

XXV.

VIII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Dresden am 25. und 26. October 1902.

Anwesend waren die Herren: Alter-Leubus, Aschaffenburg-Halle, Auhorn-Dresden, Bennecke-Dresden, Binswanger-Jena, Bit-torf-Dresden, Böhmig-Dresden, Bresler-Kraschnitz, Brassert-Leipzig, Bruns-Hannover, Bünger-Coswig, Dehio-Dösen, Do-berenz-Dresden, Donau-Dresden, Dräsecke-Dresden, Euge-Dresden, Focklam-Suderode, Fischer-Dresden, Förster-Breslau, Ganser-Dresden, Geist-Zschadraß, Gigas-Dresden, Haenel-Dresden, Hahn-Sonnenstein, Haupt-Tharandt, Hecker-Dresden, Hitzig-Halle, Hoeniger-Halle, Hoppe-Alt-Scherbitz, Ilberg-Gross-Schweidnitz, Kothe-Friedrichsroda, Lange-Unterpöltzsch, Martin-Dresden, Matthes-Blankenburg, Mayser-Hildburghausen, Mendel, (Kurt)-Berlin, Moeli-Berlin, Mossdorf-Dresden, Müller-Dresden, Paetz-Alt-Scherbitz, Panse-Dresden, Queckenstädt-Zwickau, Römer-Elsterburg, Rohde-Königsbrunn, Ruf-Sonnenstein, Selle-Dresden, Schmidt (A.)-Dresden, Schmidt (C.)-Dresden, Schmidt-Carlshof, Schmidt-Alt-Scherbitz, Schultze-Unterpöltzsch, Schütz-Leipzig, Seifert-Dresden, Sievers-Dresden, Steinitz-Hubertusburg, Strubell-Dresden, Tecklenburg-Tan-nenfeld, Vetter-Dresden, Warda-Blankenburg, Weber-Berlin, Weber-Sonnenstein, Wiederhold-Wilhelmshöhe, Ziertmann-Leubus (67).

I. Sitzung: 26. October 9 $\frac{1}{4}$ Uhr.

Vorsitzender: Herr Prof. Hitzig.

1. Herr Bruns (Hannover): Ueber die Verschiedenheit der Prognose der Plexus- und Nervenstamm-Lähmungen der oberen Extremität.

Unter 95 Fällen von Lähmung peripherer Nerven des Armes und 38 Fällen von Plexuslähmungen hat Vortr. bei ersteren 66 pCt. Heilungen und 34 pCt.

Nichtheilungen, bei letzteren 26 pCt. resp. 74 pCt. gefunden; d. h. die traumatischen Lähmungen der peripheren Nervenstämme haben eine $2\frac{1}{2}$ mal so gute Heilaussicht wie die des Plexus. Er verbreitet sich über die muthmaasslichen Ursachen dieser Verschiedenheit, und führt für die schlechtere Prognose der letzteren vor allem an, dass vielleicht häufiger als man denkt, jedenfalls nicht selten dabei das Rückenmark oder wenigstens die hinteren Wurzeln in Mitleidenschaft gezogen sind. (Ausführlich veröffentlicht im Neurol. Centralblatt, 1902. No. 22.)

Discussion:

Herr Ad. Schmidt: Zu den Entbindungs-lähmungen, die ja in der von Herrn Bruns angeregten Frage eine grosse Rolle spielen, bin ich in der Lage einen weiteren Fall anzuführen, der einige Zeit später zur Section gekommen ist und bei dem sich ergab, dass die oberen Plexuswurzeln vollständig zerriissen und durch Narbengewebe ersetzt waren. Dabei waren die umgebenden Knochen intact geblieben. Es zeigt dieser Fall — der von anderer Seite ausführlicher veröffentlicht werden wird — dass die Verletzungen des Plexus bei den Entbindungs-lähmungen ganz wie Herr Bruns vermutet hat, schwererer Natur sein können, als das durchschnittlich bei den mehr peripher gelegenen Druck- resp. Zerr-lähmungen der Fall ist.

Herr Foerster: Ich möchte für die Auffassung der Herrn Vortragenden, dass bei den traumatisch entstandenen, dem Rückenmark näher gelegenen Verletzungen der Nervenstämme, eine Beheiligung der Medulla spinalis selbst im Spiele ist, einen weiteren Beleg mittheilen. Es handelt sich um einen Mann, dem ein Wagenrad über die rechte Schulter und den unteren Hals gegangen war. Er bot Anfangs complete Lähmung aller Muskeln, welche die rechte Hand und deren Finger bewegen, daneben bestanden spastische Erscheinungen an beiden Beinen und eine interessante Sensibilitätsstörung; es bestand eine Anästhesie entlang der Innenseite des rechten Oberarms, Vorderarms und der Hand einschliesslich des Kleinfingers, also im Bereiche der 8. hinteren Cervicalwurzel, 1. und 2. Dorsalwurzel. Sowohl die spastischen Erscheinungen als auch die Sensibilitätsstörung verloren sich, die Lähmung restituerte sich bis auf eine totale Lähmung des rechten N. ulnaris. Diese Lähmung ist dauernd total geblieben.

Herr Hitzig glaubt, dass bei der guten Prognose der Radialisdruck-lähmungen, dessen relativ geschützte Lage zwischen Muskelbüchen in Betracht kommt, wodurch der Druck ein mehr indirekter wird. Ausserdem erinnert er daran, dass vielleicht auch physiologische Verhältnisse dabei eine Rolle spielen, besonders das sogenannte „lawinenartige Anschwellen“ des Reizes oberhalb der Läsionsstelle.

Herr Haenel führt eine Arbeit von Viannay an, der für die sensiblen Nervenfasern wie für die den einzelnen Muskeln zugehörigen Nervenfasern in den verschiedenen Nervenstämmen ganz bestimmte Stellen im Nervenquerschnitt nachgewiesen hat. Da bei Druckwirkungen die central gelegenen Fasern weniger von der Schädlichkeit getroffen werden — beim N. radial. sind diese z. B.

sensibler Natur — wie die an der Peripherie des Querschnittes gelegenen, so wird dadurch manche anscheinende Zufälligkeit in der Vertheilung der peripheren Lähmung wie in der Reihenfolge bei der Restitution erklärliech.

Herr Bruns (Schlusswort): Die lawinenartige Anschwellung kommt jedenfalls für die Frage mit in Betracht, aber sie wird nicht ausschlaggebend sein. Auch er möchte physiologische und anatomische Gründe nicht ausschliessen.

2. Herr Aschaffenburg: Beitrag zur Psychologie der Sittlichkeitsverbrechen.

Vortragender demonstriert an der Hand zweier Tafeln nach einer französischen Statistik und nach den Ergebnissen der deutschen Reichsstatistik die eigenthümliche Vertheilung der Sittlichkeitsverbrechen auf die einzelnen Monate des Jahres. Im Winter verhältnissmässig selten, nehmen sie vom März oder April an stark zu, erreichen den Höhepunkt im Juni oder Juli, um dann sehr schnell wieder abzunehmen bis auf das niedrige Niveau der Wintermonate. Es lässt sich nachweisen, dass diese Beeinflussung der sexuellen Erregung auf allen Gebieten des Geschlechtslebens bemerkbar ist. Auch die Schwangerungszeiten vertheilen sich in ähnlicher Weise auf die einzelnen Monate, und zwar deutlicher bei den ausserehelichen als bei den ehelichen Conceptionen. Man kann geradezu eine Skala aufstellen, die von dem erlaubten zum unerlaubten Geschlechtsverkehre fortschreitend, die Periodicität der sexuellen Erregung um so ausgeprägter zeigt, je weiter sie sich von dem normalen Verkehr entfernt: Eheliche, uneheliche Conceptionen, Unzucht und Nothzucht, Unzucht begangen an Kindern unter 14 Jahren.

Die eigenartige Abhängigkeit des Geschlechtslebens von bestimmten Zeiten legt die Frage nahe, welcher Art die Menschen sind, die Sittlichkeitsverbrechen begehen. Bei der Häufigkeit der Verurtheilungen in Deutschland (etwa 10 bis 11000 im Jahre) lohnt es sich der Mühe, den Ursachen im Einzelnen nachzugehen. Vortragender hat deshalb die sämtlichen Sittlichkeitsverbrecher, die im Laufe der letzten $1\frac{1}{2}$ Jahre in das Strafgefängniss zu Halle eingeliefert worden waren, einer genauen psychiatrischen Beobachtung unterworfen, gleichzeitig wurde der Thatbestand aus den Strafacten festgestellt. Im Ganzen vertheilen sich seine 95 Fälle auf: Doppelhehe (1 Fall), Blutschande (2), § 175 (2). Unzüchtige Handlungen mit Gewalt § 176 (2), an Geisteskranken oder Bewusstlosen § 176 (4), mit Personen unter 14 Jahren § 176, 3 (64), Nothzucht § 177 (10), Kuppelei (10).

Die Kuppelei nimmt eine eigenartige Stellung ein. Für die Bedenklichkeit der Zuhälter spricht, dass sie bei einem Durchschnittsalter von 30 Jahren, darunter 5 unter 22, im Mittel 6 Vorstrafen erlitten hatten. Einer war unverkennbar verblödet in Folge eines schweren Schädeltraumas, 7 andere wenig intelligent.

Die beiden wegen Päderastie Verurtheilten litten an Dementia praecox; die Erkrankung des einen bestand schon lange Jahre, er hatte phantastisch-schwachsinnige Grössenideen und war außerdem Kurpfuscher.

Unter den wegen Unzucht, Nothzucht und unzüchtiger Handlungen an

Kindern Bestraften 80 Fällen waren 26, denen Vortragender den Schutz des § 51 zuerkennen möchte, 18, bei denen die Zurechnungsfähigkeit mehr oder weniger erheblich eingeschränkt schien. Ganz gesund waren nur 20, d. h. genau der 4. Theil; hochgradige Trunkenheit zur Zeit der That, die 4 mal actu-mässig festgestellt war, blieb dabei unberücksichtigt.

Die Formen der bestehenden geistigen Anomalien vertheilen sich auf:

	Unzucht und Nothzucht (§§ 176, 177)	Unzüchtige Handlungen an Kindern allein (§ 176, 3)
Epilepsie	8	8
Neurasthenie	3	2
Hysterie	1	1
Senile Demenz	8	8
Imbecillität	22	13
Imbecillität sehr hohen Grades . .	15	12
Dementia praecox	1	1
Gefangenewahnsinn	1	1
Suicid	1	1
Normal	<u>20</u>	<u>17</u>
	<u>80</u>	<u>64</u>

Die Dementia praecox und der Gefangenewahnsinn traten erst nach der Verurtheilung nachweislich zu Tage; der Selbstdmord erfolgte 8 Tage nach der Einlieferung in die Strafanstalt, ohne dass der Gefangene vorher psychisch irgendwie auffällig gewesen wäre. Zu den 8 Senilen wurde ein Fall von Arteriosklerose in jüngeren Alter gerechnet, die übrigen 7 standen im Durchschnittsalter von 71 Jahren und waren alle zum ersten Male bestraft worden!

Die Gefährlichkeit der Sittlichkeitsverbrecher zeigt sich auch in der Häufigkeit ihrer Vorstrafen. Unter den 64, die sich an Kindern vergriffen hatten, waren 22 wegen Sittlichkeitsverbrechen, 13 wegen anderer Delikte vorbestraft.

Vortragender weist noch auf die wiederholt gemachte Beobachtung hin, dass die abnorme Neigung des Geschlechtslebens auf bestimmte Jugendeindrücke zurückführen liess und dass einige der Verurtheilten nie normalen Geschlechtsverkehr gehabt hatten.

Die grosse Zahl der Schwachsinnigen oder sonstwie psychisch Abnormen zeigt am besten, wie nothwendig es ist, in allen Fällen von Sittlichkeitsverbrechen eine psychiatrische Begutachtung zu verlangen. Nur 2 mal waren Gutachten eingeholt worden, die sich beide für erhebliche Verminderung der Zurechnungsfähigkeit aussprachen. Bei den senil Dementen war trotz der Unbescholtenheit und des hohen Alters nicht einmal der Gedanke an die Krankhaftigkeit der Handlungen geäußert, einmal sogar die Thatsache des Verfalls in Verbrechen in so hohem Alter als besonders erschwerendes Moment in der Urtheilsbegründung besonders betont worden. Nur die regelmässige Zuziehung des Psychiaters vermag zu verhindern, dass solche Leute bestraft werden, die

als geisteskrank freizusprechen wären. Endlich ist noch von besonderer Wichtigkeit, wie wenig die mildere, d. h. kürzere Strafe bei all den wegen Schwachsinn, Epilepsie, Hysterie u. s. w. Minderwerthigen im Interesse der allgemeinen Rechtssicherheit angebracht sei.

Discussion.

Herr Moeli: Unter den Sittlichkeitsdelicten tritt eine besondere Gruppe hervor, die entsprechend dem Thema: Psychologie der Sittlichkeitsvergehen eine Erwähnung verdient: die Exhibitionisten.

Hier liegt das Motiv nicht in einer im Wesentlichen auch grob physikalischen Betätigung des sexuellen Triebes wie bei den besprochenen Uebelthätern. Es handelt sich um ein Lustgefühl, dass durch Erregung eines Gefühles bei der Person, gegenüber der die Entblössung stattfindet, erzeugt wird. Sein Wesen ergiebt sich aus der Art der Gewählten: fast immer Frauen und kleine Mädchen, letztere in einem Alter, wo schon eine gewisse Lustempfindung vorausgesetzt werden kann. Die Kinder werden nicht allein wegen geringerer Gefahr der Verfolgung u. s. w. gewählt, es giebt auch hier Bedingungen, manchmal bloss blonde Mädchen oder hell angezogene u. s. w. Wesentlich ist die Erregung des sexuellen Schamgefühls; nicht etwa anderer sexueller Empfindungen — wenigstens gegenüber kleinen Mädchen muss man das annehmen. Hierin kommt die Bedeutung des Schamgefühls zum Ausdruck. Die Ueberwindung dieser durch die Erziehung und Sitte gefertigten Empfindung durch andere Gefühle ist bei der Hingabe der Frau mit der wichtigste Vorgang.

Es fragt sich nun: entspricht dieser mehr psychisch ausgeprägten Sexualhandlung der Exhibitionisten eine Minderwerthigkeit der Mehrzahl der Thäter? Durchgängig sicherlich nicht; äussere Umstände (geringe Gefahr, leichtere Ausführung) geben wohl oft den Ausschlag. Von einzelnen derartigen Personen gewinnt man aber oft den Eindruck, dass sie zu anderen, den grob mechanischen Sittlichkeitsverbrechen nicht gelangen würden. Deshalb ist auf die besondere Art des sexuellen Reizes bei dieser Gruppe immerhin Gewicht zu legen.

Herr Ganser lenkt die Aufmerksamkeit auf die Aetiologie nicht weniger Sittlichkeitsverbrechen, die in acutem Alkoholismus liegt, wo die psychologische Erklärung gegenüber der rein medicinischen Bewerthung der toxischen Alkoholwirkung zurücktritt.

Herr Aschaffenburg (Schlusswort). Die Curve des Selbstmordes stimmt bis in die Einzelheiten mit der der Sittlichkeitsverbrechen überein. Die Erklärung für diese Erscheinung ist sehr schwierig. Sie kann nicht, wie vielfach angenommen wird, einfach in der gehäufteren Gelegenheit während des Sommers liegen, weil sonst der Herbst mit seinen Ernte- und Kirchweihfesten noch stärker belastet sein müsste. Sie kann auch nicht einfach in der Temperatur liegen, wie Morselli behauptet hat, weil die Temperatur zwar bis zum Juni ähnlich wie bei den Sittlichkeitsverbrechen verläuft, von da ab aber erhebliche Unterschiede zeigt. Vortragender glaubt trotzdem die Mitwirkung der Temperatur nicht ganz ausschliessen zu sollen; vielleicht wirkt die Er-

höhung der Aussenwärme erst erregend, bei weiterer Zunahme lähmend. Neben dieser Erklärung ist aber noch eine andere möglich: Die Annahme physiologischer Schwankungen des psychischen Gleichgewichtes. Eine solche Annahme ist nicht ohne weiteres abzuweisen, da wir eine Periodicität im Gebiete des Sexuallebens bei der Frau (Neurasthenie, Erregungssteigerung während der Regel bei Psychosen) sicher kennen und neuerdings auch von Havelock Ellis ähnliche Vorgänge beim Manne behauptet worden sind, eine Behauptung, deren Berechtigung abzuwarten bleibt.

Der Versuch, diese eigenartige Erscheinung zu deuten, wird stets auf die Aufstellung von Hypothesen beschränkt bleiben. Die Wichtigkeit der Schwankungen unserer sexuellen Erregbarkeit bleibt auch dann bestehen, wenn uns die Deutungen nicht einleuchten.

Ueber die Exhibitionisten habe ich wenig neue Erfahrungen gemacht, da durch ein Missverständniss Fälle der „Erregung öffentlichen Aerternisses“ anfangs bei meinen Untersuchungen nicht berücksichtigt worden waren. Unter den in letzter Zeit beobachteten 5 waren 3 hochgradig, 2 mässig schwachsinnig. Dagegen kann ich nur bestätigen, dass unter den auf ihren Geisteszustand beobachteten Exhibitionisten in Heidelberg die Epileptiker an erster Stelle stehen.

Die Frage, welche Motive bei den Sittlichkeitsverbrechen, besonders dem Betasten unreifer Kinder und der Erregung öffentlichen Aerternisses die Hauptrolle spielen, insbesondere, ob die Erweckung des Schamgefühles bei den Geschädigten für den Thäter den wesentlichsten Anreiz bildet, muss ich offen lassen. Die Zahl der normal Veranlagten war unter meinen Sittlichkeitsverbrechern so gering, dass die Aussagen meist unverwerthbar waren. Ich war sogar in der Regel sehr erstaunt, wie wenig mir die Leute Rechenschaft über ihre Motive geben konnten, wie harmlos auch die Intelligenteren ihre Strafthat auffassten und wie verständnisslos sie dem Schaden gegenüber waren, den die Kinder durch ihre Handlungen erlitten hatten. Vielleicht dass eine intellectuell besser geschulte Bevölkerung, wie etwa die Berlins' eher Aufschluss geben könnte. Mir war es nur darum zu thun, die Nothwendigkeit psychiatrischer Begutachtung aller Sittlichkeitsdelicte zu beweisen und zu weiteren Forschungen anzuregen.

3. Herr O. Förster (Breslau): Systematische Uebersicht über die Coordinationsstörungen bei Nervenerkrankungen, sowie über die Grundlagen der methodischen Behandlung derselben mittels Compensation und Uebung.

(Erscheint ausführlich in diesem Archiv.)

Discussion.

Herr Binswanger hält es nicht für ausgeschlossen, dass die so wichtigen Analysen des Vortrages auch auf funktionelle Störungen zu übertragen sind; besonders interessant würde sich die Untersuchung gestalten bei hysterischen Lähmungen, bei denen ja ein anatomischer Ausfall centripetaler Bahnen

nicht vorliegt. Vielleicht spielt dann statt dessen der psychische Factor der erhöhten oder herabgesetzten Schmerzempfindlichkeit eine Rolle.

4. Bennecke: Aus meiner psychiatrischen Thätigkeit im Dresdener Garnisonlazareth. (Autoreferat.)

Nachdem Vortragender darauf hingewiesen hat, dass die militärischen Sanitätsbehörden jetzt auch für fachwissenschaftliche Ausbildung jüngerer Militärärzte an psychiatrischen Kliniken Sorge tragen, giebt er eine kurze Schilderung der Verhältnisse, unter denen sich seine specialistische Thätigkeit im Dresdener Lazareth abspielt und, die auch hinsichtlich des Unterpersonals eine einwandfreie Beobachtung zweifelhafter Geisteszustände und einstweilige Behandlung leichterer Psychosen gewährleisten; er lässt mit einfließen, dass Einrichtungen für eine allen modernen Anforderungen entsprechende Unterbringung Geisteskranker in grösseren Garnisonlazarethen demnächst geschaffen werden sollen. Aus der nun folgenden kurzen Uebersicht der Form der beobachteten Seelenstörungen sei erwähnt, dass der Zahl nach Schwachsinn, psychopathische, namentlich Angstzustände auf degenerativer Basis und epileptische Geistesstörungen die erste Stelle einnehmen; besonders betont wird als Folge der militärischen Zucht und Ordnung das seltene Vorkommen von Alkoholismus, auch unter den Unteroffizieren. Schliesslich werden die Krankengeschichten von drei Leuten mit Wandertrieb wiedergegeben. Der erste, erblich wenig belastet, machte mit 14 Jahren im Anschluss an eine unbeabsichtigte Strangulation eine mehrtägige hallucinatorische Verwirrtheit durch; seitdem ist er mehrmals auf Grund eines plötzlich aufsteigenden Angstgefühls mit Drang fortzulaufen aus seiner jeweiligen Stellung weggegangen, hat sich erst ziel- und planlos umhergetrieben und dann meist das elterliche Haus aufgesucht. Der letzte, beim Militär beobachtete Auffall dauerte 13 Tage. Der 2. Kranke, dessen Mutter an Zwangsvorstellungen leidet, sehr gut begabt, war als Kind ganz versessen auf Indianergeschichten; im zehnten Jahre erkrankte er unter Sinnestäuschungen und heftiger Angst und war 14 Tage verwirrt. Drei Jahre später kam beim Spazierengehen plötzlich ein Drang in die Ferne über ihn, der Zustand hatte eine ausgesprochen maniakalische Färbung und dauerte etwa 6—8 Stunden. Nach der Lehrzeit hat er viermal das älterliche Haus verlassen, jedesmal anscheinend im Anschluss an eine geringfügige Gemüthsbewegung; er setzte sich auf die Eisenbahn, in zuversichtlicher, unternehmender Stimmung die spätestens nach einigen Tagen sich ernüchterte und der Reue Platz machte. Als Soldat lief er eines Tages, nachdem er sich Abends zuvor ängstlich gefühlt und über Kopfschmerzen geklagt hatte, in unbestimmter heftiger Angst, auch mit Selbstmordgedanken davon. Die Stimmung wurde bald gleichgültig, später sogar fast heiter; bis zum 6. Tage hatte er 165 km Luftlinie zum Theil in sehr gebirgiger Gegend zurückgelegt und stellte sich vor Ermüdung und Hunger selbst einem Gendarm. — Der letzte, erblich schwer belastet, hat im ersten Jahre heftige „Zahnkrämpfe“ gehabt, später sind auf Epilepsie hindeutende Erscheinungen nicht beobachtet worden. Der erste Anfall des Wandertriebs trat mit 12 Jahren nach einer Phimosenoperation auf. Im nächsten Jahre wollte er auch in Folge der Lectüre von Indianergeschichten Schiffss-

junge werden, wurde unterwegs festgenommen und befand sich nun längere Zeit in einer ausgesprochenen Depression. Seit dieser Zeit kommt in ziemlich regelmässigen Zwischenräumen von 2—3 Monaten der Wandertrieb über ihn; ihm geht ein mehrtägiges Stadium mit Druck auf der Brust, Kopfschmerz und Vorstellungen meist ängstlicher Art voraus, das auch seine Umgebung an dem veränderten Gesichtsausdruck erkennt; dann erfasst ihn mit einem Mal und unbezwiglich der Drang fortzulaufen, er legt so weite Entfernung zurück. Der Anfall schliesst nach 1.—4 tägiger Wanderung mit einem plötzlich auftretenden Gefühl des Befreitseins, dem aber sofort die Reue und Furcht vor elterlichen Vorwürfen, mitunter Suicidgedanken folgt. — Allen Kranken gemeinsam ist die erhaltene Erinnerung, die bei dem zweiten sogar bis in die kleinsten Einzelheiten geht, das ruhelose, nur im Zustand grösster Ermüdung für einige Zeit unterbrochene Umherlaufen, das stark herabgesetzte Nahrungsbedürfniss und vor Allem das Unbezwigliche und vollkommen Dominirende des Wandertriebes, das überhaupt Reflexionen, wie Gedanken an die Folgen des Thuns nicht aufkommen lässt.

Discussion.

Herr Ilberg begrüsst die Errichtung einer psychiatrischen Beobachtungsstation im Dresdener Garnisonlazareth als einen dankenswerthen Fortschritt, möchte die Aufmerksamkeit der Militärärzte bzw. der betreffenden Offiziere auch nur immer mehr auf die Insassen der Militärstrafanstalten gerichtet wissen und erinnert unter Hinweis auf die Insterburger Ereignisse vom vorigen Jahre daran, dass bei ehren- oder kriegsgerichtlichen Verhandlungen über Excesse in der Betrunkenheit die Beschränkung der Zurechnungsfähigkeit oft noch mehr gewürdigt werden möchte. Fälle von Dementia praecox, die während der Militärzeit zum Ausbruche kamen, aber ohne Zusammenhang mit dem Dienste standen, hat er verhältnissmässig oft gesehen.

Herr Bruns fragt den Vortragenden nach seinen Erfahrungen über die Häufigkeit der Hysterie; nach seinen eigenen Erfahrungen ist die Hysterie in der Armee nicht selten; speciell kommt in Folge von Traumen fast nur traumatische Hysterie vor.

Herr Bennecke (Schlusswort). Auf die Frage von Herrn Bruns: Hysterie ist allerdings verhältnissmässig häufig, in den letzten 2 Jahren kamen etwa 7 ausgesprochene Fälle im Dresdener Lazareth zur Aufnahme.

Auf die Frage von Herrn Ilberg: Es kommen in Dresden jetzt wohl alle Fälle zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit zur psychiatrischen Begutachtung; nach Feststellung der Krankheit werden sie vom Militär entlassen; so ist wohl jetzt eine Anhäufung solcher Elemente im Festungsgefängniss ausgeschlossen.

II. Sitzung: 1 Uhr Nachmittags.

Vorsitzender: Herr Prof. Binswanger.

5. Herr Haenel (Dresden): Gedanken zur Neuronenfrage.

Vortragender giebt einen kurzen Abriss der Entwicklung der Neuronenlehre von 1891 bis heute. Die Thatssachen, die für dieselbe sprechen, werden

den Einwänden, die vor längerer Zeit bis in die jüngste Zeit dagegen vorgebracht worden sind, entgegen gestellt. Für die Neuronenlehre spricht: das anatomische Bild im Golgi-Präparat, die His'sche Darstellung der Embryogenese der Nervenfaser, viele Thatsachen der Pathologie pathologischen Anatomie, vor allem die secundäre Degeneration und die System-Erkrankungen; die Physiologie hat ihrerseits keine neuen bestätigenden Thatsachen vorgebracht, sie hat bei genauerem Zusehen kein wesentliches Interesse an der Erhaltung der Neuronenlehre. Gegen dieselbe sprechen die histologischen Nachweise der continuirlich verlaufenden, wahre Anastomosen und Gitter bildenden Neurofibrillen, die alten und neuen Beobachtungen einer multicellulären Entstehung derselben und der Axencylinder, aus dem Gebiete der pathologischen Anatomie alle transneurale trophischen Störungen, discontinuirliche Zerfallsprocesse, manche Beobachtungen an Missgebürtigen u. a. In der Physiologie ist die Anschauung, dass nur die Fibrillen das eigentliche, nervös funktionirende Element darstellten, die durch blosse Umlagerung die Verschiedenheiten der Function ergäben, ebensowenig befriedigend wie die entgegengesetzte, dass Faser und Zelle, im Grunde Eins, durch Differenzirung so verschiedene Eigenschaften erlangt hätten. — Diese Schwierigkeiten erscheinen leichter lösbar, wenn man anstatt der anatomischen functionirenden Einheit annimmt unter der Hinzufügung, dass die anatomische Integrität an das Vorhandensein physiologischen Reize gebunden ist. Unter Berücksichtigung dieses Gesichtspunktes und unter Aufgabe der entwickelungsgeschichtlichen Einheit kann man sich dazu das „Neuron“ als eine Art Organ vorstellen, dessen Einheitlichkeit erst mit der Function und nach Maassgabe derselben entstanden, nicht von vornherein gegeben ist. Die trophische Abhängigkeit der einzelnen Elemente dieses Organs von einander wäre dann ebenso verständlich, wie die mannigfachen Variationsmöglichkeiten der Erkrankungen derselben. Der Streit um die Frage nach der functionellen Allein- oder Oberherrschaft der Zelle oder der Fibrillen u. s. w. würde bis zu einem gewissen Grade hinfällig: Fibrille und Tigroid wird natürlich andere Eigenschaften aufweisen als Fibrille und Interfibrillärsubstanz oder Fibrille und Fibrille. — Wir können zum Schluss sagen: der Begriff des Nerven als einer anatomischen, embryologischen, pathologischen und trophischen Cellular-Einheit ist nicht mehr aufrecht zu erhalten. Setzt man aber an seine Stelle eine Einheit nach Art eines Organs, so entspricht diese Vorstellung den heutigen histologischen und entwickelungsgeschichtlichen Anschauungen, erklärt die Thatsachen der Pathologie ebenso gut, vielleicht besser und lässt die physiologischen Verhältnisse verständlicher erscheinen. Obgleich die Eigenschaften dieser neuen Einheit in manchen Punkten mit denen des Neurons übereinstimmen, so ist doch dieser Begriff so fest mit der Vorstellung der cellularen Einheit verwachsen, dass es sich empfehlen dürfte, einen neuen Namen zu wählen: Vortragender schlägt deshalb den Namen eines Ergon für das morphologische und physiologische Bau-element des Nervensystems vor.

Discussion.

Herr Binswanger hält die Vorstellung einer Organeinheit für werthvoll zur Erklärung mancher pathologisch-anatomischen Eigenthümlichkeiten; besonders hat er dahin die Partialschädigungen der Ganglienzellen im Auge, wie sie z. B. in den Anfangsstadien beobachtet werden können; vielleicht können wir in solchen für die Erklärung „functioneller“ Symptome einen Hinweis finden. — Er glaubt übrigens, dass eine ähnliche Anschauung, wie die des Vortragenden, schon vor Jahren einmal von Merkel ausgesprochen wurde.

Herr Hoppe: Heusen hat bereits gegen His betont, dass bei Embryonen das Nervenrohr mit dem peripheren Organ dauernd durch eine Reihe Zellen verbunden ist, die sich später in den peripheren Nerven umbilden.

Herr Haenel (Schlusswort) erkennt in dem letzteren Hinweis eine werthvolle Bestätigung der Bethé'schen Angaben; die His'schen Beobachtungen brauchen deshalb nicht falsch zu sein, die Neuroblasten mit ihren Faserfortsätzen existiren gewiss, nur sind sie nicht die einzigen Componenten der späteren Nerveneinheit.

6. Herr Böhmig (Dresden): Hysterische Unfallerkrankungen bei Telephonistinnen.

Vortragender hat eine Anzahl Telephonistinnen in Behandlung gehabt, die durch Blitzschlag in die Leitung oder durch einen Induktorschlag getroffen worden waren. Einzelne Fälle waren deshalb interessant, weil die Verletzten sehr bald nach dem Unfall, 3, 5, 9, 16, 20 Stunden, zur Untersuchung kamen und sofort das Bild der Unfallsneurose boten; andere deshalb, weil Vortragender die Verletzten schon wegen anderer Störungen in Behandlung hatte und so constatiren konnte, dass kein Symptom der späteren Neurose schon vorher bestanden hatte. Die Fälle selbst zeigten die verschiedensten Krankheitsbilder — von leichten, bald vorübergehenden bis zu den hartnäckigsten dauernden Störungen der Sensibilität mit schweren Allgemeinerscheinungen, trophischen Störungen etc. In keinem Falle traten trotz Jahre langen Bestehens organische Veränderungen ein. (Die Arbeit wird ausführlich an anderer Stelle erscheinen.)

Discussion.

Herr Bruns: Unter den Symptomen der Blitzschlagneurose, die meist wohl hysterischer Natur sind, kommen doch auch organische vor. B. sah z. B. ausgesprochene organisch einseitige Trigeminusneuralgie mit Ausfall der Zähne und trophischen Störungen.

Herr Binswanger hält die Fälle für wichtig, weil wenige ähnliche veröffentlicht sind. Unter seinen Fällen hat er mehrfach grobe Simulation entdeckt.

Herr Hitzig hat ebenfalls einige Fälle beobachten können, dabei war keine Simulation im Spiele. Ein Unterschied zwischen gewöhnlichem Blitzschlag und Telephontrauma ist schon darin gegeben, dass gelegentlich die Telephonistin gänzlich unvermutet von dem Schlage getroffen wird, wenn das Gewitter an einem anderen Orte stattfand. In solchen Fällen fällt ein un-

günstiger vorheriger Angstattacke natürlich fort. Die Prognose war bei seinen Fällen in der Regel schlecht.

Herr Böhmig (Schlusswort). Zu Bruns: Einen Fall mit organischer Erkrankung des Trigeminus habe ich nicht beobachtet.

Zu Binswanger: Fälle von Simulation habe ich gleichfalls gehabt und beobachtet, aber in meinem Vortrage absichtlich unerwähnt gelassen, ebenso kenne ich Fälle von Autosuggestion eines Unfalles bei Kranken, die von früher her hysterisch sind und durch Hören von nervösen Unfallsfolgen nach Blitzschlag allmälig ihre alten Beschwerden als Unfallsfolgen sich suggerieren.

Zu Hitzig: In einem meiner Fälle ging das Gewitter in Chemnitz nieder und schlug dort in die nach hier gehende Leitung. Pat. stand also nicht unter Gewitterfurcht. Nicht ohne Einfluss erschien der Umstand, dass die Telefonistinnen den Hörer fest auf dem Kopfe tragen, ihn also nicht sofort wegwerfen können und sie unter Umständen eine ganze Anzahl Schläge hintereinander bekommen.

7. Herr Strohmayer (Jena): Ueber die Beziehungen zwischen Epilepsie und Migräne.

Vortragender knüpft an die Beobachtungen an, in welchen entweder eine Migräne später in Epilepsie übergegangen sein oder eine Epilepsie sich zur Migräne mitigirt haben soll. In Anbetracht der Thatsache, dass es eine symptomatische Migräne bei Epilepsie giebt, soll man sich hüten, ohne Weiteres von „Uebergängen“ beider Krankheiten in einander zu reden. Die Migräne, welche sich später zur Epilepsie transformirt haben soll, ist möglicher Weise schon Symptom der epileptischen Grunderkrankung gewesen, die späterhin nur den Typus ihrer Insulte änderte. Eine längere Beobachtungszeit ergiebt nicht selten, dass die vermeintliche Substitution der Migräne durch Epilepsie ein Irrthum war, weil später beide Krankheiten bei demselben Individuum wieder aufraten. Die Epilepsie war zur früheren Migräne nur als etwas Neues hinzugekommen.

Fast noch unwahrscheinlicher erscheint die Möglichkeit der Mitigation einer Epilepsie zur Migräne. Auch in diesem Punkte wird das Verhältniss so sein, dass ein Epileptiker Migräne acquirirt oder eine Epilepsie Migränetypus annimmt. Trotz der engen Anlehnung beider Krankheiten aneinander trennt sie doch im Grunde die Thatsache, dass bei der Migräne trotz der schwersten und gehäufteten Anfälle während vieler Jahre niemals Schwachsinn als Folgezustand wie bei der Epilepsie auftritt.

Was das Causalitätsverhältniss beider Erkrankungen betrifft, so ist es nicht erwiesen, dass die Migräne der Epilepsie den Boden bereitet. Beide werden auf dem gemeinsamen Boden der neuropathischen Prädisposition (insbesondere bei degenerativer Vererbung) erwachsen. Tritt zur Migräne späterhin Epilepsie, so sind zuweilen auch secundäre ätiologische Momente nachweisbar (Lues, Alkohol und andere Intoxikationen, Traumata, arteriosklerotische Gefäßveränderungen u. s. w.).

Warum gerade Epilepsie und Migräne so häufig vergesellschaftet sind oder zeitlich hintereinander bei einem Individuum auftauchen, wissen wir

nicht. Ob die physiologische Chemie die pathogenetischen Zusammenhänge aufzudecken im Stande sein wird, muss die Zukunft lehren.

Vortragender fasst auf Grund seiner Beobachtungen folgendermaassen zusammen: Epilepsie und Migräne kommen öfter als gleichwerthige Erkrankungen bei demselben Individuum vor. Er hat keinen einwandsfreien Fall finden können, welcher für einen „Uebergang“ der einen in die andere spräche. In den Beobachtungen, wo ein solcher vorzuliegen schien, war die Migräne nur ein Symptom der epileptischen Grunderkrankung, oder die Epilepsie trat als etwas Neues zur Migräne hinzu. In atypischen Fällen war der Entscheid, ob Epilepsie oder Migräne, nicht immer eindeutig. (Autoreferat.)

8. Herr Pierson (Lindenholz): Ueber Entmündigung wegen Geistesschwäche.

Der Vortragende berichtet über den Fall eines Patienten, der im Jahre 1894 wegen Geisteskrankheit nach den Bestimmungen des B.-G. für Sachsen entmündigt worden war und im Jahre 1900 die Umwandlung dieser Entmündigung in eine solche wegen Geistesschwäche im Sinne des neuen B.-G.-B. beantragt hatte, weil er sich zu verheirathen beabsichtigte. Das zuständige Amtsgericht holte zunächst ein gerichtsärztliches Gutachten ein, welches sich jedoch gegen diesen Antrag aussprach. Ein weiterhin ergangenes Obergutachten des Landes-Medizinal-Collegiums lautete ebenfalls ablehnend. Nunmehr beantragte der Anwalt des Patienten, eines typischen Falles von degenerativem Schwachsinn (angeborener Imbecillität), dass eine juristische Autorität um ein Gutachten angegangen werden sollte, da seiner Ansicht die juristischen Schlussfolgerungen, welche die beiden ärztlichen Gutachter aus ihren psychiatrischen Auffassungen gezogen hatten, nicht zutreffend seien. Diesem Antrage wurde seitens des Amtsgerichtes Folge gegeben und ein hervorragender Professor der juristischen Facultät mit Erstattung dieses Gutachtens betraut. Dasselbe spricht sich nun zu Gunsten der Umwandlung der Entmündigung des Patienten in eine solche wegen Geistesschwäche aus, wobei besonders hervorgehoben wurde, dass dem Kranken durch diese Änderung lediglich die Geschäftsfähigkeit eines Kindes von 7 Jahren zugesprochen werden solle, die er im wesentlichen auch vorher schon besass. — Das Amtsgericht eignete sich diese letztere Auffassung an und beschloss demgemäß. Ein Einspruch dagegen ist von keiner Seite erfolgt. Die geplante Heirath ist nicht zu Stande gekommen.

Der Vortragende spricht als eine persönliche Ansicht aus, dass auch er die Gewährung dieser immerhin sehr beschränkten Geschäftsfähigkeit für den betreffenden Kranken als unbedenklich erachte. In diesen Fällen kommt sehr viel auf die Persönlichkeit des Vormundes an, dem allerdings auch eine grössere Verantwortung zufällt. Vortragender ist der Meinung, man könne bei der Mehrzahl von derartigen Imbecillen mit der Entmündigung wegen Geistesschwäche auskommen; dieselbe sei ausreichend, um zu verhindern, dass diese Kranken sich und andere schädigen und man mache damit der Laienauffassung eine Concession, die keine grossen practischen Consequenzen mit sich bringt.

Discussion.

Herr Weber: In dieser Sache bin ich als Referent des L.-M.-Coll. interessirt. Das vom Coll. abgegebene Gutachten, dessen Inhalt Herr Pierson kaum angedeutet hat, ist sehr ausführlich gewesen, hat alle Episoden des v. X'schen Lebens berücksichtigt und meines Erachtens nachgewiesen, dass der Zustand ein schwerer und deshalb als Geisteskrankheit im Sinne des Gesetzes, dessen Bestimmungen im Gutachten allenthalben gewürdigt worden sind, anzusehen ist. Es ist zu bedauern, dass das juristische Gutachten nicht dem L.-M.-Coll. zur Aussprache zugegangen ist; er wäre nicht schwer gewesen, es zu widerlegen. Zum Theil beruht das Gutachten auf Missverständniss; so wirft es dem L.-M.-Coll. vor, dass es für das Kriterium einer Geisteskrankheit eines Individuums erklärt habe, dass es des Vernunftgebrauches beraubt sei. Dieses Kriterium wird aber von den gegenwärtigen Gesetzen nicht gekannt. Es handelt sich hier nur um Bezugnahme auf ein Gutachten von Dr. Ganser, das vor 1900 ergangen ist. Durchaus mit Unrecht vergleicht das juristische Gutachten Geisteskranke mit Kindern bis zu 7 Jahren und Geistes schwäche mit Minderjährigen bis zu 21 Jahren. Im Gesetz ist zweifellos keine Identifizirung dieser unvergleichbaren Zustände, sondern nur das der einen oder anderen Kategorie zugebilligte Maass der Handlungsfähigkeit ausgesprochen.

Herr Pierson (Schlusswort): Ich habe das Gutachten des L.-M.-Coll. nicht mitgetheilt, weil es viel zu lang ist, um in extenso vorgetragen werden zu können, Bruchstücke zu geben ich aber nicht berechtigt gewesen wäre. Auch glaubte ich, den Schwerpunkt meines Vortrages auf das juristische Gutachten legen zu sollen, um einer Versammlung von Psychiatern Gelegenheit zu geben, sich darüber zu äussern und dies umso mehr, als dem L.-M.-Coll. seitens des Amtsgerichtes keine Fähigkeit gegeben worden ist, sich zu dem juristischen Gutachten zu äussern.

9. Herr Ganser: „Zur Lehre vom hysterischen Dämmerzustande“. Der Symptomencomplex, den er zuerst im Jahre 1897 (Arch. f. Psych. Bd. 30) beschrieben hat, ist in seiner Eigenart und in seiner grossen forensischen Bedeutung allseitig anerkannt worden. Redner beschreibt die wesentlichen Symptome desselben unter Anführung eines skizzirten Krankheitsfalles, verbreitet sich ausführlicher über das Symptom der „unsinnigen Antworten“ und der Bewusstseinsstörung, die nicht in einer Einengung, sondern in einer Trübung mit nachfolgender Amnesie bestehe und über die körperlichen Begleiterscheinungen, nämlich Sensibilitätsstörungen nach Art der Stigmata und Stirnkopfschmerz.

Redner wendet sich sodann gegen die Nissl'sche¹⁾ Aufstellung, wonach der beschriebene Symptomencomplex nichts Anderes sei als eine Form des katatonischen Negativismus und Einzelerscheinungen als hysterische Zeichen nur dann angesehen werden dürften, wenn der hysterische Charakter (im Sinne Kraepelin's) der betreffenden Person durch die klinische Methode (Berück-

1) Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie. Januarheft 1902.

sichtigung des gesammten Lebens- und Krankheitsverlaufes) erwiesen sei. Auch Redner hat Fälle von Katatonie beobachtet, bei welchen vorübergehend der beschriebene Symptomcomplex auftrat; er deutet sie als Fälle von Katatonie bei Personen mit hysterischer Anlage bzw. vor der katatonischen Erkrankung entwickelter Hysterie.

(Der Vortrag wird im nächsten Heft dieses Archivs veröffentlicht.)

10. Herr Seifert (Dresden): „Ueber einen Fall von Unfallhysterie mit cutaner und sensorischer Anästhesie“.

38jähriger Markthelfer, hereditär neuropathisch nicht belastet, vorher nie krank, erlitt vor 10 Jahren im Dezember 1892 dadurch einen Unfall, dass er auf abschüssiger Straße von einem mittelschweren Handwagen, den er nicht halten konnte, überfahren wurde und sich eine Erschütterung des Gehirns und Rückenmarks und eine starke Contusión der linken Schulter zuzog.

Daran anschliessend eine allmäliche Entwicklung schwerer hysterischer Symptome.

2 Monate nach dem Unfall neben den gewöhnlichen subjectiven Beschwerden der Unfallhysterie objectiv nur Abstumpfung der Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung am linken Arm und Hand. 2 Monate später: nach starker Aufregung erster hysterischer Dämmerzustand mit stärkerer Bewusstseinstrübung. Dauer 2 Tage. Im Anschluss daran:

- 1. totale Amaurose des linken Auges (dabei völlig normaler Augenbefund. Augenarzt Dr. G. Becker),
- 2. linksseitiger völliger Verlust des Gehörs, Geruchs und Geschmacks,
- 3. linksseitige Hemianästhesie der Haut und Schleimhäute,
- 4. konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes rechts.
- 2 Jahre nach dem Unfall:

Nach einer leichten Mandelentzündung wiederum ein schwerer hysterischer Dämmerzustand mit nachfolgendem hysterischen Mutismus. Nach 2 Tagen plötzliche Wiederkehr der ganz normalen Sprache.

- 4 Jahre nach dem Unfall.

Erneuter schwerer Dämmerzustand, an den sich eine totale Taubheit auf beiden Ohren und Stummheit anschloss.

Nach 19 Tagen erst kehrte das Gehör rechts zurück. Die Stummheit blieb 73 Tage bestehen. Einige Male wurde auch hysterisches Blutbrechen beobachtet.

6 Jahre nach dem Unfall trat noch eine hysterische Lähmung des linken Armes dazu.

Zur Zeit (10 Jahre nach dem Unfall) bestehen: eine vollständige linksseitige Analgesie und Anästhesie der Haut und der tieferen Theile (Gelenke, Muskeln, Sehnen etc.) auch der Schleimhäute, linksseitige totale Amaurose, linksseitige totale Taubheit, Verlust des Geruches und Geschmackes links, motorische Schwäche des linken Armes.

Infolgedessen stehen dem Kranken an Sinnesorganen nur noch des rechte Auge, Ohr und das Hautgefühl der rechten Seite zur Verfügung. Geruch und Geschmack auf der rechten Seite kommen nicht weiter in Betracht. — Schaltet

man auch diese noch restirenden Sinnesorgane aus, so beobachtet man constant folgendes:

Bei Controlle des rechten gesunden Auges können sämmtliche willkürliche Bewegungen der linken Hand und des Armes ebenso prompt ausgeführt werden, wie die der rechten. Sobald aber das rechte Auge geschlossen oder durch Drehung des Kopfes nach oben oder zur rechten Seite ausgeschaltet wird, ist plötzlich jede Bewegung links unmöglich. Lässt man z. B. mit beiden Händen einen Kreis beschreiben oder beide Hände abwechselnd öffnen und schliessen, so hört die Bewegung links sofort auf, wenn die Controlle des rechten Auges wegfällt. Dabei ist Pat. aber der Meinung, dass er die Bewegung noch immer mit beiden Händen ausführt. Auf die Frage, warum er in der Bewegung nicht fortfähre, antwortet er: ich weiss ja garnicht, wo meine Finger sind, weil ich sie nicht sehe.

Analog dazu verhält sich das Ohr zur Sprache.

Lässt man den Pat. zählen, so hört er plötzlich auf, weiter zu zählen; sobald man ihm das noch hörfähige rechte Ohr zuhält; er zählt aber weiter beim Wiederöffnen desselben. Verschliesst man dem Kranken mitten in einem begonnenen Satze plötzlich das rechte Ohr, so verstummt er sofort, er kann keinen Laut mehr hervorbringen und den Satz nicht vollenden. Ein weiteres Phänomen, welches ungefähr 8 Jahre bestanden hat und welches ich bei öfterer immer wieder bestätigt fand, ist folgendes:

Schloss man dem sitzenden oder stehenden Kranken das rechte Auge und verstopfte das rechte Ohr, so sank er nach wenigen Sekunden wie vom Blitze getroffen um und verfiel in einen schlafartigen Zustand. Derselbe war vollkommen identisch mit den hypnoiden Zuständen, die sich oft auch spontan bei dem Kranken einstellten.

Seit ca. einem Jahre trat bei dem Kranken insofern eine Besserung ein, als die Dämmerzustände sich verloren und seitdem lassen sich auch durch Augen- und Ohrenschluss nicht mehr derartige hypnoide Zustände hervorrufen.

Das blitzartige Umsinken tritt aber jetzt auch noch regelmässig ein.

Vortragender weist hin auf die gleichen oder ähnlichen Beobachtungen, welche Heyne, v. Ziemssen, Krukenberg, v. Strümpell, Raymond, Pronier, Séglas et Bonnus, Ballet, Roland an Hysterischen mit ausgebreiteten Anästhesien gemacht haben.

Er betont, dass der schlafartige Zustand bei seinen Kranken keinesfalls einem normalen Schlaf im physiologischen Sinne glich, sondern als ein hypnoider Zustand aufgefasst werden müsse.

Es handelt sich bei den hysterischen Anästhesien wohl am wahrscheinlichsten um eine Erkrankung des Bewusstseins, wobei die Reize der Aussenwelt im Gehirn nicht bewusst werden.

So konnte bei dem Kranken durch Ausschaltung aller noch vorhandenen Sinnesorgane das Bewusstsein der Persönlichkeit vollständig ausgelöscht werden.

Auch gelangen wahrscheinlich die cutanen und muskulären Bewegungs-empfindungen vom anästhetischen linken Arm dem Kranken nicht zum Be-

wusstsein. Er weiss nichts von seinem linken Arm und ist deshalb nicht im Stande, denselben ohne Weiteres willkürlich zu bewegen.

Erst, wenn für die mangelnden Bewegungsempfindungen ein anderes Sinnesorgan, hier das Auge, vicariirend die sensible Controlle übernimmt, kommen geordnete Bewegungen im anästhetischen Arme zu Stande.

Gewiss spielen hierbei aber auch andere, uns noch unbekannte Factoren eine wichtige Rolle. —

Vortragender stellt den Kranken selbst vor und demonstriert an demselben die oben mitgetheilten Beobachtungen. (Ausführliche Publication folgt.)

11. Herr Stegmann (Dresden): „Ueber Suggestivbehandlung von Trinkern“.

Vortragender hat seit Ende 1899 im Ganzen 28 Trinker der verschiedensten Art in Behandlung mit hypnotischer Suggestion genommen. Von diesen entzogen sich 5 innerhalb der ersten Woche der Behandlung, obgleich bei allen hypnotischer Schlaf erzielt wurde; 7 wurden längere Zeit hindurch behandelt, verfielen aber bald nach der Entlassung wieder dem Trunk, 16 endlich leben zur Zeit noch völlig enthaltsam; unter diesen erlitten allerdings 7 in der Zwischenzeit Rückfälle. Von den 9 bisher frei gebliebenen Fällen leben 2 seit über 2 Jahren, 4 seit 1 Jahr enthaltsam, 3 wurden erst im Laufe dieses Jahres aus der Anstalt entlassen. Die Behandlung wurde in der Art vorgenommen, dass die in das Stadt-Irrenhaus aufgenommenen Kranken, soweit sie sich zur Behandlung bereit finden liessen, zunächst in der Anstalt einige Wochen, in einigen Fällen auch mehrere Monate lang intensiv mit Suggestion im Wachzustand und im hypnotischen Schlaf behandelt wurden und dann nach der Entlassung 1—2 mal wöchentlich zur weiteren Behandlung in die Anstalt kamen. Es wurde verlangt und auch mit wenigen Ausnahmen erreicht, dass die Kranken nach der Entlassung in den Guttempler-Orden eintraten. Schwere psychische Degeneration erschwert die Behandlung und trübt die Prognose. Lange Dauer der Krankheit an sich schliesst Heilung nicht aus, macht nur längeren Anstaltsaufenthalt erforderlich.

Dr. H. Haenel. Dr. Doberenz.

Fig. 2

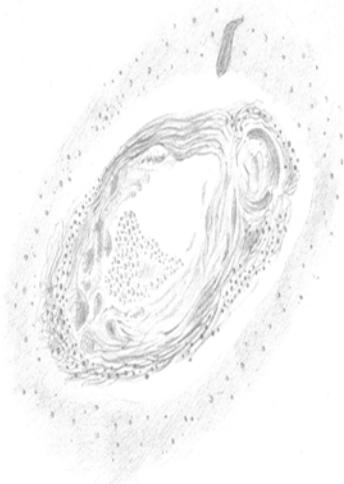


Fig.



Fig. 1.

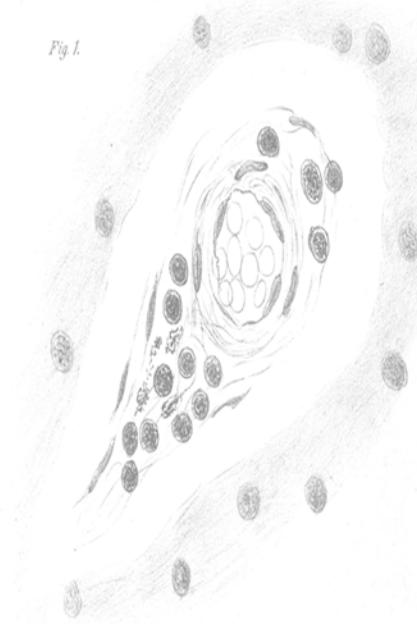


Fig. 3.

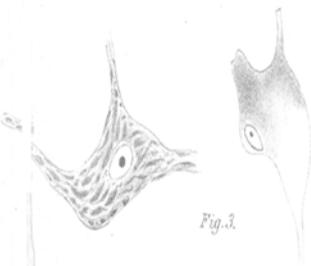
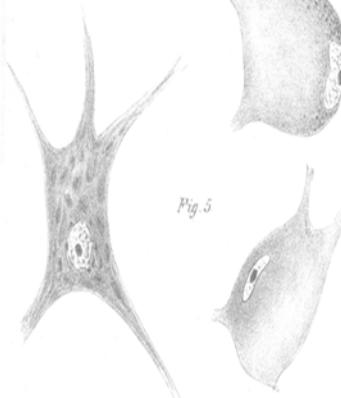


Fig. 3.



Fig. 5



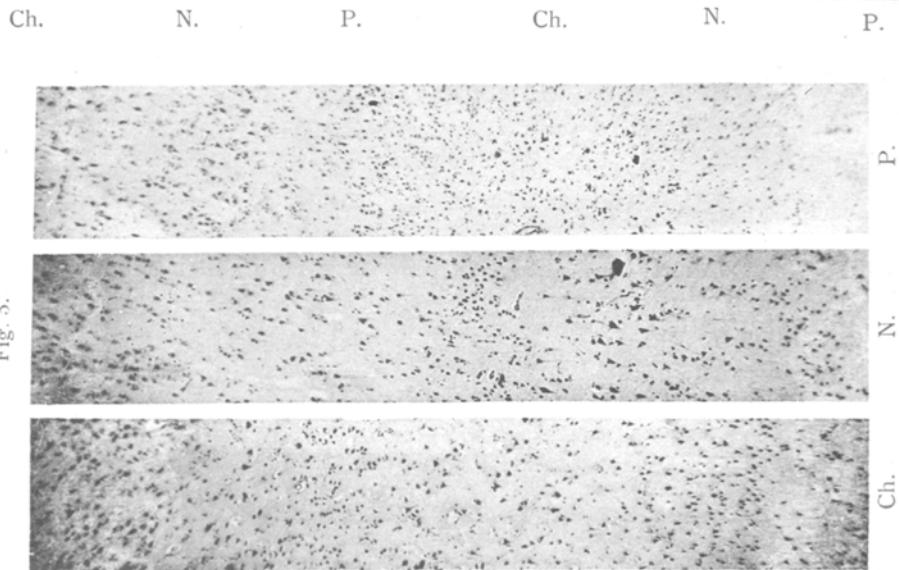
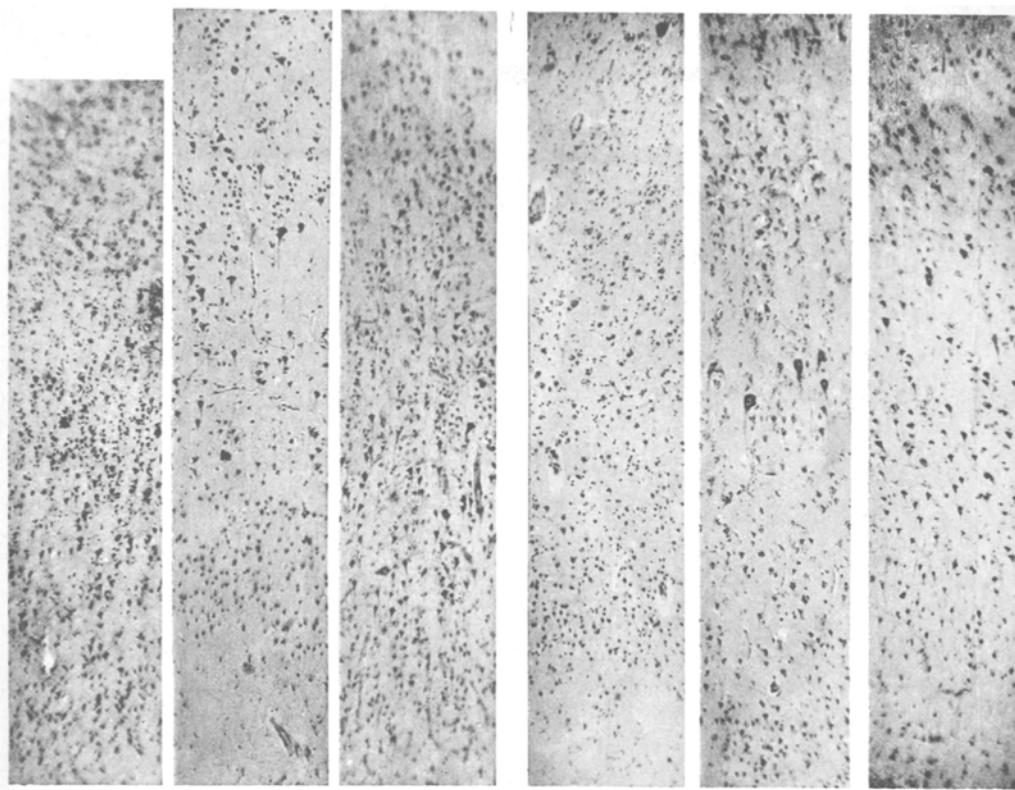


Fig. 3.

Fig. 4.

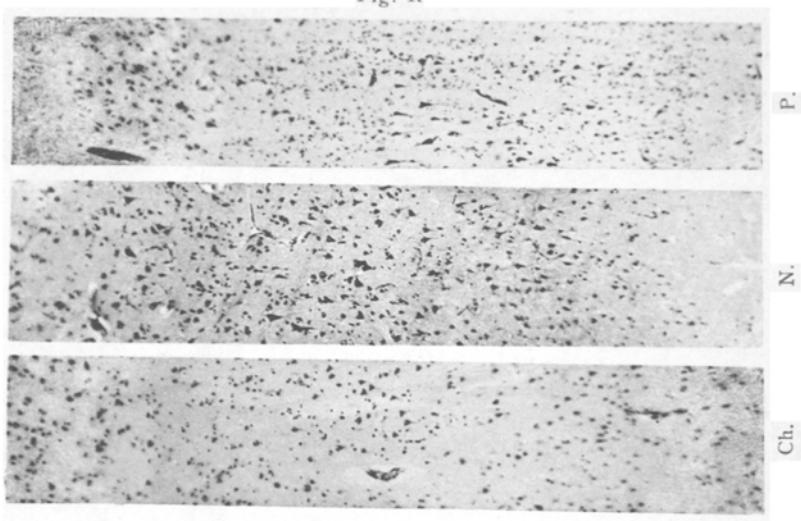
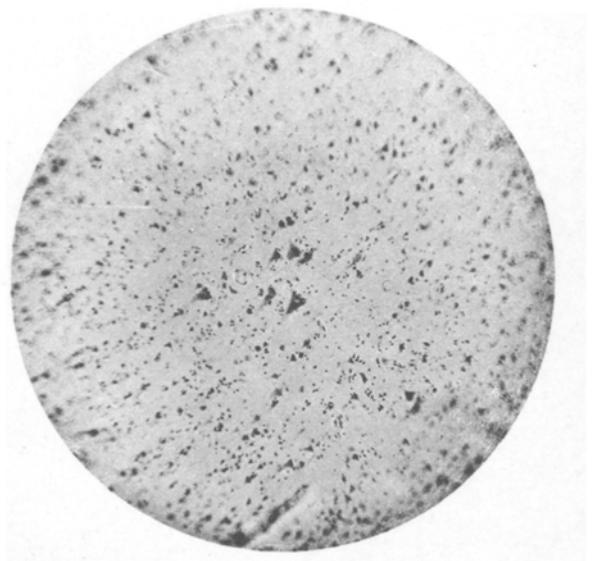


Fig. 5.



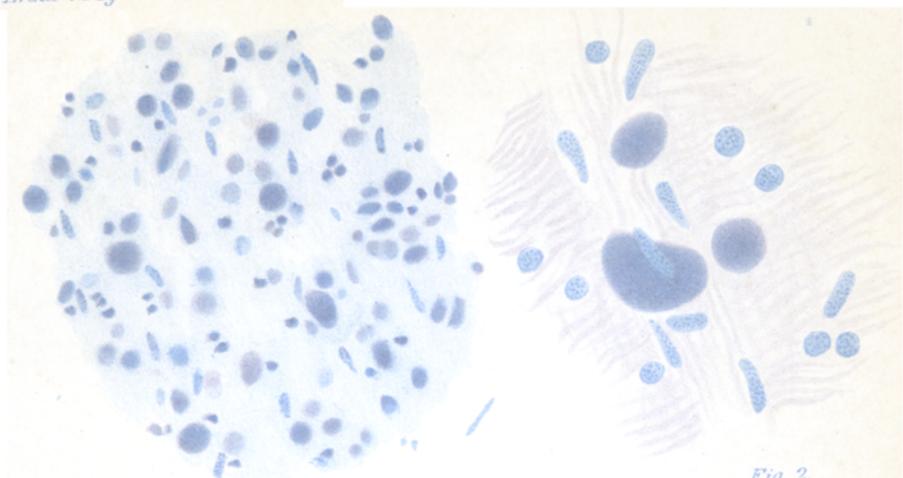


Fig. 1.

Fig. 2.

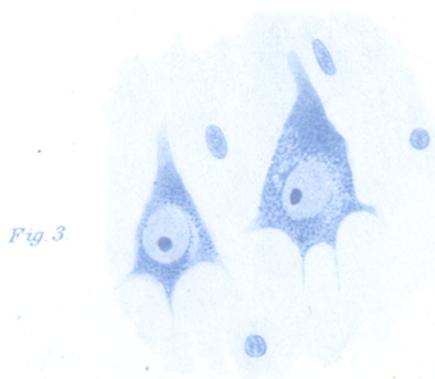


Fig. 3.

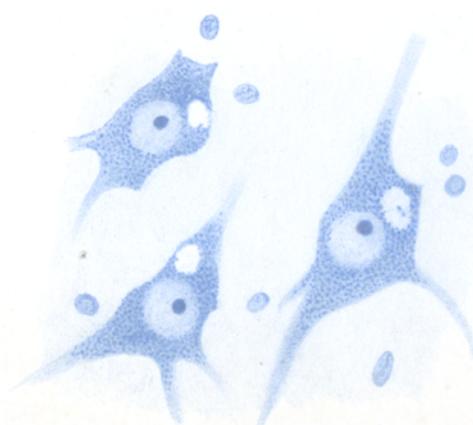


Fig. 4.

E. Laxé, Lith. Inst., Berlin.

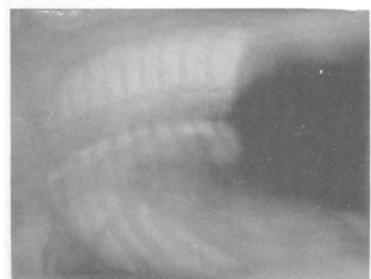


Fig. 7.



Fig. 7.



Fig. 4.

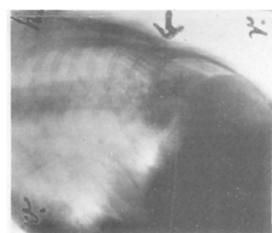


Fig. 2.

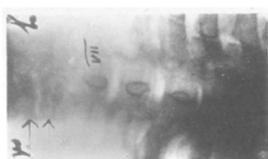


Fig. 8.

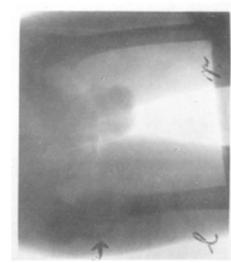


Fig. 3.

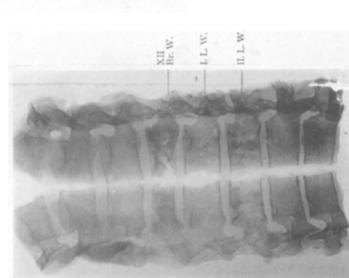


Fig. 5.

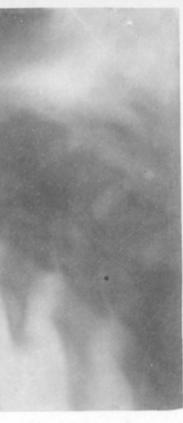


Fig. 9.



Fig. 10.
Beckenring



Fig. 11.

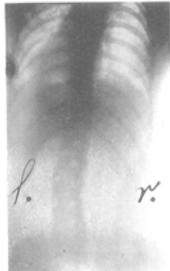


Fig. 14.

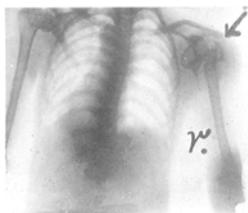


Fig. 15.

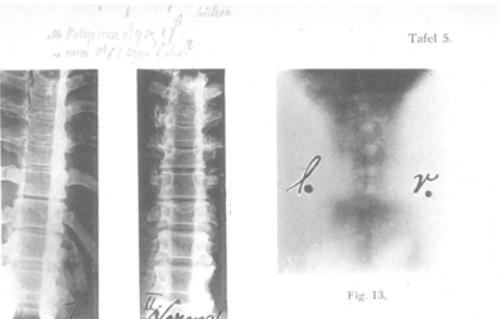


Fig. 12.



Fig. 13.



Fig. 16.

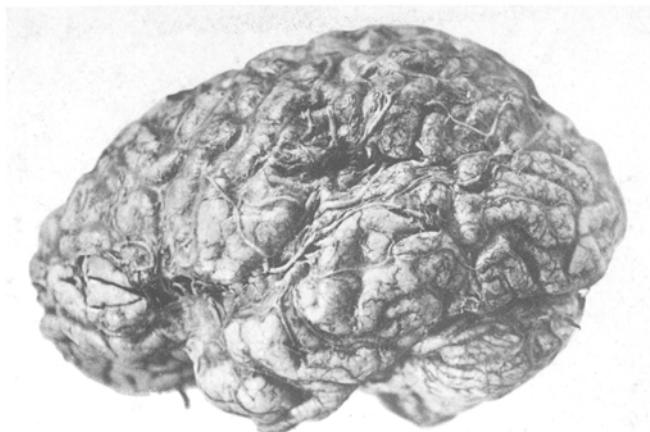


Fig. 1.



Fig. 2.



Fig. 3.



Fig. 4.



1



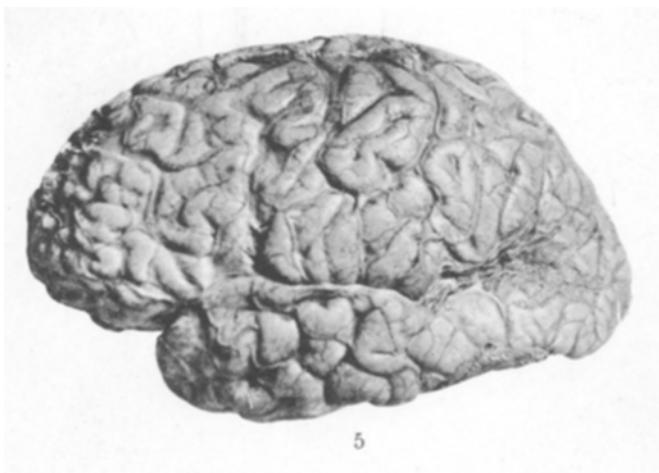
2

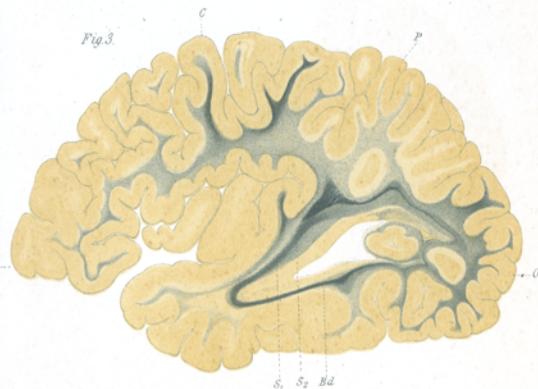
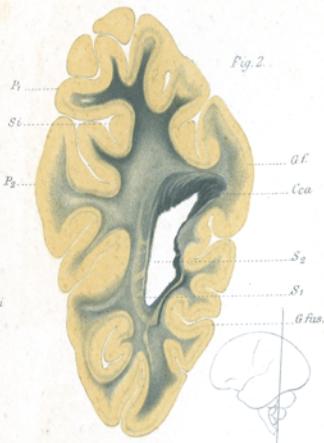
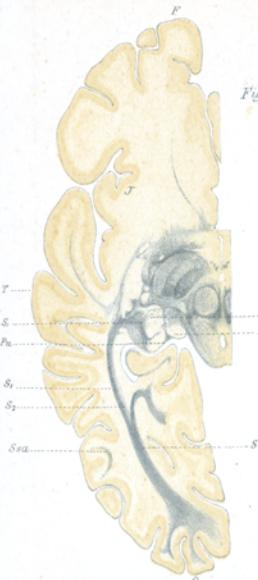


3

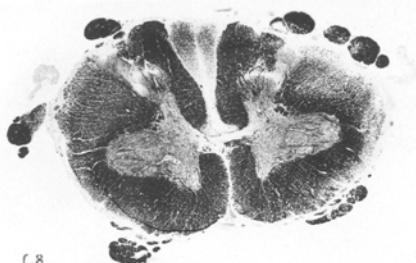


4

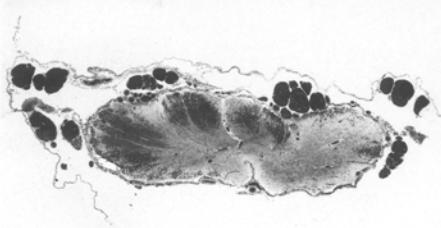




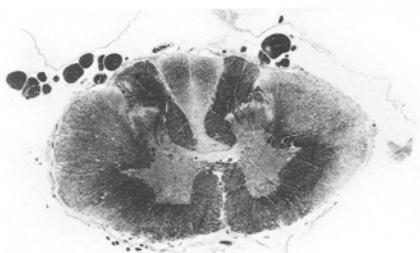
Erläutert im Text.



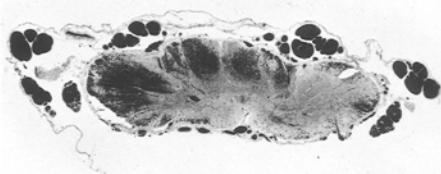
C.8.



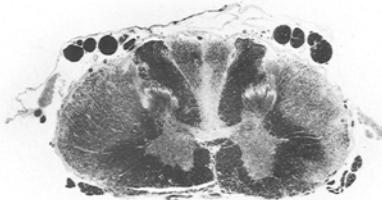
D.4.a.



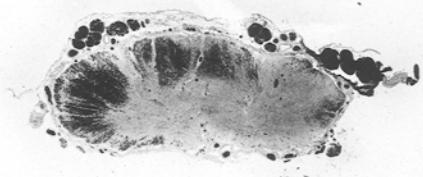
D.1.a



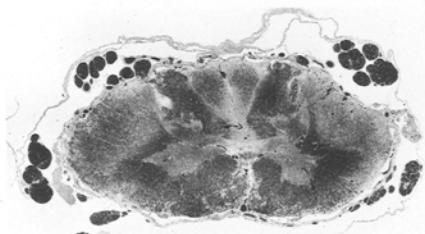
D.4.b.



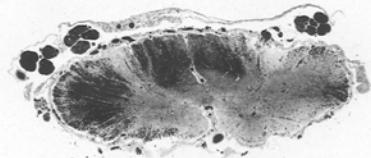
D.1.b



D.4.c.



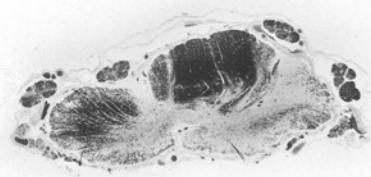
D.2.



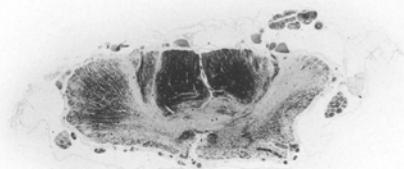
D.5.



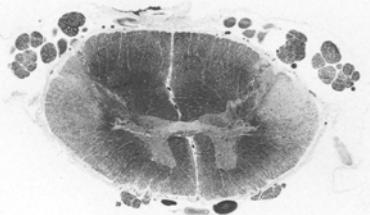
D.3.



D.6.a.



D.6.b



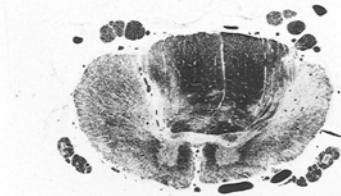
D.10.



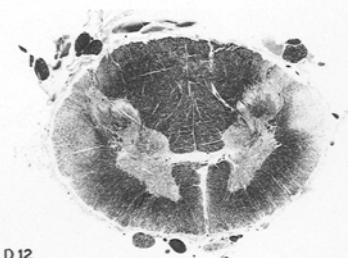
D.7.a



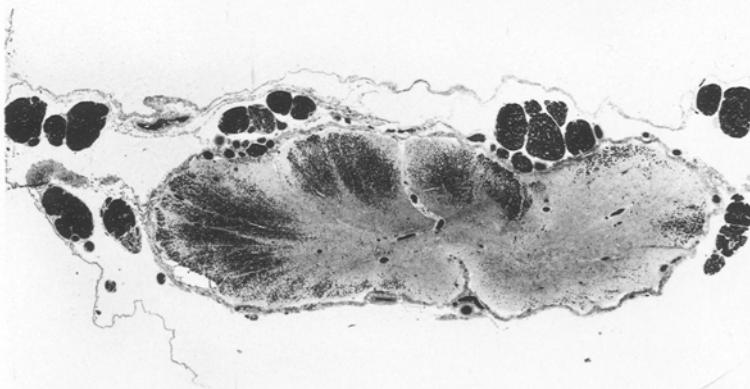
D.11.



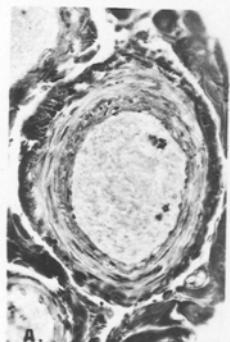
D.7.b.



D.12.



D.4.a.



A.

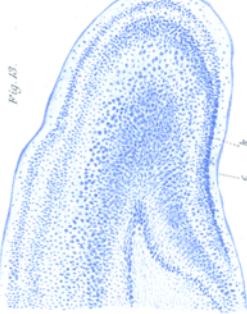
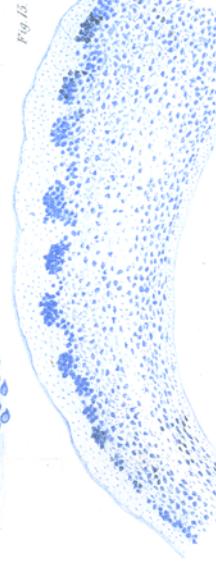
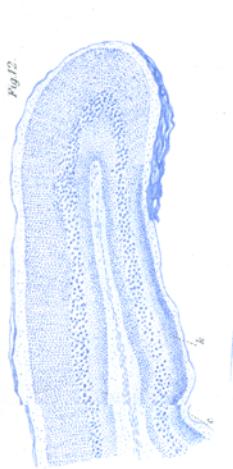
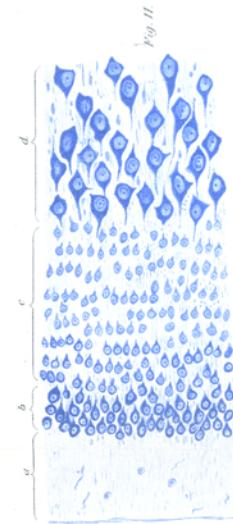
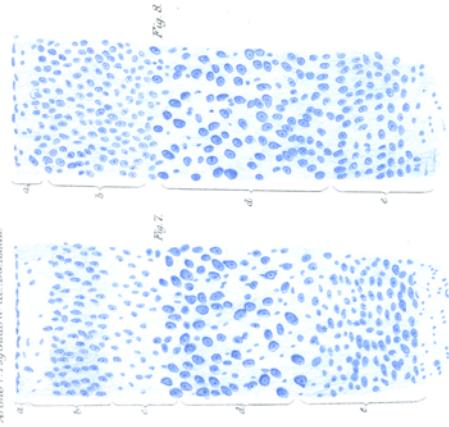
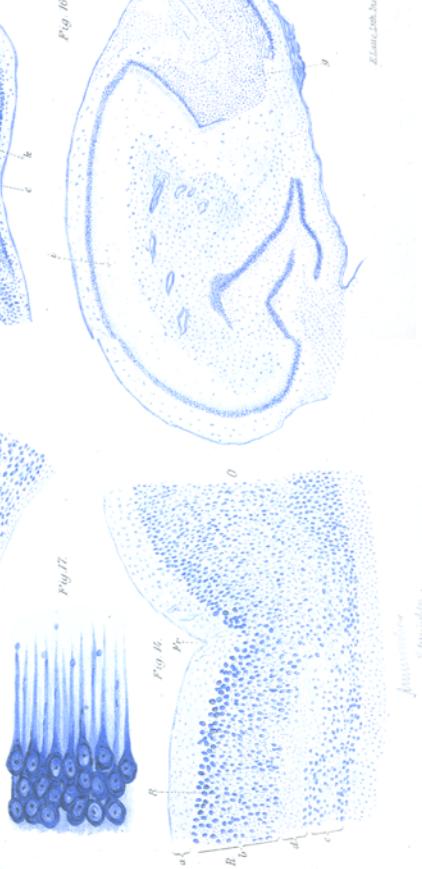
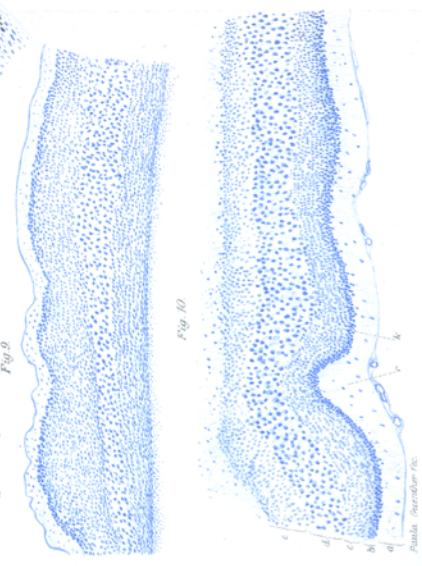


Fig. 9



*Amorphous
flavonoids*

Z. Zellforsch. Zool. Berlin

Fig. 1.



Fig. 2



Fig. 3.

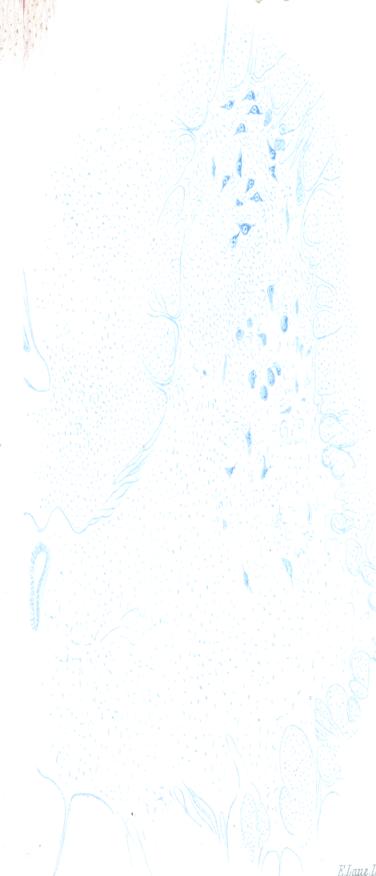
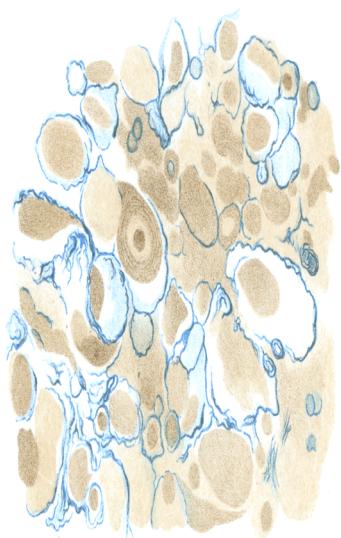


Fig. 4.



Reticularis
Glia
Kern

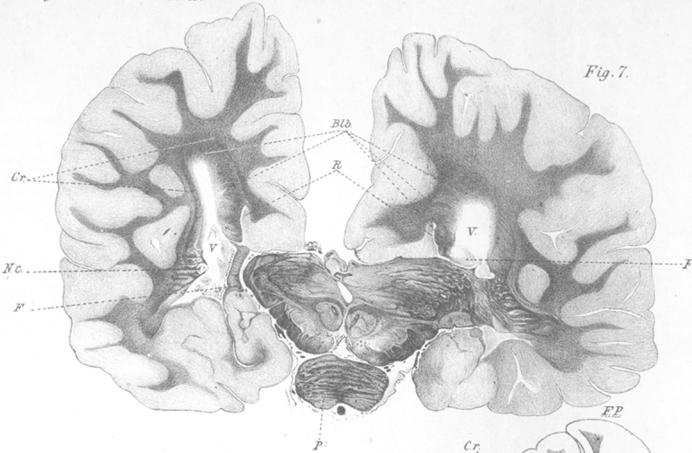
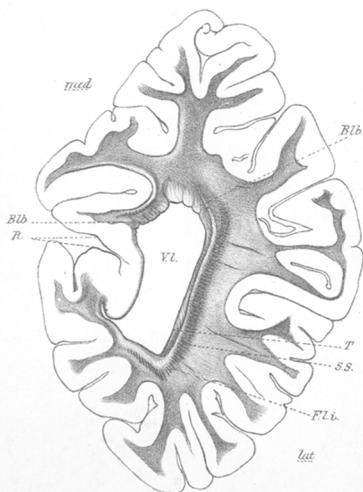


Fig. 7.

Fig. 8.



A. Levek, gez.

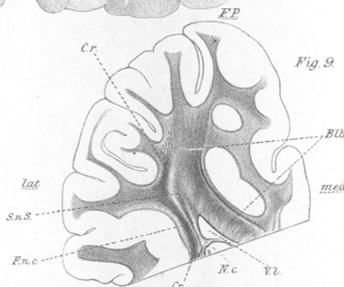
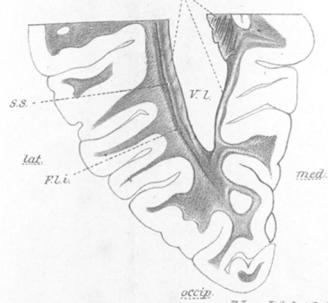


Fig. 9.

Fig. 10.



E. Laue, lith. Inst. Berlin.