

XXXIII.

Bericht über die IV. Versammlung der Vereinigung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Dresden am 23. October 1898.

~~~~~

Nachdem am Vorabend eine gesellige Vereinigung stattgefunden hatte, begann die

#### **I. Sitzung am 23. October 1898, 9 Uhr Vormittags** im Sitzungssaal des Königl. Landes-Medicinal-Collegiums.

Anwesend incl. Gäste die Herren:

Arnemann-Zschadraß, Balser-Köppelsdorf, Bennecke-Dresden, E. Beyer-Dresden, Böhmig-Dresden, Böttcher-Hubertusburg, Brassert-Leipzig, v. Buchka-Altscherbitz, Buschbeck-Dresden, Donau-Dresden, Max Donau-Dresden, Erler-Meissen, Erdmann-Dresden, Felgner-Colditz, Fiedler-Dresden, Fischer-Dresden, Friedländer-Jena, Ganser-Dresden, Gebhardt-Jena, Gmeiner-Dresden, Götze-Hubertusberg, Gross-Altscherbitz, Joh. Grosse-Dresden, Günther-Dresden, Hänel-Halle a. S., Hauffe-Dresden, Haupt-Tharandt, Hecker-Dresden, Herting-Altscherbitz, W. Hesse-Dresden, Hitzig-Halle a. S., Höniger-Halle a. S., G. Ilberg-Sonnenstein, Kötscher-Leipzig, Lochner-Thonberg, Lührmann-Dresden, Marguliés-Prag, Matthes-Blankenburg a. H., Matthes-Jena, Meltzer-Untergöltzsch, Möbius-Leipzig, Moeli-Berlin, Mossdorf-Dresden, Mucha-Lindenholz, Neuendorff-Bernburg, Opitz-Chemnitz, Oppenheim-Berlin, Pässler-Leipzig, Pelizaeus-Suderode, Perthen-Oehmitz, A. Pick-Prag, Pierson-Lindenholz, Ranniger-Sonnenstein, Rattin-Neuwittelsbach, Rehm-Blankenburg a. H., Reichelt-Sonnenstein, Römer-Elsterberg, Reitzsch-Dresden, Seifert-Dresden, V. de Souza-Dresden, Schmaltz-Dresden, Schmidt-

Carlsfeld, Curt Schmidt-Dresden, Schumann-Untergöltzsch, Stegmann-Dresden, Tecklenburg-Leipzig, P. Teuscher-Oberloschwitz-Weisser Hirsch, Unruh-Dresden, Vetter-Dresden, O. Vogt-Berlin, Weber-Sonnenstein, Werther-Dresden, Wiedeburg-Elgersburg, Wiederhold-Wilhelmshöhe, Windscheid-Leipzig, Ziehen-Jena, Ziertmann-Leubus.

Herr Ganser begrüßt die Versammlung und spricht dem anwesenden Vorsitzenden des Medicinal-Collegiums den Dank der Vereinigung für Ueberlassung des Saales aus.

Hierauf theilt er mit, dass Herr Naecke aus dienstlichen Gründen nicht erscheinen und seinen angekündigten Vortrag daher nicht halten kann.

Für die Vormittagssitzung wird Hitzig-Halle, für die Nachmittagsitzung Moebius-Leipzig als Vorsitzender gewählt; Schriftführer sind Stegmann-Dresden und Bennecke-Dresden, die Prüfung der Rechnungen übernehmen Pelizaeus-Suderode und Lehmann-Untergöltzsch.

Herr Hitzig eröffnet die Sitzung mit dem Antrag, künftighin nur eine Versammlung jährlich — und zwar im Herbst — stattfinden zu lassen; der Antrag wird ohne Widerspruch angenommen. Als Ort der nächsten Zusammenkunft wird Leipzig bestimmt; zu Geschäftsführern werden Flechsig-Leipzig — der telegraphisch sein Einverständniss erklärt — und Windscheid-Leipzig gewählt, zum Kassenführer Tecklenburg-Leipzig.

Es folgen die Vorträge:

1. Herr Weber (Sonnenstein): Ueber die Aufnahme von Bestimmungen über verminderte Zurechnungsfähigkeit in's Strafgesetzbuch.

Der Vortragende will nicht in Auseinandersetzungen darüber eingehen, ob es psychische Zustände gebe, die nicht als ausgesprochene Seelenstörungen anzusehen aber auch nicht als normal zu bezeichnen seien, und ob solche Zustände in foro zu berücksichtigen seien, er glaubt auch, dass in dieser Beziehung in ärztlichen Fachkreisen erhebliche Meinungsverschiedenheiten nicht bestehen, es handelt sich für ihn nur um die praktische Frage, ob bei Anerkennung der Existenz solcher Zustände die gegenwärtigen gesetzlichen Bestimmungen denselben genügend Rechnung tragen, und bei Verneinung dieser Frage um die weitere, ob und welche specielle Gesetzungsvorschläge zur Ergänzung des vorhandenen Mangels an maassgebender Stelle zu machen seien.

Die in Dresden seit einiger Zeit bestehende forensisch-psychiatrische Vereinigung, die zu etwa gleichen Theilen aus gerichtlich beschäftigten Aerzten bzw. Psychiatern und aus Juristen (meist Criminalisten, unter ihnen der Präsident des Strafsenats im Kgl. Sächs. Oberlandesgericht) besteht, hat diese Frage im verflossenen Jahr eingehend behandelt und ist zu einem Vorschlag

gekommen, den der heutigen Versammlung mit einigen erläuternden Bemerkungen zur Kenntnissnahme und Kritik zu unterbreiten die Geschäftsführer den Vortragenden veranlasst haben.

Der Vortragende recapitulirt die Vorgänge bei der Berathung des Strafgesetzbuchs von 1870 und legt dar, wie die ursprünglich in den Entwurf aufgenommene von ärztlicher Seite lebhaft befürwortete Bestimmung über „verminderte Zurechnungsfähigkeit“ beseitigt worden ist. Weiter geht er kurz auf die vom Verein deutscher Irrenärzte auf Grund eines von Professor Jolly gehaltenen Vortrags über diese Angelegenheit in den Jahren 1887 und 1888 gepflogenen Verhandlungen ein, die ihren Abschluss in dem Beschlusse fanden, dass ohne Verzug mit der Sammlung einschlägigen Beobachtungsmaterials begonnen und sodann vom Verein aus an die legislatorischen Instanzen im Sinne des Jolly'schen Antrags — Einfügung von Bestimmungen über verminderte Zurechnungsfähigkeit in das Strafgesetzbuch — gegangen werden soll.

Seitdem sind indess, so hebt der Vortragende hervor, weitere Schritte in der Sache nicht geschehen und eine Sammlung einschlägiger Fälle (wie sie neuerdings Prof. Kirn mitgetheilt hat) würde auch wohl kaum viel nützen, da ja über die Existenz solcher eigentlich nirgends ein Zweifel besteht und nur über ihre Behandlung die Meinungen auseinandergehen. Inzwischen aber macht sich in der Praxis der Mangel einer Bestimmung über verminderte Zurechnungsfähigkeit sehr empfindlich fühlbar und drängt auf Abhilfe.

Da seinerzeit bei den Verhandlungen des Vereins der deutschen Irrenärzte die Aussichtslosigkeit des Strebens nach Einführung der verminderten Zurechnungsfähigkeit in's Strafgesetzbuch im Wesentlichen auf gesetzes-technische Schwierigkeiten und auf die Abneigung der maassgebenden juristischen Kreise zurückgeführt worden war, so lag es für die an der erwähnten forensisch-psychiatrischen Vereinigung theilnehmenden Aerzte nahe, sich einmal mit den Juristen direct zu verständigen und mit ihnen gemeinsam die Angelegenheit in Angriff zu nehmen.

Das ist denn auch nicht ohne Erfolg geschehen. — Die Verständigung über die Grundfrage bot keinerlei Schwierigkeiten. Die Juristen der Vereinigung sprachen in Uebereinstimmung mit den Aerzten ihre Ueberzeugung ausdrücklich dahin aus, dass es Zustände gebe, die nicht als Geisteskrankheit im engeren Sinne angesehen werden können oder bei denen wenigstens die freie Willensbestimmung nicht gänzlich ausgeschlossen ist, die sich aber doch als Abweichungen von der regelmässigen geistigen Beschaffenheit des Menschen darstellen und die deshalb eine besondere Berücksichtigung bei der strafrechtlichen Beurtheilung verdienen. Zugleich erklärten sie, dass es nicht zweckmässig sein würde, die Fälle zu erschöpfen, in denen eine Beeinträchtigung der freien Willensbestimmung anzunehmen sei, und dass es nothwendig sei, dass der ärztliche Sachverständige in jedem Zweifelsfalle gehört werde.

Ebenso gelangte man bald zu einem Einverständniss darüber, dass die im Strafgesetzbuch zugelassenen „mildrenden Umstände“ in der fraglichen Richtung dem Bedürfniss nicht entsprächen, wenn bei der Berathung des

Gesetzes in Aussicht gestellt worden sei, dass bei jedem Verbrechen mildernde Umstände angenommen werden könnten, so sei das nicht geschehen, es seien vielmehr bei einer grossen Anzahl von Verbrechen (z. B. Mord und Mordversuch am Kaiser und Landesherrn, Meineid, den schweren Fällen der Nothzucht, Mord, Todtschlag, gewissen Fällen von Abtreibung, Bebringung von Gift, Brandstiftung, gewissen Beamtenverbrechen und manchen anderen) mildernde Umstände nicht zugelassen, obwohl gerade bei diesen schwersten Verbrechen andauernde Minderwerthigkeit des Thäters oder vorübergehende Beeinträchtigung seiner Willensfreiheit bei Begehung der That erfahrungsgemäss öfters in Frage käme und eine Berücksichtigung erheische, die nach der gegenwärtigen Sachlage nicht erfolgen könne. Ebenso versage aber umgekehrt die Einrichtung der mildernden Umstände bei den leichteren Straftaten, bei denen nach dem Gesetz ihre Annahme ausgeschlossen sei und bei allen den Straftaten, bei denen das Gesetz diese Annahme zwar zulasse, aber ein Mindestmaass der Strafe festsetze, das gegenüber den hier fraglichen Zuständen immer noch zu hart erscheine (Beispiele dafür werden angeführt). Eine Wandlung der gegenwärtigen Bestimmungen erschien als ein Gebot der Gerechtigkeit und als im Interesse der Rechtspflege gelegen.

Zur Frage, ob den Uebelständen dadurch abgeholfen werden solle, dass man mildernde Umstände auch in den Fällen einführe, wo sie noch nicht zugelassen sind, oder dadurch, dass man die geminderte Zurechnungsfähigkeit zu einem allgemeinen Strafmilderungsgrunde erhebe, wurde ebenfalls im Einverständniss mit den Aerzten von juristischer Seite erklärt, dass sie zu Gunsten des letzteren Auswegs zu entscheiden und die Aufnahme von Bestimmungen über dieselbe in das Strafgesetzbuch zu empfehlen sei. Gesetzestechnische wie praktische Gründe sprächen dafür.

Unschwer war auch die Einigung darüber, wie die mildere Beurtheilung der vermindert Zurechnungsfähigen ihren Ausdruck zu finden habe. Die allgemeine Anordnung einer Milderung der Strafe ohne feste Grenze dürfte zurückzuweisen sein; gegen die Anwendung der Strafen für den Versuch einer That, wie sie ursprünglich im ersten Entwurf beabsichtigt war, ist einzuwenden, dass zwischen der zu bestrafenden That eines vermindert Zurechnungsfähigen und einer Versuchshandlung keinerlei Verwandtschaft bestehe. Dagegen lassen sich Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit wohl mit den in § 57 St.-G.-B. behandelten jugendlichen Personen in Analogie stellen und vor allen Dingen sprechen praktische Gründe für die Anwendung der in § 57 enthaltenen Grundsätze, ganz besonders auch deshalb, weil sie einen Anhalt für die Art der Strafverbüssung geben.

Bis dahin deckten sich also im Wesentlichen die juristischen und ärztlichen Anschauungen, nun stellte sich aber eine Differenz heraus. Von ärztlicher Seite hatte man lediglich die Personen im Auge, deren verminderte Zurechnungsfähigkeit ausschliesslich auf einem krankhaften und zugleich mehr oder weniger andauernden Zustande beruht, für die Juristen aber sprechen überwiegende strafrechtliche Gründe dafür, von dem Erfordern der Krankhaftigkeit des Zustandes abzusehen und auch vorübergehende

Zustände den dauernden gleich zu behandeln. Für den gesetzgeberischen Zweck des zu machenden Vorschlags sei wesentlich nicht die Frage, ob ein Zustand ein krankhafter sei, sondern ob er ein solcher sei, dass er die Freiheit und Selbstständigkeit des Willens in einer ausnahmsweise starken Weise beeinträchtige, was insbesondere auch bei starken Affecten, abgesehen von der Trunkenheit, der Fall sein könne, die Dauer des Zustandes aber könne keinen Einfluss auf die strafrechtliche Beurtheilung der That haben, da es für dieselbe nur darauf ankomme, ob er zur Zeit der Begehung der That bestanden und die freie Willensbestimmung beeinträchtigt habe.

Diese rechtliche Anschauung konnte mit Erfolg nicht angefochten werden, aus ihrer Adoption ergaben sich aber einige Schwierigkeiten bezüglich eines weiteren wichtigen Punktes. Vom ärztlichen Gesichtspunkt wäre wenig damit gedient, dass den „vermindert Zurechnungsfähigen“ eine einfache Herabsetzung der Strafe zugebilligt werde, mit einem solchen Verfahren wären unter Umständen sogar positive Nachtheile verbunden, es handelt sich ganz besonders auch darum, dass diesfalls eine Aenderung im Strafvollzug einzutreten habe. Damit befand man sich erfreulicher Weise ganz im Einverständniss mit den Juristen — auch sie hielten entschieden für geboten, dass an den geistig minderwerthigen Verurtheilten, für welche der in unseren Strafanstalten nothwendiger Weise herrschende Geist nicht passe, die Strafe in besonderen ihrem Zustande entsprechenden Anstalten (oder doch besonderen Abtheilungen) vollstreckt werde, in denen neben dem Strafzwecke der Zweck, die Verschlimmerung des geistigen Zustandes zu verhindern und, soweit möglich, die Besserung anzustreben, vorzuuherrschen habe, in denen zu diesem Zweck psychiatrisch gebildeten Aerzten ein dauernder Einfluss auf die Beurtheilung, Behandlung und Erziehung der Insassen gesichert sei, körperliche Züchtigung und Kostentziehung zu unterlassen sei u. s. w. Der Strafvollzug in derartigen besonderen Anstalten kann aber doch nur für Personen gelten, die wegen eines krankhaften Zustandes als „vermindert zurechnungsfähig“ anerkannt worden sind, nicht aber für diejenigen, die etwa wegen heftigen Affects oder einfacher Trunkenheit als vermindert zurechnungsfähig bei der Verurtheilung eine mildere Beurtheilung erfahren haben, diese gehören offenbar in eine gewöhnliche Strafanstalt. Anderseits war aber ein derartiger veränderter Strafvollzug auch für solche Personen in Aussicht zu nehmen, bei denen zwar bei Begehung der That ein Zustand verminderter Zurechnungsfähigkeit nicht zu constatiren gewesen ist, bei denen er aber später z. B. in Form von erheblicher Neurasthenie pp. während der Untersuchung oder nach Antritt der Strafe eingetreten ist.

Die Berücksichtigung aller dieser complicirten Verhältnisse hat dazu gezwungen, den Gesetzungsvorschlag etwas umständlicher zu fassen, als es sonst geschehen und wünschenswerth gewesen wäre, es kam aber noch ein zu beachtendes Moment hinzu. Es giebt bekanntlich eine nicht geringe Anzahl geistig minderwerthiger, degenerirter, dem Alkoholmissbrauch ergebener u. s. w. Personen, die durch häufige Wiederholung bestimmter oder verschiedenartiger Strafthaten immer wieder ihre Bestrafung nöthig machen und ebensowohl der

menschlichen Gesellschaft lästig sind, als sich selbst schädigen. Weder im Interesse des Staates, noch in ihrem eigenen erscheint eine Verkürzung der in geeigneter Anstalt zu verbüssenden Strafzeit für diese Individuen zweckmässig, für sie würde oft gerade die Verlängerung eines ihrem Zustande entsprechenden Anstaltaufenthalts wünschenswerth sein. Der Strafrichter wird indess eine längere Strafe von seinem Standpunkt nicht verfügen können, bloss weil man damit mehr Aussicht gewinnt, die Inculpaten zu bessern bez. die Gesellschaft zu schützen, es empfiehlt sich vielmehr die Unterbringung der oben bezeichneten Individuen eventuell auf unbestimmte Zeit vorzusehen und ist daher vorzuschlagen gewesen, dass in solchen Fällen neben einer Freiheitsstrafe zugleich erkannt werden könne, dass der Verurtheilte nach Verbüssung der erkannten Strafe dem Vormundschaftsgericht (nicht der Verwaltungsbehörde!) zuzuweisen sei, die dadurch die Befugniss erhalten würde, die weitere geeignete Unterbringung desselben anzuordnen. — Endlich schien noch eine besondere Bestimmung für Reichsausländer erforderlich.

Nach alledem werden folgende Bestimmungen als Ergänzung zu § 51 des deutschen Strafgesetzbuchs vorgeschlagen.

#### § 51a.

„Hat sich der Thäter zur Zeit der Begehung der That in einem Zustande befunden, in dem seine freie Willensbestimmung zwar nicht ausgeschlossen, aber erheblich beschränkt war, so sind gegen ihn die Strafvorschriften in § 57 Absatz 1 Ziffer 1 bis 4 anzuwenden.

Besteht dieser Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit zur Zeit des Beginns der Strafvollstreckung noch fort, so ist, wenn nicht alsbaldige Aenderung des Zustandes in Aussicht steht, eine erkannte Freiheitsstrafe in besonderen, zur Vollstreckung von Strafen an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalten oder Räumen zu vollziehen.

Dieselben Vorschriften sind anzuwenden, wenn nach Begehung der That ein zur Zeit des Beginns der Strafvollstreckung noch vorhandener Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit eingetreten ist.

Der Strafvollzug an Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit hat nach besonderen, dem Zustande entsprechenden, insbesondere auf Besserung des Zustandes berechneten Vorschriften zu erfolgen.

Ist der Zustand der verminderten Zurechnungsfähigkeit ein andauernder oder seiner Natur nach wiederkehrender und hat der Thäter durch wiederholte Bestrafungen Anlass zu der Befürchtung gegeben, dass er nach Verbüssung der erkannten Strafe weitere Strafthaten begehen werde, so kann neben einer Freiheitsstrafe zugleich erkannt werden, dass der Verurtheilte nach Verbüssung der erkannten Strafe dem Vormundschaftsgericht zu überweisen sei. Durch die Ueberweisung erhält das Vormundschaftsgericht die Befugniss, ihn so lange in einer besonderen, zur Aufnahme von Personen verminderter Zurechnungsfähigkeit bestimmten Anstalt unterzubringen, als die Befürchtung, dass er wieder Strafthaten begehen werde, fortbesteht. Gegen Ausländer kann statt

der Ueberweisung an das Vormundschaftsgericht auf Ueberweisung an die Landespolizeibehörde erkannt werden. Diese erhält dadurch die Befugniss, die Verweisung aus dem Bundesgebiet zu verfügen“.

(Autoreferat.)

### Discussion.

Herr Pick (Prag) glaubt, dass erst nach genauerem Studium der Thesen eine fruchtbare Discussion möglich sei. Für einen bedeutsamen Fortschritt hält er die Mitarbeit der Juristen und spricht den Wunsch aus, dass auch in anderen Bundesstaaten juristische Kreise für die Frage interessirt würden. Zweckmässig erscheint es ihm, die Thesen der nächsten Versammlung Deutscher Irrenärzte vorzulegen.

Herr Moeli wünscht nicht grundsätzlich Einspruch zu erheben, aber für den, der nicht an der Vorbereitung der vorgetragenen Sätze Theil genommen hat, müssen sich gewisse Zweifel erheben, deren Beseitigung vielleicht im Interesse der weiteren Behandlung des Gegenstandes liegt. Zunächst müssen die Bedenken gegen die Competenz des Arztes zur Beantwortung der Frage nach der freien Willensbestimmung beseitigt werden, — wenn nicht, wer bestimmt den Zustand der gar nicht z. Z. des Urtheils, sondern erst im Verlaufe der Strafvollstreckung hervortritt?

Wäre es nicht einfacher die Art und den Grad der Krankheitserscheinungen und deren Beinflussung durch Haft etc. festzustellen?

Viel wichtiger aber erscheint die Frage nach den vorgeschlagenen „Anstalten“. Dies ist der wesentliche Punkt. Denn gerade die Kranken, welche nach Meinung Mancher nicht „eigentlich“ krank und vermindert schuldig betrachtet, daher anders bestraft werden sollen, erfordern die allergrösste Vorsicht, die sachverständigste Führung bei ihrer Behandlung. Menschen mit abnormen Affectbewegungen, Degenerirte, Hysterische sollen in Strafanstalten — soweit ersichtlich verbesserte — aber immerhin in Strafanstalten kommen. Ist nun vielleicht auch zwischen einer Straf- und Behandlungsanstalt theoretisch eine Berührung zu construiren, in praxi liegt zwischen den Einrichtungen der Disciplinirung einer Strafanstalt, welche bestimmte Neigungen durch gewaltsame Eindrücke beseitigen soll und der psychiatrischen Behandlung, die beruhigen, kräftigen, eben alle Hilfsmittel auf körperlichem und geistigem Gebiete herbeiziehen muss, eine grosse Kluft.

Auch die Unterbringung in (Straf-!) Anstalten auf unbestimmte Zeit wird einer genauen Erläuterung bedürfen. Es handelt sich doch um kranke Personen und gerade die Ausführungen über Leute mit „excessiven Affecten“ als Zeichen verminderter Zurechnungsfähigkeit zeigen die Schwierigkeit der Abgrenzung und die Gefahren, welche aus Formulirungen nachher bei der Anwendung entstehen können. Excessiven äusseren Umständen muss das Gesetz auf anderem Wege Rechnung tragen, folgt der Excess aus unverschuldeten Beschaffenheit des Thäters, so sollte Fürsorge, aber nicht „Verbüßung“ eintreten.

Dass bei einem solchen Verfahren die einzelne Person und das öffentliche

Interesse besser weggäme, scheint M. nach den bisherigen Darlegungen noch nicht erwiesen.

Es wird also, wenn ein Fortschritt von den angestrebten Neuerungen erwartet werden soll, hauptsächlich zu bestimmen sein, welcher Charakter den „Anstalten“ zukommt. M. will es nach Allem, was er über diese Frage erfahren hat, scheinen, dass mehr „Behandlung“ und weniger „Strafe“ dazu gehört, als hier in Aussicht genommen ist. (Autoreferat).

Herr Ganser weist darauf hin, dass der vorliegende Entwurf freudig zu begrüßen sei, da er den ersten Versuch zur praktischen Lösung einer Frage darstelle, die bisher nur theoretisch erörtert worden sei.

Herr Hitzig schliesst sich im Wesentlichen den Ausführungen von Pick und Moeli an.

Herr Weber führt in seinem Schlusswort aus, dass die Anstalten den Charakter von Erziehungshäusern für krankhafte Individuen haben sollen, bei deren Leitung dem Psychiater eine wesentliche Rolle zufallen würde.

2. Herr Windscheid (Leipzig): „Ueber das Vorkommen und die Bedeutung der sogenannten Ovarie.“

W. bespricht zunächst die grundlegenden Angaben von Charcot über den Entstehungsort und die Entstehung der Ovarie. Im Gegensatz zu ihm versteht man jetzt unter Ovarie nur noch die objectiv hervorzuufende nervöse Exaltationserscheinung, nicht mehr die subjectiven in das Ovarium localisierten Schmerzen, welche jetzt den rein gynäkologischen Begriff der Ovarialneuralgie bilden. Unter Bezugnahme auf den Namen der Ovarie kommt er zu dem Resultate, dass das Ovarium in den meisten Fällen von Ovarie nicht als die Ursache der Erscheinung anzusehen ist, dass es aber Fälle gebe, bei denen ein Druck auf das abnorm empfindliche Ovarium die nervösen Störungen bedeutend verstärkt. Die Ovarie ist aber auch von anderen Punkten sowohl des Abdomens als auch des übrigen Körpers auslösbar, insbesondere macht W. auf das Steissbein in dieser Beziehung aufmerksam. Die verschiedenen bisher aufgestellten Theorien über die Entstehung der Ovarie werden einer Kritik unterzogen. W. glaubt, dass die Ovarie nur durch die Reizung einer hysterogenen Zone entstehe und daher in die Hautnerven zu verlegen sei, welche auf einer Unterlage comprimirt werden. Auf die Art dieser Unterlage kommt es gar nicht weiter an, ausgenommen das in manchen Fällen druckempfindliche Ovarium.

Die Bedeutung der Ovarie darf nicht darin gesucht werden, dass man in ihr einfach ein hysterisches Symptom erkennt und aus ihr die Diagnose der Hysterie macht. Es giebt sehr viel schwere Hysterien ohne Ovarie und die Ovarie findet sich auch bei anderen nervösen — ja sogar nicht nervösen Erkrankungen. Die Ovarie stellt bei der Hysterie immer nur ein Unterstützungsmitel zur Diagnose dar. Besonders ist dem Vortragenden eine Symptomatrias aufgefallen, welche zur Diagnose der Hysterie verwendbar ist: Aufhebung der Conjunctival-, Steigerung der Patellarreflexe und Ovarie.

Die Bedeutung dieses Symptomcomplexes liegt besonders darin, dass bei seiner Anwesenheit unbestimmte Klagen der Patienten besonders über subjective Empfindungen als sicher hysterische bezeichnet werden dürfen. Seine Prüfung und damit der Nachweis der Hysterie ist besonders da wichtig, wo es sich darum handelt, rasch die Diagnose zu stellen, z. B. bei Unfallsuntersuchungen auf dem Schiedsgericht, wo andere Methoden wie Gesichtsfeldbestimmungen, Prüfungen der Sensibilität zeitraubend und auch bei einer einmaligen Vor-nahme nicht ganz einwandsfrei sind.

Daneben findet sich aber auch Ovarie bei anderen Krankheiten. Herr Dr. Teichmüller, Assistent an der kgl. medicinischen Universitäts-Poli-klinik hat auf Bitte des Vortragenden an einem allgemeinen Materiale das Vor-handensein von Ovarien geprüft und dabei gefunden, dass wenn es auch in der Hauptsache Hysterien und Neurasthenien waren, bei denen dies Symptom vorkam, doch auch bei Lungen-, Herz-, Magen-, Darmkranken sich eine Ovarie fand, abgesehen von anderen Nervenerkrankungen wie z. B. bei der Tabes. Da man aus der Ovarie aber einen Schluss auf das Vorhandensein einer ge-steigerten Erregung des Nervensystems ziehen darf, so muss man bei diesen Kranken annehmen, dass es sich entweder um eine Combination der Grund-krankheit mit Nervosität handelt oder dass die Ovarie hier gewissermassen eine prognostische Bedeutung hat: sie zeigt ein labiles Nervensystem an, welches dann durch Hinzutreten irgend einer Ursache die Neurasthenie oder Hysterie entstehen lässt.

W. geht dann noch genauer auf die Diagnose der Ovarie ein und warnt davor jeden Druckschmerz im Unterbauch als Ovarie zu bezeichnen. Organische Veränderungen an Darm, Bauchfell, Ovarium u. s. w. sind strengstens auszuschliessen. Seiner Erfahrung nach ist das weibliche Geschlecht im Gegensatze zu den Beobachtungen Teichmüller's im Uebergewicht, ferner findet man Ovarie oft am schönsten bei Kindern. (Autoreferat.)

[Der Vortrag wird an anderem Orte ausführlich veröffentlicht werden.]

#### Discussion.

Herr Oppenheim vermisst die Berücksichtigung des psychogenen Mo-mentes bei der Erklärung der Ovarie und wendet sich gegen die Aufstellung seiner Symptomen-Trias, da das Verhalten des Conjunctival-Reflexes bei Ge-sunden und Nervösen ein ungemein schwankendes sei und auch die Steige- rung des Kniephänomens als ein specifisch hysterisches Symptom nicht be-trachtet werden könne.

Herr Ziehen fand die leichten Grade der Erscheinung (einfache Druck-empfindlichkeit) bei zahlreichen Geisteskranken, die schweren Grade hält er für eine Form des hysterischen Anfalls.

Herr Möbius hält die Diagnose Hysterie nur auf Grund des Gesammt-bildes, nicht vereinzelter Symptome für zulässig, letztere finden sich nach seiner Erfahrung sehr häufig bei Gesunden.

Herr Windscheid erklärt in seinem Schlusswort, dass er glaube, den

psychogenen Ursprung des Symptomencomplexes der Ovarie genügend betont zu haben und erklärt weiterhin, dass er durchaus nicht auf Grund der Symptomen-Trias allein die Diagnose Hysterie für gesichert halte.

3. Herr O. Vogt-Berlin: *Zur Psychogenese hysterischer Erscheinungen.*

In sehr beschränkten Krankheitsfällen kann die Selbstbeobachtung im Zustand des suggestiv erzielten systematischen partiellen Wachseins die intellectuellen Substrate aller derjenigen hysterischen Phänomene aufdecken, welche Gefühlserscheinungen oder Suggestivwirkungen darstellen. Eine in dieser Weise vorgenommene Analyse zahlreicher hysterischer Erscheinungen hat stets eine psychische Aetiologie aufgedeckt.

Dabei handelte es sich in dem einen Falle um reine Gefühlswirkungen. Es ging dem hysterischen Symptom keine Vorstellung von seinem Auftreten voran. Entweder das intellectuelle Substrat des pathogenen Gefühls, dieses selbst oder seine secundären Innervationsänderungen bildeten den Inhalt des hysterischen Phänomens. Die pathogenen Gefühlstöne waren theils an reale Erlebnisse, theils an Producte der Phantasie geknüpft. Niemals schuf ein einziges Erlebniss ein hysterisches Symptom, sondern vorhergegangene affectbetonte Erlebnisse hatten bereits eine Disposition geschaffen. Alle Beobachtungen wiesen darauf hin, dass bei Hysterischen die Tendenz zur associativen Erregung gefühlsstarker Erinnerungen besteht, eine Tendenz, die auf besondere gefühlsstarke Erlebnisse und weiterhin auf eine pathologisch gesteigerte gemüthliche Erregbarkeit zurückzuführen ist.

In den andern Fällen ging dem hysterischen Phänomen die Vorstellung von seinem Auftreten voran. Zuweilen geschah dieses nur als Erinnerung an frühere pathologische Phänomene, ohne die Idee von deren eventueller Wiederkehr. Dann kamen einzelne pathologisch starke Willensleistungen vor. Meist aber handelte es sich um Suggestionen. Das Moment, das diese verschiedenen Vorstellungen pathologischer Erscheinungen auslösen liess, war ihre starke Gefühlsbetonung, die hinwiederum wesentlich auf associative Elemente und damit — wie in der ersten Gruppe — schliesslich auf eine pathologische gemüthliche Erregbarkeit zurückzuführen war.

Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht.

(Autoreferat.)

4. Herr Oppenheim-Berlin: *Nervenkrankheit und Lectüre.*

Der Vortragende bespricht die den Nervösen und nervös Veranlagten aus der Lectüre drohenden Gesundheitsgefahren unter Hinweis auf die Behandlung des Pathologischen und die Darstellung von Krankheitszuständen in der modernen Zeitungs-, Roman- und Bühnenliteratur. Er spricht sich aus demselben Grunde gegen die ausführliche Berichterstattung über die ärztlichen Congressverhandlungen und dergl. in der Tagespresse aus. Als besonders schädlich für einen grossen Theil des nervösen Publikums bezeichnet er die immer üppiger wuchernde Sexualliteratur. Schliesslich macht er den Ver-

such, diejenigen Schriftwerke zu kennzeichnen, die vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu empfehlen seien, bekennt aber, dass sich in dieser Hinsicht allgemeingiltige Grundsätze nicht aufstellen lassen. Er hält es für nothwendig, dass diesem wichtigen Zweige der Diätetik künftig grössere Beachtung geschenkt wird. — Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.

(Autoreferat.)

5. Herr Möbius-Leipzig: Ueber die Operation bei Morbus Basedowii.

M. H.! Gestatten Sie mir zunächst, über eine neue Beobachtung von Operation von M. B., die mir nach einigen Hinsichten bemerkenswerth zu sein scheint, zu berichten.

Die 48jährige Kranke kam im vergangenen Winter zu mir. Sie gab an, seit etwa 1892 an Nervosität, Zittern, Herzklöpfen zu leiden; die Anschwellung des Halses habe sie erst vor 1 Jahre bemerkt; sie sei früher als Herzkranke behandelt worden und in den letzten Monaten habe sie eine Thyreoidin-Kar durchgemacht, während deren ihr Zustand sich rasch verschlechtert habe. Ich fand grosse Abmagerung, sehr feuchte Haut, starkes Zittern der Glieder, einen Puls von 120—130 ohne Vergrösserung des Herzens, Vergrösserung beider Lappen der Schilddrüse, Weite der Lidspalten mit ganz geringem Exophthalmus. Ich behandelte die Kranke mit Bromkalium und Galvanisation. Anfänglich trat eine deutliche Besserung ein (Aufhören der Schilddrüsen-Behandlung). Dann aber wandte sich die Sache wieder zum Uebeln, die Kranke wurde immer magerer, aufgeregter, schlafloser, und im April trat ein neues Symptom auf, das die Kranke sehr erschreckte, mir ganz überraschend war. Es zeigte sich nämlich eine Art von Paraphasie, die Kranke gebrauchte Wörter, die sie nicht aussprechen wollte; während sie das richtige dachte, kam ihr ein falsches Wort auf die Zunge und dieses sprach sie zu ihrer eigenen Ueberraschung aus. Sie sagte z. B. statt „Mutter“ Luftballon, statt „Stettin“ morgen u. dgl. mehr. Die Störung trat nur zeitweise auf und immer blieb das Urtheil ungetrübt. Auch war keine Paragraphie vorhanden. Von einer geistigen Störung war keine Rede, die Kranke war zwar sehr reizbar, muthlos und zu düsterer Auffassung geneigt, aber vollkommen klar. Unter diesen Umständen hielt ich mich für berechtigt, zur Operation zu raten. Die Kranke willigte ein, obwohl ich ihr die Gefahr nicht verhehlte, und am 18. April entfernte Herr Coll. Kölliker die rechte Hälfte der Struma. Die Operation wurde durch das Bluten vieler kleinen Gefäße verzögert. Die Durchtrennung der Struma wurde mit dem Thermokauter ausgeführt. Die Struma hatte den Charakter eines Adenoms. In den Tagen nach der Operation zeigten sich durchaus keine übeln Erscheinungen, weder Fieber noch sonst etwas. Der Puls schien ein wenig ruhiger zu sein, etwa durchschnittlich 110 gegen vorher durchschnittlich 120; auffallend war mir die grössere Trockenheit der Haut. In den folgenden Wochen war die Besserung unverkennbar. Die Kranke ass gut, schlief besser, das Zittern wurde viel geringer, die Pulszahl sank auf 80. Leider kam es nach etwa 4 Wochen zu einer hef-

tigen Gemüthsbewegung. Sofort war das Zittern wieder stark, der Puls schlug mehr als 100 mal, der Schlaf wurde schlecht. Auch im Weiteren fehlte es nicht an allerhand Aufregungen, die mit der offenbar von vornherein vorhandenen nervösen Art der Kranken zusammenhingen, und dadurch wurden immer neue Rückfälle gegeben. Trotzdem war im Grossen und Ganzen die Besserung nicht zu erkennen. Der Appetit hielt sich gut, die Kranke hat seit der Operation 20 Pfund gewonnen, ihr Aussehen ist ganz anders geworden, ihre Leistungsfähigkeit ist beträchtlich gewachsen. Dabei bestehen freilich die Zeichen des M. B. noch, der Puls ist immer beschleunigt, steigt leicht auf 120, Herzklagen kehrt nach jeder Anstrengung wieder, das Zittern ist nicht verschwunden. Merkwürdig war das Verhalten des Struma-Restes. Von Atrophie ist gar keine Rede, vielmehr schwoll die Drüse unter Spannungsgefühlen von Zeit zu Zeit prall an, so dass man sieht, es wird darin gearbeitet.

Erstens möchte ich auf die eigenhümliche Paraphasie aufmerksam machen. Sodann aber darauf, dass hier die Operation, obwohl sie im Ganzen nur eine mässige Besserung bewirkt hat, doch zweifellos den Wendepunkt der Krankheit darstellt. Am deutlichsten zeigt dies das Körpergewicht; bis zu ihr fort dauernde Abnahme, von ihr an ununterbrochene Zunahme. Dass noch nicht mehr erreicht worden ist, das liegt vielleicht zum Theil an der Eigenart der Patientin. Es wäre aber auch möglich, dass hier gerade der zurückgelassene linke Lappen der Schilddrüse den eigentlichen Herd der Krankheit darstellte. Es hat mir immer den Eindruck gemacht, als ob die Basedow-Veränderung in der Drüse örtlich beschränkt sein könnte. Wäre das der Fall, so käme viel darauf an, dass man bei der Operation den richtigen Lappen erwischte.

Dass im Allgemeinen die Operation die erfolgreichste Therapie der Basedow'schen Krankheit ist, das kann jetzt nicht mehr bezweifelt werden. Die neuesten Angaben röhren von Sorgo her. Seine Statistik erstreckt sich über 174 in den Jahren 1884—96 mitgetheilte Fälle. In 2 Fällen ist der Ausgang nicht bekannt. Von den übrigen 172 Kranken wurden 27 (= 15,2 pCt.) bedeutend gebessert, 62 (= 36,0 pCt.) deutlich gehoben, also 89 (= 51,2 pCt.) Besserungen. Geheilt wurden 48 (= 27,9 pCt.). Nicht gebessert oder schlimmer wurden 11 (= 6,4 pCt.) und 24 (= 13,9 pCt.) starben bald nach der Operation. Bemerkenswerth ist, dass bei gesonderter Berechnung der Fälle von sog. primärem M. B. und der von secundärem M. B. nicht wesentlich verschiedene Zahlen herauskommen.

Suche ich in aller Kürze das zusammen zu fassen, was man für und wider die Operation bei M. B. sagen kann, so finde ich 3 Gründe für und 1 Grund wider. Jene sind:

1. Die Unzulänglichkeit der medicinischen Behandlung,
2. die Langwierigkeit der Krankheit,
3. die Gefahren der Krankheit,

dieser bezieht sich:

4. auf die Gefahren der Operation.

ad 1. Jemehr ich Basedow-Kranke sehe, je länger ich mich mit ihrer Behandlung beschäftige, um so mehr überzeuge ich mich von der Unzulänglichkeit der gewöhnlichen Therapie. Eigentlich leuchtet diese a priori ein, denn ist der M. B. eine Vergiftung, wie sollen da unsere Mittel helfen, da wir doch kein Gegengift kennen. Es ist freilich möglich, dass ein solches gefunden werde, aber mit Möglichkeiten können wir nicht curiren. Nur nebenbei möchte ieh nochmals die Ueberzeugung aussprechen, dass die Stoffe, die sozusagen bei Schilddrüsenkrankheiten Specifica sind, d. h. die Schilddrüsenpräparate und die Jodpräparate, bei M. B. geradezu schädlich sind. Immer wieder werden Beobachtungen veröffentlicht, nach denen diese Stoffe bei M. B. scheinbar genutzt oder wenigstens nicht geschadet haben. Ich will das Thatsächliche nicht bezweifeln, aber es giebt da verschiedene Möglichkeiten. Man muss bei M. B. immer unterscheiden zwischen der activen Krankheit und den Zeiten der Ruhe. Manches wird während der letzteren leidlich ertragen oder ist, wenn es während einer natürlichen Besserung angewandt wird, scheinbar nützlich, was auf die active Krankheit ganz anders wirkt. Auch reagiren zweifellos die einzelnen Kranken verschieden, manche können einen Puff vertragen, manche nicht. Die Regel aber ist bei alledem, dass Thyreoidin und Jod die Krankheit verschlimmern. Man läuft bei ihrer Anwendung Gefahr, dem Kranken einen ernstlichen Schaden zuzufügen, sie ist daher m. E. als Kunstfehler zu betrachten. Im Uebrigen scheinen mir unsere Mittel nicht ganz nutzlos zu sein, aber ihre Wirkung ist recht beschränkt und unsicher. In dem einen Falle scheint es etwas zu helfen, im nächsten lässt es Einen ganz im Stiche. In allen Fällen nützlich finde ich nur die Bromsalze, wie ich schon früher gesagt habe. Sie nützen natürlich nur indirect oder symptomatisch und weit reicht ihre Wirkung, abgesehen von leichten Fällen, nicht. Alle anderen Medicamente, einschliesslich des Natrium phosphoricum, halte ich für ganz zweifelhaft. Dass die Thymus nichts hilft, das ist nun auch ziemlich sicher. Eine verständige Wasserbehandlung thut oft gut, aber nicht selten schlägt sie fehl und auch im günstigsten Falle werden die Kranken schliesslich doch nur wenig besser. Ob die elektrische Behandlung bei M. B. nicht nur als Medium suggestionis wirke, das habe ich früher dahingestellt sein lassen. Jetzt glaube ich mich davon überzeugt zu haben, dass es sich auch hier um nichts als um Suggestion handelt. Dabei ist natürlich von den Fällen abzusehen, in denen die elektrische Behandlung mit einer natürlichen Besserung zusammentrifft. Was von der Elektrotherapie gilt, das gilt auch von der Klimatherapie und von den anderen Methoden, die etwa noch in Betracht kommen. Im Allgemeinen kann man etwa sagen: Alles was im Stande ist, den Patienten zu kräftigen und ihn sozusagen im Kampfe gegen die Krankheit zu unterstützen, das wirkt als Heilmittel, sei es die Regelung der Wärmeverhältnisse, oder reichliche Ernährung, sei es medicamentöse oder seelische Beruhigung, aber alle Heilmittel wirken nur in engen Grenzen und versagen oft.

ad 2. Sicher ist nur in der Minderzahl der Fälle die Basedow'sche Krankheit bösartig, derart, dass sie auf die Zerstörung von Organen oder auf den Tod zielt. Gewöhnlich besteht eine Neigung zum Besseren und mit der

Zeit kommt es zu einer mehr oder weniger vollständigen Heilung. Aber mit viel Zeit. Fast immer gehen Jahre darüber hin. Auf Besserungen folgen Verschlimmerungen und oft verfliesst unter solchen Schwankungen eine ganze Reihe von Jahren. Kranksein ist immer Unglück und je länger die Krankheit dauert, um so grösser ist das Unglück. Am meisten empfinden das die, die arbeiten müssen um zu leben. Da die meisten Basedow-Kranken Weiber sind, kommt hier die Einbusse an Arbeitsfähigkeit nicht so zur Geltung wie es bei Männern der Fall wäre, indessen müssen doch auch viele Mädchen und Frauen sich selbst ernähren, leidet doch die Familie, wenn die Hausfrau mehr oder weniger arbeitsunfähig ist. Es wäre deshalb gerade bei dem M. B. erwünscht, dass es irgend ein Mittel gäbe, die Krankheit abzukürzen, wenn nicht Heilung, so doch Arbeitsfähigkeit zu erreichen.

ad 3. Die Gefahren, die der M. B. mit sich führt, sind mannigfach. Zwar sind, wie ich schon sagte, die meisten Fälle gutartig, aber wer kann im einzelnen Falle sagen, ob nicht gerade hier eine Wendung zum Schlimmeren eintreten werde, ob nicht unter vielen gerade dieser Patient bedroht sei? Man kann zuwarten, aber man ist nicht sicher, ob nicht eine Zeit kommt, wenn es zu spät ist. Die Hauptgefahr ist die Schädigung des Herzens. Der Grad dieser Schädigung ist nicht immer leicht zu erkennen, so dass man sagen könnte, von jetzt an wird die Sache gefährlich. Wie bei anderen Herzkrankungen, hält auch hier manches Herz unglaublich viel aus, manches aber steht unerwartet still. Eine meiner Kranken, die seit Jahren an einem mässigen M. B. litt und bei der meine Behandlung auch zu einer gewissen Besserung geführt zu haben schien, wollte an einem Sonntag Morgen in die Kirche gehen. Ein ihr entgegen kommender Mann bekommt einen Blutsturz, sinkt neben ihr nieder, sie aber erschrickt und fällt tot um. Diese Geschichte erzählte ich Strümpell, als wir in diesem Frühjahr in Baden-Baden waren. Am anderen Morgen zeigte er mir ein Telegramm, wonach in seiner Klinik eine Basedow-Kranke, ein anscheinend kräftiges 18jähriges Mädchen, früh tot im Bette gefunden worden war. — Ausser der Herzlähmung kommen in Betracht Erkrankungen der Augen, des Gehirns und Anderes. Die unter entsetzlichen Schmerzen eintretende Vereiterung der Augen habe ich nie gesehen, aber obgleich sie selten ist, kommt sie doch immer wieder vor und hat sie einmal begonnen, so ist sie offenbar auf keine Weise aufzuhalten, endet mit dem Verluste beider Augen. Durch Dinkler haben wir neuerdings die Entartung des Gehirns bei M. B. zu sehen bekommen. Dass nicht allzu selten krankhafte Veränderungen der Gehirnrinde eintreten, das konnte man aus den Symptomen erschliessen, denn es ist eine ganze Reihe von Fällen bekannt, in denen es zu hallucinatorischer Verworrenheit gekommen ist und in denen unter dem Bilde des Delirium acutum der Tod eingetreten ist. Auf eine örtliche Gehirnveränderung deutet auch die von mir beobachtete Paraphasie. Weiter ist bekannt, dass die Basedow-Durchfälle zur Erschöpfung und zum Tode führen können, dass Gangrän beobachtet worden ist. Askanazy, ein Schüler Lichtheim's, hat letzthin gezeigt, wie stark die willkürliche Muskulatur bei M. B. verändert

wird; es ist nicht sicher, ob diese Veränderungen, wenn sie einen gewissen Grad erreicht haben, einer vollständigen Rückbildung fähig sind.

ad 4. Allen Erwägungen, die zur Operation drängen, steht ein sehr gewichtiger Grund entgegen, die Thatsache, dass die Operation relativ oft den Tod bewirkt. Die Angaben der verschiedenen Statistiken lauten verschieden, man hat bald 15 p.Ct. Todesfälle, bald weniger berechnet, es kommt auf eine bestimmte Zahl nicht an. Die Todesfälle bilden, abgesehen von seltenen Vorkommnissen, offenbar zwei Gruppen. In der einen sterben die Kranken durch die Herzlähmung, die Operation bildet nur die Gelegenheitsursache, den Stoss, der ebenso zum Herzstillstande führen kann, wie etwa ein Schreck oder etwas anderes. Gewöhnlich aber handelt es sich um eine acute Vergiftung, das ist der eigentliche operative Basedow-Tod. Ohne jede Sepsis entsteht am 1. oder 2. Tage starkes Fieber, die Herzthätigkeit wird stürmisch, tumultuarisch, Verwirrung, Prostration können eintreten. Der Patient stirbt oder erholt sich nach mehreren Tagen. Diese Erscheinungen sind nicht gut anders zu deuten, als durch eine Ueberschwemmung des Körpers mit dem Saft der kranken Schilddrüse, eine Erklärung, die jetzt mehr und mehr anerkannt wird.

Die Frage wäre nun die, sind wir im Stande, die Gefahren der Operation zu vermindern? Gegen die Gefahr der Herzlähmung giebt es nur den Ausweg, zu operiren, so lange das Herz noch widerstandsfähig ist. Jedoch haben wir kein Mittel, die Widerstandsfähigkeit des Herzens zuverlässig zu bestimmen. Im Allgemeinen wird sie um so grösser sein, je jünger die Krankheit ist. Andererseits pflegt eben erst durch die lange Dauer der Krankheit und durch die Anzeichen ernsthafter Schädigung des Körpers die Indication zur Operation gegeben zu werden. Wir scheinen uns da in einer Art von Zirkel zu befinden: entweder sind die Kranken zur Operation noch nicht krank genug, oder sie sind schon zu krank. So schlimm ist in Wirklichkeit die Sache gewöhnlich nicht. Meist ist ein annähernd sicheres Urtheil über das Herz möglich und die Sache steht dann so, dass bei schlechtem Zustande des Herzens eine Operation entweder contraindiciert oder so sehr indicirt ist, dass die Herzgefahr in den Kauf genommen werden muss. Vielleicht kommt auch auf die Narkotisirung etwas an. Die Einen warnen vor dem Chloroform, die Andern vor dem Aether. Kocher legt neuerdings der Cocainisirung grossen Werth bei und es könnte sein, dass durch Vermeidung der allgemeinen Narkose sich mancher Todesfall vermeiden liesse.

Häufiger als die Herzgefahr scheint die acute Basedow-Vergiftung zu drohen und gegen sie ist vielleicht eher ein Schutz möglich. Mir scheint, am wichtigsten wäre das, dass der Operateur alles thäte, um das Eindringen grösserer Mengen von Schilddrüsensaft in den Kreislauf zu verhindern. Es muss also jede Misshandlung der Drüse vor oder bei der Operation nach Kräften vermieden werden. Man hat schon nach starkem Reiben, Bürsten des Halses die Zeichen des acuten Basedowismus beobachtet. Bei schwierigen Operationen ist es freilich leichter gesagt, man solle die Drüse nicht drücken und zerrn, als gethan. Vielleicht ist die Hauptursache die, dass die Drüse nicht angeschnitten wird, dass man die Trennung mit dem Thermokauter vor-

nimmt. Kölliker verfuhr auf meine Bitte hin so und wirklich zeigte sich in unserem Falle kein Symptom der Vergiftung. Ich bin jetzt nicht im Stande, noch einmal die ganze Literatur durchzugehen, um zu prüfen, wie sich die Sache in allen Fällen verhalten hat, soviel ich mich jedoch erinnere, ist in den ungünstig ausgegangenen Fällen die Durchbrennung der Drüse nicht vorgenommen worden. Gelänge es, durch Vorsicht und durch Anwendung des Cauterium der Gefahr des acuten Basedowismus zu entgehen, so wäre schon viel gewonnen.

So wie die Dinge jetzt liegen, wird meines Erachtens der Arzt am besten thun, wenn er dem nach seiner Meinung zur Operation geeigneten Patienten offen sagt, die Operation bringe wahrscheinlich verhältnissmässig rasch Besserung, sei aber nicht ungefährlich, und dann dem Patienten die Entscheidung überlässt. Auf jeden Fall ist es nicht richtig, prinzipiell die Kropfoperation bei M. B. abzulehnen. Auch der Ausweg, den z. B. Poncet einschlägt, bei primärem M. B. den Kropf nicht anzuröhren, bei secundärem M. B. aber es zu thun, dient zu nichts, da nach Sorgo's Statistik die Gefahr bei secundärem M. B. ungefähr dieselbe ist. In früheren Zeiten war nahezu jede Operation so gefährlich oder gefährlicher, als jetzt die Strumektomie bei M. B. und doch liessen sich die Leute operiren. Nicht Wenige ziehen die Gefahr dem Siechthume vor.

Bisher habe ich immer die Kropfoperation im Auge gehabt, genauer die Entfernung eines Lappens der Drüse, da doch die anderen Kropfoperationen nicht gross in Betracht kommen. Neuerdings hat in Frankreich die Sympathicus-Resection viel von sich reden gemacht. Von vornherein ist es ja höchst unwahrscheinlich, dass diese Operation die Struma-Resection ersetzen könne. Jedoch sind die Autoren sehr zuversichtlich. Man wird also abwarten müssen, was aus der Sache wird. Auf jeden Fall ist es mit der anfänglich behaupteten Gefahrlosigkeit nichts, da schon einige Kranke dabei gestorben sind.

(Autoreferat.)

#### Discussion.

Herr Oppenheim fragt an, ob nicht die Sympathic.-Resection neuerdings auch in Frankreich wieder verworfen sei.

Herr Mossdorf hält auf Grund seiner Erfahrungen eine directe Beeinflussung der Drüsensubstanz durch Elektricität für möglich, er möchte daher die Indication zur Operation vorsichtig stellen.

Herr Rehm berichtet über einen Fall, bei dem nach linksseitiger Operation der Exophthalmus auf derselben Seite zurückging.

Herr Ziehen empfiehlt in gewissen Fällen mit schwacher Herzthätigkeit die zweizeitige Operation ohne tiefe Narkose.

Herr Matthes hält die Operation für geboten, wenn die Kranken gezwungen sind, schwer zu arbeiten; er warnt vor derselben im Stadium der starken Abmagerung, und räth, in solchen Fällen eine Mastkur vorausgehen zu lassen.

Herr Hitzig hebt hervor, dass ein abschliessendes Urtheil über die Sympathicus-Exstirpation noch nicht möglich sei.

Herr Möbius betont, dass namhafte französische Autoren die Sympathicus-Exstirpation vertreten; den Vorschlag von Matthes hält er im Allgemeinen für beherzigenswerth, nur scheine es ihm in Fällen dringender Lebensgefahr nicht ausführbar, der Operation eine Masteur vorausgehen zu lassen.

## II. Sitzung, Nachmittags 1 Uhr.

6. Herr Gebhardt-Jena demonstriert ein Mikroskop, speciell zur Untersuchung und Projection sehr ausgedehnter Präparate, z. B. Gehirnschnitte, welches in mehreren wesentlichen Punkten von den gebräuchlichen Modellen abweicht. Diese Abweichungen betreffen sämmtlich den Oberbau des Mikroskops, während Fuss und Abbe'scher Beleuchtungsapparat dieselben sind wie bei allen grösseren Modellen der optischen Werkstätte von Carl Zeiss, der auch das demonstrierte Instrument entstammt. Das Auffälligste an diesem ist der 25×25 Ctm. grosse Objecttisch, der sich ausser für sehr ausgedehnte Präparate auch noch für physiologische Versuche unter dem Mikroskop als sehr geeignet erweisen dürfte. Derselbe ist am freien vorderen Rande kreisbogenförmig ausgeschnitten, um auch bei senkrechter Stellung des Mikroskops das Licht bequem zum Spiegel des Beleuchtungsapparates gelangen zu lassen. Die 7 Ctm. grosse centrale Tischöffnung lässt sich durch ringförmige Einlagen beliebig verkleinern. Die Versuche einer so weit getriebenen Vergrösserung des Objecttisches scheiterten bisher immer an der auf dem Continent üblichen Anordnung, die Mikrometerbewegung mit einem langen wagerechten Arm, an dessen freiem Ende der Tubus mit der groben Einstellung sich befindet, stark seitlich zu belasten. Bei einer Verlängerung dieses Armes über ein gewisses Maass hinaus zwecks Erzielung einer weiten Ausladung für extragrosse Präparate gehörte ein tadelloses Functioniren der Mikrometerbewegung bis jetzt zur Unmöglichkeit. Ferner vermisst man an den bisherigen Mikroskopmodellen eine bequeme und in ihrem Gebrauch für das Stativ ungefährliche Handhabe für den Transport. Beiden Uebelständen wird hier dadurch abgeholfen, dass Mikrometerbewegung und grober Trieb beide an das freie Ende eines völlig starren und unbeweglichen Trägerarms verlegt sind, der somit beliebig lang gewählt werden konnte und der gleichzeitig eine bequeme Handhabe an geeigneter Stelle enthält. Während die Construction des groben Triebes mit schrägen Zähnen im Wesentlichen die alte blieb, kam hier eine ganz neue Mikrometerbewegung zur Anwendung. Die alte Feinstellung war für feinste Structurdetails bisweilen noch zu grob, für Uebersichtsbilder oft zu langsam. Die neue Bewegung erreicht durch Verwendung eines Schneckengetriebes bei leichtestem Gang die Möglichkeit minimal dosirbarer Verstellungen. Durch Ersatz des gebräuchlichen geändelten Triebknopfes durch geriffelte wagerecht liegende Walzen, die sich leicht und schnell zwischen den Fingern rotiren lassen, kann man dabei trotzdem rasch auch gröbere Einstellungsvariationen bewirken, so dass es nicht nöthig war, drei Einstellungsmöglichkeiten von verschiedener Feinheit vorzusehen, wie dies von anderer Seite mehrfach geschehen ist. Besondere Vorrichtungen ermöglichten beiderseitigen harten,

deutlichen Anschlag dieser Mikrometerbewegung an ihren Grenzen, der eine Walzenknopf trägt eine Theilung für mikroskopische Dickenmessungen. Der Tubus ist ein extra weiter, wie bei dem neuesten mikrophotographischen Stativ von Zeiss (vgl. Zeitschr. für Instrumentenkunde, 1898, S. 129, Max Berger, Ein neuer Mikroskopoberbau). Es lassen sich an ihm sämmtliche Mikroplanare ohne wesentliche Beschränkung ihres grossen ebenen Feldes verwenden, das sind die Brennweiten von 20, 35, 50, 76, 100 Mm. mit Gesichtsfeldern im Object von bezw. 10, 17—20, 25—30, 35—40, 50—60 Mm. Durchmesser. — Das Stativ dürfte daher für Beobachtung, Projection und Mikrophotographie, auch für schwächste Vergrösserungen mit ausnahmsweise grossem Felde, eine Universalität der Anwendungsfähigkeit darbieten, wie sie bis jetzt noch nicht erreicht wurde. Bezüglich näherer Details sei auf die oben citirte Publication hingewiesen.

(Autoreferat.)

#### 7. Herr Mucha-Lindenhof: Bemerkungen zur Lehre von der Katatonie.

Während der letzten drei Jahre wurden bei den Kranken der Anstalt Lindenhof katatone Symptome in grösserer Anzahl in 30 Fällen beobachtet, von denen 15 noch in der Anstalt sind und ca. 17 pCt. des Gesamtbestandes bilden. In allen diesen Fällen setzte die Erkrankung mehr oder weniger acut ein, durchlief manchmal ein melancholisches, ein manisch-erregtes, ein verworrenes und ein stuporöses Stadium, in anderen Fällen war der Verlauf ein weniger regelmässiger, immer aber war das Ende der Erkrankung geistige Schwäche, welche zuweilen schon nach einigen Monaten, meist nach 1—2 Jahren eintrat, und in welcher einzelne der katatonen Symptome sich erhielten. Die Fälle gehören deshalb derselben klinischen Form an.

Während andere Autoren katatone Symptome bei allen Geisteskrankheiten beobachtet haben wollen und ihnen nur eine verschlechternde prognostische Bedeutung zuerkennen, glaubt der Vortragende, dass sie vereinzelt und vorübergehend gewiss auch bei anderen Psychosen vorkommen, dass aber, wenn sie in grösserer Anzahl und dauernd auftreten, jedesmal die Krankheit den oben geschilderten Verlauf nimmt.

Katatonie und Hebephrenie lassen sich nicht scharf von einander sondern. Einerseits beobachtet man auch bei der Hebephrenie denselben Verlauf durch verschiedene Stadien, andererseits ist auch hier der Ausgang stets der in schnell eintretenden Blödsinn, endlich kommen bei den Hebephrenen katatone Symptome vor, ja es können Hebephrenien sich zu wirklichen Katatonien entwickeln. Ein Fall dieser Art wird angeführt. Katatonie und Hebephrenie bilden einen einheitlichen Krankheitsprocess, für welchen die von Aschaffenburg vorgeschlagene Bezeichnung „Dementia praecox“ zweckmässig erscheint. Vielleicht treten bei jüngeren Kranken mehr die hebephrenen, bei älteren mehr die katatonen Erscheinungen in den Vordergrund.

Der Grad des terminalen Blödsinns in der Dementia praecox kann ungemein verschieden sein, und es werden besonders häufig ganz leichte Intelligenzdefekte beobachtet, bei welchen der Kranke zu mechanischen Arbeiten etc. noch

ganz gut, zu Leistungen aber, die einen etwas höheren Intelligenzgrad erfordern, nicht mehr befähigt ist.

Unter dem bearbeiteten Material fand sich in 75 pCt. der Fälle hereditäre Belastung. Einige schwer belastete oder psychopathisch minderwerthige Kranke boten einen eigenthümlichen Verlauf der Erkrankung. Bei einer Kranken bildete sich nach einem fast periodischen Beginn der Krankheit schliesslich eine seit  $4\frac{1}{2}$  Jahren dauernde typische Katatonie aus; bei einer anderen zeigte das Leiden einen fast circulären Charakter, die Kranke war aber schon nach dem ersten Erregungszustand schwachsinnig; bei einem dritten Kranken sah man 6 je ca. 14 tägige hebephrene Erregungen mit freien Pausen von 3—10 Tagen, nachher Ausgang in leichte Demenz. Der eigenthümliche Verlauf ist der Ausdruck des degenerativen Charakters dieser Fälle.

Vor der nicht seltenen Verwechselung der Dementia praecox mit der Hysterie schützt vor allem der ganz verschiedene Verlauf beider Erkrankungen. Es werden 4 Fälle erwähnt, in welchen die behandelnden Specialärzte die Diagnose „Hysterie“ gestellt hatten, während die Anstaltsbeobachtung unzweifelhafte Dementia praecox ergab. (Autoreferat.)

#### Discussion.

Herr Neuendorff hat bei Katatonikern keine hysterischen Anfälle gesehen, sondern nur epileptoide und den paralytischen gleichende.

Herr Ilberg bemerkt, dass er die von Herrn Mucha verworfene klinische Abtrennung der Hebephrenie von der Katatonie doch für sehr wichtig halten müsse. Es liege ihm fern, die innere Verwandtschaft beider Krankheiten zu bestreiten. Die Verschiedenheiten zwischen Hebephrenie und Katatonie seien aber hinreichend, um der von Aschaffenburg vorgeschlagenen vollständigen Vereinigung beider Krankheitsbilder entgegenzutreten. Noch heute könne man von den glänzenden ursprünglichen Schilderungen Hecker's über die Hebephrenie und Kahlbaum's über die Katatonie lernen. Das Neue und Richtigste der Kraepelin'schen Darstellung sei die ungünstige Prognose der Katatonie im Gegensatz zu den von Kahlbaum berichteten Heilungen der Krankheit; Kahlbaum habe s. Z. die Häufigkeit und lange Dauer der Remissionen aber noch nicht gekannt. Das Charakteristische der klassischen Fälle von Katatonie sei die Entwicklung in scharf von einander abgegrenzten Stadien. Dass es Uebergangsfälle zwischen Hebephrenie und Katatonie wie zwischen anderen psychischen Entartungskrankheiten gebe, sei zweifellos. Ein reiner Fall von Hebephrenie habe aber ein ganz anderes Gepräge als ein reiner Fall von Katatonie; es sei auch nicht nur der Grad, sondern die Art der Krankheit eine andere. — Der Angabe des Vortragenden, dass die Hebephreniker in früherem Alter erkrankt seien, als die Katatoniker müsse er nach seinem Material durchaus widersprechen; die Katatonie entwickle sich recht oft um die Wende des 2. und 3. Jahrzehnts, manchmal früher. — Was die Krampfanfälle anbelangt, so habe er solche, wenn er von den negativistischen, tonischen bezw. tetanischen Zuständen absehe, eigentlich recht selten gesehen, jedoch sowohl Krampfanfälle epileptischen als hysterischen Charakters beobachtet.

Herr Hitzig fand bei ausgesprochenen Fällen von Dementia praecox unzweifelhaft hysterische Anfälle.

Herr Mucha hält an seiner Ansicht fest, dass Hebephrenie und Katanonie unter dem gemeinsamen Begriff der Dementia praecox zusammenzufassen seien.

8. Herr Ranniger-Sonnenstein: Ueber Sprachstörungen bei Katanonie. Der Vortragende behandelt im Zusammenhang die hauptsächlichsten bei Katanonie zu beobachtenden Sprachstörungen in der Erwägung, dass die Symptomatologie der katanonischen Erscheinungen noch vielfach lückenhaft ist, und dass gerade den auf das sprachliche Gebiet bezüglichen Krankheitserscheinungen bei Katanonie von jeher besondere Wichtigkeit zuerkannt wurde.

Als dahin gehörig werden angeführt und auf ihre Bedeutung und Häufigkeit geprüft: der Mutacismus, die Echosprache, die pathetische, verschrobene Ausdrucksweise, die Wortneubildungen, die Verbigeration, die Sprachverwirrtheit.

Von Mutacismus unterscheidet der Vortragende zwei Arten: den mit allgemeiner psychischer Hemmung (Stupor) verbundenen und den auf Wahnvorstellungen beruhenden, welcher letztere besonders häufig in wahnhaft geäußerten abnormen Sensationen des Kehlkopfes seinen Ursprung zu haben scheint; beide Formen wurden bei Katanonie häufig beobachtet.

Die Echosprache fand der Vortragende bei Katanonie ziemlich selten, häufiger bei hysterischen und epileptischen Dämmerzuständen.

Die eigenthümlich-pathetische, verschrobene Art des Ausdruckes und der Satzbildung kommt zwar hauptsächlich den Katanonikern zu, findet sich aber auch in manchen Fällen von Paranoia, namentlich von Querulantenwahn. Aehnlich verhält es sich mit den Wortneubildungen: sie werden sowohl bei Katanonie als bei Paranoia beobachtet, nur bei ersterer gehäuft, bei letzterer mehr vereinzelt. Sie sind immer psychogenen Ursprungs, auf Wahnideen bezw. Sinnestäuschungen gegründet.

Den Begriff der Verbigeration möchte der Vortragende auf ein etwas engeres Gebiet eingeschränkt wissen. Wenn die eigentliche Verbigeration, die als eine Art Sprachkrampf, als Stereotypie auf sprachlichem Gebiet aufzufassen ist, stets mit einer gewissen Trübung des Bewusstseins verbunden ist und unwillkürlich zu Stande kommt, so beobachtet man oft genug auch Wort- oder Satzwiederholungen, die offenbar bei klarem Bewusstsein und willkürlich unter dem Einfluss gewisser Wahnvorstellungen entstehen. Dieses nur der Entstehung, nicht aber der äusseren Form nach von der eigentlichen Verbigeration sich unterscheidende Symptom könnte man vielleicht als „Pseudo-verbigeration“ von jener trennen.

In der im Endstadium der Katanonie bisweilen zu beobachtenden Sprachverwirrtheit sieht der Vortragende nicht ein einfaches Symptom, sondern eine Combination der drei zuletzt erwähnten Störungen (verschrobene Ausdrucksweise, Wortneubildungen, Verbigeration). Er glaubt, dass in solchen Fällen die Verwirrtheit meist nur eine scheinbare ist und hält deshalb den von Forel dafür gewählten Ausdruck „Wortsalat“ nicht für ganz zutreffend.

Durch eine Anzahl kurz geschilderter Beispiele eigener Beobachtung sucht der Vortragende die einzelnen hierher gehörigen Sprachstörungen näher zu erläutern.

Er kommt zu dem Schluss, dass die erwähnten Sprachanomalien einzeln und kombiniert, neben- und nacheinander im Verlaufe der Katatonie sehr häufig zu beobachten sind, dass aber keine derselben dieser Krankheitsform ausschliesslich zukommt.  
(Autoreferat.)

(Der Vortrag wird später im Wortlaut veröffentlicht werden.)

9. Herr Friedländer (Jena): Neue Erfahrungen über die Anwendung von Bakteriengiften bei Psychosen.

Vortragender berichtet über den Fortgang der therapeutischen Impfungen mit Bakteriengiften bei Psychosen, wie sie auf der psychiatrischen Klinik in Jena seit einer Reihe von Jahren angestellt werden. Nach einer kurzen Uebersicht über einschlägige Veröffentlichungen macht er von einem neuen fiebererregenden Mittel Mittheilung, mit welchem er gegenwärtig bei 10 Kranken Erfahrungen gesammelt hat. Dieses Mittel sind abgetötete Reinculturen des Typhusbacillus. Redner bespricht die Herstellung der Culturen, die Versuche an Thieren und legt sodann die Methode der Injectionen dar. Bei Hunden und Kaninchen konnte selbst durch Dosen von 40 ccm Bacterium coli und 10 ccm Bacterium typhi der Tod nicht herbeigeführt werden; gleichwohl empfiehlt Vortr. nur ausnahmsweise über 1 ccm hinauszugehen, da bei einem Falle nach Einverleibung von 2 ccm bedrohliche Erscheinungen aufgetreten waren, die allerdings, ohne Folgen zu hinterlassen, schwanden. Die ersten Impfungen wurden an absolut verlorenen, unheilbaren chronischen Psychosen vorgenommen, um die Wirkung des neuen Präparates zu studiren. Bei der Mehrzahl dieser Fälle zeigte sich die aus der Literatur wohl bekannte Erscheinung, dass während des Fiebers eine mehr oder minder vollständige Klärung eintrat. Mit dem Verschwinden des Fiebers trat natürlich der frühere Zustand wieder ein. Was die einer Therapie zugänglichen Fälle anbelangt, so kann von zwei Besserungen, einer wahrscheinlichen und zwei sicheren Heilungen berichtet werden. Zur Auswahl der für die therapeutische Impfung tauglichen Psychosen bemerkt Vortragender, dass am geeignetsten hierzu wohl jene Fälle von Erschöpfungsalienationen und schweren Melancholien mit drohendem Uebergange in secundäre Demenz erscheinen, bei denen wir durch das Fieber und die elective Einwirkung der Bacterientoxine eine heftige Anregung des Stoffwechsels in dem torpiden, indolenten Organismus erzeugen wollen. Besonderes Gewicht legt Vortragender darauf, dass nicht frische Fälle (von Amentia beispielsweise), sondern langdauernde, die eine Neigung, in Schwachsinn überzugehen zeigen, der therapeutischen Impfung zugewiesen werden, um Selbsttäuschungen zu vermeiden.

(Der Vortrag wird in extenso nebst den einschlägigen früheren Beobachtungen an anderer Stelle veröffentlicht werden.) Autoreferat.

## Discussion.

Herr Windscheid äussert Bedenken dagegen, mit Toxinen bei somatisch Gesunden Fieber zu erzeugen.

Herr Pick hält derartige Versuche für berechtigt, da Heilung von Geistesstörungen im Anschluss an Infectionskrankheiten nicht selten beobachtet worden sei. Er hat selbst Heilungen im Anschluss an Cholera gesehen.

Herr Hitzig steht auf demselben Standpunkt, bezweifelt indess die Beweiskraft des vorgebrachten Materials.

10. Herr Marguliés (Prag): Ueber die sogenannte Pseudodipsomanie Legrains.

Die klinische Auffassung der Dipsomanie war seit ihrer ersten Beschreibung durch Salvatori im Jahre 1817 entsprechend der jeweilig vorherrschenden Anschaugung über die Natur der Psychosen vielfachen Schwankungen unterworfen. Ursprünglich (von Salvatori, Hufeland, Brühl-Kramer) als eine Psychose, hervorgerufen durch übermässigen Alkoholgenuss angesehen, wurde sie später, als die Lehre von der Monomanie in höchster Blüthe stand, von Esquirol, Trélat u. A. als Monomanie der Trunksucht beschrieben. In der Folgezeit, in der deutschen Literatur wenig beachtet, war ihre Stellung hauptsächlich durch die verschiedene Auffassung der englischen und französischen Autoren gegeben.

Während die Engländer dem Vorschlage Hutchinson's folgend, eine acute, chronische und periodische Form unterscheiden, hat die Mehrzahl der französischen Autoren die Ansicht Morel's acceptirt, der die Dipsomanie als ein Symptom seines *Delire émotif* beschrieb, in seiner Stellung gleichwertig den anderen Zwangzuständen, die dieses degenerative Irresein zusammensetzen helfen.

Diese Lehre hat Magnan in seinen klassisch geschriebenen Vorlesungen über Dipsomanie zur vollsten Entwicklung gebracht.

Ball bestrebt sich eine Mittelstellung zwischen englischen und französischen Autoren einzunehmen und unterscheidet eine hereditäre und eine acquirirte Form, endlich Skaé eine impulsive und eine recidivirende Varietät.

Ich will gleich hier des Vergleiches wegen einen wahren dipsomanischen Anfall schildern, wobei ich wesentlich den Ausführungen Magnan's folge:

Nach einem kurzen Stadium einer oft bis zur vollständigen psychischen Anaesthesia gesteigerten Depression stellt sich bei diesen Kranken ein heftiges Durstgefühl, verbunden mit unbestimmten Anstgefühlen und abnormen körperlichen Sensationen ein.

Dieses Durstgefühl, das die Kranken oft mit enormen Quantitäten Wassers vergeblich zu stillen versuchen, macht bald einem immer heftiger werdenden Drange nach irgend einem alkoholischen Getränke Platz und das vage Angstgefühl weicht, wenn der Kranke schon einmal einen Anfall überstanden hat, der schreckvollen Furcht vor dem drohenden Schicksal. Verzweiflungsvoll kämpft der Kranke mit Anspannung aller seiner Kräfte gegen

den mächtig wachsenden Zwang, er schafft alles, was ihn verleiten könnte, zur Seite, er verunreinigt selbst, um sich Ekel zu erregen, sein Getränk — vergebens! — Endlich unterliegt er in diesem fürchterlichen Kampfe, er greift zum Glase und von diesem Augenblicke an beginnt eine Reihe alkoholischer Excesse, gepaart mit allen nur erdenklichen Ausschweifungen.

Kein Mittel ist zu schlecht, um nicht zum Ankauf alkoholischer Getränke zu dienen, und der Anfall endet erst, bis der Kranke entweder von einem Delirium tremens gepackt oder, vollständig sinnlos, in einem unbeschreiblichen Zustand, in einer Gosse oder einer Spelunke niedersten Ranges aufgegriffen wird. Nun ins Hospital oder nach Hause gebracht, erholt er sich allmälig und kehrt voll Scham und bitterer Reue zu seiner gewohnten Nüchternheit zurück, bis wieder ein neuer Anfall ihn erfasst. Nicht unerwähnt will ich lassen, dass Magnan hervorhebt, dass alle diese Kranken in ihrer anfallsfreien, d. h. nüchternen Periode genügend Züge zeigen, um ihre Zusammengehörigkeit zur grossen Familie der Degenerirten deutlich erkennen zu lassen.

Eine natürliche Consequenz dieser Auffassung ist, dass alle jene Formen von periodisch auftretenden alkoholischen Excessen, bei denen eine impulsive Natur nicht nachweisbar ist, die also der chronischen Form der englischen Autoren, der acquirirten Ball's und der recidivirenden Skaë's entsprechen, von dem Begriff Dipsomanie losgelöst und zur Klasse der Gewohnheitstrinker gerechnet werden.

Es ist das Verdienst Legrain's diese genannten Zustände unter dem Namen Tendances dipsomaniques später Pseudodipsomanie zusammengefasst und sie so, sowohl den wahren Dipsomanen als auch den Gewohnheitstrinkern entgegengestellt zu haben. Zur Erläuterung dieser pseudodipsomanischen Zustände will ich folgende Krankengeschichten anführen:

Am 15. XII. 1895 wurde unserer Klinik vom Strafgerichte in Prag Wenzel K. überliefert, da er nach Aussage der Gerichtsärzte an chronischem Alkoholismus leide. Wenzel K. war im Jahre 1863 in Prag geboren; sein Vater, starker Potator, starb an Lebercirrhose, ein Bruder des Vaters, ebenfalls Potator, endete durch Suicid, ein Bruder der Mutter litt an mehrfachen Anfällen von Delirium tremens, zwei Schwestern der Mutter sind hochgradig nervös. Er liebte schon als kleines Kind alkoholische Getränke, trank bereits in der untersten Klasse des Gymnasiums täglich 1 Liter Bier, mit zunehmendem Alter wuchs auch die Quantität der genossenen Alcoholica, und in den oberen Gymnasialklassen war er häufig betrunken, gleichzeitig ergab er sich heftig der Onanie und anderen sexuellen Ausschweifungen. Nichtsdestoweniger absolvierte er glatt das Gymnasium, studirte zuerst an der Prager Universität Jura. Hier wurden seine Trinkgelage noch häufiger und intensiver und da er selbst einsah, dass er so nicht vorwärts kommen könne, trat er in einen geistlichen Orden in Graz ein, aber auch da, von allem Verkehr abgeschlossen, trank er still für sich, verübte Excesse und wurde strafweise ins Wiener Ordenshaus versetzt, wo aber die Disciplin noch weniger streng, seine Saufgelage noch häufiger waren. Im Jahre 1886 machte er einen Typhus abdominalis durch; kaum genesen, begann er von Neuem unmässig zu trinken.

Jetzt aber machte er die Wahrnehmung, dass er nicht wie früher viel vertrug und nur hier und da einen normalen Rausch und Katzenjammer acquirirte, sondern dass er schon durch die geringste Quantität alkoholischer Getränke in einen Zustand versetzt wurde, in dem er zwar äusserlich scheinbar geordnete Handlungen beging, sich aber nicht über die Motive seiner Handlungsweise klar war und dass er am nächsten Morgen vollständige Amnesie über alles Geschehene besass. In solchen Zuständen, in die er „wie mit einem Ruck“ versetzt wurde, war er wie umgewandelt; alle Begriffe von Ehrenhaftigkeit und Redlichkeit waren ihm entchwunden, er wurde von einem heftigen Drang erfasst, alles stehen und liegen zu lassen, und fortwährend in der Welt trinkend herum zu vagiren; nun beginnt für ihn ein ebenso abenteuerliches als qualvolles Dasein. An verschiedenen Orten als Schreiber beschäftigt, thut er immer eine Zeitlang gut, beginnt aber plötzlich wieder zu trinken, versetzt alles, was er besitzt, wird entlassen, vergreift sich in solchem Zustand an fremdem Eigenthum und erhält mehrere Kerkerstrafen. Er wandert nun in ganz Oesterreich herum und überall wiederholt sich dasselbe Bild. In Znaim in Mähren lernt er eine Frau kennen, die um viele Jahre älter ist als er und heirathet sie, ohne sich im Geringsten über diesen Schritt im Klaren zu sein. Nach seiner Verheirathung thut er wieder eine Zeitlang gut, beginnt dann aber wieder zu trinken und wird wegen grober Excesse aus seinem Wohnort ausgewiesen. Er kommt nun nach Prag, wo er Arbeit sucht und findet, aber bald ergiebt er sich von Neuem seinem Laster, versetzt alle seine Sachen und treibt sich in den elendsten Schlupfwinkeln des Lasters herum. In einem derartigen Zustand schreibt er einen mit seinem vollen Namen gefertigten Brief an die Prager Polizeidirection, voll von Majestätsbeleidigungen. Am nächsten Tage weiss er nichts davon, geht selbst in dieses Amt, um dort seine Papiere, die er im Rausche verloren hat, abzuholen. Er wird hier verhaftet und nach längerer Untersuchungshaft an unsere Klinik abgegeben. Hier, jeder Gelegenheit, sich Alkohol zu verschaffen, beraubt, zeigt er sich anständig und intelligent und äussert nie den Wunsch nach einem alkoholischen Getränk. Am 13. Januar 1897 wird er auf Wunsch seiner Frau gebessert probeweise entlassen. Er findet nun Anstellung als Zimmermalers gehülfe in einem Dorfe, arbeitet fleissig, bleibt absolut abstinent, hat auch nicht das geringste Bedürfniss nach Alkohol. Im September 1897 erhält er eine Anstellung bei einer Versicherungsgesellschaft in Prag, erwirbt durch seinen Fleiss das Vertrauen seiner Vorgesetzten und wird behufs Erwerbung neuer Geschäfte auf's Land geschickt. Hier nun lässt er sich eines Abends nach kurzem Kampfe, um den Spottreden der fremden Gesellschaft zu entgehen, verleiten, ein Glas Bier zu trinken; es folgen mehrere; am nächsten Tage trinkt er ganz mechanisch, ohne an etwas zu denken, wieder und nun beginnt eine neue Reihe von Excessen, die damit endet, dass er am 8. Februar 1898 neuerlich in total verwahrlostem Zustand auf unsere Klinik kommt, wo er sich derzeit noch befindet und während des ganzen Aufenthaltes nie das geringste Verlangen nach Alkohol äussert.

Eine zweite Kranke, Bertha S., wurde am 21. Juni 1898 von der Brünner Landesirrenanstalt, wo sie  $\frac{3}{4}$  Jahre in Behandlung gestanden war, an unsere Klinik transferirt. Dieselbe ist jetzt 30 Jahre alt, gleichfalls hereditär belastet, ein Bruder ihres Vaters starb im Jahre 1861 in unserer Anstalt, wo er als chronischer Alkoholiker geführt wurde. Manche Anzeichen der überaus lückenhafte Krankengeschichte weisen darauf hin, dass auch er anfallsweise alkoholische Excesse verübt, ein Vetter endete durch Selbstmord, die meisten ihrer Geschwister zeigen ein auffallend excentrisches und reizbares Wesen.

Die Patientin litt in ihrem 6. Jahr an Eklampsie, nichtsdestoweniger entwickelte sie sich normal weiter. Erst ungefähr von der Zeit des Eintritts ihrer Menses an machte sie auf die Umgebung den Eindruck, dass sie geistig nicht normal sei und zur Melancholie neige. Mit 16 Jahren begann ihr jetziges Leiden. Sie begann plötzlich grössere Quantitäten Weines zu trinken und war häufig betrunken. Sie weiss nicht, wieso sie dazu kam, sie weiss nur, dass es ihr schmeckte. Und dass sie gewöhnlich nur wenig trank und nur manchmal plötzlich, ohne dass sie irgend einen Zwang dazu verspürte, durch 4—5 Tage viel trank, herumvagirte, ihr Aeusseres vernachlässigte, nicht wusste, was sie that und erst nachträglich ihren Zustand durch ihre Umgebung erfuhr. Diese Anfälle wiederholen sich in unbestimmten Intervallen. Ich erwähne noch, dass sie in der Brünner Anstalt einmal plötzlich aufgeregert und alkoholsüchtig wurde; nachträglich erfuhr man, dass ihr eine Wärterin heimlich Alcoholaica gereicht habe. Bei uns ist sie ruhig und äussert kein Verlangen nach alkoholischen Getränken. Leider sind unsere anamnestischen Nachforschungen zum Theil erfolglos geblieben und ihre Angaben so dürftig, dass ich mich mit den vorstehenden Andeutungen begnügen muss.

Wir sehen bei diesen beiden Kranken, dass sie nach Intervallen von verschiedener Dauer, oft bis zu einem Jahr, alkoholische Excesse verüben, dass sie sich in ihrer freien Periode ihres Zustandes wohl bewusst sind, trotzdem aber ohne einen Zwang zu fühlen, bei irgend einer Gelegenheit, die ihren Widerstand herabsetzt, und dies gilt namentlich für den Kranken K., eine kleine Quantität Alkohol nehmen und dass sich dann daran der geschilderte Anfall anschliesst.

Das sind wesentlich die Züge der Pseudodipsomanen, die Legrain als moralische Schwächlinge beschreibt, die, obwohl sie unter ihrem Zustand leiden, doch eine ausgesprochene Liebe für Alkohol haben und immerwährend schwanken zwischen dem Wunsch zu widerstehen und dem geheimen Verlangen, ihrer Leidenschaft Genüge zu thun. Ich möchte aber in dieser Darstellung nur noch einen Umstand besonders hervorheben, da ich die breitere Würdigung dieser Zustände an anderer Stelle geben will, einen Umstand, den Legrain, wie mir scheint, nicht scharf genug betont hat, das ist die ganz besondere Intoleranz dieser Kranken gegen Alkohol, die sich darin äussert, dass schon eine ganz geringe Menge Alkohols, z. B. ein Glas Bier genügt, die Kranken in einen Zustand zu versetzen, in dem sie, alles vergessend, die schwersten alk. und anderen Excesse begehen, um mit Legrain zu sprechen, wahre Anfälle von Moral insanity durchleben, ganz ähnlich, wie auch der wahre Dipsomane,

sobald er nur einmal dem Zwange nachgegeben hat, ungehemmt und unaufhaltsam sich dem unmässigsten Trinken und allen erdenkbaren Ausschweifungen ergiebt. Aus diesem Gesichtspunkte ergiebt sich sowohl die Aehnlichkeit beider Processe, die ja, wie ebenfalls Legrain betont, derselben Quelle, der hereditären Belastung, entstammen, als auch ihr fundamentaler Unterschied. Es ist demnach sowohl für die volle Entwicklung des echten dipsomanischen als auch für den Eintritt eines pseudodipsomanischen Anfalles eine angeborene, vielleicht durch eine Gelegenheitsursache geweckte oder verstärkte Schwäche Voraussetzung, dass die Kranken schon durch eine relativ geringe Quantität Alkohol ihre gewöhnlichen Hemmungen verlieren und dann, ohne sich dessen bewusst zu sein, ganz unmässig trinken und allerlei Excesse begehen. Der wahre Dipsomane erliegt seinem Schicksal, indem er zum Glase greift, einem spontan auftretenden un widerstehlichen Zwange nachgebend, dessen wohlcharakterisirte Form und Auftreten das nahezu unveränderliche klinische Bild des ganzen dips. Anfalles bestimmt; der Pseudodipsomane verfällt in seinen Anfall, indem er einmal, bei einer unglücklichen Gelegenheit seine Vorsätze vergessend und die entsetzlichen Folgen nicht bedenkend, denselben sozusagen provocirt.

(Autoreferat.)

11. Herr Georg Ilberg (Sonnenstein): Hirngewichtsveränderungen bei Dementia paralytica.

Das Gewicht des unzerschnittenen Gehirns ist bei Geisteskranken um eine ungleiche Grösse verschieden von dem Gesammtgewicht der bei der Section entstehenden Theile. Das grösste Quantum dieser Differenz, die bei Paralytikern bis zu 165, ja bis zu 215 Grm. gewogen worden ist, kommt auf die in den erweiterten Ventrikeln befindliche Hirnflüssigkeit. Redner hat das Gewicht des unzerschnittenen Gehirns daher einstweilen vernachlässigt und nur das Gesammtgewicht der bei der Meynert'schen Hirnsection entstehenden Theile berücksichtigt. Da es ihm an entsprechenden Vergleichszahlen fehlt, hat er die Hirntheile ohne weiche Hirnhäute bei Paralyse und geistiger Gesundheit noch nicht verarbeiten können, sondern nur die mit weichen Hirnhäuten.

Ohne das Gehirn eines makrocephalen Paralytikers, das unzerschnitten 1649 wog und ein aus den Theilen berechnetes Gesammtgewicht von 1557 Grm. repräsentirte, und ohne diejenigen Gehirne, die von Personen unter 150 Ctm. Körperlänge sowie mit längerer Dauer der Paralyse als 79 Monate stammten, bestand sein Material aus 63 männlichen Paralytikergehirnen. Diese 63 Gesamthirne und ihre Theile wurden mit den von Ludwig Pfleger 1881 in den Jahrbüchern für Psychiatrie festgestellten Normalzahlen verglichen, und zwar rücksichtlich des Verhältnisses zwischen absolutem Gewicht und Körperlänge sowie relativem Gewicht der Theile des = 1000 gesetzten Gehirnes und Körperlänge und rücksichtlich des Verhältnisses zwischen absolutem und relativem Gewicht und der Dauer der Dementia paralytica. Redner vermied es Zahlen zu nennen, veranschaulichte vielmehr seine Untersuchungsresultate durch Demonstration von vier Curventafeln, die später veröffentlicht werden

sollen. Eine 5. Curventafel demonstrierte, wie viel Gramm Gesamtgehirn, Hirnmantel, Stirnhirn, Schläfenscheitelhinterhauptshirn, Hirnstamm und Kleinhirn, Hirnstamm allein und Kleinhirn allein beim Normalen und beim Paralytiker auf 100 Ctm. Körperlänge bis 150—187 Ctm. Gesamtlänge kommen. Eine letzte Curve stellte die Zunahme der Ventrikelflüssigkeit bei zunehmender Dauer der Paralyse fest.

Die Pfleger'schen Zahlen beweisen, dass bei geistig Gesunden das absolute Gewicht des Gesammthirns sowie dasjenige des Hirnmantels mit zunehmender Körperlänge (von 150—189 Ctm.) steigt; Hirnstamm + Kleinhirn und Kleinhirn allein werden hier ebenfalls schwerer aber in geringerem Masse; eine Zunahme des Hirnstamms allein findet nicht statt. Zwischen dem absoluten Gewicht des Gesammthirns und Hirnmantels der Paralytiker und demjenigen des geistig Gesunden sind bei allen Körperlängen sehr bedeutende Unterschiede; im Mittel beträgt die Differenz zwischen den Gesamtgehirnen 152 Grm., zwischen den Hirnmänteln 142 Grm. (== 93 pCt.) zu Ungunsten der Paralytiker. Kleinhirn und Hirnstamm sind bei Paralytikern, abgesehen von denjenigen, die länger als 180 Ctm. waren, leichter als bei Normalen. Das Kleinhirn wog im Durchschnitt bei Paralytikern sogar etwas mehr als bei Pfleger's Normalen; das Stammhirn der Paralytiker jedoch war um durchschnittlich 14 Grm. leichter.

Was das relative Gewicht der Theile des — 1000 gesetzten Gesammthirns anbetrifft, so nimmt bei geistig gesunden Individuen bei zunehmender Körpergrösse das relative Gewicht des Hirnmantels mässig zu, das des Kleinhirns + Hirnstamms, sowie des Hirnstamms allein mässig ab, das relative Gewicht des Kleinhirns bleibt etwa gleich. Ein Vergleich der betreffenden Curven geistig Gesunder und Paralytischer lehrt, dass der Hirnmantel Paralytischer relativ leichter, Kleinhirn + Hirnstamm und Kleinhirn allein relativ schwerer sind. Das relative Gewicht des Hirnstamms allein war bei Paralytikern mit Körpergrösse von 150—159 Ctm. leichter, bei solchen von 160 bis 169 Ctm. gleichschwer, bei solchen von 170—189 Ctm. schwerer als bei geistig Gesunden. Die Betrachtung der relativen Werthe ist deshalb wichtig, weil die absoluten Werthe z. B. beim Gesammthirn zwischen 869 und 1490 Grm., also zwischen weiten Grenzen liegen.

Auf 100 Ctm. Körperlänge kommt bei geistig Gesunden mit zunehmender Körpergrösse immer weniger Gesammthirn; auch alle Hirntheile nehmen bei dieser Berechnung mit zunehmender Körpergrösse ab. Es ist dies deshalb sehr interessant, weil — wie erwähnt — das absolute Gewicht des Gesammthirns mit zunehmender Körpergrösse zunimmt. Bei Paralytikern sind auch bei der Berechnung auf 100 Ctm. Körperlänge das Gesammthirn und der Hirnmantel um Vieles leichter, Hirnstamm + Kleinhirn und Hirnstamm allein um Weniges leichter, das Kleinhirn dagegen ein klein wenig schwerer als bei geistig Gesunden.

Mit längerer Dauer der Dementia paralytica nimmt das absolute Gewicht des Gesammthirns, des Hirnmantels, des Stirnhirns und des Schläfenscheitelhinterhauptshirns ganz bedeutend ab. Bei Kleinhirn + Hirnstamm

allein zeigte sich auch eine Gewichtsabnahme, doch in geringerem Maasse. Das Kleinhirn blieb im Grossen und Ganzen trotz längerer Dauer gleichschwer.

Das absolute Gewicht der Ventrikelflüssigkeit nahm mit zunehmender Dauer der Krankheit wesentlich zu.

Was endlich das relative Gewicht der Theile des = 1000 gesetzten Gesamthirnes im Verhältniss zur Dauer der Paralyse anbelangt, so konnte zwar ein geringeres relatives Gewicht des Hirnmantels und dementsprechend ein höheres relatives Gewicht des Hirnstamms + Kleinhirns allein ermittelt werden; die Abnahme des Hirnmantels stieg aber bei längerer Dauer der Krankheit nur um Weniges; diesem Befunde entsprach eine nur geringe Zunahme des relativen Gewichts von Kleinhirn + Hirnstamm, die am meisten auf einer Zunahme des Kleinhirns allein beruhte.

Von einer Berechnung des Verhältnisses zwischen Hirngewicht und Leichengewicht hofft Redner bei der Dementia paralytica keine Aufklärung.

Charakteristisch für die Paralyse ist die oft sehr bedeutende Gewichtsdifferenz zwischen rechter und linker Hemisphäre. Das Gewicht der Hemisphäre differirte um durchschnittlich 19 Grm., im Maximum um 77 Grm.; nur wenige Hemisphären waren gleichschwer. Bei Hirnwägungen von Fällen von Dementia senilis ohne Erweichungsherde fand Redner trotz bedeutender Abnahme des Gesamtgewichts oft kleine, oft sehr geringe Differenzen zwischen den Hemisphären. Bei der Paralyse waren Insel + Corpus striatum + Thalamus opticus der leichteren Hirnmantelhälfte in der Regel ebenfalls leichter.

Die Capacität des Schädelns und das specifische Gewicht des Gehirns wurden nicht berücksichtigt.

(Autoreferat).

#### Discussion:

Herr Hitzig hält es für wesentlich auch die extraventriculare Flüssigkeit zu wägen. Einer Differenz im Gewicht beider Hemisphären erkennt er keine Bedeutung zu.

Herr Pick spricht sich gegen die Trennung der eine physiologische Einheit bildenden Centralwindungen nach Meynert (in der Roland'schen Furche) aus.

Herr Ganser vertheidigt diese Methode, weil sie allein eine gleichmässige Schnittführung in allen Fällen ermöglicht.

Herr Ilberg erwidert Herrn Hitzig, dass er über den Hydrocephalus externus deshalb nichts berichtet habe, weil er nur über Hirnwägungen von Hirntheilen mit weichen Hirnläutern gesprochen habe. Zu seinen Wägungen der entsprechenden Theile ohne weiche Hirnhäute fehle ihm noch das normale Vergleichsmaterial. Den Hydrocephalus externus könne er übrigens mit Hilfe der von ihm bereits festgestellten Durchschnittswerthe der weichen Hirnhäute unschwer berechnen.

Den leisen Zweifel des Herrn Hitzig, dass die Hemisphären normaler Menschen gleichschwer seien, könne er nach Professor Rieger's mündlichen

Mittheilungen und nach eigenen Erfahrungen nicht hegen. Bei geistig normalen und regelrecht gebauten Individuen, die frei von Degenerationszeichen und Rhachitis seien, bei denen namentlich keine Erweichungsherde zu finden wären, wöge eine Hemisphäre genau so viel wie die andere, wenn die Section exact ausgeführt sei. Erst kürzlich habe er bei der Hirnsection eines nach kurzer Krankheit gestorbenen Vacaveinas-Negers Hemisphären, Stirnlappen, sowie — was wichtig sei — Insel + Corpus striatum + Thalamus opticus mit und ohne weiche Hirnhäute bis auf's halbe Gramm gleichschwer gefunden.

Die von Herrn Pick empfohlene Theilung des Hirnmantels hinter der hinteren Centralfurche wäre gewiss physiologisch richtiger, erscheine ihm aber bei der Unregelmässigkeit der Fissura retrocentralis superior bzw. inferior als Anlass zu neuen Fehlerquellen.

Herr Lührmann-Dresden: Ueber die Vortäuschung verschiedener Krankheiten durch Hysterie. Der vielgestaltige Symptomencomplex der Hysterie kann bekanntermaassen eine Reihe organischer Krankheitsbilder vortäuschen oder sich auch denselben hinzugesellen, sodass es selbst für den geübten Untersucher manchmal nicht leicht ist, in kurzer Zeit die richtige Diagnose zu stellen.

Weniger besprochen ist, wie die Durchsicht der einschlägigen Literatur zeigt, die Vortäuschung von Psychosen (im engeren Sinne) und der Simulation durch Hysterie.

An der Hand von einschlägigen klinischen Beobachtungen und unter Hinweis auf fremde Angaben zeigt der Vortragende, dass die Neurose Krankheitsbilder schaffen kann, die der Katatonie, der acuten Melancholie, der progressiven Paralyse und der Simulation sehr ähnlich sehen.

Zuzugeben ist allerdings, dass die längere Beobachtung hauptsächlich unter Berücksichtigung der Unbeständigkeit und Launenhaftigkeit der einzelnen Symptome die Diagnose auf den richtigen Weg bringt; es darf aber behauptet werden, dass selbst der Fachmann ohne Kenntniss der Anamnese und bei den ersten Begegnungen mit dem Kranken in die Gefahr gerathen kann, Katatonie, Melancholie, progressive Paralyse bzw. Simulation anzunehmen, wo es sich lediglich um Hysterie handelt, was dann der Verlauf ausweist.

(Autoreferat.)

#### Discussion.

Herr Opitz schildert einen Fall, bei dem Pupillenstarre und Westphalsches Zeichen vorhanden waren. Sprachstörung und spastischer Gang traten vorübergehend auf und charakterisirten sich als hysterische Imitation.

Herr Möbius hat bei alten Unfallkranken Abnahme des Gedächtnisses, allgemeine Schlaffheit mit Zittern beobachtet, sodass das Bild der Paralyse vorgetäuscht wurde.

13. Herr Strubell (Jena): Ueber Syphilis der Rückenmarks häute.

Redner spricht über einen seltenen Fall von Syphilis der Rückenmarks häute.

Eine 86jährige Frau bekam plötzlich über Nacht eine Paraplegie beider Beine mit Anästhesie bis zum Nabel; Patellarreflexe waren erloschen, kein Fussclonus. Exitus  $2\frac{1}{2}$  Wochen später an Pneumonie. Bei der Obdunction fand sich Zersfall des 3.—6. Brustwirbelkörpers mit starker Verdickung der Meningen in dieser Höhe. Mikroskopisch stellte sich heraus, dass die Affection der Wirbel weder auf Tuberkulose noch auf Carcinom beruhte. Die meningeale Geschwulst nahm von der Aussenfläche der Dura ihren Ausgang, griff auf das extradurale Fettgewebe über und war vorn mit dem Periost des Wirbelkanals verwachsen. Sie bestand aus kleinzeligem Granulationsgewebe, das um die Gefäße herdförmig angeordnet war, und central Tendenz zur Vernarbung zeigte. Die Gefäße boten die von Heubner u. A. beschriebenen, für Lues charakteristischen Veränderungen dar. Redner hält aus dem Gesamtbilde, bei Abwesenheit von Tuberkulose anderer Organe, die Diagnose Lues für höchst wahrscheinlich.

Die Pachymeningitis externa (Peripachymeningitis) syphilitica ist äusserst selten. (Fälle von Virchow, Heubner u. A.) Differentialdiagnostische Unterscheidung von Pachymeningitis cervicalis hypertrophica anatomisch leicht, da letztere eine Pachymeningitis interna ist, (kommt auch am Brustmark vor). Redner wendet sich gegen die Bezeichnung Meningomyelitis cervicalis chronica (Wieting, Köppen) statt Pachymeningitis cervic. hypertrophica. Die älteren Fälle von Charcot und Joffroy sind gut beobachtet und gehen von der Dura aus, die von Wieting und Köppen sind Leptomeningitiden. Schliesslich nennt man Alles Meningomyelitis.

Zum Schluss erwähnt Redner das Fehlen der Patellarreflexe bei hohem Sitz der Geschwulst und intactem Lendenmark. Shok ist hier ausgeschlossen. Der Fall passt nicht in das alte Schema von den Reflexen und scheint für die Bruns-Bastian'sche Theorie zu sprechen.

Discussion unterblieb wegen Zeitmangel.

(Autoreferat.)

#### 14. Herr Ganser (Dresden): Ueber die neurasthenische Geistesstörung.

Vortragender betont, dass die neurasthenische Geistesstörung eine seltene Krankheit sei, deren Abgrenzung gegenüber anderen Formen in den meisten Lehrbüchern nicht scharf genug durchgeführt werde. An 4 typischen Fällen zeigt Vortragender sodann, was er unter neurasthenischer Geistesstörung versteht und wie sich nach seinen Erfahrungen der Verlauf des Leidens gestaltet.

In erster Linie steht ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl auf Grund intensivster Ermüdungs- und Schwächeempfindungen; die geringsten motorischen Leistungen werden nur mit grösster Anstrengung vollbracht, jede willkürliche Bewegung wird nach Möglichkeit zu vermeiden gesucht, erzwungene Muskelthätigkeit ruft Beschleunigung des Pulses und der Atmung, Schweissausbruch und eine nachhaltige schmerzhafte Ermüdung hervor, die an die Akinesia algera (Moebius) erinnert. Auf der Höhe der Krankheit besteht völlige Energielosigkeit. — Die Willensanstrengung vermag nichts mehr gegen das

Ermüdungsgefühl und es werden sogar alle vegetativen Functionen als Anstrengung empfunden; die Nahrungsaufnahme, an sich schon erschwert durch völligen Appetitmangel und Abstumpfung von Geschmack und Geruch, wird mangelhaft.

In diesen schwersten Fällen lässt sich auch objectiv an den Muskeln Verminderung der Masse und der Festigkeit, sowie grosse Schlaffheit und Fehlen jedes Tonus feststellen, ohne dass passive Bewegungen oder Druck auf Muskeln und Nervenstämmen schmerhaft wären. In weniger schweren Fällen sind diese objectiven Veränderungen nicht nachweisbar, doch weist das schmerzhafte Ermüdungsgefühl nach geringsten Anstrengungen auch hier auf das Vorhandensein ähnlicher Störungen hin.

Das Krankheitsbild wird vervollständigt durch Schmerzen verschiedener Art, theils an bestimmten Schmerzpunkten, theils ganz allgemein auftretend, schmerzhafte Empfindlichkeit gegen starke oder lang anhaltende Sinneseindrücke, Kopfdruck, Störungen des Schlafes und der Verdauung, Herzklopfen und Störungen in der Blutvertheilung und im Wärmegefühl der Haut, sowie in der Absonderung von Speichel und Urin.

Auf geistigem Gebiet tritt ähnlich wie auf dem körperlichen die Hemmung sowie leichte Ermüdbarkeit in erster Linie hervor; schon ein ruhiges Gespräch wird als Anstrengung empfunden; die Kranken suchen daher die Einsamkeit auf, vermeiden jedes Zusammensein mit Freunden, um nicht sprechen zu müssen. Die Aufmerksamkeit auf einen Gegenstand zu heften, ist ihnen schwer und auf die Dauer unmöglich, zum Lesen und Schreiben sind sie unfähig. Hypochondrische Gedankenreihen fehlen ganz, meist denken die Kranken nicht einmal über die Natur ihres Leidens nach. — Die Stimmung ist stets deprimirt entsprechend dem starken Krankheitsgefühl, und zwar zeigt sich, je nach Charakteranlage und Schwere der Erkrankung, entweder völlig schlaffes, passives Verhalten, oder eine lebhafte Missstimmung und eine gewisse Neigung, unbehaglichen Verordnungen zu widerstreben. Nach monatelangem Bestehen der Krankheit trat bei allen Fällen zunächst auf körperlichem, dann auf geistigem Gebiete allmälig eine Besserung ein, die dann zu völliger Heilung führte; sämmtliche 4 Kranken sind zur Zeit voll arbeitsfähig und zeigen nur noch Spuren neurasthenischer Beschaffenheit.

Bei allen Kranken liess sich bestimmt feststellen, dass Ueberanstrengung oder schwere Affecte die Ursache des Leidens waren; erbliche Belastung, Ausschweifungen, frühere Krankheiten oder abnorme Charakteranlage waren in keinem Fall nachweisbar.

Durch Entstehung, Verlauf und Schwere der Erscheinungen charakterisirt sich also die neurasthenische Geistesstörung als eine Neurasthenie schwersten Grades, der man die Bezeichnung „Geistesstörung“ geben muss im Hinblick auf die schwere Erschöpfung der intellectuellen Thätigkeit und die tiefe Gemüthsverstimmung. Die Krankheit ist trotz ihres monatelang dauernden Verlaufs, gutartig und heilbar.

Wenn demnach einerseits die leichteren Formen der Neurasthenie nicht hierher gehören, da sie eine Neurose, keine Psychose darstellen, so muss

andererseits die Hineinbeziehung der Zwangsgefühle, Phobien und Zwangsvorstellungen in das Krankheitsbild vermieden werden. Wenn bei Neurasthenikern diese Symptome auftreten, so handelt es sich stets um Mischformen, bei denen ausser der exogen entstandenen neurasthenischen Geistesstörung noch endogene psychische Abnormitäten vorliegen. Letztere bleiben auch nach Beseitigung der äusseren Schädlichkeiten weiter bestehen, während die neurasthenischen Störungen schwinden, sobald es gelingt, den krankhaften Zustand der peripheren Organe zu heben.

Von ganz besonderer Wichtigkeit ist ferner die Abtrennung der Hypochondrie von der neurasthenischen Geistesstörung. Diese ist durchaus als eigenes Krankheitsbild festzuhalten, bei dem äussere Einwirkungen eine ganz untergeordnete Rolle spielen und die Stimmungsabnormität das Wesentliche ist; auch nach Beseitigung von peripheren Störungen, die Ausgangspunkt hypochondrischer Vorstellungen waren, bleiben diese Kranken verstimmt und finden rasch einen neuen Gegenstand hypochondrischer Gedankenreihen.

Es erscheint endlich nicht berechtigt, wenn Krafft-Ebing unter dem Namen „Irresein auf neurasthenischer Grundlage“ eine ganze Anzahl von Psychosen zusammenfasst, die sich seiner Meinung nach auf Grund von Erschöpfungszuständen des Gehirns entwickeln sollen. Wenn er die Dementia acuta, die Melancholia acuta, die Paranoia neurasthenica und sogar ein transitorisches neurasthenisches Irresein als neurasthenische Geistesstörungen bezeichnet, so muss darauf hingewiesen werden, dass weder aus seiner Schilderung, noch aus den beigegebenen Krankengeschichten die charakteristischen Züge der Neurasthenie zu entnehmen sind, und dass andererseits die differentielle Begründung insbesondere gegenüber der Hysterie fehlt.

Es ist daher auch Krafft-Ebing nicht gelungen, den von ihm aufgestellten Begriff des neurasthenischen Dämmerzustandes genügend zu begründen und zu allgemeiner Anerkennung zu bringen.

Der Vortrag wird an anderer Stelle ausführlich veröffentlicht werden.  
Stegmann-Dresden.