

XXXI.

### **13. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen in Altona am 5. April 1913.**

(Offizieller Bericht.)

Referenten: Cimbäl-Altona,  
Jakob-Hamburg.

Anwesend sind die Herren:

Auer-Kiel, Landesrat Bachmann-Kiel (als Gast), G. v. Bergmann-Altona, Dr. Berndt-Hamburg, Benning-Bremen-Reckwinkel, Dr. Bischoff-Langenhorn, Böttiger-Hamburg, Brückner-Hamburg, W. Cimbäl-Altona, Cohen-Hamburg, Reg.-Rat Dr. Crasemann-Hamburg (als Gast), Dabelstein-Neustadt i. Schleswig, Eichbaum-Schleswig, Enge-Lübeck, Fleischman-Eppendorf, M. Fraenkel-Hamburg, Glüh-Friedrichsberg, Dr. Goetze-Altona, Dr. v. Grabe-Hamburg-Friedrichsberg, Senator Dr. Harbeck-Altona (als Gast), Hasche-Klünder-Friedrichsberg, Henop-Altona, Hinrichs-Schleswig, Dr. Thoemmes-Lübeck, Dr. Holzmann-Hamburg, A. Jakob-Hamburg, Dr. Jaspersen-Schellhorn, Bez. Preetz, König-Kiel, Dr. Lua-Langenhorn, Dr. Lienau-Hamburg, Dr. Lüttgerath-Schleswig, Lüttge-Hamburg, Dr. Neidhardt-Altona, Dr. Nonne-Hamburg, Dr. Ochsen-Altona, Passow-Hamburg, Pförringer-Hamburg-Friedrichsberg, Alfred Ponge-Altona, Rautenberg-Hamburg, Dr. Riedel-Lübeck, Rittershaus-Hamburg-Friedrichsberg, Runge-Kiel, Rust-Schwerin, Sänger-Hamburg, Dr. Schäfer-Hamburg, Schröder-Altona, Dr. Schuster-Hamburg, Sierau-Langenhorn, Steierthal-Kleinen, Trömmel-Hamburg, Wattenberg-Lübeck, Dr. J. Wallicher-Altona, Weygandt-Friedrichsberg, Witte-Altona, Wohlwill-Hamburg.

## 1. Sitzung vormittags 9 Uhr

im städtischen Krankenhaus Altona.

Herr Geh. Sanitätsrat Dr. G. Wallichs eröffnet die Sitzung und begrüsst die Anwesenden. Zum Vorsitzenden wird Herr Cimbäl-Altona, zu Schriftführern die Herren Hinrichs-Schleswig und Jakob-Hamburg gewählt. Die Versammlung wird von Herrn Senator Dr. Warbeck als Vertreter der Stadt Altona begrüsst und zu einem Frühstück im Hotel Kaiserhof eingeladen.

Ueber die Reihenfolge der Vorträge wird beschlossen, dass die Demonstrationsvorträge und der Vortrag des Herrn v. Bergmann vormittags stattfinden sollen.

### Vorträge:

1. Herr Dräseke-Hamburg: „Ueber die Scapula scaphoidea“.

Votr. betonte nach kurzer Würdigung der bisher erschienenen Arbeiten über die Scapula scaphoidea zunächst, dass er bei seinen Untersuchungen an Hamburger Volksschulkindern nicht den Weg der serologischen Forschung an Aszendenz und Deszendenz beschritten habe, weil es unmöglich sei, eine solche Arbeitsmethode bei 4000 Volksschulkindern und deren Aszendenten durchzuführen, zumal sie ja schliesslich alle untersucht werden müssten, und ganz sicher würden die Eltern hiergegen Verwahrung einlegen.

Das Ergebnis dieser umfangreichen Untersuchungen lässt in etwa 10 bis 20 pCt. eine deutlich ausgesprochene Scapula scaphoidea nachweisen; in den Hilfsschulen, die ja ein durch Krankheitsprozesse gesiebtes Schülermaterial haben, steigt die Häufigkeit auf etwa 25 pCt. Dies Zahlenverhältnis ergibt sich für die Normalschulen mit ziemlicher Gleichmässigkeit durch alle Klassen hindurch, begreift also die Lebensjahre 6—14.

Bei den Untersuchungen hatte Votr. neben der Allgemeinuntersuchung und dem Achten auf Degenerationszeichen besonders zwei Punkte im Auge; er fragte sich, das wievielte Kind ist das betreffende in der Reihe seiner Geschwister und welchen Platz nimmt es ein in der Reihe seiner Mitschüler. Der Einfachheit halber bildete er zwei Quotienten, von denen der erste den Familien- und der andere den Schulquotienten darstellt. Der erste bringt zum Ausdruck, dass das betreffende Kind z. B. das vierte unter seinen sieben Geschwistern ist (4/7), während der zweite in analoger Weise dasselbe nach seinem Klassenplatz zur Gesamtzahl der Mitschüler aufführt, z. B. 32/52. Gegen beide Quotienten lassen sich Einwendungen erheben. Der Familienquotient bringt die Stellung des in Frage kommenden Kindes im Verhältnis nur zu seinen lebenden Geschwistern, denn es ist ziemlich schwierig, ja unmöglich, alle Aborte, Frühgeburten und alle die in den ersten Jahren verstorbenen Geschwister in richtiger Reihenfolge und mit einwandfreien Ursachen des Zugrundegehens aufzuführen. Man denke nur an die allzu häufigen künstlichen Aborte.

Der Schulquotient kann auch diesen oder jenen Fehler in sich schliessen; so findet man ja oft Kinder der verschiedensten Geburtsjahre in einer Klasse vereinigt. Der oft von der Schule geübte Brauch, die Kinder nach ihren

Fähigkeiten dem 1., 2. oder 3. Drittel der Klasse zuzurechnen, erwies sich hier als sehr praktisch.

Mit Hilfe dieser beiden Quotienten kam Votr. zu dem Ergebnis, dass trotz der oft schwierigen wirtschaftlichen Lage der arbeitenden Volksklassen erstens sehr viele zahlreiche Familien angetroffen werden, wenn auch das Zweikindersystem des Oefteren in Erscheinung tritt, und zweitens eine grosse Anzahl von Kindern schulpflichtig wird; mithin hat eine grössere Ausmerzung auf Grund einer in der Aszendenz dieser Kinder mit überwiegender Häufigkeit bestehenden Syphilis, wie Graves annimmt, nicht stattgefunden. Weiter aber hat sich ergeben, dass die Kinder mit Scapula scaphoidea nach ihren Schulleistungen in der grösseren Mehrzahl sich im letzten, in geringerem Masse sich im mittleren und nur vereinzelt sich im ersten Drittel der Klasse finden.

Die körperliche Untersuchung ergibt eine ganze Reihe von Degenerationszeichen und als wichtigsten Allgemeinbefund in fast allen Fällen eine Rachitis, die man vornehmlich am Thorax lokalisiert findet; hierbei ist weiter noch höchst beachtenswert, in welch gutem Zustande sich zumeist die Zähne befinden.

Nach allem spielt die Lues in der Aszendenz der Kinder mit Scapula scaphoidea bei weitem nicht die Rolle, die ihr eingeräumt worden ist. Es werden höchstwahrscheinlich eine ganze Reihe von Faktoren dabei berücksichtigt werden müssen und nicht zum wenigsten die Rachitis, und gerade nach dieser Richtung ist der Schulquotient äusserst beachtenswert.

Sodann stellte der Votr. 6 Kinder mit Scapulae scaphoideae vor, und zwar ein Zwillingsspaar, von denen der eine Bruder eine ausgesprochene Scapula scaphoidea aufwies, der andere hatte ein „musterhaft“ gebildetes Schulterblatt; bei einem zweiten Zwillingsspaar (Knabe und Mädchen) hatte das besser entwickelte Mädchen ausgesprochene Scapula scaphoidea, während bei dem Bruder ein solcher Zustand nur angedeutet war. Alle Kinder hatten deutlich rachitischen Thorax und gut gebildete Zähne. (Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Nonne-Hamburg zeigt Photographien und Diapositive von Fällen von ausgesprochener Scapula scaphoidea, deren Träger Tuberkulose und Alkoholismus in der Aszendenz aufwiesen und die eine Reihe von anderen somatischen und vor allem mehr oder weniger schwere intellektuelle und ethische Degenerationsstigmata boten; 2. Fälle, in deren Aszendenz Syphilis bzw. Tabes und Paralyse, mit und ohne Kombination von Alkoholismus und Tuberkulose, waren.

In 2 Fällen wurde die Syphilis in der Aszendenz erst nachgewiesen durch die serologische Untersuchung der Eltern, die positive Wassermannsche Reaktion bei diesen ergab.

Herr Dräseke hätte in seinen Fällen die Aszendenz und nicht nur die Träger der Scapula scaphoidea selbst untersuchen sollen, und zwar sowohl auf Stigmata von Syphilis als auch auf solche von Tuberkulose und Alkoholismus. Nonne betont, dass er die Scapula scaphoidea nur als ein neues Degenerationsstigma, als den Ausdruck einer Keimschädigung ansieht und dass keine Rede

davon sein könne, dass man es hier mit einem spezifisch-hereditär-syphilitischen Symptom zu tun habe.

Herr Weygandt-Hamburg: Die Scapula scaphoidea ist, von größeren Missbildungen abgesehen, dasjenige Degenerationszeichen, das am frühesten nachweisbar ist, schon in der ersten Hälfte der Embryonalzeit. Leider werden syphilitische Embryonen von den Aerzten, die sie öfter erlangen, zu selten der neurologischen Untersuchung überwiesen. Als spezifisch wird man sie nicht ansehen können; ein wichtiger Fingerzeig in dieser Hinsicht ergibt sich aus dem Alkoholismus in der Aszendenz; dieser keimschädigende Einfluss kann bekanntlich die allermannigfaltigsten Degenerationszeichen, wie auch Entartungs- und Erkrankungsformen in der Deszendenz herbeiführen. Die vom Votr. gestreifte Frage, ob Rachitis, abgesehen von ihren Beziehungen zur Spasmophilie, allein Schwachsinn bewirken könne, ist noch nicht ganz gelöst; manche Rachitische sind psychisch auffallend geweckt und regsam, aber im ganzen bleiben doch viele Fälle psychisch zurück und einige schwere Fälle sind mit tiefer Idiotie verbunden. Interessant ist die Mitteilung, dass bei dem Material des Votr. die Zähne im ganzen gut waren. Sonst trifft man bei Schwachsinnigen die verschiedensten Zahnanomalien, allerdings die Hutchinsonszähne sind auch bei syphilitisch Schwachsinnigen ziemlich selten, übrigens ist auch die Keratitis luica nicht sehr häufig, manchmal wird sie durch eine skrophulöse Keratitis vorgetäuscht. Unter den Augenstörungen der Hilfsschüler wie auch der Förderklassenschüler im Sickingerschen System zu Mannheim konnte W. sehr häufig Strabismus finden.

Herr Brückner-Hamburg hält es für sehr erfreulich, dass von Herrn Dräseke die Bedeutung der Scapula scaphoidea einmal nicht an Idioten und Deszendenten Nervenkranker, bei denen Syphilis ohnehin unverhältnismässig häufig ist, sondern an einem einwandfreien Durchschnittsmaterial geprüft ist.

Die Behauptungen von Graves waren doch wohl übertriebener, als es nach den Ausführungen des Herrn Nonne scheint.

Bei Graves heisst es: Deuten diese Befunde nicht auf einen gemeinsamen Ursprung, auf einen Zusammenhang der Scapula scaphoidea und der Syphilis in der Aszendenz? — Kollert misst der Syphilis ursächlich wenig Wert bei und betrachtet die Scapula scaphoidea lediglich als ein abiotrophes Symptom, deren Träger meist in frühen Jahren an Tuberkulose sterben.

Es wäre also darauf zu achten und dazu bietet das Material Dräseke's die beste Gelegenheit, ob die Scapula scaphoidea wirklich quoad vitam ein malignes Symptom darstellt.

Herr E. Reye-Hamburg betont, dass die Scapula scaphoidea keineswegs eine für Lues spezifische Bedeutung habe, und weist ferner darauf hin, dass das eine Kind in einer Familie die in Frage stehende Anomalie darbieten könne und ein anderes nicht, und dass es somit auch nichts Auffallendes sei, wenn in einem Fall, wie Herr Dräseke ihn erwähnt, das eine von Zwillingsskindern scaphoide Scapula besitze und das andere nicht.

Was das Alter der Träger einer scaphoiden Scapula anbelangt, so verweist R. auf die in seiner Arbeit gegebenen Daten, die mit den diesbezüglichen Befunden von Kollert übereinstimmen.

Herr Dräseke (Schlusswort) betont noch einmal, dass eine serologische Untersuchung nicht durchzuführen war, darum ist der vorgezeichnete Weg beschritten worden. Er hat Kinder der verschiedensten europäischen Kulturvölker gesehen, alle weisen sie den gleichen Zustand auf, z. B. unter anderen die Polen, die sich mit ungeminderter Kraft vermehren und dem Alkoholabusus in den unteren Schichten der Bevölkerung nicht abgeneigt sind.

2. Herr Nonne-Hamburg: „Ueber Fälle von Myelitis funicularis mit ungewöhnlichem Verlauf“.

Herr Nonne referiert über den heutigen Stand der Lehre von der Myelitis funicularis, die von den Erfahrungen der spinalen parenchymatösen herdförmigen Degenerationen bei Anämien verschiedenen Herkommens ausging.

N. berichtet über 2 Fälle, deren klinischer Verlauf vollkommen atypisch war. In dem 1. Fall handelte es sich um ein durchaus gewöhnliches klinisches Bild einer multiplen Sklerose, in dem anderen Fall um das einer transversalen akuten Myelitis. In beiden Fällen deckte erst die Sektion und die spätere mikroskopische Untersuchung eine Myelitis funicularis als anatomische Grundlage des Krankheitsverlaufes auf.

(Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Wohlwill-Hamburg macht auf die zerebralen Symptome bei der funikulären Myelitis aufmerksam. Wenn auch der gesamte Symptomenkomplex der multiplen Sklerose hierbei vollkommen beschrieben ist, so sind doch einzelne Symptome derselben, wie Nystagmus, Optikusaffektionen und verschiedenes mehr, nichts ganz Seltenes; ferner wurden beobachtet Hirnnervenlähmungen, allgemeine Konvulsionen und psychische Störungen von ziemlich charakteristischem Gepräge. Im Kontrast hierzu ist pathologisch-anatomisch wenigstens der herdförmige Prozess auf das Rückenmark beschränkt; in der Medulla oblongata findet man nur noch ganz selten vereinzelte Lückenfelder. Darüber hinaus sind nur noch uncharakteristische diffuse Veränderungen, namentlich an den Ganglienzellen der Hirnrinde nachweisbar. Nur Schroeder beschreibt in einem Fall von anämischer Spinalerkrankung mit Psychose auch in der Hirnrinde eigenartige Herde, die aber dem spinalen Prozess nicht analog sind. Das Gehirn müsste in Fällen dieser Art viel regelmässiger untersucht werden.

Herr Dräseke-Hamburg weist darauf hin, dass bei den geschilderten pathologisch-anatomischen Befunden vielleicht zur Erklärung auch das rein mechanische Moment der Umlagerung der grauen und weissen Substanz in der Oblongata herangezogen werden kann.

Herr Jakob betont die Unterschiede im mikroskopischen Bilde von Fällen der Myelitis funicularis und multiplen Sklerose: hier schwere entzündliche, exsudativ-infiltrative Vorgänge an den Gefässen, die dort völlig fehlen. Es ist nicht ausgeschlossen, dass wir hierin wesentliche Anhaltspunkte für die pathogenetische Beurteilung der Krankheitsprozesse erblicken müssen: während es sich bei der Myelitis funicularis, namentlich als Folgeerkrankung der perniziösen Anämie, um eine ausgesprochene toxische Störung handelt, dürften die oben

angeführten Befunde bei der multiplen Sklerose mehr an ein lebendes Virus denken lassen.

Herr Nonne: Schlusswort.

3. Herr G. v. Bergmann-Altona: „Status des vegetativen Nervensystems“.

Im Gegensatz zu den ersten Publikationen, welche die klinischen Krankheitsbilder der Vagotonie und Sympathikotonie aufgestellt haben, hat neuerdings Lewandowsky gemeint, diese Begriffe sollten vollkommen fallen gelassen werden. Die Wahrheit liegt nach den Untersuchungen auf der inneren Abteilung des städtischen Krankenhauses in Altona in der Mitte. Es ist richtig, dass Individuen, die nur im Gebiete des Vagus oder nur dem des Sympathikus leichter erregbar sind, eigentlich nicht vorkommen. Es ist ferner richtig, dass die Aufstellung eines „erweiterten“ Vagusgebietes eine pharmakologische Abstraktion ist, die mit Tatsachen aus dem Gebiete der Anatomie und namentlich auch der Physiologie nicht lückenlos übereinstimmt. So kommt es auch, dass von einzelnen Symptomen sich gar nicht sagen lässt, ob sie Vagus- oder Sympathikussymptome sind, z. B. das Schwitzen. Endlich ist der Begriff der Tonie nicht so einfach für diese klinischen Verhältnisse anwendbar. Nun kommt aber noch hinzu, dass die Berechtigung, eine Neurose *sui generis* hier abzugrenzen, sicher nicht in der Allgemeinheit zutrifft. Gerade zentrale Neurosen, wie z. B. die Hysterie, zeigen fast regelmässig auch Abweichungen im vegetativen Nervensystem. Man hat auch gemeint, dass nur bei psychischen Störungen Kombinationen von Sympathikotonie und Vagotonie vorkommen (v. Noorden jun. und Andere). Auch das trifft nicht zu, die Mischformen sind durchaus auch sonst die Regel. Wir kommen klinisch am weitesten, wenn wir ungeachtet der Hypothesen uns zunächst beschränken, „die Stigmata des vegetativen Nervensystems“ festzustellen, sowohl die spontanen, wie z. B. das Schwitzen, den Dermographismus, das Glanzauge, den Exophthalmus, den Blähhals, die Hypersekretionen und die Motilitätsstörungen am Magen oder Darm und dergl. mehr, und daneben die pharmakologischen Prüfungen mittels Adrenalin einerseits und Pilocarpin-Physostigmin-Atropin andererseits. Solche ganz allgemein durchzuführenden Untersuchungen sind der Vorschlag des Vortragenden, der sie für einen einwandfreien klinischen Status bei einem Patienten für mindestens ebenso wichtig erklärt, wie z. B. jene Reflexprüfungen des animalen Nervensystems, d. h. jene zum Zentralnervensystem und dessen Bahnen gehörigen Untersuchungen, die heute schon Allgemeingut sind. Der so systematisch durchgeführte Status des vegetativen Nervensystems wird Zusammenhänge erschliessen, die bisher nicht erkannt waren. Dies wird erläutert durch die Häufigkeit der vegetativen Stigmata beim Ulcus duodeni, als an einem beliebigen Beispiel. Wir sollen also zunächst die Begriffe Vagotonie und Sympathikotonie mit den dahinter steckenden Hypothesen ganz bei Seite lassen: die Vorstellung, dass ein System allein ergriffen sei, ist unrichtig; ausserdem könnte sowohl von der Peripherie wie vom Zentrum aus ja auch in den vegetativen Bahnen selbst und den dazu gehörigen Ganglien und Plexus das

auslösende Moment seinen Anfang nehmen, welches die vegetativen Stigmata erzeugt, last not least aber in den Drüsen mit innerer Sekretion, die durch ihre Hormone das Nervensystem fördernd und hemmend beeinflussen und ähnlich wie die erwähnten Pharmaka geänderte Bedingungen im vegetativen Nervensystem schaffen.

(Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Trömmner-Hamburg betont die Wichtigkeit der Erforschung des sympathischen bzw. autonomen Systems für die Kenntnis der funktionellen Neurosen, die bekanntlich bei Generalisierung fast stets mit Störungen in den genannten Systemen einhergehen. Vor allem bilden diejenigen Vorgänge, welche wir als Begleiterscheinungen von Affekten ansehen, eine Quelle häufiger Störungen, nicht nur im Wachen, sondern auch im flachen Schlaf. Ueberhaupt läuft schliesslich die ganze Psycho-Physiologie der Affekte auf eine Physiologie des Sympathikus hinaus. Ja noch mehr, die Tatsache, dass es gelingt, durch hypnotische Suggestion die sympathischen Funktionen direkt zu beeinflussen, gewissermassen unter Umgehung von Affekterregung, z. B. Stuhlgang, Blasenentleerung, Sexualfunktionen, Schweissekretion u. a., lehrt, dass die Hirnrinde direkt jene Funktionen beeinflusst. Angesichts dieser häufigen und mannigfachen zerebralen Einflüsse möchte ich fragen, ob die Angriffspunkte der zur Prüfung angewandten pharmakologischen Mittel sich immer mit genügender Schärfe lokalisieren lassen.

Was die bei Sympathikotonikern angeblich vorkommende Mydriasis anlangt, so erinnern mich meine Erfahrungen, dass Kranke mit starker Mydriasis gewöhnlich solchen Neurosen und Psychosen angehörten, welche stark gehemmte Affekterregbarkeit zeigten, also geringe Sympathikuserregbarkeit; z. B. stabile hysterische Zustände, Stupor oder Katatonie.

Herr Weygandt-Hamburg: Eine Ausgestaltung des Status des vegetativen Nervensystems wäre den neurologischen wie auch den psychiatrischen Krankengeschichten sehr zu wünschen. Aber auch die Theorien sind wegen ihres heuristischen Wertes nicht bedeutungslos. Anregend ist z. B. die Betrachtung der Dementia praecox in ihren Beziehungen zu einem gewissen Dysadrenalismus. Der von Kraus und Peritz betonte Gegensatz des mehr sympathikotropen Kindesalters und des vorwiegend vagotropen postpubischen Alters ist auch für die Psychogenese und Rassenpsychologie von Bedeutung, auch lassen sich daraus individual-psychologische Ratschläge gewinnen.

Herr Bischoff-Langenborn weist auf die grosse Bedeutung hin, die Untersuchungen über die Funktion des sympathischen Nervensystems für die Psychologie haben, in der sie geeignet sind, geradezu ausschlaggebend in der Frage nach der Unterscheidung zwischen Gefühl und Empfindung zu sein. Das Gefühl wird von vielen Seiten als ein Komplex von Organempfindungen gedeutet. Diese Organempfindungen aber werden uns vermittelt durch die Sympathikusstränge. Wir sind wohl berechtigt, auch im Sympathikus wie im übrigen Nervensystem afferente und efferente Fasern zu vermuten. Während in dem Vortrage die geschilderten Untersuchungen sich mit der Wirkung der efferenten Fasern beschäftigten, wäre für die Erforschung abnormer oder krankhafter

psychischer Phänomene gerade das Studium der afferenten Fasern von grosser Bedeutung. Gerade hier könnten uns Aufschlüsse gegeben werden über Schmerzgefühl oder Schmerzempfindung, über Angstzustände und ähnliche Störungen, wie sie bereits in der Diskussion hier erwähnt worden sind.

Herr v. Bergmann: Schlusswort.

4. Herr A. Jakob und Herr V. Kaika-Hamburg: „Ueber atypische Paralysen und paralyseähnliche Krankheitsbilder mit besonderer Berücksichtigung der anatomischen und serologischen Untersuchungsergebnisse“.

Herr Jakob geht von den Noguchischen Spirochätenbefunden aus, von denen er sich selbst in Originalpräparaten, die Herr Prof. Weygandt zugesandt erhielt, überzeugen konnte und erwähnt die Tatsache, dass sich die Spirochäten in diesen Präparaten nur ganz vereinzelt auffinden liessen gegenüber jenen Originalpräparaten, die Herr Nonne jüngst im Hamburger biologischen Verein demonstrierte, in denen herdweise Ansammlungen von Spirochäten zu sehen waren. J. hebt die Wichtigkeit reichlicher und sorgfältiger Nachuntersuchungen hervor, die hier erst ein entscheidendes Wort sprechen können, entscheidend namentlich für die Frage, wie und warum die Spirochäten hier gerade diesen Weg gehen und ob der Spirochätenbefund allen Fällen von Paralyse zukommt oder nur besonders gearteten Fällen eigen ist.

Der Vortr. weist dann auf die bekannte Tatsache hin, dass es Paralysen gibt, die in ihrem Zustandsbild wie Verlauf recht erheblich von dem gewohnten Bilde abweichen, dass wieder andere serologisch auffallende abnorme Reaktionen zeigen und wiederum andere anatomisch durch einen eigenartigen Befund überraschen. All diese „atypischen“ Fälle wurden von den beiden Vortragenden schon seit längerer Zeit gesammelt und besonders eingehend untersucht; aus diesen Erhebungen scheint hervorzugehen, dass sich — namentlich durch das Zusammenarbeiten von Serologie und Anatomie — gewisse Untergruppen aus dem grossen paralytischen Krankheitsbilde herauschälen lassen. Anatomisch interessierten vornehmlich die entzündlich-infiltrativen Vorgänge im Vergleiche mit den entsprechenden Erscheinungen anderer Infektions- und Intoxikationskrankheiten, insbesondere aber in ihren Beziehungen zu den echten luisch-entzündlichen Prozessen, weiterhin die Frage nach eventuellen Kombinationen echter luischer Prozesse mit „tabischen und paralytischen“ Veränderungen im Zentralnervensystem. Gerade für das Studium dieser Fragen scheinen die klinisch und serologisch atypischen Fälle von Paralyse sehr wichtig und interessant.

J. bespricht nun an der Hand von Mikrophotogrammen die auffallendsten und von dem gewöhnlichen Befunde abweichenden histologischen Erscheinungen solcher atypischer Fälle, die in mehrere Gruppen eingeteilt sind.

Die erste Gruppe umfasst 5 Kranke, die klinisch atypische und daher unerkannte Paralysen darstellen, serologisch positiv reagierten und auch anatomisch im wesentlichen den für Paralyse charakteristischen Befund neben bemerkenswerten histologischen Eigentümlichkeiten zeigten.



1. Pat. Da. erkrankte erstmals mit 32 Jahren an Melancholie (9 monatiger Anstaltsaufenthalt); mit 51 Jahren 2. Aufnahme wegen paranoiden Ideen und Verwirrtheit. Neben Ungleichheit der Pupillen und allmählicher Abschwächung der Patellar- und Achillessehnenreflexe bietet Pat. ein typisch-paranoides Zustandsbild mit zahlreichen Manieren und langsam fortschreitendem, intellektuellem Verfall. Nach 26 jährl. Anstaltsaufenthalt mit 77 Jahren Exitus an apoplektiformem Anfall. Diagnose: Dem. paranoides. Makroskopisch: Leptomeningitis (leichten Grades); keine Ependymitis. Gehirngewicht 1260 g. Mikroskopisch neben leichter Degeneration der Hinterstränge ein für Paralyse sprechender Befund am Grosshirn mit ausgesprochener Endarteriitis luica der kleinen Gefässe; an einzelnen Rindenstellen (namentlich Inseln) nehmen die infiltrativen Erscheinungen mehr den Charakter der Meningoencephalitis luica an (hochgradige und gleichmässige Infiltration der Pia und der Lymphscheiden der benachbarten Rindengefässe; herdweises Uebergreifen der Pia-infiltration auf das Rindengewebe mit starken reaktiven Erscheinungen der Glia).

2. Pat. Li., mit 30 Jahren wegen paranoiden Ideen aufgenommen, bietet 25 Jahre hindurch neben ad maximum erweiterten und lichtstarren Pupillen (nach spezialistischer Untersuchung ein angeborener Irisdefekt?) psychisch ein charakteristisches paranoides Krankheitsbild voller Manieren und Gehörshalluzinationen. 3 Monate vor dem Tode apoplektiformer Anfall mit nachfolgender Schwäche der Extremitäten, des Fazialis und Sprachstörung. Nach 25 jährigem Anstaltsaufenthalt mit 55 Jahren Exitus. Diagnose: Dem. paranoides + Arteriosklerose. Makroskopisch eine teilweise in Organisation begriffene subdurale Blutung über beide Hemisphären; die Pia zart; keine Ependymgranulation. Mikroskopisch ein typisch-paralytischer, vorgeschrittener Prozess in der Hirnrinde mit deutlicher Endarteriitis luica der kleinen Gefässe.

3. Pat. Ha., seit dem 9. Lebensjahre epileptische Krämpfe, als das Bild eines dementen Epileptikers mit zahlreichen Anfällen 13 Jahre lang in der Anstalt. Mit 42 Jahren Tod im Status. Diagnose: Epilepsie. Mikroskopisch: Paralytischer Entzündungsprozess mit ausserordentlicher Gefässvermehrung.

4. Pat. Fe., mit 58 Jahren an Merkfähigkeits-, Gedächtnis und agnostischen Störungen erkrankt, macht den Eindruck einer präsenilen Demenz. Mikroskopisch eine ausgesprochene Paralyse mit kleinen herdförmigen Ansammlungen von Lymphozyten in der Rinde ausserhalb der Gefässcheiden.

5. Pat. Zi. erkrankte mit 55 Jahren apoplektiform mit nachfolgender Hemiplegie, motorischer und sensorischer Aphasie; nach  $1\frac{1}{2}$  Jahr im Status. Exitus. Diagnose: Hirnlues. Mikroskopisch: Schwerer paralytischer Hirnbefund mit besonderem Befallensein des linken Schläfenlappens, hier auffallend starke Pia- und davon abhängige Gefässinfiltrationen; zahlreiche Plasmazellen frei im Gewebe; Endarteriitis mit Gefässneubildung.

In einer zweiten Gruppe von Fällen wird kurz über paralyseähn-

liche Krankheitsbilder gesprochen, bei denen namentlich auf Grund der negativen serologischen Befunde eine Paralyse ausgeschlossen werden konnte. Anatomisch handelte es sich um Fälle von Arteriosklerose, diffuser Sklerose, Alzheimerscher Krankheit. (Es waren keine Fälle darunter, wie sie erst jüngst von Alzheimer als von noch unbekannter Pathogenese geschildert worden sind.)

Die dritte Gruppe umfasst klinisch einwandfreie Paralysen, die durch ihre negativen serologischen Reaktionen auffallen. Auch anatomisch handelt es sich dem mikroskopischen Bilde nach in einem Falle um eine ganz typische Paralyse; in zwei weiteren Beobachtungen stehen aber die hochgradigen, sich besonders an die pialen Gefässe haltenden Meningeal-infiltrationen und endarteriitischen Erscheinungen an den Rindengefässen (mit stellenweise völligem Verschluss) weitaus im Vordergrund der histologischen Veränderungen, die in anderen Windungen wieder in einem für die Paralyse charakteristischen Befund sich entwickelt haben.

In einem anderen Falle, der klinisch als Paralyse mit Herderscheinungen imponierte und alle serologischen Reaktionen stark positiv zeigte, charakterisiert sich der anatomische Prozess neben geringgradigen infiltrativen Rindenerscheinungen vornehmlich als Meningitis luica und Endarteriitis mit Erweichungen und Rindenverödungen.

Schliesslich wird an zwei Fällen das Kapitel Meningitis und Paralyse kurz erörtert: im ersten Falle Schr., der ein meningitisches Bild bot, zeigte sich anatomisch eine in nichts auffallende Paralyse; im zweiten Falle Rö. konnte histologisch eine die Paralyse komplizierende Kokkenmeningitis sichergestellt werden.

Zusammenfassend macht J. auf die Schwierigkeiten aufmerksam, die sich in solchen atypischen Fällen auch der anatomischen Beurteilung entgegenstellen und glaubt, dass gerade im Hinblick auf die Noguchischen Befunde die Paralysen mit endarteriitischen Erscheinungen grosse Beachtung verdienen. Sogleich nach dem Bekanntwerden der Noguchischen Entdeckung wurden vom Votr. gerade die oben besprochenen Fälle nach der Original-Levaditi-Methode untersucht — bis jetzt mit negativem Erfolg. (Autoreferat.)

Herr Kafka bespricht an der Hand einer Tabelle die bei den von H. Jakob beschriebenen Fällen sich ergebenden Resultate der Untersuchung der Körperflüssigkeiten. Es wurden im Blute die Wassermannsche Reaktion mit allen Verfeinerungen, ferner die Normalambozeptor- und Komplementbestimmung vorgenommen, in der Cerebrospinalflüssigkeit die vier Reaktionen, eventuell auch mit Bestimmung der Zellart im Hämatoxylin-Eosin- und Alzheimer-Präparat, ferner die Bestimmung des Normalambozeptors und Komplements nach Weil und Kafka. Ausserdem wurden in manchen Fällen noch besondere Untersuchungen vorgenommen. Die meisten Fälle wurden intravital untersucht, einige jedoch postmortal, wobei sich herausstellte, dass das kurze Zeit nach dem Tode entnommene Spinalpunktat sich sehr gut zur Prüfung eignet, weniger der bei der Sektion erhaltene Ventrikelliquor. Die Fälle der ersten Gruppe (klinisch unerkannte und atypisch verlaufende Paralysen) sind von ganz besonderem Interesse. Hier hat die Hämolyseprobe ihre Feuerprobe

bestanden, indem sie durch ihren stark positiven Ausfall (im ersten Fall auch im postmortalen Spinalliquor) die Paralyse Diagnose über jeden Zweifel erhob. K. demonstriert an einer Tabelle die nach den Berichten der Literatur bis jetzt erhaltenen Resultate mit der Hämolysinreaktion und Komplementbestimmung in der Zerebrospinalflüssigkeit; nach dieser findet sich bei der akuten Meningitis Normalambozeptor in 100, Komplement in mindestens 90 pCt. der Fälle, für die Paralyse ergeben sich mindestens 87 und 90 pCt., während alle anderen Krankheiten 0 pCt. zeigen. — Im zweiten Falle bietet sich auch das Phänomen des Komplementschwundes im Blute. Dies leitet zum dritten Fall herüber, der Komplement- und Normalambozeptorschwund im Blutserum aufwies. K. demonstriert an der Hand der Tabelle, dass das Fehlen des Normalambozeptors im Blute bei Paralyse viel häufiger als bei Lues und Nichtlues vorkommt; das Gleiche gilt im erhöhten Masse von der Analaxie (bei Ausschaltung von Lepra, Fieber, Kachexie). Das Zusammenvorkommen beider Phänomene deutet aber fast immer auf eine Paralyse hin. So konnte also auch in diesem Falle aus dem letztgenannten Syndrom im Zusammenhang mit der schwach positiven sonstigen serologischen Reaktion im Blut und Liquor (die allein die Diagnosenstellung noch nicht erlaubt hätten) die Paralyse erkannt werden. Auffallend war in diesem Fall auch die stark hämolytische Wirkung des Harns, wie man sie häufig bei Paralysen (aber nicht allein) findet. Der vierte Fall machte durch seinen stark positiven Wassermann im Liquor die Paralyse Diagnose wahrscheinlich; auf andere interessante Seiten kann hier nicht eingegangen werden. Auch im 5. Fall liess die Stärke der Reaktionen die Paralyse Diagnose sicherstellen. — Die zweite Gruppe: Klinisch paralyseverdächtige, aber anatomisch nicht paralytische Krankheitsbilder zeigten auch im serologischen Verhalten ein negatives Bild. — Von besonderer Wichtigkeit ist die dritte Gruppe: Fälle, bei denen die Paralyse klinisch erkannt war, die aber anatomisch Besonderheiten boten und durch ihre negativen Untersuchungsergebnisse des Liquors und Blutes auffielen. Im Anschluss daran spricht K. an der Hand einer Tabelle über Fälle, die teils im Liquor und Blute negativen Befund zeigten, teils im Blute negativen, im Liquor positiven; die letzteren bilden ungefähr 6–7 pCt. des Materials. — Die beiden letzten Fälle betreffen das Kapitel Meningitis und Paralyse. K. bespricht das Vorkommen von Polynukleären im Liquor bei Paralysen mit und ohne besondere Exazerbationen des Krankheitsbildes und die Mischinfektionen bei Paralyse. Da im Liquor des ersten Falles die Lymphozyten hauptsächlich vermehrt waren, dagegen sich in demselben kein Komplement fand, konnte die Diagnose paralytische Meningitis gegen tuberkulöse aufrecht erhalten werden. Im zweiten Falle sprach das morphologische Bild des Liquors (Polynukleäre und zerfallene Kokken), wie auch das Resultat eines Komplementbindungsversuches für die Diagnose eitrige Meningitis, während die Paralyse aus der Reaktion schon früher festgestellt war.

K. rät für die Diagnose das Ensemble aller Erscheinungen zu verwerten und betont besonders die Verwertbarkeit der erwähnten neueren Reaktionen. Er ist der Meinung, dass sich durch striktes Zusammenarbeiten der Anatomie

und Serologie Unterarten der Paralyse werden diagnostizieren und dass sich interessante Uebergänge werden studieren lassen.

Er hebt aber ganz besonders in Anbetracht der Noguchischen Befunde die Selbständigkeit der Paralyse im klinischen und serologischen Sinne hervor, demonstriert dieses letztere an der Hand einer Tabelle und bespricht die Schwierigkeiten, die sich immer noch der Pathogenese der Paralyse und ihrer Therapie entgegenstellen. (Die Untersuchungen von Jakob und Kafka werden später ausführlich veröffentlicht.) (Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Sänger-Hamburg fragt Herrn Jakob, ob unter den mitgeteilten Fällen sich ein Fall befände, den er ihm zur Untersuchung geschickt habe und bei dem es sich um die Differentialdiagnose zwischen Paralyse und Lues cerebri gehandelt hat. — Was die Wassermann'sche Reaktion betrifft, so habe in manchen Fällen die Untersuchung mittels Cholestearin-Extrakten feinere Resultate ergeben als die alte Wassermann'sche Reaktion.

Herr Brückner-Hamburg bestätigt im Gegensatz zu Herrn Sänger die Ausführungen des Herrn Kafka, wonach eine negative Wassermann'sche Reaktion im Serum von Paralytikern bei 0,2 doch öfter vorkommt, als von einigen Autoren zugegeben wird. Die Tatsache, dass es gerade Arbeiten aus Kliniken und Krankenhäusern sind (Plaut, Stertz, Nonne), die Anspruch auf etwa 100 pCt. positiver Wassermann'scher Reaktion bei Paralytikern machen, dürfte daher zu erklären sein, dass diese Autoren in einer diagnostischen Ueberschätzung der Reaktion alle negativen Fälle anderen Diagnosen subsumieren, ohne, da die Kranken später in Irrenanstalten abwandern, in der Lage zu sein, die Richtigkeit ihrer Diagnose zu kontrollieren. — Die forensische Bedeutung der positiven Wassermann-Reaktion im Liquor, die man noch vor kurzem sicherlich sehr hoch bewertet hatte, hält B. ebenso wie K. für völlig problematisch. Der psychische Status praesens ist das allein Ausschlaggebende. Er erwähnt einen Fall aus der Praxis. Debilität, intellektuelle Schwäche, Alkoholismus, gelegentlich Krampfanfälle, Wassermann-Reaktion im Liquor bei 0,2 +, bei 0,5 ++. Gutachten: Minderwertigkeit; nicht exkulpiert.

Herr Nonne-Hamburg hebt hervor, dass auf seiner Abteilung die Diagnose auf Paralyse, wenn das sonstige Gesamtbild dafür spricht, niemals fallen gelassen wird, wenn allein die Wassermann'sche Reaktion im Blut negativ ist.

N. hat in allen seinen Arbeiten betont, dass man nur die Kombination der „vier Reaktionen“ für die Diagnose verwerten soll.

100 pCt. Wassermann'sche Reaktion im Serum hat seines Wissens nur Eichelberg gefunden.

Gerade die neuerdings in Friedrichsberg von Jakob ausgeführten anatomischen Untersuchungen zeigen ja, wie schwierig und der Diskussion unterliegend auch die anatomische Diagnose auf die wirkliche Paralyse in manchen Fällen sein kann.

Herr Weygandt-Hamburg: Der in der Diskussion geäusserten Ansicht gegenüber, es seien bis vor zwei Jahren in Friedrichsberg nur altmodische

histologische Untersuchungsmethoden angewandt worden, muss ich betonen, dass auch vordem schon neue Methoden, Gliafärbung, Bielschowsky'sche Färbung Toluidinblau usw. geübt wurden.

Die beschriebenen Fälle lehren, wie eminente Schwierigkeiten sich uns darbieten können und wie viel Vorsicht in mancher Hinsicht nötig ist, vor allem, wo es sich um Kombinationen zu handeln scheint, wie z. B. Lues cerebri mit manisch-depressivem Irresein.

Zweifellos wird dadurch die eigentliche psychiatrische Betrachtungsweise immer mehr modifiziert und das rein Psychische der Fälle in die bescheidene Rolle des Epiphänomenologischen zurückgedrängt. Dringliche Mahnungen ergeben sich daraus auch für die forensische Betrachtung; gelegentlich kann Paralyse diagnostiziert werden, ohne dass man die Voraussetzungen zu einer Entmündigung wegen Geisteskrankheit, einer Ehescheidung oder Vertragsanfechtung als erfüllt ansehen darf.

Es ist begreiflich, dass Noguchi's Veröffentlichung lebhaften Beifall fand, denn sie ergibt ja wertvolle therapeutische Konsequenzen und stellt sozusagen einen Schlussstein für die Luesparalyse-Theorie dar. Unsere jüngere Generation ahnt nicht mehr, wie heftig noch die Theorie anfangs der neunziger Jahre bekämpft wurde. Freilich sind bei den Darlegungen Noguchi's Fehlerquellen zu berücksichtigen. Hierher gehört 1. die Möglichkeit, dass es sich bei seinen Fällen mit Spirochäten, nur 15 pCt. des Materials, etwa doch um Lues cerebri gehandelt habe. Eines der mir von N. freundlichst übersandten Präparate, und zwar das, in dem noch am ehesten Spirochäten anzunehmen waren, lässt an den Gefässen, soweit die Levaditifärbung es zu erkennen gibt, statt adventitieller Infiltration vielmehr eine Endarteritis erkennen, die also mehr für Lues cerebri sprechen würde.

2. Ein anderer Punkt sind die Spirochäten im Präparat selbst. Es handelt sich nicht um Präparate, bei denen die Fibrillen vollkommen ungefärbt waren, sondern um weiter differenzierte Präparate, bei denen aber auch noch Teile von Fibrillen gefärbt geblieben sind.

Manchmal glaubt man eine Spirochäte zu erkennen in der charakteristischen Ausdehnung und Schlängelung, aber Drehung der Mikrometerschraube zeigt alsbald, dass es sich doch um eine ausgedehnt gefärbte Fibrille handelt. Auffallend ist auch, dass die Noguchischen Spirochäten in keinerlei Beziehungen zu bestimmten Gewebsbestandteilen treten, weder zur Pia, noch zu den Gefässen usw., im Gegensatz zu den längst nachgewiesenen Spirochäten der fötalen Lues. Bakteriologisch misst man gewöhnlich den rein optisch-mikroskopischen Nachweisen nicht allzuviel Bedeutung bei und legt den Hauptnachdruck auf die Impfung und Kultur. Die Berufung auf einige Autoritäten, die in den Präparaten die Spirochäten sicher annehmen, darf nicht jede Kritik lähmen, selbst Schaudinn hat sich vor seiner Entdeckung der Spirochaete pallida auch wohl gelegentlich geirrt wie bei der *Leydenia gemmipara*. Immerhin muss auf Grund einiger Stellen der Präparate wohl zugegeben werden, dass es sich nach grösster Wahrscheinlichkeit doch um Spirochäten im Hirn bei angeblichen Paralytikern handelt; trotz aller Ähnlichkeit mancher spirochäten-

artiger Gebilde mit Fibrillenabschnitten sind einige ganz regelmässig gewellte und intensivere schwarzgefärbte Gebilde in diesem Sinne aufzufassen.

Hoffentlich gelingt bald die Färbung auch an einheimischem Material. In Friedrichsberg wird nach verschiedener Richtung hin dieses Ziel verfolgt. Hinsichtlich der Paralyseforschung und -behandlung stehen wir zweifellos nicht an einem Abschluss, sondern erst am Anfang weiterer Entwicklungen.

Herr Ritterhaus: Man macht den Serologen oft Vorwürfe wegen angeblich zu feiner Reaktionen. Vielleicht wäre es bei der weiten Verbreitung der Lues denkbar, dass es sich hier um eine abgeschwächte hereditäre Lues von seiten der Grosseltern handelte, etwa in der Art, dass eine selbst hereditärluetische Mutter, die aber sonst keinerlei Symptome bietet, ihrem Kinde intrauterin eine ganz schwache Wassermannreaktion vererbt, die eben nur durch die Verfeinerungen erkennbar ist. Man müsste gerade bei den schwachpositiven oder zweifelhaften Fällen die Eltern und eventuell Grosseltern untersuchen können. Vielleicht gibt es auch hier direkt atavistische Rückschläge. Kann der Herr Vortragende aus der Literatur hierüber etwas mitteilen?

Wenn sich diese Vermutung bestätigen sollte, wäre ja die Serologie glänzend gerechtfertigt.

Herr Kafka (Schlusswort) betont gegenüber Herrn Sänger, dass der relativ grosse Prozentsatz im Blute nach Wassermann negativ reagierender Paralyzen gegenüber den St. Georger Fällen wohl durch die Eigenart und Menge des Friedrichsberger Materials bedingt sei; die Resultate stehen aber nach jeder Richtung hin fest und sind bei mehrmaliger Untersuchung und zwar mit der Originalmethode gewonnen; die Verfeinerungen klärten dann nur, wie K. demonstriert hat, dies Bild. Für den Liquor wurde selbstverständlich nur die Originalmethode mit Auswertung nach Hauptmann verwendet, nicht aber die Cholestearinwärme- oder Kältemethode.

Auf die Frage des Herrn Ritterhaus möchte K. mitteilen, dass ihm in seinen serologischen Untersuchungen öfters Anzeichen vorgekommen sind, die auf eine veränderte Blutbeschaffenheit bei Lues in früheren Generationen hindeuten scheinen.

Herrn Brückner bestätigt K., dass in forensischen Fällen eine positive Wassermannsche Reaktion im Liquor nicht ausschlaggebend sein darf.

Herr Jakob (Schlusswort) erwidert Herrn Sänger, dass der von ihm zugeschickte Fall noch nicht erwähnt wurde, der auch anatomisch einen „atypischen Befund darstellt: eine weitaus im Vordergrund stehende luische Meningitis und Endarteriitis, aber an manchen Stellen eine deutlich ausgesprochene paralytische Gefässinfiltration. Gerade um in solchen schwieriger liegenden Fällen eine sichere Diagnose stellen zu können, bedarf es eines gut fixierten und reichlichen Hirnmaterials. Erst weitere Untersuchungen müssen es ergeben, ob wir in manchen dieser atypischen Fälle gewisse Formen engerer Verwandtschaft zu anderen luischen Prozessen erblicken dürfen. Immerhin bleiben all solche Fälle eine Ausnahme, und auch die Noguchische Entdeckung wird an der Sonderstellung des paralytischen Krankheitsprozesses nicht rütteln, die klinisch und serologisch so wohl begründet, vornehmlich auch im

anatomischen Bilde durch die Arbeiten von Nissl und Alzheimer so scharf charakterisiert ist. Nichtsdestoweniger wird aber bei weiterer Bestätigung der Spirochätenbefunde unsere pathogenetische Auffassung vom tabischen und paralytischen Prozess eine Korrektur erfahren müssen.

5. Herr Böttiger-Hamburg: „Ueber eine Cyste im rechten Kleinhirn.“

Vortr. stellt einen durch Operation geheilten Fall von Kleinhirncyste vor: Der 28jährige Mann klagte seit einigen Monaten über Gefühl der Unsicherheit und Schwäche im rechten Arm und Bein. Seit ca. 3 Wochen gesellten sich hinzu Kopfschmerzen, Schwindel beim Gehen und Aufrichten, Sehstörungen, diese rechts mehr als links, Erbrechen.

Status am 10. 3. 13: Patient liegt leicht apathisch zu Bett, mit tumorhaftem Gesichtsausdruck; der Kopf liegt andauernd nach links gedreht. Die rechte Nackenmuskulatur ist angespannt, Kopf nirgends klopfempfindlich, über dem ganzen Schädel bei Perkussion vermehrte Resistenz, keine Schallanomalien. Beiderseits hochgradige Stauungspapille. Mundfazialis rechts etwas schwächer als links. Langsamschlägiger Nystagmus nach rechts, nach links weniger ausgesprochen, Kornealreflexe in Ordnung, leichte flüchtige Sensibilitätsstörungen fleckweise in der rechten Gesichtshälfte. Diese Sensibilitätsstörungen sollen gelegentlich deutlicher gewesen sein; auch sollen vorübergehend leichte aphasische und apraktische Störungen bestanden haben. Sehr deutliche Ataxie im rechten Arm, weniger auch im rechten Bein. Gang etwas breitbeinig, nicht schwankend, aber nach rechts hängend. Grobe Kraft in rechten Extremitäten abgeschwächt, Patellarreflex rechts > links, Achillesreflexe gleich, kein Babinski, keine Spasmen.

Diagnose: Tumor der rechten Kleinhirnhemisphäre mit sekundärem Hydrocephalus internus. Die Allgemeinerscheinungen werden vorwiegend auf den letzteren, die Lokalerscheinungen seitens der rechten Extremitäten dagegen auf die Lokalisation des Tumors geschoben.

11. 3. Operation, Freilegung der rechten Kleinhirnhemisphäre, Punktion: es wird von der Spritze bernsteingelbe, gallertige Flüssigkeit angesogen. 18. 3. Breite Eröffnung der Cystenhöhle, Austastung, Tamponade. Die Cyste liegt ca. 1½ cm unter der Kleinhirnoberfläche, näher der Basis zu.

Bis heute ist geschwunden die vermehrte Resistenz des Schädels, die Kopfschmerzen und das Erbrechen, die Kontraktur der rechtsseitigen Nackenmuskulatur, fast geschwunden die Stauungspapillen; geblieben ist die Ataxie und Parese der rechten Extremitäten, der Nystagmus nach rechts und wenig cerebellarer Schwindel. Vortr. erwähnt einen Fall von Kleinhirncyste, den er voriges Jahr beobachtete, der aber Lokalerscheinungen, die die Diagnose der befallenen Kleinhirnhemisphäre ermöglicht hätten, gar nicht darbot; eine entlastende Ventrikelpunktion brachte vorübergehende Erleichterung. Plötzlicher Exitus vor der beabsichtigten Freilegung beider Hemisphären. Die bei der Sektion gefundene Cyste lag ganz dicht unter der Oberfläche des Kleinhirns. Demnach scheinen die tiefer sitzenden Tumoren des Kleinhirns eher Hemisphärenlokalsymptome zu bedingen als die oberflächlich sitzenden. Vort. geht

noch mit kurzen Worten auf die Wichtigkeit der Scheidung von wesentlichen und unwesentlichen Symptomen für die Lokaldiagnose von Hirntumoren ein.

(Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Trömner-Hamburg: Herrn B.'s Fall erinnert lebhaft an denjenigen, dessen Hirn ich vor einigen Tagen im biologischen Verein zeigte, obwohl jenem multiple sklerotische Herde zugrunde lagen. Ataktische Hemistörungen der befallenen Hemisphäre gleichen Seite ohne Sensibilitätsanomalien und mit nur geringer Reflexsteigerung ermöglichte auch mir die Diagnose. Dass der Gang in beiden Fällen nicht typisch cerebellar war, rührt von der Unversehrtheit des Wurms her.

Herr Sänger-Hamburg hat auch in einem Falle von Tumor cerebelli eine gleichseitige Hemiparese und Ataxie beobachtet. Er fragt Herrn Böttiger, ob in seinem Falle eine Areflexie der Kornea zu konstatieren war.

Herr Böttiger (Schlusswort): Die Empfehlung des Herrn Sänger, vor der Trepanation auf der kontralateralen Seite eine druckentlastende Trepanationsöffnung anzulegen, hält Votr. für ungeeignet für Tumoren der hinteren Schädelgrube.

#### 6. Herr Sänger-Hamburg demonstrierte

1. ein 18jähriges Mädchen, welches von jeher an Enuresis nocturna leidet. Im 12. Jahre war Patientin wegen desselben Leidens im Eppendorfer Krankenhaus. Sie war von dort ungeheilt entlassen worden. Seit dem 14. Jahre klagt sie über hie und da auftretende Kopfschmerzen und über Herzklopfen. Da in letzter Zeit die Enuresis nocturna besonders lästig wurde, kam sie in das Allg. Krankenhaus St. Georg.

Bei der Untersuchung des kräftigen Mädchens fand sich ein Fehlen des rechten Achillesreflexes; ferner eine über handbreite Zone von herabgesetzter Sensibilität für alle Qualitäten um den Anus herum. Auch vorne war im Bereiche von  $S_3$  ein kleiner Bezirk mit herabgesetzter Sensibilität. Die übrige Untersuchung des Nervensystems ergab weiter keine Veränderungen.

Auf der rechten Glutäalgegend fand sich eine umfängliche, unregelmässig eingezogene Narbe. Auf der linken Glutäalseite eine schmale Narbe. Die Glutäalgegend war im ganzen auffallend fettreich.

Die im Röntgeninstitut unseres Krankenhauses vorgenommene Aufnahme ergab eine Spaltbildung der Kreuzbeinwirbel, und zwar verläuft der Spalt am 1. Kreuzbeinwirbel schräge; dann erweitert sich der Spalt zu einer graden, breiten Lücke in sämtlichen Kreuzbeinwirbeln.

Votr. demonstrierte die Röntgenaufnahme und sprach über den von Fuchs-Wien zuerst beschriebenen Symptomenkomplex der Myelodysplasie, deren anatomische Ursache in einer rudimentären Form der Spina bifida occulta liegt.

Als klinische Symptome führte er ausser der Enuresis nocturna, Reflexanomalien, Sensibilitätsstörungen, Deformationen des Fusses (Platffuss, Syndaktylie), Asymmetrie der Rima ani und fistelartige Einziehungen der Sacrococcygealgegend an.



2. Ein 27 jähriges Mädchen, welches seit dem 11. 12. 12 bemerkte, dass die linke Hand beinahe gelähmt war. Daneben litt sie an Kopfschmerzen und Schmerzen in beiden Augen. Am 17. 12 trat zum erstenmal Erbrechen auf; am nächsten Tage Schwäche im linken Bein. Am 1. 1. konstatierte der Hausarzt eine Schwäche im linken Mundfazialis. Anamnestisch lag nichts Besonderes vor.

Vortr. konstatierte bei der 1. Untersuchung im Allg. Krankenhaus St. Georg eine linksseitige Hemiparese inkl. Fazialis (total) und Zunge; linksseitige Hemianästhesie für alle Qualitäten; homonyme laterale linksseitige Hemianopsie; gleichnamige Doppelbilder nach rechts (rechtsseitige Abduzensparese) und eine beiderseitige beträchtliche Stauungspapille mit reichlichen Blutungen.

Die linke Pupille war eine Spur weiter als die rechte.

Licht- und Konvergenzreaktion waren prompt.

Gehör, Geruch, Geschmack waren in Ordnung.

Die Patellar- und Achillesreflexe links lebhafter als rechts.

Babinski'sches Phänomen links positiv, rechts —

Abdominalreflex links schwächer als rechts.

Die Bewegungen des paretischen linken Beins waren ataktisch.

Patientin klagte über Schmerzen im Nacken beim Beugen des Kopfes nach vorne.

Ueber der rechten Hinterhauptsgegend bestand Druck- und Klopfempfindlichkeit.

Die Röntgenaufnahme des Schädels hat ein gänzlich negatives Resultat.

Das Allgemeinbefinden war im Krankenhaus recht gut; Pat. war sogar heiter und von auffallender Intelligenz. Hie und da machte sie Witze!

Da das Sehvermögen abnahm, wurde ein chirurgischer Eingriff beschlossen.

Da die Diagnose auf einen Tumor im Occipitallappen der rechten Seite gestellt worden war, so wurde über dieser Gegend eine über fünfmarkstück-grosse Trepanationsöffnung mit Wagnerschem Lappen von dem chirurgischen Sekundärarzt Dr. Fuchs gemacht. Zuvor war auf Vorschlag des Vortr. eine kleinere Oeffnung über dem linken Occipitallappen ohne Eröffnung der Dura angelegt, um einem drohenden Hirnprolaps des rechten Occipitallappens vorzubeugen. Am folgenden Tag wurde die Dura auf der rechten Seite inzidiert. Der rechte Occipitallappen lag frei; eine Windung erschien auffallend weiss und verbreitert, während die übrige Oberfläche hyperämisch aussah. Als nunmehr in die anämische Windung eine Inzision gemacht wurde, entleerte sich eine serös getrübbte Flüssigkeit in reichlicher Menge. Die Cyste ging ziemlich tief in den Hinterhauptsappen hinein. Die mikroskopische Untersuchung der Flüssigkeit ergab keine Tumorbestandteile. 2 Tage nach der Operation war das Gesicht der Patientin erheblich geschwollen. Die Ursache bestand in einer blutigen Suffusion des Unterhautzellgewebes. Unter fieberhaften Symptomen ging die Schwellung zurück. Da zuerst die Ursache des Fiebers nicht ersichtlich war, wurde der inzwischen schon angeheilte Wagnersche Lappen zurückgeschlagen. Dadurch drängte sich leider das Gehirn vor und verzögerte die Heilung, die aber schliesslich doch erfolgte, so dass die Patientin am 10. 4. nach Hause entlassen werden konnte. Die Hemianopsie war unverändert ge-

blieben, und es bestand noch eine linksseitige Hemiparese. Die Stauungspapille und die Abduzenslähmung war zurückgegangen. Das subjektive Befinden der Pat. war vorzüglich.

3. zeigte Votr. einen jungen Mann, der vor 5 Jahren im Krankenhaus St. Georg von Dr. Wiesinger wegen Tumor cerebri (heftiger Kopfschmerz, Erbrechen, rechtsseitige Hemiplegie, doppelseitige Stauungspapillen) auf der linken Kopfseite trepaniert worden war. Die Tumorsymptome sind sämtlich zurückgegangen bis auf eine Parese und Kontraktur der rechten Hand. Pat. versieht jetzt eine Portierstelle im Allg. Krankenhaus St. Georg zu allseitiger Zufriedenheit. Bei diesem Pat. bestand auch zuerst ein Hirnprolaps, der spontan sich zurückgebildet hat. Der Wagnersche Lappen auf der linken Kopfseite ist fest eingeeilt. (Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Trömmner-Hamburg:

Der Fall interessiert mich, weil ich trotz Anerkennung der bekannten Fuchs-Mattauschekschen Befunde doch mehrfach gegen die aus ihnen hergeleitete Verallgemeinerung, dass die Enuresis nocturna generell auf einer Entwicklungshemmung des Rückenmarks beruhe, Stellung genommen habe. Ich habe unter mehr als 100 Fällen kindlicher Enuresis nocturna niemals eins von jenen Merkmalen (Syndaktylie, Thermodyästhesie der Zehen, Babinski's Phänomen, Hypertrichosis sacralis, Einziehung der Fossa coccygea, Spaltbildung der unteren Wirbelsäule) gefunden. Anders freilich bei den die Pubertätsjahre überdauernden Fällen; bei diesen scheinen allerdings Merkmale von Myelodysplasie relativ häufig zu sein; allerdings habe ich sie erst bei 2 Erwachsenen gefunden, einmal Syndaktylie, bei einem andern, im ärztlichen Verein vorgestellten Falle Hypertrich. sacralis und Spina bifida occulta. Herrn S. Fall scheint auch noch eine sakrale Lipomatose aufzuweisen. Therapeutisch empfehle ich, falls noch nicht angewendet, epidurale Injektion nach Kathelin oder — noch sicherer wirkend — hypnotische Suggestion.

Herr Sänger (Schlusswort) stimmt darin mit Herrn Trömmner überein, dass in den meisten Fällen von Enuresis nocturna keine Spina bifida occulta nachzuweisen ist; dass aber solche Fälle doch vorkommen, beweist der vorgestellte Fall.

## 2. Sitzung nachmittags 3 Uhr

im Hotel Kaiserhof.

7. Herr M. Hinrichs-Schleswig: „Zur Frage der Unterbringung der Psychopathen“.

Vortragender schildert zunächst an 5 strafrechtlichen Grenzfällen seiner Beobachtung aus dem letzten halben Jahre die Schwierigkeit der Beurteilung und die so oft wechselnde Beurteilung dieser Psychopathen und warnt vor einer vor-eiligen Abgabe des Gutachtens. Vor ihrer Unterbringung ist zu verlangen, dass vorher jedesmal die Schuldfrage erledigt wird, was hoffentlich nach Einführung des neuen Strafgesetzbuches (§ 65 des Entwurfs) geschehen wird. In der Haft verfallen diese Psychopathen nur zu oft und zu leicht in ausgesprochene Geistes-

krankheit, in die Irrenanstalt passen sie nicht hinein, wenigstens nicht auf die Dauer, und es sind deshalb besondere Anstalten für sie zu fordern. Auch für die psychopathischen Fürsorgezöglinge müssen besondere Abteilungen gebaut werden. In der Provinz Schleswig-Holstein wurden nach der psychiatrischen Untersuchung der schulentlassenen Zöglinge (vor 2 Jahren) die schwersten Fälle (12 weibliche und 22 männliche Zöglinge) der Irrenanstalt zur Beobachtung überwiesen. Sie verblieben ihr aber dann zur dauernden Pflege, obwohl z. B. von den männlichen nur 4 irrenanstaltsbedürftig waren, weil eben eine andere Unterbringungsmöglichkeit fehlte und die Erziehungsanstalten die weitere Verpflegung ablehnten. Das gab zu allerhand Schwierigkeiten Anlass. In der Irrenanstalt können wir auch vor allem den Zöglingen nicht gerecht werden. Die Erfolge mit der Familienpflege nach längerem Aufenthalt in der Irrenanstalt waren durchaus schlecht. (Autoreferat.)

(Der Vortrag erscheint in der Zeitschrift für die Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinn von Vogt und Weygandt.)

#### Diskussion:

Herr Regierungsrat Dr. Crasemann-Hamburg: Die Psychopathen scheidet man in 2 Gruppen, die ungefährlichen und die gemeingefährlichen.

Für die ersteren sorgt die öffentliche und private Fürsorge, event. unter Beihilfe der Entmündigung, welche, wenn möglich, noch während der Minderjährigkeit durchzuführen ist, und gelegentlich auch dem Uebergange zur Gemeingefährlichkeit vorbeugen kann.

Bei den letzteren muss man von 2 Gesichtspunkten ausgehen:

1. Schutz des Individuums selbst in seinem eigenen Interesse.
2. Schutz der Allgemeinheit vor seinen gemeingefährlichen Handlungen.

Um dieses zu erreichen, genügt nicht die Anstaltspflege allein, es muss ein dauernd übergeordneter Wille hinzutreten, welcher jene Elemente auch ausserhalb der Anstalt leitet und regiert, also eine Art Zwangsfürsorge, Zwangsbehandlung unter gelegentlicher Verwendung der Heil- und Pflege- bzw. Verwahrungsanstalten, ganz analog der Zwangserziehung gefährdeter Minderjähriger.

Das heute noch geltende Reichsstrafrecht kennt bei den Minderjährigen in den §§ 55 und 56 R.St.G., sofern nicht Rückgabe an die Familie oder Verurteilung erfolgt, lediglich Ueberweisung in eine Erziehungs- und Besserungsanstalt, die Entlassung wird der vorgesetzten Verwaltungsbehörde überlassen.

Diese Bestimmung ist praktisch überholt, weil längst erkannt ist, dass man mit einer Anstaltsbehandlung allein nicht viel erreicht.

Es sind daher die Fürsorgebehörden entstanden, welchen die ihnen unterstellten Erziehungsanstalten zur gelegentlichen Unterbringung ihrer Zöglinge auf kürzere oder längere Zeit (falls sie sich in Freiheit nicht führen können) zur Verfügung stehen, die es aber als ihre Hauptaufgabe ansehen, den Zögling in Freiheit unter ihrer organisierten Schutzaufsicht zu erziehen und für den wirtschaftlichen Kampf im Leben brauchbar zu machen.

Dieser Entwicklung folgt der Vorentwurf zum Reichsstrafgesetzbuch im

§ 69, in dem er nicht mehr die Ueberweisung in eine „Anstalt“, sondern zur „staatlich überwachten Erziehung“ vorschreibt, d. h. es der Erziehungsbehörde überlässt, ihrerseits zu bestimmen, ob die Erziehung innerhalb oder ausserhalb der Anstalt vorzunehmen ist. (Bedauerlicherweise endet der § 69 mit den Worten „doch kann das Gericht die Unterbringung in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt vorschreiben“, es bedeutet dies einen Rückschritt, einen unverständlichen Eingriff des Strafrichters in die Sachkunde der zuständigen Erziehungsbehörde.)

Ganz analog müsste sich nun die Zwangsfürsorge für die volljährigen Psychopathen abspielen. Auch bei ihnen genügt nicht die einfache Anstaltsbehandlung, wie sie im § 65 des Vorentwurfs vorgesehen, auch bei ihnen beginnt doch die grösste Schwierigkeit erst, wenn die Internierung aufhört, wenn es gilt, die betreffenden Personen in Freiheit für den wirklichen Kampf im Leben brauchbar zu machen, denn es kann unmöglich die Aufgabe des Staates sein, jene Elemente dauernd in der Verwahranstalt festzuhalten.

Statt dessen kennt der Vorentwurf nur die Verwahrung in einer öffentlichen Heil- und Pflegeanstalt und überlässt es der Landespolizeibehörde, über Unterbringung und Entlassung zu bestimmen, also nicht einmal der der Verwahranstalt vorgesetzten Verwaltungsbehörde! Es erscheint dies eine bedenkliche Entgleisung, und wieder einmal betrachtet man die Zuständigkeit der Polizeibehörde als das Neutrum für Dinge, die man nicht deklinieren kann!

Mag der Richter immerhin die Verwahrung des Individuums anordnen, die Unterbringung und die Entlassung muss aber die der Versicherungsanstalt vorgesetzte Behörde bestimmen, welche, und das ist der springende Punkt, der bisher übersehen worden ist, jene Elemente unter ihre öffentliche Berufsvormundschaft nehmen muss, um sie auch nach Entlassung aus der Anstalt kraft ihres dauernd übergeordneten Willens zu beherrschen und zu versuchen, ihnen unter ihrer organisierten und ausgedehnten Schutzaufsicht und Gewalt einen Arbeitsaufenthalt ausserhalb der Anstalt an vorgeschriebener Stelle zu ermöglichen.

Man muss also hinwirken auf

1. die Entmündigung der auf psychopathischer Grundlage gemeingefährlichen Elemente auf Antrag privater Personen oder auf Antrag der Staatsanwaltschaft, gegebenenfalls noch während der Minderjährigkeit auf Antrag des Direktors der Erziehungsbehörde;

2. die Schaffung einer Berufsvormundschaft auf öffentlicher Grundlage im Anschluss an eine der Verwahranstalt vorgesetzte Fürsorgebehörde;

3. die Bestellung dieses staatlichen Berufsvormundes zum Vormund über jene Elemente (unsoziale Grenzzustände), welche damit seiner Aufsicht und Gewalt unterstehen, sei es, dass sie interniert sind, sei es, dass sie sich in Freiheit bewegen;

4. die Schaffung von Verwahranstalten, Anstalten, die zwischen Gefängnis und Zuchthaus einerseits und den Irrenanstalten andererseits stehen,

die dazu dienen sollen, die gemeingefährlichen Psychopathen auf bestimmte Zeit, auf unbestimmte Zeit, oder auch lebenslänglich auf richterliche Anordnung oder auf den berufsvormundlichen Spruch der der Verwahranstalt vorgesetzten Behörde als Berufsvormund zu verwahren;

5. eine Schutzaufsicht für die in Freiheit befindlichen entmündigten Psychopathen, minderjährige oder volljährige, welche aber von Erfolg nur sein kann, wenn sachkundige staatliche Berufsvormundschaften eingerichtet werden, an welche sich die Schutzaufsicht durch die Gemeindewaisenräte, Behörden und Einzelpersonen anschliesst, welche damit in die Lage gesetzt sind, unverzüglich bei Gefahr im Verzuge einzuschreiten und die Versetzung oder Rückversetzung der Gemeingefährlichen in die unterstellte Heil- und Pflege- bzw. Verwahranstalt anzuordnen.

Ich habe diese Gedanken des weiteren begründet in einem Vortrage vor der forensisch-psychologischen Gesellschaft in Hamburg, welcher abgedruckt ist für die Fachkreise in der Zeitschrift für das Armenwesen, 14. Jahrg., Heft 3, März 1913, und für die Oeffentlichkeit demnächst erscheinen wird in der Popertschen Zeitschrift „der Vortrapp“ (vom 15. April cr.).

Ich bitte Sie, meine Herren, als Sachverständige mehr auf die Entmündigung dieser Elemente hinzuwirken und auf Grundlage der bekannten Entscheidungen des Reichsgerichts Ihr Gutachten dahin abzugeben, dass die gemeingefährlichen Psychopathen nicht in der Lage sind, „den gesamten Kreis ihrer Angelegenheiten zu besorgen“.

Ist die Entmündigung vorgenommen und der Staat zum Berufsvormund bestellt, so ist auch eine Grundlage geschaffen, um jene Elemente in ihrem eigenen Interesse und im Interesse der Allgemeinheit zu überwachen und zu beherrschen.

Herr Landesrat Bachmann-Kiel: Die vorliegende Frage interessiert die Verwaltung ebenso wie die Aerzte; wenn es nach dem Vortrage des Herrn Referenten vielleicht scheinen könne, dass sich die Frage einer richtigen Unterbringung der Psychopathen, insbesondere der psychopathischen Fürsorgezöglinge leicht lösen lasse, so muss doch darauf hingewiesen werden, dass es in einer kleinen Provinz, wie Schleswig-Holstein, schon mit Rücksicht auf die nur geringe Zahl der für eine sog. Zwischenanstalt in Betracht kommenden Zöglinge schwierig und unverhältnismässig kostspielig sein würde, für diese eigene Häuser zu erbauen, zumal hierbei noch eine Trennung der männlichen und weiblichen Zöglinge notwendig ist. Allerdings ist die Zahl der geistig nicht normalen Anstaltszöglinge bei der seinerzeit von dem Herrn Referenten vorgenommenen Untersuchung auf ca. 50 pCt. angegeben worden, trotzdem aber sind erfahrungsgemäss die für längeren Aufenthalt in sog. Zwischenanstalten geeigneten Zöglinge nicht sehr zahlreich. Andererseits ist auch die Frage, ob die Abteilungen für Psychopathen den Erziehungsanstalten oder den Irrenanstalten anzugliedern sind, wohl noch nicht ganz spruchreif, wenngleich viele Momente für die Angliederung an eine Irrenanstalt sprechen.

Bei der ganzen Sachlage scheint es daher ratsam zu sein, zunächst das Ergebnis der von einigen grossen Provinzen ins Leben gerufenen Einrichtungen dieser Art abzuwarten.

Herr Weygandt-Hamburg: Die für eine Internierung geeigneten Fälle von Psychopathen sind meines Erachtens zahlreicher, als man sich gewöhnlich vorstellt und als auch der Vorentwurf des Strafgesetzbuches in seiner Begründung annimmt. Heutzutage werden noch Viele auf Grund des *ius talionis* abgeurteilt, die zweckmässiger in heilpädagogische Behandlung kommen würden. Zu optimistisch war aber auch die von Cramer vertretene Auffassung, als ob die Aerzte heute schon in der Lage seien, überall ganz genaue Diagnosen und auch Prognosen zu stellen.

Die Hamburger Jugendfürsorge, die unter der weitblickenden Leitung von Direktor Petersen und der tatkräftigen Unterstützung durch Regierungsrat Crasemann in so vielfacher Hinsicht vorbildlich angelegt ist, führt neben Hamburger pädagogischen Anstalten ein grosszügiges, vielverzweigtes System von ländlichen familiären Fürsorgestellen, die sich geradezu von Pommern bis zum Rhein hin erstrecken. Aber doch werden noch Mängel empfunden. Einen soll das von mir geplante Beobachtungshaus für männliche Jugendliche ersetzen, das im Rahmen der Reorganisation der Irrenanstalt Friedrichsberg entstehen wird; es handelt sich darum, dass besonders schwierig zu beurteilende Fälle, daneben aber auch antisoziale, auf einige Zeit unter ärztliche Beobachtung mit Beihilfe eines geeigneten Pädagogen (Hilfsschullehrers) gelangen. Die grösste Schwierigkeit ist aber, wohin die Hauptmenge der beschäftigungsfähigen, aber überwachungsbedürftigen Psychopathen geschafft werden sollten. Nach meiner Einschätzung würde für Hamburg bald eine Anstalt von annähernd 200 Plätzen erwünscht sein. Eine solche Anstalt für sich allein zu bauen, erscheint wenig verlockend. Die wirtschaftliche Einrichtung ist kostspielig und der Betrieb höchst monoton und geradezu trostlos. Deshalb ist vorzuziehen, was ich schon vor 11 Jahren als zweckmässig in der bayrischen Schwachsinnigenfürsorge vorgetragen habe, dass auch für die Psychopathen in einem gewissen Zusammenhang mit einer Irrenanstalt, aber doch etwas abseits von den übrigen Gebäuden, also in der Art eines Vorwerks, eine Gruppe von Häusern für etwa 200 Psychopathen errichtet wird. Durch geeignete Massregeln lässt sich dann auch vermeiden, dass die Entlassenen auf ihr Anstaltsentlassungszeugnis pochen und glauben, durch den sog. „Vogelschein“ stets den Schutz des § 51 St.G.B. erwarten zu dürfen. Ein vielversprechendes Mittel ist heutzutage noch indiskutabel: die Deportation.

Hinsichtlich der Entmündigung ist das Verhalten des Arztes noch vielfach zu zurückhaltend. Vor allem sollte die Wendung „die Besorgung seiner Angelegenheiten“ von einer höheren Warte verstanden werden. Nicht die Fähigkeit ist es, etwaiges Vermögen einigermaßen ordentlich zu verwahren und sich vor Verschuldung zu hüten, sondern jemand, der infolge von Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit, Wandertrieb usw. fort und fort seine Stellung verliert, mit Behörden in Konflikt kommt und Dutzende Male in Strafanstalten in Krankenhäuser und Irrenanstalten kommt, der kann eben infolgedessen seine Angelegenheit nicht besorgen und bedarf des vormundschaftlichen Schutzes.

Herr Schäfer-Langenhorn: Die Zahl der minderwertigen Psychopathen würde, nach dem reichhaltigen Langenhorner Material zu urteilen, vermutlich

gross genug sein, um sie in einer eigenen Anstalt unterzubringen. Indes hat es manche Bedenken, eine Anstalt nur mit solchen Elementen zu füllen. Für die Irrenanstalten, wie sie heute sind, eignen sie sich aber auch wenig. Sie verlangen, auch zum eigenen Wohlbefinden, die Leitung einer festen Hand und neben den ärztlichen auch pädagogische Massnahmen. Der Adnex einer Erziehungsanstalt brächte die Gefahr, dass zahlreiche Zöglinge, die eigentlich nicht dahin gehören, in diese Abteilung drängen würden, weil sie wissen, dass dort mehr Rücksicht auf sie genommen wird. Ein Analogon bilden die Irrenabteilungen der Gefängnisse. Auch hier glaube ich ähnliche Erscheinungen beobachtet zu haben. Die von hier aus später in die Irrenanstalt versetzten Insassen solcher Abteilungen werden nicht ganz selten bald wieder strafvollzugsfähig, wenn sie sehen, dass sie die Annehmlichkeit des Irrenanstaltsaufenthaltes überschätzt haben. Fürs erste empfehlen sich weitere Versuche mit gesonderten Adnexen an Irrenanstalten.

Die Frage der ärztlich-erzieherischen Behandlung der Psychopathen ist mehr wie andere eine Personalfrage; nur der Arzt wird Erfolg haben, der ihr besonderes Interesse und Geschick entgegenbringt.

Herr Bischoff-Langenhorn betont die Wichtigkeit der psychiatrischen Ueberwachung in den Anstalten für solche Minderwertige. In der Erziehungsanstalt Lichtenberg bei der Irrenanstalt Herzberge hatte er Gelegenheit, das in sehr eindeutiger Weise zu beobachten. Die Zöglinge der Erziehungsanstalt stehen unter Aufsicht der Aerzte der Anstalt Herzberge, deren einem die Krankenabteilung der Anstalt untersteht. Durch das Zusammenarbeiten des Irrenarztes mit der rein pädagogischen Leitung der Anstalt wurden bald solche minderwertigen oder geisteskranken Elemente der Irrenanstalt zugeführt und so liessen sich Unannehmlichkeiten vermeiden. Als nun ein Teil derselben Zöglinge nach einer Anstalt verlegt wurde, die so gut wie gar keiner psychiatrischen Aufsicht unterstand, da entwickelten sich die unerfreulichen Zustände, von denen in der Presse so viel verhandelt wurde und die sich ohne Zweifel hätten vermeiden lassen, wie sie bei geeigneter Organisation in der ursprünglichen Anstalt bei rechtzeitigem Eingreifen des Psychiaters immer vermieden worden sind.

Die Einrichtung, wie sie von Prof. Weygandt als für Hamburg in Aussicht genommen geschildert wurde, dürfte in der Tat das Beste sein, was man auf Grund von theoretischen Ueberlegungen und praktischen Beobachtungen empfehlen könnte. Dass man mit der psychiatrischen Versorgung solcher Menschen zu ganz guten Zielen kommt, beweisen auch diejenigen Fälle, in denen uns solche als Kranke nach Langenhorn in das gesicherte Haus gebracht werden. Sie beruhigen sich hier und arbeiten ganz ebenso, wie Cramer das von den Insassen seiner Spezialanstalt in Göttingen schildert. Bedenklich werden sie erst, wenn wir auf Grund rechtlicher oder sonst anderer als ärztlicher Ueberlegung gezwungen sind, sie aus diesen Verhältnissen zu entlassen, die, wenn auch nicht ganz, so doch am meisten noch den berechtigten Anforderungen entsprechen.

Herr König-Kiel glaubt auch, dass in der Entmündigung volljähriger, straffälliger Psychopathen ein wertvolles Hilfsmittel zu sehen sei, weist aber

darauf hin, dass die Aerzte zur Zeit nur selten darüber befragt werden. Er stimmt mit Weygandt darin überein, dass man bezüglich der Psychopathen keine sicheren Prognosen stellen könne, und führt als Beweis dafür einen von ihm begutachteten Fall an, bei dem es sich um einen typischen, wiederholt straffällig gewordenen Psychopathen handelt, der im Zuchthaus an einer paranoiden Geistesstörung erkrankt, später aus der Irrenanstalt entweicht und jetzt seit mehr als 1½ Jahren sich durchaus gut führt. (Autoreferat.)

Herr Runge-Kiel ist entgegen der Ansicht von Landesrat Bachmann der Meinung, dass neben der Unterbringung der psychopathischen Jugendlichen auch baldigst die der psychopathischen Kinder ins Auge zu fassen sei. In die Kieler Poliklinik für Nervenkrankheiten werden sehr häufig psychopathische Kinder mit antisozialen Neigungen gebracht, bei denen die Frage der Unterbringung oft grosse Schwierigkeiten macht, da sie wegen des hartnäckigen Festwurzeln dieser Neigungen sich für eine ambulante Behandlung nicht eignen, aber auch nicht für eine länger dauernde Unterbringung in die Klinik oder eine Provinzialanstalt geeignet erscheinen.

Herr Rittershaus-Hamburg: Es ist mehrfach die Aeusserung gefallen, dass die meisten Fürsorgezöglinge „eigentlich“ nicht in Irrenanstalten gehörten. — Dem kann nicht ohne weiteres zugestimmt werden. Die Ueberfüllung der meisten Anstalten ist doch kein prinzipieller Grund zu einer derartigen Ansicht. Man kommt dadurch nur dem Vorurteil des Volkes entgegen. Das allgemeine Bestreben geht aber doch dahin, die Anstalt nicht zu einem Verwahrungshaus für verblödete Paralytiker und Katatoniker zu machen, sondern ihren Wirkungsbereich zu erweitern durch offene Abteilungen für Psychisch-Nervöse, durch Polikliniken usw. Oft wird dies schon durch den Namen angedeutet: „Nervenklinik“ u. ähnl. Deshalb sollte der Kompetenzbereich der Irrenanstalt auch prinzipiell ausgedehnt werden auf die Fürsorgezöglinge jeden Alters. Selbst unter den jetzigen Verhältnissen sind sie hier relativ am besten aufgehoben. Am zweckmässigsten ist wohl die Angliederung einer derartigen Abteilung an eine grosse Irrenanstalt. Hier nur kann genügend, z. B. durch Versetzung auf andere Abteilungen, individualisiert und, wenn nötig, auch durch pädagogische Massnahmen diszipliniert werden.

Schlusswort: Es ist zuzugeben, dass erst von den grösseren Provinzen Erfahrungen gesammelt werden müssen, welche die kleineren Provinzen abwarten können. Hoffentlich kommt man aber auch hier vorwärts, damit unliebsamen Begebenheiten im Interesse der Fürsorgeerziehung vorgebeugt wird, z. B. Selbstmord und Selbstmordversuchen, zu denen die Psychopathen in den Erziehungsanstalten nur zu häufig durch die für sie allzu straffe Zucht (verbunden oft mit Isolierung) getrieben werden. Die Zahl der Psychopathen wird auch in Schleswig-Holstein für eine besondere Abteilung (angegliedert an eine Irrenanstalt) gross genug sein. — Die Vormundschaft der volljährigen Psychopathen ist entschieden erwünscht. — Wünschenswert ist auch die Untersuchung der schulpflichtigen Fürsorgezöglinge. — In der Irrenanstalt können wir den psychopathischen Zöglingen nicht gerecht werden. Neben ärztlicher Behandlung haben sie auch die pädagogische Erziehung dringend nötig. (Autoreferat.)



8. Herr Lienau-Hamburg: „Unterbrechung der Schwangerschaft bei Psychosen in psychiatrischer, rechtlicher und sittlicher Beleuchtung“:

Votr. bespricht die während 12 Jahren in seiner Anstalt vorgekommenen Generationspsychosen und stellt fest, dass dies Material von dem der grossen Staatsanstalten abweicht. Prozentual habe er 5,5 pCt. Generationspsychosen bei 734 weiblichen Geisteskranken beobachtet. In 16 Fällen bestanden schon in der Schwangerschaft psychische Veränderungen; bei 6 Mehrgebärenden sei die Frage des künstlichen Aborts aufgetaucht; in 2 Fällen habe er abgelehnt, in 4 Fällen sei der Abort eingeleitet, in allen 6 Fällen sei ein Erfolg erzielt worden. In den beiden Fällen des abgelehnten Aborts sei die Psychose (Schwangerschaftskomplex) durch Anstaltsbehandlung geheilt worden. Angesichts der sehr ersten Prognose, welche sein Material aufweise, sei ihm die Zurückhaltung der Autoren bezüglich des künstlichen Abortes unverständlich und die von Meyer — zuletzt 1912 — gegebene Indikationsstellung zu eng begrenzt. Selbstverständlich sei die Verhütung der Konzeption bei psychisch Kranken oder psychisch Gefährdeten das Erstrebenswerte; wenn aber eine Konzeption wieder Verbot erfolgt sei, sei bei Mehrgebärenden der künstliche Abort in Betracht zu ziehen, und die Entscheidung müsse von Fall zu Fall unter Berücksichtigung aller in Betracht kommenden gegenwärtigen und zukünftigen Verhältnisse der Gefährdeten getroffen werden. Bei Erstgebärenden würde Votr. nur ganz ausnahmsweise bei Lebensgefahr der Mutter den Abort anraten, sonst auf Anstaltsbehandlung bestehen. Eine Indikation wegen möglicher Belastung des Kindes oder eine „soziale“ Indikation erkenne er nicht an.

Votr. macht aufmerksam auf 4 Fälle, in welchen während der Schwangerschaft eine krankhafte Veränderung der Persönlichkeit und des Charakters eintrat und nicht wieder verloren ging. Diese Fälle halte er für besonders bemerkenswert und den künstlichen Abort bei wiederholter Schwangerschaft rechtfertigend.

Die rechtliche Seite sei klar: wenn der künstliche Abort bona fide gemacht werde, so sei das ein ärztlicher Eingriff zur Rettung der Mutter aus einer Notlage, welcher nicht unter das Strafgesetzbuch falle.

Vom sittlichen Standpunkt könne nicht bezweifelt werden, dass nach der biblisch-christlichen Ethik die Vernichtung eines vernichtend wirkenden Menschenlebens um der psychischen, also höchsten Lebensfunktionen der Mutter willen angebracht erscheine.

(Autoreferat.)

9. Herr Passow-Eichenhain: „Zur Kasuistik der Psychosen während der Schwangerschaft“.

Votr. teilt einen Fall mit, in welchem eine 36 jährige, bisher gesunde, erblich belastete Frau, Mutter von 4 gesunden Kindern, im Anschluss an eine erneute Schwangerschaft im zweiten Monate psychisch erkrankte. Zuerst erregt, wurde sie nachher teilnahmslos, gleichgültig gegen Kinder und Mann, war völlig verändert, im dritten Monate traten Suizidäusserungen auf, dann Befürchtungen, sie käme in eine Irrenanstalt wie ihr Vater es mehrmals gemusst

hatte. Gleichzeitig beobachtete der Mann einen starken körperlichen Verfall, eine Hautverfärbung am Halse und den oberen Partien der Brust. Der konsultierte Frauenarzt konstatierte eine Schwangerschaft, verlangte wegen des psychischen Befundes eine Konsultation. Es wurde der künstliche Abort eingeleitet aus den körperlichen und psychischen Indikationen. Der Abort kam nicht zustande, sodass die als mazeriert vorgefundene Frucht manuell entfernt musste. Patientin hat sich nach Einleitung des Aborts nicht erholt, sondern erst nach der Ausräumung. Zuhause in kurzer Zeit erhebliche Besserung und Schwinden der Hautverfärbung. (Der Fall wird ausführlich mitgeteilt werden.)

(Autoreferat.)

#### Diskussion zu den Vorträgen von H. Lienau und Passow.

Herr Riedel-Lübeck: Zu einer Zeit, in der die Geburtenziffer stark zurückgeht und grosser Missbrauch mit Verhütungsmitteln getrieben wird, ist es für den Arzt schwer, Schwangerschaftsunterbrechung oder -Verhütung zu empfehlen. Und doch wird dies zur Pflicht, wenn man eine Reihe traurig verlaufener Generationspsychosen erlebt hat. Deshalb erscheint bei mehrmaligem Auftreten ausgesprochener Psychose in der Schwangerschaft oder Wochenbett bei neuauftretender Gravidität die künstliche Unterbrechung berechtigt und zur Verhütung fernerer Schwangerschaft die Sterilierung der Frau empfehlenswert.

Herr Runge-Kiel stimmt der Ansicht Lienau's zu, dass bei graviden Frauen mit Katatonien in Schüben, bei denen bereits ein oder mehrere Schübe in vorhergehenden Graviditäten aufgetreten waren, der künstliche Abort in Erwägung zu ziehen sei, ebenso bei Melancholien und Depressionszuständen der Psychopathen mit sehr starker Suizidneigung. R. fragt, was für Fälle Lienau unter den von ihm geschilderten versteht, bei denen sich in der Gravidität eine jedesmal zunehmende Veränderung der Persönlichkeit ausbilde? Dass Frauen in der Gravidität eine mehr oder minder starke Charakterveränderung zeigen, ist bekannt, diese schwindet aber nach Beendigung der Gravidität, ohne Defekte zu hinterlassen. Sollte Lienau mit den geschilderten solche Fälle meinen, bei denen in jeder Gravidität sich ein neuer Schub einer Katatonie ausbildet, so wäre Runge mit der Ansicht Lienau's einverstanden. Runge warnt aber davor, die Indikationsstellung zum künstlichen Abort bei Psychosen zu sehr zu erweitern, zumal bei der schon vorhandenen Neigung mancher Aerzte zu solcher weiten Indikationsstellung (so z. B. wurde einmal sogar der Vorschlag gemacht, bei hysterischen Anfällen den Abort einzuleiten) und zumal die meisten Psychosen nicht durch einen künstlichen Abort geheilt oder gebessert werden können und die psychopathische Grundlage in keiner Weise verändert wird. Zum mindesten sollte man verlangen, dass eine solche Entscheidung nur unter Hinzuziehung eines Psychiaters getroffen wird, dass vor Einleitung des künstlichen Aborts eine Anstaltsbeobachtung stattfindet und eine anderweitige Behandlung versucht wird.

Herr Trömmner-Hamburg: Indikationen zur Einleitung des künstlichen Aborts sollen wir nur vorsichtig und mit Reserve aufstellen. Bei Fällen der von Herrn L. geschilderten schweren Art würde auch ich zum Abort raten,

wenn bereits eine Graviditätspsychose vorausgegangen ist und sobald bei einer folgenden Gravidität sich wieder erste Anzeichen einer Psychose einstellen. Immerhin müssen wir bedenken, dass es eine mindestens ebenso grosse Reihe von periodisch oder progressiv verlaufenden Psychosen gibt, auf deren Verlauf wiederholte Schwangerschaften gar keinen Einfluss gehabt haben.

Herr Cimbal-Altona berichtet über Schwangerschafts- und Wochenbettspsychosen, die er im Laufe des letzten Jahres gesehen hat. Von den zehn Kranken der psychiatrischen Abteilung handelte es sich einmal um eine schwere Chorea, die in der Gravidität ausbrach, zu tiefer geistiger Schwäche und körperlichem Verfall führte und in kurzer Zeit tödlich endigen wird. In 2 Fällen um reine Formen von Amentia mit teils heiterem, teils ängstlichem, verworrenem Bewegungsdrang, von denen gleichfalls eine tödlich endigte. In 4 Fällen entstanden Krankheitsbilder von mehr katatonischem Typus, aber kurzem stürmischen Verlauf und stärkerer Desorientierung, von denen eine an einer sekundären Krankheit starb, die übrigen zu einer Genesung führten, in der immerhin noch Reizbarkeit und teilweise Einsichtslosigkeit, teilweise völlige Amnesie zurückblieben. Die übrigen Fälle hatten sehr atypische Krankheitsbilder, meist depressiver Natur und hinterliessen in der Mehrzahl wenigstens bis jetzt keine völlige Genesung. Die künstliche Frühgeburt hat C. in der Zeit eines Jahres zweimal herbeigeführt, beide Male in Depressionszuständen, die mit starkem Gewichtsverlust, Schlaflosigkeit und Angst einhergingen und in klinischer Beobachtung trotz der entsprechenden Narcotica sich nicht besserten. In beiden Fällen trat wenige Wochen nach der Unterbrechung Gewichtszunahme und schliesslich völlige Genesung ein.

C. hält demgemäss die Wochenbetts- und Schwangerschaftspsychosen für ebenso erste Erkrankungen wie die tuberkulösen und Rückenmarkserkrankungen, die allgemein als Indikation zur Frühgeburt anerkannt sind. Er hält es vor allem nicht für angängig, wenn lediglich auf Grund von Anstalterfahrungen dem Praktiker vorgeschrieben wird, dass er bei Psychosen überhaupt nicht oder nur bei bestimmten Psychosen die Indikation stellen dürfe. Entscheidend für die drohende Gefahr scheinen dem Referenten besonders stärkerer Gewichtsverlust, andauernde Schlaflosigkeit und ängstliche Affektbetonung zu sein. Im übrigen kann die Indikationsstellung ebenso wie bei den körperlichen Krankheiten dem Verantwortungsgefühl des Einzelnen überlassen bleiben.

Herr Lienau (Schlusswort) erwidert Herrn Runge, dass er unter den Veränderungen der Persönlichkeit Störungen verstanden wissen wolle, welche man als hebephrene bezeichnen könne. Die von Herrn Runge gegebene Indikationsstellung sei ihm zu eng begrenzt; der Standpunkt der Autoren, bei denen es sich mehr oder weniger nur um die Psychopathen und allenfalls Katatone handle, erscheine ihm unhaltbar.

Im übrigen betont Votr. nochmals, dass gegebenenfalls die Verhütung der Konzeption das Erstrebenswerte sei, dass aber der künstliche Abort in Fällen ernster und dauernder Gefährdung der Mutter durch die Schwangerschaft häufiger als bisher angewandt werden sollte, wo andere Mittel zur Rettung der Mutter nicht anwendbar oder erfolglos erscheinen.

10. Herr Trömner-Hamburg: „Zur Physiologie und Pathologie der Muskelreflexe und Demonstration pathologischer Reflexphänomene“.

Zur Physiologie der Muskelreflexe werden verschiedene Beweise demonstriert, dass nicht nur die Sehnen-, sondern auch alle Knochen-, Gelenk- und Periostreflexe reine Muskelreflexe sind. Demonstriert wird ferner T.'s perkussorische Muskeleerregbarkeit und zum Teil der bei Schwächung und Steigerung der Erregbarkeit sich ändernde Sehnen- und Muskelton; demonstriert werden ferner verschiedene, sonst wenig bekannte Reflexe. Als für Reflexsteigerung pathognostische Phänomene demonstriert T. am Unterarm das „Fingerbeugephänomen“ (ein Flexorenreflex), an den Beinen das „Wadenphänomen“, welches sowohl Babinskis, als auch Oppenheims Phänomen an Empfindlichkeit übertrifft (schon früher in der Deutschen med. Wochenschr. veröffentlicht). Ausführliche Publikation des Vortrages in der Berl. klin. Wochenschr. (Autoreferat.)

11. Herr Steyerthal-Kleinen: „Der Hysteriebegriff“.

Die Festlegung des Hysteriebegriffs ist heutzutage ein unabweisliches praktisches Bedürfnis. In ärztlichen Kreisen sind so viele verschiedene Ansichten über die Hysterie verbreitet, dass eine Verständigung auf der Basis dieses Wortes ausgeschlossen ist, dem Laien gegenüber bedeutet die Anwendung jenes Ausdrucks jedesmal ein Missverständnis. — Der Vortragende ist durch seine Studien zu der Ueberzeugung gelangt, dass unser heutiger Begriff „Hysterie“ nicht in die spezielle, sondern in die allgemeine Krankheitslehre hineingehört. Was wir „Hysterie“ nennen, sind symptomatische Erscheinungen, die sich bei den verschiedensten akuten und chronischen Nerven- und Geisteskrankheiten finden, eine Auslese nach diesen Kriterien bringt Dinge zusammen, die gar nichts mit einander zu tun haben. Die Charcotschen Stigmata hält der Vortragende — im Gegensatz zu Böttiger und Babinski — nicht in allen Fällen für Produkte der Suggestion, aber er bestreitet, dass sie für irgend ein bestimmtes Leiden charakteristisch sind. Die Verwirrung unserer Ansichten über die Hysterie wird nicht eher beseitigt werden, als bis wir versuchen, das unglückselige Wort, das sich an jeder Stelle durch ein anderes, leicht verständliches ersetzen lässt, aus unserer Zunftsprache ganz zu vertilgen. (Autoreferat.)

#### Diskussion:

Herr Boettiger-Hamburg betont, dass er bereits vor 16 Jahren im Hamburger ärztlichen Verein entschiedene Stellung gegen die nosologische Bedeutung der Charcotschen Stigmata genommen habe, besonders der halbseitigen sensibel-sensorischen Ausfallserscheinungen. B. hat in 18 Jahren bei seinen, anderweit noch nicht mit neurologischer Finesse untersuchten, Hysterischen niemals eine Hemianästhesie, bei Monoplegien niemals gleichzeitig Anästhesie beobachtet. Bei entsprechender suggestiver Untersuchungstechnik war es ihm wiederholt eine Leichtigkeit, statt dessen Hyperästhesien zu erzielen. Die Charcotschen Halbseitenerscheinungen sind nach B.'s Meinung und Beobachtung stets vom Arzte suggeriert, bzw. entstehen sie unter ärztlicher

Mithilfe durch Autosuggestion. Schliesslich muss ja jede Suggestion, soll sie sich manifestieren, durch eine Autosuggestion des Suggestierten hindurchgehen, mag diese Autosuggestion auch unter der Schwelle des Bewusstseins bleiben.

Zum Ueberfluss sind Hysterien sehr gut ohne die Charcotschen Stigmata zu diagnostizieren. Die Hysterie ist la grande simulatrice, nach Charcot; simuliert wird aber (ausser im Krankenhause), was dem Laien zuerst ins Auge fällt. Und das sind nicht sensible, sondern motorische Symptome. Die unbeeinflusste Hysterie manifestiert sich fast nur auf motorischem Gebiete, bald in Reizsymptomen, Krampfanfällen, Tics, Chorea usw., bald in Lähmungserscheinungen, Astasie-Abasie, Mutismus, Mono- und Hemiplegien usw. Alle diese Symptome sind an sich als hysterische erkenntlich durch ihre innere Inkonsequenz, den Widerspruch, indem sie in Stärke, Gruppierung, Auftreten und Schwinden mit all unseren anatomischen und physiologischen Kenntnissen stehen.

Bei solcher Bewertung und Beurteilung hysterischer Manifestationen (auf ihre Psychomechanik geht B. nicht ein) ist es schlechterdings unmöglich, hysterische Krankheitsbilder mit ihren organischen Gegenbildern zu verwechseln und ausserdem organische Krankheiten, die ja oft genug von hysterischen Symptomen überlagert sein können, zu übersehen.

Herr Trömmner-Hamburg: Mit Herrn St.'s Bestrebungen, die Hysterie einzuengen, bin ich sehr einverstanden. Auch Herrn Böttiger stimme ich darin bei, dass hysterische Symptome, vor allem anästhetischer Art, oft durch ärztliche Untersuchungen hervorgerufen werden; dass sie aber gerade bei jener kleinen Kategorie so leicht entstehen, darin sehe ich das Eigentümliche des hysterischen Zustandes; denn jeder gewissenhafte Neurologe pflegt alle seine Kranken nach einem gewissen Reglement zu untersuchen und stellt bei sehr vielen dieselben Fragen und trotzdem entstehen, selbst im modernen Grosstadt-publikum, so wenig echte Hysterien. In meiner Praxis kommt vielleicht auf 20 Neurasthenien eine waschechte Hysterie, und je länger ich praktiziere, um so seltener sehe ich mich veranlasst, die Diagnose „Hysterie“ zu stellen. Die Disposition zur Entwicklung solcher Zustände, die spezifische Suggestibilität ist eben das wahre Stigma der Hysterie. Mehrere der massivsten Hysterien, die ich gesehen habe, waren gerade Bauernhysterien, die auf dem Lande sicher keine neurologischen Untersuchungen erlebt hatten. Diese merkwürdigen Erscheinungen in eine Formel zu bringen, ist gewiss nicht leicht, aber eine recht gute Handhabung bietet uns schon Janet's längst bekannte Definition: Hysterie beruht auf Einengung des Bewusstseinsfeldes. Aber wir müssen noch weitergehen, das hysterische Bewusstsein engt sich nicht nur leicht ein, sondern infolge seiner Labilität hat es eine ausgesprochene Neigung zur Abspaltung oder Ausschaltung gewisser Bewusstseinskomplexe. Dass z. B. hysterisch Blinde oder solche mit höchstgradiger Gesichtsfeldeinengung doch sicher gehen und nicht wie organisch Blinde, ist bekannt und beruht eben darauf, dass gewissermassen nur der bewusste Anteil des optischen Wahrnehmungskomplexes gehemmt ist, nicht aber der subkortikale, welcher die Gang- und Ausweichbewegungen unbewusst reguliert. Dasselbe lässt sich bei suggerierter Blindheit beobachten.

Man kann also sagen, dass die Disposition zur Bildung autosuggestiver Zustände bzw. zur Abspaltung (Inaktivierung) von Bewusstseinskomplexen das Wesentliche der hysterischen Veranlagung bildet und in diesem Sinne gibt es reine Hysterien, wenn auch recht selten.

Herr Weygandt-Hamburg: Bei Hysterie sollte man nicht von unbewussten Wahrnehmungen, sondern lediglich von unterbewussten sprechen. Dass die Aerzte nicht die Hysterie sozusagen provoziert haben, ergibt sich aus der bekannten medikohistorischen Tatsache, dass schwere Hysterien im Altertum und Mittelalter viel häufiger waren als heute. Aber auch heute treffen wir manchmal schwere Fälle unter einfachen, ländlichen Verhältnissen, ohne dass da die ärztliche Wirksamkeit zu der Entwicklung der Symptome beigetragen hätte.

Herr Steyerthal (Schlusswort): M. H.! Ich stelle fest, dass ich in der Debatte etwas besser abgeschnitten habe, als ich gedacht hatte. Wenn sich auch bisher noch keine Stimme zugunsten meiner Ansicht erhoben hat, so ist doch auch nicht bestritten, dass der unumschränkte Gebrauch des Wortes Hysterie als ein grosser Uebelstand betrachtet werden muss. Von dieser Erkenntnis bis zur Anbahnung einer schärferen kritischen Methode ist sicherlich nur ein Schritt, und so hoffe ich, dass wir den Ausdruck Hysterie mit der Zeit noch abstossen werden.

12. Herr Cimbal-Altona: „Klinische Grundlagen bei der Beurteilung psychopathologischer Kinder“.

Vortr. berichtet über die psychiatrischen Erfahrungen und Grundsätze bei Fürsorgezöglingen und jugendlichen Verbrechern. C. fordert die Untersuchung und völlige Strafbefreiung nach § 56 des St.G.B. auch für die leichter psychopathischen Jugendlichen, da die bedingte Begnadigung als Vorstrafe in den Listen vermerkt bleibe, die objektiven psychopathischen Abnormitäten in der Kindheit und Entwicklungszeit entweder Erscheinungsformen des angeborenen Schwachsinnns seien oder in den übrigen Fällen doch eine krankhafte Verzögerung in der moralischen Entwicklung darstellten, sodass auch hier der Sinn des § 56 erfüllt sei. Zur objektiven Prüfung und Begründung der Krankhaftigkeit schildert C. besondere körperliche und psychologische Untersuchungsmethoden, die zum Teil auf den Erfahrungen und dem Übungsmaterial der Fröbelschule aufgebaut sind.

Auch die Erziehungsmassnahmen erforderten eine zielbewusste Auswahl auf Grund der geschilderten Untersuchungen. Die Gemeinschaftserziehung von antisozialen Gesunden und Psychopathen sei für beide Teile gleichmässig gefährlich. C. empfiehlt deshalb besondere Heilerziehungsanstalten, oder bis die gebaut seien, Belassung in der eigenen Familie unter Schutzaufsicht oder kurzfristige Unterbringung in klinischer Behandlung. Die Zahl der Psychopathen unter den Fürsorgezöglingen schätzt C. auf 15 pCt., die unter den jugendlichen Verbrechern auf 7—10 pCt. Der Vortrag erscheint ausführlich in der Berliner klinischen Wochenschrift.  
(Autoreferat.)

Diskussion:

Herr Kellner-Hamburg: Falls Fürsorgezöglinge in die Anstalten für Schwachsinnige geschickt werden, so ist es durchaus notwendig, sie dort von den anderen Pfleglingen sorgfältig zu trennen, da letztere sehr leicht infiziert werden können und selbst die harmlosesten Schwachsinnigen, die aus eigener Initiative niemals eine verbrecherische Handlung begehen werden, sehr leicht zu einer solchen verführt werden können.

Zweitens möchte ich darauf hinweisen, dass es viele Schwachsinnige gibt, die, wenn sie auch für die Hilfsschule zu dumm sind, doch in den Schulen der Schwachsinnigen-Anstalten sehr wohl unterrichtet werden können, und dass man oft sehr anfeindliche Erfolge bei ihnen sieht. Auch in den Alsterdorfer Anstalten haben wir weit über 100 Schulkinder, die nach beendeter Schulzeit in die Handwerkereien übertreten und oft zu recht brauchbaren Arbeitern werden.

Herr Weygandt-Hamburg: Herrn Kellner ist durchaus zuzustimmen, dass auch bei ziemlich tiefstehenden Idioten durch geschickten Unterricht doch noch eine gewisse Erziehung erzielt wird. In der Sächsischen Landesanstalt Altendorf-Chemnitz sucht man die nicht bildungsfähigen Insassen aus der grösseren Schar der bildungsfähigen Schwachsinnigen abzutrennen und zu Dr. Meltzer nach Grosshennersdorf zu senden, das als reine Pflegeanstalt angesehen wurde. Nun hat aber Dr. Meltzer sich gerade erfolgreich bemüht, auch aus jenen anscheinend tief idiotischen Kindern doch noch etwas Leidliches und möglichst Brauchbares zu gestalten.

---