

(Aus dem Institute für gerichtliche Medizin in Graz.  
Vorstand: Prof. *Fritz Reuter*.)

## **Gefängnisärztliche Erfahrungen beim Landesgerichte für Strafsachen in Graz<sup>1</sup>.**

Von  
**Dr. Max Lorenzoni,**  
Assistent am Institute.

Zu meinem Vortrage hat mich der Gedanke veranlaßt, daß gerade die gerichtlich-medizinische Wissenschaft durch die Erfahrungen der Praxis manche Anregung erhalten kann. Ich habe mich daher entschlossen, von den Erfahrungen, die ich während meiner 5jährigen Tätigkeit als Gefängnis- und Gerichtsarzt beim Landesgerichte für Strafsachen in Graz zu sammeln Gelegenheit hatte, Ihnen Mitteilung zu machen. Ich möchte dabei besonders betonen, daß der Gefangenhausarzt neben einer allgemeinen ärztlichen Ausbildung auch eine gewisse psychiatrische Vorbildung erfahren haben soll. Nur durch diese ist es möglich, sich in dem häufig recht unangenehmen Dienste eines Gefangenhausarztes zurechtzufinden, vor allem die sehr oft komplizierte Psyche der zahlreichen Psychopathen zu verstehen und sie richtig zu behandeln<sup>2</sup>.

Beim Landesgerichte für Strafsachen in Graz sind Untersuchungshäftlinge und Strafgefangene untergebracht. Und zwar von Untersuchungshäftlingen jene, die sich wegen eines Verbrechens, das vor einem Schöffen- oder Geschworenengerichte zur Verhandlung kommt,

<sup>1</sup> Vortrag, gehalten am 14. IX. 1927 auf der 16. Tagung der Dtsch. Gesellschaft für gerichtliche und soziale Medizin in Graz.

<sup>2</sup> Nach meiner 1½jährigen allgemeinen Spitalspraxis habe ich meine psychiatrische Schulung auf der Nervenklinik in *Graz als Assistent von Prof. Hartmann* genossen. Seit dem Jahre 1922 bekleide ich die Stelle eines Assistenten am Institute für gerichtliche Medizin in Graz unter *Prof. Reuter*, wobei ich gleichzeitig auch den Dienst als *Gefangenhausarzt* beim Landesgerichte für Strafsachen in Graz versehe. Ich empfinde es als großen Vorteil, auch heute noch ständig mit dem Institute in Verbindung zu sein, da auf diese Weise alle gerichts- und gefangenhausärztlichen Fragen mit meinem Chef, *Prof. Reuter*, der auch der ärztlichen Behandlung und Beobachtung der Gefangenen ein besonderes Interesse entgegenbringt, durchgesprochen werden können. *Prof. Reuter* hat auch die Einführung getroffen, daß mindestens einmal im Monat sich sämtliche Institutsmitglieder treffen, um über interessante Fälle, die sie zu untersuchen Gelegenheit hatten, zu berichten, und ihre Meinungen darüber auszutauschen.

in Untersuchungshaft befinden. Von Strafhäftlingen nur die, die Freiheitsstrafen bis zum Ausmaße eines Jahres abzubüßen haben.

Die tägliche Durchschnittszahl an Gefangenen beider Kategorien schwankt zwischen 350 und 550, wobei sich die Frauen zu den Männern verhalten wie 1 : 5, zeitweise auch wie 1 : 3. Der tägliche Krankenstand, d. h. die Zahl der Gefangenen, die sich krank melden, beträgt im Durchschnitt 8—10; in dieser Zahl sind diejenigen Häftlinge, die sich jeweils im sog. Inquisitenspital befinden, nicht inbegriffen.

Frauen sind bei den Kranken im Verhältnis der Belegzahl des Gefangenhauses stärker vertreten als Männer. Ich habe ausgerechnet, daß bei einem Verhältnis von 1 : 5 im Gesamtstande der Gefangenen die kranken Frauen zu den kranken Männern sich wie 1 : 3 verhalten. Die Erklärung für die erhöhte Anzahl kranker Frauen ist wohl darin zu suchen, daß ein großer Prozentsatz der Frauen an Erkrankung der inneren Geschlechtsorgane leidet. Ich habe jährlich im Durchschnitte 3000—3500 kranke Häftlinge gefangenhauseärztlich untersucht. Die Höchstzahl war im Jahre 1925 mit 4600 Kranken. Die meisten Kranken werden ambulatorisch behandelt, nur etwa 10% der sich Krankmeldenden werden auf kürzere oder längere Zeit in dem von mir ärztlich geleiteten Inquisitenhospital untergebracht, vor allem alle Geschlechtskranken. Letztere bilden einen großen Prozentsatz der Gesamtkranken. So waren von den im Jahre 1922 im Inquisitenspital untergebrachten Männern 20% (48 von 246), von den Frauen 7,8% (8 von 103) an akuter Gonorrhöe erkrankt, 6,9% Männer und 4% Frauen an primärer und sekundärer Lues. Unter den gonorrhöischen Erkrankungen der Frauen sind bei den 7,8% nur die Kranken mitgerechnet, bei denen im Ausstrichpräparat aus der Harnröhre oder der Cervix Gonokokken nachgewiesen werden konnten. Zu diesen akuten gonorrhöischen Erkrankungen der Frauen muß aber noch die große Zahl der Adnextumoren gerechnet werden, die großenteils wohl auch gonorrhöischen Ursprungs sind. So betrug die Zahl der Adnextumoren im Jahre 1922 18% der Gesamterkrankungen der Frauen.

Erfreulicherweise hat in den letzten Jahren die Zahl der an Gonorrhöe Erkrankten wesentlich abgenommen. Mag sein, daß die Zahl der Geschlechtskranken überhaupt zurückgeht, vielleicht ist auch die bei jedem Geschlechtskranken durchgeführte Behandlung in der Haft Mitursache des Rückganges der Geschlechtskrankheiten bei den Gefangenen. Ein Geschlechtskranker wird nämlich nur dann, wenn er als vollkommen genesen, zumindest aber als nicht mehr ansteckungsfähig zu bezeichnen ist, direkt in die Freiheit entlassen, sonst aber am Ende der Untersuchungs- oder Strafhaft der Polizeidirektion zur weiteren Behandlung überstellt. Wird der betreffende Kranke dann, was häufig vorkommt, abermals kriminell, so kehrt er eben dann ohne Geschlechts-

krankheit in die Haft zurück. So erklärt es sich vielleicht, daß im Jahre 1926 nur 10% der kranken Männer und 6% der kranken Frauen an Gonorrhöe litten, wobei auch die Zahl der Adnextumoren auf 10% herabgegangen war. Der Prozentsatz der Luetiker ist allerdings gleich geblieben.

Verhältnismäßig günstig sieht es mit den Tuberkulösen aus. Es ist allerdings bei der Statistik zu berücksichtigen, daß nur diejenigen Tuberkulösen gezählt sind, die klinische Erscheinungen boten, Temperaturen hatten und wegen dieser Erscheinungen im Inquisitenspital untergebracht waren. So waren in den Jahren 1922—1926 11 bzw. 20, 13, 24, 28 Tuberkulöse im Inquisitenspitale in Behandlung, wovon die Hälfte bzw. ein Drittel der Kranken Frauen waren. Die verhältnismäßig geringe Anzahl Tuberkulöser erklärt sich daraus, daß nach der österreichischen Strafprozeßordnung § 398 an einem Schwerkranken die Strafe nicht vollzogen werden darf. Stellt man bei Strafantritt an einem Gefangenen eine klinische Tuberkulose fest, — jeder Häftling wird bei Strafantritt ärztlich untersucht —, so kann die Strafe unter Beziehung auf den oben erwähnten Paragraphen der Strafprozeßordnung so lange gehemmt werden, bis eine weitgehende Besserung eingetreten ist.

Es setzt sich also der Stand der Tuberkulösen hauptsächlich aus Untersuchungshäftlingen zusammen, die wegen sog. obligatorischer Haft, wegen Mord, Brandstiftung u. dgl. im Gefängnisse behalten werden müssen. In den 5 Jahren, von 1922—1926, sind 4 Todesfälle an Tuberkulose vorgekommen. Ich habe dabei, ebenso wie andere, die Beobachtung gemacht, daß bei bereits bestehender Tuberkulose die Haft den ungünstigsten Einfluß auf die Krankheit ausübt. Zwei der Verstorbenen hatten schon bei Einlieferung in die Haft Temperaturen bis 38°, die übrigen beiden zeigten zwar noch keine akuten Erscheinungen, aber einen äußerst schlechten Allgemeinzustand; es verschlechterte sich jedoch der Befund zusehends, und innerhalb weniger Monate der Haft erfolgte bei allen vieren der Exitus. Einer der Tuberkulösen hatte allerdings auch in der Haft eine Grippe durchgemacht und im Anschlusse an diese Grippe trat die rapide Verschlimmerung ein, ein Vorkommnis, das übrigens auch von klinischer Seite wiederholt hervorgehoben wurde. Auffallend war bei den Tuberkulösen mit tödlichem Ausgange, daß bei allen vieren kurz vor dem Tode nicht zu bekämpfende Durchfälle eintraten. Die Obduktion ergab bei einem auch zahlreiche tuberkulöse Darmgeschwüre.

Von anderen infektiösen Erkrankungen, die in den 5 Jahren vorkamen sind erwähnenswert Typhus und Grippe, die Zahl der Typhusfälle im Jahre 1922 blieb jedoch auf 5 beschränkt. Die Höchstzahl der Grippefälle war im Jahre 1924 mit 60, 41 Männer und 19 Frauen. Die sofortige Isolierung auch nur der krank Verdächtigen verhinderte ein weiteres Ausbreiten der Epidemie.

Von andersartigen Krankheiten möchte ich besonders erwähnen die große Zahl der chronischen Mittelohreiterungen, welche Erkrankungen ein Hauptkontingent der ambulatorisch zu behandelnden Kranken darstellt.

Nun will ich noch über eines der wichtigsten Kapitel der gefangenärztlichen Tätigkeit berichten, *und zwar über Wahrnehmungen und Erfahrungen von Simulation klinischer Krankheiten*, namentlich über *Simulation von Geistesstörungen*, über *Selbstbeschädigungen* und über *Selbstmorde*.

Es ist *Dyrenfurth* zuzustimmen, daß auch im Gefängnis reine Simulation von Krankheiten mit Recht als selten angegeben wird. Es geht meines Erachtens nicht an, jeden der zahlreich sich meldenden Kranken, der über subjektive Beschwerden klagt und bei dem die ärztliche Untersuchung keine objektiv nachweisbare Krankheit ergibt, als Simulanten zu bezeichnen. Ein großer Teil der Gefangenen ist, wie *Baer* hervorhebt, von defekter Konstitution, stammt aus ärmlichen niederen Gesellschaftsklassen, von Eltern, die durch Trunksucht und Laster degeneriert sind, leidet an Fehlern und Gebrechen, die angeboren sind und durch die ungünstigen Lebensbedingungen in der Freiheit, namentlich jetzt in der Zeit schwerer Wirtschaftskrise verschlechtert werden. Es ist zwar richtig, daß für viele dieser Gefangenen die Lebensbedingungen in der Haft weitaus besser als in der Freiheit sind, nichtsdestoweniger aber empfinden gerade diese zügellosen Freiheitsmenschen, die in den Gefängnissen notwendige Ordnung, Regelmäßigkeit und Disziplin als Übel, und ihr Bestreben ist namentlich zu Beginn der Haft darauf gerichtet, die Freiheit möglichst bald wieder zu erlangen. Es ist psychologisch verständlich, daß beim Versagen aller übrigen Versuche, in die Freiheit zu kommen, schließlich zur Selbstbeschädigung bzw. zur Flucht in die Krankheit gegriffen wird, um auf diesem Wege zumindestens zu erreichen, daß die Abgabe in ein öffentliches Spital erfolgt, von wo aus naturgemäß eine Flucht leichter gelingt. Seitdem ich aber nur dringend Operationsbedürftige in ein öffentliches Spital überstelle, hat die Zahl der Simulationen von Krankheiten wesentlich abgenommen. Mir ist ein Fall noch aus meiner Sekundärarztstätigkeit bekannt, und zwar aus dem Jahre 1920, wo eine Frau aus dem Gefängnisse mit schweren Unterleibsblutungen eingeliefert wurde, wobei die Untersuchung ergab, daß sie an der Portio eine frische Schnittverletzung hatte, die den Verdacht einer Selbstbeschädigung zur Vortäuschung einer bedrohlichen Uterusblutung erweckte. Die Frau hat mir auf Vorhalt auch gestanden, daß sie sich mit einer Schere die Verletzung beigebracht hatte.

Während meiner Tätigkeit als Gefängnisarzt habe ich nur zweimal die Vortäuschung von Bindehautkatarrhen und Gonorrhöe durch Einführung von Seife erlebt.

Erwähnen möchte ich noch einen interessanten Fall von Vortäuschung einer Lungenblutung aus dem Jahre 1926, die der Betreffende dadurch ausführte, daß er sich mit dem Splitter einer Rasierklinge, die er sich in ein Hölzchen eingeklemmt hatte, eine Verletzung oberhalb des Gaumensegels beibrachte und so jeden Morgen einen blutigen Auswurf vorwies. Eine genaue Leibesvisite förderte beim Fehlen irgendwelcher klinischer Erscheinungen von seiten der Lungen das Instrument zutage. Daraufhin hörte auch die Blutung auf. (Demonstration des Werkzeuges.)

Zahlreicher sind die Vortäuschungen von hohen Temperaturen durch Reibung des Thermometers, um Krankenkost zu erreichen und möglichst lange in Spitalbehandlung bleiben zu können. Da gewöhnlich das Thermometer auf 40° und noch mehr Grade hinaufgerieben wird, stößt die Aufdeckung derartiger Täuschungen auf keine Schwierigkeiten.

Viel häufiger und schwieriger zu beurteilen ist die Simulation von Geisteskrankheiten namentlich bei Untersuchungshäftlingen, die durch Vortäuschung einer Geisteskrankheit Straffreiheit bezwecken wollen. Ich hatte in den Jahren 1922—1926 104 Sträflinge auf ihren Geisteszustand zu untersuchen, von denen 72 zu längerer Beobachtung im Inquisitenspitale untergebracht waren. Letzteres hatte den Vorteil, daß ich mit den Betreffenden bei der Spitalsvisite täglich in Berührung kam.

42 von den Untersuchten wurden als geisteskrank in die Landesirrenanstalt abgegeben, bei den übrigen 62 hat es sich in der Regel um schwere Psychopathen gehandelt, die zum Teil abnorme Haftreaktionen zeigten, zum größeren Teil aber in Kenntnis der Sachlage bewußt bestrebt waren, tatsächlich bestehende Defektzustände maßlos zu übertreiben oder überhaupt solche vorzutäuschen, hauptsächlich zu dem Zwecke, um für ihre Straftat exkulpiert zu werden. Häufig war eine monatelange Beobachtung notwendig, um den wahren Sachverhalt aufzuklären. Einen besonders interessanten Fall von Simulation einer Geisteskrankheit, den bereits Prof. *Reuter* veröffentlicht hat und den ich durch 7 Monate zu beobachten Gelegenheit hatte, möchte ich an dieser Stelle erwähnen.

Es hat sich um einen mehrfachen Mörder gehandelt, der bereits beim Kreisgerichte Marburg (SHS) begutachtet worden war und als Paralytiker in eine geschlossene Anstalt hätte abgegeben werden sollen. Irrtümlich kam er in die Heimatsgemeinde und blieb dann einige Jahre verschollen, bis er anlässlich eines Raubmordes im Voralpengebiet verhaftet und ins Gefängnis in Graz eingeliefert wurde. Der betreffende Häftling G. machte im ersten Momente der Einlieferung den Eindruck eines Geisteskranken, war zu keiner Einvernahme zu bewegen, sprach vorbei, zeigte sich desorientiert, und vor allem fiel auf körperlichem Gebiete eine einseitige Pupillenstarre auf. Im Verlaufe der 7monatigen Beobachtung im Inquisitenspitale konnte jedoch einwandfrei festgestellt werden, daß sich der Häftling die Pupillenstarre künstlich mit Atropin erzeugt hatte, das er mit einem atropingetränkten Gazestreifen in einem Papierrhörtchen im Anus versteckt hatte, welches Röhrtchen bei einer Untersuchung der Leibeshöhlen von

mir gefunden und Herrn Hofrat *Pregl* zur chemischen Untersuchung gegeben worden war. Trotzdem gab er bis in die letzte Zeit nie zu, Atropin bei sich gehabt zu haben, verstieg sich sogar zur Behauptung, das Atropin sei nachträglich von den untersuchenden Ärzten oder Chemikern hineingebracht worden, um ihn hineinzulegen.

Erst am 3. IX. 1927, wo ich in Vertretung des Hausarztes in der Männerstrafanstalt Graz (Karlau) den ärztlichen Dienst versah, gab er mir auf mein neuerliches Befragen und auf meine Zusicherung, daß er wegen etwaiger Simulation keine Sonderstrafe erhalten könne, an, *er habe den Gazestreifen in eine 3proz. Atropinlösung getaucht, dann entrocknen lassen und ständig in jener Papierkapsel bei sich getragen.* Das Atropin habe er aus einem jugoslawischen Spital entwendet; *in Marburg habe er durch das Gespräch der Gerichtsärzte gehört, daß eine Pupillenstarre beweisend für Paralyse sei.*

Nicht immer gelingt es, wie im vorliegenden Falle, die Simulation so restlos aufzuklären und die betreffenden Simulanten zum Aufgeben ihres abnormen Verhaltens zu bewegen. Diejenigen Fälle von Psychopathen, die abnorme Haftreaktionen zeigen, wie sie von *Kraepelin*, *Rudin* und *Raeke* beschrieben worden sind, sind naturgemäß nicht zu den Simulanten zu rechnen, sind aber nach meinen gerichtsärztlichen Erfahrungen äußerst selten. Ich halte bewußte Simulation und bewußte Aggravation bestehender Defekte namentlich bei intellektuell Abgeschwächten als das weitaus häufigere Vorkommnis.

— Was die Selbstbeschädigungen anbelangt, so sind diese von den Selbstmordversuchen schwer zu trennen. Wie *Reuter* bereits betont hat, gibt es sog. larvierte Selbstmordversuche, die eigentlich Selbstbeschädigungen sind. In den 5 Jahren meiner gefangenhausärztlichen Tätigkeit konnte ich bei 37 Männern und 3 Frauen das Verschlucken von Gegenständen beobachten. Es handelt sich um Schrauben, Nägel, Löffelstiele, Nadeln, Kämmen, Steine, ja sogar um Glasscherben und Holzstückchen. Die Betroffenen gaben immer an, sie hätten die Gegenstände in selbstmörderischer Absicht geschluckt. Ich glaube aber, es hat sich bei allen nur um Selbstbeschädigungen gehandelt, meistens ausgeführt zu dem Zwecke, ins Krankenhaus zu kommen. Ein Mann war darunter, der jedesmal, so oft er in Haft kam, einen Löffelstiel und mehrere größere Nägel verschluckte, die sich am Magenausgang spießten, so daß er in einem Jahre dreimal laparotomiert werden mußte. *Margarete Liebeiss* berichtet von einem Psychopathen, der siebenmal in 2 Jahren wegen Verschluckens von Gegenständen laparotomiert wurde. In meinem Falle gab der Betreffende auch offen zu, daß er die Gegenstände nur zu dem Zwecke verschluckt hatte, um ins Krankenhaus abgegeben zu werden. Im Jahre 1925 rief er förmlich eine psychische Epidemie in Verschlucken von Gegenständen hervor. An dem gleichen Tage, wo der Mann ins Spital abgegeben wurde, schluckten fünf weitere Häftlinge Gegenstände, so daß die Zahl der Löffelschlucker in diesem Jahre allein zwölf betrug. Als keiner davon mehr ins Spital abgegeben, sondern der

Abgang der Gegenstände per vias naturales abgewartet wurde, hörte das Verschlucken der Gegenstände auf.

Ein Mann hat heuer vom 29. VII. bis 13. VIII. folgende Gegenstände verschluckt und darüber ein genaues Inventar angelegt, das durch die Röntgendurchleuchtung (Dozent *Leeb*) annähernd bestätigt wurde:

- am 29. VII. eine nußgroße, 6kantige Mutter;
  - am 30. VI. 2 nußgroße 6kantige Müttern und einen Stein;
  - am 5. VIII. ein 18 cm langes 2 cm breites Eisenblech;
  - am 10. VIII. einen Kammrücken, 10 cm lang;
  - am 10. VIII. 56 Stück Kammzähne, je  $\frac{1}{2}$  cm lang;
  - am 11. VIII. 1 Nagel, 4 Zoll lang;
  - am 12. VIII. 1 Nagel, 4 Zoll lang;
  - am 13. VIII. 1 Nagel, 3 Zoll lang;
  - am 13. VIII. 1 Griff vom Kübeldeckel, geradegebogen, 13 cm lang.
- Er verzeichnete auch den Abgang der Gegenstände, und zwar:
- am 15. VIII. und am 16. VIII. je einen Nagel.

Da die Röntgendurchleuchtung am 20. VIII. 1927 eine drohende Magenperforation durch die verschluckten Nägel ergab, wurde die Überstellung des Häftlings ins Landeskrankenhaus veranlaßt. Wie mir die chirurgische Klinik telephonisch mitteilte, hat der Häftling die Operation trotz Zuredens von seiten der Ärzte verweigert. Er erklärte, er habe die Gegenstände in selbstmörderischer Absicht geschluckt und wolle warten, bis der Tod eintrete. Anfangs Januar 1928 ließ er sich operieren und kamen tatsächlich jene Gegenstände zutage.

Der Mann wurde von Hofrat Dr. *Michel* und mir schon voriges Jahr eingehend psychiatrisch untersucht und konnte bei ihm eine Geisteskrankheit nicht festgestellt werden, wohl aber eine hochgradige psychopathische Minderwertigkeit. Er benahm sich auch während seiner letzten Haft, in der er die oben erwähnten Gegenstände verschluckte, vollkommen ruhig und unauffällig, wollte mir in aller Ruhe vordemonstrieren, wie er die Gegenstände verspeise, indem er erklärte, auf eine Schraube mehr oder weniger komme es ihm nicht mehr an.

Die Gegenstände werden mit aufgeweichter Brotmasse umgeben und dann vorsichtig in die Speiseröhre hineingeschoben.

Frauen entschließen sich schwerer, größere Gegenstände zu verschlucken; bei meinen drei Fällen handelte es sich zweimal um das Verschlucken von Nähnadeln, einmal um das Verschlucken von Sicherheitsnadeln. Die eine der Frauen war eine schwere Hysterica, die drei Nähnadeln verschluckt hatte. Zwei Nadeln gingen per vias naturales ab, eine war nach 6 Monaten durch die Bauchdecken hindurch bis unter die Bauchhaut gewandert, wo sie von mir durch eine Inzision entfernt wurde. 3 Monate während der Haft hatte sie eine hysterische Stimm-  
bandlähmung, die ebenso plötzlich wieder verschwand, wie sie gekommen war. Am Ende der Haft war sie fleißig und arbeitsam, verhielt sich vollständig unauffällig. Nach der Entlassung erhielt ich ungefähr 8 Monate später ein Schreiben, wo sie mir mitteilt, daß sie einen Arbeitsposten erhalten habe und hoffe, nie mehr kriminell zu werden.

Noch eine Selbstbeschädigung bei einer Frau möchte ich erwähnen, die sich mit einer Nadel am Bauche eine kleine Wunde beibrachte, die sie allmählich erweiterte und ständig infizierte, bis schließlich eine

Eiterung einsetzte, welche die ganze Bauchdecke unterminierte, so daß sie auf der chirurgischen Klinik operiert werden mußte. Sie ließ aber auch dort die Wunde nicht zur Heilung kommen, verunreinigte unter dem Verbands die Wunde, so daß die Herren der Klinik die Rücktransferierung ins Gefängnis veranlaßten, wo die Wunde erst unter vieler Mühe nach 8 Monaten zuheilte. Auch diese Frau war schwere Hysterikerin, und es gelang erst in den letzten Monaten der Haft, sie zu einem verständigen Verhalten zu bewegen.

Nach *Ziemke* ist der Selbstmord in der Haft fünfmal so häufig als in der Freiheit. *Hoffmann* berichtet, daß im Untersuchungsgefängnis Moabit-Berlin im Jahre 1903 39 Selbstmordversuche vorkamen, bei einer Belagzahl von 1143, wobei bei 7 ein tödlicher Ausgang zu verzeichnen war, 15 ernst gemeint und 17 simuliert waren. Ich habe in 5 Jahren 84 Selbstmordversuche zu verzeichnen, darunter befanden sich 18 Frauen. Es handelte sich 12mal um Erhängen, nur 2 fanden dabei den Tod, 52mal um Stichschnittverletzungen an den Armen, 2mal um Stichverletzungen in der linken Brust, 1mal um eine ausgedehnte Bauchwunde, die bis zum Peritoneum reichte und eine Länge von 15 cm hatte, 4mal um Lysolvergiftungen, 2mal um Veronalvergiftungen. Mit Ausnahme der 2 Todesfälle durch Erhängen waren alle Selbstmordkandidaten mit dem Leben davongekommen. 2 Sträflinge wollten voriges Jahr Selbstmord dadurch verüben, daß sie unter sich die Strohsäcke anzündeten und sich verbrennen wollten. Der sich entwickelnde Rauch machte die Wache aufmerksam. Der eine der Häftlinge war durch die Einatmung der Rauchgase bereits bewußtlos, konnte aber noch gerettet werden.

Ich zweifle nicht, daß von den Erhängungsversuchen 11 ernstgemeint waren, ebenso die Lysol- und Veronalvergiftungen, die Kohlenoxydgasvergiftungen und die Beibringung der Wunde im Bereiche des Bauches. Mehr skeptisch muß man den Schnittstichverletzungen gegenüberstehen, die gewöhnlich sehr oberflächlich waren, nur bei einem Häftling so tief gingen, daß Gefäße, Nerven und Sehnen des linken Handgelenks durchschnitten waren. Es hat sich bei diesem Häftling um eine Affekthandlung im Anschlusse an eine Disziplinarstrafe gehandelt, wie überhaupt die Affekterregbarkeit der Psychopathen, namentlich zu Beginn der Haft, eine sehr große ist. Ein Teil dieser oberflächlichen Schnittstichverletzungen sind, wie auch *Marx* berichtet, bei etwas infantilen Individuen aus einer Art Spieltrieb entstanden. Sehr häufig wird nach meiner ärztlichen Erfahrung ein Selbstmordversuch unternommen, um den Anschein eines Geisteskranken zu erwecken. Vier der Selbstmordkandidaten waren tatsächlich geisteskrank und mußten in die Irrenanstalt abgegeben werden. Bei den übrigen hat es sich zweifellos um Defektmenschen gehandelt, um Neuropathen und Hysteriker, die unter

dem Drucke ihrer Fehlhandlungen durch die Aufregungen der Untersuchungshaft mit ihren Verhören und Gegenüberstellungen Selbstmordversuche unternahmen, sich nachher jedoch bald beruhigen ließen und entsprechendem Zuspruche zugänglich waren.

Ich möchte überhaupt auf Grund meiner Erfahrungen im gefangenhausärztlichen Dienste die Behauptung aufstellen, daß bei Untersuchungshäftlingen und jenen Strafgefangenen, die nur kurze Freiheitsstrafen zu verbüßen haben und die noch nicht mit Gewohnheitsverbrechern in Strafanstalten gleichsam die Hochschule der Verbrecher kennengelernt haben, durch *geeignete Beeinflussung, namentlich durch konsequente ärztliche Maßnahmen, gepaart mit einer gewissen Milde bei wirklich Kranken, bei Verständnis der Psyche, vor allem der psychopathisch Minderwertigen, der für alle Teile so aufregende, sog. Zuchthausknall vermieden werden kann.*

Zum Schlusse sei mir noch gestattet, eines interessanten Falles zu erwähnen, den ich im Gefangenhause zu untersuchen hatte; es handelte sich um eine Frau, die sich wegen Kindesmordes in Haft befand. Die weiteren Erhebungen ergaben aber, daß sie sich vor 5 Monaten durch eine Hebamme, die einen weiblichen Katheter in die Gebärmutter eingeführt und dort liegenglassen hatte, die Frucht im 6.—7. Monate abtreiben ließ. Die Frau klagte nach 2 monatiger Haft über Schmerzen in der unteren Bauchgegend. Die gynäkologische Untersuchung ergab, daß der bei der Fruchtabtreibung verwendete Katheter trotz Abgehens der Frucht in der Gebärmutter liegegeblieben war, nun aus dem äußeren Muttermund etwas hervorragte und von mir entfernt wurde. Ich kann mir den Fall nur so erklären, daß der weibliche Katheter bei der im 7. Monate schwangeren Frau in die Gebärmutter hineinrutschte, sich bei der Ausstoßung der Frucht aber in der aufgelockerten Wand der Gebärmutter verfang und dort liegenblieb. Peritonitische Erscheinungen oder Zeichen einer Gebärmutterperforation konnte ich an der Patientin nicht feststellen.

### Literaturverzeichnis.

- <sup>1</sup> *Dyrenfurth*, Über Simulation im Gefängnisse. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1913. Nr. 1. — <sup>2</sup> *Baer*, Die Hygiene des Gefängniswesens. Handbuch der Hygiene von Th. Weyl. — <sup>3</sup> *Reuter*, Zweifacher Mordversuch und Simulation einer Geisteskrankheit. Wien. klin. Wochenschr. 1927, Nr. 1. — <sup>4</sup> *Kürbitz*, Psychische Störungen in der Haft. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie **82**, 42. — <sup>5</sup> *Liebeiss, Margarete*, Siebenmalige Laparotomie eines Psychopathen wegen Fremdkörper im Magendarmkanal. Münch. med. Wochenschr. 1927, Nr. 27. — <sup>6</sup> *Ziemke*, Über Selbstbeschädigung. Arch. f. Kriminologie **75**. — <sup>7</sup> *Fischer*, Selbstbeschädigungen bei Gefangenen. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. **3**. — <sup>8</sup> *Hellstern*, Selbstbeschädigungen mit besonderer Berücksichtigung von Gefangenen. Dtsch. Zeitschr. f. d. ges. gerichtl. Med. **4**. — <sup>9</sup> *Marx*, Selbstbeschädigungen im Gefängnis. Ärztl. Sachverst.-Zeit. 1913. — <sup>10</sup> *Hoffmann*, Gefängnishygiene. Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. u. öffentl. Sanitätswesen, 3. Folge, **31**.