

## XXXII.

# 22. Versammlung mitteldeutscher Psychiater und Neurologen in Halle am 26. Oktober 1919.

(Offizieller Bericht.)

Referent: Dr. Karl Pönitz, Halle.

In die Anwesenheitsliste haben sich eingetragen:

Alber-Woltorf, Anton-Halle, Berger-Jena, Bernard-Halle, Bockhorn-Nietleben, Brandt-Halle, Bürger-Grosswusterwitz, Bufe-Uchtspringe, Deetjen-Wilhelmshöhe, Densow-Jena, Eichelberg-Hedemünden, Engelken-Pfafferode, Faklam-Suderode (Harz), Franke-Torgau, Fricke-Jena, Goldstein-Halle, Grahl-Hedemünden, Grein-Halle, Frau Grein-Bäumler-Halle, Grote-Halle, Hagemann-Halle, Hoppe-Rinteln, Ilberg-Sonnenstein, Isemann-Nordhausen, Jakobi-Jena, Jolly-Halle, Kramer-Prag, Kürbitz-Sonnenstein, Lange-Jerichow, Langer-Nietleben, Lippert-Kathe-Friedrichroda, Maass-Dösen, Mahr-Pfafferode, Misch-Halle, Müller-Dösen, Noethe-Halle, Oppenheimer-Halle, Pfeifer-Nietleben, Pfeifer-Leipzig, Pönitz-Halle, Quensel-Leipzig, Reingardt-Halle, v. Rohden-Nietleben, Rühle-Halle, Schäfer-Roda, Schieck-Halle, Schloss-Marienbad, Schmidt-Pfafferode, Schröder-Uchtspringe, Schneider-Leipzig, Schultz-Jena, Seeligmüller-Halle, Senff-Halle, Sernau-Carlsfeld, Speer-Jena, Stieda-Halle, Stöltzner-Halle, Helene Stöltzner-Halle, Tiling-Jena, Ulrich-Halle, Volhard-Halle, Warda-Blankenburg (Th.), Weber-Chemnitz, Wichtura-Blankenburg (Th.), Willige-Hannover-Ilten, Winternitz-Halle, Weidenmüller-Jerichow, Ziertmann-Bunzlau.

## I. Sitzung vormittags 9 Uhr im Hörsaal der Universitäts-Nervenklinik.

Herr Anton-Halle hält die Begrüßungsansprache. Zum Vorsitzenden der Vormittagssitzung wird Herr Berger-Jena, zum Vorsitzenden der Nachmittagssitzung Herr Weber-Chemnitz gewählt. Die Kassenrevision unterbleibt, da der Kassenwart Herr Böhming-Dresden wegen der Zugsperrre nicht ein-

treffen konnte. Zu Schriftführern werden die Herren Schultz-Jena und Pönitz-Halle gewählt.

Als Ort der nächsten Tagung wird Jena bestimmt.

### Vorträge.

#### 1) Herr Volhard-Halle: „Ueber Urämie“.

Die bessere Einsicht in das Wesen der Niereninsuffizienz hat zu einer Zweiteilung des alten Urämiebegriffes geführt: Als echte renale Urämie werden nur diejenigen Erscheinungen bezeichnet, welche nie ohne, sondern ausschliesslich bei Niereninsuffizienz beobachtet werden, während als extrarenale oder falsche Urämie diejenigen Erscheinungen bezeichnet werden müssen, die auch ohne Niereninsuffizienz zur Beobachtung kommen:

1. Die Symptome der echten Urämie bei Fällen von chronischer Niereninsuffizienz entsprechen den bei Harnvergiftung durch Harnsperrre beobachteten: Allgemeinerscheinungen von körperlicher und geistiger Schwäche (Schlaflosigkeit, Stumpfheit), rapide Abmagerung und Muskelschwund, dyspeptische Erscheinungen, Neigung zu Entzündungen und Nekrosen (besonders die terminale sero-fibrinöse Perikarditis), braune Zunge und urinöser Geruch der Atemluft, motorische Reizerscheinungen (Muskelzucken, Sehnenhüpfen, Steigerung der Reflexe).

2. Unter den Begriff der falschen extrarenalen Form der Urämie fallen zwei Gruppen von Erscheinungen, die bisher noch der Urämie zugerechnet wurden: a) die akute eklamtische Urämie bei akuter und chronischer Nephritis, am häufigsten bei der Schwangerschaftsnephritis, b) die pseudourämischen Phänomene, die nur bei chronischen Hypertonien, sekundären und primären Schrumpfnieren auftreten.

Die eklamtische Urämie ist gekennzeichnet durch die Symptome des Hirndrucks, dessen bekannte Allgemeinerscheinungen als prämonitorische Zeichen des eklamtischen Anfalls beobachtet werden. Der Anfall selbst unterscheidet sich durch nichts vom epileptischen Anfall. Im Anfall erhöhter Lumbaldruck, vor Ausbruch des Anfalls oft beträchtlicher überhöhter Blutdruck.

Die pseudourämischen Symptome der chronischen Hypertonie können ähnliche zerebrale Erscheinungen hervorrufen, beruhen aber auf anderer Genese (allgemeine Ischämie infolge der Blutdrucksteigerung zugrunde liegenden Gefässkontraktionen, bzw. lokale Störungen der Durchblutung). Sie bestehen in zerebralen Ausfallserscheinungen, Zeichen peripherer Gefässkrämpfe (intermittierendes Hinken, Angina pectoris), Extrasteigerungen des Blutdrucks (Gefässkrisen von Pal), Cheyne-Stokes'scher Atmung und vor allem psychischen Veränderungen (Halluzinationen, Tobsucht, Widersetzlichkeit, Amentia), die gelegentlich das Bild der progressiven Paralyse imitieren können.

Die Behandlung der echten Urämie im akuten oligurischen Stadium muss vor allem versuchen, die Diurese wieder in Gang zu bringen (stickstoffarme Trockenkost, Fasten, ev. Dekapsulation der Nieren), bei chronischer Nephritis ist sie aussichtslos. — Die eklamtische Urämie kann durch strenge Durch-

führung einer wasser- und kochsalzarmen Diät (ev. einige Fasten- und Durstage) verhütet werden; im Anfall ausgiebiger Aderlass und Lumbalpunktion. Bei der Pseudourämie der Hypotoniker Entlastung des Kreislaufs durch Trockenkost, daneben unter allen Umständen Herzmittel (Digitalis, Strophanthin).

2) Herr Berger-Jena: „Hirnbefunde bei frischen Kriegsverletzungen“.

Vortr. berichtet an der Hand von Zeichnungen über die Hirnbefunde bei frischen Kriegsverletzungen. Er hatte bei seiner Tätigkeit im Kriegslazarett in nächster Nähe der Front Gelegenheit, auch zahlreiche Leichenöffnungen von Gehirn- und Rückenmarksverletzungen auszuführen, die er vorher neurologisch untersucht hatte. Er hebt hervor, dass fast ausnahmslos bei der Leichenöffnung die Veränderungen am Gehirn vielmals schwerere waren, als man nach den klinischen Erscheinungen erwartet hatte. Auch bei unversehrtem Schädel und unversehrter Glastafel fanden sich Quetschungsherde an der Stelle der Gewalt-einwirkungen und an der Stelle des sogenannten Gegenstosses. Nicht selten fanden sich auch Gewebszerreissungen weit entfernt von der Stelle der Ge-walteinwirkungen und auch Quetschungen von Hirnteilen untereinander. Während mit blossem Auge Blutungen in die Ventrikelwände nicht festgestellt werden konnten, fanden sich mikroskopisch in neun Fällen schwerer und schwerster Schädelverletzungen, nach denen die Verletzten nur wenige Stunden bis höchstens 7 Tage gelebt hatten, in der Medulla oblongata Blutungen am Boden der Rautengrube. Der Vortr. nimmt an, dass diese Blutungen nicht sowohl durch Anschlagen der Zerebrospinalflüssigkeit im Sinne Duret's als vielmehr durch Zerrungen zustande kommen. Während in den Kernen der Medulla oblongata Nervenzelldegenerationen nur in unmittelbarer Nähe der Blut-herde nachgewiesen werden konnten, fanden sich sechs Mal schwere Zellveränderungen an den Nervenzellen des Ganglion Gasseri. Es wurde Chromato-lyse, periphere Stellung des Kernes und Vakuolisierung beobachtet. In 2 Fällen, in denen Granaten in nächster Nähe eingeschlagen waren, starben die betref-fenden Soldaten nach 2 bis 3 Tagen, und die Leichenöffnungen ergaben keine sonstigen Veränderungen, wohl aber zahlreiche feinste Blutungen in die Rinde, die nach Ansicht des Vortr. auf die Luftdruckschwankungen bei der Explosion zurückzuführen sind.

Aussprache.

Herr Quensel-Leipzig: Die Feststellungen des Herrn Berger sind sehr wertvoll, weil sie die Beurteilung Schädelverletzter doch auf eine sicherere Grundlage zu setzen imstande sind. Bei Friedensunfallverletzten sahen wir ja nur sehr selten einschlägige Autopsien. Sie zeigen, wie berechtigt es ist, wenn wir jede äussere Schädelverletzung auch bei negativem klinischen Befund zunächst als eine organische Erkrankung ansehen. Die Feststellungen sind um so wichtiger, weil sie gesunde jugendliche Individuen betreffen, während wir bisher nach gelegentlichen Autopsien meist nur bei solchen mit Arteriosklerose auf erhebliche Veränderungen in ausgedehntem Masse gefasst waren. Aller-

dings muss bedacht werden, dass bei den Kriegsverletzten die schädigende Einwirkung im allgemeinen eine sehr intensive ist. Auch wird man in vielen Fällen mit einer sehr weitgehenden funktionellen Restitutionsfähigkeit rechnen dürfen. Interessant zu erfahren wäre, ob den Veränderungen im Ganglion Gasseri klinische Erscheinungen etwa im Sinne Wilms'scher Zonen entsprochen haben, die nach unserer eigenen Erfahrung selten sind, soweit wir das nach Untersuchungen sagen können, welche freilich sich fast nur auf spätere Zeiten nach der Verletzung beziehen.

Herr Schieck-Halle: Der Contrecoup kommt am Auge nach Lohmann dadurch zustande, dass die auf die Oberfläche der Augenkapsel wirkende Kraft sich in Zugkräfte innerhalb der Wandung auflöst, die nach dem Ort der Läsion hinstreben. An der entgegengesetzten Seite der Kapsel streben sie demzufolge auseinander, bringen hier Einrisse, vor allem an den Blutgefäßen hervor. Damit liesse sich auch die dem Läsionsort entgegengesetzte Schädigung der Hirnrinde erklären.

Herr Weber-Chemnitz: Die Befunde Berger's in den Fällen, welche nicht an der Kopfverletzung, sondern an anderen Verwundungen oder Erkrankungen starben, weisen wieder auf die Schwierigkeit der späteren Beurteilung im Unfallverfahren hin. Welche klinische Befunde machen die kleinen multiplen Blutungen im Zentralorgan, wenn der Verletzte den Anfall überlebt? Können aber auch nach Jahren noch Symptome bestehen, welche man auf die beschriebenen Befunde im Ganglion Gasseri beziehen kann? Wie kann später bei „nervösen“ Beschwerden ohne organische Hirnsymptome entschieden werden, ob der scheinbar unbedeutende Unfall nicht doch die von Berger beschriebenen Gehirnveränderungen gesetzt hat, die jetzt noch den Verletzten zu seinen möglichen Beschwerden berechtigen? Angesichts dieser Fragen weist Weber nochmals darauf hin, dass neben genannter Feststellung des Unfallereignisses selbst auch wichtig ist, viel genauere Festlegung der klinischen Erscheinungen in den nächsten Wochen nach dem Unfall, um die noch erkennbaren unmittelbaren Wirkungen der kleinen Hirnveränderungen festzulegen. Die Blutungen in der Medulla oblongata können außer durch den mechanischen Insult zum Teil auch durch plötzliche Schwankungen des Druckes in den regionären Blutgefäßen erklärt werden. Aehnliche Befunde sind von Weber und anderen beim Tode im Status epilepticus gefunden und auf diese Weise erklärt worden.

Herr Anton-Halle: Selbst bei der traumatischen Spätapoplexie sind Fälle vorgekommen, in denen das Eintreten grober Blutungen erst 7 Wochen nach dem Trauma konstatiert werden konnte. Eine genaue Diagnose *in vivo* gestattete bisweilen die Lumbalpunktion. Schieck gegenüber ist darauf hinzuweisen, dass wir die Wirkung eines Stosses auf den Schädel nicht allzu mechanisch fassen dürfen. Der Druck pflanzt sich nicht nach einer Richtung fort, der Schädel ist kompressibel nach den verschiedenen Durchmessern. Die Wirkung des Druckes wird auch durch den Schädelinhalt enorm schwankend. Bei übermäßigem Inhalt genügt oft ein kleiner Stoss, der wie ein ins Wasser geworfener Stein seine Kreise nach allen Seiten zieht und unerwartete Folgen mit sich bringt. Darauf beruht mitunter der plötzliche Eintritt des Todes bei

Tumoren, hier genügt schon ein Stolpern über eine Türschwelle. Auch die Gefäße spielen dabei eine Rolle. Bei den traumatischen Spätapoplexien treten anfangs Blutungen in der Rinde auf, erst später kommen im subkortikalen Gefässbaum Blutungen zustande. Zu beachten sind häufige Blutungen in der Fissura calcarina.

Herr Pfeifer-Nietleben: Redner konnte bei einem Fall von Granatsplitterverletzung des linken Hinterhauptlappens, dessen Verwundung bereits ein Jahr zurücklag, und der an den Folgen einer Nachoperation starb, ebenfalls wie der Vortragende bei frischen Fällen von Hirnverletzung ausgiebige Quetschherde nicht nur an den benachbarten rechten Okzipitallappen, sondern auch an weit entfernten Hirnteilen, namentlich an der Orbitalfläche beider Stirnlappen und an der Basalfläche beider Schläfenlappen feststellen.

Von ganz besonderem Interesse sind die Ergebnisse der mikroskopischen Untersuchungen der Hirnbefunde bei frischen Kriegsverletzungen, namentlich die häufigen Beobachtungen weitverbreiteter kleiner Blutherde, sowohl an der Oberfläche, als auch an tieferen Teilen des Gehirns, auch bei scheinbar harmlosen Streifschüssen für die Beurteilung der Hirnverletzten in späteren Stadien, wie wir sie in den Sonderlazaretten für Hirnverletzte sehen. Man geht wohl nicht fehl, wenn man in diesen nur mikroskopisch nachweisbaren, verbreiteten Blutherden die anatomische Grundlage für die Tatsache gegeben sieht, dass auch bei leichten Kopfverletzungen mehr oder weniger ausgesprochene allgemeine Hirnerscheinungen kaum jemals vermisst werden.

Herr Ilberg - Sonnenstein äussert Zweifel gegen die Bedeutung der histologischen Befunde, wie sie Berger vorgetragen hat.

Herr Berger (Schlusswort) erwidert Herrn Ilberg, dass das untersuchte Material ganz frisch der Leiche entnommen war, und zwar  $\frac{1}{2}$  Stunde, bis spätestens 8 Stunden nach dem Tod, so dass Leichenveränderungen auszuschliessen waren. Die periphere Stellung des Kernes und die Vakuolisierung können nicht ohne schwere Schädigung der Zellstruktur zustande kommen und sind zweifellos als pathologische Erscheinung zu deuten.

3) Herr Pfeifer - Nietleben: „Ueber Sensibilitätsstörungen im Gebiete der Genito-Analhaut bei Hirnverletzten“.

Bei 66 Hirnverletzten mit halbseitigen Sensibilitätsstörungen fand sich die Sensibilität für Berührung, Schmerz und Temperatur in 42 Fällen auch an Penis, Skrotum, Perineum und Analgegend halbseitig gestört, wobei sich in 3 Fällen Differenzen der Empfindlichkeit zwischen einzelnen Teilen der Genito-Analzone ergaben. Bei den übrigen 24 Fällen wurden Aussparungen festgestellt, welche teils die ganze Genito-Analregion, teils einzelne Teile derselben betrafen. Das verschiedenartige Verhalten der Genito-Analhaut bei Fällen von zerebraler Sensibilitätsstörung wird durch Vorzeigen von Lichtbildern erläutert. Diese zeigen, dass einige Beziehungen zwischen der Rückbildung der halbseitigen Sensibilitätsstörung in der Nähe der Medianlinie des Rumpfes und an der Genito-Analregion bestehen. Die gemeinsame Wiederherstellung der Sensibilität der Rumpf- und Genito-Analhaut in der Nähe der

Medianlinie ist im wesentlichen durch die Ueberlagerung der Dermatome im Bereich der Medianlinie des Körpers, die raschere und ausgiebigere Restitution der Sensibilität des Rumpfes gegenüber der der Extremitäten durch die bilaterale Hemisphäreninnervation der Rumpf- und Genito-Analhaut zu erklären.

Die ausschliesslich auf das Hautgebiet der unteren Sakralsegmente beschränkte Aussparung bei ausgesprochener Störung der angrenzenden Rumpfpartien in Fällen von Hirnverletzung ist auf das Verschontbleiben des sensiblen Rindenfeldes der Genito-Analhaut zurückzuführen. Dieses sensible Rindenfeld ist an der hinteren Zentralwindung zwischen Arm- und Beinzentrum anzunehmen.

Das isolierte Betroffensein einzelner Empfindungsqualitäten im Gebiet der Genito-Analregion infolge von kortikaler Sensibilitätsstörung ist bedingt durch die Eigentümlichkeit der Lokalisation der Verletzung im Bereich des in Betracht kommenden sensiblen Rindenfeldes. Dass nicht nur die Berührung, Lage- und Bewegungsempfindung, das Lokalisationsvermögen und Formerkennen (Head und Holmes), sondern auch die Schmerz- und Temperaturempfindung ihre gesonderte Repräsentation an der Hirnrinde haben, dafür spricht besonders das Vorkommen dissoziierter Empfindungsstörungen für Schmerz und Temperatur im Bereich umschriebener Hautgebiete nach Hirnrindenverletzung.

4) Herr Giese-Nietleben: „Ueber Grundlagen der psychologischen Eignungsprüfung“.

Die psychologischen Eignungsprüfungen befassen sich mit der Umwelt und dem Menschen. Die erste Gruppe, die gleichsam Eichung von Maschinen und Dingen auf ihre zweckmässige Anpassung an die psychologische Natur des Menschen darstellen, ist zukünftig die aussichtsreichste Seite der sogenannten Psychotechnik. Beispiel: Eichung von verschiedenen Beleuchtungsquellen — etwa Tageslicht im Vergleich zur Kohlen-, Metallfaden- oder Gaslampe — nach ihrem psychologischen Ermüdungskoeffizienten.

Die Eignungsprüfung des Menschen, als das heutige Thema, gewann Erfolg und Ansehen aus dem Kriege: Untersuchung der Flieger, Kraftfahrer, Funker, Schallmesstrups, der Kopfschussversehrten auf ihre spezielle psychologische Konstitution. Auslese der Munitionsarbeiter, Entstehen der Anstalten für Hochbegabte.

Grundsätzliches Verfahren: Zunächst grundsätzliches Studium der jeweiligen Berufsqualität, möglichst im Beruf selbst — Fabrik, Bureau, Landwirtschaft —, Um- und Anfrage bei den Arbeitsstellen nach geforderten Qualitäten. Hierauf Voruntersuchung und Methodenerprobung an typisch guten, typisch mangelhaften Berufsvertretern. Aufstellung eines ausgearbeiteten Berufsqualitätschemas. Herstellung dazu gehöriger neuer Untersuchungsapparate, Probeversuche an Massenmaterial, Rangordnungsherstellung auf Grund der Versuchsergebnisse, Nachprüfung der psychologischen Rangordnung mit der praktischen Qualitätsabstufung der Untersuchten nach geraumer Zeit. Im

Falle der Uebereinstimmung Festlegung und Durchführung der gefundenen Methode für die Allgemeinheit. Als stichprobenhafte Auswahl aus derartigen Komplexen von Berufseignungsprüfungen werden im Lichtbild und auf Kurven demonstriert:

Kraftfahrereignungsprüfung am Reaktionsbett mit Tremographie, Geschwindigkeitsschätzungsapparaten.

Lehrlingsprüfungen: Apparate zur Untersuchung des Augenmasses für angehende Schlosser, Dreher usw. Prüfung der Hand auf Kaliberempfindlichkeit, Feinheitsempfindung für mikrometrische Drehungen, Organisation fortlaufender Arbeit usw.

Eisenbahnprüfungen: Versuchsanordnung zur Ermittlung des Dämmerungssehens bei Lokomotivführern, der Reaktionsgeschwindigkeit bei Befahren der Strecke, Aufmerksamkeitseinstellung auf kommende Reize.

Strassenbahnerprüfungen: Reaktionsgeschwindigkeitsprüfung für Verkehrshindernisse, Prüfung der Schreckhaftigkeit bei Kurzschluss oder Entgleisung des Wagens, mechanisiertes Einüben der Bedienungsgriffe am Fahrstand nebst Uebungskurven.

Post: Untersuchung von Telephonistinnen auf Sicherheit der Hand, Verteilung der Aufmerksamkeit auf simultane Reizfolgen in Dauerarbeit, Umfang des Bewusstseinsfeldes.

Andeutung: Aehnliches Verfahren im Textil-, Maurer-, Holzbearbeitungsgewerbe und bei Untersuchungen von Bureauräten.

Ergebnis der Eignungsprüfungen demonstriert in Tafeln: Auslese der Berliner Hochbegabten Schulen bestätigen in praxi den psychologischen Vorbefund; bei Telephonistinnen z. B. gleichfalls. Obligatorische Einführung der Eignungsprüfungen auf Grund glänzender Erfahrungen nunmehr z. B. bei der A. E. G., Siemens-Schuckert, L. Loewe, Auer und anderen bedeutenden Industriewerken.

Anwendung für den Arzt: Im militärischen Rentenwesen zur berufspräzisen Begutachtung von Hirnverletzten, der Hysterie, den umlernenden Amputierten, Lungenkranken usw. Kurz in der Berufsberatung überhaupt. Aehnlich in dem Zivilverhältnis bei Landesversicherungsfällen, Unfall—Invalidität. Endlich in der Praxis des Vertrauensarztes, in Schule, bei Behörden, oder in Fabrikbetrieben.

5) Herr Schultz-Jena: „Zur Abgrenzung der echten nervösen Erschöpfung durch psychologische Leistungsproben“.

Vortr. berichtet über Resultate, die sich aus lazarettklinischen, mechanisch-mnemischen Leistungsprüfungen hinsichtlich der echten nervösen Erschöpfung ergeben haben; bei Lern- und Zähl-, sowie Merk- und Rechenreproduktionsversuchen (rückläufig, Ziehen, Schultz) zeigte sich, dass das einfache primäre Haften bei der echten nervösen Erschöpfung relativ gering herabgesetzt ist, während der Lerneffekt und namentlich die freie Reproduktion nach 5 Minuten und 24 Stunden deutlich vermindert ist. So rückt die echte nervöse Erschöpfung (exhaustio) in die Nähe organischer Affektionen (Com-

motio, Gasvergiftung, organische Nervenleiden), wohin auch der Verlauf der aus Krankheitsgruppen gewonnenen Sammelkurven weist. Dagegen sind alle Leistungen, die mit der bewussten Einstellung zusammenhängen (Zählen, bewusstes Merken), wesentlich besser, hier liegt die nervöse Erschöpfung als Sammelkurve im Bereich der funktionellen Störungen.

So stellt die von psychogenen Beimischungen freie echte nervöse Erschöpfung einen funktionellen Defekt dar, was auch die durch Leistungsprüfungen gut kontrollierbare, in reinen Fällen stets glatt verlaufende Erholung dieser Fälle beweist.

## II. Sitzung nachmittags 1/2 Uhr.

6) Herr v. Rohden-Nietleben: „Ueber Reaktionsversuche an Hirnverletzten“.

Zur Feststellung der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit der Hirnverletzten reicht die rein ärztliche Beurteilung erfahrungsgemäss nicht aus. Wir bedürfen vielmehr zu ihrer Ergänzung experimentell-psychologischer Leistungsprüfungen. Als Beispiel einer der zahlreichen im psychologischen Laboratorium des Hirnverletzenlazaretts Nietleben angewandten Leistungsprüfungen werden Methodik und Ergebnisse der Reaktionsversuche vorgeführt. Nachdem Wesen und Methodik der einfachen Reaktion, der Unterscheidungs- und Wahlreaktion und die Zusammensetzung der Versuchspersonen (10 normale und 76 hirnverletzte Soldaten) besprochen ist, werden an graphischen Darstellungen die Charakteristika des normalen und pathologischen Kurvenverlaufs der drei Reaktionen demonstriert. Eine Gesamtübersicht über etwa tausend Einzelversuche zeigt, dass die durchschnittliche Reaktionsgeschwindigkeit der Hirnverletzten um das Doppelte hinter der des Normalen zurückbleibt, einerlei, ob es sich um einfache oder komplizierte Bewegungen handelt. Die Maximalleistung der Hirnverletzten entspricht etwa der Minimalleistung der Normalen; die Minimalleistung der Hirnverletzten ist um das Fünf- bis Sechsfache schlechter als die der Normalen.

Die bei den Hirnverletzten fast nie fehlenden Symptome von mangelnder Initiative, erschwerter Entschlussfähigkeit, Herabsetzung des Arbeitstemplos. finden in den Versuchsergebnissen ihren zahlenmässigen Ausdruck und ihre Erklärung.

Die Wirkung systematisch durchgeföhrter Arbeitsbehandlung spiegelt sich wieder in einer zum Teil hervorragenden Besserung der Reaktionsfähigkeit.

Schliesslich wird an einer Tabelle gezeigt, dass eine Beziehung besteht zwischen Reaktionsleistung und Lokalisation der Hirnverletzung, und zwar nimmt die Reaktionsgeschwindigkeit ab, je mehr sich dabei die Verletzung vom Stirnhirn entfernt und sich dem Hinterhauptshirn nähert. Die Tatsache, dass ebenso wie die Reaktionsgeschwindigkeit auch Umfang und Konzentrationsfähigkeit der optisch-sensoriellen Aufmerksamkeit, wie Vortragender an anderer Stelle zeigen konnte, von einem Maximum auf ein Minimum sinkt, in

dem Masse, als die Rindenläsion sich vom Stirn- dem Okzipitalpol nähert, dürfte ihre Erklärung darin finden, dass der Ausfall der Reaktionsversuche in erster Linie abhängig ist vom Aufmerksamkeitszustand der Versuchsperson.

7) Herr Speer-Jena: „Operationen in Hypnose“.

Indikationen: Herzfehler, alte Leute (postoperative Pneumonie!) und Status thymolymphaticus. Auswahl des Materials nach chirurgischen und psychotherapeutischen Gesichtspunkten. Der die Operationshypnosen vorbereitende und leitende Arzt muss psychotherapeutisch geschult sein. Patienten, bei denen sich nur pathologische Hypnosen ezielen lassen, kommen nicht in Betracht. Passive physiologische Hypnosen können nur bedingt zugelassen werden. Gefordert wird die aktive physiologische Hypnose, die während des ganzen Verlaufs der Operation den Patienten verfügbar macht wie eine Marionette. Vorschlag einer speziellen Methodik. Kritische Bewertung der Somnambulhypnose (Jenaer Fälle) und der Suggestivnarkose. Alle Fälle, bei denen es nicht gelingt, in höchstens 14 Tagen gelegentlich der Operationsvorbereitung Somnambulhypnose zu erzielen, werden der Suggestivnarkose (Hypnose und chemische Narkose) überlassen. Bei letzterer besonders wertvoll vermindertes oder aufgehobenes Exzitationsstadium (Friedländer, Bonne, Gückel). Versuche sind noch nicht abgeschlossen; sie werden angestellt zur Erarbeitung von praktischen Gesichtspunkten. Ausführliche Veröffentlichung erfolgt nach Abschluss der Versuche (bes. Methodik, Statistik, Indikationen). Veröffentlichung dieses Vortrages erfolgt ausführlich an anderem Ort.

Aussprache zu den Vorträgen 4 bis 7.

Herr Eichelberg: So schön und vielversprechend auch die Ereignisse der psychologischen Untersuchungsmethoden sind, so möchte ich doch vor Ueberschätzung derselben warnen. Sie können uns doch immer nur gemeinsam mit anderen Untersuchungsmethoden behilflich sein, in das psychische Leben eines Menschen einzudringen. So spielt z. B. doch bei der Prüfung die Aufmerksamkeit vielleicht auch Examensangst und dergleichen mit, auch die Zuverlässigkeit eines Menschen ist doch bei der Auswahl eines Berufs von grosser Wichtigkeit. Was die Behauptung Schultz's angeht, dass das Vorzeichen der psychologischen Kurven bei nervös Erschöpften auch therapeutisch verwendet werden könnte, so kann ich dem nicht zustimmen. Der einfach nervös Erschöpfte merkt schon bald ganz von selbst, dass er gesund wird. Solche Fälle haben wir ja auch leider nur in beschränkter Zahl in Behandlung. Meist sind doch auch irgend welche affektiven Störungen gleichzeitig vorhanden, und dann haben nach meinen Erfahrungen die psychologischen Kurven nicht einen so schönen, gleichmässig nach oben gehenden Verlauf, wie das bei den vorgesetzten der Fall ist. Im Anschluss an den Vortrag über Hypnose möchte ich kurz über einen Fall berichten, der allerdings nicht ganz eng zum Thema gehört. Es ist mir vor wenigen Wochen gelungen, bei einer 30jährigen Dame in der Hypnose Fiebertemperatur zu erzeugen (Achselmessung 38,7°,

Aftermessung 39,1°). Die Dame hatte hysterische Anfälle, bei denen ärztlicherseits hohe Fiebertemperaturen bis 40° festgestellt wurden. Durch Hypnose konnten diese Fiebertemperaturen beseitigt werden. Es gelang mir bei fortgeschrittenener Genesung dann späterhin, wie oben erwähnt, Fiebertemperaturen in der Hypnose zu erzeugen. Es dürfte daher erwiesen sein, dass auch Fiebertemperaturen auf psychogenem Wege zustande kommen. Wissenschaftlich ist diese Feststellung ja sehr interessant; ich möchte aber schon jetzt davor warnen, diesen Fall praktisch zu hoch zu bewerten; denn Fälle mit hysterischem Fieber werden immer eine grosse Seltenheit bleiben, und es ist daher besser, bei Fiebertemperaturen an alle Krankheiten und zuletzt erst an Hysterie zu denken.

Herr Anton warnt davor, sich bei den psychologischen Untersuchungen zu sehr ins Weite zu verlieren, im Wesen der exakten Wissenschaft liege es, das Blickfeld möglichst einzuengen. Unberücksichtigt bleiben darf auch nicht die Untersuchung, welche über die Gesamtheit der Psyche einen Ueberblick bringen soll. Nötig ist vor allem praktische Psychologie. Gute Apparate können Exaktes leisten, wenden sich aber nicht an die ganze Psyche, und doch muss mit der gesamten Beurteilung gerechnet werden. Die massgebende Untersuchung ist die Lebensprobe. — Bei den Vorträgen über Hypnose ist ein möglichst zurückhaltendes Vorgehen am Platze. Verschiedene Arten von Hypnose und verschiedene Reaktionen auf die Psyche gibt es nicht. Wo mit der Lokalanästhesie der gewollte Zweck erreicht wird, darf nicht zur Hypnose gegriffen werden. Denn die Zustände in der Hypnose kehren leicht ins Gedächtnis zurück. Es ist nicht richtig, dass dem Kranken nichts verbleibt, nachdem er für die Hypnose trainiert wurde. Die schädlichen Einflüsse der Hypnose auf die Psychose sind ganz bedeutende.

Herr Hilger-Magdeburg tritt für Herrn Speer ein.

Herr Giese (Schlusswort): Es wird hervorgehoben, dass selbstverständlich Apparate allein keine Psychologie ergeben, sondern angeborene Einfühlungsgabe vom Psychologen schon aus volkswirtschaftlichen Gründen verlangt werden muss. Die Uebungswerte sind wissenschaftlich erschlossen und zeigen, dass natürlich auch der Ungeeignete sich durch Uebung verbessern kann, ebenso aber, dass der wirklich Berufsgeeignete bei gleicher Uebungswirkung, der er selbstverständlich auch unterliegt, immer noch den überlegenen Vorsprung gegenüber dem anderen beibehält. Praktische Bedeutung der Eignungsprüfung erhellt aus empirischem Erfolg. Die erwähnte Straßenbahnerprüfung ergab z. B. in Berlin einen jährlichen Reingewinn von 300 000 M. Einmal infolge Reduzierung der Unfallquote dank geeignetem auserlesenen Fahrpersonal, zweitens durch Herabsetzung der Ausbildungszeit von 22 auf 10 Tage durch psychologisiertes Lehrverfahren, Mechanisierung, Benutzung der Massenpsychologie an derartig vorsortiertem und als geeignet befundem Menschenmaterial.

Herr v. Rohden (Schlusswort) weist erneut auf die Notwendigkeit und den Wert psychologischer Leistungsprüfungen bei Hirnverletzten an Beispielen aus der Begutachtungs- und Rentenpraxis hin.

Herr Speer (Schlusswort) erwidert Herrn Anton auf die Ausführungen, welche die durch die Hypnose hervorgerufene Schädigung der Psyche betreffen: 1. dass längst die Unschädlichkeit der sachgemäss geleiteten Hypnose erwiesen ist (Forel, Oskar Vogt, Moll, J. H. Schultz und viele andere), 2. dass die Operation in chemischer Narkose oder Lokalanästhesie schwere Schädigungen der Psyche zur Folge haben kann, besonders bei seelisch Labilen (vgl. auch Zanger und v. Mutach, Bern 1917).

Die wissenschaftlichen Vorträge werden durch einen Antrag von Herrn Schwabe-Plauen unterbrochen. Herr Schwabe hält für notwendig und aussichtsreich, das Interesse für psychiatrische Fürsorgetätigkeit in weitere Kreise zu tragen. — Er regt deshalb Fassung einer entsprechenden, an den in Weimar tagenden deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege zu richten- den Entschliessung, die Behandlung dieses Gegenstandes auf der nächsten Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie und endlich entsprechende Be- tätigung der einzelnen Mitglieder an den ihnen zugänglichen Selbstverwal- tungskörperschaften an.

Die Versammlung nimmt die Anträge an und beschliesst entsprechend.

8) Herr Anton-Halle: „Röntgendiagnostik der Entwicklungs- störungen“.

Votr. will einen Beitrag zur Röntgenlehre der Epilepsie bringen, und zwar der genuinen Epilepsie. Turner noch sprach sich hoffnungslos aus über die chirurgische Behandlung dieses Leidens. Diese Ansicht wird nicht mehr geteilt.

Der Entwicklungsstörungen des Gehirns sind enorm viele. Nach Rieger gibt es weit mehr Makrozephale und Mikrozephale als es auf den ersten Blick scheint. Aber mehr als durch das Messen lässt sich dies durch das Röntgen- bild kenntlich machen. Auf die Lehre von der Epilepsie hat die Entwicklung der Lehre von den Drüsen mit innerer Sekretion einen grossen Einfluss gehabt. Bei Entartung der Drüsen finden wir häufig hypertrophische Zustände im Gehirn. Obduktionsbefunde haben es fast immer nachgewiesen. Eine wichtige Rolle spielen dabei die Nebennieren. Besondere Beachtung verdienen die Plexus chorioidei, die bald überreichlich, bald nur sehr wenig Flüssigkeit absondern. Die vorgeführten Röntgenbilder sollen den Beweis erbringen, dass eine bisher noch wenig beachtete Ursache der Epilepsie im Kleinhirn und seinem Grössenverhältnis zur übrigen Gehirnmasse steckt.

#### Aussprache:

Herr Berger-Jena weist darauf hin, dass die Ausmessung des Schädels mit Hilfe des Hasselwander'schen Verfahrens möglich sei, so dass auch die Grösse der hinteren Schädelgrube sehr exakt am Lebenden bestimmt werden kann.

Herr Anton (Schlusswort) weist u. a. darauf hin, dass das Kleinhirn der variabelste Teil des Grosshirns ist. Der nächste variable Teil ist das Stirnhirn, von dem das Kleinhirn eine Dependenz bildet.

## 9) Herr Winternitz-Halle: „Magenneurosen bei Kriegsteilnehmern“.

Bei den Magenneurosen, die uns aus dem Felde zugingen, und die wir auch jetzt noch bei Kriegsteilnehmern sehen, handelt es sich zumeist um Leute, die psychisch oder nervös belastet sind und von Hause aus einen „nervösen“ Magen haben. Trotz der Fülle und Mannigfaltigkeit der Beschwerden zeigen die Krankheitsbilder im Vergleich zu unseren Friedenserfahrungen keine neuen Züge, doch treten das habituelle Erbrechen und die dauernden Magenschmerzen besonders heftig und in verstärktem Masse auf. Betreffs der dabei zu beobachtenden Störungen der Sekretion hat sich ein Streit der Meinungen darüber erhoben, ob durch die Kriegseinflüsse die Fälle mit Hyperazidität oder Anazidität zugenommen haben. Nach meinen Erfahrungen kann man häufig Anazidität feststellen, trotzdem im Röntgenbilde, ganz wie bei Hyperazidität, ausgesprochene Gastrospasmen bestehen. Dieser Umstand spricht dafür, dass, wie dies Grotte für die Fälle mit Superazidität auseinandergesetzt hat, das ausschlaggebende Moment in einer gesteigerten Sensibilität der Magennerven, nicht aber in der Superazidität und, wie ich hinzufügen möchte, auch nicht in der Anazidität zu suchen sein wird, was auch vom Standpunkt der Therapie von Bedeutung erscheint. Die klinischen Bilder der Superazidität bzw. Achylie sind nicht so sehr als Sekretionsneurosen, sondern als funktionelle Sensibilitätsstörungen auf Grundlage neuropathischer Konstitution zu bewerten.

## 10) Herr Stöltzner: „Die Aetiologie des Mongolismus“.

Vortr. hat in einigen Fällen von Mongolismus anamnestisch festgestellt, dass die Mütter der mongoloiden Kinder in der Schwangerschaft Symptome von Hypothyreoidie dargeboten haben. Zusammen mit dem Nachweise von Lanz, dass der Schilddrüse beraubte Ziegen „kretinoide“ Junge zur Welt bringen, kann diese Beobachtung dafür sprechen, dass der Mongolismus durch Hypothyreoidie der Mutter während der Gravidität verursacht wird. Sollte dem so sein, so bestände Aussicht auf eine wirksame Prophylaxe der mongoloiden Idiotie, indem Schilddrüsenbehandlung der Hypothyreoidien Schwangerer das Entstehen von Mongolismus beim Kinde verbüten könnte.

## 11) Herr Hoppe-Rinteln: „Erkenntnistheoretische Fragen in der Psychopathologie“.

Die Wahnidee kann weder von der Psychologie aus, noch von der Logik aus voll begriffen werden. Auch der Begriff des Normalen ist viel zu unbestimmt, er enthält zudem zwei Bedingungen, die des Durchschnittlichen und die des Ideals. Auch das Pathologische von der Gemeinschaft aus zu verstehen ist nicht unbedingt nötig: Die Kultur liefert das Mass zur Bestimmung des Pathologischen, erklärt aber nicht das Wesen. Ebenso ist die blosse Konvention als Kriterium der Wahrheit abzulehnen, Wahrheiten bleiben Wahrheiten, auch wenn ihnen der Erfolg versagt ist. Das Analogon zum Wahn liegt nicht im Irrtum, sondern im Glauben (Bleuler). Auch der Glaube tritt

in einer Reihe von Urteilen auf, gibt aber keine Erkenntnis. Während nun aber die Theologie es zu einer Theorie der Erkenntnis gebracht hat, steht diese bei der Psychopathologie noch aus, mit Ausnahme der Versuche die Grenzen der psychiatrischen Erkenntnis zu bestimmen. Zwei andere Fragestellungen sind aber noch möglich. Wir können fragen, wie weit die Erscheinungen der pathologischen Erkenntnis für die Theorie der normalen in Betracht kommen, insbesondere für die Probleme der Wahrheit und der Wirklichkeit. Wir können ferner versuchen, vom Standpunkt des Kranken uns ein Weltbild zu erbauen, fragen, was für ihn Raum und Zeit, Kausalität und Substantialität bedeuten. Zum Ausbau dieser Forschung ist strenger Anschluss an die Tatsachen, nicht Ausgang von irgend welchen vorgefassten Meinungen zu fordern. (Ausführliche Veröffentlichung in der Psychiatrisch-neurologischen Wochenschrift beabsichtigt.)

12) Herr Tiling-Jena: „Zwei Fälle von Tetanieepilepsie“.

Vortr. berichtet über zwei Fälle von Tetanie mit Epilepsie. Im ersten Falle bei einer 34jährigen Frau ohne Disposition zu Krämpfen trat zwei Tage nach einer Strumektomie eine Tetanie, einen Monat später epileptische Krämpfe auf. Implantation von vier Epithelkörperchen unter die Bauchmuskulatur blieb erfolglos. Die Menstruation sistierte; es traten in zwei Monaten trophische Störungen an den Fingern auf. Auf Thyreoidintabletten Hoffmann, bis 3 g täglich, schwanden alle Symptome. Jetzt geht es ihr unter dieser Medikation gut; die Menstruation ist regelmässig, die trophischen Störungen schwinden (nachträglich festgestellt), sie ist 4 Monate unter Thyreoidin. Bei Zurückgehen mit der Dosis traten wieder tetanische Erscheinungen auf.

Der zweite Fall ist ein 27jähriges Mädchen, das seit dem zweiten Lebensjahr mit Unterbrechungen tetanische Krämpfe hat, seit dem 6. bis 7. epileptische. Ofters traten psychische Störungen im Sinne von ängstlichen Verstimmungen bis zu Stuporzuständen und Dämmerzuständen auf. Sie ist epileptisch dement. Somatisch bestehen ein asymmetrischer Schädel, Struma, gedunsene trockene Haut, die im Gesicht fast addisonartig gebräunt ist, geringe Mammae mit fast männlicher Brustbehaarung (dabei regelmässige Menstruation), Glutäalatrophien mit Watschelgang, degenerierte Fusszehen, Schichtstar und die Tetaniesymptome: Chvostek, Erb, Trouseau, Schlesinger usw. Häufige epileptische, zeitweise gehäufte tetanische Anfälle. Die wegen Verdachts auf Hypothyreose angewandte Thyreoidintherapie versagte völlig, das Leiden verschlimmerte sich, auch nach Absetzen des Mittels. Dies kann aber nicht als Gegenbeweis gegen Bolten's Theorie der thyreoparathyreogenen genuinen Epilepsie verwertet werden, da auch Parathyreoidin (Freund - Redlich, bis 9 Tabletten) versagte, was vielleicht damit zu erklären wäre, dass sicher eine pluriglanduläre Affektion besteht, vor allem aber damit, dass die chemisch hergestellten Organtabletten nicht die gleiche Wirkung haben, wie Bolten's Organextrakt. Deshalb wird auch eine Reihe von Misserfolgen mit Thyreoidin und Parathyreoidin bei Epileptikern nicht gegen die Theorie verwertet, sondern nur als Beobachtung mitgeteilt.

## Aussprache.

Herr Weber-Chemnitz teilt mit, dass auch er nur negative Resultate mit Thyreoideapräparaten bei genuinen Epilepsien gesehen hat und Bolten's Theorien für einseitig erklärt hält.

## 13) Herr Densow-Jena: „Ueber Reflexepilepsie“.

Der Vortr. erwähnt zunächst, dass trotz der grossen Zahl peripherer Nervenverletzungen in diesem Kriege noch kein Fall von Reflexepilepsie bekannt geworden sei, dass man zweifellos aber mit einem häufigen Auftreten sogenannter Reflexepilepsien rechnen müsse, skizziert darauf den gegenwärtigen Stand der Reflexepilepsiefrage und berichtet dann über einen nicht nachweislich belasteten, früher ganz gesunden, insbesondere nicht mit Krämpfen behafteten, 37jährigen Bahnarbeiter, der im Jahre 1909 durch einen Unfall sein linkes Bein verlor. Zwei Jahre nach der Verletzung stellten sich im Amputationsstumpf die ersten sensorischen und motorischen Reizerscheinungen ein. Bei mehrfacher Revision der Narbe am Rumpf wurden Knochenwucherungen und Verwachsungen der Narbe mit dem Knochenstumpf festgestellt, deren Beseitigung aber die Beschwerden nur vorübergehend günstig beeinflusste. Erst die Deckung der Narbe durch Fetttransplantation bewirkte ein Nachlassen der lokalen Reizerscheinungen. Dafür stellten sich aber bald darauf in Abständen von 4 bis 6 Wochen Dämmerzustände ein, die stets von einer sensiblen Aura in der Amputationsnarbe eingeleitet wurden. Im Frühjahr 1915 trat der erste voll entwickelte epileptische Anfall auf, der sich bis zum April zweimal wiederholte. Im Verlauf einer klinischen Beobachtung wurde ein einwandfreier epileptischer Anfall festgestellt. Auch den grossen Anfällen ging stets eine sensible und vasomotorische Aura vom Stumpf nach dem Kopf aufsteigend voraus.

Seit etwa einem Jahre hat sich der Anfallsmechanismus geändert. Die Aura beginnt in dem gesunden rechten Fuss in Form von Stechen und Brennen, steigt langsam an der rechten Körperseite empor, bewirkt in Armhöhe eine absolute Anästhesie des rechten Armes und endet schliesslich mit Geräuschempfindungen und Sprachverlust. Dabei bleibt das Bewusstsein erhalten. Zuckungen treten nicht auf.

Vortr. folgert aus dieser Beobachtung, dass die zuerst gestellte Diagnose „Reflexepilepsie“ nicht haltbar sei, dafür den letztgenannten Anfallsmechanismus bei dem Fehlen einer peripheren Reizquelle an dem gesunden rechten Bein die primäre Erregung in die linke hintere Zentral-, bzw. Temporalregion zu verlegen sei. Es sei somit sehr wahrscheinlich, dass auch die motorischen und sensiblen Reizerscheinungen im Stumpf nicht reflektorisch bedingt seien, sondern primären Erregungsvorgängen in den entsprechenden Grosszentren entsprangen. Als Versuch einer Erklärung dieser das epileptische Leiden einleitenden Symptome wird ausgeführt, dass durch den Verlust des linken Beines die entsprechenden Grosszentren der Grosshirnrinde gewissermassen zu einer Aktion gezwungen worden seien, dass sich somit in ihnen eine Summe von Erregungen anhäufte, ohne die Möglichkeit eines normalen Abflusses, eines Spannungsausgleiches. Das danach ganz unabhängig davon einsetzende epi-

leptische Leiden fand in diesem Hirnabschnitt besonders günstige Entwicklungsbedingungen, so dass es bereits zu herdförmig erscheinenden Entladungen im Amputationsstumpf kommen konnte, noch bevor der Prozess der generalisierten epileptischen Erkrankung vollendet war.

Vortr. präzisiert seinen Standpunkt in der Reflexepilepsiefrage dahin, dass ihm eine epileptische Umwandlung der Grosshirnrinde lediglich auf reflektorischem Wege sehr zweifelhaft erscheine, selbst wenn man zur Erklärung eines solchen Prozesses eine besonders geartete Disposition des betreffenden Individuums annehme. Die durch Operation geheilten Fälle von Reflexepilepsie seien kein Gegenbeweis, da auch bei der genuinen Epilepsie gelegentlich Spontanheilungen vorkämen. (Der Vortrag erscheint ausführlich an anderer Stelle.)

#### Aussprache.

Herr Eichelberg-Hedemünden: Es dürfte wohl am richtigsten sein, den Begriff der Reflexepilepsie überhaupt ganz fallen zu lassen. Würde ein solches Krankheitsbild tatsächlich vorhanden sein, so müssten derartige Fälle nach den zahlreichen peripheren Verletzungen und Verwundung der letzten Jahre doch auch häufiger zur Beobachtung gelangt sein. Das ist aber doch nicht der Fall. Wenn einzelne Fälle sogenannter Reflexepilepsie zur Ausheilung gelangt sind, nachdem der periphere Reiz entfernt ist, so muss hierbei doch auch berücksichtigt werden, dass doch öfter auch Fälle von genuiner Epilepsie praktisch zur Ausheilung kommen.

#### 14) Herr Quensel-Leipzig: „Neurologisch-psychiatrische Be- trachtungen zur Zukunft unserer Sozialversicherung“.

Trotz der günstigen Erfolge, welche die Anwendung der an Kriegsneurotikern erprobten Behandlungsmethoden auf Friedensunfallneurotiker erzielt hat (Krisch, Raether, Kalmus und Spranger), trotz einiger günstiger Erfahrungen entgegen den daraus abgeleiteten Vorschlägen (Richter, Küppers) ist Vortr. auf Grund seiner Gesamterfahrung und nach der eingetretenen Veränderung der allgemeinen Lage überzeugt, dass auf diesem Wege ein entscheidender Fortschritt in der Bekämpfung der Unfallneurosen und der sozialen Neurosen überhaupt nicht erzielt werden wird.

Wir werden vielmehr zurückgreifen müssen auf unsere Friedenserfahrung und die dort als wirksam befundenen Methoden unter Heranziehung der Kriegserfahrung ausbauen und umändern müssen. Vorbedingung wirksamer Therapie ist frühzeitige richtige Diagnose und Ueberweisung in sachverständige, fachärztliche, gegebenenfalls in Anstaltsbehandlung. Insbesondere Arbeitstherapie und richtige praktische Bewertung versprechen guten Erfolg.

Die praktische Bedeutung der Neurosen ist fast stets sehr niedrig einzuschätzen. Diese Anschauung muss Gemeingut aller Aerzte, von ihnen gleichmäßig vertreten werden. Sie muss auch den Instanzen und dem ganzen Volke eingeprägt werden.

Die Arbeitstherapie bedarf des Ausbaues in Anlehnung an die Kriegspraxis. Die allgemeine Stellung zur Arbeit bedarf allerdings gerade jetzt einer

völligen Umwandlung. Die praktisch-therapeutische Anwendung dürfte am besten erfolgen unter Heranziehung von Vertrauensleuten auch aus dem Kreise der Arbeiterschaft, sowie im Anschluss an eine feste, allgemeine Institution, wie wir sie in der Kriegsbeschädigtenfürsorge besessen und noch besitzen. Dieser fiebt auch die Ueberführung ins praktische Erwerbsleben durch Berufsberatung und Arbeitsvermittlung zu. Auch auf Änderungen der Gesetzgebung ist hinzuwirken. Es bedarf (Kuffler u. a.) einer Vereinheitlichung der verschiedenen neben-, teilweise auch gegeneinanderarbeitenden Zweige der Sozialversicherung unter Einbeziehung der Arbeitslosenfürsorge. Die ärztliche Arbeit sollte tunlichst auf ihr eigenstes Gebiet zurückgeführt werden. Schätzung der Erwerbsbeschränkung durch Fachleute. Am idealsten erschiene Ausmerzung des Rentensystems, in allen Versicherungszweigen Gewährung von Behandlung und Krankengeld, im Anschluss daran Zuweisung einer geeigneten Arbeit unter Gewährleistung angemessener Lebensbedingungen. Keinesfalls dürften echte Neurosen Grund zum Rentenbezug werden, wenn nicht anders, müsste für diese Abfindung in weitgehendem Masse, auch Ablehnung gesetzlich vorgeschrieben werden. Schwere konstitutionelle Neurosen bedürften von früh auf einer ganz abweichenden, besonderen sozialen Fürsorge.

#### Aussprache.

Herr Lilienstein-Bad Nauheim: Das Fehlen der Erfolge aktiver Therapie ist bei traumatischen Neurosen in den Unfallheilstätten ist das Gegenstück zum Fehlen der Kriegsneurosen (sensu strictiori) in Gefangenengelagern und von grossem pathognostischem Interesse. Beide Tatsachen deuten auf die Bedeutung des Milieus für die Pathogenese der in Frage kommenden Krankheitszustände hin. Bei der grossen Erfahrung des Vortr. auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen wäre es doch recht interessant gewesen, etwas über die Wirkung der Abfindung zu hören, die ja wiederholt von autoritativer Seite angeregt worden ist.

Herr Weber-Chemnitz empfiehlt, die Neurotiker nicht in reinen Neurotikerheimen unterzubringen, sondern auf Abteilungen der Heil- und Pflegeanstalt.

Im Anschluss hieran spricht Herr Weber das Schlusswort.

Danach gemeinsames Essen und geselliges Beisammensein.

(Vorliegender Bericht grösstenteils nach Autoreferaten zusammengestellt.)

---