

Ueber Einführung einer gleichmässigen Statistik der schweizerischen Irrenanstalten.

Referat des Hrn. Direktor Dr. Wille in Rheinau, Kantons Zürich, an der Versammlung der schweizerischen Irrenärzte am 25. September 1872 in Zürich.

Die Zahlen sind eine Weltmacht geworden auch in der Wissenschaft. Jede Doktrin beeilt sich, den grösstmöglichen Nutzen aus ihrer Anwendung zu ziehen. Auch die Psychiatrie wurde von diesem Zuge der Zeit ergriffen und, wenn es ihr noch nicht gelang, ihre Pläne auszuführen, hatte es ihr wenigstens nicht an der besten Absicht dazu gefehlt.

Sie erlauben mir, dies zu beweisen, indem ich in kurzen Zügen Ihnen den Gang der Entwicklung dieser Angelegenheit in unserem engeren Kreise vorführe.

In der Versammlung der schweizerischen Irrenärzte in der Rosegg 1866 wurde der Vortragende betraut mit dem Entwurfe von Tabellen, die einer gleichmässigen Statistik aller schweizerischen Irrenanstalten zu Grunde liegen sollten. An der darauf folgenden Jahresversammlung in Münsterlingen war ich im Stande, eine Vorlage zu machen, die in der Aufstellung von 44 Tabellen bestand, die nach meiner Meinung alle wissenschaftlichen und praktischen Gesichtspunkte, soweit sie durch das Anstaltsmaterial lösbar waren, in sich fassten.

Im gleichen Jahre hatte der internationale irrenärztliche Kongress in Paris getagt. Da derselbe sich zur Aufgabe setzte, Tabellen zu einer Statistik aller Irrenanstalten zu entwerfen, erlaubte ich mir den Antrag zu stellen, unsere Angelegenheit bis nach Vollendung der angekündigten Arbeit der internationalen Kommission ruhen zu lassen.

Im Januar 1869 wurde diese Arbeit in die Welt gesandt. Die alljährliche Ausfüllung von 32 Tabellen wurde für nöthig gefunden, um alle Seiten des Anstaltslebens hinlänglich statistisch verwerthet zu sehen.

Die schweizerischen Irrenärzte kamen schon im März 1869 zu einer ausserordentlichen Versammlung in Zürich zusammen, um die internationalen Vorschläge zu prüfen. Von dem Grundsatz ausgehend, dass es sich nicht um wesentliche Abänderungen der Tabellen handeln könne, sondern um eine solche Fassung derselben, dass sie den Irrenärzten aller Länder annehmbar sein können; dass zweitens ein grosses Werk auch entsprechende Anstrengung und Arbeit bedürfe, sind sie weder vor der Anzahl der zu bearbeitenden Tabellen erschrocken, noch haben sie ihrem Veränderungs- und Verbesserungstrieb unbeschränkten Lauf gelassen. Sie haben vielmehr anerkannt und angenommen, was annehmbar war, und nur solche Abänderungsvorschläge gemacht, von denen sie von vornherein eine Berücksichtigung von Seite der Kommission erwarten durften. Von dieser Zeit an liess man die Angelegenheit von unserer Seite ruhen, um zu sehen, welche

Stellung in ausserschweizerischen Kreisen zu derselben eingenommen würde.

Die Annahme der schweizerischen Vorschläge *en bloc* von Seite der südwestdeutschen Irrenärzte in der im gleichen Jahre stattgefundenen Heidelberger Versammlung schien eine günstige Erledigung der Angelegenheit erwarten zu lassen, um so mehr, als die ersten den deutschen Irrenärzten in Innsbruck vorgelegten Gegenvorschläge von Tigges wenigstens noch die Möglichkeit eines Ausgleiches mit den internationalen Vorschlägen darboten.

In der gleichen Versammlung wurden die Tigges'schen Vorschläge einer Kommission zur Berathung und Begutachtung übergeben. Von jetzt an erlitt die Angelegenheit in Deutschland eine Behandlung, die sie von der ursprünglichen Vorlage mehr und mehr abweichen liess, so dass es vor dem Kriege dem, der die Sache verfolgte, schon klar war, dass das Projekt einer internationalen Statistik gescheitert war.

Es handelte sich dort nur noch um eine Statistik der deutschen Irrenanstalten, und die einschlägigen Bestrebungen und Arbeiten vereinigten sich allmählig in den Namen Tigges und Sander, den Vertretern der Gesellschaft für Psychiatrie und der Berliner psychologischen Gesellschaft.

Nachdem die Erledigung der Frage auf der deutschen Naturforscher-Versammlung in Rostock gescheitert war (1871), durfte man aus verschiedenen Gründen von der im August dieses Jahres in Leipzig tagenden irrenärztlichen Versammlung endlich bestimmte Vorschläge zur Berathung und Erledigung erwarten. Wieder wurde die Sache *ad calendas græcas* verschoben!

Ich glaube nun, dass die Irrenärzte der Schweiz den Arbeiten ihrer Kollegen genügende Rücksicht getragen haben. Ich halte dafür, dass es jetzt Zeit ist, unsere ursprüngliche Absicht durchzuführen, nämlich die Statistik der schweizerischen Anstalten auf gemeinsamen Grundlagen und nach gemeinsamen Grundsätzen. Die Gründe dafür sind:

1) Die Gewissheit, dass es doch nicht zu einer internationalen Statistik kommen wird.

2) Die hohe Wahrscheinlichkeit, dass die Irrenärzte Deutschland's so bald noch nicht zu einem Ergebniss kommen.

3) Die lange Zeit, in der die Sache schon schwebt und die es erlaubte, dieselbe völlig zu erschöpfen. Es lässt sich durchaus nichts Neues mehr bei ihrer Bearbeitung herausbringen.

4) Die Aussicht, dass wir bei einer selbstständigen Durchführung der Angelegenheit beim gegenwärtigen klaren Stand der Sache doch immer eine Arbeit liefern werden, die zur Vergleichung und Erweiterung durch die Arbeiten anderer Staaten genügende Anhaltspunkte liefern wird.

Wenn Sie mit mir einverstanden sind, das Werk zu beginnen, wird es sich zunächst darum handeln, den Modus festzustellen, mittelst dessen am leichtesten Material zu der Arbeit gesammelt werden kann. Es bieten sich uns hier zwei Wege an, die in der Praxis bisher betreten wurden, nämlich 1) die Anlage und Ausfüllung einer Urliste und 2) die sogenannter Zählkarten.

Die Anwendung des letzteren Modus ist so einfach, bietet solche Vortheile der bequemen Handhabung und raschen Ordnung des Materials gegenüber dem Ungethüm einer 15fach zu rubrizirenden Urliste, dass ich mir erlaubte, folgende Zählkarte zu entwerfen und sie Ihnen zur Prüfung vorzulegen:

- Nr. des Journals.
Anstalt.
Kanton:
- 1) Name.
 - 2) Heimat.
 - 3) Letzter Wohnort? Gefängniss? Andere Anstalt?
 - 4) Tag und Jahr der Geburt.
 - 5) Familienstand:
Ledig?
Verheirathet?
Verwittwet?
Geschieden?
 - 6) Glaubensbekenntniss?
 - 7) Stand oder Beruf?
 - 8) Wie lange ist Patient krank?
 - 9) Datum der Aufnahme in die Anstalt.
 - 10) Sind bestimmte ätiologische Momente nachweisbar?
Welche?
 - α. Findet sich insbesondere Geistes- oder Nervenkrankheit bei Familiengliedern:
 - a. väterlicherseits?
 - b. mütterlicherseits?
 - c. bei Geschwistern ohne Krankheit der übrigen Familie?
 - d. Finden sich solche bei den Nachkommen des Patienten?
 - β. Finden sich Trunksucht, Selbstmord, psychisch auffallende Charaktere, konstitutionelle Krankheiten, Verbrechen oder Vergehen in der Familie und bei welchen Gliedern?
 - γ. Waren die Eltern blutsverwandt und in welchem Grade?
 - 11) Form der Krankheit:
Angeborene Geistesstörung.
Einfache Geistesstörung.

Paralytische Geistesstörung.

Epileptische Geistesstörung.

Andere Formen der Geistesstörung.

- 12) Sind Komplikationen mit andern abnormalen Zuständen vorhanden und welche?
- 13) Erste oder wiederholte Aufnahme? In letzterem Falle wievielte?
War Patient genesen oder nur gebessert entlassen?
Dauer des Intervalles?
Ist Erbllichkeit vorhanden? Ursache der Recidive?
- 14) Abgang aus der Anstalt:
Geheilt? Dauer der Erkrankung?
Gebessert?
Ungeheilt?
Wohin entlassen?
Gestorben? Datum des Todes? Todesursache?

Ich werde in Folgendem die einzelnen Nummern begründen und weiter ausführen:

Nr. 1 ist Grundlage zur Eintheilung nach dem Geschlechte.

Ueber Nr. 2 ist nichts Besonderes zu bemerken; diese Rubrik ist selbstverständlich. Sie wird später in doppelter Weise zu verwenden sein, einmal um die Bevölkerung einer Anstalt bezirksweise, sodann um sie in Kantonsangehörige, Kantonsfremde und Ausländer einzutheilen.

Nr. 3 ist von grossem Werthe, den letzten Aufenthalt eines Kranken vor der Uebersiedlung in die Anstalt kennen zu lernen. Es ist nämlich hier näher anzuführen, wenn der Kranke vorher in einer andern Anstalt oder in einem Gefängnisse u. dgl. war.

Ueber 4 und 5 ist Nichts zu bemerken.

Bei 6 schlage ich als nähere Eintheilung die bei der letzten eidgenössischen Volkszählung gebrauchte vor: in *a.* Katholiken, *b.* Protestanten, *c.* andere christliche Konfessionen, *d.* Nichtchristen.

Was 7, «den Beruf», betrifft, so wurde diese Rubrik von andern Autoren ausgelassen. Es will auch mir scheinen, dass die detaillirte Ausfüllung dieser Rubrik je nach den einzelnen Gewerben keinen der grossen Arbeit entsprechenden Nutzen habe. Wenn ich z. B. die Frage stelle, wie viele Schneider, Schuster, Fabrikarbeiter überhaupt geisteskrank oder an dieser oder jener Form geisteskrank werden; wenn ich auf die gestellte Frage die Antwort erhalte, dass dieser Stand mehr Geisteskranke liefert als jener, so wäre es doch nicht erlaubt, hieraus weitergehende praktische Schlüsse zu ziehen, dass also z. B. im speziellen Berufe die Ursache dieser Erscheinung liege. Ferner kommen wir bei einer strengen Detaillirung zu so kleinen Zahlen, dass sie für statistische Verwerthung unbrauchbar sind. Endlich verweise ich auf die eigenthümlichen Verhältnisse in der Schweiz, die es nicht einmal erlauben, eine strenge Unterscheidung nach dem Berufe durchzuführen. In der Regel sind in einer Person verschiedene Berufe vereinigt, z. B. der des Fabrikarbeiter

und des Landarbeiters, der des Landarbeiters und des Handwerkers, der des Beamten etc. mit einem andern Berufe. Wenn Sie also diese Rubrik beibehalten wollen, schlage ich Ihnen vor, eine möglichste Massengruppirung zu gebrauchen, und in dieser Hinsicht scheint mir wiederum der Vorgang bei der eidgenössischen Zählung nachahmungswerth. Dieselbe zählt auf: *a.* Selbstständige Berufsleute, *b.* Familienglieder ohne Beruf von selbstständigen Berufsleuten, *c.* Angestellte und Arbeiter (im Lohne und Dienste Anderer), *d.* Familienglieder ohne Beruf von Arbeitern und Angestellten*).

Bezüglich Nr. 8 ist natürlich die Zeit der Krankheit gemeint, bevor der Kranke einer Anstalt übergeben wurde. Ich schlage vor, als Beginn der Krankheit den wirklichen Ausbruch der unverkennbaren Geisteskrankheit und nicht das vorangehende Uebergangsstadium zu betrachten. Es scheint mir, dass dann viel weniger der Willkür, der subjektiven Auffassung der Einfluss bei der Beurtheilung gelassen ist. Ohne Zweifel ist die weitaus grösste Zahl unserer Geisteskranken aus Fällen bestehend, bei denen die Geisteskrankheit das letzte Glied einer Kette von allmählig sich steigernden Entwicklungsstadien ist, deren erster eigentlicher Beginn in einer angeborenen oder in erster Kindheit erworbenen psychopathischen Anlage zu suchen ist. In welchem Stadium der Fortentwicklung der krankhaften Anlage lässt sich nun der Beginn der Krankheit nach objektiver Auffassung besser suchen als in der ausgebrochenen Krankheit?

Hinsichtlich 9 ist Nichts zu bemerken. Es dient nur als Grundlage zu andern Erhebungen, z. B. über Krankheitsdauer im Allgemeinen etc. Um so mehr Schwierigkeiten bietet Rubrik 10. Ich empfehle diese Rubrik trotzdem, wenn sie auch von Tigges und Andern ausgelassen ist. Ich empfehle sie um so mehr, als dann die nächste Rubrik sehr zu vereinfachen ist, was einer objektiven richtigen Behandlung der ganzen Frage um so mehr Vorschub leistet. Wenn man auch zugeben muss, dass man bei einem gewissen Theile der Kranken in einer Anstalt keine oder nur unzuverlässige Angaben in dieser Hinsicht erhält; wenn auch in andern Fällen ein solcher Ueberfluss von Momenten dargeboten wird, dass es fast unmöglich ist, das Richtige herauszufinden, so gelingt dies doch in andern Fällen. Aber gerade in diesem Gebiete handelt es sich weniger um viele und grosse Zahlen als um gewissenhaft beobachtete Thatsachen. Und welche Frage könnte in der Praxis dem gewissenhaften Irrenarzte mehr der Gegenstand ernstlichsten Studiums sein als diese? Ich schätze die Frucht dieser Arbeit hoch, eben so sehr für die Geschichte des einzelnen Falles als

*) Es hat diese Rubrik überhaupt keinen praktischen Werth als in Verbindung mit der allgemeinen Bevölkerungsstatistik, die es ermöglicht, die wirklichen Zahlenverhältnisse der in einem Lande vertretenen Berufsarten kennen zu lernen. Sie soll sich dann auch stets streng an die von der allgemeinen Statistik angewandte Eintheilung halten.

für die Pathologie der Psychosen überhaupt; denn gerade eine auf genau studirten und beobachteten Thatsachen begründete ätiologische Statistik wird viele Beziehungen der Geisteskrankheit aufklären, deren Lösung uns höchstens als Vermuthung jetzt möglich ist.

Was die nähere Behandlung der Frage betrifft, so ist vor Allem die möglichste Vereinfachung zu empfehlen und, wo es immer angeht, auch in dieser Beziehung das Gruppierungssystem anzuwenden. Ich möchte vor Allem jeden Fall in doppelter Hinsicht betrachtet wissen, nämlich nach den disponirenden und nach den determinirenden Momenten. Ich halte diese Eintheilung für praktischer als die in somatische, in psychische und in gemischte Ursachen. Wenn disponirende Momente in einem Falle fehlen sollten, wäre dies in einer eigenen Rubrik der Tabelle stets zu bemerken.

Als spezielles Schema schlage ich folgendes vor:

A. Disponirende Momente:

1) Erbllichkeit:

- a.* Erbllichkeit väterlicherseits;
- b.* Erbllichkeit mütterlicherseits;
- c.* Erbllichkeit beiderseits;
- d.* Geisteskrankheit bei Geschwistern ohne Krankheit der übrigen Familie;
- e.* Geisteskrankheit bei den Nachkommen des Patienten ohne Krankheit der übrigen Familie.
- f.* Trunksucht,
Selbstmord,
psychisch auffallende Charaktere,
Phtisis, Skrophulose, Syphilis etc.,
Verbrechen und Vergehen bei andern Familiengliedern;

g. Blutsverwandtschaft der Eltern.

2) Angeborene und frühzeitig, d. h. vor dem sechsten Altersjahr erworbene psychopathische Anlage ohne Erbllichkeit.

3) Im späteren Alter erworbene psychopathische Anlage:

- a.* durch innere Krankheiten;
- b.* durch äussere;
- c.* durch die Pubertät;
- d.* durch das kritische Alter;
- e.* durch Trunksucht;
- f.* durch Onanie und sexuelle Exzesse;
- g.* durch Noth und Entbehrung;
- h.* durch Berufsschädlichkeiten;
- i.* durch Erziehung;
- k.* durch religiöse Momente.

B. Determinirende Momente:

- Kopfverletzungen;
- Hirnkrankheiten;
- Erysipelas capitis;
- Pneumonie und Pleuritis;
- Phtisis;

Herzkrankheiten;
 Unterleibskrankheiten;
 Typhus;
 konstitutionelle Syphilis;
 Rheumatismus articularum;
 Alkoholismus;
 Menstruationsanomalien;
 Puerperium;
 climacterische Periode;
 Senium;
 psychische Momente:
 a. akut
 b. chronisch } einwirkende.

Finden sich andere sicher nachgewiesene Momente, möge sie der Beobachter der Tabelle anfügen.

Beim Vorhandensein mehrerer Momente in einem Fall gilt stets das nach der Untersuchung wichtigste. In den Fällen mit direkter Erblichkeit gelte diese stets als einziges disponirendes Moment.

Ich halte die Aufstellung der in Rubrik 11 angegebenen Krankheitsformen für genügend, wenn ich näher noch angebe, dass die Eintheilung der angeborenen Geisteskrankheit in *a.* Idiotismus, *b.* Kretinismus in den Tabellen ihre Ergänzung finden wird.

Die Vereinfachung der verschiedenen Stadien der einfachen Geisteskrankheit auf die Urform halte ich beim gegenwärtigen Stand der Pathologie für einzig zulässig. Die Auslassung der von der Berliner psychologischen Gesellschaft aufgestellten Formen der senilen und organischen Geisteskrankheit halte ich aus doppelten Gründen für gerechtfertigt.

Einmal fanden diese beiden Gruppen in der ätiologischen Tabelle ihre Berücksichtigung. Da senile Störung nur allein Folge des Hirn-Seniums, organische meistens Folge von Heerdekrankung des Hirns ist, so ist ihre Vertretung in den dortigen Rubriken zu finden, so dass ihre Aufführung hier nur Wiederholung wäre.

Sodann wenn man einmal die Aufstellung von Unterabtheilungen der komplizirten Seelenstörung prinzipiell annimmt, muss man konsequent darin fortfahren. Mit dem gleichen Rechte, mit dem man eine organische Form aufstellt, muss man eine hysterische, eine mit Chorea etc. aufnehmen.

Ich will dieser Erweiterung der Arbeit ihren Werth nicht absprechen, aber ich mache auf die dadurch hochgesteigerte Mühe, die sie verursacht, aufmerksam.

Als Anhang wären die andern Formen aufzuführen, die unter den obigen nicht unterzubringen sind, z. B. das Delirium tremens, traumatisches Delirium etc.

Bezüglich Nr. 12 wäre die Spezialisirung: Komplikation mit *a.* Taubstummheit, *b.* Blindheit, *c.* angeborenen Difformitäten, *d.* vom Hirn ausgehenden Lähmungen, *e.* solchen vom Rückenmark aus, *f.* Kropf. — Hat einer der Herren Lust, den Gegenstand noch mehr zu speziali-

siren, so ist eine solche Arbeit immerhin verdankenswerth.

Nr. 13 betrifft selbstverständlich nur solche Fälle, die vor der Wiederaufnahme genesen waren.

Bezüglich der Ursachen der Recidiven kann man im Allgemeinen das Schema von Nr. 10 benützen. Mir scheint die Frage nach andern einwirkenden Momenten als allein nach dem der Erblichkeit zur Hervorrufung der Recidive Interesse genug zu bieten, um ihr einige Mühe zu widmen.

Bezüglich Nr. 14 schlage ich vor, nur diejenigen Kranken als geheilt aufzuführen, deren in der Anstalt erlangte psychische Gesundheit auch noch ein Vierteljahr nach der Entlassung aus der Anstalt andauert, ein Verfahren, das auch in den Illenauer Tabellen beobachtet ist. Gebessert ist nur derjenige Kranke, der bei seiner Entlassung aus der Anstalt keinen weiter vorgeschrittenen psychischen Schwächezustand zeigt, als er ihn bei der Aufnahme in die Anstalt dargeboten hatte, dabei aber durch den Anstaltsaufenthalt eine Besserung anderer psychischer Krankheitssymptome erfahren hat.

Alle Kranken, die während ihres Anstaltsaufenthaltes eine Zunahme der geistigen Schwäche erfahren, müssen als ungeheilt gelten, auch wenn ihr äusseres Benehmen durch den Anstaltsaufenthalt ein ruhigeres und geordnetes geworden ist, als es bei der Aufnahme war.

Wenn nun auch die gewissenhafteste Ausfüllung dieser Fragekarten der wichtigste Theil unserer Aufgabe sein wird, so ist es klar, dass damit die Arbeit von Seite der Irrenärzte noch nicht gethan sein kann. Es ist dadurch erst das Material zur eigentlichen Arbeit gesammelt worden. Jetzt gilt es erst, das gesammelte Material nach den Gesichtspunkten zu verwerthen, die für administrative und wissenschaftliche ärztliche Zwecke die meiste Aussicht bieten. Es geschieht dies in tabellarischer Behandlung und so zwar, dass der Inhalt einer Tabelle die bestimmte Antwort auf eine bestimmte Frage bildet, wobei allerdings in einer einzigen Tabelle ein paar Gesichtspunkte vertreten sein können.

Es liessen sich nun auf Grundlage des vorhandenen Materials *ad infinitum* Fragen stellen, also eben so viele Tabellen entwerfen. Um den Erfolg möglichst zu sichern, ist es jedoch angezeigt, die Arbeit nicht zu sehr auszu dehnen und sich mit solchen Fragen zu begnügen, deren Beantwortung eine administrative Nothwendigkeit oder ein wissenschaftliches Bedürfniss ist.

Vor Allem entsteht nun die Frage, ob wir bei der Spezialbehandlung des Materials hauptsächlich den Krankenbestand oder nur die frisch Aufgenommenen oder die innerhalb eines Jahres Ausgetretenen berücksichtigen wollen. Bekanntlich bildet diese Frage einen wesentlichen Differenzpunkt zwischen der Gesellschaft für Psychiatrie und der Berliner psychologischen Gesellschaft, wovon die erste hauptsächlich die frischen Aufnahmen, letztere den Bestand

ihrer Spezialarbeit zu Grunde legt und in eingehender Weise dann die Ausgetretenen noch behandelt.

Man muss im Allgemeinen die Ansicht von Tigges von dieser Frage als die richtigere anerkennen und daher sein Verfahren als das bessere nachahmen, kann aber dabei ganz wohl die in manchen Einzelheiten zutreffenden Bemerkungen Sander's bei der Arbeit mitbenützen. Ich bin überzeugt, dass dieses Verfahren wenn auch etwas mehr Arbeit so doch auch grössere Resultate verbürgt.

Nach diesen Grundsätzen erhalten wir also Tabellen, die den Bestand, solche, die die Aufgenommenen, und endlich solche, die die Ausgetretenen behandeln.

Mit der Bestandstabelle verbindet sich sachgemäss die allgemeine Uebersicht der Bevölkerungsbewegung innerhalb eines Jahres in der Anstalt, und versuchsweise lassen sich auch anderweitige Gesichtspunkte damit verbinden.

Ich lege Ihnen folgenden Entwurf vor:

I. Allgemeine Bewegung der Bevölkerung nach Formen.

Die vertikale Kolonne enthält die angenommenen Krankheitsformen. Die horizontale der Reihe nach:

- 1) den Bestand am 1. Januar eines laufenden Jahres (Männer und Frauen);
- 2) Aufnahmen, darunter erste und wiederholte Aufnahmen. Die wiederholten Aufnahmen werden wieder abgetheilt: *a.* in solche nach vorhergegangener Genesung, *b.* ohne solche. Neue Unterabtheilung: *a.* aus der Privatpflege, *b.* aus einer andern Anstalt;
- 3) Summe aller Aufnahmen;
- 4) Summe des Bestandes und Zuganges;
- 5) Abgegangene. Unterabtheilung in Geheilte, Gebesserte und Ungeheilte. Letztere werden wieder eingetheilt in solche, die in Privatpflege, und solche, die in andere Anstalten versetzt werden. Endlich in Gestorbene;
- 6) Summe der Abgegangenen;
- 7) Bestand am 31. Dezember;
- 8) Durchschnittsbestand während des Jahres.

Die folgenden Tabellen betreffen die frischen Aufnahmen, d. h. die ersten und solche nach vorangegangener völliger Genesung.

II. Krankheitsformen, Heimat und Erblichkeit.

Die vertikale Kolonne enthält die Formen. Die horizontale die Bezirke eines Kantons, dann Schweizer anderer Kantone, endlich die Ausländer. Unterabtheilung in erbliche und nicht erbliche Fälle.

III. Alter der Erkrankten nach Formen, Civilstand und Erblichkeit.

Vertikale Kolonne mit folgender Alterseinteilung: 1) bis 15 Jahren, 2) 16—20 Jahren, 3) 21—25 Jahren, 4) 26—30 Jahren, 5) 31—35 Jahren, 6) 36—40 Jahren, 7) 41—45 Jahren, 8) 46—50 Jahren, 9) 51—60 Jahren, 10) 61—70 Jahren, 11) 71—80 Jahren, 12) über 80 Jahre, 13) unbekanntem Alters, 14) Summa. Horizontale ent-

hält die Formen und die Civilstandseinteilung. Bei jeder Haupttribrik die Unterabtheilung in erbliche und nicht erbliche Fälle.

IV. Krankheitsdauer vor der Aufnahme nach Formen und Erblichkeit.

Vertikale Kolonne mit den Formen. Horizontale mit folgender Zeiteinteilung: 1) bis zu 1 Monat, 2) 2—3 Monaten, 3) 3—6 Monaten, 4) 7—12 Monaten, 5) im 2. Jahr, 6) vom 3.—5. Jahre, 7) über 5 Jahre, 8) unbekannte Krankheitsdauer, 9) Summa. Unterabtheilung in erbliche und nicht erbliche Fälle.

V. Religion nach Form und Erblichkeit.

Vertikale mit der Religionseinteilung. Horizontale mit den Formen und der Unterabtheilung in Erbliche und Nichterbliche.

VI. Aetiologie nach Formen.

Vertikale Kolonne mit den ätiologischen Momenten. Horizontale mit den Formen.

VII. Komplikationen nach Formen.

Vertikale Kolonne mit den Komplikationen. Horizontale mit den Formen und der Unterabtheilung in Erbliche etc.

VIII. Dauer der freien Intervalle nach den Ursachen und der Erblichkeit der Recidiven.

Vertikale mit folgender Zeiteinteilung der freien Intervalle von der Genesung bis zur Wiedererkrankung: 1) 4—6 Monate, 2) 7—12 Monate, 3) im 2. Jahr, 4) im 3. Jahr, 5) im 4. Jahr u. s. w. Für jedes vorkommende Jahr eine neue Kolonne.

Horizontale mit den Ursachen der Wiedererkrankung und der Angabe der Erblichen dabei.

Die folgenden Tabellen beschäftigen sich mit den Ausgetretenen.

IX. Aufnahmen und Genesungen.

Die vertikale Kolonne mit den zum ersten und wiederholten Mal aufgenommenen Genesenen. Die horizontale mit Erblichkeit, Nichterblichkeit, unbekannter Erblichkeit, Summe der Fälle.

X. Behandlungsdauer der Genesenen nach Erblichkeit und Dauer der Krankheit vor der Aufnahme.

Die vertikale Kolonne mit der Dauer der ganzen Behandlung und Angabe der Erblichen, und zwar nach folgender Einteilung: 1) bis 1 Monat, 2) 2—3 Monaten, 3) 4—6 Monaten, 4) 6—12 Monaten, 5) im 2. Jahr, 6) 3—5 Jahre, 7) über 5 Jahre; die horizontale mit der Krankheitsdauer vor der Aufnahme.

XI. Alter der Genesenen nach Formen und Erblichkeit.

Vertikale Kolonne mit dem Alter der Genesenen zur Zeit der Erkrankung. Horizontale mit Formen und Erblichkeit.

XII. Todesursachen nach den Formen.

Vertikale Kolonne mit den Todesursachen nach folgendem Schema:

- A. Allgemeine akute Krankheiten:
- 1) Typhus;
 - 2) Dysenterie;
 - 3) andere Infektionskrankheiten.
- B. Allgemeine chronische Krankheiten:
- 4) Lungen-, Darmtuberkulose;
 - 5) Caries, Brand, Decubitus etc.
- C. Todesfälle, vom Nervensystem ausgehend:
- α. mit gröberen organischen Veränderungen:
- 6) a. im chronischen Verlauf (Geschwülste, Tuberkel, Erweichungen, Hydrocephalus etc.),
 - 7) b. im akuten Verlauf (Meningitis, Blutextravasat, Hydrocephalus etc.);
- β. ohne gröbere Veränderungen (nervöse Erschöpfung):
- 8) in akutem Verlauf,
 - 9) in chronischem (Marasmus).
- D. Andere Lokalkrankheiten:
- 10) Krankheiten der Athmungsorgane;
 - 11) » des Herzens und der Gefässe;
 - 12) » der Verdauungsorgane;
 - 13) » der Nieren und Geschlechtsorgane.
- E. Gewaltsame Todesarten:
- 14) Selbstmord;
 - 15) Unglücksfälle;
 - 16) Summa aller Todesfälle.

Horizontale mit den Formen.

XIII. Krankheitsdauer bei den Gestorbenen im Ganzen nach den Formen.

Vertikale Kolonne mit der Krankheitsdauer der Gestorbenen. Horizontale mit den Formen.

Ich glaube, dass der Inhalt dieser 13 Tabellen die Beantwortung der hauptsächlich praktisch und wissenschaftlich wichtigen Fragen enthält. Siegburg hat nur 8 Tabellen, Tigges bringt deren 10. Ich möchte Ihnen die Annahme dieser 13 empfehlen, da jede ihren bestimmten und entschiedenen Nutzen in sich trägt. Man kann sich bei solchen Aussichten auf vermehrte Arbeit mit dem Satze trösten, dass ohne Arbeit kein Erfolg ist. Unnötige Arbeit ist nicht dabei.

Wenn im Verlaufe des Jahres die Fragekarten gehörig ausgefüllt und nach Gruppen geordnet worden sind, sind die Schwierigkeiten und der Zeitaufwand viel geringer, als man glaubt. Es wird sich hier der grosse Vortheil der Fragekartenmethode herausstellen. Den allermeisten Vorschub wird man sich leisten, wenn man zum Voraus Fragekarten für Bestand, Aufnahme und Austritt fertigt und nach diesen Richtungen ausfüllt und aufbewahrt.

Die Fragekarte für den Bestand enthält die Nummer des Journals, dann Nr. 1 Name (Geschlecht), 11 Krankheitsformen, 13 Aufnahmen und 14 Abgang aus der Anstalt.

Die Fragekarte für die Aufnahmen enthält die Nummern 1 - 12 des Entwurfs der Fragekarten und die für den Austritt Nr. 1, 4, 8, 14 desselben.

Als Anhang der Tabellen würde es sich empfehlen, die in einem vom eidg. statistischen Bureau stammenden Formulare angeführten administrativen Fragepunkte zu berücksichtigen.

Sie betreffen:

- 1) die Zahl der Aerzte in einer Anstalt;
- 2) die Zahl der Administrationsbeamten;
- 3) die Zahl des Wartpersonals;
- 4) die Zahl der sonstigen Angestellten;
- 5) die Gesamteinnahmen und Ausgaben eines Jahres;
- 6) den Staatsbeitrag;
- 7) den Kostgelderertrag;
- 8) den eigenen Anstaltsertrag;
- 9) die jährlichen durchschnittlichen Verpflegungskosten;
- 10) die täglichen;
- 11) die Zahl der Verpflegungstage.

Es sind dies Punkte, die die Verwaltungen unserer Anstalten im Interesse der Sache gerne nach gemeinsamen Gesichtspunkten bearbeiten werden, so dass den Aerzten daraus keine Mehrarbeit erwächst.

Es entsteht nun die weitere Frage, was mit den ausgefüllten Tabellen geschehen, wer sich mit den weiteren Arbeiten beschäftigen soll.

Selbstverständlich soll das gewonnene Material im Interesse unserer Anstalten verarbeitet und verwerthet werden. Zu diesem Zwecke sollen die verschiedenen Tabellen der einzelnen Anstalten auf Generaltabellen übertragen werden, die eine leichte Uebersicht des ganzen Materials ermöglichen. Jetzt ist es möglich, durch Vergleichen, Berechnungen und durch Zusammenstellungen zu wissenschaftlichen und praktischen Ergebnissen zu kommen.

Diese Arbeit soll einer der Irrenärzte übernehmen und das Ergebniss seiner Arbeit alljährlich den übrigen Kollegen mittheilen.

Ein zweites Exemplar der Tabellen wird man dem eidg. statistischen Bureau zur Hand stellen, das dieselben beliebig verwenden kann und, was wir hoffen dürfen, seine Ergebnisse uns wieder mittheilen wird. Gleich die Anstaltstabellen dem statistischen Bureau zur Bearbeitung zu übergeben, halte ich nicht für praktisch, da dieselben ihre Bearbeitung sicher besser durch einen Irrenarzt erfahren. Die ärztlichen Interessen sind zunächst nicht die des Statistikers vom Fach. Der Letztere stellt in erster Linie andere Fragen auf als wir, da er mehr allgemeine Gesichtspunkte und allgemeinere, eine ganze Bevölkerung betreffende Zwecke erreichen will. Unsere Aufgabe aber ist es, vor Allem unsere Wissenschaft zu fördern. In diesem Sinne empfehle ich Ihnen die Arbeit an die Hand zu nehmen.

In der am 25. September 1872 stattgefundenen Zusammenkunft der schweizerischen Irrenärzte in Zürich wurde der Beschluss gefasst, schon im kommenden Jahre zur Ausführung der gleichmässigen Statistik der schweizerischen Anstalten zu schreiten.

Das Ergebniss der eingehendsten Berathung des Inhalts des Fragekartenentwurfes war, dass alle Nummern desselben unverändert angenommen wurden, mit Ausnahme, dass Nr. 7, Stand oder Beruf, ganz weggelassen und Nr. 11, Krankheitsformen, in folgender Weise abgeändert wurde:

Krankheitsformen:

A. Angeborne:

- 1) Idiotismus;
- 2) Kretinismus.

B. Erworbene:

- 1) Seelenstörung ohne Komplikation;
- 2) » mit Komplikation:
 - α. a. primäre Formen,
 - b. sekundäre Formen,
 - c. periodische Formen;
 - β. a. epileptische Seelenstörung,
 - b. paralytische »
 - c. organische »
 - d. hysterische »
 - e. senile »

Anhang wie früher.

Die Fragekarten enthielten demnach folgenden Inhalt:

I. Fragekarten für den Bestand:

- 1) Name.
- 2) Letzter Wohnort.
- 3) Krankheitsformen nach der Abänderung.
- 4) Erste oder wiederholte Aufnahmen
War Patient genesen oder nur gebessert entlassen?

- 5) Abgang aus der Anstalt:
Geheilt.
Gebessert.
Ungeheilt. Wohin entlassen?
Gestorben.

II. Fragekarten für die Aufnahmen:
Anstalt.

Kanton.

Nummer des Journals:

- 1) Name.
- 2) Heimat.
- 3) Tag und Jahr der Geburt.
- 4) Familienstand.
- 5) Glaubensbekenntniss.
- 6) Datum der Aufnahme in die Anstalt.
- 7) Wie lange war Patient krank vor der Aufnahme?
- 8) Aetiologische Momente.
- 9) Krankheitsformen nach obiger Abänderung.
- 10) Komplikationen der Krankheit.
- 11) Erste oder wiederholte Aufnahme.
Dauer des freien Intervalles.
Ist Erblichkeit vorhanden? Andere Ursachen der Recidive.

III. Fragekarten für den Austritt:

Nummer des Journals:

- 1) Name.
- 2) Tag und Jahr der Geburt.
- 4) Datum der Aufnahme in die Anstalt.
- 3) Wie lange war Patient vor der Aufnahme krank?
- 5) Krankheitsformen nach der Abänderung.
- 6) Erste oder wiederholte Aufnahme? Wievielte?
Ist Erblichkeit vorhanden?
- 7) Abgang aus der Anstalt:
Geheilt. Dauer der Erkrankung.
Gestorben. Datum des Todes. Todesursache.

Notices statistiques sur le Canton du Valais.

Par M. Alexandre Michod, secrétaire du bureau de statistique du Canton de Vaud à Lausanne.

Il y a un tiers de siècle, en 1839, le Valais se réveillait de la longue torpeur qui lui était imposée par le régime de 1815, et une constitution nouvelle proclamait l'égalité des droits entre tous les Valaisans et ouvrait une ère de liberté, de progrès de tous genres, qui devait bientôt être entravée par une sanglante réaction.

Gardons-nous de venir réveiller des haines et des animosités, le temps a passé là-dessus et a fait son œuvre, les dissensions ont fini par s'éteindre, fort heureusement, pour un pays déjà si souvent éprouvé par les fléaux de la nature.

Une génération nouvelle a remplacé aujourd'hui les champions de la *vieille* et de la *jeune Suisse*, et malgré

le mouvement rétrograde qui a commencé en 1852, quatre ans après la reconstitution libérale du Valais en 1848, malgré la crise financière qui sévit actuellement dans ce canton, bien des progrès ont eu lieu, qui nous font espérer de meilleurs jours, un avenir plus prospère pour une population intéressante qui a droit à toutes nos sympathies.

L'étude statistique que nous nous proposons de lui consacrer serait incomplète si elle ne prenait pas pour point de départ les appréciations diverses qui ont été faites de ce Canton vers 1840 *), elles serviront à mesurer les progrès effectués depuis lors et ceux qui restent en-

*) Ces appréciations paraîtront plus tard, dans le „*Journal de statistique suisse*“, avec la suite de ces études sur le Valais.