke, ein Teil einer Gabel und ein Löffel im Magen befanden. Ich habe M. trotzdem nicht wieder in die Klinik verlegt, da eine Operation mangels zur Zeit drohender Lebensgefahr m. E. nicht notwendig erschien.

In der Literatur fand ich wohl manchen Fall beschrieben, bei denen Fremdkörper per os, unter die Haut oder auch durch den After in den Körper eingeführt waren. Von gleichen zahlreichen Beobachtungen, wie ich sie in kurzer Zeit im Gefängnis zu sehen Gelegenheit hatte, und von gleich häufigen Selbstbeschädigungen ein und derselben Leute las ich nichts. Von Selbstbeschädigern, die sich Fremdkörper in die Harnröhre steckten, las ich nur ganz vereinzelt und dann nur in Fällen, bei denen es sich darum gehandelt hatte, durch vorübergehende Einführung von Fremdkörpern einen tripperähnlichen Ausfluß zu erzielen. Im Gefängnis sah ich mehr.

IX. Der Gefangene Tsch., der psychisch als Hysterisch-Degenerierter unter die Grenzfälle zu rechnen ist, hatte sich bereits einmal im Laufe meiner Bekanntschaft mit ihm ein Streichholz in die Harnröhre gesteckt, zu anderen Malen einen kleinen Löffel und Blech verschluckt. Diese Gegenstände hatten auf natürlichem Wege wieder entfernt werden können. Bei einer neuen Krankmeldung behauptete T., daß er seit 24 Stunden kein Wasser lassen könne. Er müsse blasenleidend sein. Der Mann wand sich unter angeblich vorhandenen Schmerzen. Die Perkussion der Blase ergab bedeutenden Hochstand derselben. Die Untersuchung zeigte das Vorhandensein von 3 nebeneinander liegenden, harten Gegenständen, deren letzter in der pars prostatica dicht am Blaseneingang steckte. Durch Umgreifen und langsames Herauspressen, zuerst per anum, konnte ich die Stücke entfernen. Es waren $2\frac{1}{2}$, 3 und $5\frac{1}{2}$ cm lange, bis $8\frac{1}{2}$ mm dicke Holzstücke. Ich beantragte, Tsch. zu fesseln. Noch bevor die Fesselung ausgeführt werden konnte, hatte er sich in der Zelle tief in die eben noch stark gereizte Harnröhre wieder einen Fremdkörper, dieses Mal unter besonderen Kautelen, eingeführt. Ich entfernte ihn wieder. Er war 6 cm lang, aus Holz, oben 8 mm, unten 4 mm dick. In der Mitte

war er eingekerbt und hier gewissermaßen als Widerhaken ein Bindfaden in die Kerbe geknotet. 6 Tage darauf, kaum entfesselt, steckte sich Tsch. 3 Stück Draht in die Harnröhre. Sie wurden mit der Kornzange entfernt.

X. Ein anderer Gefangener verletzte sich die Geschlechtsteile mit einem Stück Blech, das er vom Kübel losgebrochen hatte. Nach seinen Angaben hatte ihn das Frenulum praeputii am Penis, weil zu kurz, gestört. Er versuchte es zu durchtrennen und säbelte sich hierbei die untere Hälfte des corpus cavernosum und die Harnröhre, dicht unterhalb der glans penis, durch. Der Erfolg war eine schwere eitrige Zellgewebsentzündung und ein ausgedehntes Harninfiltrat. Es handelte sich um einen Imbezillen. Seine Selbstbeschädigung ist, wie ersichtlich, auch besonderer Art.

XI. Noch wesentlich hartnäckiger in der Verfolgung seiner Ziele als der erstgenannte Tsch. erwies sich ein gewisser B. Im Sommer 1921 mußte er in eine Klinik verlegt werden, weil er sich eine halbe Metallzigarettenspitze und ein Stück Holz in die Harnröhre gesteckt hatte. Erstere hatte er durch Massage bis in die Blase stoßen können. Durch sectio alta wurde sie wieder entfernt. Das Holzstück konnte bei der Operation in der Harnröhre nicht aufgefunden werden. Es verblieb dort. 2 Tage, nachdem B. zum ersten Male das Bett verlassen hatte, entwich er aus der Klinik. Er ist dann monatelang mit seinem Holzstück in der Harnröhre herumgelaufen. Im Oktober 1921 wurde er ergriffen. Kaum wieder im Gefängnis, begannen seine Klagen wegen angeblicher Schmerzen im Gliede von neuem. Aus der Harnröhre nie Ausfluß. Der Urin konnte leicht gelassen werden. Das Holzstück war zu fühlen. Es war in dem Gliede bindegewebig eingebettet. Nachdem ich ihn mangels objektiver akuter Krankheitsbefunde abgewiesen hatte, nach einiger Zeit erneute Krankmeldung unter der Angabe, der Zustand habe sich verschlimmert. Aus der Harnröhre ginge jetzt Eiter ab. Tatsächlich bestand starker Ausfluß. Mikroskopisch wurden aber einwandfrei in diesem zahlreiche Gonokokken festgestellt. B., der bereits seit über 4 Wochen wieder in Untersuchungshaft war und in dieser Zeit mit keiner Frau hatte zusammenkommen können, hatte sich mit Tripper infiziert. Er konnte sich m. E. die Gonorrhöe nur durch Ausleihen von Trippereiter von einem anderen Gefangenen künstlich beigebracht haben. Der Fall ist also den von *Heilbronn* aus einem Russenlager veröffentlichten anzureihen. B. verlangte nunmehr erneut Verlegung in die Klinik. Als er seinen Willen nicht durchsetzte, steckte er sich ein aus der Bettmatratze gebrochenes, stark gebogenes Stück Draht in die Harnröhre und erkrankte, einige Tage darauf, plötzlich an einer Blennorrhöe beider Augen, die, mit reichlich Gonokokken im Sekret, innerhalb Stunden so stürmisch verlief, daß ich den Kranken schleunigst in die Universitätsaugenklinik überführen mußte. Vor dem Abtransport farbte sich B. noch die Haare mit H_2O_2 . Der Untersuchungsrichter hob nunmehr — wohl der Kosten wegen — die Haft auf. B. verließ darauf trotz des Einspruchs der Ärzte die Klinik. Etwa Dreivierteljahr später wurde er wieder in das Gefängnis eingeliefert und erkrankte dort prompt abermals an einer starken Blennorrhöe, die ich nunmehr im Gefängnislazarett ausheilte. Im Sekret fanden sich massenhaft Gonokokken. An der Harnröhre kein Ausfluß. Die Untersuchung des Harnröhrenschleimes und des Prostatasekrets ergab jetzt negativen Gonokokkenbefund. In der Folge hat sich B. dann noch einmal ein 9 cm langes Stück Draht in die Urethra eingeführt, das ich entfernte.

So unglaublich es ist, künstlich beigebrachte doppelseitige Blennorrhöe bei Leuten, die nachweislich nicht an Harnröhrengonorrhöe erkrankt waren, bei denen auch eingehende Untersuchungen der Urethra und der Prostata negativen Gonokokkenbefund ergaben, habe ich in einem Jahre nicht weniger als 3 mal gesehen. Aus der Literatur ist mir kein derartiger Fall bekannt.

XII. Der zweite Fall betraf einen Mann namens Ba., einen gefährlichen Hochverräter in polnischen Diensten, an dessen sicherer Inhaftierung der Staatsanwaltschaft sehr viel lag. Er erkrankte plötzlich an einer so schwer und schnell verlaufenden Blennorrhöe, daß ich auch ihn umgehend in die Augenklinik überführen mußte. Dort hat er sich nachts nach dem zweiten Behandlungstage an dem Bettlaken aus dem Fenster heruntergelassen und ist entwichen. Er wurde glücklicherweise nach wenigen Tagen wieder ergriffen. Ich behielt ihn nun in der Lazarettabteilung und konnte ihn dort auch ausheilen.

XIII. Der dritte Fall ist, wie mir bestätigt werden wird, fast unfaßbar. Pf., ein Psychopath, erkrankte an einer schnell fortschreitenden linksseitigen Blennorrhöe. Im Sekret reichlich Gk. ++. Auf Befragen gab er an, daß er im Jahre 1916 tripperkrank gewesen sei, später aber nie mehr an Ausfluß gelitten habe. Trotz mehrfacher mechanischer und Vaccineprovokation wurden jetzt in der Klinik nie Gonokokken gefunden. Pf. hatte sich als Kalfaktor (Flurwärter) Trippereriter ausgeliehen und sich mit diesem selbst infiziert. Die Cornea, bereits stark gerötet, perforierte beim Spülen infolge Pressens des Kranken. Die Iris prolabierte. 10 Tage später entwich Pf. aus der Klinik. Im Sekret hatten sich bis zuletzt zahlreiche Gonokokken gefunden. Er war dann längere Zeit auf freiem Fuß und beging wieder mehrere Einbruchsdiebstähle. Im Juni 1921 wurde er erneut ergriffen. Das linke Auge war jetzt erblindet. Es bestand ein Staphyloin. Ende des Monats erkrankte Pf. nunmehr an einer Blennorrhöe des rechten Auges. Eingehende Untersuchungen von mir und in der Universitätsklinik ließen auch jetzt wieder in der Urethra und in der Prostata keine Gonokokken feststellen. Auch im Sekret des früher erkrankten Bindehautsackes keine Gonokokken. Im Bindehautsekret rechts reichlich Gonokokken. Erneute Überführung in die Augenklinik. Trotz rechtzeitiger Einlieferung und sorgfältigster Behandlung konnte das Auge nicht gerettet werden. Die Cornea ulcerierte tief zirkulär, perforierte und hob sich vollständig ab, so daß die Iris freilag. Lange Zeit starke Sekretion. Stets Gk. ++. Erblindung auch dieses Auges. Pf. war nunmehr durch eigene Schuld vollständig blind. Er wurde aus der Klinik entlassen und im Oktober auf ein Gutachten von Geheimrat *Puppe* für dauernd haftunfähig erklärt, da er selbst nicht die einfachsten Verrichtungen ohne fremde Hilfe ausführen konnte, und so nicht imstande war, den Vorschriften der Gefängnisordnung nachzukommen.

Jetzt läßt sich Pf. in Breslau von einem Kriegsblindenhund durch die Straßen führen und erregt überall das Mitleid der Vorübergehenden für den armen Kriegsverletzten.

Leichtere Selbstbeschädigungen der Augen sah ich im Gefängnis häufiger. Ein Gefangener, Zuchthäusler und Transportgefangener, hatte sich blaue Farbe in das Auge gerieben, ein anderer Seife, ein dritter Kot aus dem Nachtstuhl, ein vierter Lysollösung, ein fünfter Priemtabak, ein sechster Mauerabwurf (Kalk). Alle erkrankten an mehr oder weniger schweren Bindehautkatarrhen. Die Selbstbeschädigung mit Priemtabak hatte ein starkes Lidödem und eine fortschreitende Phlegmone der ganzen Gesichtshälfte zur Folge, so daß tiefe, um das Auge gelegte Incisionen zur Heilung notwendig wurden.

XIV. Der Mitteilung wert ist auch der folgende Fall. H., der mir bereits von einer früheren Inhaftierung her bekannt war, und der damals monatelang wegen halbseitiger hysterischer Lähmung im Lazarett das Bett gehütet hatte, war jetzt, nicht mehr „gelähmt“ von einem anderen Gefängnis mit der Diagnose „blutige Stühle, chronische Ruhr“ zur Behandlung überwiesen. Er wollte bereits als Soldat wegen Erkrankung an Ruhr in Lazarettbehandlung gewesen sein, hatte angeblich seitdem unregelmäßigen, häufig durchfalligen und blutigen Stuhl neben starken, subjektiven Beschwerden (Schmerzen in der Unterbauchgegend usw.).

Die Untersuchungen, auch bakteriologische (mikroskopische und kulturelle) ließen die Diagnose „Ruhr“ nicht aufrechterhalten. Im Stuhl fanden sich häufig neben hellrotem Blut und kleineren Blutkoagula gelblich-schleimige, wie seifige Massen, rektoskopisch im Mastdarm Schleimhauterosionen neben allgemeiner Rötung und Schwellung der Schleimhaut. Durchschütteln der gelblichen Massen, die mit Hilfe des Speculum direkt aus dem After entnommen wurden, und die, wie hierbei erkenntlich, der Mastdarmschleimhaut in Menge auflagen, mit Aqu. dest. in Reagensgläschen ließ starke Seifenschaumbildung und deutlichen Seifengeruch feststellen. Auch chemisch konnte Seife nachgewiesen werden. Eine darauf unvermutet von mir ausgeführte Durchsuchung der Lazarettzelle förderte aus den Dielenritzen und Ecken der Zelle zwei länglich geformte Seifenzäpfchen, deren eines rötlich, wie blutig, tingiert war, und mehrere abgebrannte und nicht abgebrannte Streichhölzer zutage. Die Streichhölzer waren an ihrem einen, vom Zündholzkopf freien Ende teilweise abgerieben, teilweise auch aufgesplittert, etwas gebogen und rötlich-blutig gefärbt. Die mikrospektroskopische Untersuchung dieser rötlich gefärbten Stellen in Verbindung mit einer Untersuchung nach dem *Uhlenhuthschen* Eiweißdifferenzierungsverfahren ließ menschliche Eiweißkörper und Blutfarbstoff, also Menschenblut, feststellen. Damit erscheint mir der Beweis erbracht, daß die angeblich chronische Ruhr bzw. das Darmleiden, für dessen früheres Überstehen sich im übrigen auf Grund weiterer Nachforschungen keine Unterlagen erbringen ließen, von diesem als hysterisch-degeneriert bekannten Manne durch Einbringen von Seifenstückchen in den After und nachträgliches Wundreiben der so aufgelockerten Schleimhaut künstlich hervorgerufen war. Daß nach diesen Untersuchungen H., der nun auf seine Station zurückverlegt wurde und noch monatelang im Gefängnis blieb, in der Folge nicht mehr an blutigen Stühlen litt, sich auch sonst überhaupt nicht krank meldete, bestätigt m. E. die Richtigkeit meiner Annahme.

XV. Als letzten mir bemerkenswert erscheinenden Fall den des P., eines gleichfalls Degenerierten, der aus einer in Schlesien bekannten Verbrecherfamilie stammt. Er erkrankte an einer Zellgewebsentzündung des linken Armes, die abscedierte. Ich öffnete den Absceß. Es entleerte sich eigentümlich rötliche Flüssigkeit. In den nächsten Tagen traten an demselben Arm weitere Abscesse auf. Auch diese ließ P. zuerst willig incidieren, bis er mir 2—3 Tage später sagte, daß alles „Schneiden“, wie ersichtlich, zu keinem Erfolge führe. Er gehöre in eine Klinik und lehne deshalb jede weitere Incision ab. Ich hatte P. inzwischen beobachtet und festgestellt, daß er bei der Bildung der gut apfelgroßen Abscesse fieberfrei blieb, und daß der Eiter steril war. Ich verlegte nun ihn und die Mitinsassen der Lazarettgemeinschaftszelle bei der nächsten Visite schnell unter irgendeinem Vorwand, einen jeden nur in seinem Hemd, in verschiedene Einzelzellen. In P.'s Matratze versteckt, fand ich dann eine Injektionsspritze und eine kleine Flasche mit Terpezid, einem Ersatzpräparat des Terpentins. Das anschließend mit einzelnen der bisherigen Mitgefangenen des P. unter Vorzeigung der Spritze angestellte Verhör bestätigte mir darauf, daß P. sich die Abscesse mit der Injektionsspritze selbst beigebracht hatte. 24 Stunden nach jeder Injektion soll sich ein neuer Absceß entwickelt haben. P. erkrankte in der Folge nicht mehr an Abscessen.

Die Frage nach den Motiven, welche die Gefangenen zu Selbstbeschädigungen veranlassen, ist untrennbar von der Frage nach ihrer Psyche. Über die Psyche der Selbstbeschädiger ist bisher nur Weniges berichtet. Die geäußerten Ansichten sind teils widersprechend.

Der Franzose *Blondel* nannte jede Selbstbeschädigung („Selbstverstümmelung“) eine abnorme Reaktion und war der Ansicht, daß

auch ein relativ verständliches Motiv für die Tat nicht genüge, ihr den pathologischen Charakter zu nehmen. Auch *Bellion* war der Ansicht, daß Selbstbeschädiger entweder Geisteskranke oder zu den psychischen Grenzzuständen zu rechnen sind, „candidats à la folie“. Er meint, daß Nutzen und Furcht wohl häufig die treibenden Momente sind, daß diese aber bei geistig Normalen zur Simulation und bei Abnormen zur Selbstbeschädigung führen. Zu einem etwas anderen Urteil kam *Reuter*, der aus der Art der Motivierung der Selbstbeschädigung und aus ihrer Form häufig leichter einen Schluß auf die Psyche ziehen zu können glaubt, als aus einer klinischen Diagnose, und der bei den Selbstbeschädigungen 1. ausgesprochen krankhafte Motive, 2. abnorme Motive bei geistig Minderwertigen und 3. Motive bei geistig Gesunden unterschieden sehen wollte. Etwa die gleiche Ansicht vertritt *Bennecke*, der unter 34 Selbstbeschädigern 8 Geistesgestörte und 3 Grenzzustände feststellte, während er bei 4 eine leichte psychische Abweichung ohne augenfällige Störung der Dienst- und Zurechnungsfähigkeit annahm, den Rest aber für geistig gesund hielt.

Tintemann hält *Reuters* Ansicht, daß nur der Selbstbeschädiger psychischer Beobachtung bedarf, der sich bei einer kurzen Untersuchung als psychisch auffällig erweist, für anfechtbar, schon im Hinblick auf manches schwer erkennbare Stadium Geisteskranker (Jugendirresein). Er glaubt aber auch andererseits, daß die Annahme, jeder Selbstbeschädiger sei abnorm, der Theorie gleichzustellen sei, die Gleiches von jedem Verbrecher sagt. Sicher, so sagt er, sind, wie bei den Verbrechern auch bei den Selbstbeschädigern, in der Mehrzahl der Fälle gehäufte pathologische Eigenschaften zu finden und bestehen ebenso, wie bei dem Verbrechertum, zwischen Selbstbeschädigung und psychischen Grenzzuständen jeder Art besondere Beziehungen. Wo ist aber die Grenze zwischen Normal-Gesundem und einem Grenzzustand? Die Beurteilung wird je nach der Person des Gutachters leicht verschieden sein. Wer nur ausgesprochene Bilder der Hysterie, Degeneration, Psychopathie usw. als Grenzzustände ansieht, wird eine kleinere Anzahl hierhergehöriger Fälle erhalten als ein anderer, der den Kreis weiterzieht.

Den Selbstbeschädigungen Geisteskranker liegen meist Gesichtsin- oder Gehörhalluzinationen, Versündigungsvorstellungen oder plötzliche Impulse zugrunde. Sie sind bei der Melancholie, bei der *Dementia praecox*, der *Dementia senilis*, der Paralyse und der Imbezillität keine Seltenheit. Weniger oft werden sie bei Paranoikern, Manischen und Epileptikern beobachtet. Bei den deliranten Zuständen der letzteren, ebenso wie bei Delirien infektiöser oder toxischer Art, sind sie häufiger. Bei allen Selbstbeschädigungen Geisteskranker spielt im Übrigen scheinbar die stark herabgesetzte oder aufgehobene Schmerzempfindlichkeit eine Rolle. Die Selbstbeschädigungen Hysterischer bilden ein besonderes

Kapitel. Auch hier können wir Handlungen erleben, für die die Zurechnungsfähigkeit der Betreffenden auszuschließen ist, so bei Selbstbeschädigungen im hysterischen Dämmerzustand, in der Ekstase (im religiösen Fanatismus), bei erotischen Momenten und bei anderen Affekthandlungen. Eine zweite, hier weniger interessierende Art hysterischer Selbstbeschädigungen ist die indirekt verursachte, psychogen (ideogen) bedingte, infolge vasomotorischer oder trophoneurotischer Veränderungen. Ich denke hierbei an das schöne Bild von *Max* in der Münchener neuen Pinakothek: „Die ekstatische Jungfrau“, bei der im Gebet vor dem Kruzifix die Wundmale Christi an den Händen erscheinen. Drittens können wir bei Hysterischen — und darum wird es sich meist handeln — Selbstbeschädigungen aus Sensationsbedürfnis oder Mitleidhascherei erleben, und viertens solche, bei denen die Tat sichtlich zur Erreichung eines Vorteils geschehen ist und dem gewollten Zweck entspricht.

Von den von *Mangelsdorff* beobachteten 15 Selbstbeschädigern in einem Festungsgefängnis hat dieser 3 als geistig abnorm bezeichnet. Die übrigen hielt er für psychisch gesund. *Dyrenfurth* erkannte bei den von ihm beobachteten Fällen als Gründe für die Selbstbeschädigungen Gefangener: Sensationsbedürfnis, Überführung in ein Krankenhaus, um zu entweichen, Erreichung besserer Kost und Befreiung von der Arbeit. *Marx* wollte bei den von ihm im Gefängnis geschehenen Selbstbeschädigungen als Motive einen Spieltrieb, einen Selbsterhaltungstrieb und einen Vernichtungstrieb unterschieden sehen. Den Selbstvernichtungstrieb, unter den er alle Fälle von Selbstmord und Selbstmordversuch zusammenfaßte, möchte ich ausschalten. Körperverletzungen, die den hier gedachten sehr ähnlich sehen, sieht man sicher in der Folge von Selbstmordversuchen häufig, doch sind diese eben als Selbstmordversuche ausgeführt, d. h. um das Leben zu beenden, nicht, um den Körper nur zu beschädigen.

Selbstbeschädigungen Geisteskranker werden im Gefängnis wie anderswo bei den oben erwähnten Psychosen beobachtet. Der von mir erwähnte Fall des Imbezillen, der sich im plötzlichen Impuls den Penis durchschnitt, gehört hierher. Der Spieltrieb ist bei Geisteskranken und auch bei mehr oder weniger Geistesabnormen zu beobachten. *Marx* berichtet hierzu einen guten Fall, bei dem sich ein Mann mit zahlreichen Schnittten eine Art Kalender in der Brusthaut gefertigt hatte.

Selbstbeschädigungen aus Selbsterhaltungstrieb spielen bei den Grenzzuständen und auch bei psychisch Unauffälligen im Gefängnis eine sehr große Rolle. Wie bei der allgemeinen Wehrpflicht ist im Gefängnis die Erreichung eines Nutzens, eines Vorteils in der Mehrzahl der Fälle das Motiv zur Selbstbeschädigung. Sie ist sehr oft das *Ultimum refugium*, um sich der Gefangenschaft zu entziehen, bzw. um mit ihr

die Verlegung in eine Klinik und so eine gute Entweichungsmöglichkeit zu erreichen. Andere Vorteile, wie ausschließlich die Verlegung in die Klinik mit dem dort freieren Leben oder die Verlegung in eine Gemeinschaftszelle, haben eine untergeordnete Bedeutung. Mit welcher Hartnäckigkeit das erstrebte Ziel häufig verfolgt wird, dafür glaube ich genügend Beispiele gebracht zu haben. Wenn bedacht wird, daß bei vielen von diesen — es handelte sich fast stets um rückfällige Verbrecher, meist Einbrecher, die häufig sehr lange Zuchthausstrafen zu erwarten hatten — viel, d. h. eine lange Freiheitsentziehung, auf dem Spiele stand, ist auch bei schwereren Selbstbeschädigungen — ich sehe von dem Fall der völligen Erblindung ab — der gegebenenfalls erlangte Vorteil sehr wohl gegen die Nachteile der gewollten Selbstbeschädigung zu werten. Von 11 Gefangenen, die ich in eine Klinik verlegen *mußte*, sind denn auch in der Tat 7 entwichen, darunter einer 2 mal. Einer hatte einen Entweichungsversuch gemacht.

Der Fall der Erblindung ist auch psychisch besonders bemerkenswert. Die Literatur kennt nur *einen* Fall ähnlicher Selbstbeschädigung (durch Nadelstiche) bei einem Nichtgeisteskranken. Geisteskrank war auch Pf. nicht, wenn auch psychisch ein ausgesprochener Grenzfall. Ich glaube, daß wir es hier mit der Tat eines Psychopathen zu tun haben, der trotz der schlimmen Erfahrung, die er mit der Selbstbeschädigung vom Jahre vorher gemacht hatte, nur an den damaligen Erfolg bei der Entweichung, nicht an die Möglichkeit vollständiger Erblindung dachte, und deshalb in Erwartung einer langen Strafhaft die Tat erneut ausführte.

Psychisch beobachtet und untersucht habe ich auf meiner Lazarettabteilung alle Selbstbeschädiger. Einen Teil hatte ich auch im Auftrage des Gerichts zu begutachten. 4 wurden in öffentlichen Irrenanstalten beobachtet. Die meisten waren erblich belastet. Insgesamt waren von den besprochenen Selbstbeschädigern einer als geisteskrank und 11 als sichere Grenzfälle zu erachten. Der Rest war psychisch nicht abnorm, doch glaube ich auch bei allen diesen eine mehr oder weniger bemerkbare psychische Labilität erkannt zu haben, die nicht mehr als im Gesunden liegend angesprochen werden kann, wenn sie auch strafrechtlich belanglos ist. Jedenfalls bin ich der Ansicht, daß jeder Selbstbeschädiger, z. B. im Gefängnis durch den Gefängnisarzt, eingehend psychisch exploriert werden sollte. Es ist dabei nicht nötig, daß dies in einer besonderen Anstalt geschieht.

Erwähnenswert scheint mir noch der suggestive Einfluß, den Selbstbeschädigungen auf viele Mitgefangene ausüben. Ich konnte einmal in einem Monat eine richtige Endemie von Selbstbeschädigungen verfolgen. Andere haben gleiche Beobachtungen gemacht.

Ich sprach eben vom Strafrecht. Damit komme ich zum Schluß und zu dem, was mir die Feder in dieser Frage in die Hand gedrückt

hat. Es ist bekannt, daß nach dem § 142 des StGB. mit Gefängnis bestraft wurde, wer sich durch Selbstverstümmelung zur Erfüllung der Wehrpflicht untauglich machte. Der Paragraph galt für Personen, welche zur Zeit der Begehung der Tat noch nicht in einem Militärverhältnis standen. Die aktiven Soldaten, die Übungsmannschaften und die Personen des Beurlaubtenstandes wurden sinngemäß nach dem § 81 des MStGB. bestraft.

Ich zog bereits die Parallele zwischen den Erfahrungen beim Militär und im Gefängnis in psychischer Hinsicht. Es ist nicht einzusehen, weshalb nicht ähnliche Gesetzesparagraphen auch für diejenigen in Kraft treten sollen, die sich durch Selbstbeschädigungen einer Untersuchungs- oder Strafhaft entziehen oder die Fortdauer derselben vorübergehend unmöglich machen. Wer als Gefängnisarzt viele Selbstbeschädigungen erlebt hat, wird das beschämende Gefühl verstehen, das z. B. der Arzt empfindet, wenn er in Erfüllung seiner Pflicht, den kranken Gefangenen gerecht zu werden, dabei aber die Strafrechtspflege zu beachten, trotz aller Mühen vergeblich dagegen ankämpft, daß z. B. ein gemeingefährlicher Verbrecher durch Selbstbeschädigungen schließlich — wenigstens häufig — doch die Freiheit erlangt. Sicher kann — das lehren mich auch meine Erfahrungen — ein Gefängnisarzt bereits viel helfen, wenn die Selbstbeschädiger, welche ihre Tat zur Erreichung eines Vorteiles (Selbsterhaltungstrieb) ausführten, sehen, daß sie ihren Willen, z. B. in eine Klinik verlegt zu werden, nicht oder nur in den seltensten Fällen durchzusetzen vermögen. Die in dem nach Abschluß meiner oben im Auszug wiedergegebenen Aufzeichnungen vergangenen Jahre im Vergleiche zum Vorjahre wesentlich kleinere Zahl (8 gegenüber 30) der im Breslauer Untersuchungsgefängnis beobachteten Selbstbeschädigungen scheint mir dies zu bestätigen, bestätigt meines Erachtens auch das über die Psyche eines großen Teiles der *gefangenen* Selbstbeschädiger Gesagte. Doch werden auch dem erfahrenen Gefängnisarzte Selbstbeschädigungen Gefangener immer wieder Schwierigkeiten bereiten und unter Umständen die Verlegung in eine Klinik erforderlich machen. Ihnen, soweit möglich, d. h. soweit die betreffenden Gefangenen zur Verantwortung gezogen werden können, durch besondere Maßnahmen entgegenzutreten, ist deshalb m. E. im Interesse der Strafrechtspflege und damit im Interesse der Allgemeinheit unsere Pflicht. Ich bin überzeugt, daß für diese Art Selbstbeschädigungen der juristische Begriff des *état dangereux* zutrifft, und daß deshalb der staatliche Zwangsapparat bei ihnen angewendet werden könnte und sollte. Gerichtliche Bestrafungen Selbstbeschädiger wären im übrigen kein Novum. Der Code pénal bestraft bereits im Staatsinteresse Selbstentmannungen. Zur Zeit geben die bestehenden Bestimmungen keine Handhabe, um Selbstbeschädiger als solche zu bestrafen. Dies ist zu bedauern. Denn

daß Bestrafungen bei Selbstbeschädigungen einen heilsamen Einfluß ausüben, ist durch die Erfahrungen bei der alten Armee, wie auch *Bennecke* berichtet, erwiesen.

Ich habe, als zeitweise die Selbstbeschädigungen im Gefängnis überhand nahmen, die Fesselung der Leute, die sich meist nicht nur einmal beschädigten, zu ihrem eigenen Schutz anordnen lassen. Das war aber immer nur eine vorübergehende, ungenügende und häufig auch nicht gut anwendbare Maßregel. Dann habe ich Selbstbeschädiger, die zu diesem Zwecke z. B. aus Bettmatratzen Draht herausgebrochen hatten, wegen Sachbeschädigung zur Anzeige gebracht. Auch konnte einmal ein Strafgefangener auf Grund der Gefängnisordnung bestraft werden, weil er sich arbeitsunfähig gemacht hatte. Bei einem Untersuchungsgefangenen wäre diese Möglichkeit nach der geltenden Gefängnisordnung nicht gegeben. Das war aber alles und immer nur ein Notbehelf. Im Interesse einer geregelten Strafrechtspflege ist es notwendig, mehr zu tun. Nicht geisteskranke Selbstbeschädiger (Minderwertige müßten mildernde Umstände zugebilligt erhalten) müssen m. E. auf Grund dieser Selbstbeschädigung allein bestraft werden können, und zwar auf dem Wege der Disziplinarstrafe oder durch Verurteilung vor Gericht. Ersteres erscheint mir ungenügend, weil dann Leute, die auf freiem Fuße sind, die also den Strafantritt unmöglich gemacht haben, disziplinarisch schwer zu belangen sind, und weil eine Disziplinarstrafe je nach der Individualität des Strafanstaltsdirektors häufig sehr verschieden ausfallen wird. Einheitlicher und gerechter würde nach meinem Dafürhalten eine vom Gericht erkannte Strafe sein. Sie würde auch abschreckender wirken. Als Gefängnisarzt — alle weiteren Erwägungen hierüber, z. B. auch, ob zum Begriff der strafbaren Selbstbeschädigung subjektiv der Vorsatz der Handlung erforderlich ist, sind Sache der Juristen — denke ich mir einen für diesen Zweck zu erstrebenden Gesetzesparagrafen etwa, wie folgt: „Wer als Untersuchungsgefangener oder in Erwartung einer Strafhaft sich selbst beschädigt und dadurch vorübergehend der Haft entzieht, bzw. die Fortdauer einer Strafhaft unmöglich macht, wird mit Gefängnis bestraft.“

Literatur.

Bennecke, Simulation und Selbstverstümmelung in der Armee. Arch. f. Krim.-Anthrop. 43, Heft 3 u. 4. — *Bellion*, Les automutilations, Thèse. Bordeaux 1908. — *Bergeret*, Annales d'Hygiène, I, S. 407. 1863. — *Blondel*, Les automutilateurs. Paris 1906. — *Brasseri*, Selbstverstümmelung bei Paralyse. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1914, S. 20. — *Dyrenfurth*, Über Simulation im Gefängnis. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1913, Nr. 2. — *Eckert*, Zur Frage der Selbstentmannung. Groß's Arch. 46, S. 287. — *Gaulke*, Ein Fall von Selbstkastration. Caspers Vjschr. Bd. 24. — *Ge-*

jängnisordnung für die Justizverwaltung. Freindiez 1914. (Amtliche Ausg.) — *Heilbronn*, Selbstbeschädigungen durch Gonokokken. Münch. med. Wochenschr. 1917, S. 49. — *Kaufmann*, Handbuch der Unfallmedizin. Stuttgart 1907. Verl. Enke. — *Kehrer*, Spezielle Symptomatologie der Hysterie und Neurasthenie. — *Lewandowsky, J.*, Handb. d. Neurologie, Verl. Springer, Berlin. — *Klein*, Vorschriften über Verwaltung und Strafvollzug usw. Berlin 1914. Verl. Vahlen. — *Lochte*, Über Selbstverletzungen. V. f. g. M. 45, N. F., Suppl., S. 261. — *Lorthiois*, De l'automutilation, Thèse, Lille, 1909. — *Margulies*, Über eine Nadelschluckerin. V. f. g. M. 41, N. F., Suppl. — *Marx*, Über Selbstbeschädigungen im Gefängnis. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1913, Nr. 17. — *Meixner*, Gerichtsärztliche Erfahrungen über Selbstbeschädigung. Deuticke, Leipzig-Wien 1919. — *Reuter, F.*, Die Selbstbeschädigung usw. Leipzig, Wien 1911. Verl. Deuticke. — *Solbrig*, Ein Fall von Selbstkastration. Z. f. M. B. 1902, Nr. 16. — *Stempel*, Ein Fall von Selbstbeschädigung. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1914, S. 413. — *Strassmann, Fr.*, Merkmale der behufs Vortäuschung usw. bewirkten Selbstverletzungen. V. f. g. M., 3. F., 39. Bd., Suppl. 1910. — *v. Sury*, Selbstverletzung durch Bauchschnitt usw. Korrespondenzbl. f. Schweiz. Ärzte 1910. — *Taylor*, Manual of Medical juris-prudence. London 1891. — *Tintemann*, Über Selbstverstümmelungen usw. V. f. g. M. 45, N. F., Suppl.