

XXXVI.

XII. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen zu Dresden am 20. und 21. October 1906.

Anwesend:

Bennecke - Dresden, Bittorf-Breslau, Böhme-Hochweitzschen, Böhmel - Dresden, Böhmig - Dresden, Buschbeck - Dresden, Braune - Schwetzwitz, Dehio - Döben, Döllken - Leipzig, Donau-Dresden, Dumas-Leipzig, Facklam-Suderode, Faust-Dresden, Fiedler - Dresden, Förster - Breslau, Früstück - Hubertusburg, Gallay-Dresden, Ganser-Dresden, Geist-Zschadrasch, Görner-Dresden, Günther-Hubertusburg, Haenel-Dresden, Haensel-Leipzig, Hecker-Dresden, Hess-Görlitz, Hitzig-Halle, Hoehl-Chemnitz, Hoennicke-Greifswald, Hösel-Zschadrasch, Hofmann-Bautzen, Hufler-Chemnitz, Kötscher-Hubertusburg, Krell-Grossschweidnitz, Kühne-Cottbus, Lehmann-Coswig, Liebers-Döben, Matthes-Blankenburga. Harz, Meltzer-Chemnitz, Moritz-Leipzig, Ed. Müller-Breslau, Neisser-Bunzlau, Opitz-Chemnitz, Oppe-Dresden, Pässler-Dresden, W. Richter-Leipzig, Römer-Elsterberg, Rohde-Königsbrunn, C. Schmidt-Dresden, Schmaltz-Dresden, Schob-Sonnenstein, Schulze-Untergöltzsch, Seifert-Dresden, Seige-Dresden, Seyffert-St. Gilgenberg, Sobe-Dresden, Souza-Dresden, Stadelmann-Dresden, Tecklenburg-Tannenberg, Tetzner-Leipzig, Wanke-Friedrichroda, Warda-Blankenburg (Thür.), Weber-Sonnenstein, Wiesel-Ilmenau, Windscheid-Leipzig.

Herr Ganser eröffnet die Sitzung und begrüsst die Versammlung. Grüsse an dieselbe sind eingegangen von den Herren Anton-Halle, Moeli-Berlin, Weygandt-Würzburg, Ziehen-Berlin.

Zum Vorsitzenden der 1. Sitzung wird Herr Windscheid, der 2. Herr Binswanger gewählt.

Vorträge: 1. Herr Binswanger: Die Beziehungen zwischen Stoffwechsel-Erkrankungen und Psychosen.

Der Vortragende bespricht zuerst den gegenwärtigen Standpunkt der Forschung über die Beziehungen zwischen Stoffwechselstörungen und psychischen Krankheitszuständen. Zweifellos ist eine doppelte Beziehung vorhanden: einmal sind die Stoffwechselstörungen nur der Ausdruck oder die Folgeerscheinung cerebraler Krankheitsvorgänge. Er verweist hier auf die ätiologisch-klinische Gruppe der toxämischen Epilepsien. Zweitens aber besteht die Möglichkeit, Krankheitsgruppen festzustellen, bei welchen Störungen des Stoffwechsels, insbesondere des Stickstoffhaushaltes des Gesamtorganismus, den psychischen Veränderungen vorausgehen. An der Hand eines genau studirten Falles einer circulären Psychose (manisch-depressiven Charakters), in welchem auffällige Schwankungen des Stickstoffhaushaltes durch länger fortgesetzte quantitative Bestimmungen (Prof. Dr. Schulz-Jena) nachgewiesen wurden, weist er auf die Annahme hin, dass periodisch auftretende Selbstvergiftungen die Ursache der psychischen Alteration seien.

Es könnte fernerhin ein Zusammenhang mit dem psychischen Verhalten des Patienten insofern nachgewiesen werden, dass auch in den anfallsfreien Zeiten gewisse Störungen des Schlafes, leichte affective Erregbarkeit, gesteigerte Lebhaftigkeit der Traumvorstellungen, vorübergehendes Schwindelgefühl, direct mit den nachgewiesenen Störungen des N-Gleichgewichtes zusammenfielen. Bei einer genauen Regelung der Nahrungszufuhr, welche den durch die Untersuchung nachgewiesenen Störungen Rechnung trug, vor Allem durch eine Minderung der zugeführten Eiweiss- und Fett-nahrung und gleichzeitiger Steigerung der Kohlehydratzufuhr, wurde bislang (über 1 Jahr) ein erneuter Ausbruch einer manischen Erregungsphase verhütet.

Diese Untersuchungen, welche noch keineswegs abgeschlossen sind, sollen die Anregung geben, dass auf die Stoffwechseluntersuchungen an klinischen Instituten und vor Allem aber auch an den Landesanstalten ein grosser Werth gelegt wird. Die Einrichtung kleiner physiologisch-chemischer Laboratorien an den Landesanstalten ist dringend erforderlich. Da diese Untersuchungen äusserst zeitraubend sind und methodisch durchgeführt werden müssen, so besteht die weitere Forderung, dass ein Arzt der Landesanstalten speciell mit der Ausführung solcher Arbeiten betraut wird. Sie werden am meisten Erfolg versprechen bei allen Krankheitsfällen mit einem verhältnismässig regelmässigen cyklischen Typus des Krankheitsverlaufes.

Eine ausführliche Mittheilung über den Vortrag wird später erfolgen.

(Autoreferat.)

Discussion.

Herr Ganser hält die Anregung zu Untersuchungen in der Richtung des Binswanger'schen Vortrages für sehr werthvoll in der Ueberzeugung, dass viele Psychosen auf Stoffwechselstörungen beruhen, deren Nachweis nur bei den jetzigen Methoden sehr schwer und mühsam ist und eine besondere Vorbildung der Aerzte erheischt.

Herr Schmaltz weist auf die Arbeiten von Lange in Kopenhagen hin, der bei Personen, die an periodischen Depressionen litten, Störungen der

Harnsäureausscheidung beobachtet hat und durch deren Behandlung günstige Erfolge erzielt zu haben glaubt.

Herr Pässler weist auf die leichteren psychischen Störungen bei vielen Stoffwechselkranken hin, so ausser bei Diabetikern z. B. bei den Gichtikern, die oft selbst das Kommen eines Anfalles an einer Veränderung ihres psychischen Verhaltens bemerken. Bekannt sind ferner die psychischen Veränderungen, ja wirklichen schweren Psychosen bei Herzkranken, deren Stoffwechselproducte zunächst in den Gewebssäften, den Oedemen aufgestapelt und dann bei wieder einsetzender Diurese plötzlich in grossen Mengen in die Blutbahn geworfen werden. — Von den psychischen Veränderungen bei Stoffwechselstörungen (endogene Gifte) sind die bei Infektionskrankheiten, wie Tuberkulose, Typhus, Lyssa etc. (exogene Gifte) principiell zu scheiden.

2. Herr Stadelmann (Dresden): Ueber Harnsäurebefunde bei genuiner Epilepsie. Vortr. berichtet über das Ergebniss einer jahrelangen Harnsäureuntersuchung bei epileptischen Kindern. Es stellte sich heraus, dass sowohl vor den Anfällen als auch vor den Vorsymptomen der Anfälle, die Harnsäure im Harn, individuell verschieden, periodisch vermindert erscheint; nach den epileptischen Symptomen tritt sie vermehrt im Harn auf. Das Stadium der geringeren Ausscheidung der Harnsäure geht einher mit einem Stadium gesteigerter Reizbarkeit, das der vermehrten Ausscheidung mit einem Stadium herabgesetzter Reizbarkeit. Bei der Ermüdung fällt ebenfalls das Stadium gesteigerter Reizbarkeit zusammen mit verminderter, das der herabgesetzten Reizbarkeit mit vermehrter Harnsäureausscheidung. Es liegt somit nahe, die inneren physikochemischen Vorgänge bei der Ermüdung in analogen Zusammenhang zu bringen mit denen bei der Epilepsie, zumal da die Frühsymptome der Epilepsie auch diejenigen der Ermüdung im allgemeinen sind. Es ist die Harnsäureprüfung ein wichtiger Factor bei der Frühdiagnose der Epilepsie. Nicht die Harnsäure verursacht die Epilepsie, sondern der angegebene Befund ist voraussichtlich nur eine Begleiterscheinung eines ähnlichen Vorganges, bei dem es sich jedoch um colloidal gelöste Proteine handelt. Die angegebenen Harnsäurebefunde sind jedenfalls nur der Ausdruck einer Störung in der gleichgestimmten Bethätigung aller Organe unter sich.

Discussion.

Herr Binswanger fragt, ob Vortr. die Harnsäurebefunde als Ursache oder als Ausdruck der epileptischen Anfälle aufgefasst wissen will.

Herr Stadelmann: Sie sind nur als Symptom, nicht als Ursache der Epilepsie anzusehen.

3. Herr Pässler: a) Demonstration eines Falles von Dyskinesia arteriosklerotica.

Bei einem 36jährigen Arbeiter tritt nach einer Anzahl anstrengender Armbewegungen (Heben eines Stuhles) eine schmerzhafteste Steifigkeit in den Armen ein, die Bewegungen werden langsamer, schwächer und schliesslich unausführbar. Eine Pause von wenigen Minuten genügt, um die Störungen wieder auszugleichen, je öfter aber der Versuch wiederholt wird, umso rascher

stellt sie sich wieder ein. Muskel- und Nervensystem normal, dagegen fehlt beiderseits der Puls an der Radialis, der der Brachialis ist nur mit Mühe aufzufinden. Das Arterienrohr ist nicht verhärtet, sondern nur sehr eng, aber weich, woraus zu schliessen ist, dass der vorliegende Process wahrscheinlich nicht die gewöhnliche Arteriosklerose ist. Die Störung trägt alle Merkmale der als intermittirendes Hinken beschriebenen Krankheit; ätiologisch ist in Betracht zu ziehen, dass der Patient als Chamotte-Arbeiter an den Oefen Arme und Hände dauernd extremen Temperaturunterschieden aussetzen musste.

b) Zur Frage nach dem Wesen der Entartungsreaction:

Demonstration zweier Fälle (Brüder) von amyotrophischer Myotonie. Bemerkenswerth ist, dass ein älterer Bruder der beiden Geschwister anscheinend an gewöhnlicher hypertrophischer Myotonie leidet.

Fall I. M. H., 35 jähriger Buchdrucker. Die Myotonie machte sich zuerst in der Pubertätszeit bemerkbar. Der Kranke konnte feinere Arbeiten mit den Händen allmählig immer schlechter ausführen. Schwächeerscheinungen traten erst eine Reihe von Jahren später auf, etwa mit dem 25. Jahre begann eine ganz allmähliche Abmagerung der Hände. Zur Zeit besteht auch leichte Schwäche, beziehungsweise Ermüdbarkeit in den Beinen. Patient kann aber noch etwas arbeiten.

Status praesens: Ausgesprochene Myotonie in den Unterarm- und kleinen Handmuskeln, sonst subjectiv und durch den blossen Anblick wahrnehmbare Myotonie nicht vorhanden. Starke Atrophie der kleinen Daumenmuskeln, des vierten Interosseus, der Unterarmstrecker und -Beuger beiderseits, sonst Armmuskeln nicht deutlich atrophisch. Am Skelett ausgesprochene Atrophie der Supra- und Infraspinati; am Kopf beträchtliche Atrophie der Kaumuskeln und der vom Facialis versorgten Muskeln. Zunge nicht atrophisch, Sprache leicht näselnd. Atrophie beider Sternocleidomastoidei. Erhöhte mechanische Erregbarkeit in sämtlichen Muskeln des Gesichts inclusive Zunge, der Unterarme und Hände, zum Theil der MM. bicipites, pectorales, supra- und infraspinati, ferner an den Unterschenkeln und an den Sacrolumbales. Die atrophischen Muskeln zeigen sehr geringe rohe Kraft, sonst ist die rohe Kraft leidlich.

Contralaterale Mitbewegungen fehlen bei aktiven und passiven Bewegungen.

Die MyR ist ausgesprochen in allen oben erwähnten Muskeln mit mechanischer Uebererregbarkeit. In den atrophischen Muskeln zeigt sie eine besondere Modification: bei galvanischer Stromesschwankung tritt nicht wie bei der gewöhnlichen MyR ein rascher Anstieg mit nachfolgender Dauercontraction ein, sondern es erfolgt erst unter dem Einfluss des constanten Stromdurchflusses eine allmählig zunehmende tonische Contraction, die nur ganz langsam wieder abnimmt. Während die gewöhnliche MyR mit der Contraction des veratrinsirten Muskels verglichen werden kann, zeigt die beschriebene Modification der atrophischen Muskeln vollständige Uebereinstimmung mit der von Joteyko experimentell studirten Sarkoplasma-Reaction.

MyaR kann nirgends nachgewiesen werden. Ebenso fehlt Muskelwogen

(Erb). — Bei faradischer Reizung in den gut erhaltenen Muskeln ebenfalls MyR, in den atrophischen Muskeln zum Theil nicht deutlich auszulösen.

Bemerkenswerth ist noch, dass in einzelnen Muskeln, so z. B. den Mm. biceps und pectorales einzelne Muskelbündel blitzartig zucken, andere sich myotonisch contrahiren. Schliesslich beobachtet man an allen myotonisch reagirenden Muskeln die Contraction auch dann, wenn der galvanische Strom ganz langsam eingeschlichen wird.

Fall II. R. H., 33 jähriger Arbeiter, Bruder des vorigen. Die Myotonie hat sich erst mit dem 18. Jahre durch Schwäche und Ziehen in den Beinen bemerkbar gemacht. Zunahme der Störungen erst in den letzten Jahren, wobei auch Abmagerung in den Händen bemerkt wurde. Ein eigenthümlich „schläfriger“ Gesichtsausdruck soll schon vom Lehrer in der Schulzeit bemerkt worden sein.

Der Allgemeinzustand gleicht mit geringen Abweichungen vollständig demjenigen des älteren Bruders. Die Atrophie der Gesichtsmuskeln ist noch etwas hochgradiger. Stirn faltenlos, kann auch nicht gefaltet werden; leichte Ptosis, die Augen können auch nur unvollkommen geöffnet werden. Pfeifen unmöglich. Am Hals starke Atrophie der Sternocleidomastoidei. Am Skelett nur die Supra- und Infraspinati atrophisch, an den oberen Extremitäten Vertheilung der Atrophien wie bei Fall I, aber noch weniger ausgeprägt. An den Füßen wahrscheinlich Atrophie der kleinen Fussmuskeln.

Die Myotonie ist wieder am stärksten in den kleinen Handmuskeln, beträchtlich auch in den Beinen; gering nachweisbar in der Lendenmuskulatur. Daselektrische Verhalten und das Verhalten der mechanischen Muskeleirregbarkeit stimmt genau mit demjenigen bei Fall I überein. Die kleinen Fussmuskeln reagiren auf den galvanischen Strom wie die atrophischen kleinen Hand- und Unterarmmuskeln.

Vortr. bespricht zunächst das Verhältniss der in den atrophischen Muskeln beobachteten MyR zur EaR, namentlich mit Rücksicht auf die kürzlich von Joteyko ausgesprochene Theorie. Joteyko nimmt noch auf Grund der älteren Untersuchungen an, dass die atrophirenden Muskeln, welche EaR zeigen, an anisotroper Substanz verarmen, dafür an Sarcoplasma reicher werden. Die EaR sei nichts anderes als eine Sarcoplasma-Reaction. Dieser Theorie widerspricht aber 1. die Thatsache, dass die EaR stets nur von der galvanischen Stromesschwankung ausgelöst wird, nicht aber von dem constanten Stromdurchfluss, wie die Sarcoplasmacontraction; 2. der Umstand, dass die Sarcoplasma-reaction in reiner Form beobachtet wird, aber wie die beiden demonstirten Fälle zeigen, bei der Myotonie. Es ist auch unmöglich, anzunehmen, dass die EaR eine Mischung der Contraction der anisotropen Substanz und des Sarcoplasmas des quergestreiften Muskels ist. Denn diese Mischung sehen wir in ganz anderer Form als die EaR bei der gewöhnlichen myotonischen Reaction in den nicht atrophischen Muskeln.

Ein Vergleich der experimentell von Joteyko studirten Sarcoplasma-reaction mit den Muskelreactionen auf directe galvanische Reizung in den demonstirten Fällen lässt diejenige Annahme als die am wahrscheinlichsten

richtige erscheinen, welche das Wesen der Myotonie in einer gesteigerten Erregbarkeit des Sarcoplasma sucht.

Mit dieser Annahme lassen sich auch alle sonstigen Erscheinungen der Myotonie am besten in Einklang bringen.

1. Die myotonische Starre nach willkürlichen Muskelcontractionen würde einfach als Sarcoplasmacontraction anzusehen sein. Damit stimmt das Fehlen des Muskeltons (Herz) bei der myotonischen Contraction überein: Die myotonische Contraction ist kein Tetanus.

2. Das Nachlassen der Erstarrung nach wiederholt willkürlichen Contractionen erklärt sich dann ohne Weiteres mit der bekannten leichten Ermüdbarkeit des Sarcoplasma auf wiederholte Reize.

3. Die bei Myotonie häufig gefundene Zunahme der AnSZ gegenüber der KSZ entspricht den gleichen Verhältnissen bei der Sarcoplasmaeaction.

4. Schiefferdecker und Schultze haben auch anatomische Veränderungen am Sarcoplasma der myotonischen Muskeln gefunden, welche den Sitz der Krankheit hier vermuthen lassen.

5. Die gut gestützte Annahme, dass die Myotonie auf einer Stoffwechselstörung bezw. Autointoxication beruht, steht mit der Sarcoplasmatheorie jedenfalls nicht in Widerspruch. Joteyko hat in einer anderen Arbeit gezeigt, dass das Sarcoplasma auf Adrenalin, Schilddrüsenextracte und andere Organextracte ausserordentlich stark reagirt. Die erhöhte Erregbarkeit des Sarcoplasma bei der Myotonie könnte also die unmittelbare Folge einer Autointoxication sein. Das ungleichmässige Befallensein der Muskeln von der myotonischen Veränderung, ebenso das mitunter plötzliche Einsetzen der Krankheit hätte dann ein Analogon in dem electiven Befallensein einzelner Organe und dem mitunter plötzlichen Manifestwerden der Erscheinungen bei der Basedow'schen Krankheit.

Die Frage, ob nervöse Einflüsse bei der Erhöhung der Erregbarkeit des Sarkoplasma überhaupt eine Rolle spielen, möchte P. einstweilen offen lassen. Die von Curschmann jun. dafür jüngst angeführten Gründe hält P. nicht für genügend stichhaltig. Contralaterale Mitbewegungen können, wie die demonstirten Fälle zeigen, bei ausgesprochenen Myotonikern vollständig fehlen. Das Fehlen der myotonischen Störung bei reflectorischen Bewegungen in sonst myotonischen Muskeln wurde von anderen Autoren ausdrücklich festgestellt. Die von Curschmann gefundene MyaR in den atrophischen myotonischen Muskeln lässt sich sehr wohl auch aus der leichten Ermüdbarkeit des Sarkoplasma erklären. Schliesslich spricht speciell gegen einen cerebralen Sitz des die Myotonie auslösenden Momentes wohl der Umstand, dass in einem und demselben Muskel nebeneinander myotonisch und normal reagirende Muskelbündel gefunden wurden.

(Autoreferat.)

Discussion.

Herr Hoehl (Chemnitz) fragt an, was das Röntgenbild des Falles von Dyskinesia angiosclerotica gezeigt habe. Nach seinen Erfahrungen sind arteriosclerotische Veränderungen dabei selten, sodass Veränderungen der

Innervation der Gefässe anzunehmen nahe liegt. Auffallend war ihm in einigen Fällen das Auftreten von schreibkrampfartigen Zuständen bei Leuten höheren Alters.

Herr Pässler: Die Annahme eines Krampfes der Arterie als Ursache der Bewegungsstörungen des Armes kann hier sicher ausgeschlossen werden; wir haben auf keine Weise vermocht, die verengerte Armarterie zur Erweiterung zu bringen (z. B. durch Sandbäder, Heissluft etc.).

4. Herr Hess (Görlitz): Ist die gesetzliche Schadenersatzpflicht der geschäftsunfähigen heimlichen Geisteskranken zu empfehlen:

Der Centralverband des Deutschen Bank- und Banquiergewerbes hat in einer Eingabe an das Reichsjustizamt ausgeführt, dass die §§ 104, 105 B.G.B. im Interesse der Sicherheit des geschäftlichen Verkehrs insofern einer Modification bedürfen, als der bestehende Rechtszustand erhebliche und ungerechtfertigte Vermögensnachtheile für denjenigen nach sich zieht, welcher mit einer anscheinend geistig völlig gesunden, in Wahrheit aber geistig erkrankten Person im Vertrauen auf ihre unbeschränkte Geschäftsfähigkeit Rechtsgeschäfte abschliesst. Zur Beseitigung der Missstände wird gewünscht, dass der § 122 B.G.B., der für einige dort genannten Specialfälle eine Schadenersatzpflicht aufstellt, auch auf nicht entmündigte Geisteskranke ausgedehnt werde, die der Contrahent beim Geschäftsabschluss für geistig gesund halten durfte. Bisher haben sich zu dieser Frage zwei Juristen geäussert, Leonhard (Breslau) und Kühlenbeck (Lausanne), die beide das Bedürfniss eines Schutzes der Geschäftswelt anerkennen. Leonhard ist jedoch gegen eine Aenderung des § 122, sondern empfiehlt „einen billigen Ausgleich durch richterliches Ermessen“ nach dem Princip des § 829 B.G.B., der bestimmt, dass Geisteskranke für Handlungen, die Delicte wären, wenn ihre Urheber sich der geistigen Gesundheit erfreuten, sofern der Ersatz des Schadens nicht von einem aufsichtspflichtigen Dritten erlangt werden kann, insoweit den Schaden zu ersetzen haben, als die Billigkeit nach den Umständen, insbesondere nach den Verhältnissen der Betheiligten, eine Schadloshaltung erfordert, und dem Kranken nicht die Mittel entzogen werden, deren er zum standesmässigen Unterhalte sowie zur Erfüllung seiner gesetzlichen Unterhaltungspflichten bedarf. Leonhard glaubt, dass folgender Zusatz genügen würde: „Das Gleiche gilt zu Gunsten der durch schuldlose Unkenntniss der Geschäftsunfähigkeit ihres Geschäftsgenossen Geschädigten“. Kühlenbeck dagegen verlangt wie der Centralverband eine Aenderung des § 122. Am Vorschlag Leonhard's hat er hauptsächlich auszusetzen, dass die Haftung des § 829 nur eine subsidiäre und seine Inanspruchnahme mit kostspieligen Weitläufigkeiten verbunden ist; ausserdem ist K. sehr misstrauisch gegen die durch den § 829 eingeräumte absolute Souveränität des Richters.

Vortragender betont, dass man die Angelegenheit nicht allein vom Standpunkt der geschädigten Geschäftsleute aus betrachten dürfe, sondern auch die Interessen der Geisteskranken wahren müsse. Aus begreiflichen Gründen bestreiten die Geschäftsleute stets, an der geistigen Gesundheit des Geschäftsgenossen beim Geschäftsabschluss gezweifelt zu haben, und man wird ihnen so

gut wie nie das Gegentheil beweisen können. Es kommt vor, dass Geschäftsleute trotz des jetzt geltenden, ihnen ganz ungünstigen Gesetzes Aufträge von Personen annehmen, deren durch Geisteskrankheit bedingte Geschäftsunfähigkeit sie wohl erkennen oder doch erfahren können, nicht nur aus Nachlässigkeit, sondern manchmal geradezu aus Berechnung; sie bauen darauf, dass es nicht gelingen wird, den Beweis für die Geisteskrankheit des Contrahenten zur Zeit des Geschäftsabschlusses zu erbringen, oder dass die Gegenpartei zur Vermeidung von Scandal und Process das Geschäft gelten lassen bzw. den Schaden ersetzen wird. Kranke mit beginnender Paralyse oder Manie, Schwachsinnige jeder Art und Heboidophreniker lassen von skrupellosen Geschäftsleuten ohne Schwierigkeit sich zu fabelhaften Aufträgen und Käufen verleiten, sodass ganze Vermögen verloren gehen. Durch die beantragte Aenderung des § 122 würde die Position der unreellen Geschäftsleute wesentlich gestärkt werden. Vortragender ist mit Leonhard der Ansicht, dass, bevor man das Recht ändert, im weitesten Umfange zu untersuchen ist, ob wirklich ein allgemeines Bedürfniss hierzu vorliegt. Sollte eine Gesetzesänderung sich als nothwendig erweisen, so ist nicht die des § 122, sondern die des § 829 nach Leonhard zu empfehlen. Es bleiben dadurch die Interessen der Allgemeinheit gewahrt, indem nicht einfach die Höhe des Schadens für den Ersatz maassgebend ist, sodass im ungünstigen Fall dem Geisteskranken sein ganzes Vermögen genommen werden muss, und der Kranke der öffentlichen Pflege zur Last fällt; sondern es müssen ihm die Mittel zum Lebensunterhalt sowie zur Erfüllung der gesetzlichen Unterhaltungspflichten belassen werden. Auf diese Weise wird ihm auch nach seiner eventuellen Genesung die Rückkehr ins Leben wesentlich erleichtert. Dem geschädigten Geschäftsmann bietet der § 829 den Vortheil, dass er den Schadenersatz eventuell von einem aufsichtspflichtigen Dritten beanspruchen kann. Die von Kuhlenbeck angezweifelte Fähigkeit der Richter, den § 829 zweckmässig anzuwenden, könnte, wenn sie thatsächlich nicht vorhanden ist, wohl durch Uebung erworben werden.

Herr Neisser hält es für sehr dankenswerth, dass der Vortragende den schwebenden Bestrebungen gegenüber das Rechtsinteresse der nicht erkannten Geisteskranken hervorhebt. Der Schutz derselben darf keinesfalls abgeschwächt werden. Die bewussten Schädigungen gegenüber denselben, welche der Vortragende so stark betont hat, scheinen ihm aber überschätzt zu werden.

5. Herr Döllken: Wann sind Unfallneurosen heilbar?

Votr. stellt Klassen von traumatischen Neurosen, die nichts mit der modernen Gesetzgebung oder mit Versicherungen zu thun haben (nach operativen Geburten bei Frauen, nach Sturz vom Pferde bei Offizieren, nach Sportverunglückungen, nach studentischen Messuren) den Betriebsunfallneurosen gegenüber. Jene verlaufen fast alle acut oder subacut, aber auch von den Unfallneurosen der Arbeiter kommt der grösste Theil nach einiger Zeit zur Heilung. Erhebungen in 4 Fabriken, in denen in einem 10jährigen Durchschnitt 13000 Arbeiter beschäftigt waren, zeigten, dass dort keine einzige chronische Unfallneurose vorgekommen war. Allerdings werden in diesen Betrieben alle verunglückten Arbeiter mit Volllohn wieder eingestellt.

Vortr. sieht die Chronicität der Unfallneurosen der Arbeiter vorwiegend in socialen Ursachen: psychischer Infection, durch das Gesetz veranlasster Aufmerksamkeit auf die Krankheit, Begehrungsvorstellungen, zu langer Dauer des Processes, Rentenkampf, unvollkommener Möglichkeit einer Kapitalabfindung, fehlender Berufsfreude und mangelhaftem Pflichtgefühl. Da es widersinnig erscheint, nur mit medicinischen Heilfactoren gegen sociale Ursachen wirken zu wollen, werden eine Reihe socialer Mittel vorgeschlagen:

1. Mit den 13 Karenzwochen geht zu viel kostbare Zeit verloren. Die Berufsgenossenschaften sollen das Verfahren sofort übernehmen.
2. Die Behandlung darf nur von geschulten Aerzten ausgeführt werden und soll möglichst in einer Hand bleiben — ev. in einem Krankenhaus.
3. Aerzten und Studenten muss möglichst viel Gelegenheit zur Ausbildung in der gesammten Unfallheilkunde gegeben werden.
4. Vernehmungen und Untersuchungen sollen bedeutend eingeschränkt werden, die Untersuchungen in derselben Instanz möglichst immer von demselben Arzt ausgeführt werden.
5. Der Vertrauensmann soll abgeschafft werden.
6. Das Processverfahren soll kürzer sein, die Berufungen nicht kostenlos erfolgen.
7. Die Betriebe sollen gehalten sein, ihre verunglückten Arbeiter wieder einzustellen.
8. Die Berufsgenossenschaften sollen Arbeitsnachweise und ausserdem Arbeitsstellen für nicht voll erwerbsfähige Arbeiter schaffen.
9. Durch Curse, Vorträge, Zeitungsnachrichten für Arbeiter soll der Einfluss der unberufenen Rathgeber eingeschränkt werden.
10. Die Capitalabfindung soll bis 50 pCt. möglich sein und leicht erlangt werden können.
11. Im letzten Schuljahr der Volksschule soll Unterricht über die verschiedenen Berufe erteilt werden; die weitere Ausdehnung des Handfertigkeitsunterrichts ist wünschenswerth.
12. In den Fortbildungsschulen soll beim Unterricht über sociale Einrichtungen ganz besonders betont werden, dass die Wohlthaten der Gesetze auch Pflichten involviren. Auch im übrigen Unterricht soll in passender Weise das Pflichtgefühl gefördert werden.
13. Der Etat der Berufsgenossenschaften für Unfallverhütung muss erhöht werden.

Discussion.

Herr Windscheid hält die Ausführungen des Herrn Vortragenden für ausserordentlich werthvoll, namentlich seine Mittheilung darüber, dass es gelingt, bei Gewährung des vollen Lohnes die Unfallneurosen hintanzuhalten; glaubt aber, dass es sich hier doch um sehr seltene Vorkommnisse handelt, die im Gegensatz zu der enormen Häufigkeit von unheilbaren Unfallneurosen stehen. Seiner Ansicht nach ist die Unfallneurose im Allgemeinen unheilbar, so lange die Rente besteht, die in dem Verletzten die Begehrungsvorstellungen

erweckt. Diese hält er für die hauptsächlichste Ursache der Unfallneurosen, sie finden sich auch unter gebildeten Ständen, weil eben auch hier die Rente gewährt wird. In Bezug auf die Studentenmensuren hatte W. bisher immer den Standpunkt vertreten, dass hierbei keine Neurosen vorkämen, weil eben die Rentengewährung wegfällt. Ebenso wenig hat er bisher Unfallneurosen bei Artisten gesehen. Die Vertrauensmänner hält W. für eine den Arzt wesentlich unterstützende Einrichtung solange sie in ihren Grenzen bleiben und sich hüten, Diagnosen zu stellen. Schliesslich weist W. auf die grosse Wichtigkeit hin, bereits die Studenten in der Beurtheilung von Unfallnervenkrankheiten zu erziehen und wünscht an allen Universitäten Lehraufträge für sociale Medizin.

Herr Hoehl-Chemnitz möchte die Unfallneurosen nicht als Krankheiten sui generis betrachtet wissen und hält die Unterbringung einer Reihe Unfallverletzter in Krankenhäusern von Anfang an für zweckmässiger als ihre Belassung in der Häuslichkeit.

Herr Eduard Müller: Nach den Untersuchungen an der v. Strümpell'schen Klinik steht es für mich fest, dass der Vortragende die Bedeutung der „Begehrungsvorstellungen“ ganz erheblich unterschätzt. Die Begehrungsvorstellungen im Sinne Strümpell's sind das wichtigste Moment, das die Heilung der Unfallneurose verhindert.

Herr Pässler fragt die Versammlung, ob ausser der Weiterzahlung des vollen Lohnes mit Arbeitszwang oder der Unterbringung in das Hermannshaus noch ein Mittel bekannt ist, welches Unfallsranke zur Arbeit zu bringen vermag.

Herr Binswanger macht im Anschluss an die Ausführungen von Windscheid noch darauf aufmerksam, dass den Behörden durch Erhöhungen der Rente entgegen den motivirten Gutachten der klinischen Beobachter auch eine Schuld an der Steigerung der Begehrungsvorstellungen zukommt.

6. Herr Hecker-Dresden: Zur Symptomatologie der Paralysis agitans.

25 Fälle von Paralysis agitans der städtischen Heil- und Pflegeanstalt hat Vortragender zunächst daraufhin geprüft, ob Symptome vorhanden sind, welche die Lundborg'sche Hypothese des Hypo-Parathyreoidismus zu stützen im Stande wären. Der vermehrte Muskeltonus bei Paralysis agitans kann zwar eine Stellung der Hand hervorrufen, welche der im Tetanieanfall täuschend ähnlich ist. Da aber alle für Tetanie charakteristischen Phänomene fehlen, kann nicht auf eine Verwandtschaft geschlossen werden. Von Blutdrüsen-erkrankungen bei Paralysis agitans wurden einmal Zeichen von Addison'scher Krankheit gefunden. Trotz dieses Befundes kann ein Zusammenhang zwischen Paralysis agitans und Blutdrüsen-erkrankungen kaum angenommen werden. Von bulbären Symptomen wurde zweimal Speichelfluss gesehen, und zwar einmal bei einem leichten, ein anderes Mal bei einem weit vorgeschrittenen Fall. Eine Aehnlichkeit mit Pseudobulbärparalyse besteht darin, dass diese Krankheit zu der für Paralysis agitans charakteristischen Körperhaltung und zu Propulsion führen kann.

In einem Falle wurde doppelseitige, totale Pupillenstarre, linksseitige

Trochlearislähmung und leichte Parese des rechten Facialis beobachtet. Tabische Symptome fehlen. Ferner fand sich Parese des linken Facialis, Hypoglossus und Serratus, sowie in einem anderen Fall Parese des rechten Facialis und Hypoglossus.

Arthritische Veränderungen wurden sechsmal gesehen. Einmal in der Hüfte, einmal im Knie und viermal in den Händen. Von sechs noch in Behandlung stehenden leiden zwei an echter Polyarthritis chron. deformans. Auffallend ist die Atrophie der Interossei und des Daumen- und Kleinfingerballens. Dieselbe kommt auch ohne Arthritis vor und führt, zumal wenn Contracturen in antagonistischen Muskeln vorhanden ist, zu den eigenartigen Verkrümmungen der Hände. Auch Atrophie der Haut und Kleinerwerden der Finger wurde beobachtet. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Gelenkveränderungen bloss Folge der Unbeweglichkeit sind, vielmehr scheint die Polyarthritis chron. deformans ein selbständiges und nicht seltenes Symptom der Paralysis agitans zu sein.

Herr Binswanger fragt in Anlehnung an eine eigene Beobachtung von Combination von Arthritis deformans und Paralysis agitans bei dem Vortragenden an, ob er in seinen Fällen ebenfalls eine acut einsetzende rapide Abmagerung gesehen hat. In dem von Binswanger beobachteten Falle wurde in Stoffwechselanalysen keine bestimmte resp. constante Stoffwechselstörung nachgewiesen.

7. Herr Geist (Zschadras): Ueber die Classification der Psychosen, insbesondere der periodischen.

Wofern man überhaupt für alle psychischen Erscheinungen materielle Grundlagen voraussetzt, muss man bei Aufstellung psychiatrischer Krankheits-typen vorzugsweise die materiellen Processe im Auge haben. Ist es schon auf Grund medicinischer Beobachtungen im Allgemeinen wahrscheinlich, so lehren es auch die Erfahrungen der Psychiatrie bei Erkrankungen, die schon jetzt als Krankheiten sui generis erkannt sind, dass die den Psychosen zu Grunde liegenden Vorgänge nicht in einer ihrer Wesensverschiedenheit entsprechenden Verschiedenheit der Symptome klinisch in Erscheinung treten. Es giebt vielmehr unter den Symptomen der verschiedenen Krankheiten gleiche, immer wiederkehrende Complexe, die nicht der Art des Krankheitsprocesses, sondern der Art des erkrankten Organs (der Psyche) entsprechen. Solche allgemeinspsychopathischen Zustände sind vor Allem Hallucinationen, gesteigerte und herabgesetzte Motilität und die sogenannten katatonischen Störungen; auch der Krampfanfall kommt — zugleich als Ausdruck der Malignität — bei verschiedenen Erkrankungen vor. Ebenso sind manische und andere Störungen weit verbreitet. Diese Symptomencomplexe — auch complicirter Natur — sind bei den sicher verschiedensten Krankheiten so oft zu beobachten, dass sie für eine Classification nicht ausschlaggebend sein können, wenngleich zuzugeben ist, dass die einzelnen Psychosen in ihren typischen Fällen eine gewisse Vorliebe für bestimmte solcher Symptomencomplexe zeigen, wie die Paralyse für Exaltationen, die Dementia praecox für katatonische Zustandsbilder u. s. w. Im Gegensatz zu den Krankheiten anderer Organe sind die Geisteskrankheiten

ferner ausgezeichnet durch eine grosse Vielgestaltigkeit ihrer Symptome, und da von letzteren gerade diejenigen allgemeinerer Natur vielfach im Vordergrund des klinischen Bildes stehen, so erklärt sich zum Theil die Schwierigkeit der Classification der Seelenstörungen. Für eine Classification kommen in erster Linie diejenigen Factoren in Betracht, die man auf den Process selbst beziehen kann, wie Aetiologie, Prognose (Malignität), Ausdehnung (auf das Projectionssystem z. B.) u. s. w. — Als specifisch für den den periodischen Psychosen zu Grunde liegenden Process ist anzusehen 1. die Periodicität der klinischen Erscheinungen in dem Sinne, dass das Leiden ein dauerndes ist, aber in Anfällen verläuft, die autochthon auf dem Boden scheinbarer Gesundheit entstehen. 2. ist charakteristisch die Gutartigkeit des Processes, wenn er auch wahrscheinlich zur Arteriosklerose disponirt. Ferner ist noch specifisch die sogenannte photographische Treue der Anfälle, die man bei keiner anderen Erkrankung in dieser Weise feststellen kann. Schliesslich ist zu bemerken, dass das Leiden vorzugsweise in manisch-depressiven Bildern auftritt. Natürlich kommen, was nicht überrascht, vielfach atypische Fälle vor. Alle Erkrankungsfälle, die den obigen drei Kriterien entsprechen, können trotz der Verschiedenheit ihrer klinischen Bilder nach Analogie (Vielgestaltigkeit) anderer Krankheitstypen zusammengefasst werden als ein „essentielles periodisches Irresein“, das bisher beobachtet ist in folgenden Formen: 1. der manisch-depressiven, 2. der paranoiden, 3. (auf Grund eines vom Vortragenden beobachteten Falles) der katatonen. — Bei Besprechung der Mania spl. wird darauf hingewiesen, dass das „acute hallucinatorische Irresein“, das als Amentia und sogenannte acute Paranoia vornehmlich bekannt ist, gar nicht selten mehr oder weniger rein unter dem Bilde einer Mania verläuft. Es dürfte daher nicht ausgeschlossen sein, dass die Vielgestaltigkeit des der acuten heilbaren Psychose zu Grunde liegenden Processes auch in der Mania simpl. (Melancholia spl.) zum Ausdruck kommen kann, letztere also mit dem acuten (hallucinatorischen) Irresein zusammen classificirt werden müsste. Was schliesslich die übrigen „einfachen Seelenstörungen“ anbelangt, so scheint es bei aller Anerkennung des Dem. praecox-Typus und der Krankheitseinheit einer „primären“ Paranoia doch noch des Beweises dafür zu bedürfen, dass die acuten heilbaren Psychosen nie zu secundären Zuständen führen; endlich bedarf es noch der Untersuchung, ob nicht auch chronische, den acuten heilbaren Psychosen innerlich verwandte Krankheiten vorkommen. Autoreferat.

8. Herr Eduard Müller (Breslau): Ueber ein eigenartiges, anscheinend typisches Symptomenbild bei apoplectiformen Bulbärlähmungen.

Der embolische oder thrombotische Verschluss der Arteria cerebelli posterior inferior, eines Astes der Arteria vertebralis, verursacht einen ischämischen Erweichungsherd, der auf Querschnitten im verlängerten Mark ungefähr die zwischen unterer Olive und Corpus restiforme gelegenen seitlichen Bezirke einnimmt. Im klinischen Bilde, das charakteristische Züge trägt, finden wir vor Allem neben Schlingbeschwerden bezw. Schlucklähmungen auf der Seite der Erkrankung eine Gaumensegel-Kehlkopfparese, ev. noch eine Anästhesie

im entsprechenden Quintus und auf der gegenüberliegenden Körperhälfte im Bereich des Rumpfes und der Extremitäten eine partielle Empfindungslähmung in Form einer Analgesie und Thermanästhesie („Hinterhorntypus“).

Mittheilung zweier in ihrem eigenartigen Symptomencomplex völlig übereinstimmender Fälle, die sich durch sehr bemerkenswerthe Einzelheiten von dem gewöhnlichen Krankheitsbilde des Verschlusses der Art. cerebelli post. inferior unterscheiden und gewissermassen eine typische Spielart des Letzteren darstellen. Dass solche Spielarten vorkommen müssen, beruht auch darauf, dass in der Medulla oblongata hinsichtlich Grösse und Verlauf der arteriellen Gefässe und hinsichtlich der Art der Blutversorgung in den einzelnen Bezirken nicht unerhebliche individuelle Verschiedenheiten bestehen und die Art. cerebelli post. inferior nicht immer im Ganzen, sondern auch in ihren einzelnen Aesten verlegt werden kann.

Als residuäre Krankheitserscheinungen, d. h. als eigentliche Herdsymptome fanden sich in beiden Fällen neben einer Schluckparese auf der Seite der Läsion eine Gaumensegel-Recurrensenlähmung, sowie eine ausgesprochene Sympathicusparese mit gleichseitiger erheblicher Abschwächung des Cornealreflexes und auf der gegenüberliegenden eine völlig reine partielle Empfindungslähmung vom Hinterhorntypus, die sich auf die ganze Körperhälfte, im Gesicht aber vornehmlich auf den ersten Quintusast erstreckte und mit perversen Wärmeempfindungen einherging.

Diese Fälle beanspruchen eine Sonderstellung vor Allem durch die Combination einer partiellen Empfindungslähmung vom Hinterhorntypus mit perversen Temperaturempfindungen, durch das eigenartige Verhalten des Trigeminus (s. u.), des Cornealreflexes und vielleicht noch des Sympathicus.

Die Unmöglichkeit, z. Z. ein abschliessendes Urtheil über das Wesen der perversen Wärmeempfindung abzugeben, ändert nichts an dem klinischen Nachweis, dass es solche Fälle, wie sie Strümpell zuerst beschrieben hat, thatsächlich giebt. Es handelte sich um Fälle mit acuten Bulbärläsionen, die auf der Seite einer partiellen Empfindungslähmung vom Hinterhorntypus eine beständige subjective Wärmeempfindung verspüren und an sich selbst die merkwürdige Erscheinung beobachten, dass sie Kältereize auf der kranken Seite nicht als einfache Berührung oder Druck, sondern in perverser Weise als lauwarm bzw. als warm empfinden. Die genauere Prüfung ergibt hier eine völlige Kälte- und auch Wärmeanästhesie bis auf ein scheinbar erhaltenes Temperatursinnrudiment, das bei der Messung mit der gewöhnlichen „Indifferenztemperatur“ von 28—29° übereinstimmt. Dieser scheinbare Temperatursinnrest spricht gewissermassen auf jeden thermischen Reiz mit einer stets gleichbleibenden Lauwarmempfindung an; jede höhere Temperatur als 28—29° wird dann auf der kranken Seite im Vergleich zur gesunden als „kühler“, jede niedrigere als „wärmer“ bezeichnet. Das Punctum fixum scheint aber immer 28—29° zu entsprechen. So erklärt sich auch am Einfachsten das stete subjective Wärmegefühl der Patienten auf der kranken

Seite. Die fast immer kühlere, d. h. unter 28—29° liegende Aussentemperatur wirkt bei der Unmöglichkeit einer Adaption als steter thermischer Reiz und löst dadurch das rein psychologisch kaum zu erklärende subjective Wärmegefühl selbst dann aus, wenn die gesunde Seite sich an die Aussentemperatur adaptiert und damit weder deutliche Wärme noch Kälte verspürt.

Die totale Hemianästhesie vom Hinterhorntypus im Gegensatz zu der üblichen „Hemianaesthesia cruciata“ erklärt sich durch die Betheiligung der schon im verlängerten Mark sich kreuzenden secundären Trigeminusbahn (Edinger, Wallenberg). Bei genauerer Untersuchung war aber auch der andere, also der der Seite der Hirnnervenlähmung entsprechende Trigeminus nicht ganz intact (Abschwächung des Cornealreflexes, der Berührungsempfindung und des Drucksinns im Sinne 'Strümpel's im Stirnast). Es lag also bei einseitigen Herderkrankungen der Medulla oblongata eine Brown-Séquard'sche Halbseitenläsion im sensiblen Trigeminusgebiet vor. Temperatur- und Schmerzempfindung auf der einen, Tiefen- und Berührungsempfindung auf der andern Seite! Hinsichtlich der einzelnen Empfindungsqualitäten müssen also für die sensiblen Trigeminusbahnen genau dieselben Gesetze gültig sein, wie für den weiteren Verlauf der Hinterwurzelfasern im Rückenmark. Die Substantia gelatinosa des sensiblen Endkerns entspricht dem Hinterhorn des Rückenmarks; ihre Läsion bedingt also eine Sensibilitätsstörung vom „Hinterhorntypus“ im Trigeminusgebiet derselben Seite oder auf der gegenüberliegenden dann, wenn die schon im verlängerten Mark gekreuzten Fasern der secundären Trigeminusbahn unterbrochen werden (Analogie mit der Kreuzung der Fasern für die Temperatur- und Schmerzempfindung bald nach ihrem Eintritt in das Hinterhorn). Die sensiblen Trigeminusfasern, welche aus dem Ganglion Gasseri kommen und etwa bis zum zweiten Halssegment absteigen, müssen aber auch Fasern für die Berührungs- und Tiefenempfindung enthalten, die die lange caudale Biegung mitmachen, und im Gegensatz zu jenen für die Temperatur- und Schmerzempfindung ungekreuzt wieder die Medulla oblongata verlassen (Analogie mit der hochgelegenen Schleifenkreuzung der Hinterwurzelfasern). Die absteigende sensible Trigeminuswurzel (nicht die Substantia gelatinosa!) verdient also die Bezeichnung Wurzel mit Recht. Ein Brown-Séquard'scher Typus sensibler Trigeminusläsion bei den in der Medulla oblongata gelegenen Herden war im Stirnast umso leichter möglich, als die erste Quintuswurzel am tiefsten liegt, d. h. dem Hinterhorn des Halsmarks am meisten genähert ist.

Die apoplektiforme Entwicklung der echten „sympathischen Ophthalmoplegie“ bei acuten Bulbärlähmungen, die sich mit Anidrosis des Gesichts verbinden kann, erklärt sich durch Schädigung einer aus dem untern Halsmark aufsteigenden Bahn, die sich erst oberhalb der Medulla oblongata kreuzen kann. (Ausführliche Mittheilung der Fälle erfolgt in der „Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde“.)

9. Herr Bittorf (Breslau): Ueber den sogenannten Verkürzungstypus bei Reflexe, Paresen und Mitbewegungen. Vortragender zeigt, dass bei Pyramidenläsionen die zahlreich beschriebenen, synergistischen und reflectorischen Phänomene an den Verkürzern der unteren Extremität gleichartige, generelle Actionen dieser Muskeln darstellen, für deren Entstehung und typischen Ablauf im Principe Ort des Reizangriffes und Reizbildung, sowie Art des Reizes gleichgültig sind. Da dieselben Muskelgruppen umgekehrt zu dieser Neigung zu reflectorischen und subcorticalen Actionen stärkere Lähmungserscheinungen bei willkürlicher Innervation bieten, lässt sich ein gewisser Antagonismus von Reflex und Willensthätigkeit feststellen.

Weiter zeigt sich, dass diese anscheinend pathologischen Erscheinungen nur eine Rückkehr nicht nur zum kindlichen Bewegungstypus, sondern zum echten Vierfüßertypus (und zum Klettertypus der Affen) darstellen. Da Verkürzungsbewegung für diese die gegebene Reflexbewegung darstellt und diese Action beim Gang schneller abläuft, lässt sich eine erhöhte Erregbarkeit für diese Muskelgruppe postuliren. Thatsächlich lässt sich diese specifisch höhere Erregbarkeit auch aus einer Reihe bekannter physiologischer Experimente und Beobachtungen beweisen. Schliesslich zeigt Vortr. an einer Beobachtung von hoher totaler Querschnittsdurchtrennung mit völliger Arreflexie, dass dieser Verkürzungstypus rein spinal (durch degenerative Vorgänge in den Vorderhornanglienzellen) ausgelöst werden kann. (Ausführliche Veröffentlichung in der Deutschen Zeitschrift für Nervenheilkunde.)

Discussion.

Herr Binswanger erinnert an eine weiter zurückliegende Beobachtung, die er gelegentlich elektrischer (faradischer und galvanischer) Reizungen des Halsmarkes eines Enthaupteten unmittelbar nach der Decapitatio machen konnte. Bei Reizungen einer unmittelbar an die Vorderhörner angrenzenden Zone der Seitenstränge wurden synergische Beugebewegungen im Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk ausgelöst, Streckbewegungen habe er nicht erzielt.

10. Herr Schob (Sonnenstein): Beitrag zur pathologischen Anatomie der multiplen Sklerose.

Vortragender berichtet über die anatomische Untersuchung eines Falles, bei dem die klinische Diagnose: multiple Sklerose gestellt worden war: 14 Jahre Krankheitsdauer, zunehmende spastische Parese der Extremitäten, zuletzt Contracturen, Nystagmus, Intentionstremor, Blasenstörung; keine sichere Sensibilitätsstörungen; scandirende Sprache, frühzeitig Demenz mit Euphorie, zuletzt vereinzelte apoplectiforme Anfälle. Bei der Autopsie fanden sich u. A. zwei kleine Erweichungsherde in der Hirnrinde.

An Weigert-Pal-Schnitten durch Grosshirnhemisphäre sind neben ausgedehnten marklosen Herden in der weissen Substanz bemerkenswerth zahlreiche Rindenherde; letztere oft auffällig symmetrisch beiderseits von einem Sulcus angeordnet; die kleinen Erweichungsherde liegen in solchen Rindenherden. Die Wurzeln der Hirn- und Rückenmarksnerven zeigen sehr unvollkommene Markfärbung; theilweise scharf begrenzte, marklose Herde, die genau wie die sklero-

tischen Herde im Centralorgan proximal und distal an markhaltiges Nervengewebe anstossen. Genauere mikroskopische Untersuchung zeigte, dass in den erkrankten Wurzelabschnitten — und auch in verschiedenen Nerven — eine eigenartige Veränderung der Nervenfasern vorliegt: concentrische, zwiebel-schalenartige Wucherung der Schwann'schen Scheiden, die zu allmählichem Verschluss des Lumens der Faser führt; zuletzt hyaliné Degeneration des gewucherten Gewebes; die Markscheide schwindet allmählig, der Achsencylinder erst im Stadium der hyalinen Degeneration.

Vortragender weist auf die Aehnlichkeit des peripheren und centralen Processes hin: Schwund der Markscheiden, relatives Erhaltenbleiben der Achsencylinder, Wucherung des Stützgewebes; theilweise herdförmiges Auftreten der Erkrankung. Primäre Gliakerkrankung ist in diesem Fall nicht wahrscheinlich. Weiter verallgemeinernde Schlüsse sind so lange nicht zu ziehen, als über die scharfe Abgrenzung der multiplen Sklerose in pathologisch-anatomischer Hinsicht noch keine Uebereinstimmung besteht. (Autoreferat.)

Discussion.

Herr Eduard Müller-Breslau: Die zweifellos sehr beachtenswerthen Befunde des Herrn Vortragenden gestatten keine Rückschlüsse auf die Pathogenese der echten multiplen Sklerose. In dem von ihm beschriebenen Falle handelt es sich anscheinend um eine sogenannte „secundäre multiple Sklerose“ oder um eine mit einer anderen Erkrankung complicirte multiple Sklerose. Bei der gewöhnlichen multiplen Sklerose, bei der sich der pathologisch-anatomische Process an das Vorhandensein von Neuroglia bindet (Gehirn-Rückenmark, Opticus, Wurzeln der Hirn-Rückenmarksnerven) kommen herdförmige Erkrankungen im weiteren Verlauf der peripheren Nerven nicht vor. Die von Marburg als „Sclerosis multiplex acuta“ beschriebenen Fälle stellen fast ausnahmslos weder klinisch noch pathologisch-anatomisch eine echte multiple Sklerose, sondern eine typische disseminirte Myelo-encephalitis dar. Es liegt bis jetzt kein stichhaltiger Grund dafür vor, von der Anschauung abzugehen, dass die primäre multiple Sklerose auf eine anscheinend primäre herdförmige Wucherung der Neuroglia zurückzuführen ist. Man vergisst leider häufig, dass die Neuroglia vom morphologischen und biologischen Standpunkte aus ein echtes faseriges Bindegewebe darstellt und überall dann wuchern kann, wenn an einzelnen Stellen nervöses Gewebe ausfällt. Verschiedenartige herdförmige Erkrankungen des Centralnervensystems können deshalb streng genommen zu einer „multiplen Sklerose“ führen. Man darf aber ebensowenig, wie der Dermatologe aus dem Nachweis vielfacher auf der Haut zerstreuter Narben auf ein einheitliches Krankheitsbild schliessen wird, alle „multiplen Sklerosen“ in einen Topf zusammen werfen.

Herr Binswanger macht auf die klinische und pathologisch-anatomische Verwandtschaft der mitgetheilten Beobachtungen mit gewissen immerhin seltenen Fällen von progressiver Paralyse aufmerksam, bei welchen der paralytische Process (Parenchymausfall, secundäre Gliawucherung) sich herdweise condensirt.

Herr Förster (Breslau) fragt mit Bezug auf die Einwände des Herrn Binswanger und Müller an, ob feinere histologische Methoden wie die Nissl'sche Methode zur Anwendung gelangt sind, ob event. Plasmazellen, Stäbchenzellen oder Zeichen der arteriosklerotischen Rindenerkrankung gefunden sind und ob das für die echte multiple Sklerose bezeichnende Vorkommen diffus über das Hirn verbreiteter maligner Plasmazellen constatirt wurde. Das Vorkommen der Wucherung des Bindegewebe in den peripheren Nerven, das mit den gewöhnlichen Befunden bei echter multipler Sklerose contrastirt, kann vielleicht durch destruierende Herde der grauen Substanz des Rückenmarkes bedingt sein, wie er das selbst in einem Fall von multipler Sklerose mit Herden im Lumbalmark gesehen habe.

Herr Schob glaubt vorläufig doch an seiner Diagnose festhalten zu müssen.

11. Herr Kötscher (Hubertusburg): Die Frage der forensischen Behandlung und der Unterbringung der Alkoholisten.

Ein die Kriminalität erheblich steigernder Factor ist der Alkohol; sowohl der Rausch als die Trunksucht mit ihrer Begleiterscheinung, der ethischen Degeneration führen immer wieder zahlreiche Verbrecher vor den Richter. Der Rausch muss nothwendig als ein Strafausschlussungsgrund nach § 51 St.-G.-B., als ein Zustand von „Bewusstlosigkeit“ gelten; die Anwendung mildernder Umstände entspricht weder der Sühnetheorie, noch ist sie sonst zweckentsprechend. Manche Rauschzustände (sogenannte pathologische, alkoholische Dämmerzustände) kann überhaupt nur der Arzt beurtheilen, der also bei allen erheblicheren Delicten, bei denen der Alkohol irgendwie eine Rolle gespielt haben könnte, als Sachverständiger heranziehen ist.

Für das künftige Strafgesetzbuch wäre als zweckmässig zu fordern folgender Paragraph: „Statt der Verurtheilung kann erkannt werden, dass die trunksüchtige Person einer öffentlichen oder staatlich überwachten Anstalt für Trunksüchtige zu überweisen ist, zum Zwecke des Versuchs ihrer Heilung oder zwecks ihrer Verwahrung bis zur Entlassungsfähigkeit“. Die Unterbringung nach der Bestrafung wäre falsch, weil dadurch die Aussicht auf Heilung erheblich verringert würde. — Aber nicht nur der kriminell gewordene, sondern jeder Gewohnheitstrinker, sobald er seine Selbstbeherrschung dem Triebe gegenüber verloren hat, muss der öffentlichen Fürsorge übergeben werden. Eine Handhabe dafür könnte § 6, Abs. 5 B.-G.-B. sein, der aber practisch an Wirkung gering ist, weil der Entmündigungsantrag nicht vom Staatsanwalt gestellt werden kann und im § 681 C.-P.-O. ein Heilungsversuch behufs Aussetzung der Entmündigung nicht zur Voraussetzung gemacht worden ist.

Die bestehenden Bestimmungen betr. Entmündigung sind also unzulänglich gegenüber den durch die Trunksucht entstehenden Schäden. Zu fordern wäre folgende Fassung: „Auch ohne Entmündigung kann ein Gewohnheitstrinker gegen seinen Willen in einem Trinkerasyll untergebracht werden. Bei criminellen Trinkern erfolgt dies durch Gerichtsbeschluss auf Grund eines neuen § 362b St.-G.-B., bei den der Umgebung gefährlich werdenden von Amtswegen, im Uebrigen auf Antrag, zu dessen Stellung Jeder berechtigt ist, dem dies

Recht nach den Bestimmungen der C.-P.-O. über die Entmündigung von geisteskranken Personen zusteht.

Die Unterbringung in die Anstalt darf nur nach Anhören eines oder mehrerer sachverständiger Aerzte erfolgen, ihre Dauer hat sich bis zur Heilung oder bis zum Schwinden der Gefährlichkeit des Kranken zu erstrecken. Ein Anschluss des Entlassenen oder versuchsweise Beurlaubten an einen Abstinenten-Verein ist in jedem Falle anzustreben. — Bei der Kostenregelung sind die Ortsarmenverbände, da sie sicher ein grosses Interesse an der Eindämmung der Trunksucht haben, heranzuziehen, analog der Kostenerstattung zur Verpflegung Geisteskranker. Die Krankenversicherungen müssen die Trunksucht als eine Krankheit im Sinne des Krankenversicherungs-Gesetzes anerkennen. Berufsgenossenschaften muss das Recht zustehen, Versicherte, die durch Alkoholismus sich oder Andere gefährden, in einem Trinkerasyll unterzubringen. Die Thätigkeit von gemeinnützigen Gesellschaften und privaten Wohlthätern ist, gegenüber der grossen Masse der mittellosen Trunksüchtigen, ohne gesetzliche Zwangsmittel zur Anstaltsbehandlung und ohne staatliche oder gemeindliche Beihilfe zu den Kosten wie ein Tropfen auf den heissen Stein; die Aufwendungen des Staates werden sich aber reichlich durch das Wachsen der Gesundheit und Tüchtigkeit der Bevölkerung belohnen.

Discussion.

Herr Stegmann hält eine Besprechung des Gegenstandes in diesem Kreise für sehr wichtig, glaubt aber, dass die Vorschläge des Vortragenden wohl leider noch als Zukunftsmusik zu betrachten sind.

Dr. Hans Haenel. Dr. Schubart.